

کیست آدنکسال بزرگ و پیچیده به وزن 10 کیلوگرم در یک زن 71 ساله با افزایش قابل توجه تومور مارکرها: گزارش مورد و مرور منابع

محمدامین فتح‌اللهی*، دکتر سیدوحید سیدحسینی**

چکیده:

توده‌های کیستیک بزرگ آدنکسال، به‌ویژه در بیماران مسن، چالش‌های تشخیصی و درمانی قابل توجهی ایجاد می‌کنند. در این گزارش، مورد خانم 71 ساله‌ای ارائه شده است که با یک توده کیستیک کمپلکس آدنکسال 10 کیلوگرمی مشکوک به سیست آدنوما یا سیست آدنوکارسینوما مواجه بود. بیمار به مدت شش ماه از درد شکمی، تورم، تنگی نفس و اختلالات عملکردی مانند مشکل در راه رفتن و خواب رنج می‌برد که به مرور شدت یافت. آزمایشات آزمایشگاهی افزایش قابل توجه مارکرهاي توموری CA-125 و CA-19-9 را نشان داد که احتمال بدخیمی را تقویت می‌کرد. سی تی اسکن شکم و لگن یک توده کیستیک بزرگ با سیتومهای متعدد را که تا قسمت‌های فوقانی شکم گسترش یافته بود، تأیید کرد. بیمار تحت جراحی توتال ابدومینال هیسترکتومی به همراه اوفورکتومی دوطرفه قرار گرفت و توده 10 کیلوگرمی با موفقیت و بدون عوارض خارج شد. پس از جراحی، بیمار برای ادامه درمان به متخصص انکولوژی ارجاع شد. این گزارش بر اهمیت تشخیص زودهنگام، برنامه‌ریزی دقیق جراحی و مدیریت چند تخصصی در مواجهه با توده‌های بزرگ آدنکسال تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: توده‌های کیستیک بزرگ آدنکسال، توده 10 کیلوگرمی، توتال ابدومینال هیسترکتومی

زمینه و هدف

چالش‌های جدی را برای تیم درمانی ایجاد می‌کند.¹ کیست‌های کمپلکس بزرگ آدنکسال به دلیل ابعاد وسیع و محتوای متنوع، اغلب با علائم غیراختصاصی و تأخیر در تشخیص مواجه می‌شوند. این موضوع می‌تواند خطرات

کیست‌های آدنکسال از شایع‌ترین ضایعات توده‌ای در دستگاه تناسلی زنان محسوب می‌شوند که طیفی از تومورهای خوش‌خیم تا بدخیم را در بر می‌گیرند. شناسایی و درمان این ضایعات، به‌ویژه در موارد بزرگ و پیچیده،

نویسنده پاسخگو: دکتر سیدوحید سیدحسینی

تلفن: 04133398585

E-mail: seyedhosseinsayedvahid@gmail.com

doi: [10.22034/ijss.2025.738060](https://doi.org/10.22034/ijss.2025.738060)

* دانشجوی پزشکی، هسته پژوهشی میان‌رشته‌ای علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** جراح عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان سینا

تاریخ وصول: 1404/02/08

تاریخ پذیرش: 1404/05/14



تصویر 1- شکل لام آزمایشگاهی بیمار



تصویر 2- خارج کردن توده شکمی بیمار



تصویر 3- وزن توده خارج شده

بالقوه‌ای را، از جمله پیشرفت به سمت بدخیمی یا عوارض جراحی، به همراه داشته باشد.²

در بسیاری از موارد، تشخیص قطعی پیش از جراحی دشوار است و تکیه بر یافته‌های بالینی، تصویربرداری و مارکرهای سرمی اغلب کافی نیست.³ آدنوما و سیست آدنوکارسینوما، به‌عنوان دو انتهای طیف پاتولوژیک، می‌توانند با الگوی مشابهی در تصویربرداری ظاهر شوند. این مسئله، نه‌تنها ضرورت مداخله جراحی به‌موقع را مطرح می‌کند،⁴ بلکه اهمیت استفاده از روش‌های دقیق پاتولوژیکی برای تعیین تشخیص نهایی و مدیریت بهینه بیمار را نیز برجسته می‌سازد.⁵

در این مقاله، ما به معرفی یک مورد نادر از کیست کمپلکس بزرگ آدنکسال با وزن ده کیلوگرم می‌پردازیم که به‌دلیل ماهیت پیچیده ضایعه، شک بالینی برای بدخیمی را برانگیخته بود. این گزارش، چالش‌های مرتبط با فرآیند تشخیصی، مداخلات درمانی و نتایج جراحی را بررسی می‌کند و بر اهمیت ارزیابی دقیق ضایعات آدنکسال، به‌ویژه در موارد با ابعاد غیرمعمول، تأکید می‌کند. ارائه این کیس می‌تواند به ارتقای دانش بالینی و تصمیم‌گیری بهتر در مواجهه با موارد مشابه کمک کند.

معرفی کیس

بیمار خانمی 71 ساله است که طی شش ماه گذشته با شکایت از درد و تورم تدریجی در ناحیه تحتانی شکم به تدریج علائم شدیدی را تجربه کرده است. درد بیمار به مرور زمان افزایش یافته و با تورم بیشتر شکم همراه بوده است. این وضعیت باعث بروز تنگی نفس و اختلال جدی در فعالیت‌های روزمره مانند راه رفتن، نشستن و دراز کشیدن شده است. در طی چهار ماه گذشته، با وخامت علائم، بیمار دچار اختلال خواب شدید ناشی از فشار شکمی شده و در نهایت برای بررسی وضعیت خود به پزشک مراجعه کرده است.

در معاینه اولیه، شکم بیمار به طرز قابل توجهی سفت و متورم بود و بیمار با مشکلات دفعی مواجه بود. با توجه به علائم و معاینات بالینی، آزمایشات روتین و همچنین بررسی تومور مارکرها انجام شد. نتایج آزمایشگاهی حاکی از افزایش چشمگیر و غیرطبیعی مارکرهای CA-125 و CA-19-9 بود؛ به‌طوری‌که مقادیر این مارکرها تا ده برابر مقادیر طبیعی گزارش شدند (تصویر 1).

بدخیمی باشد. در کیس حاضر، افزایش تا ده برابری مقادیر طبیعی این مارکرها، احتمال وجود یک توده بدخیم یا کمپلکس را مطرح کرد و ضرورت انجام تصویربرداری‌های دقیق‌تر را نشان داد. این یافته‌ها با مطالعات گذشته همخوانی دارد که نشان می‌دهند تومور مارکرهای فوق در توده‌های بزرگ و کیست‌های آدنکسال پیچیده به طور قابل توجهی افزایش می‌یابند.¹⁰

نتایج سی‌تی‌اسکن، یک کیست بزرگ با سپتاهای متعدد و گسترش به بخش‌های فوقانی شکم را نشان داد که احتمال تشخیصی سیست‌آدنوما یا سیست‌آدنوکارسینوما مطرح شد. این نوع از یافته‌های تصویربرداری، ویژگی‌های مشترک بین کیست‌های خوش‌خیم و بدخیم را شامل می‌شوند و از این رو، مدیریت آن‌ها نیازمند دقت بالایی در تصمیم‌گیری درمانی است. در مواردی مانند این بیمار، اندازه بسیار بزرگ توده علاوه بر ایجاد عوارض مکانیکی، خطرات بالقوه مرتبط با بدخیمی را افزایش می‌دهد.¹¹

عمل جراحی توتال ابدومینال هیستریکتومی به همراه بای‌لترال اوفورکتومی با موفقیت انجام شد و توده‌ای با وزن ده کیلوگرم از بدن بیمار خارج گردید. مدیریت جراحی در چنین مواردی نیازمند مهارت جراحان، ارزیابی دقیق پیش از عمل و برنامه‌ریزی مناسب است. کیست‌های آدنکسال بزرگ، به‌ویژه موارد مشکوک به بدخیمی، ممکن است با چسبندگی‌های شدید به بافت‌های مجاور همراه باشند که خطر عوارض حین جراحی را افزایش می‌دهند.¹²

مطالعات پیشین گزارش کرده‌اند که در توده‌های بزرگ، احتمال پارگی کیست در حین جراحی بالاست که می‌تواند منجر به انتشار محتویات کیست و حتی سلول‌های بدخیم در حفره شکمی شود. در این کیس، دقت بالای تیم جراحی مانع از چنین عوارضی شد و امکان خروج کامل توده بدون آسیب به ارگان‌های مجاور فراهم گردید. ارجاع بیمار به متخصص آنکولوژیست برای بررسی تکمیلی و تصمیم‌گیری در خصوص نیاز به درمان‌های اضافی مانند شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از نکات مهم در مدیریت این کیس است. در حالی که نتیجه نهایی آسیب‌شناسی برای تعیین خوش‌خیمی یا بدخیمی قطعی ضروری است، اندازه و ویژگی‌های این توده، احتمال نیاز به درمان‌های بیشتر را مطرح می‌کند.¹³

بررسی مطالعات گذشته نشان می‌دهد که کیست‌های آدنکسال بزرگ با احتمال بدخیمی در سنین بالا شایع‌تر

به دنبال این یافته‌ها، سی‌تی‌اسکن شکم و لگن برای بررسی دقیق‌تر انجام شد. نتایج سی‌تی‌اسکن نشان‌دهنده وجود یک کیست بزرگ کمپلکس حاوی سپتاهای متعدد بود که با احتمال تشخیصی سیست‌آدنوما و در مرحله بعد سیست‌آدنوکارسینوما گزارش شد. این توده، با قطر بیش از 310 میلی‌متر و حجمی حدود 9 لیتر، منشأ آدنکسال داشت و به قسمت‌های فوقانی شکم گسترش یافته بود.

به دنبال این یافته‌ها، بیمار به سرعت در بیمارستان بستری و برای عمل جراحی اورژانسی آماده شد. بیمار تحت توتال ابدومینال هیستریکتومی همراه با بای‌لترال اوفورکتومی قرار گرفت. جراحی با نهایت دقت انجام شد و در کمال تعجب، یک توده ده کیلوگرمی با موفقیت از شکم بیمار خارج شد (تصاویر 2 و 3). بیمار پس از بهبودی اولیه به متخصص آنکولوژیست ارجاع شد تا برای ادامه درمان‌های لازم و بررسی‌های تکمیلی تحت نظر قرار گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

کیست‌های آدنکسال بزرگ و پیچیده، به‌ویژه مواردی با احتمال بدخیمی، چالش‌های مهمی در زمینه تشخیص و مدیریت درمانی ایجاد می‌کنند.⁶ در این گزارش، بیمار 71 ساله‌ای با توده آدنکسال بزرگ و علائم شدید ارائه شد که به جراحی فوری نیاز پیدا کرد. این موارد در ادبیات پزشکی کمتر گزارش شده‌اند و بحث در مورد این کیس می‌تواند به شناخت بهتر در مورد اهمیت تشخیص زودهنگام و رویکردهای درمانی کمک کند. در این بیمار، علائم اولیه مانند درد و تورم شکمی و اختلالات عملکردی نظیر مشکلات حرکتی و خواب به تدریج شدت یافت. این تأخیر در مراجعه بیمار به پزشک نشان‌دهنده اهمیت آگاهی‌بخشی عمومی در خصوص علائم اولیه توده‌های شکمی است. مطالعات نشان داده‌اند که تأخیر در تشخیص، می‌تواند باعث رشد بیش از حد توده‌های آدنکسال شود که مدیریت جراحی و درمان را دشوارتر می‌کند. همچنین، علائمی نظیر تنگی نفس و فشار بر ارگان‌های مجاور نشان‌دهنده عوارض مرتبط با اندازه بزرگ توده و گسترش آن به بخش‌های فوقانی شکم است که در این کیس به وضوح مشاهده شد.⁹⁻⁷

نتایج آزمایشگاهی این بیمار افزایش شدید مارکرهای CA-125 و CA-19-9 را نشان داد. این دو مارکر معمولاً برای ارزیابی بدخیمی‌های تخمدان مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما افزایش آن‌ها به تنهایی نمی‌تواند تشخیصی قطعی برای

هستند. در بیماران مسن، وجود بیماری‌های همراه نظیر فشارخون بالا، دیابت یا بیماری‌های قلبی ممکن است چالش‌های بیشتری را در مدیریت جراحی ایجاد کند. همچنین، در بیماران مسن‌تر، احتمال بدخیمی به‌طور کلی بالاتر است که این امر اهمیت بررسی دقیق تومورمارکرها و تصویربرداری‌های پیشرفته را تقویت می‌کند.^{5 و 8 و 10} این کیس نشان‌دهنده اهمیت تشخیص به‌موقع، استفاده از ابزارهای دقیق تشخیصی مانند تومورمارکرها و تصویربرداری، و برنامه‌ریزی مناسب برای مدیریت جراحی

است. برای پیشگیری از عوارض جدی، آگاهی‌بخشی به بیماران در خصوص اهمیت مراجعه زودهنگام و تقویت مهارت‌های تشخیصی و درمانی تیم‌های درمانی ضروری است. علاوه بر این، پیگیری‌های پس از جراحی و ارزیابی‌های منظم برای بیماران مسن با چنین شرایطی باید در دستور کار قرار گیرد. در نهایت، این کیس بر پیچیدگی‌های مدیریت توده‌های آدنکسال بزرگ تأکید دارد و نشان‌دهنده نقش کلیدی همکاری چندرشته‌ای برای اطمینان از بهبود بیمار و پیشگیری از عوارض است.¹¹

References:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Practice Bulletin No. 174: evaluation and management of adnexal masses Obstet Gynecol 2016;128(5):e210-e226. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001768.
2. Lima R A, Viotti L V, Cândido E B, Silva-Filho F L. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. *Femina*. 2010; 38(06): 259-262.
3. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Ovarian Cancer including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer [Internet]. Version 1.2020 2010. [cited 2020 Mar 11]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#ovarian.
4. Woo Y L, Kyrgiou M, Bryant A, Everett T, Dickinson H O. Centralisation of services for gynaecological cancers - a Cochrane systematic review *Gynecol Oncol* 2012;126(2):286-290. Doi: 10.1016/j.ygyno.2012.04.012
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management ovarian cysts in postmenopausal women London: RCOG; 2016.
6. London: RCOG; 2011. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ovarian masses in premenopausal women, management of suspected.
7. American College of Radiology. Don't recommend follow-up imaging for clinically inconsequential adnexal cysts [Internet] 2012. [cited 2019 Dec 12]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-radiology-follow-up-imaging-for-adnexal-cysts/>.
8. Graffeo R, Livraghi L, Pagani O, Goldhirsch A, Partridge A H, Garber J E. Time to incorporate germline multigene panel testing into breast and ovarian cancer patient care *Breast Cancer Res Treat* 2016;160(3):393-410. Doi: 10.1007/s10549-016-4003-9.
9. Ring K L, Garcia C, Thomas M H, Modesitt S C. Current and future role of genetic screening in gynecologic malignancies *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(5):512-521. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.011.
10. Ebell M H, Culp M B, Radke T J. A systematic review of symptoms for the diagnosis of ovarian cancer *Am J Prev Med* 2016;50(3):384-394. Doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.023.
11. Goff B A, Mandel L S, Melancon C H, Muntz H G. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics *JAMA* 2004;291(10):22705-2712. Doi: 10.1001/jama.291.22.2705.