گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره شانزدهم شماره ۵۶ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۵ (۱۴۸-۱۴۳)

گزارش یک مورد از سروزسیست آدنومای پاراواورین در دختر خانم ۱۹ ساله با تظاهر نئوپلاسم خوش خیم تخمدان

نرگس مسلمی زاده (M.D.) *+ سپیده پیوندی (M.D.)*

چکیده

این مقاله، گزارش یک مورد نادر از سروز سیست آدنومای پاراواورین در یک دختر خانم ۱۹ ساله می‌باشد که به دلیل بزرگی شکم مراجعه کرده بود. در معاینه بیمار توده‌ای با قوام کیستیک تمام شکم را پر کرده بود. سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن وجود یک کیست بسیار بزرگ را گزارش کرد. تشخیص اولیه با توجه به بزرگی آن، موسینوس سیست آدنومای تخمدان و جراحی نشان دهنده منشاء اکستراواورین آن بود. این تومورها می‌توانند مزوتلیالی باشند و یا از مجاری مزونفریک ویا پارامزونفریک منشاء بگیرند. پارگی، تورشن، درد، بزرگی‌شکم و بدخیمی ازعوارض این کیست‌ها می‌باشد.

واژه های کلیدی : کیست های پاراواورین، سیست آدنوما، نئوپلاسم

مقدمه

کیست‌های پاراواورین ۱۰ درصد توده‌های آدنکس را تشکیل می‌دهند(۱). و به‌طور اختصاصی در رباط پهن رحم و در مزوسالپنکس، بین تخمدان و لوله فالوپ یافت می‌شوند. این کیست‌ها درگروه سنی وسیعی دیده می‌شوند ولی در دهه سوم و چهارم از شیوع بیش‌تری برخوردار هستند(۲).

اندازه کیست‌ها متغیر بوده و کیست‌های بزرگ در زنان جوان‌ترشایع‌تر است. به‌ندرت ممکن است کیست‌ها دو طرفه و یا متعدد باشند. در سونوگرافی، کیست‌های پاراواورین اغلب به صورت یک کیست تک حفره‌ای، با جدار نازک و فاقد اکوی داخلی مشاهده می‌شوند (۴،۳). خونریزی، پیچ خوردگی، پارگی یا عفونت ثانویه از عوارض نا شایع این کیست‌ها می‌باشند(۱). در اکثر مواقع بدون علامت هستند(۵) ولی ممکن است بیمار با علائم درد شکم، اختلال قاعدگی و یا افزایش قطر شکم مراجعه نماید. علائم به‌علت جابجایی‌ارگان‌های لگن توسط کیست به وجود می‌آیند(۲). این کیست‌ها نسبت به درمان‌های هورمونی مقاوم هستند، درمان موارد علامت‌دار جراحی است. اندازه کیست در طول سیکل قاعدگی تغییر نمی‌کند(۳،۱). بیماری که معرفی می‌گردد به‌علت بزرگی شکم و با احتمال وجود آسیت به پزشک متخصص داخلی ارجاع شده بود. کیست‌های پاراواوراین

* متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

+ ✉ **مولف مسئول :** ساری- بلوار امیر مازندرانی، مرکز آموزش درمانی امام خمینی(ره)

تاریخ دریافت : ۸۴/۸/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۴/۹/۱ تاریخ تصویب: ۸۵/۶/۲۹

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

با اندازه‌ای که در این بیمار وجود داشت بسیار نادر هستند و تاکنون به مواردی از آن در متون اشاره شده است(۱۰-۶).

معرفی بیمار

بیمار دختر خانمی است ۱۶ ساله که به دنبال گرفتن رژیم غذایی و کاهش وزن، متوجه بزرگی و پری شکم خویش شده بود. بیمار سابقه قبلی چنین مشکلی را نداشت. اختلال قاعدگی وجود نداشت. سابقه بیماری طبی و جراحی نیز منفی بود. خاله بیمار درسن ۲۱سالگی دچار کیست بزرگ تخمدان به اندازه ۳۰ سانتیمتر شده بود که درحین بارداری، با عمل جراحی خارج شده بود.

در معاینه بیمار، علایم حیاتی نرمال بود و توده‌ای بسیار بزرگ با قوام نرم در شکم لمس می‌شد، که کل شکم را اشغال کرده و به استخوان جناغ می‌رسید. در معاینه ژنیکولوژی پرده بکارت سالم و نرمال بود. سونوگرافی توده‌ای کیستیک و بزرگ را گزارش نمود که تا زیر دیافراگم کشیده شده بود. مایع آزاد در لگن وجود نداشت. سی‌تی‌اسکن یافته‌های سونوگرافی را تایید کرد ولی به علت بزرگی توده تعیین منشاء آن مقدور نبود. تست‌های CBC و عملکرد کلیوی، کبدی، تومورمارکرهای تخمدان نرمال بودند. بیماربا شک به نئوپلاسم خوش خیم تخمدان از نوع سروز و با احتمال بیش‌تر تومور موسینوس، کاندید لاپاراتومی شد. جدار شکم به طور طولی در زیر ناف باز شد. در مشاهده حفره شکم کیستی با جدار نه چندان نازک تمام حفره صفاقی را از زیر دیافراگم تا کف لگن پر کرده بود. سطح کیست کاملاً صاف بود،چسبندگی به اطراف وجود نداشت و آسیت مشاهده نشد. برشی به طول ۳ میلی‌متر در روی جدار کیست ایجاد شد و با ساکشن اقدام به تخلیه محتویات کیست شد. حدود ۸ لیتر مایع شفاف به رنگ سبز روشن با ساکشن خارج گردید به دنبال خارج کردن این مقدار مایع، در حالی‌که کیست هنوز حاوی ۲ تا ۳ لیتر مایع بود از شکم خارج گردید. کیست در ناحیه مزوسالپنگس راست قرار داشت. تخمدان سمت راست کاملاً طبیعی بود و فقط به علت مجاورت با کیست تا حدی کشیده و طویل شده بود. لوله فالوپ راست کاملاً طویل و نازک شده و بر روی جدار کیست کشیده شده بود به طوری که قسمت انتهایی و نیز فیمبریا از بین رفته و قابل مشاهده نبود. اقدام به جداسازی کیست ازمزو شد و دیواره کیست به همراه محتویات آن جهت پاتولوژی ارسال شد.

به علت بزرگی کیست و تخریب لوله، قسمتی از لوله فالوپ درگیر شده نیز همراه با کیست خارج گردید هموستاز انجام شد و مزوسالپنگس ترمیم گردید. سالپنگوپلاستی نیز در انتهای لوله باقی مانده انجام شد. رحم و لوله و تخمدان چپ نرمال بودند و پریتوان جداری کاملاً طبیعی به نظر می‌رسید.

بیمار در روز سوم پس از جراحی با حال عمومی خوب مرخص شد و در پیگیری به مدت یکسال پس از انجام عمل جراحی موردی از عود مشاهده نشد.

پاتولوژیست کیست پاراواورین راست با مشخصات سروزسیست آدنومای خوش خیم را گزارش نمود.

بحث

توده‌های لگن یا قسمت تحتانی شکم ممکن است به صورت توده‌های کیستیک و یا توپر تظا هر یابند. این توده‌ها می‌توانند از رحم، سرویکس، آدنکس‌ها و یا از سایر ارگان‌ها مثل مجاری ادراری تناسلی و یا روده مشتق شوند. در پاره‌ای از موارد سیستم عصبی عضلانی و یا سیستم عروق لنفاتیک منشاء بروز این توده‌هاست. کیست‌های پاراواورین در تشخیص افتراقی با کیست‌های تخمدان مطرح می‌شوند. این کیست‌ها در مزوسالپنکس و در ناحیه‌ای بین ناف تخمدان و لوله به وجود

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

www.SID.ir

می‌آیند(۱۱). براساس نوع سلول‌های تشکیل دهنده جدار کیست، سه نوع عمده از کیست‌های پاراواورین توصیف شده‌اند. ۶۸ درصد کیست‌های پاراواورین منشا مزوتلیال، ۳۰ درصد پارامزونفریک و ۲ درصد منشاء مزونفریک دارند(۱۶،۱۵،۱۱). کیست‌های پاراواورین تیپ مزوتلیال از نوع کیست‌های احتباسی هستند که از مزوتلیوم لگنی منشاء می‌گیرند و دارای اپی تلیوم مسطح در جدار کیست می‌باشند. کیست‌های پارامزونفریک از اپی‌تلیوم منشوری شکل و مژکدار و ترشحی یا اپی‌تلیوم مکعبی خاص بافت‌های پارامزونفریک تشکیل می‌شوند(۱۳،۲،۱). کیست‌های مزونفریک از مجاری مزونفریک یا بقایای لوله‌ای منشاء می‌گیرند و توسط اپی‌تلیوم مکعبی یا مسطح پوشیده می‌شوند(۸). سایز کیست‌ها متغیر است و کیست‌های بزرگ در زنان جوان‌تر شایع‌تر هستند. تغییرات نئوپلاستیک در ۲ درصد کیست‌ها رخ می‌دهد. از نظر پاتولوژی این تومورها ممکن است ماهیت سروزسیت آدنوما، سروزآدنوفیبروما، پاپیلری سروز آدنوکارسینوما وسیست آدنوما کارسینوما را داشته باشند. نئوپلاسم‌ها ممکن است در کیست‌هایی به کوچکی ۴ سانتی‌متر نیز دیده شوند(۲،۱). خوشبختانه بیشتر تومورهایی که از کیست‌های پاراواورین منشاء می‌گیرند ازنوع تومورهای سروز خوش‌خیم هستند(۱۷). تومورهای بدخیم اپیتلیالی پاراواورین اولیه نادر هستند. DeAreia AlfA و همکاران (۲۰۰۴) بیماری را معرفی کردند که به علت بزرگی شکم و درد لگن مراجعه نموده بود، بررسی‌های قبل از عمل و تومور مارکرها در این بیمار نرمال بودند، درحین عمل جراحی یک کیست بزرگ هموژن به اندازه ۱۶×۱۶ cm وجود داشت که برداشته شد، نکته پاتولوژیک دیگری مشاهده نشد ولی بعد از عمل، پاتولوژیست سروزسیست آدنوکارسینوما را گزارش نمود که نهایتاً منجر به لاپاراتومی مجدد بیمار و انجام مراحل staging شد(۱۶).

قبل از DeAreia نیز ۳۵ مورد این تومورها در متون مختلف شرح داده شده که ۲۶ مورد آنها سروزسیست آدنوکارسینوما بوده است (۱۹-۱۷). بدخیمی در زنان جوان شایع‌تر است(۱۶). در یک بررسی که به صورت گذشته نگر (۱۹۹۰) انجام شد در هیچ یک از موارد، بدخیمی قبل ازجراحی وبعد ازبررسی‌های هیستولوژیک تشخیص داده نشد(۱۷). به نظر می‌رسد که عمده‌ترین نقش قبل از جراحی به عهده رادیولوژیست است که باید قرارگیری کیست در خارج از تخمدان را تعیین نماید و سپس ماهیت خوش‌خیم یا بدخیم تومور را مشخص کند. برای اثبات ماهیت خارج تخمدانی یک کیست، باید تخمدان به صورتی کاملاً مجزا از ضایعه دیده شود و این معیار هم در مورد کیست‌های‌پاراواورین نئوپلاستیک و هم غیرنئوپلاستیک هر دو قابل استفاده است(۲۱،۲۰). Kim و همکاران معیارهای دیگری را پیشنهاد کرده‌اند و معتقد هستند تخمدانی که در کنار کیست قرار گرفته است باید شکل و نمای نرمال داشته و تغییر شکل نداشته باشد(۲۲). ولی عده زیادی این معیار را برای تشخیص منشاء اکستراواورین کیست کافی نمی‌دانند(۲۱،۲۰). در مطالعه Michel و همکاران که به صورت گذشته نگر انجام شد سونوگرافی در ۱۴ درصد موارد و MRI در ۲۵ درصد موارد قرارگیری کیست پاراواورین را جدا از تخمدان نشان داده بود و وقتی از هر دو روش با هم استفاده شد دقت تشخیصی به ۲۹ درصد رسید(۲۳). این میزان تشخیص برای کیست‌های کوچک و متوسط است. Kishimoto هم در بررسی خود نشان داد که MRI در تشخیص کیست‌های پاراواوراین روش موثری است(۲۴). دربیمار مورد مطالعه، به دلیل بزرگی بیش ازحد کیست، نه در سونوگرافی و نه در سی‌تی اسکن تخمدان جدا از کیست گزارش نشده بود و تنها پس از خارج ساختن مقدار زیادی مایع از داخل کیست و بیرون آوردن آن از شکم مشخص شد که تخمدان

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

www.SID.ir

سالم است و کیست منشاء پاراواورین دارد.

در بیش‌تر متون رادیولوژی ذکر شده که وجود برجستگی‌های پاپیلاری در داخل کیست احتمال بدخیم بودن آن را مطرح می‌نماید. Buy (۲۵) و همکاران در مطالعه خود با استفاده از سونوگرافی داپلر رنگی نشان دادند که برجستگی‌های پاپیلاری خوش خیم با هر اندازه‌ای که باشند فاقد جریان رنگی هستند در حالی که برجستگی‌های پاپیلاری بدخیم یا بوردرلاین وقتی که اندازه‌ای بیشتر از ۱۰ میلی‌متر داشته باشند این جریان را نشان می‌دهند و با اندازه‌ای کم‌تر از ۱۰ میلی‌متر ممکن است فاقد جریان باشند. بنابراین وجود جریان در برجستگی‌های پاپیلاری می‌تواند به تشخیص احتمالی بدخیمی کمک کند و جراح را برای طراحی یک عمل جراحی وسیع کمک نماید(۲۸-۲۶).

چرخش از دیگر عوارض کیست‌های پاراواورین است. Daynaweinert و همکاران(۱۹۹۷) موردی از آن را در یک خانم ۱۵ ساله با کیست‌های پاراواورین دو طرفه گزارش نمودند(۱۲). بزرگی شکم از دیگر علل مراجعه بیماران است(۷-۵) که در این بیمار نیز تنها علت مراجعه بود.

از نظر پاتولوژی سروزسیت آدنومای اکستراواورین شبیه نئوپلاسم‌های سروز تخمدان هستند(۱۸). و به دلیل احتمال بروز بدخیمی در آنها لازم است که جراح در حین عمل به وجود وژتاسیون‌های سطحی در تومور، چسبندگی به اطراف و وجود آسیت توجه داشته باشد و باید تمام دقت خویش را برای ارزیابی حین عمل به کار گیرد.

فهرست منابع

1. Athey PA, cooper NB. Sonographic features of paraovarian cyst. ***AJR.*** 1985; 144: 83-86.
2. Genadry R, Parmley T, woodruff J. The origin and clinical behavior of the paraovarian tumor. ***Am. J. obstet. Gynecol.*** 1977; 129: 873-879.
3. Alpern MB, Sandler MA, Madrazo BL. Sonographic features of paraovarion cysts and their complications. ***AJR.*** 1984; 143: 157-160.
4. Kim JS, Woosk, Suh SJ, Moretin LB. Sonographic diagnosis of paraovarian cysts: Value of detecting a separate ipsilateral ovary. ***AJR.*** 1995; 164: 1441-1444.
5. A voluminous twisted praovarian cyst in a 74 years old patients: case report and review of the literature. Varras M, Akrivis Ch, Polyzos D, Frakala S, Samara Ch. ***Clin. Exp. Obstet Gynecol.*** 2003; 30(4): 253-6.
6. Ulku Bayar, oya ozcan, Mustafa Basaran, Suat can ulukent, Banu Dogan, Oktay Erden and Selim QAydemir. Giant paraovarian Cyst: case report. ***Clin. Pract. Rev,*** 2006; (7): 155-158.
7. Giant paraovarian Cyst. Obstet Gynecol India Vol. 2006 Jul-Aug; 56(4): 337-339.
8. Letourneur B, Grandjean S, Richard P, Parant O. Management of a giant paraovarian cyst. ***Gynecol. Obstet. Fertile.*** 2006; 34(3): 239-41.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

www.SID.ir

9. Cevriglu AS, Polat C, Fenkci V, Yilmazer M, Yilmaz S, Dilek ON. Laparoscopic management following ultra sonographic guided drainage in a patient with giant paraovarian cyst. ***Surg. End.*** 2004; 18(2): 346.
10. Lazarov N, Lazarov L, Angelova M< Parovarian cyst in an 18-year-old patient. Akush Ginekol (sofiia). 2000; 40(4): 50.
11. John A. Rock Howard W. Jones, Telinds operative gynecology ninth edition. 2003: 639.
12. Dayna weinert,carlos Sivit, Sheila Berlin, stuart Morrison, Melissa Myers. uhrad. com-pediatric Imaging case of the Day, Roent genRay 1997, case 4.
13. Ravo B, Metwdly N, Pal P, Ger R. Developmental retroperitoneal cysts of the pelvis, a review. ***Dis. Colon. Rectum.*** 1987; 30: 559-564.
14. Stenbek F, Kauppila A. Development and classification of paraovarian cysts. an ultra sound study. ***Gyn. Obstet. Invest.*** 1981; 12: 1-10.
15. Seltzer VL, Molhol, fougner A et al. paraovarian cyst adeno carcinoma of low-malignant potential. ***Gyn. Oncol.*** 1998; 30: 216-21.
16. De Areia ALFA, Frutuoso C, Amaral N, Dias I, De Oliveira C. Paraovarian tumor of borderline malignancy-a case report. ***Int. J. Gyn. Cancer.*** 2004; 14: 680-682.
17. Altaras MM, Jaffe R, corduba M, Holtzinger M, Bahary C. Primary paraovarian cystadenocarcinoma: clinical and mangment aspects and literature review. ***Gyn. Oncol.*** 1990; 38: 268-72.
18. Kaur K, Gopalan S, Gupta SK, Dhaliwal IK. paraovarian cystadeno carcinoma: a case report. ***Asia. Oce. J. Obst. Gyn.*** 1990; 16: 131-5.
19. Liu GX paraovarian cysts. Zhonghua fu chan ke za zhi 1990; 25: 226- 8, 253
20. Barloon TJ, Brown BP, Abu-yousef MM, et al. paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis. using transabdominal and transvaginal sonography. ***J. Clin. Ultrasound.*** 1996; 24: 117-122.
21. Korbin C.D, Brown DL, Welch WR. Paraovarian cystadenomas and cystadenofibroma: sonographic characteristics in 14 cases. ***Radiology.*** 1998; 208: 459-462.
22. Kim JS, Woo SK, Suh SJ, et al. sonographic diagnosis of paraovarian cyst: value of detecting a separate ipsilateral ovary. ***AJR. Am. J. Roentgenol.*** 1995; 164: 1441-1444.
23. Gohssain MA, Braidy CG, et al. Extraovarian cyst adenomas: ultrasound and MRI findings in 7 case. ***J. Comput. Assist. Tomor.*** 2005; 26(1): 74-9.
24. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, Matsunaga N, Out water EK, Siegelman ES. Paraovarian cyst MR imaging features: Abdom Imag 2002; 27(6): 685-689.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]
www.SID.ir

25. Buy JN, Ghossain MA, Sciot C, et al. Epithelial tumors of the ovary: CT finding and correlation with US. ***Radiology.*** 1991; 178: 811-818.
26. Ghossain MA, Buy JN, ligneres C, et al. Epithelial tumors of the ovary: comparison of MR and CT finding. ***Radiology.*** 1991; 181: 863-870.
27. Buy JN, Ghossain MA, Hugol D, et al. characterization of adenexal masses: combination of color Doppler and conventional sonography compaired with specteral Doppler analysis alone and conventional sonography alon. ***AJR A M. J. Rontgenol***. 1996; 166: 385-393.
28. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccarani M, Venturoli S, Cacciatore B. Comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to stabilish diagnostic criteria. ***Ultrasond Obstet. Gynecol.*** 2006; 28(3): 330-4.
29. Lazarov N, Lazarov L, Angelova M, Parovarian cyst in an 15-year-old patient. ***Akush Ginekol*** (sofiia). 2000; 40(4): 50.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01]

www.SID.ir