

بررسی یافته‌های پاتولوژیک توده‌های تخمدانی در زمان سزارین

دکتر مریم اصغرینیا* - دکتر زینب‌ظهیری سروری*

*استادیار گروه جراحی زنان و زایمان دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

مقدمه: همزمانی توده‌های تخمدانی با حاملگی اغلب نادر است ولی در صورت وقوع می‌تواند برای پزشک و بیمار مشکل آفرین باشد. هدف: هدف از این مطالعه یافتن فراوانی توده‌های تخمدانی که همزمان با سزارین کشف می‌شوند و بررسی مشخصات آنهاست. روش کار: در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر که از ۱۳۷۱/۷/۱ لغایت ۱۳۷۷/۷/۱ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) رشت انجام گرفت ۶۳ مورد توده تخمدانی که به صورت اتفاقی کشف شدند از نظر فراوانی نسبی، توزیع سنی بیماران، نتایج پاتولوژیک، دوطرفه بودن و اندازه تومور مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی همزمان با سزارین ۱ در ۳۶۰ مورد بود.

شایعترین توده تخمدانی، کیست در موئید (۲۷٪) بود. ۲۶/۷ درصد از توده‌های فونکسیونل دوطرفه بودند و بقیه توده‌ها در ۱۰۰ درصد موارد یک طرفه بوده‌اند. ۷۶/۹ درصد از توده‌های نئوپلاستیک ۲۳/۱ درصد از توده‌های غیرنئوپلاستیک بالای ۸ سانتی متر بودند. فراوانی نسبی توده‌های بدخیم ۴/۸ درصد بوده است.

نتیجه‌گیری: از نظر شیوع توده‌های تخمدانی همزمان با سزارین نتایج مطالعه ما قابل مقایسه با آمار سایر کشورهاست و از نظر نتایج پاتولوژیک نیز تفاوت فاحشی با سایر مطالعات دیده نشد.

کلید واژه‌ها: سزارین / کیست‌های تخمدان

مقدمه

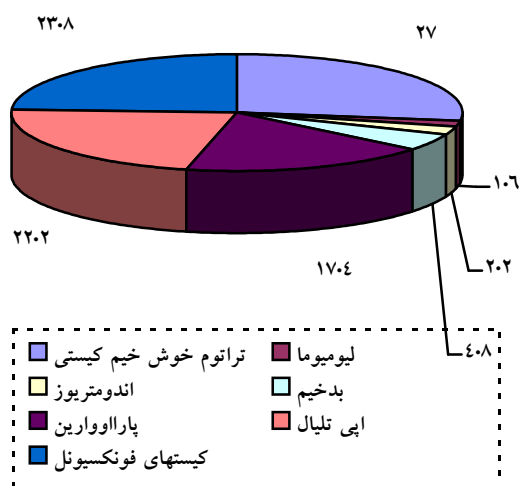
از آنجائیکه تنوع بافتی تخمدان از هر عضو دیگر بیشتر است، محل تومورهای مختلف می‌باشد. بدخیمی‌های تخمدان از نظر بالینی، مشکل‌ترین سرطان زنان هستند که بالاترین نسبت مرگ و میر موردی در بدخیمی‌های زنان، مربوط به آن می‌باشد. تومور تخمدان در حاملگی شایع نیست ولی وقتی ایجاد می‌شود یک مشکل واقعی در طب بوده و درمان آن اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. مطلب مهم آن که ۱-۲ درصد از تومورهای تخمدان در زنان حامله بدخیم هستند (۱). کشف اتفاقی این توده‌ها در اثنای معاینه بالینی یا سونوگرافی معمول حاملگی می‌تواند موجب نگرانی بیمار و متخصص زنان گردد. از زمانی که استفاده سونوگرافی جهت بررسی معمول جنین در حال افزایش می‌باشد تشخیص توده‌های

آدنوکسی که قبلاً غیرقابل تشخیص مانده بود چه در مراحل اولیه و چه در مراحل آخر حاملگی افزایش یافته است. رحم حامله ممکن است مانع لمس دقیق توده‌های آدنوکسی شده منجر به تأخیر در تشخیص گردد. بنابر مطالعات قبلی شایعترین تومور خوش خیم تخمدان در حاملگی در موئید (تراتوم کیستیک خوش خیم) (۴۰ درصد)، سپس تومورهای فونکسیونل کیست جسم زرد و یا کیست ساده (۳۰ درصد) و پس از اینها تومورهای اپی تلیالی (۲۰-۳۰ درصد) می‌باشد. از تومورهای اپی تلیالی تومورهای موسینی نسبت به خانمهای غیر حامله شایعتر می‌باشد (۱).

از تومورهای بدخیم شایعترین تومور دیس ژرمینوم می‌باشد (۳۰ درصد)، اما بعنوان یک دسته تومورهای اپی تلیالی شایعترند (۴۲ درصد) (۱).

نتایج

- فراوانی نسبی توده‌های تخمدان همراه سزارین ۱ در ۳۶۰ مورد بود.
- طیف سنی ۴۰-۱۸ سال و متوسط سنی ۲۸+۵ سال بود.
- بیشترین توده‌ها، چه نئوپلاستیک و چه غیرنئوپلاستیک هر دو در یک گروه سنی (۲۹-۲۵) قرار داشتند (جدول ۱).
- شایعترین تومور کیست درموئید بود و توده‌های فونکسیونل و تومورهای اپی تلیال به ترتیب مقام دوم و سوم را دارا بودند (نمودار ۱).



نمودار: (۱) توزیع انواع توده‌های تخمدانی بر حسب نتایج پاتولوژیک آنها

- فراوانی نسبی توده‌های بدخیم ۴/۸ درصد بود (۳ مورد از ۶۳ مورد) که شامل، آدنوکارسینوم - موسینی - آدنوکارسینوم اندومتریوئید درجه ۱ و تومور سرروز حد واسط بود.
- از نظر وضعیت قرار گرفتن، دوطرفه بودن فقط منحصر به توده‌های فونکسیونل بود (۲۶/۷ درصد) ۲ مورد از ۴ مورد لوتئوما، ۱ مورد از ۵ مورد کیستهای فولیکولر دوطرفه بودند.

توده‌های آدنکس موجود در حاملگی اگر کمتر از ۵ سانتی متر باشند و در سه ماهه اول تشخیص شده باشند اکثراً خود بخود از بین می‌روند (۲) از بین رفتن کیستهای بالای ۵ سانتی متر هم گزارش شده اما گفته می‌شود اندازه بالای ۱۰ سانتی متر با افزایش پتانسیل بدخیمی تومور همراه است (۲) اگر تومورهای بالای ۸ سانتی متر و به عقیده دیگران بالای ۶ سانتی متر بعد از هفته ۱۶ باقی بمانند (۳) با افزایش خطر بدخیمی همراه می‌باشند. اکثر تومورهایی که حاملگی را درگیر می‌کنند چه خوش خیم یا بدخیم یک طرفه‌اند. اکثر تومورهای دوطرفه بدخیم نیستند. شایعترین تومور بدخیم دوطرفه در حاملگی تومور متاستاتیک است (۱) لوتئوما در حدود یک سوم موارد دوطرفه (۱۴) و Hyper reactio luteinalis در اکثر مواقع دوطرفه است (۳) چندین ضایعه وابسته به هورمون نیز در اثنای بارداری اتفاق می‌افتد که اینها بخودی خود از بین می‌روند و باید در تشخیص افتراقی مدنظر باشد. با توجه به ارتباط علی و معلولی بین برخی عوامل ژنتیک و محیطی و تومورهای تخمدانی (۲) و با احتمال وجود تفاوتی در این زمینه با آمار سایر کشورها، این مطالعه انجام می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بصورت توصیفی و براساس داده‌های موجود بر روی پرونده بیماران بوده است که اطلاعات مربوط به ۶۳ مورد توده تخمدان راکه بطور اتفاقی در ۲۳۰۶۰ مورد سزارین از تاریخ اول مهرماه ۱۳۷۱ تا اول مهرماه ۱۳۷۷ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) کشف شده‌اند استخراج گردید، متغیرهای تحقیق شامل سن بیماران، نتایج پاتولوژیک، دوطرفه بودن و اندازه تومور بوده‌اند.

از نظر اندازه، متوسط اندازه توده ها $8/55+9/13$ بود. $76/9$ درصد از توده های نئوپلاستیک بالای ۸ سانتی متر بودند و $23/1$ از توده های غیر نئوپلاستیک بالای ۸ سانتی متر بودند (جدول ۲).

اگرچه اندازه تومور در تشخیص بدخیمی بسیار تعیین کننده بنظرمی رسد اما ارزش اختصاصی بودن کمی برخوردار است در واقع فقط ۱۰ درصد از تومورهای بیشتر از ۸ سانتی متر بدخیم بودند.

جدول ۱: توزیع انواع توده های تخمدانی بر حسب سن

جمع		غیر نئوپلاستیک		نئوپلاستیک		انواع توده گروه سنی (سال)
				درصد	تعداد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	۱۵-۱۹
۷/۹	۵	۶/۹	۲	۸/۸	۳	۲۰-۲۴
۱۱/۱	۷	۱۰/۳	۳	۱۱/۸	۴	۲۵-۲۹
۴۴/۴	۲۸	۶۴/۸	۱۳	۴۴/۱	۱۵	۳۰-۳۴
۲۵/۴	۱۶	۲۴/۱	۷	۲۶/۵	۹	۳۵-۳۹
۹/۵	۶	۱۳/۸	۴	۵/۹	۲	۴۰-۴۴
۱/۶	۱	۰	۰	۲/۹	۱	جمع
۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۳۴	

جدول ۲: توزیع انواع توده های تخمدانی بر حسب اندازه

جمع		۸ سانتی متر و بالاتر		زیر ۸ سانتی متر		وضعیت نوع
				درصد	تعداد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	نئوپلاستیک
۵۴	۳۴	۷۶/۹	۲۰	۳۷/۸	۱۴	غیر نئوپلاستیک
۴۶	۲۹	۲۳	۶	۶۲/۲	۲۳	جمع
۱۰۰	۶۳	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۳۷	

جدول ۳: توزیع انواع توده های نئوپلاستیک بر حسب اندازه

جمع		۸ سانتی متر و بالاتر		زیر ۸ سانتی متر		انواع توده های نئوپلاستیک
				درصد	تعداد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	ترانوم خوش خیم کیستی
۵۰	۱۷	۴۲/۹	۹	۶۱/۵	۸	تومورهای اپی تلیالی غیر بدخیم
۴۱/۲	۲۹۱۴	۴۷/۶	۱۰	۳۰/۸	۴	تومورهای بدخیم
۸/۸	۳	۹/۵	۲	۷/۷	۱	جمع
۱۰۰	۳۴	۱۰۰	۲۱	۱۰۰	۱۳	

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه یافتن فراوانی توده‌های تخمدانی که همزمان با سزارین کشف می‌شوند و بررسی مشخصات آنهاست فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی همزمان با سزارین ۱ در ۳۶۰ مورد بوده و شایعترین توده تخمدانی کیست درموئید (۲۷٪) بوده است فراوانی نسبی توده‌های بدخیم ۴/۸ بوده است.

مقالات زیادی تاکنون در ارتباط با تومورهای تخمدان در حاملگی نوشته شده است.

- در تحقیقات مختلف، فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی همزمان با سزارین متفاوت است کوکنیگز و همکاران، شیوع آنرا همزمان با سزارین ۱ در ۲۰۰ بالارد ۱ در ۴,۵۹ گزارش نموده‌اند (۵) در سایر مطالعات شیوع آن از ۱۸۰ تا ۱۲۲۰۰ متغیر می‌باشد (۱، ۴ و ۵)

- از نظر توزیع سنی در مطالعه یورا اکثر توده‌ها در گروه سنی (۲۹-۲۵) جای داشتند.

در سال ۱۹۵۵، پترسون گزارش نمود که ۴۰-۲۲ درصد از تومورهای تخمدان در حاملگی کیست درموئید می‌باشد (۶).

در مطالعه تاوا (۷) و وایت (۸) فراوانی کیست درموئید در خانم حامله را ۲۱/۱ درصد و ۴۰/۳ درصد اعلام نموده‌اند.

در مطالعه دیگر (۹) ۴۵/۳ درصد از توده‌ها کیست درموئید بود که در واقع شایعترین تومور تشخیص داده شده بود.

در مطالعه دیگر شایع‌ترین تومور، کیست درموئید (۴۰ درصد) و سپس تومورهای فونکسیونل (۳۰ درصد) و سپس تومورهای اپی تلیال (۱۸ درصد) بوده است (۷).

در ۳ مطالعه درصد بدخیمی ۵-۳ درصد گزارش شده است (۲، ۱۰ و ۱۱)

از نظر وضعیت قرار گرفتن، اکثر توده‌های تخمدانی همزمان با حاملگی یکطرفه‌اند (صرف نظر از خوش خیم یا بدخیم بودن) کارلن و همکاران (۱۱) گزارش

کرده اند که ۹۰ درصد از دیس ژرمینوم هادر حاملگی یکطرفه‌اند هم چنین گفته می‌شود که اکثر توده‌های دوطرفه تخمدان حین حاملگی بدخیم نیستند (۱۱) در یک مطالعه ۱۲/۹ درصد از توده‌های شبه توموری و ۱۷/۱ درصد از تومورهای خوش خیم دوطرفه گزارش شده‌اند (۹).

در یک مطالعه لو تئوما در ۱۳ موارد دوطرفه (۳) و Hyper reactio luteinalis در اکثر موارد دوطرفه‌اند (۳).

بعضی مطالعات افزایش اندازه بالای ۱۰ سانتی متر را با افزایش پتانسیل بدخیمی مرتبط دانسته‌اند (۱۳) بعضی مطالعات اندازه بالای ۸ سانتی متر (۹ و ۱۱) و برخی دیگر توده‌های بالای ۶ سانتی متر که بعد از هفته ۱۶ باقی بمانند (۴) را با افزایش خطر بدخیمی همراه می‌دانند.

۸۸ درصد از تومورهای بالای ۱۰ سانتی متر خوش خیمند (۱۳).

نتایج مطالعه ما همانطور که ملاحظه می‌شود قابل مقایسه با مطالعات سایر کشورها می‌باشد. مطلب قابل توصیه به متخصصین زنان و مامائی این است که با توجه به بدون علامت بودن اکثر تومورهای بدخیم تخمدان، در سونوگرافی روتین حاملگی حتماً بررسی دقیق آدنکس هم قید گردد چون در اکثریت موارد این مطلب مهم در نظر گرفته نمی‌شود و بررسی سونوگرافیک در حامله‌ها فقط منحصر به رحم می‌باشد. لذا با توجه به اینکه هر خانم حامله‌ای حداقل یکبار تحت بررسی سونوگرافیک قرار می‌گیرد حاملگی بهانه مناسبی جهت استفاده از این وسیله بعنوان یک تست اسکرینینگ در بررسی پاتولژیهای تخمدانی می‌باشد.

منابع

1. Beischer NA, Butlery BU, Fortune DW, Macefee Caj. ovarian tumors in AUSNZJ. *Obstet Gynecol* 1971;11 : 208-220.
2. Matsuyama T, Tsulcamato A, et al Malignant ovarian Tumors associated With Pregnancy, report of 6 cases. *Inter J Gynecol obstet* 1984: 28:61-66.
3. Wajda K J, Lucas JG, Marsh W1. Hyperreactiou luteinaluis benign disorder Masquerading as an ovarian neoplasm. *Arch Pathol lab med* 1989: 113: 921.
4. Hill In, johnson CE, lee RA. ovarian surgery in pregnancy. *A T J Obstet Gynecol* 1975: 122: 565 – 569.
5. Kuramoto H, johho T, lwaya H. conservative therapy of ovarian ors during pegnancy. *obstet Gynecal pract* 1993: 42: 1234-1244.
6. Peterson WF, prevost EC, Edmond FT, et al Benign Cystic Teratoma of the ovary *AM J Ob Gyn* 1955:70:368-382.
7. Tawa K Ovarian Tumors in pregnancy , *AM j obst Gynecol* 1964:90:511-516.
8. White KC. ovarian tumors in pregnancy, A private hospital ten year survey. *AM J Obsand Gyn* 1973: 116:544-550.
9. Ueda M Ueki M ovarian tumor associated with pregnancy. *Inter J of obs and Gyn* 1996: 59-85.
10. Chowdhury NNR. ovarian tumors complicating pregnancy. *Am j Ob and Gyn* 1962: 83: 615-618.
11. Dudley A G. ovarian tumor complicating pregnancy In: Rockj A, Telinde,s JD. *Operative Gynecology*. 11th ed. Philadelphia: lippincott- Roven, 1997:827-81
12. Clement PB. Non neoplastic lesions of the ovary. In: Kurmem RJ (ed). *Blaustein,s pathology of the female genitsl tract*. New york: Springer – verlag, 1987: 495.
13. Wang PH, chao H T ,Yuan c c. Ovarian Tumor complicating pregnancy. *international journal of Gynecology & obstetrics* 1997: 59: 145-6.

Ovarian Masses in Cesarean Section

Asgharnia M, Zahiri Soroori Z.

Abstract

Introduction: Ovarian tumors do not often occur during pregnancy but when they do compose a real problem in clinical practice and their management may be of crucial importance.

Objective: This study performed to find the abundance of ovarian mass that incidentally recognized during cesarean section and their pathologic feature.

Methods: In a descriptive retrospective study a series of 63 cases of incidentally recognized ovarian tumors during cesarean section from August 21, 1992 to August 21, 1998 were investigated with respect to relative frequency, pathological findings, age distribution, Bilaterality and size of the tumors.

Results: Relative frequency of ovarian tumor accompanied cesarean section was 1 in 360. Dermoid cyst was the most common lesion found (27 percent), 26.7 percent of functional cysts was bilateral, remainder was unilateral (100 percent), 76.9 percent of neoplastic masses and 23.1 percent of non- neoplastic masses was ≥ 8 cm and the relative frequency of malignant tumors was 4.8 percent.

Conclusion: The results of this study are relatively comparable with others, Also pathologic findings are comparable.

Key words: Cesarean Section/ Ovarian Cysts.