

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΛΕΙΟΜΥΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ****Ι. Θανασάς, Μ. Καλινδέρης, Β. Σταυροπούλου,
Π. Κεσκερίδης, Κ. Κουτσογεωργόπουλος, Μ. Ευαγγέλου****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Τα λειομύωματα είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλασμάτα της μήτρας. Είναι όγκοι χαμηλής δυνητικής κακοήθειας και καλής πρόγνωσης, με ποσοστό κακοήθους εξάλλαγής το οποίο δε φαίνεται να ξεπερνά το 0.2% των περιπτώσεων¹. Αποτελούν σύνηθες εύρημα κατά τη διερεύνηση της υπογονιμότητας, του πυελικού άλγους και των αιμορραγιών της μήτρας. Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά σε ασυμπτωματική ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας η οποία προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας για λήψη τεστ Παπανικολάου και γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Κλινικά διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους ανώδυνης κοιλιακής μάζας, τα άνω όρια της οποίας ήταν ψηλαφητά μεταξύ του ομφαλού και της ξιφοειδούς απόφυσης. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της ινομυωματώδους μήτρας και αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε η ύπαρξη γιγαντιαίου πυθμενικού ινομυώματος της μήτρας και εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Μετά από νοσηλεία 7 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή του περιστατικού, επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των λειομυωμάτων της μήτρας, αναφορικά κυρίως με τις παλαιότερες και νεότερες θεραπευτικές επιλογές συντηρητικής αντιμετώπισης της νόσου.

Όροι ευρετηρίου: λειομύωμα της μήτρας, φαρμακευτική αντιμετώπιση, συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ινομυώματα είναι οι πιο κοινοί καλοήθεις όγκοι του μυϊκού ιστού της μήτρας. Αποτελούνται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες διαπλεκόμενες με δεσμίδες συνδετικού ιστού, ανάλογα με την περιεκτικότητα του οποίου ονομάζονται και λειομύωματα ή μυώματα². Ανευρίσκονται περίπου στο 20% - 50% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας³ και ευθύνονται για το 60% περίπου των υστερεκτομών που γίνονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ)⁴. Γενικά, υπολογίζεται ότι οι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό μεγαλύτερο του 60%) στο τέλος της 5ης δεκαετίας της ζωής τους εμφανίζουν λειομύωματα. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία εκτιμάται ότι λειομύωματα ανευρίσκονται υπερηχογραφικά στο 35% και 50% περίπου των λευκών («καυκάσιων») και μαύρων γυναικών, αντίστοιχα⁵. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας, τα ινομυώματα διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλενογόνια (εικόνα 1). Τα τοιχωματικά ή ενδοτοιχικά ινομυώματα αναπτύσσονται μέσα στο μυομήτριο. Τα υπορογόνια εντοπίζονται κάτω από τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και προβάλλουν στην εξωτερική της επιφάνεια, ενώ τα υποβλενογόνια ινομυώματα προβάλλουν εντός της ενδομήτριας κοιλότητας. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλενογόνιων ινομυωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων όγκων της μήτρας, αντίστοιχα⁶.

Η αιτιοπαθογένεια των λειομυωμάτων είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και εξακολουθεί να παραμένει αδιευκρίνιστη. Παρόλο που δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν τη γέννησή τους από τα οιστρογόνα, ο ρόλος των ωοθηκικών ορμονών στην παθογένεια των λειομυωμάτων έχει εδραιωθεί πλέον με βάση πειραματικές, επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες. Έτσι σήμερα, είναι γενικά αποδεκτό ότι τα ινομυώματα αφορούν σε ορμονικά εξαρτώμενους καλοήθεις όγκους της μήτρας που κάνουν την εμφάνισή τους μετά την εμμηνόρροια και κατά κανόνα υποστρέφουν στην εμμηνόπαυση, χωρίς όμως να έχουν διευκρινισθεί πλήρως και ικανοποιητικά οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της νόσου⁷. Επιπλέον, πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν πως ούτε ο σημαντικός αριθμός χρωμοσωμικών και γονιδιακών

Πίνακας 1. Θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των λειομυωμάτων της μήτρας

- *Συντηρητική φαρμακευτική αντιμετώπιση*
 - *GnRH αγωνιστές*
 - *GnRH ανταγωνιστές*
 - *εκλεκτικοί τροποποιητές του οιστρογονικού υποδοχέα*
 - *εκλεκτικοί τροποποιητές του προγεστερονικού υποδοχέα*
 - *συνθετικά στεροειδή με ανδρογόνο δράση*
 - *αναστολείς αρωματάσης*
 - *μη ορμονικές δραστικές ουσίες*
- *Συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση*
 - *εμβολισμός μητριαίων αρτηριών*
 - *μαγνητική τομογραφία με εστιασμένη δέσμη υπερήχων*
- *Χειρουργική αντιμετώπιση (λαπαροτομία)*
 - *ινομυωματεκτομία*
 - *υστερεκτομία*
- *Ενδοσκοπική αντιμετώπιση*
 - *λαπαροσκοπική ινομυωματεκτομία*
 - *λαπαροσκοπική υστερεκτομία*
 - *υστεροσκοπική ινομυωματεκτομία*

μέρος της κοιλίας. Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, καθορίζοντας παράλληλα την τοπογραφία και το μέγεθος των όγκων. Στην ενδοφλέβια πυελογραφία δεν ήταν δυνατή η απεικόνιση των ουρητήρων. Η ατελής πλήρωση της ουροδόχου κύστης αποδόθηκε στα πιεστικά φαινόμενα από την ύπαρξη της πυελικής μάζας. Από τον προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 40.3%, Hb 13.4gr/dl, PLT 215x10³/ml, WBC 9x10³/ml, NEUT 71%. Το τεστ κύησης ήταν αρνητικό. Οι δείκτες κακοήθειας ήταν αρνητικοί. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Με τον απεικονιστικό έλεγχο ενισχύθηκε η κλινική διάγνωση της ινομυωματώδους μήτρας και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος με μέση κάθετη υπομφάλια τομή και την κατά ανάγκη επέκταση αυτής άνωθεν του ομφαλού, διαπιστώθηκε η παρουσία γιγαντιαίου ινομώματος της μήτρας (εικόνα 2) και εκτελέστηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία μετά των εξαρτημάτων. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση: το σώμα της μήτρας (διαστάσεων 29X21X17 εκατοστά) ήταν έντονα παραμορφωμένο κυρίως από την παρουσία μεγάλου λειομυωματώδους όγκου στον πυθμένα της με μέγιστη διάμετρο 20,5 εκατοστά. Δύο ακόμη μικρότεροι όγκοι, διαστάσεων 4 και 4,5 εκατοστά ήταν παρόντες στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας αντίστοιχα. Αυξημένη κυτταροβρίθεια, πηκτική νέκρωση, ατυπία ή αυξημένος αριθμός πυρηνοκινησιών δεν παρατηρήθηκαν στις τομές από τους όγκους του μυομητρίου. Μετά από νοσηλεία 7 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή η οποία έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, οι -υπό κλινική μελέτη και αξιολόγηση- συντηρητικές επεμβατικές μέθοδοι και η χειρουργική θεραπεία που αποσκοπεί στην αφαίρεση του όγκου ή/και της μήτρας με λαπαροτομία ή ενδοσκοπική μέθοδο (λαπαροσκόπηση, υστεροσκόπηση) θα πρέπει να

βλαβών που έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση των λειομυωματώδων όγκων⁸, ούτε οι ενδείξεις για πιθανή συμμετοχή ιογενών λοιμώξεων στους παθογενετικούς μηχανισμούς ενεργοποίησης των προδιαθεσικών παραγόντων της νόσου⁹, αλλά ούτε και ο εντοπισμός διαφόρων εμπλεκόμενων μοριακών παραγόντων στην ένταξη των αλλαγών που οδηγούν από το φυσιολογικό μυομήτριο στο λειομύωμα μπόρεσαν μέχρι σήμερα να επιτρέψουν τη δημιουργία ενός ενιαίου παθογενετικού μοντέλου το οποίο θα μπορούσε να συμβάλει αποτελεσματικά στην πρόληψη, την πρόωμη διάγνωση και την αιτιολογική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας¹⁰.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 45 ετών η οποία με αφορμή τη λήψη τεστ Παπανικολάου προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας και υποβλήθηκε σε γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Η ασθενής, χαμηλού κοινωνικο - οικονομικού επιπέδου και με μια ήπια νοητική καθυστέρηση ήταν άτοκος, είχε φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο και ανέφερε τελευταία εμμηνορρυσία πριν από μία εβδομάδα περίπου, διάρκειας 5 ημερών και φυσιολογικής ποσότητας αίματος. Το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Δεν αναφέρθηκε γνωστή προηγούμενη πάθηση του γεννητικού συστήματος, ενώ από την ίδια και το περιβάλλον της διαβεβαιώθηκε ότι η σημερινή αποτελούσε την πρώτη της επίσκεψη στο γυναικολόγο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η ύπαρξη ανώδυνης κινητής κοιλιακής μάζας μεγάλων διαστάσεων, τα άνω όρια της οποίας ήταν ψηλαφητά μεταξύ του ομφαλού και της ξιφοειδούς απόφυσης. Με την κλινική υποψία παρουσίας ινομυωματώδους μήτρας η ασθενής υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα δεν ήταν διαγνωστικό. Η διακοιλιακή υπερηχογραφική εξέταση έδειξε μια συμπαγή, διακριτή, ηχογενή πυελική μάζα που καταλάμβανε το μεγαλύτερο

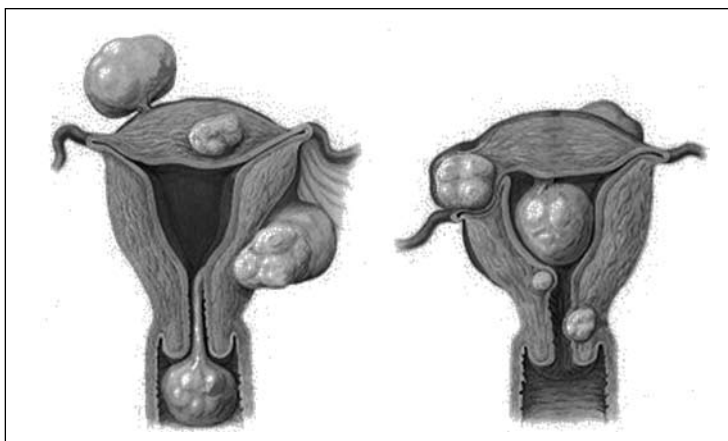
περιλαμβάνονται στις επιλογές της σύγχρονης θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών με λειομυώματα της μήτρας (πίνακας 1). Τα τελευταία χρόνια, η χειρουργική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων πέρασε από την εποχή της υστερεκτομίας ή της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου μετά από ευρεία τομή στο κοιλιακό τοίχωμα, στη σύγχρονη εποχή της μίνι – λαπαροτομίας και της ενδοσκοπικής προσέγγισης της νόσου με την επεμβατική λαπαροσκόπηση και υστεροσκόπηση. Παρόλα αυτά όμως, η καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση τη συμπτωματολογία, τον αριθμό, το μέγεθος, την εντόπισή τους, όπως επίσης θα πρέπει να εξαρτάται και από την ηλικία της ασθενούς, τη γενικότερη κατάσταση της υγείας της και την επιθυμία της για τη διατήρηση της γονιμότητας της¹¹.

Παρόλο που μέχρι σήμερα δεν υπάρχει οριστική και αποτελεσματική συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία για τα λειομυώματα της μήτρας, τα GnRH – ανάλογα έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για τον περιορισμό της ανάπτυξης και την προσωρινή ελάττωση του όγκου των λειομυωμάτων. Οι GnRH – αγωνιστές είναι τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία στην αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας. Όμως, οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγησή τους που αφορούν κυρίως στη μείωση της οστικής πυκνότητας, ιδιαίτερα όταν η θεραπεία παρατείνεται πέραν των έξι μηνών, αλλά και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις που απορρέουν από την πρόωμη αναστρέψιμη εμμηνόπαυση που προκαλεί η καταστολή του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – ωθήκες αποτελούν έναν από τους κυριότερους λόγους για τη μη επιλογή αυτών των φαρμάκων (ως μονοθεραπεία) στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με λειομυώματα της μήτρας⁷. Επιπρόσθετα, με το δεδομένο ότι μετά τη διακοπή της χορήγησή τους τα ινομυώματα επιστρέφουν στο μέγεθος που είχαν πριν την έναρξη της θεραπείας, ο ρόλος των GnRH – αγωνιστών στην αντιμετώπιση των ινομυωμάτων της μήτρας σήμερα έχει επικρατήσει να είναι μόνο επικουρικός, έχοντας θέση πριν από την πραγματοποίηση της τελικά αναπόφευκτης οριστικής χειρουργικής επέμβασης¹². Σε αντίθεση με τους GnRH – αγωνιστές, οι GnRH – ανταγωνιστές οι οποίοι έχουν δώσει πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα δε συνοδεύονται από τις γνωστές παρενέργειες της καταστολής του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – ωθήκες. Ο βραχύς όμως χρόνος δράσης των συγκεκριμένων φαρμάκων αποτελεί το κύριο μειονέκτημα για την εδραίωσή τους στην επικουρική προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή των γυναικών με λειομυώματα της μήτρας¹³.

Παρόμοια, άλλοι ορμονικοί παράγοντες όπως οι εκλεκτικοί τροποποιητές του οιστρογονικού υποδοχέα (Selective Estrogen Receptor Modulators – SERMs) με κύριο εκπρόσωπο τη ραλοξιφαίνη, οι εκλεκτικοί τροποποιητές του προγεστερονικού υποδοχέα (Selective Progesterone Receptor Modulators – SPRMs) με κύριο εκπρόσωπο τη μιφεπριστόνη ή RU 486, τα συνθετικά στεροειδή με ανδρογόνο δράση (νταναζόλη) και οι αναστολείς της αρωματάσης, οι οποίοι ακόμη βρίσκονται υπό μελέτη και αξιολόγηση, φαίνεται να έχουν πολύ καλά βραχυπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας, ιδιαίτερα όταν η χορήγησή τους συνδυάζεται με GnRH – αγωνιστές¹⁴⁻¹⁷.

Επίσης, στη σύγχρονη θεραπευτική φαρμάκων αντιμετώπισης των λειομυωματώδων όγκων της μήτρας ανήκουν πλέον και μη ορμονικές δραστικές ουσίες, όπως η πιρφενιδόνη, η αλοφουγκινόνη, η ηπαρίνη, η ιντερφερόνη – α, οι θειαζολιδινεδιόνες και τα ανάλογα τοκοφερόλης. Οι δραστικοί αυτοί παράγοντες που ήδη βρίσκονται υπό μελέτη και αξιολόγηση και που στερούνται ενδοκρινικού μηχανισμού δράσης αναμένεται μελλοντικά να συμπεριληφθούν ευρέως στη συντηρητική φαρμακευτική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας και να αντικαταστήσουν τις παραπάνω ορμονικές δραστικές ουσίες που συνοδεύονται από ανεπιθύμητες ενέργειες, με αρνητικά αποτελέσματα για την αναπαραγωγή¹⁸.

Τέλος, στις σύγχρονες συντηρητικές μεθόδους για την αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας περιλαμβάνονται και ορισμένες ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι με αναμενόμενα ενθαρρυντικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως είναι ο εμβολισμός των μητριαίων αρτηριών και η καταστροφή των λειομυωμάτων με τη χρήση του συνδυασμού της μαγνητικής τομογραφίας με εστιασμένη δέση υπερίχων. Η απόφραξη των μητριαίων αρτηριών με τον εκλεκτικό εμβολισμό τους στοχεύει στην υποστροφή των ινομυωμάτων λόγω της ισχαιμίας που προκαλείται τοπικά, με αποτέλεσμα την ελάττωση του πόνου, των πιεστικών συμπτωμάτων και τη μείωση της αιμορραγίας. Γενικά, ύφεση των συμπτωμάτων μετά την εφαρμογή της μεθόδου αναμένεται σε ποσοστό που πλησιάζει το 90% των περιπτώσεων¹⁹. Πιο συγκεκριμένα, ο Lupattelli και οι συνεργάτες του στην πρόσφατη μελέτη τους, που περιελάμβανε συμπτωματικές γυναίκες με ινομυώματα της μήτρας που



Εικόνα 1. Τοπογραφική ταξινόμηση των λειομυωμάτων της μήτρας.



Εικόνα 2. Μακροσκοπική εικόνα γιγαντιαίου ενδοτοιχικού πυθμενικού λειομυώματος της μήτρας κατά τη διάρκεια ερευνητικής λαπαροτομίας, το οποίο αντιμετωπίστηκε με κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματοεκτομία (δική μας περίπτωση).

νατοι που αναφέρθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά σπάνιοι και αφορούν κυρίως σε πνευμονική εμβολή ή σε λοίμωξη^{21,22}. Παρόμοια, ο συνδυασμός της μαγνητικής τομογραφίας για την εντόπιση των όγκων, η κατεύθυνση της δέσμης των υπερήχων και ο έλεγχος της θερμοότητας με την εστιασμένη δέσμη των υπερήχων (Magnetic Resonance Imaging – guided Focused Ultrasound Surgery – MRgFUS) αποτελεί μία μη επεμβατική μέθοδο θερμικής καταστροφής των ινομυωμάτων της μήτρας με ενθαρρυντικά μέχρι σήμερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η μέθοδος με τη θερμική ενέργεια που εφαρμόζεται εστιασμένα στα ινομυώματα προκαλεί κυτταρική νέκρωση και μπορεί να μειώσει σημαντικά τον όγκο τους και να ελαττώσει τα συνοδά συμπτώματα, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες^{23,24}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια, η χειρουργική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας πέρασε από την εποχή της υστερεκτομίας ή της ινομυωματοεκτομίας με ευρεία λαπαροτομία, στη σύγχρονη εποχή της μίνι – λαπαροτομίας και της ενδοσκοπικής προσέγγισης της νόσου με την επεμβατική λαπαροσκοπική και υστεροσκοπική. Η συντηρητική αντιμετώπιση των λειομυωμάτων της μήτρας ως μονοθεραπεία, και κυρίως, ως επικουρική προεγχειρητική θεραπεία θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων, την ηλικία της ασθενούς, καθώς και την επιθυμία της για τη διατήρηση της γονιμότητάς της.

Η συνεχιζόμενη ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων, πολλές από τις οποίες έχουν τεκμηριωμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και επιτρέπουν ταυτόχρονα και τη διατήρηση της μήτρας, δημιουργεί προβληματισμό και διχογνωμία μεταξύ των ερευνητών ως προς τις σύγχρονες ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης των λειομυωμάτων της μήτρας²⁵. Ορισμένοι πιστεύουν ότι πολλές από τις νεότερες μεθόδους ουσιαστικά αυξάνουν άσκοπα το κόστος υπηρεσιών υγείας και καθυστερούν το χρόνο πραγματοποίησης της τελικά αναπόφευκτης οριστικής χειρουργικής θεραπείας, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν ακόμη αρκετά στοιχεία για τη σχέση κόστους – αποτελέσματος και ότι είναι απαραίτητη η περαιτέρω επιστημονική έρευνα με περισσότερες τυχαίοποιημένες μελέτες προκειμένου να καταλήξουμε σε περισσότερη ασφάλεια και αξιόπιστα συμπεράσματα²⁶.

SUMMARY

The leiomyoma is the most common benign neoplasm of uterus. It is a tumor of low potential malignancy and good prediction, with a portion of malignant change which appears not to exceed the 0.2% of the cases. It is a common finding after investigation for infertility, pelvic pain and uterus bleeding. The presentation of our case concerns a non symptomatic patient in childbearing age that came to our regular external clinic for a Papanikolaou test and a routine gynecological examination. After the clinical examination, the presence of a sizable painless abdominal mass was noted, the higher edges of which were palpable between the omphalion and the sword like process. The malignancy indicators were negative. The imaging control enhanced the clinical diagnosis of fibrotic uterus and the patient's surgical treatment with exploratory laparotomy was decided. During surgery, the existence of a gigantic back fibrosis of the uterus was found and an abdominal total

hysterectomy and a bilateral enhancement excision were executed. The histological examination of the surgical substance confirmed the diagnosis. After 7 days of hospitalization and a normal postsurgical course the patient came out of our clinic with the instruction of a reexamination at the regular external clinic. In the current essay, after the description of the case, a brief literature review of the uterus leiomyoma is attempted based on the update evidence, mostly concerning the older and newer therapeutic approaches of the conservative treatment of the disease.

Key words: uterus leiomyoma, medical treatment, conservative invasive treatment.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomason P. *Leiomyoma, Uterus (Fibroid)*. Emedicine article. Updated: May 6, 2008. <http://www.emedicine.medscape.com/article/405676-oreview>.
2. Hildreth CJ, Lynn C, Glass RM. *Uterine Fibroids*. JAMA 2009; 301:122.
3. Lee DW, Gibson TB, Carls GS, Ozminkowski RJ, Wang S, Stewart EA. *Uterine fibroid treatment patterns in a population of insured women*. Fert Steril 2009; 91:566-574.
4. Merrill RM. *Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005*. Med Sci Monit 2008; 14:CR24-31.
5. Voorhis BV. *A 41-year-old woman with menorrhagia, anemia and fibroids: Review of treatment of uterine fibroids*. JAMA 2009; 301:82-93.
6. Ι. Θανασιάς, Ε. Κουμαντάκης, Σ. Σηφράκης. *Η συμβολή της υπερηχογραφίας στην εκτίμηση του χρόνιου πυελικού άλγους*. Υπερηχογραφία 2006; 3:73-91.
7. Cook JD, Walker CL. *Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation*. Semin Reprod Med 2004; 22:105-111.
8. Sandberg AA. *Updates on the cytogenesis and molecular genetics of bone and soft tissue tumors: leiomyoma*. Cancer Genet Cytogenet 2005; 158:1-26.
9. Bullerdiek J. *Leiomyoma-do Viruses Play the Main Role? Genes Chromosomes Cancer* 1999; 26:181.
10. Κ. Πανταζής, Κ. Δίνας, Α. Ζεπεριδής, Θ. Θεοδορίδης, Θ. Αγοραστός, Ι.Ν. Μπόντης. *Η μοριακή βάση της αιτιοπαθογένειας των λειομυωμάτων*. Νεότερες εξελίξεις. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία 2006; 18:98-104.
11. Drinville JS, Memarzadeh S. *Benign disorders of the uterine corpus. Leiomyoma of the uterus*. In: DeCherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. *Current Obstetrics & Gynecology Diagnosis & Treatment, 10th Edition*. Lang Medical Books 2007:639-645.
12. Sankaran S, Manyonda IT. *Medical management of fibroids*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22:655-676.
13. De Falco M, Pollio F, Pontillo M, Ambrosino E, Busiello A, Carbone IF, Ciociola F, Di Nardo MA, Landi L, Di Lieto A. *GnRH agonists and GnRH antagonists in the preoperative therapy of uterine fibroids: literature review*. Minerva Ginecol 2006; 58:553-560.
14. Wu T, Chen X, Xie L. *Selective estrogen receptor modulators (SERMs) for uterine leiomyomas*. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4):CD005287.
15. Malatric C, Morel O, Akerman G, Tulpin L, Desfeux P, Barranger E. *Role of mifepristone for the treatment of uterine fibroid*. Gynecol Obstet Fert 2008; 36:668-674.
16. De Leo V, Morgante G, Lanzetta D, D'Antona D, Bertieri RS. *Danazol administration after gonadotrophin-releasing hormone analogue reduces rebound of uterine myomas*. Hum Reprod 1997; 12:357-360.
17. Hilario SG, Bozzini N, Borsani R, Baracat EC. *Action of aromatase inhibitor for treatment of uterine leiomyoma in perimenopausal patients*. Fert Steril 2009; 91:240-243.
18. Young SL, Al-Hendy A, Copland JA. *Potential non-hormonal therapeutics for medical treatment of leiomyomas*. Semin Reprod Med 2004; 22:121-130.
19. Goodwin SC, Spies JB, Worthington-Kirsch R, Peterson E, Pron G, Li S, Myers ER; *Fibroid Registry for Outcomes Data (FIBROID) Registry Steering and Core Site Investigators*. *Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: long-term outcomes from the FIBROID Registry*. Obstet Gynecol 2008; 111:22-33.
20. Loupattelli T, Basile A, Garaci FG, Simonetti G. *Percutaneous uterine artery embolization for the treatment of symptomatic fibroids: current status*. Eur J Radiol 2005; 54:136-147.
21. Prollius A, de Vries C, Loggenberg E, du Plessis A, Nel M, Wessels PH. *Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: the effect of the large uterus on outcome*. BJOG Int Obstet Gynecol 2004; 111:239-242.
22. Gupta JK, Sinha AS, Lumsden MA, Hickey M. *Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids*. Cochrane Database Syst Rev 2006; (1):CD005073.
23. Rabinovici J, Indar Y, Revel A, Zalel Y, Gomori JM, Itzhak Y, Schiff E, Yagel S. *Clinical improvement and shrinkage of uterine fibroids after thermal ablation by magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery*. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30:771-777.
24. Shen SH, Fennessy F, McDannold N, Jolesz F, Tempamy C. *Image-guided thermal therapy of uterine fibroids*. Semin Ultrasound CT MR 2009; 30:91-104.
25. Pron G. *New uterine-preserving therapies raise questions about interdisciplinary management and the role of surgery for symptomatic fibroids*. Fert Steril 2006; 85:44-50.
26. Mauskopf J, Flynn M, Thieda P, Spalding J, Duchane J. *The economic impact of uterine fibroids in the United States: a summary of published estimates*. J Womens Health (Larchmt) 2005; 14:692-703.