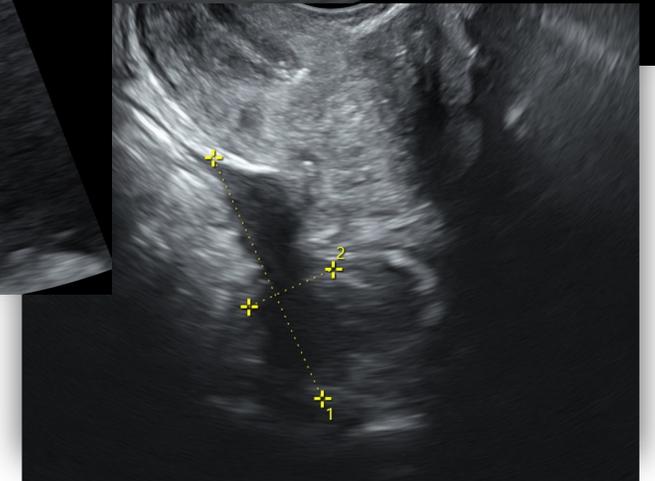
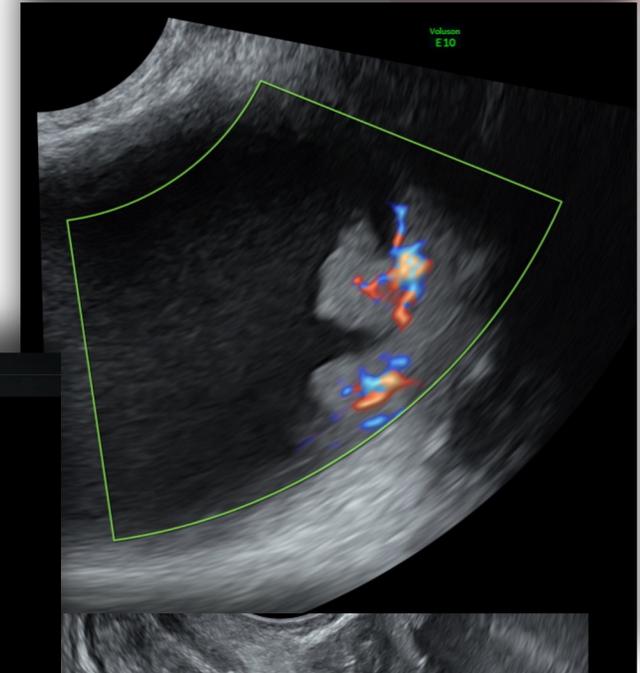
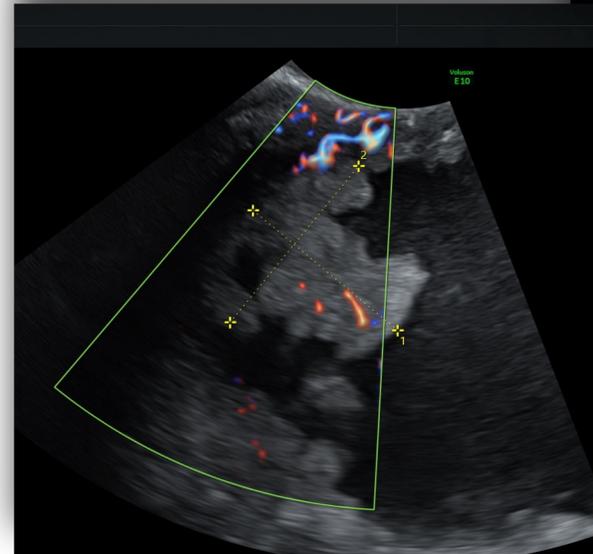
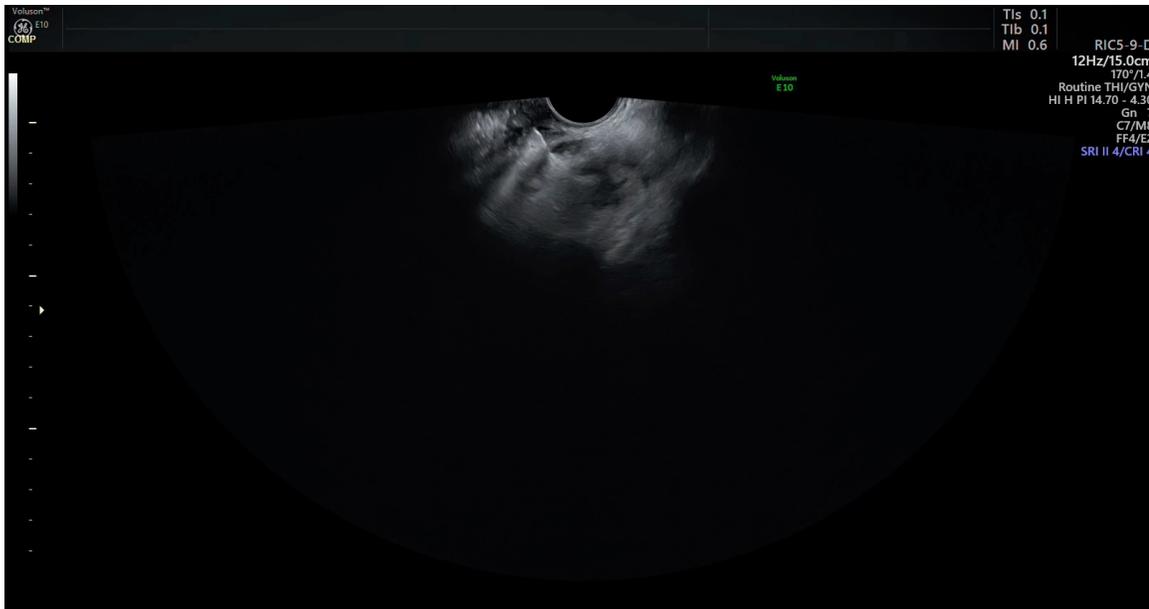
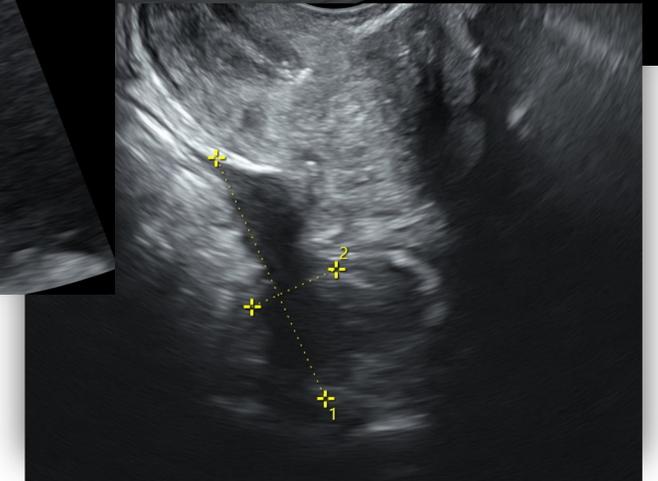
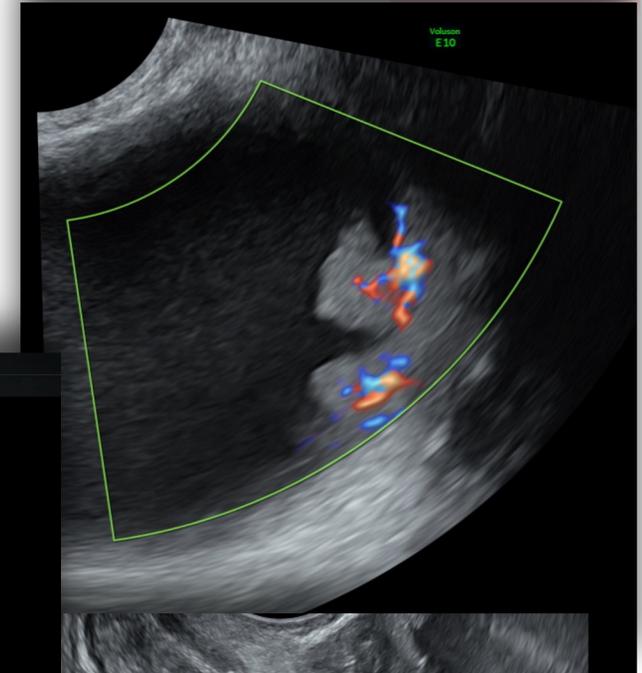
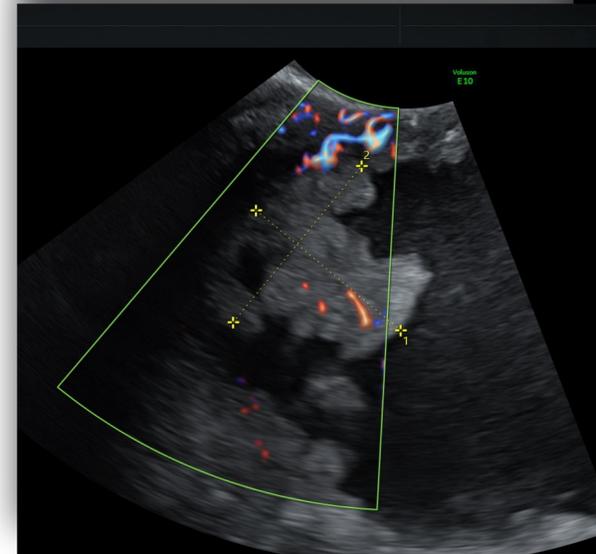
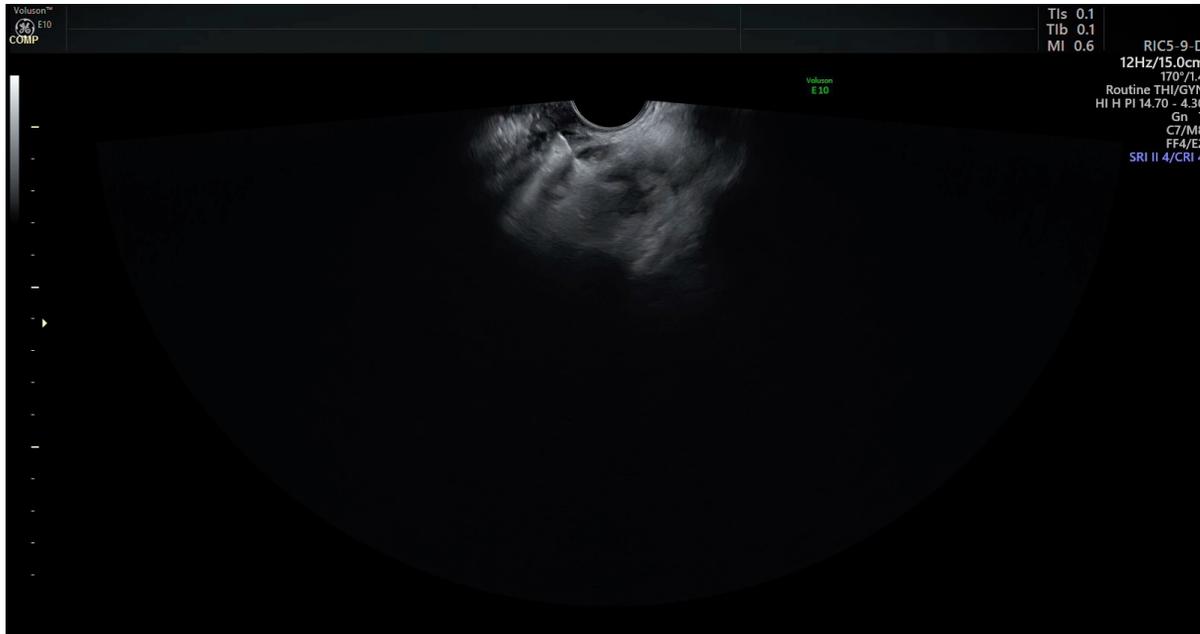


- Paziente 42 anni, nullipara
- Sintomi: amenorrea e algie pelviche
- Eco TV: formazione annessiale sinistra uniloculare-solida, diam max 130 mm, contenuto "ground glass", pareti interne irregolari per la presenza di multiple papille (n>3), color score 3, diam max della componente solida 23 mm. Douglas obliterato. Tessuto retrocervicale ipoecogeno a margini stellati ed avascolare al CD, infiltrante la muscolaris della giunzione di retto-sigma. Sindrome aderenziale pelvica severa. Non ascite.
- Ca 125: 32 U/ml



Di cosa si tratta?

- 1) Endometrioma
- 2) Tumore ovarico borderline sieroso
- 3) Carcinoma ovarico endometriode
- 4) Carcinoma ovarico a cellule chiare

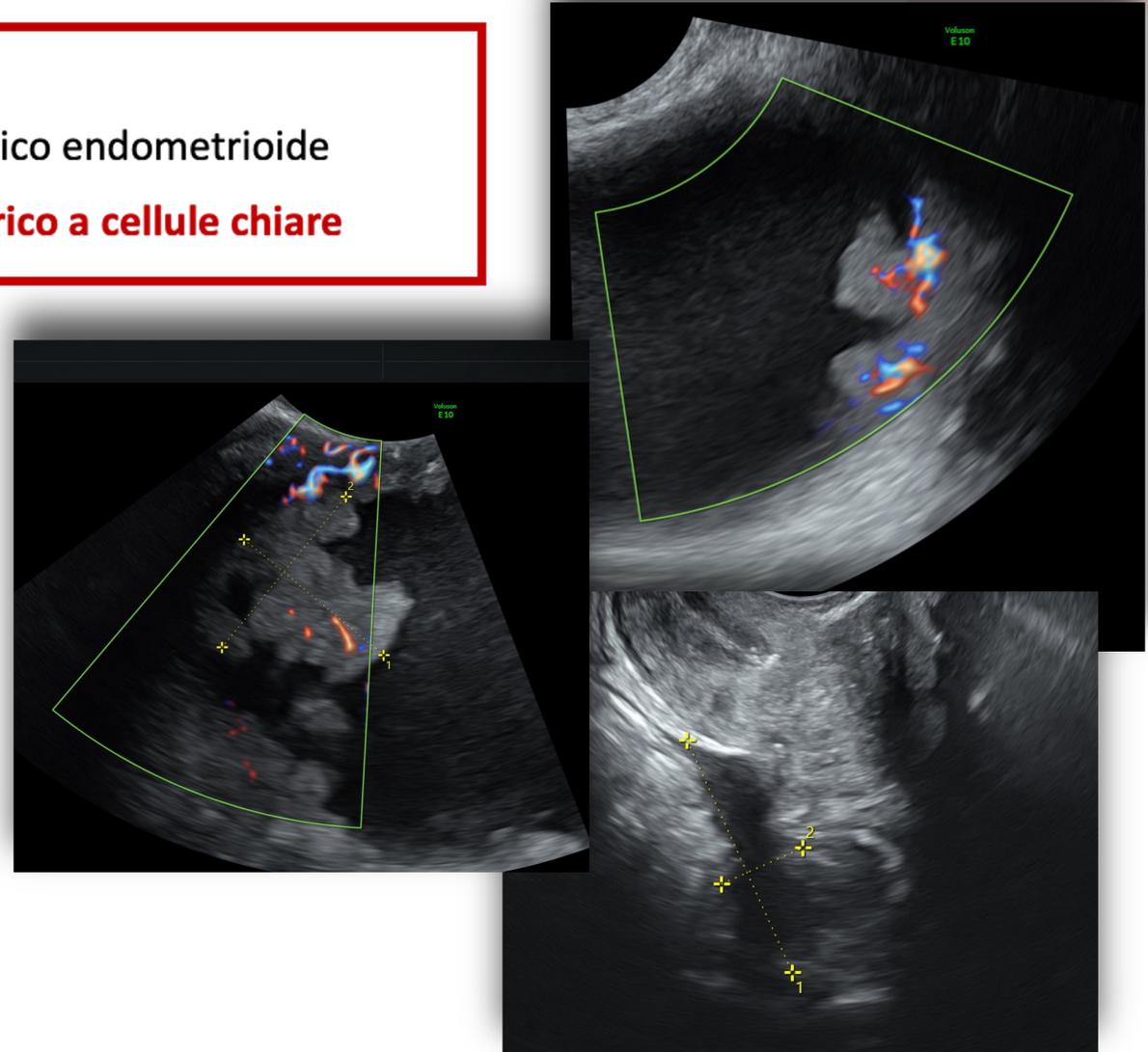


Di cosa si tratta?

- 1) Endometrioma
- 2) Tumore ovarico borderline sieroso
- 3) Carcinoma ovarico endometriode
- 4) **Carcinoma ovarico a cellule chiare**

La paziente è stata sottoposta a LPS/LPT, citoriduzione primaria ottimale. RT=0

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



CARCINOMA OVARICO A CELLULE CHIARE

Epidemiologia: Il carcinoma ovarico a cellule chiare (CCC) rappresenta il 5-25% di tutti i tumori ovarici epiteliali. Le pazienti affette da CCC sono generalmente più giovani rispetto alle pazienti con carcinoma ovarico sieroso di alto grado (età mediana alla diagnosi 55 vs 64 anni) ed il 25-58% dei CCC viene diagnosticato in donne affette da endometriosi.

Clinica: I sintomi sono legati alla presenza di una voluminosa massa addominale, solo raramente alla diffusione peritoneale di malattia. Nella maggior parte dei casi si tratta di neoplasie in stadi iniziali (57-81% dei casi stadio FIGO I-II). Quando confinati all'ovaio i CCC hanno una buona prognosi; stadi avanzati si associano tuttavia a prognosi peggiore rispetto al carcinoma sieroso di alto grado a causa della platino-resistenza.

Aspetti anatomico-patologici: Sono generalmente tumori monolaterali di grandi dimensioni con aspetto solido, solido-cistico o prevalentemente cistico con noduli carnosì, giallo pallido. Possono avere caratteristiche microscopiche diverse (papillare, tubulo-cistico e solido), tuttavia la maggior parte presenta una combinazione di questi pattern; sono considerati per definizione tumori di alto-grado.

Trattamento: negli stadi iniziali la chirurgia radicale comprende la stadiazione chirurgica del retroperitoneo mediante linfadenectomia pelvica e lomboaortica; il gold standard negli stadi avanzati è rappresentato da citoreduzione primaria ottimale seguita da chemioterapia adiuvante.

Aspetto ecografico: 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.