● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال دوم ، شمارهٔ ۳ پی‌درپی (۷) ، صفحه ۵۰ الی ۵۳ ، تابستان ۱۳۷۹

گزارش یک مورد سندرم میگز

دکتر زهره یوسفی [۱]، دکتر عباس طباطبایی [۲]
۱-استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان قائم ۲- استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: به مجموعه آسیت، تومور تخمدان و هیدروتوراکس سندرم میگز اطلاق می‌شود که معمولاً در خانم‌های بعد از سن یائسگی دیده می‌شود. منشاء تومور از بافت مزانشیم تخمدان است. قوام تومور سفت و سطح آن خاکستری است. تومور فاقد ترشح هورمونی است. اگر فیبروم همراه آسیت و هیدروتوراکس باشد سندرم میگز ایجاد می‌شود.
معرفی بیمار: بیمار خانم ۶۴ ساله‌ای است که با درد، احساس سنگینی زیر دل و با سابقه نازائی اولیه و یائسگی به کلینیک زنان بیمارستان قائم مراجعه نموده بود. در معاینه شکم وجود آسیت حدس زده شد و در بررسی تکمیلی، تومور تخمدان، آسیت و هیدروتوراکس مشخص شد و با تشخیص سندرم میگز لاپاراتومی انجام شد، در لاپاراتومی توده تخمدان چپ و آسیت وجود داشت. هیسترکتومی و سالپنگواووفورکتومی دو طرفه تخمدان انجام شد. بیوپسی از اومنتوم و پونکسیون مایع آسیت انجام شد، مایع آسیت از نظر بدخیمی منفی بود وپاسخ آسیب‌شناسی فیبروم تخمدان را گزارش کرد. بیمار با این تشخیص مرخص شد وسه تا چهار ماه بعد از عمل در پیگیری بیمار، پسرفت هیدروتوراکس در رادیوگرافی ریه تأیید شد و در معاینه شکم و لگن یافته غیر طبیعی وجود نداشت.
واژه‌های کلیدی: *تومور تخمدان، هیدروتوراکس، آسیت، سندرم میگز.*

مقدمه

سندرم میگز که عبارت است از آسیت، تومور تخمدان و هیدروتوراکس، اولین بار توسط Lowson Tail گزارش شده است و سپس آقای میگز هم مجدداً این سندرم را معرفی کرده است (۱). تومور تخمدان معمولاً از دسته گونادال استرومال می‌باشد. نمای آسیب‌شناسی تومور بصورت فیبروم است. فقط سی مورد فیبروم تخمدان گزارش شده است (۲) و کمتر از ۳ درصد موارد فیبروم تخمدان بصورت سندرم میگز تظاهر می‌نماید (۳). در این مطالعه یک مورد سندرم میگز که در بخش زنان بستری شده بود معرفی می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار، خانم ۶۴ ساله‌ای است با سابقه نازایی اولیه و یائسگی از ده سال قبل، که بعلت درد و سنگینی زیر دل از حدود یکسال قبل، به کلینیک زنان مراجعه نموده بود. علائم گوارشی دیگری بجز یبوست را ذکر نمی‌کند. سابقه دیابت را از ۳ سال قبل بیان می‌کند که تحت درمان با گلیبنکلامید می‌باشد. در معاینه شکم، وجود مایع حدس زده شد. در معاینه واژینال، رحم مختصری بزرگتر از طبیعی و توده‌ای کاملاً حجیم با حدود صاف در ناحیه لگن و قسمت تحتانی شکم، شناور در داخل مایع، لمس شد. در سونوگرافی، رحم بزرگتر از حد طبیعی و توده‌ای در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.9.5]

قسمت فوقانی آن، احتمالاً فیبروم گزارش شد. توده دیگری به ابعاد ۱۷×۱۵ سانتی‌متر با اکوی mixed که تمام کاویته لگن و قسمتی از شکم را هم پر کرده بود دیده شد. در ضمن مایع داخل لگن هم گزارش شده بود.

در رادیوگرافی ریه، افیوژن در پلور طرف راست گزارش شد. در آزمایشات بیوشیمیایی و سیتولوژی مایع پلور شواهدی دال بر بدخیمی وجود نداشت. IVP توده‌ای با دانسیته نسج نرم بدون کلسیفیکاسیون باحدود صاف و مشخص در قسمت فوقانی لگن و ناحیه ناف گزارش شد که باعث جابجایی قوس‌های روده به خارج شده است. ترشح کلیه‌ها و سیستم پیلوکالیسیل طبیعی بود. اثر فشاری بر روی مثانه دیده شده است. باریم انما به علت عدم همکاری بیمار حین انجام روش کمکی نکرد. اندوسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش، مری، معده و دئودنوم نرمال گزارش شد.

در CT اسکن توده‌ای در قسمت چپ رحم گزارش شد. با تشخیص تومور تخمدان لاپاراتومی انجام شد. حدود ۶۰۰cc مایع آسیت ساکشن شد، که نمونه جهت سیتولوژی هم ارسال شد. توده‌ای به ابعاد ۱۵×۲۰ سانتی‌متر کاملاً چسبیده به جدار قدامی شکم و سطح روده‌ها دیده شد. سطح تومور نامنظم و حاوی ندولهای متعدد بود. منشاء توده از تخمدان چپ بود. بعد از برداشتن توده مزبور، بررسی حفره شکم انجام شد. سطح کبد، کلیه‌ها، روده‌ها، لوله و تخمدان طرف راست طبیعی بود. رحم ابعاد بزرگتر از حد طبیعی و میوم کوچکی در سطح فوندوس و سرویکس داشت. هیسترکتومی و سالپنگواووفرکتومی انجام شد و بیوپسی از اومنتوم برداشته شد. در گزارش آسیب‌شناسی ، رحم بزرگتر از طبیعی و میوم اینترامورال در فوندوس گزارش شد. تخمدان چپ تومورال به ابعاد ۱۳×۱۸ سانتی‌متر، خاکستری تا زردرنگ و با قوام الاستیک بود. در بررسی میکروسکوپی، سلول‌های کشیده استروما با هسته مونومورف و سیتوپلاسم واکوئوله، همراه با اسکلروز وسیع بافتی و عروق مویرگی پراکنده مطابق با فیبروتکوما گزارش شد. سیتولوژی مایع آسیت از نظر بدخیمی منفی بود. بیمار با تشخیص سندرم میگز ترخیص شد و در بررسی مجدد ۳-۲ ماه بعد از عمل، بیمار کاملاً سالم بود و هیچگونه مشکلی نداشت .

بحث

فیبروم تخمدان، از شایعترین تومورهای توپر و خوش‌خیم تخمدان است. منشاء تومور از استرومای کورتکس است(۴). فیبروم تخمدان در بیماران مبتلا به سندرم بازال سل نووس (nevus) نیز دیده شده است که در این بیماران احتمال کلسیفیکاسیون dura و کیست مزانتر و بازال‌سل‌کارسینوما وجود دارد. فیبروم تخمدان معمولاً یکطرفه و مولتی‌ندولار است. سن ابتلاء بیشتر بین ۶۰-۴۰ سالگی است و کمتر از ۱۰ درصد افراد زیر ۳۰ سال، به این توده مبتلا می‌شوند(۵). در معاینه ممکن است بعلت وزن توده در لگن، تومور در قسمت‌های مختلف لمس شود(۴). افزایش وزن توده ممکن است موجب چرخش پدیکول تومور هم بشود(۵). تولید هورمون از تومور غیر معمول است. اما اگر ترشح هورمونال داشته باشد، استروژن غالب است. در نمای ماکروسکوپی، سطح برش تومور سفت و سخت است و نمای گردبادی دارد (۶). در صورتی که استروما شدیداً لوتئینیزه شود ممکن است شبیه تکوما شود(۴). فیبروم کلسیفیه ممکن است با استئوم اشتباه شود (۷).

از نظر میکروسکوپی تومور از باندهای کلاژن که حاوی سلول‌های دوکی شکل است، تشکیل شده است. از دیگر مشخصات آن، ادم سلولی و هیالینیزیشن است. سیتوپلاسم سلول ممکن است مقادیر کمی چربی داشته باشد که در این صورت تشخیص آن از تکوما مشکل می‌شود(۵).

کمتر از ده درصد موارد تومور با افزایش فعالیت میتوزی همراه است. اگر کمتر از ۳ میتوز در درشت نمایی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.9.5]

(H.P.F) داشته باشد تومور را Low-grade می‌نامند و اگر بیشتر از ۳ میتوز وجود داشته باشد، بعنوان فیبروسارکوم باید در نظر گرفته شود(۶). مجموعه آسیت، هیدروتوراکس و تومور تخمدان را سندرم میگز می‌نامند. این سندرم در کمتر از ۳ درصد فیبروم‌ها گزارش شده است (۱). گرچه خود آقای میگز معتقد است که این سندرم قبلاً توسط Demons فرانسوی و Lawson Tait انگلیسی شرح داده شده است. منشاء آسیت می‌تواند بعلت اگزودای ناشی از تحریک مکانیکی تومور سفت و سخت و متحرک باشد و یا از ترشحات حاصل از دژنرسانس میوم در زیر کپسول تومور باشد(۷). درناژ ناکافی لنفاتیک‌های فیبروم بعلت پایه باریک و پیچ خوردگی‌های متعدد آن می‌تواند موجب Back-Flow مایع به داخل پریتوئن و آسیت شود. تشکیل آسیت به اندازه تومور هم بستگی دارد. در تومور کمتر از ۵ سانتی‌متر، آسیت نادر است و هیدروتوراکس در موارد آسیت زیاد دیده می‌شود و علت آن درناژ ترانس لنفاتیک دیافراگم است (۴). در بررسی رادیوایزوتوپ هم انتقال مایع پریتوئن به حفره پلور از طریق لنفاتیک دیده شده است (۷). اشکال آتیپیک سندرم میگز در تومور درموئید، استروما اواری و سایر تومورهای لگنی هم دیده می‌شود و یک مورد هیپرپلازی استرومای آتیپیک همرا با آسیت و هیدروتوراکس گزارش شده است (۳). گزارش دیگری، فیبروم لیگامان بزرگ را همراه آسیت و هیدروتوراکس شرح داده است (۸). در یک بررسی دیگر هم، فیبروم پاراواوارین با منشاء پارامزونفریک بعلت پرولیفریشن بافت همبند اطراف بقایای سیستم ولف همراه آسیت و هیدروتوراکس گزارش شده است (۹). در مواردی که سندرم هیپراستیمولیشن وجود دارد هم این سندرم دیده می‌شود (۷).

بطورکلی در موارد وجود تومور تخمدان بدون امپلانت پریتونئال در C.T اسکن و بدون سلول بدخیم در FNA آسیت، باید حدس سندرم میگز را قبل از جراحی زد (۱). سندرم پسودومیگزوما هم در موارد پسودومیوما، آسیت و هیدروتوراکس دیده می‌شود (۱۰). این سندرم در موارد ژرم‌سل‌تومور هم گزارش شده است. در این سندرم افزایش تیتر CA125 گزارش شده است (۱۱). گرچه در موارد سندرم میگز افزایش CA125 هم دیده می‌شود(۱۲). در گزارش Dllen droff از شیکاگو در سال ۱۹۱۷، خانم ۳۱ ساله با دیسترس تنفسی شدید وآسیت و هیدروتوراکس و تومور لگنی (پسودولیومیوما) به اورژانس مراجعه کرده بود که ونتیلاسیون مکانیکی صورت گرفت و سپس حذف تومور انجام شد. کلیه علایم بیمار ظرف ۴ هفته برطرف شد(۱۳).

درمان سندرم میگز در افراد جوان، سالپنگواووفرکتومی یاکیستکتومی یک‌طرفه تخمدان و در بیماران مسن، برداشتن رحم، لوله و تخمدان دوطرف است (۵). بهبودی خودبخودی هیدروتوراکس و آسیت بعد از عمل دیده شده است (۷). عود تومور گزارش نشده است(۱۴).

****

References

1. Rouzier R, Berger A. Meigs syndrom is it possible to make a preoperative diagnosis, J Gynecolo Obstet Biol Reprod Paris 1998; 27(5): 517-22.

2. Fallahzadeh H, Docketry MB, Lee RA. Leiomyoma of ovary : Report of five cases and Review of the litrature , Am J Obstet Gynecol 1976; 113(3): 394,398.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.9.5]

3. Ramondetta LM, Carlson JA, Atypical Meigs syndrom and bilatral ovarian stromal Hyperplasia, A Case Report , J reprod Med 1997; 42(9): 603-5.

4. Beingold Allan B. Pelvic mass, Principles and Practice of Clinical Gynecology. Churchill livingstone. 1990; 545-583.

5. Dennis YI,Shin kuo. Disease of the ovary and fallopian tubes , Danforth's Obstetrics and Gynecology, Lippincott, Willims Wilkins. 1999; 865-909.

6. Laural W. Rice, The ovary, Kistners Gynecology and Women Health, Mosby inc. 1999; 166-191.

7. VR Tindall. Jeffcoate's Principles of Gynecology tumors of the ovary, Buttor worth CO,1987;450.

8. Brown RS, Morley JL. Pseudo Meigs syndrom duc to Broad ligament leiomyoma, a mimic of metastatic ovarain carcinoma. Clin Oncol R Coll Radiol 1988; 10(3): 198-201.

9. Giannaco poulos K, Giannacopoulou CH. Pseudo Meigs syndrom caused by para ovarian fibroma, Eur J Gyneco Oncol 1998;19(4): 389-90.

10. Dunn JS, Anderson CD. Hydropic degenration leiomyoma presenting as Pseudo Meigs syndrom with elevated CA 125. Obstet Gynecol 1998; 92(4 pt 2): 648-9.

11. Bridge water JA, Rustin GJ. Pseudo Meigs syndrom secondry to ovarian germ cell tumor. Gynecology Oncol 1997; 66(3): 539-41.

12. Abad A, Cazorla E, Ruiz F. Meigs syndrom with elevated CA125 , Case report and review of the literature. Eur J Obstetric Gyneol Reporod Biol 1999; 82(1): 97-9.

13. Dllen droff At, Keh-P. Leiomyoma causing massive ascites , right pleural effusion and respiratory distress. A Case Report, J Reprod Med 1997; 42(9): 609-12.

14. Kazanov L, Ander DS. Pseudo Meigs syndrom. Am J imi Med 1998; 16(4):404-5.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.9.5]