

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 luteom cyst was the most common cyst in non neoplastic group and serous cystadenoma was the most commin 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

بطور نادرتر مربوط به لوله‌های رحمی می‌باشد. شایعترین توده لگنی در همه سنین مربوط به تخدمان است و علت اهمیت توده‌های لگنی هم در ارتباط با تشخیص زودرس تومورهای بد خیم تخدمانها می‌باشد، زیرا که سرطان تخدمان از نظر علل مرگ و میر زنان بطور کلی در مقام پنجم و از نظر علل مرگ و میر ناشی از سرطانهای دستگاه ژنتیال 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).

متاسفانه بیشتر مطالعات و تحقیقات مندرج در کتب و مقالات مربوط به جوامع غربی است. اخیراً مطالعات جالبی در مورد افزایش شیوع کانسر تخدمان 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 (۲،۳).

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 می‌شد. در این مطالعه گذشته نگر بیمارانی که در مدت سه سال از

در یک مطالعه گذشته نگر 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 تخدمانی باشیوع ۸۸٪ بود که ۵۸٪ موارد نشوپلاستیک و ۴۰٪ موارد غیرنشوپلاستیک بودند. توده‌های غیرتخدمانی ۶٪ و توده‌های متاستاتیک تخدمان ۲٪ کل توده‌ها را تشکیل دادند.

شایعترین توده در گروه غیرنشوپلاستیک، کیست جسم زرد و در گروه نشوپلاستیک سرویسیت آدنوما بود. شایعترین تومور بد خیم از دسته اپی تلبیان و سرویسیت آدنوکارسینوما بود. متوسط سنی در گروه نشوپلاستیک ۴۲ سال (با استثنای کیست درموئید با متوسط سنی ۳۳ سال) و در گروه غیرنشوپلاستیک ۳۲ سال بود.

واژه‌های کلیدی: لگنی؛ توده؛ نشوپلاسم

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 تخدمانی و

باستثنای کیست درموئید حدود ۴۲ سال بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های غیرنشوپلاستیک و میانگین سن آنها

درصد	تعداد	متوسط سن به سال	نوع تومور
۱۵	۳۲	۳۲	کیست لوتمال
۰/۹	۲	۲۷	کیست فولیکولر
۴/۱	۹	۳۵	آندومتریوما
۸/۸	۱۹	۳۶	ساده
۰/۹۲	۲	۳۶	انکلوزیونی
۰/۴۶	۱	۲۷	تخمدان پلی کیستیک
۳۰	۶۵	-	جمع

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

جدول ۳- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های نشوپلاستیک و میانگین سن آنها

درصد	تعداد	متوسط سن به سال	نوع تومور
۳۴	۴۳	۴۰	سروسیست آدنوما
۱۶	۲۰	۳۹/۷	موسینوسیست آدنوما
۲/۳۸	۳	۴۷	سیست آدنوفیبروما
۴/۷۶	۶	۵۲	تکوما
۲/۳۸	۳	۶۰	تومور برتر بدخیم
۲۴	۳۰	۳۳	کیست درموئید
۱۱	۱۴	۵۰	سروسیست آدنوکارسینوما
۴	۵	۴۴	موسینوسیست آدنوکارسینوما
۰/۷۹	۱	۴۳	استروما اواری
۰/۷۹	۱	۴۸	گرانولوزاسل تومور
۱۰۰	۱۴۶	-	جمع

جدول ۴- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های غیرتخمدانی

درصد	تعداد	نوع توده
۳۰/۷	۴	حامگی خارج رحمی (قیمتی)
۳۰/۷	۴	کیست پاراوارین
۷/۶	۱	میوم رحمی
۷/۶	۱	کیست مزو وتیال
۷/۶	۱	کیست مزانتر
۷/۶	۱	کیست لیگامان پهن
۷/۶	۱	آبسه لوله تخمدانی
۱۰۰	۱۲	جمع

۱۳۷۳ الى ۱۳۷۱ به علت توده لگنی تحت لاپاروتومی قرار گرفته بودند جمع آوری شده و از نظر نوع توده، منشاً 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 الى ۱۳۷۳ به علت وجود توده لگنی در بخش جراحی زنان بیمارستان دکتر شریعتی تحت عمل قرار گرفته بودند، انجام گردید. در این مطالعه کلیه موارد لاپاراتومی به علت حاملگی خارج رحمی بدلیل اینکه فراوانی نسبی توده‌های تخدانی مدنظر بود از مطالعه کنار گذاشته شد. در مدت سه سال ۲۱۶ مورد لاپاراتومی به علت وجود توده لگنی با یا بدون در انجام شده بود که بر اساس جواب پاتولوژی و شرح عمل بیمار از نظر نوع، منشاً 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 منشاً آن نشان می‌دهد. توده‌های تخدانی شایعترین توده‌های لگنی بودند و تومورهای متاستاتیک تخدان کمترین شیوع را داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های لگنی در بیمارستان دکتر شریعتی (۱۳۷۱-۷۳)

نوع توده	درصد	تعداد
تخمدانی (غیرنشوپلاستیک)	۳۰/۹	۶۵
تخمدانی (نشوپلاستیک)	۵۸/۳۳	۱۲۶
غیرتخمدانی	۶/۱	۱۳
تخمدانی همراه حاملگی	۳/۷	۸
متاستاتیک تخدان(ثانویه)	۲	۴
جمع	۱۰۰	۲۱۶

همانطور که ملاحظه می‌شود در بین توده‌های نشوپلاستیک سروسیست آدنوما از نظر فراوانی مقام اول و کیست درموئید مقام دوم را دارد. میانگین سنی افراد واجد این توده‌ها، در این دسته

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 تیز جزء کیست فولیکولار بحساب آوریم، تعداد کیستهای فولیکولار به ۲۱ مورد خواهد رسید. ۲- طبیعت اکوژن کیست لوتال 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 لوتال و ایجاد خونریزی داخلی شکمی در این کیست شایعتر بوده و سبب دخالت جراحی شده است. ۴- چرخش شایعتر در کیست لوتال 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 خود بخود قابل کنترل است.

آندو متريوزما 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 انکلوزیونی اپی تلیوم سطحی تخدمان معمولاً کوچک بوده و شایع نیست و دو مورد آن در این مطالعه بدلیل اندازه بزرگ تحت عمل جراحی قرار گرفته بود.

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

توده‌های نئوپلاستیک در این مطالعه شایعترین توده در گروه سنی ۴۰ سال به بالا بوده است. از دسته تومورهای اپی تلیال تخدمان، سرویسیت آندوما 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،۸) بود. اخیراً در یک مطالعه کیست درموئید با میزان ۶۶٪ شایعترین توده تخدمانی در زنان کمتر از ۵۰ سال بوده (۸) و نئوپلاسمهای اپی تلیالی از نظر شیوع در مقام دوم قرار گرفته است.

شایعترین نئوپلاسمهای بدخیم در این مطالعه بترتیب سرویسیت آندوکارسینوما، مونوسیست آندوکارسینوما و تومور برزی بدخیم بود که میزان آن ۲٪ در مقابل میزان ۱٪ در سایر منابع است(۴). در بررسی مالزدسته ژرم سلها تومور بدخیم وجود نداشته و از دسته تومورهای طناب جنسی واسترومای تخدمان میزان ۶٪ بوده که مشابه میزان ۸-۵٪ در جمع اوری تومورها توسط نواک است(۴).

این نکته قابل ذکر است که در امتحان هیستولوژی کارسینومهای متاستاتیک تخدمان، تومورهای تراتسوئید و تومورهای مژوپلیال

جدول ۵- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های تخدمانی متاستاتیک

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

جدول ۶- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی توده‌های تخدمانی هرآه حاملگی

نوع توده‌های تخدمانی	درصد	تعداد
موسینوسیست آندوما	۲۵	۲
کیست تکالوتین (IVF)	۲۵	۲
کیست درموئید	۱۲/۵	۱
سروبیسیت آندوما	۱۲/۵	۱
کیست پاراوارین	۱۲/۵	۱
سیست آندوفیبروما	۱۲/۵	۱
جمع	۱۰۰	۸

بحث

توده‌های تخدمانی 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 تخدمان در سنین جوانی باروری یا متوسط سن ۳۲ سال و افراد واجد توده‌های نئوپلاستیک (جدول ۳) دارای متوسط سنی ۴۲ سال بوده‌اند که البته در این دسته تراکوم 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 تکالوتین بود که همه تحت عنوان کیستهای فونکسیونل تخدمانی 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 بستره 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 لوتال در این مطالعه می‌تواند به چند دلیل باشد: ۱- کیستهای ساده که نازک شدن پیشرونده لایه گرانولولزی آن کیست فولیکولار بوده که نازک شدن پیشرونده لایه گرانولولزی آن سبب ایجاد یک پوسته نازک با فقط یک لایه اپی تلیوم نامشخص

توده‌های تخدمانی همراه حاملگی قابل بحث کیست تکالوئین است که از نظر شیوع کمترین حد را در میان کیستهای فونکسیوئن تخدمان دارد و معمولاً همراه مول دیده می‌شود که در این مطالعه در یک خانم نازاکه 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 تخدمانی 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 تخدمانی و مقاومت جریان خون تخدمان سهم مهمی در افتراق توده‌های تخدمانی بدخیم و خوش خیم دارد که با بکارگیری این تکنیکهای تصویری و استفاده از لایراسکوپی در مورد توده‌های مشکوک به بدخیمی می‌توان از میزان زیاد لایاروتومیهای تشخیصی کاست. در مورد کیستهای فونکسیوئن تخدمان درمان کنسرواتیو را همیشه باید در نظر گرفت، چون وجود این کیستها همیشه دلیل نگرانی بیمار بوده می‌تواند منجر به اعمال جراحی غیر ضروری گردد و این مسأله غیرقابل اجتناب است. خوشبختانه اخیراً ادعای شود سونوگرافی ترانس واژینال بیش از ۹۵٪ حساسیت تشخیصی برای تومورهای بدخیم تخدمان دارد. اگرچه استفاده از این روش مستلزم انجام ۱۰-۱۵ مورد لایاروتومی برای تشخیص درست فقط یک مورد تومور بدخیم تخدمان است (۱۲) ولی بنظر می‌رسد ادغام این روش با داپلر رنگی و ارزیابی عروق تخدمان و سیله 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

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

می‌توانند اشتباه‌آ در دسته توده‌های طناب جنسی قرار گیرند، بطوری که در يك برسی توسط امیل نواک از ۴۴۷ مورد تومور تخدمان که به عنوان تومور گرانولوزا و تکا تقسیم‌بندی شدند در برسی مجدد هیستولوژی ۱۵٪ آنها تشخیص دیگری داشتند (۹) و احتمال دارد که ۶ مورد تکومای این مطالعه نیز همینگونه باشند.

تومورهای متاستاتیک یا ثانویه تخدمان ۴ مورد بوده که این میزان ۲٪ در مقابل ۵٪ سایر منابع است (۴) و محل اولیه تومور معده، کولون و کبد بوده است.

توده‌های غیرتخدمانی 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 در دسترس 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 بیندرت بزرگتر از ۵ سانتیمتر می‌شوند، ولی می‌توانند سبب چرخش پدیکول عروقی تخدمان شده و دخالت جراحی را بطلید (۲). شیوع بدخیمی در این کیستها خیلی کم ولی در يك مطالعه ۲٪ بوده است (۱۱). یک مورد هم کیست مزوتلیال داشتیم که در این دسته قرار می‌گیرد. میوم یا فیبروئیدهای رحمی نیز از توده‌های غیرتخدمانی است که با وجود دیکه شایعترین تومور خوش خیم رحم بوده و در ۲۰٪ زنان در سنین باروری دیده می‌شود، ولی فقط يك نوع زیر سروزی آن می‌تواند بصورت توده آدنکس تظاهر کند و با تومور تخدمان اشتباه شود که خوشبختانه سونوگرافی ترانس واژینال در تشخیص آن کمک شایانی می‌کند.

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