

تشخیص هیستوپاتولوژیک فیبرومای تخمدان در یک خانم ۵۰ ساله

سید عیسی صالحی دهنو^۱، خاطره روزبهی^۲، زهرا اسدی کلمه^۳، زینب صالح پور^۴

^۱ گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳ مرکز تحقیقات توسعه بالینی بیمارستان امام سجاد (ع)، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۴ مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: فیبرومای تخمدان شایع‌ترین تومور جامد تخمدان است که به ندرت با سندروم مایگز همراه است. بیماران معمولاً با ناراحتی شکمی مراجعه می‌کنند و تاکنون گزارشی از درد کشاله ران مرتبط با آن وجود نداشته است. برای تشخیص اولیه از تصویربرداری با اشعه ایکس و داده‌های آزمایشگاهی استفاده می‌شود. درمان رایج، برداشتن تومور از طریق لاپاروتومی یا لاپاراسکپی است. لذا هدف از این مطالعه تعیین و تشخیص هیستوپاتولوژیک فیبرومای تخمدان در یک خانم ۵۰ ساله بود.

گزارش مورد: بیمار خانم ۵۰ ساله با تشخیص فیبرومای تخمدان با درد کشاله ران راست می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ با مراجعه به بخش زنان بیمارستان امام سجاد (ع) شهر یاسوج بود که منشا گرفته از تخمدان راست و متصل به رتروپریتوان، ارایه شده است. بیمار سابقه‌ی سزارین و هیستروکتومی داشت. سونوگرافی، یک ضایعه داخلی در سمت راست حفره لگنی نشان داد و سی‌تی اسکن، کیست ساده برای تخمدان چپ نشان داد. بیمار تحت بیهوشی عمومی لاپاروتومی شد، توده‌ای ۷ سانتی‌متری مشاهده و با روش اوفورکتومی برداشته شد. تشخیص هیستوپاتولوژیک پس از عمل، فیبرومای تخمدان را تأیید کرد. این مورد بر اهمیت نظارت حین عمل جراح انکولوژیست زنان برای تشخیص و مدیریت بهتر بیماران مبتلا به فیبرومای تخمدان تأکید دارد.

نتیجه‌گیری: برخی توده‌های تخمدانی مانند فیبروم می‌توانند موجب بروز درد در ناحیه کشاله ران شوند و گاهی ساختاری پایه‌دار دارند. در بسیاری از موارد، اقدامات اولیه مانند سونوگرافی یا آزمایش‌های قبل از جراحی نمی‌توانند ماهیت دقیق توده را مشخص کنند. به همین دلیل، نویسندگان توصیه می‌کنند که در مواجهه با چنین مواردی، بررسی‌های پیشرفته‌تر تصویربرداری انجام شود. همچنین، انجام عمل جراحی در این شرایط بهتر است با مشارکت مستقیم جراح متخصص انکولوژی زنان همراه باشد تا تصمیم‌گیری‌های لازم در حین جراحی به‌درستی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: فیبروم، لاپاروتومی، درد شکم، اوفورکتومی

* نویسنده مسئول: زهرا اسدی کلامه، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مرکز تحقیقات توسعه بالینی بیمارستان امام سجاد (ع)

Email: Zasadik66@gmail.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

جوان‌تر نیز گزارش شده است (۷). یکی از چالش‌های مهم در مدیریت این بیماران، تشخیص پیش از عمل توده است، چرا که تشخیص آن بر اساس یافته‌های سونوگرافی قبل از عمل اغلب دشوار است. بسیاری از بیماران ممکن است علایم بالینی مشخص و بارزی نداشته باشند، اما در برخی، درد شکمی یا احساس ناراحتی مبهم در ناحیه لگن و شکم از جمله شکایات شایع است (۶). این علایم می‌توانند موجب ارجاع بیمار برای بررسی‌های بیشتر تصویربرداری و آزمایشگاهی شوند.

درمان قطعی فیبرومای تخمدان، برداشتن جراحی توده از طریق یکی از دو روش لاپاراسکوپی یا لاپاروتومی است (۸). انتخاب روش جراحی به عواملی مانند اندازه تومور، وضعیت بالینی بیمار، تجربه جراح و احتمال بدخیمی بستگی دارد. در بسیاری از موارد، به‌ویژه در زنان یائسه یا بیمارانی که نیاز به حفظ باروری ندارند، سالپینگو-اوفورکتومی (برداشتن تخمدان و لوله فالوپ) به عنوان گزینه درمانی مطرح می‌شود. با این حال، یکی از نگرانی‌های مطرح در جراحی به روش لاپاراسکوپی، به‌ویژه در تومورهای بزرگ یا سفت، دشواری در استخراج فیبروم از طریق منافذ کوچک لاپاراسکوپی است (۸ و ۶). این موضوع ممکن است منجر به افزایش زمان جراحی، نیاز به گسترش برش‌ها یا حتی تغییر روش جراحی به لاپاروتومی شود. از این رو، انتخاب رویکرد جراحی

فیبرومای تخمدان یک تومور جنسی - استرومایی (Sex cord-stromal tumor) تخمدان است که که از بافت همبند و سلول‌های استرومایی منشأ می‌گیرد و ۴-۱ درصد از کل تومورهای تخمدان را شامل می‌شود (۳-۱). اگرچه درصد نسبتاً کمی از کل تومورها را تشکیل می‌دهد، اما از نظر بالینی اهمیت قابل توجهی دارد، به‌ویژه در مواقعی که با تظاهرات غیرمعمول همراه باشد یا با بیماری‌های دیگر اشتباه گرفته شود.

در موارد نادر، تقریباً در حدود ۱ درصد موارد، فیبرومای تخمدان با سندروم مایگز (Meigs' syndrome) همراه است که در آن مجموعه‌ای از علایم از جمله وجود آسیت مشاهده می‌گردد (۴). این موارد ممکن است به عنوان تومورهای بدخیم تخمدان و اندومتريوز تخمدانی، به ویژه در صورت سطح بالای CA-۱۲۵، اشتباه تشخیص داده شوند (۶ و ۵). این شرایط می‌تواند منجر به نگرانی‌های بالینی و درمانی غیرضروری یا تصمیم‌گیری‌های درمانی محافظه‌کارانه‌تر شود.

از نظر اپیدمیولوژیک، فیبرومای تخمدان معمولاً در دوره قبل از یائسگی یا یائسگی تشخیص داده می‌شود، که احتمالاً به دلیل تغییرات هورمونی و کاهش فعالیت فولیکولی تخمدان در این دوره‌هاست؛ با این حال، موارد متعددی از این تومور در بیماران

مناسب نیازمند بررسی دقیق شرایط بیمار و ارزیابی کامل قبل از عمل است.

با توجه به دشواری تشخیص پیش از عمل فیبرومای تخمدان و اهمیت انتخاب مسیر درمانی مناسب، هدف از این مطالعه گزارش تشخیص هیستوپاتولوژیک فیبرومای تخمدان در یک خانم ۵۰ ساله بود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۰ ساله با فیبرومای تخمدان ساقه‌دار ارایه می‌شود که با درد شکمی و کشاله ران راست به بخش زنان بیمارستان امام سجاد(ع) یاسوج ارجاع داده شد، این درد به ران راست منتشر می‌شد. بیمار هوشیار بود و از نظر زمان، مکان و فرد آگاهی داشت و رضایت آگاهانه را امضا کرد. او سابقه سزارین و هیستروکتومی ۳۲ سال قبل به علت چسبندگی جفت در زایمان اول خود داشت. در معاینه فیزیکی، شکم حساس و توده‌ای در ربع پایینی راست قابل لمس بود.

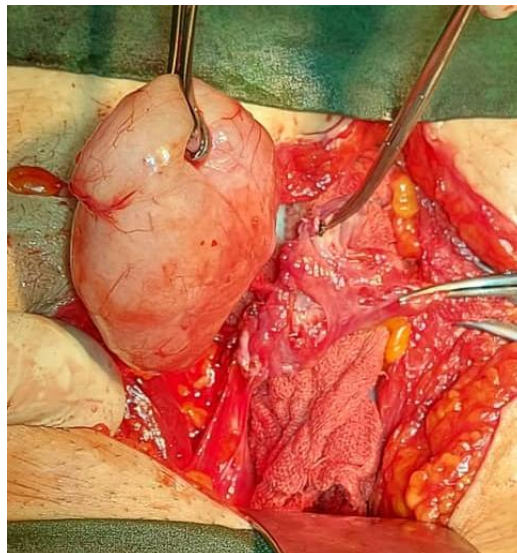
سونوگرافی، یک ضایعه به اندازه ۳۳×۴۴ میلی‌متر با واسکولاریته داخلی در سمت راست حفره لگنی نشان داد(تصویر ۱). سی‌تی اسکن، کیست ساده برای تخمدان چپ نشان داد. MRI ناحیه‌ای با ماهیت

ناهمگون را در بخش آدنکس راست، در زیر تخمدان راست نشان داد و اطراف آن بافت چربی طبیعی دیده می‌شد. آزمایشات آزمایشگاهی از جمله CBC، بیوشیمی، هورمون‌های باروری، مارکرهای تومور ایمنی‌سنجی، عملکرد تیروئید و آنالیز ادرار طبیعی بودند. CA-۱۲۵ برابر با ۴/۲۴ واحد بر میلی‌لیتر و LDH برابر با ۲۹۱ واحد بر لیتر بود.

بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت و پس از آماده‌سازی، لاپاروتومی در محل اسکار قبلی انجام شد. در حین لاپاروتومی آسیب مشاهده نشد، قبل از ورود به حفره لگنی، توده‌ای به اندازه ۷ سانتی‌متر در فضای خارج صفاقی مشاهده شد. توده شناسایی و جدا شد(تصویر ۲) و با توجه به این که ساقه‌دار بوده و به تخمدان راست و رتروپریتون متصل بود، با جراح انکولوژیست زنان مشورت شد و تیم جراحی تصمیم به انجام اوفورکتومی و برداشتن توده گرفت(تصویر ۳). توده خارج شده برای آزمایشات پاتولوژی ارسال شد و تشخیص فیبروم تأیید شد. نمونه از نظر بدخیمی منفی بود. بیمار سه روز پس از عمل بستری و سپس ترخیص شد. در پیگیری ۶ ماهه خود از زمان ترخیص، هیچ گونه درد شکمی را گزارش نکرد.



تصویر ۱: تصویر سونوگرافی که نشان دهنده‌ی یک ضایعه به اندازه ۳۳×۴۴ میلی‌متر با واسکولاریته داخلی در سمت راست حفره لگنی می‌باشد.



تصویر ۲: توده ۷ سانتی‌متری در فضای خارج صفاقی



تصویر ۳: توده ساقه‌دار که به تخمدان راست و رتروپریتوان متصل بود.

بحث

فیبرومای تخمدان به دلیل شباهت با تومورهای بدخیم، پیش از عمل به سختی قابل تشخیص است و این امر انتخاب درمان مناسب را دشوار می‌سازد. این مطالعه با هدف گزارش تشخیص هیستوپاتولوژیک فیبرومای تخمدان در یک خانم ۵۰ ساله انجام شد تا بر اهمیت دقت تشخیصی در تصمیم‌گیری درمانی تأکید شود.

فیبرومای تخمدان شایع‌ترین تومور جامد تخمدان است و در ۲-۵ درصد از تومورهای تخمدانی که به صورت جراحی خارج می‌شوند، یافت می‌شود (۴ و ۳). این تومور به ندرت با آسیت و افیوژن پلور همراه است که به عنوان سندروم مایگز شناخته می‌شود (۹). بسیاری از بیماران با درد شکمی مراجعه می‌کنند، با این حال هیچ گزارشی از ارتباط درد کشاله ران با فیبرومای تخمدان در دست نیست و این مورد ما را منحصر به فرد می‌کند.

تشخیص فیبرومای تخمدان با دشواری‌های زیادی همراه است. سونوگرافی و MRI می‌توانند قبل از جراحی یا تشخیص پاتولوژیک، تشخیص فیبرومای تخمدان را با فیبرومای رحمی یا سایر انواع توده‌های تخمدانی اشتباه کنند. گزارش شده است که ۳۴ درصد فیبرومای تخمدان قبل از جراحی به عنوان فیبرومای رحمی اشتباه تشخیص داده می‌شود (۸ و ۶).

به طور کلی، فیبرومای تخمدان چه به روش لاپاروتومی و چه به روش لاپاراسکوپي از طریق جراحی برداشته می‌شود. با این حال، ممکن است

خارج کردن ایمن تومور از حفره شکمی هنگام لاپاراسکوپي چالش برانگیز باشد (۶). ما یک لاپاروتومی پایین میانی انجام دادیم و سپس تصمیم به برداشتن توده از طریق اوفورکتومی گرفتیم.

تارکوانو و همکاران گزارش دادند که مجموعه‌ای از ۱۵ فیبرومای تخمدان با اوفورکتومی، برداشت ضمیمه و هیستریکتومی کامل با سالپینگو-اوفورکتومی دوطرفه مدیریت شده بودند (۱۰). موردی از فیبرومای لیگامان تخمدانی بزرگ که به عنوان فیبرومای رحمی ساقه‌دار در سونوگرافی لگنی دیده شد، نیز گزارش شده است (۱۱). یک فیبرومای تخمدانی ۱۵ سانتی‌متری یک‌طرفه در یک خانم ۲۴ ساله به روش لاپاراسکوپي برداشته شد و نویسندگان ترجیح دادند که فیبرومای تخمدان یا به روش لاپاراسکوپي یا از طریق لاپاروتومی برداشته شود، به ویژه هنگامی که تشخیص پیش از عمل مشخص نیست (۱).

عدم دسترسی به پیگیری‌های طولانی‌مدت پس از جراحی، ارزیابی تأثیرات بلندمدت درمان را محدود می‌سازد.

انجام پژوهش‌های آینده‌نگر با حجم نمونه بیشتر به منظور بررسی ویژگی‌های بالینی، تصویربرداری و هیستوپاتولوژیک فیبرومای تخمدان جهت بهبود دقت تشخیص پیش از عمل پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

فیبرومای تخمدان می‌تواند با درد کشاله ران همراه باشد و فرم‌های ساقه‌دار داشته باشد. آزمایشات رادیولوژیک و آزمایشگاهی پیش از عمل ممکن است تشخیص قطعی ارائه ندهند. از این رو، نویسندگان معتقدند که این موارد باید تحت نظارت جراح انکولوژیست زنان در حین عمل باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیش از تهیه و انتشار این گزارش موردی، رضایت آگاهانه کتبی از بیمار برای استفاده از اطلاعات بالینی و تصاویر مرتبط بدون افشای هویت وی اخذ شد. تمامی اطلاعات شخصی به صورت محرمانه نگهداری شده و در گزارش هیچ‌گونه اشاره‌ای به مشخصات هویتی بیمار نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش بر خورد لازم دانستند از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و بیمارستان امام سجاده (ع)، که محققین را در این طرح یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

سید عیسی صالحی دهنو: طراحی مطالعه و انتخاب مورد بالینی، خاطره روزبهی: گردآوری اطلاعات بالینی - نگارش اولیه مقاله - بازبینی و اصلاح نگارش نهایی مقاله، زهرا اسدی کلمه: طراحی مطالعه و انتخاب مورد بالینی - گردآوری اطلاعات بالینی - نگارش اولیه نسخه اصلی مقاله، زینب صالح‌پور: بازبینی و اصلاح نگارش نهایی مقاله.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. Najmi ZMA, Kadivar M, Tamannaie Z, Chaichian S. *Laparoscopic approach to a large ovarian fibroma: A case report*. Reprod Infertil 2014; **15**(57): 57-60.
2. Leung SW, Ovarian fibroma YP. *A review on the clinical characteristics, diagnostic difficulties, and management options of 23 cases*. Gynecol Obstet Invest 2006; **62**: 1-6.
3. Chechia A, Temime RB, Makhlouf T, Koubaa A. *Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas*. Am J Obstet Gynecol 2008; **199**(473): e1 -4.
4. Young RHR. *Ovarian sex cord-stromal tumors. Problems in differential diagnosis*. Pathology Annual 1998; **23**(Pt 1): 237-96.
5. Cha MY, You HJR, Lee SKS, Cho HJ, Kwon YS. *Meigs' syndrome with elevated serum CA 125 level in a case of ovarian fibrothecoma*. European Journal of Gynaecological Oncology 2014; **35**(6): 734 -7.
6. Son CE CJ, Lee JH, Jeon SW, Hong JH, Bae JW. *Laparoscopic surgical management and clinical characteristics of ovarian fibromas*. JSLS 2011; **15**:16 -20.
7. Ball A, Joan W, Eyk N. *Ovarian fibromas in pediatric patients with basal cell nevus (gorlin) syndrome*. Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology 2011; **24**(1): e5-e7.
8. Cho YJ, Kim HS, Joo KY, Kim M. *Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: a study of 97 cases*. Gynecologic and Obstetric Investigation 2013; **76**(3): 182 -7.
9. Meigs JVCJ. *Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax with report of seven cases*. Am J Obstet Gynecol 1937; **33**: 249-66.
10. Târcoveanu EDG, Niculescu D, Vasilescu A, Moldovanu R, Ferariu D, et al, *Ovarian fibroma in the era of laparoscopic surgery: A general surgeon's experience*. Acta Chir Belg 2007; **107**: 664-9.
11. Kwek LK, Wee-Stekly W, Chern SMB. *Uterine fibroid or ovarian fibroma: importance of comprehensive preoperative consent-taking to include unexpected findings with management implications*. Case Reports 2018; 2017-222608.

Histopathological Diagnosis of Ovarian Fibroma in a 50-Year-Old Woman

Salehi Dehno SE¹, Rouzbehi K², Asadi Kalameh Z^{3*}, Salehpour Z⁴

¹Department of General Surgery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Clinical Development Research Center, Imam Sajjad Hospital, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ⁴Clinical Research Center, Beheshti Hospital, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received Date: 04 Dec 2024 Accepted Date: 07 Apr 2025

Abstract

Background & aim: Ovarian fibroma is the most common solid ovarian tumor that is rarely associated with Myegs syndrome. Patients usually present with abdominal discomfort, and there have been no reports of associated groin pain. X-ray imaging and laboratory data are used for initial diagnosis. The common treatment is removal of the tumor via laparotomy or laparoscopy. Therefore, the aim of the present study was to determine and histopathologically diagnose ovarian fibroma in a 50-year-old woman.

Case report: A 50-year-old woman was diagnosed with ovarian fibroma with right groin pain, which was presented upon referral to the gynecological department of Imam Sajjad Hospital in Yasuj city in 2020, originating from the right ovary and connected to the retroperitoneum. The patient had a history of cesarean section and hysterectomy. Ultrasonography displayed an internal lesion on the right side of the pelvic cavity, and CT scan indicated a simple cyst for the left ovary. The patient underwent laparotomy under general anesthesia, a 7-cm mass was observed and removed by oophorectomy. The postoperative histopathological diagnosis confirmed ovarian fibroma. This case emphasizes the importance of intraoperative monitoring by a gynecological oncologist for better diagnosis and management of patients with ovarian fibroma.

Conclusion: Some ovarian masses, such as fibroids, can cause pain in the groin area and sometimes have a firm structure. In many cases, initial measures such as ultrasound or preoperative tests cannot determine the exact nature of the mass. For this reason, the authors recommend that more advanced imaging studies be performed in such cases. Furthermore, surgery in these situations is better to be performed with the direct participation of a gynecological oncologist so that the necessary decisions are made correctly during surgery.

Keywords: Fibroids, Laparotomy, Abdominal pain, Oophorectomy.

*Corresponding author: Asadi Kalameh Z, Yasuj, Yasuj University of Medical Sciences, Clinical Development Research Center, Imam Sajjad Hospital.

Email: Zasadik66@gmail.com

Please cite this article as follows: Salehi Dehno SE, Rouzbehi K, Asadi Kalameh Z, Salehpour Z. Histopathological Diagnosis of Ovarian Fibroma in a 50-Year-Old Woman. Armaghane-danesh 2025; 30(1): 173-180.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal