

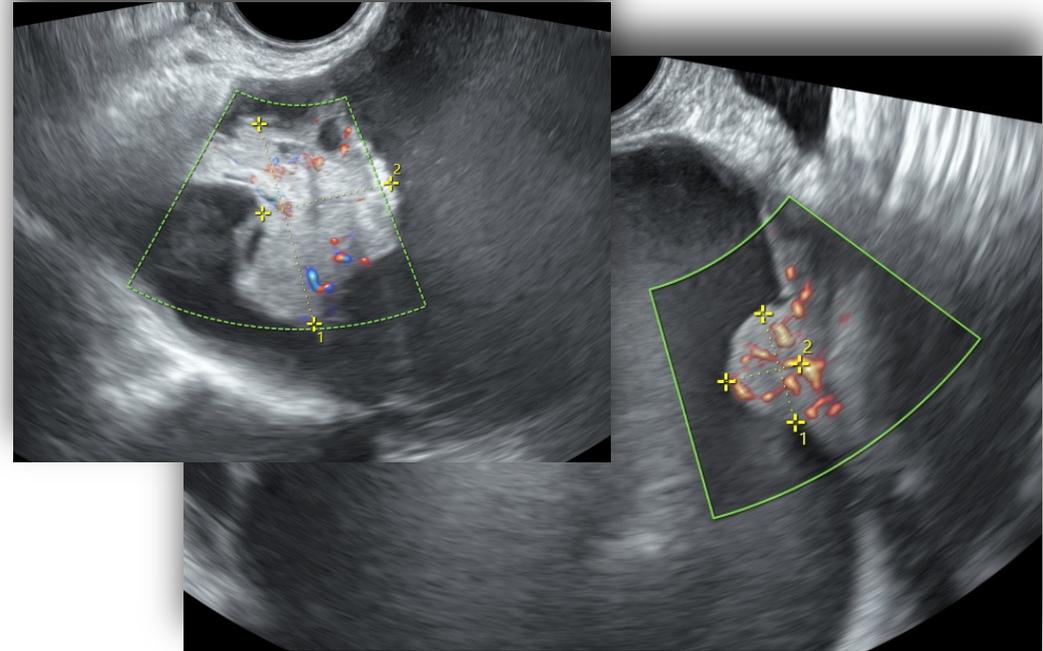
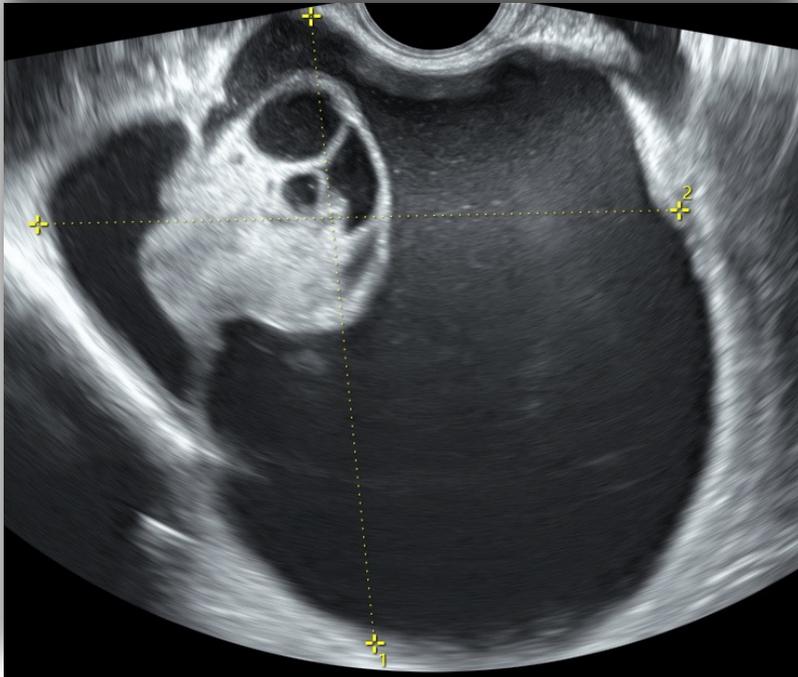
A cura di: *Dr.ssa Debora Verri*  
*Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital, Olbia*

Pz di 52 anni

In anamnesi poliabortività

Esegue ecografia TV/TA per algie addomino-pelviche con riscontro di neoformazione annessiale destra di 101x102x95 mm. Sospetto nodulo endometrioso retrocervicale.

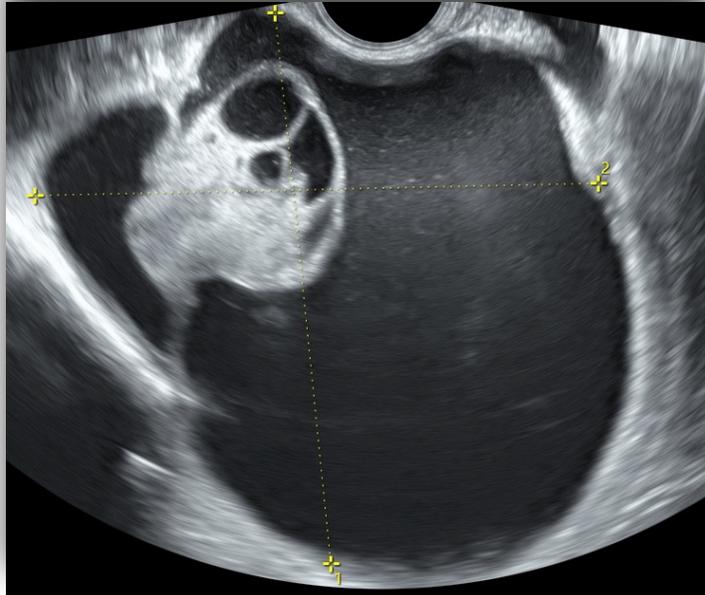
Ca 125, Ca 19.9 e CEA negativi.



## ***Di cosa si tratta?***

1. Adenocarcinoma ovarico mucinoso
2. Carcinoma ovarico a cellule chiare
3. Adenocarcinoma ovarico sieroso di alto grado
4. Metastasi ovarica di adenocarcinoma del colon-retto

A cura di: *Dr.ssa Debora Verri*  
*Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital, Olbia*



## **Di cosa si tratta?**

1. **Carcinoma ovarico a cellule chiare**
2. Adenocarcinoma ovarico mucinoso
3. Adenocarcinoma ovarico sieroso di alto grado
4. Metastasi ovarica di adenocarcinoma del colon-retto

Eco TV/TA: voluminosa formazione annessiale destra multiloculare solida (meno di 10 loculi) delle dimensioni di mm 101x102x95, a contenuto finemente corpuscolato, componente solida di mm 39x30 e presenza di 3 papille, la maggiore di mm 15x10 e riccamente vascolarizzata all'ECD. In sede retrocervicale tessuto ipoecogeno a margini stellati, avascolare all'ECD e riferibile a nodulo endometriosico che determina a tale livello detrazione della giunzione retto-sigma in assenza di chiari segni US di infiltrazione parietale. Ovaio sinistro regolare. Fibromatosi uterina.

TC torace-addome-pelvi: neoformazione annessiale destra. In sede retrocervicale si conferma tessuto adeso alla parete anteriore del retto senza evidenti segni TC di infiltrazione della parete muscolare, da attribuire in prima ipotesi a localizzazione di endometriosi profonda.

La paziente è stata sottoposta a LPT, isterectomia totale, annessiectomia bilaterale, adesiolisi, linfadenectomia pelvica e lomboaortica, omentectomia, biopsie peritoneali multiple

Diagnosi: **CARCINOMA OVARICO A CELLULE CHIARE stadio FIGO IC**

*A cura di: Dr.ssa Debora Verri  
Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital, Olbia*

## CARCINOMA OVARICO A CELLULE CHIARE

Il carcinoma a cellule chiare costituisce il 5-25% dei tumori ovarici epiteliali. Pazienti affette da carcinoma ovarico a cellule chiare sono generalmente più giovani rispetto alle pazienti con carcinoma ovarico sieroso di alto grado.

Il 25-58% dei tumori ovarici a cellule chiare viene diagnosticato in donne affette da endometriosi e si tratta nella maggior parte dei casi di neoplasie in stadi iniziali.

I sintomi sono legati alla presenza di una voluminosa massa addominale, solo raramente alla diffusione peritoneale di malattia. Quando confinati all'ovaio i carcinomi a cellule chiare hanno una buona prognosi; stadi avanzati si associano tuttavia a prognosi peggiore rispetto al carcinoma sieroso di alto grado a causa della resistenza al platino.

All'ecografia il carcinoma ovarico a cellule chiare si presenta tipicamente come una grande massa unilaterale con componenti solide. Pazienti affette da endometriosi che sviluppano il carcinoma a cellule chiare sono più giovani rispetto alle pazienti che non presentano endometriosi; inoltre il tumore che si sviluppa dall'endometriosi più spesso presenta un contenuto cistico fluido "a vetro smerigliato".

E' possibile distinguere il carcinoma ovarico a cellule chiare dal carcinoma sieroso di alto grado poiché quest'ultimo è più frequentemente bilaterale e costituito da neoformazioni ovariche multiloculari-solide o solide che raramente contengono papille.

Infine, gli adenocarcinomi ovarici mucinosi sono in genere più grandi dei sierosi, degli endometrioidi e di quelli a cellule chiare. Sono anch'essi più frequentemente unilaterali e di aspetto cistico con un numero elevato di loculi; le papille sono invece molto rare.