

توده تخمدانی

- ۱- احتمال عملکردی بودن کیست‌های ساده تخمدان بیشتر از توده‌های پیچیده یا جامد است. اندازه به تنهایی عامل پیش‌گویی کننده بدخیمی نمی‌باشد. تمام توده‌های جامد یا پیچیده در خانم‌های بعد از یائسگی باید خارج شوند.
- ۲- معاینه فیزیکی لگن الزامی است. این معاینه می‌تواند احتمال PID^۱ را رد کند. همین‌طور می‌تواند احتمال حاملگی، بدخیمی گردن یا میوم رحم را رد کرده و وجود توده لگنی را تایید کند. بسته به ماهیت توده ممکن است نتوان منبع تخمدانی یا جای دیگر را تایید کرد.
- ۳- سونوگرافی توده جامد را از کیستیک و توده تک حفره‌ای (کیستیک) را از توده چند حفره‌ای (کمپلکس) تشخیص می‌دهد و رابطه توده را با رحم مشخص می‌کند. سونوگرافی داپلر رنگی می‌تواند در تشخیص توده خوش‌خیم از بدخیم کمک کند. شاخص resistive کمتر از ۰/۴ محل نگرانی برای وجود احتمالی بدخیمی است.
- ۴- نشانگر خونی تومور CA-۱۲۵ بالاتر از 35 mlu/ml در ۷۰٪ بدخیمی‌های سرور مشاهده می‌شود، ولی معمولاً در بدخیمی‌های موسینوس نرمال است. البته در بسیاری از تشخیص‌های دیگر نیز بالا می‌رود (حاملگی، میوم رحمی، پانکراتیت، اندومتریوز) و ارزشی در غربالگری یا تشخیص بدخیمی تخمدان ندارد.

- ۵- اگر شواهد آزمایشگاهی و رادیولوژیک مطرح کننده بدخیمی باشند لاپاروتومی باید برای تشخیص، خارج‌سازی و مرحله بندی انجام شود.
- ۶- لاپاروسکوپی، در صورتیکه بعد از انجام همه اقدامات هنوز تشخیص مورد سوال باشد ارزشمند است. بیوپسی از کاشتهای مشکوک می‌تواند کمک کننده باشد. توده کیستیک - جامد تخمدانی نمی‌تواند بوسیله لاپاروسکوپی بطور کافی بیوپسی شود چون احتمال پارگی وجود دارد که همراه با پخش شدن سلولهای سرطانی می‌باشد و ممکن است بدترین ناحیه از نظر هیستولوژیک از نظر دور بماند. کیست تخمدان هیچ وقت نباید در محوطه شکم پاره شود. می‌توان تخمدانها را بطور کامل بوسیله لاپاروسکوپی برداشته و در کیسه گذاشته و جهت انجام فروزن^۱ ارسال کرد. اگر بدخیمی پیدا شود باید لاپاروتومی و درمان متعاقب در عرض ۱ هفته انجام شود که متاستاز محل پورت لاپاروسکوپی به حداقل برسد.
- ۷- سن بیمار مهم ترین متغیر است. تمام نمونه‌های کیستیک یا جامد یا تخمدان باید جهت برش منجمد ارسال شوند، و درمان متعاقب بستگی به جواب آن دارد. درمان باید تا حد امکان در مورد خانمهای قبل از سنین بارداری و سنین باروری محافظه کارانه باشد. توده تخمدان در خانم حامله در بهترین حالت در سه ماهه دوم حاملگی برداشته می‌شود.
- ۸- تشخیصهای دیگری هم برای توده تخمدانی در زمان لاپاروسکوپی وجود دارد و این احتمالات باید قبل از عمل با بیمار مطرح شود. در بیماران با سابقه جراحی قبلی، چسبندگی‌های اطراف تخمدان و تجمع مایع، می‌توانند ظاهر توده پیچیده را تقلید کنند.
- ۹- تومورهای ژرم سل و استرومایی در گروه سنی قبل از بلوغ دیده می‌شوند و معمولاً جامد و یکطرفه می‌باشند. تمام توده‌های جامد باید در این سن بررسی شوند. درمان این تومورها بوسیله جراحی محافظه کارانه و شیمی‌درمانی متعاقب آن انجام می‌شود. ضایعات کیستیک در این سنین غیر شایع می‌باشد، چرا که هنوز تخمک گذاری آغاز نشده است. این بیماران باید تحت نظر قرار گیرند.
- ۱۰- اکثر توده‌ها در این سنین مربوط به تخمک گذاری بوده و خوش خیم هستند و احتمال بدخیمی ۱۰٪ است. CA - ۱۲۵ معمولاً در بیماریهای خوش خیم هم افزایش دارد و کمک کننده نمی‌باشد. توده کمتر از 5 cm می‌تواند تحت نظر باشد و سونوگرافی مجدد در عرض ۶ هفته انجام شود. توده ماندگار یا درحال بزرگ شدن باید برداشته شود و برای بررسی پاتولوژیک فرستاده شود. توده‌های بزرگتر از 5 cm شانس پیچ‌خوردگی و پارگی بالایی دارند و باید خارج شوند. البته در صورتیکه فرد قصد باردار شدن داشته باشد باید درمان محافظه کارانه باشد. در صورتی که بیمار قصد باردار شدن نداشته باشد TAH-BSO^۲ ممکن است برای ضایعات خوش خیم نیز مناسب باشد. سرطانهای اپی تلیال اغلب دو طرفه می‌باشند. تومورهای مشکوک که از نظر بالینی به تخمدان محدود می‌باشند باید با برداشتن امونوم، شستشوی صفاق، بیوپسی خلف صفاق و غدد لنفاوی لگنی و پارائورت مرحله بندی شوند.

1 Frozen Section

2 Total Abdominal Hysterectomy / Bilateral Salpingo - Oophorectomy

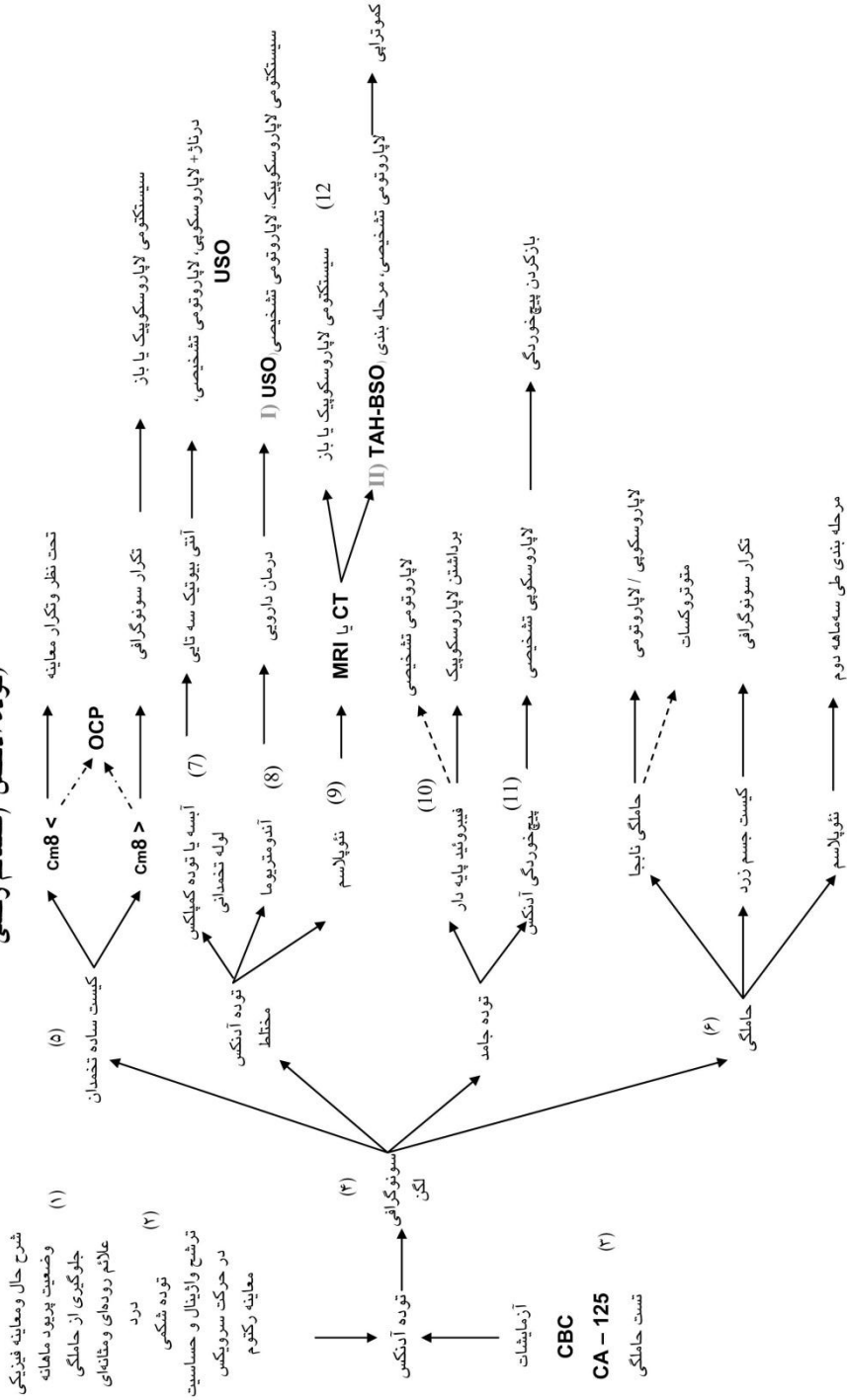
۱۱- توده‌های کیستیک کوچکتر از 5 cm فقط تحت نظر قرار می‌گیرند. بقیه موارد باید بوسیله جراحی خارج شوند. شانس بدخیمی در توده‌های پیچیده بیش از ۵۰٪ است. افزایش CA-125 بیشتر مربوط به بدخیمی است.

۱۲- تمام توده‌های مشکوک باید در صورت امکان با فروزن بررسی شوند. توده‌های بدخیم باید مرحله بندی شوند. اگر امکان فروزن نباشد باید تخمدان برداشته شده و درمان نهایی تا نتیجه پاتولوژی به تعویق بیفتد. هیچ ظاهر خاصی برای تشخیص بدخیمی تخمدان وجود ندارد. بقای بیمار با بدخیمی تخمدان اولیه، بستگی به مرحله بندی درست جراحی و حداکثر کاهش حجم تومور دارد. در بیماران قبل از یائسگی با کیست ساده تخمدان، بررسی سونوگرافیک باید پس از ۸ - ۶ هفته دوباره تکرار شود تا احتمال جسم زرد خونریزی دهنده^۱ بررسی شود. در خانمهای پس از یائسگی با توده کمپلکس تخمدان، بررسی باید شامل سی‌تی‌اسکن جهت رد کردن درگیری امتنوم یا تومور اولیه سایر نواحی انجام شود. همچنین باریوم انما جهت بررسی درگیری کولون یا تومور اولیه کولون لازم می‌باشد. (سابیستون)

۱۳- بیماری التهابی لگن که به آنتی بیوتیک و تخلیه پاسخ نمی‌دهد باید بوسیله هیستریکتومی کامل شکمی و سالپنگو اووفورکتومی دو طرفه (TAH/BSO) درمان شود.

۱۴- استفاده از متوتروکسات و سالپنگوستومی ممکن است زایایی را حفظ کند.

توده آدنکس (ضمائم رحمی)



(I) Unilateral Salpingoophorectomy
(II) Trans Abdominal Hysterectomy- Bilateral Salpingo Oophorectomy