

کته تخمدان Mucinous cyst adenoma

نگارنده گان: دكتور محمد رفيع فضلى و دكتور آمنه منصورى

چكیده

كتلات تخمدان از بيمارى هاى نسبتاً شايع تخمدان بوده كه در سنین بارورى زيادتر ديده مى شوند. حداكثر كتلات تخمدان در سنین قبل از ياسگى سليم بوده كه بعضى از اشكال اين كتلات در سنین كهولت به خباثت تحول مى نمايند.

مريضى به سن ۲۷ سالگى به لوحه درد بطن، موجوديت كتله بطنى، كاهش وزن و عقامت به شفاخانه كادري غالب مراجعه نموده است. اين خانم اعراض متذكره را از مدت چند سال قبل كه در اوایل كم بوده و تدريجاً زياد گرديده است حكايت مى كند. در اين اواخر كتله بطنى فوق العاده بزرگ شده و باعث ناتوانى و ناآرامى مريض گرديده است. بعد از بستر شدن مريض در شفاخانه كادري غالب، معاینات سونوگرافى، دوپلر و معاینات خون تكميل گرديده و مريض به لوحه كتله بطنى با منشأ تخمدان كانديد عمليات لپراتومى (باز نمودن بطن از طريق خط متوسط بطنى) گرديده است. نزد مريض عمليات جراحى مؤفقا نه صورت گرفته و كتله تخمدان به وزن ۱۳,۴ kg از بطن خارج گرديد. كتله مذكور از نوع تومور سليم تخمدان mucinous cyst adenoma بوده و اين مريض بعد از مدت دو روز استراحت در شفاخانه كادري غالب، مؤفقا نه رخصت و عازم خانه گرديد. مريض دو هفته بعد و دو ماه بعد، مجدداً جهت تعقيب تداوى مراجعه نموده و تمام معاینات نزدش نارمل بوده است.

كلمات کلیدی: كتلات تخمدان، Mucinous cyst adenoma كتله سليم، كتله خبيث

و لپراتومى.

مقدمه

تخمدان‌ها دو ارگان اساسی سیستم باروری خانم‌ها بوده که در دو طرف رحم قرار داشته و هورمون‌های اساسی مانند استروجن را تولید نموده که برای menstruation (قاعدگی) و ovulation (تخمک‌گذاری) لازم و ضروری می‌باشد.

کیست‌های تخمدان از بیماری‌های نسبتاً شایع تخمدان بوده و اغلب در خانم‌های جوان و به علل عدم تعادل هورمونی رخ می‌دهند. کیست‌های تخمدان عبارت از کیسه‌های مملو از مایع بوده که به داخل تخمدان موقعیت دارند. کیست‌های تخمدان از زمان‌های بسیار قدیم شناخته شده‌اند. سالانه ۳۰۰۰۰۰ خانم در ایالات متحده آمریکا به این بیماری مبتلا می‌گردند که ازین جمله ۵ تا ۱۰ درصد آن‌ها تحت عملیات جراحی قرار گرفته و یک‌پنجم آن‌ها خبیثه تشخیص می‌گردد (۱).

کیست‌های تخمدان اغلب از نوع وظیفه‌یی بوده که باعث تولید اعراض بسیار کم و یا اعراض عدم تعادل هورمونی مانند خونریزی‌های غیرعادی، درد سفلی بطن، اعراض ناشی از تدور مانند درد شدید بطنی، موجودیت کتله بطن و غیره می‌گردند (۲). هرگاه کیست تداوی نگردد می‌تواند باعث اختلالات غیر معمول مانند تدور تخمدان، گانگرن تخمدان و حتی عقامت گردد (۲).

کتلات تخمدان

کتلات تخمدان می‌توانند وظیفه‌ی، نیوپلاستیک، سلیم و خبیث باشند. کتلات وظیفه‌ی تخمدان شامل کیست‌های فولیکولر و کورپس لوتیل می‌باشد. ۲/۳ این کتلات نزد خانم‌های ۲۰ تا ۴۴ سال رخ می‌دهد. احتمال تومورهای ابتدای به خبثت در سنین کم‌تر از ۴۵ سالگی ۱ فی ۱۵ است (۳).

انواع کتلات تخمدان

I. کتلات غیر نیوپلاستیک تخمدان

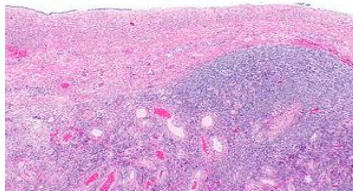
کیست‌های فزیولوژیک می‌تواند به شکل کتلات تخمدان بروز کند. کیست‌های وظیفه‌ی تخمدان شامل کیست فولیکولر، کورپس لوتیل و تیکا لوتین است. تمام این کیست‌ها سلیم بوده و اغلب باعث ایجاد اعراض نشده و نیاز به تداوی جراحی ندارند. سیگار و چلم با افزایش شیوع کیست‌های وظیفه‌ی همراه هستند (۳). استفاده از کنتراستیف‌های فمی با کاهش خطر این

کیست‌ها همراه هستند (۴). شایع‌ترین کیست وظیفه‌وی کیست فولیکولر بوده که ندرتاً از ۸ سانتی بزرگ‌تر می‌باشد. این کیست‌ها جدار نازک داشته و چندین کیست باهم یکجا می‌باشند. این کیست‌ها اغلب طی ۴ تا ۸ هفته با تداوی متوقعه رفع می‌گردد. کیست‌های کورپس لوتیل کمتر شایع بوده و شاید مصاب به رپچر شده و باعث خونریزی به داخل بطن و نیاز به مداخله جراحی شود. اغلب رپچر در روزهای ۲۰ تا ۲۶ سیکل عادت ماهوار رخ می‌دهد. کیست‌های لوتین کم‌تر شایع بوده و اغلب دوطرفه می‌باشد. کیست‌های لوتین در زمان حاملگی، مخصوصاً حاملگی مولر رخ می‌دهد. این کیست‌ها بزرگ بوده اغلب تا ۳۰ سانتی طول داشته و به شکل چندین حجره‌یی بوده و خودبه‌خود شفایاب می‌گردند.

II. Endometritic cyst: این کیست‌ها تا ۵۰ درصد واقعات می‌توانند هر دو تخمدان را درگیر کنند؛ ولی آن‌ها اغلب با التصاقات سخت با لیگامان board و جوف دوگلاس همراه هستند و محتوی شان ضخیم و برنگ chocolate می‌باشد. اینارملت‌های همراه به شکل منظره مغلق سونوگرافی، دوطرفه بودن، تثبیت بودن، ندولر بودن و بلند بودن ۱۲۵ CA در این کیست دیده‌شده که بیانگر سرطان بودن عارضه است.

III. کتلات نیوپلاستیک: تخمدان یک ساختمان مغلق بوده، لذا اشکال مختلف نیوپلازم‌ها می‌تواند این ساختمان را درگیر کنند. این نیوپلازم‌ها به چهار شکل اساسی ذیل تقسیم می‌گردند: تومورهای اپتیل، germ cell, stromal و میتاستازها به تخمدان.

۱. تومورهای شایع اپتیل: بسیاری از تومورهای تخمدان‌ها سلیم بوده که شایع‌ترین شکلان از نظر هستولوژی نوع اپتیل می‌باشد. این تومورهای اپتیل به اشکال serous, mucinous, endometrioid, clear cell and transitional cell تقسیم می‌گردد.



شکل ۱: تومور سیروزی

serous tumor: تومورهای سیروزی شایع ترین تومور اپتیلیل بوده و ۵۰ تا ۷۰ درصد نیوپلازم های سلیم تخمدان را تشکیل می دهد. این تومورهای درهرسن شایع می باشد. در سونوگرافی این نیوپلازم ها از شکل کسیت ساده تا موجودیت ایکو و septation متفاوت می باشد. ۲۰ درصدشان دوطرفه بوده و درسنین مینوپوز می تواند به نوع خبیث تحول نمایند.

mucinous tumor:

تومور سلیم موسینی بنام cystadenomas mucinous نیز یادشده که ۲۵٪ تومورهای تخمدان را تشکیل می دهد. درسن جوانی زیاد دیده شده و ندرتا دوطرفه حادث می گردد. این تومورهای تمایل به بزرگ شدن و چنبدین محراق شدن داشته و تا ۱۰۰ کیلو وزنان راپور داده شده است. این تومورها به شکل چندین حجره ای با تجمع مایع وجدارهای نسبتاً منظم و شفاف موجود می باشند.

۲. **Germ cell tumor:** کیست درموید یک تومور سلیم شایع در تمام سنین می باشد. این تومور بنام teratoma شناخته شده که ۲۵٪ تمام تومورهای تخمدان را شامل است. بیشترین واقعات در سنین باروری رخ می دهد. این تومورها به سطح نرم، سفید، مروارید و براق مشهور هستند. این نیوپلازم با محتوی سبازی چرب همراه با موی و استخوان به خوبی شناسایی شده است.

۳. **Stromal tumor:** ۱۰٪ تمام تومورهای تخمدان را در برگرفته و ۵ درصد این تومورها خبیث می باشد. درهرسن ممکن رخ بدهد. اغلب با تغییرات هورمونی رخ می دهد ازاین سبب همراه با پتالوزی های آندومتر و زیادبودن اندورزن ها یکجا می باشد.

۴. تومورهای متاستاتیک: در این حالت اغلب تومورهای خبیث در سایر نقاط بدن بوده و به شکل متاستاز تخمدان درگیر می گردد.

Case presentation

مريضی به سن ۲۷ سالگی به شفاخانه کادری غالب به برج سنبه سال ۱۳۹۵ مراجعه نموده است. مريض از موجودیت کته در بطن شاکي بوده است. خانم مذکور تا زمان مراجعه به شفاخانه مجرد بوده و ازدواج ننموده است. مريض از اعراض درد بطن، دلبدی، عدم موجودیت عادت ماهوار از زمان بلوغ، کاهش وزن، انتفاخ بطن مراجعه نموده است. اعراض متذکره از چندین سال نزد مريض موجود بوده که شکل مزمن را گرفته و مريض درد ثابت بطن که بیشتر در نواحی سفلی متمرکز بوده و با حرکات زیاد و با استراحت کم می شود را شاکي بوده است.

انتفاخ بطن تدریجاً از مدت چند سال آهسته آهسته تأسس کرده و از مدت چند ماه قبل شدید گردیده است. مريض از زمان بلوغ تا اکنون کدام عادت ماهوار menstruation نداشته است. از سابقه کدام بیماری خاصی شاکي نبوده و اعضای فامیل وی صحتمند می باشند. بعد از مراجعه مريض معاینه گردیده که در معاینه مريض لاغر و ضعیف می باشد. علایم حیاتی مريض در زمان مراجعه نارمل است. در معاینه فیزیکی بطن، بطن متوسع دریافت گردیده و یک کته بزرگ به ابعاد احتمالی ۳۰×۳۰ سانتی در بطن موجود می باشد. منشأ کته احتمالاً حوصله می باشد. درجس بطن کته بزرگ نسبتاً متحرک دریافت گردیده کته مذکور حساسیت نداشته، دردناک نبوده و کدام علایمی از حرکت پریوانی دیده نشده است. در روز اول بستر نزد مريض سونوگرافی اخذ گردیده که نشان گر کته یی بزرگ بطن به ابعاد احتمالی ۳۰×۳۰ سانتی بوده است؛ همچنان نزد مريض سونوگرافی داپلر صورت گرفته که نشان دهنده کته بطن با منشأ تخمدان طرف راست بوده که حدوداً کته مذکور ۳۰×۳۰ سانتی ابعاد داشته است. معاینات خون مريض نارمل راپور داده شده است.

در معاینه مهبلی نزد مريض کدام حساسیت و شخی موجود نبوده و کته احتمالی تخمدان از نوع قابل حرکت مشاهده گردید. بعد از تکمیل معاینات مريض به تشخیص احتمالی کته کیستک بزرگ در تخمدان راست کاندید عملیات لپراتومی تحت انس تیزی عمومی گردید. بعد از باز نمودن بطن به شق medline مشاهده شده که تومور بزرگ از نوع complex و حدوداً ۱۳،۴

کیلوگرام موجود می‌باشد. کتله مذکور از تخمدان راست منشأ گرفته که نزد مریض cystosalpangiopherectomy (برداشتن کتله، تخمدان و تیوب فالوپین) اجرا شد. نمونه از قسمت جامد و مایع کتله اخذ و به معاینه هستوپتالوژی فرستاده شد. معاینه هستوپتالوژی واقعه سلیم Mucinous cyst adenoma راپور داده شده است. مریض دو روز بعد به حالت خوب و علایم حیاتی ثابت از شفاخانه رخصت گردیده است. روز دهم مریض مجدداً مراجعه بخیه‌های جلدی برداشته شده و دوماه بعد از عملیات نیز مریض مراجعه نموده که با اجرای سونوگرافی کدام مشکل نزد مریض دریافت نگردیده است.

مباحثه و نتیجه‌گیری

در سنین جوانی اغلب کتلات کیستیک تخمدان سلیم می‌باشند (۶). کیست‌های وظیفه‌وی به تداوی هورمونی نیاز داشته و عمدتاً توسط کانتراسپتیف‌های فمی طی یک تا دو دور معدوم شده ولی کیست‌های بزرگ، کیست‌های اختلاطی مانند تدور تخمدان، کیست‌های با احتمال خباثت، ریچر کیست، کیست‌های هموراژیک به تداوی جراحی نیاز دارند (۶). از آنجایی که مریض ما مصاب به کیست فوق‌العاده بزرگ بوده و همچنان کیست مذکور باعث عقامت و مشکلات هورمونی از جمله عدم موجودیت عادت ماهوار گردیده است؛ لذا بهترین تداوی نزد مریض برداشتن کیست توسط جراحی و لپراتومی (باز کردن بطن توسط شق متوسط بطنی) بوده که انجام شد.

سیستم نمره‌دهی‌های متفاوتی برای تشخیص تریقی بین تومور سلیم و خبیث موجود می‌باشد. درین سیستم‌ها، خصوصیات کتله توسط سونوگرافی، یایسگی و CA۱۲۵ شامل می‌باشد.

مشخصات تومورهای سلیم و خبیث توسط سونوگرافی	
تومور سلیم	تومور خبیث
Unilocular	Multilocular or solid component
Unilateral	Bilateral
Cystic	Solid
Mobile	Fixed
Smooth	Irregular

Ascites	No ascites
Internal echo	No internal echo
Presence of other intra-abdominal pathology	No intra-abdominal pathology

با توجه به معاینات قبل از عملیات نزد مریض، کته موصوف از نوع احتمالی سلیم مطرح می‌باشد. برای تشخیص تومورهای تخمدان معاینه حوصلی به شمول معاینه rectovaginal نیاز می‌باشد. سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و ام. آر. آی، معاینات تشخیصیه خوب هستند. سونوگرافی منشأ کیست، اندازه کیست، تک بودن کیست، موقعیت کیست، مشخصات داخلی کیست، موجودیت و یا عدم موجودیت مایع در جوف دوگلاس را نشان داده می‌تواند. تخمین اندازه کته باید به سانتی‌متر صورت گیرد؛ نه اینکه کته به اشیاء شایع و یا میوه‌جات مقایسه گردد؛ مثلاً نارنج، توپ گلف و غیره (۵). که نزد مریض سونوگرافی اجرا و مشخصات فوق قبل از عمل تثبیت گردید.

TABLE 62.4 ACOG and SGO Guidelines for Referral or Consultation with a Gynecologic Oncologist
Premenopausal or <50 years old with one or more of the following:

Very elevated CA-125 (>200 U/mL)

Ascites

Evidence of abdominal or distant metastases

Family history of breast or ovarian cancer in a first-degree relative

Postmenopausal or >50 years old with one or more of the following:

Elevated CA-125 (>35 U/mL)

Ascites

Nodular or fixed pelvic mass

Evidence of abdominal or distant metastases

Family history of breast or ovarian cancer in a first-degree relative

ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists; SGO, Society of Gynecologic Oncology.

با در نظر داشت جدول فوق تومور مریض از نوع سلیم می‌باشد. تومور سلیم موسینی بنام mucinous cystadenomas نیز یاد شده که ۲۵٪ تومورهای تخمدان را تشکیل می‌دهد. در سن جوانی زیاد دیده شده و ندرتاً دوطرفه حادث می‌گردد. این تومورهای تمایل به بزرگ شدن و چندین محراق شدن داشته و تا ۱۰۰ کیلو وزن آن گزارش شده است. این تومورها به شکل چندین حجره‌یی با تجمع مایع و جدارهای نسبتاً منظم و شفاف

موجود می‌باشند. قرار مشاهده شکل ذیل اکثریت خصوصیات تومور سلیم موسینی در این تومور وجود دارد؛ لذا از نظر گروس نیز تومور سلیم موسینی نزد مریض موجود است.



شکل ۴: تصویر کتله complex بعد از برداشتن کتله



شکل ۵: تصویر گروه عملیاتی مریض مذکور

مآخذ

١. Weiner Z, Thaler I, Beck D, et al. Differentiating malignant from benign ovarian tumors with transvaginal color flow imaging. *ObstetGynecol* 1992;79:159
٢. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, et al. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *ObstetGynecol* 1989;74:921-926.
٣. Holt VL, Daling JR, McKnight B, et al. Cigarette smoking and functional ovarian cysts. *Am J Epidemiol* 1994;139:781-786
٤. Christensen JT, Boldsen JL, Westergaard JG. Functional ovarian cysts in premenopausal and gynecologically healthy women. *Contraception* 2002;66:153-157.
٥. Williams RS, Mendenhall N. Laparoscopic oophoropexy for preservation of ovarian function before pelvic node irradiation. *ObstetGynecol* 1992;80:541.
٦. Havrilesky LJ, Peterson BL, Dryden DK, et al. Predictors of clinical outcomes in the laparoscopic management of adnexal masses. *ObstetGynecol* 2003;102(2):243.
٧. Haney AF, Hesla J, Hurst BS, et al. Expanded polytetrafluoroethylene (Gore-Tex surgical membrane) is superior to oxidized regenerated cellulose (Interceed TC7) in preventing adhesions. *FertilSteril* 1995;63:1021.
٨. Kiran G, Kiran H, Coban YK, et al. Fresh autologous transplantation of ovarian cortical strips to the anterior abdominal wall at the Pfannenstiel incision site. *FertilSteril* 2004;82(4):954.
٩. Kojima E. Ovarian wedge resection with contract Nd:YAG laser irradiation used laparoscopically. *J Reprod Med* 1989;34:444.
١٠. Litos M, Furara S, Chin K. Supernumerary ovary: a case report and literature review. *J ObstetGynaecol* 2003;23:325