

یک گزارش از فیبروم پارازیتیک

دکتر پروین تدین^۱، دکتر داریوش ناظمی سلمان^۲، دکتر عبدالمجید قائم پناه^۳

نویسنده‌ی مسوول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، بیمارستان آیت الله موسوی tadayon@zums.ac.ir

دریافت: ۹۰/۱۰/۲۶ پذیرش: ۹۱/۳/۳۰

خلاصه: بیمار خانم ۳۷ ساله‌ای بود که به علت درد شکم شدید مراجعه کرد. در معاینه توده‌ی بزرگ از روی شکم لمس شد و سونوگرافی فیبروم به ابعاد $101*100*105$ میلی‌متر مکعب را در فوندوس رحم گزارش نمود. این بیمار جهت هیستریکتومی بستری شد و در ضمن عمل جراحی پس از باز شدن جدار شکم بیمار، خون ریزی شدید ایجاد گردید که باعث افت فشارخون بیمار شد. عروق متعددی از فیبروم به مزانترایلیوم متصل بود. فیبروم خارج گردید. محل خونریزی مزانتر روده با سوچور سیلیک کنترل شد. رحم و تخمدان‌ها خارج نشد. برای چنین مشکلی علاوه بر سونوگرافی، CT و MRT توصیه می‌شود.
واژگان کلیدی: فیبروم، مزانترایلیوم، رحم

مقدمه

فیبروم توموری خوش‌خیم و شایع در سنین پره منوپوز می‌باشد که تشخیص و درمان آن معمولاً مشخص می‌باشد؛ ولی در انواع نادر آن تشخیص و درمان مشکل است. علت ایجاد فیبروم به طور کامل شناخته نشده است؛ ولی مطالعه بر روی حیوانات نشان می‌دهد که برای پیدایش این تومور ممکن است یک محیط استروژنی ضرورت داشته باشد. این تومورها ممکن است در رحم به صورت زیرسروزی، یا داخل مخاطی و یا زیر مخاطی باشند. تومور در زنان افریقایی - امریکایی شایع‌تر از زنان سفید پوست است. فیبروم‌های بدون علامت ممکن است در ۴۰ تا ۵۰ درصد از زنان بالای ۴۰ سال روی دهند. این تومورها ممکن است

به‌طور منفرد تظاهر کند ولی اغلب متعدد است. فیبروم‌ها می‌تواند طیفی از علایم بالینی از یک خونریزی غیرطبیعی تا فشار داخل لگن را ایجاد کنند ولی کمتر از نیمی از آن‌ها علامت‌دار می‌شوند. فیبروم‌های پارازیتیک نادر هستند که توسط یک پایه به رحم وصل بوده، گاهی علایم شکم حاد در اثر پیچ خوردگی پدییکول آن ایجاد می‌کنند. فیبروم‌های پارازیتیک ابتدا به صورت فیبروم‌هایی هستند که توسط پدییکولی باریک به رحم وصل هستند ولی با گذشت زمان ارتباط آن‌ها با منشا رحمی کمتر شده، پدییکول نازک‌تر شده، فیبروم به احشای مجاور چسبیده با ایجاد نئواسکولایزاسیون، تغذیه‌ی فیبروم توسط این عروق جدید انجام می‌پذیرد.

۱- متخصص زنان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- متخصص پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

معرفی مورد

بیمار خانم ۳۷ ساله‌ای بود، که به علت درد نسبتاً شدید شکم مراجعه کرده بود. در معاینه از روی شکم توده‌ی بزرگی لمس شد. سیکل‌های قاعدگی مرتب بود، سابقه‌ی دو بار سزارین و یک بار سقط داشت. سونوگرافی فیروم به ابعاد $105 \times 101 \times 100$ میلی‌متر مکعب در فوندوس رحم گزارش شد. او اولین بار به علت درد شکم در بهمن‌ماه سال ۸۸ متوجه مشکل خود شده بود و تمایلی به هیستریکتومی نداشت، به همین علت پس از بین رفتن درد شکم مراجعه نکرد. بالاخره در اواخر فروردین سال ۸۹ به علت شروع مجدد دردها مراجعه نمود و پس از توضیحات لازم به هیستریکتومی رضایت داد و در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان پس از انجام آزمایشات لازم بستری شد. قبل از عمل $Hb = 11/3$ و $Hct = 35/2\%$ بود. در جریان عمل جراحی انسزیون میدلاین داده شد، این برش به علت بزرگ بودن توده تا چند سانتی‌متر بالای ناف گسترش داده شد. پس از باز کردن شکم، توده‌ی بزرگ فیروم مشاهده شد. اقدام به بررسی توده شد، ولی قبل از بررسی کامل توده، خونریزی شدید ایجاد گردید و باعث افت شدید فشار خون بیمار شد که اقدامات لازم توسط متخصص محترم بیهوشی انجام شد، برای بررسی محل خونریزی فوراً توده‌ی فیروماتوز انسزیون شکم بیرون آورده شد. یک فیروم بزرگ ساب سروز دیده شد، که توسط پدیکول باریکی به فوندوس رحم وصل بود که این پدیکول پس از گره زدن بانخ کرومیک قطع شد. این توده به ارگان‌های مجاور ظاهراً چسبندگی نداشت و از انسزیون به راحتی خارج گردید. محل خونریزی شدید در سطح فوقانی مزانتر ایلپال مشاهده گردید. فیروم توسط عروق متعدد به مزانتر ایلپوم (۳۰ سانتی‌متر مانده به انتهای ایلپوم) وصل بود و خون‌رسانی آن توسط این عروق انجام می‌شد. این عروق در زمان باز کردن شکم چون در سطح خلفی فیروم بودند، دیده نشدند و احتمالاً در زمان باز کردن شکم و در اثر جابجایی و دستکاری

خود به خود پاره شده، باعث خونریزی شدید و ناگهانی شده بودند. برای کنترل خونریزی، نقاط خونریزی دهنده روی مزانتر ایلپوم بانخ سیلک Plicat شد. ایلپوم از نظر تغییر رنگ و سالم بودن مشکلی نداشت. بیمار ضمن عمل جراحی و پس از آن در مجموع ۵ واحد خون، در حدود ۱۵۰۰ سی‌سی خون دریافت کرد، رحم و تخمدان‌ها نرمال بود، و به همین علت هیستریکتومی انجام نشد و پس از ۵ روز با حال عمومی خوب مرخص شد.



شکل ۱: فیروم خارج شده از حفره شکم (سطح غدامی)



شکل ۱: فیروم خارج شده از حفره شکم (سطح خلفی)

در موقع ترخیص $Hb = 11/7$ و $Hct = 34/8\%$ گزارش شد. ده روز پس از عمل جراحی بخیه‌های پوست برداشته شد.

بیمار یک ماه پس از عمل جراحی ویزیت شد، مشکل خاصی نداشت. جواب پاتولوژی فیبروم با وزن ۷۵۰ گرم و ابعاد ۸*۱۴*۱۲ سانتی متر گزارش شد.

بحث

به ندرت فیبروم ساب سروز ممکن است عروق خون رساننده‌ی خود را از سایر ارگان‌ها دریافت کند. شایع‌ترین محل دریافت خون‌رسانی فیبروم‌های پارازیتیک از اومتوم است. این نوع فیبروم ممکن است، ارتباطشان با رحم به‌طور کامل قطع شده، یا توسط پدیکول باریکی به آن وصل باشد. گزارش از فیبروم‌های پارازیتیک در متون جدید کم است. یک مقاله‌ی مروری تعداد فیبروم‌های پارازیتیک گزارش شده از سال ۱۹۰۹ را ۳۷ مورد ذکر کرده است. نویسنده‌ی مقاله خودش نیز دو مورد فیبروم پارازیتیک گزارش کرد، که یکی به رحم و دیگری به سروز کولون سیگموئید وصل بود (۱). در گزارشی دیگر بیمار دارای فیبروم رحمی با چسبندگی به قسمت دیستال ایلوم بود که باعث خونریزی شدید از قسمت تحتانی گاستروانتستینال شده بود. تشخیص قبل از عمل جراحی با آرتیوگرافی سلکتیو شریان مزانتریک فوقانی داده شده بود. این بیمار لاپاراتومی تشخیصی، هیستریکتومی و رزکسیون روده شده بود، نتیجه‌ی پاتولوژی خونریزی از عروق دیلاته از ساب موکوز روده را نشان داده بود (۲). در بیمار ما عروق خون رساننده به فیبروم از مزانترا لیوم بود و عروق به داخل لومن روده نرفته بودند. در یک مطالعه Case Series که به‌طور رتروسپکتیو انجام شد، فیبروم‌های پارازیتیک بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ مورد بررسی قرار گرفتند؛ در این بررسی ۱۲ مورد مطالعه شد. در این گزارش ۶ کیس به دنبال استفاده از تخریب میوم رحم توسط لاپاراسکوپی، ۲ کیس به دنبال تخریب میوم توسط لاپاراتومی،

و ۴ کیس میوم پارازیتیک اولیه گزارش شدند. در این گزارش میوم چسبیده به مثانه و ۶ مورد میوم پارازیتیک سیستم گاستروانتستینال گزارش شد (۳). در گزارشی دیگر یک فیبروم بزرگ پارازیتیک که عروق خونی خود را از اومتوم دریافت می‌کرد و توسط پدیکول باریکی به رحم وصل بود، گزارش شد. سونوگرافی تشخیص فوق را مطرح نکرده بود (۴). در گزارش دیگر در یک خانم ۴۴ ساله با یک فیبروم بزرگ عروق خونی از ایلیاک مشترک (Common Iliac) دریافت می‌شد، که هیستریکتومی انجام شد (۵). موردی دیگر از فیبروم پارازیتیک، فیبروم از مزانتر رکتوسیگموئید، عروق خونی خود را دریافت می‌کرد، گزارش شد، برداشتن فیبروم بدون هیستریکتومی و با همکاری جراح زنان و جراح عمومی انجام گردید (۶). در این بیمار مشابه بیمار ما هیستریکتومی انجام نشد. در بیمار ما نیز عمل با همکاری متخصص زنان و جراح عمومی انجام شد. در بیشتر بیماران، فیبروم‌های پارازیتیک قبل از عمل توسط معاینه و انجام سونوگرافی از سایر انواع فیبروم‌های رحمی قابل افتراق نبوده‌اند. گزارش‌ها اذغان می‌نمایند که بررسی‌های بیشتر رادیولوژیک قبل از عمل و استفاده از سیتی اسکن و MRI در تشخیص فیبروم‌های پارازیتیک و در نتیجه آمادگی بیشتر تیم جراحی و برنامه‌ریزی قبل از عمل مفید است (۸ و ۹). به نظر می‌رسد سونوگرافی در بررسی بعضی از فیبروم‌های بزرگ به تنهایی قبل از عمل کافی نبوده، برحسب وضعیت بالینی باید در مورد انجام سیتی اسکن و MRI تصمیم‌گیری شود.

References

- 1- Putran J, Khaled K. Parasitic leiomyomas: two case reports and review of literature. *Gynecol Surg*. 2010; 7: 383-4.
- 2- Radar JS, Binette SP, Brandi TD, Sreekanth S, Chhabalani A. Ileal hemorrhage caused by a parasitic uterine leiomyoma. *Obstet Gynecol*. 1990; 76: 531-4.
- 3- Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas, *Obstet Gynecol*. 2009; 114: 611-5.
- 4- Okoro I, Ododo R, Parasitic leiomyoma: a diagnostic dilemma A case report. *Niger J Clin Pract*. 2007; 10: 349-51.
- 5- Phupong V, Darojn D, Ultchaswadi P. Parasitic leiomyoma: a case report of an unusual tumor and literature review. *J Med Assoc Thai*. 2003; 86: 986-90.
- 6- Odofin O, Nasir N, Satyadas T, et al. An unusual case of ectopic or "parasitic" leiomyoma excised by laparoscopic surgery. *Surg*. 2004; 89: 161-3.
- 7- Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual location, rare manifestation. *Radiographics*. 2008; 28: 1931-48.
- 8- Cohen DT, Olive E, Hahn PF, Fuller AF Jr, Lee SI. Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns: imaging with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2007; 188: 246-55.
- 9- Richard L, Zampolin MD, Shi A. Radiologic evaluation of mesenchymal tumors of the female genital tract. *Surgical Pathology Clinics*. 2009; 2: 581-602.

A Report of Parasitic Fibroma

Tadayon P¹, Nazemi Salman D¹, Ghaem panah A¹

¹Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Tadayon P, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: tadayon@zums.ac.ir

Received: 20 Jun 2011 **Accepted:** 16 Jan 2012

The patient was a 37-year-old woman with abdominal pain. A huge mass was noticed during the abdominal examination, and ultrasonography reported a large uterine fibroma with the size of 105x100x101 mm. The patient was hospitalized for abdominal hysterectomy. During the operation, opening the parietal peritoneum led to a massive bleeding and a drop in patient's blood temperature. The fibroma was supplied by ileal mesentery vessels that were the main source of the bleeding. The ileal mesentery bleeding was controlled by silk suturing. We resected the fibroma but did not do a hysterectomy. Not only sonography but also CT and MRI are recommended to Such a problem.

Keywords: *Fibroma, Uterus, Ileal mesentery*