

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

## Συστροφή ωοθηκικού ινώματος μιμούμενη συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών: περιγραφή μιας περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Άννα Θανασά<sup>1</sup>, Ευθυμία Θανασά<sup>1</sup>, Βασιλική Κούτσια<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> Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία περιγράφεται μια σπάνια περίπτωση συστροφής ινώματος της ωοθήκης σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας, για την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της οποίας τέθηκε σοβαρό δίλλημα διαφορικής διάγνωσης από τον συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών. Ασθενής ηλικίας 48 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο, αιτιώμενη από μιας εβδομάδας δεκατική πυρετική κίνηση και κοιλιακό άλγος ήπιας έντασης και συνεχούς χαρακτήρα, συνοδευόμενο από ναυτία και αίσθημα ήπιας διάτασης της κοιλίας. Ο πόνος, ο οποίος δεν συνοδευόταν από σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού ήταν πιο έντονος στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Οι δείκτες φλεγμονής και οι δείκτες κακοήθειας ήταν οριακά αυξημένοι. Με την αξονική τομογραφία και την μαγνητική τομογραφία στην περιοχή του δεξιού εξαρτήματος διαπιστώθηκε ευμεγέθης ανομοιογενής αλλοίωση με παρουσία κυστικών-νεκρωτικών περιοχών στο εσωτερικό της, συλλογή ελεύθερου υγρού στην πύελο και παρουσία πολλαπλών ελαφρώς διογκωμένων παραορτικών και λαγόνιων λεμφαδένων. Τα απεικονιστικά ευρήματα σε συνδυασμό με την μη βελτίωση της κλινικο-εργαστηριακής εικόνας μετά από τη χορήγηση αντιβιοτικών οδήγησε στην απόφαση για την εκτέλεση λαπαροτομίας χωρίς να έχει αποκλεισθεί η διάγνωση του συμπαγούς καρκίνου των ωοθηκών. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η παρουσία συστραφέντος ινώματος της ωοθήκης. Εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή-ωοθηκεκτομή. Η ανοσοιστοχημική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ωοθηκικού ινώματος. Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία, η ασθενής εξήλθε από την κλινική την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η σύντομη περιγραφικού τύπου ανασκόπηση της διάγνωσης και της αντιμετώπισης των συστραφέντων ιωμάτων της ωοθήκης. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διαφορική διάγνωση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας από τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους των ωοθηκών ώστε η προεγχειρητική διάγνωση να είναι ακριβής και η διαχείριση αυτών των ασθενών να είναι αποτελεσματική. .

*Λέξεις ευρητηρίου:* ωοθηκικό ινώμα, συστρόφη, συμπαγής καρκίνος της ωοθήκης, προεγχειρητική διάγνωση, διαφορική διάγνωση, ταχεία βιοψία, χειρουργική αντιμετώπιση

---

Α. Θανασά, Ε. Θανασά, Β. Κούτσια, Ε. Σιμοπούλου, Μ. Μούσια, Ι. Θανασάς: Συστροφή ωοθηκικού ινώματος μιμούμενη συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών: περιγραφή μιας περίπτωσης και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(4):657-667

---

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι ωθήκες χαρακτηρίζονται από την εντόπιση νεοπλασμάτων με διαφορετικού τύπου κλινικά, μορφολογικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά, η προεγχειρητική αξιολόγηση των οποίων εκτιμάται ότι συνεισφέρει σημαντικά στην διαγνωστική προσέγγιση και την περαιτέρω διαχείριση αυτών των όγκων [1]. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (80%) οι ωθητικοί όγκοι είναι καλοήθεις και εμφανίζονται σε νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20 και 45 ετών. Το πιο κοινό καλοήθες νεόπλασμα των ωθηκών είναι οι επιφανειακοί επιθηλιακοί όγκοι, οι οποίοι συνήθως διαγιγνώσκονται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Τα κακοήθη ωθητικά νεοπλάσματα, τα οποία αφορούν περίπου στο 20% των περιπτώσεων εμφανίζονται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, μεταξύ 40 και 65 ετών και έχουν συνήθως κακή πρόγνωση [2]. Ξεχωριστή κατηγορία των επιθηλιακών ωθητικών όγκων αποτελούν οι όγκοι οριακής κακοήθειας, τα χαρακτηριστικά των οποίων είναι ενδιάμεσα μεταξύ καλοηθών και κακοηθών κατηγοριών [3].

Το ίνωμα, το θήκωμα και το ινοθήκωμα είναι καλοήθεις ωθητικοί στρωματικοί όγκοι, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από την παρουσία ινοβλαστικών στρωματικών κυττάρων και/ή κυττάρων που μοιάζουν με ωχρινοβλαστικά κύτταρα θήκα [4]. Τα ινώματα των ωθηκών, τα οποία περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1983 από τους Young και Scully [5] είναι τα πιο συχνά συμπαγή ωθητικά νεοπλάσματα και αφορούν περίπου στο 1% έως 4.7% των ωθητικών όγκων [6]. Συνήθως είναι ετερόπλευρα χωρίς ορμονική δραστηριότητα και στην πλειονότητα των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται κατά την πέμπτη με έκτη

δεκαετία της ζωής σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση [7]. Σε κάποιες ασθενείς τα ινώματα της ωθήκης, ιδιαίτερα όταν είναι αυξημένων διαστάσεων μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η συστροφή του σύστοιχου εξαρτήματος και να οδηγήσουν στην ανάγκη άμεσης χειρουργικής επέμβασης [6].

Με την παρούσα εργασία περιγράφεται μια σπάνια περίπτωση συστροφής μεγάλου ινώματος της ωθήκης σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας, για την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της οποίας τέθηκε σοβαρό δίλλημα διαφοροδιαγνωστικής εξέτασης από τον συμπαγή καρκίνο των ωθηκών. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η σύντομη περιγραφικού τύπου ανασκόπηση της διάγνωσης και της αντιμετώπισης του συστραφέντων ιωμάτων της ωθήκης. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διαφορική διάγνωση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας από τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους των ωθηκών ώστε η προεγχειρητική διάγνωση να είναι ακριβής και η διαχείριση αυτών των ασθενών να είναι αποτελεσματική.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Η ασθενής μας σε ηλικία 48 ετών, με τέσσερις φυσιολογικούς τοκετούς στο μαιευτικό ιστορικό προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, αιτιώμενη εμπόρετη συνδρομή (δεκατική πυρετική κίνηση) και κοιλιακό άλγος από μιας εβδομάδας. Ο πόνος εντοπιζόταν στην κάτω κοιλία με αντανάκλαση κυρίως στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ο πόνος ο οποίος ήταν ήπιος έντασης και συνεχούς χαρακτήρα συνοδευόταν από ναυτία και αίσθημα ήπιας διάτασης της

**Πίνακας 1.** Εργαστηριακές εξετάσεις της ασθενούς κατά την άφιξη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική.

Εξετάσεις	Είσοδος στο ΤΕΠ	1 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	3 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	5 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας	1 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	2 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	4 <sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα	Φυσιολογικές τιμές εργαστηρίου
Ht	37.4%	35.6%	34.3%	33.9%	30.1%	29.2%	30.7%	37.7 – 49.7%
Hb	12.9 gr/dl	11.9 gr/dl	11.1 gr/dl	10.9 gr/dl	9.9 gr/dl	9.3 gr/dl	10.1 gr/dl	11.8 – 17.8 gr/dl
PLT	239 x10 <sup>3</sup> /ml	224 x10 <sup>3</sup> /ml	213 x10 <sup>3</sup> /ml	210 x10 <sup>3</sup> /ml	201 x10 <sup>3</sup> /ml	205 x10 <sup>3</sup> /ml	217 x10 <sup>3</sup> /ml	150 – 350 x10 <sup>3</sup> /ml
WBC	17.8 x10 <sup>3</sup> /ml	15.3 x10 <sup>3</sup> /ml	14.1 x10 <sup>3</sup> /ml	13.7 x10 <sup>3</sup> /ml	22.4 x10 <sup>3</sup> /ml	14.1 x10 <sup>3</sup> /ml	9.4 x10 <sup>3</sup> /ml	4 – 10.8 x10 <sup>3</sup> /ml
NEUT	84.4%	84.1%	83.2%	81.9%	92.9%	84.1%	73.2%	40 – 75%
CRP	25.70 mg/dl	26.99 mg/dl	22.55 mg/dl	19.95 mg/dl	19.91 mg/dl	10.32 mg/dl	4.37 mg/dl	<0.7 mg/dl
APTT	30.4 sec	30.9 sec	31.8 sec	33.9 sec	32.8 sec	30.7 sec	29.8 sec	24.0 – 35.0 sec
INR	1.25	1.27	1.28	1.37	1.41	1.25	1.17	0.8 – 1.2
FIB	421 mg/dl	437 mg/dl	447 mg/dl	565 mg/dl	513 mg/dl	491 mg/dl	373 mg/dl	200 – 400 mg/dl
Glu	112 mg/dl	85 mg/dl	91 mg/dl	85 mg/dl	91 mg/dl	85 mg/dl	84 mg/dl	75 – 115 mg/dl
Cr	0.62 mg/dl	0.56 mg/dl	0.63 mg/dl	0.66 mg/dl	0.67 mg/dl	0.63 mg/dl	0.51 mg/dl	0.40 – 1.10 mg/dl
K <sup>+</sup>	4.25 mmol/L	4.66 mmol/L	4.61 mmol/L	4.32 mmol/L	4.21 mg/dl	4.11 mg/dl	4.09 mg/dl	3.5 – 5.1 mmol/L
Na <sup>+</sup>	136.5 mmol/L	139.2 mmol/L	138.1 mmol/L	139.1 mmol/L	138.9 mmol/L	141.2 mmol/L	141.4 mmol/L	136 – 145 mmol/L
TBIL	0.60 mg/dl	0.48 mg/dl	-	-	0.51 mg/dl	-	-	0.3 – 1.2 mg/dl
DBIL	0.07mg/dl	0.12mg/dl	-	-	0.11mg/dl	-	-	0.0 – 0.5mg/dl
INBIL	0.27mg/dl	0.31mg/dl	-	-	0.35mg/dl	-	-	0.0 – 0.7mg/dl
SGOT	19 IU/L	17 IU/L	-	-	18 IU/L	-	-	5 – 33 IU/L
SGPT	18 IU/L	15 IU/L	-	-	19 IU/L	-	-	10 – 37 IU/L
AMY	21 IU/L	22 IU/L	-	-	21 IU/L	-	-	30 – 118 IU/L
CEA	5.1 ng/mL	-	-	-	-	-	-	< 5 ng/mL
CA125	82.6 U/mL	-	-	-	-	-	-	<= 35 U/mL
CA15-3	31.4 U/mL	-	-	-	-	-	-	0.0 – 31.3 U/mL
CA19-9	40.7 U/mL	-	-	-	-	-	-	0.0 – 37 U/mL

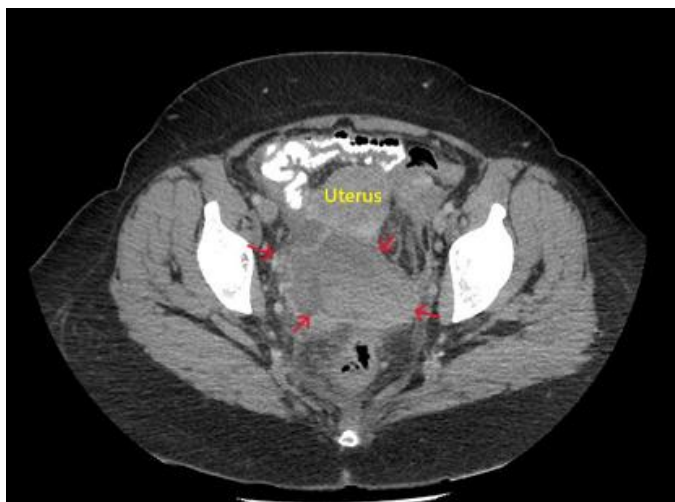
Ht, Hematocrit; Hb, Hemoglobin; PLT, Platelets; WBC, White Blood Cells; NEUT, Neutrophils; CRP, C - Reactive Protein; APTT, Activated Partial Thromboplastin Time, INR, International Normalized Ratio; FIB, Fibrinogen; Glu, Glucose; Cr, Creatinine; K<sup>+</sup>, Potassium; Na<sup>+</sup>, Sodium; TBIL, Total Bilirubin; DBIL, Direct Bilirubin; IDBIL, Indirect Bilirubin; SGOT, Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase; SGPT, Serum Glutamate Pyruvate Transaminase; AMY, Amylase; CEA, Carcinoembryonic Antigen; CA125, Cancer Antigen 125; CA15-3, Cancer Antigen 15-3; CA19-9, Cancer Antigen 19-9.

κοιλίας. Ο πόνος δεν σχετιζόταν με εμέτους ή διαρροϊκές κενώσεις. Η δεκατική πυρετική κίνηση αναφέρθηκε ότι ξεκίνησε 2 εικοσιτετράωρα περίπου μετά από την έναρξη του κοιλιακού άλγους. Το σωματικό βάρος της ασθενούς ήταν αυξημένο (BMI = 29.3). Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος ήταν φυσιολογικός. Η ασθενής, μετά από τον τελευταίο της τοκετό, τα τελευταία 18 χρόνια δεν είχε καμία επίσκεψη σε γυναικολογικό ιατρείο. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε υποθυρεοειδισμός και αρτηριακή υπέρταση. Τόσο οι θυρεοειδικές ορμόνες όσο και η αρτηριακή πίεση ήταν καλά ρυθμισμένες με φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, από την ίδια την ασθενή αναφέρθηκε ότι είχε

υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή προ 20 ετών περίπου.

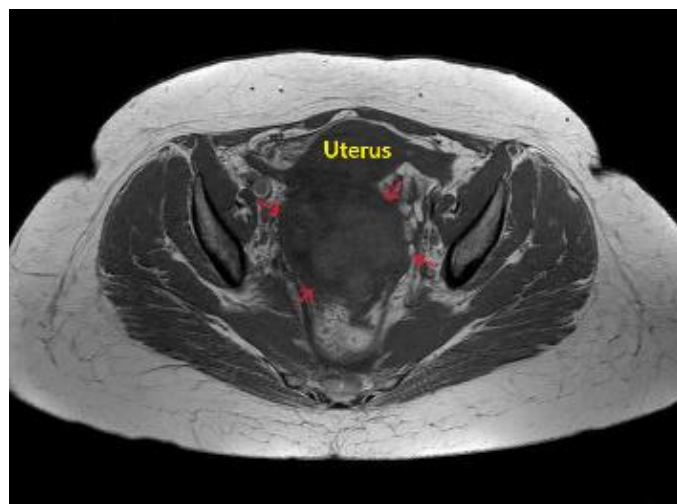
Κατά την κλινική εξέταση η θερμοκρασία του σώματος ήταν 37.7°C. Η αρτηριακή πίεση και ο αριθμός των σφίξεων ήταν εντός φυσιολογικών ορίων (125/75mmHg και 85 παλμοί/min, αντίστοιχα). Στην ψηλάφηση της κοιλίας διαπιστώθηκε ήπια ευαισθησία, ιδιαίτερα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, χωρίς σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν οριακά αυξημένοι. Παρόμοια αυξημένοι ήταν και οι δείκτες κακοήθειας (Πίνακας 1). Τα ευρήματα από το διακολπικό και διακοιλιακό υπερηχογράφημα ήταν ασαφή. Με την αξονική τομογραφία

μεταξύ του ορθοσιγμοειδούς, του παχέος εντέρου και της μήτρας διαπιστώθηκε ευμεγέθης περιχαρακωμένη συμπαγής μάζα με παχιά εμπλουτιζόμενα τοιχώματα χωρίς παθολογική ενίσχυση του εσωτερικού της αλλά με ενίσχυση του τοιχώματος και των αναδεικνυόμενων πολυάριθμων διαφραγματιών πέριξ αυτής (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Απεικόνιση με αξονική τομογραφία συστροφής μεγάλου ινώματος της ωθήκης: απεικονίζεται ευμεγέθης περιχαρακωμένη συμπαγής μάζα (κόκκινα βέλη) με παχιά εμπλουτιζόμενα τοιχώματα μεταξύ του ορθοσιγμοειδούς, του παχέος εντέρου και της μήτρας.

Η μαγνητική τομογραφία στην περιοχή του δεξιού εξαρτήματος ανέδειξε την παρουσία ευμεγέθους ανομοιογενούς βλάβης διαστάσεων 10x8.5cm με παρουσία κυστικών-νεκρωτικών περιοχών στο εσωτερικό καθώς και μεγαλύτερης έκτασης τμημάτων ενδιάμεσου έως υψηλού μαγνητικού σήματος στις T1 και χαμηλού σήματος στις T2 ακολουθίες (Εικόνα 2). Η αριστερή ωθήκη ήταν φυσιολογική. Επίσης, η εκτεταμένη διάχυτη θολερότητα του λίπους της ελάσσονος πυέλου, η συλλογή ελεύθερου υγρού και η παρουσία πολλαπλών ελαφρώς διογκωμένων παραορτικών και λαγόνιων λεμφαδένων ήταν εμφανής.



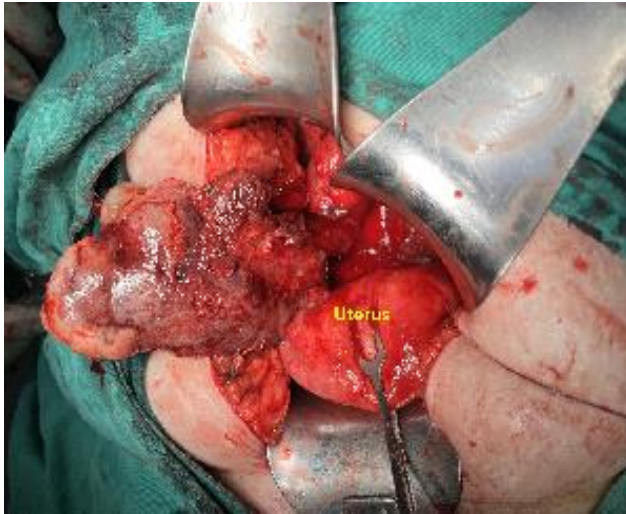
**Εικόνα 2.** Απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία συστροφής μεγάλου ινώματος της ωθήκης: στην περιοχή του δεξιού εξαρτήματος απεικονίζεται με ευκρίνεια ευμεγέθης ανομοιογενής αλλοίωση (κόκκινα βέλη) με παρουσία κυστικών-νεκρωτικών περιοχών στο εσωτερικό της.

Ο συνδυασμός των απεικονιστικών ευρημάτων με την εμμονή των συμπτωμάτων και τις παραμένουσες αυξημένες τιμές των δεικτών φλεγμονής παρά την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής με κεφοξιτίνη (Mefoxil®) σε δόση 2 γραμμάρια ανά οκτάωρο και μετρινιδαζόλη (Flagyl®) σε δόση 500mg τρεις φορές την ημέρα οδήγησαν στην απόφαση εκτέλεσης λαπαροτομίας χωρίς να αποκλεισθεί η διάγνωση του συμπαγούς καρκίνου των ωθηκών. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς συστραφείσας μάζας της ωθήκης με σημεία φλεγμονής (Εικόνα 3).

Η ταχεία βιοψία έδειξε καλοήθεια χωρίς όμως να είναι σε θέση να αναδείξει σαφή τυποποίηση του όγκου. Εκτελέσθηκε ολική υστερεκτομή με σαλπινγεκτομή-ωθηκεκτομή άμφω. Κατά την μακροσκοπική εξέταση διαπιστώθηκε συμπαγές ωθηκικό μόρφωμα διαστάσεων 11x8x6.5cm με λοβωτή εξωτερική επιφάνεια καστανής χροιάς, στις διατομές του οποίου παρατηρήθηκε σκληροελαστική

αλλοίωση με αιμορραγικές θέσεις, ευρήματα τα οποία ήταν συμβατά με ινώμα ωθήκης (Εικόνα 4).

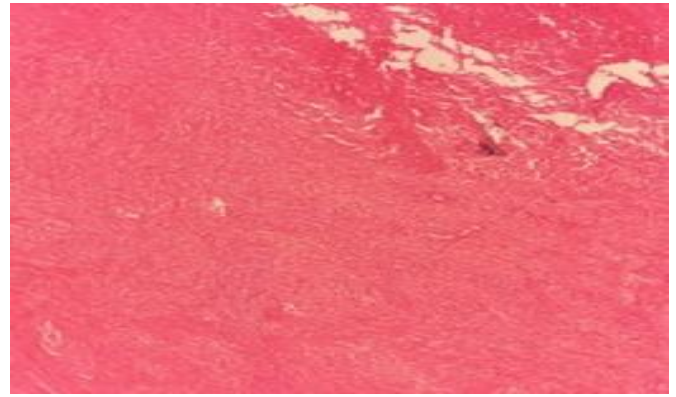
Με την μικροσκοπική εξέταση διαπιστώθηκε αγγειακή συμφόρηση, αιμορραγική διαπότιση και ισχαιμική νέκρωση του ωθηκικού όγκου, ως επί συστροφής του εξαρτήματος (Εικόνα 5).



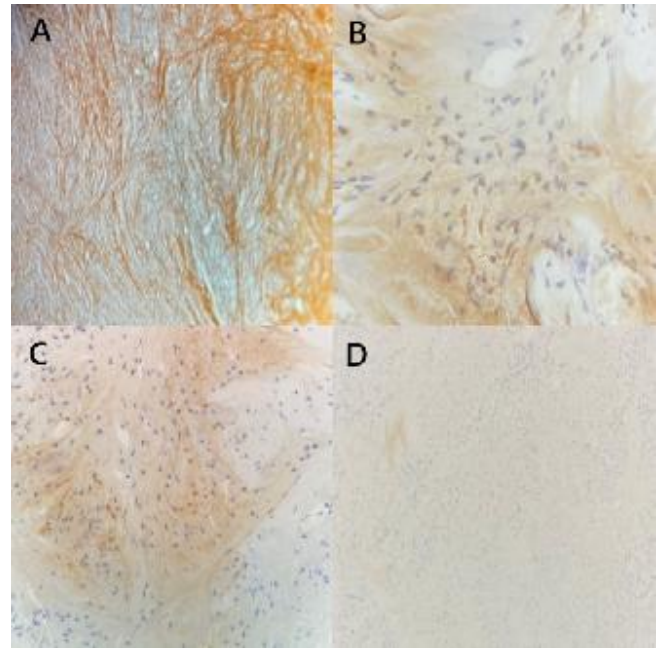
**Εικόνα 3.** Δεγχειρητική απεικόνιση συστροφής ωθηκικού ινώματος.



**Εικόνα 4.** Εγχειρητικό παρασκεύασμα συστραφέντος ωθηκικού ινώματος.



**Εικόνα 5.** Ιστολογική εικόνα συστροφής ωθηκικού ινώματος: η αγγειακή συμφόρηση, η αιμορραγική διαπότιση και η ισχαιμική νέκρωση του ωθηκικού όγκου συνηγορούν υπέρ της συστροφής του σύστοιχου εξαρτήματος (x40).



**Εικόνα 6.** Ανοσοιστοχημικές εικόνες συστραφέντος ωθηκικού ινώματος: (A) Reticulin θετικότητα (x40), (B) WT1 θετικότητα (x100), (C) Inhibin αρνητικότητα (x100), (D) Calretinin αρνητικότητα (x100).

Η ανοσοιστοχημική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος της ωθήκης (Εικόνα 6). Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία (Πίνακας 1), η ασθενής εξήλθε από την κλινική την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Ένα μήνα μετά από την χειρουργική επέμβαση οι τιμές

των δεικτών κακοήθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

## **ΣΧΟΛΙΟ**

Η κλινική διάγνωση των συστραφέντων ινωμάτων της ωοθήκης είναι δύσκολη. Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη συστροφή ενός μεγάλου ωοθηκικού ινώματος μπορεί να είναι παρόμοια με τα συμπτώματα των κακοήθων ωοθηκικών όγκων ή με τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα εκφυλισμένα λειομύωματα της μήτρας [8]. Η αιφνίδια έναρξη οξέος κοιλιακού άλγους, το οποίο συνοδεύεται από δυσφορία, έντονη ναυτία και πολλαπλά επεισόδια εμέτων αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα που απαντάται σε ασθενείς με συστροφή μεγάλου ινώματος της ωοθήκης [9]. Στη δική μας ασθενή τα συμπτώματα ήταν ήπια. Ο κοιλιακός πόνος, η έναρξη του οποίου ήταν περίπου 12 ημέρες πριν από τη λήψη της απόφασης για τη χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς ήταν χαμηλής έντασης χωρίς σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού. Η ασθενής μας δεν παραπονέθηκε για εμέτους αλλά το κύριο συνοδό του κοιλιακού άλγους σύμπτωμα ήταν η δεκατική πυρετική κίνηση. Με βάση τα παραπάνω κλινικά ευρήματα δεν ήταν παράδοξο το γεγονός που επιλέγηκε η αναμονή και η περαιτέρω προεγχειρητική απεικονιστική διαγνωστική διερεύνηση της νόσου προκειμένου να αποκλεισθεί ο συμπαγής καρκίνος των ωοθηκών, και όχι η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση η οποία αρμόζει σε καταστάσεις συστροφής και νέκρωσης των εξαρτημάτων. Η συστροφή, η ισχαιμία και η νέκρωση του εξαρτήματος θεωρείται μια επείγουσα κατάσταση που χρήζει άμεσης

παρέμβασης λόγω της αυξημένης πιθανότητας αντιδραστικής περιτονίτιδας και ισχαιμικής γάγγραινας [10].

Παρόμοια με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα απεικονιστικά ευρήματα είναι δύσκολο να συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των συστραφέντων ινωμάτων της ωοθήκης από τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους των ωοθηκών. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα των ινωμάτων της ωοθήκης συνήθως είναι μη ειδικά, όπως και στη δική μας ασθενή. Εκτιμάται ότι για την αναγνώριση συμπαγών μαζών στα εξαρτήματα, το διακολλικό υπέρηχο έχει ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια που αφορά στο 97%, 46% και 68%, αντίστοιχα [11]. Σημαντική εκτιμάται ότι είναι σήμερα η συμβολή της Doppler υπερηχογραφικής απεικόνισης της πυέλου σε περίπτωση συστροφής του εξαρτήματος [12]. Η αξονική τομογραφία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει το ίνωμα της ωοθήκης από άλλες συμπαγείς ωοθηκικές μάζες. Η παρουσία της ωοθηκικής μάζας στη μέση γραμμή και η απόκλιση της μήτρας προς την πάσχουσα ωοθήκη με παρουσία άλλοτε άλλης ποσότητας ασκιτικής συλλογής αποτελούν απεικονιστικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της συστροφής του εξαρτήματος [12]. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί διαγνωστική απεικονιστική εξέταση δεύτερης γραμμής, της οποίας η χρησιμότητα στη διαφοροποίηση των ινωμάτων της ωοθήκης από άλλες συμπαγείς καλοήθεις ή κακοήθεις ωοθηκικές μάζες εκτιμάται ότι είναι μεγάλη. Παρά ταύτα, αξίζει να σημειωθεί ότι η προεγχειρητική διαφορική διάγνωση των ωοθηκικών ινωμάτων από τα υπορογόνια μισχωτά λειομύωματα της μήτρας ή τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους των ωοθηκών παραμένει δύσκολη [8]. Στη δική μας ασθενή τόσο με το υπερηχογράφημα, όσο και με

την αξονική τομογραφία και την μαγνητική τομογραφία δεν κατέσπει δυνατή η προεγχειρητική διάγνωση του συστραφέντος ινώματος της ωοθήκης, ούτε η ακριβής διαφοροποίησή του από τον συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών.

Η διαφορική διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης με ή χωρίς συστροφή από τον συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών είναι δύσκολη. Με βάση πρόσφατα δεδομένα, εκτιμάται ότι σημαντική βοήθεια στην μη επεμβατική προεγχειρητική διαφοροποίηση αυτών των όγκων φαίνεται να έχει το νευρωνικό δίκτυο συνέλιξης που βασίζεται στη μαγνητική τομογραφία. Η εξέταση αυτή είναι σε θέση να προσδιορίσει με ακρίβεια τη φύση του όγκου (ωοθηκικό ίνωμα ή συμπαγής καρκίνος της ωοθήκης) και να καθορίσει την αποτελεσματική κατά περίπτωση θεραπεία [13]. Επίσης, στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις που το ετερόπλευρο ίνωμα της ωοθήκης συνυπάρχει με ασκίτη και υδροθώρακα ή εντοπίζεται αμφοτερόπλευρα και συνοδεύεται από ασκίτικη συλλογή, η διαφοροποίησή του από το σύνδρομο Demons-Meigs ή από συμπαγείς μεταστατικούς όγκους των ωοθηκών έχει πολύ μεγάλη σημασία για τους κλινικούς γιατρούς, προκειμένου να αποφευχθούν λανθασμένες διαγνώσεις, οι οποίες αναπόφευκτα οδηγούν στην ανεπιτυχή αντιμετώπιση της νόσου με αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας [14,15,16]. Επίσης, μεταστατικοί όγκοι των ωοθηκών προερχόμενοι από πρωτοπαθείς καρκίνους συνήθως από την γαστρεντερική οδό και τον μαστό μπορεί να εμφανιστούν σε συνδυασμό με καλοήθεις όγκους των ωοθηκών, όπως είναι το ίνωμα, το θήκωμα και το ινοθήκωμα και να δημιουργήσουν σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα [17]. Έχει περιγραφεί στη

βιβλιογραφία μοναδική περίπτωση μεταστατικού καρκινώματος ωοθηκικού δακτυλίου σε έδαφος ινώματος της ωοθήκης, η διάγνωση του οποίου αποτελεί πρόκληση λόγω της ομοιότητας των κυττάρων του ωοθηκικού δακτυλίου με τα κύτταρα του στρώματος της ωοθήκης, ιδιαίτερα εάν παρατηρούνται σε περιορισμένες εστίες [18]. Επίσης, παρά τη σπανιότητα που τα χαρακτηρίζει, εκτιμάται ότι τα ινώματα των ωοθηκών που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα CA-125 στον ορό πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση με το επιθηλιακό καρκίνωμα των ωοθηκών όχι μόνο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά και σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας [19]. Στη δική μας ασθενή δεν ήταν παράδοξο το γεγονός ότι η ορθή διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης και η ακριβής προεγχειρητική διαφορική διάγνωση από τον συμπαγή καρκίνο των ωοθηκών είχε σημαντικές δυσκολίες. Το ήπιο, από 12ήμερου κοιλιακό άλγος, συνοδευόμενο από εμμένουσα δεκατική πυρετική κίνηση, οι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, οι οριακά αυξημένοι δείκτες κακοήθειας με αύξηση κυρίως του CA-125 που απαντώνται και σε φλεγμονώδεις παθήσεις με ισχαιμία και νέκρωση, η φλεγμονώδους αιτιολογίας οριακή διόγκωση πολλαπλών παραορτικών και λαγόνιων λεμφαδένων και η παρουσία αντιδραστικών λόγω της φλεγμονής υδρικών συλλογών στην πύελο, οι οποίες εσφαλμένα αποδόθηκαν σε ασκίτικη συλλογή, δημιούργησαν σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ του συστραφέντος ινώματος της ωοθήκης και του συμπαγούς καρκίνου των ωοθηκών, τη λύση του οποίου έδωσε η προγραμματισμένη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου.

Η αντιμετώπιση του συστραφέντος ινώματος της ωοθήκης είναι χειρουργική με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση περιορίζεται σε ασθενείς νεαρής ηλικίας με εξωφυτικό ινώμα της ωοθήκης, του οποίου η αφαίρεση έχει μικρό κίνδυνο ενδοπεριτοναϊκής διασποράς του όγκου [20]. Σε περίπτωση που η βλάβη του συστραφέντος εξαρτήματος είναι αναστρέψιμη και αφορά σε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας η οποία επιθυμεί επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης, η χειρουργική εκτομή του ινώματος ή, εάν κριθεί αναγκαίο, η ετερόπλευρη σαλπινγεκτομή-ωοθηκεκτομή μετά από διεγχειρητική εκτέλεση ταχείας βιοψίας φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής [19,20]. Η ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή-ωοθηκεκτομή έχει ένδειξη σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας [21]. Στη δική μας ασθενή επιλέγηκε η εκτέλεση κοιλιακής ολικής υστερεκτομής με αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή-ωοθηκεκτομή. Η προ του χειρουργείου από την ασθενή εξέφραση μη επιθυμίας για μελλοντική τεκνοποίηση, η κατά επέκταση ιστού μετάδοση της φλεγμονής από τον συστραφέν εξάρτημα στη μήτρα, και ιδιαίτερα, η διεγχειρητική ιστολογική ασαφή διαπίστωση όγκου πιθανότατα καλοήθους προέλευσης, για την σαφή τυποποίηση του οποίου απαιτούνται πολλαπλές μόνιμες τομές, ήταν οι λόγοι που

οδήγησαν στην απόφαση για την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής και όχι εξαρτηματοεκτομής.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα ινώματα της ωοθήκης αποτελούν τους πιο κοινούς συμπαγείς ωοθηκικούς όγκους. Η συστροφή μεγάλου ωοθηκικού ινώματος είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή η οποία απαιτεί συνήθως άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Στη δική μας ασθενή η ήπια, χωρίς θορυβώδη συμπτώματα εξέλιξη της νόσου επέτρεψε την πλήρη προεγχειρητική διερεύνηση και την εκτέλεση προγραμματισμένης κοιλιακής ολικής υστερεκτομής με αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομή-ωοθηκεκτομή. Η συμπαγής φύση των ινωμάτων της ωοθήκης, τα άτυπα κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά αυτών των όγκων και η σχέση τους με τον ασκίτη και τα αυξημένα επίπεδα του CA-125 στον ορό απαιτούν περαιτέρω εξέταση διαφορικών διαγνώσεων, προκειμένου να αποκλεισθεί ο συμπαγής καρκίνος των ωοθηκών. Η διεγχειρητική ταχεία βιοψία μπορεί να διαπιστώσει πιθανότατα όγκο καλοήθους προέλευσης, όμως για την σαφή τυποποίηση του ωοθηκικού όγκου απαιτούνται πολλαπλές μόνιμες τομές. Μόνο μετά από την χειρουργική αφαίρεση του όγκου και την ανοσοιστοχημική ανάλυση τίθεται οριστικά η ακριβής διάγνωση του ινώματος της ωοθήκης.

---

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Mehra P, Aditi S, Prasad KM, Bariar NK. Histomorphological Analysis of Ovarian Neoplasms According to the 2020 WHO Classification of Ovarian Tumors: A Distribution Pattern in a Tertiary Care Center. *Cureus*. 2023; 15(4): e38273.
2. McCluggage WG, Singh N, Gilks CB. Key changes to the World Health Organization (WHO) classification of female genital tumours introduced in the 5th edition (2020). *Histopathology*. 2022; 80(5): 762-778.

3. Hauptmann S, Friedrich K, Redline R, Avril S. Ovarian borderline tumors in the 2014 WHO classification: evolving concepts and diagnostic criteria. *Virchows Arch.* 2017; 470(2): 125-142.
4. 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.
5. Young RH, Scully RE. Ovarian stromal tumors with minor sex cord elements: a report of seven cases. *Int J Gynecol Pathol.* 1983; 2(3): 227-34.
6. Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhlof T, Koubaa A. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(5): 473.e1-4.
7. Parrado RH, Batten M, Smith M and McDuffie LA. Ovarian fibrothecoma in an adolescent: a case report. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2023; 95: 102678.
8. Abdelazim IA, Abu-Faza M, Abdelrazek K, Amer OO, Shikanova S and Zhurabekova G. Ovarian Fibroma Commonly Misdiagnosed as Uterine Leiomyoma. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2019; 9: 36-38.
9. Parwate NS, Patel SM, Arora R and Gupta M. Ovarian Fibroma: A Clinico-pathological Study of 23 Cases with Review of Literature. *J Obstet Gynaecol India.* 2016; 66: 460-465.
10. Chang-Patel EJ, Palacios-Helgeson LK and Gould CH. Adnexal torsion: a review of diagnosis and management strategies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2022; 34: 196-203.
11. Komatsu T, Konishi I, Mandai M, Togashi K, Kawakami S, Konishi J and Mori T. Adnexal masses: transvaginal US and gadolinium-enhanced MR imaging assessment of intratumoral structure. *Radiology.* 1996; 198: 109-115.
12. Chang HC, Bhatt S and Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics.* 2008; 28: 1355-1368.
13. Zheng Y, Wang H, Weng T, Li Q and 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.
14. Guelzim Y, Bennasser A, Marrakchi S, Houssaini AS, Idoubba S, Boujida I, Jahid A, Allali N, Chat L and Haddad SE. Demons-Meigs syndrome caused by a giant ovarian fibroma: A case report. *Radiol Case Rep.* 2024; 19: 2585-2589.
15. Mohamad R, Al Laham O, Albrijawy R, Sallom M, Merhij A and Almousa M. A case report of bilateral benign Ovarian Fibrothecoma coincidental with ascites: an unconventional co-occurrence. *Ann Med Surg (Lond).* 2023; 85: 3739-3743.
16. Strobel SL, Jenison EL, Van Kooten JM, Kitts AN and Britton AJ. Triple negative lobular breast carcinoma metastatic to an ovarian fibrothecoma. *J Histotechnol.* 2020; 43: 200-203.
17. Wan J, Feng Z, Shi J and Li Q. Metastatic breast carcinoma and Krukenberg tumor from signet-ring cell gastric cancer. *Asian J Surg.* 2023; 46: 2984-2986.

- 18.Olaofe OO, Betiku OA, Okongwu CC, Adefidipe AA and Soremekun AI. Krukenberg tumour in a 46-year-old black African woman with a background of ovarian fibroma- A case report. BMC Womens Health. 2024; 24: 566.
- 19.Thanasa A, Thanasa E, Kamaretsos E, Paraoulakis I, Ziogas AC, Kontogeorgis G, Grapsidi V, Gerokostas EE, Kontochristos V and Thanasis I. Surgical Treatment of a Rare Case of Ovarian Fibroma Associated With Elevated CA125 Levels in a Patient of Reproductive Age: A Case Report. Cureus. 2023; 15: e34097.
- 20.Son CE, Choi JS, Lee JH, Jeon SW, Hong JH and Bae JW. Laparoscopic surgical management and clinical characteristics of ovarian fibromas. JSLS. 2011; 15: 16-20.
- 21.Erekson EA, Martin DK and Ratner ES. Oophorectomy: the debate between ovarian conservation and elective oophorectomy. Menopause. 2013; 20: 110-114.

CASE REPORT

## *Ovarian fibroma torsion mimicking solid malignant tumors of the ovary: A case report and mini literature review*

Anna Thanasa<sup>1</sup>, Efthymia Thanasa<sup>1</sup>, Vasiliki Koutsia<sup>2</sup>, Evagelia 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, 54124 Thessaloniki, Greece, <sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Karditris 56, 42100 Trikala, Greece, <sup>3</sup> Department of Medicine, University of Thessaly, School of Health Sciences, Biopolis 41334 Larissa, Greece

### ABSTRACT

This paper describes a rare case of ovarian fibroid torsion in a patient of reproductive age, for the diagnostic and therapeutic approach of which a serious dilemma of differential diagnosis from solid ovarian cancer was raised. A 48-year-old patient was admitted to the hospital, complaining of a one-week period of fever and abdominal pain of mild intensity and continuous character, accompanied by nausea and a feeling of mild abdominal distension. The pain, which was not accompanied by signs of peritoneal irritation, was more intense in the right iliac fossa. The inflammation markers and the malignancy markers were marginally increased. CT and MRI in the right appendage area revealed a large, heterogeneous lesion with cystic-necrotic areas within it, a collection of free fluid in the pelvis, and multiple slightly enlarged para-aortic and iliac lymph nodes. The imaging findings, combined with the lack of improvement in the clinical and laboratory picture after the administration of antibiotics, led to the decision to perform a laparotomy without excluding the diagnosis of solid ovarian cancer. Intraoperatively, the presence of a twisted ovarian fibroid was detected. Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingectomy-oophorectomy was performed. Immunohistochemical examination confirmed the diagnosis of ovarian fibroid. After a smooth postoperative course, the patient was discharged from the clinic on the fourth postoperative day. The purpose of this article is to briefly review the diagnosis and management of twisted ovarian fibroids in a descriptive manner. Particular emphasis is given to the differential diagnosis of this rare disease entity from solid malignant ovarian tumors so that the preoperative diagnosis is accurate and the management of these patients is effective.

*Keywords:* ovarian fibroid, torsion, solid ovarian cancer, preoperative diagnosis, differential diagnosis, rapid biopsy, surgical management

---

A. Thanasa, E. Thanasa, V. Koutsia, E. Simopoulou, M. Mousia, 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):657-667

---