CONSIGLI

Tumore dell’endometrio o dell’ovaio in g ovane età: quando si può preservare la possibili tà di avere figli

18 novembre 2026 · 9 min di lettura

Quando nel tumore dell’endometrio e nei tumori ovarici si possono preservare utero e ovaie, chi prende questa decisione e come pianificare una gravidanza dopo il trattamento. Dalla relazione dell’oncologo Artem Mykytiuk.

Una diagnosi oncologica a 30 o 35 anni cambia tutto. Quasi sempre porta subito con sé un’altra domanda, che non sempre si ha il coraggio di fare al medico: potrò avere figli dopo il trattamento?

er una parte delle pazienti la risposta è sì. L’oncologia ginecologica moderna è in grado di trattare alcuni tipi d i tumore dell’endometrio e di tumori ovarici preservando l’utero, un’ovaia o entrambi. Questo approccio h a però limiti precisi, ed è proprio di questi che parla l’articolo. È scritto sulla base della relazione di Artem M ykytiuk, PhD, chirurgo oncologo e assistente del Dipartimento di Oncologia dell’Università Medica Na zionale Bogomolets, e si fonda sulle linee guida internazionali ESGO/ESHRE/ESGE (2023) e ASCO (2025).

Perché della fertilità bisogna parlare subito

Ogni anno nel mondo più di 2 milioni di donne sotto i 50 anni ricevono una diagnosi di tumore. In Ucraina, nel 2021, tra le donne di 15–49 anni sono stati registrati 12.835 nuovi casi.

Eppure solo il 30–40% delle pazienti in età riproduttiva riceve una consulenza sulla preservazione della fertilità prima dell’inizio del trattamento. Di queste, solo il 10–15% decide di crioconservare ovociti o embrioni.

Qui il tempo è decisivo. Molte possibilità di preservare la fertilità esistono solo prima della chemioterapia, della radioterapia o dell'intervento chirurgico. Per questo il colloquio sul rischio di infertilità deve avvenire s ubito dopo la diagnosi, non alla fine del trattamento.

Che cos'è il trattamento conservativo della fertilità

Il trattamento conservativo della fertilità (fertility-sparing treatment, FST) è una strategia con due obiettivi contemporaneamente:

- il controllo oncologico, cioè guarire la malattia o tenerla stabilmente sotto controllo;
- la preservazione della funzione riproduttiva, cioè lasciare aperta la possibilità di una gravidanza futura.

L'ordine di questi obiettivi non è casuale. Se entrano in conflitto, la precedenza spetta sempre al primo.

L'FST è ammissibile solo in pazienti selezionate con cura. Perché la decisione sia sicura, servono:

- la revisione esperta dei preparati istologici da parte di un anatomopatologo esperto;
- la classificazione molecolare del tumore;
- una stadiazione completa, cioè la valutazione precisa dell'estensione della malattia;
- la decisione di un gruppo oncologico multidisciplinare;
- il consenso informato di una paziente che comprende rischi e alternative;
- un follow-up rigoroso.

Il percorso della paziente: dalla diagnosi alla preservazione della fertilità

Per ogni donna che desidera preservare la fertilità, il percorso è composto dagli stessi cinque passaggi:

1. Diagnosi. La diagnosi oncologica viene confermata.
2. Consulenza precoce. Il medico discute con la paziente il rischio di infertilità e i suoi progetti riproduttivi.

3. Team multidisciplinare. Ginecologo oncologo, specialista in medicina della riproduzione, radiologo, anatomopatologo e altri specialisti valutano insieme la situazione.
4. Piano di trattamento. Il team definisce la strategia oncologica e il piano di preservazione della fertilità.
5. Interventi riproduttivi. Secondo il piano concordato si eseguono la stimolazione ovarica e la crioconservazione di ovociti o embrioni.

La stimolazione può iniziare in qualsiasi giorno del ciclo mestruale (random-start ovarian stimulation). Non serve quindi aspettare il giorno «giusto» né rimandare il trattamento oncologico.

Tumore dell'endometrio: chi può conservare l'utero

Il tumore dell'endometrio (il rivestimento interno dell'utero) è un tumore in cui la fertilità può essere preservata a condizioni molto precise.

Criteri oncologici

Una paziente può essere candidata all'FST se tutte le condizioni sono soddisfatte contemporaneamente:

- istologia — adenocarcinoma endometrioide di basso grado G1 (in casi selezionati con cura si può valutare il G2);
- stadio — FIGO IA;
- invasione del miometrio (lo strato muscolare dell'utero) assente o minima alla risonanza magnetica;
- invasione degli spazi linfovascolari (LVSI) assente;
- nessuna diffusione al di fuori dell'utero.

ondizioni aggiuntive

- il desiderio della paziente di preservare la fertilità;
- la disponibilità a controlli istologici regolari ogni 3–6 mesi;
- la classificazione molecolare del tumore (MMR, p53, POLE);

- la consulenza genetica in caso di sospetta sindrome di Lynch.

> *a sicurezza del trattamento nel tumore dell'endometrio dipende prima di tutto dalla corretta sel ezione delle pazienti. Le sue basi sono la revisione anatomopatologica esperta, la risonanza mag netica pelvica e l'approccio multidisciplinare.*

ome si svolge il trattamento

1. Diagnosi e selezione. Isteroscopia con biopsia mirata, risonanza magnetica pelvica, verifica dei criteri.
2. Trattamento. Resezione isteroscopica del tumore e terapia progestinica: compresse, dispositivo intrauterino al levonorgestrel (LNG-IUS) o la loro combinazione.
3. Controllo della risposta. Biopsia di controllo dopo 3–6 mesi.
4. Risposta patologica completa, quando nella biopsia non ci sono più cellule tumorali. Viene raggiunta dal 70–80% delle pazienti.
5. Realizzazione dei progetti riproduttivi. La gravidanza arriva spontaneamente o con la procreazione medicalmente assistita.
6. Trattamento definitivo. Una volta completati i progetti riproduttivi, si raccomanda l'asportazione dell'utero (isterectomia).

È importante conoscere anche il rischio. Dopo aver ottenuto la risposta, la malattia si ripresenta nel 30–40% delle pazienti. Per questo il follow-up non finisce con la remissione: controllo istologico ogni 3–6 m esi, valutazione dei dati clinici e radiologici e, ai primi segni di progressione, revisione immediata della s trategia.

Se dopo 6–12 mesi non si ottiene una risposta completa, si passa al trattamento chirurgico standard.

a gravidanza dopo il trattamento del tumore dell'endometrio

La procreazione medicalmente assistita (PMA) si può pianificare solo a tre condizioni:

- la risposta patologica completa è confermata istologicamente;
- il ginecologo oncologo ha dato il suo consenso;
- la gravidanza non viene rimandata senza motivo.

Il percorso in questo caso è il seguente: conferma della risposta, decisione condivisa tra ginecologo oncologo e specialista della riproduzione, stimolazione ovarica controllata, FIVET o ICSI, transfer dell'embrione e gravidanza.

er la stimolazione si preferiscono i protocolli con letrozolo: riducono l'esposizione agli estrogeni, da cui d ipende questo tipo di tumore. A seconda dell'età, della riserva ovarica e di un'eventuale infertilità associata, s ono possibili sia la FIVET sia i tentativi di concepimento naturale.

La stimolazione è sicura? Secondo i dati disponibili, la stimolazione ovarica controllata dopo una risposta completa non è associata a un aumento convincente del rischio di recidiva. La gravidanza va pianificata il prima possibile dopo la remissione. Dopo una risposta completa, la PMA è una strategia oncologicamente a mmissibile e spesso la migliore per realizzare rapidamente i progetti riproduttivi.

umori ovarici: decide tutto il tipo di tumore

er le ovaie la domanda «si può preservare la fertilità?» non ha una risposta unica. Dipende da tre fattori: i l tipo istologico del tumore, lo stadio e la completezza della stadiazione chirurgica. Vediamo i quattro g ruppi di tumori in cui questo approccio è possibile.

Tumori ovarici borderline

I tumori borderline (borderline ovarian tumors, BOT) hanno un basso potenziale di malignità e un'alta sopravvivenza globale. Sono proprio i tumori per cui la preservazione della fertilità ha le basi più solide.

Il chirurgo può scegliere tra due approcci:

- la cistectomia, cioè l'asportazione del solo tumore, conservando la maggior parte possibile dell'ovaio;

- l’annessiectomia monolaterale, cioè l’asportazione dell’ovaio colpito insieme alla tuba.

Dopo un intervento conservativo le recidive si verificano nel 25–30% dei casi, più spesso che dopo un intervento radicale. Sono però per lo più non invasive e di basso grado, e nella maggior parte dei casi il nuovo trattamento non influisce sulla sopravvivenza globale, che supera il 95% anche dopo una recidiva.

Quanto alla prognosi riproduttiva: la maggior parte delle pazienti conserva la fertilità, il tasso di gravidanza è paragonabile a quello della popolazione generale e parto ed esiti neonatali non differiscono dalla norma. La gravidanza dopo un intervento di questo tipo è sicura e non peggiora i risultati oncologici. Per le giovani d onne con un tumore borderline che desiderano figli, l’approccio conservativo della fertilità è quindi lo s tandard. Richiede solo un follow-up attento e prolungato.

umori germinali

I tumori germinali insorgono spesso in giovane età e sono molto sensibili alla chemioterapia. Il tasso di guarigione è alto, la prognosi favorevole e, con un trattamento adeguato, il rischio di recidiva è basso. Qui l’intervento conservativo della fertilità è lo standard di cura, non un’eccezione.

umori dei cordoni sessuali e dello stroma

Questo gruppo comprende i tumori a cellule della granulosa, i tecomi, i tumori a cellule di Sertoli–Leydig e altri. Negli stadi iniziali è possibile un trattamento conservativo, e di solito questi tumori hanno un decorso lento.

La loro particolarità è il rischio di recidive tardive, anche dopo 10–20 anni. Per questo la chiave della s icurezza è un’attenta selezione delle pazienti e un follow-up a lungo termine.

arcinoma ovarico epiteliale in stadio iniziale

È il gruppo più rigoroso: l’intervento conservativo della fertilità è possibile solo in pazienti selezionate con cura. I criteri oncologici sono:

- stadio FIGO IA;

- basso grado G1 (in misura limitata, singoli casi G2);
- malattia monolaterale;
- assenza di diffusione macroscopica del tumore;
- stadiazione chirurgica completa: lavaggi peritoneali, asportazione dell'omento (omentectomia), biopsie o resezioni peritoneali, valutazione dell'altro ovaio.

In questo caso si esegue una salpingo-ovariectomia monolaterale: si asportano l'ovaio colpito e la tuba, mentre l'utero e l'altro ovaio vengono conservati. L'obiettivo dell'intervento è la radicalità oncologica con la preservazione della fertilità.

Qui la sicurezza dipende non solo dallo stadio, ma anche dall'adeguatezza della stadiazione chirurgica. Se la stadiazione è incompleta, non è possibile valutare con precisione il rischio.

La preservazione della fertilità non è indicata se:

- lo stadio è IB o superiore;
- il tumore è G3 o ha un'istologia aggressiva;
- sono colpite entrambe le ovaie;
- la stadiazione è incompleta;
- c'è diffusione macroscopica.

Quando la fertilità non si può preservare

La regola principale è questa: il desiderio di preservare la fertilità non può prevalere su un rischio oncologico inaccettabile.

Limitazioni assolute:

- tumori high-grade, cioè tumori scarsamente differenziati con un alto rischio di recidiva e progressione;

- istologia aggressiva: carcinoma sieroso di alto grado, carcinoma a cellule chiare, carcinoma mucinoso di alto grado;
- malattia estesa: stadio superiore a IA per il carcinoma ovarico epiteliale, diffusione oltre l'organo;
- impossibilità di un follow-up adeguato, quando le visite regolari e gli esami raccomandati non sono accessibili;
- assenza di consenso informato, quando la paziente non è consapevole dei rischi o non comprende le alternative.

Esistono anche limitazioni relative, valutate caso per caso: grado G2, profilo molecolare sconosciuto POLE/MMR), stadiazione chirurgica incompleta, malattie concomitanti che aumentano il rischio operatorio, o ltre alla mancanza di volontà o all'impossibilità di un follow-up prolungato.

Chi prende la decisione

La decisione sul trattamento conservativo della fertilità spetta a un team multidisciplinare, non a un singolo medico. I ruoli al suo interno sono ben distinti.

Il ginecologo oncologo e il chirurgo oncologo stabiliscono se l'approccio è ammissibile dal punto di vista oncologico. Lo specialista della riproduzione realizza il potenziale riproduttivo della paziente all'interno di una strategia oncologicamente sicura. Per lo specialista della riproduzione questo significa alcune regole:

- non stabilire da solo se il trattamento è oncologicamente ammissibile;
- lavorare solo all'interno del piano concordato;
- non ritardare il trattamento oncologico;
- perseguire la gravidanza il prima possibile una volta ottenuto il consenso;
- restare in contatto costante con il ginecologo oncologo.

er la paziente ne deriva un consiglio pratico: se vi è stato diagnosticato un tumore ginecologico e desiderate d ei figli, chiedete una consulenza con uno specialista della riproduzione prima di iniziare il trattamento. Pr ima i due specialisti lavorano insieme, più possibilità restano aperte.

In sintesi

- Il trattamento conservativo della fertilità è oncologicamente sicuro solo in pazienti selezionate con cura.
- Nel tumore dell'endometrio la base è la terapia ormonale, e la gravidanza si pianifica dopo una risposta patologica completa. Completati i progetti riproduttivi, si raccomanda l'isterectomia.
- Nei tumori ovarici la strategia dipende dal tipo istologico, dallo stadio e dalla completezza della stadiazione. Per i tumori borderline e germinali la preservazione della fertilità è lo standard; per i l carcinoma epiteliale è un'eccezione a condizioni rigorose.
- Il successo dipende dalla stretta collaborazione tra ginecologo oncologo e specialista della riproduzione.
- La sicurezza oncologica resta sempre la priorità.

Se vi trovate di fronte a una diagnosi di questo tipo e volete valutare le possibilità di preservare la fertilità, prenotate una consulenza con un oncologo o uno specialista della riproduzione della clinica Ekstramed di Ivano-Frankivsk.

L'articolo ha carattere informativo e non sostituisce la visita medica. La strategia di trattamento viene decisa da un team multidisciplinare dopo un esame completo.

Fonti: ESGO/ESHRE/ESGE Fertility-Sparing Guidelines, 2023; ASCO Clinical Practice Guideline Update, 2 025; International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2022; Bollettino del Registro nazionale d ei tumori dell'Ucraina n. 24 (2021).