

بررسی فراوانی توده ها و ضایعات تخمدانی در رده های سنی مختلف

مریم حسنی^۱، دکتر سجاد علیزاده^{۲*}، پری بسطامی^۳، فرناز سهیلی^۴

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، گروه بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. پزشک عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، خوزستان، ایران.
۴. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۷

خلاصه

مقدمه: سرطان تخمدان، دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی و شایع ترین علت مرگ ناشی از بدخیمی های دستگاه تناسلی است. تومورهای تخمدان از نظر ساختار بافت شناسی بسیار متنوع هستند. در مطالعات، تنوع زیادی در شیوع سرطان های تخمدان و انواع تومورهای تخمدانی در سنین مختلف مشاهده شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی انواع ضایعات تخمدانی در رده های سنی مختلف انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی بر روی ۳۵۰ نمونه پاتولوژی تخمدان از زنان مراجعه کننده به مرکز پاتولوژی شهداء عشایر خرم آباد طی سال های ۹۱-۱۳۸۱ انجام شد. اطلاعات مربوط به معاینه فیزیکی، فردی و علت مراجعه بیمار از طریق مطالعه پرونده های بایگانی و در موارد لزوم، تماس با افراد استخراج شدند. نمونه های پاتولوژی مبهم و فاقد اطلاعات پرونده ای کافی از مطالعه خارج شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۸۳/۴ درصد توده ها مربوط به سنین باروری بودند که ۹۱/۴ درصد آن ها خوش خیم بودند و ضایعات بدخیم تخمدان، عمدتاً ۸۳/۳ درصد، در سنین حوالی یائسگی و پس از آن مشاهده شدند. بسیاری از توده ها حین سایر عمل های جراحی شکمی از جمله آپاندکتومی کشف و خارج شده بودند که عمدتاً مربوط به سنین باروری و اکثراً خوش خیم بودند.

نتیجه گیری: علی رغم اینکه کیست های عملکردی در سنین باروری شایع تر است، بیشترین شیوع ضایعات بدخیم تخمدانی در سنین حوالی یائسگی و پس از آن مشاهده می شود که شایع ترین آن ها سروسیست آدنوکارسینوما می باشد. با توجه به افزایش شیوع بدخیمی توده های تخمدانی در این رده های سنی، پیگیری این توده ها در این سنین از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لذا توصیه می شود در معاینات سالیانه به این موضوع اهمیت بیشتری داده شود.

کلمات کلیدی: پاتولوژی، تخمدان، فراوانی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سجاد علیزاده؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۸۴۱-۳۳۴۹۴۷۴؛ پست الکترونیک:

sjd.alizadeh@gmail.com

مقدمه

تومورهای تخمدانی شایع‌ترین شکل نئوپلاسم در زنان می‌باشند (۱). با توجه به اینکه تنوع بافتی تخمدان از هر عضو دیگر بیشتر است، بنابراین می‌تواند محل بروز تومورهای مختلف باشد (۲). به طور کلی خطر ابتلاء به تومور تخمدانی برای یک زن در طول زندگی ۶-۷ درصد (۳)، خطر ابتلاء به سرطان تخمدان ۱/۵ درصد و احتمال مرگ در اثر سرطان تخمدان، ۱ درصد می‌باشد (۴).

سرطان تخمدان در زنان آمریکایی، پنجمین شکل بدخیمی پس از سرطان‌های ریه، پستان، روده و رحم (۵) و دومین بدخیمی دستگاه تناسلی و البته کشنده‌ترین آن‌ها است و ۲۵ درصد نئوپلاسم‌های دستگاه تناسلی را تشکیل می‌دهد (۶). سالیانه ۲۵ هزار مورد جدید سرطان تخمدان تشخیص داده می‌شود که حدود ۱۴ هزار نفر از افراد در اثر این بدخیمی می‌میرند (۵). مطالعه سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان نشان می‌دهد که بدخیمی‌های تخمدانی نسبت به بدخیمی‌های سایر اعضا دستگاه تناسلی، معضلات بالینی پیچیده‌تری را به دنبال دارد (۴).

در بسیاری از موارد، یک یافته اتفاقی در معاینات یا سونوگرافی ممکن است در بسیاری از زنان باعث نگرانی شده و باید از سرطان تخمدان افتراق داده شود. توده‌های تخمدان از نظر ساختار بافت شناسی دارای تنوع زیادی می‌باشند، به علاوه تنوع زیادی در شیوع انواع تومورها در جوامع مختلف (۶) و نیز گروه‌های سنی مختلف وجود دارد (۳). در مطالعه عرب و همکاران (۲۰۱۰) در ایران، شیوع بدخیمی‌های تخمدان در رده‌های سنی مختلف محاسبه شد که در گروه سنی زیر ۲۰ سال، ۰/۵ در صد هزار زن، در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال ۳/۸ در صد هزار و در گروه ۴۰-۵۰ سال ۵/۲ در صد هزار و در گروه سنی بالای ۵۰ سال، ۳۲/۹ در صد هزار زن گزارش شد (۷).

تومورهای تخمدانی ممکن است از سنین نوزادی تا بعد از یائسگی بروز پیدا کنند که از کیست‌های خوش‌خیم تا توده‌های شدیداً بدخیم متغیر هستند. بیشتر توده‌های خوش‌خیم، کیستیک هستند و توپیر بودن به نفع

بدخیمی توده هاست (۴). در ایران، بروز سرطان تخمدان در رتبه هشتم قرار دارد. این سرطان، شایع‌ترین بدخیمی دستگاه تناسلی در زنان محسوب می‌شود (۷). سرطان تخمدان به ویژه در زنان بالای ۵۰ سال یک قاتل خاموش است، زیرا نشانه‌های آن غیر اختصاصی بوده و روش غربالگری مناسبی برای تشخیص زود هنگام آن وجود ندارد، بنابراین اکثر موارد در مراحل پیشرفته تشخیص داده شده که پیش‌آگهی آن را بدتر و بار بیماری را افزایش می‌دهد (۸). سرطان تخمدان در صورتی که در مراحل اولیه تشخیص داده شود، از قابل درمان‌ترین بدخیمی‌هاست، زیرا اکثراً به روش‌های درمانی ضد سرطان بسیار حساس می‌باشند. این در حالی است که ۹۳ درصد زنان مبتلا به سرطان تخمدان علائمی نظیر درد شکم، بزرگی شکم، نفخ، فوریت ادراری، کاهش وزن و سایر علائم را به مدت چندین ماه تحمل می‌کنند و خیلی دیر درصدد تشخیص و درمان برمی‌آیند (۹). سرطان تخمدان در بین بدخیمی‌های دستگاه تناسلی زنان، بدترین پیش‌آگهی را دارد. خطر این بدخیمی از ۴۵-۴۰ سالگی افزایش داشته و در سنین ۶۵-۵۵ سال به حداکثر خود می‌رسد (۵). در تمام رده‌های سنی، تومورهای خوش‌خیم شایع‌تر از انواع بدخیم است (۳). تومورهای خوش‌خیم اکثراً در زنان جوان بین ۲۰-۴۵ سال مشاهده می‌شود، در حالی که توده‌های بدخیم در زنان ۴۰-۶۵ سال شایع‌تر است. بروز این توده‌ها در سنین بعد از یائسگی، زنان با تعداد فرزند کم و زنان ازدواج نکرده بیشتر است. استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری و بستن لوله‌های رحمی، خطر سرطان تخمدان را کاهش می‌دهد (۵).

به طور کلی توده‌های تخمدانی به دو گروه غیر نئوپلاستیک و نئوپلاستیک تقسیم شده که توده‌های نئوپلاستیک نیز به انواع خوش‌خیم و بدخیم دسته‌بندی می‌شوند (۴) و از نظر بافت شناسی به زیر گروه‌های تومورهای اپی‌تلیالی، تومورهای ژرمینال، تومورهای طناب جنسی و تومورهای متاستاتیک تقسیم می‌شوند (۷).

سازمان جهانی بهداشت استفاده شد (۴). داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۵۴ نمونه پاتولوژی تخمدان طی سال های ۹۱-۱۳۸۱ در آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان شهداء عشایر خرم آباد مورد بررسی قرار گرفته بود که در ۴ مورد، دارای بیش از یک نوع پاتولوژی بودند که از مطالعه خارج شدند. در نهایت نتایج ۳۵۰ نمونه وارد نمونه گیری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. محدوده سنی زنان در نمونه های پاتولوژی مورد بررسی بین ۸۵-۱۱ سال (میانگین $34 \pm 7/3$ سال) متغیر بود. در بین تمام گروه های سنی، تومورهای خوش خیم از انواع بدخیم شایع تر بود. در این مطالعه، مودی از تومورهای بینابینی مشاهده نشد. در بررسی های پاتولوژی، کیست های عملکردی $4/49\%$ ، ضایعات اپی تلیالی $4/29\%$ ، ضایعات التهابی تخمدان $2/5\%$ ، انواع بدخیمی های تخمدان $6/8\%$ و سایر موارد $4/7\%$ نمونه ها را تشکیل می داد.

از کل نمونه های پاتولوژی، ۳۲۰ مورد ($91/4\%$) تومور خوش خیم و ۳۰ مورد ($8/6\%$) بدخیمی تخمدان گزارش شد. ۱۸۷ مورد ($53/4\%$) از تومورهای خوش خیم تا سنین قبل از ۴۰ سالگی مشاهده شدند و تومورهای بدخیم تا قبل از ۴۰ سالگی ناشایع تر بود و فقط ۵ مورد ($16/6\%$) از بدخیمی ها متعلق به این سنین بود، در حالی که ۲۵ مورد ($83/3\%$) از تومورهای بدخیم در سنین بالای ۴۰ سال مشاهده شد (جدول شماره ۱).

مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی انواع توده ها و ضایعات تخمدانی در رده های سنی مختلف در نمونه های پاتولوژی ارجاع شده به آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان شهداء عشایر شهرستان خرم آباد طی سال های ۹۱-۱۳۸۱ انجام شد تا پس از شناسایی گروه های سنی با بیش ترین توده های بدخیم تخمدانی، بتوان برنامه ریزی مناسب را در خصوص تشخیص و درمان موارد نیازمند مداخله انجام داد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۲ پس از اخذ مجوز و هماهنگی با آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان آموزشی شهداء عشایر شهرستان خرم آباد، با مراجعه به پرونده های الکترونی بیماراران انجام گرفت. تمام نمونه های پاتولوژی اخذ شده از بیمارانی که در این بیمارستان مورد جراحی قرار گرفته یا مواردی که در بیمارستان های دیگر جراحی و نمونه پاتولوژی آن ها طی یک دوره ۱۱ ساله (۱۳۸۱ الی ۱۳۹۱) به این بیمارستان ارسال شده بود و مورد بررسی بافت شناسی و پاتولوژی قرار گرفته بود، استخراج و یافته های اخذ شده از تخمدان مورد بررسی قرار گرفت.

اطلاعات مربوط به معاینه فیزیکی و اطلاعات فردی بیمار از طریق مطالعه پرونده های بایگانی شده و در صورت لزوم تماس با افراد استخراج شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن اطلاعات پرونده ای کافی و عدم وجود سابقه سرطان در سایر نقاط بدن بود. نمونه های دارای جواب پاتولوژی مبهم و دارای بیش از یک نوع پاتولوژی از مطالعه خارج شدند. در نهایت نتایج ۳۵۰ نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تفسیر تمام پاتولوژی ها توسط یک پاتولوژیست ماهر انجام شده و نتایج آن برای هر بیمار ثبت شده بود. جهت دسته بندی تومورهای تخمدانی از طبقه بندی

جدول ۱- یافته های پاتولوژیک ۳۵۰ نمونه بررسی شده

نوع پاتولوژی	تعداد نمونه	درصد	
لوتئال سیست	۵۹	۱۶/۹	غیر نئوپلاستیک
سیست ساده یا فولیکولار	۵۱	۱۴/۶	
سیست هموراژیک	۳۳	۹/۴	
تخمدان پلی سیستیت	۳۰	۸/۶	
سروسیست آدنوما	۵۵	۱۵/۷	
تراتوم بالغ	۵۴	۱۵/۴	نئوپلاستیک - خوش خیم
موسینو سیست آدنوما	۲۳	۶/۷	
سیست آدنوفیبروما	۱۰	۲/۹	
فیبروتکوما	۴	۱/۱	
برنر	۱	۰/۳	
سرو سیست آدنوکارسینوما	۱۱	۳/۱	نئوپلاستیک- بدخیم
تومور سینوس اتدودرمال	۵	۱/۴	
موارد متاستاتیک	۴	۱/۱	
گرانولوزا سل	۳	۰/۸	
موسینو سیست آدنوکارسینوما	۳	۰/۸	
دیس ژرمینوما	۲	۰/۶	
تراتوم نابالغ	۲	۰/۶	
مجموع	۳۵۰	۱۰۰	

در این مطالعه ۱۷۳ نفر (۴۹/۴٪) دارای توده های غیر نئوپلاستیک تخمدانی و ۱۴۷ نفر (۴۲٪) دارای نئوپلازی خوش خیم و بقیه (۸/۶٪) نئوپلازی بدخیم داشتند (جدول شماره ۲).

جدول ۲- شیوع پاتولوژی ها در رده های مختلف سنی

سن	خوش خیم (درصد) تعداد	بدخیم (درصد) تعداد	شایع ترین پاتولوژی در گروه سنی
≤ ۲۰	۷ (۲/۳٪)	۱ (۳/۳٪)	تراتوم کیستیک بالغ
۲۱-۴۰	۱۸۰ (۵۶/۲٪)	۴ (۱۳/۴٪)	کیست جسم زرد
۴۱-۵۰	۹۱ (۲۸/۴٪)	۱۵ (۵۰٪)	سروسیست آدنوما
≥ ۵۰	۴۲ (۱۳/۱٪)	۱۰ (۳۳/۳٪)	سروسیست آدنوکارسینوما
مجموع	۳۲۰ (۱۰۰٪)	۳۰ (۱۰۰٪)	

سال داشتند که از این رده سنی، ۱۵ نفر (۱۴/۱٪) از افراد دارای تومور بدخیم بودند. بیش ترین یافته پاتولوژی در این گروه، سروسیست آدنوما بود که ۴۳ نفر (۴۰/۶٪) از تومورهای این گروه را شامل می شد و از تومور های خوش خیم بود. در گروه سنی بالای ۵۰ سال، ۱۰ نفر (۱۹/۲٪) دارای بدخیمی تخمدان بودند و بیش ترین یافته پاتولوژی در این رده سنی، سروسیست آدنوکارسینوما (۱۵/۴٪) بود که بدخیم است. در این

بیش ترین نمونه های پاتولوژی (۵۲/۶٪)، مربوط به سنین ۲۱-۴۰ سال بود که در این رده سنی، ۹۸٪ آن ها خوش خیم بوده و بیش ترین یافته این گروه، کیست های عملکردی بود و فقط در ۴ نفر (۲٪) توده های بدخیم گزارش شد. کمترین تعداد نمونه ها در گروه کمتر از ۲۰ سال مشاهده شد و فقط یک مورد از ۸ مورد در این گروه بدخیم و از نوع دیس ژرمینوما بود. در این مطالعه، ۱۰۶ نفر (۳۰/۳٪) سن بین ۴۱-۵۰

ترین انواع آن ها بوده و ۶۶ نفر (۰/۶۴) را شامل می شد که سروسپیست آدنوما، شایع ترین تومور خوش خیم این گروه (۰/۸۳/۳) بود و از میان انواع تومورهای بدخیم سروسپیست آدنوکارسینوما، شایع ترین تومور بدخیم تخمدان (۰/۳۶/۶) متعلق به این گروه از تومورها می باشد (جدول ۳).

مطالعه از مجموع ۳۰ مورد بدخیمی تخمدان، ۲۵ نفر (۰/۸۳/۳) دارای سن بیشتر از ۴۰ سال بودند.

تومورهای اپی تلیالی سطحی (۰/۵۸/۲) بیش ترین انواع تومورهای نئوپلاستیک بود و پس از آن تومورهای ژرمینال (۰/۳۵/۶) در رده بعدی قرار داشتند. از تومورهای اپی تلیال سطحی، تومورهای سرروزی شایع

جدول ۳- تومورهای اپی تلیال سطحی

تومور اپی تلیال سطحی	تعداد نمونه	درصد فراوانی
سروسپیست آدنوما	۵۵	۵۳,۳
سیست آدنومای موسینی	۲۳	۲۲,۳
سیست آدنو فیبروما	۱۰	۷/۹
برنر	۱	۱
سروسپیست آدنوکارسینوما	۱۱	۱۰/۸
موسینوس سیست آدنوکارسینوما	۳	۲/۹
جمع	۱۰۳	۱۰۰

منشأ آن ها ممکن است سلول های اپی تلیال سطحی، استرومال طناب جنسی، سلول های ژرمینال، یا از نوع متاستاتیک باشند. اکثر توده های بدخیم منشأ اپی تلیالی دارند. تومورهای اپی تلیال سطحی از نظر نوع سلول ها به تومورهای سرروزی، تومورهای موسینی و آندومتروئیدی و ... تقسیم بندی می شوند. تومورهای سرروزی شامل سیست آدنوما (خوش خیم) و سروسپیست آدنوکارسینوما (بدخیم) و تومورهای سرروزی با بدخیمی مرزی می باشند. تومورهای موسینی شامل سیست آدنوما (خوش خیم) و موسینوس آدنوکارسینوما (بدخیم) و تومورهای موسینی با بدخیمی مرزی می باشند. تومورهای آندومتروئیدی شامل سیست آدنوما (خوش خیم)، آدنوکارسینومای آندومتروئیدی (بدخیم) و تومورهای آندومتروئیدی با بدخیمی مرزی می باشند. سایر تومورهای اپی تلیال سطحی شامل تومورهای سلول روشن، تومورهای ترنزشنال (برنری و غیر برنری) می باشند. آدنوسارکوما و کارسینوسارکوما از نوع اپی تلیال- استرومال می باشند. تومورهای استرومال طناب جنسی شامل فیبروما، تکوما، فیبروتکوما، تومور سلول های لیدینگ و ... می باشند. تومورهای ژرمینال شامل تراتوما (بالغ، نابالغ یا انواع جامد و کیستیک)،

در بین تومورهای نئوپلاستیک، پس از تومورهای اپی تلیال سطحی، تومورهای ژرمینال (۰/۳۵/۶) از نظر شیوع در رده بعدی قرار داشتند که اکثر آن ها (۰/۸۵/۷) خوش خیم بوده و تومور تراتوم کیستیک خوش خیم که شایع ترین نئوپلازی تخمدان بود، متعلق به این گروه است. ۹ نفر (۰/۱۴/۳) از تومورهای ژرمینال، بدخیم بوده که اکثراً در سنین قبل از ۴۰ سالگی مشاهده شدند.

تومورهای طناب جنسی فقط ۲ درصد کل تومورهای تخمدانی را تشکیل می داد و ۳ مورد تومور بدخیم گرانولوزا در این گروه قرار داشت.

تومورهای متاستاتیک تخمدان بسیار ناشایع تر از انواع تومورهای اولیه تخمدان است که در این مطالعه ۴ مورد تومور متاستاتیک مشاهده شد که همگی در سنین بالای ۴۰ سال مشاهده شدند.

بحث

تنوع بافتی بسیار زیاد تخمدان، باعث شده که این عضو مستعد بروز توده های مختلف باشد (۶). به علاوه تنوع زیادی در شیوع انواع تومورها گروه های سنی مختلف وجود دارد (۳). نئوپلاسم های تخمدانی با توجه به منشأ بافتی آن ها دسته بندی می شوند که

مونودرمال، دیس ژرمینوما، تومور جسم زرد و انواع ترکیبی می باشند (۱۰).

در مطالعه حاضر بیشترین نمونه های پاتولوژی، مربوط به سنین ۴۰-۲۱ سال بود. در مشابه مطالعات دیگر (۳) در بین همه گروه های سنی، تومورهای خوش خیم از انواع بدخیم شایع تر بود. در این مطالعه ۹۱/۴ درصد از توده های تخمدانی خوش خیم و ۸/۶ درصد بدخیم گزارش شدند. در بین توده های نئوپلاستیک، ۱۴۷ نفر (۸۳/۱٪) خوش خیم و ۳۰ نفر (۱۶/۹٪) بدخیم بودند. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه جا و کارکی (۲۰۰۸) که نمونه های مورد بررسی آنان نئوپلاسم های تخمدانی بودند (۳) همخوانی داشت. در آن مطالعه ۸۳/۹ درصد از تومورهای تخمدانی خوش خیم و ۱۶/۱ درصد بدخیم گزارش شده بود که در مطالعه حاضر بررسی روی همه توده های تخمدانی اعم از نئوپلاستیک و غیر نئوپلاستیک صورت گرفت. همچنین در مطالعه سوامی و همکار (۲۰۱۰)، ۷۱/۶ درصد از تومورهای تخمدانی خوش خیم و ۲۵ درصد بدخیم و ۳/۳ درصد تومور بینابینی گزارش شد (۱). در مطالعه حاضر موردی از تومورهای بینابینی مشاهده نشد، همچنین علت شیوع بیشتر توده های خوش خیم در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه سوامی می تواند مربوط به نمونه هایی باشد که اندیکاسیون جراحی نداشته اند ولی حین جراحی شکمی برداشته شده و برای بررسی فرستاده شده بودند و عموماً خوش خیم بودند.

در مطالعه ایکبال و همکاران (۲۰۱۳) در پاکستان، کیست های فولیکولی شایع ترین توده غیرنئوپلاستیک و در گروه نئوپلاستیک سروسیست آدنوما شایع ترین یافته بود. البته تعداد نمونه های آن مطالعه ۹۹ مورد و نسبتاً کم بود. همچنین شایع ترین تومور بدخیم در آن مطالعه سروسیست آدنوکارسینوما بود (۴) که مشابه مطالعه حاضر بود. همچنین در مطالعه حاضر در گروه توده های غیر نئوپلاستیک، کیست جسم زرد و سپس کیست فولیکولی و عموماً در سنین باروری مشاهده شد و در گروه نئوپلاستیک، سروسیست آدنوما که عموماً در سنین بالای ۴۰ سالگی مشاهده

شد و در مرحله بعدی تراتوم کیستیک خوش خیم عموماً در سنین ۵۰-۴۱ سال بیشترین فراوانی را داشتند.

در مطالعه حاضر تومورهای اپی تلیالی سطحی ۵۸/۲ درصد از نئوپلاسم های تخمدان را تشکیل می داد که نتایج این مطالعه مشابه مطالعه جا و کارکی (۲۰۰۸) با ۵۲/۲ درصد تومور اپی تلیالی سطحی بود (۳). در مطالعه اخوان و همکاران (۲۰۱۴) در ایران، ۸۷ نمونه پاتولوژی تخمدانی بررسی شدند و ۵۱/۷ درصد از آن ها نئوپلاستیک بوده که ۷۲/۹ درصد از آن ها از نوع اپی تلیالی و بقیه غیر اپی تلیالی بودند (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر که ۵۰/۶ درصد از نمونه ها را توده های نئوپلاستیک تشکیل می داد و اکثر آن ها از نوع اپی تلیالی بود، همخوانی داشت. البته شیوع نئوپلاسم های اپی تلیالی در مطالعه حاضر ۵۸/۲ درصد بود که از مطالعه اخوان و همکاران کمتر بود که می تواند تحت تأثیر حجم کم نمونه در آن مطالعه باشد. البته در مطالعه حاضر برخی توده ها در حین جراحی های شکمی دیگر خارج شده بود که ممکن است در غیاب این نمونه ها درصد ضایعات نئوپلاستیک در جمعیت مطالعه حاضر بیشتر از میزان برآورد شده باشد. در مطالعه ایکبال و همکاران (۲۰۱۳) در هندوستان، شایع ترین توده های غیر نئوپلاستیک، کیست جسم زرد و سپس کیست های ساده بود و شایع ترین تومور بدخیم در آن مطالعه سروسیست آدنوکارسینوما بود (۴) که مشابه مطالعه حاضر بود.

همچنین در مطالعه حاضر پس از تومورهای اپی تلیالی، تومورهای ژرمینال از شیوع بیشتری برخوردار بود. ۳۵/۶ درصد از کل نئوپلاسم های تخمدان را تومورهای ژرمینال تشکیل می دادند که مشابه مطالعه جا و کارکی (۲۰۰۸) با ۴۲/۴ درصد تومور ژرمینال بود (۳). این در حالی است که در مطالعه ایکبال و همکاران (۲۰۱۳)، ۱۲/۱ درصد تومور ژرمینال مشاهده شد (۴) که از مطالعه حاضر کمتر بود و اختلاف مشاهده شده می تواند ناشی از تعداد کم نمونه ها در آن مطالعه یا میانگین سنی بالاتر در مطالعه آنان باشد. در مطالعه حاضر ۸۵/۷ درصد تومورهای ژرمینال، تراتوم کیستیک

پیگیری توده های تخمدانی در سنین منوپوز تأکید کرد، نمی توان در رابطه با کم خطری ضایعات تخمدانی در دوره باروری که نیاز به بررسی پاتولوژی پیدا می کنند، اظهار نظر کرد و توجه به این نکته ضروری است. این مطالعه به صورت گذشته نگر انجام شد و نمونه های پاتولوژی قبلاً توسط یک پاتولوژیست بررسی شده بود و این مطالعه با استفاده از نتایج آزمایشات پاتولوژی صورت گرفته که بهتر است در مطالعه ای آینده نگر از دو پاتولوژیست به منظور ارزیابی بیوپسی تومورهای تخمدان استفاده شود.

نتیجه گیری

شایع ترین تومورهای مربوط به سنین باروری از نوع خوش خیم بوده و احتمال بدخیم بودن توده های تخمدانی در این سنین کمتر است. اکثر ضایعات بدخیم تخمدان در سنین بالای ۴۰ سال و در سنین حوالی یائسگی و پس از آن مشاهده می شوند. با توجه به افزایش احتمال بدخیمی در توده های تخمدانی با افزایش سن، پیگیری این توده ها در این سنین از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در صورتی که سرطان تخمدان در مراحل اولیه تشخیص داده شود، قابل درمان است. لذا توصیه می شود در معاینات سالیانه به ویژه در سنین بالای ۴۰ سال به این موضوع اهمیت بیشتری داده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان شهداء عشایر شهرستان خرم آباد تشکر و قدردانی می شود.

خوش خیم بودند و ۱۴/۳ درصد تومورهای ژرمینال بدخیم گزارش شده بود که میزان بدخیمی تومورهای ژرمینال در مطالعه حاضر، از مطالعه جا و کارکی (۲۰۰۸) بیشتر بود. در مطالعه ایشان، ۹۵ درصد تومورهای ژرمینال تراتوم کیستیک خوش خیم بودند و در ۳ درصد بدخیمی مشاهده شد و بقیه بینابینی بودند (۳). در مطالعه حاضر ناشایع ترین گروه تومورهای تخمدانی، تومورهای طناب جنسی بودند که در مطالعات دیگر نیز این گروه از شیوع بسیار کمی برخوردار بودند (۳، ۸، ۱۰). مطالعات دیگر نشان دادند که بیشتر تومورهای تخمدانی در زنان سنین باروری اتفاق می افتد و بیش ترین سن بروز تومورهای تخمدانی در ۲۱-۴۰ سالگی است که مشابه مطالعه حاضر بود. در مطالعات دیگر تومورهای خوش خیم در همه گروه های سنی رخ می دادند، در حالی که تومورهای بدخیم در سنین بالاتر شیوع بیشتری داشتند (۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر در گروه زیر ۲۰ سال، اکثر نمونه ها از نوع تومورهای ژرمینال بودند که این نتایج با یافته های مطالعات دیگر همخوانی داشت (۳).

در مطالعه حاضر در سنین باروری، تعدادی از توده های تخمدان با توجه به سائز یا هموراژیک بودن آن ها حین سایر عمل های جراحی شکمی از جمله آپاندکتومی کشف و برداشته شده و جهت بررسی پاتولوژی فرستاده شده بودند که در شرایط دیگر ممکن بود اهمیت کمتری داشته باشند و بررسی پاتولوژی ضرورت پیدا نکند و این قضیه می تواند باعث شود به صورت کاذب توده های بررسی شده در سنین پایین تر، خوش خیم تصور شده و این مسأله می تواند از محدودیت های این مطالعه باشد. لذا با توجه به نتایج این مطالعه، علی رغم اینکه می توان بر لزوم

منابع

- Swamy G, Satyanarayana N. Clinicopathological analysis of ovarian tumors—A study on five years samples. *Nepal Med Coll J* 2010;12(4):221-3.
- Scott J, Gibbs R, Karlan B, Haney A. Danforth's *Obstetrics & Gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Jha R, Karki S. Histological pattern of ovarian tumors and their age distribution. *Nepal Med Coll J* 2008;10(2):81-5.
- Iqbal J, Aurangzaib, Naseem A, Shahid A. Pattern of Ovarian Pathologies. *Journal of Rawalpindi Medical College* 2013;17(1): 113-5.

5. Pradhan A, Sinha A, Upreti D. Histopathological patterns of ovarian tumors at BPKIHS. Health Renaissance 2012; 10(2):87-97.
6. Khatri R. Clinicopathological Analysis of Ovarian Tumours at Birendra Military Hospital. Medical Journal of Shree Birendra Hospital. 2012;10(1):26-31.
7. Arab M, Khayamzadeh M, Hashemi M, Hosseini M, Tabatabaefar M, Anbiaee R, et al. Crude and age-specific incidence rate patterns for histopathologic subtypes of ovarian cancer in Iran. Arch Iran Med 2010;13:203-8
8. Danish F, Khanzada MS, Mirza T, Aziz S, Naz E, Khan MN. Histomorphological Spectrum of Ovarian Tumors with Immunohistochemical Analysis of Poorly or Undifferentiated Malignancies. Gomal Journal of Medical Sciences 2012; 10(2).
9. Givens V, Mitchell G, Harraway-Smith C, Reddy A, Maness DL. Diagnosis and management of adnexal masses. American family physician 2009;80(8):815-20.
10. Kurman, R.J, Carcangiu, M.L, Herrington, C.S, Young, R.H. Tumors of the Ovary. 4th edition of WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 2014; 6(6).
11. Akhavan S, Pourseyed S, Afkhamzadeh A. Comparison of Sonography and CT-Scan in Differentiation of Benign and Malignance Ovarian Tumors. The Iranin Journal Of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2014; 17(92):1-8