

# بررسی فراوانی انواع توده‌های لگنی در بیمارستان دکتر شریعتی

دکتر اشرف جمال، استادیار گروه آموزشی زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

## A Survey on Relative Frequency of Pelvic Masses in Shariati Hospital ABSTRACT

In a retrospective study, type, origin and relative frequency of pelvic masses during 3 years period in shariati hospital were studied.

Ovarian mass was the most common pelvic mass with relative frequency of 88% including neoplastic 58% and non neoplastic 30%.

Corpus luteum cyst was the most common cyst in non neoplastic group and serous cystadenoma was the most common in neoplastic group. The most frequent mass in malignant series was serous cystadenocarcinoma.

Non ovarian masses was 6% and metastatic masses was 2% of ovarian masses. The average age was 42 years in neoplastic group excluding dermoid cyst which was 33 years and the average age was 32 years in non neoplastic group.

**Key Words:** Pelvic; Mass; Neoplasm

## چکیده

در یک مطالعه گذشته‌نگر بیمارانی که به علت توده لگنی در مدت سه سال در بیمارستان دکتر شریعتی مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند از نظر نوع توده، منشأ و فراوانی نسبی آن بررسی شدند. شایعترین توده‌ها، توده‌های تخمدانی با شیوع ۸۸٪ بود که ۵۸٪ موارد نئوپلاستیک و ۳۰٪ موارد غیرنئوپلاستیک بودند. توده‌های غیرتخمدانی ۶٪ و توده‌های متاستاتیک تخمدان ۲٪ کل توده‌ها را تشکیل دادند.

شایعترین توده در گروه غیرنئوپلاستیک، کیست جسم زرد و در گروه نئوپلاستیک سرویسیت آدنوما بود. شایعترین تومور بدخیم از دسته اپی‌تلیال و سرویسیت آدنوکارسینوما بود. متوسط سنی در گروه نئوپلاستیک ۴۲ سال (باستثنای کیست درموئید با متوسط سنی ۳۳ سال) و در گروه غیرنئوپلاستیک ۳۲ سال بود.

واژه‌های کلیدی: لگنی؛ توده؛ نئوپلاسم

## مقدمه

توده‌های لگنی یکی از علل مهم جراحی‌های زنان را تشکیل می‌دهد. منشأ این توده‌ها از ارگانهای تناسلی داخلی، دستگاه ادراری و یا روده است. علل مربوط به زنان، علل رحمی یا تخمدانی و

بطور نادرتر مربوط به لوله‌های رحمی می‌باشد. شایعترین توده لگنی در همهٔ سنین مربوط به تخمدان است و علت اهمیت توده‌های لگنی هم در ارتباط با تشخیص زودرس تومورهای بدخیم تخمدانها می‌باشد، زیرا که سرطان تخمدان از نظر علل مرگ و میر زنان بطور کلی در مقام پنجم و از نظر علل مرگ و میر ناشی از سرطانهای دستگاه ژنیتال در مقام اول قرار دارد، بطوری که مرگ و میر ناشی از آن بیش از مجموع مرگ و میر ناشی از سرطان سرویکس و آندومتر است (۱).

متأسفانه بیشتر مطالعات و تحقیقات مندرج در کتب و مقالات مربوط به جوامع غربی است. اخیراً مطالعات جالبی در مورد افزایش شیوع کانسر تخمدان در ژاپن گزارش گردیده، زیرا اصولاً شیوع این بیماری در ژاپن خیلی کم است و افزایش آن را در طی سال‌های ۱۹۵۸ تا ۱۹۸۲ به علت افزایش مصرف چربی در رژیم غذایی زنان ژاپنی می‌دانند (۳،۲).

از آنجایی که شیوع بیماری تحت تأثیر عوامل ژنتیک، جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، محیطی و تغذیه‌ای قرار می‌گیرد، بنابراین ضرورت انجام مطالعه در این زمینه در کشور ما احساس می‌شود. در این مطالعه گذشته‌نگر بیمارانی که در مدت سه سال از

باستثنای کیست درموئید حدود ۴۲ سال بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های غیرنئوپلاستیک و میانگین سنی آنها

نوع تومور	متوسط سن به سال	تعداد	درصد
کیست لوتئال	۳۲	۳۲	۱۵
کیست فولیکولر	۲۷	۲	۰/۹
آندومتريوما	۳۵	۹	۴/۱
ساده	۳۶	۱۹	۸/۸
انگلوزیونی	۳۶	۲	۰/۹۲
تخمدان پلی‌کیستیک	۲۷	۱	۰/۴۶
جمع	-	۶۵	۳۰

کیست لوتئال شایعترین توده در بین کیستهای غیرنئوپلاستیک است. میانگین سنی افراد با این دسته از کیستها ۳۲ سال بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های نئوپلاستیک و میانگین سنی آنها

نوع تومور	متوسط سن به سال	تعداد	درصد
سرویسیت آدنوما	۴۰	۴۳	۲۴
موسینوسیت آدنوما	۳۹/۷	۲۰	۱۶
سپیت آدنوفیبروما	۴۷	۳	۲/۳۸
تکوما	۵۲	۶	۴/۷۶
تومور برنر بدخیم	۶۰	۳	۲/۳۸
کیست درموئید	۳۳	۳۰	۲۴
سرویسیت آدنوکارسینوما	۵۰	۱۴	۱۱
موسینوسیت آدنوکارسینوما	۴۴	۵	۴
استروماواری	۴۳	۱	۰/۷۹
گرانولوزاسل تومور	۴۸	۱	۰/۷۹
جمع	-	۱۲۶	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های غیرتخمدانی

نوع توده	تعداد	درصد
حاملگی خارج رحمی (قدیمی)	۴	۳۰/۷
کیست پاراوارین	۴	۳۰/۷
میوم رحمی	۱	۷/۶
کیست مزوتلیال	۱	۷/۶
کیست مزانتتر	۱	۷/۶
کیست لیگامان پهن	۱	۷/۶
آبسه لوله تخمدانی	۱	۷/۶
جمع	۱۳	۱۰۰

۱۳۷۱ الی ۱۳۷۳ به علت توده لگنی تحت لاپاروتومی قرار گرفته بودند جمع‌آوری شده و از نظر نوع توده، منشأ و فراوانی آن مورد بررسی قرار گرفتند. امید است این اطلاعات کمک مؤثری در جهت برخورد با این توده‌ها باشد.

## روش و مواد

این مطالعه گذشته‌نگر توصیفی با مراجعه به پرونده بیمارانی که در دوره زمانی سه سال یعنی از سال ۱۳۷۱ الی ۱۳۷۳ به علت وجود توده لگنی در بخش جراحی زنان بیمارستان دکتر شریعی تحت عمل قرار گرفته بودند، انجام گردید. در این مطالعه کلیه موارد لاپاراتومی به علت حاملگی خارج رحمی بدلیل اینکه فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی مدنظر بود از مطالعه کنار گذاشته شد. در مدت سه سال ۲۱۶ مورد لاپاراتومی به علت وجود توده لگنی با یا بدون درد انجام شده بود که بر اساس جواب پاتولوژی و شرح عمل بیمار از نظر نوع، منشأ و فراوانی مورد مطالعه قرار گرفت.

## نتایج

نتایج حاصله در جداول ۱ تا ۶ آمده است. جدول یک بطور کلی تقسیم‌بندی توده‌ها را با توجه به منشأ آن نشان می‌دهد. توده‌های تخمدانی شایعترین توده‌های لگنی بودند و تومورهای متاستاتیک تخمدان کمترین شیوع را داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های لگنی در بیمارستان دکتر شریعی

(۷۳-۱۳۷۱)

نوع توده	تعداد	درصد
تخمدانی (غیرنئوپلاستیک)	۶۵	۳۰/۱۰۹
تخمدانی (نئوپلاستیک)	۱۲۶	۵۸/۳۳
غیرتخمدانی	۱۳	۶/۰۱
تخمدانی همراه حاملگی	۸	۳/۷
متاستاتیک تخمدان (ثانویه)	۴	۲
جمع	۲۱۶	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می‌شود در بین توده‌های نئوپلاستیک سرویسیت آدنوما از نظر فراوانی مقام اول و کیست درموئید مقاوم دوم را داراست. میانگین سنی افراد واجد این توده‌ها، در این دسته

جدول ۵- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی متاستاتیک

درصد	تعداد	نوع تومور اولیه
۵۰	۲	آدنوکارسینوم معده
۲۵	۱	آدنوکارسینوم کولون
۲۵	۱	کارسینوم کبد
۱۰۰	۴	جمع

جدول ۶- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های تخمدانی همراه حاملگی

درصد	تعداد	نوع توده‌های تخمدانی
۲۵	۲	موسیوسیت آدنوما
۲۵	۲	کیست تکالوتئین (IVF)
۱۲/۵	۱	کیست درموئید
۱۲/۵	۱	سرویسیت آدنوما
۱۲/۵	۱	کیست پارااوارین
۱۲/۵	۱	سببیت آدنوفیبروما
۱۰۰	۸	جمع

## بحث

توده‌های تخمدانی در این مطالعه شایعترین توده‌های لگنی بود، بطوری که ۸۸٪ توده‌ها را تشکیل می‌داد و این میزان مشابه میزان آن در مراجع معتبر است (۴). این توده‌ها ۳۰٪ موارد غیرنئوپلاستیک و ۵۸٪ موارد نئوپلاستیک بودند. همانطور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود افراد واجد توده‌های غیرنئوپلاستیک تخمدان در سنین جوانی باروری با متوسط سن ۳۲ سال و افراد واجد توده‌های نئوپلاستیک (جدول ۳) دارای متوسط سنی ۴۲ سال بوده‌اند که البته در این دسته تراتوم کیستیک خوش خیم (کیست درموئید) استثناء بوده و معمولاً در سن ۳۰ سالگی دیده می‌شود که این مطالعه هم حد سنی ۳۳ سال را در مورد این تومور خوش خیم ژرم سل نشان داده است.

توده‌های غیرنئوپلاستیک شامل کیست فولیکولار، کیست جسم زرد و کیست تکالوتئین بود که همه تحت عنوان کیستهای فونکسیونل تخمدانی تقسیم‌بندی شده و بجز در موارد چرخش یا پارگی و خونریزی داخل شکمی نیاز به دخالت جراحی ندارند، ولی بدلیل علائمی که تولید می‌کنند سبب بستری شدن بیمار در بیمارستان می‌گردند. در این مطالعه شایعترین کیست فونکسیونل کیست جسم زرد بود که تقریباً نیمی از موارد توده‌های غیرنئوپلاستیک را تشکیل می‌داد (جدول ۲)، در حالیکه در سایر منابع کیست فولیکولار شایعتر است (۴). اختلاف در شیوع کیست فولیکولار و کیست لوتئال در این مطالعه می‌تواند به چند دلیل باشد: ۱- کیستهای ساده که ۱۹ مورد گزارش شده، در واقع همان کیست فولیکولار بوده که نازک شدن پیشرونده لایه گرانولوزای آن سبب ایجاد یک پوسته نازک با فقط یک لایه اپی‌تلیوم نامشخص

شده و لایه تکای داخلی آن به کلی از بین رفته بطوری که ماهیت داخلی کیست از نظر پاتولوژی غیرقابل تشخیص شده و تحت عنوان کیست ساده نامگذاری می‌شود (۵). بنابراین اگر آنها را نیز جزء کیست فولیکولار بحساب آوریم، تعداد کیستهای فولیکولار به ۲۱ مورد خواهد رسید. ۲- طبیعت اکوژن کیست لوتئال در نمای سونوگرافی توجه به این کیست را بیشتر نموده و شاید شک به

بدخیمی در این کیست بدلیل خونریزی داخلی کیست و اکوژن شدن آن بیشتر شود. ۳- پارگی کیست لوتئال و ایجاد خونریزی داخلی شکمی در این کیست شایعتر بوده و سبب دخالت جراحی شده است. ۴- چرخش شایعتر در کیست لوتئال بدلیل وزن بیشتر کیست روی یک پایه نازک بوده که باز سبب عمل جراحی گردیده، بطوری که ۵۰٪ موارد لاپاراتومی در مورد این کیست بدلیل ایجاد شکم حاد بوده است. اما پارگی در کیستهای فولیکولار فقط سبب تحریک صفاق شده و خودبخود قابل کنترل است.

آندومتریوما یا کیستهای شکلاتی مربوط به آندومتریوزیس ۴٪ کیستهای خوش خیم را در این مطالعه تشکیل می‌داد که البته شیوع آن بستگی به بیماری آندومتریوزیس، نازایی و تعداد زایمان دارد. کیست انکولوزیونی اپی‌تلیوم سطحی تخمدان معمولاً کوچک بوده و شایع نیست و دو مورد آن در این مطالعه بدلیل اندازه بزرگ تحت عمل جراحی قرار گرفته بود.

یک مورد تخمدانهای پلی‌کیستیک به علت توده دو طرفه همراه درد و سنگینی شدید و مشکوک به بدخیمی تحت عمل قرار گرفته بود. البته اندازه این تخمدانها ۵-۲ برابر بزرگتر از تخمدان طبیعی می‌شود، ولی هیچگاه دخالت جراحی لازم نیست. شیوع این نوع تخمدانها خیلی بالاست، بطوری که در یک بررسی سونوگرافی زنان نرمال بدون علامت، شیوع تخمدانهای پلی‌کیستیک ۲۲٪ گزارش شده است (۶).

توده‌های نئوپلاستیک در این مطالعه شایعترین توده در گروه سنی ۴۰ سال به بالا بوده است. از دسته تومورهای اپی‌تلیال تخمدان، سرویسیت آدنوما از نظر شیوع در درجه اول (۳۴٪) و از دسته ژرم سلها، کیست درموئید با شیوع ۲۴٪ در مقام دوم قرار گرفت که این میزان مشابه میزان آن در بعضی مطالعات (۷،۴) بود. اخیراً در یک مطالعه کیست درموئید با میزان ۶۶٪ شایعترین توده تخمدانی در زنان کمتر از ۵۰ سال بوده (۸) و نئوپلاسمهای اپی‌تلیالی از نظر شیوع در مقام دوم قرار گرفته است.

شایعترین نئوپلاسمهای بدخیم در این مطالعه بترتیب سرویسیت آدنوکارسینوما، مونوسیت آدنوکارسینوما و تومور برنر بدخیم بود که میزان آن ۲٪ در مقابل میزان ۱٪ در سایر منابع است (۴). در بررسی ما از دسته ژرم سلها تومور بدخیم وجود نداشته و از دسته تومورهای طناب جنسی و استرومای تخمدان میزان ۶٪ بوده که مشابه میزان ۸-۵٪ در جمع‌آوری تومورها توسط نوآک است (۴). این نکته قابل ذکر است که در امتحان هیستولوژی کارسینومهای متاستاتیک تخمدان، تومورهای تراتوئید و تومورهای مزوتلیال

توده‌های تخمدانی همراه حاملگی قابل بحث کیست تکالوتین است که از نظر شیوع کمترین حد را در میان کیستهای فونکسیونل تخمدان دارد و معمولاً همراه مول دیده می‌شود که در این مطالعه در یک خانم نازا که پس از انجام IVF بدلیل ایجاد شکم حاد، تورسیون، نکروز و پارگی کیستها تحت عمل قرار گرفته بود، دیده شد و بدلیل مصرف داروهای مولد تخمک‌گذاری بوده است.

نکته مهم قابل ذکر در مورد توده‌های تخمدانی استفاده از تکنولوژی پیشرفته سونوگرافی ترانس واژینال است که می‌تواند کمک بزرگی به تشخیص توده‌های لگنی کند که در این مطالعه بدلیل عدم دسترسی به آن انجام نشده است. بعلاوه استفاده از داپلر Doppler، بررسی عروق تخمدانی و مقاومت جریان خون تخمدان سهم مهمی در افتراق توده‌های تخمدانی بدخیم و خوش خیم دارد که با بکارگیری این تکنیکهای تصویری و استفاده از لاپاراسکوپ در مورد توده‌های مشکوک به بدخیمی می‌توان از میزان زیاد لاپاروتومیهای تشخیصی کاست. در مورد کیستهای فونکسیونل تخمدان درمان کنسرواتیو را همیشه باید در نظر گرفت، چون وجود این کیستها همیشه دلیل نگرانی بیمار بوده می‌تواند منجر به اعمال جراحی غیرضروری گردد و این مسأله غیرقابل اجتناب است. خوشبختانه اخیراً ادعا می‌شود سونوگرافی ترانس‌واژینال بیش از ۹۵٪ حساسیت تشخیصی برای تومورهای بدخیم تخمدان دارد. اگرچه استفاده از این روش مستلزم انجام ۱۵-۱۰ مورد لاپاروتومی برای تشخیص درست فقط یک مورد تومور بدخیم تخمدان است (۱۲) ولی بنظر می‌رسد ادغام این روش با داپلر رنگی و ارزیابی عروق تخمدان وسیله مؤثری در تشخیص بدخیمی باشد. با وصف اینحال اهمیت این روش تشخیصی به عنوان تست غربالگری تومور در زنان پس از یائسگی هنوز قابل بحث است (۱۳).

## منابع

- 1- Albert Altchek, liane Deligdisch. Diagnosis and management of ovarian disorders. 1996. Igaku - shoim, New York.
- 2- Parrazzini F, franceschie S, La vecchia C. The epidemiology of ovarian cancer. Gynecol oncol 43: 9-23, 1991.
- 3- Wynder EJ, Fujita Y, Harris RE. Comparative epidemiology of cancer between the united states and Japan. Cancer 67: 746-763, 1991.
- 4- Jonathan S.Berek. Novak's Gynecology 12th edition, Williams & Wilkins 1996.
- 5- Russel P, Banna tyne P. Surgical pathology of the ovaries edinburgh, churchill livingstone, 1989.
- 6- Polsan DW, Adam SJ. Poly cystic ovaries a common finding in normal women. lancet 1988; 1: 870-2.
- 7- Kenneth J. Ryam, Ross S. Berkowitz. Kistner's Gynecology sixth edition Mosby 1995.
- 8- Koonings PP, Caqnpbell K. Relative Frequency of Primary ovarian neuplasms : a 10 year review obstet Gynecol 1989; 74: 921-6.
- 9- Novak ER. Feinizing gonadal stromal tumors: analysis of the granulosa - theca cell tumor of the ovarian tumor registry. obstet gynecol. 1971; 38: 701-13.
- 10- Fox H, langly FA. Tumors of the ovary. chicago - Mosby yearbook, 1976.
- 11- Stein AI, koonings PP. Relative frequency of malignant paraovarian tumors: Should paraovarian tumors be aspirated? obstet, Gynecol 1990; 75: 1029-31.
- 12- Higgins Rv. Van nagell, Transvaginal sonography as a screening method for ovarian cancer. Gynecol oncol 1989; 34: 402-6.
- 13- Rulin Mc, Preston AI, Adnexal masses in post menopausal women. obstet, Gynecol 1987; 70: 578-81.

می‌توانند اشتباهاً در دسته توده‌های طناب جنسی قرار گیرند، بطوری که در یک بررسی توسط امیل نواک از ۴۴۷ مورد تومور تخمدان که به عنوان تومور گرانولوزا و تکا تقسیم‌بندی شدند در بررسی مجدد هیستولوژی ۱۵٪ آنها تشخیص دیگری داشتند (۹) و احتمال دارد که ۶ مورد نکومای این مطالعه نیز همینگونه باشند. تومورهای متاستاتیک یا ثانویه تخمدان ۴ مورد بوده که این میزان ۲٪ در مقابل ۶-۵٪ سایر منابع است (۴) و محل اولیه تومور معده، کولون و کبد بوده است.

توده‌های غیرتخمدانی در این مطالعه ۶٪ توده‌ها را تشکیل داده که شامل ۴ مورد حاملگی خارج رحمی قدیمی بود که به علت وجود توده، لاپاراتومی شده بود. خوشبختانه این روزها به علت دسترسی بودن مارکر قابل اطمینان BHCG حاملگی خارج رحمی در همان مراحل اولیه قابل تشخیص و درمان است. کیستهای پاراوارین هم ۴ مورد بوده است. این کیستها بندرت بزرگتر از ۵ سانتیمتر می‌شوند، ولی می‌توانند سبب چرخش پدیکول عروقی تخمدان شده و دخالت جراحی را بطلبد (۲). شیوع بدخیمی در این کیستها خیلی کم ولی در یک مطالعه ۲٪ بوده است (۱۱). یک مورد هم کیست مزوتلیال داشتیم که در این دسته قرار می‌گیرد. میوم یا فیبروئیدهای رحمی نیز از توده‌های غیرتخمدانی است که با وجودیکه شایعترین تومور خوش خیم رحم بوده و در ۲۰٪ زنان در سنین باروری دیده می‌شود، ولی فقط یک نوع زیر سروری آن می‌تواند بصورت توده آدنکس ظاهر کند و با تومور تخمدان اشتباه شود که خوشبختانه سونوگرافی ترانس واژینال در تشخیص آن کمک شایانی می‌کند.

ضایعات التهابی لگنی مانند آبسه لوله تخمدانی یک مورد بود که اغلب علائم دیگری مثل تب، لکوسیتوز، مصرف IUD و DID قبلی و عدم پاسخ به آنتی‌بیوتیک در تشخیص به ماکمک می‌کند. از