

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

## **Χρόνιο πυελικό άλγος λόγω τεράστιου θηκώματος της ωοθήκης σε εμμηνόπαυσιακή ασθενή 25 χρόνια μετά από κοιλιακή ολική υστερεκτομή και δεξιά εξαρτηματεκτομή-ωοθηκεκτομή: περιγραφή σπάνιας περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας**

Άννα Θανασά,<sup>1</sup> Ευθυμία Θανασά,<sup>1</sup> Ιωάννης-Ραφαήλ Αντωνίου,<sup>2</sup> Αλέξανδρος Λερούτσος,<sup>2</sup> Ευαγγελία Σιμοπούλου,<sup>3</sup> Μαρία Μούσια,<sup>3</sup> Ιωάννης Θανασάς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, <sup>3</sup>Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η περίπτωση μας αφορά σε ασθενή εμμηνόπαυσιακής ηλικίας 68 ετών με ιστορικό κοιλιακής ολικής υστερεκτομής και δεξιάς σαλπγγο-ωοθηκεκτομής προ 25 ετών. Η ασθενής προσήλθε στο γυναικολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, προκειμένου να υποβληθεί σε γυναικολογική εξέταση στο πλαίσιο διερεύνησης χρόνιου πυελικού άλγους. Κλινικά διαπιστώθηκε η ύπαρξη μεγάλης ανώδυνης κατά την ψηλάφηση πυελικής μάζας, η οποία εκτιμήθηκε ότι πιθανότατα προερχόταν από τη διατηρηθείσα μετά από την υστερεκτομή αριστερή ωοθήκη. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία ενισχύθηκε η κλινική υποψία της ωοθηκικής μάζας και εκτελέστηκε ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε συμπαγής νεοπλασματικός εξωφυτικός ωοθηκικός όγκος, ο οποίος καταλάμβανε ολόκληρη την πύελο. Ο ωοθηκικός όγκος αφαιρέθηκε μαζί με την ωοθήκη και τη σύστοιχη σάλπιγγα. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του θηκώματος της ωοθήκης. Μετά από νοσηλεία 4 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας. Τρεις μήνες αργότερα αναφέρει πλήρη απαλλαγή των συμπτωμάτων του χρόνιου πυελικού άλγους. Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης γίνεται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τονίζοντας τις προεγχειρητικές διαγνωστικές δυσκολίες της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας και την αναγκαιότητα τακτικού γυναικολογικού ελέγχου των γυναικών, οι οποίες υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή με διατήρηση ωοθήκης.

*Λέξεις κλειδιά:* θήκωμα ωοθήκης, χρόνιο πυελικό άλγος, διακολπικό υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, χειρουργική αντιμετώπιση, περιγραφή περίπτωσης

Α. Θανασά, Ε. Θανασά, Ι-Ρ. Αντωνίου, Α. Λερούτσος, Ε. Σιμπούλου, Μ. Μούσια, Ι. Θανασάς. Χρόνιο πυελικό άλγος λόγω τεράστιου θηκώματος της ωοθήκης σε εμμηνοπαυσιακή ασθενή 25 χρόνια μετά από κοιλιακή ολική υστερεκτομή και δεξιά εξαρτηματεκτομή-ωοθηκεκτομή: περιγραφή σπάνιας περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(1): 137-149*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως χρόνιο πυελικό άλγος στις γυναίκες ορίζεται ο επίμονος, μη κυκλικός πόνος, ο οποίος εντοπίζεται στην ελάσσονα πύελο και έχει διάρκεια μεγαλύτερη των έξι μηνών [1]. Ο χρόνιος πυελικός πόνος, η συχνότητα εμφάνισης του οποίου εκτιμάται ότι μπορεί να φτάσει έως και το 20% των γυναικών αποτελεί σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα στις μέρες μας [2]. Το χρόνιο πυελικό άλγος εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 40% των λαπαροσκοπήσεων και το 12% των υστερεκτομών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ετησίως, παρόλο που η αιτιολογία του στο 80% των περιπτώσεων δεν είναι γυναικολογικής προέλευσης [3]. Η αιτιοπαθογένεια του χρόνιου πυελικού άλγους συνήθως δεν είναι συγκεκριμένη. Πρόκειται για μια επώδυνη πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία συχνά σχετίζεται με δυσλειτουργία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος (ενδομητρίωση, αδеноμύωση, λειομώματα της μήτρας, ωοθηκικά κυστικά νεοπλάσματα, θηκώματα, ινώματα, ινοθηκώματα των ωοθηκών) και σπανιότερα με δυσλειτουργία του ουροποιητικού, του γαστρεντερικού ή του νευρικού πυελικού συστήματος, επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών [4,5].

Τα θηκώματα, τα ινώματα και τα ινοθηκώματα των ωοθηκών είναι σπάνιοι, μη καρκινικοί όγκοι γεννητικής ταινίας-στρώματος [6]. Οι όγκοι γεννητικής ταινίας-

ωοθηκικού στρώματος αντιπροσωπεύουν ποσοστό μικρότερο από το 5% του συνόλου των ωοθηκικών νεοπλασμάτων [7]. Τα θηκώματα είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι του στρώματος της ωοθήκης, οι οποίοι εκκρίνουν οιστρογόνα, ανδρογόνα ή συνδυασμό ανδρογόνων – οιστρογόνων. Εκτιμάται ότι αφορούν σε ποσοστό μικρότερο από 1% του συνόλου των καλοηθών ωοθηκικών νεοπλασμάτων και συνήθως εμφανίζονται σε προεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ηλικίας 50-60 ετών [8]. Η εμφάνιση θηκωμάτων στην παιδική και την εφηβική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνια [9]. Τα ωοθηκικά θηκώματα συνήθως εμφανίζονται ετερόπλευρα και έχουν διαστάσεις, οι οποίες κυμαίνονται από 5 έως 10 εκατοστά. Η αμφοτερόπλευρη εντόπιση της νόσου αφορά μόνο στο 3% των περιπτώσεων [10]. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία θηκώματα στις ωοθήκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [7].

Στην παρούσα εργασία αναφέρουμε την περίπτωση μιας 68χρονης γυναίκας με μεγάλο θηκώμα ωοθήκης, το οποίο διαγνώστηκε 25 χρόνια μετά από την εκτέλεση κοιλιακής ολικής υστερεκτομής με ετερόπλευρη εξαρτηματεκτομή. Τονίζονται οι προεγχειρητικές διαγνωστικές δυσκολίες του σπάνιου αυτού ωοθηκικού νεοπλάσματος και ταυτόχρονα δίδεται έμφαση στην αναγκαιότητα της τακτικής απεικονιστικής παρακολούθησης της πύελου στις γυναίκες, οι οποίες υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή με

διατήρηση ωθήκης, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι πυελικών συμπτωμάτων (χρόνιο πυελικό άλγος).

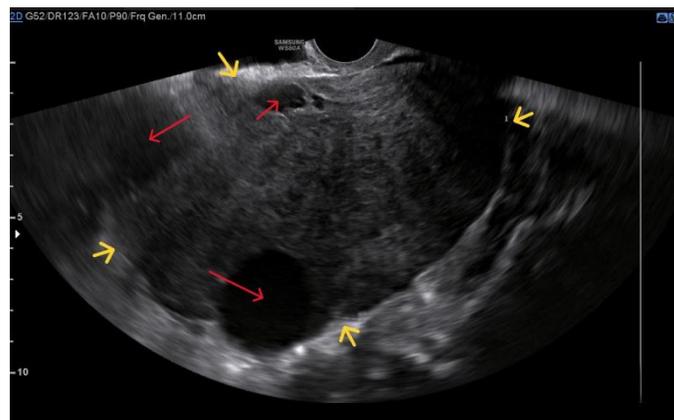
## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά σε ασθενή ηλικίας 68 ετών, με δύο φυσιολογικούς τοκετούς στο μαιευτικό ιστορικό της και με ιστορικό κοιλιακής ολικής υστερεκτομής και δεξιάς σαλπινγγο-ωθηκεκτομής προ 25 ετών, λόγω λειομυωμάτων της μήτρας και μηνομητρορραγιών. Η ασθενής από το γαστρεντερολογικό τμήμα παραπέμφθηκε στο γυναικολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, με σκοπό τη διερεύνηση χρόνιου κοιλιακού άλγους εντοπιζόμενο στην πύελο. Η έναρξη του πόνου χρονολογήθηκε πριν από 18 μήνες περίπου. Ο πόνος ήταν ήπιος, βύθιος, καθημερινός και σταθερής έντασης. Η κολονοσκόπηση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η κλινική και απεικονιστική εξέταση του ουροποιητικού συστήματος δεν ανέδειξε βλάβη σχετιζόμενη με τους νεφρούς, τους ουρητήρες ή την ουροδόχο κύστη.

Από το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς αναφέρθηκε αρτηριακή υπέρταση και υποθυρεοειδισμός, παθήσεις οι οποίες ήταν καλά ανταποκρινόμενες στην κατάλληλη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία.

Κατά την κολπική γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη μεγάλης ανώδυνης πυελικής μάζας, η οποία καταλάμβανε τον δουγλάσειο χώρο.

Το διακολπικό υπερηχογράφημα έδειξε μια διακριτή, ηχογενή μάζα με συμπαγή και υδρικά στοιχεία, η οποία καταλάμβανε ολόκληρη την πύελο (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση θηκώματος της ωθήκης: Είναι διακριτή η παρουσία σαφώς καθορισμένης πυελικής μάζας (κίτρινα βέλη) με συμπαγή κυρίως και εν μέρει υδρικά στοιχεία (κόκκινα βέλη).

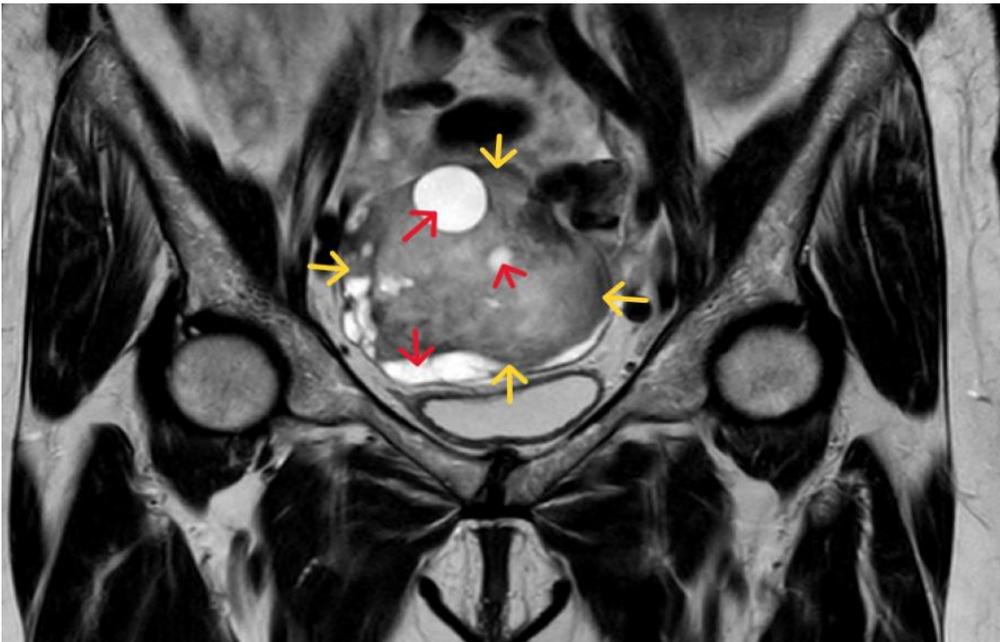
Με την αξονική τομογραφία διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους εξεργασίας με κυστικά και συμπαγή στοιχεία και ανομοιογενή εμπλουτισμό, η οποία φαίνεται να εξορμάται από την αριστερή ωθήκη. Μικρή συλλογή ελεύθερου υγρού διαπιστώθηκε στον χώρο του Douglas (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2.** CT απεικόνιση θηκώματος της ωοθήκης: Είναι εμφανής η παρουσία ευμεγέθους εξεργασίας με ανομοιογενή εμπλουτισμό (κίτρινα βέλη), η οποία φαίνεται να εξορμάται από την αριστερή ωοθήκη και να καταλαμβάνει τον χώρο του Douglas.

Η μαγνητική τομογραφία έδειξε εξεργασία με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία. Στην T2 ακολουθία ελέγχεται η εξεργασία με χαμηλή ένταση σήμα και στοιχεία

κυστικής εκφύλισης. Η βλάβη φαίνεται να εμπλουτίζεται ομοιογενώς, χωρίς παρουσία παθολογικών λεμφαδένων στην περιοχή ελέγχου (Εικόνα 3).



**Εικόνα 3.** MRI απεικόνιση θηκώματος της ωοθήκης: Είναι εμφανής η παρουσία εξεργασίας με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και T2 ακολουθίες (κίτρινα βέλη) και στοιχεία κυστικής εκφύλισης (κόκκινα βέλη).

Εξετάσεις	Προεγχειρητικές Τιμές	Τιμές Αναφοράς
Ht	41%	37.7 – 49.7%
Hb	13.1 gr/dl	11.8 – 17.8 gr/dl
WBC	7.1x10 <sup>3</sup> /ml	4 – 10.8 x10 <sup>3</sup> /ml
NEUT	63%	40 – 75%
Glu	107 mg/dl	75 – 115 mg/dl
U	51 mg/dl	10 – 50 mg/dl
Cr	0.9 mg/dl	0.40 – 1.10 mg/dl
CEA	3.45 ng/mL	< 5 ng/mL
Ca125	17.8 U/mL	< = 35 U/mL
Ca15-3	14.1 U/mL	0.0 – 31.3 U/mL
Ca19-9	13.4 U/mL	0.0 – 37 U/mL

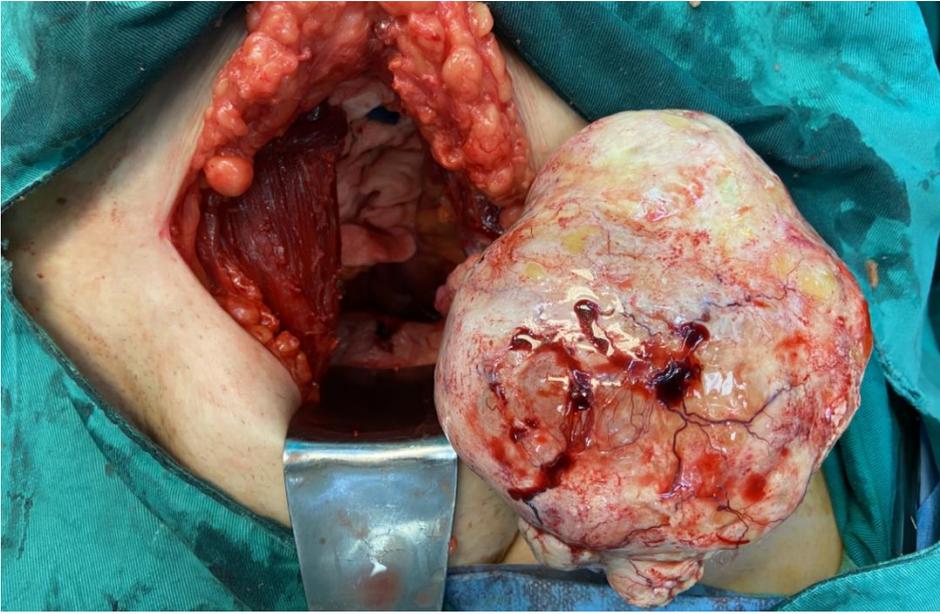
**Πίνακας 1.** Εργαστηριακές εξετάσεις στο πλαίσιο του προεγχειρητικού ελέγχου της ασθενούς: (Ht: Αιματοκρίτης, Hb: Αιμοσφαιρίνη, WBC: Λευκά αιμοσφαίρια, NEUT: Ουδετερόφιλα, Glu: Σάκχαρο, U: Ουρία, Cr: Κρεατινίνη, CEA: Καρκινοεμβρικό αντιγόνο, Ca125: Καρκινικό αντιγόνο 125, Ca15-3: Καρκινικό αντιγόνο 15-3, Ca19-9: Καρκινικό αντιγόνο 19-9).

Με τις εργαστηριακές εξετάσεις (Πίνακας 1) ολοκληρώθηκε ο προεγχειρητικός έλεγχος της ασθενούς και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση με λαπαροτομία.

Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η παρουσία μεγάλης ωθηκικής μάζας με συμπαγή κυρίως και εν μέρει κυστικά στοιχεία, μεγίστης διαμέτρου περίπου 15 εκατοστών, η

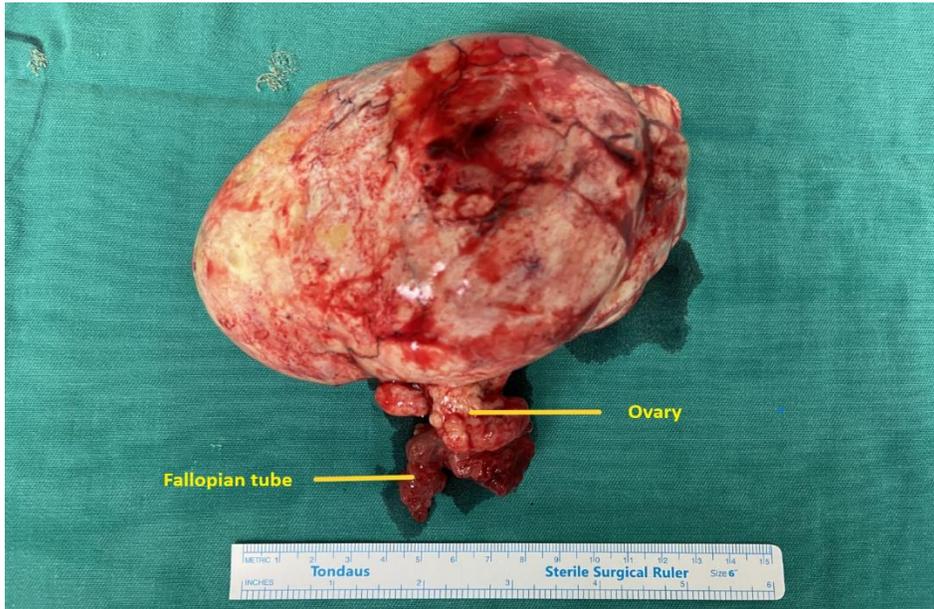
οποία ήταν σφηνωμένη στη πύελο χωρίς να προκαλεί διήθηση των παρακείμενων ιστών (Εικόνα 4).

Μετά από την απολίνωση του αριστερού κρεμαστήρα συνδέσμου, αφαιρέθηκε ο νεοπλασματικός ωθηκικός όγκος μαζί με την ωθήκη με τη σύστοιχη σάλπιγγα (Εικόνα 5).



**Εικόνα 4.** Διεχειρητική απεικόνιση θηλώματος της ωθήκης: Είναι διακριτή η παρουσία συμπαγούς ωθηκικής μάζας, η οποία αναδύεται από την πύελο χωρίς να συμφύεται με τους παρακείμενους ιστούς.

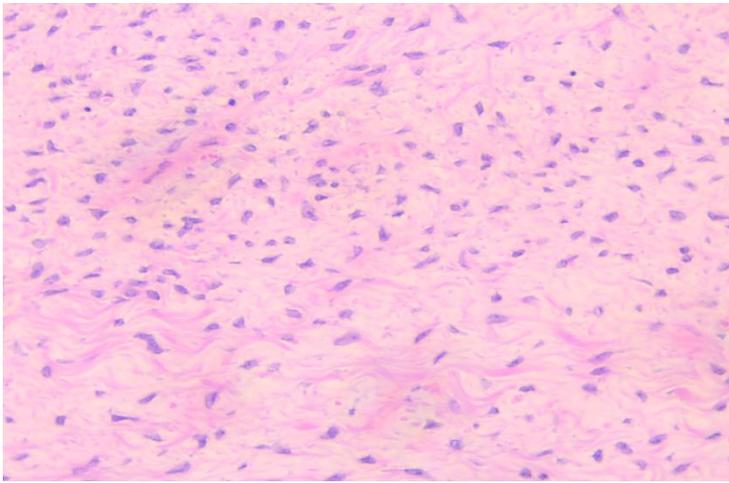
---



**Εικόνα 5.** Εγχειρητικό παρασκεύασμα θηλώματος της ωθήκης: Είναι διακριτή η παρουσία ευμεγέθους υποστρόγγυλου εξωφυτικού μορφώματος από την ωθήκη, το οποίο αντιστοιχεί σε θήκωμα της ωθήκης.

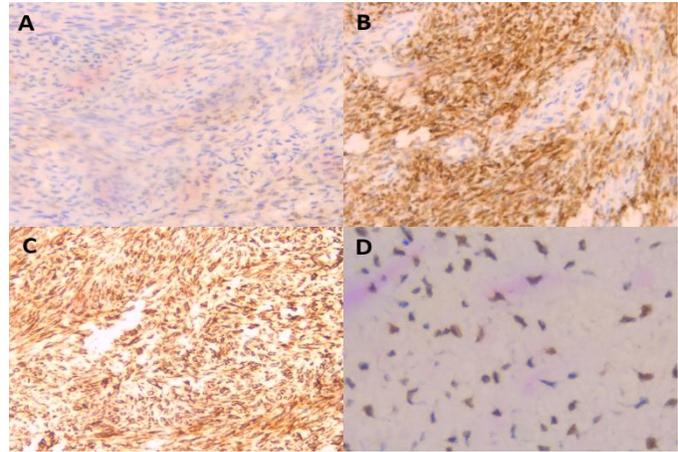
---

Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του θηκώματος της ωθήκης. Διαπιστώθηκε υποστρόγγυλο μόρφωμα βάρους 680 γραμμαρίων με ομαλή λευκωπή εξωτερική επιφάνεια, στις διατομές της οποίας αναγνωρίστηκαν κύστεις με ορώδες περιεχόμενο και συμπαγείς περιοχές με δεσμιδωτή όψη, λευκόφαιη χροιά, ινοελαστική σύσταση και εστιακή κυστική εκφύλιση χωρίς ατυπία και μιτώσεις (Εικόνα 6).



**Εικόνα 6.** Ιστολογική εικόνα θηκώματος της ωθήκης: Απεικονίζονται ομοιόμορφα κύτταρα με αραιοχρωματικό κυτταρόπλασμα χωρίς ατυπία του πυρήνα και χωρίς μιτώσεις (Hematoxylin-Eosin x20).

Η ανοσοιστοχημική μελέτη έδειξε: Inhibin +++, Calretinin +++, WT1 +++, Vimentin +++ (Εικόνα 7).



**Εικόνα 7.** Ανοσοιστοχημικές εικόνες θηκώματος της ωθήκης: (A) θετικότητα Calretinin (B) θετικότητα Inhibin (C) θετικότητα Vimentin (D) θετικότητα WT1.

Μετά από νοσηλεία 4 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής πήρε εξιτήριο από την κλινική μας. Τρεις μήνες αργότερα η ασθενής μας αναφέρει πλήρη απαλλαγή των συμπτωμάτων του χρόνιου πυελικού άλγους.

## ΣΧΟΛΙΟ

Οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί των ωθηκικών νεοπλασμάτων γεννητικής ταινίας – στρώματος μέχρι σήμερα δεν έχουν απόλυτα διευκρινισθεί. Οι όγκοι γεννητικής ταινίας – στρώματος είναι σπάνιοι όγκοι της ωθήκης, οι οποίοι περιλαμβάνουν πολυάριθμους υποτύπους όγκων με μεταβλητά ιστολογικά χαρακτηριστικά και διαφορετική βιολογική συμπεριφορά [11]. Τα θηκώματα των ωθηκών ανήκουν στους καθαρούς στρωματικούς όγκους με βάση την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως αυτή αναθεωρήθηκε το 2014 [12]. Τα ωθηκικά θηκώματα αποτελούνται από στρωματικά κύτταρα με λιπίδια (κύτταρα θήκα), τα οποία περιβάλλουν τα ωοθυλάκια και παρουσιάζουν συνήθως

οιστρογονική δραστηριότητα [13]. Επίσης, γενετικά σύνδρομα, όπως είναι το σύνδρομο Peutz-Jeghers και το σύνδρομο DICER1 εκτιμάται ότι μπορεί να σχετίζονται με την παθογένεση τα θηκωμάτων στις ωοθήκες [14].

Οι κλινικές εκδηλώσεις των θηκωμάτων της ωοθήκης είναι μη ειδικές και η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη [15]. Οι περισσότεροι ασθενείς με θήκωμα στην ωοθήκη είναι ασυμπτωματικοί, ιδιαίτερα, όταν πρόκειται για όγκους μικρών διαστάσεων [16]. Η διόγκωση της κοιλίας, το αίσθημα βάρους στην κοιλιακή χώρα, οι ακαθόριστες κοιλιακές ενοχλήσεις και το χρόνιο πυελικό άλγος, όπως στη δική μας ασθενή, είναι κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται συνήθως με θηκώματα αυξημένων διαστάσεων [17]. Επίσης, τα θηκώματα της ωοθήκης λόγω έκκρισης ορμονών συχνά προκαλούν ενδοκρινολογικές διαταραχές. Η έκκριση ανδρογόνων ορμονών οδηγεί στην εμφάνιση ολιγομηνόρροιας και στην αργά εξελισσόμενη ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτήρων του άρρενος φύλου στη γυναίκα, όπως είναι η σοβαρή υπερτρίχωση, η ακμή του προσώπου και η υπερτροφική ανάπτυξη της κλειτορίδας [18]. Σπάνια σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας μπορεί να προκαλέσει υπερτροφία στο ενδομήτριο και κολπική αιμορραγία, καθιστώντας επιτακτική τη διαφορική διάγνωση από κακοήθειες της μήτρας [19]. Επίσης, σε πολύ σπάνιες, μεμονωμένες περιπτώσεις το θήκωμα των ωοθηκών είναι δυνατό να σχετίζεται με σύνδρομο Meigs [20]. Η παρουσία ασκίτη συνήθως σχετίζεται με όγκους μεγάλου μεγέθους ανεξάρτητα από τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 στο ορό του αίματος [21]. Επίσης, σε εξαιρετικά σπάνιες

περιπτώσεις το θήκωμα μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με πρώτη κλινική εκδήλωση το οξύ κοιλιακό άλγος λόγω συστροφής του μίσχου [7]. Στη δική μας ασθενή η διάγνωση του θηκώματος της ωοθήκης έγινε με καθυστέρηση. Το ιστορικό υστερεκτομής αποτέλεσε πιθανότατα τον κύριο ανασταλτικό παράγοντα για τη διενέργεια τακτικών προληπτικών γυναικολογικών εξετάσεων της ασθενούς, με αποτέλεσμα την μη έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε ασυμπτωματικό στάδιο. Η ασθενής μας προσήλθε για εξέταση στο γυναικολογικό ιατρείο, όταν το αυξημένων διαστάσεων θήκωμα της ωοθήκης εκδηλώθηκε με χρόνιο πυελικό άλγος λόγω πρόκλησης πιεστικών φαινομένων στην πύελο.

Η χρήση των σύγχρονων απεικονιστικών εξετάσεων φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην προεγχειρητική διάγνωση των θηκωμάτων της ωοθήκης. Εξέταση πρώτης γραμμής αποτελεί το διακολπικό υπερηχογράφημα και η Doppler υπερηχογραφική απεικόνιση των ωοθηκών. Τα τυπικά υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά του ωοθηκικού θηκώματος αφορούν σε υποηχοϊκές προσφυτικές συμπαγείς μάζες με σαφή καθορισμένα όρια και παρουσία ραβδωτών σκιών με ελάχιστα σήματα ροής κατά την Doppler υπερηχογραφία [16,22]. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί μια πολύ χρήσιμη διαγνωστική εξέταση του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, η οποία εκτιμάται ότι βελτιώνει σημαντικά την ακρίβεια της προεγχειρητικής διάγνωσης των θηκωμάτων της ωοθήκης [23]. Επίσης, πρόσφατα το 2024, ο Zheng et al. αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους ανέδειξαν τη χρησιμότητα της μαγνητικής τομογραφίας στη

διαφορική διάγνωση των καλοηθών θηκωμάτων/ινωμάτων από τον συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών [24]. Η αξονική τομογραφία, χωρίς να είναι σε θέση να αντικαταστήσει την αναγκαιότητα αξιολόγησης των ωοθηκικών όγκων με μαγνητική τομογραφία, μπορεί ωστόσο να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση των θηκωμάτων/ινωμάτων της ωοθήκης. Η συμπαγής σύσταση του όγκου, η ετερόπλευρη εντόπιση και η απουσία λεμφαδένων ή περιτοναϊκών εμφυτεύσεων αποτελούν χαρακτηριστικά απεικονιστικά ευρήματα της αξονικής τομογραφίας, τα οποία βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση του θηκώματος/ινώματος της ωοθήκης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των περιπτώσεων παραπομπών αυτών των ασθενών σε τριτοβάθμια ογκολογικά κέντρα και την απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο άγχος, το οποίο μπορεί να προκληθεί από λανθασμένη διάγνωση κακοήθειας στις ωοθήκες [25]. Στη δική μας ασθενή, τα ευρήματα του απεικονιστικού ελέγχου συνηγόρησαν υπέρ της καλοήθειας της πυελικής μάζας. Αυτό μας ενθάρρυνε στη λήψη της απόφασής μας να διενεργήσουμε τη λαπαροτομία στο δικό μας νοσοκομείο και να μην παραπέμψουμε την ασθενή μας σε τριτοβάθμιο γυναικολογικό ογκολογικό κέντρο, προκαλώντας της αδικαιολόγητο άγχος και ταυτόχρονα αυξάνοντας αναίτια το κόστος νοσηλείας.

Η χειρουργική επέμβαση παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας των θηκωμάτων της ωοθήκης. Η συντηρητική προσέγγιση της νόσου (εκτομή του όγκου, μονόπλευρη σαλπυγγο-ωοθηκεκτομή) προτιμάται σε νεαρές γυναίκες, στις οποίες η διατήρηση της γονιμότητας για την επίτευξη

μελλοντικής εγκυμοσύνης αποτελεί πρωταρχικό στόχο. Σε ηλικιωμένες ασθενείς, οι ριζικότερες επεμβάσεις, όπως είναι η αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή με ή χωρίς την αφαίρεση της μήτρας, ανάλογα με τη γενική κατάσταση της ασθενούς φαίνεται να αποτελούν την ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή [26]. Στη δική μας ασθενή η μόνη θεραπευτική επιλογή ήταν η χειρουργική αφαίρεση του θηκώματος μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη και σάλπιγγα. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, η επιβεβαίωση της διάγνωσης των θηκωμάτων της ωοθήκης απαιτεί την ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Ιστολογικά, τα θηκώματα χαρακτηρίζονται από την παρουσία ατρακτοειδών, ωοειδών ή στρογγυλών κυττάρων με διαφορετικές ποσότητες κολλαγόνου και μικρότερη αναλογία κυττάρων θήκα [27]. Επίσης, οι υαλώδεις πλάκες, η οζώδης ανάπτυξη, η αβεστοποίηση και η σκλήρυνση που μοιάζει με χηλοειδές αποτελούν μικροσκοπικά παθολογοανατομικά ευρήματα που συχνά εμφανίζονται σε αυτά τα νεοπλάσματα. Επίσης, σε μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων (περίπου 40%) ανευρίσκονται στοιχεία ινώματος. Αν και η εκφυλιστική ατυπία παρατηρείται σπάνια, η διαφορική διάγνωση των θηκωμάτων της ωοθήκης από άλλους στρωματικούς ωοθηκικούς όγκους, όπως είναι ο σκληρυντικός στρωματικός όγκος, ο μικροκυστικός στρωματικός όγκος, ο όγκος στεροειδών κυττάρων και ο κοκκιοκυτταρικός όγκος ενηλίκων είναι απαραίτητη [28]. Η πρόγνωση των θηκωμάτων της ωοθήκης γενικά είναι ευνοϊκή [27].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα θηκώματα είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι των ωοθηκών. Εξαιρετικά σπάνια θεωρείται η ανάπτυξη μεγάλου ωοθηκικού θηκώματος πολλά χρόνια μετά από την εκτέλεση υστερεκτομής με ετερόπλευρη

εξαρτηματοεκτομή, όπως στη δική μας ασθενή. Σε αυτές τις ασθενείς, ο τακτικός προληπτικός απεικονιστικός έλεγχος της πυέλου κρίνεται αναγκαίος. Εκτιμάται ότι συμβάλλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση αυτών των νεοπλασμάτων, των οποίων η βάση της θεραπείας παραμένει η χειρουργική επέμβαση.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2016, 93: 380-387.
2. Petros P, Bornstein J, Scheffler K, Wagenlehner F, Abendstein B, Zaytseva A. Chronic pelvic pain of "unknown origin" in the female. *Ann Transl Med*. 2024, 12: 26.
3. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A: Chronic Pelvic Pain in Women. A Review. *JAMA*. 2021, 325: 2381-2391.
4. Dal Farra F, Aquino A, Tarantino AG, Origo D. Effectiveness of Myofascial Manual Therapies in Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Urogynecol J*. 2022, 33: 2963-2976.
5. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health*. 2020, 17: 3005.
6. Flissate F, Benshir I, Mahfoud H, Lakhdar A, Baidada A, Sassi S. Fibrothecoma a rare ovarian tumor: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2024, 120: 109771.
7. Maleki A, Khosravi M, Masrouri A. Ovarian thecoma presenting with acute ovarian torsion in pregnancy; report of a rare case. *Clin Case Rep*. 2022, 10: e5986.
8. Nocito AL, Sarancone S, Bacchi C, Tellez T. Ovarian thecoma: clinicopathological analysis of 50 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2008, 12: 12-16.
9. McGee J, Fleming NA, Senterman M, Black AY. Virilizing luteinized thecoma of the ovary in a 15-year-old female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009, 22: e107-110.
10. Duun S. Bilateral virilizing hilus (Leydig) cell tumors of the ovary. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994, 73: 76-77.
11. Al Harbi R, McNeish IA, El-Bahrawy M. Ovarian sex cord-stromal tumors: an update on clinical features, molecular changes, and management. *Int J Gynecol Cancer*. 2021, 31: 161-168.

12. Horta M, Cunha TM. Sex cord-stromal tumors of the ovary: a comprehensive review and update for radiologists. *Diagn Interv Radiol*. 2015, 21: 277-286.
13. Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, Coté TR, Wu XC, Correa CN. Pathology and classification of ovarian tumors. *Cancer*. 2003, 97: 2631-2642.
14. Trecourt A, Donzel M, Alsadoun N, Allias F, Devouassoux-Shisheboran M. Relevance of Molecular Pathology for the Diagnosis of Sex Cord-Stromal Tumors of the Ovary: A Narrative Review. *Cancers (Basel)*. 2023, 15: 5864.
15. Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Morteale KJ. MRI features of ovarian fibroma and fibrothecoma with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2012, 198: W296-303.
16. 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.
17. Parrado RH, Batten M, Smith M, McDuffie LA. Ovarian fibrothecoma in an adolescent: a case report. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2023, 95: 102678.
18. Gaspari L, Paris F, Taourel P, Soyer-Gobillard MO, Kalfa N, Sultan C. Adolescent ovarian thecoma presenting as progressive hyperandrogenism: case report and review of the literature. *Gynecol Endocrinol*. 2020, 36: 839-842.
19. Arteaga E, Valenzuela F, Martinez A, Huete A, Aspee M. Ovarian thecoma: A very unusual cause of postmenopausal bleeding. *Post Reprod Health*. 2021, 27: 175-177.
20. Dellaportas D, Kollia D, Myoteri D, et al. Giant Ovarian Thecoma Associated with Meigs Syndrome: A Striking Case. *Chirurgia (Bucur)*. 2021, 116: 1-5.
21. 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.
22. Slimani O, Ben Temim R, Ajroudi M, Makhlof T, Mathlouthi N, Attia L. Contribution of ultrasound in the study of ovarian fibrothecomas: a series of 47 cases. *Tunis Med*. 2017, 95: 29-36.
23. Zhu H, Lin P, Li Z, Deng Z. Magnetic Resonance Imaging Features of Ovarian Thecoma. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2020, 42: 651-657.
24. Zheng Y, Wang H, Weng T, Li Q, Guo L. Application of convolutional neural network for differentiating ovarian thecoma-fibroma and solid ovarian cancer based on MRI. *Acta Radiol*. 2024, 65: 860-868.

25. Pat JJ, Rothnie KK, Kolomainen D, Sundaresan M, Zhang J, Liyanage SH. CT review of ovarian fibrothecoma. *Br J Radiol.* 2022, 95: 20210790.
26. Flissate F, Benshir I, Mahfoud H, Lakhdar A, Baidada A, Sassi S. Fibrothecoma a rare ovarian tumor: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2024, 120: 109771.
27. Mobarki M, Papoudou-Bai A, Musawi S, Péoc'h M, Karpathiou G. The detailed histopathological characteristics of ovarian fibroma compared with thecoma, granulosa cell tumor, and sclerosing stromal tumor. *Pathol Res Pract.* 2024, 256: 155236.
28. Burandt E, Young RH. Thecoma of the ovary: a report of 70 cases emphasizing aspects of its histopathology different from those often portrayed and its differential diagnosis. *Am J Surg Pathol.* 2014, 38: 1023-1032.

CASE REPORT

*Chronic pelvic pain caused of a huge ovarian thecoma in a menopausal patient, 25 years after abdominal hysterectomy and right salpingo-oophorectomy: a rare case report and a mini-review of the literature*

Anna Thanasa,<sup>1</sup> Efthymia Thanasa,<sup>1</sup> Ioannis-Rafail Antoniou,<sup>2</sup> Alexandros Leroutsos,<sup>2</sup> Evangelia Simopoulou,<sup>3</sup> Maria Mousia,<sup>3</sup> Ioannis Thanasas<sup>2</sup>

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

ABSTRACT

Our case concerns a 68-year-old menopausal patient with a history of total abdominal hysterectomy and right salpingo-oophorectomy 25 years ago. The patient came to the gynecology clinic of the Trikala General Hospital, in Greece, in order to undergo a gynecological examination in the context of investigating chronic pelvic pain. Clinically, a large pelvic mass that was painless to palpation was noted, which was estimated to most likely originate from the left ovary preserved after hysterectomy. Transvaginal ultrasound, CT and MRI confirmed the clinical suspicion of an ovarian mass and an exploratory laparotomy was performed. Intraoperatively, a solid neoplastic extraphytic ovarian tumor was found, occupying the entire pelvis. The ovarian tumor was removed along with the ovary and associated fallopian tube. Histological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of ovarian thecoma. After a 4-day hospitalization and a smooth postoperative course, the patient was discharged from our clinic. Three months later, he reports a complete remission of the symptoms of chronic pelvic pain. In the present paper, after the description of the case, a brief literature review is made, emphasizing the preoperative diagnostic difficulties of this rare pathological entity and the necessity of regular gynecological control of women who underwent total hysterectomy with ovary preservation.

*Keywords:* ovarian thecoma, chronic pelvic pain, transvaginal ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging, surgical management, case report

---

A. Thanasa, E. Thanasa, I-R. Antoniou, A. Leroutsos, E. Simopoulou, M. Mousia, I. Thanasas. Chronic pelvic pain caused of a huge ovarian thecoma in a menopausal patient, 25 years after abdominal hysterectomy and right salpingo-oophorectomy: a rare case report and a mini-review of the literature. *Scientific Chronicles* 2025; 30(1): 137-149

---