بررسی توده‌های لگنی در ۲۵۰ بیمار بستری در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی*

دکتر علی امینی**

چکیده

دربین مراجعه کنندگان به مراکز مختلف زنان و زایمان وجود توده‌های لگنی یک یافته شایع می‌باشد، این توده‌های فیزیولوژیک و پاتولوژیک از سیستم های مختلف ژنیکولوژیک، ادراری، گوارشی و سایر بافتها نشات گرفته وعلائم بسیار متفاوتی را ایجاد می‌کنند.

در این مطالعه خصوصیات فردی وکلینیکی بیماران دچار توده لگنی که طی دوسال به مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی مراجعه کرده‌اند، به صورت گذشته‌نگر بررسی و نتایج زیر بدست آمده است: اغلب بیماران با شکایت دردهای مزمن شکمی و خونریزیهای غیر طبیعی رحمی مراجعه و بیش از ۵۰ درصد آنها در سنین باروری بوده‌اند، در معاینه فیزیکی اغلب توده‌های طرفی و مربوط به تخمدان‌ها، قابل لمس بوده، در حالیکه توده‌های رحمی کمتر قابل لمس بوده‌اند. در بیماران درسنین پایین‌تر توده‌ها اغلب مربوط به عوارض حاملگی از جمله حاملگی خارج رحمی بوده است. ازنظر پاتولوژیک، لیومیوم و آدنومیوزیس شایعترین تشخیص‌های مطرح شده‌بوده که عمدتاً در سنین میانسالی وجود داشته است. یافته‌های سونوگرافیک در بیشتر موارد با یافته‌های حین عمل تطابق داشته و به نظر می‌رسد سونوگرافی یک وسیله پاراکلینیک مناسب برای بررسی وضعیت توده‌های لگنی باشد. شناخت هرچه بهتر خصوصیات توده‌های لگنی، در تصمیم‌گیری‌های مناسب و بموقع تشخیصی درمانی کمک کننده خواهد بود.

کلید واژه‌ها: ۱ـ توده لگنی ۲ـ لیومیوم ۳ـ حاملگی‌خارج رحمی

---

* این مقاله در آبان ماه ۱۳۷۳ در کنگره مامایی و زنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه شده است.

** استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران ـ مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

مقدمه

وجود تـوده‌های لگـنی یک یـافتهٔ شـایع کـلینیکی در بیمارانی است که به علل مختلف بـه کـلینیک‌های زنـان و زایمان مراجعه می‌کنند.[۲] صرفنظر از ماهیت فیزیولوژیک بسیاری از این توده، در موارد متعددی این توده‌ها به دنبال اختلالات آناتومیک ایجاد شده و یا ناشی از پاتولوژی‌های مختلف خوش خیم و بدخیم می‌باشند.

بررسی وجود وتعیین اندازهٔ توده‌های لگنی، با توجه به پاتولوژیهای متفاوت شایع در سنین مختلف، برای تـصمیم گیری درمانی مناسب و صحیح از اهمیت بالایی برخـوردار است، لذا توجه کافی به علائم ویافته‌های کلینیکی وروشهای پاراکلینیک به خصوص سونوگرافی در تشخیص افتراقـی و اتخاذ تصمیم برای بررسی بیشتر و احیاناً درمان این توده‌ها مهم و اساسی است.[۱] مطالعه حاضر با انگیزهٔ شناخت هرچه بیشتر منشا، علائم و مشخصات توده‌های مختلف لگـنی در تعدادی بیمار مراجعه کننده به یک مرکز زنان وزایمان انجام شده است.

روش بررسی

برای بررسی خصوصیات توده‌های لگنی در ۲۵۰ بیمار، که طی سالهای ۱۳۷۰ ـ ۱۳۶۸ با تشخیص اولیه یا نهایی توده لگنی در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، مطالعه حاضر به صورت گذشته نگر، انجام گرفته و ارتباط متغیرهای مختلف از جمله سـن ابتلاء، مشـخصات پـاتولوژیک تـوده، عـلائم ویـافته‌های کلینیکی و منشا توده ، مشخص شده است.

نکته قابل توجه آنکه، توده‌هایی که از نـظر کـلینیک و پاراکلینیک فیزیولوژیک تشخیص داده شده و نیاز به درمان جراحی نداشته‌اند و همچنین توده‌های مربوط به سیستم غیر ژنیکولوژیک بررسی نشده و مطالعه صرفاً بر روی توده‌های لگنی با منشا ژنیکولوژیک که تحت عـمل جـراحـی قـرار گرفته‌اند، انجام شده است.

سیستم منشا توده	توده‌های لگنی مرکزی	توده‌های لگنی طرفی
ژنیکولوژیک	حاملگی، لیومیوم، پیومتری، هماتومتری، تومورهای خوش خیم و بدخیم رحم و تخمدان	تخمدان بزرگ،کیست‌های تخمدانی، اندومتریوم، نئوپلاسمهای خوش‌خیم وبدخیم تخمدان، حاملگی خارج رحمی، توده‌های عفونی و التهابی- لوله‌های رحمی،لیومیوم‌ساب سروزال یا پدونکوله رحم، کیستهای مجاور تخمدانی
ادراری	مثانه پراز ادرار، نئوپلاسم‌مثانه	کلیه‌اکتوپیـــــک
گوارشی	توده‌های مدفوعی	توده مدفوعی، گازدرسکوم، نئوپلاسم ضایعات التهابی، مثل بیماری کرون
التهابی	آبسه‌ها وتوده‌های مختلط	آبسه‌ها وتوده‌های مختلط
بافت نرم	آنوریسم،سارکوم، لنفوم	

جدول ۱ ـ علل مختلف توده‌های لگنی با توجه به محل و سیستم بوجود آورنده توده‌ها (۳)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

بحث

توده‌های لگنی را بصورت مختلفی تقسیم بندی می‌کنند. از جمله براساس محل توده‌ها که عمدتاً آنها رابه دو دستهٔ، توده‌های مرکزی و توده‌های طرفی تقسیم می‌کنند. حاملگی شایعترین توده لگنی مرکزی است، و میومها، پیومتری، هماتومتری و سارکومهای رحمی از دیگر علل ژنیکولوژیک این توده‌ها هستند. توده‌های لگنی با منشا سایر ارگانها نظیر سیستم ادراری، گوارشی و بافتهای نرم لگن نیز از علل غیر ژنیکولوژیک توده‌های لگنی مرکزی محسوب می‌شوند که تشخیص افتراقی آنها نیازمند بررسی‌های مخصوص به هر ارگان مورد نظر می‌باشد (جدول ۱). [۳] توده‌های مربوط به تخمدان از جمله بزرگ شدن تخمدان در طی دوره تخمک گذاری، تومورها وکیستها و توده‌های مربوط به لوله‌های رحمی از جمله حاملگی لوله‌ای، توده‌های عفونی والتهابی وندرتاً تومورهای لوله فالوپ، عمده‌ترین علل ژنیکولوژیک توده‌های لگنی طرفی را تشکیل می‌دهند. در حالیکه توده‌هایی چون کلیه اکتوپیک، وجودگاز و مدفوع در سکوم و کولون سیگموئید، تومورها وآبسه‌های مربوط دستگاه گوارش، از بارزترین علل غیرژنیکولوژیک توده‌های لگنی طرفی می‌باشند. (جدول ۱). [۵ و ۴]

برخورد تشخیصی و درمانی با توده‌های لگنی براساس سن بیمار در موقع کشف توده، اندازه و ویژگی توده و علائم همراه آن متفاوت است . مثلا" کشف توده در دوره قبل از بلوغ (*Premenarch*) بعلت آنکه حوادث فیزیولوژیک تغییری در اندازه تخمدان نمی‌دهد، باید به عنوان یک توده پاتولوژیک در نظرگرفته شود. البته با توجه به شیوع بیشتر توده‌های مربوط به سیستم‌های ادراری و گوارشی در این دوره لازم است با انجام روشهای پاراکلینیک مناسب مانند سونوگرافی، *CT Scan*، *IVP*، تومور مارکرها و لاپاراسکوپی توده را به دقت ارزیابی‌و تشخیص صحیح را در نظر گرفت[۲،۵،۶].

در سنین باروری بعلت آنکه حوادث فیزیولوژیک اثرات زیادی بر سیستم ژنیتال و به خصوص تخمدان می‌گذارد ضایعات اغلب غیر پاتولوژیک بوده و توده‌های پاتولوژیک شیوع کمتری دارند. طرز برخورد عملی با یک توده لگنی طرفی در این سنین در شمای شماره ۱ نشان داده شده است.[۳]

در سنین بعد از منوپوز *(Postmenopausal)* هر گونه بزرگی تخمدان غیر طبیعی محسوب می‌شود و با توجه به شیوع بسیار بیشتر توده‌های پاتولوژیک در این سنین کشف این توده‌ها دراین دوره نیازمند بررسی دقیقتر و برخورد جدی‌تری است، طرز برخورد عملی بایک توده آدنکسی در این سنین در شمای شماره ۲ نشان داده شده است.

شرح نتایج

در ۲۵۰ بیمار بررسی شده، بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی ۴۹ ـ ۴۰ سال بوده است(۳۶ درصد)، ۴ درصد بیماران در موقع کشف توده لگنی کمتر از بیست سال و ۶ درصد سن بیشتر از ۵۰ سال داشتند، در حالیکه ۵۴ درصد بیماران در سنین بین ۳۹ـ۲۰ سالگی یعنی قسمت اعظم دوره بارداری قرار داشتند (نمودار ۱)، ۵۵ درصد بیماران مورد مطالعه حداقل دارای ۳ بارداری بوده و ۹/۳ درصد بیماران هیچگاه باردار نشده بودند *(Nulligravid)*. ۱۹/۴ درصد از این بیماران حداقل یک بار سقط جنین داشته‌اند.

محل توده‌ها: تعداد توده‌های طرفی بیش از دو برابر توده‌های مرکزی بوده و فراوانی توده‌ها در طرف چپ (۴۰ درصد)، بیشتراز طرف راست (۲۴ درصد) بوده است.

علائم بالینی : درد مزمن شکم و خونریزهای غیر طبیعی رحمی (*AUB*) بصورت هیپرمنوره، متروراژی وپلی‌منوره شایعترین علل مراجعهٔ بیماران بوده و این در حالی است که تنها ۱۲/۱ درصد بیماران علی‌رغم داشتن توده لگنی با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

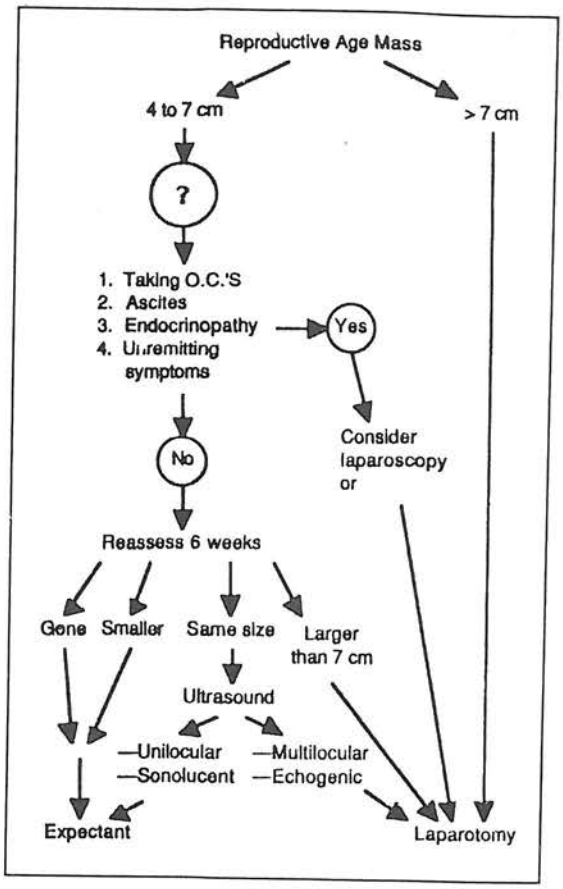
دردهای لگنی حاد مراجعه کرده‌اند.(نمودار شماره ۲)

۲۴/۶ درصد بیماران دارای آمنوره بوده‌اند که آمنوره ثانویه (۲۱/۸ درصد) شایعتر از آمنوره اولیه (۲/۸ درصد) بوده است.

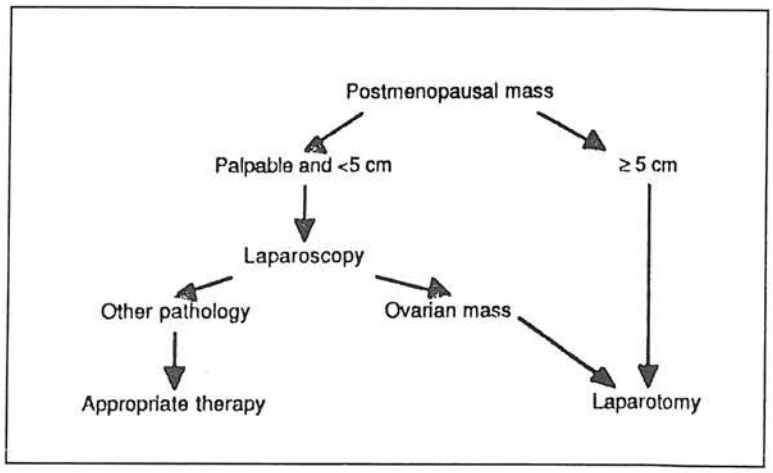
در آن دسته از بیماران مورد مطالعه، که دچار نازایی بوده‌اند، شایعترین علت نازایی آدنومیوزیس ولیومیوم رحم (۳۱ درصد) بوده است .

در معاینه فیزیکی در ۳۹/۱ درصد موارد توده‌ها از نظر کلینیکی قابل لمس بوده، که ۱۸/۶ درصد قوام کیستیک و ۱۶/۹ درصد قوام توپر *(Solid)* داشته‌اند. بیشترین توده‌های مربوط به تخمدان، در معاینه قابل لمس بوده‌اند. توده‌های مربوط به رحم کمتر قابل لمس بوده‌اند بطوریکه تنها ۱۶/۷ درصد مالیگنانسی‌ها و ۲۷/۳ درصد از آدنومیوزها ولیومیومهای رحمی در معاینه کلینیکی قابل لمس بوده‌اند.

توده‌های کشف شده اغلب در ضمن معاینه قابلیت تحرک نداشته و تنها ۱۵/۳ درصد کل توده‌ها قابلیت تحرک داشته‌اند، توده‌های با منشا تخمدان نسبت به توده‌های با منشا رحم بیشتر دارای قابلیت تحرک *(Mobility)* بوده‌اند.

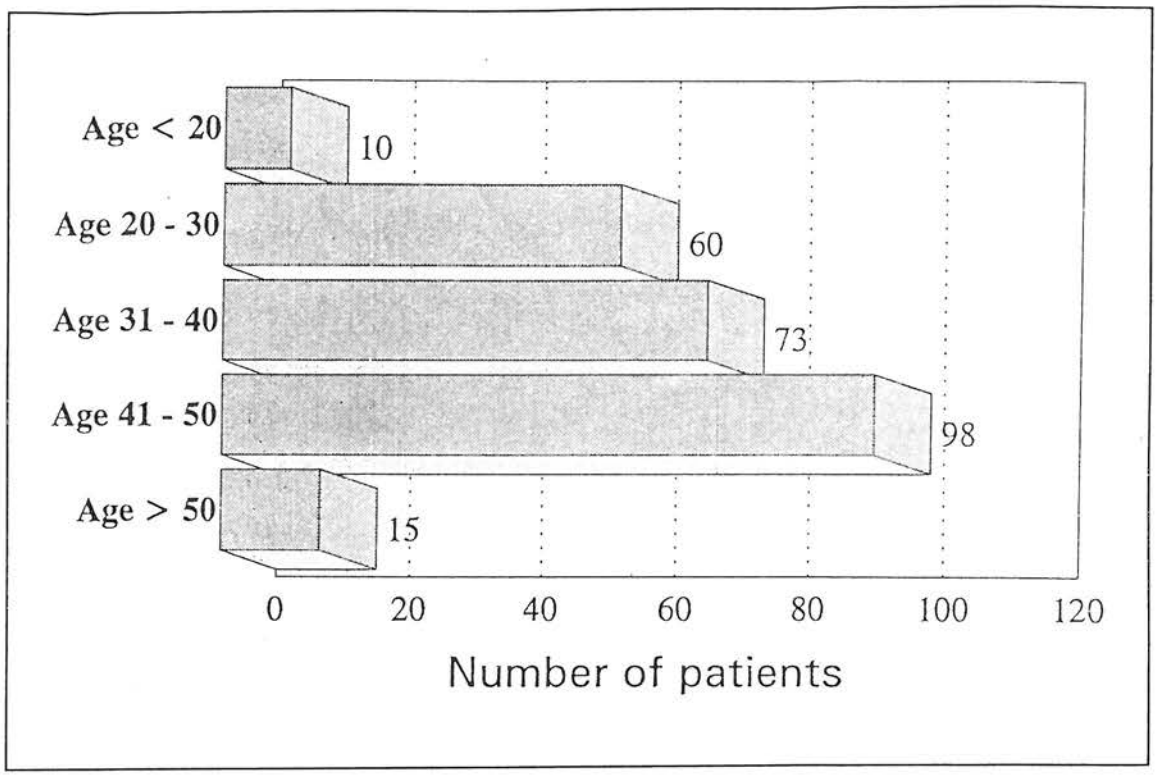


شمای ۱ ـ طرز برخورد عملی بایک تودهٔ لگنی طرفی درسنین‌باروری (۳)

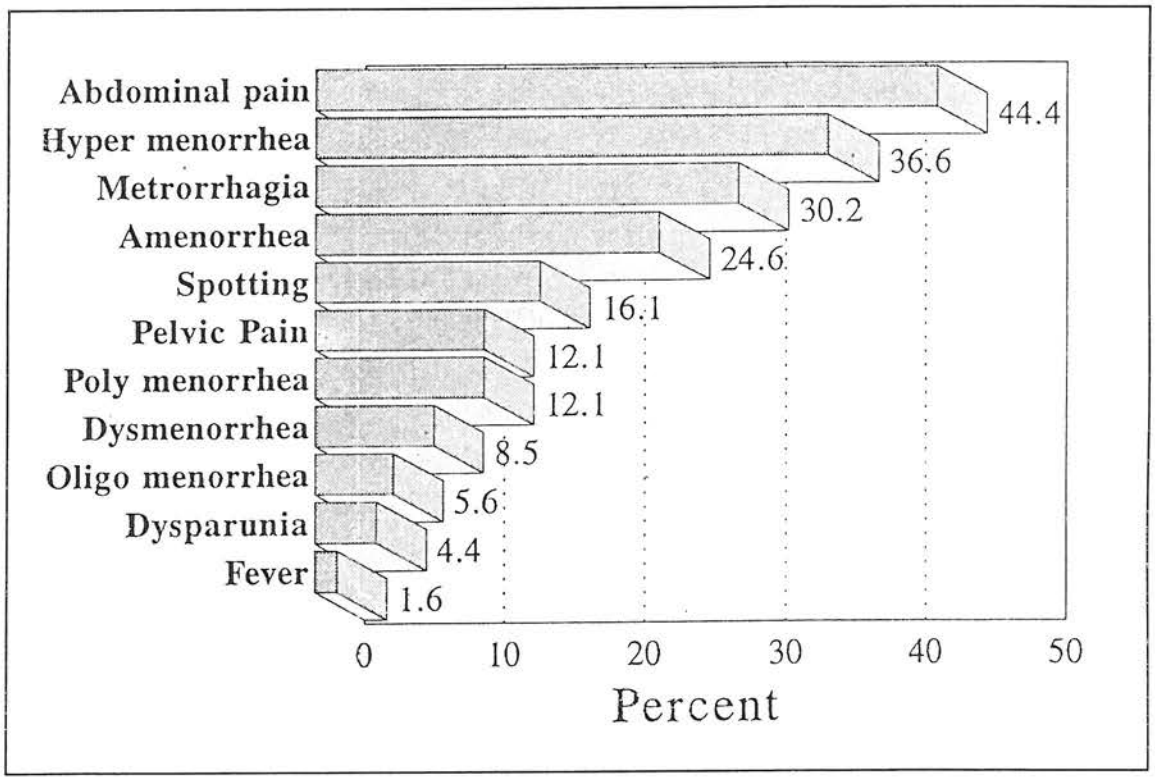


شمای شماره ۲ـ طرز برخورد عملی بایک توده آدنکسی در دوره بعد از منوپوز (۳)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

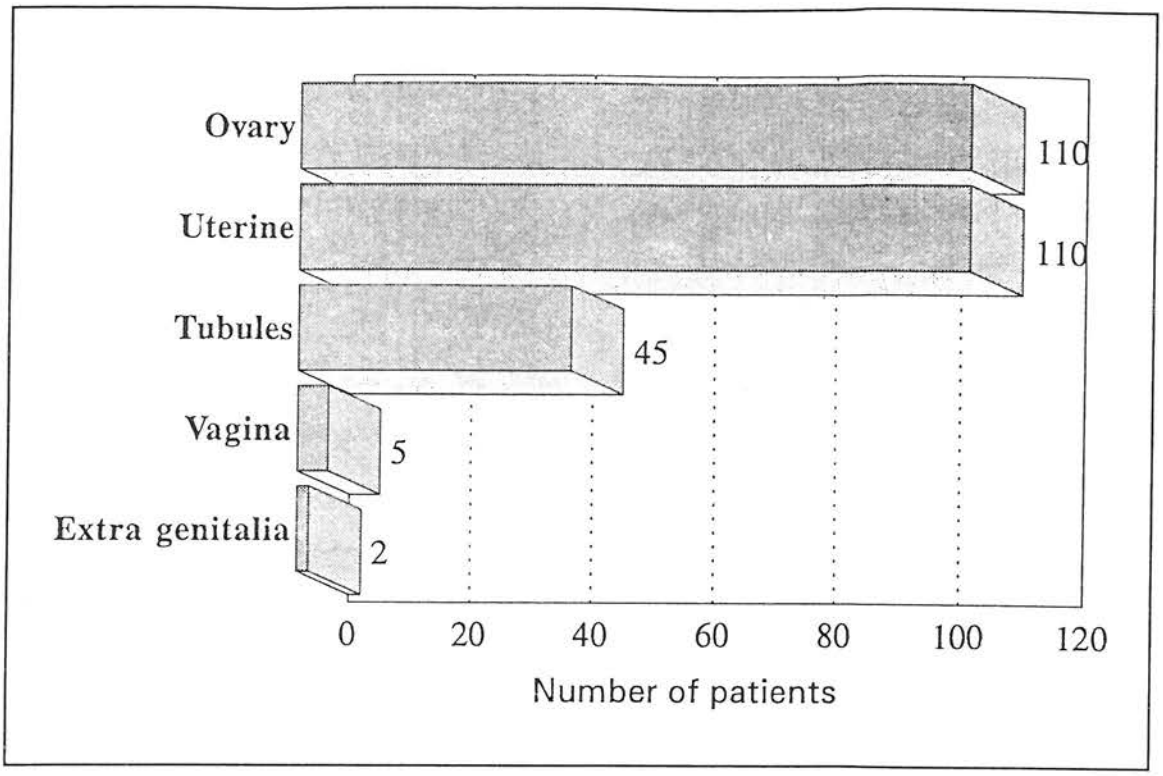


نمودار ۱ ـ پراکندگی سنی بیماران مورد بررسی

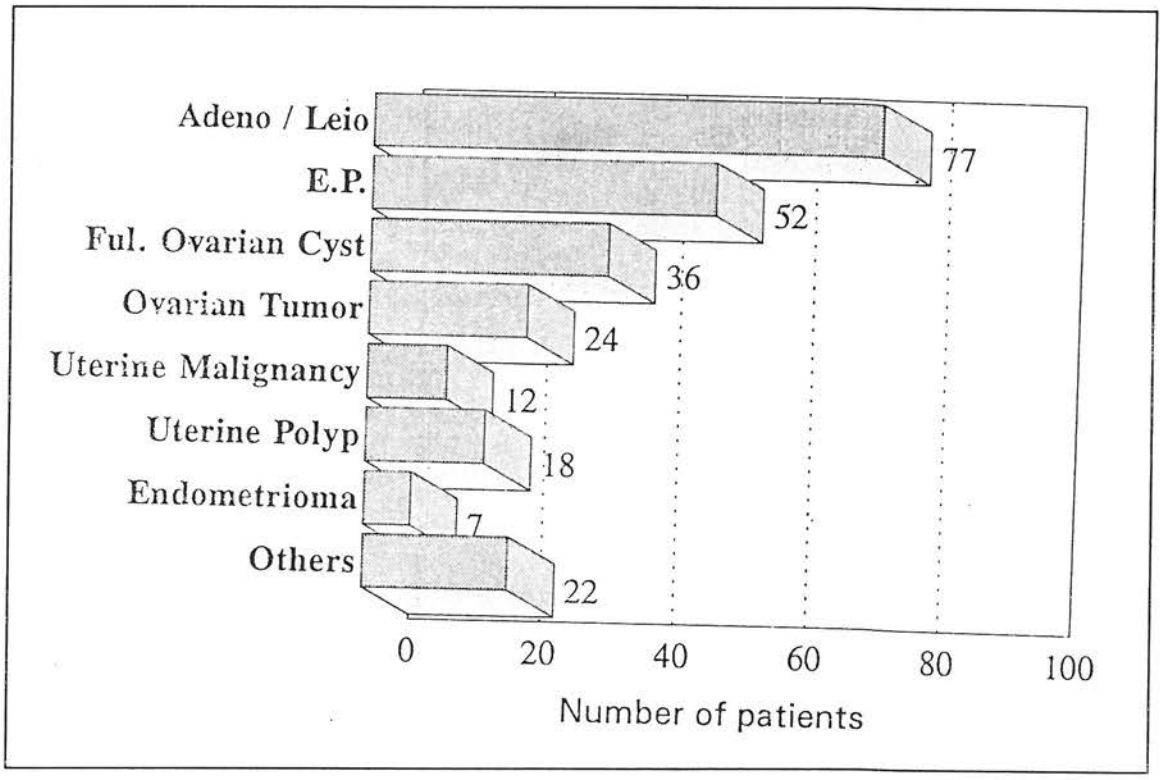


نمودار ۲ـ شیوع علائم بالینی مختلف در بیماران موردبررسی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]



نمودار ۳ـ فراوانی منشا مختلف توده‌های لگنی در بیماران مورد مطالعه



نمودار ۴ ـ شیوع نسبی پاتولوژی‌های مختلف در بیماران مورد بررسی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

در اغلب بیماران درمحل توده لگنی در لمس تندرنس (Tenderness) وجود نداشته است و تنها ۱۵/۳ درصد این بیماران دارای تندرنس موضعی در محل ضایعه بوده‌اند.

صرفنظر از سن بیماران شیوع توده‌های لگنی با منشا رحمی و تخمدان باهم برابر بوده وتوده‌های لوله‌ای وواژینال به نسبت شیوع کمتری داشته‌اند.

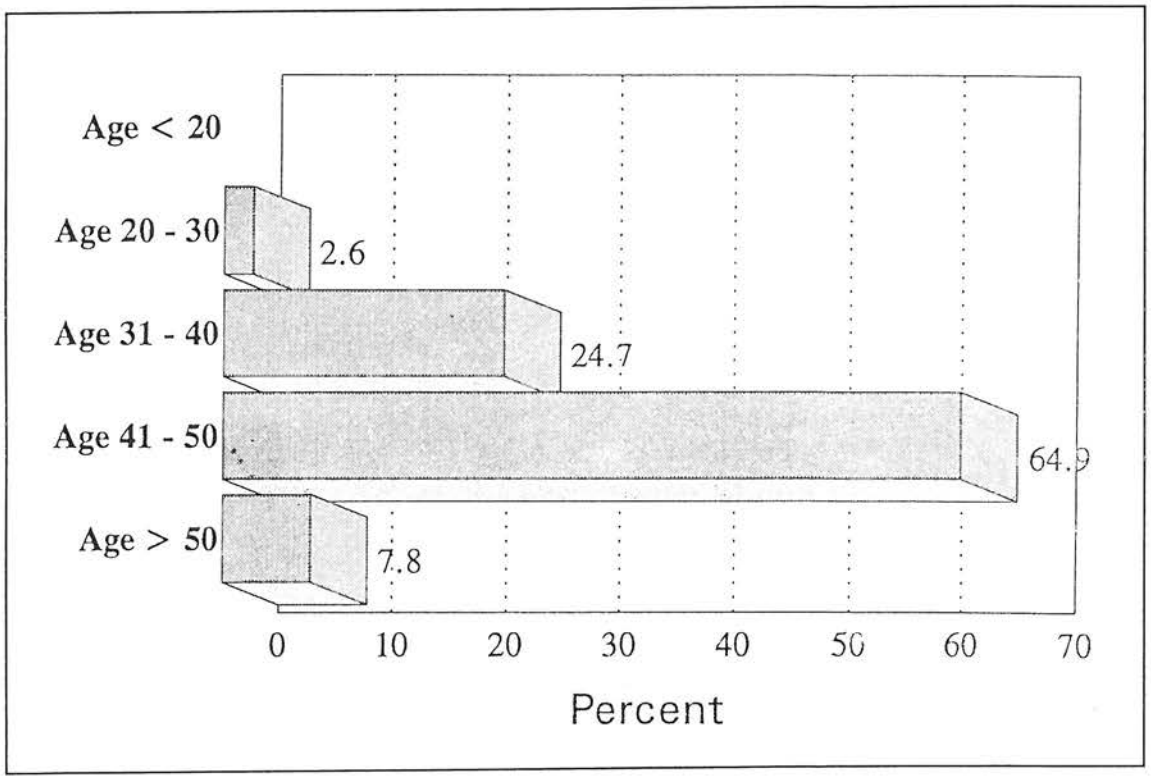
در سونوگرافی‌های بعمل آمده، توده‌های به‌اندازه ۵۰ × ۴۰ میلی متر شیوع بیشتری داشته که این یافته سونوگرافیک با یافته‌های بعد از لاپاراتومی تطابق داشته است، ۲۶/۶ درصد توده‌ها در سونوگرافی‌های بعمل آمده توده‌های آدنکسال گزارش شده است.

پاتولوژی

بطورکلی شایعترین تشخیص‌های پاتولوژیک را لیومیوم و آدنومیوزیس با ۳۱ درصد موارد تشکیل داده و ۶۴/۹ درصد بیماران دارای این تشخیص پاتولوژیکی در سنین ۴۹ ـ ۴۰ سالگی قرار داشته‌اند (نمودار ۵). دومین تشخیص شایع پاتولوژیکی حاملگی خارج رحمی (EP) بوده است که ۲۱ د رصد موارد را تشکیل می‌داده و بیشتر این بیماران درسنین ۲۹ـ۲۰ سالگی قرار داشته‌اند (۵۵/۸ درصد) در ۱/۳ درصد موارد تشخیص پاتولوژیک توده‌های کشف شده مشخص نشده است. (نمودار ۴)

سن متوسط بیماران دچار توده‌های رحمی (پولیپ و مالیگنانسی‌ها) بالا (۴۵ سالگی) و سن متوسط بیماران دچار حاملگی خارج رحمی پایین بوده است. (۲۹ سالگی)

در سنین کمتر از ۳۰ سالگی، شایعترین تشخیص در مبتلایان، حاملگی خارج رحمی (۳۲ مورد) و در درجه دوم تومورهای تخمدان بوده است.



نمودار ۵ ـ پراکندگی سنی بیماران دچار آدنومیوزیس ولیومیوم رحمی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

در حالیکه در سنین ۵۰-۳۰ سالگی لیومیوم و آدنومیوزیس رحمی با ۶۹ مورد شایعترین تشخیص را شامل شده وکیستهای تخمدانی فانکشنال در درجه دوم شیوع قرار داشته است.

در سنین بالای ۵۰ سالگی، توده‌های رحمی شامل آدنومیوزیس ولیومیوم، پولیپ ها ومالیگنانسی‌های رحمی تمامی تشخیص‌های مطرح شده را شامل می‌شوند.

بیماران دارای تشخیص‌های پاتولوژیک آدنومیوزیس ولیومیوم رحمی عمدتاً با علائم بالینی هیپرمنوره (۵۳/۲ درصد) ومتروراژی (۳۷/۷ درصد) مراجعه کرده‌اند.

نتیجه گیری

برای بررسی خصوصیات فردی وکلینیکی تعدادی از بیماران دارای توده لگنی، بررسی گذشته‌نگر حاضر در ۲۵۰ بیمار با تشخیص اولیه یا نهایی توده لگنی که در طی سالهای ۱۳۷۰ ـ ۱۳۶۸ در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی تحت جراحی قرار گرفته‌اند، انجام شده که نتایج حاصل ازاین‌بررسی بطور خلاصه عبارتند از :

۱ـ بیش از نیمی از بیماران درسنین باروری قرار داشتند.

۲ـ فراوانی توده‌های طرفی بیش از دوبرابر توده‌های مرکزی بوده است.

۳ـ دردهای مزمن شکمی و خونریزیهای غیر طبیعی رحمی شایعترین علل مراجعه بیماران راتشکیل داده است.

۴ـ شیوع دردهای حاد لگنی در این گروه از بیماران دارای توده لگنی کم بوده است.

۵ـ شایعترین علت نازایی در این گروه از بیماران، آدنومیوزیس ولیومیوم رحمی بوده است.

۶ـ توده‌های تخمدانی اغلب قابل لمس و توده‌های رحمی اغلب غیر قابل لمس بوده‌اند.

۷ـ تعداد توده‌های کیستیک تقریباً برابر توده‌های توپر بوده است.

۸ـ در معاینه فیزیکی توده‌ها اغلب قابلیت تحرک نداشته ولمس توده غالباً با تندرنس همراه نبوده است.

۹ـ شیوع توده‌های لگنی با منشا رحمی برابر توده‌های بامنشا تخمدان بوده است.

۱۰ـ لیومیوم وآدنومیوزیس در راس تشخیصهای پاتولوژیک مطرح شده در سنین میانسالی قرار داشته است.

۱۱ـ حاملگی خارج رحمی، شایعترین تشخیص پاتولوژیک مطرح شده در سنین کمتر از ۳۰ سالگی بوده است، این در حالیست که در این سنین دومین تشخیص شایع تومورهای تخمدان بوده است.

۱۲ـ در سنین بالای ۵۰ سال توده‌های مربوط به رحم بیشترین تشخیص‌های مطرح شده بوده است.

۱۳ـ بیماران مبتلا به آدنومیوزیس ولیومیوم رحمی در بیش از ۹۰ درصد موارد بعلت خونریزیهای غیر طبیعی رحمی *(AUB)* مراجعه کرده‌اند.

۱۴ـ یافته‌های سونوگرافیک قبل از عمل جراحی در اغلب موارد متناسب با یافته‌های حین عمل بوده است.

REFERNCES

1- Callen M., Ultrasonography in obstetrics and gynecology,Third edition, 1994 chapter 32

2- Daniel R.M., Management of common problem in obstetrics and gynecology,1988 part 3

3- Gomel V., Munro M.G., Rowe T.C., Gynecology a practical approach, Williams & Wilkins, 1990

4- Nicolaides H., The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology, 1988

5- Tindall V.R., Jeffcoat's Principles of gynecology,1988 chapter 26

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF 250 PATIENTS WITH PELVIC MASS IN SHAHID AKBARABADI HOSPITAL

A. Amini ,M.D.*

ABSTRACT

Pelvic masses are common findings in patients referred to obstetric and gynecology clinics. These masses originate from various organs such as alimentary, urinary and genital systems.

In this survey demographic and clinical characters of 250 patients with pelvic mass referred to shahid Akbarabadi hospital in 2 consecutive years were studied retrospectively. Chronic abdominal pain and abnormal uterine bleeding were common complaints of patients.

In young patients, the majority of masses were due to complications of pregnancy such as ectopic pregnancy. Leiomyoma and adenomyosis were most common histologic diagnosis. Almost always preoperative sonographic diagnosis were compatible with operative findings.

Key words: *1- Pelvic mass*
2- Leiomyoma
3- Ectopic pregnancy

* *Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-12-30]