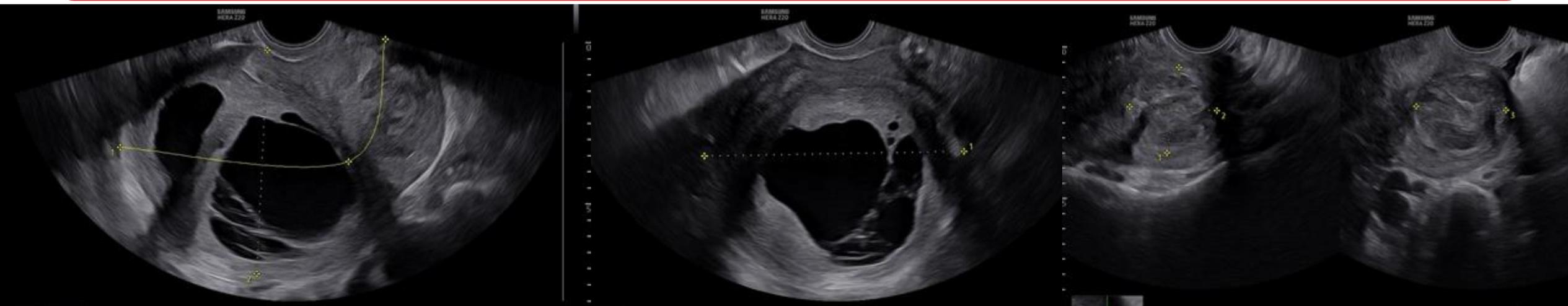


- 50 anni, G2P2, oligoamenorrea perimenopausale. Esegue visite ginecologiche irregolarmente (ultima in visione nel 2021: fibromatosi uterina a nodi multipli centimetrici)
- 28/04/25 Visita ginecologica di controllo in paziente asintomatica: lesione solida disomogenea 7 cm, capsulata, sospetta. Viene richiesta ecografia di II livello.

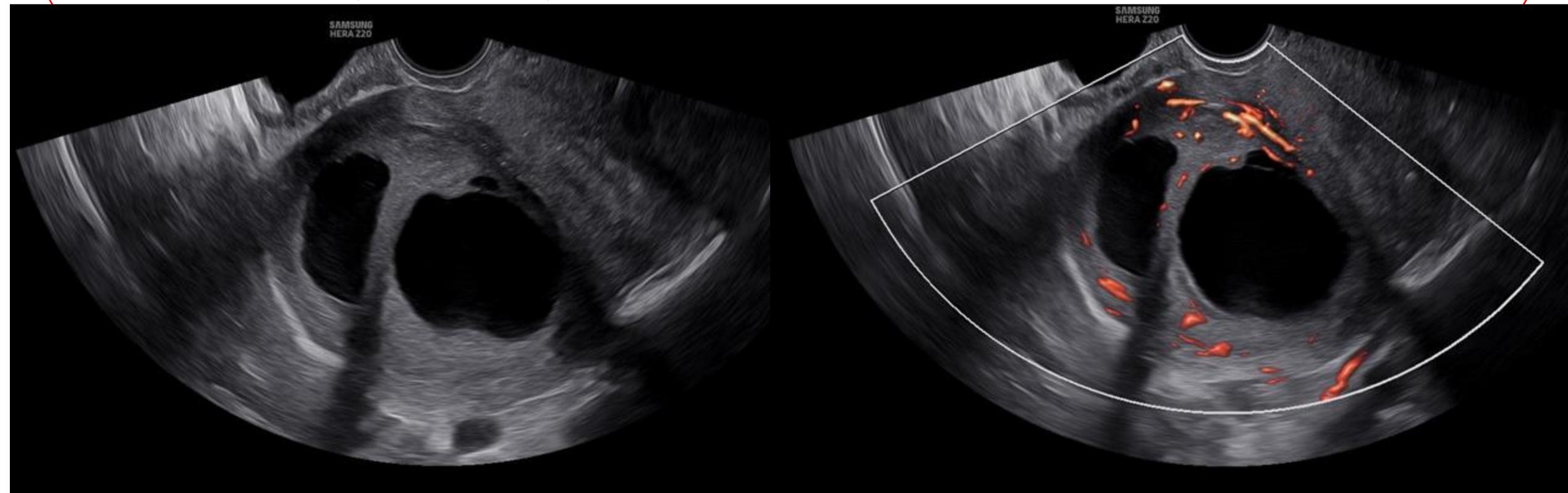


30/04/25 ECOGRAFIA TV: Utero AVF globoso ad ecostruttura diffusamente disomogenea per fibromatosi a nodi multipli, il maggiore di mm 29x29x30 posteroistmico G5. Isterometria mm 113x69x80. Cavità uterina improntata dalla formazione miometriale anteriore. Endometrio omogeneo di mm 3. Ovaio destro in sede usuale, regolare, di mm 19x11x16 compatto. Ovaio sinistro retrouterino, regolare, di mm 19x8x22 compatto. *(vedere videoclip)*



30/04/25 ECOGRAFIA TV: Si conferma la presenza di formazione miometriale anteriore FIGO G3-5 di mm 73x61x64 disomogenea per la presenza di ampie aree cistiche anecogene con parete interna irregolare e componente solida vascolarizzata CS4, priva di shadows interni; presenza di edge shadows. La formazione mostra profilo esterno regolare ed appare capsulata.

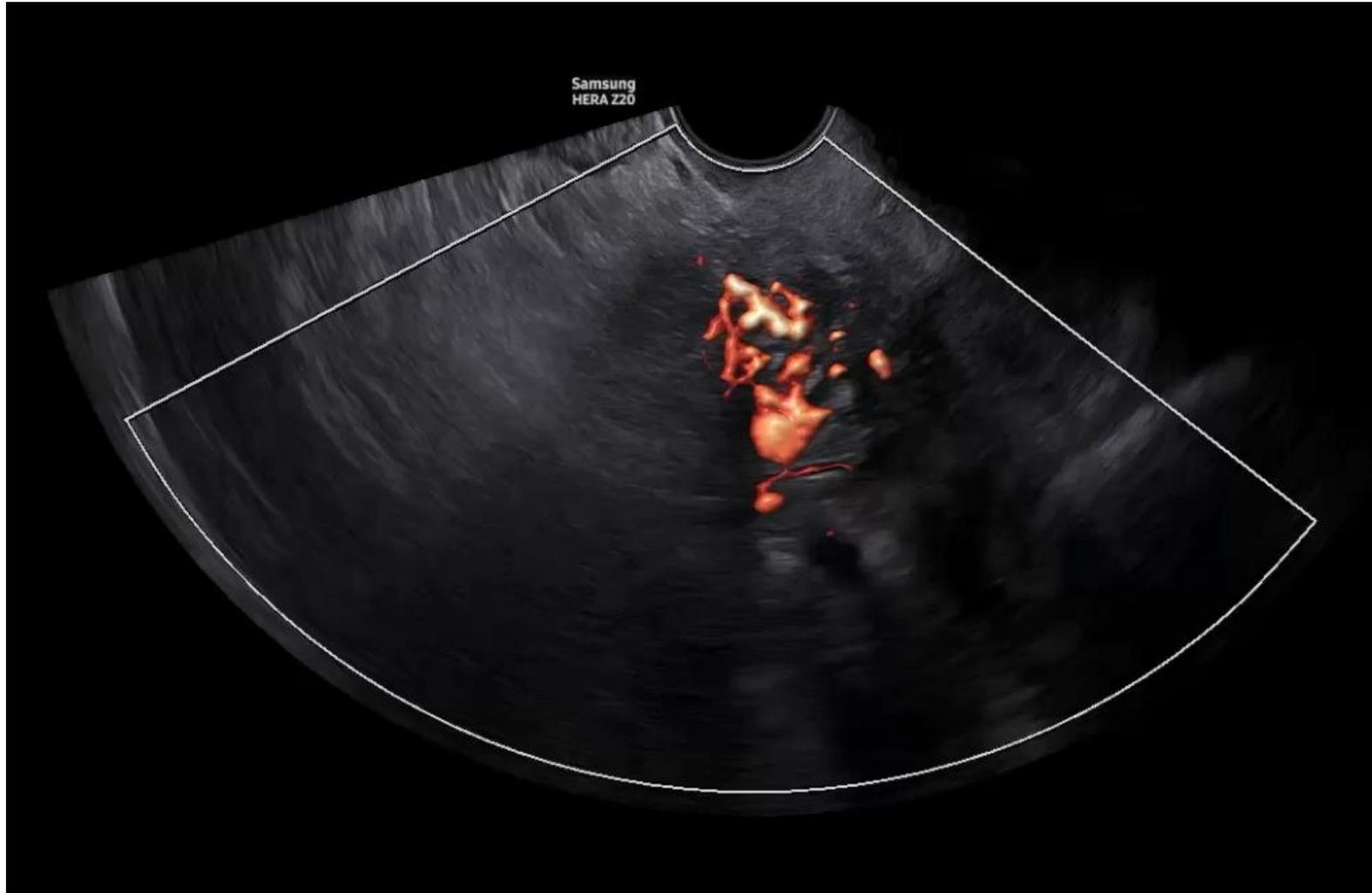
Prescritto LDH: 163 U/L (vn 135-214 U/L)



CASO CLINICO

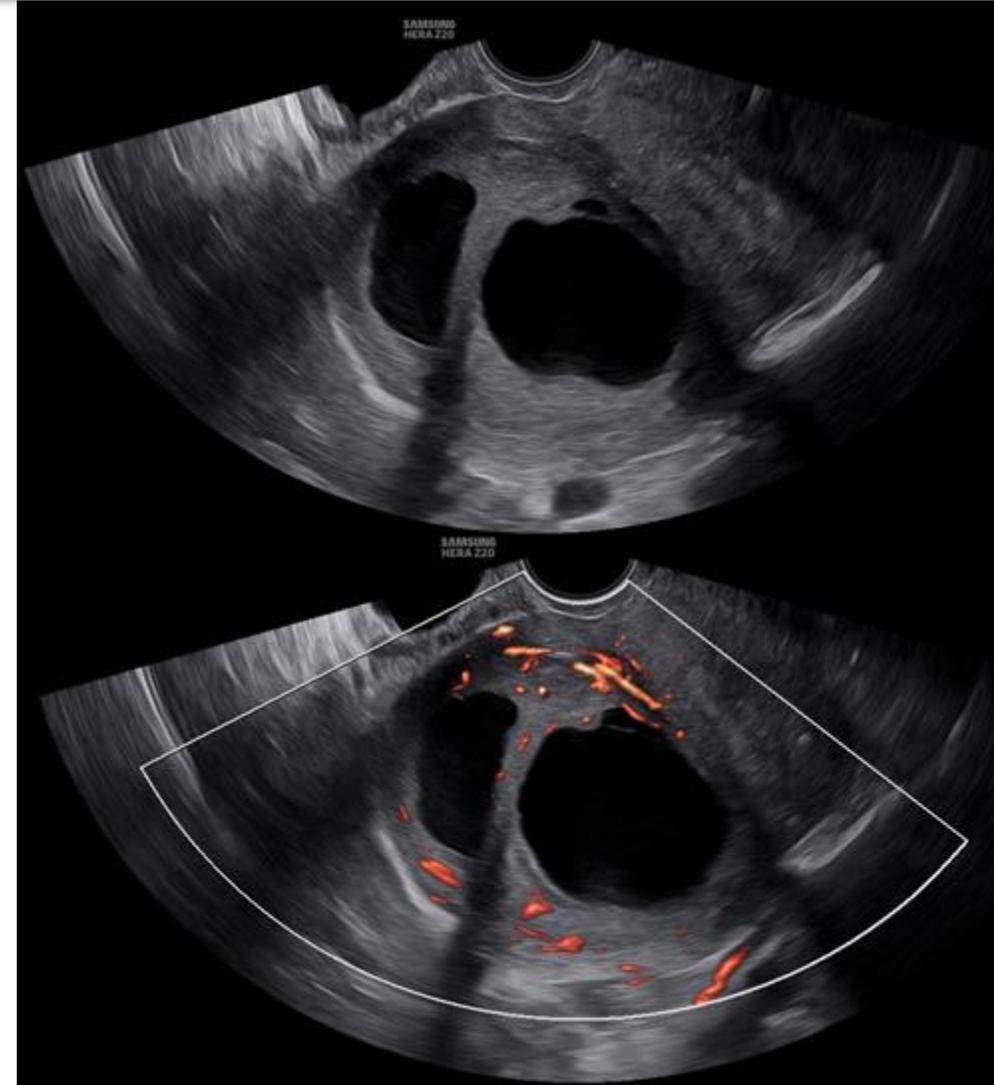
Elaborato dalla dott.ssa Lucia Zanchi

UOC Ginecologia Oncologica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano



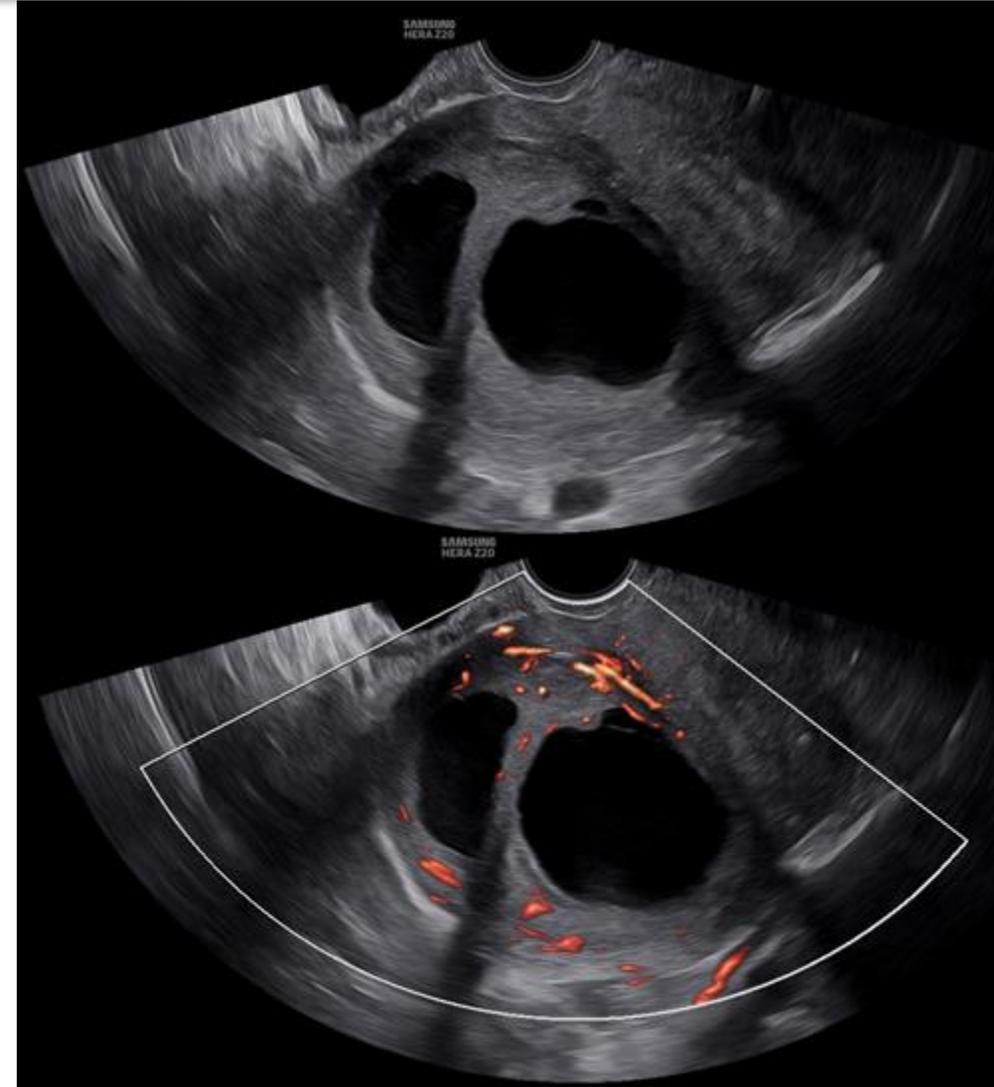
QUAL E' LA DIAGNOSI?

- A) Mioma colliquato
- B) Sarcoma dello stroma endometriale
- C) Leiomiosarcoma
- D) PEComa



QUAL E' LA DIAGNOSI?

- A) Mioma colliquato
- B) Sarcoma dello stroma endometriale**
- C) Leiomiosarcoma
- D) PEComa

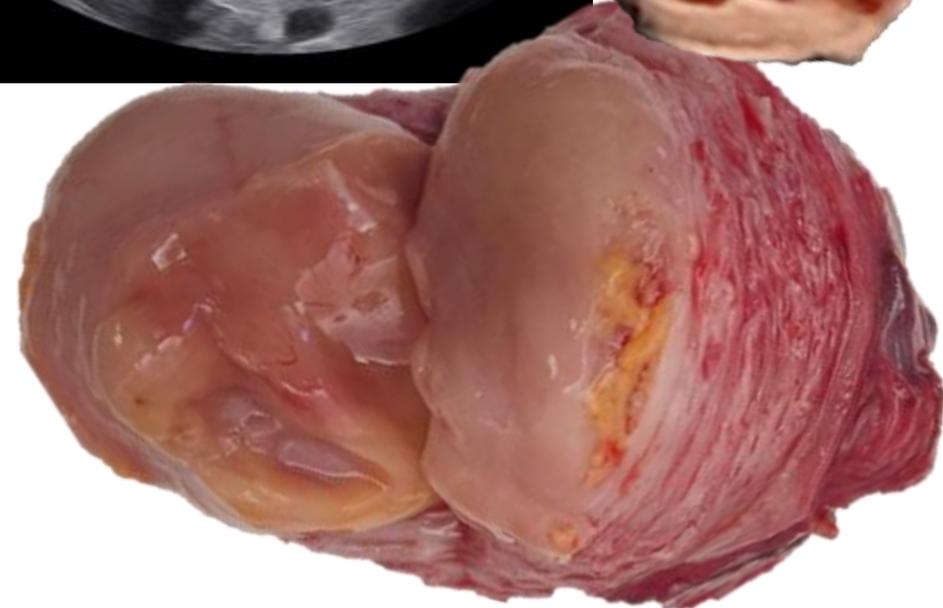


Intervento chirurgico: laparotomia longitudinale ombelicopubica: isterectomia totale, annessiectomia bilaterale, biopsie peritoneali multiple, washing peritoneale

Esame istologico definitivo: sarcoma stromale endometriale di basso grado (LG-ESS; CD10 +, WT-1 +, ER +, PgR +; CD117 -, ciclina D1 -; è presente la traslocazione del gene PHF1), stadio IB sec FIGO

SARCOMA STROMALE ENDOMETRIALE DI BASSO GRADO IN PILLOLE

- 20% dei sarcomi uterini, insorgenza media a 50 anni
- Crescita lenta e indolente, diagnosi perlopiù stadio I, necessario lungo follow up per rischio di recidiva anche a lungo termine
- Trattamento chirurgico con isterectomia totale e annessiectomia bilaterale, anche in premenopausa: la maggior parte dei LG-ESS esprime recettori ormonali e lasciare le ovaie in sede aumenta il rischio di recidiva, senza tuttavia impatto sulla sopravvivenza (OS)
- Linfadenectomia non raccomandata di routine



Non è possibile fare diagnosi preoperatoria di sarcoma con certezza, ma alcune caratteristiche ecografiche possono aiutarci

CARATTERISTICHE ECOGRAFICHE SEC. LUDOVISI ET AL:

- Miometrio normale visibile 65.9%
- Ecogenicità disomogenea 89.4%
- Presenza di aree cistiche 52.6%
- Irregolarità della parete delle aree cistiche 81.2%
- Ecogenicità del contenuto della cisti: anecogeno 49.0%
- Assenza di coni d'ombra 60.8%
- Assenza di calcificazioni 92.1%
- Profili: regolari 38.1%, irregolari 58.4%
- CS1-2 39.9%, CS3-4 46.0%
- Impresione soggettiva: non tipica per lesione benigna 84.8%

