

بررسی فراوانی کیست های تخمدان مقاوم به درمان دارویی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز

راضیه محمد جعفری^{*}، فرهاد سلطانی^{**}، نسرین سعادت^{***}

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی فراوانی انواع کیست های تخمدان مقاوم به درمان دارویی می باشد. **روش بررسی:** پرونده بیمارانی که با تشخیص کیست تخمدان مقاوم طی سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز جراحی شدند، از لحاظ سن، اندازه، گزارش سونوگرافی و نتایج آسیب شناسی بررسی و در مجموع ۱۱۲ نفر انتخاب و از نظر سنی به سه گروه کمتر از ۲۰، ۲۰ تا ۴۰ و بیشتر از ۴۰ سال و از نظر اندازه به کمتر از ۵، بین ۵ تا ۹ و بزرگ تر از ۹ سانتیمتر تقسیم شدند. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS 13 مورد آنالیز قرار گرفت. **یافته ها:** ۱۱/۶ درصد کمتر از ۲۰، ۶۷/۸ درصد در ۲۰ تا ۴۰ و ۲۰/۶ درصد بیشتر از ۴۰ سال بودند. کیست های عملکردی و آدنوم ها هرکدام با ۲۸/۵ درصد شایع ترین نوع بودند. شایع ترین انواع کیست ها در کمتر از ۲۰ سال به ترتیب درموئید، آدنوما و عملکردی هر کدام با ۲۳/۱ درصد، در گروه ۲۰ تا ۴۰ سال آدنوماها با ۳۴/۲ درصد و در گروه بیشتر از ۴۰ سال، کیست های عملکردی ۳۹/۱ درصد بودند. بر اساس اندازه، در کمتر از ۵ سانتی متر، ۳۹/۳ درصد، که همگی خوش خیم، در ۵ تا ۹ سانتی متر، ۴۰/۱ درصد که ۸۴/۴ درصد آنها خوش خیم و ۱۵/۶ درصد بدخیم، و در بزرگ تر از ۹ سانتی متر، ۲۰/۶ درصد که ۹۵/۶ درصد خوش خیم و ۴/۴ درصد بدخیم بودند. **نتیجه گیری:** کیست ها در هر سه رده سنی، ۹۲/۹ درصد خوش خیم و ۷/۱ درصد بدخیم بودند. بنابراین می توان با انجام سونوگرافی و تومورمارکرها آنها را پی گیری، و برای همه آنها اقدام تهاجمی، ضروری نمی باشد. م ع پ ۱۳۸۹؛ ۹(۲): ۱۸۱-۱۷۵

کلید واژگان: کیست مقاوم به درمان تخمدان، آسیب شناسی، اهواز

*متخصص بیماری های زنان، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** فوق تخصص مراقبت های ویژه ICU، گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

*** فوق لیسانس مامائی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱-نویسنده مسؤل: Email: rmj41@yahoo.com

مقدمه

کیست تخمدان از جمله بیماری های شایع و در عین حال مهم تخمدان در زنان محسوب می شود که می تواند در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک، عفونت ها و نئوپلاسم های خوش خیم و بدخیم ایجاد شود. کیست های تخمدانی اگرچه در سنین باروری شایع ترند ولی می توانند در دوران جنینی تا نوزادی و تا سنین پس از یائسگی هم دیده شوند. غالباً ماهیت خوش خیم دارند، هر چند گاهی می توانند پیش درآمدی از ظهور یک روند بدخیم باشند (۱). تعدادی از کیست های تخمدانی به ویژه کیست های عملکردی به درمان با قرص های ضدبارداری خوراکی جواب داده و از بین رفته و یا کوچک می گردند. بعضی دیگر به این درمان جواب نداده و کاندید عمل جراحی می شوند که به این نوع از کیست ها، کیست های تخمدان مقاوم به درمان می گویند (۲). هر توده پایدار پس از گذشت ۶ هفته باید یک نئوپلاسم خوش خیم یا بدخیم تلقی گردد و بررسی های تکمیلی دقیق صورت گیرد (۳). اگر اندازه توده تخمدان در طی پی گیری بزرگ یا علامت دار گردد و یافته های سونوگرافی شامل دیواره های نامنظم، زواید انگشت مانند و یا نواحی جامد درون کیست باشد باید قویاً بدخیمی مدنظر قرار گیرد (۴).

یکی از مهم ترین عوارض حاد یک کیست تخمدان، پارگی کیست و ایجاد پریتونیت است. عارضه شایع دیگر پیچ خوردگی در کیست های بزرگ تر از ۴ سانتی متر است. کیست های درموئید شایع ترین کیست هایی هستند که با پیچ خوردگی تخمدان همراهند (۵).

در تحقیق جعفری شبیری و همکاران در سال ۱۳۸۲ که در مدت ۳۰ ماه بر روی ۱۴۱ بیمار با تشخیص ضایعه تخمدانی در مرکز آموزشی درمانی الزهرا تبریز بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، به صورت «تمام شماری» با بررسی جواب پاتولوژی ۱۴۱ بیمار، نتایج زیر حاصل شده است: کیست های عملکردی تخمدان

(۳۸ درصد)، تومورهای اپی تلیالی (۲۹ درصد)، تومورهای ژرم سل (۱۵ درصد) تومورهای متاستاتیک (۱/۵ درصد)، بدخیمی های تخمدان (۶/۴ درصد)، اندومتريوز تخمدان (۶/۴ درصد)، ضایعات التهابی تخمدان (۲/۲ درصد) و سایر موارد (۷/۸ درصد). در کل، میزان ضایعات خوش خیم تخمدان ۱۳۲ مورد (۹۳/۶ درصد) و تعداد ضایعات بدخیم تخمدان ۹ مورد (۶/۴ درصد) بود. اکثر زنان مبتلا به ضایعات بدخیم، در سنین قبل از یائسگی قرار داشتند. ۸۷ درصد ضایعات مربوط به سنین باروری بودند و ۸۳ درصد آنها خوش خیم بودند. شایع ترین نوع کیست های عملکردی نیز کیست های لوتئال بودند (۶). یافته های مطالعه زرگر، رازی، محمد جعفری و تدین با بررسی علائم بالینی و آسیب شناسی ۵۰ مورد چرخش آدنکس رحم طی مدت ۱۰ سال در بیمارستان امام خمینی اهواز سال ۱۳۸۴ در زنان در سنین باروری که تحت عمل سالپنگواوفورکتومی قرار گرفته بودند نشان داد که شایع ترین طیف سنی ابتلا ۲۵-۱۶ سالگی (متوسط ۲۰ سال) بود. علائم بالینی به ترتیب شیوع: درد (۱۰۰ درصد)، تهوع و استفراغ (۷۲ درصد) و تب (۲۶ درصد) بود. شایع ترین یافته ها تندرینس و ریپاندتندرینس (۱۰۰ درصد) بود. بزرگ ترین اندازه تومور ۲۵×۳۰ سانتی متر و کوچک ترین آنها ۴×۶ سانتی متر بدست آمد. یافته های آسیب شناسی کیست ها به ترتیب فولیکولار یا کورپوس لوتئوم (فانکشنال کیست) (۳۴ درصد)، درموئید (۲۶ درصد)، موسینوس سیست آدنوما (۴ درصد)، دیس ژرمینوم (۴ درصد) و آدنوفیبروما (۲ درصد). نتیجه گیری این مطالعه نشان داد که کیست های خوش خیم با اندازه متوسط (۲۵-۱۰ سانتی متر) مستعد چرخش بیشتری می باشند و این عارضه در سنین ۱۶-۲۶ سالگی از بیشترین فراوانی برخوردار می باشد. همچنین چرخش آدنکس راست شایع تر است (۷). پیش آگهی کیست های خوش خیم تخمدان خوب بوده ولی تمام این کیست ها ممکن است در بافت باقی مانده تخمدانی یا در تخمدان

توزیع فراوانی کیست های مقاوم به درمان بر اساس اندازه کیست را نشان می دهد.

مطالعه ای در فاصله سال های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۰ در بیمارستان دانشگاه Akershus نروژ جهت تعیین شیوع و تشخیص آسیب شناسی کیست های تخمدان در زنان یائسه ای که به دلایل غیر ژنیکولوژیک فوت کرده و در اتوپسی آدنکس آنها خارج شده بود انجام شد. نتایج نشان داد که شیوع واقعی کیست های تخمدان در زنان یائسه بالا و اکثر (۷۷/۵ درصد) این کیست ها خوش خیم و تک حفره ای هستند، ۲۰ درصد چند حفره ای و ۲/۵ درصد توپر می باشند. در بررسی ماکروسکوپی، کیست ها به انواع تک حفره ای، تک حفره ای با زوائد پایلاری (شامل کیست های سروزی و موسینی) و نوع چند حفره ای و توپر تفکیک شدند. کیست های تخمدانی که تحت مطالعه قرار گرفتند ۵۲/۵ درصد در سمت راست و ۴۷/۵ درصد در سمت چپ بودند. در این مطالعه تمام کیست ها در بررسی آسیب شناسی خوش خیم بودند به جز یک بیمار که دارای کیست های چند حفره ای دوطرفه (سرورزیست ادنوما border line) بود (۸). مطالعه ما نیز نشان داد که در سنین از ۴۰ سال، ۹۵/۷ درصد از کیست های تخمدانی مقاوم به درمان را کیست های خوش خیم تشکیل می دهند. در مطالعه رهنما، در سال ۱۳۸۰ جهت مقایسه نتایج سونوگرافی ترانس واژینال و آسیب شناسی کیست های تخمدانی، ۸۲ بیمار در بیمارستان مادر یزد مورد بررسی قرار گرفت. سن بیماران بین ۱۵ تا ۴۹ سال بود ۵۱/۶ درصد از بیماران در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال بودند. کل کیست های گزارش شده توسط آسیب شناسی، شامل کیست های فانکشنال، اندومتریوما و کیست های اپی تلبالی خوش خیم بودند. در سونوگرافی، کیست ها جدار کاملاً مشخص، بدون سپتوم و یا زوائد پایلاری و یا اجزای توپر و با اندازه کمتر از ۱۰ سانتی متر داشتند. کیست های عملکردی در سونوگرافی، ۹۰/۲ درصد تک حفره ای، ۶/۱ درصد دو

مقابل مجدداً ایجاد شوند (۳). این بررسی تلاشی در جهت تعیین علل هیستوپاتولوژیک کیست تخمدان مقاوم به درمان در بیماران مورد مطالعه بر اساس گروه سنی، اندازه کیست، نتایج حاصله از گزارش های سونوگرافی و پیش بینی نوع درمان (نیاز یا عدم نیاز به عمل جراحی) می باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی بوده و جامعه مورد مطالعه پرونده کلیه بیمارانی هستند که با تشخیص کیست مقاوم به درمان در سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. پس از بررسی پرونده و نتایج آسیب شناسی آنها اطلاعات در پرسش نامه ای که به این منظور تهیه گردیده جمع آوری شد و نتایج آسیب شناسی در سه گروه سنی کمتر از ۲۰ سال، بین ۲۰-۴۰ و بیشتر از ۴۰ سال و همچنین بر اساس اندازه به کمتر از ۵ سانتی متر، ۵-۹ و بیشتر از ۹ سانتی متر گروه بندی شدند. اطلاعات جمع آوری شده بوسیله نرم افزار آماری SPSS 13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های این پژوهش نشان داد که شایع ترین کیست های تخمدان مقاوم به درمان در تمام سنین، کیست خوش خیم و از نوع کیست های عملکردی و آدنوماها بوده اند و شایع ترین سن ابتلا، فاصله سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال بوده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی کیست های مقاوم به درمان را نشان می دهد. کیست های عملکردی، ادنوم و درموئید شایع ترین کیست های مقاوم به درمان دارویی بودند. جدول ۲ توزیع فراوانی کیست های تخمدان مقاوم به درمان بر اساس گروه سنی را نشان می دهد. جدول ۳

داشتند که ۸۷ درصد از این مجموعه را کیست های درموئید تشکیل داده اند. در گزارش سونوگرافی، کیست های درموئید بزرگ ترین کیست ها را شامل می شوند. ۳۹/۳ درصد از کیست ها کوچک تر از ۵ سانتی متر بودند که ۵۹/۱ درصد آنها کیست های عملکردی بودند. از نتایج حاصل از گزارش های سونوگرافی چنین برمی آید که کوچک ترین کیست های تخمدان مقاوم به درمان، کیست های عملکردی می باشند.

در مطالعه ناردو و همکارانش (۲۰۰۳)، ۲۲۶ زن که میانگین سنی حدود ۵۶ سال داشتند و دچار بیماری کیست تخمدان تک حفره ای بودند در یک دوره ۵ ساله مورد بررسی قرار گرفتند. در ۱۷۲ مورد از آنها یعنی حدود ۷۶ درصد تغییراتی در اندازه کیست و سطح سرمی Carcinoma Antigen 125 (CA125) دیده نشد. در ۵۴ مورد از آنها افزایش اندازه کیست و در ۶ مورد افزایش سطح سرمی CA125 دیده شد. همه زنانی که شواهد پاتولوژیک مشکوک داشتند حدود ۵۴ نفر بودند که تحت عمل جراحی قرار گرفتند که در ۲ مورد از ۵۴ مورد، سیستم آدنوکارسینوما گزارش شد که سطح سرمی CA125 در هر ۲ مورد بالا گزارش شد. نتیجه حاصل از تحقیق این بود که کیست های تخمدانی تک حفره ای با قطر کمتر از ۵۰ میلی متر خوش خیم بوده و بدون تغییر باقی مانده بودند. در صورتی که شواهدی به نفع افزایش اندازه کیست یا افزایش سطح سرمی CA125 در آنها دیده نشود، این ضایعات می تواند به صورت انتظاری تحت ارزیابی و پی گیری قرار گیرند (۱۱).

کاشانیان و همکاران در یک دوره تحقیق گذشته نگر ۲۰ ساله از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۷۴ در بیمارستان دکتر شریعتی تهران فراوانی انواع تومورهای تخمدان را بررسی نمودند. از بین ۴۹۳ مورد نئوپلازی تخمدان، تومورهای اپی تلیال سطحی با ۲۸۳ مورد (۵۷/۴ درصد کل تومورها) بیشترین تعداد را تشکیل می دادند. شایع ترین تومور خوش خیم تخمدان، کیست

حفره ای و ۳/۷ درصد چند حفره ای بودند. تمام اندومتریوماها تک حفره ای بودند. در بین ۶۴ مورد کیست عملکردی تشخیص داده شده در آسیب شناسی، ۶۲ مورد در سونوگرافی درست تشخیص داده شده بود. همه ۱۲ مورد اندومتریوما در آسیب شناسی، در سونوگرافی همین تشخیص را داشتند. در مجموع سونوگرافی در تشخیص نوع کیست های خوش خیم ۹۵ درصد حساسیت و ۷۷/۵ درصد ویژگی دارد. این بررسی به ما نشان می دهد که سونوگرافی وسیله ای با ارزش و قابل اطمینان در تشخیص کیست های خوش خیم تخمدانی به شمار می رود و اگر توده تخمدانی در سونوگرافی مشخصات مورفولوژیک خوش خیم را نشان دهد احتمال اینکه توده در آسیب شناسی بدخیم باشد بسیار اندک می باشد (۹). در مطالعه ما متأسفانه به علت عدم وجود گزارش کامل سونوگرافی در پرونده ها تعیین دقیق نوع کیست، ویژگی و حساسیت سونوگرافی قبل از عمل امکان پذیر نبود.

مطالعه رنجبری و همکاران در فاصله سال های ۸۱-۱۳۸۰ جهت بررسی آسیب شناسی انواع کیست های تخمدان نشان داد که ۸۸/۹ درصد خوش خیم و ۱۱/۱ درصد بدخیم هستند. از نظر سنی بیشترین شیوع کیست های تخمدان در سنین ۵۰-۲۵ بوده و شایع ترین نوع کیست تخمدان، کیست لوتئوم می باشد. همچنین بیشترین فراوانی در سنین ۲۵ تا ۳۵ سالگی کیست فولیکولار و کیست درموئید و بیشترین فراوانی در سنین ۲۵-۱۵ کیست لوتئوم با منشأ نامشخص، کیست های اندومتریال و سروسیست ادنوفیروما می باشند. از نظر سنی بیشترین شیوع بدخیمی های تخمدان نیز در سنین ۵۵-۴۵ سال بود (۱۰). در مطالعه ما نیز ۹۳ درصد از موارد کیست ها، خوش خیم و ۷ درصد بدخیم بوده اند. اما کیست های عملکردی فراوان ترین نوع کیست ها بوده اند.

از کل موارد گزارش شده در مطالعه حاضر ۲۰/۴ درصد از کیست ها اندازه ای بزرگ تر از ۹ سانتی متر

درموئید (۳۹/۵۳ درصد) و پس از آن سروسیت آدنوما (۲۱-۳۰ سال (۱۱۱ نفر) و پس از آن در رده سنی ۶۰-
 ۲۹/۹۴ درصد) و موسینوس سیست آدنوما (۱۴/۸۲) ۵۱ سال (۹۹ نفر) و در رده سنی ۴۰-۳۱ سال (۹۶ نفر
 درصد) بودند. اغلب تومورها در این مطالعه، در رده قرار داشتند (۱۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی کیست های تخمدان مقاوم به درمان دارویی

ردیف	نوع کیست	تعداد	درصد
۱	عملکردی	۳۲	۲۸/۵۸
۲	آدنوم	۳۲	۲۸/۵۸
۳	درموئید	۲۲	۱۹/۶۸
۴	پارامزوفریک	۸	۷/۱
۵	بدخیم	۸	۷/۱
۶	اندومترال	۶	۵/۳۸
۷	با منشاء نامشخص	۴	۳/۵۸
۸	تعداد کل موارد	۱۱۲	۱۰۰ درصد

جدول ۲: توزیع فراوانی خوش خیمی و بد خیمی کیست تخمدان مقاوم به درمان بر اساس سن

ردیف	گروه سنی	کیست خوش خیم درصد	کیست بدخیم درصد	جمع کل درصد
۱	کمتر از ۲۰ سال	۱۳	-	۱۳
۲	بین ۲۰ تا ۴۰ سال	۶۹	۷	۷۶
۳	بیشتر از ۴۰ سال	۲۲	۱	۲۳
	جمع	۱۰۴	۸	۱۱۲

نتایج نشان می دهد که به طور کلی ۶۷.۸ درصد از موارد کیست های تخمدان مقاوم به درمان در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال می باشد.

جدول ۳: تعیین توزیع فراوانی بدخیمی و خوش خیمی کیست های تخمدان مقاوم به درمان بر اساس اندازه کیست

ردیف	نوع کیست	خوش خیم		بدخیم		کل موارد	درصد
		درصد	شایع ترین	موارد	درصد		
۱	کمتر از ۵ سانتی متر	۱۰۰	آدنوم ۴۰/۹ درصد	-	-	۴۴	۳۹/۳
۲	بین ۵ تا ۹ سانتی متر	۸۴/۴	آدنوم ۲۶/۷ درصد	۷	۱۵/۶	۴۵	۴۰/۱
۳	بیشتر از ۹ سانتی متر	۹۵/۶	درموئید ۸۷ درصد	۱	۴/۴	۲۳	۲۰/۶
۴	جمع	۹۲/۹۰		۸	۷/۱۰	۱۱۲	۱۰۰

نتیجه گیری

در اندازه بین ۵ تا ۹ سانتی متر قرار دارند. پس از آن کیست های کوچک کمتر از ۵ سانتی متر بوده که همگی خوش خیم بودند و سهم کمتری نیز به کیست های بیشتر از ۹ سانتی متر اختصاص داشت که کیست درموئید ۸۷ درصد از این مجموعه را تشکیل می دهد. طبق گزارش های سونوگرافی، کیست های درموئید بزرگ ترین و کیست های عملکردی کوچک ترین آنها می باشند. با توجه به شیوع کم بدخیمی در کیست های مقاوم به درمان در مواردی که بیمار از نظر پزشکی کاندید عمل جراحی نمی باشد می توان با کنترل سونوگرافی و تومور مارکرها آنها را پی گیری نموده و از اقدام تهاجمی فوری اجتناب کرد.

این مطالعه نشان داد که اکثریت کیست های تخمدان مقاوم به درمان در تمام سنین خوش خیم بوده و کیست های عملکردی و آدنوم و درموئید شایع ترین انواع کیست های مقاوم به درمان می باشند. به طور کلی بیشتر موارد کیست های تخمدان مقاوم به درمان در فاصله سنی ۲۰-۴۰ سال قرار دارند و کیست های آدنوم شایع ترین نوع کیست تخمدان مقاوم به درمان در این فاصله سنی می باشد. در فاصله سنی کمتر از ۲۰ سال کیست های درموئید، آدنوم و عملکردی بیشترین فراوانی را دارند، کیست های عملکردی نیز از شایع ترین انواع کیست تخمدان مقاوم به درمان در سنین بیش از ۴۰ سال است. بیشتر کیست های تخمدان مقاوم به درمان در این مطالعه،

منابع

- 1-RosaJ, Rosai Ackerman LV. Ackerman's Surgical Pathology 9th ed, New York, Mosby, 2004; Vol; 2: 1659-74.
- 2-Crum CP, Lester SC, Cotran RS. The female genital system and breast. In: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Robbins Basic Pathology 7th ed, USA, WB Saunders Company 2003; 695-700.
- 3-Cass I, Karlan BY. neoplasm of the ovary and fallopian tube. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003:971-1018.
- 4-Paula J, Hillard A. benign disease of the female reproductive tract. In: Berek JS. Novak' s gynecology. 14th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 440-1.
- 5-Speroff L, Fritz MA. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 7th ed Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005;1013-36.
- 6-Jafari Shobairy M, Fardi Azar Z, Afkari A. Pathologic evaluation of ovarian masses, from the point of age and clinical manifestation. Tabriz med univ J; 2003; 37 (58):10-5. [persian].
- 7-Zargar M, Razi T, Mohamad Jafari R, Tadaion M. Clinical and pathologic evaluation of 50 cases of uterine adnexal torsion. Sci Med J AJUMS 2005; 4(2):128-132.[persian].
- 8-Oyelese Y, Kueck AS, Barter JF, Zalud I. Asymptomatic post menopausal simple ovarian cyst. obstet gynecol surv 2002; 57(12):803-90.
- 9-Rahnama F. survey of pathologic diagnosis of ovarian cyst and tumors. in Yazd mother hospital. A theses presented for the degree of medical doctorate. Yazd university of medical sciences, 2002-2003[unpublished].
- 10-Ranjbari N, Ghafari B. survey of pathologic diagnosis of persistent ovarian cyst in Imam Khomeini and Razi hospitals, Ahvaz. A theses presented for the degree of medical doctorate. Ahvaz Jundishapur university of medical sciences, 2003- 2004[unpublished].
- 11-Nardo LG, Kroon ND, Reginald PW, Persistent unilocular ovarian cysts in a general population of post menopausal women: is there a place for expectant management? obstet and gynecol 2003; 102(3) 589-93.
- 12-Kashanian M, Kamalian N, Afshar Pad K. Frequency and age distribution of ovarian tumors in Shariati hospital over a 20 years period. J Iran univ med sci 2004;(44): 1021-28.[Persian].

Survey of Persistent Ovarian Cysts Referred to Ahvaz Imam Khomainsi Hospital

Mohammad Jafary R*, Soltani F, Saadati N

Department of Obstetrics & Gynecology of Imam Khomeini Hospital Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Abstract

Background and Objective: In this research, we studied prevalence, type, size and behavior of persistent ovarian cysts.

Subjects and Methods: We studied women with persistent ovarian cysts referred to Imam Khomainsi hospital in Ahvaz- Iran in 2006-2007. Important factors in this study were patient's age, pathological diagnosis, type and size of cysts. A total of 112 patients were divided into 3 age groups: Less than 20 years, between 20-40 years and more than 40 years old. Cysts were divided into 3 groups according to their size: Less than 5 cm, 5-9 cm and more than 9 cm. Data were analyzed with SPSS 13.

Results: 93% were benign and 7% were malignant. 11.6% of patient had less than 20 years old, 67.5% 20-40 and 20.6% more than 40 years old. Functional and adenoma were the most common in less than 20 years, functional, dermoid and adenoma were most common in 20-40 years, and functional were the most in more than 40 years. 39.2% of cysts were less than 5 cm and all of them were benign. 40.1% of cysts were 5-9 cm (84.4% were benign and 15.6% were malignant). 20.4% of cysts had more than 9cm (93% were benign and 7% were malignant).

Conclusion: 92% of persistent ovarian cysts were benign, thus we can follow conservatively with sonography and tumor markers and invasive approach is not necessary for all patients

Sci Med J 2010; 9(2):175-181

Key words: persistent ovarian cyst, pathology, Ahvaz.

Received: May 24, 2009

Revised: Feb 28, 2010

Accepted: Mar 9, 2010

*Corresponding author email:rmj41@yahoo.com