

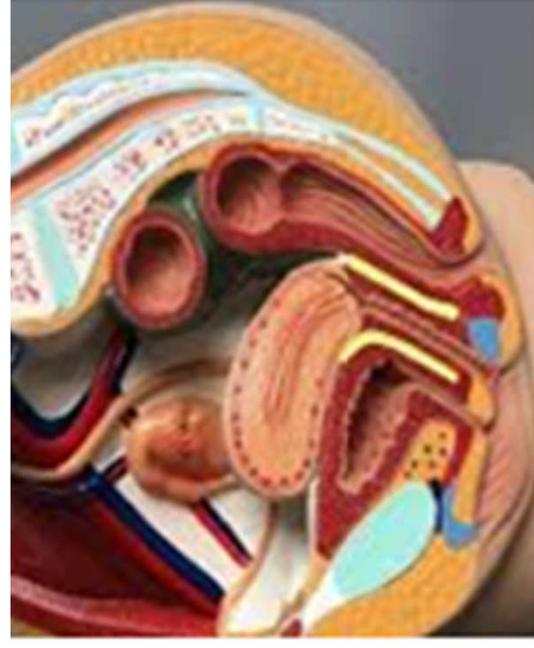
**VI CORSO NAZIONALE**  
**DI ECOGRAFIA CLINICA SIEMC**  
**19-22 Ottobre 2019**  
**NAPOLI**

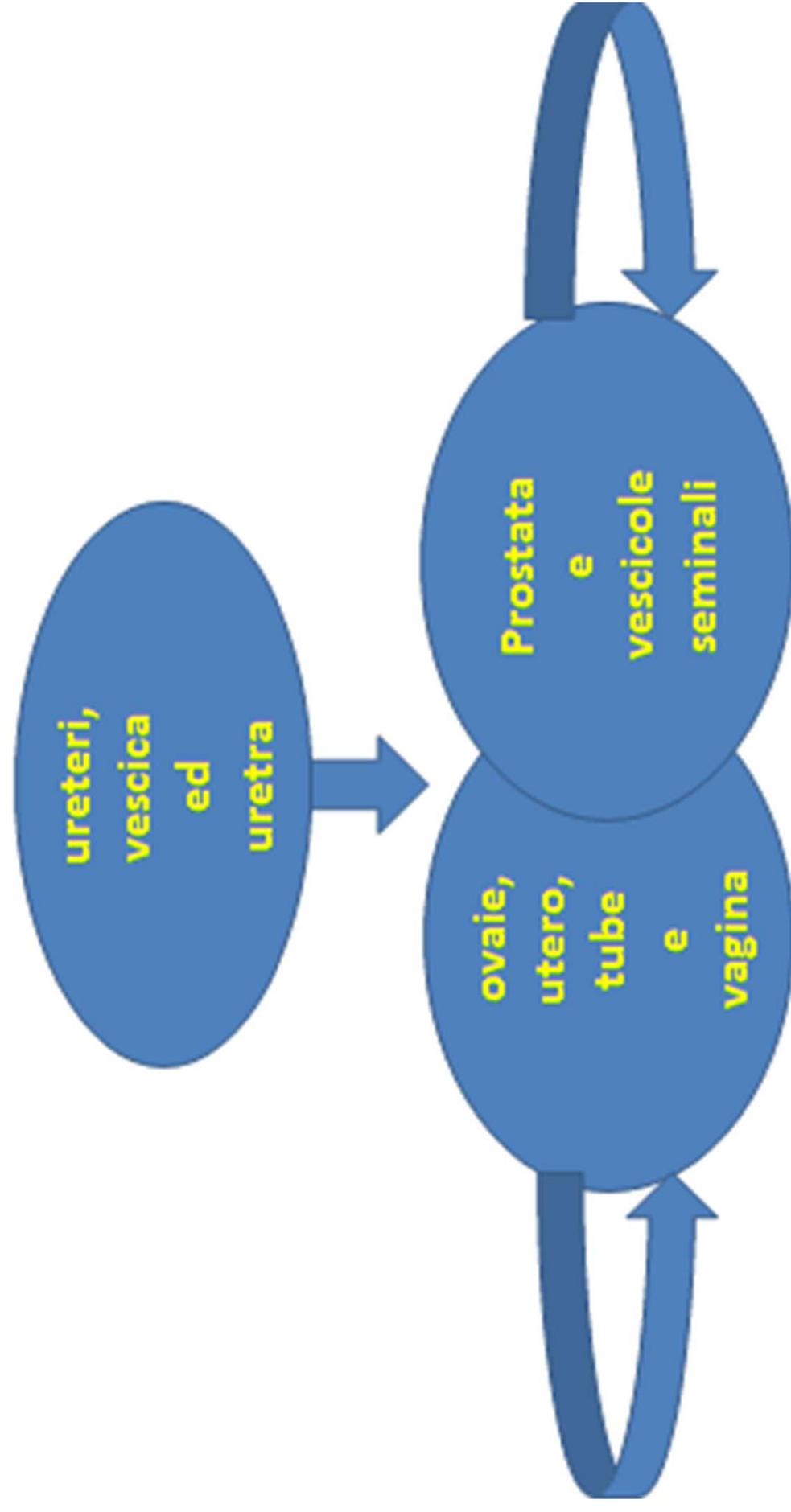
# **LA PELVI**

*Luigi Monaco*

Lo scavo pelvico, situato posteriormente ed inferiormente all'addome, rappresenta una regione anatomica complessa

- Comprende numerose strutture ed organi, ognuno dei quali può essere colpito primitivamente od essere interessato in modo indiretto dalla noxa patogena





**Intestino** (il piccolo intestino, il mesentero, il sigma e il retto);  
**vasi sanguigni e linfonodi**;  
**muscoli** (ileopsoas, otturatore interno, elevatore dell'ano).

# ECOGRAFIA SOVRAPUBICA

- ❖ 1° ESAME NELLA RICERCA DELLA CAUSA DEL DOLORE PELVICO
- ❖ ELEVATA SENSIBILITA' ( 85-93%) E SPECIFICITA' ( 75-82%)
- ❖ SEGNI DIRETTI ( INDIVIDUAZIONE CAUSA DELLA SINTOMATOLOGIA)
- ❖ SEGNI INDIRETTI (SENSIBILITA' 95-98%)  
presenza di fluido nello scavo pelvico, nel Douglas, nelle  
docce parieto-coliche

# ECOGRAFIA SOVRAPUBICA

Adeguate riempimento vescica  
(1\2-1 lt acqua 60' prima )

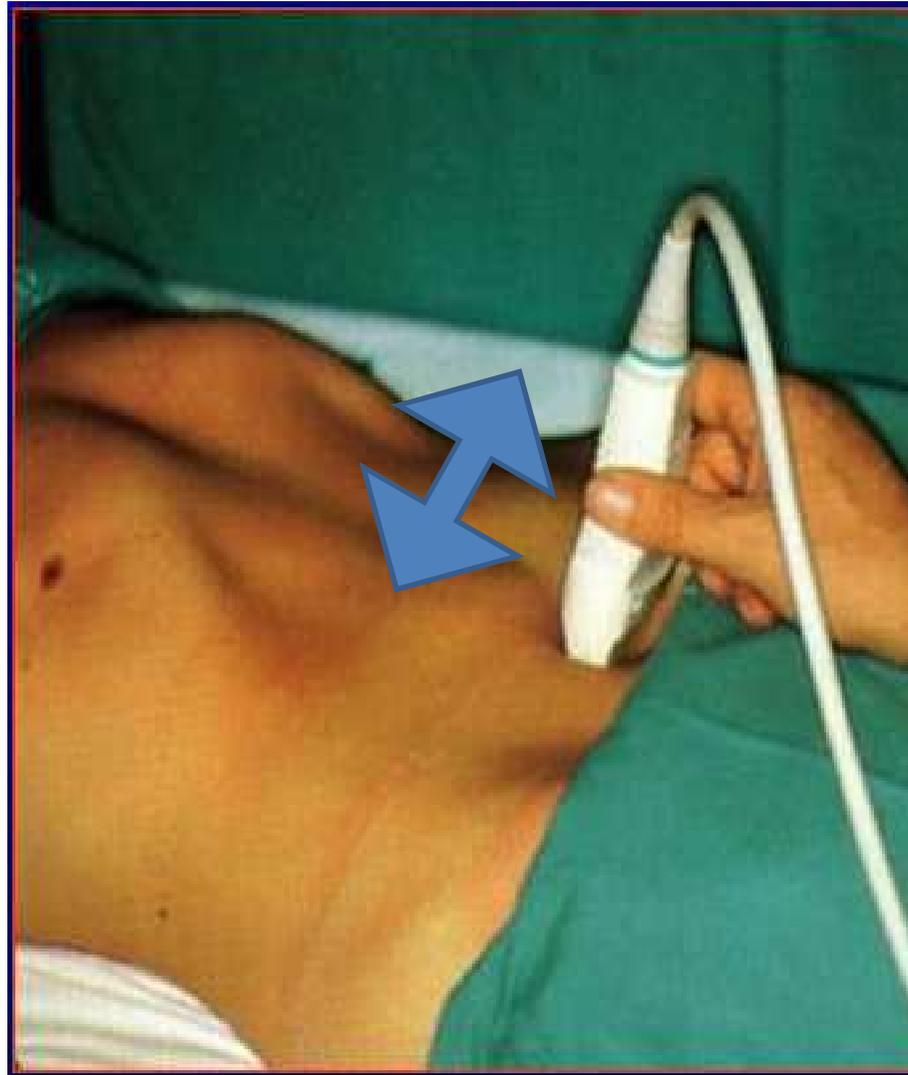
**Sonda** - convex 3,5 - 5 MHz  
- lineare (cupola vescicale, intestino)

**Decubito** supino; eventuali variazioni decubito

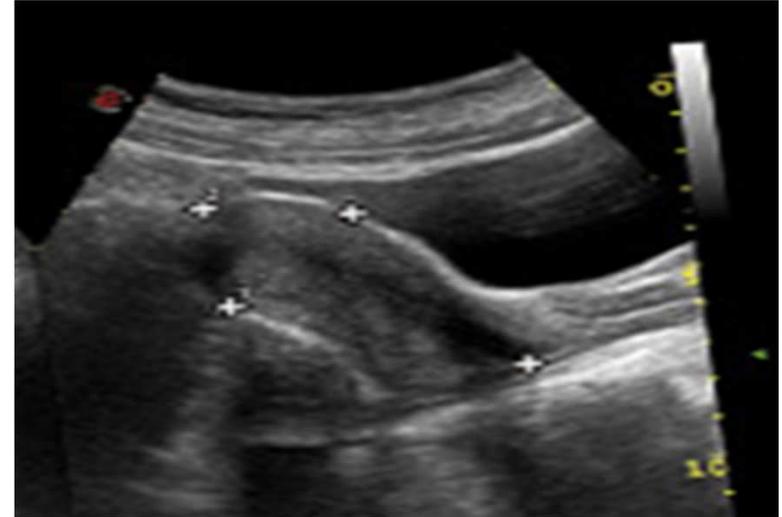
**Scansioni** su piani sagittali, trasversali e obliqui

**Esame in fase post-minzionale**

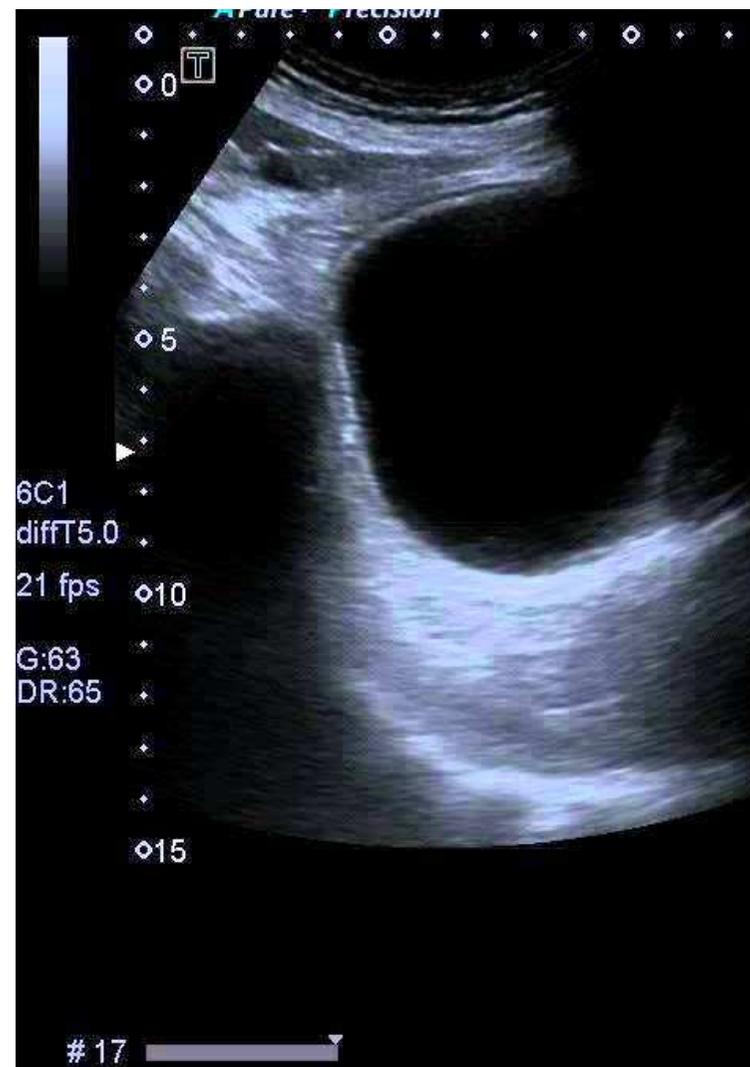
# Scansione trasversale



# Scansione longitudinale

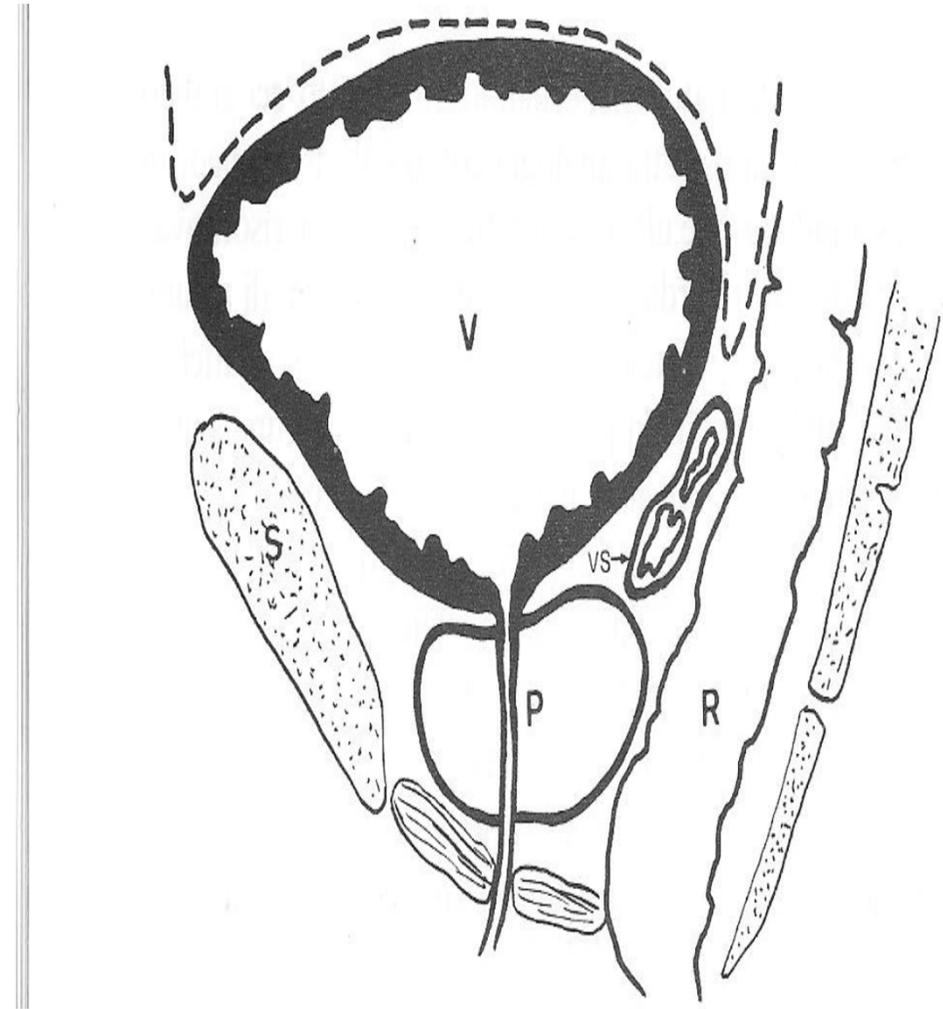


# Scansione obliqua



# VESCICA

- Base o fondo, rivolta posteriormente
- Cupola, il tetto
- Pareti laterali destra e sinistra
- Parete anteriore
- Collo, inferiormente



# VESCICA

- Capacità normale compresa tra i 250 e i 500 ml, ma essendo molto elastica in condizioni eccezionali può arrivare a 2 Lt.
- COLLO: lungo 2-3 cm. si connette con l'uretra fino al meato uretrale esterno



Nelle femmine il collo coincide col punto di uscita delle urine (uretra posteriore)



Nei maschi l'uretra posteriore si estende attraverso il pene e prende il nome di uretra anteriore.

# VESCICA

- Forma ,volume e contenuto
- Profilo e spessore della parete
- Eventuale impronta di organi contigui
- Svuotamento vescicale ( residuo post-minzionale )

# VESCICA

## Forma :

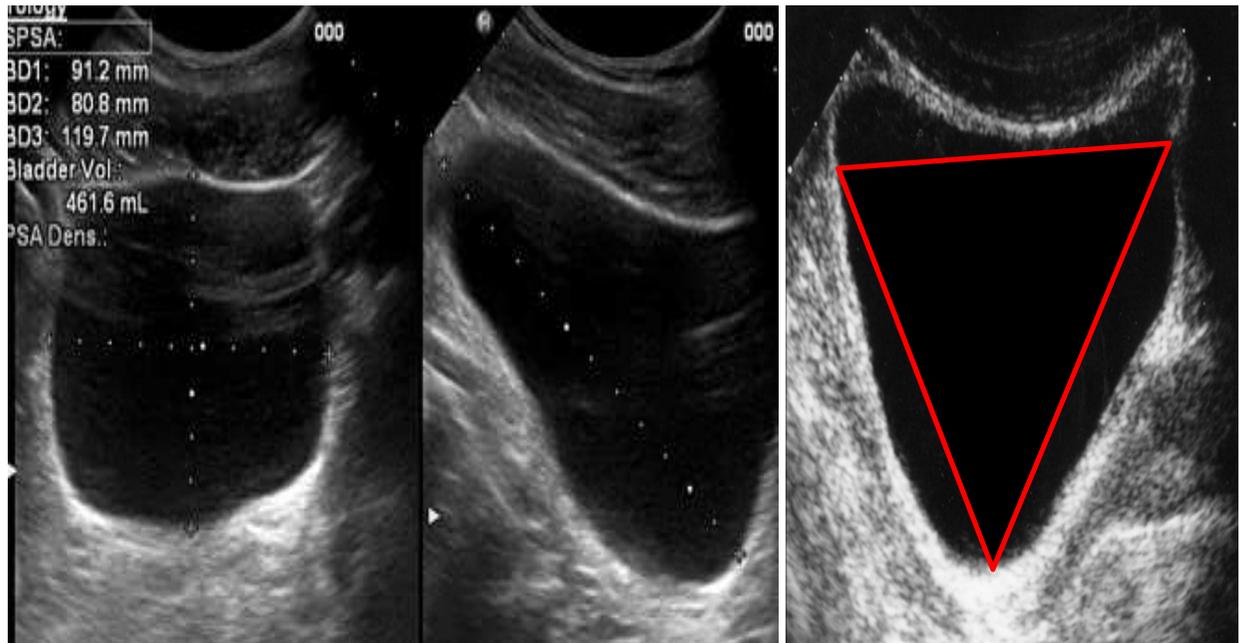
*scansione trasversale*

rotondeggiante nell'uomo  
quadrangolare nella donna



*scansione longitudinale*

triangolare



## Volume:

formula dell' ellissoide  
( L1 x L2 x L3 x 0,52)

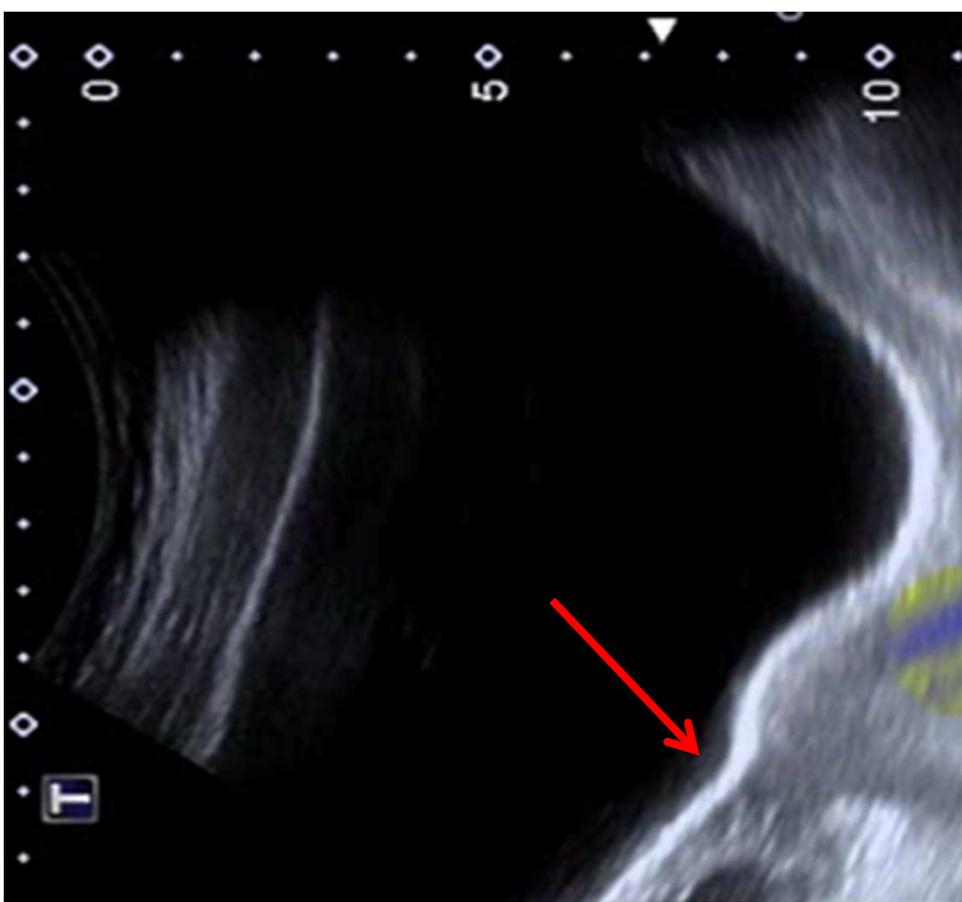
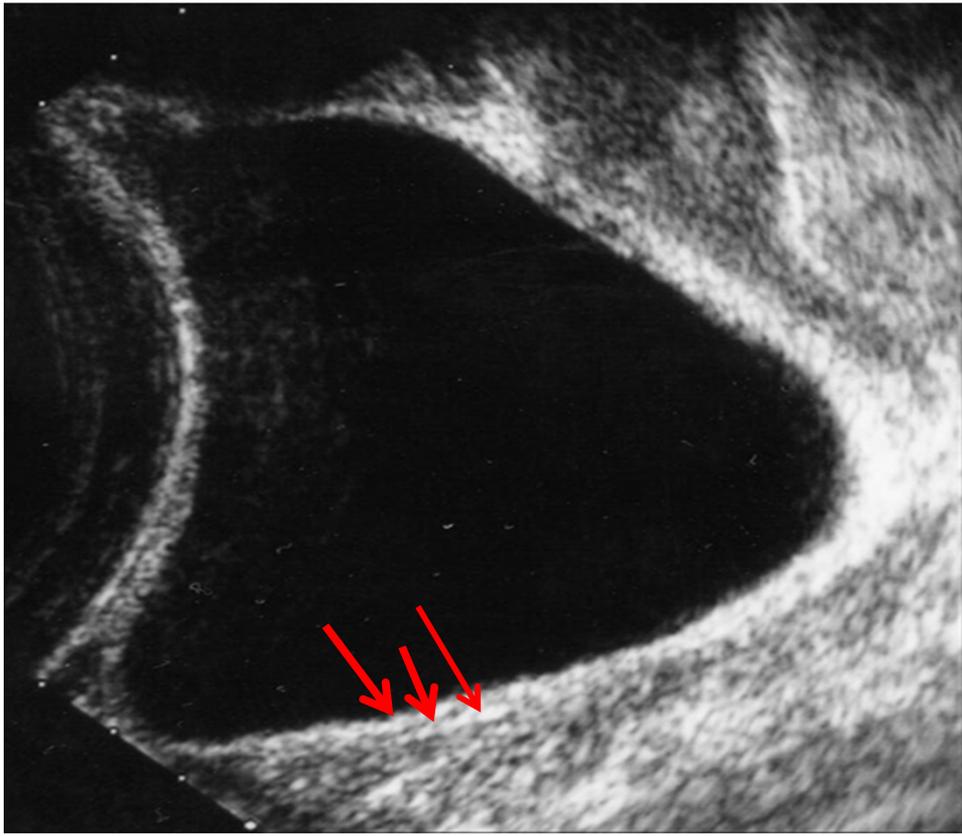
## Contenuto :

*liquido anecogeno*

# VESCICA

## Profilo della parete

- In replezione è iperecogena , sottile , continua e regolare .
- Spessore non superiore a 5 mm.
- Tre strati parietali
  - interno iperecogeno corrispondente a mucosa e sottomucosa
  - intermedio ipoecogeno corrispondente al muscolo detrusore
  - esterno iperecogeno ,corrispondente all' interfaccia tra avventizia e tessuto adiposo perivescicale

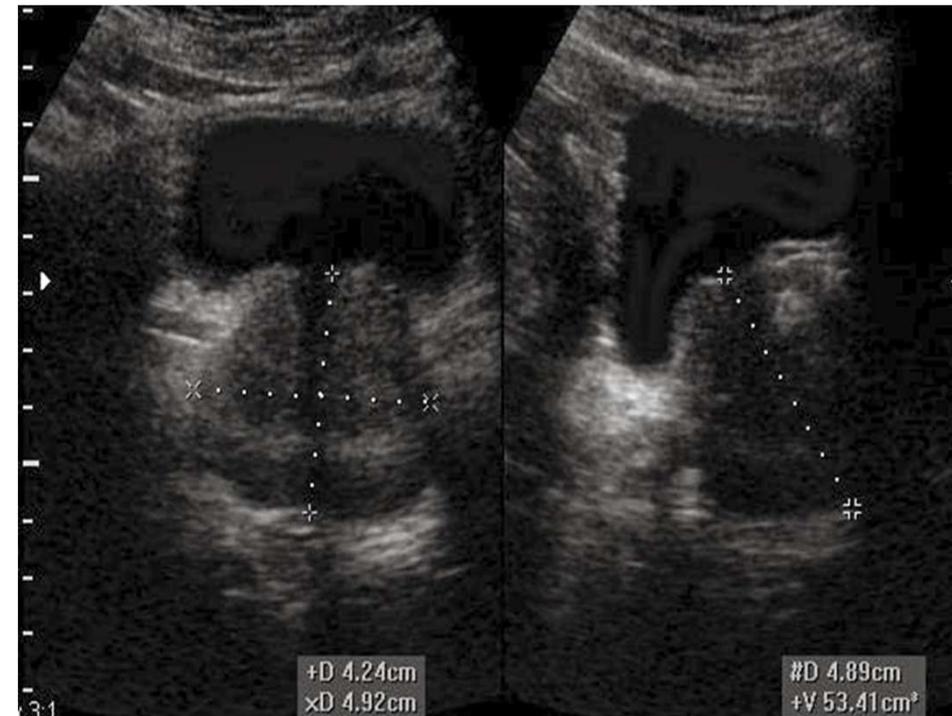


# VESCICA

## Impronta di organi contigui

- nella donna **utero**

-nell'uomo **prostata**

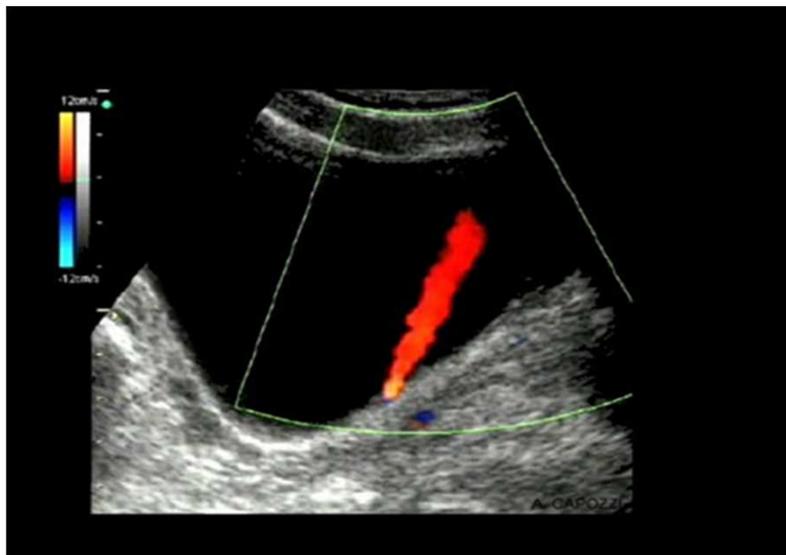
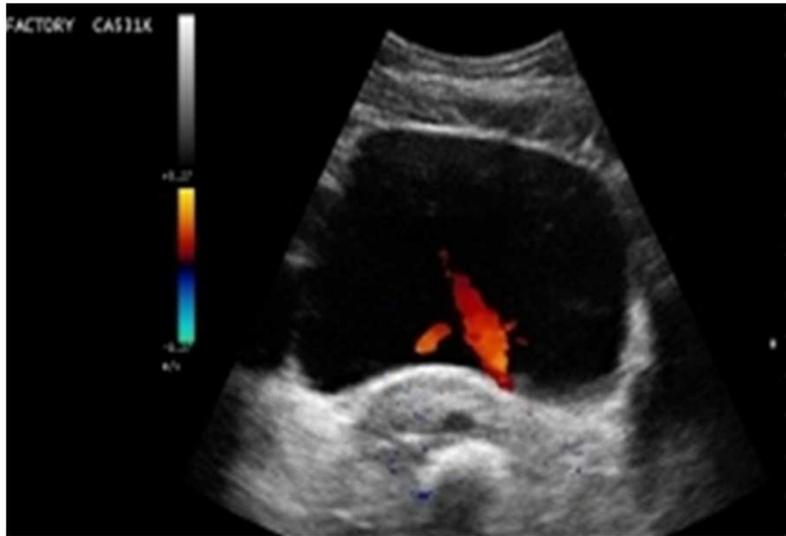


## Valutazione del residuo post-minzionale

*Si calcola con la solita formula dell'ellissoide e non ha significato patologico se inferiore a 50-100 cc*

# COLOR DOPPLER VESCICA

jet ureterale



lesione parietale



# PATOLOGIE VESCICALI

- Cistiti
- Coaguli
- Diverticoli
- Vescica a colonne
- Traumi
- Tumori
- Quadri post-chirurgici
- Ritenzione acuta
- Cistocele
- Patologia giunzione uretero-vescicale

# SCHEMA METODOLOGICO

- Al fine di effettuare un buon esame ecografico e di esprimere un giudizio preciso, completo e sempre ripetibile si consiglia di adottare un proprio schema metodologico.

**ALTERAZIONI DI MORFOLOGIA - VOLUME**

**ALTERAZIONI DEL CONTENUTO**

**ALTERAZIONE GIUNZIONE URETERO-VESCICALE**

**ALTERAZIONE DELLA PARETE**

# VESCICA

## VOLUME

- **Il volume vescicale** formula ellissoide  
Limiti normali 500-600 cc
- **Residuo post minzionale** primaria importanza nella maggior parte delle patologie del basso apparato urinario
  - < 30 CC: fisiologico
  - > 100 CC: patologico

Valore oltre cui si rileva :

- ✓ incremento delle complicazioni infiammatorie
- ✓ una ripercussione sull' apparato urinario: idronefrosi, reflussi vescico-ureterali, pielonefriti croniche

# ALTERAZIONI DEL VOLUME

## IPERTONIA (o iperiflessia)

riduzione della capacità vescicale a causa di stati irritativi:

- **cistiti acute , croniche o da raggi ecc.**

## IPOTONIA

aumento della capacità vescicale.

- **Le alterazioni neurologiche** che causano **ariflessia del muscolo detrusore**

il volume vescicale è marcatamente aumentato (anche oltre 2000 ml) e la vescica può estendersi ai quadranti addominali superiori.

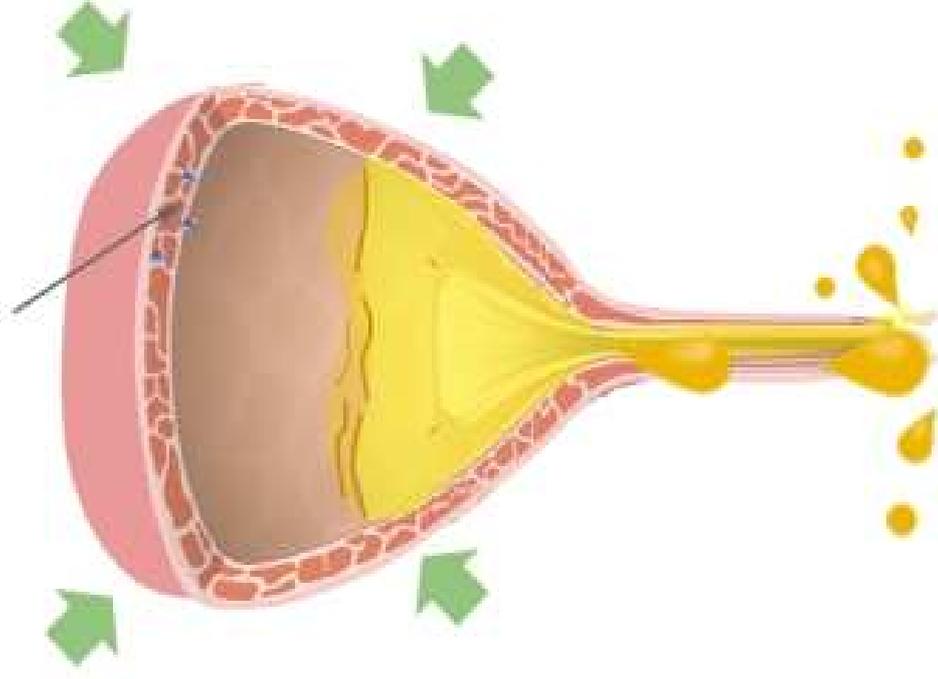
La parete vescicale è assottigliata

## Vescica iperattiva:

In condizioni normali il muscolo detrusore si contrae, sotto il controllo di centri nervosi siti nel cervello, e consente il riempimento e lo svuotamento della vescica.

Nella vescica iperattiva viene meno (per cause non ben note) questo controllo. Il muscolo detrusore si contrae involontariamente e determina un'urgenza di urinare anche quando la vescica non è piena.

Muscolo detrusore



# ALTERAZIONI DEL CONTENUTO

## L'urina

- ❑ In condizioni fisiologiche è **anecogena** (ad eccezione del fenomeno del **jet** = echi legati alla turbolenza dell'urina che passa dagli ureteri in vescica)
  
- ❑ In condizioni patologiche
  - **Urina corpuscolata** (in corso di patologia infiammatoria o ematuria): echi di bassa o media intensità disposti a livello, mobili con il variare del decubito del paziente
  - **Coaguli** (in corso ematuria): immagini rotondeggianti, iperecogene rispetto al normale contenuto vescicale, mobili con il variare del decubito del paziente
  - **Calcoli** echi di elevata intensità con cono d'ombra posteriore, mobili con il variare del decubito
  
- ***Caratteristica comune è la modifica di sede con il variare del decubito***

# COAGULI

- Possono simulare calcoli o tumori

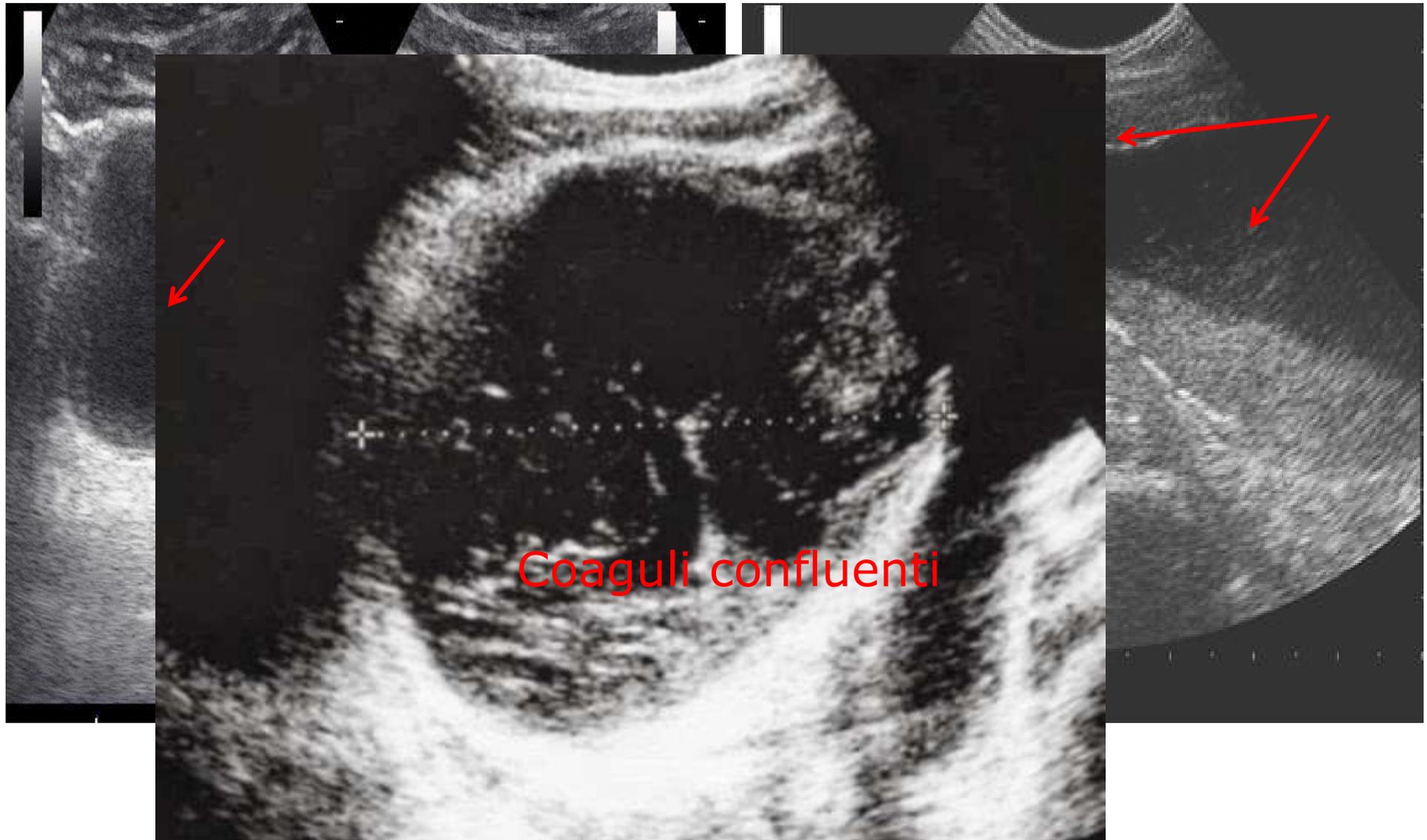
## ECOGRAFIA:

- massa iperecogena disomogenea
- assenza di cono d'ombra
- mobile nei diversi decubiti

## TAMPONAMENTO VESCICALE

- Occupazione completa del lume vescicale da parte di voluminosi coaguli che causano anuria per ostruzione degli sbocchi ureterali e del meato uretrale interno

# URINA CORPUSCOLATA-COAGULI



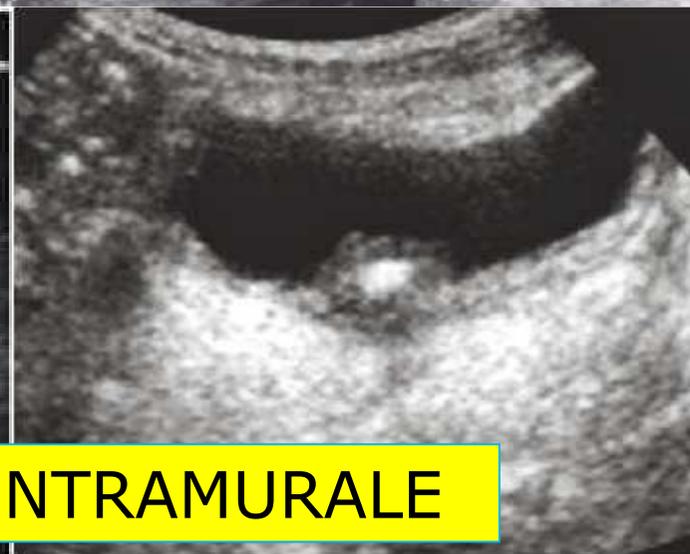
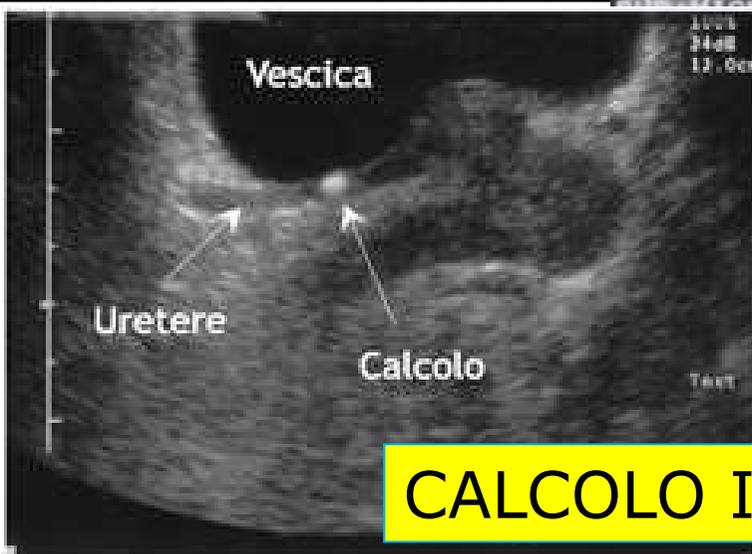
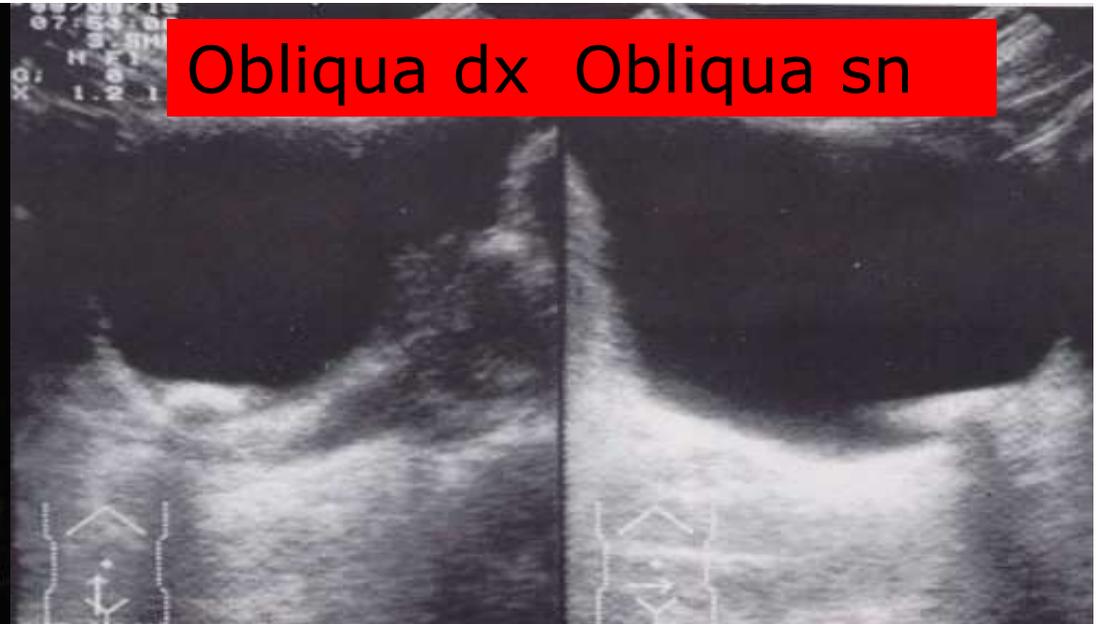
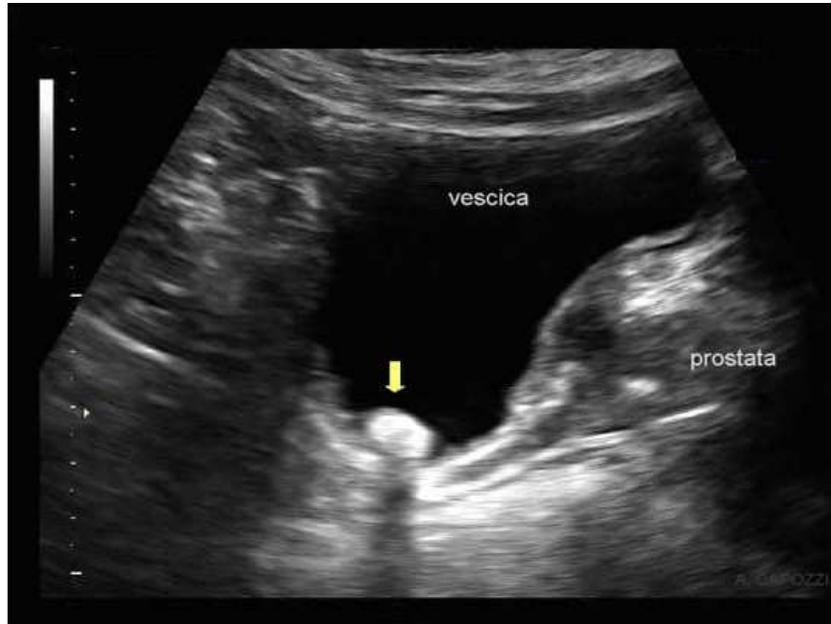
# Calcoli vescicali

- Possono essere migrati dai reni o essere di formazione endogena (più frequentemente nei pazienti con stasi urinaria).
- Nei diverticoli i calcoli si formano con maggiore frequenza per fenomeni di stasi urina.

E' importantissimo dimostrare la mobilità per cui bisogna variare il decubito del paziente (diagnosi differenziale con calcoli nell'uretere intramurale e soprattutto con calcificazioni in neoplasie vescicali).

**Calcolo intramurale:** immagine iperecogena con cono d'ombra che determina ectasia a monte dell'uretere. Assenza del fenomeno del jet ureterale in vescica.

# CALCOLI VESCICALI



CALCOLO INTRAMURALE

# PATOLOGIA DELLA GIUNZIONE URETERO-VESCICALE

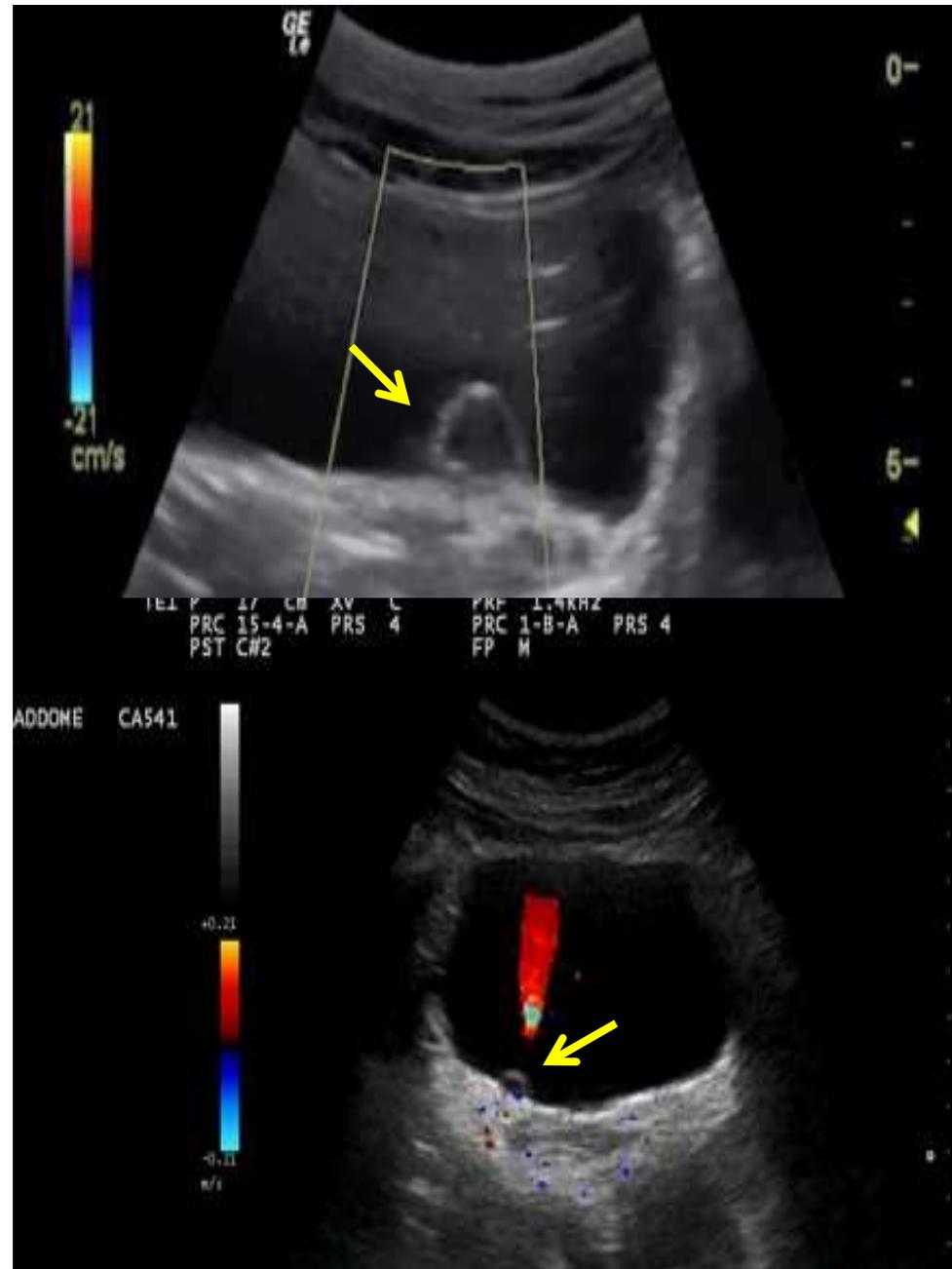
- Calcolo intramurale
- Edema della papilla
- Ureterocele
- Reflusso vescico-ureterale

# URETEROCELE

Protrusione dell'uretere distale dilatato in vescica

- **Ecografia:**  
massa cistica endovescicale  
con variazioni volumetriche  
in real-time

- fenomeno del jet



# REFLUSSO VESCICO-URETERALE

## •INCIDENZA

< 1% nei bambini sani

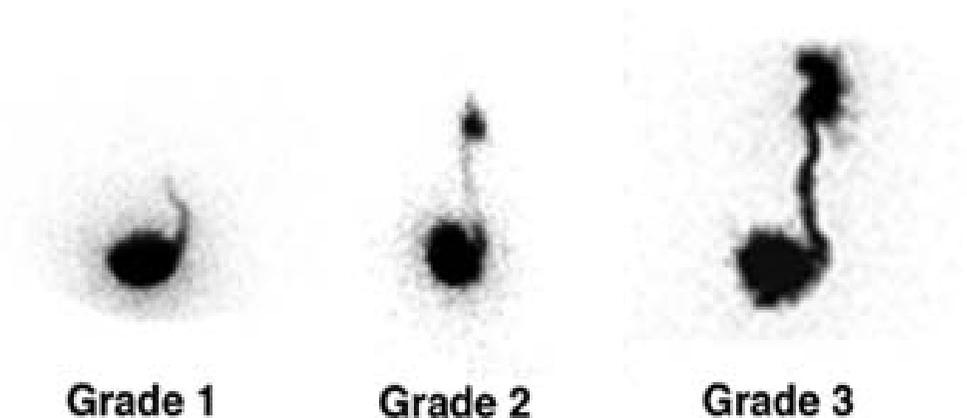
20-50% nei bambini con  
infezioni delle vie urinarie

## •METODI DIAGNOSTICI

Cistografia retrograda con  
valutazione minzionale

Cistografia retrograda  
radioisotopica

Ecocistografia con MdC



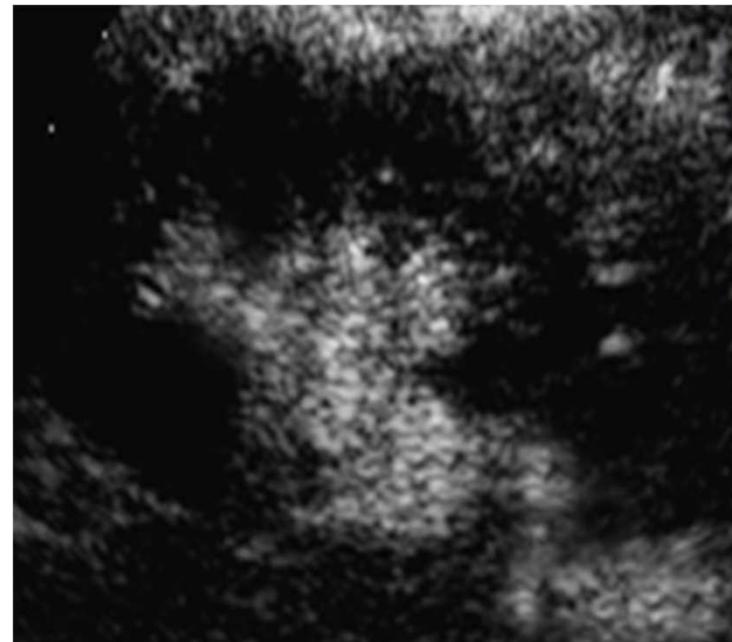
# ECOCISTOGRAFIA CON MDC

Introduzione di MdC nella vescica  
mediante catetere

Passaggio di MdC dalla vescica  
nell'uretere e nei casi più gravi  
sino alla pelvi renale

Reflussi di 3° e 4° grado ben  
visibili

Reflussi di 1° e 2° grado di più  
difficile documentazione



# ALTERAZIONI DELLA PARETE

- **Vescica da sforzo**
- **Diverticoli**
- **Flogosi**
- **Neoplasie**

# VESCICA DA SFORZO

Nelle condizioni in cui è aumentata la pressione vescicale (patologie prostatiche, stenosi uretrali, calcoli o neoformazioni uretrali), a lungo andare, si determina una ipertrofia del muscolo detrusore con progressive modificazioni delle pareti vescicali

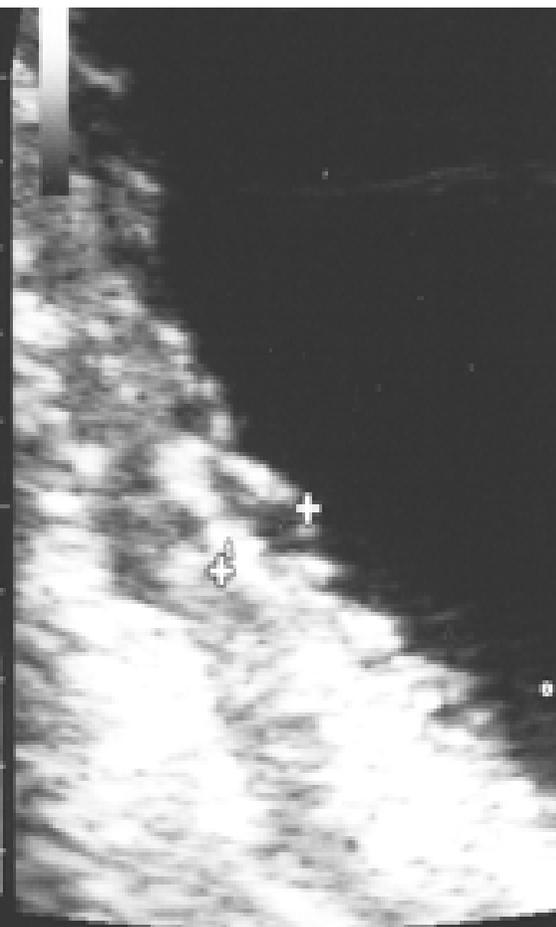
- ❑ **I grado**: ispessimento omogeneo e diffuso
- ❑ **II grado**: pseudo-diverticoli intramurali (erniazione della mucosa e sottomucosa attraverso le trabecole del detrusore)
- ❑ **III grado**: pseudo-diverticoli extramurali.

# ISPESSIMENTO PARITALE

**I GRADO**

**II GRADO**

**III GRADO**



# DIVERTICOLI

- ❑ Più frequenti nei maschi
- ❑ Formazioni anecogene adiacenti alla vescica con colletto diverticolare facilmente dimostrabile
- ❑ E' facile evidenziare la presenza di calcoli o tumori endodiverticolari

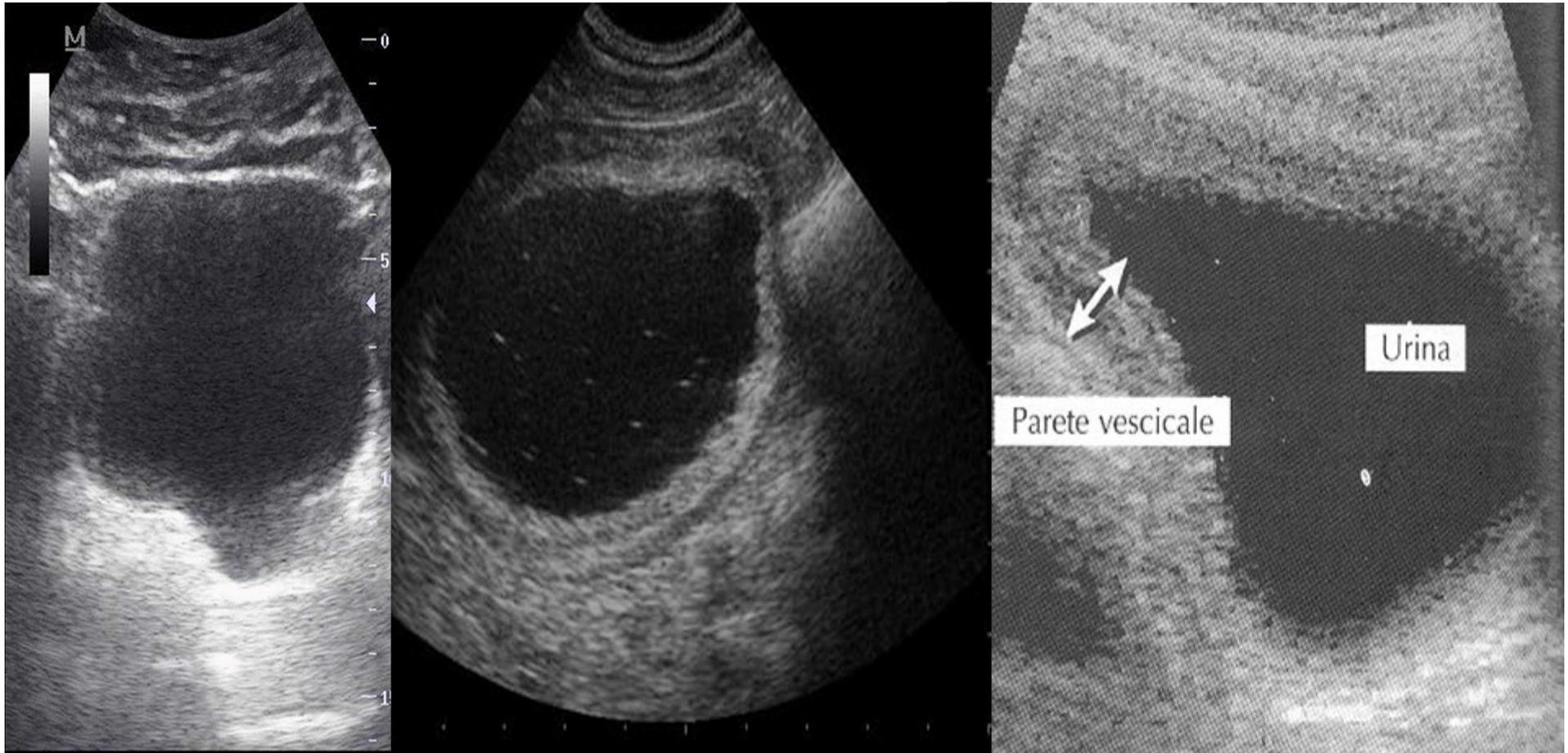
# DIVERTICOLI



# FLOGOSI

- In **flogosi acute** il quadro ecografico è negativo
- In **flogosi acute gravi (cistite bollosa)** nei soggetti portatori di catetere a permanenza da più di 15 gg. si ha ispessimento focale della mucosa nel punto di contatto con il catetere
- In **flogosi croniche** ispessimento diffuso ed irregolare della parete.
- Nelle flogosi acute gravi e croniche si ha ridotta capacità vescicale
- Reflusso vescico-ureterale

# FLOGOSI



# NEOPLASIE VESCICALI

- Immagini ecogene adese alla parete con base di impianto più o meno ampio

## EPIDEMIOLOGIA

- Tre volte più frequente nell'uomo
- 4° tumore più frequente nell'uomo
- 10° tumore più frequente nella donna
- L'età media di diagnosi è 65 anni

# Classificazione istologica

- **Tumori cellule transizionali uroteliali : 90-93 %**
- **Tumori non uroteliali :**
  - Adenocarcinoma (0.5-2%)
  - Ca squamoso (5%) di cui il 75% in Medio Oriente
  - Melanoma,
  - Sarcoma,
  - Linfoma

# NEOPLASIE VESCICALI

- Nella diagnosi e follow-up di neoplasie vescicali la metodica gold-standard è l'uretro-cistoscopia
- I tumori a crescita piana (sessili) possono essere difficilmente rilevate dall'ecografia
- Le lesioni vescicali sono localizzati più frequentemente al trigono e alle pareti postero-laterali
- Nel 70% dei casi sono superficiali
- Nel 30% hanno tendenza invasiva
- Spesso è multifocale

# ACCURATEZZA US IN RAPPORTO ALLA SEDE

- Parete posteriore 96.6% - 68%
- Parete laterale 100% - 83%
- Collo 0% - 55%
- Parete anteriore 16.7% - 75%

Iztchak , Brun et al.

# ACCURATEZZA DEGLI US IN RAPPORTO ALLE DIMENSIONI DEL TUMORE

<u>Autori</u>	<u>&lt; 0.5 cm</u>	<u>&gt; 0.5 cm</u>
❖ Brun et al	28.5%	100%
❖ Olsen et al	0%	100%
❖ Iuul et al	0%	100%
❖ Malone et al	38%	82%
❖ Rosi et al	57%	91%

# NEOPLASIE VESCICALI

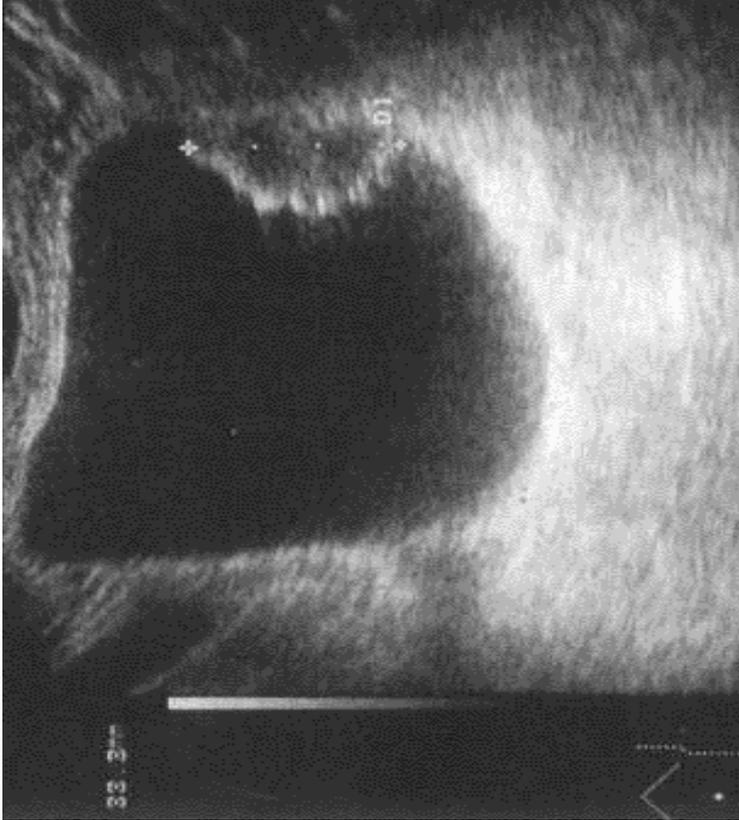
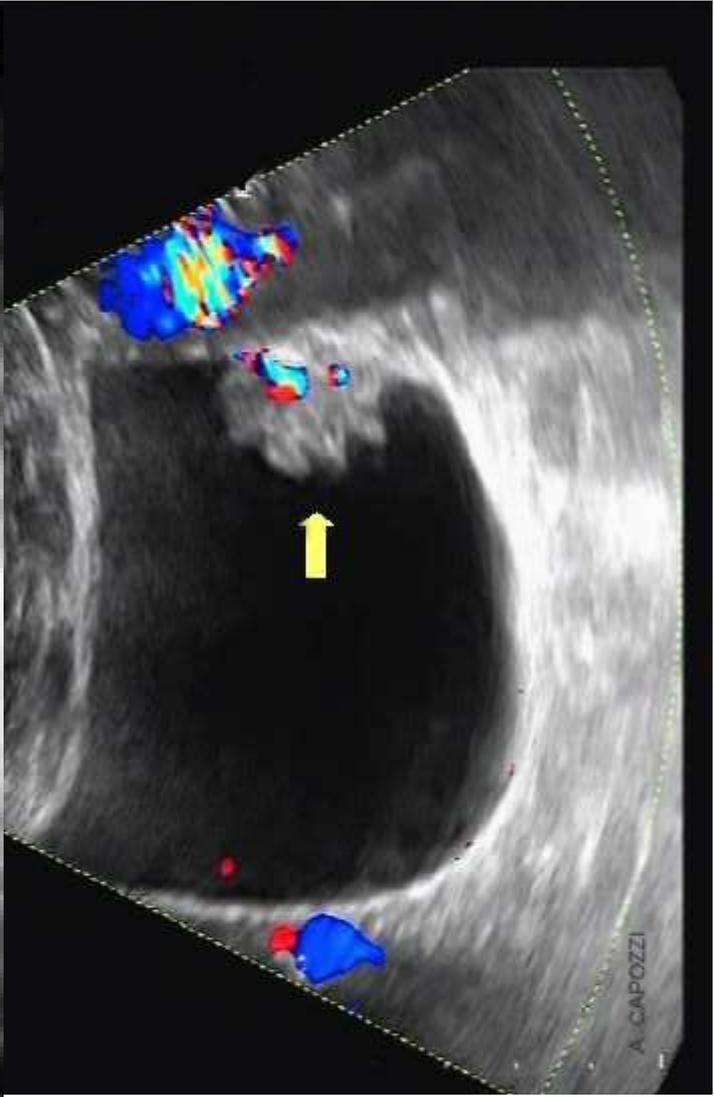
- **Forme papillari**

lesioni esofitiche, peduncolate, usualmente poco aggressive

- **Forme non papillari (sessili)**

lesioni piatte con tendenza invasiva

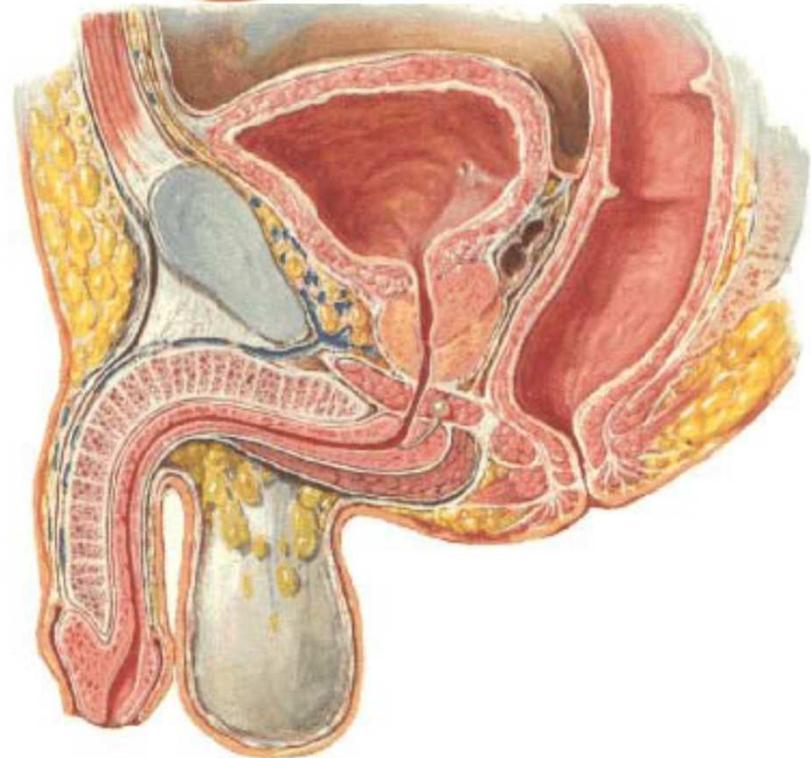
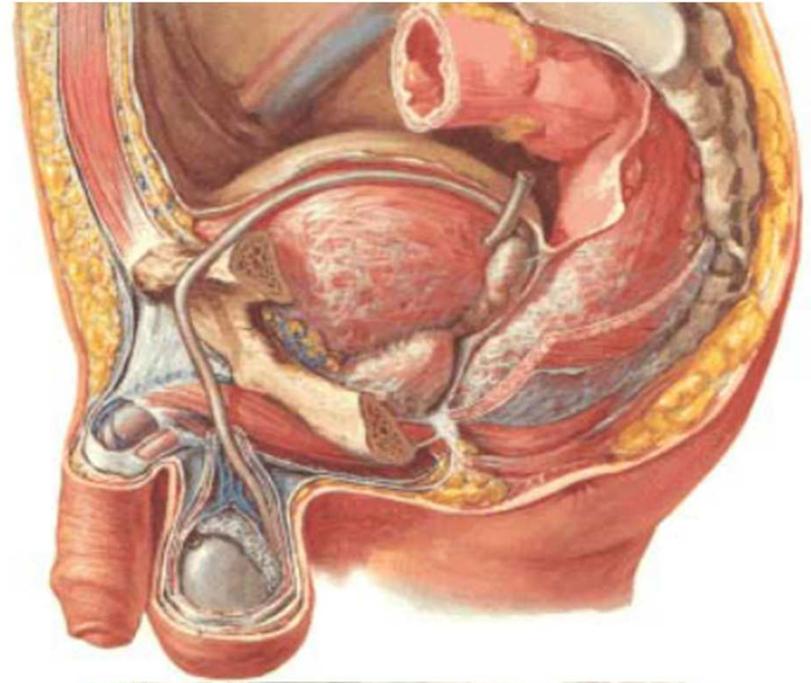
L'utilizzo del Color-Doppler in numerosi casi permette di dimostrare un polo vascolare o una vascolarizzazione intralesionale



# La Pelvi Maschile

**Prostata** situata  
sotto la base  
vescicale

**Vescicole seminali**  
situate dorsalmente  
in sede  
paramediana



## ECOGRAFIA PROSTATICA

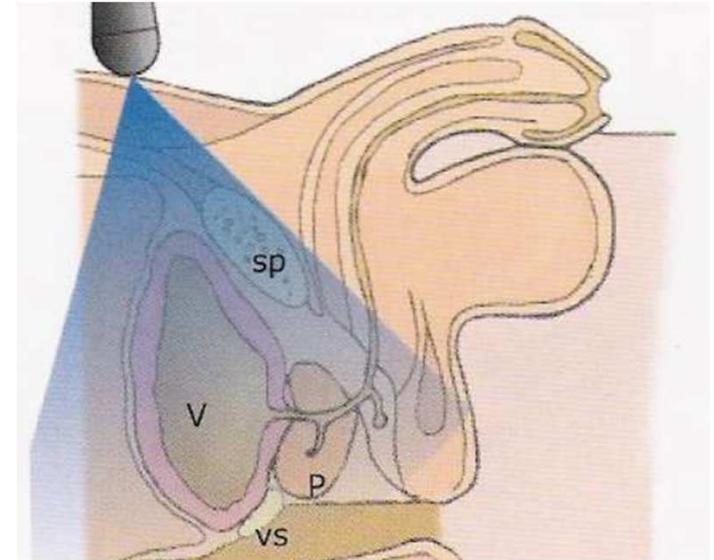
L'impiego dell'ecografia rappresenta un valido ausilio diagnostico nell'esplorazione della prostata ed ha due obiettivi molto differenti:

- da una parte contribuisce alla diagnosi delle affezioni prostatiche, in particolare del carcinoma prostatico, ottenibile per la via transrettale.
- dall'altra parte fornisce dati volumetrici e morfologici, ottenibili anche per la sola via sovrapubica.

# ECOGRAFIA PROSTATA SOVRAPUBICA

## ESECUZIONE

- Vescica moderatamente distesa
- Decubito supino
- Sonda convex

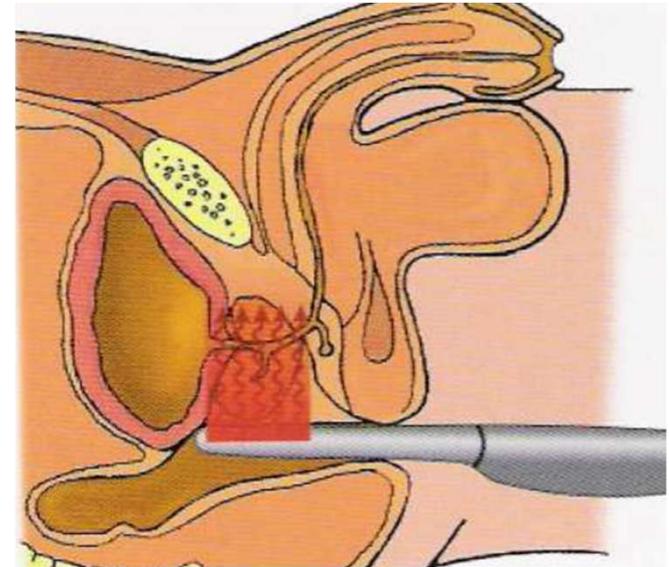


## INDICAZIONI

- **Volume** complessivo della ghiandola ( v.n. 10-20 cc )  
formula ellissoide (d.long.x d.trasv x d.ap x 0,52)
- **Rapporti con gli organi adiacenti**
- **Ecostruttura** ( prostatiti, calcificazioni )  
non permette la diagnosi di carcinoma (!!).
- Valutazione delle **vescichette seminali**

# ECOGRAFIA PROSTATA TRANS-RETTALE

- Rende lo studio prostatico dettagliato esaltando i rapporti con vescica, collo vescicale, vie seminali, uretra e retto
- Favorisce la misurazione precisa del volume prostatico e di quello dell'adenoma
- E' la sola metodica ecografica che consente la visualizzazione di lesioni neoplastiche in sede periferica e infiltrazioni di strutture limitrofe
- Rappresenta l'unico valido mezzo per la biopsia prostatica



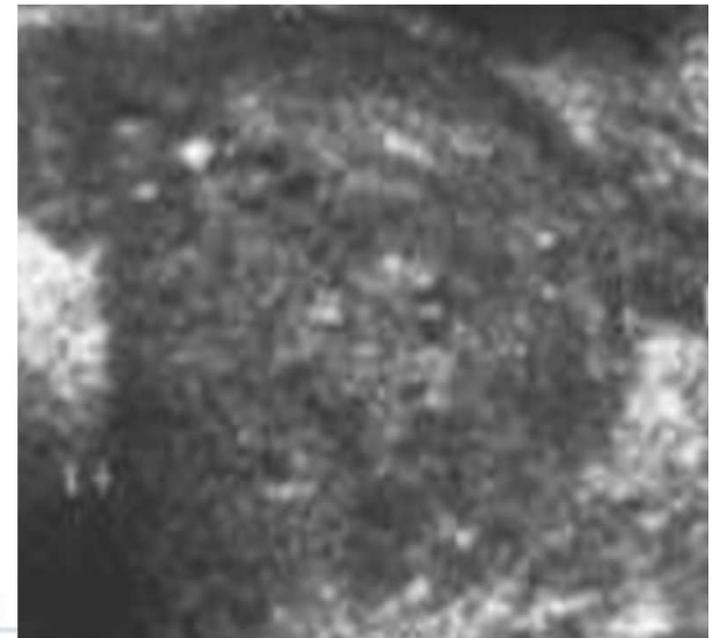
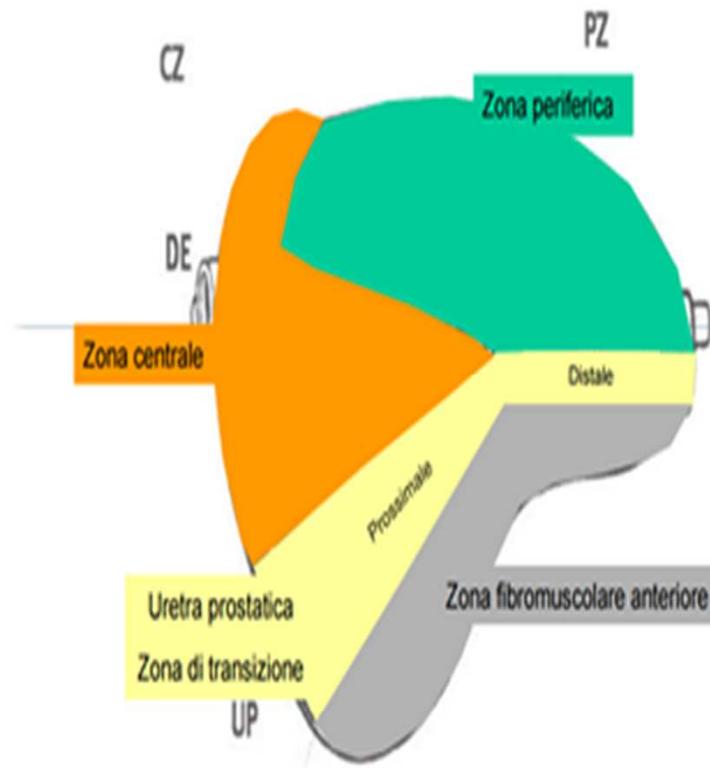
# ANATOMIA ZONALE NORMALE SECONDO MC NEAL

## Zone ghiandolari:

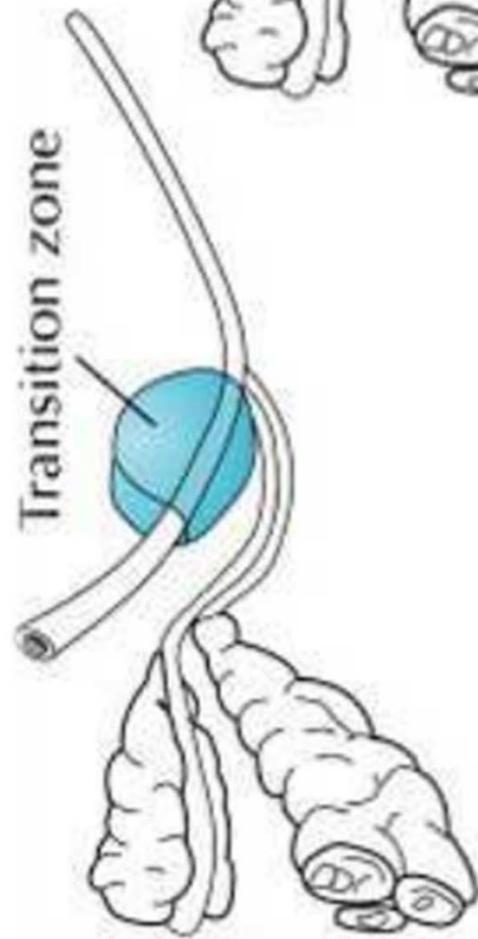
- Zona periferica (70%)
- Zona centrale (25%)
- Zona transizionale (5%)
- Ghiandole periuretrali

## Strutture fibromuscolari:

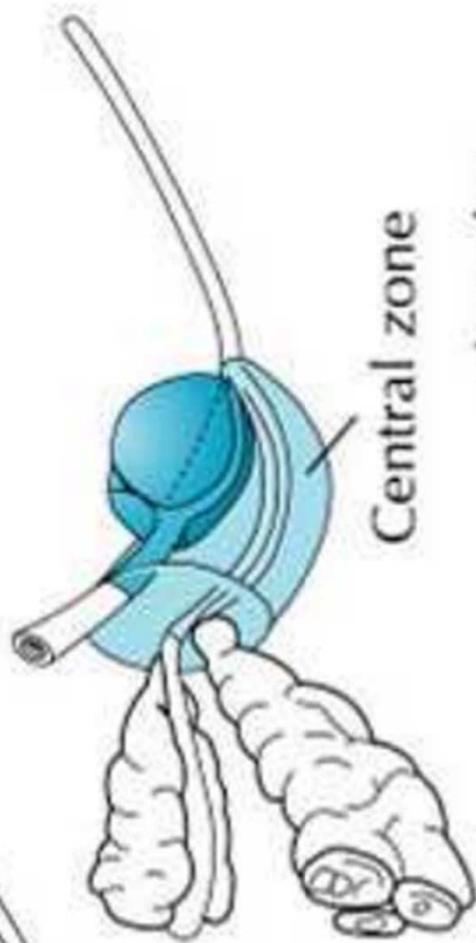
- Stroma fibromuscolare anteriore
- Sfintere preprostatico



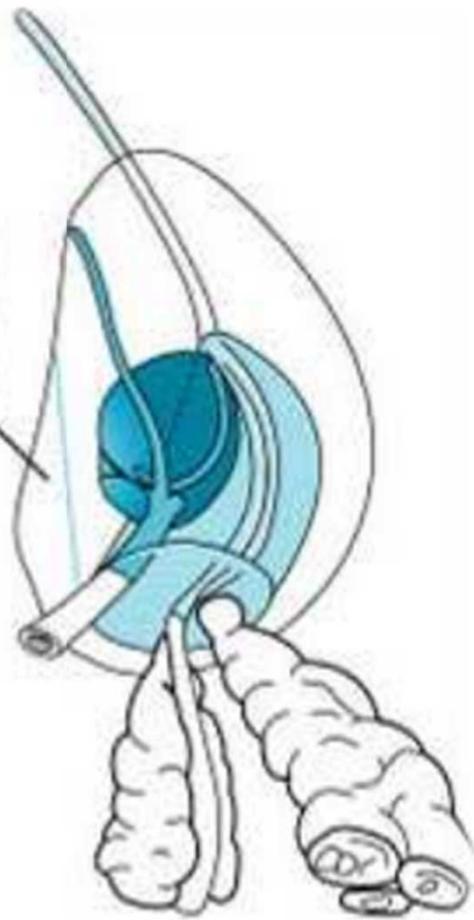
Transition zone



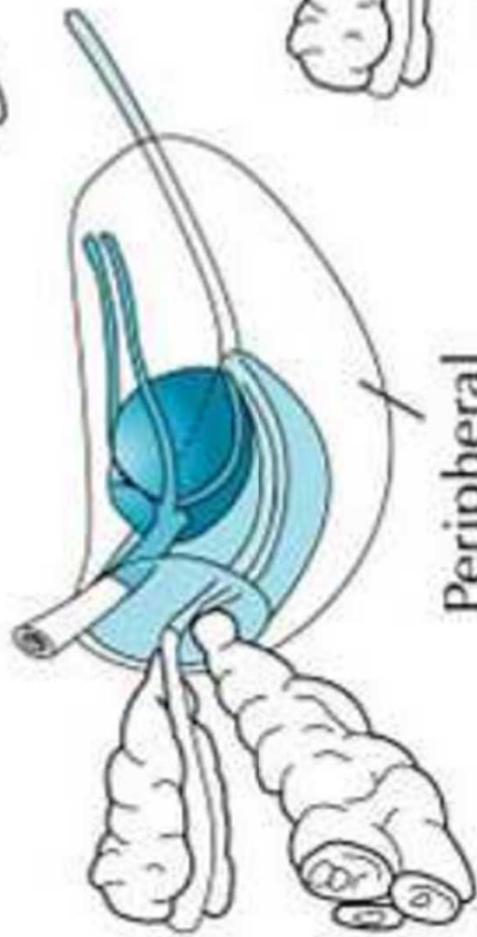
Central zone



Anterior fibromuscular stroma



Peripheral zone



# **SIGNIFICATO CLINICO DELL'ANATOMIA ZONALE**

I **carcinomi** della prostata si sviluppano:

- il 70% nella zona periferica della ghiandola
- il 10-20% nella zona di transizione
- il 5-10% nella zona centrale

**L'iperplasia prostatica benigna (IPB)** si sviluppa

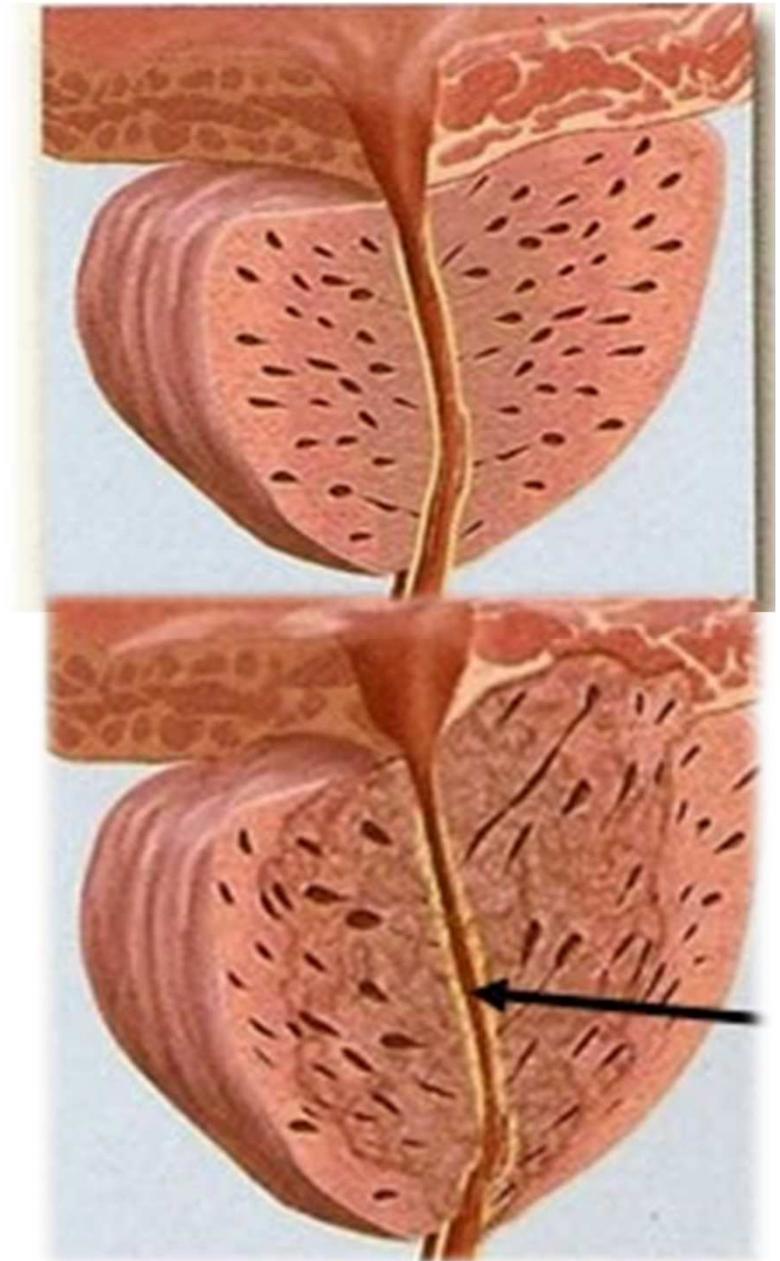
- soltanto dalle ghiandole della zona di transizione

- Qualsiasi patologia prostatica può comportare disturbi a carico della minzione per la sede al di sotto del collo vescicale o a carico dell'eiaculazione per i rapporti che contrae con l'asse eiaculatorio.
- Qualsiasi situazione di congestione pelvica, ripercuotendosi sul sistema venoso periprostatico, influenzerà la ghiandola.
- Qualsiasi patologia infiammatoria a carico della prostata può interessare l'uretra la cui porzione prossimale attraversa la ghiandola di cui è parte integrante e viceversa.
- L'imponente vascolarizzazione della ghiandola giustifica le abbondanti ematurie spontanee, in corso di patologia prostatica, o provocate da manovre sul tratto urogenitale.
- L'esplorazione rettale, pur rappresentando il cardine fondamentale della semeiotica clinica urologica, non riesce ad esaminare la ghiandola nella sua totalità

# IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Anatomicamente si verifica un incremento della zona di transizione determinante compressione sulla zona centrale e periferica.

Anche l'uretra prostatica risulta compressa, in casi estremi quasi schiacciata dall'incremento della zona di transizione ed è responsabile della sintomatologia ostruttiva urinaria nell'IPB.

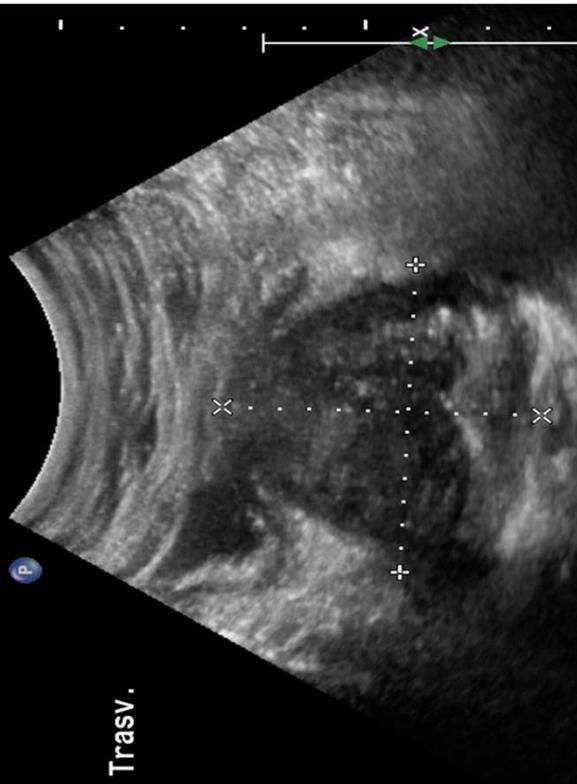


FR 33Hz  
Ris./Vel.

2D

66%  
C 48  
P Bassa  
AGen

Trasv.

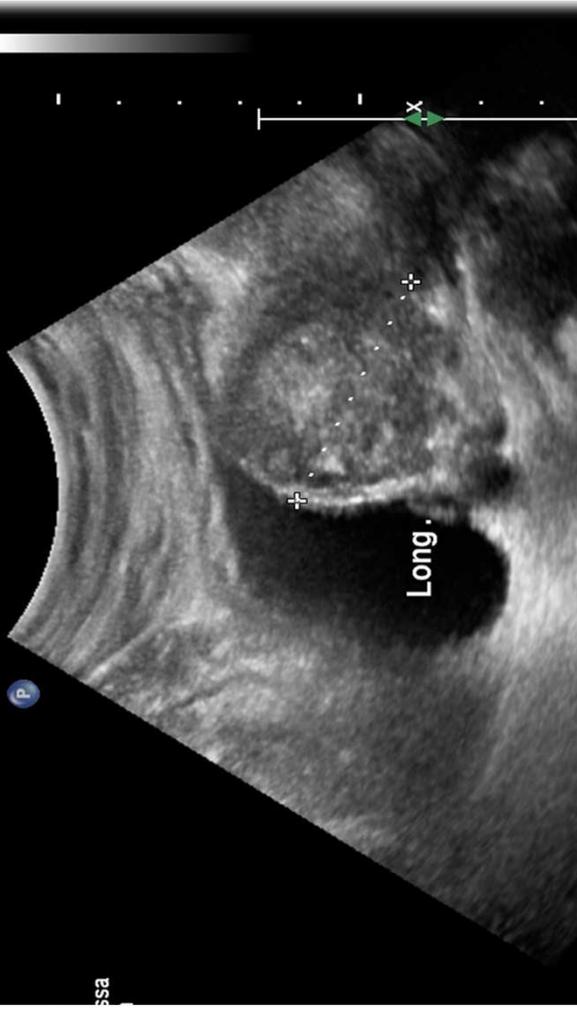


33Hz  
/el.

P

ssa

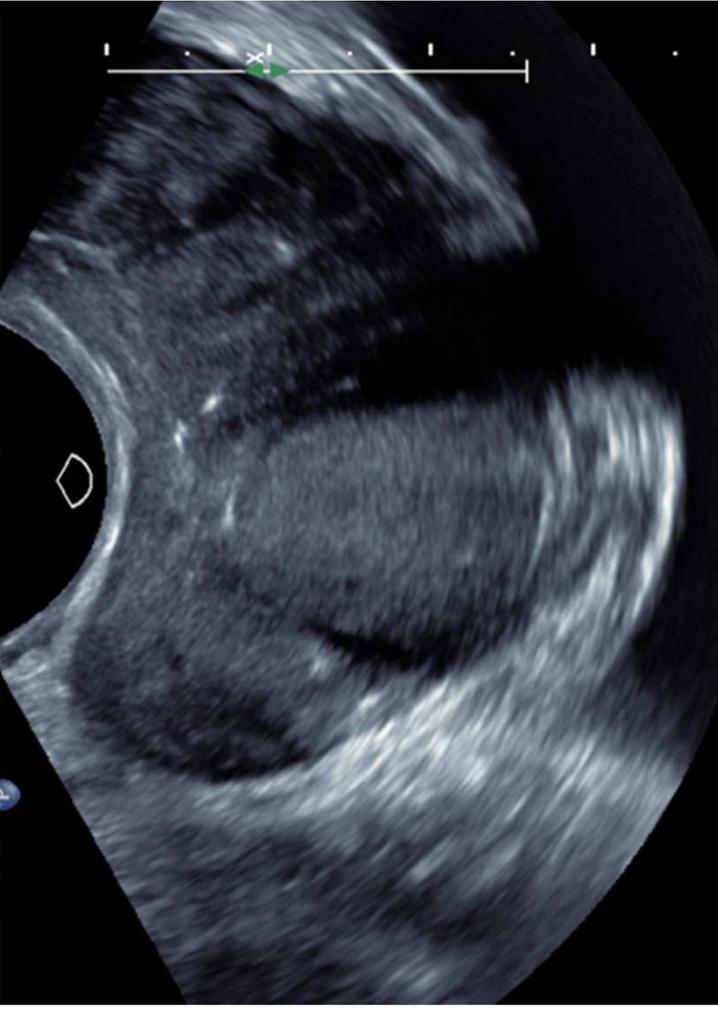
Long.



2D

59%  
C 63  
P Alta  
ARis

Trasv.

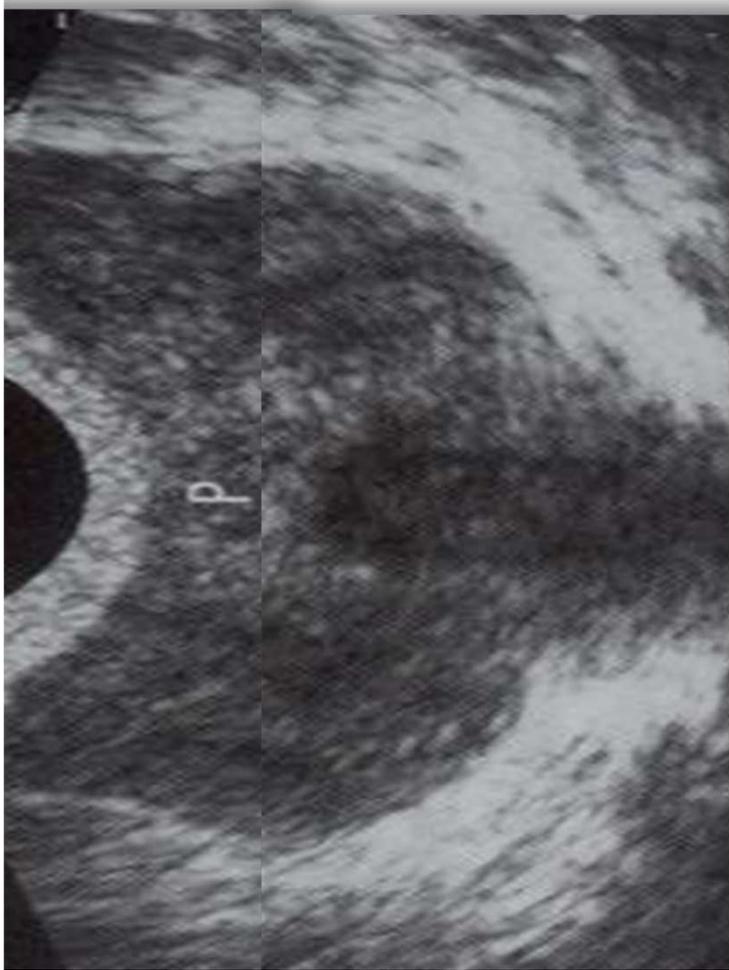
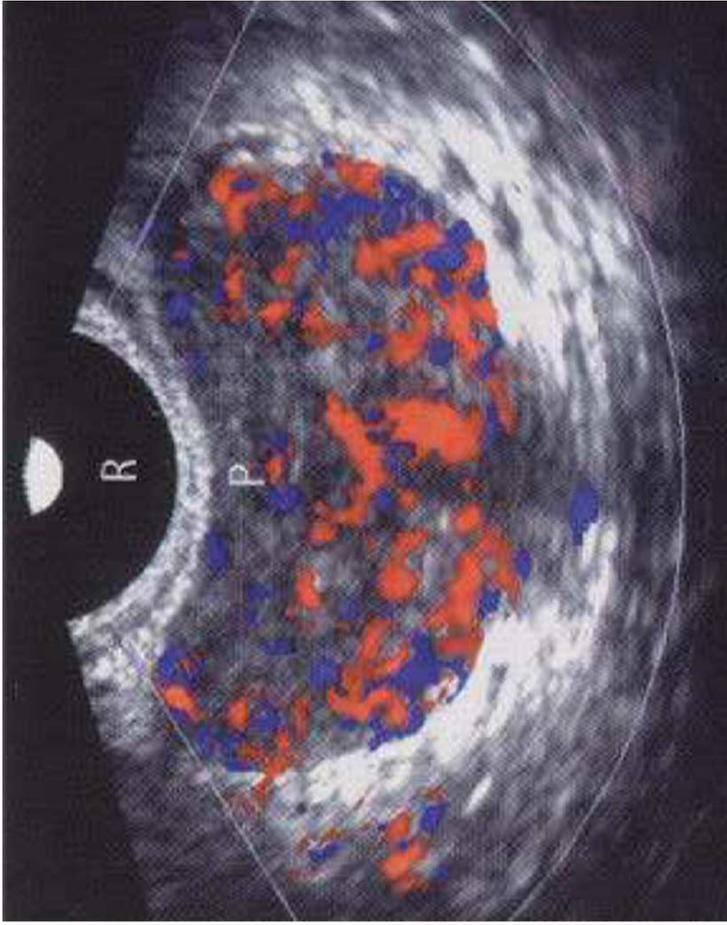


# PROSTATITI

Le prostatiti sono molto frequenti in età giovanile; possono avere un andamento acuto o cronico ed essere dovute a cause diverse.

Le prostatiti possono essere batteriche (in genere Gram negativi) o non batteriche, a seconda della presenza o meno di batteri nello sperma.

Lo studio ecografico viene eseguito per via sovrapubica (ecostruttura ipoecogena della ghiandola con accentuazione della vascolarizzazione); nel sospetto di complicanze, quali la presenza di raccolte ascessuali intra-ghiandolari, è utile lo studio trans-rettale.

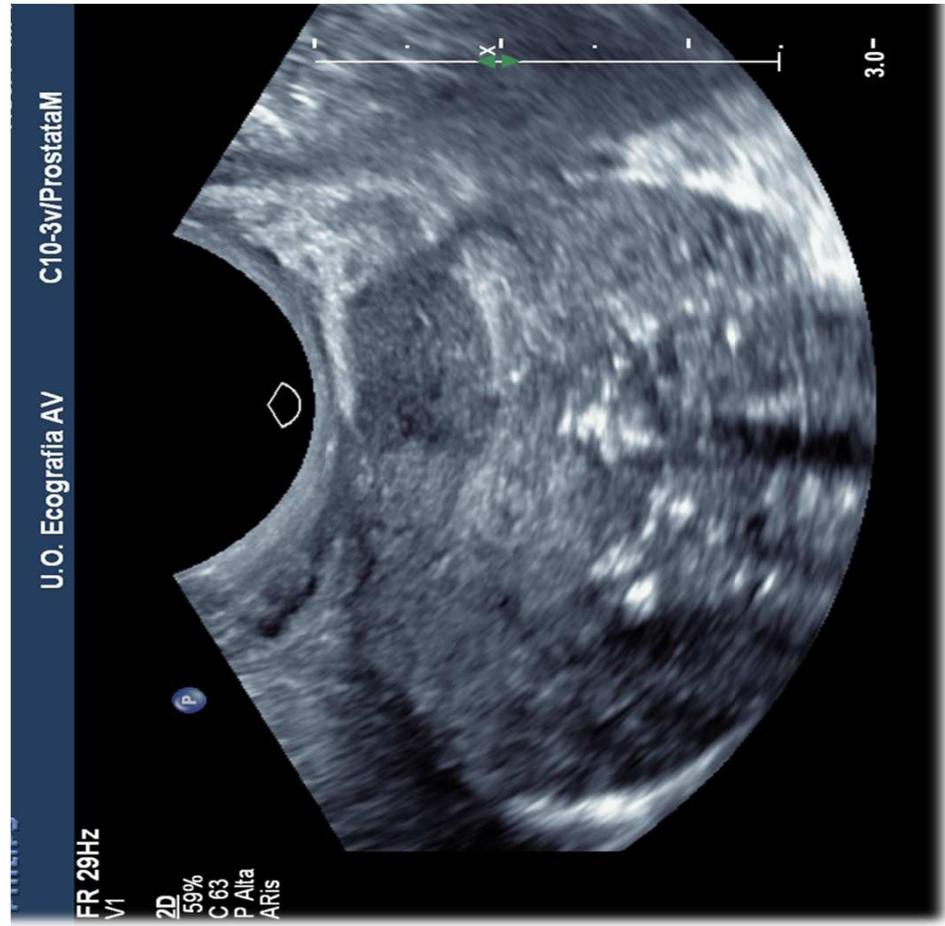
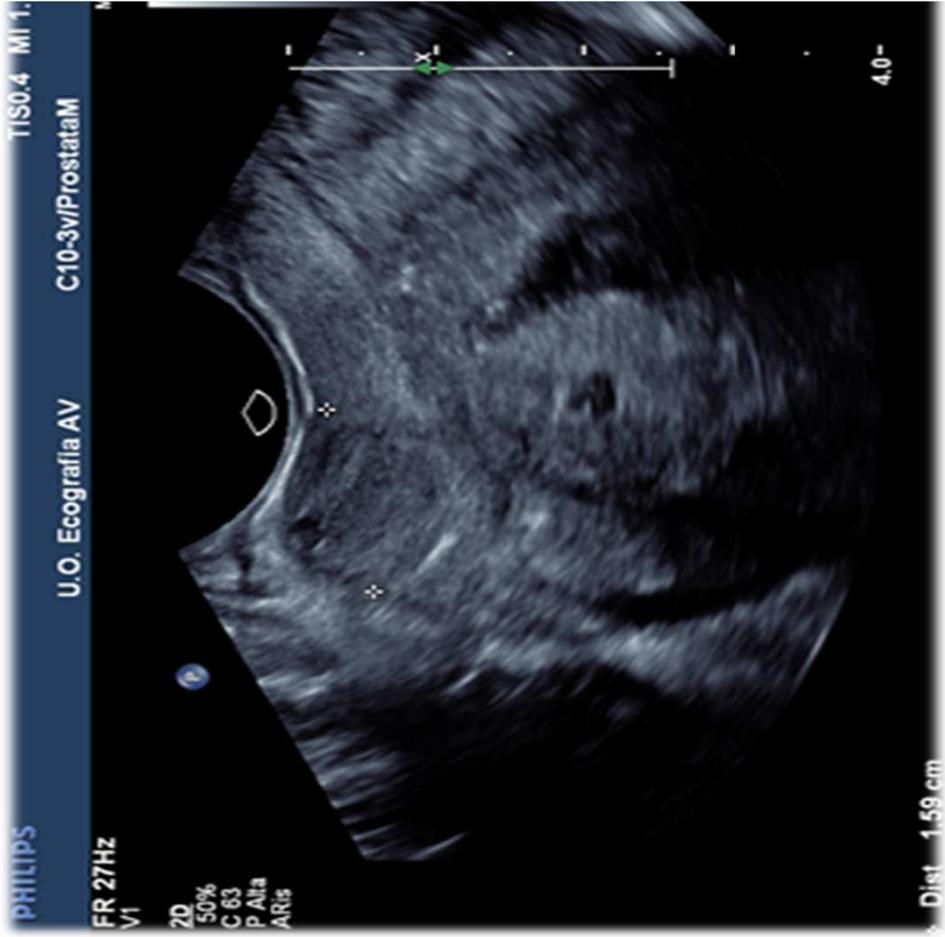


# CARCINOMA

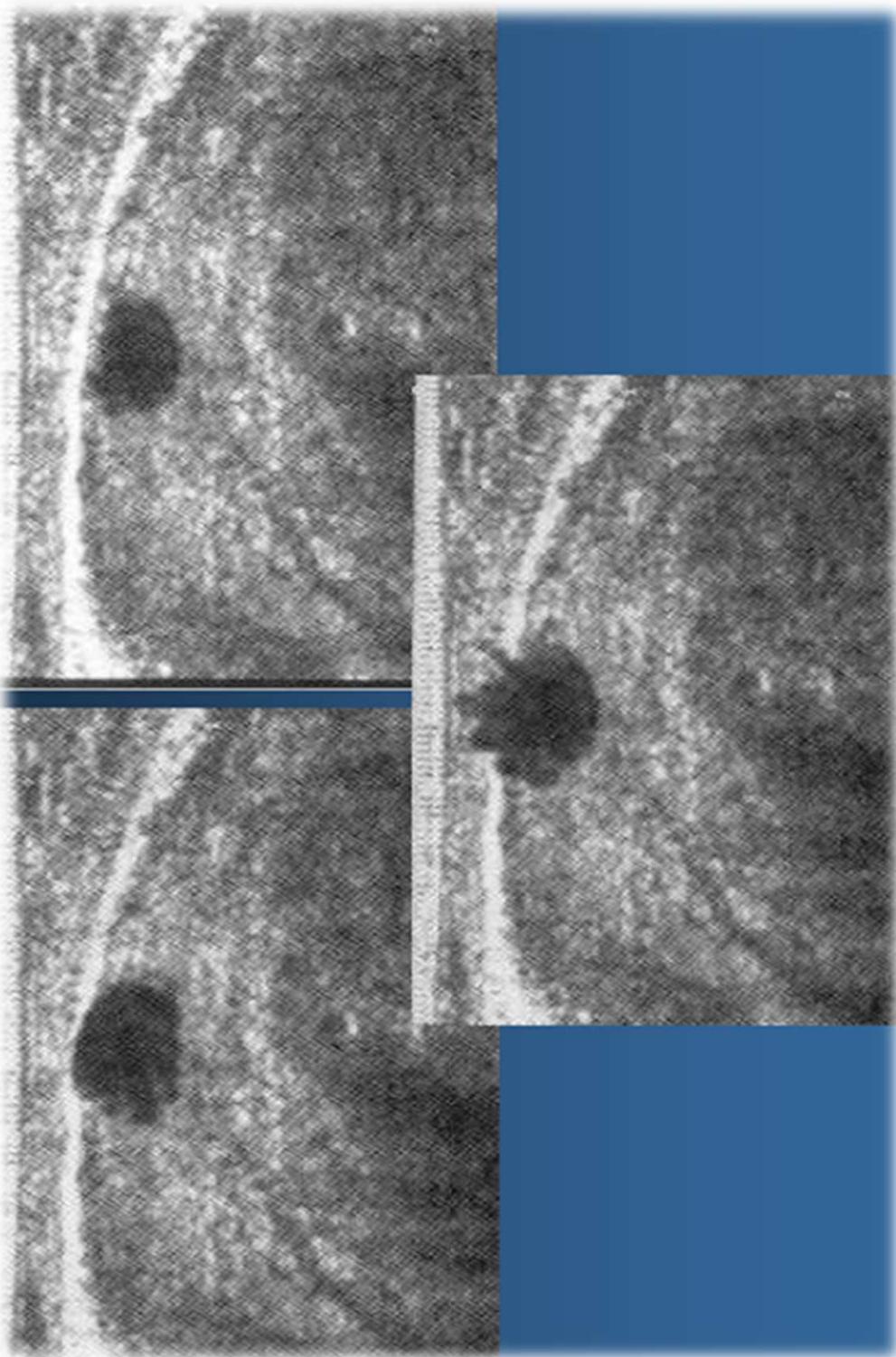
La sensibilità dell'ecografia prostatica transrettale nel rilevare il nodulo neoplastico è assai elevata, tanto che è di comune riscontro il carcinoma di piccole dimensioni, inferiore al centimetro, spesso clinicamente non apprezzabile.

L'ecografia transrettale è la metodica elettiva per la diagnosi di carcinoma prostatico e si presentano come aree ipoecogene rispetto alla restante struttura della ghiandola. Nel 25-30% hanno una struttura isoecogena e quindi non evidenziabili.

L'ecografia transrettale è importante nella stadiazione locale in quanto può riconoscere i segni di infiltrazione della capsula ed una diffusione extraghiandolare della neoplasia.

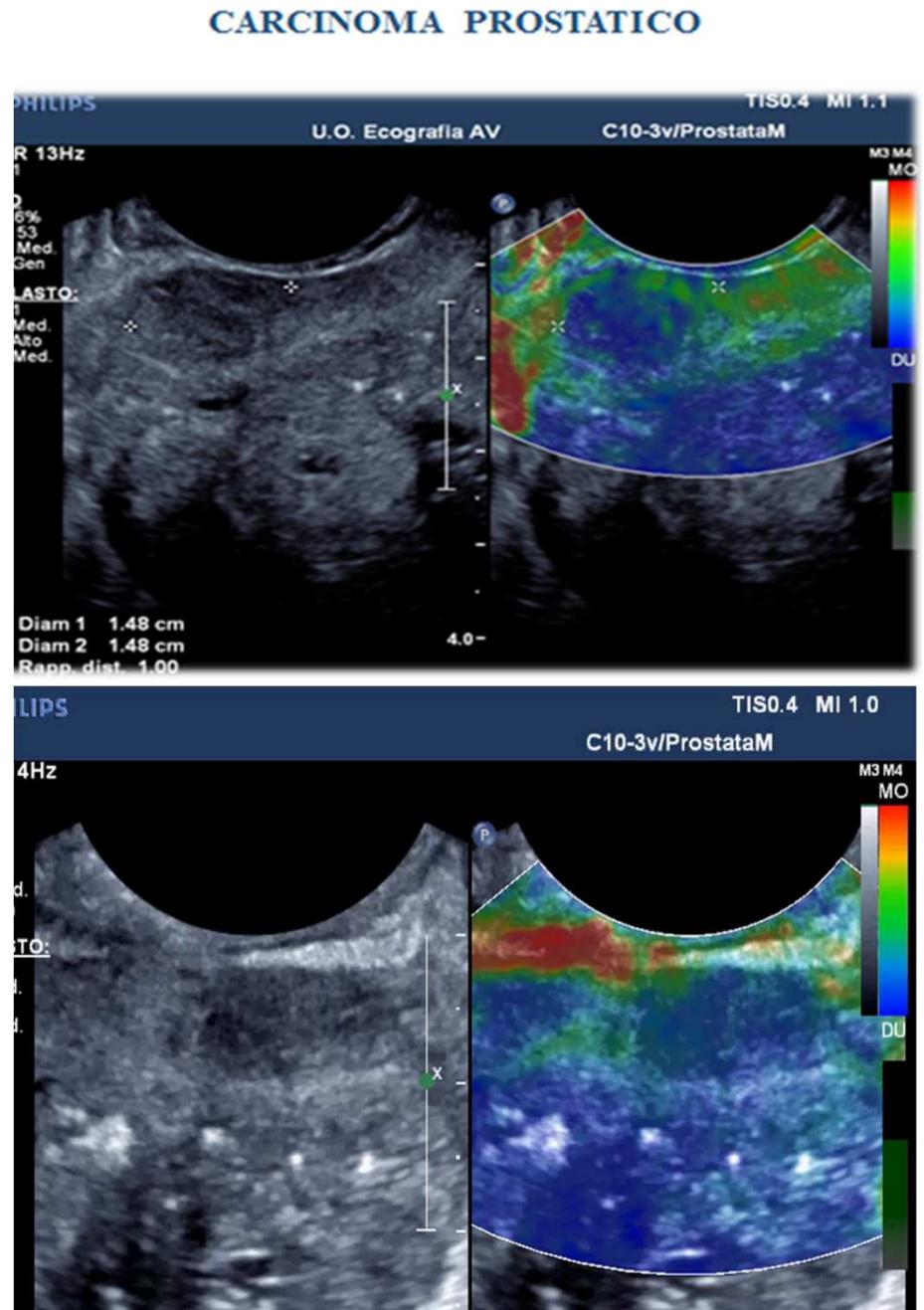






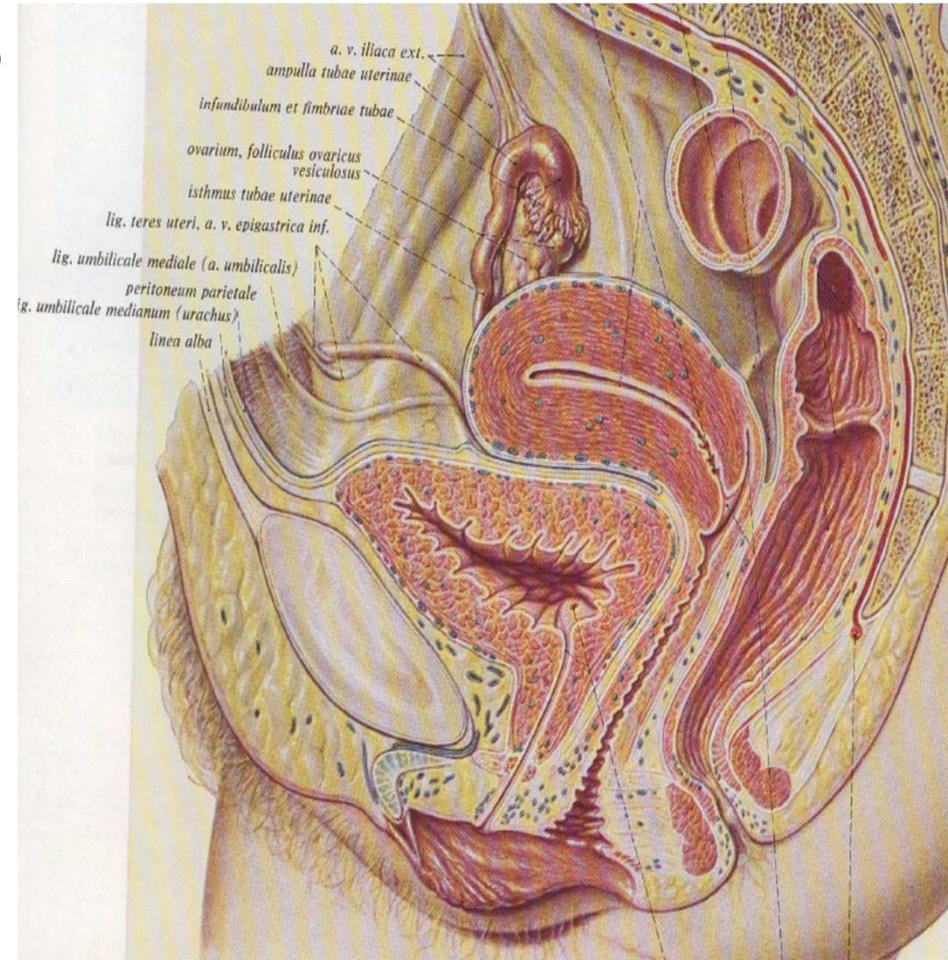
La rigidità del carcinoma rispetto al tessuto sano e la sede periferica permettono di integrare lo studio transrettale della prostata con la **Elastosonografia.**

Tale tecnica identifica con maggiore sensibilità le aree sospette che necessitano di biopsia, limitando pertanto il numero di prelievi bioptici necessari alla diagnosi, con conseguente riduzione della morbilità.



# La Pelvi Femminile

- **Utero e Vagina** che si uniscono dorsalmente
- **Spazio di Douglas** tra utero e retto
- **Ovaie** (posizione variabile)



# ECOGRAFIA APPARATO FEMMINILE

- Lo studio ecografico avviene:
  - per ***via transaddominale*** è il primo approccio diagnostico per lo studio dell'apparato genitale femminile;
  - con ***sonda endovaginale*** consente di superare alcuni ostacoli quali la costituzione fisica robusta, la presenza di retroversione uterina e la necessità di una adeguata preparazione;
  - con ***sonda transrettale*** riservato alla valutazione delle neoplasie del collo dell'utero o della cupola vaginale in paziente isterectomizzate per neoplasia ginecologica.

# UTERO

## ESAME SOVRA-ADDOMINALE

### scansioni longitudinali mediane

- struttura piriforme di ecogenicità medio-bassa,
- situata posteriormente alla vescica
- relativamente alla vagina (antiversione –retroversione).

Sono ben distinguibili:

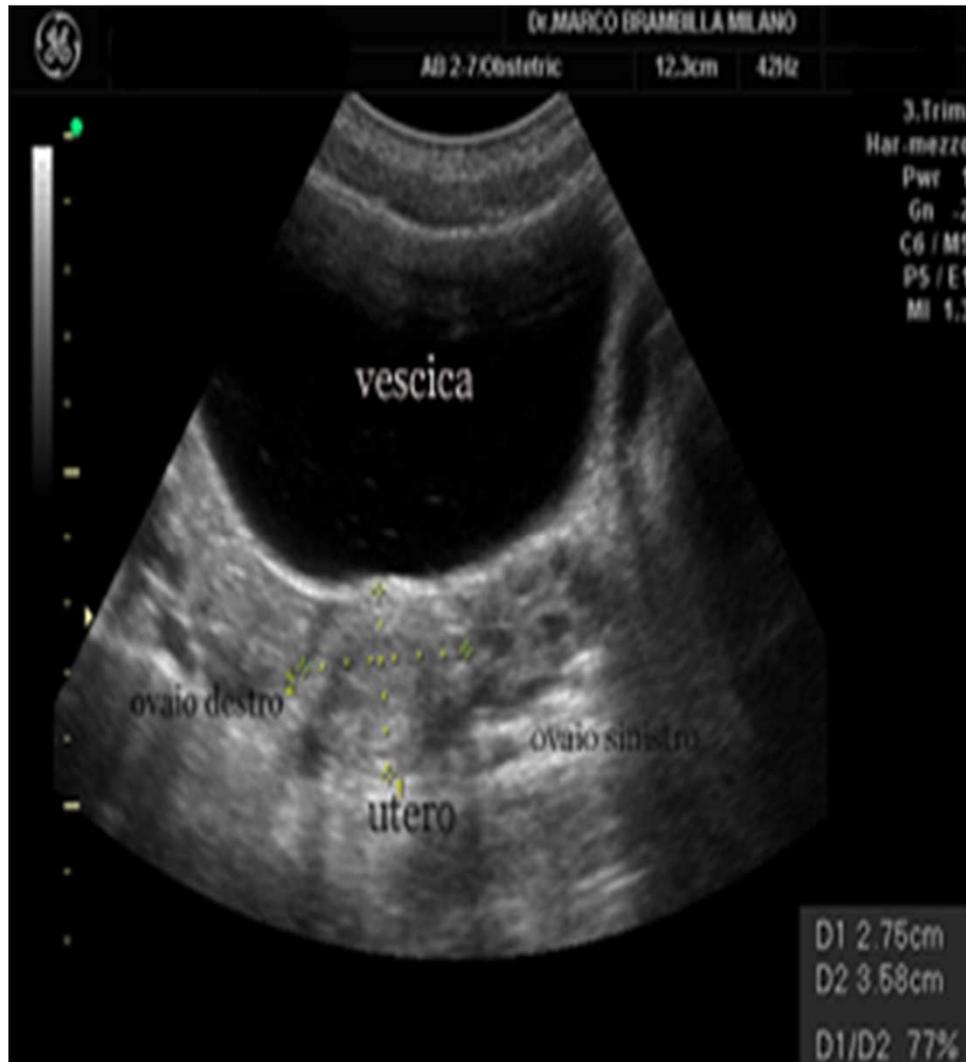
- il **fondo**, cioè la parte tondeggiante situata superiormente agli osti tubarici,
- il **corpo** che fa seguito fino all'orifizio uterino interno
- il **collo (o cervice)** che si estende fino all'orifizio esterno.

### scansioni trasversali

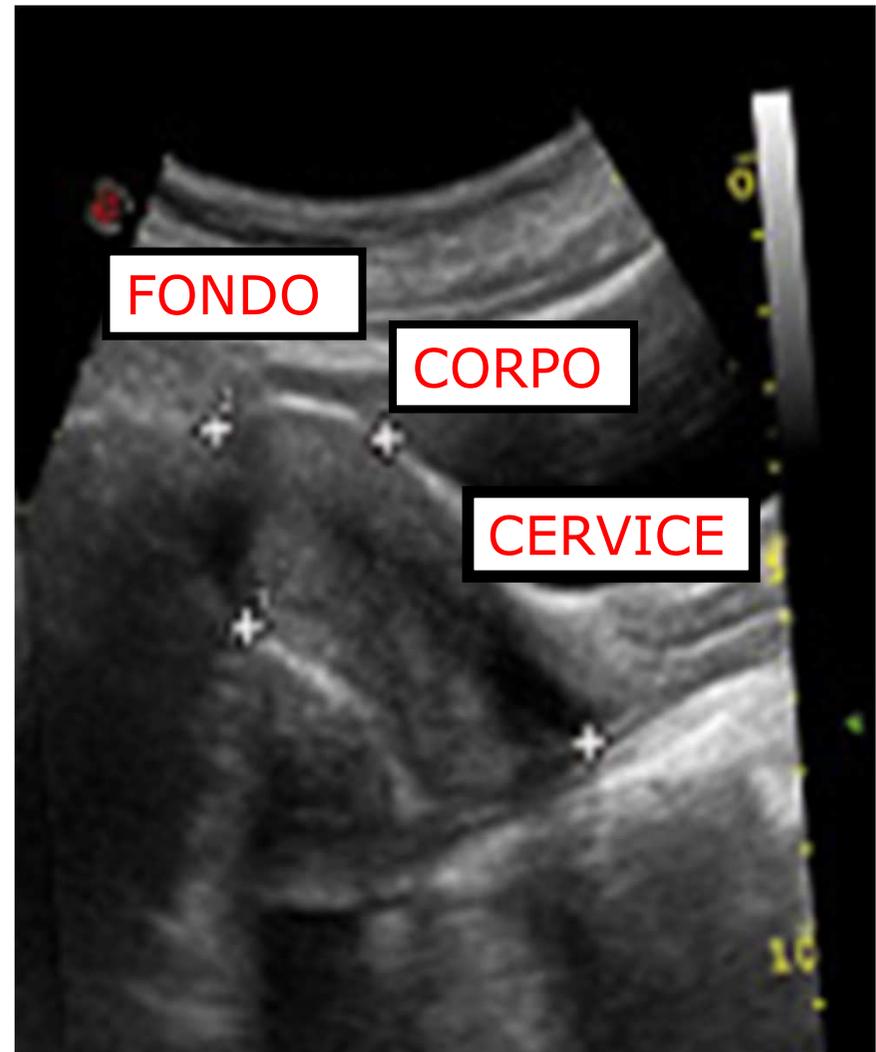
posizione dell'utero relativamente alla linea mediana ed alle ovaie.

# UTERO

## SCANSIONE TRASVERSALE



## SCANSIONE LONGITUDINALE



# UTERO

**Le dimensioni** nella donna adulta:

- diametro cervico-fundico di circa 7 cm,
- diametro trasverso di circa 5 cm,
- diametro anteroposteriore di 4 cm.

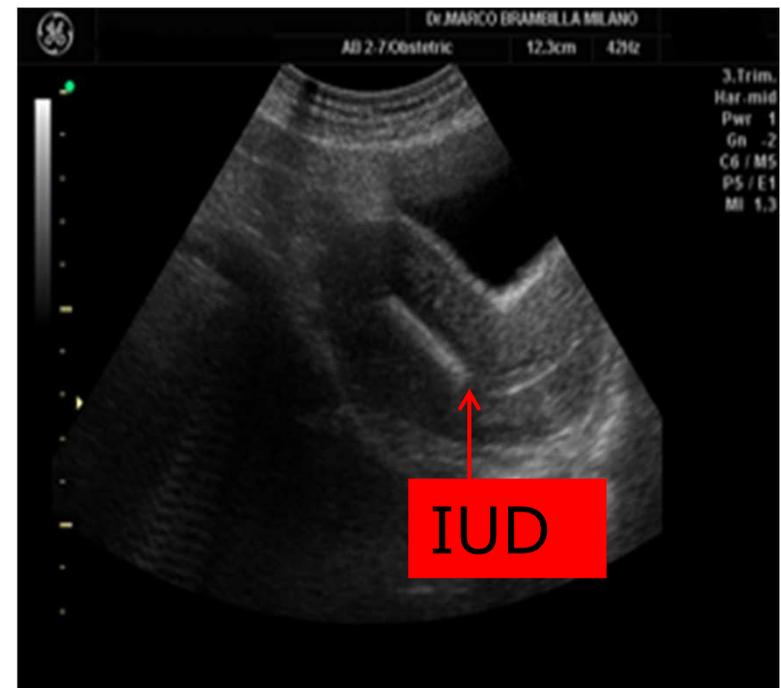
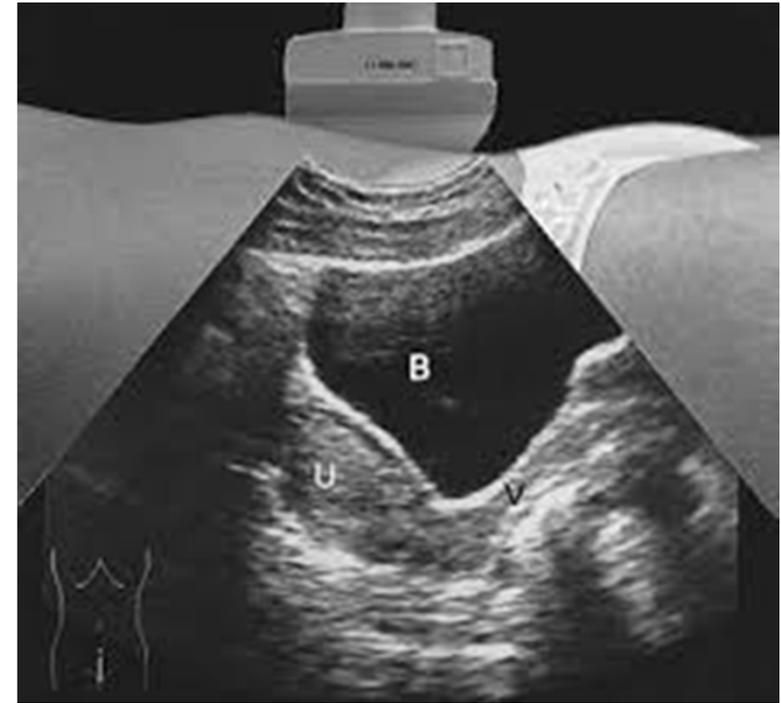
**La cavità endometriale:**

linea centrale di ecogenicità  
variabile a seconda della fase del  
ciclo mestruale

**IUD** : linea iperecogena.

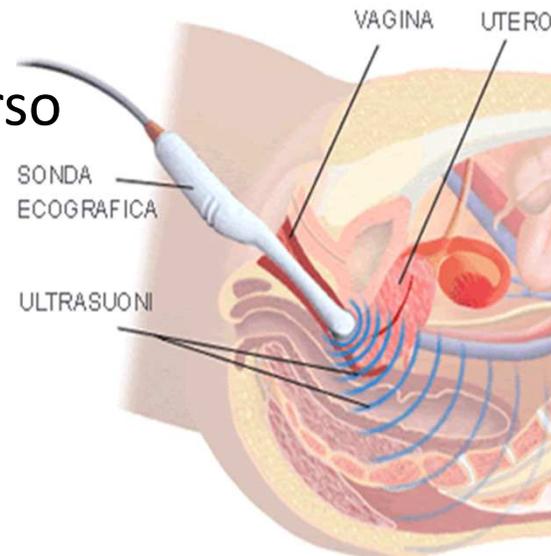
**Il miometrio :**

struttura omogeneamente ipoecogena



# UTERO

**Ecografia transvaginale,** anche nell'utero retroverso permette una migliore definizione dell'ecostruttura del miometro e della cavità endometriale.



Collo uterino **“cisti di Naboth”** dovute ad accumulo di secrezione delle ghiandole cervicali, spesso legate a fenomeni di flogosi croniche.



# FASE RIPOSO

# FASE PROLIFERATIVA

# FASE MESTRUALE



# OVAIE

- Forma

pressochè paragonabili ad una mandorla.

- Sede

è molto variabile in genere adiacente al fondo uterino; un buon punto di repere delle ovaie è rappresentato dai vasi iliaci. Quando le ovaie sono in sede inconsuete o le condizioni di esame sono sfavorevoli risulta utile lo studio per via transvaginale.

- Dimensioni

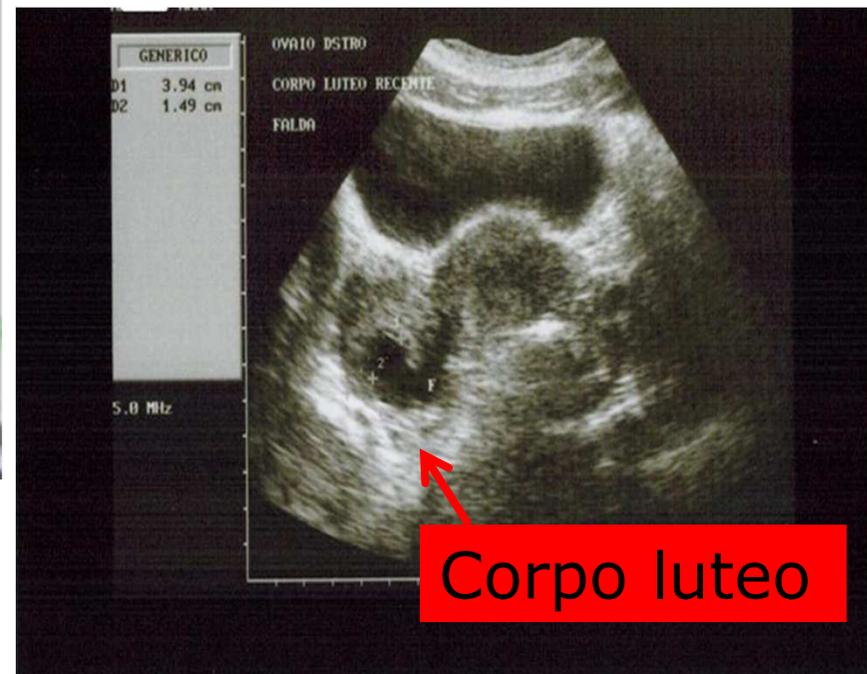
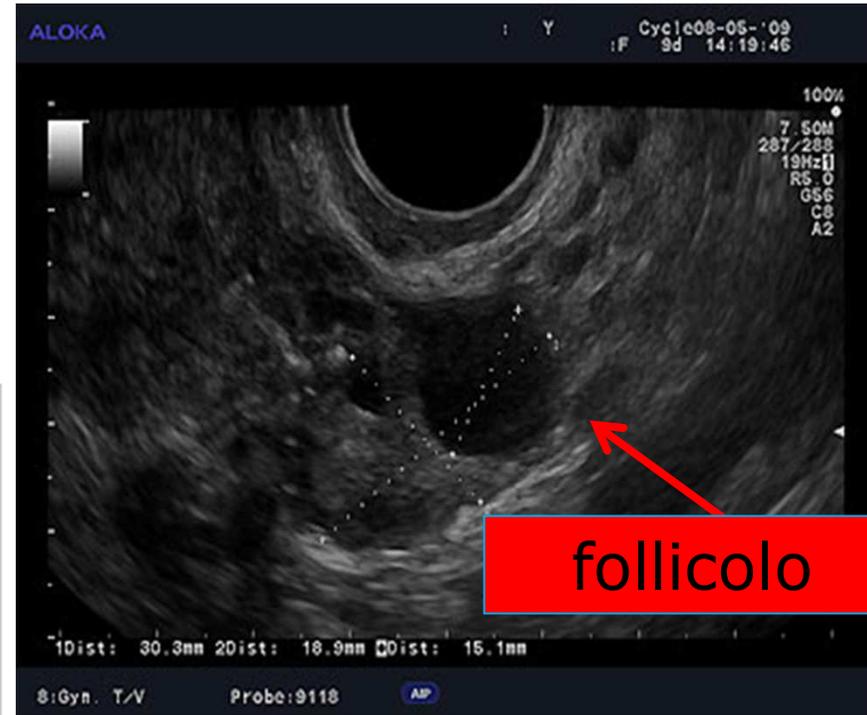
distanza lungo l'asse maggiore (non superiore ai 3 cm); in situazioni di disendocrine dell'età peripuberale o dell'età adulta( infertilità) formula ellissoide (v.n. fino a 8,0 cc.)

## MODIFICAZIONI FUNZIONALI OVARICHE DURANTE IL CICLO

**Nei primi giorni del ciclo** nel contesto delle ovaie si riconoscono piccole strutture follicolari;

tra questi uno presenta sviluppo preponderante ed arriverà a maturazione (**follicolo dominante**) raggiungendo un diametro medio di 20 mm.

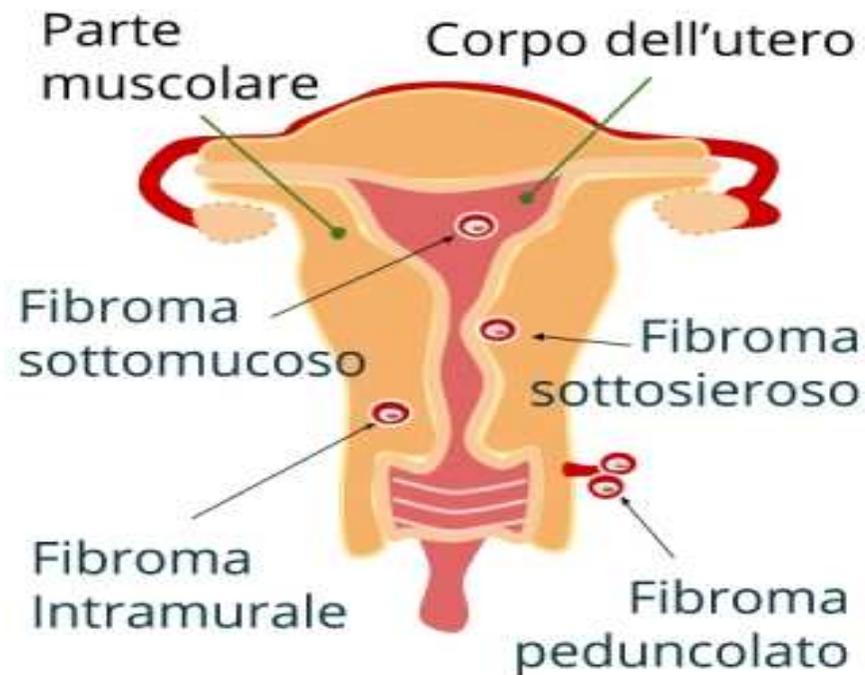
Dopo lo scoppio del follicolo la cavità collabisce e viene parzialmente occupata da materiale ematico dando luogo al **corpo luteo** visibile come area ipoecogena sfumata.



# MIOMETRO

- I caratteri del miometrio devono essere analizzati e descritti in termini di omogeneità o disomogeneità, specificando la presenza di eventuali alterazioni focali o neoformazioni miometriali.

## Fibroma uterino: caratteristiche e tipologie

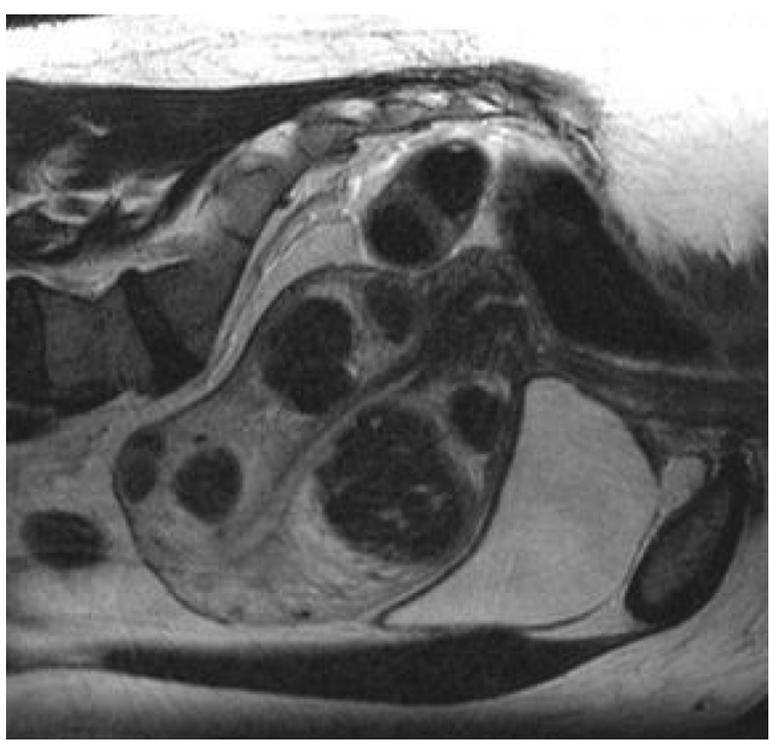
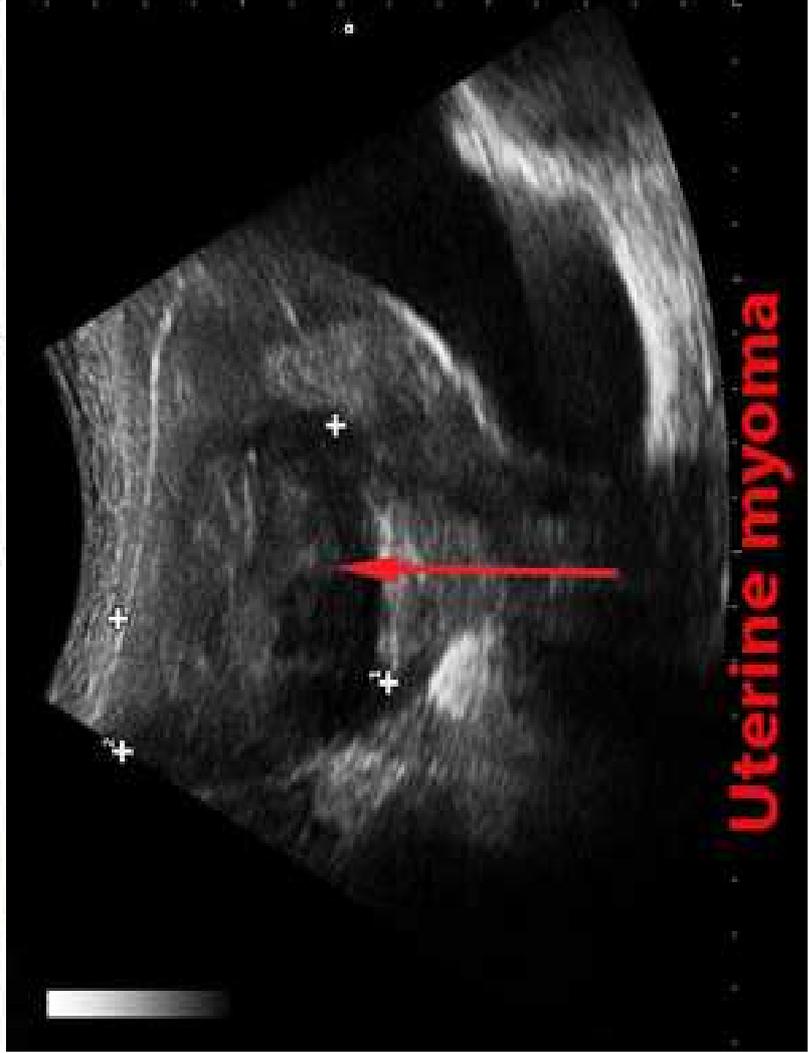
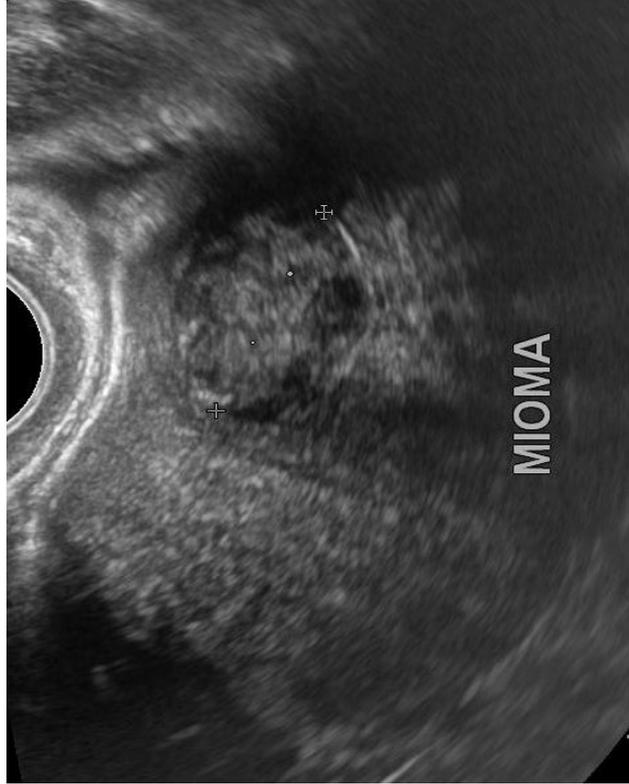
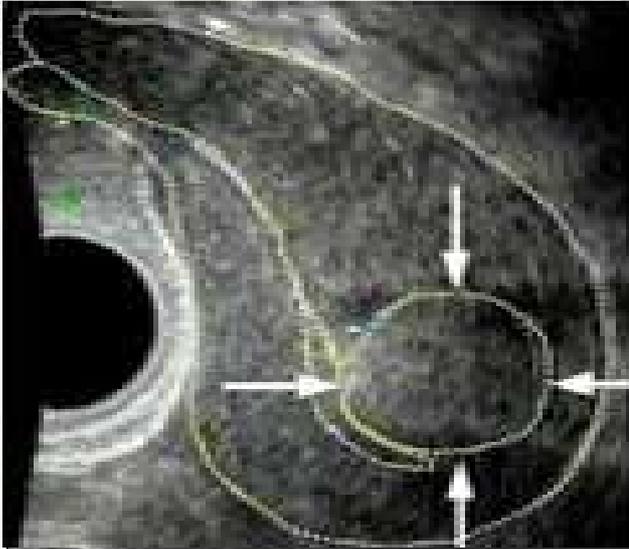
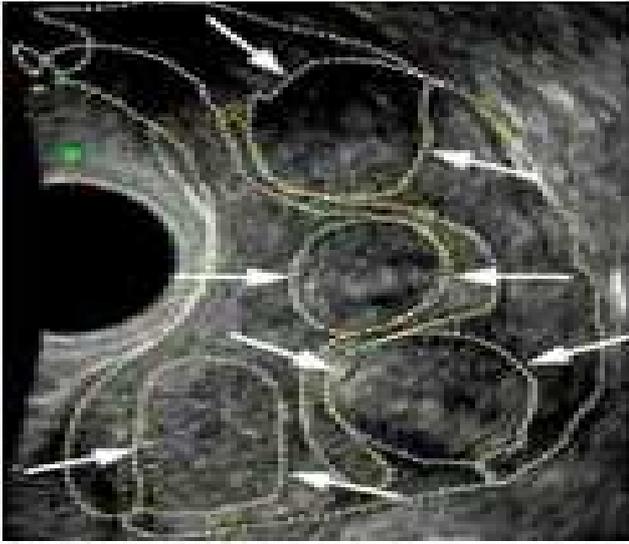


**Fibroma sottomucoso**: si sviluppa nella parte interna nel corpo dell'utero

**Fibroma sottosieroso**: si sviluppa nella parte esterna al corpo e gli dà una forma irregolare

**Fibroma intramurale**: si sviluppa nella parte muscolare dell'utero

**Fibroma peduncolato**: è legato all'utero da peduncoli.



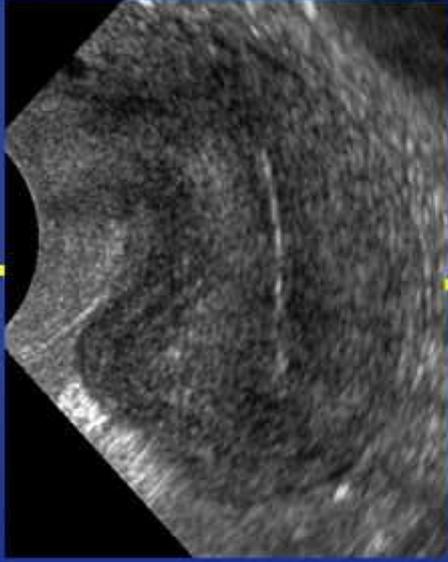
# ENDOMETRIO

**Lo spessore e l'ecostruttura** devono essere confrontati

- in età fertile con la fase del ciclo in cui viene eseguito l'esame
- in età peri- e post-menopausale con l'età e con l'eventuale assunzione di terapie ormonali sostitutive.

La presenza o la sospetta presenza di **neoformazioni endocavitari** deve essere segnalata, possibilmente definendone la sede, i caratteri, e le dimensioni.

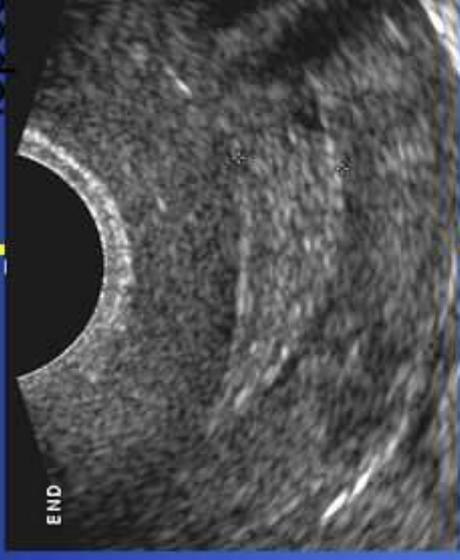
Ecografia:  
endometrio  $\leq 5$   
mm



Atrofia endometrio nessuna  
altra indagine

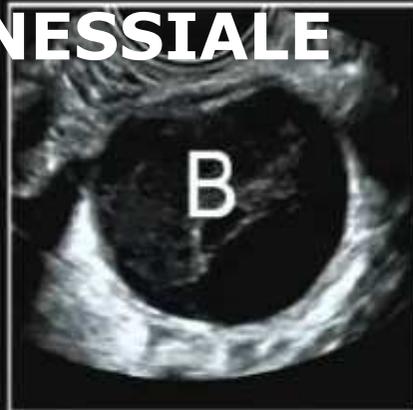
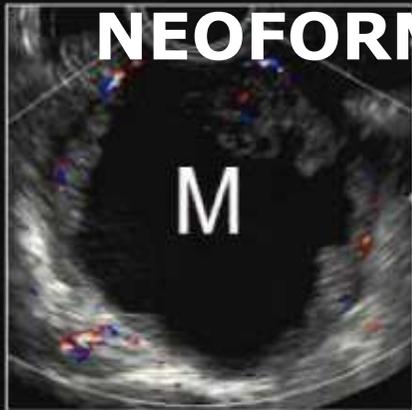
metrorragia

Ecografia:  
endometrio  
ispessito

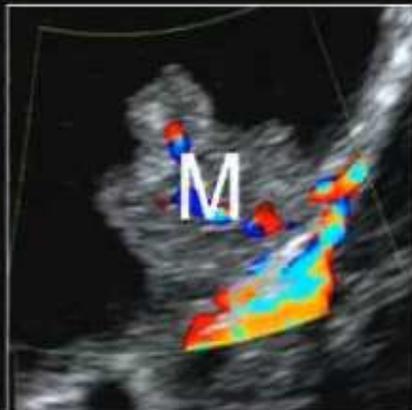
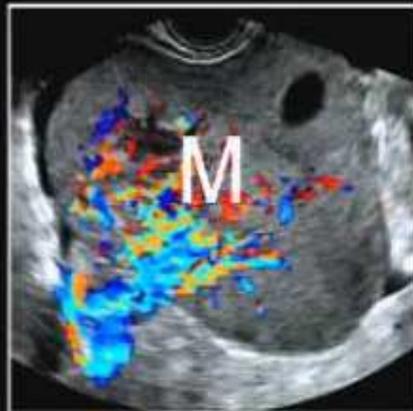


Isteroscopia, biopsia

# NEOFORMAZIONE ANNESSIALE



BENIGNO?  
MALIGNO?



# Neoformazioni annessiali

## ➤ Le dimensioni

## ➤ I caratteri morfologici e strutturali

- ecostruttura parietale
- ecostruttura del contenuto ( setti sottili o spessi, vegetazioni, predominanza della componente solida)
- vascolarizzazione

## **CRITERI ECOGRAFICI DI CLASSIFICAZIONE DELLE MASSE OVARICHE**

<b>CLASSIFICAZIONE</b>	<b>RILIEVI MORFOLOGICI</b>	<b>DEFINIZIONE</b>
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ø &lt;5 cm</li><li>- pareti sottili e lisce</li><li>- contenuto anecogeno, assenza di formazioni aggettanti in cavità</li><li>- assenza di setti o &lt;3 setti sottili</li><li>- assenza di falda liquida nel Douglas</li></ul>	<b>probabilmente benigna</b>
<b>II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ø 5-10 cm</li><li>- pareti lisce, regolari ma spesse</li><li>- contenuto liquidi ipoecogeno o solido omogeneo</li><li>- &gt;3 setti sottili e regolari o setti spessi e regolari</li><li>- assenza di falda liquida nel Douglas</li><li>- assenza di vegetazioni aggettanti in cavità</li></ul>	<b>dubbia</b>
<b>III</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pareti spesse</li><li>- 3 setti setti spessi e/o irregolari e/o vascolarizzati</li><li>- falda liquida nel Douglas</li><li>- vegetazioni aggettanti in cavità</li></ul>	<b>probabilmente maligna</b>

AZIENDA OSPEDALIERA S. MOSCATI AVELLINO  
UNITA' OPERATIVA ECOGRAFIA

