

گزارش یک مورد فیبروتکومای تخمدان در یک خانم پره منویوز با آمنوره اخیر

الهام شاه حسینی^۱، وحیده رحمانی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۴/۱۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: فیبروماها، تومورهای سالیب تخمدان هستند که معمولاً از بافت همبند منشأ می‌گیرند که از نظر اندازه بسیار متنوع هستند؛ از سائز کوچک در حد ندول‌های کوچک سطح تخمدان تا نئوپلاسم‌های بزرگ با وزن چند کیلوگرم.

معرفی بیمار: بیمار یک زن ۴۳ ساله، متأهل، بدون سابقه بارداری که با شکایت آمنوره طی ۶ ماه اخیر به بیمارستان الزهراء تریبیز مراجعه کرد. با توجه به بزرگی شکم، تعیین سائز دقیق رحم با معاینه لگنی امکان‌پذیر نبود. آزمایشات نرمال و CA-125=79/6 بود. در C.T اسکن پریکاردیال افیوژن خفیف، پلورال افیوژن وسیع ریه راست و یک توده سالیبسیستیک بدون حدود واضح به سائز ۹۱×۹۱×۱۱۴ mm بالای رحم با منشأ احتمالی از آدنکس چپ گزارش شد. در آدنکس راست یک کیست دارای مورال ندول به سائز ۴۳×۴۶ mm و مقدار زیادی مایع شکمی (آسیت) گزارش گردید. با توجه به علائم بیمار (بزرگی اخیر شکم، درد و آمنوره) و نتایج تصویربرداری پس از مشاوره، بیمار به همان‌توانکولوژیست ارجاع شد و ۹ جلسه کموتراپی انجام شد و سپس مجدداً C.T اسکن انجام شد. با توجه به مشاهدات C.T اسکن و معاینه بالینی بیمار، تحت لاپاراتومی و سالیپنگو اوفورکتومی دو طرفه قرار گرفت و میومکتومی انجام شد. نتیجه پاتولوژی شامل فیبروتکوما و کیست آدنوفیبروما و لیومیوما رحم بود که خوش‌خیم بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در مورد همراهی توده تخمدان با آسیت و پلورال افیوژن و الگوهای غیرطبیعی خونریزی رحمی لازم است توده‌های خوش‌خیم تخمدانی مثل فیبروتکوما همراه با سندرم میگز را در تشخیص‌های افتراقی قرار دهیم که با جراحی برداشتن نئوپلاسم‌های تخمدانی، مایع آسیت و پلورال افیوژن سریعاً تحلیل می‌رود.

کلیدواژه‌ها: آسیت، توده خوش‌خیم تخمدانی، سندرم میگز، میوم، پلورال افیوژن

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و چهارم، شماره چهارم، ص ۱۹۵-۱۹۱، تیر ۱۴۰۲

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان ارتش جنوبی، بیمارستان الزهراء، گروه زنان، بخش آنکولوژی. تلفن: ۰۴۱-۳۵۵۳۹۱۶۱

Email: Vahideh_rahmani@yahoo.com

مقدمه

ممکن است با آسیت همراه باشند و کمتر از ۱ درصد موارد هم با آسیت و هم با هیدروتوراکس همراهی دارند که به‌عنوان سندرم میگز شناخته می‌شود که خودبه‌خود با برداشتن تومور از بین می‌رود (۷). از لحاظ بافت‌شناسی از سلول‌های دوکی-بیضی یا گرد که حاوی مقادیر متنوعی کلاژن هستند، تشکیل شده است. بخش کوما (Comas) به سلول‌های تکای داخلی تخمدان شباهت داشته و متشکل از چربی است. هم‌پوشانی زیادی از لحاظ بافت‌شناسی و نیز ایمنوهِیستوشیمی بین ۲ جزء تشکیل‌دهنده "فیبروتکوما" وجود دارد (۸). این تومورها تمام رده‌های سنی را درگیر می‌کنند و در ۷۰ درصد موارد بیماران در Stage-I بیماری تشخیص داده می‌شوند، برخلاف تومورهای اپیتلیالی تخمدان که در Stage-III یا Stage-

سندرم میگز با آسیت، هیدروتوراکس و تومور تخمدان مشخص می‌شود که تصور بر این است که اختصاصی تومور فیبروماست (۱). فیبروما یا فیبروتکومای تخمدان جزء تومورهای استرومای طناب جنسی^۱ است (۲). این تومورها از جمله تومورهای سالیب و خوش‌خیم تخمدان هستند که حدود ۱ درصد تا ۴ درصد از کل نئوپلاسم‌های تخمدان را شامل می‌شوند (۳). حدود ۱۵ درصد از این بیماران دچار هیپرپلازی آندومتر (EH) می‌شوند و ۲۰ درصد به‌اشتباه به‌عنوان سرطان رحم تشخیص داده می‌شوند (۴). در موارد بسیار نادر هم‌زمانی این تومورها با میوم‌های رحمی گزارش شده است (۵،۶). حدود ۱۵ درصد-۱۰ درصد از فیبروتکوماهای تخمدانی

^۱ گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۲ گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول).

طبق آن افیوژن پلور و پریکارد از بین رفته بود و یک ضایعه کیستیک (114×91×91 mm) در قسمت لترال فوقانی رحم بدون مورال نودال و یک کیست 31×40 mm با سپتای ضخیم در آدنکس راست وجود داشت.

با توجه به مشاهدات C.T اسکن و معاینه بالینی تصمیم به انجام عمل برداشتن کامل رحم + هر دو تخمدان (TAH + BSO) و برداشتن کامل تومور گرفته شد.

لاپاراتومی جهت مرحله‌بندی انجام شد. حین عمل هیچ اثری از آسیت وجود نداشت، سایز رحم نرمال بود و دارای یک میوم کوچک بود. آدنکس راست به سایز 30×30 mm بود و نمای سالیید داشت. آدنکس چپ به سایز 150×100 mm دارای نماد سالیید و دارای یک ضایعه توموری چسبیده به آن بود (شکل ۱).

بن‌بست داگلاس، امنتوم، سطح روده، پیریتون و سایر سطوح سروزی شکم و لگن سالم بودند. لنف‌نودهای رتروپیریتون بزرگ نبود، درکل نمای ظاهری خوش‌خیم و شبیه سندرم میگر بود، بنابراین عمل میومکتومی و خروج هر ۲ لوله و تخمدان انجام شد و بافت جهت فروزن ارسال گردید که جواب فروزن در آدنکس سمت چپ فیبروتکوما و در مورد میوم رحم لیومیوما بود (شکل ۲).

در آدنکس سمت راست نیز سروز آدنوفیبروما (خوش‌خیم) گزارش شد، بنابراین رحم حفظ شد.



شکل (۱): نمای ماکروسکوپیکی کیست تخمدان راست



شکل (۲): نمای ماکروسکوپیکی توده بزرگ و سالیید آدنکس چپ

IV هستند (۹). میزان تشخیص قبل از عمل تومورهای گرانولوزای تخمدان به علت شیوع پایین این تومورها، علائم بالینی متنوع و وجود تفاوت زیاد در سایز، شکل و اجزای داخلی این تومورها کم است. بنابراین اغلب به‌اشتباه به‌عنوان میوم رحم تشخیص داده می‌شوند. وقتی که سایز تومور بزرگ می‌شود، همراه با آسیت یا حتی هیدروتوراکس و افزایش سطح CA-125 اغلب به‌اشتباه به‌عنوان بدخیمی تشخیص داده می‌شوند (۱۰).

گزارش موردی:

بیمار خانم ۴۳ ساله، متأهل، بدون سابقه به اداری که سابقه بیماری خاصی را در خود یا خانواده ذکر نمی‌کرد با شکایت آمنوره طی ۶ ماه اخیر به بخش زنان مراجعه کرد، به‌علاوه او بزرگی شکم و احساس درد و ناراحتی را از ۸ ماه قبل ذکر می‌کرد. درد به‌صورت یک درد مبهم در قسمت تحتانی شکم بود که گاهی به پشت تیر می‌کشید.

با توجه به بزرگی شکم تعیین سایز دقیق رحم با معاینه لگنی امکان‌پذیر نبود. سونو واژینال یک توده جامد، متحرک و با اکوی غیرهموژن (سایزکیست 40×39 mm) دارای مورال ندول و سپتای نازک را در تخمدان راست و یک توده سالیید (51×64 mm) و یک کیست دارای جدار سالم به سایز 30×25mm دارای محتویات غلیظ در تخمدان چپ را گزارش کرد. آسیت گزارش نشد. او هیچ تغییر واضحی در وزن یا اشتهايش را ذکر نمی‌کرد. فشارخون او 125/80 mmhg بود. سیستم تنفسی و قلبی عروقی نرمال بود. این شرح‌حال بیمار طی ۸ ماه گذشته بود. تست پاپ اسمیر نرمال بود. تست‌های آزمایشگاهی نرمال بودند، CEA و AFP نرمال بودند و سطح 79/6=CA125 بود.

بیمار به‌صورت خودسرانه درمان‌های محافظه‌کارانه را انجام داده بود و به علت عدم بهبودی ۶ ماه بعد مجدداً ویزیت شد و جهت انجام C.T اسکن ارجاع شد. در C.T پریکاردیال افیوژن خفیف، پلورال افیوژن وسیع در ریه راست و یک توده سالیید سیستیک بدون حدود واضح به سایز 114×91×91mm بالای رحم با منشأ احتمالی از آدنکس چپ گزارش شد. در آدنکس راست یک کیست دارای مورال ندول 43×46mm دیده شد و نیز مقادیر زیادی مایع آزاد (آسیت) شکمی و لگنی گزارش گردید. سیتولوژی مایع پیریتون و پلور از نظر بدخیمی منفی بود. آندوسکوپی و کولونوسکوپی نرمال بود.

در مورد روش‌های درمان با بیمار بحث شد و سپس بیمار به متخصص همان‌واکنولوژیست ارجاع شد و ۹ جلسه کموتراپی نئوادجون (کاربوپلاتین-تاکسل) با فواصل هر ۳ هفته دریافت کرد. بیمار ۹ ماه بعد، پس از اتمام کموتراپی مجدداً C.T انجام داد که

درصد) همچنین ممکن است باعث خونریزی بعد از یائسگی شود (۲۷/۵ درصد). از دیگر تظاهرات آن خونریزی شدید یا منس نامنظم (۲۶/۲ درصد) و آمنوره (۱۵ درصد) می‌باشد که این تظاهرات در بیمار ما به‌صورت آمنوره و درد شکم بود. به‌طور کلی پروگنوز این بیماران در زمان تشخیص به مرحله آن و درگیری کپسول و میزان انتشار تومور بستگی دارد.

در این بیمار سایز تومور ۱۵۰×۱۰۰ mm بود و دارای آسیت و کپسول سالم و هیدروتوراکس بود. سطح CA۱۲۵ مختصری افزایش یافته بود و نمای بدخیمی داشت. لیومیوم پدانکوله و داخل لیگامان پهن، تومور برنر، گرانولوزاسل تومور و دیسژرمینوما نیز از تشخیص‌های افتراقی آن می‌باشند (۱۶). بر اساس وضعیت منوبوز، سطح سرمی CA۱۲۵ و یافته‌های سونوگرافی سیستم تعیین ریسک الگوریتم بدخیمی تخمدان به علت موارد مثبت کاذب زیاد و حساسیت آن نمی‌تواند به پزشکان در تشخیص کمک کند. انواع روش‌های درمانی تومور شامل انجام سالپینگو آوفورکتومی یک یا دو طرفه با یا بدون هیستریکتومی بر اساس شرایط بیمار و میزان تهاجم تومور فرق می‌کند (۱۸،۱۹). در این بیمار سالپینگو آوفورکتومی دو طرفه و خارج کردن میوم کوچک رحمی انجام شد (۱۸،۱۹).

مطالعه ما بر روی این بیمار نشان داد که تغییرات هورمونی ناشی از فیبروتوکوما ممکن است منجر به آمنوره شود. متخصصین زنان باید این نوع تومور که به‌سختی تشخیص داده می‌شود را مدنظر داشته باشند. بسیاری از انواع این تومور خوش‌خیم هستند و پروگنوز خوبی دارند. جراحی درمان ارجح برای فیبروتوکوما می‌باشد. در مطالعه ما با توجه به شرایط، سالپینگو آوفورکتومی دو طرفه انجام شد. سیستم‌کتومی تنها، در زنان جوان در سنین باروری انجام می‌شود. این بیمار دوران نقاهت پس از عمل خوبی داشت، بدون هیچ‌گونه مشکلی مرخص شد و در پیگیری‌های ما هیچ‌گونه مشکل سلامتی گزارش نشد و در شرایط خوبی می‌باشد.

بر اساس پاتولوژی بافت‌شناسی یک لیومیوم رحمی به سایز ۲۵×۲۰ mm و آدنکس راست با نمای سطحی مختصری کدر و دانه‌دار با نواحی زرد و سفید به سایز ۳۰×۳۰ mm وجود داشت که در برش یک توده سالیید کیستیک با نواحی خاکستری متمایل به سفید و خاکستری متمایل به زرد دارای نواحی کیستیک بوده تخمدان چپ به سایز ۱۵۰×۱۰۰ mm دارای یک تومور چسبیده بود با سطح زرد و نواحی کیستیک بود.

بر اساس پاتولوژی نهایی: در سمت راست سرور آدنوفیبروما و در سمت چپ فیبروتوکوما و در مورد میوم رحم لیومیوما گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری

فیبروتوکوما یک تومور خوش‌خیم نادر تخمدانی است که از طیف سالیدفیبروما به تکومای غنی از لیپید گسترش دارد و از تومورهای استرومای طناب جنسی مشتق شده است (۱۱) که حدود ۴ درصد تمام تومورهای تخمدانی را شامل می‌شود و تظاهرات بالینی آن اغلب غیراختصاصی است. مثل درد شکمی و لگنی و اتساع شکم، به‌رحال فیبرومای تخمدانی با ۲ سندرم ممکن است همراهی داشته باشد، اولی سندرم میگز می‌باشد (شامل فیبرومای تخمدان، هیدروتوراکس و آسیت) و دومین سندرم همراه سندرم basal cell nevus (کارسینوم سلول پایه در زمینه خال) می‌باشد. (شامل فیبرومای تخمدان ۲ طرفه کارسینوماهای متعدد بازال سل در پوست و کراتوسیت‌های دندان‌ساز) (۱۲) فیبروتوکوما معمولاً خوش‌خیم، یک‌طرفه بوده و در سن بالا می‌باشد (۱۳)، یک پیک بروز آن در خانم‌های پست منوبوز در سن ۵۵-۵۰ سالگی می‌باشد. این تومورها استروژن می‌سازند و در نتیجه منجر به هیپرپلازی آندومتر و خونریزی رحم و تشخیص سریع‌تر می‌شود. ۷۰ درصد این تومورها هورمون ترشح می‌کنند (۱۴) و تظاهر شایع این تومور در سنین حوالی یائسگی خونریزی غیرطبیعی رحم می‌باشد (۵۳/۷

References:

- David G Mutch, Krishnansu Tewari, Robert S Mannel, William T. Creasman. DiSaia and Creasman Clinical Gynecologic Oncology. 10th Ed. Elsevier Health Sciences; Philadelphia. 2022. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-77684-4.00004-0>
- Jonathan Berek, Neville F, Hacker, Berek and Hackers editors. Practical Gynecologic oncology. 7th ed. Philadelphia. 2020.
- Obeidat RA, Aleshawi AJ, Obeidat HA, Al Bashir SM. A rare presentation of ovarian fibrothecoma in a middle age female: case report. *Int J Womens Health* 2019;11: 149-52. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s191549>
- Podfiguma-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Moszynski R, Sajdak S, Genazzani AR, et al. Recurrent endometrial Hyperplasia as a presentation of estrogen-secreting thecoma case report and mini review of the literature. *Gynecol Endocrinol* 2016;32(3): 184-7. <https://doi.org/10.3109/09513590.2015.1113519>

- 5- Matalliotaki C, Matalliotakis M, Ieromonachou P, Goulielmos G, Zervou M, Laliotis A, et al. Co-existence of benign gynecological tumors with endometriosis in a group of 1,000 women. *Oncol Lett* 2018;15(2): 1529-32. <https://doi.org/10.3892/ol.2017.7449>
- 6- Krishnan D, Kumar K, Thomas A. Unilateral ovarian fibrothecoma with menorrhagia. *J Pathol* 2014;36(1): 55-8.
- 7- Shen Y, Liang Y, Cheng X, Lu W, Xie X, Wan X. Ovarian fibroma/fibrothecoma with elevated serum CA125 level. A cohort of 66 cases. *Medicine* 2018; 97(34): e11926. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011926>
- 8- Parwate N, Patel S, Arora R, Gupta M. Ovarian fibroma: A clinico- pathological study of 23 cases with review of literature. *J Obstet Gynecol India* 2016;66(6): 460-5. <https://doi.org/10.1007/s13224-015-0717-6>
- 9- Salemis N, Panagiotopoulos N, Papamichail V, Kiriakopoulos K, Niakas E. Bilateral ovarian fibrothecoma. An uncommon cause of a large pelvic mass. *Int J Surg Case Rep* 2011;2(3): 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2010.07.005>
- 10- Chen H, Liu Y, Li-Fei S, Jiang M, Yang ZF, Fang GP. Ovarian thecoma-fibroma groups: Clinical and sonographic features with pathological comparison *J Ovarian Res* 2016;9: 81. <https://doi.org/10.1186/s13048-016-0291-2>
- 11- Wu B, Peng J, Gu J, Cheng F, Mao J. MRI diagnosis of ovarian fibrothecomas: Tumour appearances and oestrogenic effect features. *Br J Radiol* 2014;87(1038): 20130634. <https://doi.org/10.1259/bjr.20130634>
- 12- Sharma S, Bansal R, Upreti S, Khare A, Sharma S, Agarwal D. Ovarian fibrothecoma with extensive cystic degeneration: Two case reports. *Indian J Clin Pract* 2013;23(1): 840-1.
- 13- Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhoulouf T, Koubaa A. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(5): 473-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.053>
- 14- Vyas N, Manjeera L, Rai S. Delayed menopause at the age of 64 due to ovarian granulosa cell tumor. *J Clin Diag Res*;7(10): 2306
- 15- Ayhan A, Siman MC, Velipasaoglu M, Sakinci M, Yuce K. Prognostic factors in adult granulosa cell tumors of the ovary: A retrospective analysis of 80 cases *J Gynecol Oncol* 2009;20(3): 158-63. <https://doi.org/10.3802/jgo.2009.20.3.158>
- 16- Sheikh AA, Ganapathy H, Prijatham BO. Fibrothecoma a rare benign ovarian neoplasm. *Sch J Med Case Rep* 2017;5(1): 65-7.
- 17- Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbayir O, Ulker V. Ovarian fibroma/fibrothecoma: Retrospective cohort study shows limited value risk of malignancy index score. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53(3): 287-92. <https://doi.org/10.1111/ajo.12090>
- 18- Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Joo KY, Kim ML. Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: A study of 97 cases. *Gynecol Obstet Invest* 2013;76(3): 182-7. <https://doi.org/10.1159/000354555>
- 19- Loue VS, Gbary E, Kouli S, Akpa B, Kouassi A. Bilateral ovarian fibrothecoma associated with ascites, bilateral pleural effusion, and marked elevated serum CA-125. *Case Rep Obst Gynecol* 2013;2013: 189072. <https://doi.org/10.1155/2013/189072>

OVARIAN FIBROTHERCOMA IN PREMENOPAUSAL WOMAN WITH RECENT AMENORRHEA: A CASE REPORT

Elham Shahhosseini¹, Vahideh Rahmani^{2}*

Received: 19 April, 2023; Accepted: 03 July, 2023

Abstract

Background & Aims Fibroids are solid ovarian tumors, usually originating from connective tissue, that vary in size; from the small size of small nodules on the ovarian surface to large neoplasms weighing several kilograms.

Case presentation: a 43-year-old married woman, nulli gravida, without any past medical history, who complained of Amenorrhea in six past recent months, was referred to our academic hospital in Tabriz, Iran. According to the size of the abdomen, it was not possible to determine the exact size of the uterus by pelvic examination. The laboratory test was normal, and CA-125 was 79.6. In CTS scan, mild pericardial effusion, massive pleural effusion in the right lung, and a solid cystic mass without a sharp limit with size of 114×91×91 mm above the uterus that probably was originated from left adnexa was reported. In the right adnexa, a mural nodule cystic lesion with size of 46×43 mm with a huge amount of abdominal fluid was revealed. According to the patient's symptoms, resend abdominal distension, pain, and Amenorrhea, and medical imaging after counseling with the patient, she was referred to Hemato-oncologists, and nine sessions of chemotherapy was performed and again referred to CT scan. According to the observations of CT scan and clinical examination, the patient underwent laparotomy and bilateral salpingo-oophorectomy and myomectomy was performed.

The frozen section result was included fibro-thecoma, Adeno fibroma cyst, and uterine Leiomyoma, and so was benign.

Conclusion: In cases of accompanying ovarian mass with ascites and pleural effusion, and abnormal uterine bleeding pattern, it is very important to think about benign ovarian mass differential diagnosis such as Fibrothecoma with Meigs syndrome after removal of the ovarian neoplasm, and there is a prompt resolution of both abdominal and pleural fluid.

Keywords: Ascites, Benign Ovarian Mass, Meigs Syndrome, Myoma, Pleural Effusion

Address: Department of obstetrics and Gynecology, Faculty of medicine, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran

Tel: +984135539161

Email address: Vahideh_rahmani@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2023; 34(4): 195 ISSN: 2717-008X

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Department of obstetrics and Gynecology, Faculty of medicine, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran

² Department of obstetrics and Gynecology, Faculty of medicine, Tabriz university of medical sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)