

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤٠٧١٥



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه :
جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

بررسی تشکیل کیست تخمدان توسط سونوگرافی، یک سال بعد از هیسترکتومی، در
بیماران عمل شده در بیمارستان امیرالمومنین و جواهری طی سالهای ۸۷-۸۸

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر مژگان شاکری

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر سیما طادی

نگارش:

فاطمه قنبری

سازمان اطلاعات پزشکی
تهران

۱۳۸۹/۶/۲

شماره پایان نامه : ۴۲۴۹

سال تحصیلی : ۱۳۸۸

به نام خداوند علم و ادب

سپاس خدای را که یاریم نمود تا قدمی کوچک در راه اعتلای دانش پزشکی

در جامعه بردارم.

تقدیم به:

پدر عزیزم که مشوق من در این راه بود

مادر مهربانم که دلسوزانه یاریم کرد

و همسرم که صبورانه همراه من بود.

با سپاس از استاد گرامی سرکار خانم دکتر شاکری
و نیز با سپاس از استاد گرامی سرکار خانم دکتر طادی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده فارسی
۳	مقدمه و بیان اهمیت مسأله
۶	بررسی متون
۲۱	روش مطالعه
۲۴	یافته ها
۳۵	بحث و نتیجه گیری
۳۸	فهرست منابع
۴۱	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۵	جدول ۱- توزیع فراوانی سنی بیماران
۲۶	جدول ۲- توزیع فراوانی BMI بیماران
۲۷	جدول ۳- توزیع فراوانی داشتن کیست تخمدانی در بیماران
۲۸	جدول ۴- توزیع فراوانی سابقه کیست تخمدانی در بیماران
۲۹	جدول ۵- توزیع فراوانی درد لگنی بعد از عمل در بیماران
۳۰	جدول ۶- توزیع فراوانی کیست تخمدانی بر اساس سن و BMI بیماران
۳۱	جدول ۷- توزیع فراوانی تشکیل کیست در افراد دارای سابقه کیست تخمدان
۳۲	جدول ۸- توزیع فراوانی درد لگنی بعد از عمل بر اساس تشکیل کیست تخمدان

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۳۳	نمودار ۱- توزیع فراوانی سنی بیماران
۳۴	نمودار ۲- توزیع فراوانی BMI بیماران

بررسی تشکیل کیست تخمدان توسط سونوگرافی، یک سال بعد از هیستریکتومی، در

بیماران عمل شده در بیمارستان امیرالمومنین و جواهری طی سالهای ۸۷-۸۸

دانشجو: فاطمه قنبری

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر مزگان شاکری استاد مشاور: سرکار خانم دکتر سیما طادی

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۲۴۹ کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۶۱۰۶۴

هدف: هدف از این مطالعه تعیین تشکیل کیست تخمدان توسط سونوگرافی، یک سال بعد از

هیستریکتومی، در بیماران عمل شده در بیمارستان امیرالمومنین و جواهری طی

سالهای ۸۷-۸۸ بوده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت یک بررسی توصیفی - تحلیلی مقطعی انجام شده

است. ۲۰ خانم که به هر علتی در بیمارستانهای امیرالمومنین و جواهری طی سالهای

۸۷-۸۸ هیستریکتومی شده بودند و به علت سن پایین یک یا هر دو تخمدان آنها باقی

مانده بود، وارد مطالعه شدند و یک سال بعد توسط سونوگرافی از نظر تشکیل کیست

تخمدانی ارزیابی گردیدند.

یافته ها: میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۴۱/۹ سال بود. از بین ۲۰ خانم مورد

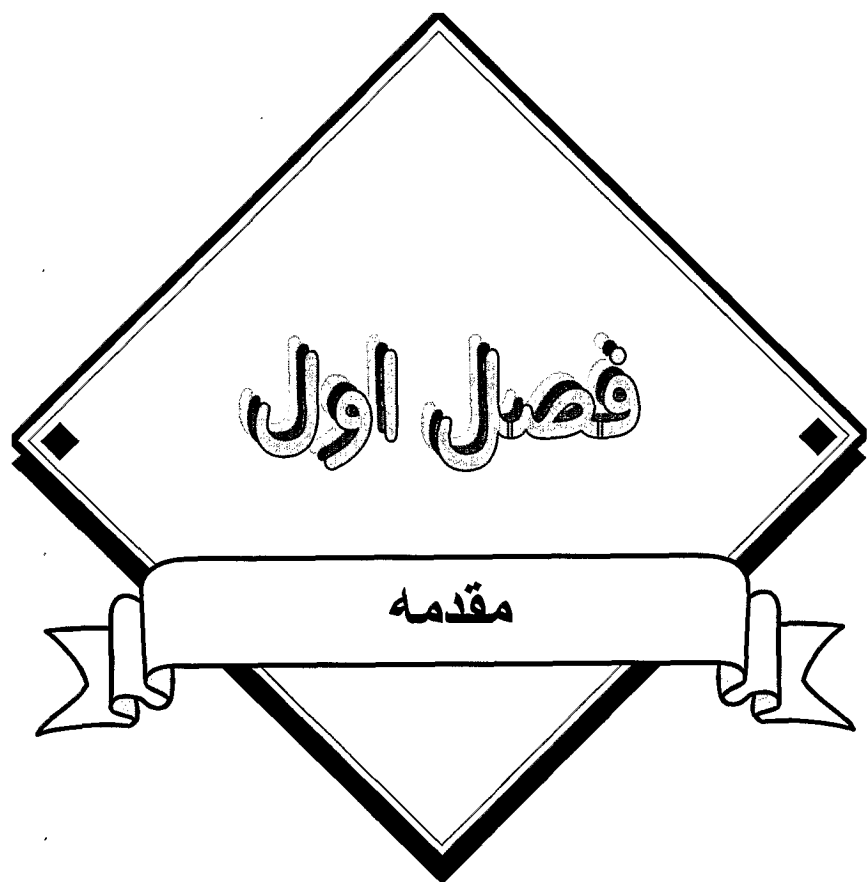
مطالعه، ۵ نفر (۲۵ درصد) دچار کیست در سونوگرافی بودند.

نتیجه گیری: در مجموع بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می توان چنین نتیجه گرفت

که در حدود یک چهارم از خانمها به فاصله یک سال پس از هیستریکتومی دچار

کیست تخمدانی می شوند.

واژه های کلیدی: هیستریکتومی، کیست تخمدان



بیان مسئله:

هیسترکتومی از جمله اعمال جراحی رایج در طب زنان محسوب می گردد که معمولا به دلیل اندیکاسیون هایی مانند خونریزی غیرطبیعی رحمی انجام می شود. بیمارانی که تحت این عمل جراحی قرار می گیرند، نه تنها از نظر جسمی بلکه از نظر روحی نیز دچار مشکلات متعددی می شوند و در قیاس با جمعیت عمومی جامعه کیفیت زندگی پایینتری را تجربه می نمایند.

شیوع بیماری های خوشخیم تخمدان بعد از هیسترکتومی کمتر از ۵ درصد است. یکی از عوارض ناشی از هیسترکتومی به ویژه در کسانی که در سنین پایین هیسترکتومی شده اند و یک یا هر دو تخمدان باقی مانده اند، تشکیل کیست های تخمدانی است که علت آن را دستکاری هایی که روی عروق تخمدانی حین هیسترکتومی انجام شده است، دانسته اند. البته این مسأله را نیز باید به خاطر داشت که کیست های تخمدانی غیرنئوپلاستیک از نوع فولیکولار در ۱۵ درصد از خانم هایی که در سنین باروری هستند، به طور طبیعی دیده می شوند و شایعترین علت آن عدم پاره شدن فولیکول گراف است و همچنین این کیست ها در کمتر از ۱۰ درصد از جمعیت پره منوپوزال دیده می شوند. هرچند کیست های ناشی از هیسترکتومی معمولا بدون علامت هستند؛ ولی از آنجایی که عمدتا در سنین انتهای باروری و دوران یائسگی خطر بدخیمی پیدا می نمایند، نیازمند این خواهند بود که بیمار مجددا تحت عمل جراحی قرار گیرد. لذا با توجه به ابعاد مسأله بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی تشکیل کیست تخمدان توسط

سونوگرافی، یک سال بعد از هیسترکتومی، در بیماران عمل شده در بیمارستانهای

امیرالمومنین و جواهری طی سالهای ۸۷-۸۸ پردازیم.

بررسی متون:

آناتومی دستگاه تناسلی زنان (۱)

دستگاه تناسلی زنانه به طور کلی شامل دو بخش است. بخش بیرونی و بخش درونی.

بخش درونی شامل تخمدان ها، لوله های فالوپ، جسم رحم، دهانه رحم (سرویکس) و واژن است.

تخمدان ها (ovary)

دو عدد بوده و در دو طرف قرار گرفته اند. عملکرد تخمدان ها تولید و پرورش تخمک

است. در هر سیکل ماهیانه یک به طور متوسط یک تخمک از یک تخمدان آزاد می شود و در

فضای شکمی در کنار لوله های فالوپ رها می شود؛ این پروسه تخمک گذاری نامیده می

شود. هر خانمی که دچار خونریزی ماهیانه بشود، غالباً تخمک گذاری هم دارد و بنابراین

قابلیت بارداری هم خواهد داشت.

لوله های فالوپ (fallopian tube)

لوله هایی هستند که از طرفین جسم رحم خارج شده و تا کنار هر تخمدان آمده اند. درون

لوله های فالوپ، مژک هایی هستند که حرکت و زایش به سمت جسم رحم دارند. همین حرکت

مداوم مژکها باعث کشیده شدن و حرکت تخمک درون لوله فالوپ می شود. در واقع لوله

فالوپ یک مسیر انتقالی زنده برای انتقال تخمک است. گاهی اسپرم که از واژن وارد دستگاه تناسلی زنانه شده در لوله فالوپ به تخمک می رسد و درون لوله، تخمک را بارور میکند. در هر حال تخمک بارور شده باید برای لانه گزینی به جسم رحم برسد.

جسم رحم (uterus)

در واقع همان جسم گلابی شکلی است که مخاطی ضخیم دارد و محل لانه گزینی تخم و تشکیل جفت و پرورش جنین است. در طی روند خونریزی ماهیانه، این مخاط جسم رحم است که با عروق خونی فراوانی که دارد، کنده شده و ریزش پیدا می کند. در جریان بارداری به دلیل هورمون های ترشح شده بوسیله جفتی که در جسم رحم کاشته شده است، مخاط رحم کنده نشده و ریزش پیدا نمی کنند بلکه رشد بیشتری کرده و تخم را درون خود پرورش می دهند.

سرویکس یا دهانه رحم (cervix)

در واقع بخش مابین واژن و جسم رحم است. این دهانه سوراخی بسیار ریز دارد که فقط اسپرم میکروسکوپی می تواند از آن عبور کرده و وارد جسم رحم بشود ولی پنیس (آلت تناسلی مردانه) هرگز قادر نیست از آن عبور کند. در هنگام زایمان این دهانه بوسیله هورمون های مترشحه در آن زمان به اندازه ای باز می شود که جنین را از خود عبور دهد.

واژن (vagina)

در واقع کانال مخاطی است که در هنگام مقاربت، آلت مردانه (پنیس) به آن وارد می شود و در هنگام انزال مایع منی در آن می ریزد. اما بخش بیرونی شامل لابیاهای بزرگ، لابیاهای کوچک، پرده بکارت، کلیتوریس، دهانه پیشابراه و دهانه واژن است.

لابیاهای بزرگ و کوچک

دو چین غشایی هستند که ناحیه تناسلی زنانه را از بیرون می پوشانند. در هنگام تحریک جنسی این پرده های غشایی پر خون شده و کنار می روند. یکی از علایم رسیدن خانم به مرحله اوج لذت جنسی و آمادگی برای دخول، همین پر خون شدن لابیاهای کوچک است.

کلیتوریس (clitoris)

برجستگی کوچکی است که در انتها الیه فوقانی لابیاهای کوچک قرار دارد. اگر لابیاهای کوچک را به سمت بالا دنبال کنید، در بالاترین نقطه که به هم می رسند، برجستگی کوچکی لمس خواهید کرد که زیر لبه به هم رسیده لابیاهای کوچک قرار دارد. این برجستگی در واقع معادل پنیس در آقایان محسوب میشود؛ و در صورت تحریک، بزرگ و برآمده خواهد شد. اصلی ترین بخش تحریکی خانم ها همین کلیتوریس است که بوسیله لامسه تحریک خواهد شد و در به ارگاسم رسیدن خانم نقش مهمی را ایفا خواهد کرد.

دهانه پیشابراه (urethra)

قسمتی از دستگاه ادراری است ولی به جهت اینکه بالای دهانه واژن و در نزدیکی اندام تناسلی زنانه قرار گرفته است به آن می پردازیم. این مجاورت گاهی موجب بروز عفونت خصوصا در دفعات اول نزدیکی برای خانم می شود که با سوزش ادرار خودش را نشان خواهد داد. و یکی از دلایل اصلی تاکید بر رعایت بهداشت جنسی همین عفونتهای دستگاه ادراری است. ضمنا باید دقت کرد که هنگام نزدیکی خصوصا در دفعات اول با دهانه واژن اشتباه گرفته نشود.

دهانه واژن (vaginal opening)

پایینترین بخشی است که در ناحیه تناسلی واقع شده و بزرگتر از دهانه پیشابراه است و مدخل ورودی پنیس می باشد. دهانه واژن به دلیل ارتباط زیادی که با محیط بیرونی دارد باید از نظر بهداشتی بسیار مراقبت بشود. زیرا محل خوبی برای ورود میکروب به دستگاه تناسلی است. پرده بکارت هم در ورودی همین دهانه قرار گرفته است.

هیسترکتومی

هیسترکتومی یا خارج کردن رحم اولین بار در قرن پنجم قبل از میلاد و در عصر هیپوکراتها انجام شد (۲). امروزه عمل هیسترکتومی یکی از رایجترین اعمال جراحی است و

در آمریکا پس از سزارین دومین عمل شایع می باشد (۳). در آمریکا تا قبل از سن ۶۰ سالگی تقریباً ۴۰٪ از زنان هیستریکتومی شده اند (۴). شانس اینکه يك خانم تحت عمل هیستریکتومی قرار گیرد به عوامل مختلفی مثل سن، نژاد، محل زندگی، جنس و پزشك معالج بستگی دارد (۵).

مهمترین اندیکاسیون های انجام هیستریکتومی، لیومیوم، AUB، آدنومیوز، اندومتریوز، پرولاپس رحم، درد لگنی و دیسمنوره مقاوم به درمان است. در خونریزی های شدید واژینال به دنبال زایمان نیز هیستریکتومی اورژانس انجام می شود. بدخیمی های سرویکس، رحم و تخمدان و بیماری التهابی لگن از علل دیگر هیستریکتومی می باشد.

هیستریکتومی به دو روش ابدومینال و واژینال انجام می شود. در هیستریکتومی واژینال، رحم از طریق واژن خارج می گردد و معمولاً در موارد پرولاپس رحم، بدون سابقه چسبندگی لگنی انجام می شود؛ البته در مواردی مثل لیومیوم، AUB و آدنومیوز نیز با تشخیص جراح ممکن است هیستریکتومی واژینال به جای ابدومینال انجام گردد. در هیستریکتومی ابدومینال رحم از طریق برش شکمی خارج می گردد. در این روش در موارد تنگی قدامی- خلفی کلدوساک، چسبندگی های شدید و بعضی از موارد سزارین هیستریکتومی و نیز در مواردی که سرویکس سالم است و احتمال اشکال در عملکرد جنسی پس از برداشتن آن وجود دارد از هیستریکتومی ساب توتال استفاده می شود که در آن سرویکس دست نخورده باقی می ماند و خارج نمی گردد (۱ و ۶).

آسیب حالب، مثانه، روده‌ها و خونریزی از عوارض حین عمل است و عفونت پس از عمل، خونریزی از محل عمل، فیستول وزیکوواژینال و پرولاپس لوله‌های فالوپ از سایر عوارض مهم پس از عمل هستند. از طرفی در بیمارانی که از نظر قلبی پر خطر هستند، شانس انفارکتوس میوکارد پس از عمل بیشتر است و این انفارکتوسها معمولاً شدیدتر و تشخیص آن مشکل‌تر و دارای مرگ و میر بالاتر (۵۰٪) می‌باشند. بنابراین در بیماران مبتلا به بیماری شریان کرونر، باید احتمال وقوع انفارکتوس پس از عمل در نظر گرفته شود (۱).

از سال ۱۹۸۰ تاکنون تغییر چندانی در نسبت هیستریکتومی ابدومینال به واژینال ایجاد نشده است (۱).

معیارهای خاصی برای تعیین نوع روش هیستریکتومی وجود ندارد. در یک بررسی که توسط کواک روی ۴۶ بیمار کاندید هیستریکتومی ابدومینال انجام شد، ابتدا با انجام لاپاراسکوپی مشخص شد که در اکثر موارد بر خلاف نظر پزشکان ارجاع دهنده رحم خیلی بزرگ نیست و کاملاً متحرک است؛ لذا برای ۴۲ نفر از ۴۶ نفر بیمار (۹۱٪) هیستریکتومی واژینال با موفقیت انجام گردید (۷). در یک مطالعه بزرگ چند مرکزی در امریکا در طی سال‌های ۱۹۷۸-۱۹۸۱ میزان عوارض در هیستریکتومی واژینال ۲۴/۵٪ و در ابدومینال ۴۲/۸٪ بود. تب و خونریزی نیازمند به انتقال خون، دو عارضه مهم این جراحیها می‌باشد که در هیستریکتومی ابدومینال ۱/۹ برابر هیستریکتومی واژینال گزارش شده است (۸).

کیست تخمدان

آماس حاوی مایع که درون یا روی یک یا هر دو تخمدان رشد می نماید را کیست

تخمدان گویند (۱).

سن

بیشتر در سنین بین ۳۰-۴۵ سال شایع است.

نحوه زندگی

عوامل قابل توجهی به شمار نمی روند. کیستهای تخمدان ساکهای حاوی مایعی هستند که

درون یا روی تخمدان رشد می نمایند. اغلب کیستهای تخمدان غیر سرطانی می باشند و زیان

آور نیستند اما یک کیست گاهی ممکن است سرطانی شود. کیستهای سرطانی بیشتر در

خانمهای بالای ۴۰ سال بروز می نمایند.

در یک زن طبیعی در دوران باروری در هر دوره قاعدگی (مرحله فولیکولار) تخمدان

ها دارای حدود ۵ فولیکول با قطر بین ۳ تا ۵ میلیمتر هستند که با انتخاب فولیکول غالب در

یکی از تخمدان ها بقیه به تدریج تحلیل رفته و اندازه فولیکول غالب در نزدیکی تخمک گذاری

به ۱/۵ تا ۲ سانتیمتر می رسد. اگر اندازه فولیکول تخمدانی به بیش از ۲/۵ سانتیمتر برسد به

آن کیست فولیکولی گفته می شود که معمولا منفرد بوده و به ندرت به بیش از ۱۰ سانتیمتر می رسد.

جدار کیست فولیکولار نازک بوده و از ۲ لایه تک سلولی (گرانولوزا) در داخل و Theca Internal در خارج تشکیل شده است و حاوی مایع روشن و گاهی خونی است. علت تشکیل این کیست ها اختلال در ترشح گنادوتروپین ها است. این کیست ها معمولا بدون علامت بوده و با فاصله دار شدن زمان های بین خونریزی قاعدگی و گاهی لکه بینی تظاهر می کند. این کیست ها اکثرا یکطرفه بوده و گاهی موجب درد یکطرفه در قسمت تحتانی شکم همراه با حساسیت و گاردینگ شکم می گردد. در این حالت معمولا درد طی یک تا دو روز برطرف می شود. ممکن است Torsion تخمدان در مورد کیست های بزرگتر از ۴ تا ۶ سانتیمتر بوجود آید (۱).

علل

کیست های تخمدان به دلایل متعددی ایجاد می شوند. شایع ترین نوع، کیست فولیکولار است که از رشد یک فولیکول نتیجه می شود. فولیکول یک کیسه پر از مایع طبیعی است که حاوی یک تخمک است. کیست های فولیکولار هنگامی که فولیکول در طی چرخه قاعدگی بیش از حد طبیعی رشد می کند و برای آزاد سازی تخمک باز نمی شود تشکیل می شود. معمولا کیست های فولیکولار در طی چند روز تا چند ماه به خودی خود برطرف می شوند.