

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا

موضوع :

((مطالعه ای در مورد فیبرومیوم و آماربخش زنان بیمارستان جرجانی))

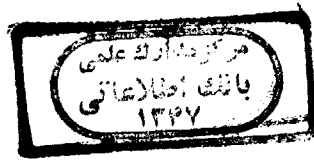
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر پرویز معیسی

تهیه و تنظیم از :

واد فرازمنند

سال تحصیلی ۱۳۵۱ - ۱۳۵۰



باسپاس فراوان به پیشگاه :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر پرویز معیلسی

۶۵۸۱

تقدیرم بسـه :

اساتید محترم دانشکده پزشکی که در مدت تحصیلم از هرگونه

لطف و مرحمت درباره اینجانب دریغ نفرموده اند .

تقديم به :

مادر و پدر عزیزم

تقديم به — ه :

برادران و خواهران — م

تقديم به :

دائى ارجمند و خاله عزيزه ~~زم~~

مطالعاتی در مورد فیبرو میوم و آمار بخش زنان بیمارستان جرجانسی

مشخصات عمومی :

میومهای رحمی بیش از سایر انواع تومورهای ساده رحمی دیده میشوند بطوریکه برای سایر غده های نیک خیم زهدان بحث مختصی کفایت میکند .

تخمین زده میشود که در حدود ۲۰٪ از زنهاییکه در سنین بیش از ۳۵ سالگی قرار دارند مبتلا به میوم رحمی باشند ، اگرچه مکررا اتفاق میافتد که این افراد فاقد هرگونه علامت و ناراحتی که بتواند بوجود مرض آگاهشان سازد هستند .

از نظر سنی حداکثر شیوع بیماری در سنین ۴۵ - ۳۰ سالگی است اما باید متذکر شد که در سالهای بین ۳۰ - ۲۰ سالگی نیز کمیاب نیست . بدلیل نامعلومی در نژاد سیاه بیش از نژاد سفید است و ظاهرا بنظر میرسد زنهایی که در دوران زندگی خود حاملگی و زایمان نداشته اند بیش از زنهایی که حامله شده اند مبتلا میگردند .

ظهور و رشد تومورهای جدید در سنین بعد از یائسگی بسیار کمیاب است و اغلب تومورهای موجود نیز بعد از مونوپوز کوچکتر میگردند و اگر

احیانا افزایش اندازه ورشد ونموی درمیومها بعد از سنین یائسگی دیده شود باید مشکوک به نوعی استحالہ (Degeneration) بخصوص استحالہ سرطانی شد اگرچه گاهی اوقات استحالہ از نوع خوش خیم است . میومهای رحمی اغلب به نام تومورهای فیبروئید خوانده میشوند ، اما قطعا باید دانست که این تومورها از سلولهای عضلانی بوجود آمده اند و هیچگونه ارتباطی با عناصر بافت فیبروئید ندارند از جهت تعداد ممکنست میومها منفرد یا متعدد باشند و از حیث حجم نیز اندازه های بسیار کوچک وحتی میکروسکوپیك تا اندازه های بسیار بزرگی در حدود ۱۰۰ پوند یا بیشتر که تقریبا تمام حفره شکمی را پر نموده یافت می شوند . تومورهای فیبروئید رحمی نسج متراکم و کاملا کپسولهای دارند ونسبت بدیواره عضلانی رحم دارای قوام سخت تری میباشد کپسول این تومورها براق بوده و براحتی از انساج اطرافش جدا میشود .

محل و موقعیت (Location) :

تومورهای فیبروئید رحمی از جهت جایگزینی در داخل حفره

رحمی بدو دسته تقسیم میشوند :

۱- گردنی (Cervical) که در محدوده گردن رحم واقع شده اند .

۲- جسم رجمی (Corporeal) که در درجه اصلی زهدان واقع شده باشد .
 زمانی که این تومورها خیلی بزرگ شوند بخصوص نوع گردنی سبب فشار بر مثانه
 و تجمع ادرار Retention میشوند و گاهی اوقات نیز در درجه لگنی احتباس
 یافتن و تولید ناراحتی های گوناگونی مینمایند . و رفع این احتباس نیز
 با اشکالات عقلی متعددی همراه است که بیشتر مربوط به آزادی حرکات
 تومورهای گردنی نسبت به تومورهای جسم رجمی باشد .

انواع : Types

از نقطه نظر وضع قرار گرفتن تومورهای فیبروئیدی از لایه های مختلف دیواره رحم
 به سه دسته تقسیم میشوند :

۱- تومورهای زیر مخاطی (Submucous tumors) :

این گروه از تومورهای فیبروئیدی که در حدود ۵٪ کل تومورهای فیبروئیدی
 رحم هستند بلافاصله در زیر مخاط قرار دارند و نمو آنها بطرف حفره داخل
 رحم یا کانال گردن رحم است . این گروه از میومها گاهی از اوقات در عین
 اینکه خیلی کوچک هستند سبب خونریزیهای بسیار شدید می شوند که
 اغلب منجر به برداشتن رحم (Hystrectomy) میگردد و از این باب است
 بیش از سایر انواع جلب توجه میکنند . بسیاری از افراد مبتلا به این میومها

ابتلاشان در هنگام کورتاژ رحمی کشف میگردد .

باید دانست که امکان استحاله سرطانی در این دسته از میومها
 بهش از د نوع دیگر است و گاهی اوقات نیز مخاط پوشاننده سطح تومور نازک
 و آتروفیه و تدریجا زخمی شده و عفونت نیز بان اضافه میگردد . این زخم
 عفونت یافته ممکنست عمیقا در داخل طبقات نسجی تومور نفوذ نموده و حتی
 ایجاد فساد و انهدام نسجی بنماید .

موقعی که یکی از میومهای رحمی بدیواره رحم چسبیده باشد
 (بدون پایه) سایر میومهای زیرمخاطی تدریجا پایه دار میشوند و ظاهرا
 بنظر میرسد که این موضوع نتیجه عکس العمل دیواره عضلانی رحم است .
 موقعی که پایه این چنین میومها پولیپی شکل (Myomatous polyps)
 بد کافی دراز شود تومور از دهانه رحم و حتی از واژن خارج میشود .
 سطح این چنین تومورها اغلب زخمی شده و عفونتی نیز بان اضافه
 میگردد و اغلب اوقات سیر تکاملی این زخم عفونت یافته منجر به نکروزهای
 وسیع و حتی گانگرن میشود .

۲- تومورهای داخل دیواره ای Interstitial tumors :

این گروه از میومها در داخل دیواره عضلانی رحم واقع شده اند و از
 هیچ طرف تماس مستقیمی با مخاط داخل یا صفاق خارج رحم ندارند .

در موقعی که این گروه میومها کوچک باشند تغییری در شکل رحم ایجاد نمی نماید اما موقعی که بزرگ یا متعدد باشند سبب میشوند که رحم بزرگتر شده وقوام و شکل گره (Nodular) پیدا نماید و بهر صورت این گروه تومورها بعد از اینکه رشد کرده و بزرگ شوند تدریجا یکی از دو شکل زیرمخاطی یا زیر صفاق تبدیل میگردند .

۳- تومورهای زیر صفاقی (Subserous tumors)

این گروه از میومها نیز مثل نوع زیرمخاطی ممکنست ثابت یا پایدار باشند . اغلب میومهای زیر صفاقی در فضای حد فاصل بین لیگامانهای پهن رشد نموده تا آن حد که ممکنست به حالبها و یا عروق خاصه ای فشار آورده و سبب پیدایش مسائل پیچیده ای هم از نظر تشخیص وهم از نظر درمان جراحی بگردند . با چسبندگی این گروه از میومها به احشاء و اعضا مجاور اشکال بسیار عجیب و غریبی بوجود میآید بخصوص در اثر چسبندگی با چادرینه بزرگ که سبب میشود تا تدریجا تومور ارتباط عروقی با عروق چادرینه ای برقرار نموده و از مقدار خونی که از عروق رحمی دریافت میکند بکاهد و این عمل ممکنست تا آنجا ادامه یابد که تومور بطور کلی از رحم جدا گردد باین ترتیب که پایه تومور کم کم باریک و باریکتر شده و سرانجام از بین میرود . این میومهای انگلی - Parasitic myoma خیلی کمیاب هستند اما موقعی که وجود داشته

باشند مسائل پیچیده و جالبی از نظر تشخیصی بوجود می‌آورند .

ساختمان میکروسکوپی Microscopic structure :

تصویر بافت شناسی میومها با سلولهای دراز و باریک و با مارپیچی شکل هم اندازه عضلانی که بصورت درهم پیچیده یا حلقه مانند ی شکل گرفتند مشخص میشود . در بین دستجات سلولهای عضلانی تصاویر متغیری از نسج همبندی قرار گرفته و در بعضی از تومورها این نسج همبندی خیلی فراوانتر از بافت عضلانی بچشم میخورد عناصر عضلانی کپسول واضحی ندارند اما معمولا بوسیله کپسول کاذبی که از نسج شفاف حفره داری بوجود آمده احاطه میگردند .

تغییرات ثانویه Secondary change in myoma :

تغییرات قابل توجه و متعددی ممکنست در تومورهای فیبروئید رحم پیش آید که اکثر اوقات همراه با درگرونیهای وسیع و عمیقی در تصویر بافت شناسی تومور میباشند . مهمترین این تغییرات عبارتند از :

۱- استحالته شفاف Hyaline Degeneration :

این نوع یکی از شایع ترین استحالتهای تومورهای فیبروئید رحمی است

و بنظر میرسد که در تمام میومها بدرجاتی وجود داشته باشند بجز میومهای خیلی کوچک . استداله شفاف ممکنست که ناحیه وسیعی از تومور را فراگیرد یا اینکه بصورت ستونها ورشته های مربوط بهمی در بین دستجات عضلانی ظهور نماید .

۲- استداله کیسه‌های Cystic degeneration:

نوعی آمازگی و تمایل به مایع شدن در استداله شفاف بچشم میخورد و بدین علت تعدادی حفره‌های کیسه‌های بزرگ یا کوچک بوجود می‌آید در واقع در شکل نهائی کلیه میومها این چنین تحولی بدرجات مختلف دیده میشود و چنیـــــــن میومهاییکه بحفره‌های بزرگ کیسه‌ای تبدیل شده باشند از جهت کلینیکی با آپستنی‌های روانی یا کیستهای تخمدانی قابل اشتباه هستند .

۳- استداله آهکی Calcification:

این استداله بخصوص در کسانی دیده میشود که نوعی اختلال در سیستم گردش خون آنها وجود دارد مثل پیرزنها در ایندالت سرانجام - میومها بصورت توده سخت و سفت و سنگ مانند‌ی درمی‌آیند که مولفین قدیم از آنها به نام سنگ زهدان Wombstone نام برد هاند .

۴- عفونت و فساد Infection and suppuration :

این نوع استحالته که در واقع باید عارضه خوانده شود نه استحالته ، در میومهای زیر مخاطی زیرا این دسته از میومها بسیار متعدد و آماره - هستند تا مخاط سطحی آنها نازک و زخمی شده و راه الحاقی برای میکربها بسوی دستگاه تناسلی باز کند .

۵- انهدام نسجی Necrosis :

این استحالته عارضه مانند نیز اغلب مدیون اختلالات گردش خون یا عفونتهای مکرر تومور است . تومورهای پایه دار ممکنست بعلت پیچ خوردگی پایهشان دچار این عارضه گردند .

۶- استحالته چربی Fatty degeneration :

این نوع استحالته نسبتا نادر است اما ممکن است با پیشروی استحالته شفاف بوجود آید در سایر موارد موقعی که مقادیر معتدابهی از چربی خالص در جسم تومور مشاهده میشود احتمالا باین علت است که غده از انواع مختلف میباشد .

۷- استحالته سرطانی Sarcomatous degeneration :

بعضی از میومها ممکن است که تدریجا سیر بد خیمی با تمام مشخصات

يك تومور بد خیم پیدا نمایند این حالت در سنین یاس بیشتر دیده میشود
 بعضی از مولفین از استحاله های غضروفی ولیفی نام برد هاند که چندان
 شایع نیست.

علت و منشاء بافتی : علت کاملا واضح و روشنی برای تومورهای
 میومی رحمی دانسته نشده اگرچه منشاء بافتی آنها را سلولهای عضلانی
 میدانند اکثر محققین نظریه میسر (Meyer) را پذیرفته اند وی عقیده دارد
 که منشاء میومها سلولهای عضلانی بالغ و تکامل یافته نیستند بلکه نوعی از -
 سلولهای نابالغ عضلانی میباشدند . تحقیقات میلر (Miller) نیز که از
 طریق کشت بافت انجام میشود بسیار جالب هستند اما هنوز در مراحل
 مقدماتی قرار دارند . شوارز Schwarz معتقد است که رشته های
 عضلانی دور عروقی سبب پیدایش میومها میگردند اما گزارشهای جدید از
 مارشال و موریس (Marchall and Morris) حاکی وموید این نظریه
 نیستند ایشان معتقدند که احتمالا تومورهای ناشی از عضلات دور عروقی
 يك حادثه اتفاقی و گاهگاهی بوده و شامل کلیه میومها نمی شوند . در زمینه
 امکان تاثیر هورمونهای تخمدانی در ایجاد میومهای رحمی نظریاتی ابراز
 شده است اما صحت این تئوریهها بعید بنظر میرسد مثلا هیچگونه توضیحی