

گزارش یک مورد موسینوس سیست آدنوما در حاملگی

دکتر ناهید سخاوری*، دکتر معصومه میرتیموری*

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه زنان و زایمان

چکیده

!!!! تقریباً ۹۰ درصد سرطانهای تخمدان از بافت اپی‌تلیال آن منشا می‌گیرند. از نظر بافت شناسی ۷۵ درصد سرطانهای اپی‌تلیال را نوع سروز تشکیل می‌دهد. سایر انواع این تومورها که شیوع کمتری دارند عبارتند از موسینوس (۲۰٪) آندومتروئید (۲٪) کارسینوم سلول روشن، کارسینوم Brenner و کارسینوم تمایز نیافته که هر کدام کمتر از یک درصد تومورهای اپی‌تلیال تخمدان را تشکیل می‌دهند. تومورهای موسینی تخمدان با اپی‌تلیوم ترشح‌کننده موسین مفروش شده‌اند و ۸ تا ۱۰ درصد تومورهای اپی‌تلیوم تخمدان را تشکیل می‌دهند. این تومورها ممکن است خیلی بزرگ شوند و تمام حفره شکم را پر کنند.

در این گزارش، موسینوس سیست آدنومای حجیم تخمدان در یک خانم ۳۱ ساله با حاملگی پرخطر مطرح می‌گردد. (مجله طبیب شرق،

سال پنجم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۲، ص ۲۷۱ تا ۲۷۴)

کلواژه‌ها: موسینوس سیست آدنومای تخمدان، لاپاراتومی در حاملگی

مقدمه

نگردد، اختلاف ارتفاع رحم با سن حاملگی می‌تواند راهنمای خوبی برای انجام سونوگرافی باشد و در صورت عدم تشخیص بالینی، گاهی حین سزارین یا پس از زایمان طبیعی یا در صورت علامت دار شدن در حین حاملگی تشخیص داده می‌شود.

انجام لاپاراتومی جهت خروج تومور در صورت اندیکاسیون خصوصاً در هفته ۲۴ حاملگی یا بعد از آن می‌تواند منجر به ایجاد انقباضات زودرس رحمی و زایمان زودرس و مرگ جنین شود.^(۴) برای جلوگیری از زایمان زودرس می‌بایست داروهای شل‌کننده رحم را به موقع به بیمار تجویز نمود.

گزارش مورد

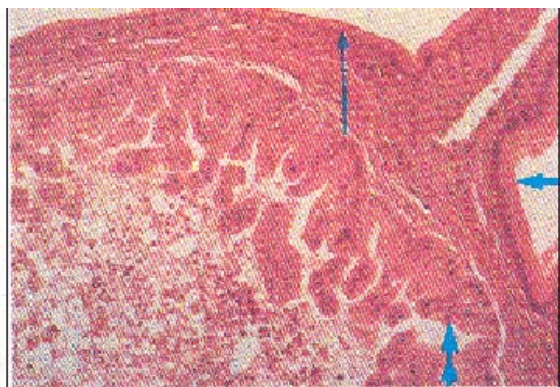
بیمار خانم ۳۱ ساله ساکن زاهدان که طبق LMP و سونوگرافیهای انجام شده، ۲۵ هفته حامله و حاملگی ششم وی می‌باشد که جزو حاملگی‌های پرخطر محسوب می‌شود زیرا تنها یک فرزند زنده داشته و چهار حاملگی قبلی ایشان منجر به سقط جنین شده بود. وی با شکایت از درد شکم که از روز

شایعترین تومورهای اپی‌تلیال تخمدان تومورهای سروز بوده (۷۵٪) و تومورهای موسینوس از نظر فراوانی (۲۰٪) در مرتبه دوم قرار دارند. تومورهای موسینوس تخمدان ممکن است خوش‌خیم، بینابینی یا بدخیم باشند.^(۱) فرم خوش‌خیم آنها ۸ تا ۱۰ درصد تومورهای اپی‌تلیال تخمدان هستند.^(۲)

موسینوس سیست آدنوما تقریباً ۲۵ درصد کل نئوپلاسم‌های خوش‌خیم تخمدان را تشکیل می‌دهند. متوسط سن بیماران ۲۰ تا ۵۰ سالگی است. در ۲ تا ۳ درصد بیماران کیست دو طرفه می‌باشد. تومور از اپی‌تلیوم سطحی تخمدان منشا می‌گیرد. اپی‌تلیوم آن مشابه آندوسرویکس، روده یا ترکیبی از هر دو می‌باشد. بدلیل حجم زیاد این تومور بیماران معمولاً با درد و توده قابل لمس لگن یا شکم مراجعه می‌کنند.^(۳) گاهی ابعاد این تومور به ۵۰ سانتی‌متر می‌رسد.^(۱)

در صورت وقوع این تومور در حاملگی چنانچه سونوگرافی در اوایل حاملگی انجام نشود یا تومور در سونوگرافی گزارش

لاپاراتومی بیمار تحت درمان با پروژسترون و سولفات منیزیم به منظور جلوگیری از شروع انقباضات رحم و ممانعت از زایمان زودرس قرار گرفت و خوشبختانه با حال عمومی خوب مرخص شد و بیمار جهت انجام سزارین انتخابی در هفته ۳۹ حاملگی تحت عمل جراحی قرار گرفت و نوزاد سالم با آپکار قابل قبول متولد گردید.



موسینوس سیست آدنومای تخمدان

بحث

تومورهای موسینوس تخمدان در ۹۵ تا ۹۸ درصد موارد داخل تخمدان هستند. اپی تلیوم فرم خوش خیم آنها از یک لایه سلولهای اپی تلیال استوانه‌ای بلند با سیتوپلاسم روشن موسینی تشکیل شده است. آنها تمایل دارند از تومورهای سرریزی بزرگتر شوند و گاهی به ابعاد ۵۰ سانتی متر می‌رسند^(۱) و لیکن در طی حاملگی ممکن است بدلیل عدم انجام سونوگرافی یا عدم گزارش توسط سونوگرافی در اوائل حاملگی، تشخیص داده نشده و تشخیص آنها تا اواخر حاملگی، حین سزارین یا بعد از زایمان طبیعی یا در صورت علامت دار شدن به تاخیر بیفتد و به حساب بزرگی شکم ناشی از حاملگی گذاشته شود. لذا تطابق سن حاملگی بر اساس LMP و ارتفاع رحم در معاینه بالینی در طی مراقبتهای بارداری

قبل از مراجعه شروع و از یکساعت قبل تشدید شده بود، به زایشگاه قدس مراجعه نمود. در زمان مراجعه ارتفاع رحم در حد حاملگی ترم بود.

در اولین سونوگرافی انجام شده برای بیمار که در هفته نهم حاملگی فعلی صورت گرفته بود، کانون کیستیک محتوی اکوهای فراوان و سپتومهای کلابه شده در کف کیست در آدنکس راست به ابعاد ۱۵۲×۱۰۱ میلی متر مشاهده و تشخیص بوسیله سونوگرافی، سیست آدنوم سرریز تخمدان بود، ولی بدلیل نبود علائم بالینی (درد، احساس علائم فشاری ...) و پرخطر بودن حاملگی، حاملگی تا هفته بیستم ادامه یافته و در سونوگرافی انجام شده ابعاد کیست به ۱۸۶×۱۰۰×۱۳۱ میلی متر و حجم آن به ۱۳۰۰ سانتی متر مکعب رسیده و گزارش سونوگرافی، کیست هموراژیک با اکوهای داخلی بود. در زمان مراجعه به زایشگاه، در ساعت ۲ صبح، بیمار با شکایت درد شکم مراجعه نمود، تهوع و استفراغ های مکرر داشته ولی از نظر علائم حیاتی بیمار مشکلی نداشت. ارتفاع رحم در حد ترم بود و در سونوگرافی انجام شده حاملگی ۲۵ هفته طبیعی و کیست بسیار حجیم که حاوی سپتاها و نواحی Solid بود، در ناحیه اپی گاستر و LUQ مشاهده شد و تشخیص موسینوس سیست آدنوم تخمدان مطرح گردید. با توجه به حاملگی پرخطر بیمار برای کاهش علائم و درد ابتدا تصمیم به آسپیراسیون کیست زیر هدایت سونوگرافی گرفته شد و لیکن با توجه به گزارش سونوگرافی در مورد غلظت زیاد مایع ژلاتینی داخل کیست که اکوی مشابه کبد داشت و احتمال تورشن و یا پسودومیگزوما پریوتونی که می‌تواند ثانویه به کارسینوم آپاندیس یا کارسینوم موسینی تخمدان باشد، تصمیم به لاپاراتومی گرفته شد و کیست بسیار حجیم تخمدان با حجم دولیتر و ابعاد ۲۵×۳۰ سانتی متر با گسترش برش جراحی به بالای ناف بطور کامل خارج شد. کیست از پایه خود دچار تورشن شده بود و این مسئله توجه کننده شدت درد بیمار بود. بعد از

جلوگیری کند. در بیمار گزارش شده، شاهد انقباضات خفیف پس از عمل جراحی بودیم که در مدت کوتاهی پس از شروع یا تجویز سولفات منیزیوم و پروژسترون محدود شده و رحم کاملاً به حالت عادی برگشت.

در مواردی که انقباضات رحم همراه با علائم توده های تخمدانی در یک خانم حامله قبل از لاپاراتومی وجود دارد، حتی اگر این انقباضات قابل لمس نبوده و فقط به صورت دردهای کولیکی توسط بیمار احساس گردد، می توان این دو دارو را قبل از عمل لاپاراتومی شروع نمود. البته به دلیل تداخل عمل سولفات منیزیوم با داروهای بیهوشی حتماً بایستی متخصص بیهوشی را در جریان گذاشت.^(۵)

بسیار حائز اهمیت است. باید توجه داشت که انجام لاپاراتومی در حاملگی با خطر زایمان زودرس همراه بوده و جهت ممانعت از زایمان زودرس بایستی خصوصاً در سن حاملگی ۲۴ هفته یا بیشتر اقدامات درمانی مناسب و به موقع صورت پذیرد و تجویز پروژسترون و سولفات منیزیم به عنوان توکولیتیک، می تواند مانع از وقوع انقباضات زودرس رحمی و زایمان پیش از موعد گردد.^(۴)

تجویز سولفات منیزیوم با دوز درمانی برای زایمان زودرس (ابتدا ۴ گرم و سپس ۲ گرم در ساعت به صورت انفوزیون داخل وریدی) همراه با پروژسترون (۱۰۰-۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به صورت عضلانی و به میزان ۴ دوز) می تواند شرایط توکولیتیک مناسبی بلافاصله پس از عمل جراحی ایجاد نموده و از بروز انقباضات زودرس رحمی

References

1. John A, Rock John D. Diagnostic and operative laparoscopy. Lindes TE. In: Operative gynecology. 8th ed. Philadelphia: William and Wilkins; 1997.407-8.
2. Jonathan SB, Adashi E, Paula A. Novak's gynecology. 13th ed. California: William and Wilkins; 2002.1248-9.
3. Lusfer MR, Goldstein DP. Kistner's gynecology women's health. 7th ed. Boston: Mosby; 1999.177-9.
4. Cunningham G, Leveno G, Wenstrom H. William's obstetrics. 21th ed. Texas: 2001.1283.
5. Scoot DIA, Saia HS. Danforth's obstetric and gynecology. 8th ed. Philadelphia: William and Wilkins; 1999.879.

Case report of huge mucinous cyst adenoma in high risk pregnancy

Sakhavar N. MD* Mirteimoori M. MD*

About 90% ovarian cancers are epithelial form and 8-10% these are mucinous tumors.

We admitted a 31 years old woman with 25 weeks pregnancy (MG6P1AB4L1) that had a huge mucinous cyst adenoma.

She had nausea and vomiting and pain. (High-risk pregnancy) In sonography reported a 25 x 30 cm cyst of left ovarian with a dense echo. After operation prescription of MGSO4 and progesterone due to suppress of contractions and her pregnancy continued to term.

KEY WORDS: *Ovarian mucinous cyst adenoma, Laparotomy in pregnancy*

* Gynecology dept, Faculty of medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.