

Immagini in Pneumologia Interventistica

a cura di Pier Aldo Canessa e Angelo Gianni Casalini

Metastasi pleuriche da carcinoma ovarico

Ovarian cancer pleural metastasis



Pier Aldo Canessa¹ (foto), Vanna Balestracci¹, Donatella Intersimone²,
Valentina Pinelli¹, Massimiliano Sivori¹, Franco Fedeli², Antonella Vigani³

¹ SC Pneumologia, ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Bartolomeo, Sarzana (SP);

² SC Anatomia Patologica, ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Andrea, La Spezia;

³ SC Oncologia, ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Andrea, La Spezia

Caso

Donna di 45 anni, britannica di etnia indiana, non fumatrice, casalinga, con storia di asma in terapia inalatoria, sottoposta nel 2008 a quadrantectomia sinistra per carcinoma mammario, e in seguito a CT e RT, riferisce di non aver eseguito successivi controlli per gli impegni di 2 maternità. Giunge in PS il 22 febbraio 2017 per dispnea ingravescente e riscontro di versamento pleurico a destra (Figura 1a), per cui viene ricoverata in Pneumologia.

All'ingresso sono risultati nella norma gli esami di laboratorio di routine a eccezione di: Hb 11,8 gr/dL, PCR 1,83 mg/dL, D-Dimero 9364 ng/mL, CA 125 988 U/mL, CA 15-3 1821 U/mL; l'angioTC del torace ha escluso embolia polmonare e ha evidenziato abbondante versamento pleurico dx (Figura 1b).

Il 24 febbraio, previa ecografia e anestesia locale con xilocaina 2% 6 cc, abbiamo posizionato un drenaggio endopleurico da 12 Fr con ago di Verres a dx, e abbiamo drenato 2200 cc di liquido giallo citrino in 3 giorni.

Il 28 febbraio abbiamo eseguito toracosopia medica senza prospettiva di talcaggio, dato il rifiuto della paziente anche se ce ne fosse stata l'indicazione. La toracosopia medica eseguita in sedazione profonda e assistenza anestesiológica ha evidenziato un cavo pleurico ben esplorabile e: 1) pleura viscerale normale e polmone normale; 2) pleura parietale lievemente ispessita, rosea, senza sovvertimento del regolare disegno, con rilevatezze nodulari

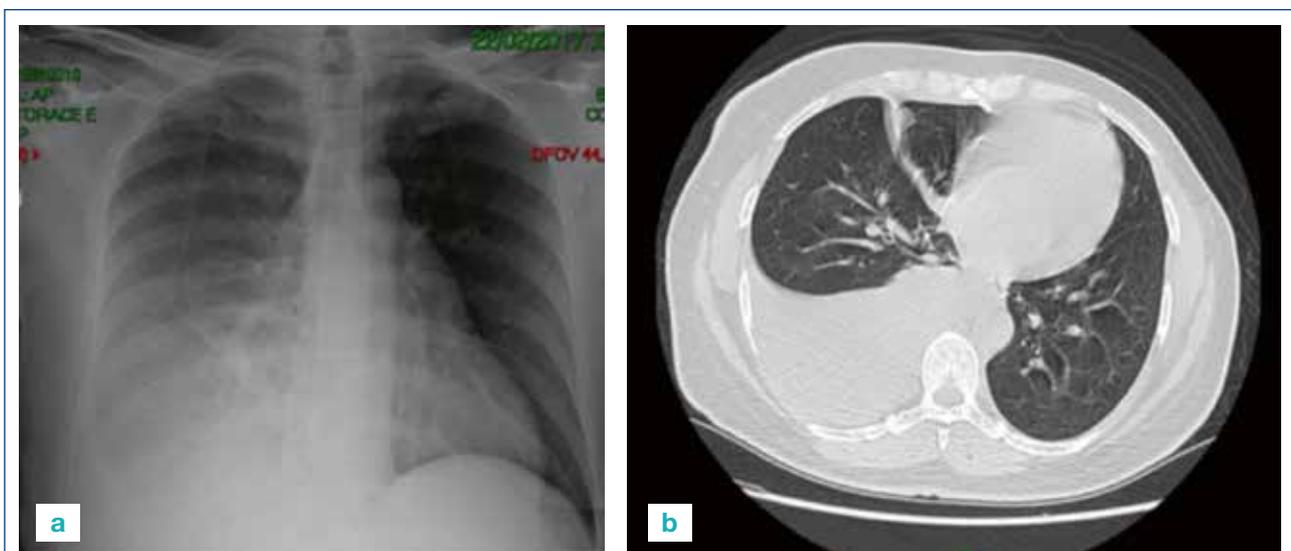


Figura 1. a) Rx torace supino: versamento pleurico dx con lieve spostamento controlaterale del mediastino; b) AngioTC: versamento pleurico dx.



Figura 2. Toracosopia dx: **a)** pleura parietale minimamente ispessita rosea, senza sovvertimento del regolare disegno, con rilevatezze nodulari piatte rosee; **b)** nel seno costofrenico presenza di noduli rosei anche confluenti; **c)** piccolo nodulo rosa sul diaframma; i noduli parietali sono biopsiati.

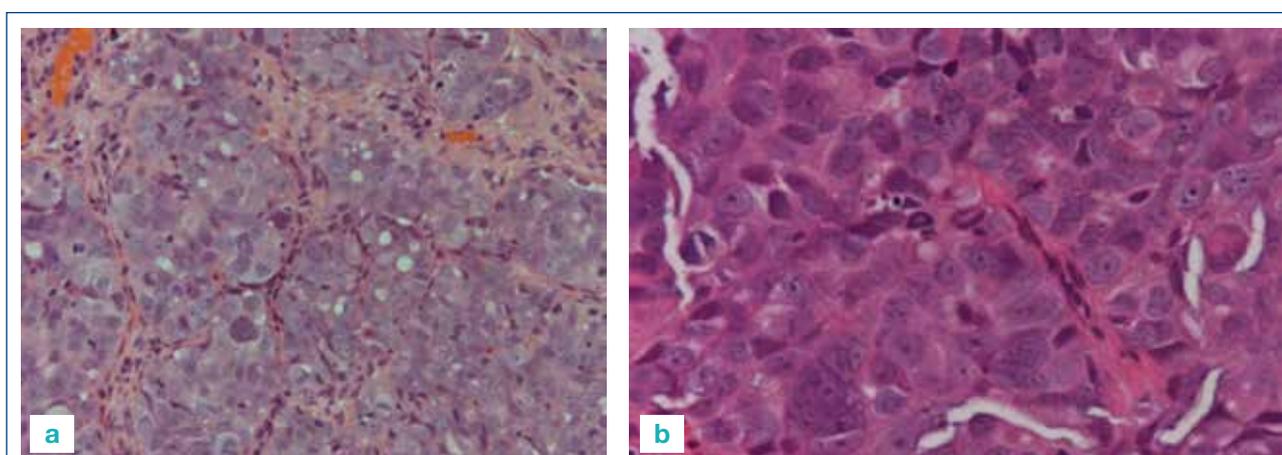


Figura 3. Esame istologico: tessuto fibroadiposo diffusamente infiltrato da carcinoma scarsamente differenziato a *pattern* di crescita in nidi solidi. **a)** EE 20X; **b)** EE 40X.

piatte rosee (Figura 2a); 3) nel seno costofrenico presenza di noduli rosei anche confluenti (Figura 2b), morbidi alla presa bioptica (8 biopsie), di varie dimensioni maggiori di 1 cm; presenza di piccolo nodulo inferiore a 1 cm sul diaframma (Figura 2c).

Il giorno successivo la paziente viene dimessa.

L'esame istologico delle biopsie pleuriche ha mostrato: tessuto fibroadiposo diffusamente infiltrato da carcinoma scarsamente differenziato a *pattern* di crescita in nidi solidi (Figura 3). Gli elementi neoplastici hanno mostrato immunoreattività per citocheratina 7, Pax-8 e per recettori estro-progestinici, e negatività per mammoglobina e GATA-3.

Conclusione: infiltrazione da carcinoma scarsamente differenziato compatibile con origine tubo-ovarica.

Un successivo controllo ginecologico ha evidenziato una massa ovarica destra.

La diagnosi finale è stata: versamento pleurico destro da metastasi di carcinoma ovarico (IV stadio) in pregresso carcinoma mammario.

Abbiamo eseguito valutazione oncologica: la paziente è candidata a trattamento chemioterapico di I° Linea con Carboplatino-Taxolo, programmabile prima o dopo l'intervento di *debulking*. Il quadro pleurico e la probabilità di ricomparsa di versamento pleurico indicano chemioterapia per almeno tre cicli, seguita da chirurgia, se in risposta, e ulteriori tre cicli, con l'aggiunta di Bevacizumab per un totale di 15 somministrazioni. L'insorgenza di neoplasia mammaria a 36 anni e di carcinoma ovarico a 45 anni impone l'esecuzione del test per la mutazione dei geni BCRA1-BCRA2, in quanto la loro positività ha risvolti terapeutici positivi in caso di progressione di malattia dopo chemioterapia di 2° linea, per l'uso di anti PARP (olaparib) di mantenimento.

La paziente ha preferito farsi curare in UK e non abbiamo notizie successive.

Commenti

Il cancro ovarico è la terza causa di versamento pleurico maligno nel sesso femminile ¹ e pone la malattia al IV stadio; un terzo delle pazienti al IV stadio presenta versamento pleurico ². La sensibilità citologica sul liquido pleurico è risultata essere del 64-72% ^{1,2} e pone problematiche di diagnosi differenziale, per cui la toracosopia con prelievi istologici diventa l'esame diagnostico principe. Il versamento pleurico metastatico da cancro ovarico è poco frequente alla toracosopia: nella nostra casistica dal 2002 al 2016 abbiamo diagnosticato 10 casi su 156 versamenti neoplastici secondari e su un totale di 814 toracosopie (dati non pubblicati). Il quadro toracoscopico descritto in letteratura è: noduli millimetrici minori di 1 cm di diametro, noduli e vegetazioni maggiori di 1 cm e infiltrazione diffusa della pleura ^{1,3}. Il quadro toracoscopico da noi riportato presenta sia l'infiltrazione che i noduli minori e maggiori di 1 cm. Riteniamo eseguire una riflessione sulla associazione anamnesticamente con il cancro della mammella. Questa associazione rientra fra i carcinomi ereditari con modifiche genetiche e familiarità, colpisce in precoce età con la successione mammella - ovaio ⁴. Questo caso ci insegna che di fronte a un versamento pleurico con storia di cancro mammario guarito, si deve considerare il carcinoma ovarico nella diagnosi differenziale.

Data la rarità di report con foto toracoscopiche di carcinoma ovarico in pleura, riteniamo possa essere interessante la pubblicazione di queste immagini.

Bibliografia

- 1 Porcel JM, Diaz JP, Chi DS. *Clinical implications of pleural effusions in ovarian cancer*. *Respirology* 2012;17:1060-7.
- 2 Diaz JP, Abu-Rustum NR, Sonoda Y, et al. *Video-assisted thoracic surgery (VATS) evaluation of pleural effusions in patients with newly diagnosed advanced ovarian carcinoma can influence the primary management choice for these patients*. *Gynecol Oncol* 2010;116:483-8.
- 3 Cohen-Mouly S, Badia A, Bats AS, et al. *Role of video-assisted thoracoscopy in patients with ovarian cancer and pleural effusion*. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:1662-5.
- 4 Senter L. *Hereditary breast and ovarian cancer syndrome: considering the complexities*. *Curr Probl Cancer* 2014;38:226-34.

CORSI
TEORICO
PRATICI



AIPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI

ECOGRAFIA TORACICA

FONDAMENTI DI ECOGRAFIA TORACICA E TECNICHE DI
POSIZIONAMENTO DEI DRENAGGI PLEURICI

**MILANO
2018**



**RESPONSABILI
SCIENTIFICI**
Pier Aldo Canessa
Cristina Cinti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

AIPO
RICERCHE

Via Antonio da Recanate, 2 – 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 r.a. – Fax +39 02 67382337
segreteria@aiporicerche.it – www.aiporicerche.it

 aiponet

Dal 2004 al servizio della Pneumologia Italiana
aiposegreteria@aiporicerche.it
www.aiponet.it

seguici su

