

معرفی یک مورد کیست پاراوارین بسیار بزرگ

نساء اصنافی (M.D.)^۱، شهریار شفائی (M.D.)^۲، مجید شربتداران (M.D.)^۳.

- ۱- استادیار، گروه زنان و زایمان، بیمارستان یحیی نژاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی بابل، بابل، ایران.
- ۲- استادیار، گروه پاتولوژی، بیمارستان یحیی نژاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی بابل، بابل، ایران.

چکیده

مقدمه: کیست پاراوارین کیستی با منشاء پریتونئال یا لوله‌ای و یا بقایای مجاری ولف است. این کیست معمولاً خیلی کوچک است و قطر آن حداکثر ۲cm می‌باشد که در بیشتر موارد به طور اتفاقی در حین عمل مشخص می‌شود. این کیست‌ها در سونوگرافی، مشخصات کیست‌های خوش‌خیم تخمدان را دارند با این تفاوت که معمولاً کوچکتر و پایدار بوده و در کنار تخمدان قرار دارد. ممکن است گاهی اوقات مانند کیست‌های دیگر دچار چرخش، پارگی یا خونریزی گردند؛ اما این کیست‌ها به طور نادر ممکن است بسیار بزرگ شوند. هدف از معرفی این مورد آشنایی با احتمال ایجاد کیست پاراوارین بسیار بزرگ و چگونگی تشخیص و درمان آن است.

معرفی مورد: بیمار خانم ۴۸ ساله‌ای با سابقه چهار زایمان به روش سزارین و بدون سابقه سقط (G4P4Ab0) بود که با شکایت اتساع شکم و خونریزی واژینال به درمانگاه زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مراجعه نمود. در معاینه انجام شده شکم کاملاً متسع بود و توده‌ای با قوام نرم که از لگن تا بالاتر از ناف کشیده شده بود در آن لمس می‌شد. بیمار با تشخیص توده لگنی که بر اساس سونوگرافی ابدومینال تا بالای ناف کشیده شده بود، تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت. در حین عمل رحم به ابعاد ۱۱۰×۹۴×۸۱mm بزرگتر از حد طبیعی، تخمدان سمت راست طبیعی و تخمدان سمت چپ به ابعاد ۵۰×۵۰mm حاوی کیستی به قطر ۳۰mm مشاهده شد. در کنار تخمدان سمت راست توده‌ای کیستیک از کنار این تخمدان تا زیر دیافراگم مشاهده شد. پس از برداشتن ۲۰ml مایع درون کیست جهت نمونه سیتولوژی، ۲۸۰۰ml مایع باقیمانده از درون کیست ساکشن شد. سپس برداشتن کیست (کیستکتومی) و برداشتن رحم و لوله‌ها و تخمدان‌های دوطرف انجام شد. جواب پاتولوژی کیست پاراوارین بود.

نتیجه‌گیری: براساس گزارشات متعدد ارائه شده در موارد مشابه کیست لگنی در بررسی سونوگرافی، در صورتیکه تخمدانها در کنار کیست لگنی مشاهده شوند، تشخیص کیست پاراوارین می‌تواند یکی از اولین تشخیص‌ها باشد و بر این اساس می‌توان روش درمانی را به روش تخلیه کیست و سپس لاپاراسکوپی و یا لاپاراتومی انتخاب کرد.

کل واژگان: کیست پاراوارین، کیست لگنی، اتساع شکم، و کیست تخمدان.

آدرس مکاتبه: دکتر نساء اصنافی، گروه زنان و زایمان، بیمارستان یحیی نژاد، چهار راه فرهنگ، بابل، ایران.

پست الکترونیک: asnafi2001@yahoo.com

مقدمه

کیست پاراوارین^۱ در بسیاری از موارد در حین لاپاراتومی گزارش می‌شود؛ اما موارد بسیار بزرگ^۲ آن خیلی نادر است. پاراواریوم عبارتست از منطقه‌ای بین لوله و تخمدان که از بقایای مجاری ولف منشاء می‌گیرد. مجرای اصلی آن به نام مجرای گارتنر (که مشابه وازودفران در جنس مذکر می‌باشد) از مجرای اصلی توبول‌های فرعی باریک (توبولهای Kobelt) به صورت گروهی به سمت ناف تخمدان و نیز حاشیه لوله‌ای لیگامان پهن منتشر می‌شوند. کیست پاراوارین ممکن است از ساختمان‌های wolfian، از اپی‌تلیوم لوله‌ای یا از انکلوژیون‌های پریتونئال ایجاد شود (۱). اما افتراق هیستولوژی آن به دلیل فشرده شدن^۳ و آتروفی سلول‌های مفروش کننده ممکن است مشکل باشد (۲). حدود ۱۰٪ توده‌های آدنکس^۴، کیست پاراوارین هستند (۳). این کیست‌ها باید از کیست پاراتوبال که در مجاورت لوله و معمولاً نزدیک فیمبریا قرار دارد و از کنار لوله آویزان است افتراق داده شود و نباید به عنوان کیست غیر طبیعی در نظر گرفته شوند (۴). کیست پاراتوبال از منشاء پارامزوفریک است که به آن Hydatid of morgagni می‌گویند و از لیگامان پهن پدانکوله می‌شود (۵)؛ این نوع کیست در خانم‌های ناباروری و یا دارای حاملگی نابجا (EP)^۵ شایعتر است. کیست پاراوارین معمولاً خیلی کوچک است و به طور اتفاقی در حین عمل جراحی مشخص می‌شود؛ اما به صورت نادر، ممکن است خیلی بزرگ شود. این کیست‌ها در هر سنی دیده می‌شوند؛ اما در دهه سوم و چهارم شایعتر بوده و ممکن است متعدد باشند (۶). کیست پاراوارین از نظر مرفولوژی از کیست فانکشنال ساده غیر قابل تشخیص است (۳). در این کیست‌ها نیز ممکن

است نئوپلاسم خوش‌خیم مثل Cystadenoma بوجود آید که در سونوگرافی به طور تیبیک با mural nodule و گاهی با Septation ظریف خود را نشان می‌دهد (۷). بدخیمی در ۲٪ کیست‌های پاراوارین دیده می‌شود (۸). اما در کیست‌های کوچکتر از ۵cm، بدخیمی کمتر مشاهده گردیده است (۳). کیست پاراوارین کوچک معمولاً فاقد علائم بالینی بوده و فقط حین عمل یا در طی سونوگرافی تشخیص آن مسجل می‌شود؛ اما مهم‌ترین علائم بالینی در موارد کیست‌های بزرگ معمولاً احساس درد و فشار در ناحیه لگن است. این کیست‌ها نیز ممکن است دچار خونریزی، چرخش و یا پارگی شوند و بیمار دچار درد حاد شکم همراه با دردناک بودن توده و نیز علائم خونریزی و کاهش حجم خون شود که نیاز به لاپاروسکوپی و یا لاپاراتومی اورژانس دارد (۹). بنابراین علائم بالینی کیست پاراوارین کاملاً شبیه به کیست‌های فانکشنال تخمدان است و معمولاً با توجه به مشاهده جراح از نظر محل قرارگیری آن حین عمل و نیز بررسی‌های پاتولوژی، تشخیص آن قطعی می‌شود. تشخیص افتراقی کیست پاراوارین از سایر کیست‌های لگنی از جمله کیست فانکشنال ساده تخمدان بایستی انجام شود در این مورد اگر در سونوگرافی خصوصاً نوع واژینال هر دو تخمدان مشاهده گردد و کیست در کنار تخمدان اما جدا از آن دیده شود تشخیص کیست پاراوارین داده می‌شود (۱۰). همچنین در لاپاروسکوپی و یا لاپاراتومی با مشاهده مستقیم تخمدان‌ها و وجود کیست در کنار تخمدان، کیست پاراوارین از کیست‌های تخمدانی افتراق داده می‌شود و بالاخره تشخیص نهایی با پاتولوژی می‌باشد. از نظر درمان، در این کیست‌ها با توجه به از بین نرفتن خود به خودی کیست‌های پاراوارین و نیز احتمال بدخیمی آن به صورت نادر، خارج کردن کیست از طریق لاپاروسکوپی و ارسال نمونه جهت پاتولوژی توصیه می‌گردد. اهمیت این کیست‌ها در افتراق آن با کیست‌های فانکشنال است زیرا

- 1- Para ovarian cyst
- 2- Huge
- 3- Compression
- 4- Adnexal mass
- 5- Ectopic Pregnancy

در نوع اخیر نیاز به درمان وجود ندارد و کیست خود به خود از بین می‌رود. اهمیت دیگر آن ایجاد عوارض احتمالی مانند پارگی، خونریزی و پیچ خوردگی کیست می‌باشد که نیاز به جراحی اورژانس خواهد داشت.

معرفی مورد

بیمار خانم ۴۸ ساله با سابقه ۴ بار سزارین و بدون سابقه سقط (G4P4Ab0) بود که به علت شروع اتساع تدریجی شکم از ۶ ماه قبل همراه با خونریزی غیرطبیعی رحم از ۴ ماه قبل، همراه با افزایش میزان خونریزی قاعدگی و ایجاد خونریزی مابین قاعدگی (منومترورژی)، به درمانگاه زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل مراجعه کرد. در معاینه سیستمیک، اتساع شکم و لمس توده‌های کیستیک کشیده شده تا بالاتر از ناف وجود داشت. در معاینه ژنیکولوژی همین توده با قوام کیستیک در آدنکس سمت راست و بدون احساس درد لمس می‌شد و حدود رحم کاملاً از توده قابل تشخیص نبود. در سونوگرافی ابدومینال با دستگاه سونوگرافی GE مدل $\alpha 100$ Logic (GE, Japan) کلیه‌ها طبیعی، رحم به ابعاد $83 \times 95 \times 116$ mm، تخمدان سمت راست و چپ طبیعی و کیست بسیار بزرگی کشیده شده تا بالای ناف گزارش گردید.

نتایج آزمایشات درخواستی شامل آزمایشات هماتولوژی، بیوشیمی خون و ادرار طبیعی بود و برای بیمار رادیوگرافی قفسه صدری و پیلوگرافی داخل وریدی (IVP)^۱ و نیز باریوم انما انجام شد که در همه بررسی‌ها به جز اثرات فشاری توده بر روی حالب و روده‌ها مشکلی وجود نداشت. سپس تصمیم به لاپاراتومی بیمار گرفته شد. پس از انجام برش خط میانی شکم (انسزیون میدلاین) در حین لاپاراتومی موارد زیر مشاهده گردید: تخمدان سمت راست 30×25 mm و تخمدان سمت چپ 50×50 mm بود.

تخمدان چپ حاوی کیستی به ابعاد 30×20 mm بود و رحم به ابعاد $110 \times 94 \times 81$ mm و بزرگتر از حد طبیعی مشاهده شد. همچنین کیست بسیار بزرگی در کنار تخمدان سمت راست به ابعاد 20×40 cm مشاهده گردید که از لگن تا زیر دیافراگم کشیده شده بود. ابتدا با سرنگ 20 ml (شرکت سوپا، ایران) حدود 20 ml نمونه مایع آن جهت سیتولوژی خارج شد و سپس با ساکشن سام (Toitu, Japan) 2800 ml مایع ساکشن گردید. جدار کیست به سکوم چسبندگی خفیف داشت که آزاد گردید و جدار کیست برداشته شد. سپس رحم به علاوه هر دو تخمدان و لوله‌های رحم بیمار خارج گردید و نمونه جهت بررسی بیشتر به آزمایشات پاتولوژی ارسال گردید.

نتایج پاتولوژی بیمار به شرح ذیل بود:

Serous Simple Cyst of Left Ovary + Para Ovarian Cyst + Endometrial Polyp + Adenomyosis.

بیمار پس از ۳ روز مراقبت‌های بعد از عمل با حال عمومی خوب در روز چهارم مرخص گردید و در روز نهم بخیه‌ها کشیده شد. در پیگیری پس از عمل نیز عارضه‌ای مشاهده نشد.

بحث

بیمار مورد نظر یک نمونه کیست کنار تخمدانی بسیار بزرگ^۲ می‌باشد که به علت بزرگی شکم مراجعه نموده و با تشخیص اولیه توده کیستیک لگنی مورد عمل لاپاراتومی قرار گرفت. کیست‌های پاراتوبال و پارااوارین معمولاً به طور تصادفی در حین لاپاراتومی با علل دیگر یافت می‌شوند و اغلب آنها بدون علامت^۳ هستند؛ اما گاهی می‌تواند به علت بزرگ شدن، چرخش و یا پارگی دچار علائم گردد. در یک گزارش مورد توسط Cevrioglu و همکاران در ترکیه یک مورد کیست پارااوارین بسیار بزرگ^۴ در خانم ۴۰ ساله‌ای گزارش

2- Huge Paraovarian Cyst

3- Asymptomatic

4- Giant Paraovarian Cyst

1- Intra Venuse Pielography

گردید که این کیست در قسمت راست شکم تا کبد کشیده شده بود. پس از تأیید کیست پارااوارین توسط سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن ابتدا با راهنمایی سونوگرافی، کیست تخلیه و سپس با لاپاروسکوپی جدار آن برداشته شد و بیمار در روز دوم پس از عمل بدون مشکل مرخص گردید. در این گزارش مورد، نویسندگان و همکاران روش لاپاروسکوپی را برای برداشتن کیست پارااوارین خیلی بزرگ پیشنهاد می‌کنند (۱۱). بیمار معرفی شده در مقاله حاضر نیز دارای کیست پارااوارین خیلی بزرگ بود با این تفاوت که برای این بیمار به جای لاپاراتومی از لاپاروسکوپی استفاده گردید. مورد دیگر که توسط Varras و همکاران در یونان گزارش شد، خانم ۷۴ ساله‌ای با دو کیست پارااوارین کنار هم در آدنکس راست یکی به قطر ۲۶cm و دیگری به قطر ۹/۵cm بود که کیست‌ها باعث اتساع شکم و حتی اختلال تنفسی بیمار شده بود. در این مورد نیز گزارشگر تأیید کرد که حتی در خانم‌های مسن نیز ممکن است این کیست‌ها به ابعادی که باعث این علائم گردند دیده شوند (۶). این بیمار نیز مشابه بیمار ما دارای کیست بسیار بزرگی بود که باعث ایجاد علائم برای وی گردید اما برخلاف بیمار ما کیست پارااوارین ایجاد شده در این مورد در سنین یائسگی بود. همانطور که قبلاً ذکر شد کیست پارااوارین در هر سنی می‌تواند ایجاد شود. در مطالعه‌ای دیگر توسط Kishimoto و همکاران در ژاپن، ۱۸ مورد کیست پارااوارین توسط MRI مورد بررسی قرار گرفت که در ۱۳ مورد از آنها کیست مجاور تخمدان و در ۴ مورد از ۱۳ نمونه فوق کیست کاملاً جدا از تخمدان گزارش گردید. در ۷ مورد دیگر که کیست کاملاً مجاور تخمدان گزارش شده است، اتصال و یا عدم اتصاف آن به تخمدان قابل تشخیص نبوده است. این مطالعه نشان می‌دهد که MRI نیز ممکن است در تشخیص کیست پارااوارین کمک کننده باشد (۱۲). در یک

گزارش دیگر توسط Okada و همکاران در ژاپن دو مورد کیست پارااوارین همراه با پیچ خوردگی در بچه‌ها گزارش شده که منجر به لاپاروسکوپی گردید (۱۳). همچنین یک مورد پیچش کیست پارااوارین در دختری ۱۲/۵ ساله نیز توسط Lurie و همکاران گزارش شده که منجر به لاپاروسکوپی و خارج کردن کیست و اصلاح پیچش آدنکس در هنگام لاپاروسکوپی گردید (۱۴).

در مطالعه‌ای دیگر توسط Vlahaks و همکاران، در ۲۸۳ بیمار که با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند در ۴۴ مورد همراه با آپاندیسیت حاد، کیست پاراتوبال نیز وجود داشت که اغلب آنان کمتر از ۱cm بودند. تشخیص نهایی در دو مورد کیست بزرگ پاراتوبال چرخش یافته بود و در ۵ مورد کیست کورپوس لوتئوم پاره شده بود (۱۵). در مطالعه‌ای که توسط Darwish و همکاران انجام شد برای درمان کیست‌های پاراتوبال و پارااوارین از روش لاپاروسکوپی استفاده گردید. در این مطالعه سونوگرافی مشکوک در تشخیص این نوع کیست، با لاپاروسکوپی تأیید گردید. کیست‌های کوچک فقط ساکشن و هموستاز شدند و در مورد کیست‌های بزرگ کیستکتومی انجام شد. در این مطالعه در ۴۴٪ موارد تشخیص قبل از عمل با سونوگرافی و ژینال داده شده بود. این مطالعه بر روی ۱۱۸ مورد کیست پاراتوبال انجام شد که در هیچ موردی کیست huge گزارش نگردید (۱۶). در مطالعه بارلون و همکاران از ۱۵ مورد کیست پاراتوبال و پارااوارین فقط در یک مورد با سونوگرافی شکمی^۱ و ژینال قبل از عمل تشخیص داده شد (۱۷). در بیمار مطالعه حاضر با توجه به اینکه در سونوگرافی، هر دو تخمدان در کنار کیست مشاهده شد قبل از عمل احتمال وجود کیست پاراتوبال قبل از عمل داده شد اما چون کیست بسیار بزرگ بود این حدس تا حدی مشکوک به نظر می‌رسید. در گزارشی

در صورت مواجهه با اینگونه کیست‌ها سعی بر انجام لاپاروسکوپی به جای لاپاراتومی گردد و قبل از عمل از روش سونوگرافی ترانس واژینال و نیز MRI جهت تشخیص استفاده شود (۹،۱۱،۱۶). بنابراین کیست پاراوارین در هر سنی ممکن است بروز کند و در موارد نادر ممکن است بسیار بزرگ شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از سرکار خانم امیرصالحی، سرکار خانم جعفریان و پرسنل محترم بخش زنان و پاتولوژی بیمارستان یحیی نژاد بابل، جهت مساعدت در تهیه این گزارش قدردانی به می‌آید.

توسط Narurkar و همکاران، یک مورد کیست آدنوکارسینومای پاپیلاری مهاجمی^۱ ناشی از کیست پاراتوبال در یک خانم نابارور گزارش شده است که بسیار نادر است و فقط در دنیا ۵ مورد آن گزارش گردیده است (۱۸).

همانطوریکه در مطالعات متعدد و چندین گزارش مورد ذکر شده است، مهمترین علائمی که ممکن است در کیست پاراوارین دیده شود پیچش کیست حتی در سنین قبل از باروری و اتساع شکم حتی در سنین یائسگی می‌باشد (۶،۱۱،۱۲). همچنین طبق نظر اکثر گزارشات لاپاروسکوپی بر لاپاراتومی ارجحیت دارد (۶،۹،۱۱،۱۶) که با توجه به تجربیات دیگران بهتر است

References

- Howard W.J., Anne C.W., Lourie S.B. Novak's Text book of Gynecology. 11th Edition, Williams & Wilkins. 1988; pp:778.
- Cotran R.S., Kumar V., Collins J. Robbins' pathologic basics of diseases. 6th Edition, W.B. Saunders Company. 1999; pp:1036-1060.
- Callen P.W. Ultrasonography in obstetrics and Gynecology. 4th Edition, W.B. Saunders company. 2000; pp:868.
- Rayan K.J., Berkowitz R.S., Barbieri R.L., Dunaif A. Kistner's Gynecology & womens Health. 7th Edition, Mosby. 1999; pp:150.
- Scott J.R., Disaia P.J., Hammon C.B., Spellacy W.N. Danforth's Obstetrics & Gynecology. 8th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 1999; pp:865.
- Macarthur M., Mahomed A.A. Laparoscopy in the diagnosis and management of a complicated paraovarian cyst. Surg Endosc. 2003; 15; 17(9).
- Korbin C.D., Brown D.L., Welch W.R. Para ovarian cystadenomas and cystadenomas and cystadenofibromas: sonographic characteristics in 14 cases. Radiology. 1998; 208:459.
- Berek J.S. Novak's text book of Gynecology. 13th Edition Lippincott Williams & Wilkins. 2002; pp:389.
- Varras M., Akrivis Ch., Polyzos D., Frakala S., Samara Ch. A voluminous twisted paraovarian cyst in a 74-year-old patient: case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003; 30(4):253-6.
- Kim J.S., Woo S.K., Suhs J. et al. Sonographic diagnosis of para ovarian cyst. value of detecting a separate ipsilateral ovary. AJR. 1995; 164:1447.
- Cevrioglu A.S., Polat C., Feneci V., Yilmazer M., Yilmaz S., Dilek O.N. Laparoscopic management following ultrasonographic-guided drainage in a patient with giant paraovarian cyst. Surg Endosc. 2004; 18(2):346.
- Kishimoto K., Ito K., Awaya H., Matsunage N., Outwater E.K., Siegelman E.S. Paraovarian cyst: MR imaging features. Abdom Imaging. 2002; 27(6):685-9.
- Okada T., Yoshida H., Matsunage T., Kouchi K., Ohtsuka Y., Takano H., Horie H., Ohnuma N. Paraovarian cyst with torsion in children. J pediatr Surg. 2002; 37(6):937-40.
- Lurie S., Golan A., Glezerman M. Adnexal torsion with a paraovarian cyst in a teenage girl. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2001; 8(4):597-9.
- Vlahakis-Miliaras E., Miliaras D., Koutsomis G., Miliaras S., Spyridakis I., Papadopoulos M.S. Paratubal cyst in young females as an incidental finding in laparotomies performed for right lower quadrant abdominal pain. Pediatr Surg Int. 1998;

1- Invasive Papillary Cystadenocarcinoma

13(2-3):141-2.

16- Darwish A.M., Amin A.F., Mohammad S.A. Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts. JSLs.2003;7(2):101-6.

17- Barloon T.J., Brown B.P., Abu- yousef M.M., Warnock N.G. Paraovarian and paratubal cyst: preoperative diagnosis using transabdomial and

transvaginal sonography. J Clin Ultrasound.1996; 24(3):117-22.

18- Narurkar S.D., Buch A.C. Patel K.D., Avasare S.S., Niyogi G.M. Papillary cystadenocarcinoma arising in a Paratubal mesothelial Cyst of the mesosalipinx – (a case report). Indian J Cancer. 2001;38(2-4):137-42.