

ادم شدید تخمدان و معرفی یک مورد

دکتر مریم منجم زاده*؛ متخصص پاتولوژی تشریحی و بالینی، استادیار گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر هدایت ا... نحوی؛ فوق تخصص جراحی کودکان، استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مهرزاد مهدیزاده؛ متخصص رادیولوژی، استادیار گروه رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

هدف: ادم شدید تخمدان یک وضعیت ناشایع است که در دختران و خانم‌های جوان اتفاق می‌افتد. از علل مطرح شده پیچ خوردگی‌های متناوب تخمدان می‌باشد. اولین بار این بیماری در سال ۱۹۶۹ توضیح داده شد و تا کنون ۸۰ مورد این بیماری معرفی شده است.

معرفی بیمار: بیمار دختری ۱۰ ساله با دردهای متناوب از یک‌سال قبل از مراجعه در قسمت تحتانی شکم بود. از نظر معاینات بالینی نکته خاصی در معاینه نداشت. در سونوگرافی بزرگی تخمدان به ابعاد ۷×۱۰ سانتیمتر مشاهده شد و در هنگام عمل جراحی از نظر ظاهری تخمدان نرم، صورتی کمرنگ و کپسول دار بود. تشخیص بافتی ادم تخمدان ابتدا روی نمونه فروزن سکشن بیمار داده شد و بیمار اووفارکتومی نسبی گردید و در نهایت با نمونه permanent تشخیص قطعی گردید.

نتیجه‌گیری: بیماری خوش‌خیم بوده و درمان پیشنهادی شامل اووفارکتومی پارشیال و فیکس کردن تخمدان‌ها جهت جلوگیری از پیچ خوردگی مجدد می‌باشد. مهمترین تشخیص افتراقی این ضایعه فیبروما میکسوما است. به‌طور کلی وقتی توده تخمدانی با تظاهرات خاص این بیماری در یک خانم جوان یافت شود توصیه می‌گردد که فروزن سکشن در خلال جراحی انجام گیرد.

*مسئول مقاله، آدرس:
تهران، خیابان دکتر قریب، مرکز طبی
کودکان، بخش پاتولوژی
E-mail:
m_monajem@yahoo.com

دریافت: ۸۴/۱۲/۲۴

بازنگری: ۸۵/۴/۲۱

پذیرش: ۸۵/۸/۹

واژه‌های کلیدی: ادم تخمدان، اووفارکتومی، پیچ خوردگی تخمدان، درد شکم

می‌تواند تشخیص را آسان نموده و از اووفارکتومی بیهوده
 ممانعت بعمل آمد. نادر بودن ضایعه و توجه به نکات ذکر شده
 فوق ما را بر آن داشت که این بیمار را معرفی نمائیم.

معرفی بیمار

یک دختر ۱۰ ساله مجرد به دلیل درد قسمت تحتانی شکم و
 لگن به مدت یک‌سال به‌طور متناوب مراجعه نمود. سیکل
 قاعدگی وی هنوز شروع نشده بود. علائمی از ویریلیزاسیون در
 وی مشاهده نشد. در معاینه هیچ توده‌ای لمس نشد. کبد و
 طحال لمس نشدند. بررسی سونوگرافی بزرگی تخمدان سمت
 چپ به ابعاد ۷×۱۰ سانتی‌متر در شکم را نشان داد و تشخیص-
 های افتراقی شامل پیچ خوردگی طول کشیده یا کیست
 هموراژیک تخمدان را مطرح نمود. سی‌تی اسکن نیز توده‌ای با
 دانسیته مایع در آن محل را نشان داد. آزمایشات هورمونی بیمار
 در محدوده طبیعی برای سن بیمار بوده و افزایش یا کاهش در

مقدمه

ادم شدید تخمدان به بزرگی شبه تومورال یک یا هر دو تخمدان
 ثانویه به تجمع مایع (ادم) در استرومای تخمدان اطلاق
 می‌گردد [۱، ۲]. در سال ۱۹۶۹ اولین بار Kalstone و
 همکارانش این بیماری را به عنوان معرفی ۴ بیمار تحت این
 عنوان گزارش نمودند که فیبروما تخمدان را تقلید می‌نمود
 [۲]. از آن پس این ضایعه به عنوان یک گروه کلینکوپاتولوژیک
 مجزا تلقی گردید. تاکنون حدود ۸۰ مورد از این بیماری گزارش
 شده است [۱]. در ۱۹۸۰ Chervenak و همکاران [۴] با بررسی
 منابع توانستند ۲۲ مورد از این بیماری را بیابند. از آن پس
 تعدادی دیگر نیز گزارش گردیده است [۵، ۶، ۷]. اکثر موارد
 گزارش شده در حین لاپاراتومی با یک نئوپلاسم تخمدانی اشتباه
 شده و در نهایت تخمدان درآورده شده است. تظاهرات
 مورفولوژیک این ضایعه تقریباً شاخص بوده [۷] و آگاهی از آن

هیچکدام مشاهده نگردید.

بحث

ادم شدید تخمدان عبارت است از بزرگی شبه تومورال یک یا هر دوی تخمدان‌ها ناشی از تجمع مایع ادم در استرومای تخمدانی [۲، ۸، ۹]. این ضایعه به‌طور معمول یک طرفه بوده و در خانم‌های جوان اتفاق می‌افتد. محدوده سنی از ۶ سال تا ۳۳ سال ذکر شده است [۲، ۷، ۱۰]. حدود سه چهارم بیماران با توده تخمدانی و درد شکم مراجعه نموده و بقیه با علائم اختلالات قاعدگی، زیادی هورمون‌های آندروژن یا هر دو و نیز عده‌ای با بلوغ زودرس نزد طبیب مراجعه می‌نمایند [۲]. شکایت بیمار ما نیز درد شکم بوده است.

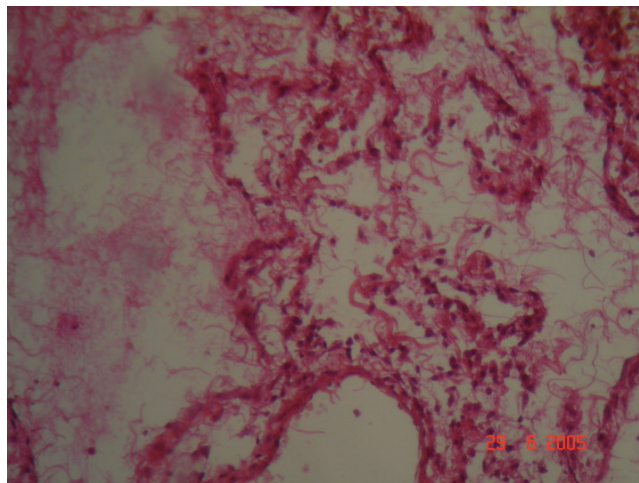
اکثر این بیماران در هنگام لاپاراتومی با نفوپلاسم اولیه تخمدان اشتباه شده و کل تخمدان بیرون آورده می‌شود. در حدود نیمی از بیماران پیچ خوردگی نسبی یا کامل در تخمدان دیگر در هنگام عمل جراحی قابل مشاهده است و به‌طور بسیار نادر بیمار ممکن است با سندرم Meigs مراجعه نماید [۲، ۱۰، ۱۱].

از ۲۲ مورد معرفی شده توسط Chervenak متوسط سن بیماران حدود ۲۰ سال بوده و ۵ مورد آنها قبل از منارک بودند و غیر از ۳ بیمار بقیه بدون فرزند، ۳ بیمار ویریلیزاسیون داشته و یک بیمار ۶ ساله بلوغ زودرس داشته است. در ۱۹ بیمار نیز ضایعه یک‌طرفه بوده است [۴]. بیمار معرفی شده نیز ضایعه یک طرفه داشته و علائمی از بلوغ و ویریلیزاسیون نداشت.

تشخیص مورفولوژیک ضایعه آسان است. تخمدان‌ها بزرگ شده از ۵/۵ تا ۳۵ سانتی‌متر (متوسط ۱۱/۵ سانتی‌متر) گزارش شده‌اند. سنگین‌ترین نمونه ۲۴۰۰ گرم بوده است [۲].

بیمار با شک به تورشن تخمدان و برای رد سایر علل بزرگی از جمله بدخیمی‌های آن مورد لاپاراتومی قرار گرفت. در لاپاراتومی توده نرم و بزرگی در تخمدان چپ دیده شد که به نظر می‌رسید که یک تومور با منشأ اولیه تخمدان باشد و یک بیوپسی جهت فرزن سکشن فرستاده شد که جواب آن استرومای تخمدانی با تغییرات ادماتو بود و توصیه شد برای جواب قطعی تا آمده شدن نمونه نهائی صبر نمایند. جراح برای بیمار اووفارکتومی پارشیل انجام داد. هیچ پیچ خوردگی قابل مشاهده و انسداد عروق لنفاوی یا وریدی دیده نشد. لوله‌ها و تخمدان مقابل و رحم سالم بودند. بهبودی بعد از عمل نیز به سرعت حاصل گردید.

در گزارش پاتولوژی ظاهر توده به نسبت شاخص بود و ادم شدید تخمدان مطرح گردید. تخمدان ۷×۱۰ سانتیمتر و به وزن ۳۳/۵ گرم بود و نمای نرم، صورتی کم‌رنگ داشته و به‌طور کامل کپسول‌دار بود. در برش نرم، صورتی کم‌رنگ و مرطوب بود. در بررسی ریز بینی توده متشکل از سلول‌های اسپیندلی (دوکی) نازک جدا شده با میزان نسبتاً زیادی از مایع ادماتوی بینابینی بود (شکل ۱). سلول‌های دوکی شکل مشابه سلول‌های استرومای تخمدان بوده و فاقد هر گونه آتیپی یا شکل‌گیری خاص بودند. فولیکول‌های primordial در برخی برش‌ها قابل مشاهده بود. محیط توده یک باند نازکی از استرومای فشرده شده تخمدان را نشان داد. گشادی عروق خونی در مناطق متورم قابل رویت بود. منطقه‌ای از نکروز و خونریزی و لوتئینیزه شدن استروما در هیچ کدام از مقاطع دیده نشد.



شکل ۱- نمای میکروسکوپی تخمدان با میزان نسبتاً زیادی از مایع ادماتو بینابینی (۴۰۰ برابر)

Chung و همکارانش در یک بررسی فراساختاری (اولتراستراکچرال) یک مورد ادم تخمدان یافتند که اکثریت سلول‌های اندوتلیالی طبیعی بوده و دارای tight-junction بودند [۵]. این تظاهرات ذکر شده در مراجع مختلف مطرح کننده این امر هستند که ناتوانی از باز جذب مایع ادم، باعث تجمع زیاد مایع بینابینی می‌شود. فرضیه علت هورمونی برای این ضایعه خیلی مطرح نشده است، بخصوص که اکثر موارد این ضایعه یک طرفه می‌باشند. درمان ضایعه بصورت اووفاکتومی نسبی همراه با فیکس کردن تخمدان‌ها به رحم جهت جلوگیری از عود است [۱].

نتیجه‌گیری

به طور کلی وقتی در بیمار جوانی توده تخمدانی یافت شود توجه به علائم بالینی و رادیولوژی مشابه پیچ خوردگی است و ظاهر ماکروسکوپی ضایعه تورم تخمدان را نشان می‌دهد، انجام فروزن سکشن امری ضروری بوده و می‌تواند از اووفاکتومی کامل بیهوده برای بیمار جلوگیری بعمل آورد. در این حالت تنها با ثابت نمودن تخمدان و اووفاکتومی نسبی می‌توان از عود علائم جلوگیری نمود [۲، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. به دلیل علائم بالینی و رادیولوژی و نمای خاص ماکروسکوپی و پاتولوژی این بیماری، آگاهی متخصصان کودکان، جراحان و پاتولوژیست‌ها از این ضایعه می‌تواند در تحقق هدف فوق بسیار سودمند باشد.

سطح خارجی براق، سفید و صاف بوده و در برش کم رنگ هموژن نرم و دارای تراوش مایع شفاف خواهد بود. وجود فولیکول‌های کیستیک در داخل مایع ادماتو، ادم شدید تخمدان را از فیبرومای ادماتو افتراق می‌دهد. در فیبرومای ادماتو مایع ادم فولیکول‌ها را جابجا می‌کند تا این که آنها را در برگرد [۲]. از نظر میکروسکوپی یافته مهم و قابل توجه در بزرگنمایی کم ادم منتشر استرومائی است که فولیکول‌ها را در برگرفته (احاطه کرده) ولی به‌طور شاخص کورتکس فیبروتیک سطحی از ادم مصون مانده است. در بزرگ نمایی بیشتر مایع متورم کم رنگی که ممکن است نمای میکروسیستیک نیز پیدا نماید دیده می‌شود. تخمدان سمت مقابل به‌طور معمول طبیعی بوده ولی گاهی متورم و بزرگ شده است.

ادم تخمدان باید از نئوپلاسم‌های تخمدانی دارای تغییرات ادماتو یا میکسوئید مانند ادماتوس فیبروما، تومور اسکروزینگ استرومال، تومور کروکنبِrg (Krukenberg) و میکسوم تخمدان به وسیله فقدان شاخص‌های مربوط به هر کدام از موارد ذکر شده افتراق داده شود. مکانیسم دقیق این بیماری به‌طور کامل شناخته شده نیست. بهترین توضیح به نظر می‌رسد که انسداد وریدی یا لنفاتیک به علت پیچ خوردگی نسبی مزواواری باشد. این گونه تورشن در برخی از موارد دیده شده است [۴]. چون پیچ خوردگی لوله و تخمدانها در کودکی امری شناخته شده است این فرضیه مطرح است که پیچ خوردگی نسبی باعث انسداد درناژ لنفاتیک یا وریدی گردیده و در نهایت باعث تجمع مایع ادم در بافت بینابینی تخمدان می‌گردد [۴، ۷].

Massive ovarian edema: a case report

M Monajemzadeh*; MD, Anatomical & Clinical Pathologist, Assistant Professor of Pathology, Tehran University of Medical Science

H Nahvi; MD, Pediatric Surgeon, Assistant Professor of Surgery, Tehran University of Medical Science

M Mehdizadeh; MD, Radiologist, Assistant Professor of Radiology, Tehran University of Medical Science

*Correspondence author,
Address: Children's Medical
Center, Dr Gharib Ave,
Tehran, IR.Iran
E-mail:
m_monajem@yahoo.com

Received: 15/3/06

Revised: 12/7/06

Accepted: 31/10/06

Abstract

Background: Massive ovarian edema is a rare condition that affects young women. Its cause is not clearly understood but some suggest recurrent ovarian torsions to be responsible. This disease is reported in 1969 for the first time and until recently only 80 cases are reported. Clinical presentation usually is recurrent abdominal pain. Microscopic examination shows severe edema which involves ovarian tissue especially in medulla. Rapid growth, large size of the ovary and absence of true neoplastic changes are characteristic of this disorder.

Case Report: Our case showed itself by intermittent abdominal pain in a 10-year-old girl. Sonography revealed an ovarian enlargement measuring 10×7×7 cm in diameter and CT scanning showed a mass with water density in the ovary. It was grossly pale, soft and encapsulated. Frozen section histology revealed ovarian edema. The patient underwent partial oophorectomy. Permanent sections confirmed the diagnosis.

Discussion: The most important differential diagnosis is fibroma and myxoma of the ovary. This disorder is benign and current therapeutic modalities include partial oophorectomy and fixation of ovaries to prevent recurrent torsions. When an ovarian mass is found in a young woman, a frozen section examination can be helpful in diagnosis and to avoid unnecessary oophorectomy. Awareness of surgeons and pathologists is essential to achieve this goal.

Key Words: Ovarian edema, oophorectomy, Torsion, Abdominal pain

REFERENCES:

1. Clement PB. Non neoplastic lesions of ovary. In: Kurman RJ. Blausteins Pathology of the Female Genital Tract. 5th ed. New York, Springer. 2002 Pp: 675-728.
2. Clement PB, Young RH, Scully RE. Massive edema and fibromatosis. In: Mills SE. Sternbergs Diagnostic Surgical Pathology. 4th ed. Vol 2. USA, Lippincott Williams &Wilkins. 2004 Pp: 2637-9.
3. Kalstone CE, Jaffe RB, Abell MR. Massive edema of the ovary simulating fibroma. Obstet Gynecol. 1969; 34(4): 564-71.
4. Chervenak PA, Castadot M, Wiederman J, et al. Massive ovarian oedema: Review of world literature and report of two cases. Obstet Gynecol Surv. 1980; 35(11): 677-84.

5. Chung HR, Riccio JA, Brown TF, et al. Massive edema of the ovary. (Letter). *Arch Pathol Lab Med.* 1982; 106(13): 692-4.
6. Schultzi LR, Newton WA, Clatworthy HW. Torsion of previously normal tube and ovary in children. *New Engl J Med.* 1963; 268: 343-6.
7. Pandit AA, Deshpande RB, Vora IM, et al. Massive oedema of the ovary (a case report). *J Postgraduate Med.* 1987; 33(1): 39-40.
8. Roth IM, Deaton RL, Sternerg WH. Massive ovarian edema, a clinicopathologic study of five cases including ultrastructural observation and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 1979; 3(1): 11-21.
9. Tiltman AJ, Nel CP. Massive edema of the ovary. Case reports. *S Afr Med J.* 1984; 15; 66(24): 924-6.
10. Mainguene C, Laporte JL, Zakhama A, et al. A rare ovarian pseudotumor: massive edema of the ovary. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1993; 22(1): 39-42.
11. De la Cruz SI, Llanos Arriaga V, Narro Tristan H, et al. Bilateral ovary massive edema. Unusual gynecologic pathology. Report of 2 cases. *Ginecol Obstet Mex.* 2001; 69: 72-6.
12. Vasquez SB, Sotos JF, Kim MH. Massive edema of the ovary and virilization, *Obstet Gynecol.* 1982; 59(6 Suppl): 95S- 9S.
13. Nogales FF, Martin- Sances E, Mendoza-Garcia E, et al. Massive ovarian edema. *Histopathology,* 1996; 28(3): 229-34.
14. Tamai K, Koyama T, Saga T, et al. MR features of physiologic and benign conditions of the ovary. *Eur Radiol.* 2006; 16(12):2700-11.
15. Khalbuss WE, Dipasquale B. Massive ovarian edema associated with ovarian serous cystadenoma: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 2006; 16 (Suppl 1): 326-30.
16. Miyawaki D, Maruta T, Okuno T, et al. Bilateral massive ovarian edema: a case report including MR findings and etiology. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi.* 2005; 65(4): 455-8.