

Conduita terapeutică în tumorile borderline la femeia de vârstă fertilă

Therapeutic conduct in borderline ovarian tumors in women at fertile age

Elvira Brătilă¹,
Anca-Maria Manta²,
V.D.E. Strâmbu²,
C.I.M. Iorga²,
Diana Comandașu¹,
Claudia Mehedințu³,
Simona Vlădăreanu⁴,
Costin Berceanu⁵,
Monica Cîrstoiu⁶,
Mihai Mitran⁷

1. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul
Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Clinic de Urgență
„Sf. Pantelimon” București

2. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul
Chirurgie Generală,
Spitalul Clinic de Nefrologie
„Dr. Carol Davila” București

3. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul Obstetrică-
Ginecologie, Spitalul Clinic
„Nicolae Malaxa” București

4. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul de
Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Clinic de Urgență
„Elias” București

5. UMF Craiova,
Departamentul
Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Județean
de Urgență Craiova

6. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul
Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Universitar
de Urgență București

7. UMF „Carol Davila”
București,
Departamentul de
Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sărbu”
București

Mențione:
Toți autorii au contribuit
în mod egal la elaborarea
acestui articol.

Abstract

Introduction. Borderline ovarian tumors are a distinct group of heterogeneous lesions, both histologically and regarding the evolution different from ovarian carcinomas. They are low-grade malignancy tumors with good long-term prognosis. **Methods.** The multicenter, retrospective study was conducted during 2014-2015 on a group of 220 patients who underwent ovarian cystectomy, performed either by laparoscopy or laparotomy. In case of three of these patients the histopathological diagnosis was of borderline ovarian tumor. The purpose of this paper is to present the results of the study and to analyze the literature data published regarding this pathology. **Discussion.** Histologically, most borderline tumors are serous or mucinous, other histological types representing a small percentage. For a better differentiation of the histological subtypes it is necessary the analysis using immunohistochemical testing. Symptoms, when present, are not specific. Although imagistic examinations may raise the suspicion of a borderline tumor, in most cases the diagnosis is established by the histopathological examination. The treatment is surgical and depends on the staging of the disease and the patient's desire of reproductive and hormonal function preservation. In the case of young patients who want fertility preservation, we decided for conservative treatment. **Conclusions.** The therapeutic conduct in borderline ovarian tumors, which are low malignancy tumors, allows the preservation of reproductive function of the patient, usually the subsequent evolution of the disease being good.

Keywords: borderline ovarian tumors, histological subtypes, therapeutic conduct

Rezumat

Introducere. Tumorile ovariene borderline reprezintă un grup distinct de leziuni heterogene, diferite din punct de vedere histologic și ca evoluție de carcinoamele ovariene. Sunt tumori cu grad scăzut de malignitate și prognostic bun pe termen lung. **Material și metodă.** Studiul multicentric, retrospectiv, a fost realizat în perioada 2014-2015 pe un grup de 220 de paciente, la care s-au practicat chistectomiile ovariene pe cale laparoscopică sau prin laparotomie. În cazul a trei dintre ele, examenul histopatologic stabilește diagnosticul de tumoră borderline. Scopul acestei lucrări este de a prezenta rezultatele studiului și de a analiza datele din literatură asupra acestei patologii. **Discuții.** Histologic, majoritatea tumorilor borderline sunt seroase sau mucinoase, restul subtipurilor histologice reprezentând un procent mic. Pentru o bună diferențiere a subtipurilor histologice este necesară efectuarea de teste imunohistochimice. Simptomatologia, atunci când există, nu este specifică. Deși examenele imagistice pot ridica suspiciunea de tumoră borderline, în majoritatea cazurilor, diagnosticul este stabilit de examenul histopatologic. Tratamentul este chirurgical și depinde de stadiul bolii și de dorința de preservare a funcțiilor hormonale și reproductive ale pacientei. În cazul pacientelor tinere, care doresc păstrarea fertilității, se poate opta pentru tratament conservator. **Concluzii.** Conduita terapeutică în tumorile ovariene borderline, fiind tumori cu malignitate redusă, permite preservarea funcției reproductive a pacientei, evoluția ulterioară fiind în cele mai multe cazuri bună. **Cuvinte-cheie:** tumori borderline ovariene, subtipuri histologice, conduită terapeutică

Introducere

Tumorile ovariene borderline reprezintă un grup distinct de leziuni heterogene, caracterizate de proliferare epitelială atipică și atipii nucleare fără pattern infiltrativ sau invazie stromală⁽²⁾. Ele reprezintă aproximativ 15% din toate tumorile primare maligne ovariene⁽³⁾. Sunt tumori cu grad scăzut de malignitate, cunoscute ca tumori borderline sau tumori cu proliferări atipice, diferite histologic și ca evoluție de carcinoamele cu grad mic de malignitate⁽⁵⁾. Prezintă un prognostic bun pe termen lung⁽²⁾, supraviețuirea la 5 ani fiind de 99%⁽⁴⁾.

Din punct de vedere histologic, tumorile ovariene borderline pot fi de mai multe subtipuri: seroase, mucinoase, dar și endometrioid, cu celule clare sau cu celule tranziționale (Brenner)^(3,6). Pentru o bună diferențiere a subtipului histologic și pentru evaluarea agresivității tumorale, este necesară efectuarea de teste imunohistochimice, care urmăresc în mod uzual expresia markerilor de proliferare și agresivitate CK7, WT1, p53 și ki 67. Dintre factorii de risc recunoscuți amintim infertilitatea, tratamentele pentru fertilitate și tratamentul de substituție hormonală postmenopauză.

Tumorile borderline sunt de cele mai multe ori asimptomatice sau cu simptomatologie și imagistică nespecifică, astfel încât diagnosticul este stabilit de examenul histopatologic extemporaneu sau la parafină. Conduita terapeutică este adoptată în funcție de stadializarea bolii (stadializarea Figo a cancerului ovarian invaziv se aplică și pentru tumorile borderline) și de necesitatea prezervării funcției ovariene și a potențialului reproductiv, ținând cont că vârsta de apariție a acestor tumori este, în o treime din cazuri, mai mică de 40 de ani^(3,5,7).

Scopul prezentului articol este de a prezenta experiența multicentrică în ceea ce privește tumorile ovariene borderline, precum și realizarea unui review al datelor din literatura de specialitate în ceea ce privește diagnosticul și conduita terapeutică în cazul tumorilor borderline.

Material și metodă:

Studiul multicentric, de tip retrospectiv, a fost efectuat în intervalul 2014-2015. Au fost incluse în studiu 220 de paciente. Din totalul de 220 de chistectomii ovariene, examenul histopatologic a relevat tumori borderline în cazul a trei paciente (1,36%). Menționăm că intervențiile s-au efectuat pe cale laparoscopică în 200 de cazuri (90,9%), în celelalte 20 de cazuri (9,1%) intervenția desfășurându-se prin laparotomie, în urgență, pentru hemoperitoneu.

Pacienta 1, în vârstă de 28 de ani, nuligestă, nulipară, se internează în urgență cu simptomatologie de abdomen acut chirurgical, debutată după efort cu câteva ore anterior prezentării. Menționăm că pacienta fusese diagnosticată ecografic la un control de rutină efectuat cu 3 luni anterior internării cu formațiuni chistice ovariene bilaterale - chist ovarian stâng seros de aproximativ 5 cm diametru și cu chist ovarian drept de aproximativ 5 cm diametru, ce prezenta o zonă cu vegetații intrachistice de circa 1 cm (figura 1). Serologic s-a efectuat dozarea CA 125 - 35 U/ml, pacienta urmând ulterior stabilirii diagnosticului tratament contraceptiv estroprogestativ pe o durată de două luni.

La momentul internării, ecografia transvaginală confirmă prezența chistului ovarian drept, fără modificări semnificative ca aspect ecografic și fără progresie dimen-

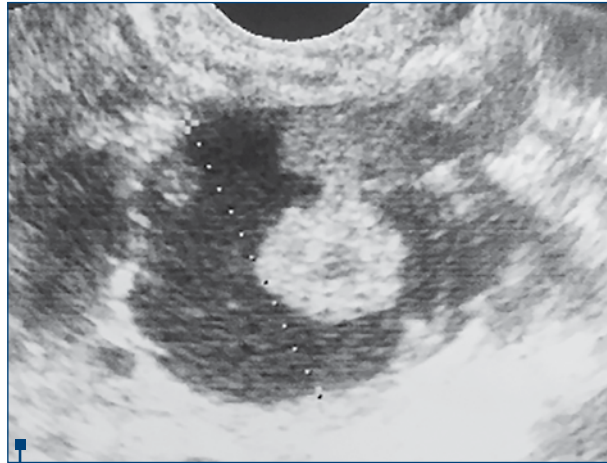


Figura 1. Aspect ecografic staționar al chistului ovarian drept cu vegetații intrachistice

sională față de examinarea ultrasonografică anterioară, dar relevă prezența revărsatului lichidian abdominal în cantitate semnificativă (figura 1).

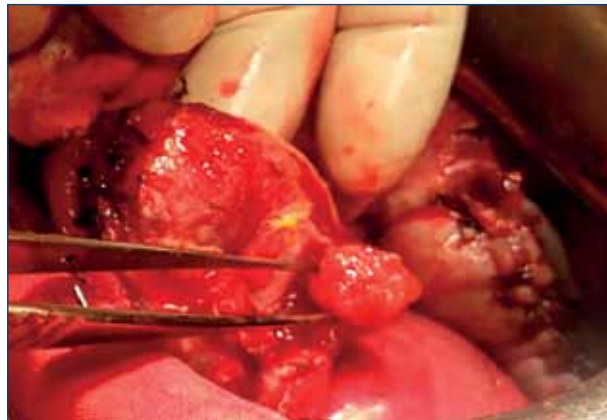
Având în vedere simptomatologia clinică și rezultatele examenului ecografic, se stabilește diagnosticul de abdomen acut chirurgical, se intervine chirurgical de urgență, prin laparotomie, și se constată hemoperitoneu prin chist ovarian stâng eclatat și prezența chistului ovarian drept de circa 5 cm diametru. Se practică chistectomie ovariană bilaterală. Evoluția postoperatorie este favorabilă, pacienta externându-se în a treia zi postoperator.

Examenul histopatologic al pieselor la parafină stabilește diagnosticul de folicul chistic luteinizant hemoragic ovarian stâng și tumoră seroasă proliferativă atipică (borderline) ovariană dreaptă (chist ovarian ce prezintă frecvente proiecții papilare intrachistice, delimitate de epiteliu de tip seros cu pleomorfism nuclear, mitoze frecvente și calcificări).

Testele imunohistochimice evidențiază CK7 pozitiv în celulele tumorale, WT1 pozitiv nuclear difuz în celulele tumorale, ER pozitiv nuclear în celulele tumorale 50%, p 53 pozitiv nuclear în celulele tumorale în proporție

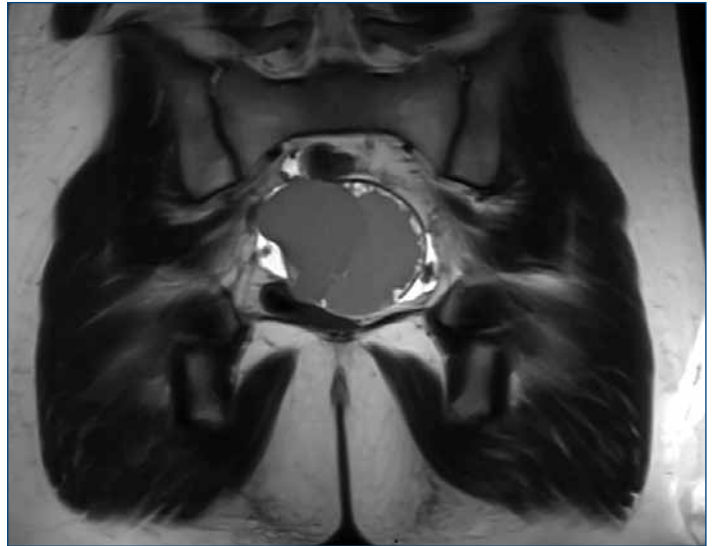


Figurile 2 și 3. Aspect intraoperator al tumorii ovariene stângi, cu multiple vegetații intrachistice și în plan îndepărtat hemostază la nivelul chistului ovarian drept hematic eclatat





Figurile 4 și 5. Aspect RMN al chistului ovarian stâng septat, neomogen periferic



de 30%, Ki-67 pozitiv neomogen în celulele tumorale, zonal 30%, susținând diagnosticul de tumoră seroasă proliferativă atipică/borderline.

Cel de-al doilea caz este al unei paciente în vârstă de 32 de ani, nuligestă, nulipară, diagnosticată ecografic, la un control de rutină, cu un an anterior prezentării, cu chist endometriozic ovarian stâng de circa 7 cm diametru. Pacienta este asimptomatică, dar se internează în vederea tratamentului chirurgical al formațiunii tumorale, având în vedere și dorința de procreare pe termen scurt.

Preoperator se efectuează dozare CA-125 și calcularea scorului ROMA - cu rezultate în limite normale. Investigațiile imagistice efectuate preoperator, respectiv trasonografia transvaginală și RMN-ul, susțin diagnosticul preoperator de chist ovarian endometriozic.

Se decide intervenția chirurgicală electivă. Se intervine laparoscopic și se constată formațiune chistică ovariană stângă cu conținut mucos, cu prezența de vegetații intrachistice și ipsilateral o altă formațiune chistică cu conținut asemănător chistului dermoid. Se practică chistectomie ovariană stângă laparoscopică și examen histopatologic extemporaneu, ce relevă tumoră chistică borderline ovar

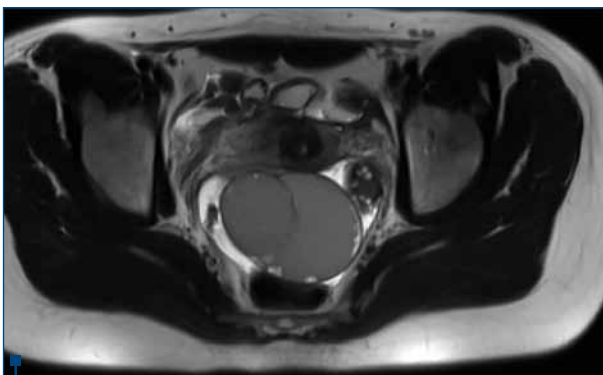


Figura 6. Aspect RMN al chistului ovarian

stâng. Evoluția postoperatorie este favorabilă, pacienta externându-se a doua zi postoperator.

Examenul histopatologic la parafină și testele imunohistochemice confirmă diagnosticul de tumoră borderline seroasă, varianta micropapilară, cu markerii CK7 pozitiv, CK20 negativ, S100 negativ, p53 negativ, WT1 pozitiv nuclear difuz în celulele tumorale, ER pozitiv nuclear difuz în celulele tumorale, Ki67 pozitiv în 30% din celulele tumorale.

Al treilea caz din studiu este al unei paciente în vârstă de 28 de ani, primigestă, primipară, internată la 13 luni post-partum pentru mărire progresivă de volum a abdomenului, în absența unei alte simptomatologii. Ecografic se evidențiază tumoră ovariană dreaptă, de circa 10 cm diametru, neomogenă, multiseptată. Dozarea de CA-125 evidențiază o valoare de 289 U/ml.

Se intervine chirurgical prin celiotomie și se constată tumoră ovariană dreaptă cu diametrul de 10 cm, pentru care se practică anexectomie dreaptă, cu examen histopatologic extemporaneu. Aspectul macroscopic al formațiunii tumorale evidențiază formațiune chistică multiseptată, mucinoasă. Examenul histopatologic extemporaneu stabilește diagnosticul de tumoră borderline ovariană dreapta. Având în vedere absența diseminărilor tumorale la nivelul ovarului contralateral și la nivelul cavității peritoneale, precum și dorința pacientei de procreare, se decide limitarea tratamentului chirurgical la anexectomie unilaterală. Evoluția postoperatorie este favorabilă, pacienta se externează a treia zi postoperator.

Examenul histopatologic la parafină susține diagnosticul de tumoră seroasă borderline (formațiune chistică ovariană, cu numeroase papile ramificate, neregulate, cu ax conjunctivo-vascular, acoperite de celule columnare ciliate, cuboidale și poligonale stratificate, cu citoplasmă eozinofilică, nuclei moderați lărgiți, hiperchromi, rari nucleolați, cu rare mitoze, unele celule fiind detașate izolat și în grupuri, fără aspect de microinvazie - tumoră seroasă

papilară, borderline). Testele imunohistochimice confirmă diagnosticul de chist adenom papilar seros ovarian de tip borderline prin evaluarea markerilor Ck7 pozitiv difuz în celulele tumorale, ER pozitiv difuz în celulele tumorale, cu intensitate variabilă, PGR pozitiv difuz în celulele tumorale, cu intensitate variabilă, WT1 pozitiv difuz în celulele tumorale, p53 pozitiv focal discontinuu în celulele tumorale, Ki67 pozitiv în 10% din celulele tumorale, pozitivitate focală, discontinuă de-a lungul proliferării tumorale.

Discuții

Primele mențiuni asupra tumorilor ovariene borderline au fost făcute de Taylor în 1929⁽⁴⁾. Tumorile borderline, cu toate subtipurile lor histologice, reprezintă aproximativ 15% din totalul tumorilor ovariene primare maligne. Criteriile histologice care caracterizează tumorile borderline sunt: proliferare celulară înaltă, atipiile nucleare, activitatea mitotică, structura papilară și absența invaziei stromale.

Din totalul tumorilor borderline, circa 70% sunt seroase. Se caracterizează prin pattern micropapilar, implanturi invazive și un prognostic mai rezervat decât celelalte subtipuri. În majoritatea cazurilor, diagnosticul se stabilește în fazele precoce ale afecțiunii. Într-un procent semnificativ, tumorile ovariene borderline (spre 50%) sunt bilaterale⁽³⁾. Tumorile mucinoase ocupă locul al doilea ca frecvență în totalul tumorilor borderline, cu circa 11%. Sunt tumori unilaterale și se asociază frecvent cu pseudomixomul peritoneal (cu origine apendiceală)⁽³⁾. Restul subtipurilor histologice - tumori endometrioid, cu celule clare sau cu celule tranziționale (Brenner) - reprezintă o raritate⁽⁴⁾.

Pentru un diagnostic histologic complet este necesară efectuarea de teste imunohistochimice care urmăresc expresia markerilor CK 7, WT1, p53 și Ki67. CK7 este un marker pentru tumorile epiteliale maligne ovariene, prezent în tumorile borderline subtipul seros, dar nu și în subtipurile mucinos și endometrioid. WT1 este un marker nuclear pentru tumorile epiteliale maligne seroase, prezent în 80% din cazuri. P53 și Ki67 reprezintă markeri de agresivitate tumorală. Relația dintre tumorile borderline ovariene și mutațiile genelor BRCA1 și BRCA2 este incertă. Totuși, se pare că mutațiile genelor BRCA apar la un procent mai mic de cazuri de tumori borderline decât de carcinom invaziv ovarian⁽³⁾.

Dintre factorii de risc cunoscuți, se menționează: infertilitatea, tratamentele pentru fertilitate și tratamentele de substituție hormonală postmenopauză. În cazurile arătate, nici una nu a prezentat factori de risc, o pacientă fiind în tratament contraceptiv estroprogestativ, iar în cazul celei de-a treia paciente tumora fiind diagnosticată la 13 luni post-partum.

Din punctul de vedere al simptomatologiei, tumorile borderline nu se deosebesc de alte tipuri de tumori ovariene benigne sau maligne. Cel mai frecvent, acestea sunt asimptomatice, diagnosticate cu ocazia unor investigații imagistice de rutină sau efectuate pentru alte indicații. Dacă dimensiunile tumorilor sunt mari (peste 8 cm diametru), simptomatologia poate fi repre-

zentată de dispareunie, durere situată la nivelul etajului abdominal inferior, creșterea în volum a abdomenului, prezența unei mase tumorale abdominale palpabile, simptomatologie urinară sau constipație. Spre deosebire de carcinomul ovarian, tumorile borderline sunt diagnosticate în stadii incipiente, rareori la debut apărând complicații de tipul ascitei, fenomenelor ocluzive intestinale, pleureziilor asociate sau tromboembolismului, specifice mai frecvent determinărilor secundare, și nu tumorii primare⁽³⁾.

Se suspicionează o tumoră borderline atunci când o pacientă diagnosticată cu chist ovarian seros sau mucinos înregistrează o modificare a aspectului ecografic al chistului la examinări succesive, de tipul creșterii în dimensiuni sau apariției de septuri sau vegetații intrachistice. Din punctul de vedere al diagnosticului paraclic, nu există elemente specifice care să deosebească o tumoră borderline de altă tumoră ovariană benignă. Poate fi suspionat diagnosticul de tumoră borderline în cazul aspectelor ecografice de tumori multiseptate cu vegetații intrachistice sau tumori neomogene cu conținut mixt lichidian și solid, aspect care poate apărea însă și în tumorile maligne ovariene.

Pentru completarea diagnosticului imagistic, frecvent este necesară efectuarea computer-tomografiei sau a rezonanței magnetice nucleare. Deși în majoritatea cazurilor diagnosticul de tumoră borderline se stabilește pe baza examenului histopatologic extemporaneu sau la parafină, fiind un diagnostic histologic, sunt raportate cazuri când a fost stabilit pe baza imagisticii preoperatorii (RMN)⁽⁵⁾. Analiza morfologică RMN care compară tumorile borderline cu alte carcinoame ovariene demonstrează că în carcinoame septurile sunt mai groase, iar componentele tumorale solide sunt mai frecvente. Totuși, aceste elemente nu pot face o diferențiere sigură între aceste tipuri tumorale⁽⁵⁾. În cel de-al doilea caz prezentat, examinarea RMN a evidențiat formațiune chistică cu perete gros și sept gros intrachistic, stabilind însă diagnosticul de suspiciune de chist ovarian endometriozic, având în vedere aspectul global al formațiunii tumorale.

Dozarea markerilor tumorali, de tipul CA-125, nu este eficientă pentru diagnostic. Pentru aproximativ 50% dintre paciente, acesta se situează în limita de valori normale și doar rareori depășește 100 U/ml⁽³⁾. Din cele trei cazuri prezentate, valori crescute ale CA125 s-au înregistrat numai într-un singur caz, fiind și cazul în care formațiunea tumorală a prezentat cele mai mari dimensiuni - peste 10 cm diametru. Dozarea CA-125 poate fi însă utilă în urmărirea postoperatorie, atunci când valoarea lui a fost crescută preoperator.

Intervenția chirurgicală este esențială. Obiectivele tratamentului chirurgical sunt citoreducția completă, pe de o parte, și stadializarea chirurgicală, pe de altă parte. Deoarece tumorile borderline apar la femei tinere, de vârstă fertilă, conduita terapeutică va depinde atât de stadializare, cât și de necesitatea de preservare a funcției ovariene și a fertilității. Trebuie menționat faptul că stadializarea tumorilor borderline se suprapune cu stadializarea FIGO a tumorilor maligne ovariene invazive.

Discuțiile apar asupra indicațiilor tratamentului chirurgical ales, conservator sau radical. Tumorile borderline apar ca o masă tumorală ovariană ce poate ridica la examinarea macroscopică suspiciunea de neoplazie⁽³⁾. În funcție de vârsta pacientei, se poate practica chistectomie sau anexectomie cu examen histopatologic extemporaneu. După confirmarea histopatologică a diagnosticului, tratamentul chirurgical al tumorilor borderline este similar cu al cancerului ovarian, cu excepția limfadenectomiei.

În fazele inițiale, la femeia care dorește păstrarea fertilității sau evitarea efectelor menopauzei premature se practică chirurgie conservatoare - anexectomie unilaterală - atunci când tumora este limitată la un singur ovar și nu sunt prezente diseminări peritoneale^(2,3). În urma tratamentului conservator - anexectomie unilaterală⁽⁷⁾ -, pacientele necesită supraveghere periodică la 6 luni, atât clinic, cât și imagistic, pe o perioadă de circa 5 ani⁽¹⁾. Tot în cadrul tratamentului conservator se ia în discuție practicarea chistectomiei ovariene, aceasta prezentând avantaje în ceea ce privește fertilitatea ulterioară. Procentul global de recurență după tratamentul conservator este de până la 20%, mai mare pentru chistectomie decât pentru anexectomie unilaterală^(1,8). Recidiva este, din punct de vedere histologic, tot o tumoră borderline, nu carcinom ovarian invaziv⁽³⁾. De asemenea, recurența apare mai precoce după chistectomie ovariană decât după anexectomie unilaterală⁽³⁾. Totuși, în ciuda acestor date, nu a putut fi demonstrat impactul negativ al chistectomiei asupra supraviețuirii la distanță⁽⁸⁾. Există studii, ca cel publicat de Palomba et al. în 2007 și 2010, care raportează procente sensibil egale de recurență pentru pacientele la care s-a practicat chistectomie, comparativ cu cele cu anexectomie⁽⁴⁾. În ceea ce privește fertilitatea după tratamentul conservator al tumorilor borderline, aceasta este mai mare după chistectomie (Palomba et al. 2007, 2010)⁽⁴⁾. În cazul tumorilor ovariene bilaterale în stadiu incipient, atitudinea terapeutică de urmat este de anexectomie unilaterală de partea mai afectată și chistectomie de partea contralaterală. Și în acest tip de intervenție conservatoare este păstrată funcția reproducătoare a pacientei.

Tratamentul non-conservativ implică practicarea anexectomiei bilaterale, cu sau fără histerectomie asociată. Procentul de recidivă pentru această intervenție este de maximum 5%⁽⁴⁾. Totuși, tratamentul standard în cazul alegerii variantei non-conservative, chiar și în fazele inițiale, constă în histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală, și se aplică tuturor pacientelor care nu doresc păstrarea fertilității. Intervenția chirurgicală radicală sau stadializarea chirurgicală completă - histerectomie

totală cu anexectomie bilaterală, omentectomie infracolică, lavaj peritoneal, biopsii multiple peritoneale și îndepărtarea oricăror formațiuni suspecte - rămâne un subiect de controversă⁽²⁾. Anumiți autori, ca Bendifallah et al. (2016), o consideră utilă doar în cazul pacientelor cu stadiu avansat de boală. Totuși, ea este necesară în special pentru depistarea metastazelor la distanță, prezența lor impunând chimioterapia adjuvantă, bazată pe derivați de platină⁽¹⁾. Aceasta se va efectua doar în cazul pacientelor cu stadii III sau IV de boală⁽³⁾. În cazul tumorilor mucinoase, tratamentul standard cuprinde și apendicectomia, indiferent că se optează sau nu pentru preservarea funcției hormonale și reproductive ovariene⁽²⁾.

În cazul recurențelor nu există un tratament standard. Sunt necesare reintervenția și stadializarea chirurgicală completă⁽³⁾. În cazul unei recidive localizate la o pacientă ce dorește păstrarea fertilității, se poate lua în considerare tratamentul conservator, dar riscul unei recidive este mai mare.

Tumorile borderline ovariene se însoțesc de un prognostic bun pe termen lung, care depinde de tipul histologic al tumorii, de stadializare și de tipul de intervenție chirurgicală ales. Supraviețuirea la 10 ani se situează în jur de 90%, iar rata de recidivă poate ajunge până la 20%. Supravegherea pe termen lung este deosebit de importantă, în special în cazul pacientelor tratate conservator.

Concluzii

Tumorile ovariene borderline reprezintă un grup distinct de afecțiuni cu malignitate redusă, ce se însoțesc de un prognostic bun pe termen lung. Simptomatologia este nespecifică, diagnosticul fiind pus de cele mai multe ori de examenul histopatologic extemporaneu sau la parafină. Pentru o bună diferențiere a subtipurilor histologice și a agresivității tumorale, este necesară efectuarea de teste imunohistochimice.

Tratamentul chirurgical reprezintă conduita terapeutică obligatorie, tipul de management ales, conservator sau radical, depinzând de subtipul histologic, de stadiul bolii la diagnostic și de dorința de preservare a fertilității. În cazul pacientelor tinere, cu stadiu incipient de boală, care își doresc copii, se poate adopta tratament conservator, urmat de o atenă supraveghere pe termen lung, dar riscul de recidivă este mai mare. Pentru pacientele care nu mai doresc să nască, se aplică tratamentul standard care constă în anexectomie bilaterală, cu sau fără histerectomie totală. În cazul tumorilor ovariene borderline diagnosticate în stadii avansate, tratamentul este similar celui al carcinoamelor ovariene invazive. ■

Bibliografie

1. Anfinan N, Said K, Ghatage P, Nation J, Chu P - Ten years experience in the management of borderline ovarian tumors at Tom Baker Cancer Centre, Arch Gynecol Obstet (2011) 284: 731-735.
2. Bendifallah S, Nikpayam M, Ballester M, Uzan C, Fauvet R, Morice P, Dârai E - New pointers for surgical staging of borderline ovarian tumors, Ann Surg Oncol (2016) 23: 443-449.
3. Chen LM, Berek JS - Borderline ovarian tumors, 2015.
4. Dârai E, le Fauvet R, Uzan C, Gouy S, Duviillard P, Morice P - Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options, Human Reproduction Update, Vol. 19, No. 2, pp. 151-166, 2013.
5. Mimura R, Kato F, Tha K K, Kudo K, Konno Y, Oyama-Manabe N, Kato T, Watari H, Sakuragi N, Shirato H - Comparison between borderline ovarian tumors and carcinomas using semi-automated histogram analysis of diffusion - weighted imaging: focusing on solid components, Jpn J Radiol (2016).
6. Seong SJ, Kim DH, Kim MK, Song T - Controversies in borderline ovarian tumors, J Gynecol Oncol. 2015, 26(4), 343-349.
7. Trope CG, Kaern J, Davidson B - Borderline ovarian tumours, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2012 Jun; 26(3): 325-336.
8. Vasconcelos I, de Sousa Mendes M - Conservative surgery in ovarian borderline tumours: a meta-analysis with emphasis on recurrence risk, Eur J Cancer, 2015 Mar; 51(5): 620-631.