

Treatment of Pedunculated Submucosal Myoma with Preservation of Hymen; Case Report of Sarem Women's Hospital

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors

Rasekhi Komleh M.* MD

How to cite this article

Rasekhi Komleh M. Treatment of Pedunculated Submucosal Myoma with Preservation of Hymen; Case Report of Sarem Women's Hospital. Sarem Journal of Reproductive Medicine. 2019;3(2):77-79.

ABSTRACT

Aims One of the most common diseases of the uterus is myoma (leiomyoma or fibroma). Fibromas can grow in different parts of the uterus with different sizes. Fibroids are benign and only 20-25% of the cases are symptomatic and their treatment can include follow-up, patient monitoring, drug treatment, or surgery. In this study, a patient with the pedunculated submucosal myoma with a preservation of virginity was reported.

Patient & Methods This study is a case report that was done in 2017. A 35-year-old single woman with severe vaginal bleeding and vaginal mass was referred to the Sarem women's hospital. Due to the virginity of the patient and the religious beliefs about virginity, it was decided to go laparotomy to myoma exit, since the vaginal exit of the mass resulted in damage to hymen.

Conclusion For the treatment of submucosal myoma with preservation of hymen can be used to an abdominal surgery and laparotomy.

Keywords Leiomyoma; Hymen; Uterine myomectomy; Laparotomy; Uterine Hemorrhage

*Sarem Fertility and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Sarem Women's Hospital, Ekbatan Town, Tehran, Iran
Phone: +98 (21) 44053550
Fax: +98 (21) 44670432
m.rasekhi10@gmail.com

Article History

Received: November 07, 2017
Accepted: April 16, 2018
ePublished: June 15, 2019

CITATION LINKS

[1] Mini-laparotomic colpotomy for a cervicovaginal leiomyoma: preservation of hymenal integrity [2] Laparoscopic posterior colpotomy for a cervico-vaginal leiomyoma: hymen conservative technique [3] Obstetric outcomes in pregnant women with and without uterine leiomyoma [4] Surgical management of prolapsed pedunculated submucous leiomyoma in a virgin woman [5] Effects of the position of fibroids on fertility [6] A case report of large subserosal myoma [Case report] [7] An unusual case of vaginal myoma presenting with postmenopausal bleeding [8] The management of uterine leiomyomas

درمان یک میوم زیرمخاطی پایه‌دار با حفظ پرده بکارت؛ گزارش موردی بیمارستان صارم

محبوبه راسخی کومله* MD

مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان صارم، تهران، ایران

چکیده

اهداف: یکی از شایع‌ترین بیماری‌های رحم، میوم (لیومیوم یا فیبروم) است. فیبروم‌ها می‌توانند در نقاط مختلف رحم با اندازه‌های متفاوتی رشد کنند. فیبروم‌ها خوش‌خیم بوده و فقط در ۲۰-۲۵٪ موارد علامت‌دار می‌شوند و درمان آنها می‌تواند شامل پیگیری، تحت‌نظرگرفتن بیمار، درمان دارویی یا جراحی باشد. در این مطالعه درمان یک بیمار دارای میوم زیرمخاطی پایه‌دار با حفظ پرده بکارت گزارش شد.

بیمار و روش‌ها: این مطالعه از نوع گزارش موردی است که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. یک زن ۳۵ ساله مجرد با شکایت خونریزی واژینال شدید و توده واژینال به بیمارستان صارم مراجعه کرد. به علت باکره‌بودن بیمار و اعتقادات مذهبی در مورد حفظ بکارت، برای خروج میوم تصمیم به انجام لاپاراتومی گرفته شد؛ چراکه خروج واژینال توده منجر به صدمه به پرده بکارت می‌شد.

نتیجه‌گیری: برای درمان میوم زیرمخاطی پایه‌دار با حفظ پرده بکارت می‌توان از روش جراحی ابدومینال و لاپاراتومی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: لیومیوم، بکارت، میومکتومی رحم، لاپاراتومی، خونریزی رحم

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۶

*نویسنده مسئول: m.rasekhi10@gmail.com

مقدمه

میوم‌ها (فیبروم‌ها) یکی از شایع‌ترین توده‌های لگنی یا درحقیقت نئوپلاسم‌های خوش‌خیم رحم هستند که از عضله صاف رحمی منشا می‌گیرند^[1, 3]. فیبروم‌ها می‌توانند در نقاط مختلف رحم رشد کرده و اندازه‌های متفاوتی داشته باشند و معمولاً شامل سه دسته ساب‌سروزال، اینترامورال و زیرمخاطی هستند^[1]. اکثر این فیبروئیدها بدون علامت بوده و خطری ایجاد نمی‌کنند اما ممکن است موجب بهم‌ریختگی قاعدگی، دردهای ناحیه شکمی، یبوست، تکرر ادرار، مقاربت دردناک و حتی نازایی شود^[4-6]. شیوع بافت‌شناسی و سونوگرافی فیبروم‌ها در زنان سفیدپوست حدود ۸۰-۷۰٪ گزارش شده^[3]، در حالی که شیوع بالینی آن حدود ۲۵-۲۰٪ است؛ در واقع این تومورها تنها در ۲۵-۲۰٪ موارد ایجاد علامت بالینی می‌کنند. شایع‌ترین تظاهرات بالینی شامل خونریزی‌های غیرطبیعی رحم، احساس فشار و سنگینی در داخل لگن، دیسمنوره ثانویه و علائم ناشی از اثرات فشاری به اعضای مجاور از جمله تکرر ادرار، احتباس ادراری، یبوست و غیره است^[7]. ممکن است انقباضات رحمی باعث برجسته‌شدن فیبروم‌های زیرمخاطی پایه‌دار به داخل سرویکس و حتی واژن شود^[3]. گاهی وجود فیبروم‌های متعدد در زنان مسن و مبتلا به خونریزی‌های شدید سبب برداشتن رحم آنها می‌شود^[8]. بهترین روش تشخیص این تومورها انجام سونوگرافی است، اما معمولاً برای تشخیص دقیق محل میوم بهتر است تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) انجام شود^[7]. عوامل متعددی از جمله اندازه فیبروم و محل قرارگرفتن آن، سن بیمار، تعداد فرزند و غیره در تصمیم‌گیری برای نوع درمان این فیبروم‌ها نقش دارد^[4]. درمان میوم‌ها ممکن است فقط از طریق تحت‌نظرگرفتن بیمار و پیگیری رشد توده باشد؛ به‌علاوه در برخی موارد می‌توان از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی یا قرص‌های ضدبارداری برای کنترل خونریزی و درد استفاده کرد و گاهی نیز

پزشک مجبور به جراحی و خروج میوم می‌شود که در این صورت از روش‌های لاپاراسکوپی، لاپاراتومی و یا میومکتومی واژینال استفاده می‌شود. در مورد برخی بیماران بر اساس شرایط تصمیم به خروج کامل رحم گرفته می‌شود^[8].

در برخی از کشورها مانند ایران حفظ بکارت و سلامت پرده بکارت از نظر فرهنگی و مذهبی بسیار مهم است. بهترین روش برای خروج میوم‌های زیرمخاطی پایه‌دار که به طرف واژن برجسته شده‌اند میومکتومی واژینال و خروج آنها از راه واژن است، اما در مورد میوم‌های بزرگ میومکتومی واژینال منجر به صدمه به پرده بکارت خواهد شد.

در این مطالعه درمان یک بیمار دارای میوم زیرمخاطی پایه‌دار با حفظ پرده بکارت گزارش شد که روش جایگزین جراحی ابدومینال و لاپاراتومی و درنهایت کمک به حفظ بکارت و احترام به باورهای مذهبی و فرهنگی بیمار بود.

بیمار و روش‌ها

این مطالعه از نوع گزارش موردی است. بیمار یک زن ۳۵ ساله باکره بود که در سال ۱۳۹۵ به علت خونریزی شدید واژینال و احساس توده در واژن به بیمارستان صارم ارجاع داده شد. قاعدگی‌های نامنظم به‌صورت خونریزی‌های شدید، مکرر و لکه‌بینی از یک سال قبل شروع شده و طی سه ماه اخیر شدت زیادی پیدا کرده بود. به‌علاوه بیمار دارای درد لگنی و احساس توده در واژن بود.

در معاینه، بیمار رنگ‌پریده و پرده بکارت سالم بود. در مانور والسالوا توده‌ای حدود ۶×۵ سانتی‌متری در واژن به طرف خارج به‌صورت برجسته مشاهده شد. آزمایشات بیمار کم‌خونی را نشان داد و تومورمارکرها تغییر چشم‌گیری نداشتند. برای بیمار یک MRI انجام شد که در آن یک کیست تخمدانی و فیبروم رحمی گزارش شده بود (جدول ۱؛ شکل ۱).

جدول ۱) آزمایشات قبل از عمل بیمار دارای میوم زیرمخاطی پایه‌دار

نتیجه	نوع آزمایش
۲/۰۳۰	TSH
۳/۹	FSH
۴/۹	LH
۲۹/۴	CA125
۵۳/۸	CA19-9
۲۱/۶۲	PRL



شکل ۱) تصویر MRI انجام‌شده برای بیمار دارای میوم زیرمخاطی پایه‌دار

درنهایت تصمیم به جراحی و خروج توده گرفته شد. معمولاً در این موارد بهترین راه خروج واژینال توده یا همان میومکتومی واژینال است اما برای بیمار از لحاظ فرهنگی و مذهبی حفظ بکارت بسیار مهم بود؛ بنابراین تصمیم به انجام لاپاراتومی گرفته شد. پس از انجام بیهوشی عمومی و بازکردن لایه‌های شکمی، ابتدا کیست ساده‌ای به اندازه ۸×۷ سانتی‌متر در تخمدان راست مشاهده و برداشته شد؛ سپس برای پیداکردن توده واژینال سعی شد که در

در درمان بیمار نیز قادر به خروج توده از طریق واژن و سپس انجام هیستروسکوپی و مشاهده کامل داخل رحم به صورت غیر تهاجمی نبوده و مجبور به عمل جراحی لاپاراتومی شدیم و با توجه به نداشتن فرزند، باید توجه بسیار زیادی به حفظ سلامت رحم و سرویکس می‌نمودیم تا در آینده خطری برای بارداری و زایمان ایجاد نشود.

شرح حال بیمار مهم‌ترین عامل تشخیص است و توجه به شرح حال، شکایت‌ها و علائم بیمار الزامی است. روش درمان باید بر اساس وضعیت جسمی، اجتماعی و فرهنگی بیمار انتخاب شود و پزشک باید به باورهای فرهنگی و مذهبی بیمار احترام بگذارد.

نتیجه‌گیری

برای درمان میوم زیرمخاطی پایهدار با حفظ پرده بکارت می‌توان از روش جراحی ابدومینال و لاپاراتومی استفاده کرد.

تاییدیه اخلاقی: جهت گزارش این مورد، از بیمار رضایت کتبی دریافت شده و تمامی گزارشات بدون ذکر نام ایشان بوده است.

تعارض منافع: هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

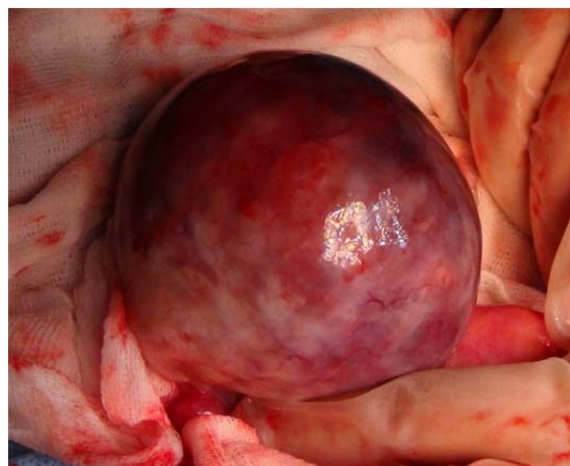
منابع مالی: توسط نویسنده مقاله تامین شده است.

تشکر و قدردانی: از مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم به دلیل مساعدت در نوشتن این مقاله تشکر می‌کنم.

منابع

- 1- Yalçın I, Pabuççu E. Mini-laparotomic colpotomy for a cervicovaginal leiomyoma: Preservation of hymenal integrity. *Int J Reprod BioMed*. 2016;14(3):217-20.
- 2- Wehbe G, Doughane M, Bitar R, Sleiman Z. Laparoscopic posterior colpotomy for a cervico-vaginal leiomyoma: hymen conservative technique. *Facts Views Vis ObGyn*. 2016;8(3):169-71.
- 3- Hashemnezhad M. Obstetric outcomes in pregnant women with and without uterine leiomyoma. *An Mil Health Sci Res*. 2008;6(2):123-9.
- 4- Toy H, Camuzcuoglu H, Vural M. Surgical management of prolapsed pedunculated submucous leiomyoma in a virgin woman. *Duzce Med J*. 2011;13(1):63-5.
- 5- Casini ML, Rossi F, Agostini R, Unfer V. Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(2):106-9.
- 6- FEIZI I, Samadi R, Samadi N. A case report of large subserosal myoma [Case report]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2011;11(2):186-90.
- 7- Goyal LD, Kaur H, Kaur K, Kaur S. An unusual case of vaginal myoma presenting with postmenopausal bleeding. *J Family Reprod Health*. 2013;7(2):103-4.
- 8- Vilos GA, Allaire C, Laberge P-Y, Leyland N, Vilos AG, Murji A, et al. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2015;37(2):157-78.

لمس سرویکس، پس از جداکردن کامل مئانه از سرویکس و نواحی تحتانی رحم و واژن، توده‌ای در واژن لمس شد؛ بر همین اساس در قسمت قدامی واژن و تحتانی سرویکس برش عمودی داده و با راندن توده از پشت به جلو، از قسمت برش‌داده‌شده، توده توسط پزشک خارج شد (شکل ۲). توده مذکور یک میوم زیرمخاطی پایهدار بود که پایه آن به قسمت فوقانی تنه رحم اتصال داشت. در انتها واژن و سرویکس در سه لایه کاملاً ترمیم شدند. بیمار مراحل پس از عمل را بدون هیچ عارضه و مشکلی طی کرده و خونریزی‌های او به‌صورت دوره‌ای و طبیعی شد؛ ضمن این که این روش درمان منجر به حفظ پرده بکارت بیمار شد.



شکل ۲) توده خارج‌شده از رحم بیمار دارای میوم زیرمخاطی پایهدار

بحث

دو عامل در ایجاد علامت بالینی میوم‌ها نقش اساسی دارند: ۱- محل و موقعیت میوم، ۲- سایز و اندازه میوم. میوم‌های زیرمخاطی معمولاً حفره رحمی را اشغال نموده و با احتمال بیشتری علائمی مانند خونریزی و درد ایجاد می‌نمایند. همچنین هرچه اندازه میوم بزرگتر باشد، امکان ایجاد فشار بر حفره رحم یا تحت فشار قراردادن اعضای مجاور مانند کلیه‌ها، روده‌ها، مئانه و ایجاد علائم گوارشی و ادراری بیشتر است. در بیمار گزارش‌شده، وجود توده بزرگ زیرمخاطی باعث ایجاد علائم خونریزی و احساس فشار شد که منجر به خروج توده گشت و دلیل استفاده از این نوع درمان برای این بیمار احترام به اعتقادات مذهبی و حفظ پرده بکارت ایشان بود.

معمولاً در تشخیص و درمان اینگونه فیبروم‌ها محدودیت زیادی وجود ندارد، اما در این بیمار محدودیت تشخیص و درمان بر اساس بکارت وی بود. طی تشخیص، معاینه فیزیکی دقیق ممکن نبوده و قادر به لمس توده، تعیین قوام آن و مشخص نمودن حدود و گسترش آن نبودیم و تنها مشاهده قسمتی از توده امکان‌پذیر بود.