

ارزش سونوگرافی و تومور مارکرها در تشخیص توده‌های لگنی

Value of Sonography and Tumor Marker in Diagnosis of Pelvic Masses

SUMMARY

This research has been done in 100 patient with diagnosis of pelvic mass, since winter 1376 to spring 1378, in Amir and Emdad hospital were confined to bed and operation. This study is cross sectional.

After the confined to bed, the biography and evaluation of tumor-makers "include CA125-aFp-BHCG-LDH, these tests have been done by Elyza except LDH by simple biochemistry", the surgical operation was done on the patient. After finding the answer of pathology, the comparison among diagnosis before surgical operation with final diagnosis to calculate the sensitiveness of sonography and tumormarkers.

The results of research show that in 100 patient considered. The origin of 67 masses were of ovary and 21 of uterine, That 17 masses were leiomyoma, and 12 masses were except of ovary and uterine. 74% masses were in Reprudactive age. More of 90% masses were benign.

We had only 6% malignancy that they were seen more in prepubertal ages (100% malignancy) and menopause ages (25% malignancy).

In this study the sensitiveness of sonography at diagnosis of benign masses: was above 90% and about the malignancies masses however there were few patients, may be the accuracy of calculation was little. (50%).

We conclude that sonography as a cheap and accessible facility with high sensitiveness, specifically in Benign masses is usefull at diagnosis before operation of pelvic mass. Also to asses the tumor markers at diagnosis of distinct of masses is usefull.

In this study, we control the ratio of tumor markers, at each malignancies, the ratio was high with regard to the kind of mass. Meanwhile, It was very high at comparison with natural quantities and benign causes (In two pt's with serouscystadeno carcinoma, CA125 was above 200 u/ml and in pt's with Endodermal sinus tumor, afp was 268 ng/ml, since tumor marker increase in benign causes. So the measure of tumor markers, alone is not enough for distinction of benign mass from malignancy in study befor operation.

Therefore to take the biography and accurate physical examination by doing sonography and tumor markers, altogether, they are advantage at intime recovery of surgical Indication.

Key Words: pelvic mass, sensitivity, Tumor marker, Sonography.

مطرح نمودن تشخیصهای افتراقی، جهت تأیید مشاهدات و معاینات، سونوگرافی در بیمار توسط دو سونوگرافست انجام می‌شد، همزمان سرم بیمار جهت تعیین تومورمارکرها (شامل: BHCg-AFP LDH-CA125) به آزمایشگاه معتبر فرستاده می‌شد. سپس بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفته، نسج به دست آمده، جهت پاتولوژی ارسال می‌شد.

بین تشخیصهای قبل از عمل که عمدتاً توسط سونوگرافی و معاینه فیزیکی مطرح می‌شد، مقایسه صورت می‌گرفت و حساسیت سونوگرافی از فرمول $Sensitivity = \frac{TP}{TP + FN}$ سنجیده می‌شد و سطح سرمی تومورمارکرها اندازه‌گیری و با مقادیر طبیعی آن که عبارتند از $LDH-CA125 < 35 \text{ u/ml}$ و 10 NG/ml و $BHCg < 10 \text{ mlu}$ مقایسه می‌شد و بررسی تومورمارکرها هم از نظر مثبت شدن و هم بررسی میزان آن در افتراق توده‌های خوش خیم از بدخیم صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، پرسشنامه‌هایی تهیه شده و کلیه نکات مثبت در شرح حال، معاینه فیزیکی و پاراکلینیک (سونوگرافی و تومورمارکرها) در آنها ثبت می‌شد و در نهایت اطلاعات طبقه‌بندی شده و در جداول مخصوص درج گردید. در انتها تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

از ۱۰۰ بیمار بستری شده، بیشترین تعداد توده‌ها را در سنین تولیدمثل (Reproductive) داشتیم، (۷۴٪ موارد)، ۱۶٪ توده‌ها در سنین نوجوانی، ۲٪ در سنین کودکی و ۸٪ در سنین یائسگی بودند.

جدول ۱- درصد فراوانی توده‌های لگنی در تحقیق (۱۰۰ بیمار) در ارتباط با دهه سنی بیمار

گروه سنی	تعداد	درصد
قبل از بلوغ	۲	۲٪
بلوغ	۱۶	۱۶٪
سن باروری	۷۴	۷۴٪
قبل از منوپوز	۸	۸٪

از ۱۰۰ بیمار بستری شده، ۶۷ توده‌لگنی از منشأ تخمدان، ۲۱ مورد از منشأ رحمی و ۱۲ مورد از منشأ دیگری غیر از رحم و تخمدان بودند.

ارزش سونوگرافی و تومورمارکرها در تشخیص توده‌های لگنی

دکتر اعظم آذرگون

استاد یار دانشگاه علوم پزشکی سمنان

دکتر فاطمه رضاپور

دستیار زنان مامایی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

مقدمه

توده‌های لگنی یکی از مسائل با اهمیت طب زنان است، علل احتمالی توده‌های لگنی در معاینه فیزیکی یا در طی بررسیهای ژنیکولوژیک یافت می‌گردد. توده لگنی ممکن است از منشأ ژنیکولوژیک، دستگاه گوارش یا ادراری باشد (۱-۲).

علل ژنیکولوژیک یک توده لگنی ممکن است، مربوط به رحم و آذکنکها و به‌طور اختصاصی تر مربوط به تخمدان باشد. نوع توده بسته به این که بیمار در چه سنی باشد فرق می‌کند.

استفاده از روشهای مختلف تشخیص شامل شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی و لگنی، استفاده از روشهای پاراکلینیک از قبیل سونوگرافی و استفاده از تومورمارکرها در تشخیص افتراقی توده‌ها اهمیت فراوان دارد، تکنولوژی مربوط به تشخیص و درمان مسائل پاتولوژیک تخمدانی یا آذکنکی با یک نسبت لگاریتمی در حال وسعت یافتن است (۳-۱۱-۹).

نکته مهم این است که پزشک باید آگاهی روشنی از محدوده وسیع بیماریهای موجود در دسته نئوپلازیهای تخمدان داشته باشد، مسأله تعجب آور این است که توده‌های تخمدانی که به‌طور شایعتری دیده می‌شوند، منشأ فونکسیونل دارند، ولی در عین حال علائم حاد ایجاد نموده و قطعی‌ترین درمانهای جراحی هم روی آنها، انجام می‌شود، برعکس توده‌های بدخیم تخمدان که از مرگبارترین تومورهای زنان هستند، همیشه تا زمانی ساکت می‌مانند که غیر قابل درمان شوند (۴).

با توجه به مسائل ذکر شده و اهمیت و شناخت سریعتر توده‌های لگنی، بررسی ما در ۱۰۰ بیمار با تشخیص توده لگنی طی ۱۸ ماه انجام شد، در این تحقیق فراوانی و نوع توده در ارتباط با سن بیمار، حساسیت سونوگرافی و اندازه‌گیری تومورمارکرها در تشخیص و تعیین نوع توده، مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش کار

پس از بستری بیماران با تشخیص pelvic mass، گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی توسط متخصص مربوطه و

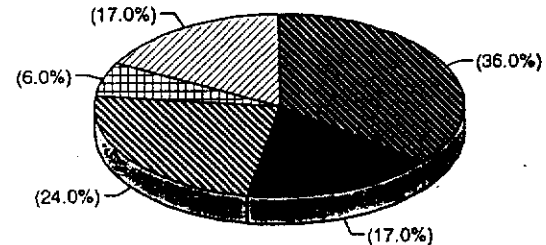
جدول ۳- درصد فراوانی توده‌های لگنی در سنین
باروری reproductive

درصد	تعداد	نوع ضایعه
		I توده‌های تخمدان:
۳۵٪	۲۶	۱- کیست فونکسیونل
	۱۴	الف - کیست لوتئین
	۱۲	ب - کیست فولیکولر
۱۹٪	۱۴	۲- تئوپلاسم خوش خیم
	۵	الف - کیست درموئید
	۵	ب - کیست سروز
	۴	ج - کیست موسینوز
۱/۳٪		۳- سایر کیستهای خوش خیم
	۱	الف - کیست آندومترپال
۲/۷٪	۲	۴- توده‌های بدخیم
	۱	الف - سروسیست آدنوکارسینوما
	۱	ب - ترائومای نارس
۲۷٪		II توده‌های غیر تخمدان:
		۱- رحم
	۱۶	الف - لیومیوما
	۲	ب - آدنومیوز
	۱	ج - آدنومیوز + لیومیوما
۱۶/۲٪		۲- سایر موارد
	۷	الف - کیستهای پارائوبال
	۳	ب - کیست پارا اوورین
	۱	ج - توده‌های عفونی
	۱	د - توده‌های ناشناخته
۱۰۰٪	۷۴	

در سنین یائسگی ۲۵٪ توده‌ها بدخیم بودند که یک مورد سروسیست آدنوکارسینوما و دیگری سرطان سینه با متاستاز به تخمدان بود.

همان‌طور که در جداول مشخص است شایعترین توده‌های لگنی از نظر فراوانی توده‌های فونکسیونل بودند (۳۶٪) درصد فراوانی کیستهای لوتئال در بررسی ما، از کیستهای فولیکولر بیشتر بود و اغلب بیماران ما تابلوی حاد داشتند، از ۲۱ بیمار با تشخیص کیست لوتئال در ۱۳ مورد هموراژی نسبتاً شدید داخل شکم داشتیم، در حالی که از ۱۵ بیمار با تشخیص کیست فونکسیونل فقط ۱۰ بیمار تابلوی حاد شکمی داشتند.

همان‌طوری که در نمودار ۱ می‌بینید از ۶۷ توده تخمدانی ۶ توده بدخیم و ۳۶ توده فونکسیونل و ۲۴ توده تئوپلاسم خوش خیم و یک مورد آندومترپومای تخمدان داشتیم و ۱۷ مورد نیز لیومیوم داشتیم.



17% Leiomyoma 17% others 36% Functional cyst
24% Benign neoplasm 6% malignant neoplasm

نمودار ۱- درصد فراوانی توده‌های لگنی به صورت
دسته‌بندی کلی در تحقیق

همان‌طور که در جدول ۱ می‌بینید، در سنین قبل از بلوغ فقط دو مورد توده لگنی داشتیم که هر دو بدخیم، شامل آندودرمال سینوس تومور (EST) و دیگری امبریونال کارسینوما به همراه EST بودند و هیچ مورد خوش خیمی نداشتیم.
در سنین نوجوانی همه توده‌ها خوش خیم بودند و بیشترین گروه متعلق به کیستهای فونکسیونل تخمدان بودند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی توده‌های لگنی در سنین
نوجوانی (Adolescent)

درصد	تعداد	نوع ضایعه
۴۳٪	۷	کیست لوتئین
۱۹٪	۳	کیست فولیکولر
۱۹٪	۳	کیست درموئید
۱۲/۵٪	۲	کیست سروز
۶/۵٪	۱	کیست موسینوز
۱۰۰	۱۶	

در سنین تولیدمثل (reproductive) بیشتر توده‌ها خوش خیم و اکثراً کیستهای فونکسیونل بودند، فقط ۲ مورد توده بدخیم داشتیم که یکی سروسیست آدنوکارسینوما و دیگری ترائوم نارس بود (جدول ۳).

جدول ۴- توزیع فراوانی توده‌های لگنی در سنین
یائسگی menopause

نوع ضایعه	تعداد	درصد
کیست فونکسیونل	۰	۰
توده‌های خوش خیم	(۴)	۵۰٪
سروسیست آدنوما	۳	-
تکوما	۱	-
نئوپلاسم	(۲)	۲۵٪
سروسیست آدنوکارسینوما	۱	-
تومور متاستاتیک	۱	-
لیومیوما	(۲)	۲۵٪
لیومیوما ساب سروکلسیفیه	۱	-
دیسپلاژی سرویکس + لیومیوما	۱	-
	۸	۱۰۰٪

یک مورد اندومترئومای دو طرفه تخمدان داشتیم، که میزان تومورمارکرها نرمال بود، از ۲۴ نئوپلاسم تخمدان، در ۱۰ مورد سروسیست آدنومای تخمدان، در ۸ مورد میزان CA125 نرمال بود و در ۲ مورد دیگر میزان CA125 اندکی بالا بود، که در یک مورد $70/3 \text{ u/ml}$ و مورد دیگر $53/2 \text{ u/ml}$ بود. در ۵ توده موسینوسیست آدنوما در هر ۵ توده میزان CA125 نرمال بود، در ۸ مورد کیست درموئید، در ۶ مورد میزان تومورمارکرها کنترل شد، فقط در یک مورد LDH بالا حدود 650 ($500 - 150 \text{ IU/L}$) داشتیم که علت قابل توجهی برای آن نداشتیم، که البته ما از مسائل داخلی بیمار اطلاع دقیق نداشتیم.

در ۲ مورد دیگر کیست درموئید متأسفانه به علت تابلوی حاد شکمی و وضعیت اورژانس بیمار موفق به اندازه گیری تومورمارکرها نشدیم. از ۶ توده بدخیم تخمدان، در ۴ مورد ارزیابی تومورمارکرها انجام شد. در هر ۲ بیمار با تشخیص سروسیست آدنوکارسینوما، CA125 بالا داشتیم که در یک مورد 253 و دیگری 360 u/ml بود، در یک مورد اندودرمال سینوس تومور، aFB بالا حدود 268 ng/ml داشتیم، در بیمار با تشخیص امبریونال کارسینوما + اندودرمال سینوس تومور به علت خطای سونوگرافی در تعیین منشأ اولیه توده (فوق کلیه) ارزیابی تومورمارکرها انجام نشد و بیمار فوق الذکر طی عمل جراحی فوت نمود.

یک مورد تراوم نارس داشتیم که میزان کلیه تومورمارکرها نرمال بود و در مورد بیمار با توده لگنی متاستاتیک (با منشأ پستان) به علت داشتن علائم حاد شکمی و تشخیص اولیه انسداد حاد روده ارزیابی صورت نگرفت.

بحث و نتیجه گیری

۱- همان طور که ذکر شد شایعترین توده‌های لگنی در بررسی ما توده‌های فونکسیونل بودند، بیشترین تعدادشان یعنی حدود ۷۲٪ این توده‌ها در سنین Reproductive بودند و مابقی در سنین Adolescent (۲۸٪) بودند. که این مطلب در منابع (۲)، (۳)، (۷) و (۸) ذکر شده است، که این توده‌ها شایعترین توده‌های لگنی بوده و ۳/۴ آنها در سنین باروری وجود دارند. در بررسیهای Blaustein بر روی ۲۹۲۳ بیمار که با تشخیص توده لگنی جراحی شدند نیز اثبات گردید.

۲- در بررسی ما کیستهای لوتئال با میزان بیشتری منجر به شکم حاد و خونریزی داخل شکم شدند (در مقایسه با کیستهای فولیکولر) این مطلب در منابع (۲)، (۳) و (۸) نیز ذکر شده که کیستهای لوتئال به میزان بیشتری دچار پارگی و هموراژی داخل

دومین توده‌ای که با شیوع بیشتری در بررسیها به چشم می‌خورد، میومهای رحمی بودند و اغلب بیماران ما در دهه پنجم عمر بودند، ۷۰٪ بیماران ما، تابلوی خونریزی غیرطبیعی رحمی داشتند، بقیه بیماران، علائمی مثل درد مزمن لگن، نازایی و ... داشتند.

قابل ذکر است که معاینه فیزیکی لگن در تشخیص قبل از عمل میومها حساسیت بالا داشت (بالای ۹۰٪) و سونوگرافی نیز در تشخیص میومها قریب به ۹۵٪ حساسیت داشت. و نیز در بررسی انجام شده، حساسیت سونوگرافی در تشخیص کیستهای فونکسیونل نیز حدود ۹۰٪ بود.

در بررسی کل توده‌ها حساسیت سونوگرافی در تشخیص توده‌های خوش خیم بسیار بالا بوده و مطابق با فرمول حدود ۹۲٪ بود. در حالی که در بررسی توده‌های خوش خیم، حساسیت سونوگرافی حدوداً ۵۰٪ بود.

طی تحقیق سنجش تومورمارکرها در ۲۶ بیمار، از ۳۶ مورد کیست فونکسیونل انجام شد که فقط در یک مورد CA125 حدود $103/5 \text{ u/ml}$ بود، ولی با توجه به این که بیمار علائم درد مزمن لگنی نیز داشت، علت افزایش CA125 را به PID مزمن ارتباط دادیم، از ۱۷ بیمار با تشخیص لیومیوم در ۱۴ مورد تومورمارکرها کنترل شد، که در یک مورد CA125 نسبتاً بالا حدود 234 u/ml داشتیم، گرچه لیومیوماها از تشخیص افتراقیهای دیگر، تومورمارکرها می‌باشند، ولی میزان بالای آن تا این حد، معمول نمی‌باشد، ولی ما علتی برای آن پیدا نمودیم.

شکم می شوند.

۳- شایعترین ضایعه توپر لگنی در تحقیق ما، لیومیوم بود و شایعترین علامت لیومیوما به عنوان شکایت اولیه بیمار منوراژی بود و با شیوع بیشتری در سنین reproductive دیده می شدند (حدود ۹۴% موارد). در بررسی ما از ۱۷ بیمار با تشخیص لیومیوم فقط یک مورد نازایی داشتیم که این مطلب در منابع (۱)، (۲) و (۳) ذکر شده است.

در منبع (۲) دقیقاً ذکر شده است که میوما یک علت نادر در ایجاد نازایی می باشد و فقط در ۳% موارد نازایی، میوما نقش دارند، در بررسی ما نیز هرچند کوچک بود، درصد به دست آمده ۵% بود.

۴- شایعترین نئوپلاسمای خوش خیم با منشأ تخمدان، در بررسی ما سرورزیست آدنومای تخمدان و کیستهای درموئید بودند، فراوانی سرورزیست آدنوماها در بررسی ما ۱۰% در مقابل ۸% که فراوانی کیستهای درموئید بودند، که این مطلب در برخی مقالات ذکر شده که سیست آدنوماهای سرورزی شایعترین نئوپلاسم خوش خیم تخمدان هستند، البته در منابع (۱)، (۲) و (۸) شیوع کیستهای درموئید را بالاتر ذکر نموده است، در هر حال در کلیه کتب زنان و همچنین بررسیهای Blaustein این دو نئوپلاسم درمقایسه با دیگر نئوپلاسمهای خوش خیم با شیوع بیشتری ذکر شده اند.

۵- کیستهای درموئید در بررسی ما در بیش از ۶۰% موارد در سنین reproductive بودند این مطلب در منابع (۲)، (۳) و (۵) ذکر شده است.

۶- در بررسی انجام شده، شایعترین بدخیمی تخمدان، سرورزیست آدنوکارسینوما بود، که این مطلب در کلیه کتب زنان و مقالات (۵) و (۱۵) نیز ذکر شده است.

۷- در بدخیمیهای اپی تلیال تخمدان، از جمله سرورزیست آدنوکارسینوما، هر دو توده ما در تحقیق در stage های بالا (stage 3) بودند، این مطلب نیز در منابع (۱)، (۲)، (۳)، (۸) و (۱۵) ذکر شده که بیش از ۳۳ بدخیمیهای اپی تلیال تخمدان در stage های بالا (۳ و ۴) تشخیص داده می شوند.

۸- با افزایش سن، ریت بدخیمی افزایش می یابد، این مطلب دقیقاً در بررسی ما نشان داده شد، به گونه ای که در سنین منوپوز ۲۵% توده های ما بدخیم بودند ولی در سنین تولید مثل ۲/۷% توده ها بدخیم بودند و در سنین Adolescent هیچ گونه بدخیمی نداشتیم. این مطلب در منابع (۱)، (۲)، (۳) و (۵) نیز ذکر شده است.

۹- در سنین کودکی، ۱۰۰% توده های ما بدخیم بودند و این مطلب دقیقاً در منبع (۲) ذکر شده که بیش از ۸۰% توده های

تخمدانی در سنین زیر ۹ سال بدخیم هستند، همچنین در بررسیهای ۱۰ ساله بر روی توده های تخمدانی در تحقیقات kooning (۵) نیز این مسأله مطرح شده است. همچنین در کلیه کتب مرجع زنان این مطلب دقیقاً ذکر شده است که خطر نئوپلاسمای تخمدان در افراد نوجوان کمتر از خردسال می باشد و این موضوع در تحقیق ما به خوبی ثابت شد.

۱۰- در منبع (۲) ذکر شده که در سنین کمتر از ۴۵ سال احتمال بدخیمی کمتر از یک به پانزده می باشد و در بررسی ما نیز، در این دوره سنی ریت بدخیمی یک به بیست بود.

۱۱- در بررسی ما هرچند تعداد موارد بدخیم کم بود و قاعدتاً از دقت محاسبه می کاهد ولی در مجموع این مسأله ثابت شد که حساسیت سونوگرافی در تشخیص توده های خوش خیم بالاتر از توده های بدخیم می باشد، این مطلب در بررسیهای sasson و همکاران در ۱۳۴ بیمار و در بررسیهای Orig-s در ۸۶ بیمار (۱۲) و بقیه منابع (۲)، (۳)، (۶)، (۷)، (۸)، (۹)، (۱۶) و (۱۷) اثبات گردیده است.

در کلیه منابع حداکثر حساسیت سونوگرافی در تشخیص توده های خوش خیم ۹۵ تا ۱۰۰ و در توده های بدخیم ۷۰ تا ۷۵ درصد گزارش شده است.

۱۲- تومور مارکر اصلی که در تومورهای با منشأ اپی تلیال، به خصوص با منشأ سرورزیست افزایش می یابد، CA125 می باشد. که به خوبی در بررسی ما نشان داده شد، که میزان آن در ۲ بیمار با تشخیص بدخیمی با منشأ اپی تلیال بالای ۲۰۰ بود. این مطلب در منابع (۱)، (۲)، (۳)، (۴)، (۵)، (۱۴)، (۱۵) و (۱۶) ذکر شده که CA125 در مقادیر بالای ۲۰۰ اغلب به نفع بدخیمی می باشد.

۱۳- در بیمار با تشخیص اندودرمال سینوس تومور میزان aFP بالا بود، که در منابع (۱)، (۲) و (۳) ذکر شده که اکثر ضایعات EST، aFP ترشح می کنند.

۱۴- در بیمار با تراتوم نارس کلیه تومور مارکرها نرمال بود، این مطلب در منابع (۱)، (۲) و (۳) ذکر شده که این گونه تومورها اغلب به صورت خیلی نادر تومور مارکر ترشح می کنند.

۱۵- نتیجه نهایی آن که ارزیابی تومور مارکرها در تشخیص افتراقی توده های لگنی اهمیت زیاد دارد، در هر بدخیمی که ما میزان تومور مارکرها را کنترل نمودیم، مطابق با آنچه در کتب مرجع آمده، میزان به دست آمده بالا بود، ولی با توجه به این که در ارزیابی ما تعداد بیماران با بدخیمیهای تخمدانی محدود بود، تعیین حساسیت دقیق تومور مارکرها در تشخیص بدخیمیهای تخمدانی امکان پذیر

شده در مجله کلینیکال ژنیکولوژی ۱۹۹۸ (۱۷) در تحقیقات collins-wp نیز ذکر شده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاریهای معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی سمنان که در تأمین هزینه‌های مالی طرح همکاری نمودند از سرکار خانم دکتر عسگری پاتولوژیست دانشکده پزشکی، آقای دکتر قربانی، استاد آمار دانشکده پزشکی، گروه لابراتوار زبان دانشکده که در انجام طرح تحقیقاتی همکاری نمودند صمیمانه قدردانی می‌گردد.

نمی‌باشد، و از طرف دیگر با توجه به این که علل دیگری به خصوص در زنان قبل از یائسگی سبب افزایش غیرطبیعی تومورمارکرها می‌شوند، لذا می‌توان از کل بررسی نتیجه گرفت، که در هر توموری مطابق نوعش تومورمارکر مربوطه افزایش می‌یابد.

ولی در نهایت آن که تومورمارکر به تنهایی در غربالگری کانسره‌های تخمدان ارزش ندارد و لیکن در صورتی که با یک شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق و در نظر داشتن تشخیصهای افتراقی در ارتباط با سن بیماران و انجام سونوگرافی توسط رادیولوژیست متبحر همراه شود، با حساسیت زیاد در تشخیصهای قبل از عمل به کمک می‌کند. که این مطلب در آخرین مقالات ذکر

خلاصه

این تحقیق در ۱۰۰ بیمار با تشخیص توده لگنی که از زمستان ۱۳۷۶ لغایت بهار ۱۳۷۸ در بیمارستانهای امیرالمؤمنین (ع) و امداد سمنان بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، انجام شده است. نوع مطالعه به صورت cross sectional یا مقطعی می‌باشد. در مورد هر بیمار پس از بستری، شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی انجام شده و پس از انجام سونوگرافی و اندازه‌گیری تومورمارکرها شامل "LDH-BHCG-AFP-CA125" که همه آنها به روش الیزا انجام شده‌اند، به استثنای LDH که به روش بیوشیمیایی ساده انجام شده است بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته و پس از پیگیری جواب پاتولوژی، مقایسه بین تشخیصهای قبل از عمل با تشخیص نهایی انجام می‌شد و حساسیت سونوگرافی و تومورمارکرها سنجیده می‌شد.

نتایج به دست آمده از تحقیق بدین صورت بود که از ۱۰۰ بیمار بستری شده، ۶۷ توده منشأ تخمدانی، ۲۱ توده منشأ رحمی که ۱۷ لیومیوم بودند و ۱۲ مورد دیگر منشأ دیگری به جز تخمدان و رحم داشتند، ۷۴٪ توده‌ها در سنین reproductive بودند، بیش از ۹۰٪ توده‌ها خوش‌خیم بودند، فقط ۶٪ بدخیمی داشتیم که با فراوانی بیشتری در سنین prepubertal (۱۰۰٪) و سنین منوپوز (۲۵٪) به چشم می‌خورد.

در این بررسی حساسیت سونوگرافی در تشخیص توده‌های خوش‌خیم بالای ۹۰٪ بود و در مورد بدخیمیها هرچند تعداد بیماران ما محدود بودند، ولی در کل ۵۰٪ بود.

نتیجه آن که سونوگرافی به عنوان یک وسیله غربالگری ارزان و در دسترس و با حساسیت بالا، در تشخیص قبل از عمل توده‌های لگنی به ویژه خوش‌خیم کمک‌کننده است. ارزیابی تومورمارکرها نیز در تشخیص افتراقی این توده‌ها کمک‌کننده است، در بررسی ما در هر بدخیمی که ما میزان تومورمارکرها را کنترل نمودیم، میزان آن مطابق با نوع توده بالا بود. و در ضمن قابل ذکر است که در مقایسه با مقادیر طبیعی و علل خوش‌خیمی که سبب افزایش تومورمارکرها می‌شوند، بسیار بالاتر بود. (در هر دو مورد سرورسیست آدنوکارسینوما میزان CA125 بالای ۲۰۰ بود و در مورد اندودرمال سینوس تومور نیز میزان AFP ۲۶۸ ng/ml بود. ولی از آنجایی که تومورمارکرها در موارد خوش‌خیم نیز افزایش می‌یابد، لذا اندازه‌گیری تومورمارکرها به تنهایی برای افتراق توده‌های خوش‌خیم از بدخیم در بررسی قبل از عمل کافی نیستند، بلکه شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق همزمان با انجام سونوگرافی و تومورمارکرها همه با هم مزیت بالقوه در بهبود تشخیص اندیکاسیونهای جراحی صحیح و به موقع دارند.

کلمات کلیدی: توده لگنی، حساسیت، سونوگرافی، تومورمارکر

REFERENCES

1. John D, Rock MD..., Telind's operative Gynecology 1997 chapter 28(625-42).
2. Jonathan S, Berk MD..., Novak's gynecology 1996 chapter 13(299-331).
3. KENNETH J.RYAN MD..., kistner's Gynecology 1995 chapter 9(187-224).
4. Goswamy RK, campbell S, withehead, TI: Screening for ovarian mass, clin obstet Gynecol 1994, pp: 610-621.
5. Kooning p.p campbell K, Mishell. Grixex DA: Relative Frequency of primary ovarian neoplasm, A 10 year review obstet Gynecol 1989, pp: 874-921.
6. Mant. D. fowler G, mass screening: "Theory and ethics Br Mead", J 1990 (300-916).
7. Blaustein A: "Non neoplastic cyst of the ovary" In Blaustein A(ed) pathology of the Female Genital tract, New york springer-verlag, 1997 (P:393).
8. callen: ultasonography in obstractive and Gynecology 1994 chapter 31 (625-644).
9. Roman - LD, ... TI: pelvic examination, tumor marker level, and Gray-scale and Doppler sonography in the prediction of pelvic cancer, SD: obstract Gynecol 1997, Apr, 89(4), 493-500.
10. Abu - Rustum - N ... ovarian and uterine disease in women with colorectal cancer, SO: obstet - Gynecol, 1997, Jan, 89(1): 85-7.
11. Slanetz - PJ - Hohn - PF - Hall DA, TI: The frequency and significance of Adnexal lesion incidentally revealed by ct. so: ATR - Am - Roentgeonal 1997, Mar, 168(5), 647-50.
12. perucchini - D ... ovarian metastasis of extravaginal tumor's at the zurich university Gynecologic clinic so: Geburtsh/Fe. Frauenheilkd, 1996 Jul: 56(7): 351-6.
13. ong-s. Duffy-T, murphy-J TI: Transabdominal ultrasound and It's correlation with clinical finding in Gynecology SO: Ir - J - Med - Sci 1996 oct - Dec 165(4): 268-70.
14. Volentin - :: Gray scale sonography, subjective evaluation of the color Doppler image and meaturement of blood flow velocity for distinguishing benign and malignant tumors of suspected adnexal origin, Eur - J - obstet - Gynecol Reprod - Biol. 1997 Mar, 72(1): 63-72.
15. Roy M-Pitkin MD, James R.Scotl, Relation of macroscopic Appearance to the histologic diagnostic of ovarian mass, clinical obstractive and Gynecology / volume 36 - Number 2 / June 1993 (363-401).
16. MATTHEN P-BOENTE MD Screening Imaging and early diagnosis of ovarian cancer, clinical obstractive and Gynecology / volume 37 / Number 2, June 1994 (377-392).
17. collins - wpibourne - TH, campbell - S, Screening stragedics for ovarian cancer, so: curr - opin - obstet - Gynecol - 1998 Febri 10(1): 33-39.
18. Mettr.l, semm-K, shive-k, TI: Endoscopic mangement of adnexal masses saj - sac - laparoendosc - surg - 1999 Apr - Juni 1(2): 103-12.