



اولین دوره

توانمند سازی متخصصین طب ایرانی

در حیظه زنان و ناباروری

شروع دوره: ۳۰ آذر ماه

مدت دوره: ۹۰ ساعت

چهارشنبه هر هفته

ساعت برگزاری: ۷:۴۵-۹:۳۰

با همکاری:
گروه علمی نسل طیب

انجمن علمی طب سنتی





نام مدرس: دکتر رادمش

نام مبحث: کیست‌های تخمدان

تاریخ برگزاری: ۱۴۰۲/۰۴/۲۱

فهرست:

✓ توده‌های لگنی

✓ توده‌های تخمدانی

✓ آشنایی با انواع کیست تخمدان

✓ آشنایی با بررسی‌های لازم در بیمار مراجعه‌کننده با علایم کیست تخمدان

✓ آشنایی مختصر با روش‌های درمانی موجود در طب رایج

✓ آشنایی با موارد پرخطر و هشدارهای مربوط به کیست تخمدان

در پایان این جلسه شما قادر خواهید بود:

بیمار مبتلا به کیست تخمدان را دقیق‌تر ارزیابی کنید و با تشخیص نوع کیست، محدوده

مجاز مداخلات درمانی و ارجاع به متخصص مربوط را تفکیک کنید.

توده‌های لگنی بر اساس شیوع و دوره سنی

| یائسگی | حوالی یائسگی | باروری | بلوغ | قبل از بلوغ | کودکی |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--------------|--------------|
| تومورهای تخمدانی (بدخیم و خوش خیم) | فیبروئیدها | کیست عملکردی | کیست عملکردی | کیست عملکردی | کیست عملکردی |
| کیست عملکردی | تومورهای تخمدانی اپی تلیال | حاملگی | حاملگی | تومور ژرم سل | تومور ژرم سل |
| تومورهای بدخیم یا التهابی شکم | کیست عملکردی | فیبروئیدهای رحمی | ترا توم‌های کیستی خوش خیم / سایر تومورهای ژرم سل | | |
| متاستازها | | تومورهای تخمدانی اپی تلیال | آنومالی‌های انسدادی واژن یا رحم | | |
| | | | تومورهای تخمدانی اپی تلیال | | |



بررسی‌های تشخیصی توده‌های لگنی

معاینه رکتوواژینال

پاپ اسمیر

آزمایش

CBC، تومور مارکرها مانند CA-125 (؟)
در زنان سنین باروری β hCG

تصویربرداری

سونوگرافی ابدومینال یا ترانس واژینال
CT - MRI (؟)

هیستوپاتولوژی



توده‌های تخمدانی

دوسوم توده‌های تخمدانی در زنان ۲۰ تا ۴۴ سال (سنین باروری)

بیشتر توده‌های تخمدانی (۸۰٪ تا ۸۵٪): خوش خیم

احتمال اینکه تومور اولیه تخمدان در بیمار با سن کمتر از ۴۵ سال بدخیم باشد: $\frac{1}{15}$



ارزیابی توده‌های تخمدانی

۱. معاینه کامل لگن برای ارزیابی تخمدان **ضروری** است.

۲. ارتباط علایم ناشی از فرآیندهای فیزیولوژیک و پاتولوژیک با **یافته‌های معاینه فیزیکی** مهم است.

۳. برای ارزیابی دقیق‌تر و توصیف توده تشخیص داده شده در معاینه فیزیکی، سونوگرافی ترانس واژینال و ترانس ابدومینال مفید واقع می‌شود. **سونوگرافی لگن: جز اصلی ارزیابی**

۴. در مواردی که علایم وجود دارد ولی به علت درد یا شرایط و عادات‌های جسمی و شرایط بدنی و ... انجام معاینه کافی مقدور نمی‌باشد، سونوگرافی اندیکاسیون دارد.



معاینه فیزیکی تخمدان‌ها

قبل از منارک

قابل لمس

احتمال وضعیت پاتولوژیک

لزوم ارزیابی بیشتر

غیر قابل لمس

طبیعی

بستگی
دارد به

شاخص توده بدنی بیمار
سابقه جراحی شکم همراه با اسکار
اندازه و جهت رحم و ...

قابل لمس

غیر قابل لمس

سنین باروری

ملاحظات
مهم دیگر

اندازه و شکل تخمدان
قوام (سفت یا کیستیک)
قابلیت حرکت

مصرف کنندگان داروهای ضد بارداری
ممانعت کننده از تخمک گذاری،
تخمندانها کوچک و متقارن

کمتر قابل لمس !

سنین یائسگی

غیر قابل لمس

در اکثر زنان سه سال پس از شروع یائسگی طبیعی

قابل لمس

در پره منوپوز احتمال باقیمانده‌ای از کیست فولیکولار

مهم

در منوپوز نیازمند توجه فوری و ویژه (افزایش شیوع نئوپلاسم بدخیم تخمدانی نسبت به سن جوان تر)

ارزیابی با معاینه و تکنیک‌های تشخیصی تصویربرداری

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>توده های تخمدان در زنان در سن باروری به احتمال زیاد خوش خیم و کمتر از ۱۰٪ بدخیم</p> | <p>بخش قابل توجهی از توده‌های تخمدانی در زنان یائسه بدخیم</p> | <p>در ارزیابی توده های تخمدانی، لزوم توجه به توزیع نئوپلاسم‌های اولیه تخمدان مطابق با دهه‌های زندگی</p> | <p>به احتمال زیاد بدخیم توده‌های دو طرفه جامد ثابت جدار نامنظم با رشد سریع همراه با آسیت همراه با ندول در کولدوساک</p> | <p>به احتمال زیاد خوش خیم توده‌های یک طرفه کیستیک قابل حرکت جدار صاف</p> |
|--|---|---|---|---|



علل توده‌های تخمدانی در سنین باروری

تخمک‌گذاری

حاملگی

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

اندومتر یوز

عفونت‌های لگنی شدید

نئوپلازی‌های خوش‌خیم

نئوپلازی‌های بدخیم



علل توده‌های تخمدانی در سنین یائسگی

باقیمانده کیست فولیکولار

عفونت‌های لگنی شدید

نئوپلازی‌های خوش خیم

نئوپلازی‌های بد خیم



تقسیم‌بندی هیستوپاتولوژیک توده‌های تخمدانی

توده‌های تخمدانی غیرنئوپلاستیک

سایر

کیست‌های عملکردی

کیست‌های فولیکولار

کیست‌های کورپوس لوتئال

کیست‌های تکالوتئین

توده‌های تخمدانی نئوپلاستیک

نئوپلازی‌های بدخیم

نئوپلازی‌های خوش‌خیم



کیست‌های تخمدانی

کیست‌ها، کیسه‌هایی پر شده از مایع هستند که در جاهای مختلف بدن از جمله تخمدان‌ها ایجاد می‌شوند.



در داخل یا روی تخمدان قرار می‌گیرند.

در یک یا هر دو تخمدان می‌توانند تشکیل شوند.

علل ایجاد آن در سنین باروری و بعد از یائسگی، متفاوت است.

Functional cysts

خوش خیم

نئوپلاسم نیستند
تغییرات آناتومیک موثر
بر عملکرد طبیعی تخمدان

شایع ترین توده های تخمدانی

ارتباط با استعمال سیگار،
ماری جوانا
اضافه وزن یا چاقی

معمولاً بی علامت و
بی نیاز به جراحی

کاهش خطر با استفاده از OCP

(Low dose pills: فواید کمتر)

OCP موجب تسریع رفع کیست تخمدان نمی شود



Follicular cysts

معمولاً ۳ تا ۸
سانتی متر

شایع ترین کیست عملکردی

درمان: انتظاری (۴ تا ۸ هفته)
جراحی، در پارگی یا Torsion
(درد و علایم صفاقی)

اکثراً بی علامت و یافته
اتفاقی در معاینه لگن
یا تصویربرداری از لگن

علایم: درد خفیف تا متوسط و
یک طرفه در قسمت تحتانی
شکم، اختلال قاعدگی، تندرینس
یک طرفه و لمس توده کیستی
آدنکسال برجسته و قابل حرکت

نحوه تشکیل: پاره نشدن فولیکول
رها نشدن تخمک
ادامه رشد فولیکول و تبدیل آن به
کیست (بیش از ۲/۵ سانتی متر)



Corpus luteal cysts

دو تا چهار روز پس از تخمک گذاری، خونریزی مختصری داخل باقیمانده فولیکول اتفاق افتاده و به تدریج جذب شده و مایع سروزی به طور محدود در آن جمع می شود.

نحوه تشکیل: تداوم یا

تشدید فعالیت

یا خونریزی داخل جسم زرد

شیوع کمتر از

کیست های فولیکولار

دو نوع هستند

معمولاً ۵ تا ۱۰ سانتی متر



نوع اول: کمی بزرگ تر
مولد پروژسترون < ۱۴ روز

Corpus luteal cysts

نوع دوم: شیوع کمتر / سریعاً در
فاز لوتئال بزرگ شده و خونریزی
خودبخود ایجاد می شود (Corpus
hemorrhagicum)، در اواخر فاز
لوتئال پاره می شود.

CC: درد قست تحتانی شکم در
همان سمت + عقب افتادن قاعدگی

علائم بیمار تیپیک: بیمار بدون مصرف
OCP و با عادت ماهیانه های منظم در
اواخر فاز لوتئال سیکل جنسی با درد حاد
و گاه هیپوولمی (در صورت هموپریتوئن)
مراجعه می کند.

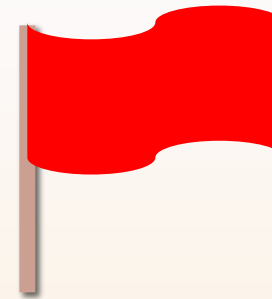
درمان: در احتمال پارگی و شواهدی به
نفع هموپریتوئن: جراحی و برداشت
کیست خونریزی دهنده

درمان: طی چند هفته
• اطمینان بخشی و انتظار
• ضد درد خفیف (PRN)



علايم هشدار و نکات قابل توجه

Corpus luteal cysts



- ✓ مصرف کنندگان داروهای آنتی کواگولانت یا مبتلایان به هیپوکواگولاسیون یا اختلالات انعقادی در معرض خطر خاص خونریزی و پارگی یا کورپوس لوتئوم هموراژیک مکرر هستند.
- ✓ پارگی این کیست ها، اغلب در سمت راست، در هنگام مقاربت و در روزهای ۲۰ تا ۲۶ سیکل جنسی رخ می دهد.
- ✓ کیست های پاره نشده گاهی می توانند باعث درد شدید و علايم مشابه torsion تخمدان شوند (احتمالاً به دليل خونریزی در حفره بسته کیست)
- ✓ برخی درمان های دارویی که برای تحریک تخمک گذاری انجام می شود، ریسک بروز این نوع کیست ها را افزایش می دهد
- ✓ بیماران مبتلا به کیست جسم زرد مکرر از OCP دوره ای برای پیشگیری تا حدی بهره می برند.
- ✓ تشخیص افتراقی: **EP** **ترياد:** تاخیر منس، درد LQ و بزرگی Adnexal

βhCG مثبت بررسی محل حاملگی

βhCG منفی R/O EP



Theca lutein cysts

معمولاً دوطرفه

کمترین میزان شیوع
کیست عملکردی

اغلب بزرگ
(۱۵ سانتی متر)

در اثر وجود بیش از حد
hCG یا افزایش
حساسیت فولیکول به آن

درمان: تحلیل پس از تخلیه رحم و رفع منشأ
جراحی: در بروز عوارض
(خونریزی و Torsion)



ریسک فاکتورهای Theca lutein cysts





Other Benign cysts

Polycystic ovaries

Endometriomas (Chocolate cysts)



polycystic ovaries

سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) یک بیماری اندوکرین اختصاصی نیست، بلکه مجموعه‌ای از نشانه‌ها و علائم اختصاصی است که در واقع هیچکدام به صورت واحد، تشخیصی نیستند.

شیوع PCOS در کل زنان دنیا ۱۰-۵٪ است.

شیوع در زنان سنین باروری ۱۳-۸٪ است.

این سندرم علت اصلی نازایی به دلیل عدم تخمک‌گذاری می‌باشد (۸۰٪ موارد).

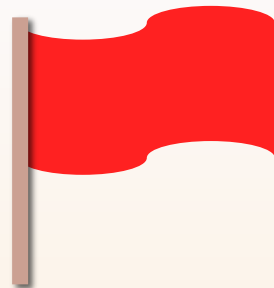
در این بیماری کیست‌های کوچک و متعددی به دلیل اولیگووولاسیون در تخمدان‌ها ایجاد شده‌است.



تشخیص

بر اساس معیارهای روتردام (سال ۲۰۰۳) دو مورد از سه مورد زیر می باشد:

- ۱- الیگواوولاسیون (کاهش یا عدم تخمک گذاری)
- ۲- نشانه های بالینی (هیرسوتیسم، آلپسی، آکنه) یا آزمایشگاهی هایپرآندروژنیسم
- ۳- وجود نمای مثبت سندروم تخمدان پلی کیستیک در سونوگرافی به صورت مشاهده تعداد ۲۰ یا بیشتر فولیکول با قطر ۲ تا ۹ میلی متر یا حجم تخمدانی بیشتر از ۱۰ سانتی متر مکعب در حداقل یک تخمدان و کنار گذاشتن سایر علل (هایپرپلازی مادرزادی آدرنال، تومورهای ترشح کننده آندروژن، سندروم کوشینگ، هیرسوتیسم ایدیوپاتیک و سندروم مقاومت شدید به انسولین)



علایم هشدار

- ◀ وجود اختلال در آزمایشات TSH، PRL، مقاومت به انسولین
- ◀ وجود شواهدی به نفع هیپرپلازی آندومتر یا نئوپلازی آندومتر
- ◀ وجود شواهدی به نفع دیابت تیپ ۲
- ◀ وجود شواهدی به نفع بیماری قلبی - عروقی
- ◀ تستوسترون تام بیشتر از $150-200 \text{ ng/dl}$ یا DHEA-S بیشتر از 700 ng/dl ارجاع جهت رد تومورها
- ◀ ایجاد هیرسوتیسم به طور ناگهانی یا سریعاً پیشرونده، ارجاع جهت رد تومور مترشحه آندروژن
- ◀ در بیماران مبتلا به خونریزی غیرطبیعی رحمی (**هیپرمنوره، پلیمنوره**) و عدم تخمک‌گذاری مزمن، بیوپسی آندومتر جهت رد هیپرپلازی لازم است، حتی اگر ضخامت آندومتر غیرطبیعی نباشد. همچنین در بیماران با افزایش ضخامت آندومتر (بیش از ۱۲ میلی‌متر) بیوپسی لازم است.



endometriomas (chocolate cysts)

- کیست‌های تخمدانی ناشی از بیماری اندومتریوز (در ۲۰٪ تا ۴۰٪ از مبتلایان به اندومتریوز)
- بیشترین سایز معمولاً ۶ تا ۸ سانتی متر
- این کیست‌ها بهبود خودبخودی نداشته (با تحت نظر گرفتن و پی‌گیری رفع نمی‌شوند) ← شک به اندومتریوما)
- به درمان‌های طبی نیز پاسخ مناسبی نمی‌دهند یا در صورت بهبودی به سرعت عود می‌کنند.
- **داده‌های جدید:** زنان با یا بدون آندومتریوما در هنگام استفاده از ART موفقیت مشابهی در باردارشدن دارند و در صورت بی‌علامت بودن، نیاز به برداشتن قبل از درمان برای باروری نیست.



endometriomas (chocolate cysts)

| علائم | تشخیص | انتخاب درمان | روش درمان |
|--|------------------|---|---|
| <p>درد در محل کیست</p> <p>دیسمنوره</p> <p>دیسپارونی</p> <p>قاعدگی نامنظم</p> <p>ناباروری</p> | <p>سونوگرافی</p> | <ul style="list-style-type: none"> • سن بیمار • تمایل به بارداری • علائم • درگیری یک یا دو تخمدان | <p>OCP ✓</p> <p>✓ جراحی</p> <p>(معمولاً لاپاروسکوپی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • در علائم شدید • کیست‌های < 4 سانتی‌متر • احتمال بدخیمی |



Neoplastic Ovarian masses

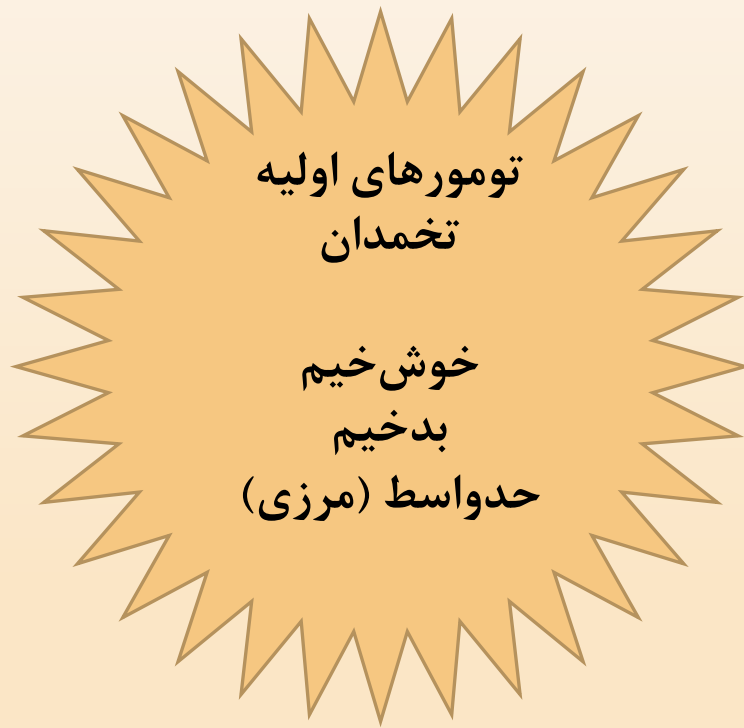
Benign

Borderline

Malignant

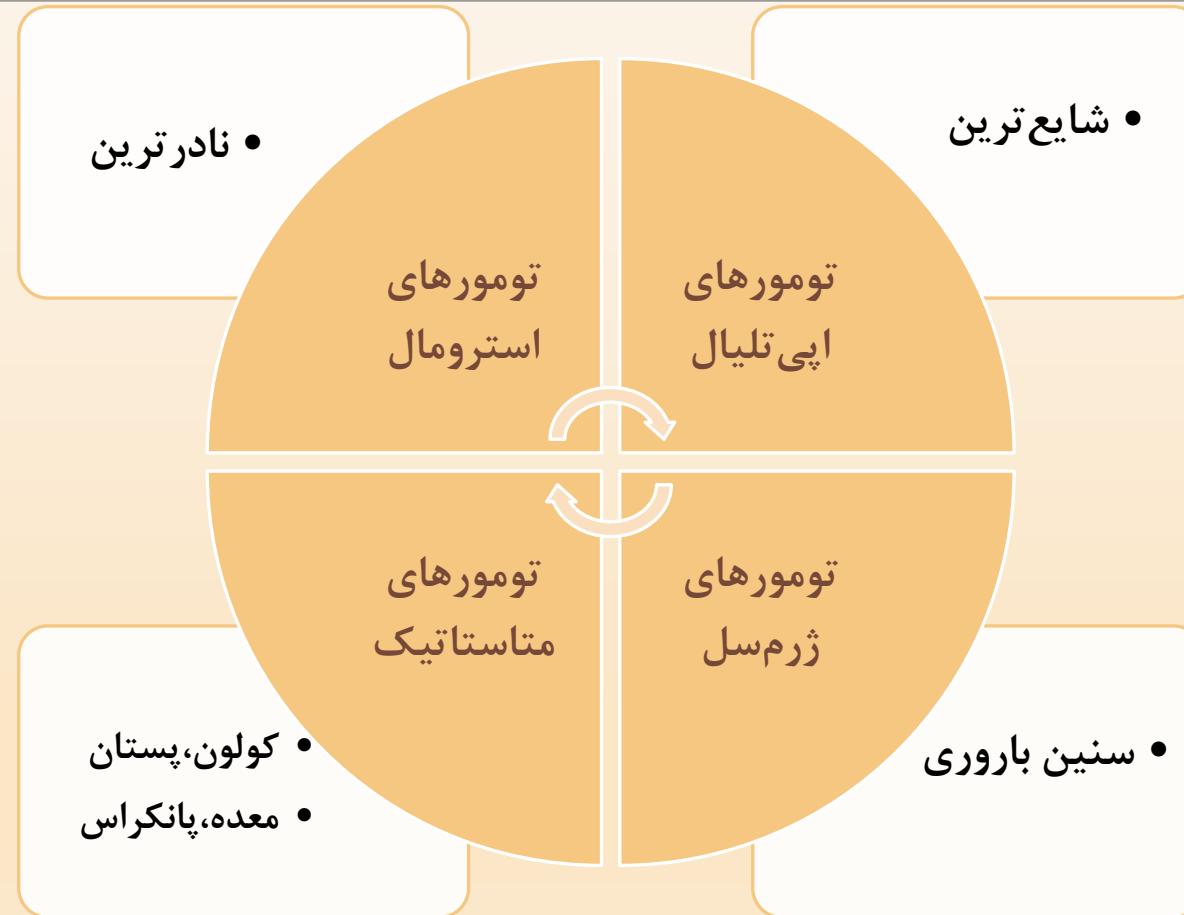


توده‌های نئوپلاستیک تخمدان

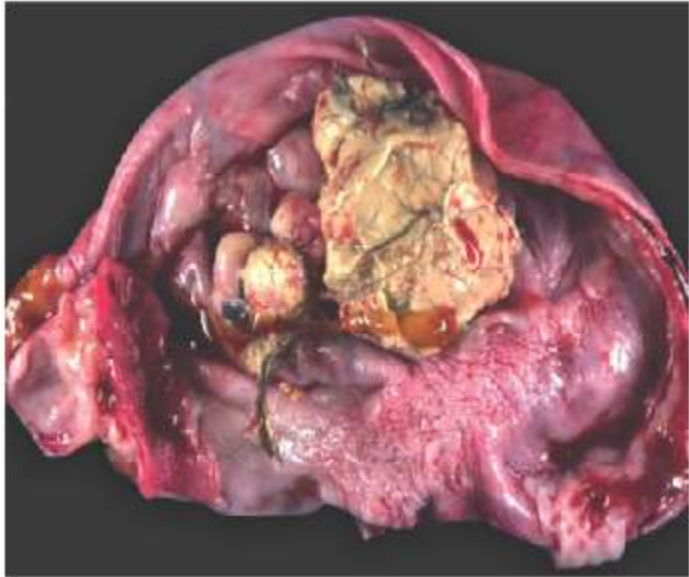




Neoplastic Ovarian masses



Cystic teratomas (Dermoid cysts)



تومور ژرم سل خوش خیم

بیشتر در سنین باروری (زیر ۴۰ سال)

۲۵٪ از درموئیدها در زنان یائسه

حتی در نوزادان تازه متولد شده

ترانسفورماسیون بدخیم:

در کمتر از ۲٪، در هر سنی، بیشتر در بالای ۴۰ سال

خطر Torsion تخمدان، تقریباً ۱۵٪ (بیشتر از سایر تومورهای تخمدان)

از نظر بافت شناسی: دارای ترکیبی از عناصر سه لایه زایای جنینی

شایع ترین اجزا: با منشاء اکتودرمی

درموئید کیست

| ارجحیت با | درمان ارجح | درمان | تشخیص و پیگیری با | علائم |
|---|------------------------|---|--|---|
| حفظ مقدار کمی از قشر تخمدان در یک بیمار جوان با ضایعه خوش خیم نسبت به از دست دادن کل تخمدان | لاپاروسکوپیک سیستکتومی | با توجه به سائز، علایم، استعداد بدخیمی (در پیگیری با سونوگرافی: افزایش سائز یا پیشرفت تظاهرات تصویربرداری بدخیمی)، ریسک جراحی | سونوگرافی به علت محتوای چربی بالا، شناوری در لگن و قابل شناسایی دقیق تر با CT | اغلب بی علامت، یک طرفه (تقریباً ۱۰٪ دو طرفه) بدون تندرns قابل حرکت (mobile) |



ارزیابی توده‌های تخمدانی

Adnexal mass

Exclude non gynecologic problem
Non ovarian mass

Premenopausal

Postmenopausal

≤8 cm

≥8-10 cm

Ultrasound

Ultrasound

Cystic

Complex, solid, and suspicious

Even Simple cyst > 5 cm
May be malignant

Simple ≤ 5 cm
CA-125 each 4 months

multilocular, septation > 3 mm

Ultrasound ± OCP

Observation ± suppression for 2 months

Progression

Surgery



علایم هشداردهنده اولیه سرطان تخمدان

این علایم را نباید در زنان یائسه نادیده گرفت

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| تکرر ادرار | افزایش اندازه شکم |
| یبوست | نفخ شکم |
| کمر درد | خستگی |
| بی اختیاری ادرار در شروع اخیر | درد شکم |
| کاهش وزن بدون دلیل | سوء هاضمه |
| | عدم توانایی در غذا خوردن به طور معمول |

(سن متوسط در تشخیص ۶۳ سال است)

CA-125

Cancer Ag-125

لزوم سنجش در سنين قبل از
يائسگي مورد ترديد

طبيعي $U/ml > 35$

غيرطبيعي در سنين باروري $U/ml < 35$

غيرطبيعي در سنين يائسگي $U/ml < 65$

نشانگر سرمي
مفيد براي کمک به تشخيص توده
هاي خوش خيم از بدخيم تخمدان

بيش از 200 در سنين قبل از
يائسگي، لزوم مشاوره يا ارجاع به
متخصص سرطان زنان

تشخيص افتراقي هاي بالابودن در سنين باروري:
ليوميوم هاي رحمي، بيماري التهابي لگن،
آندومتريوز، آدنوميوز، بارداري، قاعدگي
مشكلات پزشكي غير ژنيکولوژيک:
سيروز، پلورال افيوژن و افيوژن صفاقي

غربالگري سرطان تخمدان در افراد
پرخطر
پايش درمان سرطان تخمدان
بررسي عود بيماري

افزايش در زن يائسه با توده لگني،
بسيارمشکوک کننده براي سرطان،
ولي تشخيصي نيست

ويژگي هاي سونوگرافي مهم تر از
نتيجه سنجش CA-125 است

ميزان طبيعي به تنهائي سرطان تخمدان
را رد نمي کند
تا 50٪ سرطان هاي مرحله اوليه
20 تا 25٪ سرطان هاي پيشرفته
با مقادير طبيعي



انواع تومور مارکرها

CA-125

AFP: تومورهای کیسه زرده

LDH: دیس ژرمینوما

اینهیبین: تومور سلول گرانولوزا

hCG: کوریوکارسینوماي تخمدانی غیر مرتبط با حاملگی

HE4 (پروتئین ۴ اپیدیدیم انسان): کمک به افزایش حساسیت و ویژگی تست در ترکیب با CA-125

CEA (آنتی ژن کارسینوما مبریونیک): موارد مشکوک به سرطان اولیه کولورکتال

CA 19-9: موارد مشکوک به سرطان اولیه کولورکتال و پانکراس

CA 15-3: موارد مشکوک به سرطان اولیه پستان

ROMA Index: الگوریتم ریسک بدخیمی تخمدان (با استفاده از CA-125 و HE4)

A close-up photograph of a field of white daisies with bright yellow centers. The flowers are in various stages of bloom, and the background is a soft-focus green. A green, wavy-edged banner is overlaid in the center of the image.

از توجه شما سپاسگزارم