معرفی مورد مادر باردار با آدنوم موسینی تخمدان (گزارش موردی)

جواد لک زایی[1]، لیلا اسدی[2]، مریم مرادی[2]، زهره مصلحی[3]، اکرم ثناگو[4]، لیلا جویباری[4]

۱. دانشجوی کارشناسی پرستاری،کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، دپارتمان مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳. متخصص زنان و زایمان، بیمارستان شهدای دوازدهم دی گنبدکاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان،گرگان، ایران

۴. دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هشتم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: سرطان تخمدان دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی و شایع‌ترین علت مرگ ناشی از بدخیمی‌های دستگاه تناسلی است. شایع‌ترین تومورهای اپی‌تلیال تخمدان تومورهای سروز بوده و تومورهای موسینوس از نظر فراوانی در مرتبه دوم قرار دارند. فرم خوش‌خیم آنها ۸ تا۱۰ درصد تومورهای اپی‌تلیال تخمدان را تشکیل می‌دهد. هدف از این مطالعه معرفی یک مورد سیست آدنوم موسینی تخمدان در یک خانم باردار است.

معرفی مورد: بیمار خانم باردار ۱۹ ساله ای $G_2P_1L_1$ می باشد که جهت سزارین تکراری به بیمارستان مراجعه نمود. حین جراحی سزارین، توده‌ای به شکل توپ با ابعاد حدودی ۸ در ۱۰ سانتی متر در ناحیه صفاق لمس گردید که با توجه به بررسی صفاق شکم سارکوم خلف صفاق مطرح گردید. از این‌رو بیمار پس از سزارین تحت سی تی اسکن قرار گرفت. یافته‌های آن نشان دهنده توده جامد با ابعاد ۱۰ در ۱۵ سانتی‌متر بود. با انتقال بیمار به یک مرکز فوق تخصصی و انجام $M.R.I$ و سونوگرافی، ابعاد افزایش یافته رحم و ضایعه کیستیک با جدار نسبتا ضخیم در لگن، کیست آدنوم موسینوس تخمدانی بزرگ تایید شد. درمان علامتی تا زمان کاهش اندازه رحم صورت گرفت و لیزر درمانی پس از یک ماه انجام شد که موفقیت آمیز بود.

نتیجه‌گیری: بیمار خانم باردار ۱۹ ساله‌ای بود که جهت سزارین تکراری (دومین سزارین) به بیمارستان مراجعه نموده بود. حین جراحی سزارین، غده‌ای به شکل توپ در ناحیه صفاق لمس گردید که با توجه به بررسی صفاق شکم به سارکوم خلف صفاق مطرح گردید. از این‌رو بیمار پس از سزارین بیمار تحت آزمایش و بررسی‌های رادیوگرافی قرار گرفت که در نهایت تشخیص کیست آدنوم موسینوس تخمدانی بزرگ تایید شد و لیزر درمانی برای بیمار انجام گرفت که موفقیت آمیز بود.

واژه‌های کلیدی: کیست تخمدان، موسینوس‌سیست آدنوم تخمدان، بارداری.

آدرس مکاتبه: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، مجموعه آموزش عالی مرجوم فلسفی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری.

پست الکترونیکی:*jouybari@goums.ac.ir*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

تومورهای تخمدان به دلیل مرگ و میر بالای ناشی از آن از اهمیت فراوانی برخوردار هستند و بیشترین نسبت مرگ و میر به ازای تعداد موارد مشاهده شده (نسبت مورد)، را در بین تمام سرطان‌های دستگاه تناسلی دارا هستند (۱). میزان مرگ ناشی از این بیماری در ایالات متحده ۱۳۹۰۰ مورد در سال و تعداد موارد جدید بیش از ۲۳۳۰۰ مـورد در سال گزارش شده است (۲). سرطان تخمدان دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی و شایع‌ترین علت مرگ ناشی از بدخیمی‌های دستگاه تناسلی است (۳). این سرطان مهم‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در آمریکا (۳) و شایع‌ترین نئوپلازی دستگاه تناسلی در دو دهه اول زندگی است (۴). شایع‌ترین تومورهای اپی‌تلیال تخمدان تومورهای سروزی می‌باشند (۷۵ درصد) و تومورهای موسینوس از نظر فراوانی در مرتبه دوم (۲۰ درصد) قرار دارند. تومورهای موسینوس تخمدان ممکن است خوش‌خیم، بینابینی یا بدخیم باشند (۵). فرم خوش‌خیم آنها ۸ تا۱۰ درصد تومورهای اپی‌تلیال تخمدان هستند (۶).

تومورهـای موسینی بینابینی تخمـــدان *borderline tumorsOvarian mucinous* به دو گروه مورفولوژیک تقسیم مـی‌شوند: نـوع شبه آندوسرویکال و نـوع روده‌ای (۷). ایـن دو زیر گروه خصوصیات بالینی متفاوتی را از خود به نمایش می‌گذارند و فنوتیپ ایمونولوژیک آنها به میزان کافی مورد بحث قرار نگرفته است. در بیماران مبتلا بـه آدنوکارسینوم موسینی در حفره شکم، در تفسیر اینکه منشا احتمالی تومور بر پایه پروفایل‌های ایمونوهیستوشیمی کدام نقطـه اسـت، بایـد احتیاط کافی داشت (۸). تومورهـای موسینی نـوع اندوسرویکال تخمـدان (مـــولرین) و تومورهـــای متشکل از مخلوط موسینی گونـــه آندوسرویکال، آندومتریوید سروز، اسکواموس و سلول‌های متحدالشکل و همسان غنی از سیتوپلاسم ائوزینوفیلی، تاکنون به عنوان تومورهایی که به طور اولیه به شکل بینابینی و با تهاجم کم عمل کرده‌اند،گزارش شده‌اند (۹). سیست آدنومای موسینی تقریبا ۲۵ درصد کل نئوپلاسم های خوش‌خیم تخمدان را تشکیل می‌دهند. متوسط سن بیماران ۲۰ تا۵۰ سالگی است. در ۲ تا ۳ درصد بیماران کیست دو طرفه می‌باشد. تومور از اپی‌تلیوم سطحی تخمدان منشا می‌گیرد. این اپی‌تلیوم مشابه آندوسرویکس، روده یا ترکیبی از هر دو می‌باشد (۱۰) که از یک لایه سلول‌های اپی‌تلیال استوانه‌ای بلند با سیتوپلاسم روشن موسینی تشکیل شده است و معمولا تمایل دارند از تومورهای سروزی بزرگ‌تر شوند (۶). به دلیل حجم زیاد این تومور بیماران معمولا با درد و توده قابل لمس لگن یا شکم مراجعه می‌کنند (۱۰). گاهی ابعاد این تومور به ۵۰ سانتی‌متر می‌رسد (۵). در صورت وقوع این تومور در دوران بارداری چنان چه سونوگرافی در اوایل حاملگی انجام نشود یا تومور در سونوگرافی گزارش نگردد، اختلاف ارتفاع رحم با سن حاملگی می‌تواند راهنمای خوبی برای انجام سونوگرافی باشد و درصورت عدم تشخیص بالینی، گاهی حین سزارین یا پس از زایمان طبیعی یا در صورت علامت‌دار شدن دوران بارداری تشخیص داده می‌شود. لذا تطابق سن حاملگی بر اساس *LMP* و ارتفاع رحم در معاینه بالینی در طی مراقبت‌های بارداری بسیار حائز اهمیت است. باید توجه داشت که انجام لاپاراتومی جهت خروج تومور در صورت اندیکاسیون خصوصاً در هفته ۲۴ حاملگی یا بعد از آن می‌تواند منجر به ایجاد انقباضات زودرس رحمی و زایمان زودرس و مرگ جنین شود (۱۱). بنابراین جهت پیشگیری از زایمان زودرس می‌بایست داروهای شل‌کننده رحم را به موقع برای بیمار تجویز نمود (۱۲). نحوه برخورد و درمان کیست‌های تخمدان به عوامل مختلفی مانند سن بیمار، ابعاد کیست و ماهیت بافت شناسی آن وابسته است (۱۳). در تومورهای خوش‌خیم موسینوس تخمدان، سیستکتومی یا اوفورکتومی یک‌طرفه انجام می‌گیرد. در بیمارانی که تمایل به حفظ بارداری خود دارند نیز می‌توان از جراحی‌های محافظه کارانه‌ای همچون سالپنگو اوفورکتومی استفاده کرد و برای سایر بیماران اکسزیون جراحی انجام می‌گیرد (۱۴). *Umezaki Y* در مطالعه‌ای نشان داد مارکر پروتئینی *S100P* در تومورهای موسینوسی تخمدان متمایز از هم هستند. او در این مطالعه بیان *S100P* را در سه زیر گروه تومورهای کیستیک موسینوس، آدنومای کیستیک و تومورهای *Borderline* طبقه بندی کردند.۶۰ نمونه (۲۴ مورد کیست آدنوم موسینوس، ۱۵مورد تومورهای بینابینی و ۲۱ مورد

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

آدنوکارسینوم) از نظر بیان *S100P* مورد بررسی قرار گرفتند. آزمایش‌های ایمونوهیستوشیمیایی نشان داد بیان *S100P* پیرو سه الگو بود: ۱- بیشترین بیان در هسته سلول‌های موسینوس تخمدان ۲- بیان اسپورادیک ۳- عدم بیان یا بیان به‌ندرت در هسته سلول‌های موسینوس تخمدان. اغلب آدنوماها نشان دادند اولین الگوی بیان و تومورهای *Borderline* اغلب یک الگوی بیان تکه‌تکه را نشان می‌دهند. آدنوکارسینوما به‌طورکلی، عدم بیان *S100P* را نشان داد. این داده‌ها نشان داد *S100P* یک مارکر هیستولوژیکی مفید برای تمایز بین تومورهای خوش‌خیم، *Borderline* و تومورهای موسینوسی بدخیم می‌باشند (۱۴).

Mizrachi Y در مطالعه خود نشان داد پارگی آدنومای کیستیک موسینوس در حین عمل، موجب افزایش عود نمی‌گردد. در این مطالعه ۷۲۲ خانم مبتلا به آدنوم موسینوس تخمدان از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ که عمل جراحی سیستکتومی و آدنکتومی برایشان انجام گرفته بود مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۸ (۵/۲ درصد) مورد آدنومای کیستیک موسینوس خوش‌خیم داشتند. بیشتر بیماران تحت لاپاراسکوپی قرار گرفتند (۹۴/۷ درصد)، نیمی از بیماران نیز تحت سیستکتومی و نیم دیگر تحت عمل آدنکتومی قرار گرفتند و یکی از بیماران به علت عود کیست، تحت عمل مجدد قرار گرفت. در ابتدا برای بیمار لاپاروسکوپیسیستکتومی انجام گردید که در طول عمل، پارگی کیست اتفاق نیفتاد که نتایج نشان داد عود آدنوما کیستیک موسینوس تخمدان غیرشایع است و همراه با پارگی حین عمل نمی‌باشد (۱۵). هدف از این مطالعه بررسی خطرات و سرانجام بیمار شناخته شده با کیست آدنوم موسینوس تخمدان می‌باشد.

معرفی مورد

بیمار خانم باردار ۱۹ ساله‌ای $G_2P_1L_1$ با سابقه یک بار سزارین، جهت سزارین تکراری در تاریخ ۱۳۹۵/۴/۶به بیمارستان مراجعه نموده بود. در حین سزارین توده‌ای به شکل توپ با ابعاد حدودی ۸ در ۱۰ سانتی‌متر در ناحیه پریتوئن مشاهده گردید. در بررسی داخل پریتوئن از انسزیون فن‌اشتاین یک توده جامد و *Semi moloilu* به ابعاد ۱۰×۱۵ با منشا رتروپویتین مشاهده شد که به عناصر داخل پریتوئن چسبندگی نداشت که احتمال سارکوم خلف صفاق مطرح گردید. سزارین با موفقیت انجام گردید و نوزاد ترم با آپگار ۸/۹ به دنیا آمد. پس از زایمان بیمار جز ضعف و بی‌حالی هیچ‌گونه علامت دیگری دال بر بیماری نداشت. نتیجه *CT Scan* در تاریخ ۱۳۹۵/۴/۹ نشان داد یک توده با ماهیت جامد به ابعاد *cm* ۱۰×۱۵ در ناحیه پریتوئن شکمی وجود داشت. آزمایشات بیوشیمیایی به شرح زیر برای بیمار انجام گردید. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱- آزمایشات بیوشیمیایی انجام گرفته در بیمارستان

بیوشیمیایی	
نوع آزمایش	نتیجه آزمایش
Total Protein	۵/۷*gr/dl*
Albumin	۳/۷*gr/dl*
BUN	۱۲*mg/dl*
Creatinine	۰/۸*mg/dl*
Na	۱۴۲*mEq/Lit*
K	۳/۹*mEq/L*

درمان دارویی استاندارد پس از سزارین شامل آنتی‌بیوتیک‌تراپی، سرم‌تراپی، مسکن و آهن برای بیمار تجویز گردید. بیمار پس از چهار روز بستری در تاریخ ۱۳۹۵/۴/۱۲ جهت ادامه درمان به بیمارستان انتقال یافت و آزمایش‌های بیوشیمی و هماتولوژی در تاریخ ۱۳۹۵/۴/۱۳ انجام شد (جدول

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

شماره ۲). در آنالیز ادرار به روش ماکروسکوپیک خون (۱+) در ادرار دیده شد و سایر موارد طبیعی بود. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۲- آزمایشات بیوشیمیایی و هماتولوژی در بیمارستان ۱۳۹۵/۴/۱۳

بیوشیمیایی	
نوع آزمایش	نتیجه آزمایش
AST	*12IU/L*
ALT	*9IU/L*
Bilirubin T	*0/4mg/dl*
Alkaline phosphatase	*207 U/L IU/L*
Serum Amylase	*45 IU/L*
FBS	*89mg/dl*
creatinine	*0/7mg/dl*
BUN	*11mg/dl*
Na	*143mEq/L*
K	*4/3mEq/L*
LDH	*925 U/ L High*
هماتولوژی	
ESR	*62mm/hr High*
PT	*12/5SEC*
PTT	*26/2Sec*
INR	*1*
WBC	*6/2*
RBC	*3/94*
HGB	*10/3gr/dl*
HCT	*33/9%*
MCV	*84/96 FL*
MCH	*25/81 PG*
MCHC	*30/38gr/dl*
PLT	*357*

جدول شماره ۳- نتایج آنالیز ادرار

Macroscopic	*Result*	*Microscopic*	*Result*
color	*Yellow*	*RBC*	*8-10*
Appearance	*Semi clear*	*WBC*	*1-2*
Specific Gravity	*1030*	*Epithelial Cell*	*1-2*
Nitrite	*Negative*	*Bacteria*	*Moderate*
Urobilinouzhen	*Negative*	*Cristal*	*Negative*
Blood	*Positive(+)*	*Casts*	*Negative*
Bilirubin	*Negative*	*Mucus*	*Few*
Protein	*Negative*		
Glucose	*Negative*		
Ketone	*Negative*		
PH	*5*		

نتیجه سونوگرافی شکم و لگن که در بیمارستان انجام شد نشان داد ابعاد رحم افزایش یافته (۱۳۰×۹۵×۸۰ *mm*) و قله رحم تا ۱۰*cm* بالای ناف کشیده شده است. همچنین در سطح پوستریولترال (خلفی جانبی) راست رحم در داخل لگن تصویر ضایعه کیستیک با جدار نسبتاً ضخیم*mm* ۴ مشاهده شد که دارای ابعاد حداقل ۱۵×۱۱۰×۱۳۰ و حجم *cc* ۹۰۰ بود. در قسمت پوستریومدیال (خلفی میانی) خود دارای سپتا بوده که ضخامت آن به *mm* ۴ می‌رسد اما درکالرداپلر رنگ‌پذیری خاصی از خود نشان نداد. اکوی منتشر در محتویات کیست مشهود بود. با توجه به اندازه ضایعه تعیین حدود فاسیایی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

ضایعه فوق دشوار شد. با این وجود براساس مجموع یافته‌های سونوگرافی در درجه اول کیست آدنوم موسینوس تخمدانی بزرگ و با احتمال کمتر آندومتریوما مطرح شد. اکوی میومتر هتروژن و ضایعه فضاگیر واضح در میومتر مشاهده نشد. مایع آزاد در حفره شکم و لگن وجود نداشت. با توجه به نتیجه سونوگرافی توصیه به *MRI* شد.

MRI جهت تشخیص افتراقی آندومتریوم و کیست آدنوما نشان داد یک کیست با سایز *mm* ۱۲۶×۱۵۲×۱۵۵ در حفره لگن قرار داشت که به کانال اوبتراتور راست گسترش پیدا کرده است. رحم از سایز عادی خود بزرگتر بود و علایم جراحی سزارین در سگمان تحتانی وجود داشت. همچنین در حفره آندومتریال مایع مشاهده گردید و سطح قدامی آندومتریوم، غیرطبیعی بود و تومور آندومتریال مشاهده نشد. با همه این تفاسیر تشخیص بر کیست آدنوم موسینوس تخمدانی داده شد. تنها درمان علامتی با قرص *D/S250* و *Ranitidine* برای بیمار انجام گرفت و در نهایت بیمار به دستور پزشک تا زمان کاهش تورم رحم از بیمارستان مرخص گردید تا در حدود یک ماه دیگر لیزدرمانی برای بیمار انجام گیرد. در مراجعه بعدی پس از گذشت یک ماه، تومور بیمار تحت لیزر درمانی به صورت موفقیت آمیزی خارج شد.

بحث و نتیجه گیری

بیمار مورد مطالعه ما خانم ۱۹ ساله ای است که در بارداری دوم خود، حین زایمان به روش سزارین، پزشک معالج متوجه توده‌ای نسبتا بزرگ به شکل توپ فوتبال در ناحیه پریتوئن می‌گردد. این توده در طول بارداری و سونوگرافی‌های روتین بارداری تشخیص داده نشده بود و توده در حین جراحی سزارین توسط متخصص زنان لمس گردیده و پس از آن اقدامات تشخیصی و درمانی از جمله *CT Scan* و در مرحله بعد سونوگرافی و *MRI* برای تشخیص قطعی‌تر صورت گرفت. طبق تشخیص پزشک مربوطه قرار شد در مراجعه بعدی پس از کاهش تورم رحم، لیزدرمانی جهت خروج تومور برای بیمار انجام گرفت که در حدود یک ماه بعد عمل لیزردرمانی خروج تومور به طور موفقیت‌آمیزی انجام شد و بیمار بدون مشکل خاصی ترخیص گشت.

در مطالعه سخاور تشخیص آدنوم موسینی در حین بارداری توسط سونوگرافی مشخص گردید در حالی‌که در این بیمار تشخیص با سونوگرافی‌های روتین بارداری امکان پذیر نشد (۱۶). تومور بیمار تحت نظر در مطالعه، از نوع خوش‌خیم بود اما در مطالعه‌ای که *Yong* از ۱۶ بیمار منتشر کرد، آدنوکارسینوم موسینی دهانه رحم با یک تومور موسینی در یک یا هر دو تخمدان دیده شد. طیف سنی بیماران از ۲۵ تا۷۰ سال (متوسط ۴۴ سال) متغیر بود و دو نفر از آنها سندرم پوتز جگر (*Peutz–Jeghers syndrome*) داشتند. شکایت ۸ بیمار از تورم شکمی بود و اغلب بیماران باقیمانده علایمی با منشا رحمی داشتند. ۱۲بیمار تومور دو طرفه و چهار بیمار تومور یک‌طرفه در تخمدان داشتند که به طور تیپیک بزرگ و کیستیک بود. بررسی میکروسکوپی اغلب تومورهای تخمدان، ترکیب‌های متنوعی از ظاهر خوش‌خیم، حد واسط یا کارسینوماتوز از اپیتلیوم موسینی را در داخل یک نمونه نشان داد (۱۷).

در مطالعه سخاوی بیمار از علائمی چون درد شکم تهوع و استفراغ مکرر شکایت داشت که در بیمار مورد مطالعه ما جز ضعف و بی‌حالی علامت دیگری گزارش نشد (۱۶). در مطالعه *CI Okafor* علایمی همچون تهوع، سرفه، زردی، خونریزی غیر طبیعی واژینال دیده نشد و رنگ پریدگی فقط کاهش وزن و ناراحتی خفیف شکمی دیده شد (۱۸). تومورهای خوش‌خیم معمولاً بدون علامت هستند ولی بعضی با تورم شکم و ناراحتی‌های ناشی از فشار تظاهر پیدا می‌کنند. وجود درد حاد شکمی شک به پیچ‌خوردگی، انفارکتوس یا خونریزی به داخل تومور را افزایش می‌دهد (۱۹). کاهش وزن می‌تواند نشان‌دهنده بدخیمی باشد اگرچه می‌تواند در تومورهای خوش‌خیم نیز چنین علامتی دیده شود (۲۰). در مطالعه*CI Okafor* در سونوگرافی لگن و شکم کیست از لگن به معده و روده گسترش پیدا کرده بود ولی در مطالعه ما کیست از لگن به اوبتراتور راست کشیده شده بود (۱۸). در مطالعه سخاور (۱۳۸۲) عمل لاپاراتومی در حین بارداری برای بیمار انجام گردید و سپس

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

درمان دارویی با پروژسترون و سولفات منیزیوم به منظور پیشگیری از شروع انقباضات رحم و زایمان زودرس تجویز شد. ولی در بیمار مورد نظر عمل جراحی به منظور برداشت تومور پس از زایمان انجام شد (۱۶). برای تومورهای خوش‌خیم جراحی‌های محافظه کارانه شامل سیستوکتومی، سالپینگو-اووفورکتومی انجام می‌گیرد (۱۹). ولی در مطالعه *CI Okafor* (۲۰۱۵) جراحی لاپاراتومی شد (۱۸) و در بیمار مورد مطالعه ما تومور را با لیزر درمانی خارج گردید.

نکته‌ای که در این مطالعه قابل تامل بود تشخیص دیر هنگام تومور بود که در حین زایمان سزارین توسط جراح تشخیص داده شد و قبل از زایمان آزمایش ها و بررسی های سونوگرافی علامتی از وجود تومور را نشان نداد. این درحالی است که تشخیص به موقع و قبل از تولد، می‌تواند از بروز عود و نشانه‌های شدیدتر بکاهد. همچنین با توجه به شیوع بالای مرگ و میر در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان توجه خاصی به این بیماران به خصوص مادران باردار جوانی که مبتلا به این بیماری هستند نیاز است. کسب شرح‌حال دقیق، آموزش صحیح علائم خطر به مادران باردار و همچنین بررسی‌های سونوگرافی با دقت و جستجوی بیشتر می‌تواند به غربالگری و تشخیص زودتر این بیماری در سنین پایین‌تر بارداری کمک کند.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه خانواده محترم بیمار در تمام مراحل این مطالعه و همچنین از پرسنل محترم بیمارستان مربوطه تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

Reference

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

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

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

4. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. CA Cancer J Clin 2010;60(5):277-300.

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

6. John A, Rock John D. Diagnostic and operative laparoscopy. Lindes TE. In: Operativegynecology. 8th ed. Philadelphia: William and Wilkins; 1997.407-8.

7. Jonathan SB, Adashi E, Paula A. Novak's gynecology.13th ed. California: William andWilkins; 2002.1248-9

8. Rodriguez IM, Irving JA, Prat J. Endocervical-like mucinous borderline tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of31 cases. Am J Surg Pathol 2004;28(10):1311-8.

9. Lin X, Lindner JL, Silverman JF, Liu Y. Intestinal type and endocervical-like ovarian mucinous neoplasms are immunophenotypically distinct entities. Appl Immunohistochem Mol Morphol 2008;16(5):453-8

10. Vang R, Gown AM, Farinola M, Barry TS, Wheeler DT, Yemelyanova A, et al. p16 expression in primary ovarian mucinous and endometrioid tumors and metastatic adenocarcinomas in the ovary: utility for identification of metastatic HPV-related endocervical adenocarcinomas. Am J Surg Pathol 2007;31(5):653-63.

11. Lusfer MR, Goldstein DP. Kistner's gynecology women's health.7th ed. Boston: Mosby;1999.177-9

12. Cunningham G, Leveno G, Wenstrom H. William's obstetrics.21th ed. Texas: 2001.1283.

13. Sakhavar N , Mir Teimoori M. Case report of huge musinous cyst adenoma in high risk pregnancy.Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences(Tabib-e-shargh) 2004, 5(4):271-4

14 .Sadidi H, Izadi-Mood N, Sarmadi S, Yarandi F, Amini-Moghaddam S, Esfahani F, et al. Comparison of clinicopathologic variables in coexistence cancers of the endometrium and ovary: A review of 55 cases in an academic center in Iran. J Res Med Sci 2015;20(8):727-32.

15. Shu Hui Zhao, MD, Jin Wei Qiang, MD, PhD, Guo Fu Zhang, MD, PhD, Shi Jia Wang, MD, Hai Ying Qiu, MD, and Li Wang, MD. MRI in differentiating ovarian borderline from benign mucinous cystadenoma: Pathological correlation :JOURNAL OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING 2014; 39 (1):162–166.

16 .Umezaki Y, Ito M, Nakashima M, Mihara Y, et al. S100P is a useful marker for differentiation of ovarian mucinous tumors. Eur J Gynaecol Oncol 2015;36:138-41.

17. Mizrachi Y, Weiner E, Keidar R, Kerner R, Golan A, Sagiv R.Intraoperative rupture of benign mucinous cystadenoma does not increase its recurrence rate. Arch Gynecol Obstet. 2015 May;291(5):1135-9. doi: 10.1007/s 00404-014-3543-7. Epub 2014 Nov 12.

18. Sakhavar N , Mir Teimoori M. Case report of huge musinous cyst adenoma in high risk pregnancy.Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-e-shargh) 1382.(4)5: 271-274.[Persian].

19. Young RH, Scully RE. Mucinous ovarian tumors associated withmucinous adenocarcinomas of the cervix. A clinicopathological analysis of 16 cases. Int J Gynecol Pathol 1988;7(2):99-111.

20.CI Okafor Giant Mucinous Cystadenoma in Nnewi, NigeriaAnn Med Health Sci Res. 2015 May-Jun; 5(3): 222–225

21. Alobaid AS: Mucinous cystadenoma of the ovary in a 12-year-old girl. Saudi Med J 2008, 29(1):126-128.

22. Nwobodo EI. Giant mucinous cystadenoma: Case report. Niger J Clin Pract. 2010;13:228–9.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

Case report of huge muscinus cyst adenoma in pregnancy

Lakzaei J[1], Asadi L[2], Moradi M[2], Moslehi Z[3] ، Sanagoo A[4], Jouybari L[4]

1.Nursing Student, Student Research Committee, Golestan University Of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Master of Midwifery, Department of Reproductive Health Research and Midwifery Consultation, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3.Obstetricians, Shohada Hospital Dey 12 Gonbad-e Qabus, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
4. Associate Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences,Gorgan Iran

Abstract

Background & Aim: *Epithelial ovarian tumors is the most common Serous tumors And Mucinosis tumors are in second in terms of plenty . Benign form of them are 8 to 10 percent of ovarian epithelial tumors . Interstitial ovarian mucinosis tumors With two Sub-Group of Endocervical-like and intestinal appears Different clinical characteristics. The purpose of this study is Introduction of a ovarian mucinous adenoma in a pregnant young woman.*
Ovarian cancer is the second most common cancer of the genitalia and is the most common cause of death due to genital malignancies. The most common epithelial tumors of the ovary are serous tumors and mucinous tumors are in second order. Their benign type forms 8 to 10% of the ovarian epithelial tumors. The aim of this study was to introduce a young pregnant woman with ovarian mucinous cyst adenoma.
Case report: *The patient is a 19 year-old pregnant woman, G2P1, who referred to the hospital for repeated cesarean section. During cesarean section, a small gland was touched in the peritoneum of the ball, which was considered by the examination of the peritoneum of the abdominal peritoneal sarcoma. The patient was then subjected to CT scan after cesarean section. The findings showed a solid mass of 10 by 15 inches. With the transfer of the patient to a specialist center and performing M.R.I and ultrasound, increased dimensions of the uterus and cystic lesion with a relatively thick wall in the pelvis and cysts of the large musine ovary adenoma were confirmed. Symptomatic treatment was performed until uterus decreased, and laser therapy was proposed after a month, which was successful.*
Conclusion: *The patient was pregnant woman 19-year-old that was referred to Shohada 12 dey Hospital in Gonbad-e Qabus For caesarean. when Cesarean surgery ، Was touched a gland (slightly smaller than a ball) In the peritoneum. that according to Abdominal peritoneal review ، Retroperitoneal sarcoma was propounded. therefore After Caesarean Several tests were performed for patient so finally big ovarian mucinous cyst adenoma's diagnosis was Confirmed And laser therapy was performed far patient*

Keywords: *Ovarian cysts, Ovarian musinous cyst adenoma, pregnancy.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]