

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χειρουργική αντιμετώπιση σπάνιας περίπτωσης ινώματος ωοθήκης σχετιζόμενο με αυξημένα επίπεδα CA125 σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας: περιγραφή περίπτωσης

Άννα Θανασά,¹ Ευθυμία Θανασά,¹ Ευάγγελος Καμαρέτσος,² Ιωάννης Παραουλάκης,² Γεράσιμος Κοντογεώργης,² Βασιλική Γραψίδη,² Ευάγγελος-Έκτορας Γεροκώστας,² Βασίλειος Κοντοχρήστος,² Μαρία Μούσια,³ Ιωάννης Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ² Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μικρά ινώματα των ωοθηκών (< 10cm) σχετιζόμενα με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό συναντώνται σπάνια, ιδιαίτερα όταν αφορούν σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Αναφέρουμε ένα σπάνιο περιστατικό το οποίο διαγνώσθηκε σε ασθενή ηλικίας 35 ετών μετά από την εκτέλεση εξαρτηματεκτομής για την αντιμετώπιση συμπαγούς ωοθηκικής μάζας μεγίστης διαμέτρου περίπου 5cm συνοδευόμενη από αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό του αίματος. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν σημεία φλεγμονής από το γεννητικό σύστημα, ούτε αναφέρθηκε ιστορικό ενδομητρίωσης, λειομυωμάτων της μήτρας ή μη γυναικολογικού καρκίνου. Η διεγχειρητική ταχεία βιοψία που λήφθηκε από τον όγκο της ωοθήκης ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές. Δύο μήνες μετά το χειρουργείο τα επίπεδα του CA125 στον ορό του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα στο γυναικολογικό ιατρείο. Στην παρούσα εργασία με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας.

Λέξεις ευρητηρίου: ινώμα ωοθήκης, CA125, μαγνητική τομογραφία, διάγνωση, αντιμετώπιση

A. Θανασά, E. Θανασά, E. Καμαρέτσος, I. Παραουλάκης, Γ. Κοντογεώργης, B. Γραψίδη, E. Γεροκώστας, B. Κοντοχρήστος, M. Μούσια, I. Θανασάς. Χειρουργική αντιμετώπιση σπάνιας περίπτωσης ινώματος ωοθήκης σχετιζόμενο με αυξημένα επίπεδα CA125 σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας: περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2023; 28(1): 112-121

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

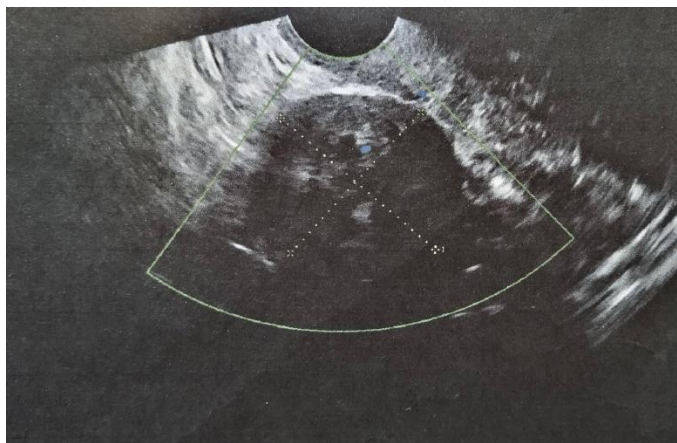
Τα ωοθηκικά ινώματα είναι όγκοι που προέρχεται από τον συνδετικό ιστό του φλοιού των ωοθηκών και περιλαμβάνουν 3 παθολογικούς υποτύπους: το ίνωμα, το θήκωμα και το ινοθήκωμα [1]. Ινώματα στις ωοθήκες περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τους Young και Scully το 1983 [2]. Τα ινώματα είναι οι πιο κοινοί καλοήθεις συμπαγείς όγκοι από τις ωοθήκες και συνήθως διαγιγνώσκονται σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανάμεσα στην πέμπτη και την έκτη δεκαετία της ζωής. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι όγκοι είναι μονόπλευροι, σπάνια εμφανίζονται αμφοτερόπλευρα και εκτιμάται ότι αφορούν στο 1% - 4% του συνόλου των όγκων των ωοθηκών [3,4]. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υποστούν συστροφή και να εκδηλωθούν κλινικά με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας [5], ενώ άλλοτε είναι δυνατό να συσχετιστούν με ασκίτη και υπεζωκοτική συλλογή, όπως στο σύνδρομο Meigs [6]. Ίνωμα των ωοθηκών με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό συναντάται σπάνια στην κλινική πράξη και είναι πολύ πιθανό να διαγνωσθεί εσφαλμένα ως επιθηλιακό καρκίνωμα των ωοθηκών, ιδιαίτερα όταν αφορά σε ασθενείς εμμηνοπαυσιακής ηλικίας [7].

Με την περιγραφή της παρούσας περίπτωσης τονίζονται οι σημαντικές δυσκολίες που αφορούν στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ωοθηκικών ιωμάτων που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό του αίματος, ειδικότερα στις ασθενείς εκείνες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία και επιθυμούν τη διατήρηση της

γονιμότητας και την επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης. Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι η γνώση των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών του σχετιζόμενου με αυξημένα επίπεδα CA125 ινώματος των ωοθηκών κρίνεται απαραίτητη στη σύγχρονη καθημερινή κλινική πράξη, προκειμένου να διευκολυνθεί η ακριβής προεγχειρητική διάγνωση και να επλεγεί η καταλληλότερη χειρουργική αντιμετώπιση αυτού του ασυνήθιστου όγκου των ωοθηκών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή ηλικίας 35 ετών, με δύο φυσιολογικούς τοκετούς στο μαιευτικό ιστορικό της, η οποία προσήλθε στο ιατρείο για γυναικολογικό έλεγχο ρουτίνας. Από το ατομικό αναμνηστικό, εκτός της υπερλιπιδαιμίας δεν αναφέρθηκε άλλη νοσηρότητα. Η ασθενής δεν ήταν έγκυος, δεν αναφέρθηκε ιστορικό ενδομητρίωσης, λειομυωμάτων της μήτρας, ούτε ιστορικό μη γυναικολογικού καρκίνου. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν σημεία φλεγμονής από το γεννητικό σύστημα. Με το διακοιλιακό υπερηχογράφημα δεν διαπιστώθηκε η παρουσία ασκίτη, ωστόσο όμως η εξέταση δεν ήταν ιδιαίτερα διαγνωστική αναφορικά με την απεικόνιση των δομών της πυέλου. 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. Διακολπικό υπερηχογράφημα και Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Η συμπαγής υποηχοϊκή μάζα με σαφή όρια και ελάχιστα σήματα ροής Doppler αποτελούν τυπικά υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά του ωθηκικού ινώματος.



Εικόνα 2. MRI απεικόνιση ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος (κόκκινα βέλη) αναδεικνύεται η παρουσία παθολογικής χωροκατακτητικής εξεργασίας που καταλαμβάνει τη σύστοιχη ωθήκη, χωρίς την παρουσία απεικόνισης φυσιολογικού ωθηκικού ιστού.

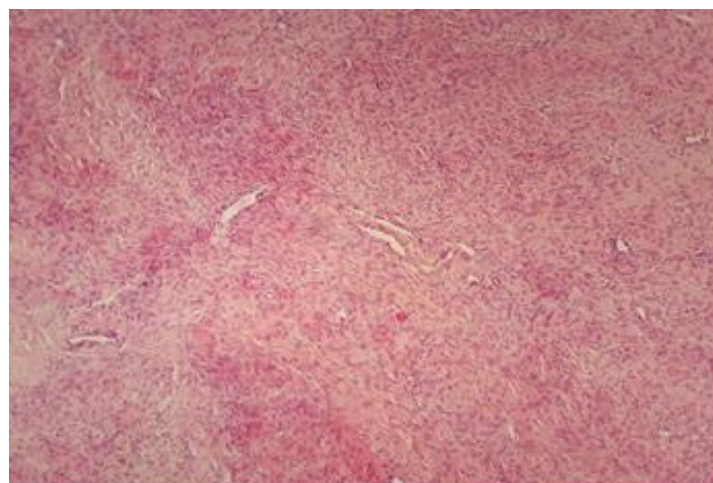
Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη κακοήθειας από τις ωθήκες ή την ύπαρξη μισχωτού υπορογόνιου ινομώματος του σώματος της μήτρας. Στην ανατομική θέση της δεξιάς ωθήκης διαπιστώθηκε η παρουσία πολυλοβωτής παθολογικής χωροκατακτητικής μάζας χαμηλής έντασης σήματος στις T2 ακολουθίες, εκτιμώμενων διαστάσεων 41x35x42 χιλιοστά (Εικόνα 2).

Τα επίπεδα του CA125 στον ορό του αίματος ήταν αυξημένα (311 U/ml). Μετά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μας, από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 42.9%, Hb 14.1 gr/dl, PLT 218x103/ml, WBC 9.56x103/ml, NEUT 55.2%, CRP 0.8 mg/dl. Η γενική εξέταση των ούρων ήταν φυσιολογική. Η ακτινογραφία του θώρακα και το υπερηχογράφημα της καρδιάς ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου, αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με λαπαροτομία. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς μάζας στη δεξιά ωθήκη, χωρίς νεκρώσεις και μη συμφυόμενη με τους παρακείμενους ιστούς (Εικόνα 3). Οι εκτιμώμενες τεχνικές χειρουργικές δυσκολίες κατά την προσπάθεια εξαίρεσης του όγκου, ο αυξημένος κίνδυνος υποτροπής και η αυξημένη πιθανότητα παραμονής μη λειτουργικού ωθηκικού ιστού μετεγχειρητικά οδήγησαν στην απόφαση για την αφαίρεση της ωθηκικής μάζας μαζί με την ωθήκη (Εικόνα 4) και την ταυτόχρονη αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας.

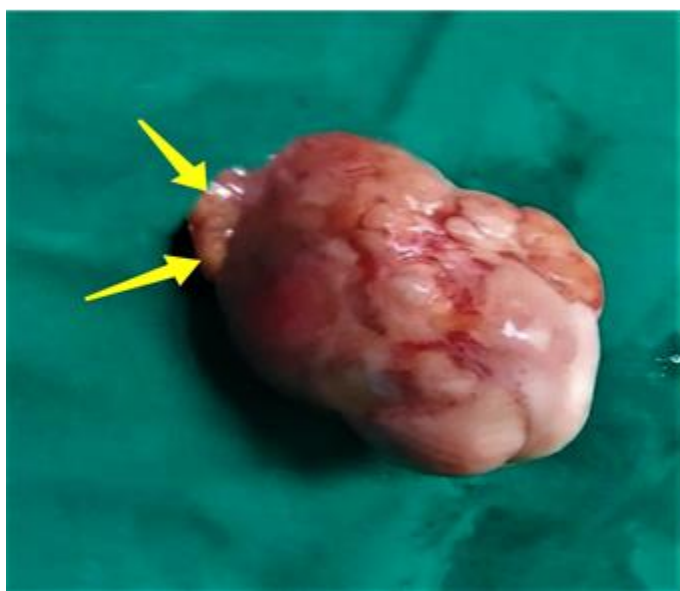


Εικόνα 3. Διεγχειρητική απεικόνιση ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Είναι χαρακτηριστική η παρουσία συμπαγούς μάζας στην ανατομική θέση της δεξιάς ωθήκης, χωρίς νεκρώσεις και μη συμφυόμενη με τους παρακείμενους ιστούς.

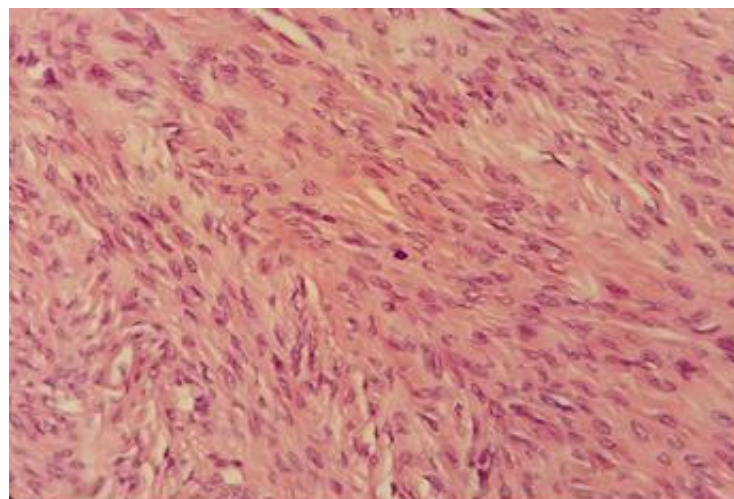


Εικόνα 5. Ιστολογική εικόνα ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Αναδεικνύεται δεσμιδωτό κυρίως πρότυπο ανάπτυξης ατρακτόμορφων κυττάρων με ηωσινόφυλο κυτταρόπλασμα.

Η ταχεία βιοψία που έγινε από τον όγκο διεγχειρητικά ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωθήκης, μέγιστης διαμέτρου περίπου 45 χιλιοστών, με ήπια κυτταροβρίθεια και απουσία ατυπίας και πολλαπλών μιτώσεων (Εικόνες 5 και 6).



Εικόνα 4. Χειρουργικό παρασκεύασμα ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Είναι χαρακτηριστική η παρουσία μικρής έκτασης υγιούς ωθητικού ιστού (κίτρινα βέλη) η οποία συνέβαλε στη λήψη της απόφασης για τη χειρουργική εκτομή του ινώματος μαζί με την ωθήκη και την αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας.



Εικόνα 6. Ιστολογική εικόνα ινώματος της ωθήκης (δική μας περίπτωση): Σε μεγέθυνση αναγνωρίζεται εναπόθεση κολλαγόνου και μία μίτωση.

Η κυτταρολογική εξέταση του εκπλύματος της περιτοναϊκής κοιλότητας ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς άμεσες επιπλοκές. Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Δύο μήνες μετά το χειρουργείο τα επίπεδα του CA125 στον ορό του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η ασθενής παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα στο γυναικολογικό ιατρείο.

ΣΧΟΛΙΟ

Η κλινικο - εργαστηριακή διάγνωση των ινωμάτων της ωοθήκης δεν είναι εύκολη. Αν και συνήθως τα ωοθηκικά ινώματα είναι ασυμπτωματικά και διαγιγνώσκονται τυχαία, στις μισές περίπου περιπτώσεις (43.5%) εκδηλώνονται με κύριο σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος το οποίο συνήθως είναι χαμηλής έντασης [8]. Ο οξύς κοιλιακός πόνος ο οποίος χρήσει άμεσης αντιμετώπισης χαρακτηρίζει τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες ο όγκος έχει υποστεί συστροφή και νέκρωση [9]. Η συμπαγής φύση των ωοθηκικών ινωμάτων, η σχέση τους με τον ασκίτη και την υπεζωκοτική συλλογή (σύνδρομο Meigs) και τα αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό του αίματος χρήζουν περαιτέρω διαγνωστικής διερεύνησης, προκειμένου να αποκλεισθεί η κακοήθεια από τις ωοθήκες [10].

Τα αυξημένα επίπεδα του CA125 στον ορό σχετίζονται σημαντικά με ωοθηκικά ινώματα αυξημένων διαστάσεων (διαμέτρου $\geq 10\text{cm}$) ή με παρουσία συνδρόμου Meigs [7]. Στη

δική μας ασθενή το περίεργο είναι ότι η παρουσία μικρών διαστάσεων ίνωμα (μέγιστη διάμετρος $< 5\text{cm}$), χωρίς συμμετοχή ασκίτη ή υπεζωκοτικής συλλογής συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό του αίματος. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται σημαντικές διαγνωστικές δυσκολίες και σοβαρά διλήματα στη διαχείριση της ωοθηκικής νεοπλασίας, συμπεριλαμβανομένης και της διαφορικής διάγνωσης του ινώματος της ωοθήκης από το επιθηλιακό καρκίνωμα των ωοθηκών, παρά τη νεαρή ηλικία της ασθενούς μας. Η απουσία καρκινικών κυττάρων ή μηχανικού ερεθισμού του περιτοναίου από την αυξημένη ενδοπεριτοναϊκή πίεση που είναι δυνατό να προκαλέσει ο μεγάλος όγκος ή ο ασκίτης δεν είναι σε θέση να διευκρινίσουν με σαφήνεια την πηγή του CA125 στην ασθενή μας [11]. Επίσης, από την ενδελεχή εξέταση της ασθενούς μας δεν προέκυψε ιστορικό μη γυναικολογικού καρκίνου, φλεγμονώδους πυελικής νόσου, ενδομητρίωσης, λειομυωμάτων της μήτρας ή περιτοναϊκής, υπεζωκοτικής και περικαρδιακής φλεγμονής που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την αύξηση του CA125 στον ορό του αίματος [11]. Η πηγή του CA125 ορού σε ινώματα/ινοθηκώματα των ωοθηκών παραμένει ασαφής. Η παλαιότερη θεωρία που υποστηρίζει ότι τα κύτταρα του μεσοθηλίου του περιτοναίου μπορεί να είναι η πηγή του αυξημένου CA125 στον ορό σε ωοθηκικά ινώματα/ινοθηκώματα φαίνεται να ταιριάζει στη δική μας ασθενή [12].

Σε αντίθεση με τα κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των ινωμάτων της ωοθήκης είναι περισσότερο καθοριστική. Το διακολλικό

υπερηχογράφημα και η Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση της πυέλου αποτελούν σημαντικό εργαλείο στην προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση της νόσου. Τα τυπικά υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης των ωοθηκικών ινωμάτων περιλαμβάνουν στερεές υποηχοϊκές μάζες με σαφή όρια και ακουστική εξασθένηση καθώς και ελάχιστα σήματα ροής Doppler [1,13]. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η ευαισθησία και η διαγνωστική ακρίβεια της Doppler υπερηχογραφίας για την προεγχειρητική διάγνωση των στρωματικών όγκων της ωοθήκης είναι υψηλότερες συγκριτικά με εκείνες της δισδιάστατης υπερηχογραφίας [14]. Παρόμοια στη δική μας ασθενή δεν είναι περίεργο που η καλά καθορισμένη συμπαγής υποηχοϊκή μάζα με ελάχιστα σήματα ροής Doppler, όπως απεικονίστηκε με την Doppler υπερηχογραφία έθεσε σοβαρή υποψία παρουσίας ινώματος/ινοθηκώματος από την ωοθήκη.

Η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ίνωμα της ωοθήκης από άλλες ωοθηκικές μάζες. Τα ινώματα της ωοθήκης μπορεί να απεικονισθούν ποικιλοτρόπως στην αξονική τομογραφία. Τα τυπικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά αφορούν σε καλά καθορισμένους ωοειδούς σχήματος ετερόπλευρους συμπαγείς όγκους, το παρέγχυμα των οποίων εμφανίζει ισοπυκνότητα, σήμα υποέντασης ή ισοέντασης και ήπια έως μέτρια ενίσχυση μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού μέσου [3,15]. Η παρουσία ασκίτη και πλευριτικής συλλογής συνηγορεί υπέρ της διάγνωσης του συνδρόμου Meigs, του οποίου η διαφορική διάγνωση από την μυοκαρδιοπάθεια

μπορεί να είναι πολύ δύσκολη [16]. Το 2013, ο Yen οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η αγγείωση των ωοθηκικών όγκων, όπως αυτή μπορεί να ανιχνευτεί με την Doppler υπερηχογραφία, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία είναι χαρακτηριστική των ινωμάτων/ινοθηκωμάτων της ωοθήκης. Επίσης, δημοσίευσαν ότι για τις κυστικές εξαρτηματικές μάζες, παρόλο που θεωρούνται επιθηλιακής προέλευσης, η πιθανότητα ύπαρξης στρωματικού όγκου δεν πρέπει να αποκλείεται [17].

Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί δεύτερης γραμμής διαγνωστική μέθοδο η οποία έχει συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της προεγχειρητικής διαγνωστικής ακρίβειας των ινωμάτων στις ωοθήκες. Σήμερα η μαγνητική τομογραφία αποτελεί αναμφισβήτητα την πιο ακριβή απεικονιστική τεχνική στον χαρακτηρισμό των ωοθηκών μαζών [18]. Τα τυπικά απεικονιστικά χαρακτηριστικά αφορούν σε χαμηλής έντασης σήμα στις T2 ακολουθίες, γεγονός που αντανακλά στα ήπια κύτταρα της ατράκτου και στο μεσοκυττάριο κολλαγόνο που βρίσκονται σε αφθονία στο στρώμα τους. Σε περιπτώσεις όμως όγκων αυξημένων διαστάσεων που αντανακλούν ποικίλες εκφυλιστικές αλλαγές, όπως κυστική εκφύλιση, οίδηματώδεις αλλαγές, αιμορραγικό έμφραγμα ή νέκρωση που προκαλείται από συστροφή η υψηλή ένταση σήματος στις T2 ακολουθίες είναι χαρακτηριστική [19]. Η μαγνητική τομογραφία εκτιμάται ότι με βάση τα ειδικά χαρακτηριστικά της συμβατικής απεικόνισης μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη διαφοροποίηση των ινωμάτων από τους άλλους στρωματικούς όγκους της ωοθήκης [20]. Αντίθετα, η προεγχειρητική διαφορική

διάγνωση των ωθηκικών ινώματων από τα υπορογόνια μισχωτά λειομύωματα της μήτρας ή τους κακοήθεις όγκους των ωθηκών παραμένει δύσκολη και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι αδύνατη [21].

Η θεραπεία των ινώματων της ωθήκης είναι χειρουργική. Παρά την καλοήγη ιδιότητά τους, οι περισσότερες επεμβάσεις αφορούν σε ανοικτή χειρουργική προσπέλαση με αφαίρεση του σύστοιχου εξαρτήματος [22]. Η εκτομή του ινώματος με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε γυναίκες που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητας. Το ποσοστό υποτροπής εκτιμάται ότι αφορά περίπου στο 2% των περιπτώσεων [23]. Στη δική μας ασθενή επιλέχθηκε η εκτέλεση εξαρτηματεκτομής ως η καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή σε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας με συνοδό αύξηση των επιπέδων του CA125 στον ορό του αίματος, η οποία κατά ομολογία της έχει ολοκληρώσει την οικογένειά της, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλείσει την πιθανότητα επιθυμίας επίτευξης μελλοντικής εγκυμοσύνης. Η αυξημένη πιθανότητα διασποράς του όγκου στην περιτοναϊκή κοιλότητα ως αποτέλεσμα των αυξημένων τεχνικών δυσκολιών κατά την προσπάθεια εξαίρεσης του όγκου και ο αυξημένος κίνδυνος υποτροπής της ωθηκικής βλάβης, όπως αυτός εκτιμήθηκε από την χειρουργική ομάδα, λόγω της αναπόφευκτης παραμονής ιωματώδους ιστού στην ωθήκη, αποτέλεσαν τους κύριους λόγους που δεν επιλέχθηκε η χειρουργική εκτομή του ωθηκικού ινώματος με διατήρηση της σύστοιχης ωθήκης. Επιπλέον, η χαρακτηριστική παρουσία μικρής έκτασης υγιούς ωθηκικού ιστού, ο οποίος πιθανότατα

μετεγχειρητικά θα ήταν μη λειτουργικός αποτέλεσε έναν ακόμη λόγο που οδήγησε στην απόφαση για τη χειρουργική εξαίρεση του ινώματος μαζί με την ωθήκη και την ταυτόχρονη αφαίρεση της σύστοιχης σάλπιγγας.

Παρόλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, οι περισσότεροι από τους χειρουργούς σήμερα φαίνονται διστακτικοί στη χρησιμοποίηση της λαπαροσκοπικής προσπέλασης. Οι άλλοτε άλλο βαθμού τεχνικές δυσκολίες κατά την προσπάθεια εξαίρεσης του ωθηκικού όγκου που αφορούν στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων και η δύσκολη ακριβής προεγχειρητική διάγνωση των ινώματων της ωθήκης δεν επιτρέπουν την ασφαλή, χωρίς περιτοναϊκή διασπορά λαπαροσκοπική εκτομή του ωθηκικού ινώματος [24]. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση των ινώματων της ωθήκης πρέπει να εξετάζεται σοβαρά σε περιπτώσεις εξωφυτικών ωθηκικών όγκων σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας [22].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα σχετιζόμενα με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό μικρά ωθηκικά ινώματα (< 5cm) είναι εξαιρετικά σπάνια. Η πηγή του Ca125 σε ινώματα/ινοθηκώματα των ωθηκών παραμένει ασαφής. Παρά τη σπανιότητα που τα χαρακτηρίζει εκτιμάται ότι τα σχετιζόμενα με αυξημένα επίπεδα CA125 ινώματα των ωθηκών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση με το επιθηλιακό καρκίνωμα των ωθηκών όχι μόνο σε γυναίκες εμμηνόπαυσιακής ηλικίας, αλλά και σε νεότερες

γυναίκες. Ωστόσο όμως, σε ασθενείς αναπαραγωγικής ηλικίας, όπως στη δική μας ασθενή, η χειρουργική εκτομή του ινώματος ή η εκτέλεση εξαρτηματεκτομίας ανάλογα των χειρουργικών συνθηκών και δυνατοτήτων

φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, καθώς νεοπλασία των ωθηκών που σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα CA125 στον ορό δεν υποδηλώνει απαραίτητα κακοήθη νεοπλασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Chen H, Liu Y, Shen LF, Jiang MJ, Yang ZF, Fang GP. Ovarian thecoma-fibroma groups: clinical and sonographic features with pathological comparison. *J Ovarian Res.* 2016, 9: 81.
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. Zhang Z, Wu Y, Gao J. CT diagnosis in the thecoma-fibroma group of the ovarian stromal tumors. *Cell Biochem Biophys.* 2015, 71: 937-943.
4. Foti PV, Attinà G, Spadola S, et al. MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis. *Insights Imaging.* 2016, 7: 21-41.
5. Saran S, Singh AP, Khanna T. Ovarian fibroma with torsion in a young female. *Ann Afr Med.* 2019, 18: 210-211.
6. Tan N, Jin KY, Yang XR, Li CF, Yao J, Zheng H. A case of death of patient with ovarian fibroma combined with Meigs Syndrome and literature review. *Diagn Pathol.* 2022, 17: 83.
7. Shen Y, Liang Y, Cheng X, Lu W, Xie X, Wan X. Ovarian fibroma/fibrothecoma with elevated serum CA125 level: A cohort of 66 cases. *Medicine (Baltimore).* 2018, 97: e11926.
8. Leung SW, Yuen PM. Ovarian fibroma: a review on the clinical characteristics, diagnostic difficulties, and management options of 23 cases. *Gynecol Obstet Invest.* 2006, 62: 1-6.
9. Boujoul 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.
10. Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbayır 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.
11. Bottoni P, Scatena R. The Role of CA 125 as Tumor Marker: Biochemical and Clinical Aspects. *Adv Exp Med Biol.* 2015, 867: 229-244.

12. Timmerman D, Moerman P, Vergote I. Meigs' syndrome with elevated serum CA 125 levels: two case reports and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1995, 59: 405-408.
13. Jiang MJ, Le Q, Yang BW, Yuan F, Chen H. Ovarian sex cord stromal tumours: analysis of the clinical and sonographic characteristics of different histopathologic subtypes. *J Ovarian Res.* 2021, 14: 53.
14. He G, Zhao J, Yang Z, Zhao Z, Bai Y, Xiong W. Comparison of image features and diagnostic value of color Doppler ultrasound and two-dimensional ultrasound in the diagnosis of ovarian sex cord-stromal tumors. *Oncol Lett.* 2020, 20: 1671-1676.
15. Chen J, Wang J, Chen X, Wang Y, Wang Z, Li D. Computed tomography and magnetic resonance imaging features of ovarian fibrothecoma. *Oncol Lett.* 2017, 14: 1172-1178.
16. Tarlovskaya EI, Kamardina NA, Mazalov KV. Demons-Meigs syndrome or cardiomyopathy: a difficult case of a differential diagnosis. *Kardiologiya.* 2019, 59: 64-68.
17. 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.
18. Montoriol PF, Mons A, Da Ines D, Bourdel N, Tixier L, Garcier JM. Fibrous tumours of the ovary: aetiologies and MRI features. *Clin Radiol.* 2013, 68: 1276-1283.
19. Kitajima K, Kaji Y, Sugimura K. Usual and unusual MRI findings of ovarian fibroma: correlation with pathologic findings. *Magn Reson Med Sci.* 2008, 7: 43-48.
20. Zhao SH, Li HM, Qiang JW, Wang DB, Fan H. The value of MRI for differentiating benign from malignant sex cord-stromal tumors of the ovary: emphasis on diffusion-weighted MR imaging. *J Ovarian Res.* 2018, 11: 73.
21. Abdelazim IA, Abu-Faza M, Abdelrazek K, Amer OO, Shikanova S, Zhurabekova G. Ovarian Fibroma Commonly Misdiagnosed as Uterine Leiomyoma. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2019, 9: 36-38.
22. 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.
23. Cho YJ, Lee HS, Kim JM, et al. Ovarian-sparing local mass excision for ovarian fibroma/fibrothecoma in premenopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015, 185: 78-82.
24. Târcoveanu E, Dimofte G, Niculescu D, et al. Ovarian fibroma in the era of laparoscopic surgery: a general surgeon's experience. *Acta Chir Belg.* 2007, 107: 664-669.

CASE REPORT

Surgical treatment of a rare case of ovarian fibroma associated with elevated CA125 levels in a patient of reproductive age: a case report

Anna Thanasa,¹ Efthymia Thanasa,¹ Evangelos Kamaretsos,² Ioannis Paraoulakis,² Gerasimos Kontogeorgis,² Vasiliki Grapsidi,² Evangelos-Ektoras Gerokostas,² Vasileios Kontochristos,² Maria Mousia,³ Ioannis Thanasas²

¹Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, ²Department of Obstetrics and Gynecology of General Hospital in Trikala, ³Department of Pathology of General Hospital in Trikala, Greece

ABSTRACT

Small ovarian fibroids (< 10cm) associated with elevated serum CA125 levels are rare, particularly in women of reproductive age. We report a rare case diagnosed in a 35-year-old patient after appendectomy for a solid ovarian mass of approximately 5cm in maximum diameter accompanied by elevated serum CA125 levels. During the preoperative examination, no signs of inflammation from the genital system were found, and no history of endometriosis, uterine leiomyomas, or non-gynecological cancer was reported. Intraoperative rapid biopsy obtained from the ovarian tumor was negative for malignancy. Histological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of ovarian fibroma. The postoperative course was uneventful without complications. Two months after surgery the serum CA125 levels were within normal limits. The patient is monitored at regular intervals in the gynecology clinic. In the present work, based on the modern literature data, a brief review is attempted mainly regarding the diagnostic and therapeutic approach of this rare nosological entity.

Keywords: ovarian fibroma, CA125, MRI, diagnosis, management

A. Thanasa, E. Thanasa, E. Kamaretsos, I. Paraoulakis, G. Kontogeorgis, V. Grapsidi, E. Gerokostas, V. Kontochristos, M. Mousia, I. Thanasas. Surgical treatment of a rare case of ovarian fibroma associated with elevated CA125 levels in a patient of reproductive age: a case report. *Scientific Chronicles* 2023; 28(1): 112-121
