



PSDTA Tumore dell'ovaio

Allegato 2 : Approccio chirurgico

Anno di pubblicazione 2023

TUMORI EPITELIALI DELL'OVAIO

CHIRURGIA PRIMARIA PRIMI STADI

Ruolo principale: stadiativo (estensione anatomica di malattia, adeguamento trattamento adiuvante)

- Accesso standard: laparotomico
- Accesso laparoscopico: fattibile e sicuro in casi selezionati ed in base ad expertise equipe chirurgica
- Procedure di stadiazione standard: isterectomia totale extra fasciale con annessiectomia bilaterale, washing peritoneale, biopsie peritoneali multiple random (peritoneo pelvico, docce parietocoliche e diaframma), omentectomia, linfadenectomia pelvica mono/bilaterale, linfadenectomia para-aortica fino al livello della vena renale sinistra, esplorazione completa pelvi ed alto addome
- Possibile chirurgia fertility sparing in stadi IA e IC1di basso grado; necessario counselling personalizzato in caso di stadio IC2, IC3 e alto grado.
- Se riscontro incidentale di carcinoma ovarico, ristadiazione mandatoria se modifica trattamento adiuvante

CHIRURGIA PRIMARIA STADI AVANZATI

Ruolo principale: terapeutico (citoriduzione ottimale)

- Accesso standard: laparotomico
- Accesso laparoscopico: raccomandato per completamento diagnostico e per valutazione citoriducibilità (es. Fagotti score) prima della laparotomia, da valutare per casi selezionati ed in centri di esperienza chirurgica per debulking.
- Chirurgia citoriduttiva: isterectomia totale extrafasciale + annessiectomia bilaterale, omentectomia, asportazione di linfonodi pelvici e paraaortici bulky, asportazione di tutta la malattia macroscopicamente visibile.

CHIRURGIA DI INTERVALLO DOPO CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE

Obiettivo chirurgia: citoriduzione ottimale

- Paziente candidabile a chirurgia di intervallo dopo 3 cicli di chemioterapia neoadiuvante in caso di risposta ottimale, parziale o malattia stabile dopo rivalutazione GIC
- Intervento entro 30 giorni dal termine della CHT compatibilmente con la situazione clinica della paziente
- Accesso standard: laparotomico
- Accesso laparoscopico: raccomandato per completamento diagnostico e per valutazione citoriducibilità (es Fagotti score) prima della laparotomia

TUMORI NON-EPITELIALI DELL'OVAIO

TUMORI GERMINALI

La stadiazione chirurgica incompleta è associata a maggior tasso di recidiva ma non impatta su OS.

La chirurgia standard consiste nell'isteroannessiectomia bilaterale e stadiazione peritoneale.

La chirurgia linfonodale è indicata esclusivamente in caso di malattia residua dopo la chemioterapia e nei casi in cui non è richiesta la chemioterapia adiuvante in presenza di linfadenomegalie macroscopiche.

La chirurgia fertility-sparing è applicabile anche in caso di stadio avanzato (II-IV).

Il ruolo della chirurgia al momento della recidiva è controverso.

TUMORI DELLE CELLULE DEI CORDONI SESSUALI E DELLO STROMA

Offerta di chirurgia fertility sparing negli stadi FIGO I (A, B, controverso C1-3)

Negli stadi I non raccomandata stadiazione intensiva retroperitoneale dato il basso rischio di malattia retroperitoneale e metastasi linfonodali

Negli stadi avanzati raccomandata isteroannessiectomia bilaterale, staging e debulking.