



PRIKAZ SLUČAJA GIGANTSKOG PRIMARNOG PARAZITSKOG LEIOMIOMA

Aleksandar Dević¹, Nikola Banjanin¹, Ana Dević¹, Tomislav Stefanović¹, Mirjana Milanović²

1. Bolnica za ginekologiju i akušerstvo, Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija
2. Služba anesteziologije, Kliničko-bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

Autor za korespondenciju: Ana Dević, Vukova 9, Beograd, Srbija

Tel: +381638138333, Email: anavjestica74@gmail.com

GIANT PRIMARY PARASITIC LEIOMYOMA: A CASE REPORT

Aleksandar Dević¹, Nikola Banjanin¹, Ana Dević¹, Tomislav Stefanović¹, Mirjana Milanović²

1. Hospital for Gynecology and Obstetrics, Clinical Hospital Center Zemun, Belgrade, Serbia
2. Department of Anesthesiology, Clinical Hospital Center Zemun, Belgrade, Serbia

Corresponding author: Ana Dević, Vukova 9, Belgrade, Serbia

Tel: +381638138333, Email: anavjestica74@gmail.com

SAŽETAK

Uvod: Parazitski leiomiomi predstavljaju izuzetno retke benigne tumore glatkih mišićnih ćelija koji se razvijaju nezavisno od materice. Mogu nastati spontano iz pedunkuliranih subseroznih mioma koji se odvoje i uspostave sopstveno krvno snabdevanje iz okolnih struktura, ili jatrogeno nakon laparoskopske morcelacije. Zbog nespecifičnih kliničkih i radioloških karakteristika, dijagnoza se najčešće postavlja intraoperativno. Standard lečenja je hirurška ekscizija sa patohistološkom verifikacijom.

Prikaz slučaja: Prikazana je pacijentkinja stara 51 godinu, u postmenopauzi, koja se javila zbog progresivnog povećanja obima trbuha i osećaja pritiska u maloj karlici. Radiološkim pregledima utvrđena je velika heterogena masa abdominopelvične lokalizacije, koja je komprimovala okolne crevne vijuge i glavne krvne sudove. Uterus je bio miomatozno izmenjen, ali normalne veličine, a jajnici urednog izgleda. Izvedena je operacija otvorenim pristupom – odstranjena je tumorska masa u celosti, uz totalnu histerektomiju, obostranu adnektomiju i omentektomiju. Intraoperativno je uočena tumorska promena povezana tankom peteljkom sa fundusom materice. Patohistološki nalaz potvrdio je benigni leiomiom bez atipije, nekroze i mitoze, sa Ki-67 proliferacionim indeksom manjim od 1%. Postoperativni tok je protekao uredno, a tri meseca nakon operacije pacijentkinja je bila bez tegoba i bez znakova recidiva.

Zaključak: Primarni parazitski leiomiomi su izuzetno retki, naročito kod pacijentkinja bez prethodnih ginekoloških operacija. Treba ih uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi velikih abdominalno-karličnih masa. Ovaj prikaz slučaja ukazuje da parazitski leiomiomi mogu

dostići značajne dimenzije uz zadržavanje benignih histoloških karakteristika, te naglašava značaj sveobuhvatne dijagnostike i adekvatnog hirurškog pristupa.

Ključne reči: *Parazitski leiomiom; miom materice; abdominalno-karlična masa; miomektomija; patohistologija.*

ABSTRACT

Introduction: Parasitic leiomyomas are extremely rare benign smooth muscle tumors that develop independently of the uterus. They may arise spontaneously from pedunculated subserosal fibroids that detach and establish an independent blood supply from surrounding structures, or they may develop iatrogenically following laparoscopic morcellation. Owing to their nonspecific clinical and radiologic features, they are often misdiagnosed preoperatively. Surgical excision with histopathological verification remains the standard of care.

Case report: We present the case of a 51-year-old postmenopausal woman with progressive abdominal distension and a sensation of pelvic pressure. Imaging revealed a large heterogeneous abdominopelvic mass measuring 30 × 20 cm, compressing adjacent bowel loops and major vessels. The uterus was myomatous but of normal size, and both ovaries appeared unremarkable. The patient underwent open surgical resection of the mass with total hysterectomy, bilateral adnexectomy, and omentectomy. Intraoperatively, a giant tumor connected to the uterine fundus by a thin pedicle was identified. Histopathological examination confirmed a benign leiomyoma without atypia or necrosis and a Ki-67 proliferation index below 1%. The postoperative course was uneventful, and the patient remained asymptomatic three months after surgery.

Conclusion: Primary parasitic leiomyomas are exceedingly uncommon, particularly in patients without a history of prior gynecologic surgery. They should be considered in the differential diagnosis of large abdominopelvic masses. This case emphasizes the importance of comprehensive diagnostic evaluation and highlights that parasitic leiomyomas can attain remarkable size while maintaining benign histological features.

Keywords: *Parasitic leiomyoma; uterine fibroid; abdominopelvic mass; myomectomy; histopathology.*

UVOD

Leiomiomi su najčešći benigni tumori materice i javljaju se u reproduktivnom periodu žena sa prevalencom od 4,5% do 68,6%. Parazitski leiomiomi (PL), poznati i kao slobodni leiomiomi, predstavljaju retku varijantu koja nastaje van materice i retko se viđa u kliničkoj praksi (1). Karl fon Rokitanski je 1856. godine prvi opisao ovu pojavu (1), dok su termin parazitski leiomiom uveli Keli i Kalen 1909. godine (2). Tokom 20. veka opisivani su sporadični slučajevi ovih tumora.

Učestalost parazitskih leiomioma značajno je porasla sa uvođenjem morcelatora u laparoskopskoj ginekologiji. Takvi tumori nazivaju se jatrogeni parazitski leiomiomi (3) i najčešće se javljaju kod žena reproduktivnog doba koje su prethodno bile podvrgnute miome-

ktomiji ili histerektomiji. Najčešći simptomi su bol u stomaku, osećaj nadutosti i pritiska u maloj karlici.

Parazitski miomi predstavljaju retku varijantu pedunkuliranih subseroznih mioma (1,2). Ukoliko pedunkulirani subserozni miom razvije dugačku peteljku i odvoji se od materice, može se pričvrstiti za okolne strukture, poput omentuma, mezenterijuma, peritoneuma ili drugih organa u abdominopelvičnoj duplji (3). Takvi tumori opstaju zahvaljujući razvoju neovaskularizacije i tada se nazivaju primarni parazitski leiomiomi (1,3). Leiomiomi koji nisu u potpunosti odvojeni od vaskularne peteljke, ali razviju dodatnu neovaskularizaciju iz okolnih organa, predstavljaju ranu fazu parazitskog rasta.

Smatra se da je stvarna klinička prevalenca parazitskih leiomioma potcenjena zbog nespecifičnih ranih simptoma, sve većeg broja laparoskopskih operacija i ograničenog broja prijavljenih slučajeva. Novije teorije sugerišu da „jatroge“ parazitski miomi mogu nastati implantacijom fragmenata tkiva tokom morcelacije u okviru laparoskopske miomektomije ili histerektomije (4).

Dijagnostikovanje ovih tumora ultrazvukom, skenerom ili magnetnom rezonancom i dalje je otežano zbog nespecifičnih radioloških karakteristika (3,4). Dijagnoza se najčešće postavlja slučajno, tokom drugih abdominalnih ili karličnih operacija. Standardni terapijski pristup je hirurško odstranjenje sa patohistološkom potvrdom.

Cilj ovog rada je da prikaže pacijentkinju sa velikim primarnim parazitskim leiomiomom, kod koje nije bilo prethodnih operacija, što čini ovaj slučaj posebno retkim i klinički značajnim.

PRIKAZ SLUČAJA

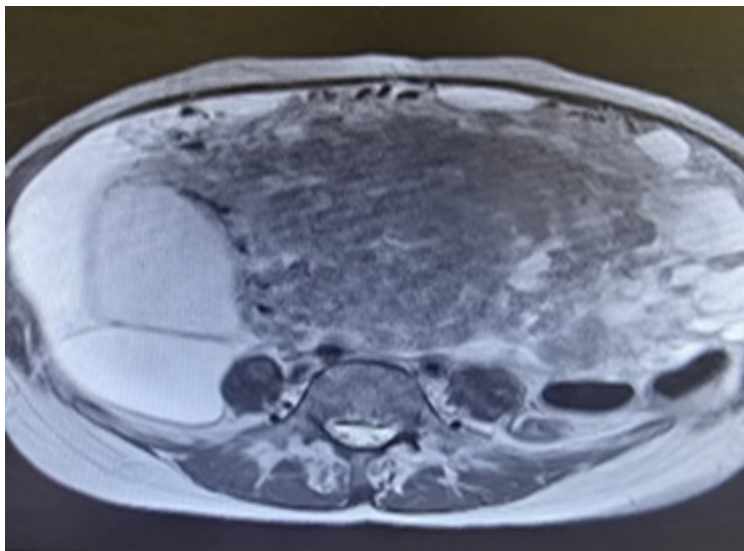
Pacijentkinja, starosti 51 godinu, javila se na ginekološki pregled zbog osećaja pritiska u donjem delu trbuha i maloj karlici, praćenog postepenim povećanjem obima trbuha u prethodnim mesecima. U ličnoj anamnezi navodi se da je poslednja menstruacija bila pre godinu dana, a da je pacijentkinja imala dva vaginalna porođaja. Nije imala spontane pobačaje niti prekide trudnoće. Negira alergije na lekove i prethodne operacije. Od hroničnih bolesti prisutna je arterijska hipertenzija, zbog koje je na redovnoj terapiji ACE inhibitorima.

Na prijemu je bila eupnoična, normotenzivna, normalno prebojene kože i vidljivih sluznica. Abdomen je bio izražen distendiran, iznad ravni grudnog koša, palpatorno mek i bezbolan. Prisutna perkutorna tmulost infraumbilikalno. Pri ginekološkom pregledu pod ekarterima uočen je oskudan krvavi sekret iz cervikalnog kanala, dok je prednji vaginalni zid bio napet i blago prolabiran.

Transvaginalnim ultrazvučnim pregledom opisan je miomatozno izmenjen uterus sa tankim endometrijumom. Levi jajnik bio je uredne veličine i strukture, dok je u predelu desnog jajnika, odnosno u njegovom neposrednom kontaktu, opisana velika tumorska masa mešovite (cistično-solidne) građe, uz manju količinu slobodne tečnosti u Duglasovom prostoru.

Pacijentkinja je hospitalizovana na odeljenju ginekologije u junu 2025. godine radi dodatne dijagnostike. Laboratorijske analize i tumorski markeri bili su u referentnim granicama. Magnetna rezonanca abdomena i male karlice pokazala je nehomogenu, cistično-solidnu masu koja ispunjava malu karlicu i veći deo trbušne duplje, dimenzija približno 30 × 20 cm, koja potiskuje i obavija vijuge tankog creva i kolona, čineći ih nerazdvojivim.

Glavne vaskularne strukture bile su u potpunosti obavijene tumorskom masom. U pojedinim cističnim lokusima uočen je gušći sadržaj nalik na mucinozni. Opisana masa potiskivala je sve abdominalne organe kranijalno. Uterus je bio miomatozno izmenjen, cerviks uredne morfologije, a oba ovarijuma normalne veličine; desni je bio u kontinuitetu sa tumorskom promenom i sadržao male folikularne ciste obostrano. Limfni nodusi u maloj karlici nisu bili



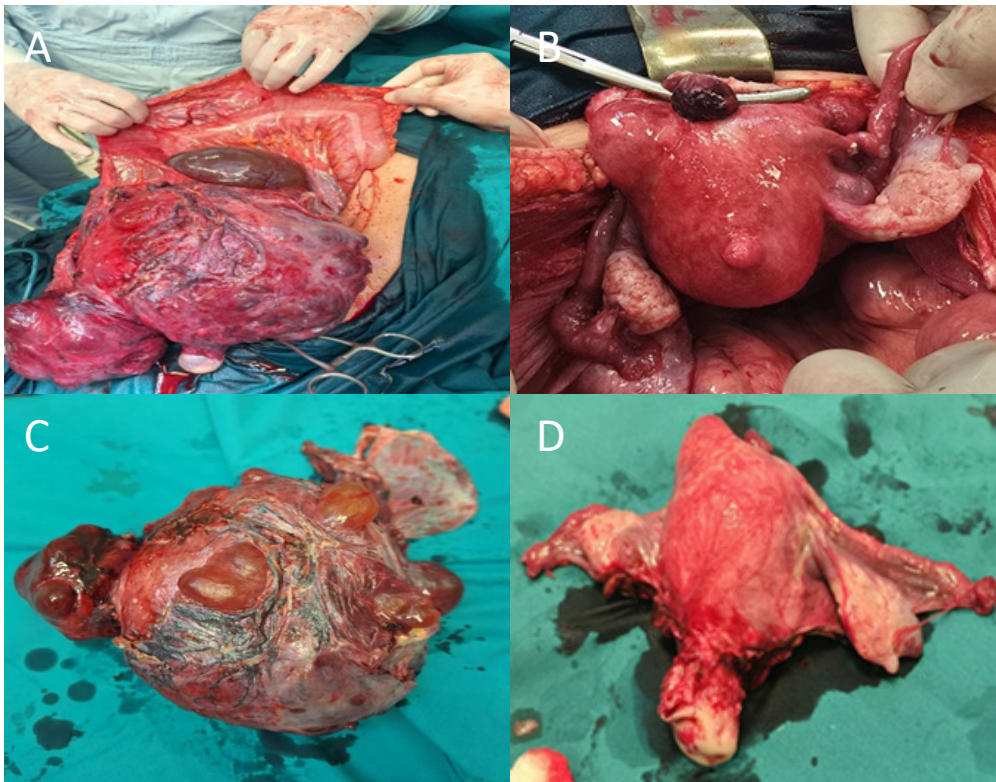
Slika 1. Transverzalni MR prikaz abdomena i male karlice pokazuje veliku cistično-solidnu tumorsku masu dimenzija približno 30 × 20 cm, koja ispunjava malu karlicu i veći deo trbušne duplje, potiskujući okolne organe kranijalno.

uvećani, dok je u abdomenu i karlici viđena manja količina ascitesa (slika 1).

Preoperativna dijagnostika obuhvatila je ultrazvuk abdomena, nativni rentgenski snimak abdomena i rentgenski snimak pluća, čiji su nalazi bili uredni. Nakon sprovedene pripreme, pacijentkinja je podvrgnuta operativnom lečenju.

Operacija je izvedena otvorenim hirurškim pristupom. Intraoperativno je potvrđeno prisustvo obimne tumorske mase u karlici i abdomenu, veličine približno 30 × 35 cm, dominantno solidne građe sa brojnim cističnim promenama u gornjim segmentima. Tumor je tankom peteljkom bio povezan sa fundusom materice. Omentum je bio u čvrstim adhezijama sa tumorskom masom i izraženom vaskularizacijom. Uterus je bio normalno prebojene seroze i odgovarajuće veličine za starosnu dob pacijentkinje, sa dva subserozna mioma do 3 cm u prečniku. Ovarijumi su bili uredne veličine i morfoloških karakteristika.

Iz trbušne duplje aspirisano je oko 60 mL tečnog sadržaja i poslato na citološku analizu. Tumorska promena je odstranjena u celosti, a potom je učinjena totalna omentektomija i totalna histerektomija sa obostranom adnektomijom. Sav hirurški materijal upućen je na patohistološku i citološku dijagnostiku.



Slika 1. Transverzalni MR prikaz abdomena i male karlice pokazuje veliku cistično-solidnu tumorsku masu dimenzija približno 30 × 20 cm, koja ispunjava malu karlicu i veći deo trbušne duplje, potiskujući okolne organe kranijalno.

U citološkom razmazu bili su prisutni eritrociti, limfociti, makrofagi i reaktivne mezotelne ćelije. Patohistološka analiza potvrdila je dijagnozu leiomioma, bez znakova ćelijske atipije, nekroze ili mitotske aktivnosti. Ki-67 proliferacioni indeks pokazao je jedarnu pozitivnost u manje od 1%. U reprezentativnim isečcima omentuma uočene su multilokularne cistične promene koje odgovaraju inkluzionim peritonealnim cistama. Stromalno tkivo bilo je edematozno, sa žarištima hroničnog inflamatornog infiltrata. Uterus, cerviks i jajnici bili su uredne morfologije.

Postoperativni tok protekao je uredno. Pacijentkinja je otpuštena šestog postoperativnog dana, bez komplikacija. Na kontrolnom ultrazvučnom pregledu, tri meseca nakon operacije, nije bilo subjektivnih tegoba niti znakova recidiva tumorske mase.

DISKUSIJA

U literaturi je zabeležen mali broj slučajeva parazitskog leiomioma. Najveći do sada opisali su Osegi i saradnici kod žene u menopauzi (5); radilo se o primarnom parazitskom leiomiomu težine oko 5,2 kg. Većina parazitskih leiomioma prijavljenih tokom poslednjih decenija bila je sekundarnog karaktera, što se povezuje sa porastom broja laparoskopskih procedura na materici (4).

Kimberli i saradnici prijavili su seriju od 12 slučajeva, od kojih je 10 pacijentkinja imalo prethodne abdominalne operacije, a 8 je imalo istoriju morcelacije (6). Naš prikaz slučaja

je osoben jer pacijentkinja nije imala ranije abdominalne operacije, a razvila je primarni parazitski miom imponantnih dimenzija (300 × 210 × 120 mm).

Lu i saradnici opisali su šest slučajeva parazitskih fibroida, pri čemu su sve pacijentkinje imale istoriju laparoskopske histerektomije ili miomektomije sa morcelacijom (3). Gaspare i saradnici sprovedli su retrospektivnu studiju kojom su pratili razvoj parazitskih fibroida nakon primene morcelatora tokom trogodišnjeg perioda u tercijarnoj ustanovi (4). Od ukupno 423 žene kod kojih je primenjena morcelacija, 0,9% je razvilo parazitski fibroid (4). Zaključeno je da morcelacija predstavlja faktor rizika za nastanak parazitskih leiomioma (4,7).

Prema podacima iz literature, oko 93% parazitskih leiomioma lokalizuje se u karlici (8). U našem slučaju, tumor je ispunjavao i malu karlicu i gotovo ceo abdomen. Za razliku od većine opisanih slučajeva, parazitski leiomiomi su često asimptomatski. Kada su simptomi prisutni, najčešće uključuju osećaj pritiska, ranu sitost, nadutost, nelagodnost u stomaku i mučninu (9). Naša pacijentkinja se javila zbog osećaja nadutosti, težine i naglog povećanja obima trbuha.

Dijagnostika parazitskih leiomioma standardnim metodama ostaje izazovna, što potvrđuje i naš slučaj. Ni ultrazvučni ni MR pregled nisu pouzdano ukazivali na miomsku prirodu tumora. U praksi je često teško precizno odrediti karakter mase samo na osnovu radioloških nalaza i kliničke slike (10).

Iako su parazitski leiomiomi retki, treba ih uključiti u diferencijalnu dijagnozu karličnih i abdominalnih tumora kod žena. S obzirom na to da je prevencija uvek bolja od lečenja, preporučuje se oprez pri izvođenju morcelacije kako bi se sprečile ovakve i slične komplikacije (4,11).

ZAKLJUČAK

Parazitski leiomiomi su retki, dok su gigantski oblici izuzetno neuobičajeni. Dijagnostikuju se vrlo retko preoperativno, a češće se javljaju kod pacijentkinja sa istorijom prethodnih miomektomija. Ipak, mogućnost pojave parazitskog leiomioma treba uzeti u obzir kod svih pacijentkinja sa leiomiomima materice. Ovaj prikaz slučaja ukazuje na potrebu za daljim istraživanjem bioloških karakteristika mioma materice.

SUKOB INTERESA I FINANSIRANJE

Autori izjavljuju da ne postoji sukob interesa.

Ovaj rad nije finansiran od strane nijedne institucije, organizacije ili fonda. Istraživanje i priprema rukopisa sprovedeni su isključivo u okviru redovnih profesionalnih aktivnosti autora.

REFERENCE:

1. Jones HW, Rock JA. Leiomyomata uteri and myomectomy. In: Jones HW, editor. *Te Linde's Operative Gynecology*. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2015. p. 658–662.
2. Kelly HA, Cullen TS. *Myomata of the Uterus*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1909.
3. Lu B, Xu J, Pan Z. Iatrogenic parasitic leiomyoma and leiomyomatosis peritonealis disseminata following uterine morcellation. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016;42(8):990–999.

4. Gaspare C, Roberta G, Gloria C, et al. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases. *Fertil Steril*. 2011;96(2):90–96.
5. Osegi N, Oku EY, Uwaezuoke CS, et al. Huge primary parasitic leiomyoma in a post-menopausal lady: a rare presentation. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2019;2019:7683873.
6. Kimberly A, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):611–615.
7. Sarmalkar M, Nayak A, Singh N, et al. A rare case of primary parasitic leiomyoma mimicking an ovarian mass: a clinical dilemma. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;5(2):545–548.
8. Mandal D, Dattaray C, Roy S. Spontaneous parasitic leiomyoma: a rare clinical experience. *J South Asian Feder Obstet Gynaecol*. 2013;5(2):85–86.
9. Dashraath P, Lim LM, Huang Z, et al. Parasitic leiomyoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(5):665.e1–665.e2.
10. Elagwany AS, Rady HA, Abdeldayem TM. A case of parasitic leiomyoma with serpentine omental blood vessels: an unusual variant of uterine leiomyoma. *J Taibah Univ Med Sci*. 2014;9(4):338–340.
11. Ghamande SA, Eleonu B, Hamid AM. High levels of CA-125 in a case of a parasitic leiomyoma presenting as an abdominal mass. *Gynecol Oncol*. 1996;61(2):297–298.