

Opinione degli esperti n. 64

Commissione di garanzia della qualità
 Presidente Prof. Dr. med. Daniel Surbek

Salpingectomia opportunistica per la riduzione del rischio di carcinoma ovarico

Autori: Christoph M. Honegger, Thomas Hess, Irene Hösli

Definizione	Livello di evidenza
<p>La salpingectomia opportunistica comprende la rimozione profilattica di entrambe le tube per la prevenzione primaria del carcinoma ovarico in donne con pianificazione familiare completata che si sottopongono a interventi di chirurgia ginecologica con indicazione benigna.</p>	
<p>Nozioni fondamentali</p>	
<p>Le prime osservazioni sul fatto che molti carcinomi ovarici non hanno affatto origine nell'ovaio ma nella tuba risalgono agli anni Novanta del secolo scorso.</p>	
<p>Solo nel 2007 è stata tuttavia descritta una lesione precancerosa della tuba, il cosiddetto «carcinoma sieroso intraepiteliale della tuba» (STIC), che costituirebbe la probabile causa di almeno una parte dei carcinomi ovarici. Lesioni compatibili con lo STIC vengono rilevate nell'1-5% delle portatrici di mutazioni (BRCA 1/2). Nelle donne senza mutazioni la prevalenza non è chiara.</p>	
<p>Le lesioni precancerose tubariche sono state rilevate sia in portatrici di mutazioni sia in donne con gli sporadici «carcinomi sierosi di alto grado» (HGSC, high-grade serous cancer). Nel frattempo è stato chiarito che non solo gli HGSC, ma anche i carcinomi di basso grado hanno origine prevalentemente nelle tube. Questi ultimi sono tipicamente associati a una mutazione di BRAF o KRAS, mentre gli HGSC sono associati a una mutazione di TP53.</p>	
<p>In questo contesto, è stato raccomandato con sempre maggiore frequenza di rimuovere anche le tube uterine, prima di tutto nelle donne con isterectomia per indicazione benigna, poi in caso di desiderio di sterilizzazione tubarica e, infine, anche in donne partorienti con pianificazione familiare completata e desiderio di sterilizzazione.</p>	
<p>Varie società specialistiche hanno quindi già incluso questo approccio nelle loro raccomandazioni o linee guida.</p>	IV
<p>Fattibilità ed efficacia</p>	
<p>Indipendentemente dalla via d'accesso, la salpingectomia bilaterale nell'ambito di un'isterectomia per indicazione benigna non sembra essere associata a una maggiore morbilità perioperatoria. Unicamente il tempo dell'intervento sembra essere lievemente maggiore rispetto a quello della sola isterectomia, ma la perdita di sangue e il rischio di infezione non sono aumentati e la durata della degenza non sembra essere prolungata. Il tasso di gravidanze ectopiche, idrosalpinge o ascessi tubo-ovarici è ridotto.</p>	
<p>Ancora alquanto controversa sembra essere l'influenza sulla funzione ovarica, valutata in vari studi sulla base di parametri surrogati come le misurazioni ormonali (FSH, AMH), le misurazioni della perfusione mediante eco-Doppler e i questionari sui sintomi della menopausa somministrati alle pazienti. Nella maggior parte dei casi la funzione ovarica non sembra subire alcuna influenza rilevante. Tuttavia, in uno studio svedese, le pazienti lamentavano spesso sintomi della menopausa dopo la salpingectomia, in particolare le donne di 44-49 anni.</p>	III
<p>Salpingectomia post-partum a seguito di un taglio cesareo</p>	
<p>Il numero di studi randomizzati che hanno confrontato la sterilizzazione tubarica rispetto alla salpingectomia in termini di fattibilità e sicurezza è ancora molto limitato (N = 2 con un totale di 124 donne incluse, di cui tuttavia solo 41 sottoposte salpingectomia).</p>	Ib
<p>Dal punto di vista tecnico la salpingectomia ha potuto essere eseguita nel 95% dei casi e il tasso di complicanze intraoperatorie non è differito significativamente in termini di perdita di sangue, infezioni o riospedalizzazione. In uno studio, la durata dell'intervento chirurgico è risultata prolungata di circa 15 minuti, mentre nell'altro non ci sono state differenze. Tuttavia, in uno studio è stato utilizzato un costoso strumento monouso (Ligasure).</p>	
<p>Dopo aver valutato intraoperatoriamente il possibile aumento della perdita ematica nell'eventualità di una salpingectomia durante il taglio cesareo e tenendo conto del basso numero di casi in questa situazione è sempre possibile eseguire una sterilizzazione tubarica convenzionale.</p>	

Efficacia

L'efficacia della salpingectomia profilattica finalizzata alla auspicata riduzione del rischio di carcinoma ovarico sembra oggettivamente. In uno studio svedese è stato possibile ottenere una riduzione del rischio del 65% mediante salpingectomia supplementare rispetto al 28% con la sola legatura tubarica, nei confronti di donne che non erano state sottoposte a sterilizzazione, salpingectomia, isterectomia o annessectomia.

In una metanalisi di tre studi su donne con rischio di carcinoma ovarico moderato è stata riscontrata un'analoga riduzione del rischio mediante salpingectomia nel corso di una fase di follow-up fino a trent'anni.

Informazioni su rischi e benefici

Le donne con pianificazione familiare completata che devono sottoporsi a intervento chirurgico ginecologico devono essere informate della possibilità di una concomitante salpingectomia profilattica volta a ridurre il rischio di carcinoma ovarico. È stata misurata una riduzione del rischio di 2/3 (66%) rispetto alle donne non operate e della metà (50%) rispetto a donne che hanno acconsentito al solo intervento di isterectomia.

La prevenzione più sicura sarebbe ovviamente l'annessectomia bilaterale, che dovrebbe però essere riservata alle donne a rischio molto alto (mutazioni di BRCA1/2 ecc.). Nello studio Nurses Health Study, il gruppo di donne con annessectomia bilaterale prima della menopausa ha avuto una mortalità complessiva (all-cause mortality) e una mortalità oncologica (cancer mortality) più elevate, probabilmente a causa della menopausa iatrogena precoce associata ad aumento del rischio cardiovascolare, osteoporosi, diminuzione della funzione cognitiva e aumento dell'incidenza di altre neoplasie. Il rischio di sviluppare un carcinoma ovarico dopo isterectomia è stato molto basso (0,1-0,75%) nello studio. Il rischio di mortalità da carcinoma ovarico in seguito al mantenimento degli annessi è stato solo dello 0,03%.

Se vi è il desiderio di una sterilizzazione contestuale al taglio cesareo, le informazioni dovrebbero includere il fatto che, a motivo del basso numero di casi, i rischi e i benefici della salpingectomia post-partum non sono ancora sufficientemente chiari.

Raccomandazioni

Le donne con pianificazione familiare completata che devono sottoporsi a un intervento chirurgico ginecologico con indicazione benigna dovrebbero essere informate della possibilità di una salpingectomia opportunistica bilaterale.

Vanno spiegati i benefici e i rischi potenziali di questo intervento supplementare.

La raccomandazione alla salpingectomia opportunistica riguarda le donne con un rischio di carcinoma ovarico moderato. Nelle donne a rischio alto o molto alto (mutazione di BRCA1/2 ecc.) deve essere ancora raccomandata l'annessectomia profilattica.

La salpingectomia può essere raccomandata anche nelle donne che desiderano sottoporsi a sterilizzazione, tenendo presente che per la salpingectomia post-partum la situazione dei dati è ancora molto limitata. Anche in questi casi il rischio operatorio non sembra essere aumentato rispetto alla classica legatura tubarica.

In tutte le raccomandazioni non è specificamente menzionato se le tube rimosse debbano essere sistematicamente sottoposte a esame patologico e cosa fare qualora si riscontrino lesioni STIC.

Allo stesso modo non è stata chiarita in via definitiva la questione della presa a carico dei costi. In linea di principio, si raccomanda un esame istopatologico delle tube con conseguenti costi aggiuntivi, che devono essere sostenuti dalla paziente stessa in caso di intervento non a carico delle casse malati. Gli esatti costi aggiuntivi devono essere chiariti con l'istituto di patologia incaricato e la paziente ne deve essere informata.

III

la

III

Data: 19 aprile 2020

Livello di evidenza	Grado di raccomandazione
Ia Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi controllati e randomizzati.	A In letteratura, che deve essere globalmente di buona qualità e coerente, esiste almeno uno studio controllato e randomizzato che abbia condotto alla raccomandazione in questione (livello di evidenza Ia, Ib).
Ib Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato e randomizzato.	B Sull'argomento della raccomandazione sono disponibili studi clinici ben controllati, ma non randomizzati (livello di evidenza IIa, IIb, III).
IIa Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato, ben disegnato, ma senza randomizzazione.	C Esistono evidenze basate su rapporti o pareri di gruppi di esperti e/o sull'esperienza clinica di specialisti rinomati. Non sono disponibili studi clinici di alta qualità direttamente applicabili (livello di evidenza IV).
IIb Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale ben disegnato.	Buona pratica La buona pratica raccomandata sulla base dell'esperienza clinica del gruppo di esperti che ha redatto l'opinione degli esperti / la linea guida.
III Evidenza ottenuta da studi descrittivi non sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione o di casi.	
IV Evidenza ottenuta da rapporti o opinioni di esperti e/o da esperienza clinica di specialisti rinomati.	

Tradotto dall'inglese (fonte: RCOG Guidelines n. 44, 2006)

Bibliografia

Presso gli autori

Dichiarazione di conflitti di interessi:

Christoph M. Honegger: nessun conflitto di interessi

Thomas Hess: nessun conflitto di interessi

Irene Hösli: nessun conflitto di interessi

La Commissione di garanzia della qualità di ginecologia svizzera SSGO elabora linee guida e opinioni degli esperti con la più grande cura; tuttavia, la Commissione di garanzia della qualità di ginecologia svizzera SSGO non può assumere la responsabilità dell'esattezza e dell'eshaustività del contenuto. Le informazioni dei produttori devono essere rispettate in tutti i casi, in particolare le indicazioni relative alla posologia.

Dal punto di vista della Commissione, le linee guida e le opinioni degli esperti corrispondono allo stato attuale delle conoscenze scientifiche nel momento della loro stesura. Gli utilizzatori devono tenere conto delle modifiche sopravvenute nel frattempo.