

# Όγκοι Επιφανειακού Επιδηλίου - Στρώματος ωοθηκών

*Ε. Καραϊωσηφίδη, Γ. Λιάπη-Αυγέρη*

---

Οι όγκοι γνωστοί σαν κοινοί επιδηλιακοί όγκοι προέρχονται άμεσα ή έμμεσα από το επιφανειακό τροποποιημένο μεσοθήλιο και το παρακείμενο στρώμα της ωοθήκης. Λόγω αυτής της προέλευσης μετονομάστηκαν σε όγκους επιφανειακού επιδηλίου- στρώματος ωοθηκών. Τα νεοπλάσματα αυτά παρουσιάζουν ομοιότητες με όγκους που εμφανίζονται σε άλλες δέσεις του γυναικείου γεννητικού συστήματος, γεγονός που συνδυάζεται με τις θεωρίες της κοινής τους ιστογένεσης. Είναι οι συχνότεροι όγκοι των ωοθηκών, τόσο οι καλοήθεις όσο και οι κακοήθεις. Η ταξινόμησή τους γίνεται είτε με βάση την διαφοροποίηση του επιδηλιακού τους στοιχείου είτε ανάλογα με την βιολογική συμπεριφορά τους και την μορφολογία τους. Στην εργασία αυτή έγινε προσπάθεια να ταξινομηθούν σε πίνακες τα μακροσκοπικά, μικροσκοπικά και λίγα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά αυτών των όγκων, ώστε να είναι εύκολη η επισήμανση των ομοιοτήτων και διαφορών τους

**Λέξεις κλειδιά:** Όγκοι ωοθήκης, όγκοι επιφανειακού επιδηλίου -στρώματος

---

Οι όγκοι γνωστοί σαν κοινοί επιδηλιακοί όγκοι, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Π.Ο.Υ. του 1973, που ήταν βασισμένη αποκλειστικά στην μορφολογία, θεωρούνται ότι προέρχονται άμεσα ή έμμεσα από το επιδηλίο επιφανείας (τροποποιημένο ορογόνο) και το παρακείμενο στρώμα της ωοθήκης.<sup>1</sup>

Το 1988 η International Society of Gynecological Pathologists εισήγαγε μια καινούργια ταξινόμηση και τους μετονομάζει όγκους επιφανειακού επιδηλίου -στρώματος ωοθηκών. Στην ομάδα περιλαμβάνονται οι όγκοι των οποίων οι συνιστώσες είναι παρόμοιες με νεοπλασμάτων που βρίσκονται και σε άλλες δέσεις του γεννητικού σωλήνα αλλά και όγκοι από μεταβατικού τύπου κύτταρα.

Οι όγκοι αυτοί λόγω της υψηλής συχνότητάς τους έχουν σχεδόν καταστεί συνώνυμοι του καρκίνου των ωοθηκών και απασχολούν όλες τις ιατρικές ειδικότητες .

Σκοπός της εισήγησης αυτής δεν είναι να μεταφέρει εδώ και να παραδέσει αυτό το μεγάλο κεφάλαιο της Παθολογικής Ανατομικής, πού άλλωστε μπορεί να βρεθεί και σε ένα σύγγραμμα, αλλά να ταξινομήσει τα κύρια χαρακτηριστικά τους με έναν τεχνικό τρόπο, έτσι ώστε να μπορεί ο κάθε συναδέλφος με μια ματιά να θυμηθεί τα βασικά τους γνωρίσματα και να λύσει στοιχειώδεις απορίες.

Βασική προϋπόθεση για την κατανόηση της ιστολογίας αυτών των όγκων είναι η γνώση των θεωριών ιστογένεσης τους, γι' αυτό θα προταχθεί μία μικρή ανασκόπηση της εμβρυολογίας των ωοθηκών

## 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΌ-ΦΕΙΣ ΙΣΤΟΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα μπορεί να αναγνωρισθούν στο τοίχωμα του λεκιδικού σάκκου (yolk sac) την 4η εβδομάδα της κύησης. Κατά την 5η ή 6η εβδομάδα μεταναστεύουν μέσα στην ουρογεννητική ακρολοφία, που αποτελεί και την δέση της μεταγενέστερης ανάπτυξης του ουρογεννητικού συστήματος. Κατόπιν το μεσοδερμικό επιθήλιο της ουρογεννητικής ακρολοφίας αρχίζει να πολλαπλασιάζεται, δίνοντας γέννηση στο επιθήλιο των γονάδων. Εάν η γονάδα προορίζεται να γίνει ωοθήκη, τα διαιρούμενα γεννητικά κύτταρα ενσωματώνονται με τα πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά και σχηματίζουν τελικά την οργανωμένη ωοθήκη. Τα γεννητικά κύτταρα προέρχονται από το ενδόδερμα.

Την 6η εβδομάδα περίπου, μέσω μιας διαδικασίας εγκολπώσεων του καλυπτικού επιθηλίου της σπλαχνικής κοιλότητας του εμβρύου, σχηματίζονται οι πλάγιοι παραμεσονεφρικοί ή μυλλεριανοί πόροι, που προοδευτικά αναπτυσσόμενοι κατά το ουραίο άκρο εισέρχονται στη πύελο, όπου ενοποιούνται. Οι μη ενοποιημένες περιοχές, ωριμάζοντας, σχηματίζουν τους φαλοπιανούς σωλήνες, δηλαδή τις σάλπιγγες, και η ενοποιημένη περιοχή την μήτρα και το κόλπο. Στα άρρενα η ανάπτυξη του όρχεως αναχαιτίζει και συντελεί στην υποστροφή των παραμεσονεφρικών πόρων. Παράλληλοι προς τους παραμεσονεφρικούς πόρους είναι το ζεύγος των μεσονεφρικών ή Wolffian πόρων, που στα άρρενα προορίζονται να σχηματίσουν την επιδιδυμίδα. Υπολείμματά τους βρίσκονται σαν έγκλειστα στις πύλες των ωοθηκών και στο μεσοσαλπίγγιο.

Πιστεύεται ότι οι όγκοι της ωοθήκης προέρχονται από ένα εκ των τριών συστατικών της: 1) το επιφανειακό επιθήλιο της σπλαχνικής κοιλότητας του εμβρύου, που εμβρυολογικά έχει την δυνατότητα διαφοροποίησης προς επιθήλιο προσομοιάζον με αυτό των σαλπίγγων (κροσσώτα, ορώδη, κυλινδρικά κύτταρα), του ενδομητρίου (μη κροσσώτα, κυλινδρικά κύτταρα), ή επιθηλίου του ενδοτραχήλου (ψηλά, βλεννοπαραγωγά, μη κροσσώτα κύτταρα), 2) τα γεννητικά κύτταρα (germ cells), που μεταναστεύουν στην ωοθήκη από τον λεκιδικό σάκκο και είναι πολυδύναμα και 3) το στρώμα της ωοθήκης, που περιλαμβάνει τις γεννητικές ταινίες, προδρόμους του ενδοκρινικού συστήματος της μεμβρυϊκής ωοθήκης.<sup>1</sup>

Εδώ θα ασχοληθούμε με τους όγκους, που ιστογενετικά πιστεύεται ότι προέρχονται από το επιφανειακό επιθήλιο της σπλαχνικής κοιλότητας του εμβρύου. Όπως, όμως, συμβαίνει με όλες τις ιστογενετικές ταξινομήσεις, ένα ποσοστό τους ξεφεύγει αυτών των πλαισίων και φαίνεται να έχει αρκετά διαφορετική αρχή.

Θεωρείται ότι το καλυπτικό επιθήλιο της ωοθήκης διατηρεί και κατά την μετεμβρυϊκή ζωή την ικανότητά του για παραμεσονεφρική (Mullerian) ή μεσονεφρική (Wolffian) διαφοροποίηση υπό κατάλληλες συνθήκες μεταπλαστικής ή νεοπλασματικής διέγερσης.

Έτσι εξηγείται γιατί σε δεδομένο όγκο στην ωοθήκη ή οπουδήποτε αλλού στο γεννητικό σωλήνα του θήλεως, που έχει παραμεσονεφρική καταγωγή, συχνά βρίσκονται ανάμικτα διαφέροντα επιθήλια, όπως συνδυασμός βλεννώδους και ορώδους ή βλεννώδους και ενδομητριοειδούς επιθηλίου.

Αυτές οι παρατηρήσεις οδηγούν στην υπόθεση, ότι οι επιθηλιακοί-στρωματικοί όγκοι των ωοθηκών και τα νεοπλάσματα του ενδοτραχήλου, ενδομητρίου και σαλπίγγων σχηματίζουν μια ιστογενετική ομάδα. Ο ιστός προέλευσης των επιθηλιακών-στρωματικών όγκων είναι το επιφανειακό επιθήλιο των ωοθηκών, που μπορεί να υποστεί μεταπλαστική μετατροπή προς παραμεσονεφρικό επιθήλιο.<sup>1,2</sup>

### 1.1.ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΟΡΩΔΩΝ ΟΓΚΩΝ

#### *Καλοήθεις*

- από κύστεις εξ εγκλείσεως: λόγω της διάταξης των κύστεων εξ εγκλείσεως από την συγκέντρωση εκκρίσεων, πιθανολογείται υπερπλασία και παραμεσονεφρική διαφοροποίηση του επιθηλίου

#### *Επιφανειακοί ορώδεις όγκοι*

- από μικρές δηλές στην επιφάνεια της ωοθήκης.

#### *Κακοήθεις ορώδεις όγκοι*

- από κύστεις εξ εγκλείσεως στην ωοθήκη: στηρίζεται στη παρατήρηση ότι οι ωοθήκες γυναικών με μονόπλευρο ωοθηκικό καρκίνωμα περικλείουν μεγάλο αριθμό κύστεων εξ εγκλείσεως με υψηλό ποσοστό σαλπιγγικής μετάπλασης του επιθηλίου τους.

- απευθείας από το επιφανειακό επιθήλιο της ωοθήκης: στηρίζεται στη συχνή παρουσία

εστιών ενδοεπιδηλιακής νεοπλασίας του επιφανειακού επιδηλίου, γειτονικά προς το ωοθηκικό καρκίνωμα.

- από καλοήδεις ή οριακής κακοηθείας νεόπλασμα: στηρίζεται στην παρατήρηση ότι η μέση ηλικία των γυναικών με καλοήδη νεοπλασμάτα είναι μικρότερη από αυτήν με αδενοκαρκινώματα και ότι συντελείται με το μηχανισμό κακοήδους εξαλλαγής τους.

## 1.2. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΒΛΕΝΝΩΔΩΝ ΟΓΚΩΝ

*Καλοήδη νεοπλασμάτα (ενδοτραχηλικού τύπου επιδηλίου):*

- άμεσα ή έμμεσα από το επιφανειακό επιδηλίο της ωοθήκης μέσω παραμεσонеφρικού τύπου μετάπλασης του επιφανειακού επιδηλίου της ωοθήκης.

*Κακοήδη βλεννώδη νεοπλασμάτα (εντερικού τύπου επιδηλίου)*

- τερατωματώδους αρχής, μονοφυλετικά εξ αρχής
- από ώριμα τερατώματα, των οποίων οι λοιποί ιστοί εξαλείφονται, λόγω υπερβολικής ανάπτυξης του εντερικού συστατικού στοιχείου
- από το επιφανειακό επιδηλίο της ωοθήκης: μέσω μεταπλαστικής και νεοπλασματικής εντερικής μετάπλασης παραμεσонеφρικής αρχής του επιφανειακού επιδηλίου της ωοθήκης
- από καλοήδη ή οριακά βλεννώδη νεοπλασμάτα: μέσω διαδικασίας κακοήδους εξαλλαγής.

## 1.3. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΕΙΔΩΝ ΟΓΚΩΝ

- από προϋπάρχουσες εστιές ενδομητρίωσης στην ωοθήκη: άτυπες αλλοιώσεις σε αυτές τις εστιές ενδομητρίωσης της ωοθήκης θεωρούνται πρόδρομες κακοηθείας.

- από το επιφανειακό επιδηλίο της ωοθήκης: λόγω της ανεύρεσης ανάμιξης ενδομητρικού και ορώδους ή βλεννώδους τύπου επιδηλίου σε ένα ποσοστό ωοθηκικών αδενοκαρκινωμάτων μέσω συνέχισης μιας ενδομητρικής οδού παραμεσонеφρικής διαφοροποίησης.

- από ενδομητριοειδείς όγκους οριακής κακοηθείας μέσω κακοήδους εξαλλαγής

- από προϋπάρχοντα καλοήδη ενδομητριοειδή κυσταδενώματα, λόγω της αυξημένης συχνότητας κακοήδους εξαλλαγής καλοήδων εν-

δομητριοειδών νεοπλασμάτων σε σχέση με άλλους τύπους καλοήδων επιδηλιακών νεοπλασμάτων που αποδίδεται στο καρκινογόνο αποτέλεσμα της αιμοσιδηρίνης των ενδομητρικών κύστεων.

## 1.4. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

- Από εστιές ωοθηκικής ενδομητρίωσης διότι σχετίζονται συχνά με τους ενδομητριοειδείς όγκους. Παρά την ύπαρξη όμως στοιχείων υπέρ της παραμεσонеφρικής τους αρχής δεν υπάρχει καμιά ιστολογική ομοιότητα με γνωστή παραμεσонеφρική δομή.

## 1.5. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΟΓΚΩΝ BRENNER

*Καλοήδης όγκος Brenner*

- από το επιφανειακό επιδηλίο της ωοθήκης: από κύστες εξ εγκλείσεως ή απευθείας από αυτό

Η στενή εμβρυολογική σχέση παραμεσонеφρικής και μεσонеφρικής αρχής επιδηλίων και η ομοιότητα μεταξύ του επιδηλιακού στοιχείου του όγκου Brenner και του ουροθηλίου, είναι τα στοιχεία που ενισχύουν την άποψη μέσω της ουροθηλιακής οδού διαφοροποίησης.

- από τις πύλες των ωοθηκών

όπου υπάρχουν αρκετές υφές μεσонеφρικής αρχής και από τις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί ένα νεόπλασμα αυτού του τύπου

*Καρκίνωμα από μεταβατικού τύπου κύτταρα ή κακοήδης όγκος Brenner*

- από καλοήδη όγκο Brenner

- από το επιφανειακό επιδηλίο μέσω ουροθηλιακής οδού διαφοροποίησης.

## 2. ΒΑΣΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ <sup>1,3</sup>

2.1. Συχνότης: 60% όλων των νεοπλασμάτων των ωοθηκών

80-90% των κακοήδων όγκων των ωοθηκών

2.2. Ηλικία: Σπάνια εμφανίζονται πριν την εφηβεία

Συνήδεις στην περιεμμηνοπαυσιακή ηλικία

Μέση ηλικία

καλοήδων: 45

οριακών: 50

κακοήδων: 55

2.3. Συμπτώματα:

Τοπικά: Συχνουρία, δυσκοιλιότητα, αίσθημα τοπικού βάρους

Σε μεγαλύτερους ή ταχύτερα αυξανόμενους όγκους: Πυελικός πόνος ή δυσφορία (50%), κοιλιακή διόγκωση (50%), μητρορραγία (30%), συμπτώματα από το γαστρεντερικό (20%), συμπτώματα από το ουροποιητικό (15%).

#### 2.4. Αιτιολογία:

Ενοχοποιούνται η υπερβολική ωοτοκία και τα υψηλά επίπεδα γοναδοτροπίνης, με βάση το γεγονός της συχνότερης εμφάνισης τέτοιων όγκων σε γυναίκες χωρίς παιδιά ή με άκυση σε ηλικία πάνω από τα 30. Ο προστατευτικός ρόλος των κυήσεων, του δηλασμού, των αντισυλληπτικών, της υστερεκτομής, της σαλπινγικής περιδέσης ενισχύει αυτήν την άποψη όπως και ο αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες που παίρνουν φάρμακα για ωορρηξία. Παρατηρείται όμως απουσία προστασίας από την χορήγηση οιστρογόνων και αμφισβητείται η επίδραση της ηλικίας εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.

#### 2.5. Γενετικοί παράγοντες<sup>4</sup>

Ο οικογενής καρκίνος των ωοθηκών ανήκει στην κατηγορία των επιθηλιακών-στρωματικών νεοπλασμάτων και αποτελεί το 3-17% του συνόλου των. Μπορεί να είναι τοποειδικός ή να εντάσσεται στο σύνδρομο καρκίνου μαστού / ωοθήκης. Αφορά γυναίκες νεότερης ηλικίας και είναι συνήδως ορώδους τύπου. Έχει βρεθεί ότι το ογκοκατασταλτικό γονίδιο BRCA1 είναι το προδιαθεσικό γονίδιο για το σύνδρομο καρκίνου μαστού / ωοθήκης. Οι σποραδικοί όμως καρκίνοι δεν έχουν προς το παρόν συνδεθεί με κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο.

#### 2.6. Σταδιοποίηση (κατά FIGO):

Αφορά τους οριακούς και κακοήδεις όγκους. Βασίζεται στα κλινικά και λαπαροσκοπικά ευρήματα.

Περιλαμβάνει την τελική ιστολογική εξέταση και την κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού ή του εκπλύματος του περιτοναίου.

Η αφαίρεση του επιπλόου γίνεται σαν μέρος της σταδιοποίησης αλλά και της θεραπείας.

Επίσης γίνεται βιοψία ενδεχομένων περιτοναϊκών αλλοιώσεων και πυελικών και παραορτικών λεμφαδένων.

#### 2.7. Θεραπεία:

Χειρουργική αφαίρεση: Ικανή θεραπεία για τους καλοήδεις και για τους περισσότερους οριακούς. Στους κακοήδεις εκτός από την ριζική υστερεκτομή -σαλπινγγοωθηκτομή ο στόχος είναι η κατά το δυνατόν ελάττωση του νεο-

πλασματικού ιστού που παραμένει στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Χημειοθεραπεία: Η αποτελεσματικότερη συμπληρωματική θεραπεία για τον επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών μετά την χειρουργική αφαίρεση.

Ακτινοθεραπεία: Αμφισβητούμενος ο ρόλος της

#### 2.8. Πρόγνωση-Επιδημιολογία:

Είναι πιο κακοήδη από τα νεοπλάσματα γεννητικής ταινίας -στρώματος και από τους κακοήδεις όγκους από βλαστικά κύτταρα.

### 3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ<sup>2,3</sup>

Σκοπός της ταξινόμησης - ομαδοποίησης σε κατηγορίες με παρόμοια χαρακτηριστικά και ιδιότητες- και της αναζήτησης των σχέσεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων νεοπλασμάτων είναι η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των ειδικοτήτων που ασχολούνται με το συγκεκριμένο αντικείμενο και δεν είναι πάντα, όπως και για τους όγκους των ωοθηκών, επιστημονικά απόλυτα τεκμηριωμένη.

3.1. *Ανάλογα με την μορφολογία τους κατατάσσονται αυθαίρετα σύμφωνα με τις οδηγίες της Π.Ο.Υ. και της F.I.G.O. σε τρεις κατηγορίες:*

- α. Καλοήδεις
- β. Άτυπους αυξητικούς ή οριακούς ή χαμηλής δυνητικής κακοηθείας
- γ. Κακοήδεις

3.2. *Ανάλογα με την μακροσκοπική και μικροσκοπική εικόνα κατατάσσονται σε:*

1. Καλοήδεις
  - α. κυστικός (κυσταδένωμα, δηλώδες κυσταδένωμα)
  - β. δηλώδης (επιφανειακό δήλωμα)
  - γ. αδενώωμα (και κυσταδενώωμα)
2. Οριακής κακοηθείας (Καρκίνωμα χαμηλής δυνητικής κακοηθείας ή άτυπος αυξητικός)
  - α. κυστικός (κυσταδένωμα, δηλώδες κυσταδένωμα)
  - β. δηλώδης (επιφανειακό δήλωμα)
  - γ. αδενώωμα (και κυσταδενώωμα)
3. Κακοήδεις
  - α. αδενοκαρκίνωμα, δηλώδες αδενοκαρκίνωμα, δηλώδες κυσταδενοκαρκίνωμα
  - β. δηλώδης (επιφανειακό δήλωδες καρκίνωμα)
  - γ. κακοήδες αδενώωμα (και κυσταδενώωμα)

3.3. *Ανάλογα με την διαφοροποίηση του επιδηλιακού στοιχείου διακρίνονται σε:*

- A. Ορώδεις
- B. Βλεννώδεις(ενδοτραχηλικού, εντερικού και μικτού τύπου)
- Γ. Ενδομητριοειδείς
- Δ. Διαυγοκυτταρικοί
- E. Brenner (ή από μεταβατικού τύπου κύτταρα)
- Z. Μικτοί
- H. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
- Θ. Αταξινόμητοι

#### 4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΛΟΗΘΩΝ -ΟΡΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΩΝ -ΚΑΚΟΗΘΩΝ

Η ανάγκη για τον ορισμό της κατηγορίας των οριακής κακοηθείας (ή χαμηλής δυνητικής κακοηθείας ή άτυπων αυξητικών) προέκυψε από την παρατήρηση ότι πολλοί όγκοι που εμφανίζουν τα κριτήρια της κακοηθείας τόσο ιστολογικά όσο και κλινικά (με πολλαπλές εντοπίσεις στην λαπαροσκόπηση), είχαν εξαιρετικά καλή πορεία.<sup>4</sup>

Η ενδιάμεση αυτή κατηγορία ορίζεται ως εξής: Όγκοι που εμφανίζουν μεγαλύτερη κυτταρική αυξητικότητα από αυτήν των καλοήθων της ίδιας ομάδας, αλλά που δεν εμφανίζουν καταστροφική διήθηση του στρωματικού στοιχείου.

Τα κριτήρια που διακρίνουν τους άτυπους αυξητικούς ή οριακούς ή χαμηλής δυνητικής κακοηθείας από τους καλοήθεις είναι σχετικά ασαφή.

Ένας όγκος μπαίνει στην κατηγορία αυτή όταν εμφανίζει δύο από τα εξής χαρακτηριστικά:

- Επιδηλιακές εκβλαστήσεις (δηλές χωρίς αγγειοσυνδετικό άξονα με τάση των επιφανειακών κυττάρων να αποκολλώνται)
- Στοιβάδωση του επιδηλίου
- Μιτώσεις
- Πυρηνική ατυτία

Τουλάχιστον το 10% του διαδεσίμου υλικού πρέπει να εμφανίζει αυτές τις αλλοιώσεις.

Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι η διάκριση της πραγματικής διήθησης, πού είναι απαραίτητη για την κατάταξη ενός όγκου στην ομάδα των καρκινωμάτων, από διάφορες εικόνες ψευδοδιήθησης.

Βοηθητικά στοιχεία για τη διάκριση διήθη-

σης είναι τα εξής:

- Στους κυρίως κυστικούς όγκους (ορώδεις και βλεννώδεις): Διαταραχές στην παρυφή επιδηλίου- στρώματος που από ευρεία μεταπίπτει σε οξύαιχμη και πολύμορφη

- Στους κυρίως αδenoϊνωματώδεις όγκους (ενδομητριοειδείς και διαυγοκυτταρικούς): Αναρχη διάταξη αδενικών σχηματισμών διαφόρων μεγεθών και σχημάτων, με διαταραχή στον προσανατολισμό τους

- Διαταραχές στο στρώμα: Από κυτταροβριδές, ινώδες ή υαλοειδοποιημένο γίνεται αντιδραστικό, ανώριμο με λεπτοτοικωματικά κολλοειδή αγγεία και μοιάζει με κοκκιώδη ιστό.

#### 5. ΕΞΩΟΘΗΚΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Ένα σημαντικό σημείο στην συζήτηση για τους όγκους επιφανειακού επιδηλίου -στρώματος των ωοθηκών, είναι οι αλλοιώσεις του ορογόνου, όπως έγκλειστα, υπερπλασίες, μεταπλάσεις, πού είναι ενδεικτικές της συγγένειάς του με το μυλεριανό επιδηλίο, το ίδιο όπως και η εμφάνιση αντίστοιχων όγκων και σε άλλες δέσεις της γυναικείας πύελου εκτός των ωοθηκών. Η προέλευση των ιστολογικά όμοιων με τους όγκους επιφανειακού επιδηλίου-στρώματος ωοθηκικών, εξωωοθηκικών όγκων φαίνεται να είναι αυτές οι εστιακές περιτοναϊκές αλλοιώσεις. Οι πιο συνηθισμένες από αυτές είναι ορώδους τύπου-ενδοσαλπινγγίωση - και ενδομητρικού τύπου-ενδομητρίωση.<sup>5,6</sup>

Εξωωοθηκικές αλλοιώσεις, δηλώδεις ή κυστικές σε συνδυασμό με ορώδη όγκο ωοθήκης

- βρίσκονται κάτω από την επιφάνεια του πυελικού περιτοναίου, στο επίπλου ή σε πνευλικούς λεμφαδένες

- έχουν συνήθως τα ίδια χαρακτηριστικά με τον κυρίως ογκο της ωοθήκης αλλά λιγώτερο υποστρώμα

- μπορεί να διαφέρουν ως προς τη διαφοροποίηση από τον κυρίως ογκο-ιδίως επί οριακού ορώδους

- υπάρχει διχογνωμία για την προέλευσή τους και την κλινική σημασία τους

- όταν είναι καλοήθεις ή συνοδεύουν καλοήγη ωοθηκικό όγκο θεωρούνται ότι προκύπτουν από τοπική μετάπλαση (ενδοσαλπινγγίωση)

- όταν συνοδεύουν οριακού τύπου όγκο, λόγω της αμφιβολίας κατά πόσον αφορούν μεταστάσεις, ονομάζονται εμφυτεύσεις και μπορεί να διαφέρουν από τον κυρίως όγκο (από

καλοήθεις μέχρι διηθητικές)

- οι μη διηθητικές εμφυτεύσεις μπορεί να είναι δύο τύπων:

- επιθηλιακές: που μοιάζουν με τις δηλές του οριακού τύπου όγκου

- δεσμοπλαστικές: που αποτελούνται από πυκνό στρώμα με φλεγμονώδη στοιχεία το οποίο περικλείει αδένια, δηλές ή μεμονωμένα επιθηλιακά κύτταρα καθώς και ψαμμώδη σωμάτια χωρίς όμως καταστροφική διήθηση

- εφόσον είναι διηθητικές, η περίπτωση πρέπει να θεωρηθεί χαμηλής κακοηθείας καρκίνωμα

- εφόσον είναι καλοήθεις ή οριακού τύπου, πρέπει να επισημαίνονται και η ασθενής να παρακολουθείται

- επιθηλιακά στοιχεία μπορεί να βρεθούν

στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες και να μην είναι απαραίτητως μεταστάσεις αλλά εμφυτεύσεις

- τα ίδια ισχύουν για περιπτώσεις όπου οι αλλοιώσεις αυτές δεν συνοδεύονται από όγκο στην ωοθήκη

- 10% των εκτεταμένων ενδοπεριτοναϊκών ορώδων καρκινωμάτων σχετίζονται με ωοθηκές φυσιολογικές ή ελάχιστα προσβεβλημένες

- παρόμοιας μορφολογίας αλλοιώσεις μπορεί να παρατηρηθούν και στην επιφάνεια ή την μάζα ενός οριακού ορώδους όγκου και ονομάζονται αυτοεμφυτεύσεις. Πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από πραγματική διήθηση.<sup>7</sup>

Παρόμοια προβλήματα έχουν προκύψει για τους βλεννώδεις όγκους των ωοθηκών και συζητούνται σε άλλη θέση αυτού του τεύχους.

## SUMMARY

**H. Karaiossifidi, G. Liapi-Avgeri**

*Pathology Department, General District Hospital of Elefsina "Thriassio"*

*Those tumors known as common epithelial tumors are generally accepted as arising from the modified surface mesothelium and the subjacent stroma of the ovary. Because of this origin they are now named surface epithelial -stromal tumors. These neoplasms have common characteristics with tumors found elsewhere in the upper female genital tract, supporting the theories of their common histogenesis. They are by far the commonest tumors of the ovaries, benign or malignant. Their classification is based on epithelial differentiation or on biological behavior as well as on macroscopic and microscopic pattern. In this paper we attempted to classify the macroscopic, microscopic and some clinical and epidemiological characteristics of these tumors in tables, in order to make obvious their resemblances and differences.*

**Key words:** *Ovarian tumors, tumors of surface epithelium-stoma*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Langley F A , Fox H. Ovarian tumors: classification, histogenesis and aetiology. In: Fox H (ed) and Wells M. Obstetrical and Gynaecological Pathology .4<sup>th</sup> ed, Churchill Livingstone, , Edimburgh, 1995, 727-742.
2. Clement P. Nonneoplastic Lesions of the ovary and Diseases of the Peritoneum. In: Kurman R.(ed) Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 4<sup>th</sup> ed Springer -Verlag, New-York 1994, 597-704.
3. Russel P, Bannatyne P M Surgical pathology of the ovaries . Churchill Livingstone, Edimburgh, Surface epithelial - stromal tumors of the ovary 1989, 189-314.
4. Travis LB, Curtis RE, Boice JC, Platz CE, Hankey BF, Fraumeni JF. Second malignant neoplasms among long- term survivors of ovarian cancer . Cancer Res.1996, 56(7):1564-70.
5. Young R H, Bell D A , Clement P B. Recent advances in the Pathology of Ovarian Tumors. Modern Path 1995, 8(9):930-959.
6. Zhou J, Iwasa Y, Konishi I, Kan N, Kannagi R, Kobashi Y, Kim YC, Yamabe H. Papillary serous carcinoma of the peritoneum in women. A clinicopathologic and immunohistochemical study. Cancer 1995, 76(3):429-36.
7. Nayar R, Siriaunkgul S, Robbins KM, McGowan L, Ginzan S, Silverberg SG. Microinvasion in

- low malignant potential tumor of the ovary. *Hum Pathol* 1996, 27(6):521-7.
8. Rothacker D, Mobius G. Varieties of serous surface papillary carcinoma of the peritoneum in northern Germany: a thirty -year autopsy study. *Int J Gyn Pathol* 1995, 14(4):310-8.
  9. Chuaqui RF, Zhuang Z, Emmert-Buck MR, Bryant BR, Nogales F, Tavassoli F, Merino MJ. Genetic analysis of synchronous mucinous tumors of the ovary and appendix. *Human Pathology* 1996, 27(2):165-71.
  10. Shenson DL, Galion HH, Powell DE, Pieretti M. Loss of heterozygosity and genomic instability in synchronous endometrioid tumors of the ovary and endometrium . *Cancer* 1995, 76(4):650-7.
  11. Dabbs DJ, Sturtz K, Zaino RJ. The immunohistochemical discrimination of endometrioid adenocarcinomas. *Hum Pathol* 1996, 27(2):172-7.
  12. Fujita M, Enomoto T, Wada H, Inoue M, Okudaira Y, Shoyer KR. Application of clonal analysis. Differential diagnosis for synchronous primary ovarian and endometrial cancers and metastatic cancer. *Am J Clin Pathol* 1996, 105(3):350-9.
  13. Norris HJ. Proliferative endometrioid tumors and endometrioid tumors of low malignant potential of the ovary. *Int J Gynecol Pathol* 1993, 12(2):134-40.
  14. Τσίκου-Παπαφράγκου Α, Γρηγορίου Μ, Τσαγκαράκης Γ, Κουβερτιανού Ο, Γεροπούλου Ε, Πάτσαλος Χ,Μπαρμπάτη Κ Κακοήδης όγκος Brenner ωοθήκης .*Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής* 1995, 9(2):91-95.