

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ****Ι. Θανασάς, Δ. Κυριακίδης, Μ. Τζιομάκη, Ε. Γληγόρη, Δ. Βουτσελά, Α. Παπαδοπούλου****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Τα ινομυώματα είναι κοινά νεοπλασμάτα της μήτρας χαμηλής δυνητικής κακοήθειας και καλής πρόγνωσης, τα οποία συχνά επιπλέκουν την εγκυμοσύνη. Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά έγκυο πρωτότοκο η οποία προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια, συνοδευόμενη από ένα ήπιο, βύθιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να προσδιορισθεί με ακρίβεια λόγω των κυκλικών διαταραχών κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Κατά την κλινική εξέταση, το ύψος του πυθμένα της μήτρας ψηλαφήθηκε λίγο πιο κάτω από το επίπεδο του ομφαλού. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση ενδομήτριας κύησης έξι εβδομάδων με θετική καρδιακή λειτουργία. Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε η ύπαρξη πολλαπλών ινομυωμάτων της μήτρας. Η εγκυμοσύνη εξελίχθηκε ομαλά μέχρι τη συμπλήρωση της 32ης εβδομάδας. Η ασθενής μας, διανύοντας την 33η εβδομάδα της κύησης, υποβλήθηκε σε επείγουσα καισαρική τομή, λόγω πρόωρης περιφερικής αποκόλλησης του προδρομικού πλακούντα. Στην παρούσα εργασία, μετά την περιγραφή του περιστατικού επιχειρείται, με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών, μια συνοπτική ανασκόπηση των νεότερων δεδομένων αναφορικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόγνωση των εγκύων με ινομυώματα της μήτρας, η ορθή γνώση των οποίων είναι δυνατόν να συμβάλλει στην ομαλή έκβαση – παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και την επιλογή του καταλληλότερου τρόπου διεκπεραίωσης του τοκετού, προκειμένου να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος της μητρικής, και ιδιαίτερα της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Λέξεις-κλειδιά: ινομυώματα μήτρας, εγκυμοσύνη, αντιμετώπιση, πρόγνωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ινομυώματα είναι οι πιο κοινοί όγκοι του μυϊκού ιστού της μήτρας. Συνήθως είναι χαμηλής δυνητικής κακοήθειας και καλής πρόγνωσης με ποσοστό κακοήθους εξάλλαγής το οποίο δεν φαίνεται να ξεπερνά το 0,2% των περιπτώσεων¹. Αποτελούνται κυρίως από λείες μυϊκές ίνες διαπλεκόμενες με δεσμίδες συνδετικού ιστού, ανάλογα με την περιεκτικότητα του οποίου ονομάζονται και λειομυώματα 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. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία, εκτιμάται ότι λειομυώματα ανευρίσκονται υπερηχογραφικά στο 35% και 50% περίπου των λευκών και μαύρων γυναικών, αντίστοιχα⁵. Ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε σχέση με το σώμα της μήτρας διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλεννογόνια. Τα τοιχωματικά ή ενδοτοιχωματικά ινομυώματα αναπτύσσονται μέσα στο μυομήτριο. Τα υπορογόνια εντοπίζονται κάτω από τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και προβάλλουν στην εξωτερική της επιφάνεια, ενώ τα υποβλεννογόνια ινομυώματα προβάλλουν εντός της ενδομήτριας κοιλότητας. Σημαντική αύξηση του μεγέθους των υπορογόνιων και υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων συνεπάγεται την εμφάνιση μισχωτών και τεχθέντων όγκων της μήτρας, αντίστοιχα^{6,7}.

Τα ινομυώματα είναι συχνά στην εγκυμοσύνη. Η ευρεία διάδοση και εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με την τάση των σύγχρονων γυναικών να τεκνοποιούν σε προχωρημένη ηλικία, έχουν αυξήσει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης των ινομυωμάτων στις έγκυες γυναίκες. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία εκτιμάται ότι η επίπτωση των ινομυωμάτων στην εγκυμοσύνη μετά από ενδελεχή έλεγχο με υπερηχογράφημα και τομογραφία μαγνητικού συντονισμού κυμαίνεται μεταξύ 0,09% και

Πίνακας 1. Σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ινομυωμάτων της μήτρας στην εγκυμοσύνη

Συντηρητική αντιμετώπιση

- Εισαγωγή στο νοσοκομείο
- Κλινοστατισσιός
- Ανάπαυση
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών
- Έλεγχος του ισοζυγίου ύδατος/ηλεκτρολυτών
- Χορήγηση αναλγητικών
- Χορήγηση αντιφλεγμονωδών
- Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων

Χειρουργική αντιμετώπιση

- Ινομυωματεκτομή προ του τοκετού
- Ινομυωματεκτομή κατά την καισαρική τομή
- Ινομυωματεκτομή μετά τον τοκετό

κών διαταραχών κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο χωρίς παθολογική σημασία. Δεν αναφέρθηκε από την ασθενή ιστορικό υπογονιμότητας ή αυτόματων αποβολών. Κατά την κλινική εξέταση, το ύψος του πυθμένα της μήτρας ψηλαφήθηκε λίγο πιο κάτω από το επίπεδο του ομφαλού. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης έξι εβδομάδων με θετική καρδιακή λειτουργία και χωρίς σαφή εικόνα αποκόλλησης του σάκου της κύησης. Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε η παρουσία πολλαπλών ινομυωμάτων της μήτρας. Ήταν σαφής η απεικόνιση ενός τοιχωματικού ινομυώματος στην πρόσθια επιφάνεια και προς τον πυθμένα μεγίστης διαμέτρου περίπου 7 εκατοστών και ενός δεύτερου μικρότερου υπορογόνιου ινομυώματος προς το αριστερό κέρασ και την οπίσθια επιφάνεια με μέγιστη υπερηχογραφικά εκτιμώμενη διάμετρο περίπου 5cm. Επιπλέον, περισσότεροι πυρήνες μεγέθους μικρότερου του ενός εκατοστού ήταν ορατοί κατά το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας.

Μετά από τη συντηρητική θεραπεία με προγεστερόνη (Utrogestan) σε δόση 200mg τρεις φορές την ημέρα και την επιτυχή αντιμετώπιση των σημείων απειλούμενης αποβολής, η εγκυμοσύνη εξελίχθηκε ομαλά μέχρι τη συμπλήρωση της 32ης εβδομάδας. Η ασθενής μας, διανύοντας την 33η εβδομάδα της κύησης, υποβλήθηκε σε επείγουσα καισαρική τομή, λόγω πρόωρης περιφερικής αποκόλλησης του προδρομικού πλακούντα (χαμηλή πρόσφυση πλακούντα). Από τον επείγοντα κλινικό - εργαστηριακό έλεγχο και τον έλεγχο της ασθενούς κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, δεν διαπιστώθηκαν σημεία ενδεικτικά υπερτασικής νόσου της κύησης, προεκλαμψίας ή πρόωρης έναρξης του τοκετού. Η καισαρική τομή ολοκληρώθηκε με μικρή απώλεια αίματος και τη γέννηση ενός νεογνού άρρενος, ζώντος, αρτιμελούς, βάρους 2.150 γραμμαρίων. Το νεογνό, λόγω απουσίας νεογνολογικού τιμήματος στο νοσοκομείο μας, μεταφέρθηκε και νοσηλεύθηκε σε μονάδα εντατικής νοσηλείας πρόωρων νεογνών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, από όπου «έχων καλώς» πήρε εξιτήριο μία εβδομάδα αργότερα. Η λεχωίδα, μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία, εξήλθε από την κλινική μας την 6η ημέρα νοσηλείας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Κατά την εξέταση μετά τη λοχεία, η παλινδρομηση της μήτρας ήταν φυσιολογική. Υπερηχογραφικά δεν διαπιστώθηκε ελάττωση ή αύξηση του μεγέθους των ινομυωμάτων. Εδόθησαν οδηγίες αναφορικά με την επίτευξη πιθανής μελλοντικής επιθυμητής εγκυμοσύνης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αντιμετώπιση των ινομυωμάτων της μήτρας στην εγκυμοσύνη διαφέρει από εκείνη που εφαρμόζεται σε μη εγκυμονούσες ασθενείς (πίνακας 1). Για τις περιπτώσεις εκείνες που τα ινομυώματα είναι ασυμπτωματικά, δεν χρειάζεται καμία θεραπευτική παρέμβαση, πέραν του καθορισμού της θέσης των ινομυωμάτων στην αρχή της εγκυμοσύνης και της τακτικής υπερηχογραφικής παρακολούθησης του μεγέθους και της σύστασης αυτών καθόλη τη διάρκεια της κύησης. Απόλυτη ένδειξη για την έναρξη θεραπείας αποτελούν η εμφάνιση συμπτωμάτων και οι επιπλεγμένες καταστάσεις της νόσου. Η πιο συχνή επιπλοκή των ινομυωμάτων στις έγκυες είναι το κοιλιακό άλγος, το οποίο εντοπίζεται στο σημείο που βρίσκεται το ινομύωμα. Ο μηχανισμός με τον οποίο εκλύεται ο πόνος μέχρι σήμερα δεν

3,9% του συνόλου των κύσεων⁸. Είναι περισσότερο συχνά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης συγκριτικά με το δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο. Κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης τα ινομυώματα συνήθως χαρακτηρίζονται από ελάχιστη περαιτέρω αύξηση του μεγέθους τους. Πιο συγκεκριμένα, ο Rosati και οι συνεργάτες του σε παλαιότερη μελέτη έδειξαν ότι η μέση αύξηση του όγκου ενός ινομυώματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι περίπου 12%, και μόνο σε λίγες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αύξηση μεγαλύτερη από το 25% του αρχικού μεγέθους του⁹.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά έγκυο πρωτότοκο ηλικίας 34 ετών, η οποία προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια, συνοδευόμενη από ένα ήπιο, βύθιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να προσδιορισθεί με ακρίβεια, λόγω των εμμηνορροια-

Πίνακας 2. Επιπλοκές στην εγκυμοσύνη σχετιζόμενες με την παρουσία ινομυωμάτων της μήτρας

- Πόνος από τα ινομυώματα
- Κυστική εκφύλιση του ινομυώματος
- Απειλούμενη αποβολή
- Αυτόματη αποβολή
- Πρόωρος τοκετός
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
- Προδρομικός πλακούντας
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Προεκλαμψία
- Ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου
- Εμβρυικές ανωμαλίες
- Ανόμαλη προβολή του εμβρύου
- Δυσλειτουργικός τοκετός
- Αυξημένη συχνότητα καισαρικής τομής
- Αιμορραγία στην υστεροτοκία
- Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
- Αυτόματο αιμοπεριτόναιο
- Εκτροφή μήτρας
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Κοιλιακή υστερεκτομία

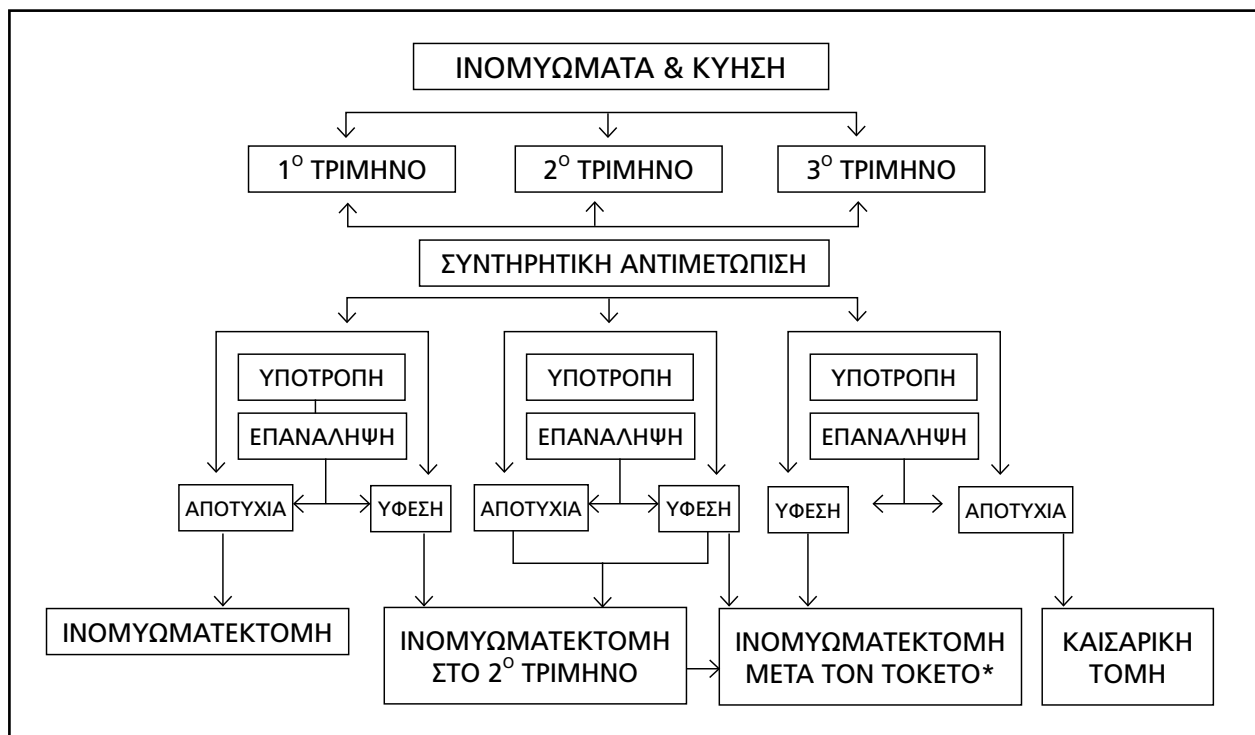
του αρτηριακού πόρου, νεογνικής πνευμονικής υπέρτασης, ολιγαμνίου και δυσλειτουργίας των αιμοπεταλίων στο νεογέννητο. Από τα αντιφλεγμονώδη, η ινδομεθακίνη φαίνεται να αποτελεί το πιο χρήσιμο και ασφαλέστερο φαρμακευτικό σκεύασμα για την αντιμετώπιση του πόνου από τα ινομυώματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης¹¹. Από τα αντιβιοτικά, η χρήση των οποίων θα πρέπει να καθορίζεται με βάση την κλινικο-εργαστηριακή πορεία της νόσου, όπως και σε άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις στη διάρκεια της κύησης, τη θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελούν η αμοξυκιλλίνη, η αμπικιλλίνη ή οι κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενεάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη, ανάλογα με τη διάρκεια και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Το μεγάλο δίλημμα στην αντιμετώπιση των ινομυωμάτων στην εγκυμοσύνη είναι η λήψη έγκαιρης και ορθής απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου (σχήμα 1). Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα υποστηρίζουν ότι σε μη επιπλεγμένες καταστάσεις, σωστό είναι να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία και οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία να αναβάλλεται μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που η επέμβαση δεν είναι δυνατόν να αναβληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, «προτιμάται» για την εκτέλεσή της το πρώτο, και ιδιαίτερα το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προκειμένου να διασφαλισθεί το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα¹². Η χειρουργική προσέγγιση των ινομυωμάτων στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει κυρίως την ανοικτή προσπέλαση (λαπαροτομία), αν και πρόσφατα έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία η υπό κατάλληλες συνθήκες λαπαροσκοπική εκπαρήνιση ινομυώματος κατά το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης^{13,14}. Εκτός από την αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης του πόνου και τις υποτροπιάζουσες ανθεκτικές μορφές της νόσου, ένδειξη άμεσης, προ του τοκετού, ινομυωματεκτομής ενδέχεται να αποτελούν επίσης κάποιες επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών με μισχωτά ή υπορογόνια συμπτωματικά ινομυώματα, στις οποίες η προσφορά της χειρουργικής θεραπείας αναμένεται μεγάλη και σημαντική για την πορεία της νόσου και την ομαλότερη εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού^{15,16}.

Σε περίπτωση που η νόσος αφορά τελειόμηνες κύσεις με ώριμα έμβρυα, η αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης οδηγεί στην απόφαση για την αποπεράτωση του τοκετού. Η επιλογή του καταλληλότερου τρόπου διεκπεραίωσης του τοκετού εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έντονης διχογνωμίας και αντιπαράθεσης στην σύγχρονη καθημερινή μαιευτική κλινική πράξη. Τόσο η διεθνής, όσο και η ελληνική βιβλιογραφία συγκλίνουν στην άποψη ότι η ύπαρξη ινομυωμάτων σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καισαρικής τομής^{17,18}, αν και δεν επιβεβαιώνουν όλες οι μελέτες αυτή τη συσχέτιση¹⁹. Η αυξημένη συχνότητα καισαρικής τομής στις έγκυες με ινομυώματα πιθανότατα

έχει απόλυτα διευκρινισθεί. Εκτιμάται ότι ο πόνος από τα ινομυώματα στις έγκυες οφείλεται πιθανότατα σε ελαττωμένη εξίδρωση επί εδάφους ταχείας ανάπτυξης των όγκων, η οποία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ισχαιμία και κυστική εκφύλιση των ινομυωμάτων, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση προσταγλανδινών¹⁰.

Γενικά, ανεξάρτητα από το μέγεθος του ινομυώματος και την ηλικία της εγκυμοσύνης, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία κατά τους περισσότερους ερευνητές φαίνεται να αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης των συμπτωματικών ασθενών. Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την εισαγωγή της εγκύου στο νοσοκομείο, την ανάπαυση και τον κλινουστατισμό, την ενυδάτωση με προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και προσδιορισμό του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την παρεντερική χορήγηση αναλγητικών, αντιφλεγμονωδών και ενδεχομένως αντιβιοτικών φαρμάκων. Αν και οι περισσότερες μελέτες δεν αναφέρουν εμβρυικές επιπλοκές αποδιδόμενες στη χρήση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ), ωστόσο τα αντιφλεγμονώδη καλό είναι να αποφεύγονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα μετά τη συμπλήρωση της 32ης εβδομάδας, λόγω της πιθανότητας πρόωμης σύγκλισης



Σχήμα 1. Αλγόριθμος για την αντιμετώπιση των ινομυωμάτων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των εγκύων με ινομυώματα είναι ανάλογη με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας και την ηλικία της κύησης. *Η απόφαση για την εκτέλεση ινομυωματοεκτομής μετά τον τοκετό θα πρέπει να αποτελεί συνάρτηση του μεγέθους και της τοπογραφίας των όγκων, της ύπαρξης κλινικής συμπτωματολογίας, καθώς και της επιθυμίας της γυναίκας για μελλοντική σύλληψη (Δικό μας σχεδιάγραμμα).

αποδίδεται στον αυξημένο κίνδυνο ανώμαλης προβολής των εμβρύων, στο δυσλειτουργικό τοκετό και στην πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα (δική μας περίπτωση), οι οποίες είναι παθολογικές καταστάσεις που επιπλέκουν τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης και την ομαλή πρόοδο του τοκετού σε αυτές τις ασθενείς²⁰. Η απόφαση για τη χειρουργική εξαίρεση των ινομυωμάτων κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής είναι δύσκολη. Η ινομυωματοεκτομή στην τελειώμενη εγκυμοσύνη συνοδεύεται από σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εκτεταμένης αιμορραγίας και θα πρέπει να επιχειρείται με ιδιαίτερη προσοχή, από ιδιαίτερα ικανούς και έμπειρους χειρουργούς και μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις²¹. Σε περίπτωση που αυτή κρίνεται απαραίτητη, θα πρέπει να επιχειρείται μετά το τέλος της λοχείας και ενδεχομένως μόνον όταν το ζευγάρι δεν επιθυμεί μελλοντική σύλληψη. Μέχρι σήμερα υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία για να οδηγήσουν τον κλινικό γιατρό στην απόφαση να συστήσει εκλεκτική ινομυωματοεκτομή προ της σύλληψης σε γυναίκες με ιστορικό υπογονιμότητας, καθ' ἑξιν αποβολών ή επιπλοκών της κύησης (δική μας περίπτωση). Γενικά, η απόφαση για την εκτέλεση ινομυωματοεκτομής μετά από την επιτυχή έκβαση εγκυμοσύνης σε ασθενή με ινομυώματα μήτρας θα πρέπει να αποτελεί συνάρτηση του μεγέθους, του αριθμού και της τοπογραφίας των όγκων, της ύπαρξης κλινικής συμπτωματολογίας, καθώς και της επιθυμίας της γυναίκας για μελλοντική σύλληψη²².

Η πρόγνωση των ινομυωμάτων στις έγκυες συνήθως είναι καλή και εξατομικεύεται ανάλογα με την εντόπιση, το μέγεθος και τον αριθμό των όγκων. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η εγκυμοσύνη εξελίσσεται ομαλά και ανεπηρέαστα από την παρουσία των ινομυωμάτων, πολυάριθμοι όγκοι μεγάλου μεγέθους και κυρίως τα υποβλεννογόνια ινομυώματα είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές και να εκθέσουν σε αυξημένο κίνδυνο την έγκυο και το κύημα, τόσο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού και της υστεροτοκίας²³. Κατά κύριο λόγο, ο πόνος από τα ινομυώματα, η εμβρυϊκή απώλεια, η έκλυση πρόωρου τοκετού, η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ο αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας, και λιγότερο συχνά η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, το αυτόματο αιμοπεριτόναιο, η εκστροφή της μήτρας και η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2, συ-

μπεριλαμβάνονται στον ευρύ κατάλογο των επιπλοκών οι οποίες είναι δυνατόν να αποδοθούν στην παρουσία των ινομυωμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης^{24,26,11}. Επίσης, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η σπάνια περίπτωση εγκύου με παρουσία ευμεγέθους ινομυώματος στη μήτρα, η οποία διανύοντας την 11η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, λόγω άσηπτης νεκροβίωσης του όγκου, υποβλήθηκε σε κοιλιακή υστερεκτομία²⁷.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια η προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα ανάπτυξης ινομυωμάτων της μήτρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθιστά αναγκαία την εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών και να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo και το νεογνό²⁸. Η προ του τοκετού ινομυωματαεκτομή, για την οποία θα πρέπει να «προτιμάται» το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης επιφυλάσσεται μόνο για τις έγκυες με υπορογόνια ή μισχωτά ινομυώματα που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία. Η ινομυωματαεκτομή κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής εγκυμονεί πολλούς κινδύνους και θα πρέπει να επιχειρείται με ιδιαίτερη προσοχή, από ιδιαίτερα ικανούς και έμπειρους χειρουργούς και μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

SUMMARY

Myomas are common uterine tumors of low malignant potential and favorable prognosis that often complicate pregnancy. This case report involves a primigravida presenting in our outpatient office reporting vaginal bleeding during the last few days accompanied by mild deep pain in the hypogastric and lumbar region. Urine pregnancy test was positive. Last menstrual period could not be accurately defined due to menstrual disturbances in the patient's medical history. Clinical examination revealed the uterine fundus to be just below the umbilicus. Transvaginal ultrasonography diagnosed intrauterine pregnancy in the 6th week with evident fetal cardiac function. Also the sonogram detected the presence of multiple uterine myomas. Pregnancy continued normally until completion of the 32nd week. The patient during the 33rd week delivered through emergency cesarean section due to premature peripheral placental separation of the low-lying placenta. In this paper after the case report, we attempt, based on systematic study of current bibliographic reports, to overview the newest data regarding the treatment and prognosis of pregnant woman with uterine myomas, the correct knowledge of which can contribute to the favorable pregnancy outcome and to the correct choice of suitable delivery method, in order to reduce the increased risk of maternal and particularly perinatal morbidity and mortality.

Keywords: uterus myomas, pregnancy, management, prognosis.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Philip Thomason. *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 RI, Wang S, Stewart EA. *Uterine fibroid treatment patterns in a population of insured women*. Fertl 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. Θανασάς Ι, Κουμαντάκης Ε, Σηφάκης Σ. *Η συμβολή της υπερηχογραφίας στην εκτίμηση του χρόνιου πυελικού άλγους*. Υπερηχογραφία 2006; 3:73-91.
7. Θανασάς Ι, Σταυροπούλου Β, Καλινδέρης Μ, Κεσσερίδης Π, Κουτσογεωργόπουλος Κ, Ευαγγέλου Μ. *Γιγαντιαίο λειομύωμα της μήτρας. Περιγραφή περίπτωσης*. Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας 2009; 3:187-191.
8. Stewart EA, Rabinivici J, Tempany CM, Indar Y, Regan L, Gastout B, Hesley G, Kim HS, Hengst S, Gedroyc WM. *Clinical outcomes of focused ultrasound surgery for the treatment of uterine fibroids*. Fertl Steril 2006; 85:22-29.
9. Rosati P, Exacoustos C, Mancuso S. *Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy: a sonographic study*. J Ultrasound Med 1992; 11:511-515.
10. De Carolis S, Fatigante G, Ferrazzani S, Trivellini C, De Santis L, Mancuso S, Caruso A. *Uterine myomectomy in pregnant women*. Fetal Diagn Ther 2001; 16:116-119.
11. Ταμπλακούδης ΓΠ, Μπόντης ΙΝ. *Κύηση και ινομυώματα*. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 2006, 18: 119-128.
12. Celik C, Acar A, Cicek N, Gezginc K, Akyurek C. *Can myomectomy be performed during pregnancy?* Gynecol Obstet Invest 2002; 53:79-83.
13. Melgrati L, Damiani A, Franzoni G, Marziali M, Sesti F. *Isobaric (gasless) laparoscopic myomectomy during pregnancy*. J Minim Invasive Gynecol 2005; 12:379-381.
14. Fanfani F, Rossitto C, Fagotti A, Rosati P, Gallotta V, Scambia G. *Laparoscopic myomectomy at 25 weeks of pregnancy: case report*. J Minim Invasive Gynecol 2010; 17:91-93.

15. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006; 33:153-169.
16. Gopinath D, Panayotidis C, Adbo K. Fibroid uterus in pregnancy and management – what changed in the last 20 years? *Eur Clin Obstet Gynecol* 2006; 2:72-76.
17. Plesinac S, Plecas D, Babovic I. Influence of uterine myomas on course and outcome of pregnancy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2006; 66:674-676.
18. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril* 2007; 87:725-736.
19. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82:97-101.
20. Sheiner E, Bashiri A, Levy A, Hershkovitz R, Katz M, Mazor M. Obstetric characteristics and perinatal outcome of pregnancies with uterine leiomyomas. *J Reprod Med* 2004; 49:182-186.
21. Igwegbe AO, Nwosu BO, Ugboaja JO, Monago EN. Inevitable caesarean myomectomy. *Niger J Med* 2009; 18:334-336.
22. Horcajadas JA, Goyri E, Higon MA, Martinez-Conejero JA, Gambadauro P, Garcia G, Meseguer M, Simon C, Pellicer A. Endometrial receptivity and implantation are not affected by the presence of uterine intramural leiomyomas: a clinical and functional genomics analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:3490-3498.
23. Koide K, Sekizawa A, Nakamura M, Matsuoka R, Okai T. Hypovolemic shock due to massive edema of a pedunculated uterine myoma after delivery. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35:794-796.
24. Ozturk E, Ugur MG, Kalayci H, Balat O. Uterine myoma in pregnancy: report of 19 patients. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2009; 36:182-183.
25. Kus E, Swierczewski A, Orłowska K, Brzozowska M, Estemberg D, Berner-Trabska M, Kowalska-Koprek U, Karowicz-Bilinska A. Obstetric hysterectomy in a patient with uterine myoma of uterus duplex. Case report. *Ginecol Pol* 2009; 80:124-128.
26. Zhang C, Liu XY, Fan GS, Yang JQ, Liu JT, Bian XM. Clinical analysis of 47 cases of placenta accretes in the second and third trimesters. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2008; 43:506-509.
27. Boutten A, Debodinance P. Grossesse anglulaire diagnostique a 11 SA sur un uterus fibromyomateux. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35:82-86.
28. Turan V, Ergenoglu M, Yeniel O, Ulukus M. Assessment of pregnancy outcomes with uterine leiomyomas larger than 10cm; antepartum and postpartum complications. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:57-58.