

Συστροφή ινώματος ωοθήκης. Περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με συστραφέν ινώμα ωοθήκης. Ασθενής εμμηνοπαυσιακής ηλικίας με αναφερόμενο ιστορικό ινομώματος στη μήτρα προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς επώδυνης πυελικής μάζας με προέλευση πιθανότατα από το δεξιό εξάρτημα. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η διάγνωση της συστραφείσας εξαρτηματικής μάζας και εκτελέστηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ινωμάτων της ωοθήκης, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.



Λέξεις ευρητηρίου: ινώμα ωοθήκης, συστρόφη, διάγνωση, αντιμετώπιση



Παραπομπή

I. Κ. Θανασάς. Συστροφή ινώματος ωοθήκης. Περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2017; 22(3): 293-301

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι γεννητικής ταινίας - ωοθηκικού υποστρώματος προέρχονται από τα αναπόσπαστα συστατικά της αναπτυσσόμενης γονάδας και συγκεκριμένα, από τις αρχέγονες γεννητικές ταινίες ή το εξειδικευμένο υπόστρωμα της ωοθήκης. Οι όγκοι γεννητικής ταινίας - ωοθηκικού υποστρώματος δεν είναι σπάνιοι. Εκτιμάται

ότι αφορούν περίπου στο 8% του συνόλου των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων της ωοθήκης. Τα πιο συχνά ωοθηκικά νεοπλάσματα γεννητικής ταινίας - στρώματος είναι τα θηκώματα, τα ινώματα και οι κοκκιοκυτταρικοί όγκοι. Τα ανδροβλαστώματα, τα γυνανδροβλαστώματα και τα υπόλοιπα νεοπλάσματα της ομάδας είναι πιο σπάνια [1].

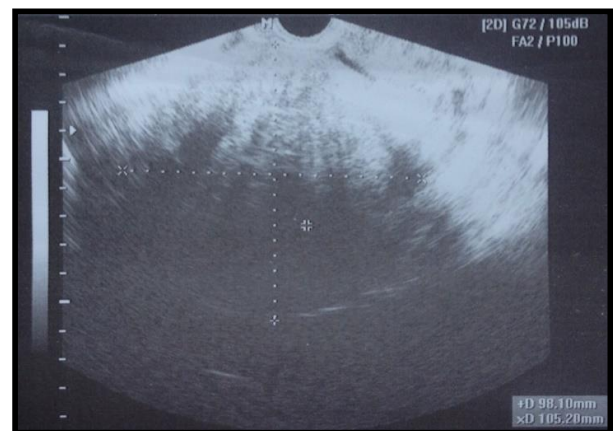
Ινώματα στις ωοθήκες περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τους Young και Scully το 1983 [2]. Τα ινώματα των ωοθηκών είναι οι πιο συχνοί συμπαγείς όγκοι από τις ωοθήκες (1% - 4%) και συνήθως εμφανίζονται σε γυναίκες μέσης ηλικίας [3]. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη. Συχνά διαγιγνώσκονται λανθασμένα σαν λειομύωματα της μήτρας, λόγω τη ίδιας παθολογίας, των ίδιων επιπλοκών και των παρόμοιων κλινικών και υπερηχογραφικών ευρημάτων [4,5]. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να διαγνωσθούν λανθασμένα σαν κακοήθεις ωοθηκικοί όγκοι, επειδή συνοδεύονται από ασκίτη και αυξημένα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 (Ca125) στον ορό του αίματος [6]. Τα ινώματα των ωοθηκών εμφανίζονται σε ηλικίες μεταξύ 20 και 65 έτη, με μέση ηλικία εμφάνισης ανάμεσα στην πέμπτη και την έκτη δεκαετία της ζωής [7,8]. Ένα ωοθηκικό ίνωμα μπορεί να εμφανισθεί αμφοτερόπλευρα στο 4% - 8% των περιπτώσεων, μπορεί να είναι πολυλοβοτό στο 10% των ασθενών [9], ειδικά στο σύνδρομο Gorlin [10,11], ή μπορεί να σχετίζεται με πλευριτική συλλογή και ασκίτη, όπως συμβαίνει στο σύνδρομο Meigs [12,13].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ινωμάτων της ωοθήκης, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή εμμηνοπαυσιακής ηλικίας 52 ετών

η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενη κοιλιακό άλγος αιφνίδιας έναρξης από εικοσιτετράωρου περίπου, συνοδευόμενο από επεισόδια εμέτων και πυρετική κίνηση (μέχρι 38.2° C) τις τελευταίες ώρες. Ο πόνος εντοπιζόταν στην κάτω κοιλία και κυρίως στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε γνωστό ινομύωμα της μήτρας το οποίο διαγνώσθηκε για πρώτη φορά προ δεκαετίας. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη επώδυνης πυελικής μάζας στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος. Με βάση το αναφερόμενο ιστορικό ινομώματος της μήτρας και την κλινική υποψία παρουσίας εξαρτηματικής μάζας η ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα δεν ήταν ιδιαίτερα διαγνωστικό. Η διακολπική υπερηχογραφική εξέταση έδειξε μια συμπαγή, διακριτή, ηχογενή μάζα που καταλάμβανε την ανατομική θέση της δεξιάς ωοθήκης, χωρίς παρουσία χωροκατακτητικής βλάβης από την περιοχή του σώματος της μήτρας (εικόνα 1).



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση συστραφέντος ινωμάτων της ωοθήκης (δική μας περίπτωση).



Εικόνα 2. CT απεικόνιση συστραφέντος ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση).

Η αξονική τομογραφία (εικόνα 2) επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη μισχωτού υπορογόνιου ινομώματος της μήτρας. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 29.3%, Hb 9.9 gr/dl, PLT 236x10³/ml, WBC 13.94x10³/ml, NEUT 81%, CRP (C - αντιδρώσα ποσοτική πρωτεΐνη) 23.06 mg/dl. Ο πηκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.



Εικόνα 3. Διεγχειρητική απεικόνιση συστραφέντος ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση).



Εικόνα 4. Χειρουργικό παρασκεύασμα συστραφέντος ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση).

Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου, αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με λαπαροτομία. Διεγχειρητικά (εικόνα 3), μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου με μέση κάθετη υπομφάλια τομή διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς ωθηκικής μάζας η οποία δεν ήταν συμφυόμενη με τους παρακείμενους ιστούς, είχε σημεία ολοκληρωτικής νέκρωσης και μέγιστη διάμετρο περίπου 10 εκατοστά (εικόνα 4). Εκτελέσθηκε ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτημεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωθήκης (εικόνα 5). Η κυτταρολογική εξέταση του εκπλύματος της περιτοναϊκής κοιλότητας ήταν αρνητική για κακοήθεια. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.



Εικόνα 5. Ιστολογική εικόνα ινώματος της ωοθήκης (δική μας περίπτωση). Είναι εμφανής η παρουσία ατρακτόμορφων κυττάρων τα οποία είναι διατεταγμένα σε δεσμιδωτό και στροβιλοειδές πρότυπο ανάπτυξης με ήπια υαλοειδοποίηση στρώματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κλινική διάγνωση των ινωμάτων της ωοθήκης συνήθως δεν είναι εύκολη. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο στις περισσότερες των περιπτώσεων τα ωοθηκικά ινώματα είναι δυνατόν να εκθλιφθούν σαν λειομύωματα της μήτρας (δική μας περίπτωση) ή σαν κακοήθεις όγκοι των ωοθηκών. Τα ινώματα της ωοθήκης προερχόμενα από το ωοθηκικό στρώμα μπορεί να είναι ορμονικά ενεργείς όγκοι και να οδηγήσουν σε προκαρκινικές αλλοιώσεις στο ενδομήτριο [14]. Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και η διάγνωση γίνεται τυχαία, σε μερικές περιπτώσεις τα ινώματα στη μία ή και στις δύο ωοθήκες είναι δυνατόν να εκδηλωθούν με μη ειδικά συμπτώματα, όπως είναι η διόγκωση της κοιλίας, το αίσθημα βάρους στην κοιλιακή χώρα, οι ακαθόριστες κοιλιακές ενοχλήσεις και το κοιλιακό άλγος. Σπανιότερα είναι δυνατόν να εκδηλωθούν δυσουρικά ενοχλήματα [15]. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις (δική μας

περίπτωση) οι όγκοι αυτοί είναι δυνατόν να υποστούν συστροφή και νέκρωση [16]. Η συμπαγής φύση των ωοθηκικών ινωμάτων, η σχέση τους με ασκίτη και πλευριτική συλλογή, η απώλεια βάρους, ο μετεωρισμός της κοιλίας ο οποίος αφορά σε μεγάλους και γρήγορα αυξανόμενους ωοθηκικούς όγκους και τα αυξημένα επίπεδα του Ca125 στον ορό του αίματος που οφείλονται σε ιστική νέκρωση και φλεγμονή χρήζουν περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης, προκειμένου να αποκλεισθεί η κακοήθεια από τις ωοθήκες [17]. Τα κακοήθη ωοθηκικά νεοπλάσματα και τα λειομύωματα της μήτρας αποτελούν τις πιο σημαντικές νοσολογικές οντότητες που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των ινωμάτων της ωοθήκης [18].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των ινωμάτων της ωοθήκης φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό, και ιδιαίτερα το διακοιλιακό υπερηχογράφημα καθώς και η Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση της πυέλου έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες, αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των ινωμάτων της ωοθήκης συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση από άλλους ωοθηκικούς όγκους [19]. Ο Paladini και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης τους διαπίστωσαν ότι τα περισσότερα ινώματα είναι στρογγυλοί, οβάλ ή λοβώδεις στερεοί όγκοι οι οποίοι σχετίζονται με παρουσία υγρού στον δουλγάσειο χώρο. Παρόμοια, δημοσίευσαν ότι είναι απαραίτητο να αποκλεισθεί ο καρκίνος των ωοθηκών σε κάθε περίπτωση που το ίνωμα

σχετίζεται με παρουσία υγρού στον δουλάσειο χώρο ή με ασκίτη και αυξημένα επίπεδα του Ca125 στον ορό του αίματος [20]. Παρόλα αυτά όμως το 2006, ο Daronte και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι σε περίπτωση συστροφής ενός ωθηκικού ινώματος η νέκρωση και η φλεγμονή μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του Ca125 και αύξηση των δεικτών φλεγμονής [21]. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί δεύτερης γραμμής διαγνωστική μέθοδο με εξαιρετικά αποτελέσματα στην απεικόνιση των μαλακών μορίων. Σήμερα πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στην εξέταση των εξαρτηματικών μαζών που δεν μπορούν με μεγάλη ευκρίνεια να προσδιορισθούν υπερηχογραφικά. Η απεικόνιση με τομογραφία μαγνητικού συντονισμού των ιωμάτων και των ιωθηκωμάτων της ωθήκης εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την κάψα και τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις [22].

Η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ίνωμα της ωθήκης από άλλες ωθηκικές μάζες, μερικές από τις οποίες είναι δυνατό να φέρουν στοιχεία κακοήθειας. Τα ινώματα της ωθήκης μπορεί να απεικονισθούν ποικιλοτρόπως στην αξονική τομογραφία. Τα ωθηκικά ινώματα συνήθως εμφανίζονται ως ετερόπλευροι εξαρτηματικοί συμπαγείς όγκοι. Η παρουσία ασκίτη και πλευριτικής συλλογής συνηγορεί υπέρ της διάγνωσης του συνδρόμου Meigs [23]. Τα διαγνωστικά κριτήρια που συνηγορούν για συστροφή του ωθηκικού ινώματος περιλαμβάνουν μια συμπαγή εξαρτηματική μάζα η οποία μετά από την περιστροφή της εντοπίζεται στη μέση γραμμή και παρεκτοπίζει τη μήτρα από τη θέση τη πάσχουσας ωθήκης [24,25]. Επίσης,

ασβεστοποίηση, αλλά και βλενώδη ή κυστική εκφύλιση είναι δυνατόν να συμβεί, ιδιαίτερα σε όγκους που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό. Εκτιμάται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο ωθηκικός όγκος, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα συστροφής του πάσχοντος εξαρτήματος. Το 2009 ο Mak και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η απουσία αγγείωσης στην ωθηκική μάζα αποτελεί το πιο αντικειμενικό διαγνωστικό κριτήριο για την ανίχνευση συστροφής του σύστοιχου εξαρτήματος [26]. Πιο πρόσφατα το 2013, ο Yen οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αγγείωση των ωθηκικών όγκων, όπως αυτή μπορεί να ανιχνευτεί με την Doppler υπερηχογραφία, τη μαγνητική τομογραφία και την αξονική τομογραφία είναι χαρακτηριστική των ιωμάτων και των ιωθηκωμάτων της ωθήκης. Επίσης, οι ίδιοι συγγραφείς στην ίδια μελέτη δημοσίευσαν ότι για τις κυστικές εξαρτηματικές μάζες, παρόλο που πρωτίστως θεωρούνται επιθηλιακής προέλευσης, η πιθανότητα ύπαρξης στρωματικού όγκου δεν πρέπει να αποκλείεται [27].

Η θεραπεία των ιωμάτων της ωθήκης είναι χειρουργική. Η εξαρτηματεκτομή με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε νέες γυναίκες που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητας. Η ολική υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη σαλπινγγο - ωθηκεκτομή αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή σε πιο ηλικιωμένες ασθενείς (δική μας περίπτωση). Παρόλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, οι περισσότεροι από τους χειρουργούς σήμερα φαίνονται διστακτικοί στη χρησιμοποίηση

της λαπαροσκοπικής προσέλασης για την αντιμετώπιση των ινομάτων της ωοθήκης. Οι δυσκολίες που συνήθως προκύπτουν κατά την προσπάθεια της χειρουργικής εξαίρεσης του ωθηκικού όγκου και η δύσκολη προεγχειρητική διάγνωση της νόσου δεν επιτρέπουν την ασφαλή, χωρίς περιτοναϊκή διασπορά - μόλυνση λαπαροσκοπική εκτομή του ωθηκικού ινώματος [28]. Σε κάθε περίπτωση η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης [29].

Η πρόγνωση των ινομάτων της ωοθήκης συνήθως είναι πολύ καλή. Ο Numanoglu και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο δείκτης κινδύνου κακοήθειας (Risk of malignancy index) των ωθηκικών ινομάτων δεν βοηθάει στην κλινική πράξη, και επειδή αναφέρονται πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα και για το λόγο ότι έχει πολύ χαμηλή ευαισθησία. Οι περαιτέρω μελέτες με

μεγαλύτερο αριθμό ασθενών κρίνονται απαραίτητες, προκειμένου να αποσαφηνισθεί ο ρόλος του δείκτη κινδύνου κακοήθειας στην προεγχειρητική εξακρίβωση της κακοήθειας [30].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ωθηκικά ινώματα δεν είναι συχνά. Είναι οι συχνότεροι συμπαγείς όγκοι της ωοθήκης με πολύ μικρές πιθανότητες να υποστούν συστροφή και νέκρωση. Παρά τη σπανιότητα που τα χαρακτηρίζει, πρέπει ωστόσο να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση γυναικών που προσέρχονται με κοιλιακό άλγος και παρουσία πυελικής μάζας. Η προεγχειρητική διάγνωση δεν είναι εύκολη. Η χειρουργική εκτομή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής και ταυτόχρονα εξασφαλίζει την επιβεβαίωση της διάγνωσης του ινώματος της ωοθήκης [31].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mansoor NA, Jazan HS. Spectrum of ovarian tumors: Histopathological study of 218 cases. *Gulf J Oncolog.* 2015; 1(18): 64 - 70.
2. Young RH, Scully RE. Ovarian stromal tumors with minor sex cord elements: a report of seven cases. *Int J Gynecol Pathol* 1983; 2: 227 - 234.
3. Nigam A, Jain S, Lal P. Twisted Ovarian Fibroma Mimicking as an Ectopic Pregnancy. *Journal of case reports.* 2013; 3(1): 64 - 67.
4. Gogineni S, Sunitha C, Chelamkuri S. Extruterine Postmenopausal fibroid with torsion. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.* 2013; 5(5): 69 - 71.
5. Najmi Z, Mehdizadehkashi A, Kadivar M, Tamannaie Z, Chaichian S. Laparoscopic Approach to a Large Ovarian Fibroma: A Case Report. *J Reprod Infertil.* 2014; 15(1): 57 - 60.

6. Macciò A, Madeddu C, Kotsonis P, Pietrangeli M, Paoletti AM. Large twisted ovarian fibroma associated with Meigs' syndrome, abdominal pain and severe anemia treated by laparoscopic surgery. *BMC Surgery*. 2014; 14: 38.
7. Taskin MI, Ozturk E, Yildirim F, Ozdemir N, Inceboz U. Primary ovarian leiomyoma: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2014; 5(10): 665 – 668.
8. Yen P, Khong K, Lamba R, Corwin M.T, Gerscovich E.O. Ovarian Fibromas and Fibrothecomas Sonographic Correlation With Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging: a 5-Year Single – Institution Experience. *J Ultrasound Med*. 2013; 32(1): 13 – 18.
9. Cambuzzi E, Pegas KL, Milani DM, Cruz RP, Guerra EH, Ferrari MB. Angiosarcoma arising in an ovarian fibroma: a case report. *Patholog Res Int*. 2010; 2010: 842592.
10. Pirschner F, Bastos PM, Contarato GL, Bimbato AC, Filho AC. Gorlin syndrome and bilateral ovarian fibroma. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3: 477 – 480.
11. Rambocas N, Murphy D. Gynecologic implications of Gorlin – Goltz syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123: 166.
12. Yazdani S, Alijanpoor A, Sharbatdaran M, Bouzari Z, Abedisamakoosh M, Lakaieandi F, Mohammadpour M. Meigs' syndrome with elevated serum CA125 in a case of ovarian fibroma /thecoma. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2014; 5(1): 43 – 44.
13. Riker D, Goba D. Ovarian mass, pleural effusion, and ascites: revisiting Meigs syndrome. *J Bronchology Intery Pulmonol* 2013; 20: 48 – 51.
14. Genç M, Solak A, Genç B, Sivrikoz ON, Kurtulmuş S, Turan A, Sahin N, Gür EB. A diagnostic dilemma for solid ovarian masses: the clinical and radiological aspects with differential diagnosis of 23 cases. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2015; 36(2): 186 – 191.
15. Son CE, Choi JS, Lee JH, Jeon SW, Hong JH, Bae JW. Laparoscopic surgical management and clinical characteristics of ovarian fibroma. *JSLs* 2011; 15: 16 – 20.
16. Mak CW, Tzeng WS, Chen CY. Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion. *Acta Radiol* 2009; 50: 570 – 575.
17. Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Morteale KJ. MRI Features of Ovarian Fibroma and Fibrothecoma with Histopathologic Correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2012; 198(3): W296 – 303.
18. Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Joo KY, Kim ML. Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: a study of 97 cases. *Gynecol Obstet Invest* 2013; 76: 182 – 187.

19. Yen P, Khong K, Lamba R, Corwin MT, Gerscovich EO. Ovarian fibromas and fibrothecomas: sonographic correlation with computed tomography and magnetic resonance imaging: a 5 - year single-institution experience. *J Ultrasound Med.* 2013; 32: 13 - 18.
20. Paladini D, Testa A, Van Holsbeke C, Mancari R, Timmerman D, Valentin L. Imaging in gynecological disease (5): clinical and ultrasound characteristics in fibroma and fibrothecoma of the ovary. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34: 188 - 195.
21. Daponte A, Pournaras S, Hadjichristodoulou C, Lialios G, Kallitsaris A, Maniatis AN, Messinis IE. Novel serum inflammatory markers in patients with adnexal mass who had surgery for ovarian torsion. *Fertil Steril.* 2006; 85(5): 1469 - 1472.
22. Jung SE, Rha SE, Lee JM, Park SY, Oh SN, Cho KS, Lee EJ, Byun JY, Hahn ST. CT and MRI Findings of Sex Cord - Stromal Tumor of the Ovary. *AJR Am J Roentgenol.* 2005; 185(1): 207 - 215.
23. Liu MY, Xue HD, Jin ZY. CT findings of ovarian fibroma in 9 patients. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 2012; 34: 104 - 108.
24. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *Radio Graphics.* 2008; 28(5): 1355 - 1368.
25. Zhang Z, Wu Y, Gao J. CT diagnosis in the thecoma - fibroma group of the ovarian stromal tumors. *Cell Biochem Biophys.* 2015; 71(2): 937 - 943.
26. Mak CW, Tzeng WS, Chen CY. Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion. *Acta Radiol.* 2009; 50(5): 570 - 575.
27. Yen P, Khong K, Lamba R, Corwin MT, Gerscovich EO. Ovarian fibromas and fibrothecomas: sonographic correlation with computed tomography and magnetic resonance imaging: a 5 - year single-institution experience. *J Ultrasound Med.* 2013; 32(1): 13 - 18.
28. Târcoveanu E, Dimofte G, Niculescu D, Vasilescu A, Moldovanu R, Ferariu D, Marcovici I. Ovarian fibroma in the era of laparoscopic surgery: a general surgeon's experience. *Acta Chir Belg.* 2007; 107(6): 664 - 669.
29. Hasegawa A, Koga K, Asada K, Wada - Hiraike O, Osuga Y, Kozuma S. Laparoscopic ovarian - sparing surgery for a young woman with an exophytic ovarian fibroma. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39: 1610 - 1613.
30. Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbayir O, Ulker V. Ovarian fibroma/fibrothecoma: retrospective cohort study shows limited value of risk of malignancy index score. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013; 53: 287 - 292.
31. Boujoual M, Hakimi I, Kouach J, Oukabli M, Moussaoui DR, Dehayni M. Large twisted ovarian fibroma in menopausal women: a case report. *Pan Afr Med J.* 2015; 20: 322.

Twisted ovarian fibroma. A case report

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics - Gynecology, General Hospital of Trikala, Greece

ABSTRACT

This case report is about to the surgical treatment of a patient with twisted ovarian fibroma. Patient at menopausal age with reported history of uterine fibroid came to the emergency department of our hospital with symptoms of acute abdomen. Clinically, it was found the presence of a compact painful pelvic mass, which probably came from the right adnexa. The imaging evaluation reinforced the diagnosis of twisted adnexal mass and total abdominal hysterectomy with bilateral adnexectomy was executed. The histological report of the surgical specimen confirmed the diagnose of ovarian fibroma. After 5 days of hospitalization and smooth postoperative course, the patient was discharged from our clinic. To this paper it is attempted based on updated data a quick literature overview of ovarian fibromas especially with regard to the diagnostical and treatment approach.



Keywords: ovarian fibroma, twisted, diagnosis, treatment



Citation

I.K. Thanasas. Twisted ovarian fibroma. A case report. Scientific Chronicles 2017; 22(3): 293-301

Συγγραφέας επικοινωνίας

Ιωάννης Κ. Θανασάς, E-mail addresses: thanasasg@hotmail.com