

## Λειομύωμα ωοθήκης, μια σπάνια νοσολογική οντότητα: περιγραφή περίπτωσης

**I. Θανασάς, I. Οικονόμου**

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με λειομύωμα της ωοθήκης. Ασθενής μετεμνηνοπαυσιακής ηλικίας με γνωστό ιστορικό ινομυώματος στη μήτρα προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για γυναικολογική εξέταση. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη συμπαγούς ανώδυνης πυελικής μάζας, πιθανότατα προερχόμενη από το δεξιό εξάρτημα. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της εξαρτηματικής μάζας και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ωοθηκικού ινομυώματος. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής έχουσα καλώς 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:** λειομύωμα ωοθήκης, διάγνωση, αντιμετώπιση



**I. Θανασάς, I. Οικονόμου. Λειομύωμα ωοθήκης, μια σπάνια νοσολογική οντότητα: περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2019; 24(2): 235-243**

**eoι:** <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.2.10>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ινομυώματα είναι τα συχνότερα καλοήγη νεοπλάσματα της μήτρας. Αποτελούνται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες διαπλεκόμενες με δεσμίδες συνδετικού ιστού, ανάλογα με τη περιεκτικότητα του οποίου ονομάζονται και λειομυώματα ή μυώματα.

Τα ινομυώματα είναι εξαιρετικά ετερογενή αναφορικά με την παθοφυσιολογία, το μέγεθος, την τοποθεσία και την κλινική συμπτωματολογία. Είναι επίσης μέρος ενός φάσματος ασθενειών στις οποίες ορισμένες παραλλαγές έχουν πτυχές κακοήθους

συμπεριφοράς, αλλά συνολικά είναι όγκοι χαμηλής δυνητικής κακοήθειας και καλής πρόγνωσης [1,2]. Ανευρίσκονται περίπου στο 20% - 40% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας [3], ενώ σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών η εκτιμώμενη επίπτωση της νόσου ανέρχεται και φτάνει περίπου στο 70% των περιπτώσεων [4,5]. Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση οι εκτιμήσεις του επιπολασμού κυμαίνονται από 4.5% έως 68.6%, ανάλογα με τον πληθυσμό της μελέτης και τη μεθοδολογία, με τον επιπολασμό να αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς μέχρι την εμμηνόπαυση, και στη συνέχεια να μειώνεται σταδιακά [6,7]. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα εκτιμάται σήμερα ότι με τη χρήση των υπερήχων το εκτιμώμενο ποσοστό επίπτωσης των λειομυμάτων της μήτρας έως την ηλικία των 50 ετών είναι σημαντικά υψηλότερο στις γυναίκες της μαύρης φυλής (80%) σε σύγκριση με τις λευκές γυναίκες (σχεδόν 70%) [8]. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας τα ινομυώματα διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλενογόνιων ινομυωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων ινομυωμάτων της μήτρας, αντίστοιχα [9].

Ωοθηκικά ονομάζονται τα λειομυώματα, η εγκατάσταση των οποίων αφορά στις ωοθήκες. Από την πρώτη αναφορά στα πρωτοπαθή λειομυώματα των ωοθηκών το 1862, μέχρι σήμερα υπολογίζεται ότι λιγότερες από 100 περιπτώσεις συνολικά έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία [10,11]. Τα πρωτοπαθή λειομυώματα της ωοθήκης είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι που

*TOMOΣ 24<sup>ος</sup> - ΤΕΥΧΟΣ 2 - 2019*

συνήθως εμφανίζονται σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες (σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 85% των περιπτώσεων) και οι οποίοι εκτιμάται ότι αφορούν στο 0.5% - 1% του συνόλου των καλοηθών νεοπλασμάτων των ωοθηκών [12]. Τα περισσότερα από τα ωοθηκικά λειομυώματα είναι όγκοι ετερόπλευροι, έχουν διάμετρο συνήθως μικρότερη από 3 εκατοστά και σπάνια προκαλούν οξεία κοιλία [13,14]. Στην παιδική και την εφηβική ηλικία η αμφοτερόπλευρη εντόπιση της νόσου είναι πιο συχνή, ενώ σε ασθενείς άνω των 35 ετών δεν έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία αμφοτερόπλευρη εντόπιση ωοθηκικών λειομυωμάτων [15]. Ο Doss και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης τους που περιελάμβανε μια σειρά από 15 περιπτώσεις ωοθηκικών λειομυωμάτων διαπίστωσαν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων (78%) τα λειομυώματα της ωοθήκης συνοδεύονται από λειομυώματα του σώματος της μήτρας [12]. Αντίθετα, το σύνδρομο του Meigs το οποίο αφορά στη συνύπαρξη ωοθηκικού λειομυώματος με ασκίτη και/ή πλευριτικό υγρό αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια νοσολογική οντότητα [16].

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

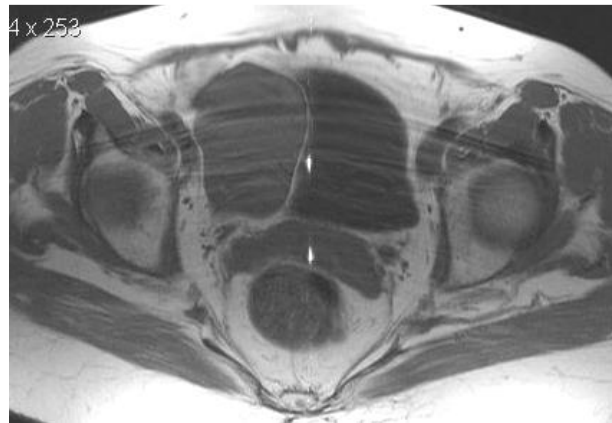
Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή μετεμμηνόπαυσιακής ηλικίας 72 ετών η οποία προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας και υποβλήθηκε σε γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Η ασθενής ήταν στην εμμηνόπαυση από εικοσαετίας και πλέον. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε

γνωστό ινομύωμα της μήτρας, η ύπαρξη του οποίου διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά για πρώτη φορά προ πενταετίας περίπου. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη ανώδυνης πυελικής μάζας στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος. Με βάση το ιστορικό γνωστού ινομύωματος της μήτρας και την κλινική υποψία παρουσίας εξαρτηματικής μάζας η ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο. Το διακολιακό υπερηχογράφημα δεν ήταν ιδιαίτερα διαγνωστικό. Παρόμοια, η διακολπική υπερηχογραφική εξέταση έδειξε μια συμπαγή ηχογενή μάζα στο δεξιό παραμήτριο, χωρίς να μπορεί να καθορίσει την προέλευσή της.



**Εικόνα 1.** CT απεικόνιση ωθηκικού λειομώματος (δική μας περίπτωση).

Η αξονική τομογραφία (εικόνα 1) και η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού (εικόνα 2) επιβεβαίωσαν τα κλινικά ευρήματα, χωρίς όμως να είναι σε θέση να αποκλείσουν την ύπαρξη μισχωτού υπορογόνιου ινομύωματος του σώματος της μήτρας. Από τον προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 41%, Hb 13.1 gr/dl, PLT 235x103/ml, WBC



**Εικόνα 2.** MRI απεικόνιση ωθηκικού λειομώματος (δική μας περίπτωση).

7.1x10<sup>3</sup>/ml, NEUT 63%. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου, στο πλάνο του οποίου συμπεριλήφθηκε και η εκτέλεση κολονοσκόπησης (φυσιολογικά ευρήματα), αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου με μέση κάθετη υπομφάλια τομή διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς ωθηκικής μάζας μεγίστης διαμέτρου περίπου 5 εκατοστών με καλοήθεις χαρακτήρες (εικόνα 3). Εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ωθηκικού ινομύωματος. Η κυτταρολογική εξέταση του εκπλύματος της περιτοναϊκής κοιλότητας ήταν αρνητική για κακοήθεια. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής



**Εικόνα 3.** Διεχειρητική απεικόνιση ωθηκικού λειομώματος (δική μας περίπτωση).

εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κλινική διάγνωση των ινομυωμάτων της ωθήκης συνήθως δεν είναι εύκολη. Κλινικά οι περισσότεροι ασθενείς με λειομώματα στη μία ή και στις δύο ωθήκες είναι ασυμπτωματικοί και οι εξαρτηματικές βλάβες ανακαλύπτονται τυχαία [14] (δική μας περίπτωση). Στις περιπτώσεις εκείνες που θα εκδηλωθούν συμπτώματα, αυτά συνήθως σχετίζονται με συμπτώματα παρουσίας εξαρτηματικής μάζας, τα οποία συνήθως συνοδεύονται από αίσθημα βάρους στην κοιλιακή χώρα ή από κοιλιακό άλγος. Τα ωθηκικά ινομυώματα δεν συνοδεύονται από διαταραχές της εμμηνορροσίας. Η απώλεια βάρους, ο ασκίτης και ο μετεωρισμός της κοιλίας όταν συνοδεύονται από μεγάλους και γρήγορα αυξανόμενους ωθηκικούς όγκους χρήζουν περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης, προκειμένου να αποκλεισθεί η

κακοήθεια από τις ωθήκες. Σπάνια τέτοιοι όγκοι μπορούν να υποστούν συστροφή, αιμορραγία και νέκρωση. Στις περισσότερες των περιπτώσεων τα ωθηκικά λειομώματα είναι ελεύθερα, κινητά, μη συμφυόμενα με τους παρακείμενους ιστούς (δική μας περίπτωση), ενώ μερικές φορές είναι δυνατόν να προσκολληθούν με το επίπλου, το έντερο ή τη μήτρα [17]. Επιπλέον, οι ασθενείς με λειομώματα της ωθήκης συχνά περιπλέκονται με ιστορικό υστερεκτομής [18] καθώς και με τη συνύπαρξη περιτοναϊκής λειομυώματος [19]

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των ωθηκικών λειομωμάτων φαίνεται να είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακοιλιακό και ιδιαίτερα το διακολπικό υπερηχογράφημα έχουν καλά τεκμηριωθεί στις μέρες μας ως το καλύτερο διαγνωστικό μέσο για τις πυελικές οργανικές μάζες (όπως και στην περίπτωση μας), αλλά στη διαγνωστική προσέγγιση των ωθηκικών λειομωμάτων συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση των ινομυωμάτων της ωθήκης από άλλους ωθηκικούς όγκους. Παρόμοια, η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ωθηκικό λειομώμα από άλλες ωθηκικές μάζες και σε μερικές περιπτώσεις η ωθηκική μάζα αναφέρεται σαν κακοήθεια [20]. Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού είναι χρήσιμη για τη διάγνωση των ωθηκικών λειομωμάτων, τα οποία όπως και τα ινομώματα του σώματος της μήτρας έχουν μέτριας έντασης σήμα σε T1 απεικονίσεις και χαμηλής έντασης σήμα σε T2 απεικονίσεις [21]. Η μαγνητική τομογραφία είναι δυνατό να αποκαλύψει μια ωθηκική μάζα με διακριτά τμήματα κυρίως χαμηλής έντασης

και κυρίως υψηλής έντασης σε T2 σταθμισμένη εικόνα. Το τμήμα με χαμηλό σήμα μπορεί να αποκαλύψει ασθενή αύξηση στη μελέτη αντίθεσης και το τμήμα με υψηλή ένταση εκτεταμένο οίδημα ινώδους στρώματος. Επιπλέον, η μάζα είναι δυνατόν να δείξει χαμηλή ένταση σήματος παρόμοια με αυτή του μυομητρίου σε ζυγισμένη με διάχυση εικόνα και να αποδώσει υψηλές τιμές στην εικόνα του χάρτη φαινόμενης διάχυσης. Το εκτεταμένο οίδημα του λειομύωματος των ωοθηκών παρουσιάζει ασυνήθιστα ευρήματα απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού που απαιτούν προσεκτική ερμηνεία [22].

Το ίνωμα της ωοθήκης αποτελεί την πιο σημαντική νοσολογική οντότητα που θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση των ωοθηκικών λειομυώματων [23]. Η πρωτοπαθής ωοθηκική μάζα ποσοποιείται είτε με την απουσία της ομόπλευρης ωοθήκης, είτε με την παρουσία μικρών ωοθυλακίων να περιβάλλουν τη μάζα, ευρήματα που επίσης όμως ανευρίσκονται και στο ίνωμα της ωοθήκης [24]. Ωστόσο, πολλές φορές τα φυσιολογικά ωοθυλάκια μπορεί να μην είναι ορατά, εφόσον αυτοί οι όγκοι σχετίζονται με μη φυσιολογικό ωοθηκικό ιστό, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατή η απουσία του ωοθηκικού ιστού [25]. Επίσης, έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις ασθενών με λειομύωματα της μήτρας, τα οποία λανθασμένα έχουν εκλυφθεί ως ωοθηκικές μάζες [26]. Τα λειομύωματα της μήτρας αρκετά συχνά παρουσιάζουν εκφυλιστικές μεταβολές, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν δυσκολία και σύγχυση στην κλινική τους διάγνωση και διαφοροδιάγνωση από τους ωοθηκικούς όγκους [27]. Επίσης,

*TOMOΣ 24<sup>ος</sup> - ΤΕΥΧΟΣ 2 - 2019*

ευμεγέθη ωοθηκικά λειομύωματα μπορούν εσφαλμένα να διαγνωσθούν προεγχειρητικά ως κακοήθεις εξαρτηματικοί όγκοι [28].

Η θεραπεία εκλογής των ωοθηκικών λειομυώματων είναι χειρουργική. Η εξαρτηματεκτομή με ή χωρίς την αφαίρεση της μήτρας, ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς, τη γενική της κατάσταση και τη σύσταση του όγκου, φαίνεται να αποτελεί την καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή. Μετά από την πλήρη εκτομή, το ωοθηκικό λειομύωμα σπάνια επανεμφανίζεται, η μετεγχειρητική ανοσοεπιχειρητική θεραπεία δεν απαιτείται και η πρόγνωση είναι καλή. Για τις γυναίκες που απαιτούν έντονα να διατηρήσουν τις αναπαραγωγικές τους λειτουργίες, η συντηρητική χειρουργική δεν είναι σε θέση να απομακρύνει εντελώς τον όγκο [29]. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση εκτιμάται σήμερα ότι θα πρέπει να είναι ο προτιμώμενος τρόπος για την αφαίρεση του ωοθηκικού λειομύωματος, ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [14]. Πολλοί είναι οι ερευνητές σήμερα που προτείνουν ότι η ταχεία βιοψία πρέπει απαραίτητα να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, προκειμένου να γίνει κατανοητή η φύση του όγκου και να καθοριστεί το εύρος της χειρουργικής επέμβασης. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος σε κάθε περίπτωση (όπως και στη δική μας) είναι απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Τα ωοθηκικά λειομύωματα είναι όγκοι ορμονικά εξαρτώμενοι και η ανάπτυξη τους σταματά μετά το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας [30].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ωθηκικά λειομώματα δεν είναι συχνά. Τα ινομώματα αφορούν πολύ πιο σπάνια στην ωθήκη από ότι στο σώμα της μήτρας. Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση των ωθηκικών λειομωμάτων αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που

ενδέχεται πιθανότατα να 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 κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stewart EA, Laughlin - Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 2: 16043.
2. Hildreth CJ, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Uterine fibroids. *JAMA*. 2009; 301(1): 122.
3. Walker CL, Stewart EA. Uterine fibroids: the elephant in the room. *Science*. 2005; 308(5728): 1589 - 1592.
4. American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012; 19(1): 3 - 10.
5. Liu T, Yu J, Kuang W, Wang X, Ye J, Qiu X, Xi W, Zeng Y, Zou H, Liu Y. Acupuncture for uterine fibroids: Protocol for a systematic review of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(8): e14631.
6. Drayer SM, Catherino WH. Prevalence, morbidity, and current medical management of uterine leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 131(2): 117 - 122.
7. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze - Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017; 124(10): 1501 - 1512.
8. Al - Hendy A, Myers ER, Stewart E. Uterine Fibroids: Burden and Unmet Medical Need. *Semin Reprod Med*. 2017; 35(6): 473 - 480.
9. Θανασάς Ι, Κουμαντάκης Ε, Σηφάκης Σ. Η συμβολή της υπερηχογραφίας στην εκτίμηση του χρόνιου πυελικού άλγους. *Υπερηχογραφία* 2006; 3: 73 - 91.

10. Safaei A, Khanlari M, Azarpira N, Monabati A. Large ovarian leiomyoma in a postmenopausal woman. *Indian J Pathol Microbiol.* 2011; 54(2): 413 – 414.
11. Blue NR, Felix JC, Jaque J. Primary ovarian leiomyoma in a premenarchal adolescent: first reported case. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014; 27(4): e87 – 88.
12. Doss BJ, Wanek SM, Jacques SM, Qureshi F, Ramirez NC, Lawrence WD. Ovarian leiomyomas: clinicopathologic features in fifteen cases. *Int J Gynecol Pathol.* 1999; 18(1): 63 – 68.
13. Ozcimen EE, Oktem M, Zeyneloglu HB, Ozdemir BH, Kuscu E. Primary leiomyoma of the ovary in a young woman: literature review and report of a case. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006; 27(3): 310 – 312.
14. Kim M. Laparoscopic management of a twisted ovarian leiomyoma in a woman with 10 weeks' gestation: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(44): e5319.
15. Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review. *Gynecol Oncol.* 2004; 95(3): 733 – 735.
16. Pauls M, MacKenzie H, Ramjeesingh R. Hydropic leiomyoma presenting as a rare condition of pseudo – Meigs syndrome: literature review and a case of a pseudo – Meigs syndrome mimicking ovarian carcinoma with elevated CA125. *BMJ Case Rep.* 2019; 12(1). pii: bcr – 2018 – 226454.
17. Agrawal R, Kumar M, Agrawal L, Agrawal KK. A huge primary ovarian leiomyoma with degenerative changes-an unusual. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(6): 1152 – 1154.
18. Sanverdi I, Vural F, Temizkan O, Temel O, Ayvaci H, Gunes P. Primary ovarian leiomyoma in a postmenopausal woman: A case report. *North Clin Istanb.* 2016; 3(3): 222 – 224.
19. 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(2): 188 – 195.
20. Khangar B, Mallya V, Khurana N, Sachdeva P, Kashyap S. Coexisting leiomyomata peritonealis disseminata and ovarian leiomyoma. *J Midlife Health.* 2017; 8(1): 45 – 47.
21. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, Fraser – Hill MA, Papadatos D, Kielar AZ, Doherty GP, Walsh C, McInnes M, Atri M. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics.* 2008; 28(7): 1931 – 1948.
22. Kozawa E, Inoue K, Tanaka J, Meguro S, Yasuda M, Fujiwara K, Kimura F. Unusual MR findings in ovarian leiomyoma. *Magn Reson Med Sci.* 2013; 12(1): 57 – 61.
23. Tamada T, Sone T, Tanimoto D, Higashi H, Miyoshi H, Egashira N, Yamamoto A, Imai S. MRI appearance of primary giant ovarian leiomyoma in a hysterectomised woman. *Br J Radiol.* 2006; 79(946): e126-8.

24. Siegelman ES, Outwater EK. Tissue characterization in the female pelvis by means of MR imaging. *Radiology*. 1999; 212(1): 5 - 18.
25. Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review. *Gynecol Oncol*. 2004; 95(3): 733 - 735.
26. Kayadibi Y, Ozmen E, Emir H, Emre S, Dervisoglu S, Adaletli I. Subserosal leiomyoma of uterus mimicking an ovarian tumor in adolescent patient. *Jpn J Radiol*. 2014; 32(1): 48 - 52.
27. Yorita K, Tanaka Y, Hirano K, Kai Y, Arii K, Nakatani K, Ito S, Imai T, Fukunaga M, Kuroda N. A subserosal, pedunculated, multilocular uterine leiomyoma with ovarian tumor - like morphology and histological architecture of adenomatoid tumors: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2016; 10(1): 352.
28. Wang QM, Zhao Y, Ma Y, Yao LT, Han X. One case report of giant atypical leiomyoma of the ovary. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(40): e12526.
29. Wei C, Lilic N, Shorter N, Garrow E. Primary ovarian leiomyoma: a rare cause of ovarian tumor in adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008; 21(1): 33 - 36.
30. van Esch EM, van Wijngaarden SE, Schaafsma HE, Smeets MJ, Rhemrev JP. The diagnostic and therapeutic approach of a primary bilateral leiomyoma of the ovaries: a case report and a literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283(6): 1369 - 1371.



## *Ovarian leiomyoma: a rare disease entity and case report*

I. K. Thanasas, I. Oikonomou

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

### ABSTRACT

The presentation of our incidents regarding the surgical treatment of patients with ovarian leiomyoma. Patient postmenopausal age with a known fibroid uterus went to the outpatient clinic for gynecological examination. Clinically established the existence of compact painless pelvic mass, probably originating from the right accessory. The indicators were negative malignancy. By imaging, the clinical diagnosis of the ovarian mass was enhanced and was performed total abdominal hysterectomy and bilateral exartimatektomy. Histological examination of the surgical preparation confirmed diagnosis of ovarian leiomyoma. After being hospitalized for 5 days and smooth postoperative course, the patient left our clinic being well. This paper attempts based on current data a brief literature review of this rare disease entity, particularly with respect to diagnostic and therapeutic approach.



**Keywords:** ovarian leiomyoma, diagnosis, management



Citation

I. K. Thanasas, I. Oikonomou. Ovarian leiomyoma: a rare disease entity and case report. *Scientific Chronicles* 2019; 24(2): 235-243

DOI: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.2.10>