



Endometrial
Cancer
Awareness

Tumore dell'utero

FALSI MITI & VERITA'

	FALSO MITO	VERITA'
1	<i>Il tumore dell'utero (o endometrio) si sviluppa solo dopo la menopausa.</i>	Sebbene il tumore dell'utero venga diagnosticato più frequentemente nelle donne in postmenopausa, può colpire anche donne più giovani, in particolare quelle con specifiche condizioni genetiche. Infatti, alcuni sottotipi molecolari del tumore dell'utero si osservano più comunemente nei gruppi di età più giovani.
2	<i>Il Pap test individua il tumore dell'utero.</i>	I Pap test vengono utilizzati per diagnosticare il tumore della cervice, non quello dell'utero. Quest'ultimo viene normalmente diagnosticato tramite biopsia endometriale, che è l'esame al microscopio di un piccolo campione di tessuto proveniente dal rivestimento dell'utero.
3	<i>Tutti i tipi di sanguinamento uterino sono segni di tumore dell'utero</i>	Un sanguinamento anormale può essere un sintomo del tumore dell'utero, ma è fondamentale sapere che vari fattori, come i fibromi o gli squilibri ormonali, possono anch'essi causare sanguinamento uterino. Indipendentemente dalla causa, è sempre importante consultare uno specialista in caso di sanguinamento anormale.
4	<i>Il tumore dell'utero non presenta sintomi precoci.</i>	Uno dei primi segni del tumore dell'utero è il sanguinamento vaginale anormale. Questo è talvolta associato a perdite vaginali, che non devono mai essere ignorate. Inoltre, un endometrio molto spesso, indicativo di iperplasia (con o senza atipia), è considerato una condizione precancerosa. È fondamentale che le donne non ignorino alcun segno o sintomo anormale. Consultare sempre uno specialista in caso di sanguinamento vaginale anormale.
5	<i>Ci sono solo 2 tipi di tumore dell'utero, in relazione all'estrogeno.</i>	In passato, il tumore dell'utero veniva suddiviso in due tipi. Ora, la malattia viene classificata in base sia all'analisi tradizionale dei tessuti (istologia) che ai moderni sottotipi molecolari: POLEmut, MMRd, NSMP e p53abn. Queste nuove classificazioni aiutano i medici a fornire un piano di trattamento più personalizzato per il paziente e a prevederne i risultati in modo più accurato.
6	<i>Tutti i tumori dell'utero sono molto aggressivi ed hanno esiti sfavorevoli.</i>	Sottotipi di tumore dell'utero come POLEmut hanno una prognosi molto favorevole, quindi va sottolineata l'importanza della sottotipizzazione molecolare prima del trattamento e della prognosi. Sebbene alcuni sottotipi, come p53abn, siano associati a esiti peggiori, l'uso della classificazione molecolare garantisce una valutazione più accurata di ciascun caso. Il tumore dell'utero a basso rischio presenta di solito una prognosi eccellente con un trattamento chirurgico adeguato, e raggiunge spesso tassi di guarigione superiori al 90%.
7	<i>Il tumore dell'utero richiede sempre una chirurgia estesa e una chemioterapia aggressiva.</i>	Il trattamento del tumore dell'utero varia in base allo stadio della diagnosi. In stadio iniziale viene spesso gestito esclusivamente con la chirurgia, solitamente senza la necessità di chemioterapia. Le tecniche chirurgiche possono variare dalla chirurgia tradizionale a opzioni minimamente invasive come la laparoscopia o la chirurgia robotica assistita. L'uso della chemioterapia è personalizzato in base al rischio di recidiva individuale. A seconda della valutazione del rischio, alcuni pazienti possono anche sottoporsi a trattamenti locali come la radioterapia o l'ormonoterapia. Le decisioni sul trattamento post-chirurgico sono influenzate da fattori come il grado del cancro, la profondità di invasione nel muscolo uterino, l'invasione linfatica e vascolare, l'età e il sottotipo molecolare. Questi fattori aiutano a valutare la probabilità di recidiva del cancro e a determinare la necessità di terapie aggiuntive.
8	<i>La chirurgia è troppo aggressiva per il tumore dell'utero a basso rischio, che può essere curato con la sola terapia medica.</i>	La chirurgia rappresenta il trattamento più efficace per il tumore dell'utero a basso rischio, poiché svolge un ruolo cruciale nella stadiazione accurata e negli alti tassi di recupero.



Endometrial
Cancer
Awareness

Tumore dell'utero

FALSI MITI & VERITA'

	FALSO MITO	VERITA'
9	<i>L'immunoterapia è ancora sperimentale e non è efficace quanto la chemioterapia.</i>	L'immunoterapia ha mostrato risultati promettenti, in particolare nei casi in cui i trattamenti tradizionali potrebbero essere meno efficaci. Recenti studi clinici hanno dimostrato risultati incoraggianti quando l'immunoterapia viene aggiunta al trattamento standard per il tumore dell'utero avanzato.
10	<i>La brachiterapia vaginale non è utile nel trattamento del tumore dell'utero.</i>	La brachiterapia vaginale è una forma di radioterapia che fornisce alte dosi di radiazioni direttamente all'area superiore della vagina, minimizzando l'esposizione dei tessuti circostanti. Questo tipo di trattamento in genere causa meno effetti collaterali rispetto alla radioterapia esterna. La brachiterapia vaginale viene comunemente utilizzata nel trattamento dei casi a basso rischio per aiutare a prevenire la recidiva locale.
11	<i>L'isterectomia nel tumore dell'utero causerà gravi squilibri ormonali.</i>	L'isterectomia comporta l'asportazione dell'utero, il che a volte comporta anche l'asportazione di altri organi riproduttivi. Per le pazienti in premenopausa con malattia in stadio iniziale e buoni fattori prognostici, l'isterectomia con asportazione delle tube è l'approccio chirurgico standard. Tuttavia, in casi specifici, si può prendere in considerazione la conservazione delle ovaie per mantenere l'equilibrio ormonale e la funzione ovarica.
12	<i>Nel tumore dell'endometrio, la chirurgia elimina tutti i rischi di recidiva.</i>	Sebbene la chirurgia sia un passo fondamentale nel trattamento del tumore dell'utero, non può eliminare completamente il rischio di recidiva. La probabilità di recidiva è influenzata da fattori come lo stadio, il grado e il sottotipo molecolare del tumore. Possono essere necessari trattamenti aggiuntivi, noti come terapie adiuvanti, per ridurre il rischio. Inoltre, il follow-up post-chirurgico è essenziale per la diagnosi precoce di eventuali segni di recidiva.
13	<i>Il tumore dell'utero recidiva sempre anche se è a basso rischio.</i>	Quando gestito in modo appropriato, il tumore dell'utero a basso rischio presenta solitamente un tasso di recidiva molto basso e un alto tasso di sopravvivenza complessivo.
14	<i>Il trattamento del tumore dell'utero porta sempre all'infertilità.</i>	Sebbene molti trattamenti per il tumore dell'utero prevedano l'asportazione dell'utero, sono disponibili opzioni di conservazione della fertilità per le donne giovani con cancro in stadio iniziale. La chirurgia (che può includere l'asportazione dell'utero e delle ovaie) può essere adattata in base allo stadio del cancro e alle circostanze personali della paziente, incluso il suo desiderio di preservare la fertilità.
15	<i>La sindrome di Lynch aumenta solo il rischio di tumore del colon-retto, e i test genetici sono ritenuti necessari solo se si ha già il tumore del colon-retto.</i>	La sindrome di Lynch non solo aumenta il rischio di cancro al colon-retto, ma anche la probabilità di altri tumori come utero e ovaio. I test genetici sono raccomandati non solo per le persone con tumore al colon-retto, ma anche per coloro con una storia familiare di cancro o che sviluppano tumore uterino o ovarico in giovane età. È fondamentale comprendere che avere la sindrome di Lynch non garantisce che si svilupperà il cancro. Tuttavia, l'adozione di misure preventive e il sottoporsi a controlli regolari possono aiutare a gestire e ridurre il rischio associato alla positività alla sindrome di Lynch.
16	<i>La cura del tumore dell'utero avrà conseguenze sulla vita sessuale futura</i>	Le pazienti trattate per il tumore dell'utero in stadio iniziale con la chirurgia, in particolare con un'isterectomia semplice (asportazione dell'utero e della cervice), possono avere problemi nella loro salute sessuale, ma ciò non implica in automatico una limitazione dell'attività sessuale. Molte donne sono in grado di mantenere l'attività sessuale dopo il trattamento, con opzioni come dilatatori vaginali, lubrificanti e trattamenti estrogenici spesso utilizzati per aiutare a gestire gli eventuali cambiamenti. Inoltre, la consulenza di un sessuologo può aiutare ad affrontare le preoccupazioni delle pazienti e può migliorare il loro benessere sessuale complessivo. Sia le pazienti che i loro medici dovrebbero parlare apertamente delle possibili soluzioni.