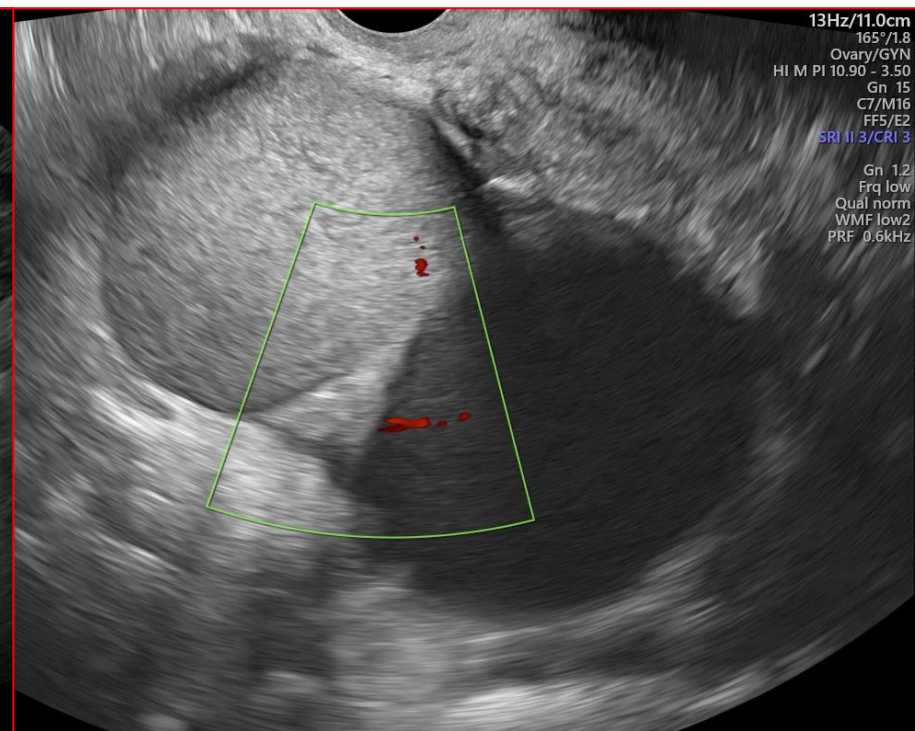
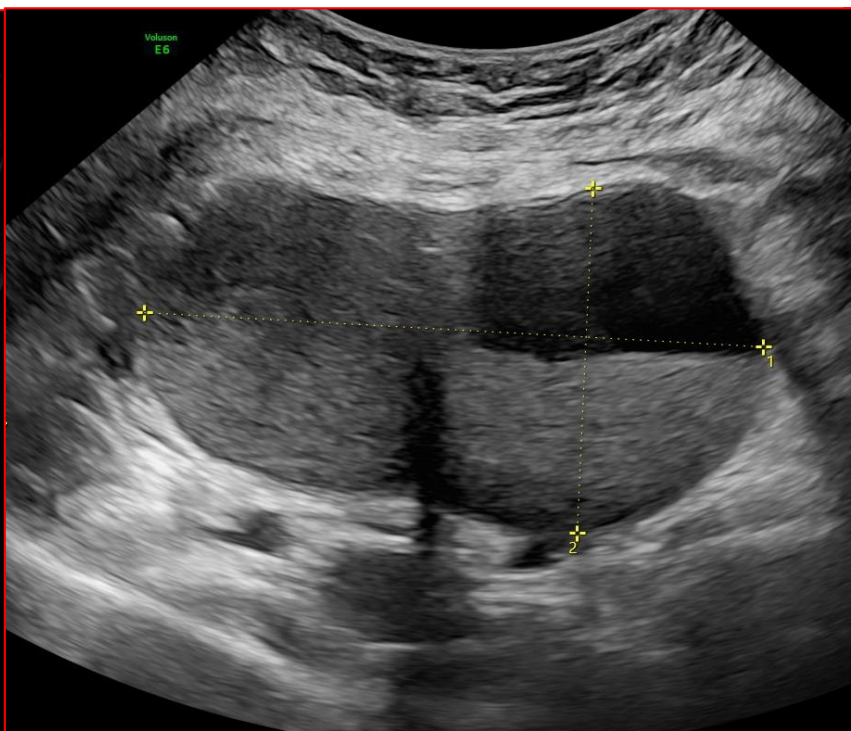
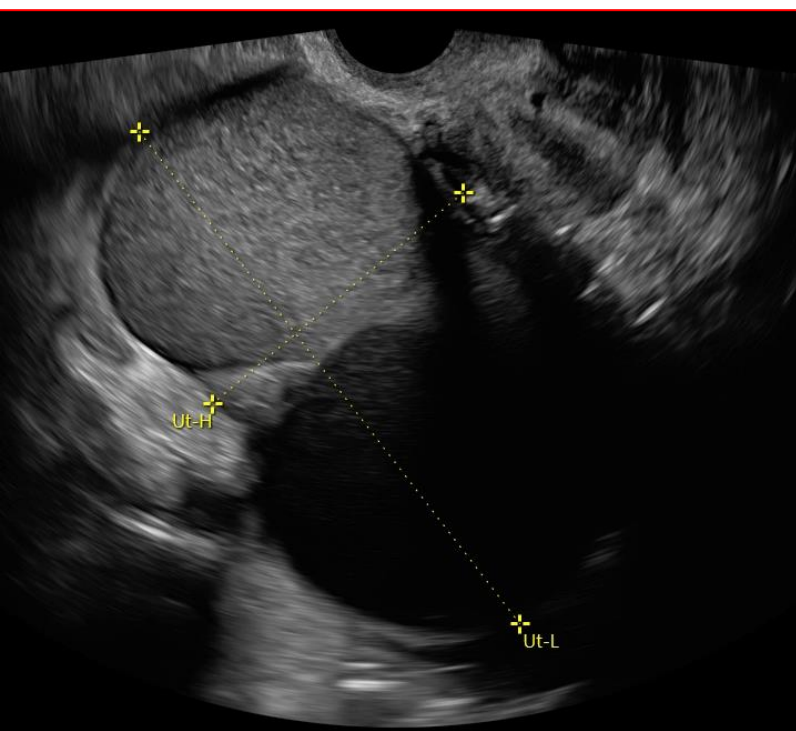


Elaborato dalla Dr.ssa Giulia Chiarello

Divisione di Ginecologia ed Ostetricia, POC SS. Annunziata, ASL Taranto

- **45 anni.** P1011 (1 ITG, 1 TC). Obesità, ipertensione arteriosa, gozzo multinodulare in eutiroidismo in attesa di tiroidectomia. Pregressa sleeve gastrectomy.
- Noto utero fibromatoso condizionante **menometrorragia** resistente a terapia medica da diversi mesi. Inviata dal medico curante per riscontro di sospetto mioma del legamento largo di destra «de novo» ed ispessimento endometriale.
- **Esami ematochimici:** Hb 9,5 gr/dl, TSH 0.936 mUI/ml, fT3 3,09 pg/ml, fT4 0,77 ng/dl, betaHCG < 1.20 mIU/ml, CA125 11.4 U/mL, CA19.9 8.2 U/ml, CEA 2.2 ng/ml
- **ISC office:** riscontro in cavità uterina di formazioni vegetanti a tratti dotate di ipervascolarizzazione, biopsia inviata per EI con esito "neoformazione benigna polipoide della mucosa endometriale a struttura fibro-ghiandolare"



ECOGRAFIA TV/TA:

Utero mediano ad orientamento AVF di dimensioni nei limiti, morfologia globosa ed ecostruttura eterogenea come per adenomiosi soprattutto a carico della parete anteriore e fibromatosi diffusa a piccoli noduli, si segnala il maggiore posteriore intramurale shadows+ di mm 16x14x13

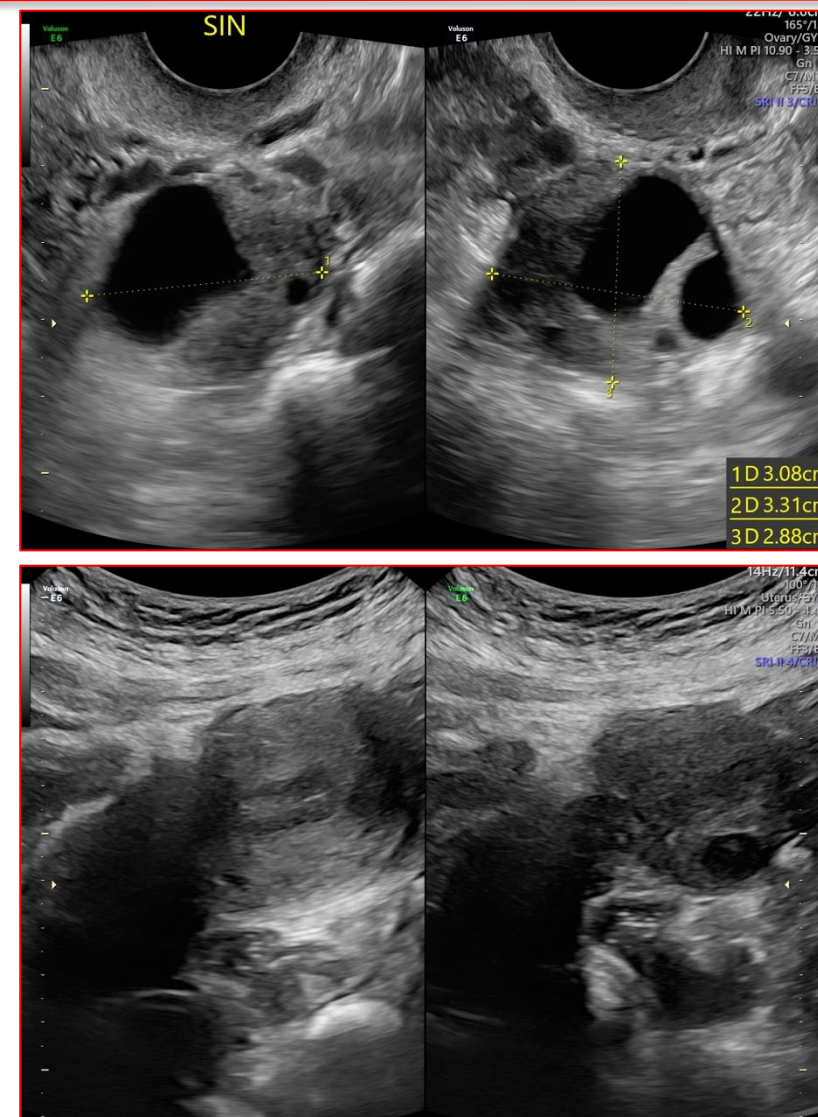
Isterometria 73x52x56 mm

Cavità deviata da esiti di pregressa isterotomia ed interrotta nel suo terzo medio da formazione ovalare iperecogena di mm 7x4 riferibile a polipo endometriale, endometrio iperecogeno dello spessore max di mm 4,9 sul fondo

Ovaio sinistro in sede parauterina, regolare, di mm 31x33x29

In sede annessiale destra si visualizza formazione cistica multiloculare solida (almeno 3 loculi) a contenuto misto (low-level/ground glass, con evidenza in alcune scansioni del «fat fluid level»), delle dimensioni complessive di mm 101x56x79 mm e la cui componente solida - dotata di spot calcifici - misura mm 25x18x15, CS1, shadows+

Non free fluid. Non idronefrosi bilateralmente.



VIDEO 1



DI COSA SI TRATTA?

- A) ENDOMETRIOMA ATIPICO
- B) CISTOADENOFIBROMA
- C) STRUMA OVARIUM IN TERATOMA CISTICO MATURO
- D) TUMORE DI BRENNER

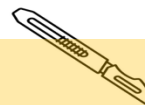
DI COSA SI TRATTA?

A) ENDOMETRIOMA ATIPICO

B) CISTOADENOFIBROMA

C) STRUMA OVARI IN TERATOMA
CISTICO MATURO

D) TUMORE DI BRENNER



INTERVENTO

La paziente, dopo adeguato counselling pre-chirurgico, in considerazione dell'età e della sintomatologia, ha optato per un trattamento non fertility-sparing per cui è stata sottoposta a **laparoscopia operativa con washing peritoneale, adesiolisi, isterectomia totale extrafasciale ed annessiectomia bilaterale.**

ESAME ISTOLOGICO

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

Annesso "destro" con tuba della lunghezza di cm 6 e ovaio trasformato in formazione cistica di cm 8 di asse maggiore con superficie esterna liscia, a contenuto sieroso lievemente torbido e aspetto pluriconcamerato al taglio, con superficie interna giallastra, priva di gettoni aggettanti nel lume con area solida tra concamerazioni.

DIAGNOSI

Teratoma cistico maturo dell'ovaio con presenza di componente tiroidea in trasformazione cistica (struma ovarii in teratoma). Tuba esente da alterazioni morfologiche di rilievo.

Confermati i reperti di adenomiosi e leiomiomi intramurali del corpo uterino, cisti follicolari a carico dell'ovaio sinistro, polipi a struttura fibrogliandolare e cistica della mucosa endometriale.



Elaborato dalla Dr.ssa Giulia Chiarello

Divisione di Ginecologia ed Ostetricia, POC SS. Annunziata, ASL Taranto

Lo **struma ovarii** è un **teratoma monodermico specializzato**, costituito interamente o prevalentemente (>50%) da tessuto tiroideo maturo (*per cui si definisce puro o misto*)
Rappresenta circa il 3% di tutti i teratomi ovarici, il 2% dei tumori ovarici a cellule germinali e lo **0,5% di tutte le neoplasie** ovariche.

- Colpisce prevalentemente donne di **40–60 anni**.
- **Benigno** nella maggior parte dei casi.
- Trasformazione **maligna** nel **5%** dei casi, con possibile diffusione metastatica.
- Generalmente unilaterale.
- Diagnosi frequentemente incidentale.

Non presenta un quadro clinico specifico

Molte pazienti sono asintomatiche. I sintomi più frequenti:

- Dolore addomino-pelvico
- Distensione addominale
- Massa pelvica palpabile
- Più raramente: sanguinamento vaginale o torsione ovarica
- Ipertiroidismo clinico nel $\approx 5\%$ dei casi
 - palpitazioni
 - vampate/flushing
 - segni di tireotossicosi
- Ascite e pseudo-sindrome di Meigs con rialzo CA125

Elaborato dalla Dr.ssa Giulia Chiarello*Divisione di Ginecologia ed Ostetricia, POC SS. Annunziata, ASL Taranto*

La caratterizzazione preoperatoria mediante imaging rimane una sfida diagnostica...



La paziente,
prima della
chirurgia, aveva
eseguito una
**RMN PELVI CON
MDC**



«**Annesso destro:** di dimensioni aumentate in relazione alla presenza di una formazione espansiva multiloculare cistica, a contenuto fluido semplice/sieroso, delle dimensioni di 103 x 60 x 66 mm; *le componenti cistiche di maggiori dimensioni mostrano millimetriche quote solide intra-cistiche a morfologia simil-papillare*, la maggiore delle dimensioni massime di circa 20 mm e caratterizzate da restrizione del segnale in DWI/ADC, tuttavia prive di significativa impregnazione post-contrastografica. Tale formazione si localizza in sede meso-ipogastrica e mostra caudalmente focale contatto con il sigma intermedio senza segni di infiltrazione.

Lesione cistica multiloculare annessiale destra a contenuto fluido semplice con millimetriche componenti solide intra-cistiche (cistoadenofibroma sieroso - borderline?)»

Nessuna metodica di imaging consente attualmente una diagnosi preoperatoria affidabile dello struma ovarii e a tutt'oggi non sono stati identificati dei chiari criteri patognomonic per il sospetto diagnostico di teratomi ovarici specializzati

Elaborato dalla Dr.ssa Giulia Chiarello

Divisione di Ginecologia ed Ostetricia, POC SS. Annunziata, ASL Taranto

Imaging of gynecological disease (4): clinical and ultrasound characteristics of struma ovarii

L. SAVELLI*, A. C. TESTA†, D. TIMMERMAN‡, D. PALADINI§, O. LJUNGBERG¶ and L. VALENTIN**

Departments of Obstetrics and Gynecology, *University of Bologna, Bologna, †Catholic University of Sacred Heart, Rome and §University Federico II of Naples, Naples, Italy, ‡University Hospitals, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium and Departments of ¶Pathology and **Obstetrics and Gynecology, Malmö University Hospital, Lund University, Lund, Sweden

Nelle limitate casistiche pubblicate, circa il **30%** degli struma ovarii presenta o le caratteristiche **struma pearls**, nel contesto di una formazione cistica a contenuto misto...

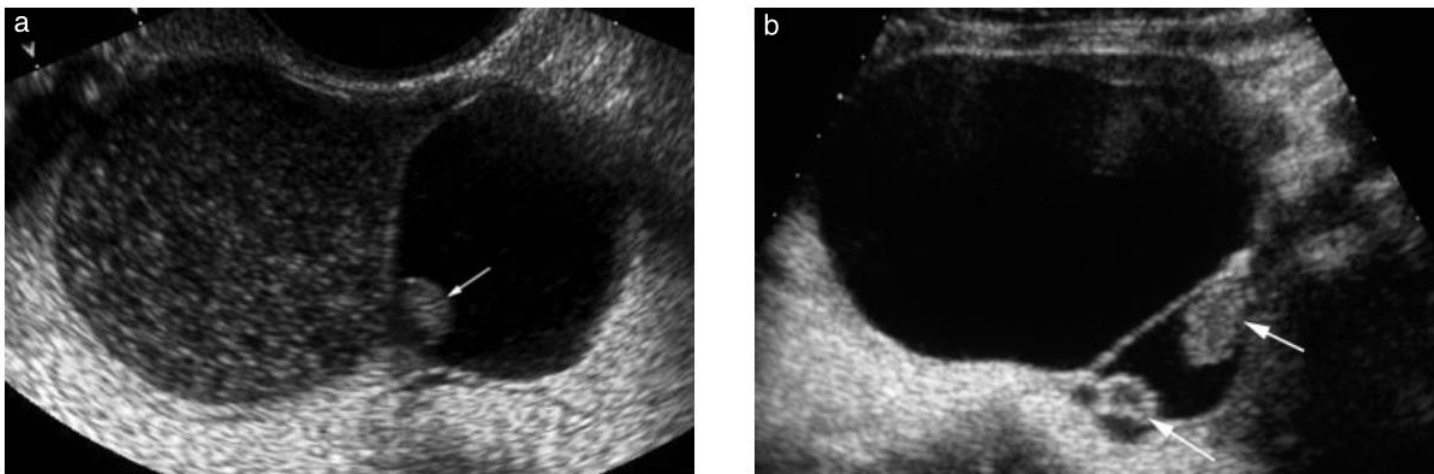
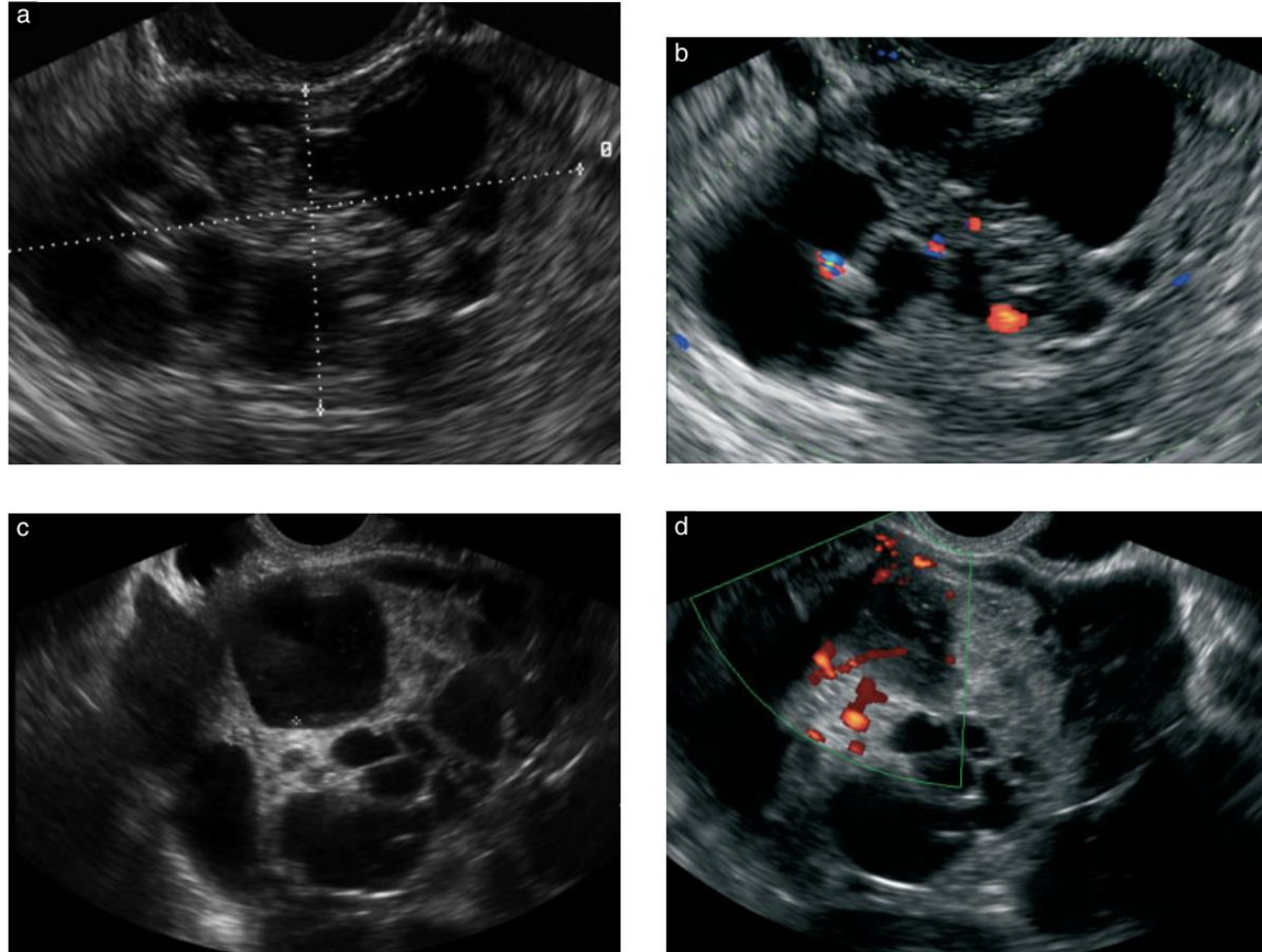


Figure 6 Gray-scale ultrasound images of two cases of benign pure struma ovarii with 'struma pearls' (arrows). One tumor contains one 'struma pearl' (a). The other tumor contains two 'struma pearls' (b). Both tumors were classified as benign on preoperative ultrasound examination.

- Le “struma pearls” rappresentano il reperto ecografico più suggestivo
- Sono **aree solide rotondeggianti, ben circoscritte, a margini regolari e superficie liscia**, immerse all'interno della lesione cistica
- Le sezioni istologiche dimostrano la loro corrispondenza con **tessuto tiroideo ricco di colloide**



...o si presenta come una **lesione multiloculare** (anche > loculi) con setti vascolarizzati.

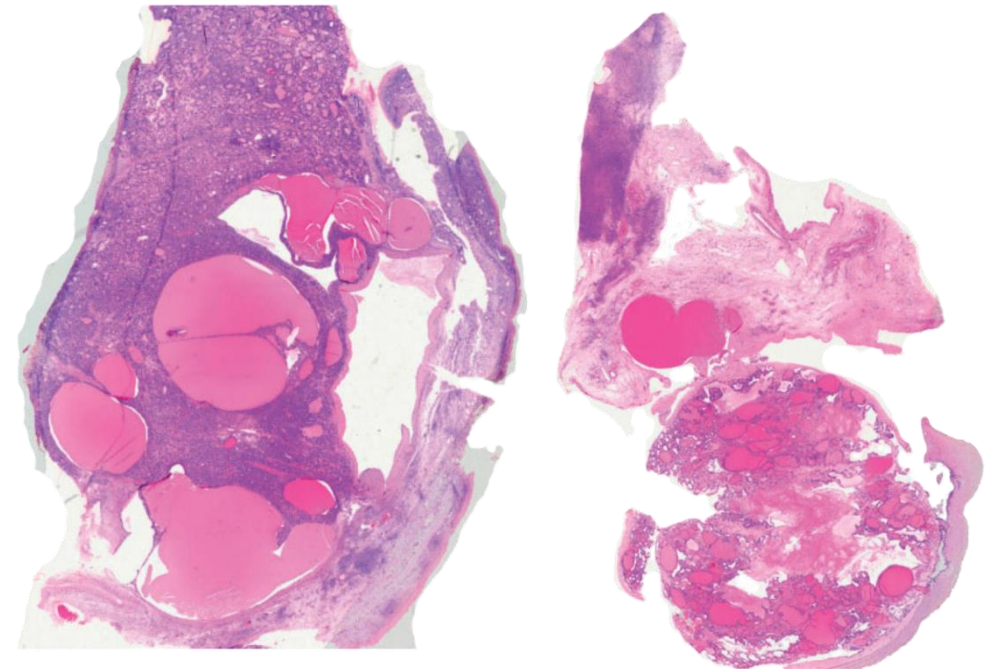


Figure 7 Ultrasound images of two cases of benign pure struma ovarii appearing as multilocular–solid tumors with no specific ultrasound features: (a) gray-scale and (b) Doppler images of the first tumor; (c) gray-scale and (d) Doppler images of the second tumor. Both tumors were suspected incorrectly to be malignant on preoperative ultrasound examination.