



OVAIO

Prof. Roberto Zarcone



DEFINIZIONE

Le patologie ovariche si dividono in due classi maggiori come :

✓ Patologia Ovarica BENIGNA (cisti, fibromi, cistoadenomi)

✓ Patologia Ovarica MALIGNA (carcinomi epiteliali, stromali, germinali)



CENNI DI ANATOMIA DELL'OVAIO

- **Porzione centrale o midollare**
- **Porzione periferica o corticale**
 - **follicoli**
 - **stroma**
- **Epitelio di rivestimento**
 - **cellule cubiche**
 - **scarse cellule cilindriche ciliate o endoteliformi**



PATOLOGIA OVARICA BENIGNA



CLASSIFICAZIONE

– Cisti funzionali

– Cisti organiche

– Cisti neoplastiche

– Cisti flogistiche



CISTI OVARICHE FUNZIONALI

Anomalie nel processo dell'ovulazione

- Cisti follicolari
- Cisti luteiniche
- Cisti teco-luteiniche
- Luteoma gravidico
- Corpo luteo emorragico
- Riscontro frequente in donne con endocrinopatie
- Frequente regressione spontanea

CISTI FOLLICOLARE

CARATTERISTICHE

- Sovradistensione del follicolo di Graaf conseguente ad accumulo di liquido**
- Formazione tondeggianti, uniloculare**
- Dimensioni 3-10 mm**

SINTOMATOLOGIA

- Asintomatiche**
- Dolore (compressione, torsione, rottura)**
- Irregolarità ciclo ovarico e/o mestruale**



CISTI FOLLICOLARE

DIAGNOSI

- Visita ginecologica (tumescenza monolaterale, teso-elastica, mobile, rotondeggiante)
- Ecografia (uniformemente anecogena, uniloculare)

TERAPIA

- Osservazione (frequente regressione spontanea)
- Terapia estro/progestinica
- Enucleazione chirurgica (LPT vs LPS)

CISTI LUTEINICA

CARATTERISTICHE

- Raccolta di liquido citrino, sieroso-ematico o ematico nel corpo luteo dopo l'ovulazione.
- Unica, uniloculare
- Solitamente diametro < 4-5 mm
- Regressione spontanea
- Possibile rottura con emoperitoneo
- Irregolarità mestruali



CISTI TECO-LUTEINICA

- Mancata rottura del follicolo in presenza di luteinizzazione delle cellule della teca e della granulosa
- Possibile causa iatrogena (iperstimolazioni)
- Raccolta abnorme di liquido
- Abnorme luteinizzazione dello stroma
- Diametro 4-5-mm
- All'ecografia margini irregolari ed ecostruttura interna non uniforme
- Possibile attività endocrina della cisti (progesterone)

CISTI ORGANICHE

Derivano da alterazioni istologiche più o meno complesse del tessuto ovarico

- Neoplasie cistiche (Cisti dermoidi o teratomi cistici
Cisti endometrioidiche, Cistoadenomi sierosi, Cistoadenomi mucinosi)
- Neoplasie solide (Fibroma)
- Neoplasie miste
- Neoplasie benigne
- Neoplasie maligne

CISTI DERMOIDI

(TERATOMA MATURO CISTICO)

- Neoplasia benigna che origina dalle cellule germinali primordiali**
- Incidenza : 9/100.000 donne**
- Donne giovani 30-40 anni**
- Bilaterale 15-25%**
- Diametro 5-15 cm**
- Degenerazione maligna 1-2%**
- ECO : stuttura a contenuto cistico con aree solide fortemente ecoriflettenti; non neoangiogenesi**



CISTI DERMOIDI

(TERATOMA MATURO CISTICO)

ANATOMIA MACROSCOPICA

- Parete spessa, opaca e biancastra
- Al taglio sostanza sebacea densa, pastosa, associata a peli, tessuto osseo, denti e cartilagine

ANATOMIA MICROSCOPICA

- Ectoderma maturo
- Mesoderma
- Endoderma
- Epitelio squamoso, follicoli piliferi, elementi nervosi, etc...



CISTI ENDOMETRIOSICHE

- Tumefazioni capsulate ripiene di sangue
- Dimensioni da pochi millimetri a 10-15 cm
- Bilaterali nel 50% dei casi
- Sintomatologia dolorosa tipica (dismenorrea tardiva)
- E.I. : epitelio e stroma endometriale, emorragie ripetute
- ECO : formazione cistiche rotondeggianti a contenuto ipoecogeno con spessa granulazione di fondo

CISTOADENOMA SIEROSO

- Neoplasia benigna originante dall'epitelio di superficie dell'ovaio
- 20 % di tutte le neoplasie ovariche benigne
- Maggiore incidenza 20-40 anni
- Bilaterale 7-12% dei casi
- Dimensioni 10-15 cm
- Degenerazione maligna 25%

ANATOMIA MACROSCOPICA

- Formazione tondeggianti generalmente uniloculare
- Contenuto liquido, sieroso
- Superficie esterna liscia e lucente
- Superficie interna liscia o con proiezioni papillari
- Possibile presenza di setti e formazioni vegetanti

CISTOADENOMA MUCINOSO

- 20% di tutte le neoplasie ovariche**
- Incidenza 40-50 anni**
- Bilaterale 5%**
- Diametro variabile fino a 40-50 cm**
- Degenerazione maligna 5%**

ANATOMIA MACROSCOPICA

- Cisti multiloculata**
- Superficie esterna opaca o traslucida di colore grigio-bluastro o grigio-biancastro**
- Contenuto vischioso ricco di mucopolisaccaridi e glicoproteine**

ECO : massa voluminosa, multiloculata con setti multipli e pareti spesse

FIBROMA OVARICO

- 4% dei tumori ovarici
- Origine connettivale dallo stroma ovarico
- Monolaterale 90% dei casi
- Massa solida, sferica o lievemente lobulata, incapsulata, consistenza dura grigia-biancastra
- E.I. : fibroblasti ben differenziati immersi in tessuto connettivo

Sindrome di MEIGS : fibroma associato ad ascite e/o versamento pleurico



PATOLOGIA OVARICA BENIGNA

SINTOMI

- Asintomatiche**
- Dolore pelvico localizzato o diffuso**
- Irregolarità mestruale**
- Aumento di volume nell'addome**
- Sintomatologia aspecifica (fenomeni da compressione, eventi acuti da torsione o rottura)**



DIAGNOSI

–Anamnesi

–Visita ginecologica

- dimensioni della massa
- consistenza
- mobilità
- dolenzia



DIAGNOSI

- Ecografia pelvica
- Laparoscopia
- TC e RMN pelvi e addome
- Dosaggio markers tumorali
- Urografia, clisma opaco



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Utero sede di gravidanza
- Utero RVF e fisso
- Fibroma uterino
- Sactosalpinge
- Diverticolite, fecalomi, globo vescicale
- GEU
- Carcinoma del sigma, del retto, del cieco
- Rene pelvico
- Ascesso peri appendicolare



COMPLICANZE

- Torsione
- Rottura
- Emorragia
- Suppurazione
- Degenerazione maligna



TERAPIA

- Osservazione
- Estro-progestinico
- Asportazione chirurgica (LPT vs LPS)



PATOLOGIA OVARICA MALIGNA



INTRODUZIONE

Il cancro all'ovaio è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule dell'organo, il più delle volte a partenza dalle cellule epiteliali (ovvero non da quelle che producono gli ovuli). Anche le cellule germinali possono però essere all'origine di una forma tumorale.

In Italia il tumore dell'ovaio colpisce circa 4.000 donne ogni anno. È al nono posto tra le forme tumorali, e costituisce il 2,9 per cento di tutte le diagnosi di tumore.



FATTORI DI RISCHIO

ØETA' ,come dimostra il fatto che la maggior parte dei casi viene identificata dopo l'ingresso in menopausa, tra la fine della quinta e sesta decade di vita, essendo i picchi massimi tra i 50 e i 69 anni.

ØMENARCA PRECOCE E MENOPAUSA TARDIVA

ØNULLIPARITA'

ØNO USO CONTRACCETTIVI ORALI

ØFAMILIARITA'

ØMUTAZIONE GENI BRCA 1 BRCA 2

CLASSIFICAZIONE

FIGO (1973)

Epiteliali

Germinali

Dello Stroma Gonadico

Altri

OMS

Epiteliale e dello stroma

Cordoni sessuali e dello stroma

Cellule germinali

Gonadoblastoma

Cellule germinali e cordoni sessuali
(non gonadoblastoma)

Rete ovarii

Mesoteliali

Incerta origine

Mal. trofoblastica gestazionale

Tessuti molli

Linfomi e leucemie

Inclassificabili

Metastatici

Pseudotumori

CATEGORIA TNM	STADIO FIGO	DESCRIZIONE	TERAPIA
Tx		il tumore non è definibile	
T0		il tumore non è evidenziabile	
T1 diviso in:	I diviso in:	il tumore è limitato alle ovaie	<p style="text-align: center;"><u>Chirurgia</u></p> <p>Durante l'intervento vengono effettuate alcune biopsie, cioè prelievi di campioni di tessuto, che sono poi analizzati al microscopio, per rilevare la presenza di cellule tumorali. Alla chirurgia può seguire un trattamento di chemioterapia; soprattutto nelle pazienti ad alto rischio; lavaggio peritoneale.</p>
T1a	Ia	il tumore è limitato a un solo ovaio. La capsula che racchiude le cellule tumorali è integra: non ci sono cellule tumorali né sulla superficie dell'ovaio né nel liquido contenuto nell'addome (ascite o liquido del lavaggio peritoneale).	
T1b	Ib	il tumore riguarda entrambe le ovaie, ma non si estende ad altre strutture. La capsula che racchiude le cellule tumorali, infatti, è integra: non ci sono cellule tumorali né sulla superficie delle ovaie né nel liquido contenuto nell'addome (ascite o liquido del lavaggio peritoneale).	

CATEGORIA TNM	STADIO FIGO	DESCRIZIONE	TERAPIA
Ic	Ic	il tumore è limitato a un ovaio o a entrambe le ovaie. La capsula che racchiude le cellule tumorali si rompe e il tumore può estendersi alla superficie dell'ovaio. Si possono trovare cellule tumorali nel liquido contenuto nell'addome (ascite o liquido del lavaggio peritoneale).	<p>Chirurgia, che può consistere in:isterectomia; salpingo ooforectomia bilaterale:omentectomia.</p> <p>•Durante l'intervento vengono effettuate alcune biopsie, cioè prelievi di campioni di tessuto, che sono poi analizzati al microscopio, per rilevare la presenza di cellule tumorali. Alla chirurgia può seguire un trattamento di chemioterapia, soprattutto nelle pazienti ad alto rischio;lavaggio peritoneale.</p>
T2 diviso in:	II diviso in:	il tumore interessa un ovaio o entrambe le ovaie e si estende alla pelvi, ossia la regione inferiore dell'addome.	
T2a	Ila	il tumore invade l'utero, le tube e la vagina. Non si osservano cellule tumorali nel liquido contenuto nell'addome (ascite o liquido del lavaggio peritoneale).	
T2b	Iib	il tumore è esteso agli altri tessuti pelvici, come per esempio il basso intestino e la vescica. Non si osservano cellule tumorali nel liquido contenuto nell'addome (ascite o liquido del lavaggio peritoneale).	

CATEGORIA TNM	STADIO FIGO	DESCRIZIONE	TERAPIA
T2c	IIc	il tumore è esteso ai tessuti pelvici (come in T2a o T2b). Si trovano cellule tumorali nel liquido contenuto nell'addome.	
T3 o N1 suddiviso in:	III suddiviso in:	il tumore interessa un solo ovaio o entrambe le ovaie. Si riscontrano metastasi peritoneali extrapelviche e/o nei linfonodi regionali, visibili solo al microscopio.	Chirurgia, che può consistere in: Citoriduzione primaria; Citoriduzione secondaria (chirurgia di intervallo), preceduta da chemioterapia;laparotomia, seguita da chemioterapia.
T3a	IIIa	presenza di metastasi extrapelviche microscopiche.	
T3b	IIIb	presenza di metastasi peritoneali extrapelviche macroscopiche, di dimensioni inferiori a 2 cm.	
M1	IV	presenza di metastasi in organi distanti sia dalle ovaie sia dal peritoneo (per esempio nel fegato, nei polmoni e nei linfonodi del collo).	

CATEGORIA TNM	STADIO FIGO	DESCRIZIONE	TERAPIA
malattia recidivante		la recidiva è il tumore che si riforma dopo il trattamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia: Nelle pazienti con recidiva che si presenta dopo un lungo intervallo libero da malattia o con recidive isolate e in buone condizioni di salute, la chemioterapia può essere seguita da un intervento di chirurgia (citoriduzione secondaria). Il trattamento ha uno scopo palliativo.

FONTI AIRC

Prof. Nicoletta Colombo (Reviewer)

European Institute of Oncology - Milan, Italy

mail: nicoletta.colombo@ieo.it

Dr.ssa Chiara Rossini (Author)



SINTOMI

Pollachiuria,

Stipsi

Gonfiore, pressione o dolore a livello del basso addome.

Può succedere che la massa tumorale si rompa, senza dare segni o sintomi premonitori. In questo caso, il tumore viene riscontrato durante l'intervento chirurgico d'urgenza. Negli stadi più avanzati, il tumore dell'ovaio si manifesta con:

Ascite;

Anoressia.



DIAGNOSI

Esplorazione pelvica;

Ecografia SOVRAPUBICA O TRANS-VAGINALE: La sensibilità dell'ecografia transvaginale può essere invece aumentata con l'utilizzo dell'eco-color-doppler, in presenza di un tumore, il flusso sanguigno subisce alcune modificazioni;

Dosaggio del marcatore tumorale CA 125;

Laparotomia esplorativa;

Lavaggio peritoneale: Qualora non vi sia liquido, si introduce nell'addome 1 litro di soluzione fisiologica tiepida. Il paziente viene quindi fatto sdraiare, prima su un fianco e poi sull'altro, in modo che il liquido si muova all'interno della cavità addominale; successivamente il liquido viene aspirato e si procede all'analisi.



TERAPIA

1. CHIRURGIA (CITORIDUTTIVA O DEMOLITIVA)
2. CHEMIOTERAPIA
3. RADIOTERAPIA

FOLLOW-UP

Di solito, la frequenza dei controlli è uno ogni 3 mesi nel primo anno dopo il completamento del trattamento, uno ogni 3-4 mesi nei 3-4 anni successivi. Ogni visita include l'esplorazione pelvica e la determinazione dei livelli del marcatore CA 125 nel sangue. In presenza di sintomi che possano far sospettare una recidiva, il medico può richiedere alcuni esami di diagnostica per immagini, solitamente una TC.