



DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

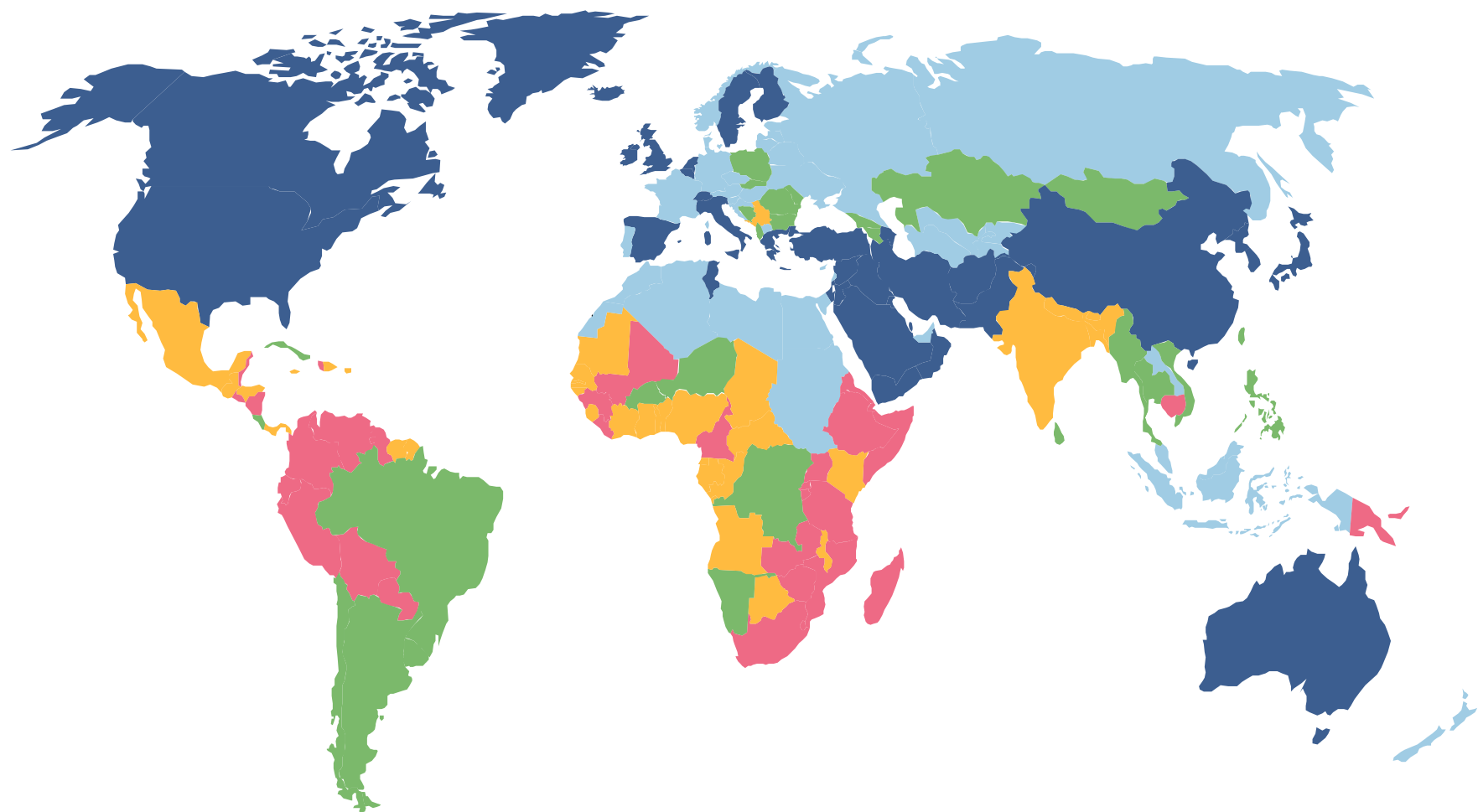
# Laurea Triennale in Ostetricia

COORDINATORE: PROF P. GRECO

D.ssa Martinello

*Incidenza standardizzata di cancro del collo dell'utero nel*

■ < 9,4   ■ < 17,2   ■ 2002,6   ■ < 33,7   ■ < 82,6

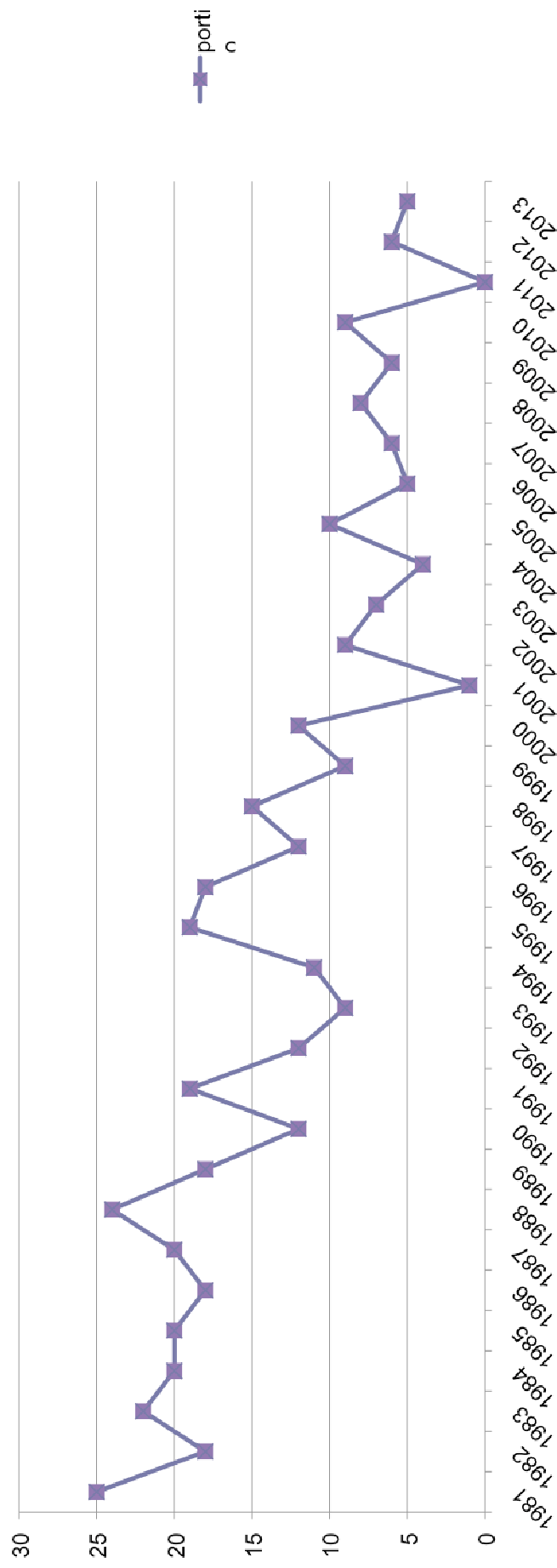


## **ISTAT : Frequenza delle neoplasie dell'apparato genitale femminile in Italia**

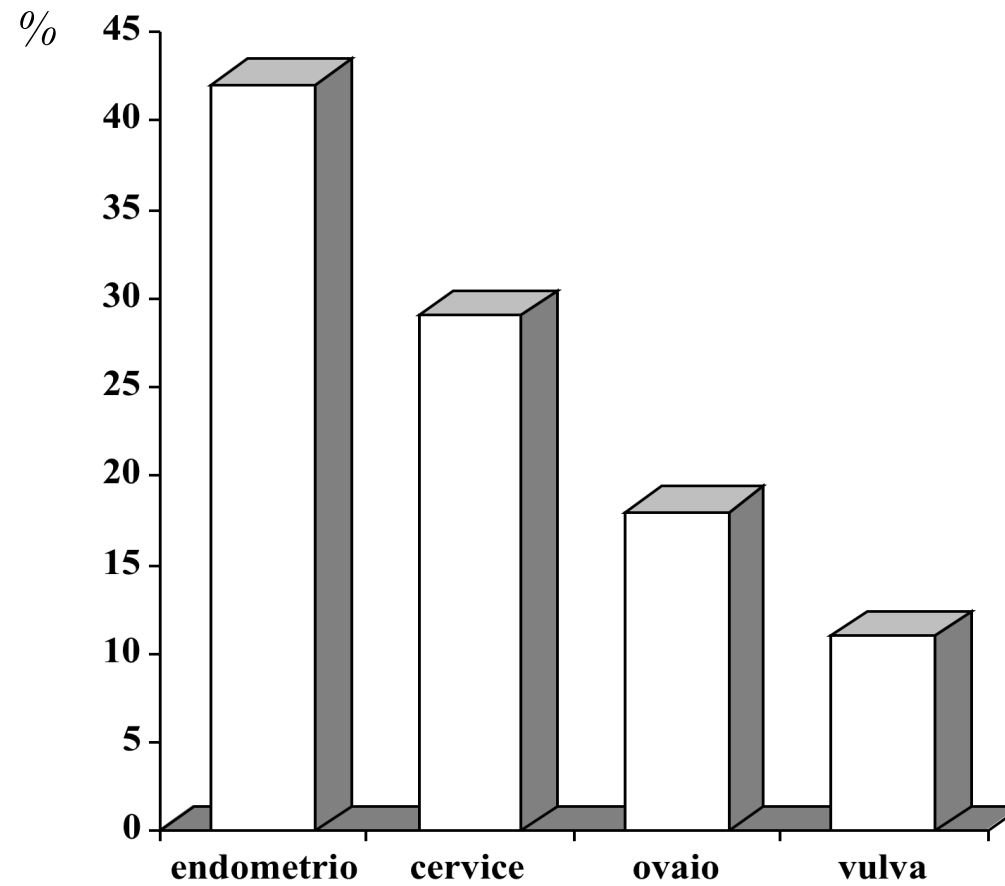
---

<b>Tipo carcinoma</b>	<b>nuovi casi/anno</b>	<b>decessi/anno</b>
<b>Endometrio</b>	<b>5400</b>	<b>1600</b>
<b>Ovaio</b>	<b>4150</b>	<b>2700</b>
<b>Cervice</b>	<b>3700</b>	<b>1700</b>

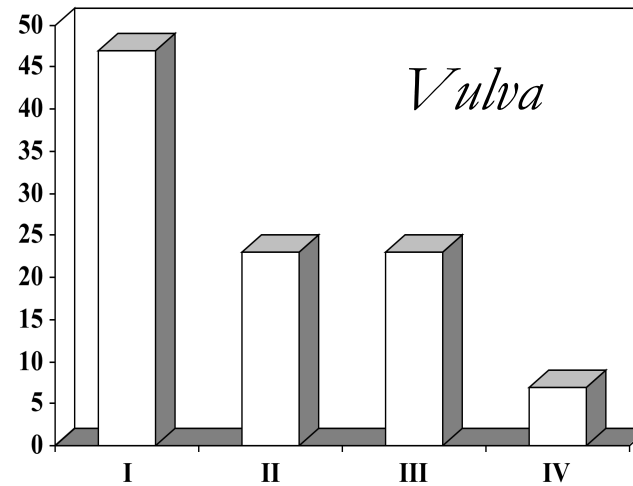
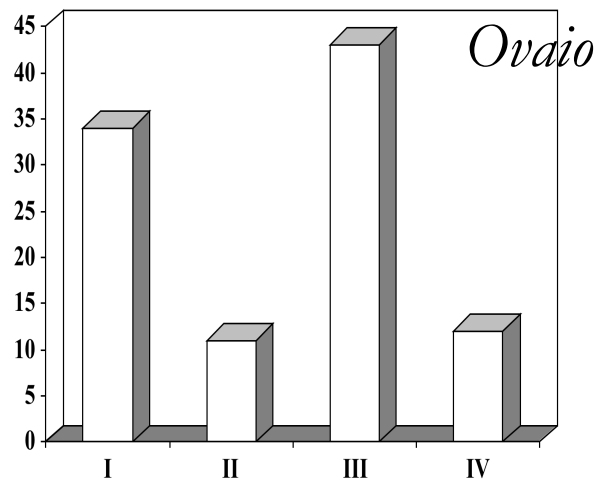
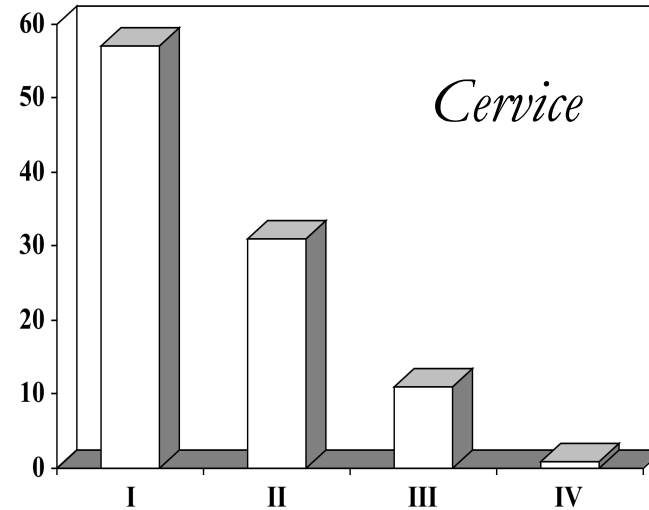
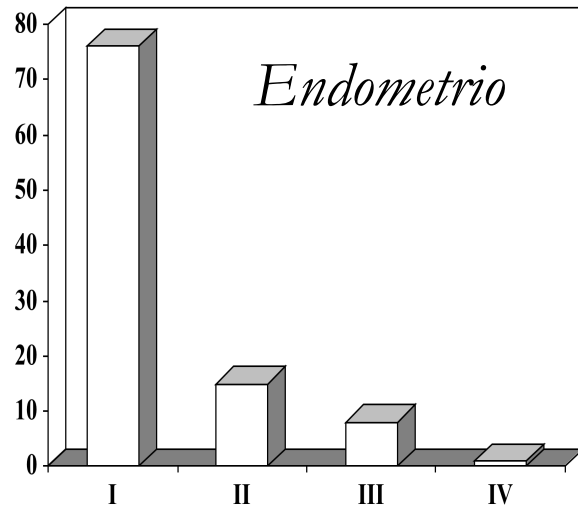
### Andamento del numero dei casi di carcinoma della portio trattati negli anni 1981-2013



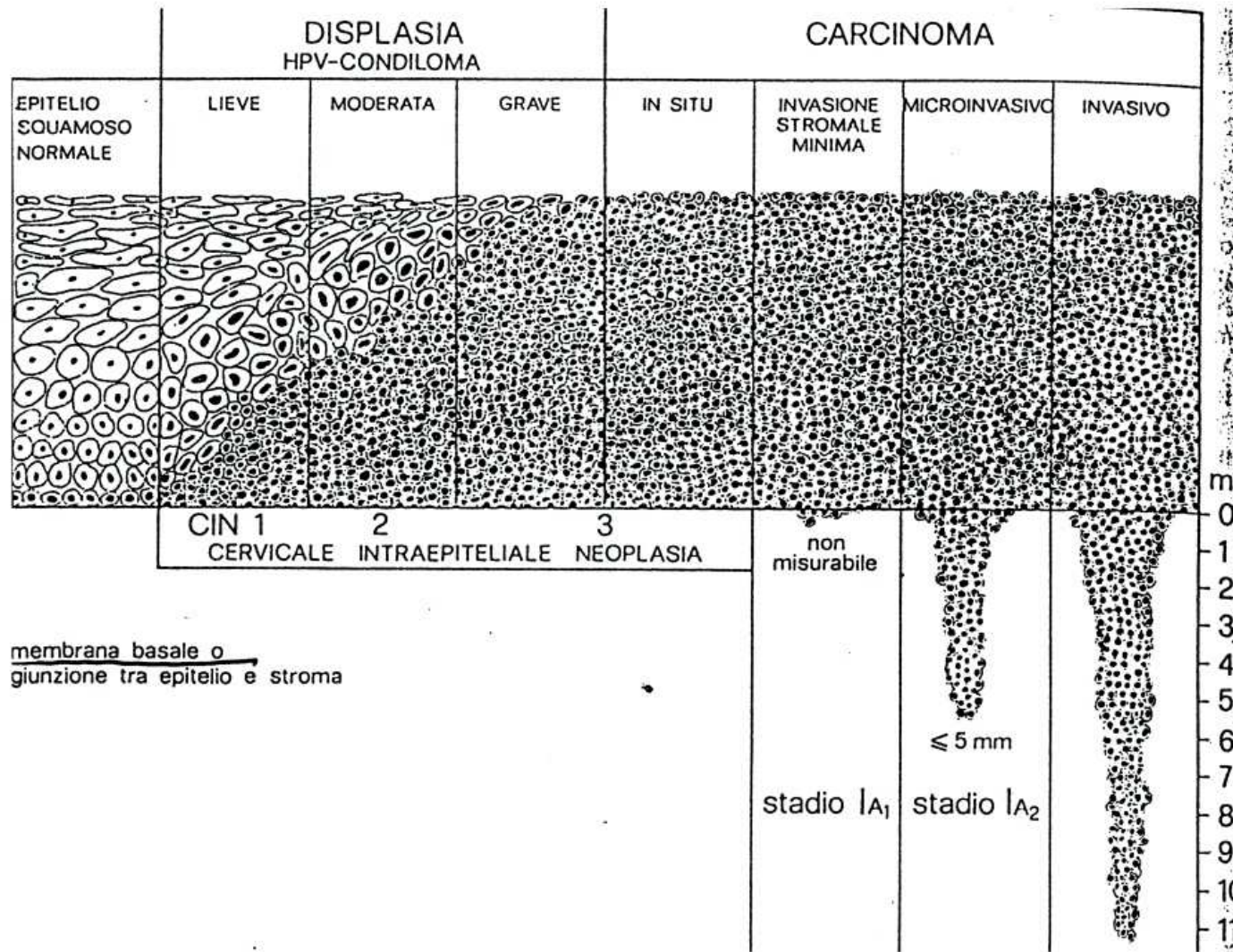
*Casi trattati dal 1980 al 2014 presso la  
Clinica Ostetrica e Ginecologica – Università di Ferrara*



*Distribuzione degli stadi per tipo di carcinoma*



# Storia naturale del carcinoma del collo



# *FATTORI DI RISCHIO PER IL CERVICO-CARCINOMA*

- *Precoce attività sessuale < 17 anni*
- *Molteplici partners sessuali*
- *Partners sessuali ad alto rischio*
- *Basso livello socio-economico*
- *Scarsa igiene personale*
- *Fumo di sigaretta*
- *Infezioni genitali*



# ASSOCIAZIONE TRA HPV E CA DELLA CERVICE

- MEISELS 1976 Dimostrazione dell'associazione tra HPV, condilomi e displasia cervicale*
- ZUR HAUSEN 1982 Introduzione del concetto di Ca cervicale come risultato di un sinergismo tra 2 diverse infezioni virali o tra un'infezione virale ed un evento iniziante*
- DURST 1983 Identificazione del DNA dell'HPV 16 in biopsie di cervicocarcinoma*
- ZUR HAUSEN 1989 Evidenziazione di due geni trasformanti (E6 - E7) nei carcinomi invasivi cervicali HPV positivi*
- DYSON 1989 Dimostrazione che E7 degli HPV ad alto rischio lega ed inattiva RB*
- WERNESS 1990 Dimostrazione che E6 degli HPV ad alto rischio lega e degrada p53*
- SCHEFFNER 1991 Dimostrazione di mutazione somatica di p53 e RB in linee cellulari immortalizzate da Ca cervicale HPV-DNA negati*

# CERVICO-CARCINOMA

## Metodiche per la stadiazione

Visita in narcosi (volume tumorale, parametri)

Rx torace, ecografia addominale (metastasi a distanza)

Tac/RMN pelvica (volume tumorale, parametri, linfonodi)

Urografia (apparato urinario)

Cistoscopia (sospetta infiltrazione vescicale)

Rettoscopia (sospetta infiltrazione del retto)

# CERVICO-CARCINOMA

## Stadiazione

***Stadio I*** Carcinoma cervicale confinato all'utero

**IA** Carcinoma invasivo, diagnosi solo microscopica. Tutte le lesioni macroscopicamente evidenti rientrano nello stadio  
**IB**

**IA1** Invasione stromale in profondità minore di 3 mm ed estensione orizzontale massima di 7 mm

**IA2** Invasione stromale fra 3 e 5 mm ed estensione orizzontale massima di 7 mm

**IB** Lesione clinicamente visibile limitata alla cervice o lesione microscopica di dimensione maggiore di IA2

**IB1** Lesione clinicamente visibile di dimensione massima di 4 cm

**IB2** Lesione clinicamente visibile di dimensione massima oltre i 4 cm

***Stadio II*** Tumore che si estende oltre l'utero, ma non alla parete pelvica o al terzo inferiore della vagina

**IIA** Senza invasione parametricale

**IIB** Con invasione parametricale

***Stadio III*** Tumore che si estende alla parete pelvica e/o invade il terzo inferiore della vagina e/o determina idronefrosi o esclusione funzionale del rene

**IIIA** Invasione del terzo inferiore della vagina, non interessamento della parete pelvica

**IIIB** Tumore che si estende alla parete pelvica e/o determina idronefrosi o esclusione funzionale del rene

***Stadio IV***

**IVA** Tumore che invade la mucosa della vescica o del retto e/o si estende fuori della piccola pelvi

**IVB** Metastasi a distanza



Fig. 159

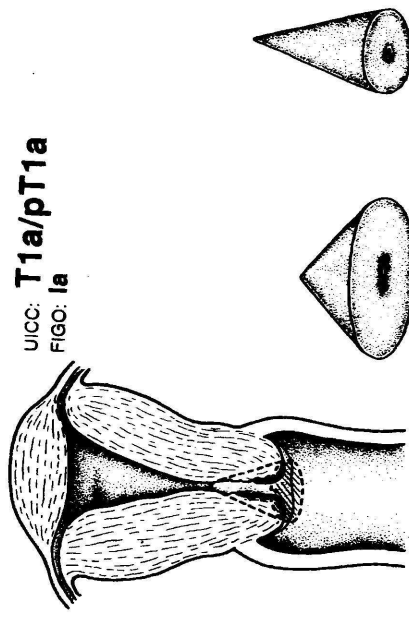


Fig. 160

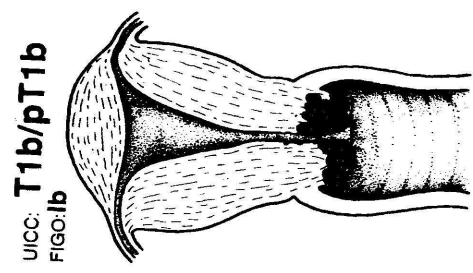


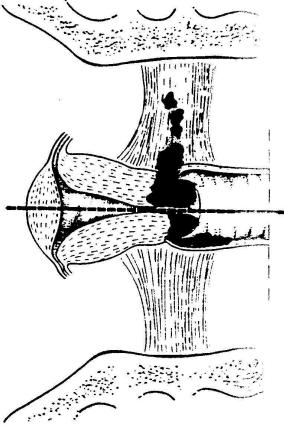
Fig. 162



Fig. 161

130 - Tumori ginecologici

UICC: **T2a/pT2a**  
FIGO: **IIa**



UICC: **T2b/pT2b**  
FIGO: **IIb**

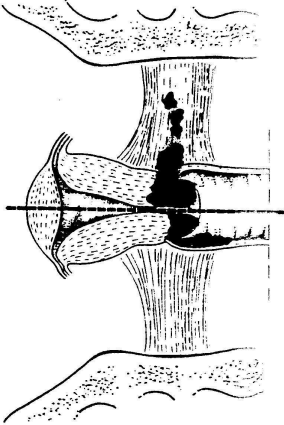
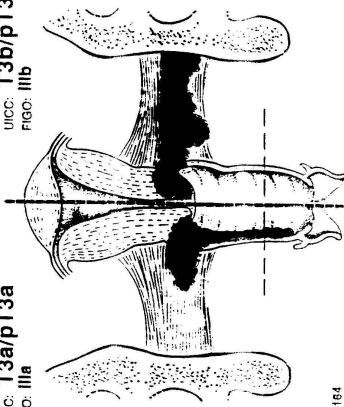


Fig. 163

UICC: **T3a/pT3a**  
FIGO: **IIIa**



UICC: **T3b/pT3b**  
FIGO: **IIIb**

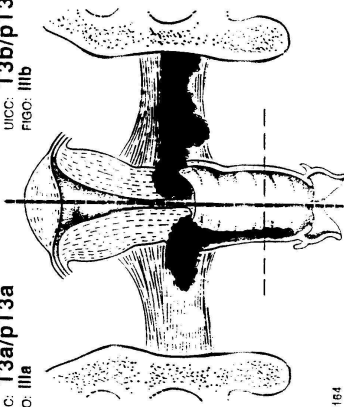
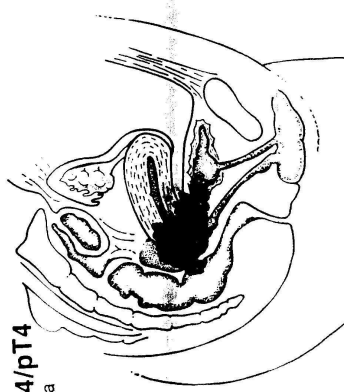
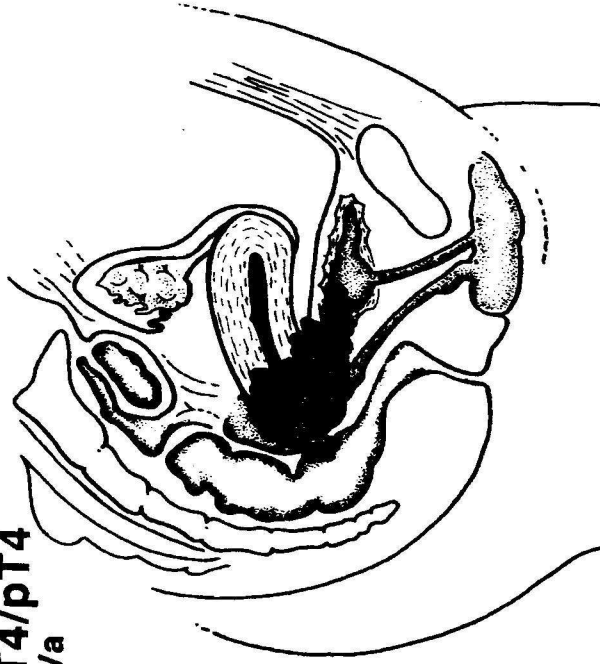


Fig. 164

UICC: **T4/pT4**  
FIGO: **IVa**

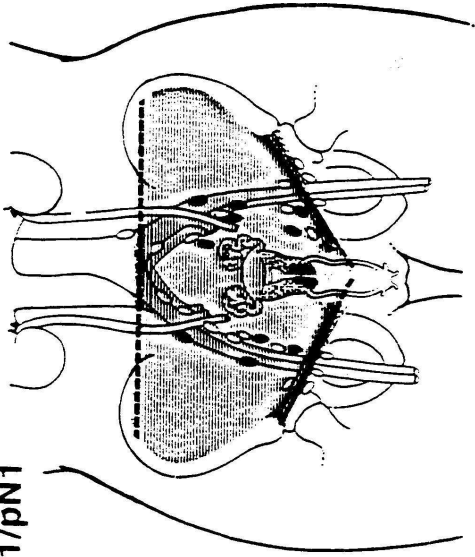


UICC: **T4/pT4**  
FIGO: **IVa**



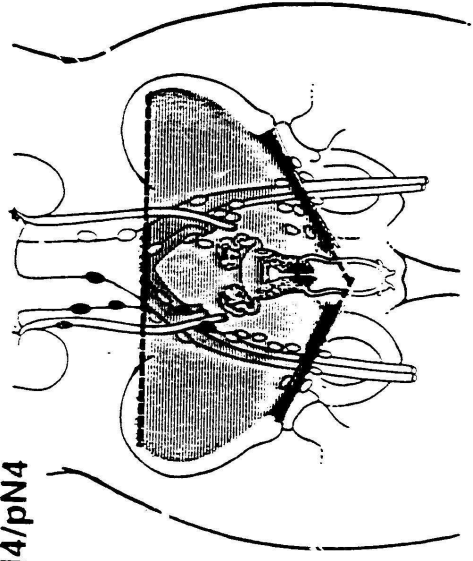
**Fig. 165**

**N1/pN1**



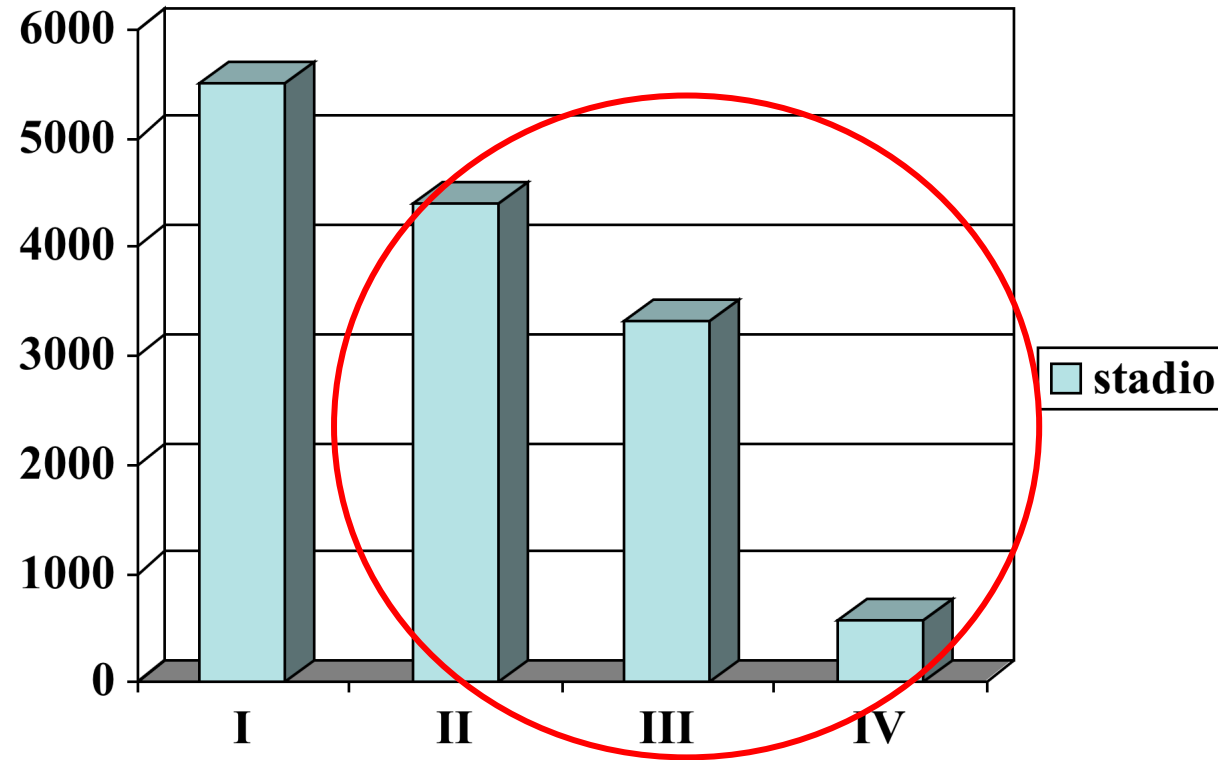
**Fig. 166**

**N4/pN4**



**Fig. 167**

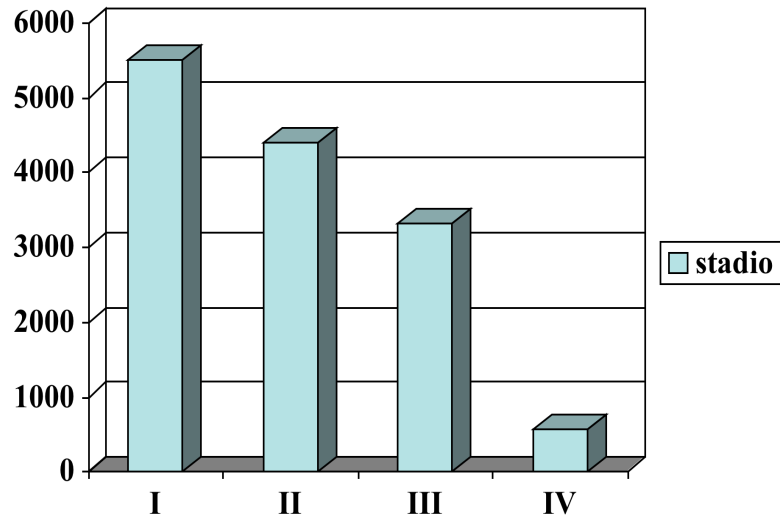
*Tra le forme invasive, più del 50% sono >1 stadio*



*25th Annual Report*

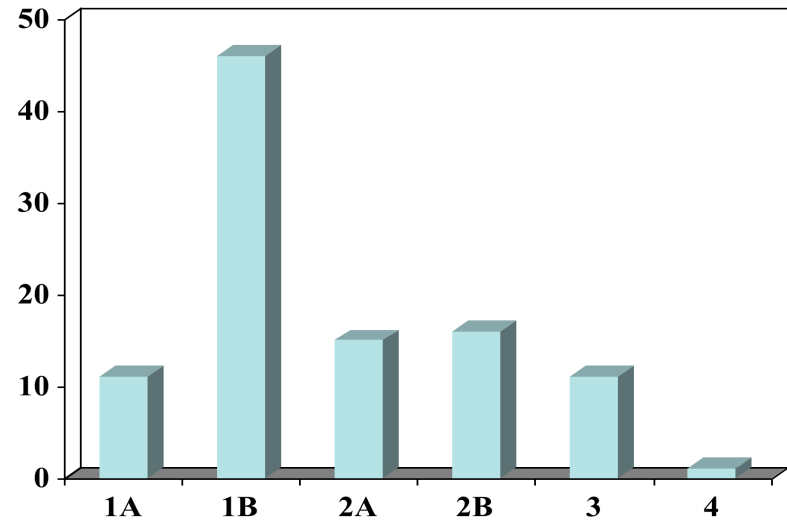


*Tra le forme invasive, più del 50% sono >1 stadio*



*25th Annual Report*

■ %



*Clinica Ost Gin Fe*

*Approccio clinico al carcinoma cervicale invasivo*

- *DIAGNOSI*
- *STADLAZIONE*
- *PROGRAMMA TERAPEUTICO*
- *FOLLOW - UP*

## **CERVICO-CARCINOMA infiltrante Terapia**

<b>Chirurgia:</b>	<b>Conservativa (conizzazione) Demolitiva (Isterectomia semplice o allargata con o senza linfadenectomia pelvica)</b>
<b>Radioterapia:</b>	<b>Esclusiva (stessa efficacia della chirurgia) Pre-chirurgica Post-chirurgica</b>
<b>Chemioterapia:</b>	<b>Pre-chirurgica Post-chirurgica Paliativa</b>

# Microinvasivo: Terapia

IA1 con margini cono negativi e assenza di carcinosi

Conizzazione

*Paziente desiderosa di prole*

Isterectomia semplice

*Paziente non desiderosa di prole*

Radioterapia intracavit.

*Paziente non operabile*

IA1 con margini cono positivi e/o presenza di carcinosi

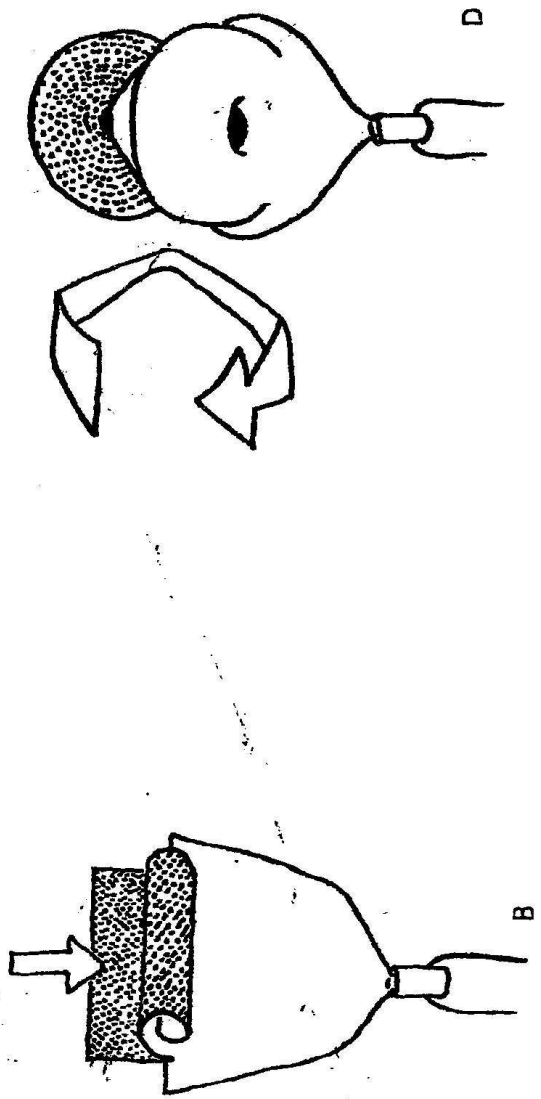
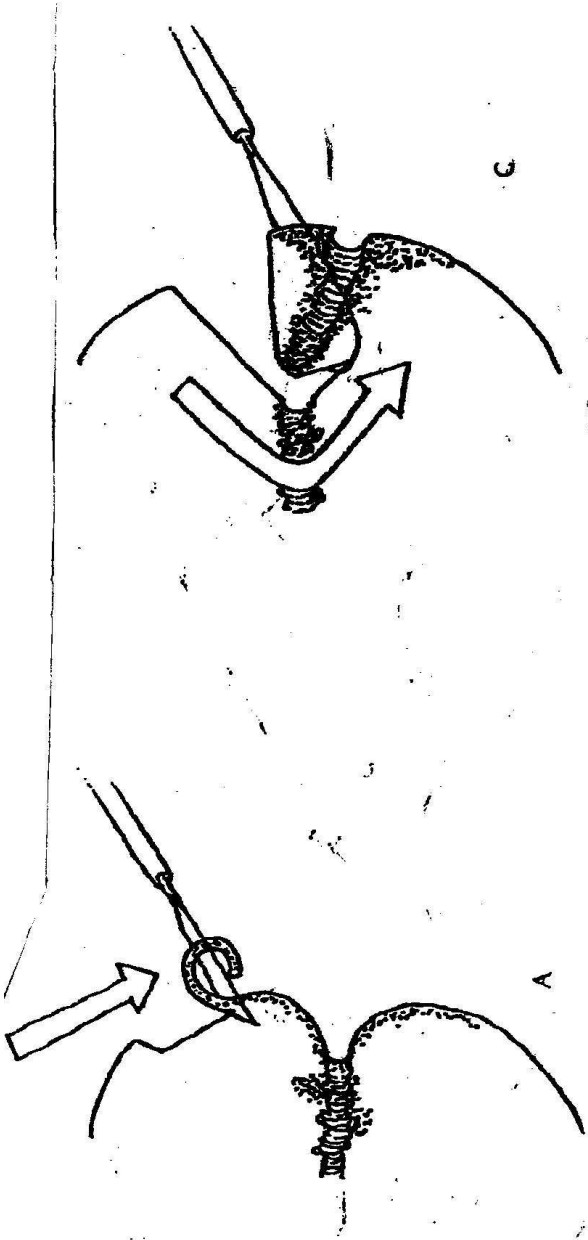
*Piver 1 + linfadenectomia pelvica*

*Radioterapia intracavitaria*

IA2

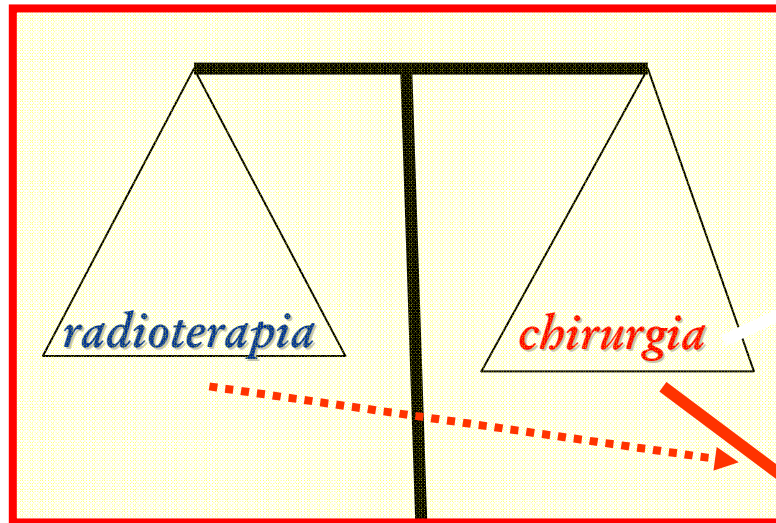
*PIVER II-III*

*Radioterapia intracavitaria*



*Forme localmente avanzate*

*Associazione terapie*



*Mantenimento della funzione ovarica  
Minore compromissione attività sessuale  
NON tumori secondari*

*radioterapia postchirurgica*

*Evitare la somministrazione di due terapie radicali  
NCI consensus 1997*

*Dopo interventi radicali (WWM – Piver Tipo III) specie se seguiti da radioterapia adiuvante.*

### *Danno all'innervazione autonoma*

*diminuita sensibilità detrusore*

*diminuita capacità di svuotamento*

*(fino a 80%)*

### *Nerve sparing*

*Possover 1999; Trimbo 2001; Raspagliesi 2004;*

*Landoni 2005*

*Riduzione disfunzioni vescicali*

*Raspagliesi 2006*

*Piver III nerve sparing vs Piver II*

*Risultati comparabili*

# CERVICO-CARCINOMA Ib1

*PIVER II-III*

*RADIOTERAPIA*

*STESSI RISULTATI*  
*Tassi di guarigione dall'85% al 90%*

*Terapia adiuvante*

*pN+*

*pT2b (cut trough)*

*linfoangiotropismo*

*Radiot.?*  
*Chemiot.?*



# CERVICO-CARCINOMA

## Ila piccolo volume

*PIVER III*

*RADIOTERAPIA*

*STESSI RISULTATI*  
*Tassi di guarigione dal 75% al 80%*

# CERVICO-CARCINOMA

## Ib2-IIa grosso volume

### *INTEGRAZIONE TERAPEUTICA*

Anni '90

#### CHEMIO-CHIRURGIA

1) Studio CNR

*chemio+chir. Vs radioterapia*

2) Studio SNAP-01

*chemio+chir. (diversa chemioterapia)*

#### RADIO-CHEMIOTERAPIA

*5 Studi anglo-americani*

*Whitney, Morris, Rose, Keys, Thomas (1999)*

Anni '75-'90

#### RADIO-CHIRURGIA

# CERVICO-CARCINOMA

## Ib2-IIa grosso volume

### radio-chirurgia

- Scuola francese, Torino (Brachiterapia 60 Gy + Piver II, III)

- Ferrara 51 casi (16%) 1b-3b

84% TCT

16% Brachiterapia

84% Riduzione del tumore

67% Tumore residuo

19% Piver I

81% Piver II-III



Sopravvivenza 78%

# CERVICO-CARCINOMA

## IIb-IVa

CHEMIO-RADIOTERAPIA

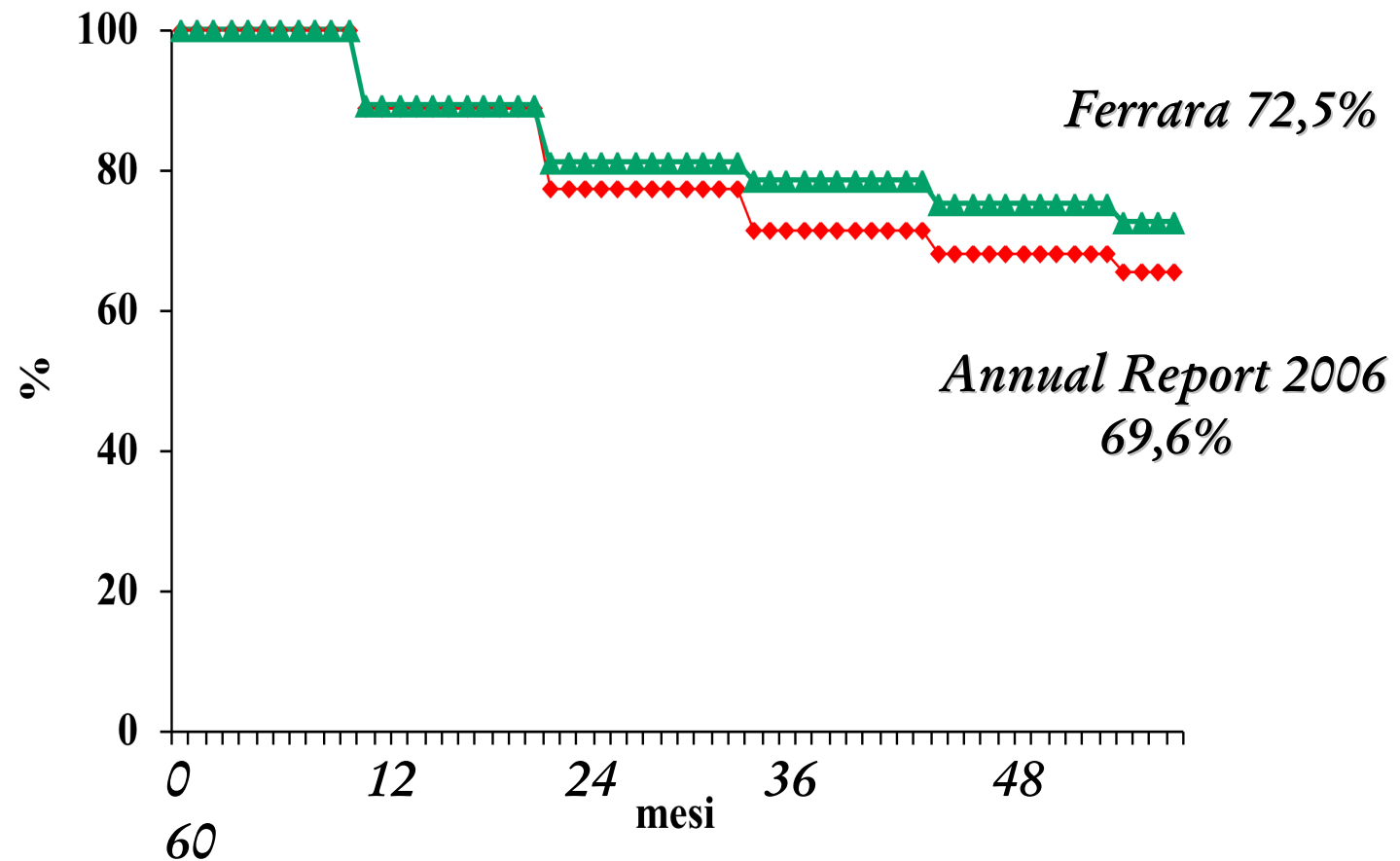
EVISCERAZIONE

*IVb*

PALLIAZIONE

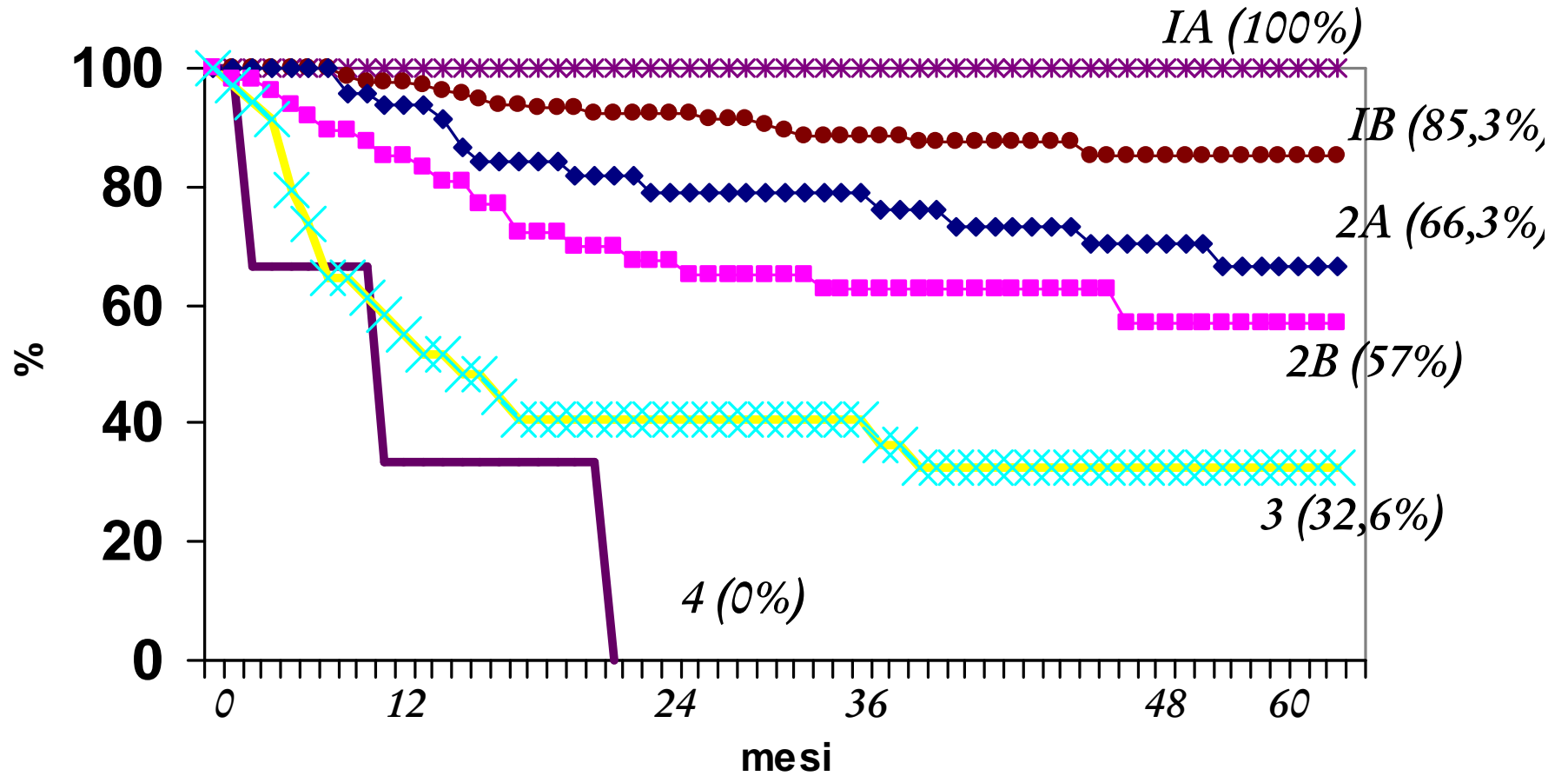
# CARCINOMA DELLA PORTIO

## Sopravvivenza a 5 anni



# Carcinoma della portio

## Sopravvivenza a 5 anni per stadio



**Diagnosi precoce** → **Miglioramento della prognosi**  
→ **Interventi conservativi**

