مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۷، شماره ۴، زمستان ۸۶، صفحات ۲۲۷ تا ۲۲۹

CASE REPORT

گزارش یک مورد هیپرپلازی میکروگلاندولر اندوسرویکس

مینو ساعتیان[۱]، فاطمه محمدیاری[۲]

[۱] استادیار، گروه پاتولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدپزشکی تهران
[۲] استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدپزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: *میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس، پرولیفراسیون خوش‌خیم غدد اندوسرویکس می‌باشد. فرم فلورید آن ممکن است با آدنوکارسینوما اشتباه گردد.*

مورد بیماری: *خانم ۲۷ ساله‌ای در هفته ۳۷ بارداری با شکایت کاهش حرکت جنین و برای اولین بار در طی بارداری به پزشک مراجعه می‌کند. در معاینه واژینال، توده پولیپوئید بزرگ شکننده‌ای در دهانه رحم دیده می‌شود. نمونه‌برداری از توده جهت بررسی پاتولوژی انجام می‌گیرد و آدنوکارسینوما گزارش می‌گردد. بیمار از ادامه درمان امتناع می‌نماید. ۴۰ روز بعد از زایمان بیمار مجدد به پزشک مراجعه می‌نماید. در معاینه سرویکس کاملاً طبیعی بوده و توده‌ای دیده نشد. کلپوسکوپی و نمونه‌برداری از سرویکس از چندین محل انجام می‌گیرد که هیپرپلازی میکروگلاندولر اندوسرویکس گزارش می‌گردد. بیمار تا ۲سال بعد از زایمان پیگیری شده و تاکنون مشکلی نداشته است.*

نتیجه‌گیری: *با در نظر گرفتن سابقه بالینی، یافته‌های هیستومورفولوژیک و ایمنوهیستوشیمی این بیمار مورد میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس فرم Florid است که در جریان بارداری حادث شده است.*

واژگان کلیدی: *هیپرپلازی میکروگلاندولر، اندوسرویکس، آدنوکارسینوم.*

مقدمه

میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس پرولیفراسیون خوش‌خیم غدد اندوسرویکس است. اکثر بیماران بدون علامت بوده و بطور اتفاقی تشخیص داده می‌شوند، اما ممکن است بصورت پولیپ سرویکس نیز تظاهر کند (۱). بیماری اغلب در سنین تولیدمثل بدنبال مصرف قرصهای جلوگیری یا در حاملگی دیده می‌شود. البته مواردی نیز در سنین یائسگی گزارش شده است (۲،۳). این ضایعه ممکن است با تغییرات غددی پیش‌بدخیم یا آدنوکارسینوما اشتباه شود (۴).

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۷ ساله‌ای است که برای اولین بار باردار شده است و سابقه سقط جنین نیز ندارد. وی در هفته ۳۷ بارداری با شکایت کاهش حرکت جنین و برای اولین بار در طی بارداری به پزشک مراجعه می‌کند. در معاینه واژینال، توده پولیپوئید بزرگ شکننده‌ای در دهانه رحم دیده شد که با مقدار زیادی ترشح زرد کف‌آلود پوشیده شده بود. اسمیر سرویکوواژینال تهیه و نمونه‌برداری از توده جهت بررسی پاتولوژی انجام گرفت.

اسمیر سرویکوواژینال بیمار ASCUS گزارش شد. نمونه بیوپسی توسط یک مرکز پاتولوژی در تهران مورد بررسی قرار گرفت و آدنوکارسینوما Signet ring cell type گزارش شد (شکل ۱). بلوکهای پارافینی جهت مشاوره به مرکز دیگری ارسال می‌گردد که آدنوکارسینوما گزارش شد.

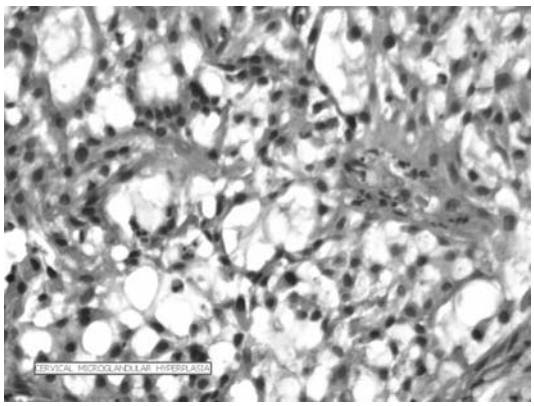
بیمار از ادامه درمان (بدلیل فوت مادرش) امتناع نمود. در هفته چهلم بارداری، بیمار با کمک سزارین زایمان کرد و نوزاد دختر کاملاً سالم بدنیا آورد. بعد از ۴۰ روز بیمار مجدد به پزشک مراجعه می‌نماید. در معاینه، سرویکس کاملاً طبیعی بود وتوده‌ای دیده نشد. کلپوسکوپی و نمونه‌برداری از

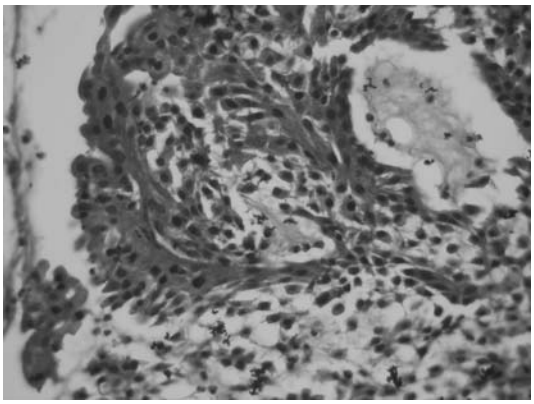
آدرس نویسنده مسئول: تهران، میدان امام حسین، اول خیابان دماوند، بیمارستان بوعلی، بخش پاتولوژی، دکتر مینو ساعتیان (**email**: msaatian@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٦/۸/۱٤
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/۱۰/۲۲

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-17]

سرویکس از چندین محل انجام می‌گیرد که میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس گزارش شد. بیمار تا ۲ سال بعد از زایمان پیگیری شد و خوشبختانه تاکنون مشکلی نداشته است.





شکل ۱- نمونه بیوپسی بیمار مبتلا به میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس

بحث

با توجه به از بین رفتن توده بدنبال زایمان و نتایج پیگیری بیمار، نمونه اولیه مجدد مورد بررسی پاتولوژی قرار گرفت. بررسی میکروسکوپیک (شکل ۱) توده پولیپوئید از بافت اندوسرویکس را نشان می‌دهد که متشکل از پرولیفراسیون متراکمی از غدد اندوسرویکال کوچک بوده که توسط یک لایه اپی‌تلیوم پوشیده شده و غنی از نوتروفیل می‌باشد. در قسمتهای غددی، بی‌نظمی در آرایش دیده می‌شود. در برخی مناطق، سلولها بصورت توده‌های توپر آرایش پیدا کرده‌اند. آتیپیسم و فعالیت متیوزی قابل توجه دیده نمی‌شود. کانونهایی از متاپلازی سنگفرشی نابالغ نیز دیده می‌شود. استروما در برخی قسمتها واکنش پره‌دسیدوایی را نشان می‌دهد. در بررسی ایمنوهیستوشیمی با آنتی‌بادی ضد CEA، کلیه سلولها منفی بود. کمتر از ۱۰٪ سلولها با آنتی‌بادی Ki–67 Ag واکنش نشان دادند. با در نظر گرفتن سابقه بالینی، یافته‌های هیستومورفولوژیک و ایمنوهیستوشیمی این بیمار مورد میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس فرم Florid است که در جریان بارداری حادث شده است.

در این مورد بی‌نظمی آرایش غدد بدلیل شباهت به طرح انفیلتراتیو، مناطق توپر و وجود تعدادی سلول نگین انگشتری باعث اشتباه تشخیصی شده است که همه این موارد می‌تواند در فرم فلورید میکروگلاندولر هیپرپلازی اندوسرویکس نیز دیده شود. فقدان آتیپیسم سلولی قابل توجه، پایین بودن فعالیت میتوز، عدم وجود تهاجم واضح به استروما و واکنش دسموپلاستیک استرومایی گویای خوش‌خیم بودن ضایعه است (۵،۲،۳).

بررسی ایمنوهیستوشیمی در این موارد می‌تواند تا حدّی کمک کننده باشد. اکثر موارد میکروگلاندولر هیپرپلازی با آنتی‌بادی ضد CEA واکنش نشان نمی‌دهند. البته گاهی مواردی از آدنوکارسینوم مهاجم سرویکس نیز برای CEA منفی بوده و در برخی موارد واکنش‌پذیری سلولها در آدنوکارسینوم کاملاً ضعیف و کانونی است (۳). درصد مثبت شدن هسته سلولهای غددی با آنتی بادی MIB-1 (بیان Ki-67 Ag) در ضایعات بدخیم در حد متوسط تا شدید (بالای ۱۱٪ سلولها) می‌باشد در حالی‌که در موارد خوش‌خیم، درصد کمی از سلولها مثبت می‌باشند (۶).

موارد مشابه این بیمار نیز قبلا گزارش شده است. Daya از کانادا یک بیمار با هیپرپلازی میکروگلاندولر اندوسرویکس را که به اشتباه آدنوکارسینوم تشخیص داده شده و بعد از جراحی تحت رادیوتراپی نیز قرار گرفته گزارش نموده است (۵). Mikami نیز سه بیمار با هیپرپلازی شدید میکروگلاندولر اندوسرویکس را گزارش نمود که تشخیص پاتولوژی بر اساس نمونه بیوپسی مشکوک به بدخیمی بود و بعد از هیسترکتومی هیپرپلازی شدید میکروگلاندولر اندوسرویکس گزارش شده است. در این موارد بی‌نظمی آرایش غددی و تراکم زیاد غدد باعث اشتباه تشخیصی شده بود (۷). بر عکس، مواردی نیز گزارش شده است که بیمار مبتلا به آدنوکارسینوما رحم بوده و متاسفانه در ابتدا هیپرپلازی میکروگلاندولر اندوسرویکس تشخیص داده شده است (۸). علت مطرح کردن این بیمار، تفاوت تشخیص موجود است که می‌تواند در سر نوشت بیمار تاثیر بسیار زیادی داشته باشد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-17]

REFERENCES

1. Nikolova M, Marinov E, Stoĭkov S, Gorchev G, Tomov S. Microglandular endocervical hyperplasia and endocervical adenocacinoma in pregnancy; Description of two cases. Pathologica 1993;85(1100):607-35.
2. Crum CP, Nuovo GJ, Lee KR, editors. Sternberg diagnostic surgical pathology. 3rd edition. New York; Lippincott Williams &Wilkins, 1999;p:2178-9.
3. Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. 5th edition. New York; Lippincott Williams &Wilkins, 2002;p:238-9.
4. Tranbaloc P. In situ adenocarcinoma of the uterus cervix: difficulties of its cytohistological diagnosis. Gynecol Obstet Fertil 2002;30(4):308-15.
5. Daya D, Young RH. Florid deep glands of the uterine cervix: Another mimic of adenoma malignum. Am J Clin Pathol 1995;103(5):614-17.
6. Cina SJ, Richardson MS, Austin RM, Kurman RJ. Immunohistochemical staining for Ki-67 antigen, carcinoembryonic antigen, and p53 in the differential diagnosis of glandular lesions of the cervix. Mod Pathol 1997;10(3):176-80.
7. Mikami Y, Hata S, Fujiwara K. Florid endocervical glandular hyperplasia with intestinal and pyloric gland metaplasia: worrisome benign mimic of "adenoma malignum". Gynecol Oncol 1999;74(3):504-11.
8. Young RH, Scully RE. Uterine carcinomas simulating microglandular hyperplasia. A report of six cases. Am J Surg Pathol 1992;16(11):1092-7.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-17]