

Protocollo: DIAGNOSI E GESTIONE DI MASSE PELVICHE ED ANNESSIALI

Il protocollo standardizzato di diagnosi e gestione di masse pelviche ed annessiali in ginecologia si basa internazionalmente su tre risorse fondamentali:

- 1) **Clinica**: vista ginecologica, raccolta anamnestica personale e familiare;
- 2) **Ecografia**: ginecologica, tranvaginale e transaddominale e controllo dei flussi ematici vascolari;
- 3) **Marcatori**: Ca 125, HE4, ed altri.

La **diagnosi definitiva aspetta all'anatomo patologo** al quale bisogna fornire di un campione rappresentativo dopo avere effettuato la biopsia con tecnica sicura (che non permetta la disseminazione di eventuali malattie gravi)

Introduzione:

Il riscontro di una massa pelvica induce ad effettuare una serie di indagini ed esami ginecologici codificati, mirati alla esclusione o alla conferma di una patologia grave. La massa pelvica o annessiale segue un percorso di diagnosi differenziale che comprenda le ipotesi patologiche ginecologiche e non ginecologiche e di distinguere fra malattie benigne e maligne.

La stragrande maggioranza delle patologie che producono una massa pelvica e/o annessiale sono benigne. Le cisti funzionali, fisiologiche, normali, non neoplastiche rappresentano la causa più frequente di diagnosi di massa annessiale cistica.

Il rischio di neoplasia ovarico aumenta con l'età, le dimensioni delle masse, comparsa di sintomatologia e le caratteristiche ecografiche (miste, setti spessi, gettoni intraluminari, neovascolarizzazione, etc)

Le diagnosi di masse pelviche ed annessiali si effettuano molto frequentemente in forma fortuita, casuale in donne asintomatiche che assistono ad una visita ginecologica di controllo.

In un gruppo minore di donne si arriva alla diagnosi per sintomi e segni della sfera gastrointestinale. In alcune donne la diagnosi di massa pelvica si associa ad ascite, vomito, compressione pelvica, metrorragie ed altri sintomi di malattia francamente avanzata.

Dopo una visita ginecologica che mette in evidenza una massa pelvica è doveroso chiedere o effettuare uno studio ecografico mirato. Testare il valore del marcatore più sensibile (Ca. 125) è mandatario.

Quando dalla diagnosi ecografica si dimostra la presenza di formazioni cistiche bilaterali in donna asintomatica, sintomatica o minimamente sintomatica (anche ascite di minima entità) ed aumento del Ca.125, è indicata l'esplorazione chirurgica laparoscopica o laparotomica.

Ruolo dell'ecografia:

L'ecografia delle masse annessiali permette di caratterizzarle come cistica (contenuto liquido), solida (massa di tessuto compatto) o mista (immagini di tessuto solido e liquido frammisto).

Le immagini cistiche che presentano pareti lisce e contenuto liquido limpido, sono relazionate generalmente a patologie cistiche benigne.

Le immagini solide, in generale corrispondono a malattie fibromatose e miomatose quasi sempre benigne.

Le immagini miste con presenza di escrescenza di tessuto, gettoni intracistici e setti ispessiti sono sospetti per patologia maligna. (La neoplasia ovarica si presenta nel 30% delle diagnosi come cisti complesse.)

Lo studio della vascolarità può dimostrare la presenza di vasi sanguinei di recente formazione (neovascolarizzazione) ed ulteriormente, accentuare il sospetto di malignità.

In donne incinta (gravide) con masse pelviche cistiche e solide asintomatiche sono generalmente riconducibili a patologie benigne ed oggi si tende ad attendere la terminazione della gravidanza per prendere ulteriori decisioni.

Ruolo dei marcatori:

Il Ca. 125 è il marcatore più studiato e conosciuto. (Si invita a leggere la "carta d'identità del Ca 125). Questo marcatore ha un'alta sensibilità ma urge ricordare che NON è totalmente specifico.

Il Ca 125 può risultare elevato anche in condizioni come: cirrosi, infiammazioni ed iperplasie non neoplastiche delle sierose (peritoneali e pleuriche), endometriosi, P.I.D. (malattia pelvica infiammatoria), leiomiomi uterini, carcinomatosi pleurica, peritoneale, retroperitoneale, linfomi, endometrio, pancreas, polmone, mammella ed altri. Nel 1% delle donne normali si possono riscontrare livelli elevati del Ca 125 fluttuanti con il ciclo mestruale.

Negli ultimi anni si è associato alla diagnosi un nuovo marcatore: HE4. (Si invita a leggere la carta d'identità dell'HE4)

L'utilizzo dei due marcatori (Ca 125 + HE4) pare aumentare significativamente la sensibilità e soprattutto la specificità. In questo senso ci sono promettenti ed importanti studi in corso.

Altri marcatori come Alfa Feto Proteina, Beta h.c.g., C.E.A. possono offrire qualche utilità nello studio di masse pelviche particolari ed in età infantile.

Diagnosi differenziale delle masse pelviche:

Condizioni Ginecologiche:

-Patologie ovariche benigne:

- .Cisti luteinica
- .Cisti follicolare
- .Ematoma luteinico.
- .Luteoma gravidico
- .Teratoma maturo
- .Torsione del peduncolo ovarico o della cisti ovarico
- .Ovaia policistica
- .Cistoadenoma sieroso / mucinoso
- .Cisti tecale – luteinica.

-Patologie ovariche maligne:

- .Tumori borderline
- .Carcinomi epiteliali, stromali e del cordone sessuale
- .Tumori germinali
- .Sarcomi ed altri

-Patologie non ovariche benigne:

- .Gravidanza ectopica (extrauterina)
- .Endometrioma ed ematomi pelvici.
- .Ascesso tubo-ovarico e pelvico.
- .Idrosalpinge ed ascessi tubarici
- .Leiomiomi ed altre

-Patologie non ovariche maligne:

- .Neoplasia dell'endometrio
- .Npl. della tuba e delle fibrie
- .Sarcomi ed altre Npl. rare dei tessuti di sostegno dell'ovaia

Condizioni NON ginecologiche:

-Benigne:

- .Ascesso appendicolare
- .Diverticolosi e diverticolite
- .Ascesi pelvici e diverticolari
- .Shwanomi (tumori della tunica nervosa) e Cisti peritoneali
- .Diverticoli e patologie malformative urologiche e rene pelvico.
- .Linfoadenopatie pelviche e mesenteriche.
- .Volvoli e torsioni.

-Maligne:

- .Tumori dell'intestino (con o senza compromesso meccanico)
- .Tumore di Krukenberg (tumori gastrointestinali metastatici all'ovaie)
- .Tumori peritoneali
- .Tumori metastatici (mammella, melanomi, etc)
- .Linfomi

.Sarcomi pelvici e retroperitoneali.

.Lesioni tumorali metastatiche o per contiguità da organi vicini (vescica, sigma, uretra, vagina, etc)

Raccomandazioni per la pratica clinica con livelli di evidenza A – B – C, confermati dal sistema SORT (Strenght of Recommendation Taxonomy):

- 1) Ad oggi NON risulta raccomandabile indicare o effettuare esami di “screening” e/o di routine per la diagnosi precoce del tumore ovarico. (Non hanno migliorato la sopravvivenza, ne’ la qualità, ne’ la quantità ed hanno prodotto numerosi interventi inutili e complicazioni: non sono raccomandati.) *Livello di evidenza: A*
- 2) L’ecografia transvaginale è la modalità d’imaging di elezione nella valutazione delle masse pelviche. *Livello di evidenza: B*
- 3) I livelli alterati di Ca 125 in donne premenopausali NON sono valutabili per l’indicazione chirurgica. *Livello di evidenza: B*
- 4) In donne postmenopausiche i livelli del Ca 125 sono indicatori validi per programmare l’indagine chirurgica fra laparoscopia e laparotomia. *Livello di evidenza: B*
- 5) Le masse pelviche diagnosticate in gravidanza possono essere tenute in osservazione fino a dopo il parto. (Atteggimento aspettante) *Livello di evidenza: C.*
- 6) Le cisti semplici asintomatiche di oltre 5 cm di diametro possono essere tenute sottocontrollo serrato fino ad una dimensione non superiore ai 10 cm. *Livello di evidenza: C*
- 7) Il follow – up previsto per una massa cistica semplice prevede controlli con Ca 125 ed ecografia T.V. a 15 giorni e poi mensile (4 – settimane), sempre che le modificazioni non siano peggiorative: interrompere il F-Up. *Livello di evidenza: B*
- 8) L’incremento progressivo delle dimensioni di una cisti è determinante per l’indicazione dell’esplorazione chirurgica. (Le laparoscopie sono adeguate se in presenza di un patologo per esame estemporaneo) *Livello di evidenza: A*
- 9) Indipendentemente delle dimensioni un incremento esponenziale del ca. 125 è condizione per indicare l’indagine chirurgica. *Livello di evidenza: B*
- 10) I contraccettivi orali non si sono ancora dimostrati utili al trattamento delle cisti ovariche in donne premenopausiche (*Livello di evidenza: A*) ed indipendentemente dell’età della paziente (*Livello di evidenza: C*)

I livelli di evidenza, e le raccomandazioni sono una sorte di linea guida che lo specialista dovrà mettere in relazione ad ogni singolo caso a seconda del luogo, mezzi e la situazione in cui si trova.

Non esiste un algoritmo universale, e come tutte le linee guida lasciano una grande elasticità di atteggiamento.

In presenza di una massa pelvica o annessiale, il consiglio finale è quello di non scoraggiarsi ne' si lasciarsi prendere dal panico e seguire le indicazioni suggerite da uno specialista esperto (non improvvisare).

**Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)**