



Pz di 48 anni, pluripara. Oligomenorrea negli ultimi 6 mesi per cui esegue visita ginecologica ed ecografia transvaginale con riscontro di una neoformazione ovarica sinistra di mm 60x46x56. Ca 125: 119 U/mL.

Di cosa si tratta?

1. Cistoadenofibroma sieroso
2. Tumore ovarico borderline sieroso
3. Carcinoma ovarico sieroso invasivo
4. Tumore ovarico a cellule della granulosa



Di cosa si tratta?

1. Cistoadenofibroma sieroso
2. **Tumore ovarico borderline sieroso**
3. Carcinoma ovarico sieroso invasivo
4. Tumore ovarico a cellule della granulosa

Eco TV/TA: formazione ovarica sinistra multiloculare-solida (<10 loculi) di mm 60x46x56, contenuto anecogeno, margini irregolari per la presenza di multiple papille (>3), componente solida delle dimensioni di mm 51x36x23, moderatamente vascolarizzata al colorDoppler. Assenza di "acoustic shadows". Visibile "ovarian crescent sign". Ovaio destro nella norma. Non ascite. Non dilatazione della pelvi renale bilateralmente. Non linfadenomegalie in sede pelvica e lomboaortica. Multipli linfonodi di aspetto reattivo in sede inguinale bilaterale.

La paziente è stata sottoposta a laparoscopia, isteroannessiectomia bilaterale, omentectomia radicale e biopsie peritoneali, washing peritoneale → **El tumore ovarico sieroso borderline st. IA (FIGO 2014)**

TUMORE OVARICO SIEROSO BORDERLINE

I tumori ovarici borderline (BOT) rappresentano circa il 15-20% di tutte le neoplasie ovariche epiteliali. L'età di insorgenza è più giovanile rispetto al carcinoma invasivo e la diagnosi avviene tipicamente in stadio iniziale, associandosi ad una prognosi eccellente.

L'istotipo sieroso è il più frequente e si presenta come un tumore cistico uni- o multiloculare, a contenuto fluido, con multiple proiezioni papillari ed atipia nucleare lieve-moderata. I BOT possono inoltre associarsi a microinvasione, carcinoma intraepiteliale, coinvolgimento linfonodale ed impianti peritoneali.

Le pazienti possono essere asintomatiche (30%) o manifestare sintomi aspecifici (algie pelviche, senso di tensione addominale, irregolarità mestruali). Il Ca 125 è un marcatore poco specifico, tuttavia è più facilmente positivo nei BOT sierosi rispetto ai mucinosi.

L'ecografia è lo strumento diagnostico più accurato per la diagnosi. Ecograficamente i BOT sierosi sono in genere formazioni uni o multiloculari-solidi, caratterizzate dalla presenza di papille vascolarizzate all'esame colorDoppler. L'ecografia pelvica permette inoltre di individuare eventuali impianti peritoneali.

Il trattamento primario è chirurgico con staging intraoperatorio completo che comprenda isterectomia, annessiectomia bilaterale, omentectomia, washing peritoneale, resezione di eventuali impianti peritoneali, biopsie peritoneali multiple addomino-pelviche. La tecnica chirurgica può essere altresì conservativa ("fertility sparing") in donne giovani desiderose di prole con malattia in stadi iniziali.

Il follow up deve essere prolungato poiché il 10% delle pazienti recidiva dopo oltre 10 anni; nella maggior parte dei casi la recidiva si presenta nuovamente come neoplasie borderline, esiste tuttavia la possibilità di progressione a carcinoma invasivo.