

کیستهای تخمدانی و میومها

Dr . Ensafi



توده های تخمدانی (کیستها)

تعریف: ساکهای حاوی مایع و گاهی اجزای پاپیلری و اغلب چند حفره ای
دارای اندازه ای >3

- ۱- توده های غیر نئوپلاستیک (فولیکولر ، کیست جسم زرد ، کیستهای تکالوتئینی)
- ۲- توده های نئوپلاستیک



کیستهای جسم زرد

ممکن است پاره شود و خونریزی ایجاد کند بخصوص در افرادی که تحت درمان ضد انعقادی اند و یا مستعد خونریزی هستند.

پارگی بیشتر سمت راست رخ میدهد و میتواند حین مقاربت اتفاق بیفتد.

اغلب در روزهای ۲۰ تا ۲۶ قاعدگی

خونریزی در کیست پاره نشده باعث ایجاد درد میشود.

دارای توانایی پیچ خوردگی



کیستهای فولیکولر

شایعترین کیست غیر نئوپلاستیک فولیکولر هست.

به ندرت به بیش از ۸ سانت میرسد.

در مدت ۴ تا ۸ هفته بهبود خودبخودی

گاهی دچار پیچ خوردگی و یا پارگی (اورژانس جراحی)



کیستهای تکالوتئینی

کمترین میزان شیوع

معمولا دو طرفه بوده و به همراه حاملگی ایجاد میشوند.

معمولا به همراه حاملگی های :

چند قلویی ، مولار ، کوریو کارسینوما ، دیابت ، مصرف کلومیفن ،

مصرف انالوگهای GnRH ، حساسیت به RH

*ممکن است بزرگ و چند حفره ای باشند.



اندومتريوم

(کيست شکلاتی)

معمولا در افراد مبتلا به اندومتريوز دیده میشود.
توده ای که با تحت نظر گرفتن بهبود نیابد.
به ۶-۸ سانت میرسد.
توصیه به برداشتن کیست به تخریب آن ارجحیت دارد.



توده های نئوپلاستیک

اکثر تراتوم های خوش خیم (کیست درموئید) در سنین باروری بروز میکند.

*** کیستهای درموئید** نسبت به سایر تومورهای تخمدانی در محدوده سنی وسیعتری قرار دارند (نوزاد تا یائسه)

پیچ خوردگی بیشتر نسبت به سایر کیستهای تخمدانی به دلیل چربی زیاد در آنها

- آدنوم های سروزی اغلب شایعترین نئوپلاسم خوش خیم و درصد کمی از آنها بدخیم هستند (۲۵-۲۰ درصد).

اغلب چند حفره ای هستند و گهگاه اجزای پاپیلری دارند.

- تومورهای موسینی معمولاً خوش خیم اند و بطور معمول سطحی لبوله و صاف دارند و چند حفره ای اند.

افتراق آنها از بدخیمی های متاستازی گوارشی



تشخیص

- سونوگرافی
- بررسی های آزمایشگاهی (اندازه گیری سطح CA125)
- * تشخیص دقیق آندومتریوم با TVS

درمان:

بر اساس علائم اولیه بیمار ممکن است شامل:
تحت نظر گرفتن با پیگیری دقیق بیمار ، درمان جراحی



میومها و لیومیوم ها

- تعریف : تومورهایی خوش خیم از سلولهای عضلات میوم
- بسیار شایع هستند.
 - شایعترین اندیکاسیون هیستریکتومی ها



اتیولوژی:

- ژنتیک (ناهنجاریهای کروموزومی و جابجایی کروموزومی بین ۱۲ و ۱۴)
- هورمونها (استروژن و پروژسترون) که بیشتر در زنان با منارک زود هنگام و چاق به دلیل بیشتر بودن خطر مواجهه با استروژن همراه است دیده میشود و مصرف سیگار و ورزش کردن و افزایش تعداد زایمان نقش محافظتی دارد.
- بیشترین میتوز در آنها هنگامی دیده میشود که پروژسترون در آنها بالاست.
- آگونیستهای GnRH سبب کاهش اندازه آنها ولی تجویز پروژسترون به صورت همزمان با GnRH مانع کاهش اندازه آنها میشود.
- عوامل رشد مانند : PRL و IGF ، PDGF ، bFGF



عوامل خطر ساز :

سن که با افزایش آن افزایش می یابد.
سابقه خانوادگی که در افراد درجه یک بیمار ۲,۵ برابر است.
نژاد که در سیاه پوستان امریکایی بیشتر از سفید پوستان است.
وزن ، با افزایش هر ۱۰ کیلو ۲۱ % افزایش خطر را خواهیم داشت.
ورزش ، در افراد با فعالیت زیاد (۷ ساعت در هفته) احتمال آن کمتر است.
هورمون درمانی در دوران یائسگی



علايم

۱- خونريزي غير طبيعي (بعد از بررسي از نظر مشكلات انعقادي)

۲- درد

۳- علايم ادراري مانند تكرر ادرار ، فوريت در ادرار ، دفع ادرار در هنگام شب



تشخیص

۱- معاینه لگن بیشتر در میوم های زیر سروزی یا داخل جداری که با رحم بزرگ و با شکل نامنظم ،سفت و بدون حساسیت تشخیص داده میشود.

۲- محل میوم (طبق طبقه بندی FIGO)

نوع صفر: درون حفره ای

نوع ۱: کمتر از ۵۰٪ قطر میوم در داخل میومتر

نوع ۲: حداقل ۵۰٪ قطر میوم در داخل میومتر

نوع ۳: در مجاورت اندومتر بدون هیچ گونه جزء درون حفره ای

نوع ۴: درون جداری و کاملاً در داخل میومتر

نوع ۵: زیر سروزی و حداقل ۵۰٪ داخل جداری

نوع ۶: زیر سروزی و کمتر از ۵۰٪ داخل جداری

نوع ۷: زیر سروزی که توسط ساقه ای به سروز متصل است.

نوع ۸: بدون درگیری میومتر



تصویر برداری

MRI ، هیستروسکوپی ، TVS

و

سونوگرافی که در دسترس ترین و کم هزینه ترین تکنیک تصویر برداری



باروری

- وجود میوم زیر مخاطی سبب کاهش باروری شده و خارج ساختن آن میتواند سبب افزایش باروری شود.
- میومهای زیر سروزی تاثیری بر باروری نداشته ولی خارج ساختن آنها سبب افزایش باروری میشود.
- میومهای داخل جداری ممکن است قدرت باروری را اندکی کاهش دهد ولی خارج ساختن آنها سبب افزایش باروری نمیشود.



درمان

****هیسترکتومی به عنوان نخستین و گاهی تنها گزینه درمانی پیشنهاد میشود.**

انتظار همراه با مراقبت میتواند منجر به کم خونی ناشی از منوراژی و یا هیدرونفروز ناشی از انسداد حالب به دلیل بزرگی رحم شود.



درمان طبی

۱- ضد التهاب غیر استروئیدی

۲- آگونیستهای GnRH

۳- آنتاگونیستهای GnRH

۴- درمان طبی با واسطه پروژسترون

۵- IUD آزاد کننده پروژسترون

۶- جراحی



با تشکراز حسن توجه شما

