

Pierandrea De Iaco, Anna Myriam Perrone

Conoscere, prevenire e curare i tumori femminili

*Viaggio all'interno
dell'oncologia ginecologica*

*Intervista a cura di
Alessandra Guerra*

*con un contributo di
Lucia Polpatelli*



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2017

EDIZIONI ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

Messaggerie Libri SPA

Sede legale: via G. Verdi 8 - 20090 Assago (MI)

Promozione

PDE PROMOZIONE SRL

via Zago 2/2 - 40128 Bologna

ISBN 978-884674746-4

Capitolo 1

Storie professionali

ALESSANDRA GUERRA: *Vi ringrazio per avere acconsentito a fare un'intervista su temi così complessi e difficili. Vorrei partire dalle vostre storie professionali. Professor De Iaco, qual è il suo percorso professionale?*

PIERANDREA DE IACO: Sono nato a Cremona nel 1960, ho frequentato il liceo scientifico, poi mi sono iscritto alla Facoltà di Medicina di Bologna, dove mi sono laureato nel 1985.

A. G.: *Perché ha scelto di fare il medico?*

P. D. I.: La scelta di fare il medico è stata sicuramente determinata dall'ambiente familiare, sono figlio di un medico e di un'infermiera. A casa mia si è sempre parlato di medicina, ne ho sentito l'"odore" sin da bambino; come tutti i ragazzi ho avuto l'idea di fare il pilota o qualcos'altro, però alla fine mi sono reso conto di voler fare il medico.

A. G.: *Spinto dalla famiglia?*

P. D. I.: Spinto dall'esempio, dall'idea di un lavoro che fosse di aiuto agli altri e di soddisfazione. Dopo la laurea ho preso la specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, con l'idea di fare il chirurgo pelvico^{1,2} con finalità oncologiche; per questo motivo mi sono specializzato anche in Chirurgia Generale e in Urologia. Inoltre ho frequentato per due anni il Centro Tumori Gustave Roussy di Parigi, dove ho perfezionato la conoscenza della chirurgia oncologica, con il professor Guy Michel.

¹ Chirurgo pelvico: chirurgo che si occupa degli organi dell'apparato intestinale, urinario e genitale contenuti nella pelvi.

² Pelvi: questo termine si riferisce alla regione pelvica, regione interna circoscritta dalle ossa che compongono il bacino.

Capitolo 2

Anatomia ginecologica

ALESSANDRA GUERRA: *Per favore, potete descrivere molto brevemente l'anatomia dell'apparato genitale femminile?*

PIERANDREA DE IACO: L'apparato genitale femminile è costituito da un organo centrale che è l'utero, di circa sei centimetri, una specie di pera, al centro della pelvi, la parte bassa dell'addome. L'utero contiene al suo interno una stanza rivestita da quello che io chiamo "intonaco", in termini scientifici endometrio. Questo intonaco s'ispessisce periodicamente su stimolazione degli ormoni prodotti dalle ovaie, e si distacca mensilmente; la mestruazione rappresenta il distacco dell'"intonaco" che riveste la superficie interna dell'utero.

Nella parte profonda della pelvi, lateralmente, ci sono le tube o salpingi, due piccoli tubi lunghi circa sei centimetri, connesse da una parte con le ovaie e dall'altra con l'utero; le tube permettono agli ovociti e agli spermatozoi di incontrarsi e di sviluppare l'embrione. Lateralmente all'utero, esistono le ovaie, due piccoli organi ovoidali di circa due centimetri per tre, che sono il luogo di produzione di alcuni ormoni e degli ovociti. Questi si formano all'interno di una piccola cisti⁵ che contiene anche gli ormoni e che si rompe una volta al mese, lasciandone cadere il contenuto; questo fenomeno si chiama ovulazione. Dalla rottura della piccola cisti esce l'ovocita che cerca di entrare nella tuba, in attesa di essere fecondato. L'utero è attaccato a un canale, il canale vaginale. La vagina è un organo cavo in connessione con l'interno e con l'esterno, dove termina con la vulva⁶.

⁵ Cisti: formazione patologica circolare a pareti fibrose, non comunicante con l'esterno, contenente sostanze liquide, solide o gassose.

⁶ Vulva: parte esterna dell'apparato genitale femminile, costituito dalle grandi e piccole labbra.

Capitolo 3

I tumori maligni ginecologici Breve introduzione

ALESSANDRA GUERRA: *Ora, professor De Iaco, le chiederai, per favore, di fare una breve introduzione alle malattie oncologiche ginecologiche.*

PIERANDREA DE IACO: L'importanza di questa intervista consiste nel fatto che le donne hanno bisogno di conoscere, da un punto di vista pratico e moderno, le malattie ginecologiche di tipo oncologico, per non demonizzarle. Le parole cancro e tumore fanno paura, e le pazienti di solito rispondono in due modi. Alcune vedono nella parola tumore un sinonimo di morte e sono sicure di morire; altre invece ascoltano messaggi troppo edulcorati, del tipo: "Il tumore si combatte con la terapia e ci si salva sempre". Le pazienti, invece, devono sapere che si tratta di affrontare una malattia molto grave, che ha un impatto importante sulla salute e sulla vita; ma devono anche sapere che la malattia ha buone probabilità di essere sconfitta nelle mani giuste e nei Centri giusti.

I risultati terapeutici più efficaci si ottengono quando le pazienti, conoscendo le manifestazioni di queste malattie, si rivolgono ai Centri di Riferimento: nella fase iniziale della malattia i tumori sono piccoli, operabili e gestibili e quindi hanno una buona possibilità di essere curati. Inoltre i risultati più efficaci derivano dalla conoscenza del percorso di *screening* della malattia, che permette di arrivare alla diagnosi in fase pre-tumorale, prima che la malattia si manifesti.

A. G.: *Lei, professor De Iaco, insiste sull'importanza della diagnosi precoce.*

P. D. I.: La malattia in stadio iniziale può essere trattata in maniera personalizzata, con interventi non troppo demolitivi, in Centri qualificati e da medici qualificati. Inoltre, nel-

Capitolo 4

Tumori dell'utero

Tumore del collo dell'utero

ALESSANDRA GUERRA: *Cosa mi potete dire del tumore del collo dell'utero?*

ANNA MYRIAM PERRONE: Il tumore del collo dell'utero è un tumore delle donne giovani, di età compresa fra i trenta e i cinquant'anni; la causa più frequente è il *papillomavirus* umano. È l'unico tumore ginecologico che riconosce uno *screening*, il *pap test*, che serve a svelare la presenza del *papillomavirus* e in particolare dei tipi virali che danno un alto rischio di sviluppo tumorale.

A. G.: *In cosa consiste il pap test?*

A. M. P.: Consiste nel prelevare alcune cellule dalla parte esterna del collo dell'utero e dal canale cervicale, mandarle all'anatomopatologo che le guarda al microscopio per la diagnosi di "Cellule normali", "Lesioni pre-cancerose", "Lesioni cancerose".

A. G.: *Il pap test è differente dallo Human Papilloma Virus Test?*

A. M. P.: L'*HPV test* consiste nel prelevare alcune cellule del collo dell'utero e ricercare il DNA del virus. Sono due test diversi, eseguiti con una tecnica più o meno simile, che si possono fare nello stesso momento oppure in momenti differenti.

A. G.: *L'HPV test è di screening?*

A. M. P.: Adesso la Regione Emilia Romagna sta facendo uno *screening* proprio sull'*HPV test*, ma le linee guida internazionali dicono che i due test si possono alternare. Se

Capitolo 5

Tumori ovarici

Tumore epiteliale¹⁴ dell'ovaio

ALESSANDRA GUERRA: *Cosa mi potete dire del tumore dell'ovaio?*

ANNA MYRIAM PERRONE: Il tumore ovarico rappresenta la maggior parte della nostra attività, chirurgica e ambulatoriale. Noi siamo un Centro di Riferimento soprattutto per questo tipo di tumore. Ne vediamo tanti, ma fortunatamente il tumore dell'ovaio è una patologia rara, molto più frequenti sono il tumore del collo dell'utero e dell'endometrio. È un tumore molto eterogeneo, noi diciamo “tumore dell'ovaio” e pensiamo che l'ovaio sia l'organo di origine, ma non sempre è così; a volte nasce dall'ovaio, a volte dalla tuba, a volte dal peritoneo¹⁵, a volte dagli organi vicini.

A. G.: *Quali sono i tumori dell'ovaio più frequenti?*

A. M. P.: I tumori dell'ovaio più frequenti sono quelli che originano dall'epitelio, ovvero dalla superficie esterna dell'ovaio; esistono anche tumori che originano dal tessuto connettivo¹⁶ e dalle cellule germinali¹⁷ dell'ovaio, ma sono molto più rari e hanno una prognosi favorevole. Parliamo del tumore epiteliale, il più frequente. Nella realtà esistono diversi tipi di tumore, e ciò comporta difficoltà nella diagnosi e nelle terapie. Ad esempio esistono patologie pre-tumorali chiamate *borderline* che in effetti sono al confine

¹⁴ Epitelio: la superficie esterna del corpo e delle cavità che comunicano con l'esterno.

¹⁵ Peritoneo: pellicola che avvolge tutti gli organi dell'addome.

¹⁶ Tessuto connettivo: tessuto che congiunge e protegge altri tessuti avendo con essi anche scambi nutritivi.

¹⁷ Cellula germinale: cellula riproduttiva completamente differenziata.

Capitolo 6

Tumore della vulva e tumore della vagina

Tumore della vulva

ALESSANDRA GUERRA: *Cosa mi potete dire del tumore della vulva?*

PIERANDREA DE IACO: Parlando delle altre malattie tumorali maligne rare che colpiscono l'apparato genitale, bisogna parlare anche dei tumori che colpiscono la vulva e la vagina.

La vulva è sede di un tumore maligno molto raro, colpisce le donne anziane, generalmente sui settant'anni, anche se esistono rari casi di donne molto più giovani. È una malattia a velocità di crescita molto lenta, in molti casi identificata tardi. Le pazienti soffrono di pruriti e bruciori, che vengono spesso misconosciuti, perché ritenuti causati da altre malattie dell'età anziana, come secchezza vaginale o il *lichen*, che è un ispessimento benigno della pelle. Queste malattie hanno il tempo di crescere in maniera importante, poiché sono posizionate in zone delle quali le donne anziane per ritrosia preferiscono non parlare ai familiari, né tantomeno fare vedere al medico; così si arriva a diagnosi piuttosto tardive.

Sono lesioni per lo più superficiali della pelle, ma quando sono molto grosse hanno la tendenza a dare metastasi linfonodali, cioè a colpire le ghiandole linfatiche. In questa situazione la malattia è più aggressiva e pericolosa per la vita di queste anziane pazienti. La malattia viene asportata chirurgicamente e a volte è necessario intervenire con la radioterapia e la chemioterapia.

A. G.: *Questo tipo di tumore è frequente nelle donne anziane?*

ANNA MYRIAM PERRONE: È un tumore raro, ma noi ne vediamo tante in quanto fungiamo da Centro di Riferimen-

Capitolo 9

Prima dell'intervento

ALESSANDRA GUERRA: *Vi ringrazio per aver risposto alle mie domande su temi così difficili. Ora vorrei entrare nel merito delle problematiche legate allo svolgimento dell'intervento chirurgico, e la prima è l'importanza di una diagnosi accurata. Quante volte trovate che la diagnosi del Centro è diversa da quella con la quale la paziente si presenta?*

Diagnosi e stadiazione

PIERANDREA DE IACO: Una diagnosi accurata è fondamentale ed è importante che ogni caso venga meditato con grande attenzione dagli esperti. Per questo motivo tutte le volte che facciamo una diagnosi a partire da un esame istologico analizzato altrove, ne chiediamo la riletture presso il nostro Centro; per lo stesso motivo chiediamo la visione delle lastre, risonanze magnetiche e TAC fatti in altri Centri.

Oltre a capire il tipo di malattia, è molto importante anche analizzarne la diffusione che in termini medici si definisce "stadiazione". Per comprendere la diffusione della malattia servono alcuni esami specifici per ogni tipo di tumore. Gli esperti riescono a giungere ad una conclusione attraverso pochi e corretti esami, senza perdere tempo prezioso per la paziente.

*Counseling*¹⁹ medico-paziente

A. G.: *A questo punto, dopo avere compreso il tipo esatto e la diffusione della malattia, la paziente arriva all'incontro*

¹⁹ *Counseling*: colloquio tra medico e paziente nel quale il medico dà le informazioni sulla terapia e sulle eventuali complicanze.

Capitolo 10

In sala operatoria

L'equipe chirurgica

ALESSANDRA GUERRA: *La paziente entra in sala operatoria. È importante l'affiatamento dell'equipe chirurgica?*

ANNA MYRIAM PERRONE: L'intervento chirurgico è il risultato del lavoro dell'equipe che è composta dal chirurgo, l'anestesista, il ferrista²² e l'infermiere di sala operatoria. Lo stress in sala operatoria è limitato se l'equipe conosce adeguatamente tutte le procedure e lavora in maniera affiata; tutto ciò si ripercuote sulla buona riuscita dell'intervento.

PIERANDREA DE IACO: La paziente sente l'affiatamento dell'equipe dal momento del ricovero fino a quando viene addormentata. La "macchina" di preparazione all'intervento chirurgico è come in un aeroporto, dove tutto è perfettamente controllato e verificato; noi stessi facciamo dei check copiati dai piloti aerei. Tutto viene controllato: dalla macchina per la respirazione sino alla necessità che tutti sappiano esattamente il tipo di intervento da fare.

L'accoglienza serena della paziente da parte dell'equipe chirurgica deriva anche dalla tranquillità che tutto procede nel modo dovuto.

A. G.: *La paziente entra in una sala operatoria molto fredda. Perché?*

A. M. P.: Le temperature elevate favoriscono la proliferazione di batteri e funghi, mentre le basse temperature riducono il rischio d'infezioni chirurgiche. La sala operatoria deve essere necessariamente un luogo freddo.

P. D. I.: In sala operatoria ci sono anche i flussi laminari,

²² Ferrista: infermiere addetto ai ferri chirurgici in sala operatoria.

Capitolo 11

Dopo l'intervento

ALESSANDRA GUERRA: *A questo punto la paziente esce dalla sala operatoria.*

PIERANDREA DE IACO: Dopo l'intervento la paziente viene risvegliata progressivamente, riscaldata, viene controllato il dolore e verificato che tutti i parametri siano regolari (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, diuresi). Tutto ciò richiede diversi minuti che però sono fondamentali per un buon periodo post-operatorio. Talvolta la paziente si lamenta del freddo della sala operatoria per cui viene riscaldata, anche con tecniche apposite.

La gestione del dolore

A. G.: *Come gestite il dolore nel post-intervento?*

P. D. I.: La gestione del dolore comincia prima dell'anestesia. S'inizia con l'analgesia "peridurale"²⁵, che consiste nella somministrazione di un potente antidolorifico nello spazio peridurale della colonna vertebrale attraverso un catetere che verrà mantenuto anche nei giorni post-operatori; è la stessa tecnica che viene utilizzata per le donne che partoriscono.

Inoltre durante l'intervento assieme ai farmaci che mantengono lo stato di incoscienza vengono somministrati anche farmaci antidolorifici, in modo tale che anche nel subconscio la paziente non riceva stimoli dolorosi. La somministrazione dell'antidolorifico continua dopo il risveglio.

²⁵ Anestesia peridurale o epidurale: una modalità di gestione del dolore con la somministrazione di farmaci anestetici attraverso un catetere posizionato in prossimità della colonna vertebrale.

Capitolo 12

Per concludere

Importanza del Centro di Riferimento

ALESSANDRA GUERRA: *Voi siete i chirurghi, gli specialisti, i medici, però tra i vostri interlocutori c'è anche l'amministrazione sanitaria, che può essere composta da medici ma non solo. Quanto conta avere un referente amministrativo in grado di ascoltare quanto chiedete?*

PIERANDREA DE IACO: Fa parte del ruolo dell'amministratore capire l'importanza di un Centro di Riferimento, quindi trovare fondi speciali, personale, sale operatorie e posti letto riservati al Centro. Inoltre è importante che l'amministratore sanitario di una provincia, di una città o di una regione indirizzi tutti i pazienti con una determinata malattia al Centro di Riferimento.

A. G.: *Voi proponete una centralizzazione delle cure in relazione alle malattie più gravi?*

P. D. I.: Esattamente. Il numero dei Centri di Riferimento dipende dalla frequenza della malattia. I tumori dell'ovaio sono rari e quindi sono sufficienti pochi Centri rispetto ad altre neoplasie più frequenti come il tumore del seno.

A. G.: *Centro di Riferimento significa Centro di Eccellenza?*

P. D. I.: Sì. Noi riteniamo di fare un lavoro di alto livello secondo gli *standard* richiesti dalla Società Europea di Ginecologia Oncologica e che soddisfa le esigenze delle pazienti.

Capitolo 13

Conversazione sulla psico-oncologia Intervista a Lucia Polpatelli

ALESSANDRA GUERRA: *Dr.ssa Polpatelli, mi può raccontare il suo percorso professionale, per favore?*

LUCIA POLPATELLI: Sono nata il 28 marzo 1961, ho vissuto in provincia di Pordenone, ad Azzano Decimo. Mio padre faceva il preside e abbiamo un po' "pellegrinato". Ho frequentato il liceo classico a Udine. La mattina del 6 maggio 1976, giorno del terremoto in Friuli, ero a scuola e c'era il compito in classe d'italiano. Il primo titolo proposto era *I crepuscolari e i futuristi*, il secondo *Parla del tuo futuro*. Io, che studiavo, ho svolto il primo tema. Il mio compagno di banco, che conoscevo sin da bambina, uscendo da scuola mi ha detto: "Leggi la mia brutta copia? Così mi dici se la prof. d'italiano mi rimanda o mi promuove?". La sera c'è stato il terremoto, la sua casa è caduta e lui e sua madre sono morti. Dopo qualche mese sono potuta rientrare in casa e ho trovato il tema nel quale il mio compagno di banco aveva scritto i suoi bellissimi progetti di vita. Anche altri miei compagni di classe sono morti nel terremoto. Credo di avere fatta mia, in quell'occasione, l'idea della precarietà della vita. Nell'adolescenza un accadimento come il terremoto è molto destabilizzante. Rivalutando le mie scelte professionali, a posteriori, credo che anche l'esperienza del terremoto abbia inciso nell'occuparmi di psico-oncologia.

A. G.: *Poi?*

L. P.: Poi sono venuta a studiare alla Facoltà di Medicina e Chirurgia a Bologna, dove abitava mia nonna, che è morta poco tempo dopo a causa di un tumore polmonare.

Subito dopo essermi laureata, ho cominciato a fare le guardie mediche in Friuli e ho deciso di fare la specialità in Ginecologia. L'approccio allora era strettamente medico

Indice

Prima parte

<i>Capitolo 1</i>	
Storie professionali	9
<i>Capitolo 2</i>	
Anatomia ginecologica	17
<i>Capitolo 3</i>	
I tumori maligni ginecologici. Breve introduzione	21
<i>Capitolo 4</i>	
Tumori dell'utero	23
<i>Tumore del collo dell'utero</i>	23
<i>Tumore dell'endometrio</i>	30
<i>Sarcoma dell'utero</i>	37
<i>Capitolo 5</i>	
Tumori ovarici	39
<i>Tumore epiteliale dell'ovaio</i>	39
<i>Tumori ovarici rari</i>	45
<i>Capitolo 6</i>	
Tumore della vulva e tumore della vagina	47
<i>Tumore della vulva</i>	47
<i>Tumore della vagina</i>	49
<i>Capitolo 7</i>	
Tumori ginecologici e terapia ormonale	51
<i>Tumori ginecologici e gravidanza</i>	51
<i>Capitolo 8</i>	
Importanza dell' <i>equipe</i> terapeutica	53

Seconda parte

<i>Capitolo 9</i>	
Prima dell'intervento	57
<i>Diagnosi e stadiazione</i>	57
<i>Counseling medico-paziente</i>	57
<i>Internet</i>	59
<i>Valutazione pre-operatoria</i>	60
<i>Team ospedaliero</i>	61
<i>Capitolo 10</i>	
In sala operatoria	63
<i>L'equipe chirurgica</i>	63
<i>L'anestesia</i>	64
<i>Diagnosi strumentale e diagnosi reale</i>	65
<i>L'esame anatomopatologico estemporaneo</i>	66
<i>Lo stress dei chirurghi</i>	67
<i>Capitolo 11</i>	
Dopo l'intervento	69
<i>La gestione del dolore</i>	69
<i>Al risveglio</i>	70
<i>Dimissioni precoci-protette</i>	70
<i>Capitolo 12</i>	
Per concludere	73
<i>Importanza del Centro di Riferimento</i>	73
<i>Il futuro della Chirurgia Ginecologica Oncologica</i>	74
<i>Per concludere</i>	75
<i>Capitolo 13</i>	
Conversazione sulla psico-oncologia	
Intervista a Lucia Polpatelli	77
Dizionario	85
Biografie	87
Bibliografia	91
<i>Bibliografia di Pierandrea De Iaco</i>	
<i>e Anna Myriam Perrone</i>	91
<i>Bibliografia di Pierandrea De Iaco</i>	93
<i>Bibliografia di Anna Myriam Perrone</i>	98

Edizioni ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com - www.edizioniets.com

Finito di stampare nel mese di marzo 2017