

# CARCINOMA DELLA VULVA: FATTORI PROGNOSTICI E SOPRAVVIVENZE IN 122 PAZIENTI

Gennaro Cormio; Vera Loizzi; Massimo Lorusso; Maddalena Falagarìo;  
Maria Terranova; Luigi Selvaggi

Department of Gynecology, Obstetrics and Neonatology University of Bari, Italia

*Indirizzo per corrispondenza:* Dott. Gennaro Cormio  
Department of Gynecology, Obstetrics and Neonatology,  
University of Bari, Piazza Giulio Cesare, 11-70124 Bari (BA) Italia  
tel: +39 0805592223; Fax: +39 0805592728; e-mail: n.cormio@gynecology2.uniba.it

## ABSTRACT

Vulvar cancer represents 5% of gynaecological malignancies. Aim of this study is to identify factors that influence the survival of these patients. 122 patients were analyzed with a follow-up of 60.74 months. The characteristics analyzed were: age at diagnosis, type of surgical treatment, FIGO stage, histological type, grade, surgical margins, adjuvant therapy, interval diagnosis-relapse, site of recurrence. The statistical analysis showed that the prognostic factors are: FIGO stage, relapse free interval, the site of recurrence, positive lymph nodes and surgical margins in the histological examination. While age at diagnosis, grading and type of surgery seem not to influence the survival of patients with vulvar cancer.

**Key words:** *vulvar cancer, prognostic factors, survival*

## RIASSUNTO

Il tumore della vulva rappresenta il 5% dei tumori genitali femminili. La finalità di questo studio è quello di valutare i fattori prognostici. Sono state analizzate 122 pazienti con un follow-up medio di 60.74 mesi. Le caratteristiche analizzate sono state: età alla diagnosi, tipo di intervento chirurgico effettuato, stadio FIGO, istotipo, grading, margini chirurgici, terapia adiuvante, intervallo diagnosi-recidiva, sede di recidiva. Sono risultati fattori prognostici: lo stadio FIGO, l'intervallo diagnosi-recidiva, la sede di recidiva, la positività dei linfonodi, i margini chirurgici all'esame istologico. Non sembrano influenzare la prognosi: L'età alla diagnosi, il grading e il tipo di intervento chirurgico.

**Parole chiave:** *carcinoma vulvare, fattori prognostici, sopravvivenza*

## INTRODUZIONE

Il tumore della vulva rappresenta il 5% dei tumori genitali femminili, colpisce soprattutto donne tra i 60 e i 75 anni. Spesso il tumore è preceduto da uno stato infiammatorio cronico vulvare o da condilomi cronicizzati o da aree distrofiche. Spesso prurito e bruciore vulvare, ribelli alla terapia e persistenti per anni, possono precedere l'insorgenza del tumore. E' necessario, quindi, seguire attentamente ogni alterazione vulvare con esami citologici e con biopsie mirate.

## MATERIALI E METODI

Lo studio è iniziato con un'attenta ricerca, in letteratura, dei fattori prognostici di questo tumore. Molti Autori riportano come statisticamente significativi: lo stadio, il grading e il tipo di intervento chirurgico effettuato.

Obiettivo dello studio è stato una disamina dei casi di diagnosi istologica accertata di carcinoma vulvare, seguiti presso la 1° Clinica Ginecologica di Bari dal 1990 al 2011. Si è tentato di individuare i fattori prognostici, creando un database di questi casi. In totale

le pazienti esaminate sono state 122 e il follow-up medio è di 60.74 mesi. Le caratteristiche epidemiologiche analizzate sono state: età alla diagnosi, tipo di intervento chirurgico effettuato, stadio FIGO, istotipo, grading, margini chirurgici, terapia adiuvante, intervallo diagnosi-recidiva, sede di recidiva. I dati sono stati trattati con l'analisi di sopravvivenza secondo Kaplan Meier e il Log rank test.

## RISULTATI

L'età media alla diagnosi è risultata essere 72.21 anni con un range di 37-92 anni e il 25% delle pazienti è arrivato alla diagnosi con un'età superiore agli 85 anni. Come Istotipo nell'89.99% si è riscontrato un tumore squamoso, nel 5.83% un tumore basocellulare, nell'1.66% un tumore verrucoso e in un 2.49% altri istotipi.

Il grading più frequente è stato lo G1, che è stato presente nel 64.48% dei casi, nel 23.36% si è riscontrato G2 e nel 12.14% G3.

Per quanto concerne la stadiazione FIGO: il 25.86% delle pazienti si è trovata nello stadio 1, il 38.79% nel-

lo stadio 2, il 30.17% nello stadio 3 e il 5.17% nello stadio 4.

La chirurgia applicata nel 69.64% è stata la vulvectomy, nel 9.8% una emivulvectomy e nel 20.53% una semplice escissione.

I margini chirurgici sono risultati negativi nel 75.67% e positivi nel 24.33%.

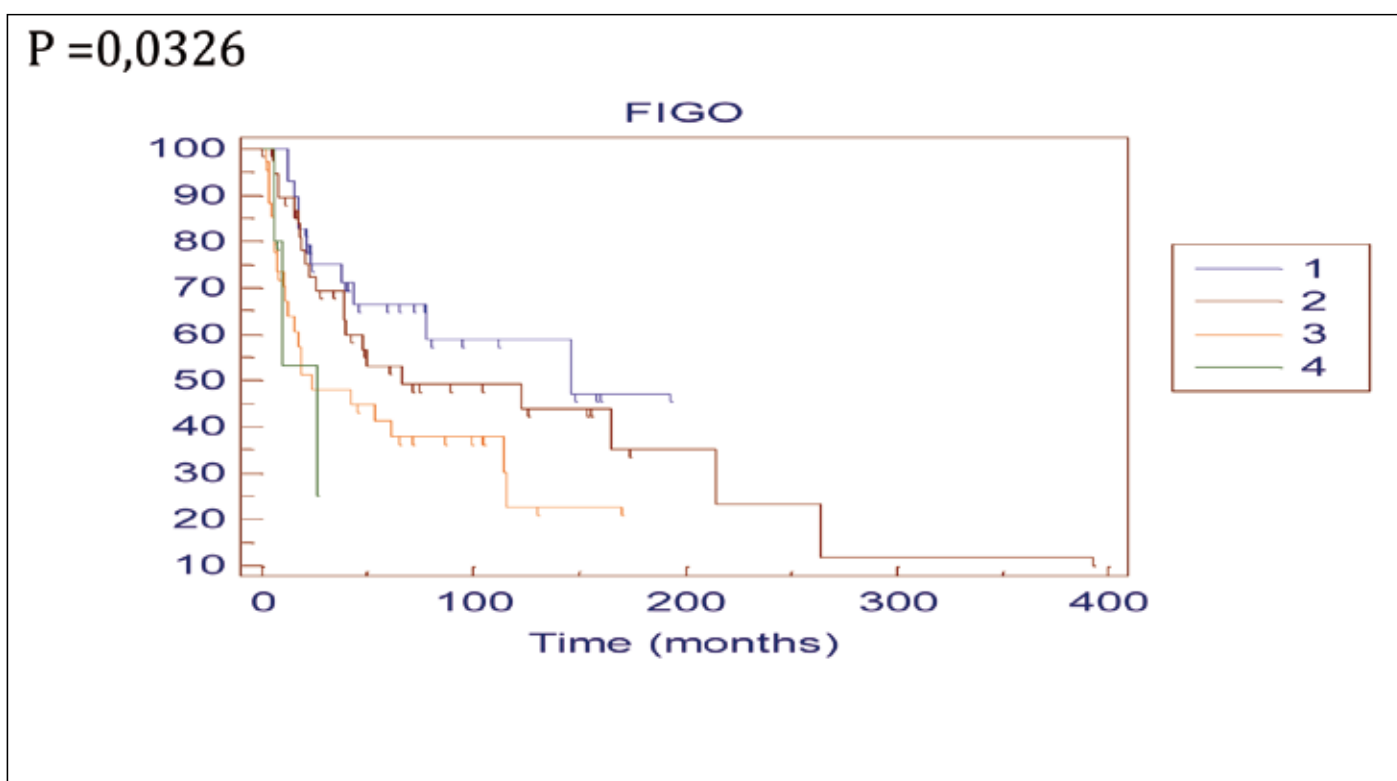
E' stata applicata una terapia adiuvante nei casi con margini positivi o nei casi con linfonodi positivi e nel 90.32% si è trattato di Radioterapia e solo nel 9.6% di Chemioterapia.

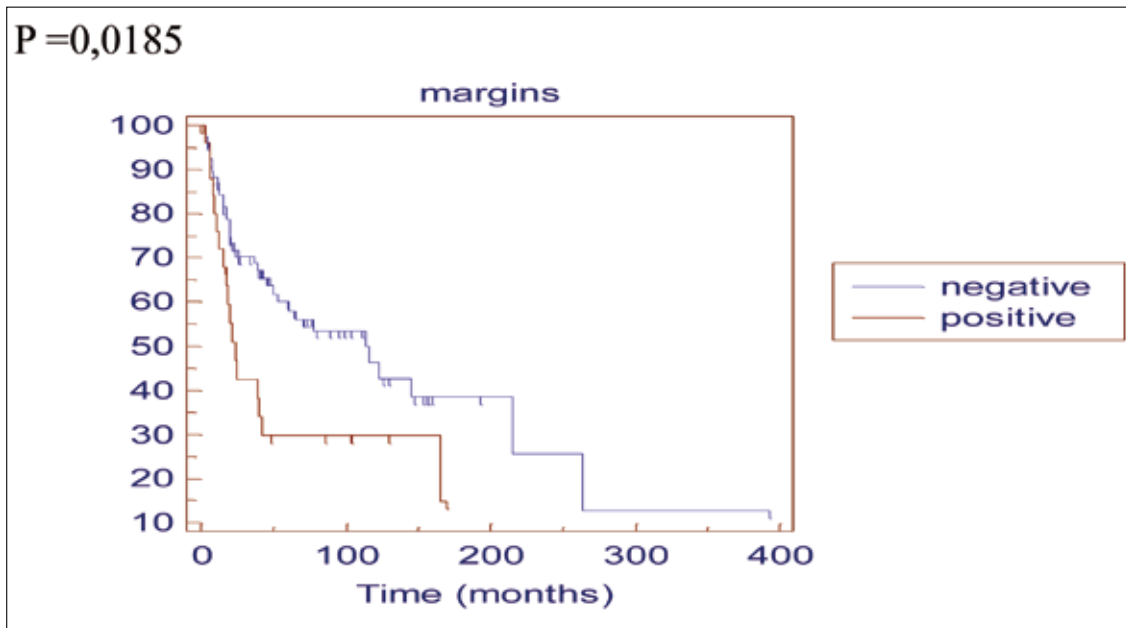
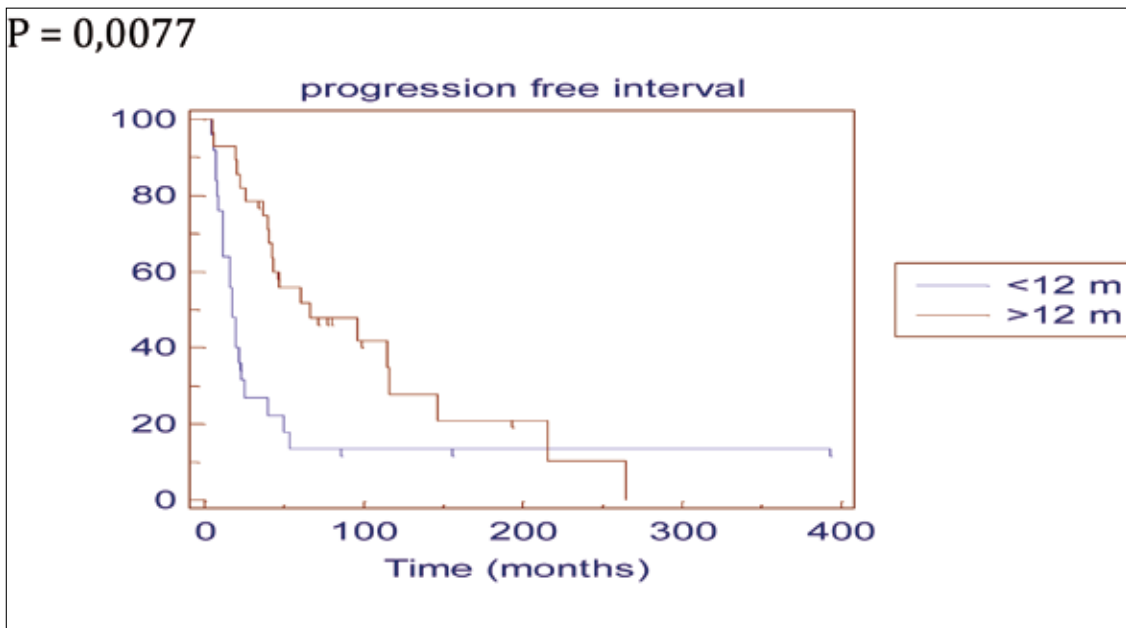
Si è manifestata una recidiva nel 41.80% e la sede è stata nel 41.17% dei casi a livello vulvare, nel 56.86% dei casi a livello dei linfonodi o altre sedi pelviche o sedi miste, e nell'1.96% a livello extrapelvico.

## DISCUSSIONE

In concordanza alla Letteratura, è risultato un fattore prognostico lo stadio FIGO (figura n. 1). I nostri risultati si discostano dalla letteratura, invece, per quanto riguarda il grading e l'intervento chirurgico effettuato, che sono risultati statisticamente non si-

FIGURA 1. curve di sopravvivenza nei 4 stadi FIGO



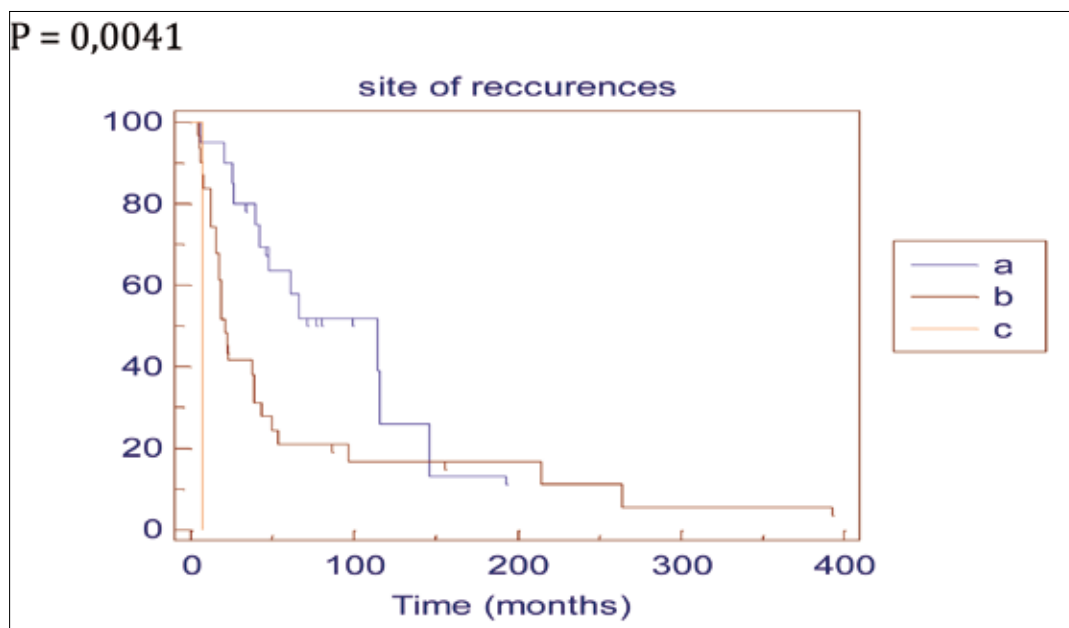
**FIGURA 2.** curve di sopravvivenza nelle pazienti con margini chirurgici negativi e con margini chirurgici positivi**FIGURA 3.** curve di sopravvivenza delle pazienti che hanno recidivato prima di 12 mesi e pazienti che hanno recidivato dopo i 12 mesi

gnificativi. Dai nostri dati, infatti, emerge che più che il tipo di intervento (vulvectomy, emivulvectomy o escissione) è importante la radicalità, ovvero ottenere margini chirurgici negativi (figura n. 2). Sono, inoltre, risultati fattori prognostici: l'intervallo diagnosi-recidiva (figura n. 3), la sede di recidiva (figura n. 4) e la positività dei linfonodi (figura n. 5). L'età alla diagnosi, invece, non sembra influenzare la prognosi delle pazienti.

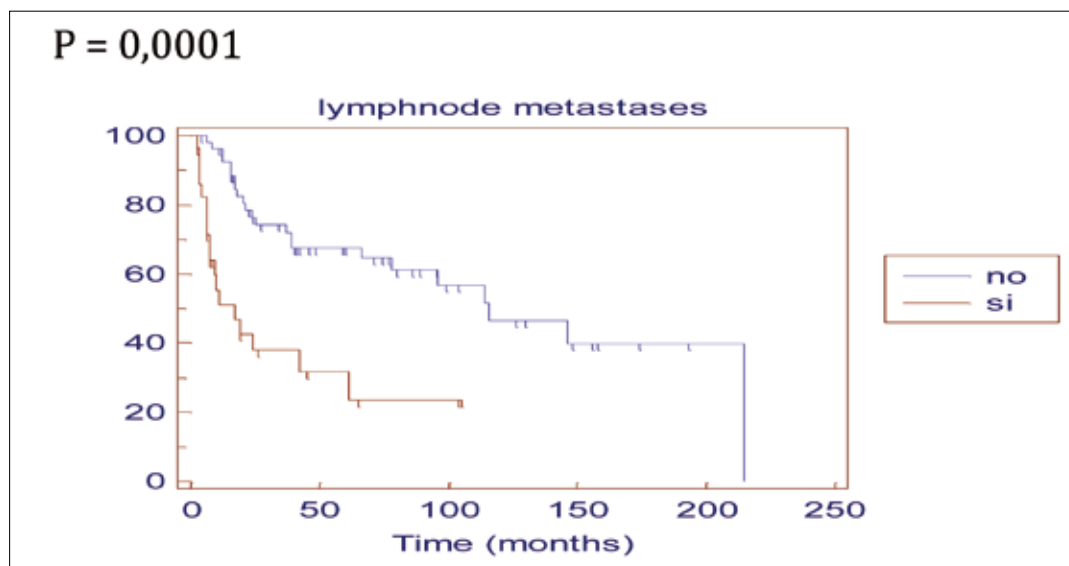
## CONCLUSIONI

Importante, dunque, è la precocità della diagnosi che permette di avere più probabilità di trovare pazienti con un basso stadio FIGO. E' inoltre fondamentale decidere il tipo di intervento chirurgico da effettuare a seconda dei diversi casi, il chirurgo deve puntare alla radicalità dell'intervento.

**FIGURA 4.** curve di sopravvivenza delle pazienti che hanno recidivato a: vulva;b: linfonodi, altre sedi pelviche, sedi miste; c: extrapelviche



**FIGURA 5.** curve di sopravvivenza delle pazienti che avevano linfonodi positivi e delle pazienti che avevano linfonodi negativi



## BIBLIOGRAFIA

1. Ambrosini A., Becagli L., Resta P., Nardelli P., D'Antona N.: Malignant potential in vulvar dystrophy. *Clin Exp Obst Gyn*, 7, 4, 1980.
2. Antico F., Caruso C., Carbone C., Previti T.: Follow-up delle distrofie vulvari. *Riv Ital Oncol*, 17, 145, 1990.
3. Di Renzo G. Carlo. *Trattato di ginecologia ed ostetricia*. Verduci; 2009.
4. Harrison et al. *Principi di Medicina Interna*. Quattordicesima edizione; Libri Italia srl; Mc Graw Hill; 2007.
5. Lippa P., Ferranti G., Anglana F. *Lesioni a rischio e tumori della vulva*. CIC Edizioni Internazionali; 2008
6. Mahmud N., Murakami T., Gytoku Y., Nakazima H., Ishimaru T., Yamabe T.: Vulvar dystrophy: a clinical follow-up. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol.*, 18, 231, 1992.
7. Mello G., Riviello C. *Ostetricia e Ginecologia nella pratica clinica. Dalla medicina generale alle professioni sanitarie*. Editeam; 2010.
8. Pescetto et al. *Ginecologia e Ostetricia*. Quarta edizione; SEU; 2009.