

Myoma/ Fibroid/Fibromyoma

میوم (فیبروئید)

□ میوم شایعترین تومور خوش خیم رحمی در زنان است.
□ سن شیوع:

در خلال سالهای باروری (در زنان بالای ۳۵ – ۳۰ سال)
به ندرت قبل از بلوغ و یا پس از یائسگی دیده می شود.
□ یافته های پاتولوژیک:

سلول های عضلانی صاف نارس + بافت همبندی (رشته های فیبری)
□ رشد میوم ها:

منفرد

متعدد (اکثرا)

اتیولوژی

علت دقیق بروز میوم هنوز مشخص نیست، ولی عواملی در این زمینه مطرح شده اند:

✓ اثر ژنتیک:

- در تقریباً ۴۰ درصد میوم ها اختلالات کروموزومی (جابجایی های بین کروموزوم های ۱۲ و ۱۴، حذف شدگی های کروموزوم ۷ و تریزومی کروموزوم ۱۲) وجود دارد.
- در ۶۰ درصد دیگر ممکن است جهش هایی در ژن هایی که در تنظیم رشد، تمایز، پرولیفراسیون و میتوز سلولی نقش دارند، وجود داشته باشد.

✓ اثر فاکتورهای رشد:

این عوامل که به صورت موضعی توسط سلول های عضله صاف و فیبروبلاست ها (سلول های بافت همبند) تولید می شوند، رشد میوم را عمدتاً از طریق پرولیفراسیون عضلات صاف رحم و نیز افزایش ماتریکس خارج سلولی (فیبرها یا رشته های بافت همبند و ماده زمینه ای) افزایش می دهند.

اتیولوژی (ادامه)

✓ اثر هورمون های درونزا:

اگر تماس با هورمون های درونزا (استروژن ها و پروژسترون) زیاد باشد احتمال بروز میوم های رحمی افزایش می یابد.

-چاقی و منارک زودهنگام (کمتر از ۱۰ سال) سبب افزایش بروز میوم می شوند.

-منارک دیر هنگام احتمال ابتلا به میوم رحمی را کاهش می دهد.

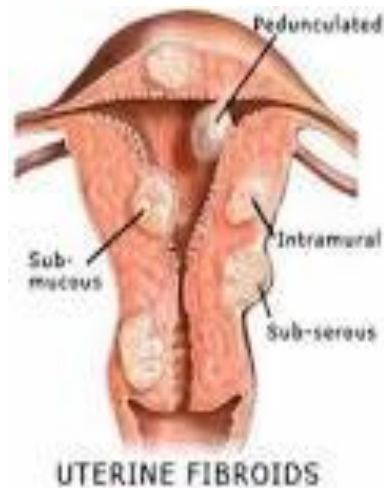
(Risk factors)

- سن: با افزایش سن، بروز میوم افزایش می یابد.
- سابقه خانوادگی: در صورت وجود سابقه در بستگان درجه اول، ابتلا به میوم ۲/۵ برابر افزایش می یابد.
- نژاد: در زنان سیاه پوست بیشتر از سفید پوست دیده می شود.
- افزایش وزن و چاقی: به ازای هر ۱۰ کیلوگرم افزایش وزن احتمال ایجاد فیروئیدها ۲۱ درصد افزایش می یابد.
- رژیم غذایی (احتمالاً): رژیم های غذایی غنی از گوشت گوساله یا دیگر گوشت های قرمز و ژامبون باعث افزایش بروز فیروئیدها می گردد.

Risk factors

- ورزش و فعالیت فیزیکی: در افرادی که فعالیت فیزیکی کمتری دارند بیشتر دیده می شود.
- آسیب بافتی: آسیب مکرر بافتی به اندومتر در حین قاعدگی، ممکن است باعث آزاد شدن فاکتورهای رشدی و در نتیجه پرولیفراسیون عضله صاف رحم گردد که افزایش بروز فیبروئیدهای رحمی را به همراه دارد.
- حاملگی و زایمان: با افزایش تعداد بارداری و زایمان میزان بروز فیبروئیدها کاهش می یابد.
- استعمال دخانیات: استعمال دخانیات میزان بروز فیبروئیدها را کاهش می دهد.

انواع میوم ها



انواع میوم ها از نظر وضعیت و مکان قرارگیری:

□ Submucous (زیر مخاطی)

□ Intramural (داخل جدار)

□ Subserous (زیر سروزی)

□ Cervical myoma (میوم سرویکس)

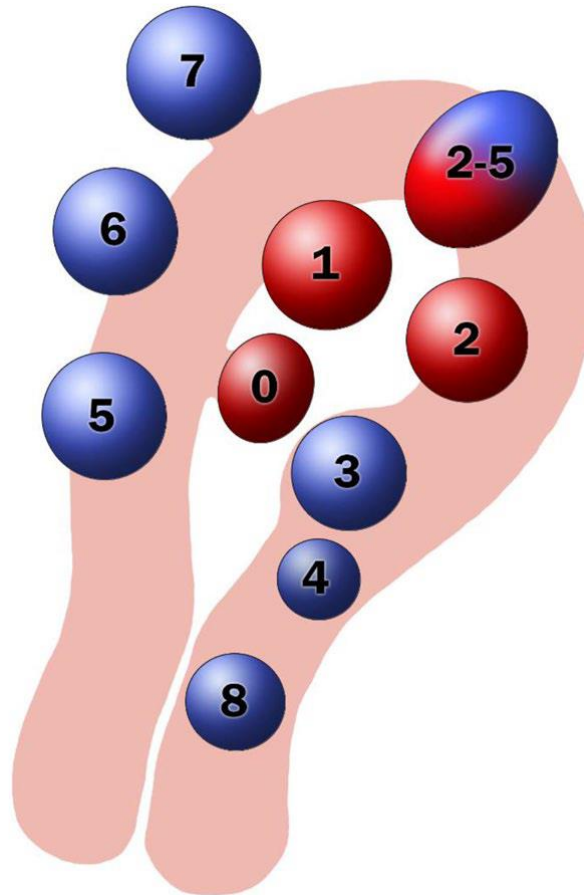
□ Intraligamentous (داخل رباطی)

□ Transmural (تمام جدار)

نکته: اغلب میوم ها به بیش از یک محل آناتومیک گسترش می یابند (فرم هیبرید).

FIGO classification system for uterine fibroid

- در این سیستم طبقه بندی، طبق مکان قرار گیری، به میوم ها نمره از ۰ تا ۸ داده می شود.



FIGO fibroid subtypes

1-Submucosal fibroids (shown in red) include:

Type 0 (pedunculated intracavitary),

Type 1 ($\geq 50\%$ submucosal),

Type 2 ($< 50\%$ submucosal),

2-Hybrid fibroids (here depicted as a Type 2–5 fibroid)

**3-Fibroids without submucosal components (shown in blue)
Include:**

Type 3 (100% intramural fibroid with endometrial contact),

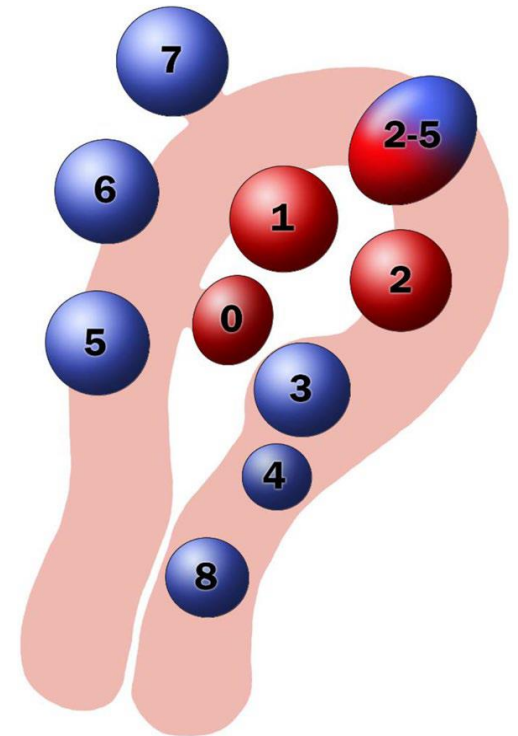
Type 4 (100% intramural fibroid with no endometrial contact),

Type 5 ($\geq 50\%$ intramural fibroid with subserosal component),

Type 6 ($< 50\%$ intramural fibroid with subserosal component),

Type 7 (pedunculated subserosal),

Type 8 (non-myometrial location, such as cervical, broad ligament, or parasitic fibroids)



انواع دژنرسانس در میوم ها

- دژنرسانس کیستیک
- دژنرسانس هیالین
- کلسیفیکاسیون
- دژنرسانس هموراژیک (قرمز)

علائم و نشانه های میوم

میوم رحمی **اغلب بدون علائم** است. در موارد علامت دار، علائم عبارتند از:

- ✓ خونریزی غیر طبیعی رحم (AUB) به شکل منوراژی
- ✓ درد لگنی (ناشی از دژنراسانس میوم و یا تورسیون میوم های زیر سروزی پایه دار)
- ✓ دیس پارونی
- ✓ دیس منوره
- ✓ علائم ادراری (تکرر ادرار و احساس فوریت دفع ادرار)

علائم مرتبط با میوم و اثر آنها بر کیفیت زندگی

Diagnosis

Bimanual -

Sonography - کلسیفیکاسیون هایپراکو و کیستیک فاقداکو+

- سونوگرافی با تزریق سالین (SIS) ... فیبروم ساب موکوزا

- MRI ... تشخیص فیبروم و ادنومیوز بهتر از سونو و SIS و

هیستروسکوپی+

Hysteroscopy -

Histerography-

درمان

انتخاب روش های درمانی بر مبنای شرایط فردی بیمار:
اندازه تومر - سن بیمار - درخواست باروری

علائم مرتبط با میوم و اثر آنها بر کیفیت زندگی
■ تمایل یا عدم تمایل به حفظ باروری
■ تمایلات بیمار در مورد گزینه های درمانی

- بدون علامت (Preservative/ watchful waiting)
- علامت دار NSAIDs بی تاثیر +

درمان (ادامه)

❖ درمان انتظاری توام با نظارت:

در زنان **نزدیک به سن یائسگی** و با علائم **خفیف تا متوسط** درمان انتظاری انجام می گیرد.

در این حالت باید اقدامات زیر انجام شود:

- بررسی دوره ای علائم بیمار
- معاینه لگنی و TVS برای ارزیابی اندازه رحم
- اندازه گیری Hgb پایه و تکرار در فواصل زمانی مناسب و درمان لازم در صورت وجود کم خونی

درمان (ادامه)

❖ کاربرد آگونیست های GnRH (GnRH-a):

* در زنان نزدیک به سن یائسگی

* قبل از عمل جراحی (برای مقابله با خونریزی و افزایش غلظت هموگلوبین)

با توجه به این که این داروها باعث هیپواستروژنی (خشکی واژن، گرگرفتگی و ...) و **اتلاف چشمگیر استخوان بعد از ۶ ماه درمان** می گردند:

درمان کوتاه مدت (۶ ماه) با این داروها

• استفاده از درمان پشتیبان (افزون دوزهای کم استروژن و پروژسترون) به همراه این داروها برای مصرف طولانی مدت

❖ کاربرد آنتاگونیست های GnRH:

باعث **سرکوب فوری** GnRH درونزا قبل از عمل جراحی (با فرآورده های طولانی اثر) می شوند.

درمان (ادامه)

❖ درمان جراحی (میومکتومی و هیستریکتومی) در موارد:

✓ منوراژی و کم خونی شدید

✓ درد لگنی

✓ احساس فشار در لگن

✓ تکرر ادرار و یابی اختیاری ادرار

✓ انسداد حالب و ایجاد هیدرونفروز

تذکر: باید قبل از جراحی کم خونی اصلاح گردد.

درمان (ادامه)

میومکتومی: در زنان علامتدار جوانی که خواهان بچه دار شدن هستند و یا تمایل به حفظ رحم خود دارند، انجام می گیرد.

میومکتومی می تواند به اشکال زیر انجام شود :

➤ شکمی

➤ هیستروسکوپیک (در مورد میوم های زیر مخاطی به کار برده می شود)

➤ لاپاروسکوپیک (به طور محدود به کار برده می شود)

Surgery Indication

- رشد سریع تومر
- رحم بزرگتر از ۱۲ هفته
- افزایش رشد بعد منوپوز
- خونریزی شدید و سنگین
- علائم فشاری
- دیسمنوره ثانویه

درمان (ادامه)

به دنبال میومکتومی، احتمال پیدایش جدید فیروئیدها وجود دارد.

پیدایش جدید فیروئیدها به دنبال میومکتومی لاپاروسکوپیک، شایعتر از میومکتومی شکمی است.

Case report:

- در معاینه دو دستی خانمی ۴۴ ساله دارای دو فرزند ۳ و ۷ ساله شاکی از منوراژی. در معاینه بای منوال رحم حدود ۱۲ هفته با قوام سفت لمس شده است
- تشخیص و درمان و مراقبت های مناسب چیست؟

M.R.I Report

سن : 45 سال
نام بخش : سريايي
ساعت جواب : ۱۵:۲۶

تاريخ جوابدهي : ۰۵/۰۸/۱۴۰۴

شماره استعلام :
عنوان درخواست :
پارک MRI بیمارستان آتیه

همکار گرامی : سرکار خانم دکتر سحر حسینی

Pelvic (Uterus) MRI with and without contrast:

PHX: uterine fibroma

In multiplanar MR weighted images of pelvic cavity with & without gadolinium injection:
Uterus anteflexed-anteverted about 106x82x110mm enlarged with heterogenous myometrial signal and mild diffuse adenomyosis contains innumerable myomas largest ones are as follows;

- 35x37mm FIGO 0 intracavitary myoma protruding into the left side anterior fundus endometrial cavity.
- 27mm FIGO 3 myoma at upper anterior body.
- 12mm FIGO 4 myoma at upper posterior body.
- 55mm FIGO 5 myoma at right side fundus.
- 22mm FIGO 2 myoma protruding into the right upper posterior body.
- 15mm FIGO 4 myoma at lower anterior body.
- 18mm FIGO 4 myoma at upper anterior body.
- 11mm FIGO 3 myoma at upper posterior body.
- 20mm FIGO 5 myoma at right lower posterior body.
- 22mm FIGO 4 myoma at right lower posterior body.

All of above myomas are low signal in T2 with well defined regular margin, no necrosis or hemorrhage or DWI restriction suggestive of classic myomas.

Cesarean scar niche with overlying myometrial thickness about 7mm at anterior lower uterine segment is seen.

Endometrial cavity is uneven with undulating irregular margin and deviated with the mentioned myomas, its maximum thickness seems about 12mm.

Cervix and vagina appear normal.

23x26mm Bartholin gland duct cyst at left lower anterolateral vaginal wall is seen.

Left ovary about 23x16mm with 14mm follicle and right ovary about 29x21mm with 16mm follicle appear normal.

Two nearby 10mm simple paraovarian cysts at right adnexa separate from right ovary are seen

(ORADS2).

No adnexal mass is detected.

No significant lymphadenopathy is seen. /m/s*