بررسی فراوانی ۲۰ ساله تومورهای تخمدان در بیمارستان دکتر شریعتی و توزیع سنی آن‌ها

*دکتر مریم کاشانیان I
دکتر ناصر کمالیان II
دکتر کتایون افشارپاد III

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی فراوانی انواع تومورهای تخمدان در یک دوره ۲۰ ساله در بیمارستان شریعتی تهران از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۷٤ و نیز بررسی توزیع سنی بیماران بوده است. این مطالعه به صورت گذشته‌نگر روی بیمارانی که در فاصله زمانی فروردین ماه ۱۳۵۵ تا اسفند ماه سال ۱۳۷٤ در بیمارستان شریعتی تشخیص آسیب‌شناسی آن‌ها نئوپلازی‌های تخمدان بود، صورت گرفت سپس فراوانی انواع تومورها و نیز توزیع سنی آن‌ها بررسی شد. از ٤۹۳ مورد نئوپلازی تخمدان بررسی شده، تومورهای اپی‌تلیالی سطحی با ۲۸۳ مورد(٥۷/٤٪ کل تومورها) بیش‌ترین تعداد را تشکیل می‌دادند. سایر موارد شامل ۱٥۲ مورد تومور ژرم سل(۳۰/۸۳٪) و ۳۱ مورد(٦/۲۸٪) تومور طناب جنسی و ۲٤ مورد تومور متاستاتیک(٤/۸٦٪ کل تومورها) بود. از ۳ مورد باقی‌مانده ۲ مورد لوتئوم و ۱ مورد کندروما بوده است. شایع‌ترین تومور خوش‌خیم تخمدان، کیست درمویید(۳۹/٥۳٪) و پس از آن سروسیت آدنوما با ۲۹/۹٤٪ و موسینوس سیست آدنوما با ۱٤/۸۲٪ مشاهده شد. شایع‌ترین تومورهای بدخیم تخمدان تومورهای سروزی بدخیم بودند(٥۳/٦۹٪ تومورهای بدخیم) و متاستازها(۱٦/۱٪ تومورهای بدخیم) و موسینوس سیست آدنوکارسینوما(۱٤/۰۹٪ تومورهای بدخیم) در رده‌های بعدی قرار گرفته بودند. اغلب تومورها در این مطالعه، در رده سنی ۳۰-۲۱ سال مشاهده شدند(۱۱۱ نفر) و پس از آن ۹۹ نفر در رده سنی ٦۰-٥۱ سال و ۹٦ نفر در رده سنی ٤۰-۳۱ سال قرار داشتند. در این مطالعه، میزان تومورهای اپی‌تلیالی سطحی کم‌تر از مطالعات جهانی و ژرم سل تومها بیش از سایر مطالعات بوده است که شاید به علت جمعیت جوان‌تر بیماران این مطالعه باشد(اغلب تومورها در رده سنی ۳۰-۲۱ سال بودند) هم‌چنین متاستازها درصد بالاتری از تومورهای بدخیم را تشکیل می‌دادند(نسبت به سایر مطالعات) که می‌تواند نشان دهنده تشخیص دیرهنگام بدخیمی باشد. در گروه تومورهای طناب جنسی، بیش‌ترین تعداد را فیبروتکوما تشکیل می‌داد در حالی که در سایر مطالعات، تومورهای گرانولوزا تکاسل بیش‌ترین تعداد را داشتند که عوامل نژادی را نیز باید در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: ۱ – تومورهای تخمدان ۲ – تومورهای خوش‌خیم تخمدان ۳ – تومورهای بدخیم تخمدان

مقدمه

تومورهای تخمدان به دلیل مرگ و میر بالای ناشی از آن از اهمیت فراوانی برخوردار هستند و بیش‌ترین نسبت مرگ‌ومیر به ازای تعداد موارد مشاهده شده(Fatality to case ratio) را در بین تمام سرطان‌های دستگاه تناسلی دارا

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه دکتر کتایون افشارپاد جهت دریافت درجه دکترای عمومی به راهنمایی دکتر مریم کاشانیان و مشاوره دکتر ناصر کمالیان، سال ۱۳۷٥.

I) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.(*مولف مسئول)
II) استاد گروه آسیب‌شناسی، بیمارستان دکتر شریعتی، بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی تهران.
III) پزشک عمومی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

می‌باشند.[۱] میزان مرگ ناشی از آن در ایالات متحده ۱۳۹۰۰ مورد در سال و تعداد موارد جدید بیش از ۲۳۳۰۰ مورد در سال گزارش شده است.[۲] سرطان تخمدان دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی و شایع‌ترین علت مرگ ناشی از بدخیمی‌های دستگاه تناسلی[۳] و شایع‌ترین نئوپلازی دستگاه تناسلی در ۲ دهه اول زندگی است.[٤] تومورهای تخمدان به علت ساختار بافت‌شناسی از تنوع زیادی برخوردار می‌باشند هم‌چنین تنوع زیادی در شیوع سرطان‌های تخمدان و نیز انواع تومورهای تخمدان در جوامع مختلف وجود دارد. بیش‌ترین میزان سرطان تخمدان در اسکاندیناوی و پس از آن در اسرائیل و ایالات متحده گزارش شده است و کم‌ترین میزان آن متعلق به کشورهای در حال توسعه و ژاپن می‌باشد.[٥] هدف از این مطالعه بررسی فراوانی انواع تومورهای تخمدان و نیز توزیع سنی آن‌ها در یک فاصله زمانی ۲۰ ساله بوده است تا بدین ترتیب شاید مقدمه‌ای برای بررسی وضعیت این تومورها در ایران باشد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت گذشته‌نگر(retrospective) در بیمارستان شریعتی تهران روی بیمارانی که در فاصله زمانی اول فروردین سال ۱۳۵۵ تا پایان اسفند ۱۳۷٤ در بیمارستان بستری شده و تشخیص تومورهای نئوپلازیک تخمدان در بررسی آسیب‌شناسی برای آن‌ها گذاشته شده بود، صورت گرفت و تعداد توده‌های نئوپلازیک(خوش‌خیم یا بدخیم)، نوع تومور و سن بیماران بررسی گردید.

نتایج

در مجموع ٤۹۳ مورد تومور تخمدان مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد ۳٤٤ مورد(٦۹/۷۷٪) خوش‌خیم و ۱٤۹ مورد(۳۰/۲۲٪) بدخیم بودند. از ٤۹۳ مورد، ۲۸۳ مورد (٥۷/٤٪) تومورهای اپی‌تلیالی سطحی، ۱٥۲ مورد(۳۰/۸۳٪) ژرم سل تومور، ۳۱ مورد(٦/۲۸٪) تومورهای طناب جنسی، ۲٤ مورد(٤/۸٦٪) متاستاتیک و ۳ مورد(موارد نادرتر) لوتئوما و کندروما بود(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- فراوانی نسبی تومورهای تخمدان در گروه‌های اصلی

گروه تومور	فراوانی نسبی در بیمارستان شریعتی		فراوانی نسبی در سایر مراجع (۱و ۳)
	درصد	تعداد	
تومورهای اپی‌تلیالی سطحی n=۲۸۳	(٥۷/٤٪)	۲۸۳	٪۷۰-۷٥
تومورهای ژرم سل n=۱٥۲	(۳۰/۸۳٪)	۱٥۲	٪۱٥-۲٥
تومورهای طناب جنسی n=۳۱	(٦/۲۸٪)	۳۱	٪٥-۸
تومورهای متاستاتیک n=۲٤	(٤/۸٦٪)	۲٤	٪٥-٦

از ۳٤٤ مورد تومور خوش‌خیم، ۱۷۸ مورد آن(٥۱/۷٤٪) به گروه تومورهای اپی‌تلیال سطحی تعلق داشت که شامل ۱۰۳ مورد سروسیت آدنوما(۲۹/۹٤٪ کل موارد خوش‌خیم)، ٥۱ مورد موسینوس سیست آدنوما(۱٤/۸۲٪ کل موارد خوش‌خیم)، ۱٦ مورد سیست آدنوما فیبروما(٤/٦٥٪ از کل موارد خوش خیم) و ۸ مورد(۲/۳۲٪) تومور برنر بود. تمام موارد تومورهای برنر، خوش‌خیم و بدون تغییرات پرولیفراتیو و بدخیم بودند.

از ۳٤٤ مورد تومور خوش‌خیم، ۱۳٦ مورد(۳۹/٥۳٪) در گروه ژرم سل‌های خوش‌خیم(تراتوم بالغ کیستیک یا کیست درمویید) قرار داشت که شایع‌ترین تومور خوش‌خیم تخمدان نیز می‌باشد. تومورهای خوش‌خیم طناب جنسی ۲۷ مورد(۷/۸٤٪) را شامل می‌شد که تکوما، فیبروما و فیبروتکوما و سرتولی لیدیگ سل در این گروه قرار داشتند(تمام موارد سرتولی لیدیگ سل تومور با تمایز خوب و خوش‌خیم بودند). تومورهای خوش‌خیم مزانشیمی و سایر موارد شامل لیومیوماکندروما و لوتئوما ۳ مورد (۰/۸۷٪) بود. از ۱٤۹ مورد تومور بدخیم تخمدان، ۸۰ مورد (٥۳/٦۹٪) تومور سروزی بدخیم، ۲٤ مورد متاستاز (۱٦/۱٪)، ۲۱ مورد(۱٤/۰۹٪) تومور موسینی بدخیم، ٥ مورد دیس‌ژرمینوما(۳/۳٥)، ٤ مورد(۲/٦۸٪) از هر یک از کارسینوم‌های تمایز نیافته(اندیفرانسیه) و تومورهای سلول

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

گرانولوزا و تراتوم بدخیم و ۷ مورد(٤/٦٩٪) کوریوکارسینوما، آرنوبلاستوما، اندودرمال سینوس تومور، لنفوم، ژرم سل تومور مخلوط بودند. هیچ موردی از تومور آندومتریوئید و clear cell کارسینوما مشاهده نشد.

توزیع فراوانی تومورهای اپی‌تلیالی سطحی خوش‌خیم و بدخیم و نیز ژرم سل تومورهای خوش‌خیم و بدخیم و تومورهای طناب جنسی در جدول‌های شماره ۲، ۳و ٤ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی تومورهای تخمدان برحسب انواع تومورها در دسته اصلی

متاستاتیک n=٢٤	سکس کورداسترومال n=٣١		ژرم سل تومورها n=١٥٢		تومورهای اپی‌تلیال سطحی n=٢٨٣	
متاستاز از GI ١٩(٪٧٩/٦)	بدخیم ٤(٪١٢/٩)	خوش‌خیم ٢٧(٪٨٧/٠٩)	بدخیم ١٦(٪١٠/٥٢)	خوش‌خیم ١٣٦(٪٨٩/٤٧)	بدخیم ١٠٥(٪٣٧/١)	خوش‌خیم ١٧٨(٪٦٢/٨٩)
متاستاز از پستان ٤(٪١٦/٦٦)	گرانولوزاتکاسل تومور (٪١٢/٩)٤	فیبروتکوما ١٩(٪٧٠/٣٧)	دیس‌ژرمینوم ٥(٪٣١/٢٥)	تراتوم بالغ کیستیک ١٣٦(٪٨٩/٤٧)	سروسیت آدنوکارسینوما ٨٠(٪٧٦/١٩)	سروسیست آدنوما ١٠٣(٪٥٧/٨٦)
متاستاز از رحم ١(٪٤/١٦)		سرتولی‌لیدیگ تومور (٪١٤/٨١)٤	تراتوم بدخیم ٤(٪٢٥)		موسینوس سیست آدنوکارسینوما (٪٢٠)٢١	موسینوس سیست‌آدنوما ٥١(٪٢٨/٦٥)
		تکوما ٣(٪١١/١١)	ژرم سل مخلوط ٤(٪٢٥)		کارسینوم تمایز نیافته ٤(٪٣/٨)	سیست آدنوفیبروما ١٦(٪٨/٩٨)
		فیبروما ١(٪٣/٧)	آندودرمال سینوس تومور (٪١٢/٥)١			تومور برنر (٪٤/٤٩)٨
			کوریوکارسینوما ١(٪٦/٢٥)			٨(٪٤/٤٩)

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی انواع تومورهای خوش‌خیم و بدخیم تخمدان به ترتیب شیوع

بدخیم n=١٤٩		خوش‌خیم n=٣٤٤	
	تعداد(درصد)		تعداد(درصد)
سروسیست آدنوکارسینوما	٨٠(٪٥٣/٦٩)	تراتوم بالغ کیستیک (کیست درمویید)	١٣٦(٪٣٩/٥٣)
متاستاز	٢٤(٪١٦/١)	سروسیست آدنوما	١٠٣(٪٢٩/٩٤)
موسینوس سیست آدنوکارسینوما	٢١(٪١٤/٠٩)	موسینوس سیست آدنوما	٥١(٪١٤/٨٢)
دیس‌ژرمینوما	٥(٪٣/٣٥)	فیبروتکوما	١٩(٪٥/٥٢)
گرانولوزاتکاسل تومور	٤(٪٢/٦٨)	سیست آدنوفیبروما	١٦(٪٤/٦٥)
تراتوم بدخیم	٤(٪٢/٦٨)	تومور برنر	٨(٪٢/٣٢)
کارسینوم تمایز نیافته	٤(٪٢/٦٨)	سرتولی لیدیگ سل تومور	٤(٪١/١٦)
ژرم سل مخلوط	٤(٪٢/٦٨)	تکوما	٣(٪٠/٨٧)
اندودرمال سینوس تومور	٢(٪١/٣٤)	لوتئوما	٢(٪٠/٥٨)
کوریوکارسینوما	١(٪٠/٦٧)	فیبروما	١(٪٠/٢٩)
		کندروما	١(٪٠/٢٩)

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی دسته‌های اصلی تومورهای تخمدان برحسب خوش‌خیم و بدخیم بودن

دسته اصلی تومور	بدخیم n=١٤٩	خوش‌خیم n=٣٤٤
اپی‌تلیالی	١٠٥(٪٧٠/٤٦)	١٧٨(٪٥١/٧٤)
ژرم سل تومور	١٦(٪١٠/٧٣)	١٣٦(٪٣٩/٥٣)
سکس کورداسترومال	٤(٪٢/٦٨)	٢٧(٪٧/٨٤)
متاستاز	٢٤(٪١٦/١)	

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

اغلب تومورها در رده سنی ۳۰-۲۱ سال دیده شد(۱۱۱ مورد) و در ۲ دهه ۲۰-۱۱ و ۳۰-۲۱ سال شایع‌ترین تومور، کیست درمویید یا تراتوم بالغ کیستیک بود که با افزایش سن به تدریج از شیوع آن کاسته شده و شیوع اپی‌تلیال تومورها افزایش یافته بود(جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵- توزیع نسبی تومورهای خوش‌خیم و بدخیم تخمدان از نظر رده سنی

رده سنی	خوش‌خیم (درصد)تعداد	بدخیم (درصد)تعداد	شایع‌ترین تومور (درصد)تعداد
۱-۱۰ n=۲	۱(٪۵۰)	۱(٪۵۰)	-
۱۱-۲۰ n=۵۷	۴۸(٪۸۴/۲۱)	۹(٪۱۵/۷۸)	۲۴(٪۴۲/۱) تراتوم بالغ کیستیک
۲۱-۳۰ n=۱۱۱	۹۱(٪۸۱/۹۸)	۲۰(٪۱۸/۰۱)	۴۸(٪۴۳/۲۴) تراتوم بالغ کیستیک
۳۱-۴۰ n=۹۶	۷۹(٪۸۲/۲۹)	۱۷(٪۱۷/۷)	۲۹(٪۳۰/۲) تراتوم بالغ کیستیک ۲۹(٪۳۰/۲) سروسیست آدنوما
۴۱-۵۰ n=۹۵	۶۳(٪۶۶/۳۱)	۳۲(٪۳۳/۶۸)	۲۴(٪۲۵/۲۶) سروسیست آدنوما
۵۱-۶۰ n=۹۹	۴۵(٪۴۵/۴۵)	۵۴(٪۵۴/۵۴)	۴۳(٪۴۳/۴۳) سروسیست آدنوکارسینوما
>۶۱ n=۳۳	۱۷(٪۵۱/۵۱)	۱۶(٪۴۸/۴۸)	۱۰(٪۳۰/۳) سروسیست آدنوکارسینوما

بحث

در جدول شماره ۱ تومورهای تخمدان در مطالعه حاضر با سایر منابع مقایسه شده است.[۱و ۳] در مطالعه حاضر تومورهای اپی‌تلیالی سطحی کم‌تر و ژرم سل تومورها بیش از سایر مطالعات بوده است که شاید به علت جمعیت جوان‌تر بیماران در مطالعه حاضر باشد به طوری که اغلب بیماران در رده سنی ۳۰-۲۱ سال قرار داشتند.

در مطالعه‌ای که توسط Pilli و همکاران[۶] در هند روی ۲۸۲ مورد تومور تخمدان صورت گرفت، اپی‌تلیال تومورها ۷۰/۹٪، ژرم سل تومورها ۲۱/۲٪، سکس کورداسترومال تومورها ۶/۷٪ و تومورهای متاستاتیک ۰/۷٪ را تشکیل می‌دادند که میزان اپی‌تلیال تومورها بیش‌تر و ژرم سل تومورها و تومورهای متاستاتیک از مطالعه حاضر کم‌تر بوده است. در مطالعه ذکر شده شایع‌ترین تومورها به ترتیب سروسیست آدنوما(۴۲/۹٪)، موسینوس سیست آدنوما(۲۵/۵٪) و کیست درموید(۱۷٪) بودند. میزان خوش‌خیم بودن تومورها(۷۵/۲٪) و بدخیمی آن‌ها(۲۴/۸٪) به مطالعه حاضر نزدیک بوده است.

در مطالعه دیگری که در چین توسط Shi و همکاران[۷] صورت گرفت، تومورهای اپی‌تلیالی ۵۴/۹٪، ژرم سل تومورها ۱۸/۲٪ و سکس کوردها ۸/۵٪ و متاستاز ۹/۷٪ و سایر تومورها ۸/۷٪ موارد را تشکیل می‌دادند که به مطالعه حاضر نزدیک می‌باشد. در مطالعه ذکر شده توزیع تومورهای تخمدان متفاوت با سایر نقاط دنیا گزارش شد و تومورهای اپی‌تلیالی کم‌تر از سایر کشورها بوده است اما ژرم سل تومورها و سکس کورد تومورها ۶ و ۳ برابر بیش‌تر بودند که شاید بیان کننده استعدادهای نژادی خاص یا عوامل زمینه‌ای دیگر باشد.

در مطالعه حاضر ۶۹/۷۷٪ تومورها خوش‌خیم و ۳۰/۲۲٪ تومورها بدخیم بودند. در مطالعه احمد و همکاران[۸] روی ۵۰۶ تومور تخمدان، ۵۹/۱۸٪ آن‌ها خوش‌خیم و ۴۰/۸۱٪ بدخیم مشاهده شدند و شایع‌ترین تومور خوش‌خیم، مشابه مطالعه حاضر کیست درموید و شایع‌ترین تومور بدخیم سروسیست آدنوکارسینوما بوده است که مشابه مطالعه حاضر می باشد. در مطالعات دیگر[۷، ۹و ۱۰] نیز میزان تومورهای خوش‌خیم ۷۵-۷۰٪ و تومورهای بدخیم ۳۰-۲۵٪ گزارش شده‌اند.

در مطالعه‌ای که توسط Tuneer و همکاران[۱۱] روی ۲۱۲ تومور خوش‌خیم اپی‌تلیالی انجام شد، ۴۹٪ تومورها سروز، ۴۴/۳٪ موسینوس و ۶/۷٪ برنر بودند که در مطالعه حاضر این درصدها به ترتیب ۵۷/۸۶٪ سروز، ۲۸/۶۵٪ موسینوس به دست آمد و درصد تومور موسینوس کم‌تر و سروز بیش‌تر بوده است. در مطالعه Pilli[۶] نیز ۴۲/۹٪ تومورها سروز و ۲۵/۵٪ موسینوس گزارش شدند که به مطالعه حاضر نزدیک‌تر است.[۱، ۹] شایع‌ترین تومور بدخیم در مطالعه حاضر سروسیست آدنوکارسینوما بود که

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

۵۳/۶۹٪ تومورهـای بدخیـم را تشـکیل مـی‌داد. در مطالعـات دیگر نیز این آمار صادق بوده است.[۱، ۳و ۸]

شایع‌ترین تومور خوش‌خیـم تخمـدان در مطالعـه حـاضر مانند سایر مطالعات تراتوم بالغ کیستیک(کیسـت درمویيـد) مشاهده شد[۳و ۸] و در ۲ دهه اول زندگی ژرم سل تومورهـا ۵۲/۵٤٪ از تومورهای تخمـدان را تشکیـل می‌دادنـد کـه بـا منابع دیگر مطـابقت دارد.[۱، ٤، ۹، ۱۲، ۱۳و ۱٤] در مطـالعـه حـاضر در ۲ دهه اول ۸ مورد تومـور بدخیـم وجـود داشـت کـه ۷ مورد آن ژرم سل تومور بوده اسـت(۸۷/۵٪). ایـن نتیجـه بـا مطالعـات Percorelli[۱۵] و Norris[۱٦] هم‌خوانـی دارد. هم‌چنین در مطالعه حاضر ۲۲/۵۸٪ از ژرم سـل تومورهـا در ۲ دهه اول زندگی بدخیم بودند کـه ایـن مـیزان بـه نتـایج بـه دسـت آمـده از مطالعـات دیگـر نزدیـک اسـت($\frac{۱}{۳}$ مـوارد بدخیم).[۱، ۹و ۱۷]

شایع‌ترین تومور ژرم سل بدخیم، دیس ژرمینوما است که ٤۵-۳۰٪ تومورهـای بدخیـم ژرم سـل و ۳-۱٪ تمـام بدخیمی‌های تخمدان را تشکیل می‌دهد.[۱، ۳، ۹، ۱۲و ۱۷] این مطلب در مطالعـه حـاضر نـیز مشـاهده شـد. تمـام مـوارد دیس‌ژرمینوما در این مطالعـه زیـر ۲۰ سـال بودنـد کـه در مطالعات دیگر نیز[۱، ۱۸و ۱۹] به آن اشاره شـده اسـت. دومـین ژرم سـل تومور بدخیم تراتـوم بدخیـم می‌باشـد[۱و ۳] کـه در مطالعه حاضر نیز این مسئله صادق بـوده اسـت. آندودرمـال سینـوس تومـور در درجـه‌بعدی قـرار مـی‌گیرد[۱، ۱۸و ۲۰] کـه مشابه مطالعه حـاضر می‌باشـد. در ایـن مطالعـه، آمبریونـال کارسینوما وجود نداشت و در مطالعات دیگر نیز[۱و ۲۱] بسیار نادر گزارش شده است.

تومورهای سـکس کورداسـترومال ۸-۵٪ از بدخیمی‌هـای تخمـدان را در گزارش‌های متفاوت تشـکیل می‌دهنـد[۱، ۱۸، ۲۲و ۲۳و ۲٤] کـه ایـن مطلـب بـا مطالعـه حـاضر هم‌خوانـی دارنـد. شایع‌ترین فرم هیستولوژیک در مطالعات اشنایدر[۲۵] و سـایر منابع[۱و ۳] گرانولوزا تکاسل تومور بود اما در مطالعه حـاضر تعداد آن کم‌تر بوده است و فیبروتکوما بیش‌ترین تعداد را بـه خـود اختصـاص داده بـود. مطالعـات انجـام شـده روی نئوپلاسم‌های تخمدان در کودکی و بلوغ[٤، ۱۲، ۱۳، ۱٤و ۲٦] نشـان داده‌اند کـه بعـد از ژرم سل تومورها، تومورهـای اپی‌تلیـالی از نظر شیوع قـرار دارنـد کـه بـا مطالعـه حـاضر هم‌خوانـی دارد.

طبق گزارش‌های متفاوت تومورهـای متاسـتاتیک ٦-۵٪ از تومورهای تخمدان را تشکیل می‌دهند[۳، ۱۰و ۲۷] کـه در مطالعـه حـاضر نـیز ٤/۸٦٪ از کـل تومورهـا متاسـتاتیک بودنـد ایـن تومورها بعد از سروسیست آدنوکارسینوما دومین بدخیمـی شایع در تخمدان مشاهده شدند که از منابع دیگر بیش‌تر بود.

شایع‌ترین مکان تومور اولیه[۲۸و ۲۹] دستگاه گـوارش(۷۲٪) و بعد پستان(۱۷٪) می‌باشد که در این مطالعه نیز چنین بـوده است. به طور کلـی در مطالعـه انجـام شـده مـیزان ژرم سـل تومورهـا از سـایر منـابع بیش‌تـر و تومورهـای اپی‌تلیـالی سطحی کم‌تـر بـود کـه می‌توانـد بـه علـت جمعیـت جوان‌تـر بیماران این مطالعه باشد و پیشنهاد می‌شود کـه مطالعـه‌ای با کنتـرل عامـل سـن صورت گیرد. هم‌چنین متاستازها درصد بیش‌تری از بدخیمـی را بـه خـود اختصـاص داده بودنـد کـه شاید بخشی از آن به علت تشخیص دیررس سرطان‌ها باشد. تعداد سلول‌های گرانولوزا تکاسل نیز نسبت به مطالعات دیگر کم‌تر بود و گروه کوچکـی را در تورمورهـای طنـاب جنسـی تشکیل می‌دادند که مسایل نژادی زمینـه می‌تواننـد از عوامـل موثر باشند.

منابع

1- Berek JS. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott williams and wilkins; 2002. P. 1245-60.

2- Jemal A, Thomas A, Murray T. Cancer statistic, 2002. CA cancer J Clin 2002; 52(1): 23-47.

3- Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's gynecology and women's health. 7th ed. St louis: Mosby; 1999. P. 66-179.

4- Hassan E, Creatsas G, Deligeorolgou E, Michalas S. Ovarian tumors during childhood and adolescence. A clinicopathological study. Eur J Gyn oncol 1999; 20(2): 124-6.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

5- Muir C. Cancer incidence in five continents. IARC Sci publ 1987; 88(10): 892-3.

6- Pilli GS, Sunecta KP, Dhaded AV, Yenni VV. Ovarian tumors, a study of 282 cases. J Indian Med Assoc 2002 Jul; 100(7): 420-3.

7- Shi Y, Ye D, Lu W, Zhao C, Xu J, Chen L. Histological classification in ovarian malignant tumors in China. Zhonghua FU Chan Ke Za Zhi 2002 Feb; 37(2): 97-100.

8- Ahmad Z, Kayani N, Hassan SH, Muzaffar S. Histological pattern of ovarian neoplasma. J Pak Med Assoc 2000 Dec; 50(12): 416-9.

9- Cusido MT, Jorda B, Gonzalez J, Garcia A. Ovarian germ cell tumors. Eur J Gyn oncol 1998; 12(2): 130-4.

10- Nowak M, Szpakowaki M, Malinowski A. Ovarian tumors in the reproductive age group. Ginekol pol 2002 Apr; 73(4): 354-8.

11- Tuncer ZS, Gunalp S, Aksu T, Ayhan A. Benign epithelial ovarian tumors. Eur J Gyn Oncol 1998; 19(4): 391-3.

12- Fotion SK. Ovarian malignancies in adolescence. Ann N Y Acad Sci 1997 Jun; 17(5): 338-46.

13- Morowitz M, Huff D, Von Allmen D. Epithelial ovarian tumors in children: a retrospective analysis. J Pediatr surg 2003 Mar; 38(3): 331-5.

14- Junaid TA. Ovarian neoplasma in children and adolescent. Cancer 1981 Feb; 47(3): 610-4.

15- Pecorelli S, Odicino F, Maisonneuve P. Carcinoma of the ovary. Annual report on the results of treatment of gynecological cancer. J Epidemiol Biostat 1998; 3(1): 75-102.

16- Norris HJ, Jenson RD. Relative frequency of ovarian neoplasms in children and adolescents. Cancer 1972; 30(8): 713-9.

17- Khanna S, Aya NC, Gupta IM, Gupta S, Singhal G. Germ cell tumors in Indian children. J Surg Oncol 1988 Apr; 37(4): 235-8.

18- Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. P. 3-38.

19- Gershenson DM. Management of early ovarian cancer germ cell and sex-cord stromal tumors. Gyn Oncol 1994; 55(S): 62-72.

20- Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. Curr opin ob Gyn 1997; 9(1): 44-7.

21- Ueda G1 Abe Y, Yoshida M. Embryonal carcinoma of the ovary: a six year survival Gyn oncol 1990; 31(4): 287-92.

22- Imai A, Furui T, Tamaya T. Gynecologic tumors and symptoms in childhood and adolescence, 10 years experience. Int J Gyn ob 1994; 45(3): 227-34.

23- Young RE, Scully RE. Ovarian sex cord-stromal tumors: Proldems in differential diagnosis. Pathol Annu 1988; 23(3): 237-96.

24- Segal R, Depetrillo AD, Thomas G. Clinical review of adult granulosa cell tumors of the ovary. Gyn oncol 1995; 56(5): 338-44.

25- Schneider DT, Janig U, Calaminus G, Gobel U. Ovarian sex cord-stromal tumors, a clinicopathological study. Virchows Arch 2003 Oct; 443(4); 549-60.

26- Zuntova A, Teslik L, Smelhaus V. Superficial epithelial ovarian tumors in adolescent girls. Cesk Patol 1997 Feb; 33(1): 9-20.

27- Curtin JP, Barakat RR, Hoskins WJ. Ovarian disease in women with breast cancer. Ob Gyn 1994; 84(5): 449-52.

28- Yazigi R, Sandstad J. Ovarian involvement in extragenital cancer. Gyn Oncol 1989; 34(1): 84-7.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

29- Petru E, Pickel H, Heydarfadai M. Non genital cancers metastatic to the ovary Gyn oncol. 1992; 44(1): 83-6.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Frequency and Age Distribution of Ovarian Tumors in Shariati Hospital over a 20-year Period

***M. Kashanian MD** [I] **N. Kamalian, MD** [II] **K. Afsharpad, MD** [III]

Abstract

The objective of the present study was to evaluate the frequency of ovarian tumors over a 20-year period and the age distribution of these tumors. A retrospective study was performed on ovarian tumors which were diagnosed in Shariati Hospital between 1976-1995, and had pathologic report. Frequency and age distribution of tumors were then evaluated. Of 493 evaluated ovarian neoplasia, surface epithelial tumors seen in 283 cases (57.4%) were the most frequent tumors. After that there were germ cell tumors in 152 cases (30.83%) and then sex-cord stromal tumors in 31 cases (6.28%). Metastatic tumors were in 24 cases (4.86%) and the 3 remaining cases were 2 cases of luteoma and 1 case of chondroma. The most frequent benign neoplasia of ovary was dermoid cyst (mature cystic tratoma) (39.53%) and after that scrocystadenoma (29.24%) and mucinous cyst adenoma (14.82%). The most frequent malignant neoplasia of ovary was malignant scrous tumors (53.69%) and after that there were metastatic tumors (16.1%) and mucinous cyst adenocarcinoma (14.09%). The greatest number of patients (111 cases) were in 21-30 age group and after that 99 patients were in 51-60 age group and 96 patients were 31-40 years old. In our study, surface epithelial tumors were less than the other world statistics and germ cell tumors were more than other studies which was probably due to younger age of our patients (the most frequent number of patients were in 21-30 age group). Metastatic tumors were more frequent in this study and it is probably because of late diagnosis of malignancies. In sex-cord stromal tumors the most frequent number of tumors was fibrothecoma in this study, whereas in the other studies, the most prevalent sex-cord stromal tumor is granulosa-theca cell tumors. Racial factors may have a role in these differences.

Key Words: 1) Ovarian Tumors 2) Benign Ovarian Tumors

3) Malignant Ovarian Tumors

The present article is a summary of the thesis by K. Afsharpad, MD under supervision of M. Kashanian, MD and consultation with N. Kamalian, MD(1996).

I) *Assistant Professor of Gynecology and Obstetrics. Shahid Akbar Abadi Hospital, Molavi Ave. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*

II) *Professor of Pathology. Shariati Hospital. Tehran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

III) *General Practitioner.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]