

## Συστροφή υποορογονίου μισχωτού λειομώματος της μήτρας: παρουσίαση περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με συστραφέν υποορογόνιο μισχωτό ινομύωμα της μήτρας. Ασθενής αναπαραγωγικής ηλικίας προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτωματολογία οξείας κοιλίας. Κυρίως ο κλινικό - εργαστηριακός έλεγχος, και λιγότερο, το υπερηχογράφημα κοιλίας έθεσαν την υποψία συστραφείσας εξαρτηματικής μάζας και η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς υποορογονίου μισχωτού όγκου από τη μήτρα με καθολική νέκρωση και εκτελέστηκε αφαίρεση του νεκρωμένου ιστού. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του συστραφέντος υποορογονίου μισχωτού ινομώματος της μήτρας. 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 της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.



**Λέξεις ευρητηρίου:** υποορογόνιο ινομύωμα, συστρόφη, διάγνωση, αντιμετώπιση



Παραπομπή

Ιωάννης Κ. Θανασάς. Συστροφή υποορογονίου μισχωτού λειομώματος της μήτρας: παρουσίαση περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(3): 400-406

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.11>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λειομώματα είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλάσματα της μήτρας. Εμφανίζονται συνήθως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και εκτιμάται ότι αφορούν περίπου στο 70% του γενικού

πληθυσμού [1]. Αποτελούνται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες διαπλεκόμενες με δεσμίδες συνδετικού ιστού, ανάλογα με την περιεκτικότητα του οποίου ονομάζονται και λειομώματα ή μύωματα [2]. Τα λειομώματα

της μήτρας είναι συχνά. Πρόσφατα το 2015, ο Vilos και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα των ερευνών τους στον Καναδά έδειξαν ότι τα λειομώματα αφορούν περίπου στο 70% των γυναικών ηλικίας 50 ετών. Οι ίδιοι συγγραφείς στην ίδια μελέτη δημοσίευσαν ότι στο 20% - 50% των περιπτώσεων τα ινομώματα της μήτρας είναι συμπτωματικά και έχουν σημαντική κοινωνική και οικονομική επίδραση στο γενικό πληθυσμό [3]. Τα λειομώματα της μήτρας είναι δυνατό να προκαλέσουν ποικίλα συμπτώματα, όπως είναι η μη φυσιολογική αιμορραγία από τη μήτρα, το πυελικό άλγος, η δυσλειτουργία του ουροποιητικού και του γαστρεντερικού συστήματος, η απώλεια εγκυμοσύνης που αποτελούν τις πιο κοινές ενδείξεις για την εκτέλεση υστερεκτομής στις ΗΠΑ [4].

Πρόσφατα το 2015, ο Commandeur και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους στις ΗΠΑ δημοσίευσαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης λειομώματος στη μήτρα καθόλη τη διάρκεια της ζωής των γυναικών εκτιμάται μεγαλύτερος από 75% [5]. Επίσης, ο Voorhis το 2009 δημοσίευσε ότι λειομώματα της μήτρας ανευρίσκονται υπερηχογραφικά στο 35% και 50% περίπου των λευκών και των μαύρων γυναικών, αντίστοιχα [6]. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας τα ινομώματα διακρίνονται σε τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλενογόνιων ινομωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων ινομωμάτων της μήτρας, αντίστοιχα [7].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων μια σύντομη ανασκόπηση των συστραφέντων υπορογόνιων μισχωτών λειομωμάτων της μήτρας, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 29 ετών η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας αιτιώμενη κοιλιακό άλγος από μια εβδομάδα περίπου. Ο πόνος εντοπιζόταν στην κάτω κοιλία και κυρίως στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η ένταση του πόνου αναφέρθηκε σημαντικά αυξημένη το τελευταίο εικοσιτετράωρο και συνοδευόταν από επεισόδια εμέτων και πυρετική κίνηση μέχρι 38.3ο C. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε ψυχιατρική νόσος η οποία ήταν υπό αγωγή. Η ασθενής μας δεν ήταν σεξουαλικά ενεργή. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Κατά την κλινική εξέταση η κάτω κοιλία ήταν επώδυνη με σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα δεν ήταν διαγνωστικό. Η ασθενής αρνήθηκε τη διακολπική υπερηχογραφική εξέταση. Από τον επειγόντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 31.7%, Hb 10.6 gr/dl, PLT 250x10<sup>3</sup>/ml, WBC 16.27x10<sup>3</sup>/ml, NEUT 87.8%, CRP 18.08 mg/dl. Το τεστ κύησης ήταν αρνητικό. Ο βιοχημικός έλεγχος και η

γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Με βάση τον κλινικό - εργαστηριακό έλεγχο περισσότερο, και λιγότερο, το υπερηχογράφημα κοιλίας τέθηκε η υποψία παρουσίας συστραφείας εξαρτηματικής μάζας και η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου με μέση κάθετη υπομφάλια τομή διαπιστώθηκε η παρουσία συστραφείας συμπαγούς μισχωτής μάζας από τη μήτρα η οποία δεν ήταν συμφυόμενη με τους παρακείμενους ιστούς, είχε σημεία ολοκληρωτικής νέκρωσης και είχε μέγιστη διάμετρο περίπου 10 εκατοστά (εικόνα 1).



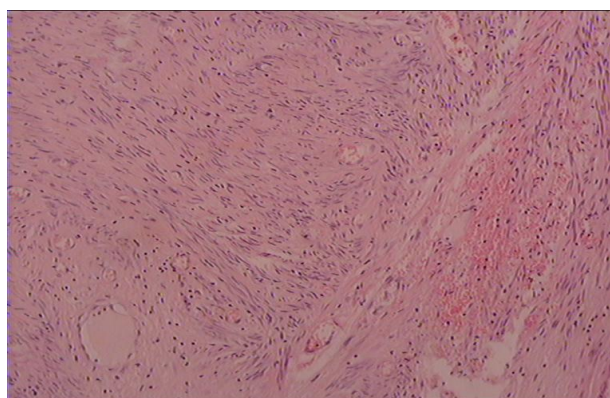
**Εικόνα 1.** Διεγχειρητική απεικόνιση συστραφέντος υπορογόνιου μισχωτού λειομώματος της μήτρας (δική μας περίπτωση).

Εκτελέσθηκε εκτομή του νεκρωτικού όγκου (εικόνα 2). Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του συστραφέντος υπορογόνιου μισχωτού ινομώματος της μήτρας (εικόνα 3). Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.

*ΤΟΜΟΣ 23<sup>ος</sup> - ΤΕΥΧΟΣ 3 - 2018*



**Εικόνα 2.** Χειρουργικό παρασκεύασμα συστραφέντος υπορογόνιου μισχωτού λειομώματος της μήτρας (δική μας περίπτωση).



**Εικόνα 3.** Ιστολογική εικόνα συστραφέντος υπορογόνιου μισχωτού λειομώματος της μήτρας (δική μας περίπτωση).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κλινική διάγνωση των υπορογόνιων μισχωτών ινομωμάτων της μήτρας συνήθως είναι δύσκολη έως αδύνατη. Γενικά, τα περισσότερα λειομώματα της μήτρας είναι ασυμπτωματικά. Στις περιπτώσεις εκείνες που τα λειομώματα εκδηλώνονται με συμπτώματα, εκείνα συνήθως αφορούν στη μη φυσιολογική αιμορραγία από τη μήτρα και την άλλοτε άλλο βαθμού πίεση στην πύελο. Ο οξύς κοιλιακός πόνος δεν αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα. Η παρουσία οξείας

χειρουργικής κοιλίας συνήθως σχετίζεται με επιλοκές που αφορούν στο λειομύωμα, όπως είναι η κυστική εκφύλιση του όγκου, η επιμόλυνση, το τεχθέν υποβλενογόνιο ινομύωμα που μπορεί να οδηγήσει σε συστροφή της μήτρας, η συμπίεση του λειομύωματος ανάμεσα στη μήτρα και στο ιερό οστό ή η συστροφή υπορογόνιου μισχωτού λειομύωματος της μήτρας [8], όπως και στη δική μας περίπτωση.

Η συστροφή υπορογόνιου μισχωτού ινομύωματος της μήτρας είναι δυνατό να αποτελέσει ένα σπάνιο αίτιο οξείας κοιλίας στη γυναικολογία και ταυτόχρονα ένα δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από γενικευμένη περιτονίτιδα [9]. Παρόμοια, αναγκαία κρίνεται η διαφορική διάγνωση του συστραφέντος υπορογόνιου ινομύωματος της μήτρας από κάθε περίπτωση συστροφής του εξαρτήματος. Η συστροφή της ωθήκης αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο οξέος κοιλιακού άλγους που εντοπίζεται κυρίως στο υπογάστριο και αποτελεί επειγόν γυναικολογικό πρόβλημα που χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης. Σε ορισμένες των περιπτώσεων και κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες οι κλινικοί είναι δυνατό να παραπλανηθούν σχετικά με την ορθή και έγκαιρη διάγνωση, όπως όταν αυτή αφορά σε μία σιωπηλή ατελή συστροφή του εξαρτήματος. Παρόλο που μπορεί να μην υπάρχει συγκεκριμένη ένδειξη, η διάγνωση για ωθηκική συστροφή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε ασθενή που προσέρχεται με κοιλιακό πόνο και παρουσία πυελικής μάζας [10]. Επίσης, η συστροφή της μήτρας, αν και είναι εξαιρετικά σπάνια πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της οξείας κοιλίας στη

*TOMOΣ 23<sup>ος</sup> - ΤΕΥΧΟΣ 3 - 2018*

γυναικολογία. Το 2003 ο Varras και οι συνεργάτες του περιέγραψαν περίπτωση οξείας κατακράτησης των ούρων μετά από τη συστροφή μη εγκύμονος λειομυωμάτωσης μήτρας σε ασθενή με μυϊκή δυστροφία [11]. Τέλος, ένα μεγάλο μισχωτό λειομύωμα της μήτρας με εκτεταμένη κυστική εκφύλιση μπορεί κατά τον απεικονιστικό έλεγχο να μιμηθεί ένα αμφοτερόπλευρο κακόηθες ωθηκικό νεόπλασμα [12,13]. Τα κακοήθη ωθηκικά νεοπλάσματα, αλλά και τα ινοθηκώματα της ωθήκης αποτελούν τις πιο σημαντικές νοσολογικές οντότητες που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση των υπορογόνιων μισχωτών ινομυωμάτων της μήτρας, ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούν σε συστροφή του μίσχου [14].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των υπορογόνιων μισχωτών ινομυωμάτων της μήτρας φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Η αξονική τομογραφία της κοιλίας είναι δυνατό να δείξει μία ογκώδη συμπαγή μάζα η οποία βρίσκεται στο πάνω μέρος της ουροδόχου κύστης σε επαφή με τη μήτρα και τις ωθήκες. Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού σε ορισμένες των περιπτώσεων είναι δυνατό να απεικονίσει τον μίσχο που συνδέει τη μήτρα με τη μάζα η οποία έχει τη μορφή ενός νεκροβιοτικού λειομύωματος [15]. Επίσης, το διακοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει πολλαπλές μάζες στη μήτρα, συμπεριλαμβανομένων και μια μισχωτή μάζα και να συμβάλει στην προεγχειρητική διάγνωση συστροφής υπορογόνιου μισχωτού λειομύωματος της μήτρας [16].



Η θεραπεία των συστραφέντων υπορογόνιων μισχωτών ινομυωμάτων της μήτρας είναι χειρουργική. Η ινομυωματεκτομή με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε νέες γυναίκες που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητας (δική μας περίπτωση). Γενικά, η ινομυωματεκτομή με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση, συνοδευόμενη από τη διατήρηση ή την αφαίρεση της μήτρας, ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς και τη γενική της κατάσταση φαίνεται να αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Οι ενδείξεις για ινομυωματεκτομή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν επεισόδια οξέος κοιλιακού άλγους μετά από τη συστροφή του υπορογόνιου μισχωτού λειομώματος της μήτρας ή την κυστική εκφύλιση του όγκου η οποία δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική φαρμακευτική αγωγή ή τη σημαντική αύξηση του μεγέθους του λειομώματος που προκαλεί συμπτώματα κοιλιακής δυσφορίας [17,18]. Η ολική υστερεκτομή με

αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις συστροφής της μήτρας [19]. Η πρόγνωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι πολύ καλή. Γενικά, τα λειομώματα της μήτρας συνήθως είναι χαμηλής δυναμικής κακοήθειας με ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής το οποίο δεν φαίνεται να ξεπερνά το 0.2% των περιπτώσεων [20].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα μισχωτά υπορογόνια ινομώματα της μήτρας σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να υποστούν συστροφή και νέκρωση. Παρά τη σπανιότητα της νοσολογικής αυτής οντότητας, πρέπει ωστόσο να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος και παρουσία πυελικής μάζας. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να εξασφαλισθεί η καταλληλότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Karmon AE, Cardozo ER, Rueda BR, Styer AK. MicroRNAs in the development and pathobiology of uterine leiomyomata: does evidence support future strategies for clinical intervention? Hum Reprod Update. 2014; 20(5): 670 - 687.
2. Hildreth CJ, Lynn C, Glass RM. Uterine Fibroids. JAMA 2009; 301: 122.
3. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N; Special Contributors, Vilos AG, Murji A, Chen I. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(2): 157 - 181.

4. Moravek MB, Yin P, Ono M, Coon JS 5th, Dyson MT, Navarro A, Marsh EE, Chakravarti D, Kim JJ, Wei JJ, Bulun SE. Ovarian steroids stem cells and uterine leiomyoma: therapeutic implications. *Hum Reprod Update*. 2015; 21(1): 1 - 12.
5. Commandeur AE, Styer AK, Teixeira JM. Epidemiological and genetic clues for molecular mechanisms involved in uterine leiomyoma development and growth. *Hum Reprod Update*. 2015; 21(5): 593 - 615.
6. Voorhis BV. A 41 - year - old woman with menorrhagia, anemia and fibroids: Review of treatment of uterine fibroids. *JAMA* 2009; 301: 82 - 93.
7. Fernandez H. Uterine fibroids. *Rev Prat*. 2014; 64(4): 540 - 544.
8. Gaym A, Tilahun S. Torsion of pedunculated subserous myoma - a rare cause of acute abdomen. *Ethiop Med J*. 2007; 45(2): 203 - 207.
9. Foissac R, Sautot-Vial N, Birtwisle L, Bernard JL, Fontaine A, Boujenah S, Benchimol D, Bereder JM. Torsion of a huge pedunculated uterine leiomyoma. *Am J Surg*. 2011; 201(6): e43 - 45.
10. Lin CK, Chu TW, Yu MH. Painless ovarian torsion mimicking a uterine myoma. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006; 45(4): 340 - 342.
11. Varras M, Polyzos D, Alexopoulos Ch, Pappa P, Akrivis Ch. Torsion of a non - gravid leiomyomatous uterus in a patient with myotonic dystrophy complaining of acute urinary retention: anaesthetic management for total abdominal hysterectomy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2003; 30(2 - 3): 147 - 150.
12. Hacivelioglu S, Erkanli S. A large pedunculated leiomyoma with two-sided cystic degenerations mimicking a bilateral ovarian malignancy: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014; 35(2): 192 - 194.
13. Aydin C, Eriş S, Yalçın Y, Sen Selim H. A giant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4(11): 1010 - 1012.
14. 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.
15. Marcotte - Bloch C, Novellas S, Buratti MS, Caramella T, Chevallier P, Bruneton JN. Torsion of a uterine leiomyoma: MRI features. *Clin Imaging*. 2007; 31(5): 360 - 362.
16. Tsai YJ, Yeat SK, Jeng CJ, Chen SC. Torsion of a uterine leiomyoma. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006; 45(4): 333 - 335.
17. Bonito M, Gulemi L, Basili R, Roselli D. Myomectomy during the first and second trimester of pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2007; 34(3): 149 - 150.

18. Agdi M, Tulandi T. Minimally invasive approach for myomectomy. *Semin Reprod Med.* 2010; 28(3): 228 - 234.
19. Nikolov A, Tiufekchieva E, Raïcheva R. Torsion of a nonpregnant leiomyomatous uterus. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2006; 45(5): 49 - 51.
20. Philip Thomason. Leiomyoma, Uterus (Fibroid). *Emedicine article*. Updated: May 6, 2008 <http://www.emedicine.medscape.com/article/405676-overview>

**CASE REPORT*****Twisted pedunculated subserosal uterine leiomyoma: a case report*****Ioannis K. Thanasas**

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

**ABSTRACT**

This case report is about the surgical treatment of a patient with twisted pedunculated subserosal uterine fibroid. A patient in reproductive age visited our emergency department with acute abdominal pain. Mostly physical examination and laboratory tests and less abdominal ultrasonography put the suspicion of a twisted adnexal mass and the patient underwent emergency laparotomy. Intraoperative, a solid pedunculated subserosal uterine mass with total necrosis was found and excision of the necrotic tissue was performed. Histological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of twisted pedunculated subserosal uterine fibroid. After a 5-day hospitalization and a smooth postoperative course the patient was discharged of our clinic. In this paper a literature preview of the diagnosis and treatment of this rare disease based on current data is discussed.

**Keywords:** subserosal fibroid, twisted, diagnosis, treatment**Citation****I. Thanasas. Twisted pedunculated subserosal uterine leiomyoma: a case report. *Scientific Chronicles* 2018; 23(3): 400-406****doi:** <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.11>Συγγραφέας επικοινωνίας: **Ιωάννης Κ. Θανασάς**, E-mail: [thanasasg@hotmail.com](mailto:thanasasg@hotmail.com)