

הצגת מקרה

The fine border between Borderline Ovarian Tumor and Ovarian Carcinoma

ד"ר יעל נעמן
מח' נשים ויולדות
מרכז רפואי קפלן

מאי 2016

- בת 48, נ+2
- ברקע-יתר ל"ד, דיכאון
- במשפחה - דודה (אחות של האם) הייתה חולה בסרטן רירית הרחם וסרטן השד ונפטרה לאחרונה.
- מוצא - בוכרי

ניתוח מס' 1- 2007

- בת 39, עקב כאבי בטן כרוניים וממצא של הידרוסלפינקס מימין עברה ניתוח RT SALPINGECTOMY
- במהלך הניתוח נצפו על פני שחלה ימנית מס' מבנים מגורגרים וקשים בגודל כ-1/2 ס"מ
- בפתולוגיה-

BENIGN SEROUS ADENOFIBROMA

ניתוח מס' 2 - יולי 2012

- בת 44, תלונות על מנורגיה
- US - ממצא שחלתי מימין סמיסולידי 42*68 מ"מ, בתוכו מבנה עם זרימות דם ערות נראה כפפילציה.
- CA125 - 90 יח'
- עקב ממצא שחלתי מורכב מימין עברה TAH BSO PLND OMENTECTOMY במהלך תקין.

פתולוגיה ניתוח מס' 2 - יולי 2012

-Rt. Ovary- Serous Borderline Tumor

ER+, PR+, P53-, Her2-, Ki67-40%

-Douglas wall biopsy- Non-invasive implant

○ **ציטולוגיה- קבוצות תאי אפיתל אטיפי עם סימני
ממאירות. מתאים ל – CARCINOMA**

יולי 2012

○ דיון לאחר הניתוח-

SEROUS BORDERLINE OVARIAN TUMOR

עם תאים ממאירים בציטולוגיה-

במצב זה אין יתרון במתן טיפול כימוטרפי

מומלץ מעקב בלבד הכולל בדיקה גניקולוגית+

הדמיה+ סמן כל 3 חודשים למשך שנה.

הייתה במעקב מרפאה גניקואונקולוגית כל 3
חודשים, למשך שנה

ומאז במעקב גניקולוגי אמבולטורי
(TVS+רמות CA125) - תקינים

ביקורת אחרונה - דצמבר 2015

אפריל 2016

- בשל כאבי בטן תחתונה מזה מס' שבועות, עם החמרה אושפזה במחלקה כירורגית בחשד לחסימת מעי.
- CT בטן עם ח"נ-
- באגן מס' מוקדים של מלאות רקמתית בצמוד ללולאות מעי דק.
- הגדלת בלוטות לימפה רטרופריטונאליות אגניות
- נוזל בכמות קטנה בין פיתולי מעי באגן בסמוך לסיגמא
- כבד, כיס מרה- תקינים
- CA 125 - 355 יח'

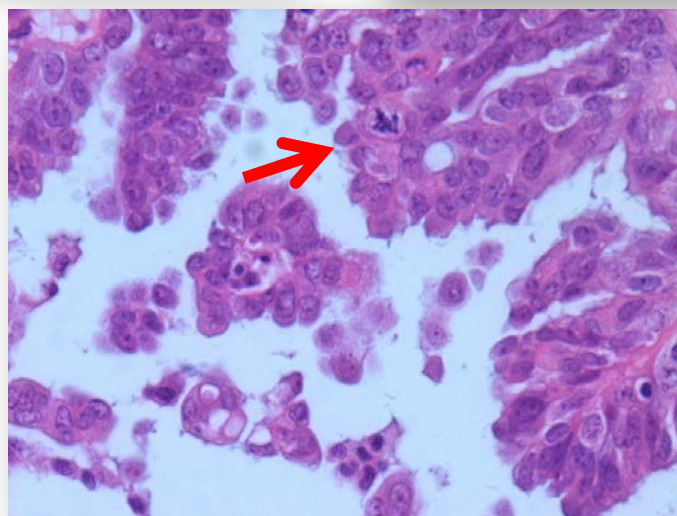
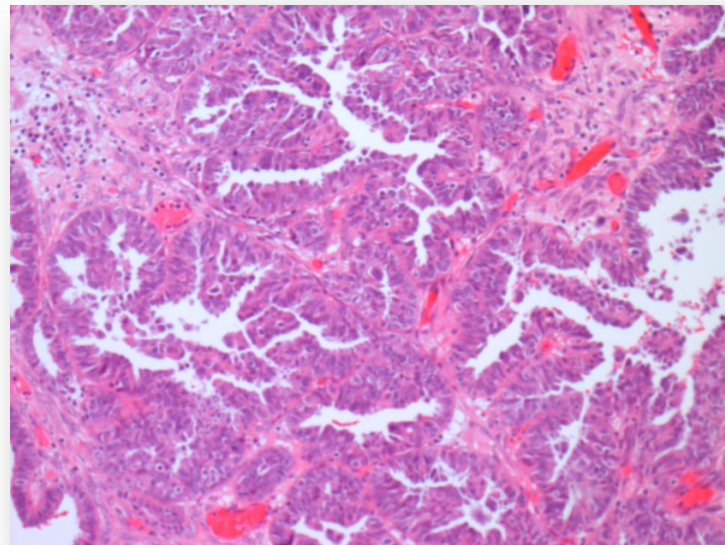
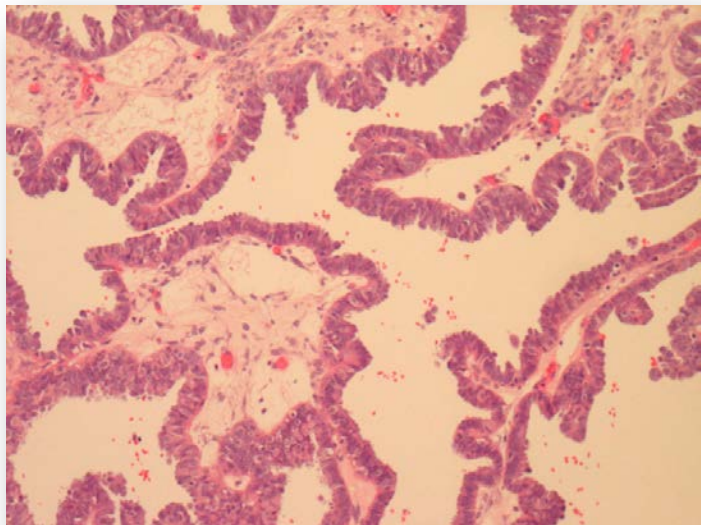
מאי 2016

- TVUS - נצפה נוזל הדי חופשי באגן בכמות קטנה בין לולאות המעי.
- משמאל באגן ממצא מאורך בממדים 23*51*58 מ"מ המכיל נוזל ומאופיין במחיצות עדינות ואזורים אקוגניים עם זרימות בסמוך ללולאות המעי. הקולון משמאל דבוק לממצא .
- חשד לפיזור פריטונאלי



Voluson
E8

רביזיית פתולוגיה ניתוח מס' 2 - 2012



דיון טרום ניתוחי מאי 2016-

- בת 49
- 4 שנים אחרי BOT (/OVARIAN CA??)
- חשד להישנות BOT ? HGSOC? LGSOC?
- הוחלט על לפרוסקופיה אבחנתית+ לקיחת ביופסיות

ניתוח מס' 3-מאי 2016

○ ניתוח לפרוסקופי-

○ בסקירת הבטן : רובד גידולי מעל הכבד ועל דופן הבטן הקדמית עם הידבקויות . כמו כן רובד גידולי באגן מעט נוזל חופשי. למעט זאת סקירת איברי הבטן העליונה תקינה.

פתולוגיה ניתוח מס' 3 - מאי 2016

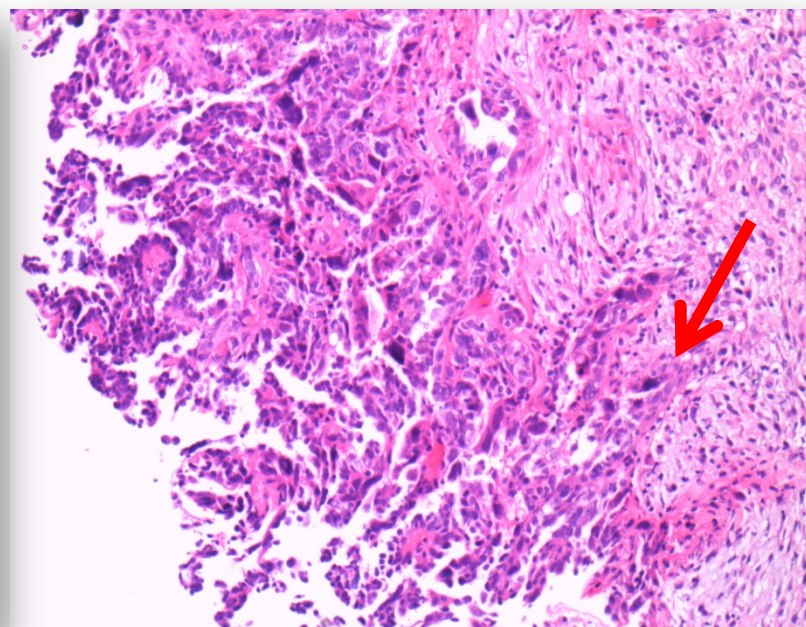
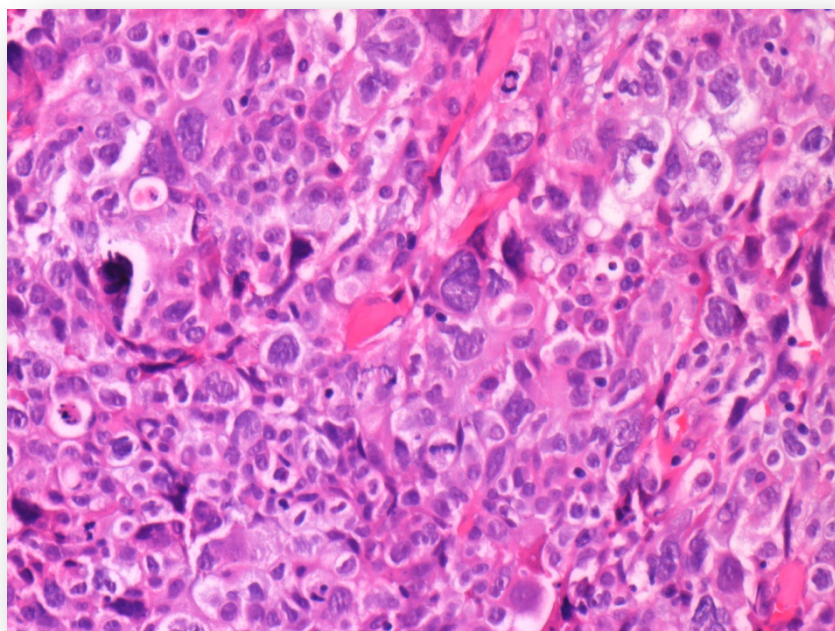
○ ביופסייה מנגע פריטונאלי-

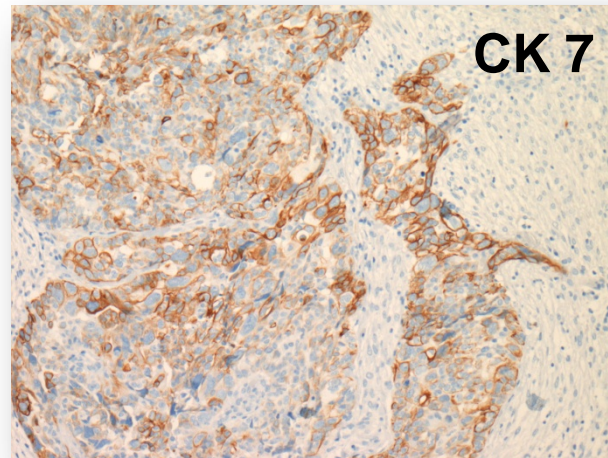
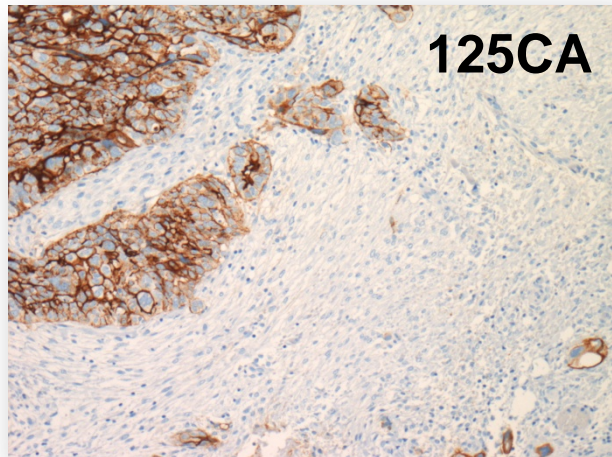
MULTIPLE FOCI OF ADENOCARCINOMA SEROUS
PAPILLARY HIGH GRADE .

○ נחל לצייטולוגיה-

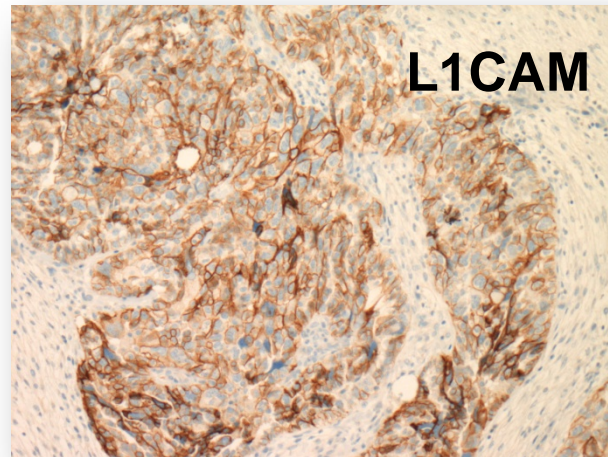
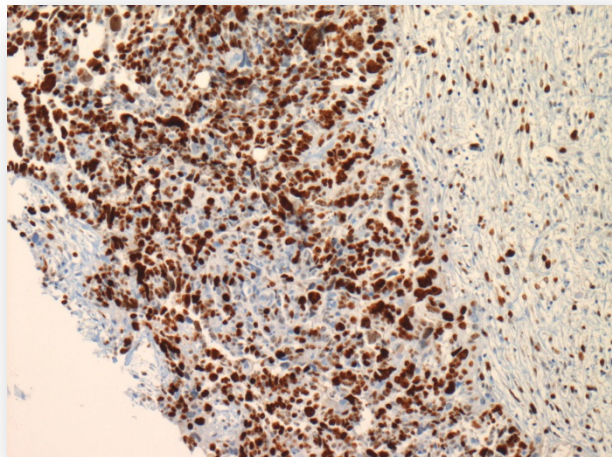
NUMEROUS GROUPS OF HIGHLY MALIGNANT
EPITHELIAL CELLS.

פתולוגיה מניתוח מס' 3 - 06.2016





KI67- 80%



SEROUS PAPILLARY CARCINOMA -HIGH GRADE

אוגוסט 2016

- טופלה ב- 3 קורסים של קרבופלטיין- טקסול (← טקסוטר)
± Velaparib, במסגרת מחקר
- עברה BRCA1+2 Sequencing - שלילי
- CA125 - ירד מ-355 ל-72 יח'

אוגוסט 2016

○ PET-CT: מיימת נספגה ללא ממצאים פתולוגיים
רטרופריטונאליים, אגן ומפשעות.

מס' ממצאים ציסטיים בכבד, תת קפסולריים בקוטר עד
6 ס"מ, ללא קליטה, שלא היו קיימות בבדיקה קודמת.

○ CT טריפאזי לבירור הממצא הכבדי-

- בכבד - הודגמו נגעים ציסטיים עד קוטר כ- 6.0 ס"מ
עם תוכן סמיך בתוכם באונה ימנית.

- חלל הצפק: הסננה קלה של אומנטום בבטן ימנית
עליונה.



273% Pixel
SW 3.00 mm
Viewer



C 0
W 250



ניתוח מס' 4 - אוגוסט 2016

ניתוח לפרוטומיה בהשתתפות כירורג-

בטן עליונה - כריתת הפריטונאום בבטן ימנית עליונה יחד עם הממצאים הציסטיים החשודים לגרורות ממקור שחלתי, באיזור סגמנטים 6,7.

● כריתת פריטונאום של סרעפת ימנית.

בטן תחתונה ואגן-

● בוצעה כריתת פריטונאום אגני.

● כריתת אזורי גידול באומנטום+מזו של מעי גס ודק

● שימוש ב ARAGON BEAM לצריבת נגעים פריטונאליים

● בסיום הניתוח שארית מחלה מינימלית (עד 1 מ"מ) במזו של מעי דק.

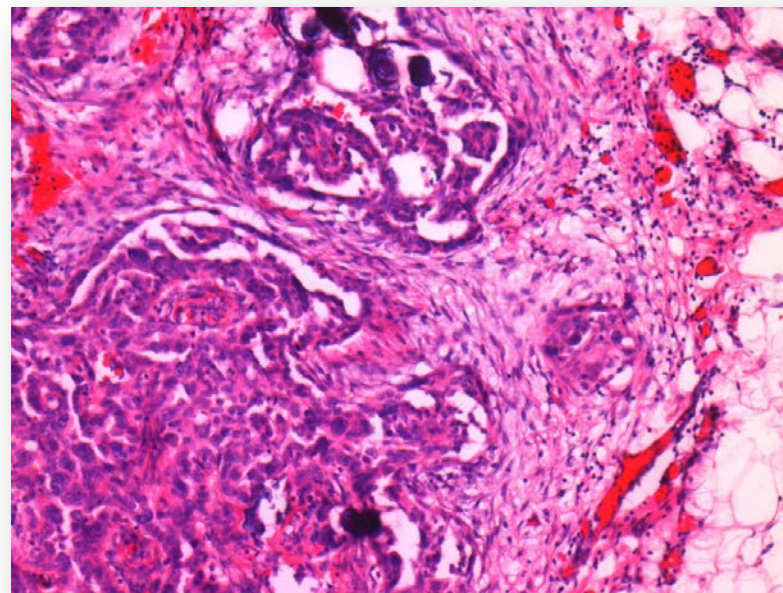
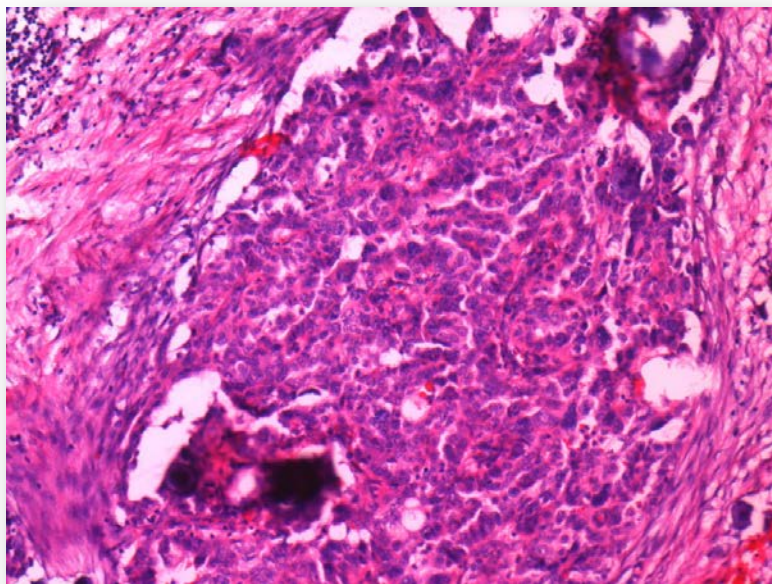
תשובה פתולוגית ניתוח מס' 4- אוגוסט 2016

- LIVER BIOPSY- CYSTIC LESION WITH SEROUS PAPILLARY CARCINOMA HIGH GRADE . IN ADDITION HEMORRHAGES.
- DIAPHRAGM
- DOUGLAS
- PERITONEUM
- OMENTUM
- MESENTERIUM OF SMALL BOWEL
- ANTERIOR ABDOMINAL WALL

**RESIDUAL SEROUS PAPILLARY CARCINOMA
HIGH GRADE.**

פתולוגיה של ניתוח מס' 4 - אוגוסט 2016

- Residual serous papillary carcinoma in all sites
- Treatment effect- poor



בשל חוסר התגובה לטיפול כימוטרפי קו I
הוחלט לעבור לטיפול ב-

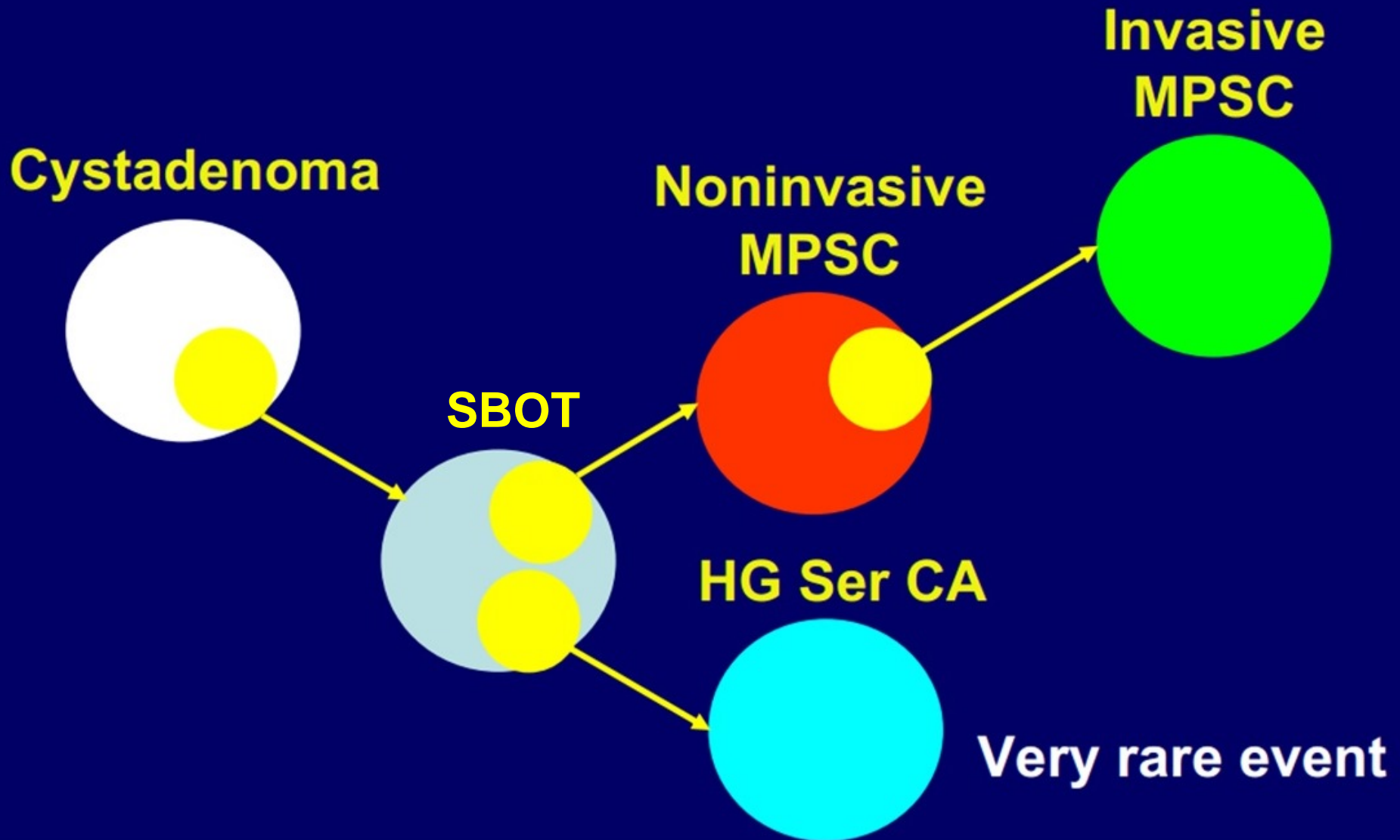
- Liposomal Doxorubicin (Caelyx) ○
- BEVACIZUMAB (Avastin) ○

Right Ovary

2016	Peritoneal spread Serous papillary carcinoma	
2012	Borderline serous tumor	?
2007	Benign serous adenofibroma	



Progression in the Type I Pathway Serous Tumors



Atypical proliferative serous borderline tumor-

Cells tend to be columnar are often ciliated and have less nuclear atypia. Mitotic activity low.

***Severe nuclear atypia
+atypical mitosis warrants a
designation of high grade
serous carcinoma even in the
absence of overt invasion.***

(Blaustein's Pathology of Female Genital Tract)

שאלות שנתרו פתוחות

- האם היה מקום לטיפול כימוטרפי לאור התשובה הציטולוגית והפתולוגית?
- האם יש משמעות למשך ולאופן המעקב?
- מדוע היתה תגובה מעורבת לטיפול כימוטרפי?
- האם להתייחס כגידול ראשוני או REC? האם משנה את הטיפול?

תודה רבה!

FIGO Ovarian Cancer Staging
Effective Jan. 1, 2014

(Changes are in italics.)

STAGE I: Tumor confined to ovaries				
OLD			NEW	
IA	Tumor limited to 1 ovary, capsule intact, no tumor on surface, negative washings/ascites.		IA	Tumor limited to 1 ovary, capsule intact, no tumor on surface, negative washings.
IB	Tumor involves both ovaries otherwise like IA.		IB	Tumor involves both ovaries otherwise like IA.
IC	Tumor involves 1 or both ovaries with any of the following: capsule rupture, tumor on surface, positive washings/ascites.		<i>IC Tumor limited to 1 or both ovaries</i>	
			IC1	<i>Surgical spill</i>
			IC2	<i>Capsule rupture before surgery or tumor on ovarian surface.</i>
			IC3	<i>Malignant cells in the ascites or peritoneal washings.</i>

STAGE II: Tumor involves 1 or both ovaries with pelvic extension (below the pelvic brim) or primary peritoneal cancer				
OLD			NEW	
IIA	Extension and/or implant on uterus and/or Fallopian tubes		IIA	Extension and/or implant on uterus and/or Fallopian tubes
IIB	Extension to other pelvic intraperitoneal tissues		IIB	Extension to other pelvic intraperitoneal tissues
IIC	IIA or IIB with positive washings/ascites.			

Old stage IIC has been eliminated

Serous Borderline Tumor stage IIB

FIGO Ovarian Cancer Staging
Effective Jan. 1, 2014

(Changes are in italics.)

STAGE III: Tumor involves 1 or both ovaries with cytologically or histologically confirmed spread to the peritoneum outside the pelvis and/or metastasis to the retroperitoneal lymph nodes			
OLD		NEW	
IIIA	Microscopic metastasis beyond the pelvis.	<i>IIIA (Positive retroperitoneal lymph nodes and /or microscopic metastasis beyond the pelvis)</i>	
		IIIA1	<i>Positive retroperitoneal lymph nodes only</i>
		IIIA1(i)	<i>Metastasis ≤ 10 mm</i>
		IIIA1(ii)	<i>Metastasis > 10 mm</i>
IIIA2	<i>Microscopic, extrapelvic (above the brim) peritoneal involvement ± positive retroperitoneal lymph nodes</i>		
IIIB	Macroscopic, extrapelvic, peritoneal metastasis ≤ 2 cm in greatest dimension.	IIIB	<i>Macroscopic, extrapelvic, peritoneal metastasis ≤ 2 cm ± positive retroperitoneal lymph nodes. Includes extension to capsule of liver/spleen.</i>
IIIC	Macroscopic, extrapelvic, peritoneal metastasis > 2 cm in greatest dimension and/or regional lymph node metastasis.	IIIC	<i>Macroscopic, extrapelvic, peritoneal metastasis > 2 cm ± positive retroperitoneal lymph nodes. Includes extension to capsule of liver/spleen.</i>

STAGE IV: Distant metastasis excluding peritoneal metastasis			
OLD		NEW	
IV	Distant metastasis excluding peritoneal metastasis. Includes hepatic parenchymal metastasis.	IVA	<i>Pleural effusion with positive cytology</i>
		IVB	<i>Hepatic and/or splenic parenchymal metastasis, metastasis to extra-abdominal organs (including inguinal lymph nodes and lymph nodes outside of the abdominal cavity)</i>

Other major recommendations are as follows:

- Histologic type including grading should be designated at staging
- Primary site (ovary, Fallopian tube or peritoneum) should be designated where possible
- Tumors that may otherwise qualify for stage I but involved with dense adhesions justify upgrading to stage II if tumor cells are histologically proven to be present in the adhesions