

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σπάνια περίπτωση τεράστιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας με σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ευθυμία Ι. Θανασά,¹ Ιωάννης Κ. Θανασάς²

¹Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΓΝ Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στην χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με γιγαντιαίο τραχηλικό ινομύωμα της μήτρας. Ασθενής αναπαραγωγικής ηλικίας προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για λήψη τεστ Παπανικολάου και γυναικολογική εξέταση. Κλινικά διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους ανώδυνης κοιλιακής μάζας, τα άνω όρια της οποίας ήταν ψηλαφητά στο επίπεδο του ομφαλού. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της ινομυωματώδους μήτρας και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η ύπαρξη γιγαντιαίου τραχηλικού ινομώματος και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής έχουσα καλώς εξήλθε από την κλινική μας.

Λέξεις ευρετηρίου: τραχηλικό ινομύωμα, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

Ε.Ι. Θανασά, Ι.Κ. Θανασάς. Σπάνια περίπτωση τεράστιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας με σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2021; 26(3): 547-553

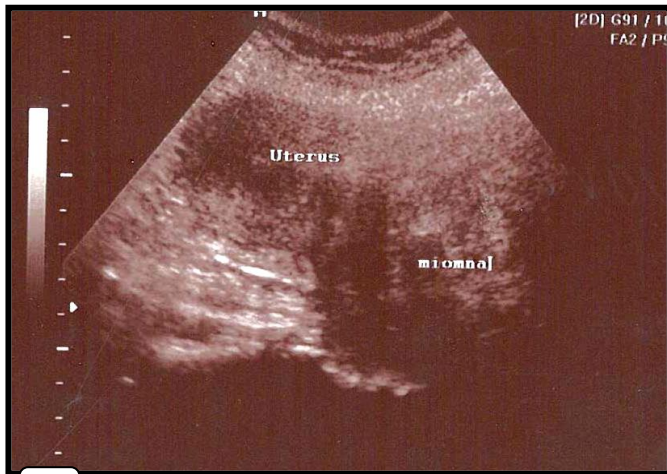
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λειομώματα είναι τα συχνότερα νεοπλασμάτα της μήτρας. Ακόμη μέχρι και σήμερα συμπεριλαμβάνονται ανάμεσα στις υπό μελέτη ασθένειες της γυναίκας [1]. Τα λειομώματα είναι οιστρογονοεξαρτώμενοι καλοήθεις όγκοι αποτελούμενοι κυρίως από λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου [2,3]. Αυτοί οι όγκοι, γνωστοί συνήθως ως ινομώματα, είναι σπάνιοι πριν από την εφηβεία. Συνήθως εμφανίζονται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και είναι συχνότεροι στην

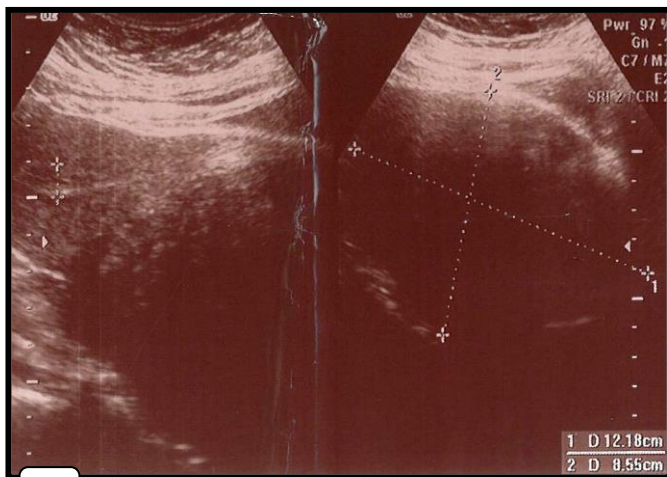
Αφρικανική Ήπειρο [4,1]. Η θεραπεία των ινομωμάτων πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή με βάση τα συμπτώματα, την ηλικία, τον αριθμό και τη θέση τους σε σχέση με το σώμα της μήτρας [5]. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση τα ινομώματα διακρίνονται σε τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλενογόνιων ινομωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μιοχωτών και τεχθέντων όγκων της μήτρας, αντίστοιχα [6].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής ηλικίας 47 ετών με φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο προσήλθε για γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκαν χρόνια πυελικό άλγος συνοδευόμενο από δυσουρικά ενοχλήματα, σποραδικά επεισόδια δυσκοιλιότητας και δυσπαρευνία.



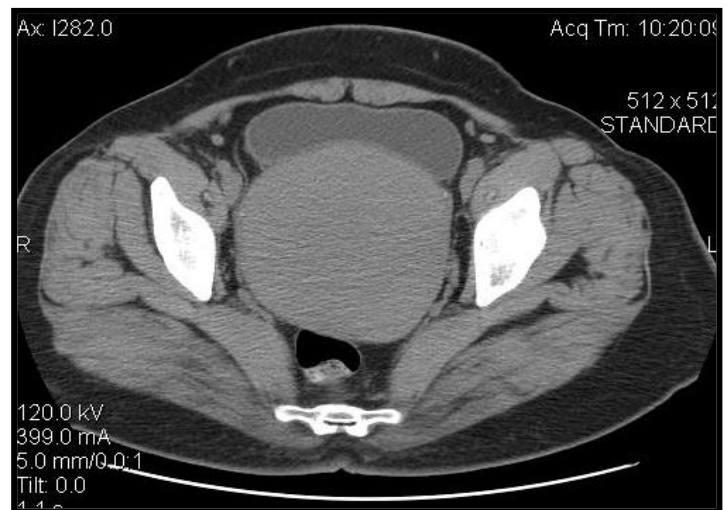
a



b

Εικόνες 1a, 1b. Διακοιλιακή υπερηχογραφική απεικόνιση τραχηλικού ινομώματος (δική μας περίπτωση).

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη ανώδυνης πυελικής μάζας μεγάλων διαστάσεων. Η διακοιλιακή υπερηχογραφική εξέταση έδειξε μια συμπαγή, διακριτή, ηχογενή μάζα που καταλάμβανε ολόκληρη την πύελο (εικόνες 1a, 1b). Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα (εικόνα 2), χωρίς όμως να μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη μισχωτού υπορογόνιου ινομώματος της μήτρας ή συμπαγούς εξαρτηματικής μάζας.



Εικόνα 2. CT απεικόνιση τραχηλικού ινομώματος (δική μας περίπτωση).

Με την ενδοφλέβια πυελογραφία διαπιστώθηκε αμφοτερόπλευρη διάταση του πυελοκαυκικού συστήματος, απώθηση των ουρητήρων με ατελή πλήρωση της ουροδόχου κύστης (εικόνα 3). Η αιμοδυναμική κατάσταση ήταν σταθερή. Ο βιοχημικός έλεγχος, η γενική εξέταση των ούρων και οι δείκτες κακοήθειας (CEA, Ca125, Ca15 - 3, Ca19 - 9) ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της ινομωματοδούς



Εικόνα 3. Απεικόνιση τραχηλικού ινομυώματος με ενδοφλέβια πνευμογραφία (δική μας περίπτωση).

μήτρας και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με λαπαροτομία, μετά από την τοποθέτηση προεγχειρητικά ουρητηρικών καθετήρων. Διαπιστώθηκε η παρουσία γιγαντιαίου τραχηλικού ινομυώματος και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Διεγχειρητικά κρίθηκε αναγκαία η μετάγγιση με μία φιάλη ολικού αίματος. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση: το σώμα της μήτρας ήταν έντονα παραμορφωμένο από

την παρουσία μεγάλου λειομυοματώδους όγκου στον τράχηλο μεγίστης διαμέτρου 13 εκατοστά. Αυξημένη κυτταροβρίθεια, πηκτική νέκρωση, ατυπία ή αυξημένος αριθμός πυρηνοκινήσιων δεν παρατηρήθηκαν. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας.

ΣΧΟΛΙΟ

Τραχηλικά ονομάζονται τα ινομυώματα, η εγκατάσταση των οποίων αφορά στον τράχηλο της μήτρας. Τα τραχηλικά ινομυώματα είναι σπάνια. Υπολογίζεται ότι αφορούν περίπου από 0.9% έως 5% του συνόλου των λειομυωμάτων της μήτρας [7,8]. Στην εγκυμοσύνη η συχνότητα εμφάνισης των τραχηλικών ινομυωμάτων είναι λιγότερο από 1% [9], ενώ τα ινομυώματα της μήτρας συνυπάρχουν με εγκυμοσύνη στο 1.6% - 10.7% [10,11].

Η κλινική διάγνωση των τραχηλικών ινομυωμάτων της μήτρας δεν είναι πάντοτε εύκολη. Οι ασθενείς αυτές, όταν τα ινομυώματα είναι μικρά συνήθως είναι ασυμπτωματικές. Η μητρορραγία, η δυσπαρευνία ή η εμφάνιση πιεστικών συμπτωμάτων από το ορθό και την ουροδόχο κύστη με οξεία κατακράτηση των ούρων λόγω απόφραξης της ουρήθρας χαρακτηρίζουν την παρουσία τραχηλικών ινομυωμάτων μεγάλων διαστάσεων (δική μας περίπτωση) [12]. Κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό τα τραχηλικά ινομυώματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυστοκία λόγω μηχανικής απόφραξης του πνευλογεννητικού σωλήνα και να αποτελέσουν απόλυτη ένδειξη για καισαρική τομή [13].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η προεγχειρητική απεικόνιση με υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην οριοθέτηση της θέσης και της φύσης του τραχήλου της μήτρας. Στην κλασική του υπερηχογραφική απεικόνιση το τραχηλικό λειομύωμα αντιστοιχεί με μια υπερηχογενή, συμπαγή, διακριτή, καλά καθορισμένη μάζα με λεπτή υπόηχη περιφέρεια η οποία φαίνεται να εξορμάται από τον τράχηλο της μήτρας [14]. Η μαγνητική τομογραφία συνήθως επιβεβαιώνει τα υπερηχογραφικά ευρήματα και είναι δυνατόν να βοηθήσει στη δύσκολη διαφορική διάγνωση των τραχηλικών ινομυωμάτων από τους εξαρτηματικούς όγκους [15,16]. Η ενδοφλέβια πυελογραφία βοηθάει στην απεικόνιση της μορφολογίας των νεφρών και της θέσης των ουρητήρων, στοχεύοντας σε συνδυασμό με την προεγχειρητική τοποθέτηση ουρητηρικών καθετήρων στην αποφυγή διεγχειρητικών κακώσεων από το ουροποιητικό σύστημα [17].

Η αντιμετώπιση των τραχηλικών ινομυωμάτων πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τη συμπτωματολογία, το μέγεθος του όγκου, την ηλικία της ασθενούς και την επιθυμία της για τη διατήρηση της γονιμότητας. Μικροί ασυμπτωματικοί όγκοι σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που επιθυμούν επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν μόνο με περιοδική αξιολόγηση και απλή παρακολούθηση. Επίσης, στην συντηρητική αντιμετώπιση συμπτωματικών ινομυωμάτων έχουν θέση παλαιότεροι και νεότεροι φαρμακευτικοί παράγοντες, όπως είναι οι GnRh - αγωνιστές, οι GnRh - ανταγωνιστές, οι εκλεκτικοί τροποποιητές του

οιστρογονικού υποδοχέα (Selective Estrogen Receptor Modulators - SERMs), οι εκλεκτικοί τροποποιητές του προγεστερονικού υποδοχέα (Selective Progesterone Receptor Modulators - SPRMs), τα συνθετικά στεροειδή με ανδρογόνο δράση και οι αναστολείς της αρωματάσης [18,19,20].

Παρόμοια, στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των τραχηλικών ινομυωμάτων περιλαμβάνεται ο εμβολισμός των μητριάων και κολλοτραχηλικών αρτηριών. Αν και η εκτιμώμενη μέχρι σήμερα αποτελεσματικότητα της μεθόδου παραμένει φτωχή, ωστόσο η εκλεκτική αρτηριακή απόφραξη στοχεύει στην υποστροφή των ινομυωμάτων με αποτέλεσμα την ελάττωση του πόνου, των πιεστικών συμπτωμάτων και της αιμορραγίας, με σκοπό την επίτευξη μελλοντικής κύησης [21,22]. Παρόλα αυτά όμως, η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση των τραχηλικών ινομυωμάτων συνίσταται στην χειρουργική εξαίρεση του όγκου με κοιλιακή ολική υστερεκτομία η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσχερής σε περιπτώσεις ινομυωμάτων αυξημένου μεγέθους [23], όπως στη δική μας περίπτωση. Παρόμοιες τεχνικές δυσκολίες εμφανίζει και η ινομυωματοεκτομία τραχηλικού ινομύωματος είτε αυτή γίνεται με ανοικτή, είτε με λαπαροσκοπική προσπέλαση [24].

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος του όγκου. Η αιμορραγία που μπορεί να προκληθεί διεγχειρητικά στην προσπάθεια εξαίρεσης τραχηλικού ινομύωματος μεγάλων διαστάσεων και οι διεγχειρητικές κακώσεις της ουροδόχου κύστης, των ουρητήρων ή/και του εντέρου αποτελούν τις κύριες επιπλοκές, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί σημαντική

χειρουργική εμπειρία από την ομάδα των θεραπόντων ιατρών [25].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ινομυώματα του τραχήλου της μήτρας δεν είναι συχνά και η αντιμετώπισή τους παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Η

διεξοδική κλινική και απεικονιστική προεγχειρητική αξιολόγηση επιτρέπει την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας από τη σπάνια αυτή νοσολογική οντότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Giuliani E, As - Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020; 149(1): 3 - 9.
2. Bulun SE. Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2013; 369(14): 1344 - 1355.
3. Ishikawa H, Ishi K, Serna VA, Kakazu R, Bulun SE, Kurita T. Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma. *Endocrinology.* 2010; 151(6): 2433 - 2442.
4. Syl D De La Cruz M, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* 2017; 95(2): 100 - 107.
5. Poulsen BB, Munk T, Rudnicki M, Ravn P. Uterine fibroids. *Ugeskr Laeger.* 2017; 179(43): V04170287.
6. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM - COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 113(1): 3 - 13.
7. Tiltman AJ. Leiomyomas of the uterine cervix: a study of frequency. *Int J Gynecol Pathol.* 1998; 17(3): 231 - 234.
8. Mihmanli V, Cetinkaya N, Kilickaya A, Kilinc A, Köse D. Giant cervical myoma associated with urinary incontinence and hydronephrosis. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(5):690-1.
9. Straub HL, Chohan L, Kilpatrick CC. Cervical and prolapsed submucosal leiomyomas complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2010; 65(9): 583 - 590.
10. Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, Pensabene I, Ceruti P, Vergani P. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med.* 1994; 13(5): 399 - 401.
11. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, Herring AH, Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound - screening study. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(3): 630 - 635.
12. Kansu - Celik H, Evliyaoglu O, Karakaya BK, Tarlan N, Ozel S, Engin - Ustun Y. Two cases of acute urinary retention caused by large cervical leiomyoma with review of literature. *J Exp Ther Oncol.* 2019; 13(1): 41 - 43.
13. Gandhi AC, Dugad HI, Shah Y. A rare presentation of cervical fibroid in pregnancy. *Ann Afr Med.* 2014; 13(2): 88 - 90.

14. Varras M, Hadjilira P, Polyzos D, Tsikini A, Akrivis Ch, Tsouroulas M. Clinical considerations and sonographic findings of a large nonpedunculated primary cervical leiomyoma complicated by heavy vaginal haemorrhage: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003; 30(2-3): 144 - 146.
15. Wilde S, Scott - Barrett S. Radiological appearances of uterine fibroids. *Indian J Radiol Imaging.* 2009; 19(3): 222 - 231.
16. Sharma S, Pathak N, Goraya SPS, Sinhg A, Mohan P. Large cervical fibroid mimicking an ovarian tumour. *SLJOG* 2011; 33: 26 - 27.
17. Singhal VP, Jethwani N, Kaur R, Aggarwal A. A case of massive cervical fibroid leading to obstructive nephropathy. *IJGPS* 2012; 5: 47 - 49.
18. Sankaran S, Manyonda IT. Medical management of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22(4): 655 - 676.
19. Wu T, Chen X, Xie L. Selective estrogen receptor modulators (SERMs) for uterine leiomyomas. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD005287.
20. Hilário SG, Bozzini N, Borsari R, Baracat EC. Action of aromatase inhibitor for treatment of uterine leiomyoma in perimenopausal patients. *Fertil Steril.* 2009; 91(1): 240 - 243.
21. Kim MD, Lee M, Jung DC, Park SI, Lee MS, Won JY, Lee DY, Lee KH. Limited efficacy of uterine artery embolization for cervical leiomyomas. *J Vasc Interv Radiol.* 2012; 23(2): 236 - 240.
22. DeMeritt JS, Wajswol E, Wattamwar A. Pregnancy after Superselective Embolization of the Cervicovaginal Arteries for a Bleeding Cervical Fibroid. *J Vasc Interv Radiol.* 2019; 30(10): 1639 - 1642.e2.
23. Garg R. Two uncommon presentations of cervical fibroids. *Case series* 2012; 5: 36 - 38.
24. Chang WC, Chen SY, Huang SC, Chang DY, Chou LY, Sheu BC. Strategy of cervical myomectomy under laparoscopy. *Fertil Steril.* 2010; 94(7): 2710 - 2715.
25. Bidziński M, Siergiej M, Radkiewicz J, Surynt E, Sikora S. Acute urinary retention due to cervical myoma--a case report and a review of the literature. *Ginekol Pol.* 2015; 86(1): 77 - 79.

CASE REPORT

Rare case of a huge cervical fibroid of the uterus and mini review of the literature

Efthymia I. Thanasa,¹ Ioannis K. Thanasas²

¹Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ²Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

This case concerns the surgical management of patients with giant cervical fibroid. A woman in perimenopausal age, who came to the obstetrics and gynecology clinic for routine examination and test Papanicolaou. Physical examination revealed a massively protuberant abdomen containing a firm mass. The mass extended to the umbilicus. Tumor markers were negative. Imaging studies were helpful to define the extent of the mass. A surgical treatment of the patient was decided. During the operation, it was found that there was giant cervical fibroid and a total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo – oophorectomy was performed. The histopathological examination confirmed the clinical diagnosis. After 5 days of hospitalization and smooth postoperative course, the patient having well left our clinic.

Keywords: cervical fibroid, diagnosis, management, prognosis

E.I. Thanasa, I.K. Thanasas. Rare case of a huge cervical fibroid of the uterus and mini review of the literature. Scientific Chronicles 2021; 26(3): 547-553
