A Giant Cervical Subserosal Leiomyoma Presenting as a Pelvic Mass and Menorrhagia: A Case Report

ARTICLE INFO
DOI: 1052547/sjrm.11.2.6

Article Type

Case Report

Authors

Farnaz Nami[1*], Maryam Sanaye Naderi[1,2], Hadis Mohammadian[1]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran.
2- Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Authors:
Farnaz Nami; Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran.
Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 16 July 2026
Accepted: 30 July 2026
e Published: 08 August 2026

Article History

ABSTRACT

Introduction: Cervical leiomyomas are rare benign tumors of the female reproductive tract and account for only a small proportion of all uterine leiomyomas. Giant cervical leiomyomas, because of their large size, deep pelvic location, and close proximity to vital pelvic structures, may present considerable diagnostic and surgical challenges. This report describes the diagnosis and surgical management of a giant cervical subserosal leiomyoma treated at Sarem Women's Hospital in Tehran, Iran.

Case Presentation: A 47-year-old woman presented to Sarem Women's Hospital in Tehran, Iran, with menorrhagia during a routine gynecologic evaluation. Ultrasonography revealed a giant cervical subserosal leiomyoma measuring 143 × 114 × 104 mm located in the posterior wall of the lower cervical canal. In addition, two small intramural leiomyomas were identified in the uterine fundus, along with a low-risk left ovarian cyst (O-RADS II). Given the large size of the tumor, its anatomical location, and the presence of multiple uterine leiomyomas, the patient underwent laparotomy, total abdominal hysterectomy (TAH), bilateral salpingo-oophorectomy (BSO), and adhesiolysis. The procedure was completed without significant intraoperative complications, and the tumor was completely excised.

Conclusion: Although giant cervical subserosal leiomyoma is a rare condition, it should be considered in the differential diagnosis of large pelvic masses and abnormal uterine bleeding. Careful preoperative imaging evaluation and selection of an appropriate surgical approach based on the patient's clinical characteristics are essential for minimizing complications and achieving favorable outcomes. This case highlights the importance of early diagnosis and appropriate surgical management in patients with giant cervical leiomyomas.

Keywords: Cervical leiomyoma; Giant subserosal leiomyoma; Menorrhagia; Pelvic mass; Total abdominal hysterectomy; Case report

Copyright© 2026, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس با تظاهر توده لگنی و هایپرمنوره: گزارش یک مورد

دکتر فرناز نامی[1*]، مریم صنایع نادری[1,2]، حدیث محمدیان[1]
[1] مرکز تحقیقات زنان زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[2] مرکز تحقیقات سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران، ایران

چکیده

مقدمه: لیومیوم‌های سرویکال از تومورهای خوش‌خیم نادر دستگاه تناسلی زنان هستند و تنها درصد اندکی از کل لیومیوم‌های رحمی را تشکیل می‌دهند. نوع غول‌آسای این ضایعات به دلیل اندازه بزرگ، موقعیت عمقی در لگن و مجاورت با اندام‌های حیاتی، می‌تواند با چالش‌های تشخیصی و جراحی قابل توجهی همراه باشد. هدف از این گزارش، ارایه تجربه تشخیص و مدیریت جراحی یک مورد لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس در بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران است.

معرفی مورد: بیمار، خانم ۴۷ ساله به علت هایپرمنوره و به منظور انجام بررسی‌های دوره‌ای زنان به بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه کرد. سونوگرافی وجود یک لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس به ابعاد ۱۰۴×۱۴۳×۱۱۴ میلی‌متر را در دیواره خلفی قسمت تحتانی کانال سرویکس نشان داد. علاوه بر این ضایعه، دو لیومیوم اینترامورال کوچک در فوندوس رحم و یک کیست کم‌خطر تخمدان چپ (O-RADS II) نیز مشاهده شد. با توجه به اندازه بزرگ تومور، محل آناتومیک ضایعه و وجود مولتی‌میوما، بیمار تحت لاپاراتومی، هیسترکتومی کامل شکمی (TAH)، سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه (BSO) و آزادسازی چسبندگی‌های رحمی قرار گرفت. جراحی بدون عارضه قابل توجه انجام شد و توده به طور کامل خارج گردید.

نتیجه‌گیری: لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس اگرچه ضایعه‌ای نادر است، اما باید در تشخیص افتراقی توده‌های بزرگ لگنی و خونریزی غیرطبیعی رحمی مدنظر قرار گیرد. ارزیابی دقیق تصویربرداری و انتخاب رویکرد جراحی متناسب با شرایط بیمار می‌تواند نقش مهمی در کاهش عوارض و دستیابی به پیامد مطلوب درمانی داشته باشد. گزارش این مورد بر اهمیت تشخیص زودهنگام و مدیریت جراحی مناسب در بیماران مبتلا به لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: لیومیوم سرویکال؛ لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسا؛ هایپرمنوره؛ توده لگنی؛ هیسترکتومی کامل شکمی؛ گزارش موردی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۸

*نویسنده مسئول: فرناز نامی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم. کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

لیومیوم‌های رحمی که به‌طور شایع با عنوان فیبروم‌های رحمی شناخته می‌شوند، شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم دستگاه تناسلی زنان هستند و از تکثیر سلول‌های عضله صاف میومتر منشأ می‌گیرند [۱،۲]. این تومورها عمدتاً در سنین باروری بروز می‌کنند و شیوع آن‌ها بر اساس مطالعات مختلف بین ۲۰ تا ۴۰ درصد گزارش شده است [۳،۴]. هرچند بخش قابل توجهی از لیومیوم‌ها بدون علامت هستند، اما در بسیاری از بیماران با علایمی نظیر خونریزی غیرطبیعی رحمی، هایپرمنوره، درد یا فشار لگنی، تکرر ادرار، یبوست، ناباروری و کاهش کیفیت زندگی تظاهر می‌یابند و از مهم‌ترین علل مراجعه زنان به متخصصان زنان و زایمان و انجام مداخلات جراحی محسوب می‌شوند [۵].

لیومیوم‌های رحمی از نظر محل قرارگیری به انواع اینترامورال، ساب‌موکوزال و ساب‌سروزال تقسیم می‌شوند که هر یک از نظر تظاهرات بالینی، عوارض احتمالی و رویکرد درمانی تفاوت‌های قابل توجهی دارند [۶]. در میان این انواع، لیومیوم‌های ساب‌سروزال معمولاً به سمت خارج رحم رشد می‌کنند و در صورت افزایش اندازه می‌توانند به صورت توده لگنی قابل لمس ظاهر شوند و با ایجاد اثر فشاری بر اندام‌های مجاور، علایمی نظیر احساس سنگینی لگن، درد مزمن، اختلالات ادراری یا گوارشی و در برخی موارد خونریزی شدید رحمی ایجاد کنند. اندازه تومور و ارتباط آن با ساختارهای اطراف، از عوامل تعیین‌کننده در انتخاب روش درمانی مناسب به شمار می‌روند [۷].

با وجود شیوع بالای لیومیوم‌های رحمی، درگیری دهانه رحم (سرویکس) بسیار نادر است و تنها حدود ۰.۶ درصد از کل لیومیوم‌های رحمی را شامل می‌شود [۸]. لیومیوم‌های سرویکال به دلیل موقعیت آناتومیک خاص خود، ممکن است موجب جابه‌جایی حالب‌ها، عروق رحمی و سایر ساختارهای لگنی شوند و همین ویژگی، تشخیص و به‌ویژه درمان جراحی آن‌ها را با چالش‌های قابل توجهی همراه می‌سازد. علاوه بر این، زمانی که این تومورها به ابعاد بزرگ یا غول‌آسا برسند، افتراق آن‌ها از سایر توده‌های لگنی نظیر توده‌های تخمدانی، نئوپلاسم‌های بدخیم یا سایر ضایعات سرویکال دشوارتر شده و برنامه‌ریزی پیش از عمل و اجرای جراحی نیازمند دقت و تجربه بالینی بیشتری خواهد بود [۹،۱۰].

لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا از نادرترین اشکال فیبروم‌های رحمی هستند و به دلیل احتمال بروز خونریزی حین عمل، آسیب به حالب یا مثانه، تغییرات آناتومیک لگن و دشواری در دسترسی جراحی، از نظر

آموزشی و بالینی اهمیت ویژه‌ای دارند [۱۰،۱۱]. در چنین شرایطی، انتخاب مناسب‌ترین روش جراحی و انجام دقیق مداخلات درمانی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش عوارض، حفظ ایمنی بیمار و بهبود پیامدهای درمانی داشته باشد. ازاین‌رو، گزارش موارد نادر و موفق از این بیماری می‌تواند به گسترش دانش موجود و ارتقای مهارت تصمیم‌گیری جراحان زنان کمک کند [۱۲].

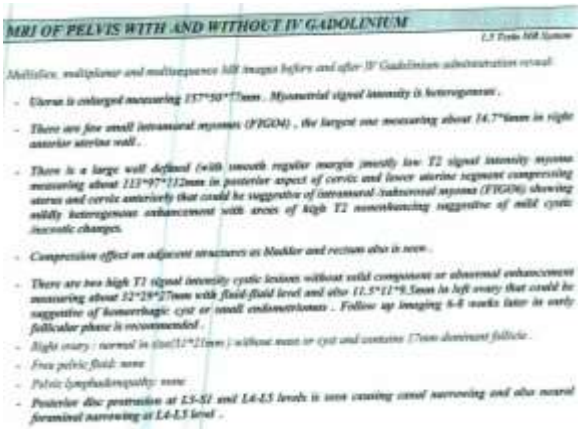
در این مقاله، مورد یک زن ۴۷ ساله مبتلا به لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس با ابعاد تقریبی ۱۴ سانتی‌متر که با هایپرمنوره و توده لگنی به بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه کرده و تحت لاپاراتومی، هیسترکتومی کامل شکمی و سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه همراه با آزادسازی چسبندگی‌های رحمی قرار گرفته است، گزارش می‌شود. با توجه به نادر بودن محل ضایعه، اندازه قابل توجه تومور، چالش‌های تشخیصی و ملاحظات جراحی مرتبط با آن، ارایه این گزارش موردی می‌تواند در شناخت بهتر ویژگی‌های بالینی و تصویربرداری لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا، انتخاب راهبرد درمانی مناسب و مستندسازی تجربه موفق مدیریت جراحی این بیماران مفید و ارزشمند باشد.

معرفی مورد

بیمار، خانم ۴۷ ساله‌ای بود که به منظور انجام بررسی‌های دوره‌ای زنان و به علت شکایت از هایپرمنوره (خونریزی شدید قاعدگی) به بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه کرد. در بررسی‌های اولیه و معاینه بالینی، وجود توده لگنی مطرح شد و بیمار جهت ارزیابی دقیق‌تر تحت بررسی‌های تصویربرداری قرار گرفت. سونوگرافی ترانس‌واژینال و شکمی، رحمی با ابعاد ۹۸×۴۵ میلی‌متر (بدون احتساب میوم) و میومتری با الگوی هتروژن (ناهمگون) را نشان داد. ضخامت آندومتر ۷ میلی‌متر گزارش شد. تخمدان راست از نظر اندازه و اکوی پارانشیم طبیعی بود؛ در حالی که در تخمدان چپ، یک کیست به ابعاد ۳۲×۲۶ میلی‌متر مشاهده شد که از نظر تصویربرداری با احتمال کیست هموراژیک کوچک یا اندومتریوما مطابقت داشت و بر اساس سیستم O-RADS II در گروه ضایعات کم‌خطر طبقه‌بندی شد (شکل ۱ و ۳). در ادامه بررسی‌های سونوگرافیک، وجود یک میوم ساب‌سروزال بسیار بزرگ سرویکال در دیواره خلفی قسمت تحتانی کانال سرویکس (دهانه رحم) مشخص گردید. ابعاد این توده ۱۰۴×۱۱۴×۱۴۳ میلی‌متر بود که معادل تقریبی یک لیومیوم ۱۴ سانتی‌متری محسوب می‌شود و در گروه لیومیوم‌های غول‌آسا قرار می‌گیرد. این ضایعه بر اساس طبقه‌بندی FIGO در گروه ۶-۷ قرار داشت که بیانگر یک لیومیوم ساب‌سروزال با رشد عمدتاً به سمت خارج رحم و در مجاورت دهانه رحم است. علاوه بر این ضایعه اصلی، دو میوم کوچک داخل دیواره رحم (Intramural) نیز در ناحیه فوندوس رحم مشاهده شد که ابعاد آن‌ها به ترتیب ۱۲×۱۴ میلی‌متر و ۱۱×۱۸ میلی‌متر بود و هر دو در طبقه 4 FIGO قرار گرفتند. با توجه به یافته‌های تصویربرداری، در گزارش اولیه توصیه به تکرار سونوگرافی طی ۶ تا ۸ هفته بعد نیز شده بود. از نظر بالینی، اندازه بزرگ میوم سرویکال می‌توانست با علایمی نظیر فشار لگنی، درد، یبوست، تکرر ادرار و خونریزی شدید قاعدگی همراه باشد که شکایت اصلی بیمار از هایپرمنوره با این یافته‌ها همخوانی داشت (شکل ۲ و ۳).

با توجه به وجود مولتی‌میوما و به‌ویژه لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس، بیمار جهت درمان جراحی بستری شد. در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۲۳ تحت عمل جراحی قرار گرفت. به دلیل اندازه قابل توجه توده، محل آناتومیک ضایعه و ملاحظات جراحی مرتبط با آن، روش لاپاراتومی برای بیمار انتخاب شد. در طی عمل، هیسترکتومی کامل شکمی (TAH)[۱] همراه با سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه (BSO)[۲] انجام شد و علاوه بر آن، آزادسازی چسبندگی‌های رحمی نیز صورت گرفت. جراحی بدون ذکر عارضه حین عمل انجام شد و توده سرویکال به‌طور کامل خارج گردید.

یافته‌های بالینی و تصویربرداری این بیمار، وجود یک لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس را نشان داد که به صورت توده لگنی و هایپرمنوره تظاهر یافته بود. نادر بودن محل ضایعه در سرویکس، اندازه بسیار بزرگ تومور و نیاز به انجام لاپاراتومی همراه با TAH و BSO، این مورد را به یک نمونه ارزشمند از نظر تشخیصی و درمانی تبدیل می‌کند و اهمیت مستندسازی آن را در قالب یک گزارش موردی برجسته می‌سازد.


MRI OF PELVIS WITH AND WITHOUT IV GADOLINIUM

- Uterus is enlarged measuring 157*50*77mm . Myometrial signal intensity is heterogeneous .
- There are few small intramural myomas (FIGO4) , the largest one measuring about 14.7*9mm in right anterior uterine wall .
- There is a large well defined (with smooth regular margin ,mostly low T2 signal intensity myoma measuring about 113*97*112mm in posterior aspect of cervix and lower uterine segment compressing uterus and cervix anteriorly that could be suggestive of intramural /submucosal myoma (FIGO6) showing mildly heterogenous enhancement with areas of high T2 nonenhancing suggestive of mild cystic /necrotic changes.
- Compression effect on adjacent structures as bladder and rectum also is seen .
- There are two high T1 signal intensity cystic lesions without solid component or abnormal enhancement measuring about 32*28*27mm with fluid-fluid level and also 12.5*11*9.5mm in left ovary that could be suggestive of hemorrhagic cyst or small endometriomas . Follow up imaging 6-8 weeks later in early follicular phase is recommended .
- Right ovary : normal in size(32*21mm) without mass or cyst and contains 17mm dominant follicle .
- Free pelvic fluid: none
- Pelvic lymphadenopathy: none
- Posterior disc protrusion at L5-S1 and L4-L5 levels is seen causing canal narrowing and also neural foraminal narrowing at L4-L5 level .

شکل ۱. گزارش تصویربرداری MRI لگن با و بدون تزریق داخل‌وریدی گادولینیوم (IV Gadolinium).

[۱] Total Abdominal Hysterectomy

[۲] Bilateral Salpingo-Oophorectomy



شکل ۲. تصاویر سونوگرافی ترانس‌واژینال رحم و ضمائم لگنی که وجود لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس و میوم‌های اینترامورال متعدد را نشان می‌دهد.



شکل ۳. تصاویر سونوگرافی ترانس‌واژینال رحم و تخمدان‌ها که وجود کیست‌های هموراژیک/اندومتریومای کوچک در تخمدان چپ و نمای توده لیومیوماتوز سرویکال را نشان می‌دهد.

بحث

لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا از نادرترین تظاهرات لیومیوم‌های رحمی محسوب می‌شوند و به دلیل موقعیت آناتومیک ویژه در ناحیه دهانه رحم، اندازه بزرگ تومور و احتمال ایجاد تغییرات قابل توجه در آناتومی لگن، از نظر تشخیصی و درمانی اهمیت بالینی ویژه‌ای دارند [۱۳، ۱۴]. این ضایعات علاوه بر آنکه می‌توانند با علایمی نظیر خونریزی غیرطبیعی رحمی، هایپرمنوره، توده لگنی، درد و علایم فشاری بر اندام‌های مجاور تظاهر یابند، در مرحله جراحی نیز با چالش‌هایی مانند جابه‌جایی حالب‌ها، عروق رحمی، مثانه و سایر ساختارهای لگنی همراه هستند [۱۵]. ازاین‌رو، گزارش موارد نادر لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا و مستندسازی روند تشخیص، تصمیم‌گیری درمانی و نتایج جراحی آن‌ها، نقش مهمی در ارتقای دانش موجود، بهبود برنامه‌ریزی پیش از عمل و کاهش عوارض جراحی در بیماران مشابه دارد.

در گزارش حاضر، بیمار خانم ۴۷ ساله‌ای بود که با شکایت اصلی هایپرمنوره و به منظور انجام بررسی‌های دوره‌ای زنان به بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران مراجعه کرد. بررسی‌های سونوگرافیک، وجود یک لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس به ابعاد ۱۰۴×۱۱۴×۱۴۳ میلی‌متر در دیواره خلفی قسمت تحتانی کانال سرویکس را نشان داد که بر اساس طبقه‌بندی FIGO در گروه ۶–۷ قرار می‌گرفت. علاوه بر این ضایعه، دو لیومیوم اینترامورال کوچک در فوندوس رحم و یک کیست کم‌خطر تخمدان چپ (O-RADS II) نیز مشاهده شد. با توجه به اندازه قابل توجه توده، محل آناتومیک ضایعه و وجود مولتی‌میوما، بیمار تحت لاپاراتومی، TAH، BSO و آزادسازی چسبندگی‌های رحمی قرار گرفت و توده به‌طور کامل خارج شد. این مورد، نمونه‌ای از یک لیومیوم سرویکال غول‌آسا با تظاهر بالینی نسبتاً محدود اما یافته‌های تصویربرداری و جراحی قابل توجه است که اهمیت ارزیابی دقیق پیش از عمل و انتخاب راهبرد مناسب جراحی را برجسته می‌سازد.

Thanasas و همکاران در سال ۲۰۲۵، یک مورد لیومیوم غول‌آسای سرویکس را گزارش کردند که با هیدرواورترونفروز دوطرفه و یورینومای رتروپریتونئال همراه بود و بیمار در نهایت تحت هیسترکتومی کامل شکمی همراه با سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه (TAH+BSO) قرار گرفت [۱۶]. نتایج این مطالعه از نظر وجود لیومیوم سرویکال غول‌آسا و انتخاب روش جراحی با یافته‌های مورد حاضر همخوانی دارد، زیرا بیمار ما نیز به دلیل یک لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس تحت TAH+BSO قرار گرفت. با این حال، برخلاف مطالعه Thanasas و همکارانش [۱۶]، در بیمار حاضر علایم عمدتاً به صورت هایپرمنوره و توده لگنی تظاهر یافت و شواهدی از هیدرویورترونفروز[۳] یا عوارض شدید دستگاه ادراری مشاهده نشد. این تفاوت احتمالاً ناشی از جهت رشد تومور، میزان فشار بر حالب‌ها و مثانه و زمان مراجعه و مداخله درمانی در بیمار حاضر است که پیش از بروز عوارض اورولوژیک شدید انجام شده است.

مدیریت جراحی یک لیومیوم رحمی بسیار بزرگ همراه با اتساع سرویکس در یک زن در سن باروری توسط Acosta و همکاران در سال ۲۰۲۶ مورد بررسی قرار گرفت [۱۷]. در این گزارش، بیمار ۳۸ ساله با توده‌ای به ابعاد

[۳] Hydroureteronephrosis

تقریبی ۱۴×۱۰.۱×۷.۱ سانتی‌متر و خونریزی غیرطبیعی رحمی تحت میومکتومی باز شکمی قرار گرفت و با حفظ رحم، نتیجه جراحی مطلوبی حاصل شد. یافته‌های این مطالعه از نظر اندازه بزرگ تومور، تظاهر بالینی با خونریزی غیرطبیعی و اهمیت برنامه‌ریزی دقیق پیش از عمل با مورد حاضر مطابقت داشت؛ با این حال، در مطالعه Acosta و همکاران [۱۷] هدف اصلی حفظ باروری بود و به همین دلیل میومکتومی انجام شد، در حالی که در بیمار ما با توجه به سن ۴۷ سال، وجود لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس و مولتی‌میوما، هیسترکتومی کامل شکمی همراه با سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه (TAH+BSO) به عنوان درمان قطعی انتخاب شد. این تفاوت احتمالاً ناشی از تفاوت در سن بیمار، وضعیت باروری و وسعت درگیری رحمی در دو مورد بود.

Chen و همکاران (۲۰۲۵) در گزارش موردی خود به بررسی یک لیومیوم غول‌آسای سرویکس در یک زن ۴۲ ساله پرداختند و تأکید کردند که لیومیوم‌های سرویکال با ابعاد بسیار بزرگ از ضایعاتی نادر هستند و به دلیل قرارگیری عمقی سرویکس در لگن و مجاورت با اندام‌های حیاتی، با خطر بالای خونریزی حین عمل و آسیب به ساختارهای مجاور همراه‌اند [۱۸]. یافته‌های این مطالعه با مورد حاضر از نظر نادر بودن لیومیوم سرویکال غول‌آسا، دشواری مدیریت جراحی و اهمیت ارزیابی دقیق پیش از عمل کاملاً همخوانی داشت. اما، در گزارش Chen و همکاران [۱۸] اندازه تومور بیش از ۲۰ سانتی‌متر بود و چالش‌های جراحی ناشی از ابعاد بسیار بزرگ ضایعه برجسته‌تر گزارش شد، در حالی که در بیمار ما اندازه تومور حدود ۱۴ سانتی‌متر بود و با وجود انجام هیسترکتومی کامل شکمی همراه با سالپنگو-اووفورکتومی دوطرفه (TAH+BSO)، عارضه قابل توجه حین عمل گزارش نشد. این تفاوت احتمالاً به دلیل کوچک‌تر بودن تومور، میزان کمتر تغییرات آناتومیک لگن و مداخله درمانی در مرحله‌ای پیش از گسترش شدید ضایعه بود.

مطالعات منتشرشده نشان می‌دهند که لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا از نادرترین انواع لیومیوم‌های رحمی هستند و تنها بخش بسیار کوچکی از کل لیومیوم‌های رحمی را تشکیل می‌دهند. در بیشتر گزارش‌های موردی، این ضایعات با تظاهراتی مانند خونریزی غیرطبیعی رحمی، هایپرمنوره، توده لگنی، درد لگنی، یبوست، احتباس ادراری و در برخی موارد هیدرواورترونفروز ناشی از فشار بر حالب‌ها همراه بوده‌اند. به دلیل قرارگیری عمقی سرویکس در لگن و مجاورت آن با مثانه، حالب‌ها و عروق لگنی، لیومیوم‌های سرویکال بزرگ می‌توانند موجب تغییرات قابل توجه آناتومیک شوند و خطر خونریزی شدید حین عمل و آسیب به ساختارهای مجاور را افزایش دهند. ازاین‌رو، اغلب مطالعات بر اهمیت تشخیص دقیق پیش از عمل، تصویربرداری مناسب و انتخاب راهبرد جراحی متناسب با سن، اندازه تومور و وضعیت باروری بیمار تأکید کرده‌اند.

نتیجه گیری

لیومیوم ساب‌سروزال غول‌آسای سرویکس یکی از تظاهرات نادر لیومیوم‌های رحمی است که به دلیل محل آناتومیک خاص و اندازه بزرگ تومور، می‌تواند با چالش‌های تشخیصی و درمانی قابل توجهی همراه باشد. مورد حاضر نشان داد که این ضایعه ممکن است با تظاهرات نسبتاً محدود، مانند هایپرمنوره و توده لگنی، مراجعه کند و در عین حال نیازمند برنامه‌ریزی دقیق پیش از عمل و مداخله جراحی مناسب باشد. استفاده از ارزیابی تصویربرداری دقیق و انتخاب رویکرد جراحی متناسب با سن بیمار، اندازه تومور و وضعیت باروری، نقش مهمی در کاهش عوارض و دستیابی به پیامد مطلوب درمانی دارد. گزارش این مورد می‌تواند به افزایش آگاهی پزشکان نسبت به طیف متنوع تظاهرات لیومیوم‌های سرویکال غول‌آسا و بهبود تصمیم‌گیری در مدیریت بیماران مشابه کمک کند.

ملاحضات اخلاقی

در انجام این پژوهش، تمامی اصول اخلاق در تحقیق‌های پزشکی و زیستی مطابق با بیانیه هلسینکی رعایت شد و حفظ حقوق، کرامت، و حریم رازداری شرکت کننده لحاظ شد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

هزینه‌های این طرح توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم تأمین گردیده است

منابع

1. Munro MG, Tchaikovski SN, Murji A. The epidemiology and pathogenesis of uterine fibroids. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2025;171(3):1029-45.

2. Fartushok TV, Smiianov V, Semenyna H, Fartushok N. Uterine Leiomyoma in women of reproductive age: A systematic review. Wiadomości Lekarskie. 2025;2025(2):415-24.

3. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of uterine myomas: a review. International Journal of Fertility and Sterility. 2016;9(4):424-35.

4. Li B, Wang F, Chen L, Tong H. Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. Arch Med Sci. 2023;19(6):1802-10.

5. De Barry L, Bahall V. Atypical manifestations of uterine leiomyomas - expecting the unexpected. Case reports in women's health. 2023;40:e00571.

6. Petanovski Z, Kurjak A. Uterine Fibroids (Leiomyoma, Myoma). Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2022;16:282-97.

7. Ashindoitiang JA, Canice Nwagbara VI, Edet EE, Ugbem TI, Ukam JS, Asuquo ME. Large subserous uterine leiomyoma presenting as intraabdominal tumor: A case report. Rare tumors. 2024;16:20363613241285089.

8. Thanasa E, Thanasa A, Kamaretsos E, Paraoulakis I, Ziogas A, Kontogeorgis G ,et al. Large Cervical Leiomyoma of the Uterus: A Rare Cause of Chronic Pelvic Pain Associated With Obstructive Uropathy and Renal Dysfunction: A Case Report. Cureus. 2023;15(1):e33387.

9. Ferrari F, Forte S, Valenti G, Ardighieri L, Barra F, Esposito V ,et al. Current Treatment Options for Cervical Leiomyomas: A Systematic Review of Literature. Medicina (Kaunas, Lithuania). 2021;57(2).

10. Mujalda A, Kaur T, Jindal D, Sindhu V, Jindal P, Mujalda J. Giant Cervical Fibroid: A Surgical Challenge. Cureus. 2:(5)150;023e39602.

11. Chen F, Bai F, Wang Y, Li W. Case report of a giant cervical leiomyoma. Front Med (Lausanne). 2025;12:1521984.

12. Thanasa E, Thanasa A, Kamaretsos E, Paraoulakis I, Ziogas A, Kontogeorgis G, et al. Large cervical leiomyoma of the uterus: A rare cause of chronic pelvic pain associated with obstructive uropathy and renal dysfunction: A case report. Cureus. 2023;15 (2).

13. Addina H, Mayangsari NH, Frymonalitza N, Lubis MA. Giant cervical leiomyoma presenting as severe abnormal uterine bleeding and symptomatic anaemia in a perimenopausal woman: a case report. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2026;15(6):2208-10.

14. Ferrari F, Forte S, Valenti G, Ardighieri L, Barra F, Esposito V, et al. Current Treatment Options for Cervical Leiomyomas: A Systematic Review of Literature. Medicina. 2021;57(2):92.

15. Mongan S, Wibowo A. Giant uterine leiomyoma with surgical difficulty. Journal of Medical Cases. 2021;12(10):386.

16. Thanasa A, Thanasa E, Xydias E, Ziogas A, Thanasas I. Giant cervical uterine leiomyoma associated with bilateral ureterohydronephrosis and retroperitoneal perinephric urinoma at the left kidney: A case report and. Med Int. 2025;5(5):57.

17. Acosta O, Chinea L, Reagin EK, Vangimalla NR, York D. Surgical management of an unusually large uterine leiomyoma with cervical dilation in a reproductive-age woman. 2026.

18. Chen F, Bai F, Wang Y, Li W. Case report of a giant cervical leiomyoma. Frontiers in Medicine. 2025;Volume 12 - 2025.