**Μεσεγχυματικοί όγκοι μήτρας**

**Κίττυ Παυλάκη**

Η ομάδα των μεσεγχυματικών όγκων της μήτρας περιλαμβάνει κυρίως όγκους από τις λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου και όγκους από το ενδομητρικό στρώμα. Στους πρώτους περιλαμβάνονται τα καλοήθη λειμυώματα και τα κακοήθη λειομυοσαρκωματα και στους δεύτερους οι καλοήθεις ενδομητρικοί στρωματικοί όζοι και τα κακοήθη ενδομητρικά στρωματικά σαρκώματα.Σπανιότερα συναντάμε μικτούς επιθηλιακούς-μεσεγχυματικούς όγκους όπως τα αδενοϊνώματα και αδενοσαρκώματα αλλά και τους μικτούς μυλλεριανούς όγκους που πλέον θεωρούνται χαμηλής διαφοροποίησης μεταπλαστικά καρκινώματα και τα αδιαφοροποίητα σαρκώματα.

Ογκοι από λείες μυϊκές ίνες

Τα λειομυώματα είναι οι συχνότεροι καλοήθεις όγκοι του γυναικειου γεννητικού συστήματος και απαντώνται στο 77% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας με ένα μέσο όρο 6,5 όγκων ανα μήτρα. Είναι όγκοι περίγραπτοι, λευκωποί, δεσμιδωτοί που αναπτύσσονται αποθητικά καί ανάλογα με την εντόπιση τους στο μυομήτριο διακρίνονται σε υποβλεννογόνιους, ενδοτοιχωματικούς και υπορογόνιους. Στην ιστολογική εξέταση αποτελούνται απο διαπλεκόμενες δεσμίδες λείων μυϊκών ινών. Διακρίνονται δύο μορφολογικοί υπότυποι. Το επιθηλιοειδές λειομύωμα με κύτταρα υποστρόγγυλα που μιμούνται επιθηλιακό νεόπλασμα και το μυξοειδές λειομύωμα το στρώμα του οποίου είναι έντονα μυξοματώδες. Κατα τον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο τα λειομυώματα εκφράζουν τους δείκτες ακτίνη λείων μυϊκών ινών (SMA), δεσμίνη και h-caldesmon.

Αν και όπως προαναφέρθηκε τα λειομυώματα αναπτύσονται αποθητικά, υπάρχουν κάποιοι τύποι λειομυωμάτων με ιδιαίτερο τρόπο ανάπτυξης. Διακρίνουμε λοιπόν τα «**διαχωριστικά**» λειομυώματα η περιφέρεια των οποίων δεν είναι σε όλη την έκταση περίγραπτη αλλά εμφανίζει προβολές στο περιβάλλον μυομήτριο που ξεπερνουν τα 5 χιλ., ενώ ενίοτε αυτή η ανάπτυξη μέσα στο μυομήτριο μπορεί να καταλάβει όλο του το πάχος και το νεόπλασμα να αναγνωριστεί στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας. Μιλάμε τότε για διαχωριστικό ελιομύωμα που «**μιμείται κοτυλιδώνα**». Μία ξεχωριστή οντότητα αναφορικά με τον τρόπο ανάπτυξης αποτελεί η **ενδοφλέβια λειομυομάτωση**. Στις περιπτώσεις αυτές τα λειομυώματα αναπτύσσονται μέσα σε αγγεία προφανώς από το αγγειακό τοίχωμα. Η μακροσκοπική εικόνα είναι διαγνωστική δεδομένου ότι στη διατομή της μήτρας, μάζες λείου μυϊκού ιστού αποκολόνται από αυλοειδείς χώρους. Οι γυναίκες με ενδοφλέβια λειομυομάτωση πρέπει να πρακολουθούνται τακτικά με υπέρηχο καρδίας και πνευμόνων διότι συχνά αντίστοιχες μάζες λείου μυϊκού ιστού ανευρίσκονται στα παραπάνω όργανα. Το **καλόηθες μεταναστευτικό λειομύωμα** αφορά με νεόπλασμα από λείες μυϊκές ίνες που μπορεί να ανευρεθεί στον πνεύμονα συνήθως σε γυναίκες με ιστορικό λειομυοματεκτομής. Αν και η πιθανότητα να αφορά σε πρωτοπαθές νεόπλασμα του πνεύμονα δεν μπορεί να αποκλειστει, η ανεύρεση σε τέτοιους όγκους θετικών υποδοχέων σε οιστρογόνα και προγεστερόνη συνηγορεί υπέρ μίας σχέσης με το γεννητικό σύστημα. Τέλος η **περιτοναϊκή λειομυομάτωση** αφορά στην παρουσία στο περιτόναιο μικροσκοπικών περίγραπτων όζων από λειες μυϊκές ίνες. Επειδή η κατάσταση αυτή συνήθως έπεται μίας εγκυμοσύνης, έχει θεωρηθεί ότι μπορεί να αφορά σε λεία μυϊκή μετάπλαση φθαρτοειδικών οζίων όπως αυτών που δημιουργούνται σε μία κύηση.

Τα λειομυοσαρκώματα αφορούν στους κακοήθεις όγκους από λείες μυϊκές ίνες. Η συχνότητα τους είναι μικρή με τον αριθμό καινούργιων περιστατικών ανά χρόνο να είναι στις 0.64 ανα 100.000 γυναίκες. Είναι συνήθως όγκοι μονήρεις και δεν προέρχονται απο κακοήθη εξαλλαγή ενός λειομυώματος. Κάτι τέτοιο είναι εξαιτερικά σπάνιο. Εξ άλλου στα λειομυοσαρκώματα αναγνωρίζονται άφθονες, σύνθετες, δομικές ανωμαλίες που υπερεκφράζονται στα χρωμοσώματα 1p και 2q,, γεγονός που δεν χαρακτηρίζει τα λειομυώματα. Υπάρχει πάντως μία μικρη ομάδα λειομυωμάτων που φαίνεται να αφορά σε διακρυτή κυτταρογεννετική ομάδα και παρουσίαζει απώλειες στο 1p. Τα λειομυώματα αυτά είναι συνήθως έντονα κυτταροβριθή ή άτυπα. Η βιολογική τους συμπεριφορά δέν είναι σαφής.

Για την ιστολογική διάγνωση ενός λειομυοσαρκώματος βασικό μορφολογικό εύρημα αποτελεί η αναγνώριση πηκτικής νέκρωσης/νέκρωσης όγκου. Στη νέκρωση αυτή, η μετάπτωση του ζωντανού ιστού στον νεκρωτικό είναι απότομη, κεντρικά διατηρείται αγγείο περιφερικά του οποίου υπάρχει νεοπλασματικός ιστός και τα νεκρωτικά κύτταρα είναι σκιώδη. Συνήθως υπάρχει έντονη διάχυτη πυρηνική ατυπία με αναγνώριση γιγάντιων νεοπλασματικών μορφών και αυξημένη μιτωτικη δραστηριότητα (>15 μιτώσεις ανα 10 μεγάλα οπτικά πεδία).

Ενίοτε ο Παθολογοανατόμος έχει αδυναμία εκτίμησης του τύπου της νέκρωσης ή του αριθμού των μιτώσεων ενώ η ατυπία μπορεί να είναι στοιχείο ενός άτυπου λειομυώματος. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοπιείται ο όρος **«Ογκος από λείες μυϊκλες ίνες με αβέβαιο κακόηθες δυναμικό»** (Smooth muscle tumor with uncertain malignant potential – STUMP). Στις περιπτώσεις αυτές, η ανοσοϊστοχημική διερεύνηση θα μπορούσε να βοηθήσει στη διάγνωση. Συνήθως ένα λειομυοσάρκωμα εμφανίζει έντονη διάχυτη θετικότητα στο p16, ενώ >30% των νεοπλασματικών κυττάρων είναι θετικά στους δείκτες Ki-67 και p53.

Ογκοι από ενδομητρικό στρώμα

Οι όγκοι από ενδομητρικό στρώμα αφορούν στον καλοήθη **ενδομητρικό στρωματικό όζο** και στο κακόηθες **ενδομητρικό στρωματικό σάρκωμα**. Και οι δύο αυτοί όγκοι απαντώνται σε γυναίκες κάθε ηλικίας, οι οποίες κλινικά εμφανίζουν μητρορραγίες, μηνορραγίες και άλγος πυέλου. Τα νεοπλάσματα αυτά δεν έχουν καμμία σχέση με τους προδιαθεσικούς παράγοντες του καρκίνου του ενδομητρίου,υπάρχει όμως πιθανή συσχέτηση με την ακτινοβολία ή τη λήψη ταμοξιφαίνης.

Μορφολογικά και οι δύο όγκοι αποτελούνται από μικρά ομοιομορφα κύτταρα με λίγο κυτταρόπλασμα, μικρή ατυπία και σπάνιες μιτώσεις ενώ υπάρχει σε όλη την έκταση ένα χαρακτηριστικό αγγειακό δίκτυο που υπενθυμίζει τις σπειροειδείς αρτηρίες του φυσιολογικού ενδομήτριου.Ανοσοϊστοχημικά υπάρχει έκφραση του CD10. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διαφορική διάγνωση μεταξύ ενός στρωματικού ενδομητρικού όζου και ενός ενδομητρικού στρωματικού σαρκώματος γίνεται μόνο με τον τρόπο ανάπτυξης σε σχέση με το μυομήτριο. Ο μεν καλοήθης όζος αναπτύσσεται απωθητικά με περίγραπτη περιφέρεια, ενώ το σάρκωμα διηθεί χαρακτηριστικά το μυομήτριο σχηματίζοντας διάχυτα αναπτυσσόμενες νεολασματικές νησίδες που συχνά ανευρίσκονται μέσα σε λεμφαγγειακούς χώρους. Ως εκ τούτου, η διαφορική διάγνωση δεν μπορεί να γίνει σε υλικό απόξεσης στο οποίο δεν περιλαμβάνεται μυομήτριο.

Διαγνωστικά προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει και η απεικονιστική διερεύνηση των παραπάνω νεοπλασμάτων δεδομένου ότι ενίοτε μιμούνται ενδοτοιχωματικό συμπαγή όγκο, ενδομητρικό πολύποδα επειδή προβάλλουν υποβλεννογονίως, μία κυστική μάζα ή και αδενομύωση λογω της διάχυτης διηθητικής ανάπτυξης των ενδομητρικών στρωματικών σαρκωμάτων. Τα σαρκώματα πάντως αυτά θεωρούνται γενικά χαμηλής κακοήθειας νεοπλάσματα με βραδεία εξέλληξη. Μόνο το 50% των ασθενών θα εμφανίσει μία ή περισσότερες κοιλιακές ή πυελικές υποτροπές. Ο μέσος όρος για την υποτροπή είναι τα 3 με 5 χρόνια, μπορεί όμως να εμφανιστούν και 20 χρόνια μετά την πρώτη εμφάνηση της νόσου. Η 5ετής επιβίωση για τα ενδομητρικά στρωματικά σαρκώματα κυμαίνεται από 67% μέχρι και 100%.