

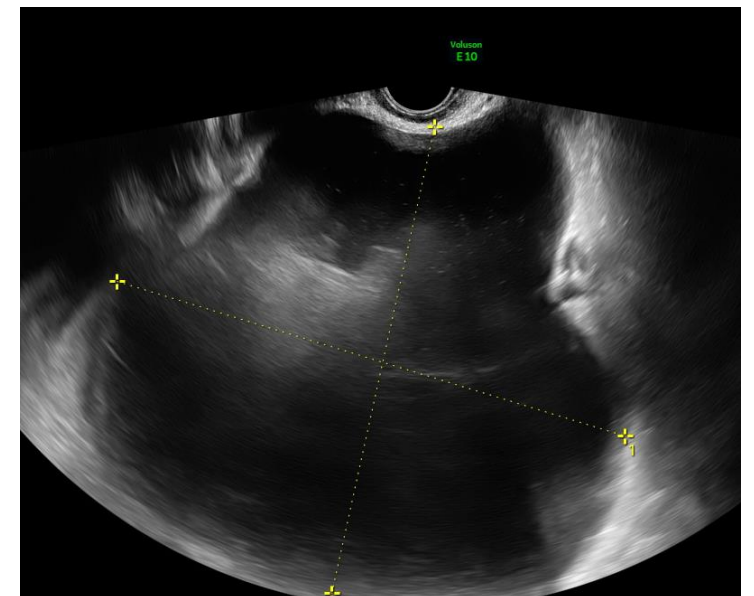
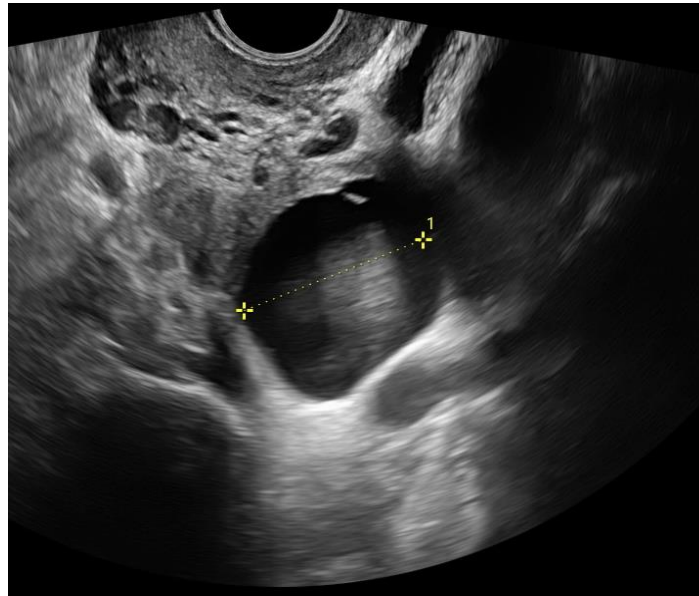
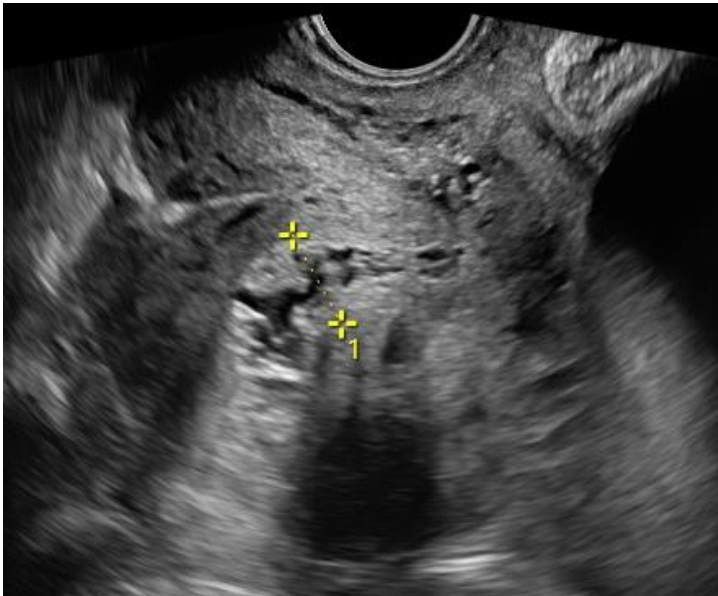
A cura di **Sonia Bove**, Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital

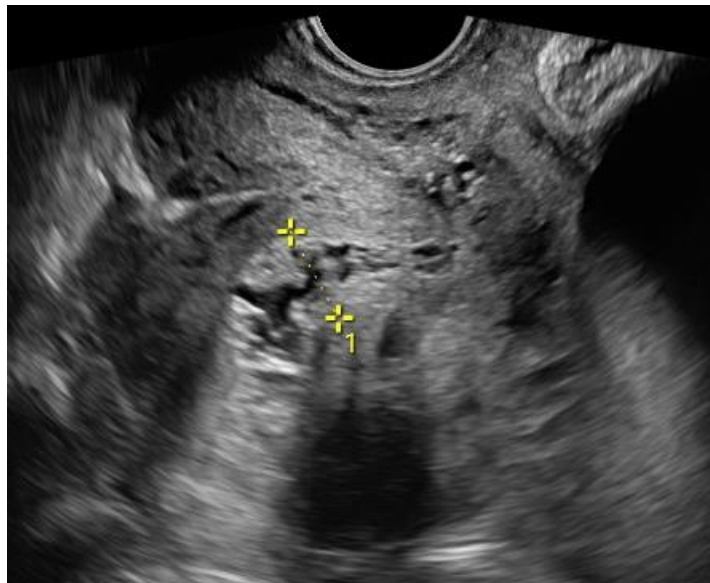
Pz di 74 anni con diagnosi di carcinoma invasivo della mammella sinistra, G2, cT1c cN0, ER e PR 0%, Ki67 15-20%, HER 2 0.

In corso di stadiazione riscontro all'ecografia transvaginale di:

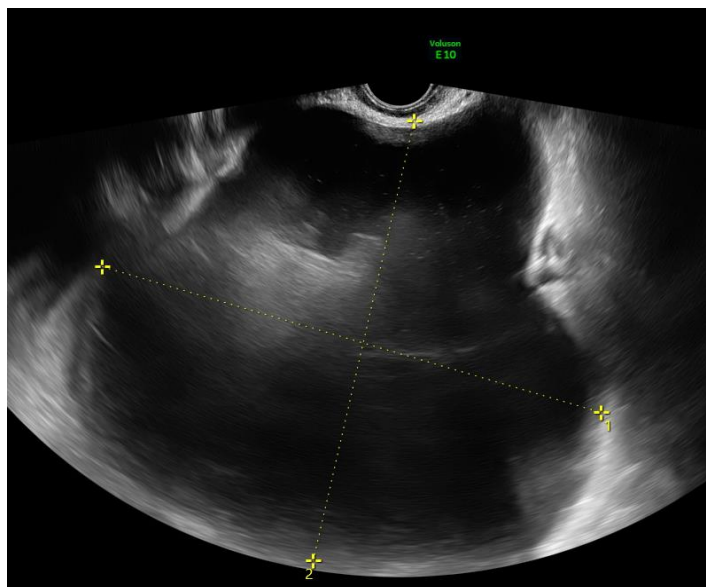
- Echopattern endometriale disomogeneo e vacuolato dello spessore di mm 13, ispessito.
- In sede annessiale destra **formazione uniloculare a contenuto anecogeno di 33x34 x 33 mm, avascolare.**
- In sede annessiale sinistra **voluminosa formazione uniloculare a contenuto in parte anecogeno a margini regolari, avascolare e apparentemente priva di papille, di 170x150x110 mm.**

CEA, CA 15.3, CA 125, CA 19.9, HE4, alfafetoproteina: negativi





Isteroscopia: cavità uterina con area iperplasica ed in parte cistica a carico della parete anteriore centimetrica vascolarizzata, che si bioptica.
→ El: frammenti di polipo endometriale fibrogliandolare cistico di tipo atrofico

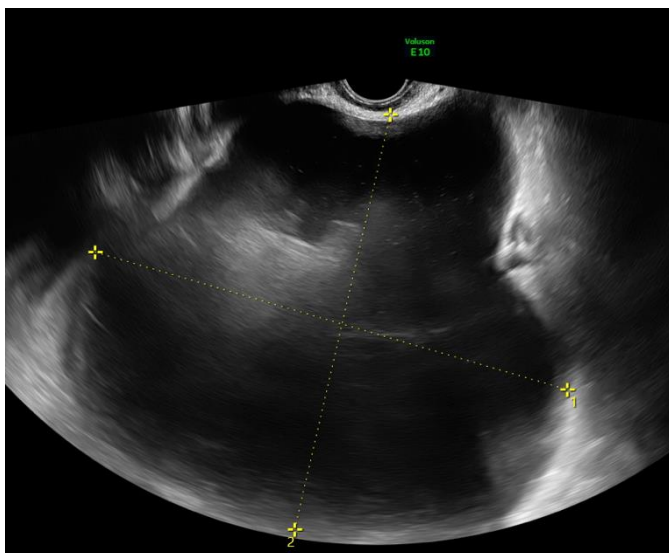


Di cosa si tratta?

- Cistoadenoma
- Tumore Borderline
- Endometrioma
- Metastasi di carcinoma mammario

A cura di **Sonia Bove**, Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital

MODELLO IOTA ADNEX



Di cosa si tratta?

- **Cistoadenoma**
- Tumore Borderline
- Endometrioma
- Metastasi di carcinoma mammario

- **Età:** 74 anni
- **Centro Oncologico:** si
- **Diametro massimo lesione:** 170 mm
- **Diametro massimo componente solida:** 0 mm
- **Più di 10 loculi:** No
- **Numero di proiezioni papillari:** 0
- **Ombre acustiche:** Assenti
- **Ascite:** Assente
- **CA-125:** 10 U/mL

Risultato:

- **Probabilità di Benignità > 90%**

•Nota: Nonostante l'età avanzata e le dimensioni considerevoli, l'assenza di componenti solide, la natura uniloculare e il CA-125 negativo orientano fortemente il modello verso una patologia benigna.

- **Rischio di Malignità < 10%** (prevalentemente correlato al rischio di tumore Borderline a causa dalle dimensioni)

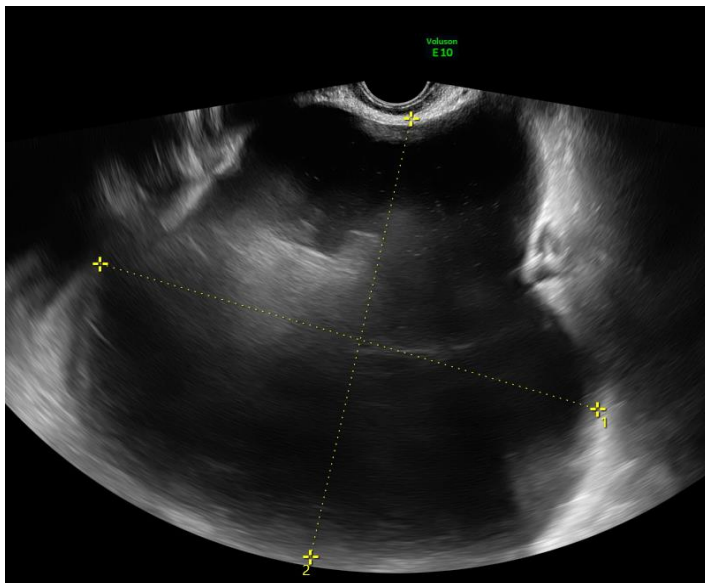
A cura di **Sonia Bove**, Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital

La paziente ha eseguito inoltre:

TCTB con mdc: In sede pelvica con estensione all'emiaddome inferiore (fossa iliaca destra e sinistra ipogastrio e gran parte del mesogastrio), si riconosce voluminosa formazione cistica, con alcune piccole calcificazioni parietali e a margini circoscritti, a densità sovrafluida e priva di evidenti vegetazioni endocistiche o componenti solide evidenti, del diametro massimo di circa 20 cm, riferibile a già nota lesione cistica di pertinenza dell'ovaio di sinistra; tale formazione esercita un modesto effetto compressivo sulle strutture addomino-pelviche circostanti, senza evidenti segni di infiltrazione. Altra più piccola formazione cistica del diametro massimo di circa 4 cm, a densità sovra-fluida, si riconosce in sede annessiale destra. Utero nei limiti alti della norma per dimensioni, notevolmente disomogeneo, nel cui contesto si riconoscono due aree di alterata impregnazione post-contrastografica, rispettivamente di circa 2 e 1,8 cm riferibili in prima ipotesi a miomi uterini.

RM addome completo: In sede centro-addominale ed in emiaddome inferiore si documenta nota voluminosa formazione cistica uniloculata a pareti sottili (20 cm x 8,2 cm x 22,7 cm) senza gettoni solidi intracistici. Tale formazione determina evidente effetto compressivo sulle strutture anatomiche limitrofe senza fenomeni infiltrativi. Il reperto descritto è compatibile con neoformazione cistica a partenza dall' annesso di sinistra tipo cistoadenoma sieroso. Ulteriore formazione cistica di 4.5 x 3.6 cm in sede annessiale destra, a pareti sottili e senza gettoni solidi intracistici. Utero antiverso-retroflesso, dismorfico per la presenza di plurimi fibromi intramurali il maggiore dei quali di 2.3 cm.

A cura di **Sonia Bove**, Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital



NB: sebbene la formazione sia poco suggestiva per localizzazione secondaria da ca mammella, **in considerazione della coesistenza di una neoplasia mammaria TN** il Board multidisciplinare pone indicazione a annessectomia bilaterale contestuale alla chirurgia mammaria.

Intervento:

Quadrantectomia superoesterna sinistra e biopsia del linfonodo sentinella, **annessectomia bilaterale laparoscopica, ureterolisi, polipectomia videoresettoscopica**

El mammella : Carcinoma invasivo G2, ER e PR 0%, Ki67 15-20%, HER 2 0

El addome: polipo endometriale, ovaio destro: cisti semplice; ovaio sinistro: cistoadenoma

A cura di **Sonia Bove**, Gynecology and Breast Care Center, Mater Olbia Hospital

Il **Cistoadenoma** è una neoplasia benigna che origina dall'epitelio di superficie dell'ovaio. Si presenta come una formazione cistica a contenuto liquido (sieroso o mucinoso), a parete sottile e superficie liscia.

Pur essendo benigno, le dimensioni voluminose (17 cm nel caso in oggetto) possono causare sintomatologia compressiva e richiedono asportazione chirurgica per evitare complicanze (torsione, rottura) e per escludere con certezza aree borderline occulte non visibili all'imaging.

Take Home Message:

L'accuratezza diagnostica dell'ecografia di secondo livello (IOTA rules) è fondamentale anche nel paziente oncologico per evitare sovrastime (false diagnosi di metastasi) e pianificare la chirurgia corretta (Laparoscopia vs Laparotomia).

Referenze

- Timmerman D, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ*. 2010;341:c6839.
- Van Calster B, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ*. 2014;349:g5920.
- Andreotti RF, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology*. 2020;294(1):168-185.
- Bigorie V, et al. Ovarian metastases from breast cancer: report of 29 cases. *Cancer*. 2010;116(4):799-804.
- Fischerova D, et al. Ultrasound in preoperative assessment of pelvic and abdominal spread in patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2017;145:268-273.