● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال دوم ، شمارهٔ ۲ پی‌درپی(۶) ، صفحه ۵۱ الی ۵۴ ، پائیز ۱۳۷۹

گزارش یک مورد کیست دو طرفه تخمدان در جنین ۳۳ هفته

دکتر صدیقه اسماعیل زاده [۱] *، دکتر نساء اصنافی [۱]
۱ - استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: کیست تخمدان در جنین بسیار نادر و بصورت تصادفی حین یک سونوگرافی روتین در طول حاملگی برای بررسی سلامت جنین ممکن است مشاهده گردد. تشکیل این کیست با تحریک هورمونی شدید مادری و جفتی همراه است.

گزارش مورد: خانم ۲۵ ساله‌ای با حاملگی اول که تحت مراقبت دوران حاملگی بوده و جهت بررسی سلامت جنین تحت سونوگرافی قرار گرفت و در سونوگرافی جنین، تصویر دوتوده به ابعاد ۵۰×۶۰mm در دو طرف لگن جنین گزارش شده است. در سونوگرافی مجدد نیز کیستهای فوق مشاهده شد. نوزاد پس از تولد تحت نظر قرار گرفت و ۴/۵ ماه پس از زایمان بدون هیچ مشکلی در سونوگرافی پیگیری، کیست تخمدان برطرف شده بود.

نتیجه گیری: با توجه به نحوه درمان بیمار فوق و دو طرفه بودن کیست تخمدان می‌توان با درمان نگهدارنده نیز نتایج مطلوب داشت ودرمان جراحی را جهت موارد اورژانس (پارگی یا چرخش کیست) در نظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: *جنین، کیست تخمدان، نوزاد، سونوگرافی، دستگاه ادراری تناسلی.*

مقدمه

کیستهای تخمدانی جنین در سونوگرافی روتین شکم جنین بطور نادر دیده می‌شود که معمولاً علائمی ندارند و اغلب خوش خیم می‌باشند(۱). کیستهای تخمدانی جنین ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشند و در عرض ۶ ماه بعد از بین می‌روند(۳و۲). علت ایجاد کیست تخمدان تحریک شدید بوسیله هورمونهای مادر و جفت است. بعضی از این کیستها فولیکولارند و در بقیه پوشش کیست غیراختصاصی می‌باشد. در ۱۰٪ مواردبا پلی‌هیدرآمنیوس همراه می‌باشند(۶-۴). و در بعضی موارد نیز با هیپوتیروئیدیسم جنین همراه هستند(۷و۵). کیستها ممکن است ساده و بدون اکوی داخلی باشند و یا با سپتوم همراه باشند. عوارضی مانند خونریزی و چرخش گاهاً در این کیستها دیده می‌شوند که موجب اکوژنیسیتی داخلی در این کیستها می‌شود. کیستهای بزرگ معمولاً از سیستم ادراری منشاء می‌گیرند. تعیین محل و منشاء کیست همیشه ممکن نیست (۸و۴). مکانیسم تشکیل این کیستها تفاوت در سطح گنادوتروپین‌ها در دو جنس می‌باشد و در جنین‌های دختر سطح FSH در هیپوفیز و گردش خون ونیز سطح LH هیپوفیز بیشتر است، علت سطح پایین این گنادوتروپین‌ها در جنین‌های پسر شاید به علت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.4.9.7]

تستوسترون بیضه و تولید هورمون inhibin است. در نوزاد دختر افزایش سطح FSH خیلی مشخص‌تر و طولانی‌تر است. در حالیکه LH زیاد بالا نیست و سطح FSH حتی بالاتر از سطح آن در طی یک سیکل قاعدگی نرمال بالغین است و تا یکسالگی و گاهی دیرتر سطح آن پایین می‌آید. در حالیکه سطح LH در دامنه پایین‌تر از سطوح LH بزرگسالان است و همین باعث ایجاد کیستهای تخمدانی و واکنش فولیکولار در سه ماهه سوم حاملگی و در ۶ ماه اول زندگی نوزادی می‌باشد (پاسخ به سطوح بالای گنادوتروپین‌ها) (۹).

شایعترین علت توده‌های شکمی در جنین‌ها و نوزادان دختر، کیستهای تخمدانی می‌باشد که بدنبال تحریک گنادوتروپینها ایجاد می‌شود و معمولاً بوسیله اولتراسونوگرافی روتین تشخیص داده می‌شوند. در ۵۰-۲۵٪ موارد پیشرفت خودبخودی خصوصاً در کیستهای کوچک و ساده تخمدان رخ می‌دهد (۱۱و۱۰). عوارض قبل یا پس از تولد ناشایع است اما خونریزی داخل کیست، چرخش کیست و قطع خودبخود کیست از عوارض آن است که در صورت ایجاد کیستهای پیچیده و یا کیستهای بزرگ (معمولاً بیش از 5cm) ویا کیستهایی که در سونوگرافی سریال، کوچک شدن آن ملاحظه نمی‌شود، اندیکاسیون جراحی دارند(۱۲). روش کمک کننده برای تشخیص نوع کیست به این ترتیب است که اگر کیستهای چسبیده به ستون فقرات جنین باشد اغلب منشاء کلیوی دارند. اگر کیست در قسمت تحتانی شکم باشد و جنین دختر باشد کیست تخمدان محسوب می‌گردد. گرچه کیستهای تخمدان هم می‌توانند بالا و داخل شکم دیده شوند و کبد و دیافراگم را تحت فشار قرار دهند؛ خصوصاً در مواردیکه بزرگ باشند و یا پایه‌دار باشند که در قسمتهای مختلف شکم قرار می‌گیرند. توده‌های کیستیک با کیستهای Urachal و کیستهای مزانتریک تشابه دارند(۲). کیستهای مزانتریک در RUQ نزدیک محل Common bile duct قرار دارند و کیست Urachal نزدیک قله مثانه قرار داشته و به دیواره شکم کشیده می‌شوند. کیستهای با منشاء کلیوی معمولاً در خلف و نزدیک طحال قرار دارند(۱۴و۱۳).

گزارش مورد

خانم م.ح ۲۵ ساله، حاملگی اول با زمان آخرین پریود ۷۷/۴/۲۵که در مراقبتهای دوران حاملگی، سونوگرافی از نظر بررسی سلامت جنین انجام شد و در جنین دختر ۳۳ هفته وی کیست تخمدان دوطرفه به ابعاد ۵۰×۶۰mm بدون سپتوم مشاهده شد که در سونوگرافی ۳۷ هفتگی نیز کیست تخمدان جنین بدون تغییر اندازه مشاهده و تأیید شد. در هفته ۴۱ حاملگی، مادر به دلیل عدم تناسب سر جنین بالگن و حاملگی گذشته از موعد تحت عمل سزارین قرار گرفت و نوزاد دختر با وزن ۳۸۰۰گرم با آپگار ۹/۱۰ متولد شد. نوزاد در معاینه رفلکس‌های طبیعی داشت ودفع ادرار و مکونیوم در نوزاد بصورت طبیعی بود. نوزاد از نظر کیست تخمدان و عوارض آن تحت نظر گرفته شد. مادر به همراه نوزاد سه روز پس از سزارین از بیمارستان با حال عمومی خوب و بدون مشکلی مرخص گردیدند. حدود ۴۶ روز پس از تولد، مجدداً برای شیرخوار سونوگرافی لگن انجام شد که کیست تخمدان با جدار نازک به ابعاد ۳۳×۳۶mm بدون سپتوم در تخمدان راست وجود داشت که نسبت به قبل کوچکتر شده بود و کیست تخمدان چپ نیز از بین رفته بود. سپس برای شیرخوار مجدداً در ۴/۵ ماهگی سونوگرافی لگن انجام شد که هر دو تخمدان طبیعی بدون وجود کیست و رحم در اندازه طبیعی و کوچک وجود داشت. نوزاد در طی دوران جنینی و پس از تولد دچار عارضه‌ای از نظر کیست تخمدان نگردید و پس از ۴/۵ ماه هر دو کیست تخمدان بطور خودبخود ناپدید گردید.

بحث

در یک مطالعه از ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۷، ۱۷ مورد کیست

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.4.9.7]

تخمدان را بررسی کرده که ۱۶ نفر آنان در قبل از یک ماهگی تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۹ نفر آنان به دلیل تورسیون تحت عمل قرار گرفتند، که ۵ مورد آن با وجود برطرف کردن تورسیون، جریان خون بهبود نیافت و لذا سالپنگواووفارکتومی انجام شد(۱۵).

در یک مطالعه دیگر ۱۳ تومور شکمی مورد بررسی قرار گرفت و توسط سونوگرافی کیستها تخلیه شد و مایع کیست از نظر اندازه‌گیری سطح پروتئین و استروژن و پروژسترون و تستوسترون بررسی شد (که میزان استروژن و پروژسترون و تستوسترون آن بالا بود). این روش جهت کاهش احتمال عمل جراحی به دلیل بزرگ شدن کیست و یا عوارض ناشی از کیست توصیه شده است (۱۶). در مطالعه دیگری از ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۷ کیستهای تخمدانی نوزادان را با لاپاراسکوپ درمان کردند که اکثراً بصورت کیستکتومی بود و در ۷۰ مورد آن اووفارکتومی انجام شده است. در این ۲۲ بیمار، ۱۴ مورد کیست در سمت راست و ۸ مورد کیست در طرف چپ بوده است و ۲ مورد کیست دو طرفه کمتر از ۱cm بوده که کار خاصی انجام نشد این مطالعه، لاپاراسکوپی را به عنوان روش مناسب در درمان این بیماران توصیه کرد(۳). در بیمار موردنظر نیز حین سونوگرافی روتین جهت بررسی سلامت جنین دو توده اکوفری با حدود منظم در لگن جنین دختر مشخص شد و با توجه به محل کیستها و اندازه آن محتمل‌ترین تشخیص برای بیمار کیست دوطرفه تخمدان بود که در مطالعات انجام شده بسیار نادر گزارش شده و نیز اندازه کیست بزرگتر از ۵cm بود (۵۰×۶۰mm) که با وجودیکه درمطالعات انجام شده توصیه به اعمال جراحی در این موارد شد. اما در این بیمار با وجود دوطرفه بودن کیست و با وجود ابعاد بزرگتر از ۵cm، فقط با درمان کنسرواتیو و تحت نظر گرفتن نوزاد، کیست بطور خودبخود و بدون ایجاد عارضه‌ای برطرف گردید.

نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه بیمار موردنظر که دارای کیست بزرگتر از ۵ سانتیمتر و دو طرفه بود، بدون عارضه در عرض ۴/۵ ماه هر دو کیست برطرف شد، می‌توان پیشنهاد کرد با درمان نگهدارنده و کنترل دقیق از لاپاراتومی و عوارض ناشی از آن پیشگیری کرد.

****

References

1. Tabesh KM. Antenatal sonographic appearance of a fetal ovarian cyst. J Ultrasound Med 1982; 1: 329.

2. Berman MC, Chohen HC. Diagnostic medical sonography, second edition, Lippincott 1997; 312-313.

3. Petc W, Callen MD. Ultrasonography in obstetrics and Gynecology, Third Edition W.B. Saunders company 1994; 627.

4. Callen Preziosip, Fariello G, Moiorana A, et al. Antenatal sonographic diagnosis of complicated ovarian cysts. J Clin Ultrasound 1986; 14: 196.

5. Rolland R. Primary hypothyroidism and ovarian activity; Evidence for an overlap in the synthesis of pituitary glycoproteins. Br J Obstet Gyanecol 1981; 88: 195.

6. Comstock C. Fetal masses, ultrasound diagnosis and evaluation. Ultasound Quarterly 1988; 6: 229-256.

7. Jafri SZH, Bree RL, Silver TM, et al. Fetal ovarian cysts: sonographic detection and association with

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.4.9.7]

hypothyroidism. Radiology 1984; 150: 809.

8. Mahony B. Ultrasound evaluation of the fetal genitourinary cysts, in: Callen P. Ultrasonography in obstetic aدی Gynecology. 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1994; 254-290.

9. Speroff L, Glass RH. Kase NC. Clinical gynecology endocrinology and infertility, sixth edition, Lippincott, 1999; 115-116.

10. Cohen HL, Shapiro M, Mandel F, Shapiro M. Normal ovaries in neonate and infants; A sonographic study of 77 patients 1 day to 24 months old. AJR AMJ Roentagenol 1993; 160: 583-586.

11. Ngagen KT, Reid RL, Sauerbrei E. Antenatal sonographic detection of a fetal theca lutein cyst; a clue to maternal diabetes mellitus. J Ultrasound Med 1986; 5: 665.

12. Preziosi P, Fariello G, Moiorana A, et al. Antenatal sonographic diagnosis of complicated ovarian cysts. J Clin Ultrasound 1986; 14-196-198.

13. Haller JO, Schneider M, kassner EG, et al. Sonographic evaluation of mesanteric and omental masses in children. AJR 1978; 130: 296.

14. Girday BR. The abdomen and gastrointestial tract, In: Silverman FN. Caffeg's pedatric x- ray diagnosis, 8th ed, Vol II, Year book medical publishers, Chicago, 1985, pp: 1398-1399.

15. Mizani M, Kato, Hebigachi T. Surgical indication for neonatal ovarian cysts. J Exp Med 1998; 196(1): 27-32.

16. Born HJ, Kuhnert E. Halberstadt E. Diagnosis of fetal ovarian cysts. Ultraso Med 1997; 18(5): 209-13.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل - بیمارستان یحیی نژاد - تلفن: ۵-۲۲۲۳۵۹۳-۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.4.9.7]