

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
1628

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

Laurea Triennale in Ostetricia

COORDINATORE: PROF P. GRECO

D.ssa Martinello

EPIDEMIOLOGIA

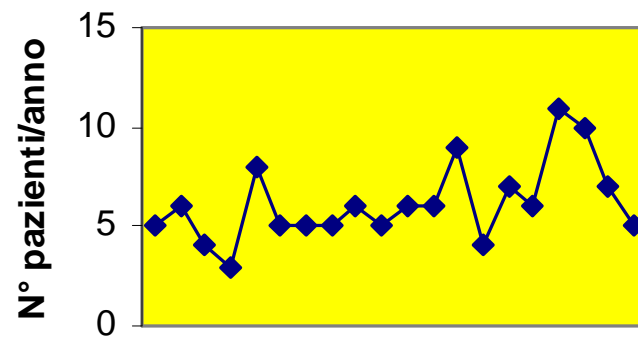
3 – 5 % delle neoplasie genitali

Età media 65 – 70 anni (< 50 aa 20 %)

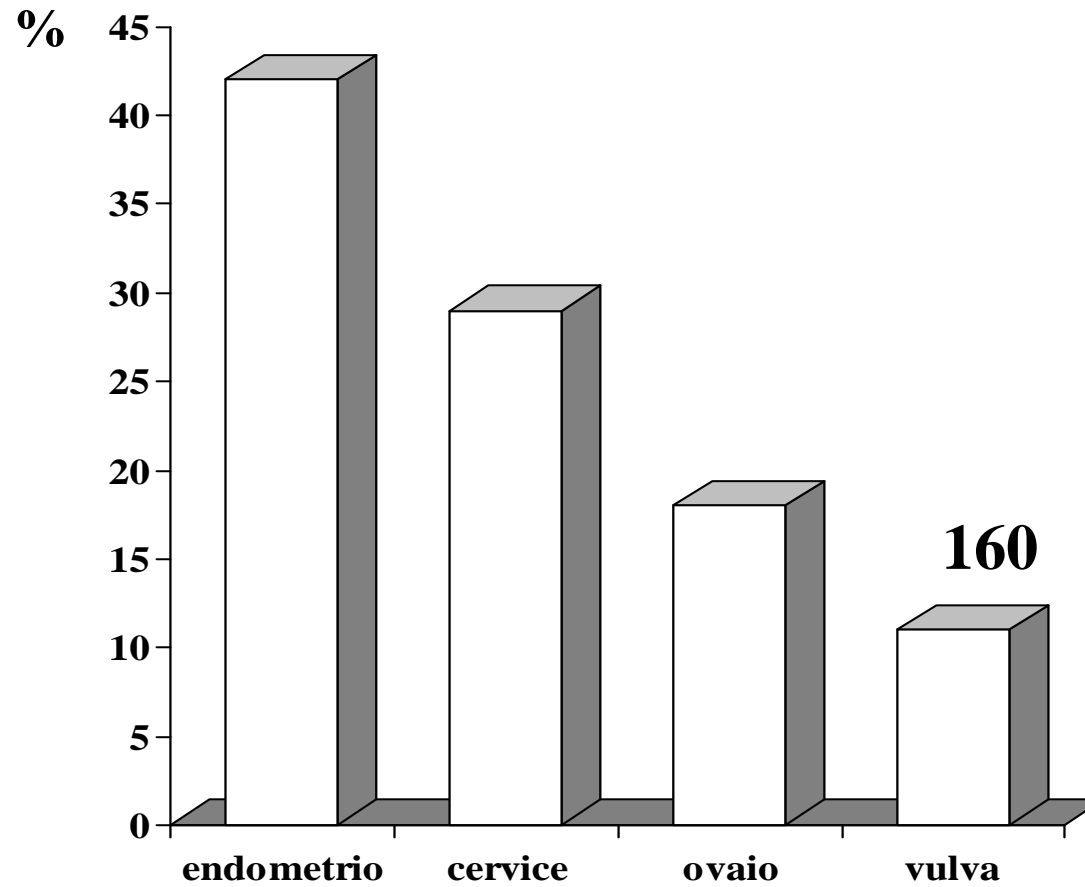
**Ultimo trentennio: maggior aumento della malattia in
popolazione di età più giovane
(!! crescente diffusione di HPV ad alto rischio)**

**Donne con ca vulvare HPV+
sono a rischio aumentato per
ca della cervice uterina, ca
della vagina e ca dell'ano**

Carcinoma della vulva



Casi trattati presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica – Università di Ferrara



CARCINOMA DELLA VULVA

Correlato a HPV

non correlato a HPV

Frequenza

30%

70%

Età

giovane età

età avanzata

Precursori

VIN

**iperplasia squamosa
lichen sclerosus**

Lesione

multifocale

unifocale

VIN

CLASSICA O INDIFFERENZIATA

SIMPLEX O DIFFERENZIATA

VIN di tipo classico

in donne relativamente giovani (eta' 30-50 anni)

associazione con fumo di sigaretta (60-80% dei casi)

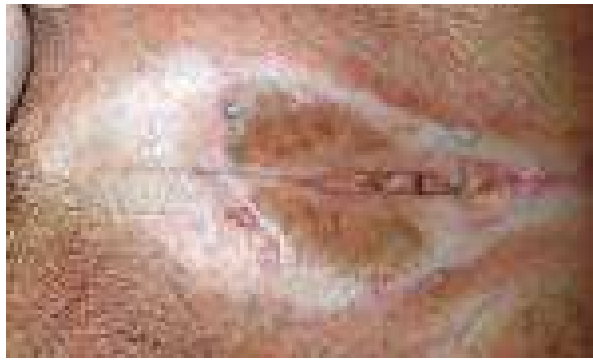
anamnesi spesso positiva per condiloma e infezione da herpes genitalis ed HIV

multifocale (> 40% dei casi)

multicentrico, con evidenza di neoplasia squamosa intraepiteliale o infiltrante in perineo, cervice e vagina (18-52% dei casi)

- **VIN di tipo differenziato (semplice)**
- in donne in post-menopausa (età media 67 anni)
- associazione con fumo di sigaretta nel 25% dei casi
- presenza di lichen sclerosus e di iperplasia squamosa immediatamente adiacenti o nello stesso campione (83% dei casi)
- infrequente in forma pura (presente nel 2-10% delle biopsie di VIN), è più spesso riscontrata adiacente ad un carcinoma squamoso infiltrante
- Multicentricità non frequente







Tab. 1 - Classificazione istologica

Squamocellulare	90%
Melanoma	5%
Indifferenziato	3.5%
Sarcoma	2%
Ca. ghiandola del Bartolini	1-3%
Intraepiteliale di Paget	1%
Basocellulare	0.5%

ANATOMIA PATOLOGICA

FORME ESOFITICHE
FORME ENDOFITICHE

Vegetanti

Nodulari

Ulcerate

Lesioni associate

Lichen, VIN , da grattamento







ca. vulvare

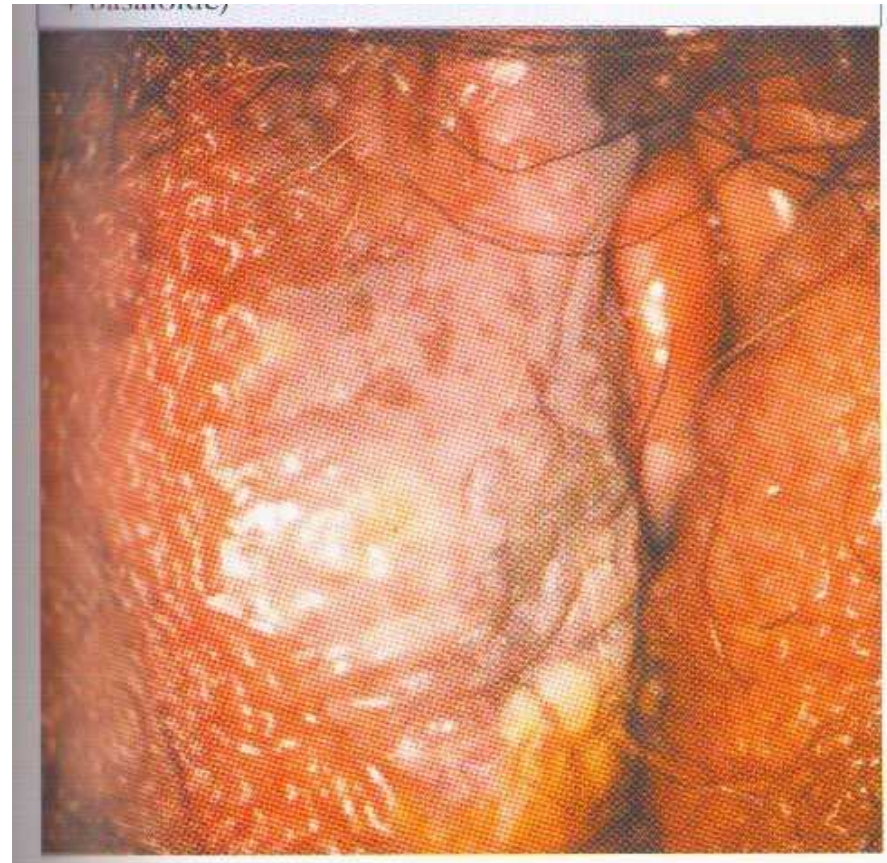


ca. vulva

CA insorto su lichen scleroso



Ca insorto su VIN





SINTOMATOLOGIA

Inizialmente asintomatico

Spesso preceduto da lunga storia di prurito

Nodulo o massa esofitica

Dolore

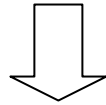
Sanguinamento

Disuria

DIAGNOSI

ISPEZIONE a occhio nudo

Noduli, aree bianche o rosse



BIOPSIA

**(PUNCH) —————> parte di cute sana e
stroma sottostante**

(ESCISSIONE) —————> con margine 1 cm se lesione ≤ 2 cm

ORIENTARE SEMPRE IL PEZZO !!!

STADIAZIONE

DIFFUSIONE PER CONTIGUITA'

(vagina, setto retto-vaginale, uretra, sfintere anale)

DIFFUSIONE PER VIA LINFATICA (precoce)

(lnf inguinocrurali – pelvici)

INDAGINI

TAC O RMN PELVI-INGUNI

ECOGRAFIA ADDOME

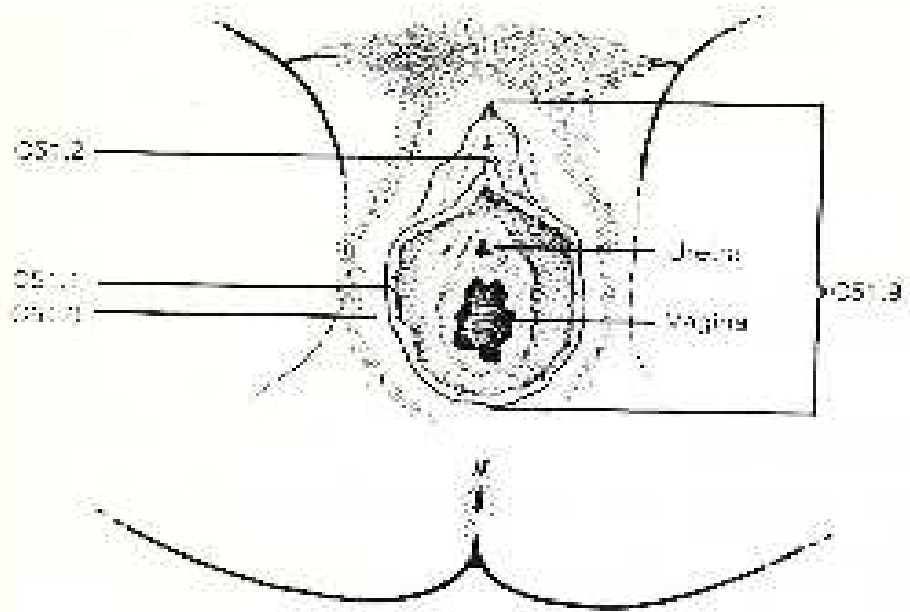
RX TORACE

(CISTOSCOPIA / RETTOSCOPIA)

CARCINOMA DELLA VULVA-STADIAZIONE FIGO 2009

Stadio I	Tumore confinato alla vulva.
IA	Lesioni di dimensioni ≤ 2 cm, confinato alla vulva o al perineo e con invasione stromale $\leq 1,0$ mm*, non metastasi linfonodali.
IB	Lesioni di dimensioni > 2 cm o con invasione stromale $> 1,0$ mm*, confinato alla vulva o al perineo, con linfonodi negativi.
Stadio II	Tumore di qualunque dimensione con estensione alle strutture perineali adiacenti (1/3 inferiore dell'uretra, 1/3 inferiore della vagina, ano) con linfonodi negativi.
Stadio III	Tumore di qualunque dimensione con o senza estensione alle strutture perineali adiacenti (1/3 inferiore dell'uretra, 1/3 inferiore della vagina, ano) con linfonodi inguino-femorali positivi.
IIIA	(i) 1-2 metastasi linfonodali (di diametro < 5 mm) oppure (ii) con 1 metastasi linfonodale (di diametro ≥ 5 mm).
IIIB	(i) 3 o più metastasi linfonodali (di diametro < 5 mm) oppure (ii) con 2 o più metastasi linfonodali (di diametro ≥ 5 mm).
IIIC	Linfonodi positivi con diffusione extracapsulare.
Stadio IV	Il tumore invade altre strutture regionali (2/3 superiori dell'uretra, 2/3 superiori della vagina), o strutture a distanza.
IVA	Il tumore invade una delle seguenti strutture: (i) 2/3 superiori dell'uretra e/o 2/3 superiori della vagina, mucosa vescicale, mucosa rettale, o è fisso alle ossa pelviche, o (ii) linfonodi inguino-femorali fissi o ulcerati.
IVB	Qualunque metastasi a distanza (incluse le metastasi ai linfonodi pelvici).

* La profondità di invasione stromale è definita dalla misurazione dell'infiltrazione neoplastica a partire dalla giunzione epitelio-stromale della più adiacente e più superficiale papilla dermale fino al punto più profondo di invasione.



IA

$\leq 2\text{cm}$

i.s. $\leq 1\text{mm}$

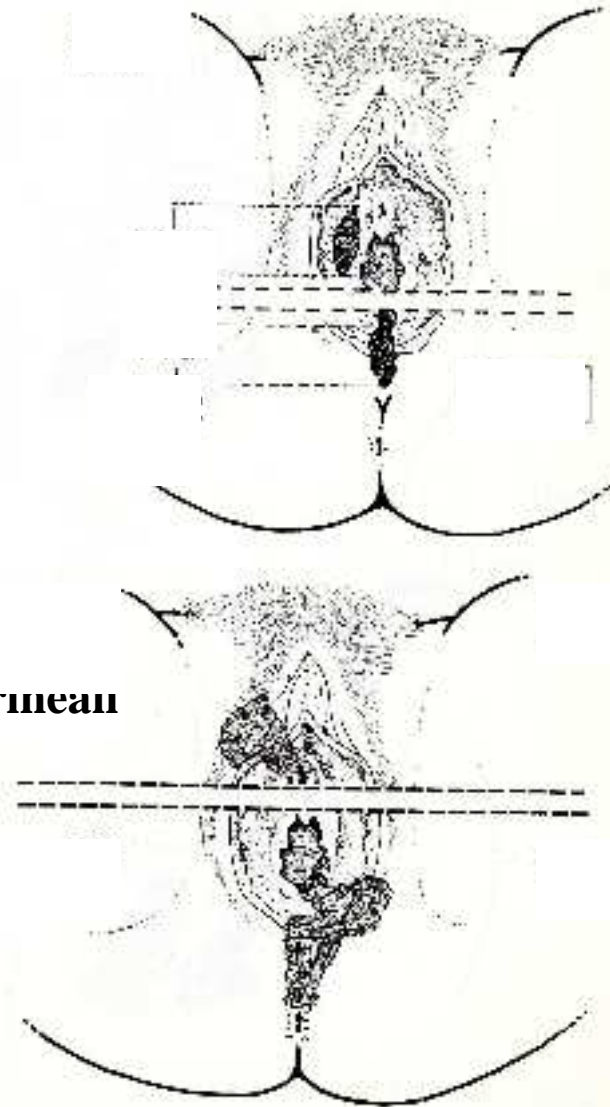
$> 2\text{cm}$ o

i.s. $> 1\text{mm}$

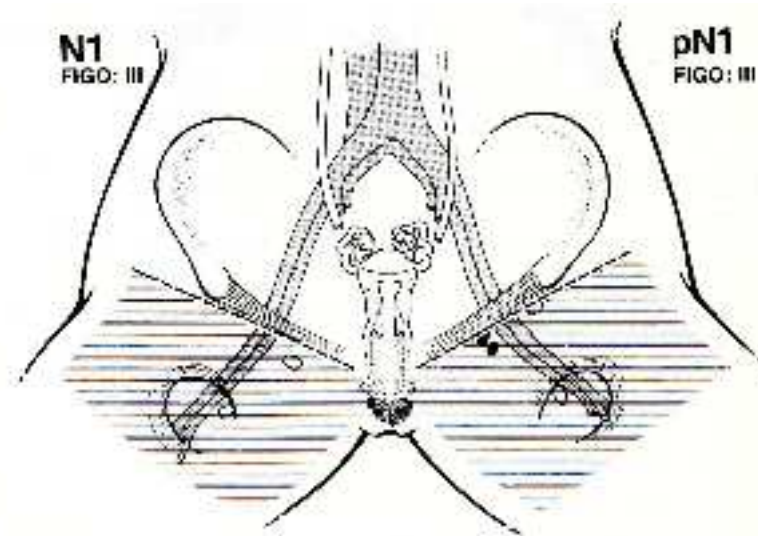
IB

II stadio

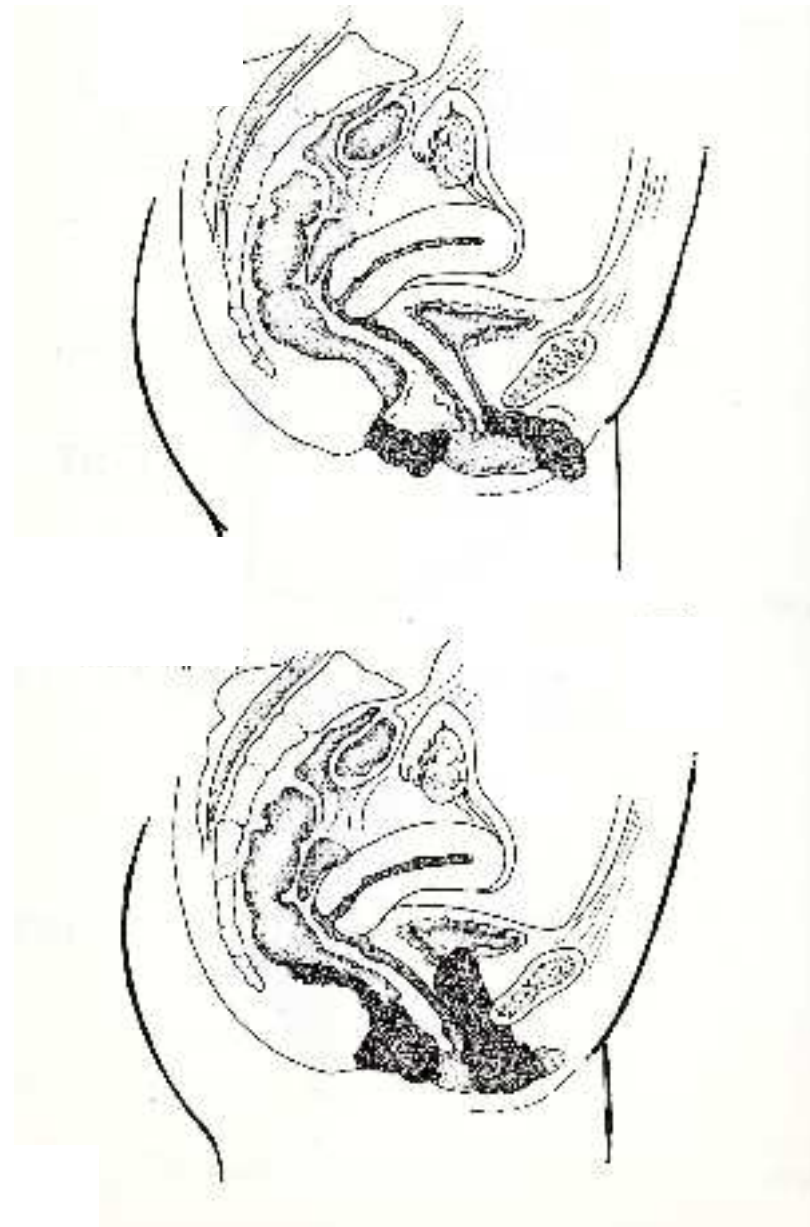
**Qualsiasi dimensione
Infiltrante strutture perinean
adiacenti**



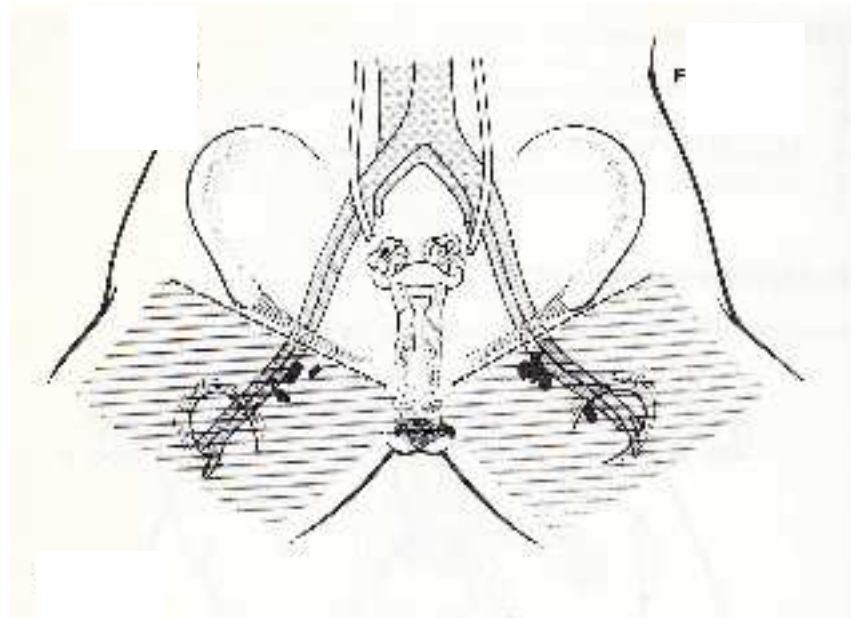
III STADIO LINFONODI INGUINO-FEMORALI POS
A – B – C in base a num e dim



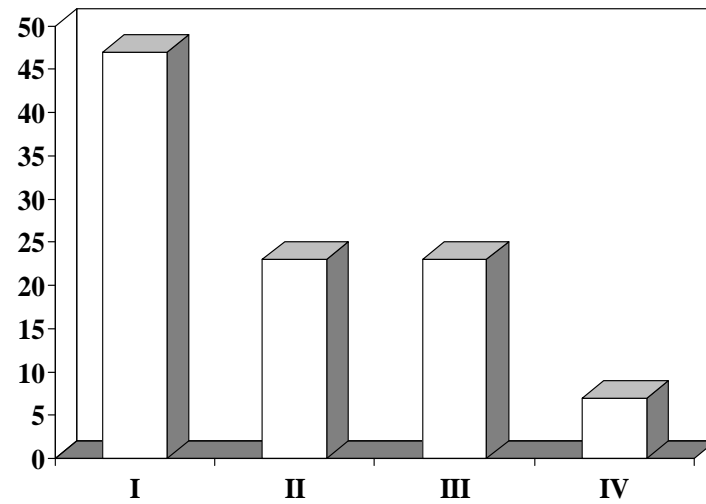
IV stadio A



**IV B: Linfonodi pelvici pos
Metastasi a distanza**



DISTRIBUZIONE DEGLI STADI CARCINOMA DELLA VULVA



TERAPIA

CHIRURGIA

(Trattamento di scelta per Stadio I-II-III)

RADIOTERAPIA

(adiuvante postoperatoria su inguini e pelvi)

CHEMIOTERAPIA

(cisplatino, 5-fluorouracile, taxolo)

RADIOCHEMIOTERAPIA

TERAPIE ASSOCIATE

CA DELLA VULVA

Influenza della chirurgia sugli esiti
funzionali

- **asportazione linfonodi inguino-
crurali**
- **asportazione vulva e tessuti
circostanti**

CARCINOMA DELLA VULVA

Complicanze tardive della chirurgia

Dissezione linfonodale

alterato drenaggio linfatico

linfedema 30-80%

30-80 %

Demolizione strutture anatomiche

alterazione statica pelvica

stenosi vulvo-vaginale

prolasso genitale

20-30%

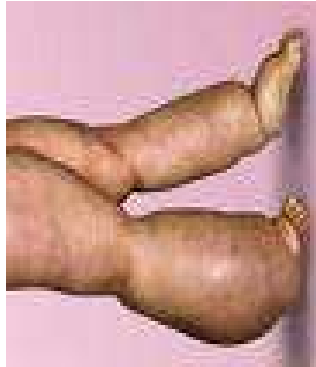




Figure 1. Coloproctology. 20 years experience. 2019. 10/10/2019



Figure 2. Coloproctology. 20 years experience. 2019. 10/10/2019

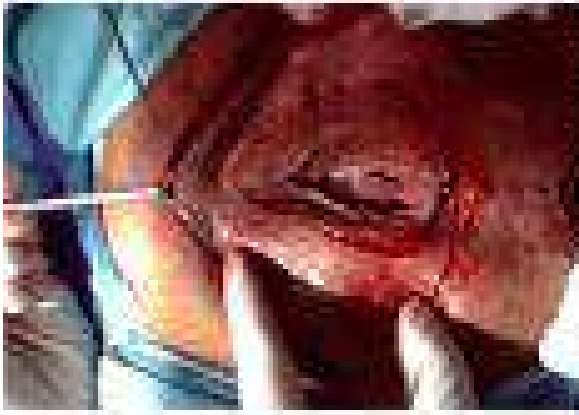


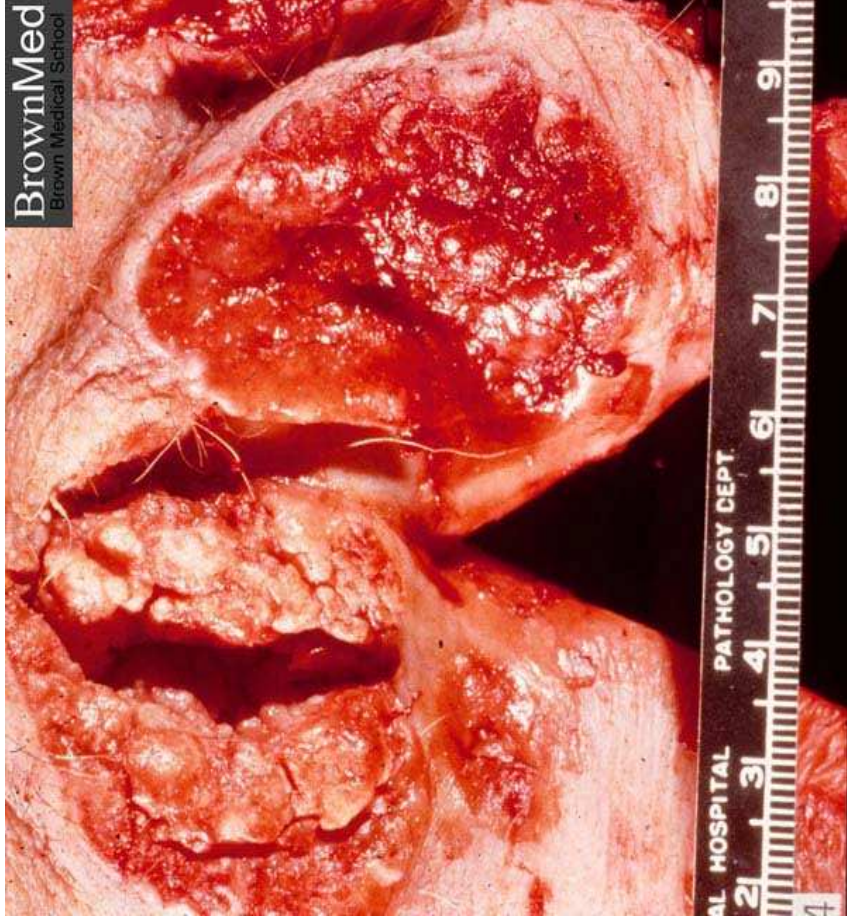
Figure 3. Coloproctology. 20 years experience. 2019. 10/10/2019



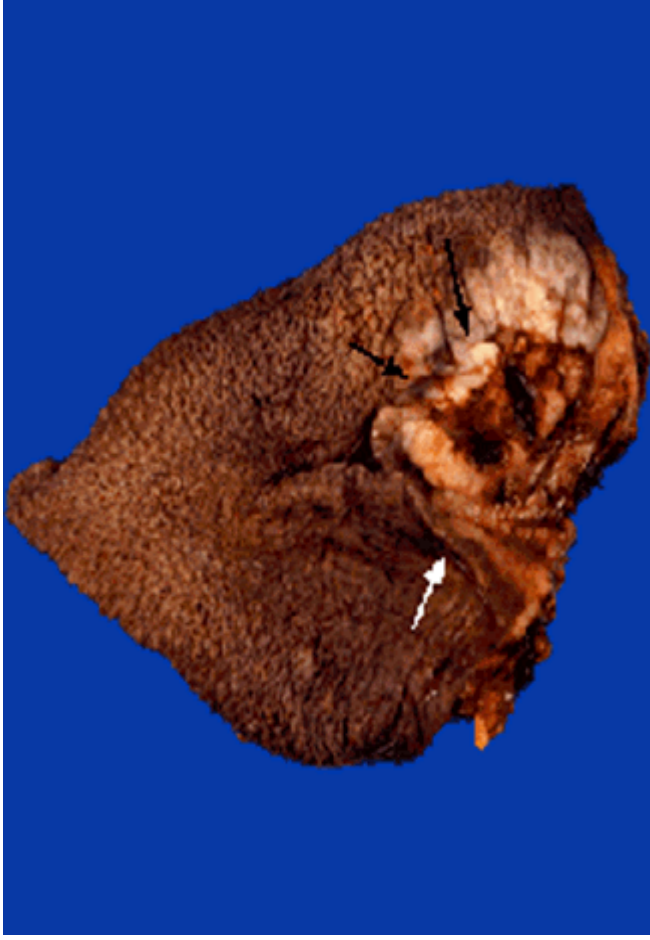
Figure 4. Coloproctology. 20 years experience. 2019. 10/10/2019

PERSONALIZZAZIONE DELL'ASPORTAZIONE





BrownMed
Brown Medical School



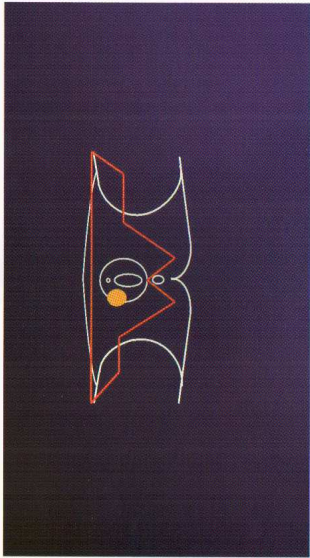


Figura 5.2 Incisione cutanea e farfalla in blocco inguino-vulvare sec. Way.

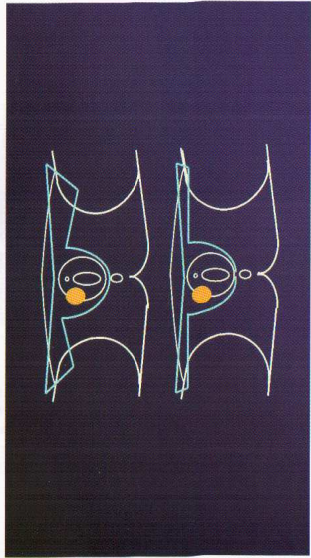


Figura 5.3 Riduzione perimetrica dell'incisione cutanea unica inguino-vulvare.

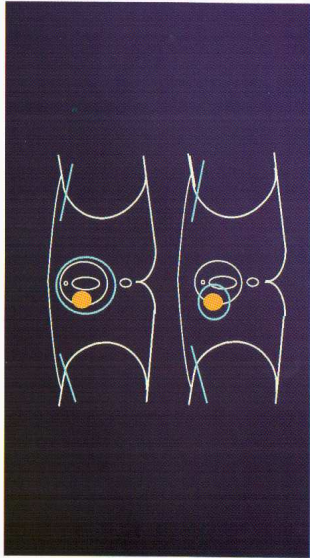


Figura 5.4 Incisioni separate per il tempo inguinale e vulvare.

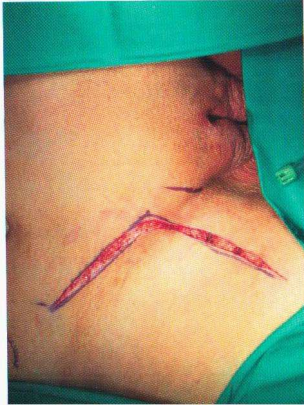


Figura 5.8 Incisione cutanea arcuata.

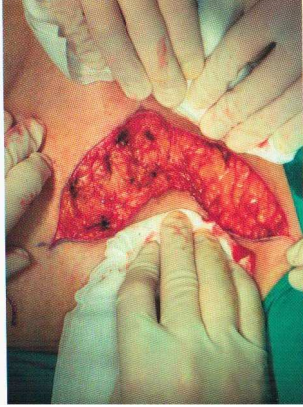
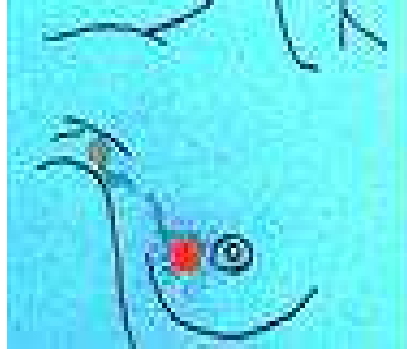
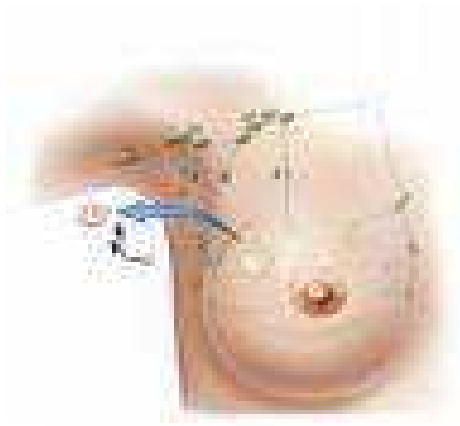


Figura 5.9 Incisione che si approfonda nel tessuto sottocutaneo a raggiungere la fascia superficiale.



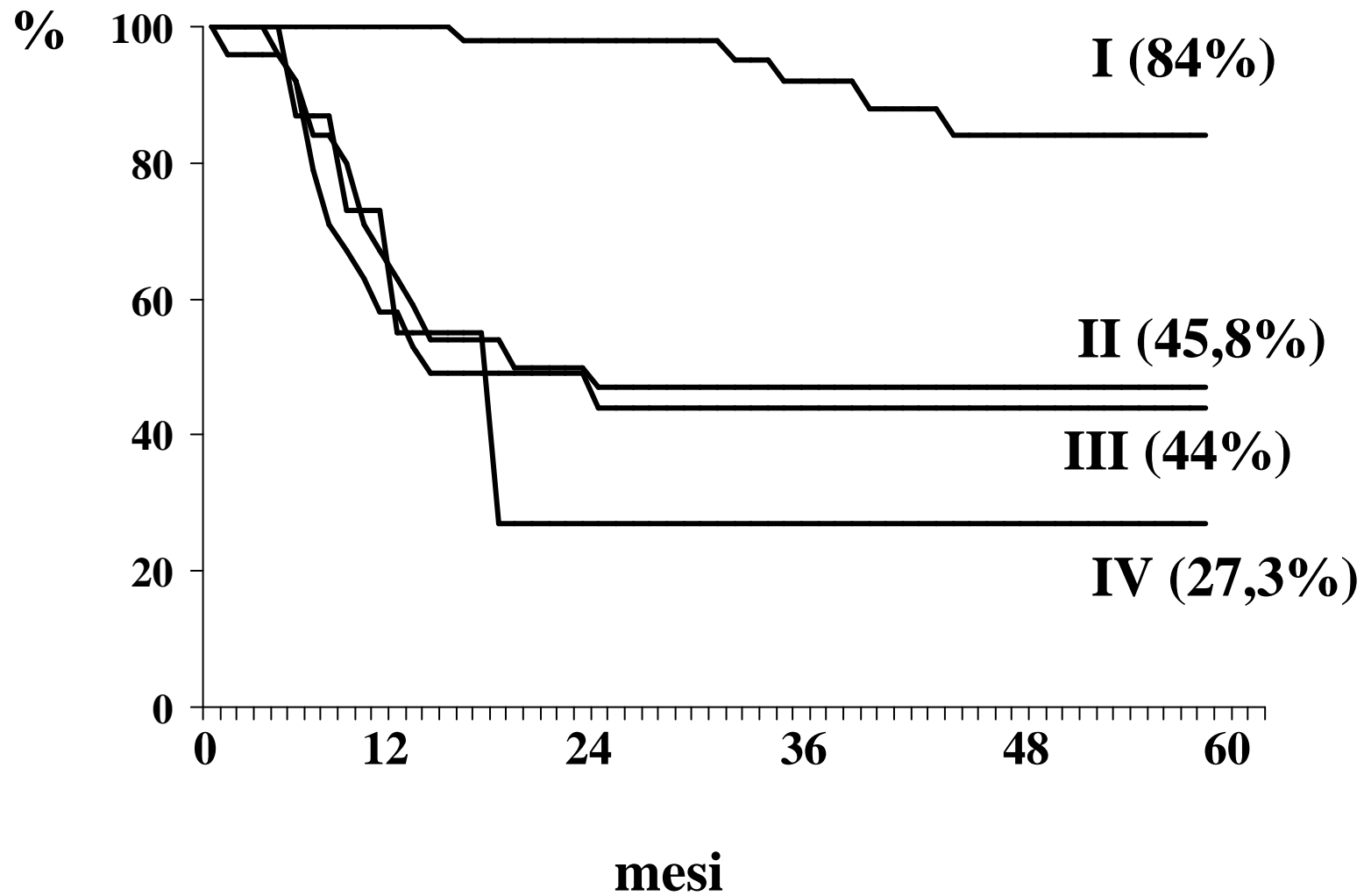
Figura 5.10 Evidenziazione della fascia superficiale o fascia di Camper che ricopre la puzza della fornice e va incisa ma non asportata.

LINFONODO SENTINELLA



CARCINOMA DELLA VULVA

Sopravvivenza per stadio



CARCINOMA DELLA VULVA

Sopravvivenza globale a 5 anni

