

گزارش یک مورد نادر سیست آدنوفیرومای سروزی تخمدان در زن باردار

دکتر سانی نیک درزی^۱، دکتر الهام صفاریه^{۲*}

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

خلاصه

مقدمه: سیست آدنوفیرومای سروزی، در بارداری توموری نادر است. در این مطالعه، یک زن باردار مبتلا به سیست آدنوفیرومای سروزی غول پیکر بی علامت تخمدان تحت جراحی موفقیت آمیز معرفی می شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۱ ساله بارداری اول (۱۴ هفته) بدون علامت بود که در سونوگرافی معمول بارداری، کیست مولتی لوکوله به ابعاد ۲۵۹×۱۷۳ میلی متر با منشأ تخمدان راست گزارش شد. سطوح CA-125، CA 19-9 و HE4، به ترتیب برابر ۷۲، ۸/۵ و ۲۷/۳ واحد در میلی لیتر و شاخص RoMa برابر ۲/۷ واحد در میلی لیتر بود. بیمار، تحت جراحی باز شکمی قرار گرفت و پس از ارسال به پاتولوژی، تشخیص سیست آدنوفیرومای سروزی تخمدان تأیید شد. در نهایت، بیمار در سن حاملگی ۳۹ هفته و ۲ روز، به علت ماکروزمی تحت سزارین قرار گرفت و نوزاد ترم با وزن ۴۳۰۰ گرم به دنیا آمد.

نتیجه گیری: در زنان باردار مبتلا به سیست آدنوفیرومای سروزی تخمدان، جراحی توده، با توجه به سایز تومور و سطوح تومور مارکرهایی مانند CA-125، می تواند درمانی مؤثر و با حداقل عوارض، مخصوصاً در زنان جوان نولی پار علاقه مند به حفظ رحم در نظر گرفته شود.

کلمات کلیدی: بارداری، تومور تخمدان، سیست آدنوفیرومای سروزی تخمدان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر الهام صفاریه؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. تلفن: ۰۲۳-۳۳۶۵۴۱۶۲؛ پست الکترونیک:

dr.saffarieh@yahoo.com

مقدمه

سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان، یک تومور خوش خیم اپی تلیال تخمدان و معمولاً به صورت یک توده کیستیک بزرگ ظاهر می شود. این تومورها به دلیل ظاهر تا حدی جامد و تا حدی کیستیک می توانند با بدخیمی اشتباه گرفته شوند که بر اهمیت تشخیص دقیق هیستوپاتولوژیک تأکید دارد (۳-۱). اندازه آنها حدود ۱۰ سانتی متر است و اغلب بدون علامت هستند؛ اگرچه می توانند با علائمی مانند درد شکم ظاهر شوند (۴، ۵). در برخی موارد، سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان می تواند با سایر تومورهای تخمدانی همزیستی داشته باشد و تومورهای برخورداری را تشکیل دهد که در آن هر جزء بر اساس ویژگی های خاص خود رفتار کند (۶، ۷). روش های جراحی مانند سالپنگو اوپورکتومی ممکن است برای درمان ضروری باشد و در موارد نادر، بیماران ممکن است به دلیل برداشتن ناقص بافت تخمدان در طول جراحی های قبلی، دچار سندرم باقی مانده تخمدان شوند. تشخیص دقیق و آگاهی از ویژگی های سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان برای تصمیم گیری های کلان درمانی مناسب، بسیار مهم است (۵).

گزارش های موردی در مورد سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان، اهمیت تشخیص دقیق و مدیریت مناسب را برجسته می کند. این موارد بر تظاهرات متنوع و چالش های تشخیصی ناشی از سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان تأکید می کند و بر نیاز به آگاهی چند رشته ای و ارزیابی های هیستوپاتولوژیک دقیق برای استراتژی های درمانی مناسب تأکید می کند (۴، ۶).

سیست آدنوفیبرومای سروزی تخمدان، توموری بسیار ناشایع بوده که حدود ۱/۷٪ نئوپلاسم های کیستیک خوش خیم تخمدان را شامل می شود. این تومورها، معمولاً یک طرفه بوده و زنان ۶۵-۱۵ سال را درگیر می کند (۴). این تومورهای نادر، عمدتاً بی علامت بوده و تنها پس از گذراندن مراحل اولیه و رسیدن به قطرهای بزرگ می توانند علامت دار باشند. علائم بالینی مانند حالت تهوع، استفراغ یا درد غیراختصاصی شکم مربوط

به فشاری است که یک کیست غول پیکر تخمدان می تواند ایجاد کند (۵، ۶). کیست های بزرگ تر علائم و خطرات بیشتری دارند (۵). بنابراین، برای از بین بردن خطر بدخیمی و علائم، باید برداشته شوند (۶).

در این مطالعه، یک مورد سیست آدنوفیبرومای سروزی غول پیکر نادر تخمدان در یک زن باردار گزارش می شود که با مطالعات تصویربرداری، شناسایی و با جراحی برداشته شد.

معرفی بیمار

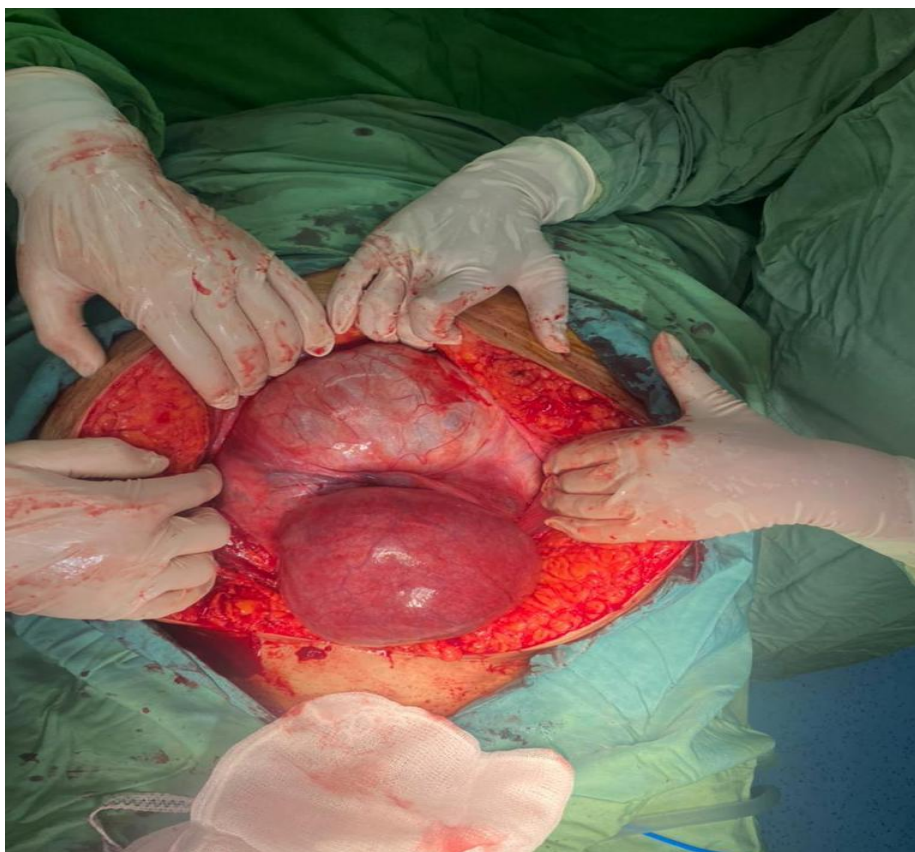
بیمار، خانم ۳۱ ساله با سابقه نازایی ۱۲ ساله که در نهایت، بارداری به صورت خودبه خودی بوده و جهت بررسی های دوره ای در سن بارداری ۱۴ هفته به درمانگاه پره ناتال بیمارستان امیر المومنین (ع) سمنان مراجعه کرده بود. بیمار، سابقه پرفشاری خون مزمن و کم کاری تیروئید داشت که تحت درمان با قرص های متیل دوپا، لووتیروکسین و آسپرین تحت نظر متخصص های زنان و غدد بود. در بدو ورود، درد شکم و یا علائم گوارشی، ادراری و تهوع بارداری نداشت. در معاینه، پوست و ملتحمه رنگ پریده و قلب و ریه نرمال و علائم حیاتی، پایدار بود. شکم، نرم و بدون تندرns بود.

برای بررسی وضعیت جفت و جنین بیمار، سونوگرافی شکمی انجام شد. در سونوگرافی، یک کیست مولتی لوکوله به ابعاد 259×173 میلی متر با منشأ تخمدان راست گزارش شده بود که در تشخیص افتراقی، آدنوکارسینوما مطرح شد. بیمار به درمانگاه انکولوژی ارجاع گردید. در آزمایشات انجام شده، CA-125 برابر ۷۲ واحد در میلی لیتر (مقدار نرمال: کم تر از ۳۵ واحد بر میلی لیتر)، CA 19-9 برابر ۸/۵ واحد در میلی لیتر (مقدار نرمال: کم تر از ۳۹ واحد بر میلی لیتر)، HE4 برابر ۲۷/۳ واحد در میلی لیتر (مقدار نرمال: کم تر از ۸۵ پیکومول بر لیتر) و شاخص^۱ RoMa برابر ۲/۷ واحد در میلی لیتر (مقدار نرمال: کم تر از ۱/۱۴ پیکومول بر لیتر) بود.

¹ Risk of ovarian malignancy algorithm, Roma

حدوداً ۲۵ سانتی متر رؤیت شد (شکل ۱). در این توده، چسبندگی جدار توده به رحم وجود داشت که چسبندگی، آزاد شده و سالپینگو ونورکتومی سمت راست انجام شد (شکل ۲).

با توجه به بارداری، بررسی تشخیصی بیشتری برای بیمار انجام نشده و وی، کاندید لاپاراتومی و سیستکتومی در همان سن حاملگی ۱۴ هفته شد. بیمار با برش میدلاین شکمی، جراحی شده و یک توده جامد سفید متمایل به زردرنگ، با سطح نامنظم و سایز



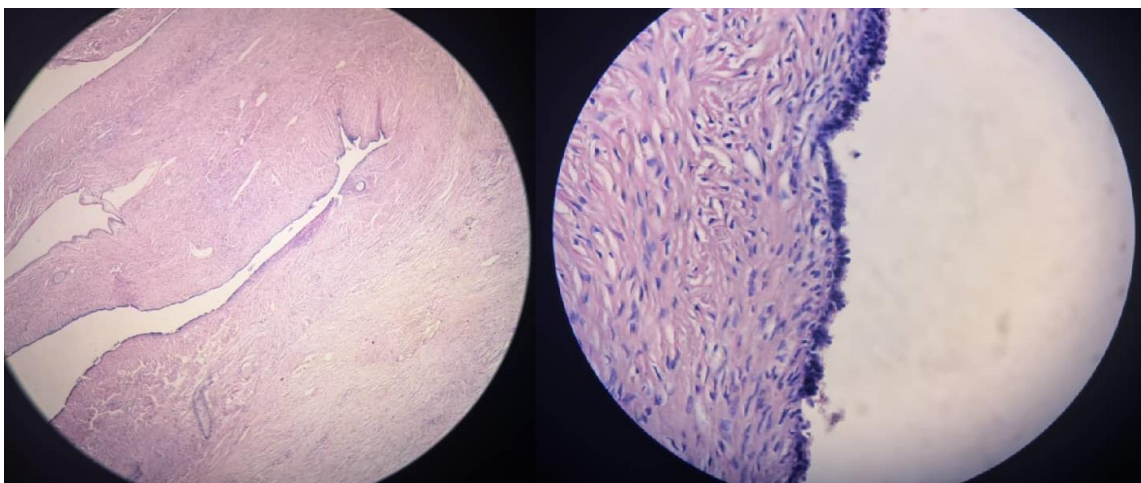
شکل ۱- ظهور توده بزرگ تخمدان راست پس از برش جراحی



شکل ۲- آزادسازی چسبندگی جدار توده به رحم و سالپینگو ونورکتومی سمت راست

آدنوفیبرومای سروزی تخمدان، تأیید گردید (شکل ۳). بیمار بعد از عمل بدون مشکل خاصی ۲ روز بعد از عمل ترخیص شد. بیمار، پس از ترخیص و در ویزیت-های معمول مجدد، عارضه خاصی نداشته و از علائم بالینی خاصی شکایت نداشت.

پس از برداشتن توده، یک نمونه منجمد در شرایط استاندارد به بخش پاتولوژی ارسال شد. در پاتولوژی، ضایعات کیستیک متعدد در زمینه استرومای فیبروزی رؤیت شد که توسط مایع شفاف و مواد ژلاتینی قهوه‌ای پر شده بود و قسمت‌های جامد خاکستری، مایل به کرمی مشاهده می‌شد. برای بیمار، تشخیص سیست



شکل ۳- نمای پاتولوژی نمونه گرفته شده با رنگ آمیزی هموتوکسیلین و ائوزین (سمت چپ: $\times 10$ و راست: $\times 40$)

در نهایت، بیمار در سن حاملگی ۳۹ هفته و ۲ روز، به علت ماکروزمی تحت سزارین قرار گرفت و نوزاد ترم با وزن ۴۳۰۰ گرم به دنیا آمد.

بحث

کیست‌های تخمدان، تومورهای شایعی در زنان گروه-های سنی مختلف است که اغلب، اندازه آن‌ها کاهش می‌یابد و یا حتی در طول زمان، خود به خود ناپدید می‌شوند (۷، ۸). از سوی دیگر، کیست‌های غول‌پیکر تخمدان، یک بیماری بسیار ناشایع است که بزرگ‌ترین آن توسط مناهم و همکار (۱۹۹۴)، برابر ۱۴۸/۶ کیلوگرم گزارش شده است (۹).

سیست آدنوفیبرومای سروزی، تومورهای خوش‌خیم اپی‌تلیال تخمدان و بسیار نادر بوده که شیوع آن در زنان باردار، به ندرت گزارش شده است (۱۰، ۱۱). کیست‌های قابل تشخیص در سونوگرافی، بالاتر از ۰/۳ سانتی‌متر قطر دارند و معمولاً بعد از هفته دهم بارداری کاهش می‌یابند. توده‌های آدنکسی که بیش از ۳ ماهه اول باقی می‌مانند، به احتمال زیاد ممکن است به سمت بدخیمی پیش روند (۱۲). به همین دلیل، در بیمار معرفی شده در این مطالعه، ضمن توجه به این موضوع (سایز بزرگ و مزمن شدن بیماری)، جراحی سریع‌تر بیمار در اولویت قرار گرفت.

شایع‌ترین علامت توده‌های تخمدان، درد است که می‌تواند خفیف یا شدید باشد (۱۳، ۱۴). از آنجایی که تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زنان باردار می‌تواند باعث درد شکم شود، ممکن است شرایط پاتولوژیک مانند توده تخمدان نادیده گرفته شود (۱۵، ۱۶). کیست تخمدان همزمان با بارداری تظاهرات مختلفی داشته و اغلب، با علائم فشار غیراختصاصی، مانند درد پشت یا شکم، یبوست، اتساع شکم و شکایات ادراری همراه است (۱۲). از آنجایی که این مسائل به‌طور کلی به مشکلات منظم بارداری نسبت داده می‌شود، ممکن است توسط بیمار یا پزشک نادیده گرفته شود. این امر به تشخیص و مداخله دیر هنگام منجر می‌شود (۱۳). بسیاری از کیست‌های غول‌پیکر تخمدان به دلیل ماهیت بزرگ خود می‌توانند با علائم و

نشانه‌های آسیب تظاهر کنند و معمولاً با آن اشتباه می‌شوند (۱۲، ۱۳). اگرچه با وجود اندازه بسیار بزرگ توده در بیمار معرفی شده در این مطالعه، هیچ شکایت بالینی خاصی از جانب بیمار گزارش نشده بود که این موضوع، می‌تواند مربوط به چاقی بالای شکمی بیمار بوده باشد.

سطح CA-125 در سه ماهه اول برای پیش‌بینی بروز بدخیمی‌های بعدی مفید است. این تومور مارکر، در ۸۰٪ بدخیمی‌های تخمدان اپی‌تلیال افزایش می‌یابد (۱۲، ۱۳). از طرفی، تعدادی از مطالعات پیشنهاد داده‌اند که جراحی تومورهای تخمدان در بارداری را می‌توان تا شروع علائم به تعویق انداخت؛ مگر این‌که مشکوک به بدخیمی باشد (۱۵، ۱۷). از سویی، اقدامات جراحی توده‌های تخمدان در بارداری، در سه مورد ارجح دانسته شده است: الف- شک به بدخیمی، ب- بروز عوارض و یا علائم بالینی شدید و ج- توده‌های بین ۵ تا ۱۸ سانتی-متر (۱۲). با این حال، در بیمار معرفی شده در این مطالعه، با توجه به بالا بودن سطوح CA-125 و در نتیجه، احتمال بدخیم‌شدن ضایعه در آینده و نیز اندازه بسیار بزرگ و احتمال بروز عوارض ناشی از آن، جراحی بیمار در همان هفته ۱۴ بارداری انجام گرفت.

جراحی لاپاروسکوپی اگرچه به‌طور گسترده در زنان باردار مورد مطالعه قرار نگرفته است، اما در بارداری به اندازه جراحی باز، ایمن است. با این حال، برای جلوگیری از سوراخ شدن رحم و آسیب به جنین در حین بارداری، لاپاراسکوپی باز ترجیح داده می‌شود (۱۸). اندازه تومور و سن حاملگی دو عامل مستقل هستند که در تعیین نوع عمل مؤثر می‌باشند.

لاپاراسکوپی برای مدیریت تومورهای کوچک ترجیح داده می‌شود (۱۹). با این حال، لاپاروسکوپی در زنان باردار، مخصوصاً در بیمار معرفی شده که دارای توده با سایز بسیار بزرگی بود، با احتمال خطر آسیب به رحم و جنین همراه است (۱۸، ۱۹). از طرفی، تشخیص حین عمل کیست‌های غول‌پیکر تخمدان، ممکن است در مواردی که تشخیص‌های نادرست قبل از عمل وجود دارد، اجتناب‌ناپذیر باشد و انتخاب نامناسب برش شکم نیز، ممکن است مانند این بیمار چالش‌های جراحی ایجاد

نتیجه گیری

در زنان باردار مبتلا به سیستم آدنوفیبرومای سروزی تخمدان، جراحی توده، با توجه به سائز تومور و سطوح تومور مارکرهایی مانند CA-125، می‌تواند درمانی مؤثر و با حداقل عوارض، مخصوصاً در زنان جوان نولی‌پار علاقه‌مند به حفظ رحم در نظر گرفته شود. منتهی، به علت وجود شواهد اندک و کافی نبودن نمونه‌ها، پیشنهاد می‌گردد تا به جهت شناسایی عوارض احتمالی و بررسی بیشتر، مطالعات بیشتری خصوصاً در نمونه‌های حیوانی انجام گیرد تا تعمیم نتایج با ابقان بیش‌تری صورت گیرد.

کند (۱۲). اگرچه در این مطالعه، جراحی باز ترجیح داده شد که با پیش‌آگهی خوبی برای بیمار همراه بود. بر اساس جستجوهای وسیع انجام شده، مطالعه حاضر، گزارش زن بارداری بوده که با تشخیص سیستم آدنوفیبرومای سروزی غول‌پیکر بی‌علامت تخمدان، تحت جراحی قرار گرفته و با حفظ بارداری، به سزارین موفق ختم شده است. در مطالعه حاضر، شانس بارداری برای بیمار موردنظر، حفظ شده و بیمار، به شرایط طبیعی زندگی خود برگشته بود. این‌که با سائز بالای توده، بیمار تا هفته ۱۴ بارداری بدون علامت بود و علی‌رغم سائز بالا، مشخصات سونوگرافی و مقادیر بالای CA-125، توده بدخیم در پاتولوژی گزارش نشده بود، از نکات قابل توجه بیمار معرفی شده بود.

منابع

- Farheen A, Naveed W, Sultana S, Ali SA, Rasheed NM, Mahveen A. A clinical study on the efficacy of Dawae Akyas in the management of benign ovarian cysts. *J Med Sci Clin Res* 2020; 8:550-5.
- Shokrollahi N, Nouri M, Movahedi A, Kamani F. Surgical management of a rare giant ovarian serous cystadenoma with distinctive clinical manifestations. *Journal of Surgical Case Reports* 2023; 2023(6):rjad194.
- Ross EK, Kebria M. Incidental ovarian cysts: When to reassure, when to reassess, when to refer. *Cleve Clin J Med* 2013; 80(8):503-14.
- Wasnik A, Elsayes K. Ovarian cystadenofibroma: a masquerader of malignancy. *Indian Journal of Radiology and Imaging* 2010; 20(04):297-9.
- Shukla S, Srivastava D, Acharya S, Dhote S, Vagha S. Serous adenofibroma of ovary: An eccentric presentation. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2015; 11(4):1030.
- Katke RD. Giant mucinous cystadenocarcinoma of the ovary: A case report and literature review. *Journal of Mid-life Health* 2016; 7(1):41-4.
- Hasani M, Alizadeh S, Bastami P, Soheyl F. The frequency of ovarian masses and lesions in different age categories in Khorram Abad (1381-1391). *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2014; 17(126):9-16.
- Fazeli E, Tafazzoli M, Dadgar S, Seyed Ahmadinezhad F. The role of carbohydrates and dietary energy intake in functional ovarian cysts. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2015; 18(152):9-15.
- Menahem S, Shvartzman P. Giant ovarian cyst mimicking ascites. *Journal of Family Practice* 1994; 39(5):479-82.
- Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, Coté TR, Wu XC, Correa CN, et al. Pathology and classification of ovarian tumours. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 2003; 97(S10):2631-42.
- Limaie F, Lekkala MR, Mlika M. Ovarian cystadenoma. *Treasure Island (FL)*; 2021.
- Olasinde A, Ogunlaja O, Olasinde YT, Mobolaji-Ojibara MU, Adelaja-Ojulari N. Giant Ovarian Cyst in a Term Pregnancy Simulating a Massive Ascites: A Case Report. *Cureus* 2022; 14(12).
- Agah J, Sani SJ, Salmani K. A Giant Ovarian Serous Cystadenoma in Pregnancy: A Case Report. *Journal of Midwifery & Reproductive Health* 2018; 6(4).
- Agah J, Jafarzadeh Esfehani R, Kamalimanesh B, Fattahi Abdizadeh M, Jalilian AR. Mismanagement of a huge ovarian serous cystadenoma in a young girl; a case report. *Journal of midwifery and reproductive health* 2015; 3(1):315-7.
- Lee GS, Hur SY, Shin JC, Kim SP, Kim SJ. Elective vs. conservative management of ovarian tumours in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 85(3):250-4.
- Ueda M, Ueki M. Ovarian tumours associated with pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1996; 55(1):59-65.
- Shah K, Anjurani S, Ramkumar V, Bhat P, Urala M. Ovarian mass in pregnancy: a review of six cases treated with surgery. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011; 14(2).
- Cavaco-Gomes J, Jorge Moreira C, Rocha A, Mota R, Paiva V, Costa A. Investigation and management of adnexal masses in pregnancy. *Scientifica* 2016; 2016(1):3012802.

A case report of a rare ovarian serous adenofibroma in a pregnant woman

Satinik Darzi¹, Elham Saffarieh^{2*}

1. Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Received: Jun 22, 2024 Accepted: Sep 28, 2024

Abstract

Introduction: Ovarian serous cystadenofibroma is an uncommon tumor in pregnancy. In this study, a pregnant woman with asymptomatic giant ovarian serous cystadenofibroma who underwent successful surgery was introduced.

Case presentation: The patient was a nulliparous 31-year-old woman (14 weeks), asymptomatic that a multilocular cyst with dimensions of 259×173 mm originating from the right ovary was reported in the routine pregnancy ultrasound. The levels of CA-125, CA 19-9 and HE4 were 72, 8.5 and 27.3 U/mL, respectively, and the Roma index was 2.7 U/mL. The patient underwent open abdominal surgery and after being sent to pathology, the diagnosis of ovarian serous cystadenofibroma was confirmed. Finally, the patient underwent caesarean section at 39 weeks and two days of gestation due to macrosomia and a full-term baby weighing 4300 gr was born.

Conclusion: In pregnant women with ovarian serous cystadenofibroma, mass surgery, considering the tumor size and the levels of tumor markers such as CA-125 can be an effective treatment with minimal complications, especially in young nulliparous women who are interested in preserving the uterus.

Keywords: Pregnancy, Ovarian serous cystadenofibroma, Ovarian tumor

► Please cite this article as:

Darzi S, Saffarieh E. A case report of a rare ovarian serous adenofibroma in a pregnant woman. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(7):82-88. DOI: 10.22038/ijogi.2024.79404.6065

