

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χειρουργική αντιμετώπιση γιγάντιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας σχετιζόμενο με αμφοτερόπλευρη ουρητηρο-υδρονέφρωση και οπισθοπεριτοναϊκό περινεφρικό ουρίνωμα στον αριστερό νεφρό: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Ευθυμία Θανασά¹, Άννα Θανασά¹, Βασιλική Κούτσια², Ιωάννης Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,

² Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αυτή η αναφορά περιστατικού περιγράφει την επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση μιας σπάνιας περίπτωσης γιγάντιου λειομώματος του τραχήλου της μήτρας σχετιζόμενο με αμφοτερόπλευρη ουρητηρουδρονέφρωση και σχηματισμό οπισθοπεριτοναϊκού περινεφρικού ουρίνωματος στον αριστερό νεφρό. Ασθενής ηλικίας 51 ετών προσκομίσθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, αιτώμενη επίσχεση ούρων, δυσκοιλιότητα και άλγος στο υπογάστριο με επέκταση κυρίως στην οσφυϊκή χώρα. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κοιλιακή αιμορραγία, με τον πυθμένα της μήτρας να ψηλαφάται 2 cm περίπου κάτω από τον ομφαλό. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία ανέδειξε την παρουσία γιγάντιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας, το οποίο καταλάμβανε ολόκληρη την πύελο και προκαλούσε πιεστικά φαινόμενα στους ουρητήρες με αποτέλεσμα αμφοτερόπλευρη ουρητηρουδρονέφρωση και σχηματισμό οπισθοπεριτοναϊκού ουρίνωματος στο επίπεδο του αριστερού νεφρού. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Αποφασίσθηκε η εκτέλεση κοιλιακής ολικής υστερεκτομής μετά των εξαρτημάτων. Η υστερεκτομή τεχνικά ήταν δύσκολη, με την τραυματική ρήξη της ουροδόχου κύστης να είναι αναπόφευκτη. Δεν κρίθηκε σκόπιμη η χειρουργική παροχέτευση του ουρίνωματος. Από την ομάδα των ουρολόγων συστήθηκε παρακολούθηση της βλάβης και μετεγχειρητική παραμονή των ουρητηρικών στεντ για την αντιμετώπιση των διατάσεων του πυελοκαλυκτικού συστήματος. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του τραχηλικού λειομώματος της μήτρας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η αποκατάσταση της ούρησης, μετά από την αφαίρεση του ουροκαθετήρα ήταν χωρίς προβλήματα. Τα ουρητηρικά στεντ αφαιρέθηκαν 3 μήνες μετά από το χειρουργείο, χρονική στιγμή κατά την οποία ο υπερηχογραφικός έλεγχος του ουροποιητικού συστήματος έδειξε πλήρη αποκατάσταση της μορφολογίας των νεφρών. Μετά από την λεπτομερή περιγραφή της σπάνιας αυτής περίπτωσης, συζητείται με ιδιαίτερη έμφαση η δύσκολη προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση και οι σημαντικές διεγχειρητικές δυσκολίες που αφορούν στην αποτελεσματική χειρουργική αντιμετώπιση των γιγάντιων τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας, προκειμένου να διασφαλισθεί το καλύτερο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

Λέξεις ευρητήριο: γιγάντιο τραχηλικό λειομώμα, ουρητηρουδρονέφρωση, πυελικό ουρίνωμα, απεικονιστικές εξετάσεις, χειρουργική αντιμετώπιση, διεγχειρητικές επιπλοκές, περιγραφή περίπτωσης

Ε. Θανασιά, Α. Θανασιά, Β. Κούτσια, Ι. Θανασιάς. Χειρουργική αντιμετώπιση γιγάντιου τραχηλικού λειομυώματος της μήτρας σχετιζόμενο με αμφοτερόπλευρη ουρητηρο-υδρονέφρωση και οπισθοπεριτοναϊκό περινεφρικό ουρίνωμα στον αριστερό νεφρό: περιγραφή περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2025; 30(4): 644-656

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα λειομυώματα ή ινομυώματα όπως αλλιώς ονομάζονται, είναι ο πιο συχνοί καλοήθεις γυναικολογικοί όγκοι, οι οποίοι συνήθως εμφανίζονται σε γυναίκες προεμμηνόπαυσιακής ηλικίας. Διαγιγνώσκονται σχετικά συχνότερα στις μαύρες γυναίκες σε σχέση με τις λευκές γυναίκες (80% έναντι 70%), αλλά η συχνότητα εμφάνισης κλινικών συμπτωμάτων στις μαύρες ασθενείς είναι διπλάσια συγκριτικά με αυτή που παρατηρείται στις λευκές [1]. Παρά τον υψηλό επιπολασμό, οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί των λειομυωμάτων της μήτρας μέχρι σήμερα δεν έχουν γίνει απόλυτα κατανοητοί. Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί παθογένεσης, οι οποίοι εμπλέκουν γονίδια, αυξητικούς παράγοντες, κυτοκίνες, χημειοκίνες και εκτροπές microRNA [2].

Τα λειομυώματα του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας εντοπίζονται στη μήτρα ή σε θέσεις εκτός της μήτρας (εξωμήτρια λειομυώματα). Τα εξωμήτρια λειομυώματα που αναπτύσσονται στον πλατύ σύνδεσμο ή σπανιότερα στον στρογγύλο σύνδεσμο, στον μητρο-ωοθηκικό σύνδεσμο ή στις ωοθήκες είναι σπάνια [3]. Συχνότερα είναι τα λειομυώματα που εντοπίζονται στον τράχηλο (τραχηλικά λειομυώματα) και πολύ πιο συχνά είναι τα λειομυώματα που εντοπίζονται στο σώμα της μήτρας (τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια) [4].

Τα τραχηλικά λειομυώματα, ανάλογα με την θέση εντόπισή τους στον τράχηλο της μήτρας, μπορούν να ταξινομηθούν σε εξωτραχηλικού και σε ενδοτραχηλικού τύπου λειομυώματα, τα οποία βρίσκονται εντός του τραχήλου της μήτρας (όπως η περίπτωση που περιγράφεται). Τα εξωτραχηλικού τύπου τραχηλικά λειομυώματα (υπορογόνια), τα οποία χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη του όγκου εκτός του τραχηλικού καναλιού, ανάλογα με τη θέση τους στον τράχηλο της μήτρας, διακρίνονται σε πρόσθια, οπίσθια & πλάγια. Τα τραχηλικά λειομυώματα είναι σπάνια, με συχνότητα εμφάνισης η οποία εκτιμάται ότι αφορά στο 0.6% του συνόλου των λειομυωμάτων της μήτρας [5]. Τα τραχηλικά λειομυώματα, των οποίων η μέγιστη διάμετρος μπορεί να ξεπερνά τα 15 εκατοστά, όπως στη δική μας ασθενή, είναι εξαιρετικά σπάνια. Η αποφρακτική ουροπάθεια συνοδευόμενη από νεφρική δυσλειτουργία αποτελεί μια σπάνια κλινική εκδήλωση αυτών των όγκων [4].

Αυτή η αναφορά περιστατικού περιγράφει την επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση μιας σπάνιας περίπτωσης γιγάντιου λειομυώματος του τραχήλου της μήτρας, σχετιζόμενο με αμφοτερόπλευρη ουρητηρουδρονέφρωση και σχηματισμό οπισθοπεριτοναϊκού περινεφρικού ουρίνωματος στο επίπεδο του αριστερού νεφρού. Στη συνέχεια, με ιδιαίτερη έμφαση τονίζονται η δύσκολη προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση και οι σημαντικές διεγχειρητικές δυσκολίες που αφορούν στην

αποτελεσματική χειρουργική αντιμετώπιση τέτοιων πολύπλοκων περιπτώσεων, προκειμένου να προκύψει το καλύτερο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής ηλικίας 51 ετών, με δύο καισαρικές τομές στο μαιευτικό ιστορικό, προσκομίσθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στην Ελλάδα, αιτιώμενη αδυναμία ούρησης. Επίσχεση ούρων διαπιστώθηκε μετά από την τοποθέτηση ουροκαθετήρα (Foley No 18). Επίσης, η ασθενής ανέφερε δυσκοιλιότητα, δυσουρία, συχνουρία και άλγος στο υπογάστριο με επέκταση κυρίως στην οσφύ και ενίοτε στις νεφρικές χώρες. Πριν από 6 μήνες περίπου χρονολογήθηκε η έναρξη των συμπτωμάτων, των οποίων η ένταση σταδιακά ήταν αυξανόμενη και επιδεινούμενη. Η τελευταία κανονική έμμηνος ρύση ήταν πριν από 8 μήνες. Έκτοτε η ασθενής μας ανέφερε μηνορραγίες και ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία. Ο δείκτης μάζας σώματος ήταν φυσιολογικός (BMI = 23.9). Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε υποθυρεοειδισμός, με τις θυρεοειδικές ορμόνες να είναι καλά ρυθμισμένες υπό την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή. Δεν αναφέρθηκαν υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, χρόνια νεφρική νόσος ή νοσήματα από το γαστρεντερικό σύστημα. Όπως αναφέρθηκε από την ίδια την ασθενή, ήταν το πρώτο επεισόδιο επίσχεσης ούρων. Κατά την κλινική εξέταση, η κοιλία ήταν μαλακή, ευπίεστη χωρίς σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Η αρτηριακή πίεση και οι σφίξεις ήταν φυσιολογικές

(130/80mmHg και 87παλμοί/min). Η θερμοκρασία του σώματος ήταν 36.8ο C. Ευαισθησία διαπιστώθηκε κατά την πλήξη των νεφρικών χώρων αμφοτερόπλευρα (σημείο Giordano θετικό). Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με κεφοξιτίνη (Mefoxil®) σε δόση 2 γραμμάρια ανά οκτάωρο. Δύο εκατοστά περίπου κάτω από τον ομφαλό ψηλαφήθηκε σκληρής σύστασης μάζα, η οποία πιθανολογήθηκε ότι αφορούσε σε λειομύωμα της μήτρας ή στον πυθμένα της μήτρας. Κατά την κοιλιακή εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κοιλιακή αιμορραγία. Ο τράχηλος της μήτρας ήταν παρεκτοπισμένος προς τα πίσω και αριστερά και έμοιαζε να είχε υποστεί εξάλειψη (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Κατά την κοιλιακή εξέταση της ασθενούς ο εξάλειψμένος και παρεκτοπισμένος τράχηλος της μήτρας (κίτρινο βέλος) συνηγόρησαν υπέρ της παρουσίας γιγάντιου ενδοτραχηλικού τύπου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας.

Πίνακας 1. Εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς από την ημέρα εισαγωγής στην κλινική έως την ημέρα εξιτηρίου.

Εξετάσεις	Ημέρα εισαγωγής στην κλινική	Ημέρα πριν από την επέμβαση	1 ^η μετεγχειρητική ημέρα	2 ^η μετεγχειρητική ημέρα	5 ^η μετεγχειρητική ημέρα	Φυσιολογικές τιμές εργαστηρίου
Ht	36.24%	33.85%	26.1%	23.4%	28.2%	37.7 – 49.7%
Hb	12.1 gr/dl	11.6 gr/dl	8.5 gr/dl	7.5 gr/dl	8.9 gr/dl	11.8 – 17.8 gr/dl
PLT	275x10 ³ /ml	271x10 ³ /ml	165x10 ³ /ml	158x10 ³ /ml	194x10 ³ /ml	150 – 350 x10 ³ /ml
WBC	11.3x10 ³ /ml	9.2x10 ³ /ml	21.7x10 ³ /ml	15.3x10 ³ /ml	9.1x10 ³ /ml	4 – 10.8 x10 ³ /ml
NEUT	78.9%	71.1%	91.5%	81.4%	69.3%	40 – 75%
CRP	0.75 mg/dl	0.45 mg/dl				<0.7 mg/dl
APTT	29.8 sec	28.6 sec	34.1 sec	36.1 sec	31.1 sec	24.0 – 35.0 sec
INR	0.92	0.90	1.02	1.07	0.97	0.8 – 1.2
FIB	255 mg/dl	251 mg/dl	222 mg/dl	215 mg/dl	227 mg/dl	200 – 400 mg/dl
Glu	110 mg/dl	85 mg/dl	91 mg/dl	87 mg/dl	85 mg/dl	75 – 115 mg/dl
Cr	0.75 mg/dl	0.63 mg/dl	0.67 mg/dl	0.61 mg/dl	0.62 mg/dl	0.40 – 1.10 mg/dl
K ⁺	3.7 mmol/L	3.9 mmol/L	3.4 mmol/L	4.2 mmol/L	3.9 mmol/L	3.5 – 5.1 mmol/L
Na ⁺	141.4 mmol/L	142.3 mmol/L	137.3 mmol/L	139.4 mmol/L	141.1 mmol/L	136 – 145 mmol/L
B	0.48 mg/dl	-	-	-	0.74 mg/dl	0.3 – 1.2 mg/dl
SGOT	29 IU/L	-	-	-	27 IU/L	5 – 33 IU/L
SGPT	27 IU/L	-	-	-	24 IU/L	10 – 37 IU/L
CEA	2.85 ng/mL	-	-	-	-	<5 ng/mL
CA 125	18.3 U/mL	-	-	-	-	≤35 U/mL
CA 15-3	19.4 U/mL	-	-	-	-	0.0-31.3 U/mL
CA 19-9	13.1 U/mL	-	-	-	-	0.0-37 U/mL

Ht: Hematocrit; Hb: Hemoglobin; PLT: Platelets; WBC: White Blood Cells; NEUT: Neutrophils; CRP: C - Reactive Protein; APTT: Activated Partial Thromboplastin Time; INR: International Normalized Ratio; FIB: Fibrinogen; Glu: Glucose; Cr: Creatinine; K⁺: Potassium; Na⁺: Sodium; B: Bilirubin; SGOT: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase; SGPT: Serum Glutamate Pyruvate Transaminase; CEA: Carcinoembryonic Antigen; CA125: Cancer Antigen 125; CA15-3: Cancer Antigen 15-3; CA15-9: Cancer Antigen 19-9.

Η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου ήταν αρνητική για κακοήθεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο που έγινε κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μας, οι δείκτες φλεγμονής ήταν ήπια αυξημένοι. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων (Πίνακας 1). Η

καλλιέργεια των ούρων ήταν χωρίς στοιχεία λοίμωξης από το ουροποιητικό σύστημα.

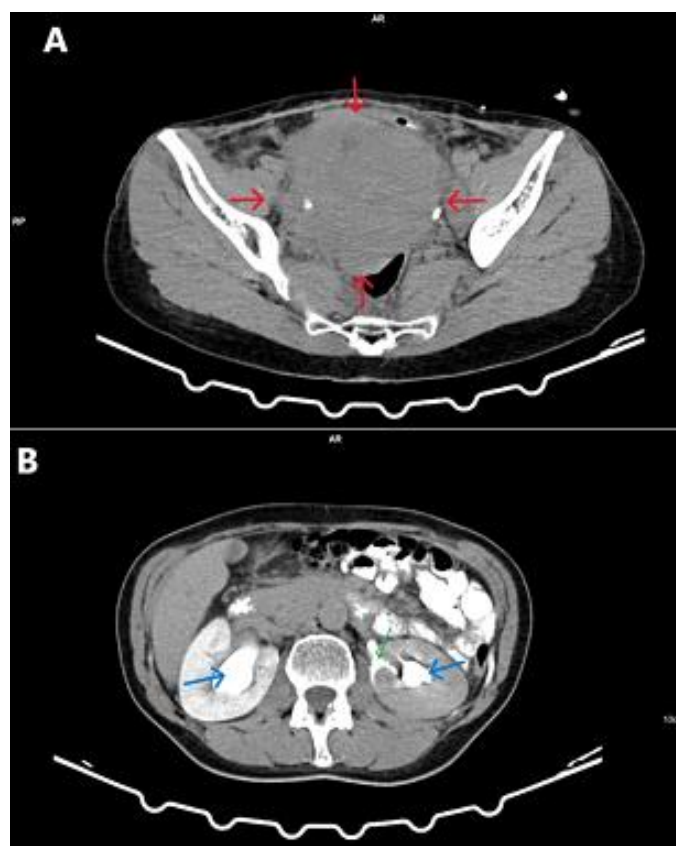
Η διακολλική υπερηχογραφική εξέταση λόγω του αυξημένου μεγέθους του όγκου δεν ήταν διαγνωστική. Παρόμοια, μη διαγνωστικά ήταν και τα ευρήματα από το διακοιλιακό

υπερηχογράφημα. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε ευμεγέθη (16x12x10cm) συμπαγή ηχογενή μάζα με σαφή διακριτά όρια και σημεία κυστικής εκφύλισης, η οποία καταλάμβανε ολόκληρη την πύελο, προερχόταν πιθανότατα από τον τράχηλο της μήτρας και προκαλούσε πιεστικά φαινόμενα στους ουρητήρες. Μη αποφρακτικής αιτιολογίας διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος και του άνω και μέσου τριτημορίου του σύστοιχου ουρητήρα, ως επί εδάφους χρόνιων υδρονεφρωτικών αλλοιώσεων διαπιστώθηκε στον δεξιό νεφρό. Στον αριστερό νεφρό, εκτός της διάτασης του πυελοκαλυκικού συστήματος και του άνω και μέσου τριτημορίου του σύστοιχου ουρητήρα, διαπιστώθηκε μικρό έλλειμμα πλήρωσης στη μέση καλυκική ομάδα με κυπελοειδή παραμόρφωση των καλύκων της άνω και κάτω καλυκικής ομάδας και εξαγγείωση της σκιαγραφικής ουσίας στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, ως επί περινεφρικού ουρινώματος (Εικόνα 2). Με την μαγνητική τομογραφία διαπιστώθηκε μια καλά καθορισμένη πυελική μάζα, διαστάσεων 16.5x12.5x11cm, η οποία προερχόταν από τον ενδοτράχηλο. Η μάζα λόγω των αυξημένων διαστάσεων φαινόταν να μετατοπίζει τον ενδοτράχηλο προς τα πίσω και αριστερά και το σώμα της μήτρας προς τα πάνω, κάνοντάς το ψηλαφητό από το κοιλιακό τοίχωμα και υποδηλώνοντας ως πιθανότερη διάγνωση το γιγάντιο λειομύωμα της μήτρας (Εικόνα 3).

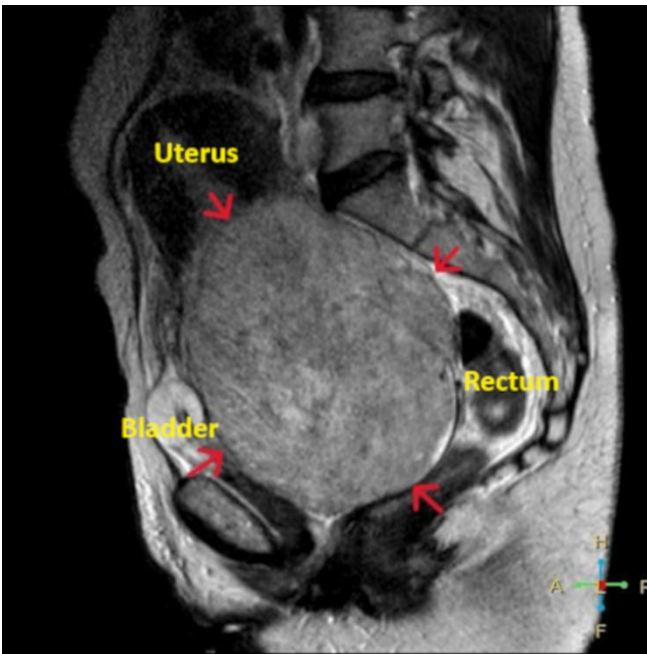
Παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες δεν ήταν ορατοί κατά την παρούσα απεικόνιση με αξονική και μαγνητική τομογραφία. Απαραίτητη κρίθηκε η προεγχειρητική τοποθέτηση ουρητηρικών στεντ, τόσο για την διεγχειρητική προστασία των ουρητήρων όσο και για την θεραπευτική αντιμετώπιση των

αμφοτερόπλευρων διατάσεων του πυελοκαλυκικού συστήματος.

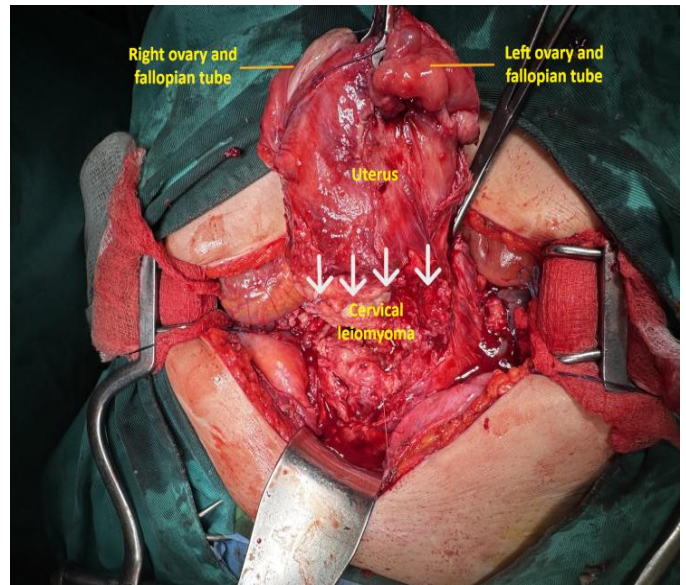
Βάση των απεικονιστικών ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση του γιγάντιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας.



Εικόνα 2. Απεικόνιση με αξονική τομογραφία γιγάντιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας σχετιζόμενο με αμφοτερόπλευρη ουρητηροϋδρονέφρωση και οπισθοπεριτοναϊκό περινεφρικό ουρίνωμα: (Α) ευμεγέθης συμπαγής ηχογενής μάζας με σαφή όρια (κόκκινα βέλη) που καταλαμβάνει την πύελο και πιέζει τις παρακείμενες ανατομικές δομές, (Β) αμφοτερόπλευρη διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος (μπλέ βέλη) και εξαγγείωση της σκιαγραφικής ουσίας στον αριστερό νεφρό, ως επί οπισθοπεριτοναϊκού περινεφρικού ουρινώματος (πράσινο βέλος).



Εικόνα 3. Η απεικονιζόμενη με μαγνητική τομογραφία καλά καθορισμένη πυελική μάζα (κόκκινα βέλη) που φαίνεται να προέρχεται από τον ενδοτραχηλο αντιστοιχεί σε γιγάντιο ενδοτραχηλικό τύπου τραχηλικό λειομύωμα μήτρας.



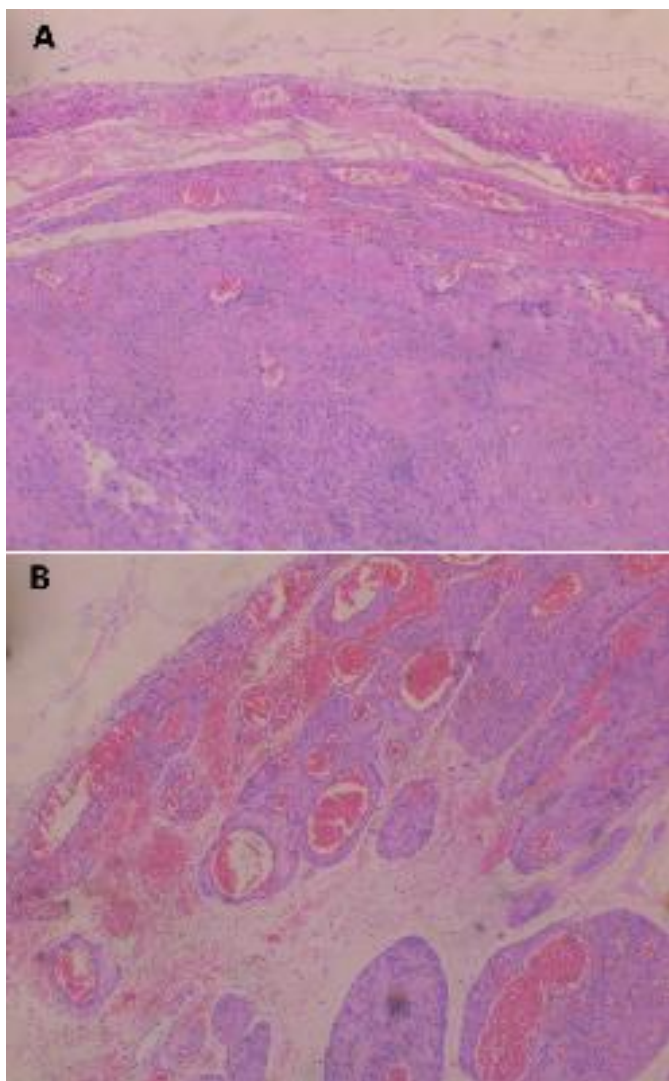
Εικόνα 4. Διεγχειρητική απεικόνιση γιγάντιου τραχηλικού λειομώματος της μήτρας: Είναι εμφανής η παρουσία όγκου, ο οποίος είναι στερεά συμφυόμενος με τις παρακείμενες ανατομικές δομές και άρχεται από τον ισθμό της μήτρας, στο ύψος των ουλών από τις καισαρικές τομές (άσπρα βέλη) καταλαμβάνοντας ολόκληρη την πύελο.

Με την ενυπόγραφη συγκατάθεση της ασθενούς αποφασίσθηκε η εκτέλεση κοιλιακής ολικής υστερεκτομής μετά των εξαρτημάτων. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε γιγάντιο τραχηλικό λειομύωμα, το οποίο ήταν σφηνωμένο στην πύελο και συμφυόμενο με το πρόσθιο κυρίως τοίχωμα της πύελου λόγω των καισαρικών τομών, κάνοντας τη μετακίνησή του δυσχερή. Το σώμα της μήτρας και οι ωοθήκες δεν συμμετείχαν στη βλάβη (Εικόνα 4). Η εκτέλεση της υστερεκτομής τεχνικά ήταν δύσκολη. Στην ελάττωση του κινδύνου της διεγχειρητικής αιμορραγίας σημαντική ήταν η βοήθεια που προσέφερε η electrothermal bipolar vessel sealing device (LigaSure™). Για την διεγχειρητική απώλεια αίματος και την αιμοδυναμική σταθεροποίηση της ασθενούς κρίθηκε αναγκαία η μετάγγισή της με 3 φιάλες ολικού αίματος και 1 πλάσμα συνολικά (2 μονάδες αίματος και 1 πλάσμα διεγχειρητικά

και 1 μονάδα αίματος την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα) (Πίνακας 1).

Κατά τους χειρουργικούς χειρισμούς έγινε τραυματική ρήξη της ουροδόχου κύστης σε μήκος περίπου 5 εκατοστών, η συρραφή της οποίας έγινε κατά στρώματα. Δεν χρειάστηκε χειρουργική παρέμβαση από τους ουρολόγους για την παροχέτευση του ουρινώματος. Κρίθηκε σκόπιμη η παρακολούθηση της βλάβης και η μετεγχειρητική παραμονή των ουρητηρικών στεντ για την αντιμετώπιση των διατάσεων του πυελοκαλυκτικού συστήματος. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του τραχηλικού λειομώματος της μήτρας.

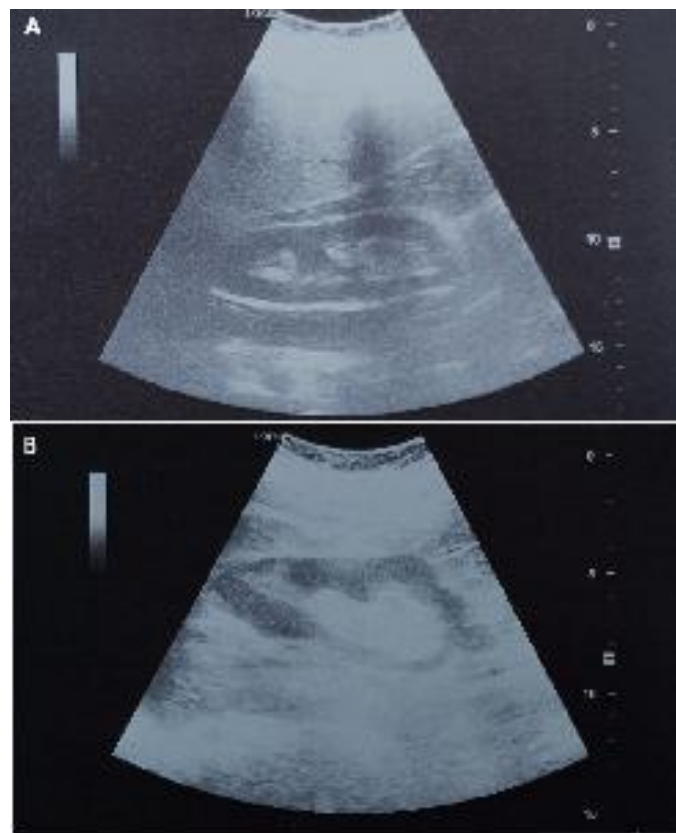
Κατά την μικροσκοπική εξέταση διαπιστώθηκε ήπια και μέτρια κυτταροβρίθεια με απουσία μτώσεων.



Εικόνα 5. Ιστολογική εικόνα τραχηλικού λειομώματος της μήτρας: (A) απεικόνιση ομαλών ορίων με απουσία μιτώσεων και ατυπίας (hematoxylin and eosin staining; magnification, x40), (B) συμφόρηση αγγείων με εστιακή αιμορραγική διαπότιση στρώματος (hematoxylin and eosin staining; magnification, x40).

Νέκρωση ή κυτταρολογική ατυπία δεν παρατηρήθηκαν (Εικόνα 5).

Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία, η ασθενής εξήλθε από την κλινική την 5η μετεγχειρητική ημέρα. Ο ουροκαθετήρας αφαιρέθηκε 5 ημέρες μετά από το εξιτήριο. Η αποκατάσταση της σύρσης ήταν χωρίς προβλήματα. Με οδηγία των ουρολόγων, τα ουρητηρικά στεντ αφαιρέθηκαν 3 μήνες μετά από το χειρουργείο, χρονική στιγμή κατά την



Εικόνα 6. Μετεγχειρητικός υπερηχογραφικός έλεγχος του ουροποιητικού συστήματος, ο οποίος αναδεικνύει φυσιολογική μορφολογία των νεφρών χωρίς τις προεγχειρητικές διατάσεις του πυελοκαλυκτικού συστήματος και την παρουσία του περινεφρικού ουρινώματος: (α) δεξιός νεφρός, (β) αριστερός νεφρός.

οποία η υπερηχογραφική απεικόνιση των νεφρών ήταν φυσιολογική χωρίς διατάσεις του πυελοκαλυκτικού συστήματος ή παρουσία περινεφρικού ουρινώματος (Εικόνα 6).

ΣΧΟΛΙΟ

Η κλινική διάγνωση των γιγάντιων τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας αποτελεί πρόκληση στην καθημερινή ιατρική πράξη. Τα κλινικά συμπτώματα είναι μη ειδικά και συνήθως αφορούν σε πίεση των παρακείμενων πυελικών οργάνων από το αυξημένων διαστάσεων τραχηλικό λειομώμα,

το οποίο καταλαμβάνει ολόκληρη την κοιλότητα της λεκάνης. Έτσι, ο πόνος με εντόπιση στο υπογάστριο και αντανάκλαση κυρίως στην οσφύ ή σπανιότερα στις νεφρικές χώρες, η διάταση της κοιλίας, τα έντονα δυσουρικά ενοχλήματα, η επίσχεση ούρων και η δυσκοιλιότητα αποτελούν τις συνηθέστερες κλινικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζουν τα γιγάντια τραχηλικά λειομύωματα της μήτρας [6]. Σε αντίθεση με τα λειομύωματα του σώματος της μήτρας, σε ασθενείς με τραχηλικό λειομύωμα η μη φυσιολογική αιμορραγία από τη μήτρα δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα [7]. Επομένως, δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι η ασθενής μας δεν ανέφερε συμπτώματα που να σχετίζονται με την έμμηνο ρύση. Επίσης, ούτε μπορεί να αποτελέσει έκπληξη το γεγονός ότι η δυσκοιλιότητα, η επίσχεση ούρων και η ουρητηροδρονέφρωση αποτέλεσαν τα κύρια συμπτώματα στην ασθενή μας. Ενδεχομένως, έκπληξη θα μπορούσε να αποτελέσει η μη τραυματικής και μη αποφρακτικής αιτιολογίας ρήξη του νεφρικού παρεγχύματος και ο σχηματισμός οπισθοπεριτοναϊκού περινεφρικού ουρινώματος, μια νοσολογική οντότητα η οποία δεν είναι συχνή στην κλινική πράξη.

Το ουρίνωμα είναι μια ενθυλακωμένη συλλογή εξαγγειωμένων ούρων που διαρρέουν από το ουροποιητικό σύστημα και συγκεντρώνονται σε μια κοιλότητα περιβαλλόμενη από μια ινώδη κάψα στον περινεφρικό ή στον παραουρητηρικό χώρο. Αυτή η σπάνια νοσολογική οντότητα, η βαρύτητα της οποίας ποικίλει από ασυμπτωματική περίπτωση (μικρό οπισθοπεριτοναϊκό ουρίνωμα μετά από εξωπεριτοναϊκή διαφυγή ούρων) έως την πρόκληση οξείας κοιλίας με σημεία

περιτονίτιδας, στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες η διαφυγή των ούρων είναι ενδοπεριτοναϊκή, μπορεί να προκληθεί από τραυματισμό, χειρουργική επέμβαση ή απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος [8]. Η ουρητηρολιθίαση, η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση και η παρουσία μεγάλης ενδοκοιλιακής μάζας εντοπιζόμενη κυρίως στην πύελο αποτελούν βασικές αιτίες σχηματισμού ουρινώματος, το οποίο δεν οφείλεται σε ιατρογενές χειρουργικό τραυματισμό [9,10]. Στη δική μας ασθενή η προκαλούμενη από το γιγάντιο τραχηλικό λειομύωμα πίεση στους ουρητήρες έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή της κίνησης των ούρων η οποία προκάλεσε αυτόματη, μη τραυματική ρήξη του νεφρικού παρεγχύματος και σχηματισμό οπισθοπεριτοναϊκού ουρινώματος στον αριστερό νεφρό. Η έγκαιρη διάγνωση του ουρινώματος, η οποία συνήθως επιβεβαιώνεται με την αξονική τομογραφία ή τη μαγνητική τομογραφία και η άμεση και κατάλληλη ανάλογα με την περίπτωση συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση είναι σημαντική για την αποφυγή επιπλοκών, όπως είναι η μόλυνση με σχηματισμό περινεφρικού ή περιουρητηρικού αποστήματος και η παροδική ή μόνιμη νεφρική βλάβη [11]. Στη δική μας ασθενή λόγω του μικρού μεγέθους του ουρινώματος και της απουσίας οξέων συμπτωμάτων δεν κρίθηκε σκόπιμη από τη ομάδα των ουρολόγων η χειρουργική παρέμβαση για την παροχέτευση του ουρινώματος. Κρίθηκε σκόπιμη η παρακολούθηση της βλάβης και η μετεγχειρητική παραμονή των ουρητηρικών στεντ για την αντιμετώπιση των διατάσεων του πυελοκαλυκτικού συστήματος.

Η απεικονιστική εξέταση των μεγάλων τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας είναι καθοριστική για την ακριβή προεγχειρητική διαγνωστική προσέγγιση αυτών των όγκων που προέρχονται από τον τράχηλο της μήτρας. Το υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία και η αξονική τομογραφία παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση ασθενών με λειομώματα του τραχήλου της μήτρας [12]. Το υπερηχογράφημα είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη απεικονιστική μέθοδος. Με το διακοιλιακό και το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορεί να απεικονισθεί στον ενδοτράχηλο ή σε θέση έξω από το τραχηλικό κανάλι μια καλά καθορισμένη υποηχοϊκή μάζα, η οποία φέρει κυρίως συμπαγή στοιχεία αλλά και περιοχές κυστικής νέκρωσης, εσωτερικής αγγείωσης και αβεστοποίησης. Υπερηχογραφικά ευρήματα, τα οποία είναι συμβατά με την παρουσία όγκων μικτής ηχογένειας με κεντρική νέκρωση και ακανόνιστη αγγειακή κατανομή παρατηρούνται περίπου στο 20% των μεγάλων τραχηλικών λειομωμάτων της μήτρας και χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από κακοήθεις βλάβες του τραχήλου της μήτρας [13]. Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει έντονη υποψία κακοήθειας στον τράχηλο της μήτρας πραγματοποιείται αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία, σκοπός των οποίων είναι η περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση της τραχηλικής μάζας. Στη μαγνητική τομογραφία, η οποία επιτρέπει την καλύτερη απεικόνιση της πλάγιας και οπίσθιας περιοχής της λεκάνης, τα λειομώματα απεικονίζονται ως έντονα περιθωριοποιημένες περιοχές χαμηλής έως ενδιάμεσης έντασης σήματος στις T1 και T2 ακολουθίες [14]. Η μαγνητική τομογραφία, αν και δεν μπορεί να επιβεβαιώσει

τη διάγνωση των κακοήθων βλαβών του τραχήλου της μήτρας, σε σύγκριση με το υπερηχογράφημα έχει υψηλότερη ειδικότητα και θετική προγνωστική αξία [15]. Στη δική μας ασθενή λόγω του μεγάλου μεγέθους του όγκου, τόσο το διακολπικό όσο και το διακοιλιακό υπερηχογράφημα δεν ήταν διαγνωστικά. Πραγματοποιήθηκε η εκτέλεση επείγουσας αξονικής τομογραφίας, με την οποία τέθηκε η διάγνωση του τραχηλικού λειομώματος και των συνοδών βλαβών του ουροποιητικού συστήματος (ουρητηρουδρονέφρωση, ουρίνωμα). Η προγραμματισμένη μαγνητική τομογραφία κρίθηκε αναγκαία για τον καλύτερο καθορισμό των ειδικών απεικονιστικών χαρακτηριστικών του τραχηλικού όγκου και την ανατομική του σχέση με τις δομές της πυέλου, με σκοπό τον καλύτερο σχεδιασμό της χειρουργικής επέμβασης.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των γιγάντιων λειομωμάτων του τραχήλου της μήτρας είναι δύσκολη. Η υστερεκτομή ή ινομωματαεκτομή, ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς και την επιθυμία της για επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης προτείνονται ως κύριες θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς με μεγάλα τραχηλικά λειομώματα [5]. Η κοιλιακή τραχηλεκτομή για την αντιμετώπιση γιγάντιου λειομώματος του τραχήλου της μήτρας είναι εξαιρετικά δύσκολη και μπορεί να επιχειρηθεί κατά την προσπάθεια διατήρησης της γονιμότητας της ασθενούς [13]. Πρόσφατα, περιγράφηκε στη βιβλιογραφία περίπτωση επιτυχούς αντιμετώπισης μεγάλου συμπτωματικού τραχηλικού λειομώματος της μήτρας με αμφοτερόπλευρο εμβολισμό των ωοθηκών αρτηριών χωρίς εμβολισμό της μητριαίας αρτηρίας. Αν και αφορά σε μεμονωμένη περίπτωση ασθενούς, υπό τις

προϋποθέσεις ελέγχου των πιθανών κινδύνων που αφορούν στη γονιμότητα και την ορμονική λειτουργία εκτιμάται ότι πρόκειται για μια βιώσιμη μέθοδο στη θεραπεία των συμπτωματικών λειομυώματων του τραχήλου της μήτρας, προστατεύοντας τις ασθενείς από μια δυνητικά περίπλοκη και εξαιρετικά αιμορραγική χειρουργική επέμβαση [16].

Ο αυξημένος κίνδυνος διεγχειρητικής αιμορραγίας και οι πιθανοί ακούσιοι τραυματισμοί των καταπιεζόμενων από τον γιγάντιο όγκο παρακείμενων οργάνων (ουροδόχος κύστη, ουρητήρες, ορθό) καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη τη χειρουργική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών [5]. Στη δική μας ασθενή, η οποία δεν επιθυμούσε την επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης επιλέχθηκε η εκτέλεση κοιλιακής ολικής υστερεκτομής με αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή-οώθηεκτομή. Η χειρουργική επέμβαση παρουσίασε σημαντικές δυσκολίες. Οι πολλαπλές και στερεές συμφύσεις μεταξύ του τραχηλικού λειομύωματος με τη ουροδόχο κύστη και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα ως αποτέλεσμα των προηγούμενων καισαρικών τομών σε συνδυασμό με την αλλοίωση της θέσης αυτών των δομών από το τεράστιο μέγεθος του όγκου είχαν σαν αποτέλεσμα τη δύσκολη κινητοποίηση της μήτρας και του τραχηλικού λειομύωματος στο χειρουργικό πεδίο (Εικόνα 4). Αυτό οδήγησε σε σοβαρή διεγχειρητική αιμορραγία, σε τραυματική ρήξη του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης και σε αυξημένο υπαρκτό κίνδυνο διεγχειρητικού τραυματισμού των ουρητήρων. Για την ελάττωση του κινδύνου της διεγχειρητικής αιμορραγίας εκτιμάται ότι σημαντική ήταν η βοήθεια από τη χρήση της *electrothermal bipolar vessel sealing device (LigaSure™)*.

Συρραφή έγινε την ρήξης του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης και ελέγχθηκε η ακεραιότητα των ουρητήρων. Η προεγχειρητική κυστεοσκόπηση και η αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση ουρητηρικών στεντ επιτρέπουν την διεγχειρητική ιχνηλάτηση των ουρητήρων και αποτρέπουν τον διεγχειρητικό τραυματισμό τους [5]. Επίσης, η σωστή και πλήρης σχεδίαση των προεγχειρητικών εξετάσεων, η άρτια οργάνωση του χώρου του χειρουργείου και η επαρκής εμπειρία και δεξιότητα της χειρουργικής ομάδας με καλή γνώση της ανατομίας της πυέλου, η οποία συνήθως είναι παραμορφωμένη από το γιγάντιο τραχηλικό λειομύωμα, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης [17].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα γιγάντια τραχηλικά λειομύωματα της μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι παροδικές μη τραυματικού ή μη αποφρακτικού τύπου βλάβες των ουρητήρων και των νεφρών σχετιζόμενες με την ασκούσα από το γιγάντιο τραχηλικό λειομύωμα πίεση μπορεί να συμβούν. Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των γιγάντιων τραχηλικών λειομυώματων αποτελεί πρόκληση. Πρόσθετη πρόκληση, η οποία θα έκανε ακόμη πιο δύσκολη τη διαχείριση της ασθενούς μας, θα ήταν η επιθυμία της για τη διατήρηση της μήτρας και της γονιμότητας. Πάντως, ανεξάρτητα από την απόφαση για την εκτέλεση υστερεκτομής ή ινομυωματαεκτομής η διαχείριση αυτών των ασθενών είναι δύσκολη ακόμη και για έμπειρους γυναικολόγους και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ατομικές συνθήκες της

ασθενούς και την οργάνωση του ιατρικού κέντρου και της χειρουργικής ομάδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D and Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 2: 16043.
2. Ramaiyer MS, Saad E, Kurt I and Borahay MA. Genetic Mechanisms Driving Uterine Leiomyoma Pathobiology, Epidemiology, and Treatment. *Genes (Basel)*. 2024; 15: 558.
3. Thanasa A, Thanasa E, Kamaretsos E, Grapsidi V, Xydias E, Ziogas A, Gerokostas EE, Antoniou IR, Paraoulakis I and Thanasas I. Surgical treatment of a very rare case of a huge intraligamental leiomyoma of the uterus: A case report and mini review of the literature. *Med Int (Lond)* 4: 2, 2023.
4. Thanasa E, Thanasa A, Kamaretsos E, Paraoulakis I, Ziogas A, Kontogeorgis G, Grapsidi V, Gerokostas EE, Kontochristos V and Thanasas I: Large Cervical Leiomyoma of the Uterus: A Rare Cause of Chronic Pelvic Pain Associated With Obstructive Uropathy and Renal Dysfunction: A Case Report. *Cureus*. 2023; 15: e33387.
5. Mujalda A, Kaur T, Jindal D, Sindhu V, Jindal P and Mujalda J. Giant Cervical Fibroid: A Surgical Challenge. *Cureus*. 2023; 15: e39602.
6. Peng K, Jiang LY, Teng SW and Wang PH: Degenerative leiomyoma of the cervix: Atypical clinical presentation and an unusual finding. *Taiwan J Obstet Gynecol* 55: 293-295, 2016.
7. Munro MG, Critchley HO and Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group: The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril*. 2011; 95: 2204-2208.
8. Anjum T, Ikram M, Abdulhameed R, Khan A and Mirza ZR. Urinoma: A Rare but Potential Differential of Acute Abdomen. *Cureus*. 2024; 16: e67368.
9. Hamard M, Amzalag G, Becker CD and Poletti PA. Asymptomatic Urolithiasis Complicated by Nephrocutaneous Fistula. *J Clin Imaging Sci*. 2017; 7: 9.
10. Sato H, Kurumisawa S, Saito T and Kawahito K. Spontaneous ureteral rupture caused by iliac aneurysm: a case report. *Surg Case Rep*. 2018; 4: 146.
11. Kajić M, Boras M, Tipurić M, Šutalo N, Bevanda D and Mišković J. Spontaneous Urinoma Surgeon's Pitfall - Case Report. *Psychiatr Danub*. 2021; 33: 327-329.
12. Gupta A, Gupta P and Manaktala U. Varied Clinical Presentations, the Role of Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis, and Successful Management of Cervical Leiomyomas: A Case-Series and Review of Literature. *Cureus*. 2018; 10: e2653.
13. Wong J, Tan GHC, Nadarajah R and Teo M. Novel management of a giant cervical myoma in a premenopausal patient. *BMJ Case Rep*. 2017; 2017: bcr2017221408.

14. Okamoto Y, Tanaka YO, Nishida M, Tsunoda H, Yoshikawa H and Itai Y. MR imaging of the uterine cervix: imaging-pathologic correlation. Radiographics. 2003; 23: 425-245.
15. Goto A, Takeuchi S, Sugimura K and Maruo T. Usefulness of Gd-DTPA contrast-enhanced dynamic MRI and serum determination of LDH and its isozymes in the differential diagnosis of leiomyosarcoma from degenerated leiomyoma of the uterus. Int J Gynecol Cancer. 2002; 12: 354-361.
16. Denton WD and Ozen M. Bilateral ovarian artery embolization for a symptomatic large cervical fibroid. Radiol Case Rep. 2024; 19: 6126-6130.
17. Soleymani Majd H, Ferrari F, Gubbala K, Campanile RG and Tozzi R. Latest developments and techniques in gynaecological oncology surgery. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015; 27: 291-296.

CASE REPORT

Surgical treatment of a giant cervical uterine leiomyoma associated with bilateral ureterohydronephrosis and retroperitoneal perinephric urinoma at the left kidney: a case report and mini literature review

Anna Thanasa¹, Efthymia Thanasa¹, Vasiliki Koutsia², Ioannis Thanasas²

¹ Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece,

² Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

This case report describes the successful surgical treatment of a rare case of a giant cervical leiomyoma of the uterus associated with bilateral ureterohydronephrosis and the formation of a retroperitoneal perinephric urinoma in the left kidney. A 51-year-old patient was admitted to the Emergency Department of the General Hospital of Trikala, Greece, presenting with urinary retention, constipation, and lower abdominal pain radiating mainly to the lumbar region. Clinical examination revealed a small amount of vaginal bleeding, with the uterine fundus palpable approximately 2 cm below the navel. Imaging with computed tomography and magnetic

resonance imaging revealed the presence of a giant cervical leiomyoma of the uterus occupying the entire pelvis, causing compressive effects on the ureters, resulting in bilateral ureterohydronephrosis and the formation of a retroperitoneal urinoma at the level of the left kidney. Tumor markers were negative. It was decided to perform a total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. The hysterectomy was technically difficult, and traumatic rupture of the bladder was unavoidable. Surgical drainage of the urinoma was not deemed necessary. The urologists recommended monitoring of the lesion and postoperative retention of ureteral stents to manage the dilations of the pelvicalyceal system. Histopathological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of cervical leiomyoma of the uterus. The postoperative course was smooth. Urination was restored without problems after the removal of the urinary catheter. The ureteral stents were removed three months after the surgery, at which point the ultrasound examination of the urinary system showed complete restoration of the kidneys' morphology. After the detailed description of this rare case, particular emphasis is placed on the challenging preoperative diagnostic approach and the significant intraoperative difficulties in the effective surgical management of giant cervical leiomyomas of the uterus to ensure the best postoperative outcome.

Keywords: cervical leiomyoma, ureterohydronephrosis, pelvic urinoma, imaging studies, surgical management, intraoperative complications, case report

A. Thanasa, E. Thanasa, V. Koutsia, I. Thanasas. Surgical treatment of a giant cervical uterine leiomyoma associated with bilateral ureterohydronephrosis and retroperitoneal perinephric urinoma at the left kidney: a case report and mini literature review. *Scientific Chronicles* 2025; 30(4):644-656
