

## سیستادنوم پاپیلری سروز تخمدان همراه با تورشن در یک نوزاد: گزارش موردی

فرزانه جوانمرد\*<sup>۱</sup>، رحمان خسروی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۱۱/۲۸

## چکیده

کیست تخمدان یکی از شایع‌ترین توده‌های شکمی در جنین‌ها و نوزادان دختر است. در میان کیست‌های تخمدان در نوزادان، سیستادنوم پاپیلری سروز بسیار نادر است و تنها موارد کمی در مقالات گزارش شده است. در این بررسی یک مورد سیستادنوم پاپیلری سروز تخمدان نوزادی را گزارش می‌کنیم که با سیستکتومی جراحی درمان شده و با بررسی هیستوپاتولوژیک تأیید شده است. سونوگرافی قبل از تولد (USG) در سه‌ماهه سوم جنینی، کیست شکمی را در سمت راست شکم نشان داد. بعد از تولد کل کیست طی جراحی لاپاراتومی برداشته شد و برای بررسی هیستوپاتولوژیک فرستاده شد. در بررسی ماکروسکوپی، کیست تک حفره‌ای به ابعاد  $4 \times 3.5 \times 3.5$  سانتی‌متر با ضخامت دیواره  $0.3$  سانتی‌متر مشاهده شد. بررسی میکروسکوپی، سلول‌های اپی‌تلیالی با الگوی پاپیلری، لایه‌های سلولی منظم و تغییرات ایسکمیک ناشی از انفارکتوس همورژیک را نشان داد. این مطالعه بر اهمیت ارزیابی قبل از تولد، تشخیص به‌موقع و در نظر گرفتن خطر عارضه تورشن و انفارکتوس همورژیک تأکید دارد.

**کلیدواژه‌ها:** سیستادنوم پاپیلری سروز، کیست تخمدانی، تورشن تخمدان، نوزاد

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و پنجم، شماره یازدهم، ص ۸۷۲-۸۶۸، بهمن ۱۴۰۳

آدرس مکاتبه: مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۲۲۳۷۰۸۰

Email: javanmard.f@umsu.ac.ir

تخمدان در کیست‌های تخمدانی بندرت قبل از تولد رخ می‌دهد و در هنگام تولد و در دوره نوزادی شایع‌تر است (۱).

تورشن در کیست‌های تخمدانی نوزادان گرچه نادر است ولی نیاز به تشخیص و اقدام به‌موقع دارد.

## گزارش موردی

یک خانم ۲۷ ساله در سه‌ماهه سوم بارداری مراجعه کرد و بررسی سونوگرافی معمول قبل از زایمان وجود کیست داخل شکمی را در سمت راست شکم جنین نشان می‌داد (شکل ۱). نوزاد در زمان ترم از طریق سزارین بدون عارضه به دنیا آمد. مطالعه سونوگرافی پس از تولد در نوزاد، کیست تک حفره‌ای به ابعاد  $33 \times 27$  میلی‌متر را نشان داد و تشخیص رادیولوژیکی کیست همورژیک یا کیست در موئید ارائه شد (شکل ۲). به دلیل ایجاد تورشن و نواحی خونریزی امکان اشتباه تشخیصی کیست‌های سروزی با کیست همورژیک در سونوگرافی وجود دارد. تخمدان چپ طبیعی بود.

## مقدمه

کیست تخمدان یکی از شایع‌ترین توده‌های شکمی در جنین‌ها و نوزادان دختر است، این کیست‌ها ممکن است علائمی نظیر درد، تحریک‌پذیری، تب، استفراغ و دیستانسیون شکمی در نوزاد ایجاد کنند (۱). با پیشرفت رادیولوژیکی، این کیست‌ها را می‌توان به‌راحتی در سونوگرافی (USG) در سه‌ماهه سوم بارداری تشخیص داد (۲). شایع‌ترین و خطرناکترین عارضه کیست تخمدان، پیچ‌خوردگی تخمدان است (۳). کیست‌های کوچک‌تر از ۴-۵ سانتی‌متر معمولاً بدون مداخله خاصی پسرقت می‌کنند، مگر در مواردی که عوارضی مانند تورشن یا خونریزی رخ دهد. کیست‌های بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر بیشتر در معرض عوارضی مانند تورشن و خونریزی هستند. در چنین مواردی، بسته به شرایط بالینی، جراحی ممکن است ضروری باشد (۲). اگر کیست دچار تورشن شود عوارض دیگری نظیر پارگی و خونریزی پریتونئ، آسیت و چسبندگی به ارگان‌های مجاور و انسداد ادراری و روده‌ای ممکن است ایجاد شود. تورشن

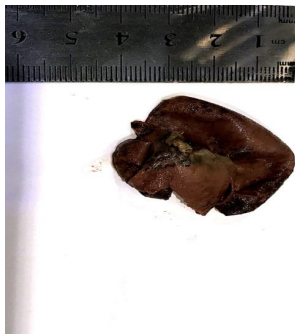
<sup>۱</sup> استادیار پاتولوژی، مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار جراحی اطفال، مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

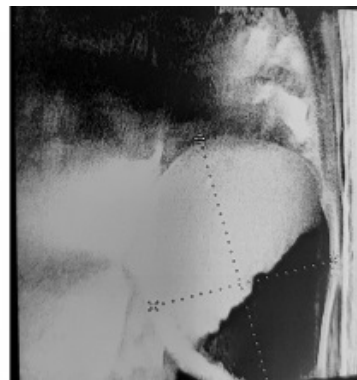
یک توده کیستیک با پیچ‌خوردگی پر از مایع قهوه‌ای‌رنگ از تخمدان خارج شد. تخمدان چپ، لوله فالوپ و رحم طبیعی بود. تخمدان چپ حفظ شد. کیست برای بررسی هیستوپاتولوژیک فرستاده شد. در بررسی پاتولوژی ماکروسکوپی، یک کیست تک حفره‌ای با جدار نازک به ابعاد  $۳.۵ \times ۳.۵ \times ۴$  سانتی‌متر با ضخامت دیواره ۰.۳ سانتی‌متر حاوی مواد قهوه‌ای‌رنگ مشاهده شد. دیواره‌های داخلی و خارجی کیست صاف بود. اختلاف اندازه چند میلی‌متری کیست در دو بررسی سونوگرافی و بررسی ماکروسکوپی با توجه به فن اندازه‌گیری متفاوت و دقیق‌تر در بررسی ماکروسکوپی قابل توجه است (شکل ۳).



شکل (۱): بررسی سونوگرافی قبل از تولد یک کیست داخل شکمی در سمت راست شکم جنین را نشان می‌دهد.



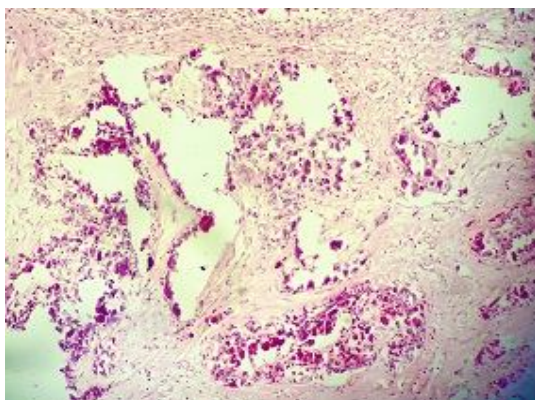
شکل (۲): کیست تک حفره‌ای با جدار نازک در بررسی ماکروسکوپی



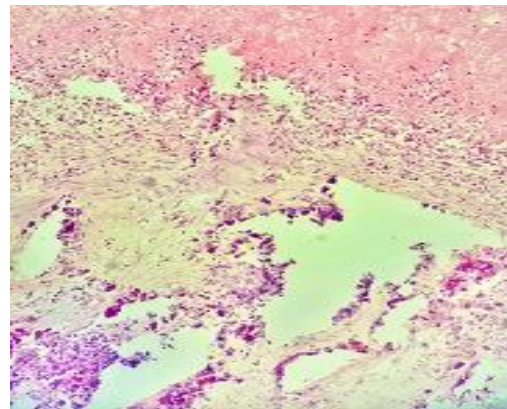
شکل (۳): بررسی سونوگرافی بعد از تولد یک کیست تک حفره‌ای به اندازه تقریبی  $۲۷ \times ۲۳$  میلی‌متر را در سمت راست شکم نوزاد نشان می‌دهد.

در بررسی میکروسکوپی و رنگ‌آمیزی با هماتوکسیلی آنوزین، کیست تک حفره‌ای با پوشش سلول‌های پهن تا مکعبی همراه با زوائد پاپیلری به صورت فوکال مشاهده شد. استرومای زیرین تخمدان حاوی کلسیفیکاسیون منتشر و بعضاً اجسام پساموما بود. با توجه به ویژگی‌های شاخص میکروسکوپی تشخیص سیستادنوم پاپیلری سرروز تخمدان ارائه گردید. نواحی انفارکتوس هموراژیک ثانویه به پیچ‌خوردگی و تورشن کیست نیز مشاهده گردید (شکل ۴، ۵).

نوزاد در معاینه بی‌قرار و تحریک‌پذیر بوده و شکم دیستانته و حساس به لمس بود. جراحی لاپاراتومی برای بیمار انجام گرفت و



شکل (۴)



شکل (۵)

## بحث

شیوع کیست‌های تخمدان در دوران بارداری حدود ۱ در ۲۶۰۰ تخمین زده شده است و این کیست‌ها شایع‌ترین نوع کیست داخل شکمی هستند که در جنین‌های مونث شناسایی می‌شوند (۴). در علم رادیولوژی، ضایعات کیستیک بر اساس اندازه به "کوچک" (کمتر از ۴ سانتی‌متر) یا "بزرگ" (بیش از ۴ سانتی‌متر) و بر اساس ساختار به ساده یا پیچیده تقسیم‌بندی می‌شوند (۵). کیست‌هایی با قطر بیش از ۵ سانتی‌متر ممکن است عوارضی نظیر پیچ‌خوردگی یا پارگی ایجاد کنند (۶). بیشتر این کیست‌ها، کیست‌های یک‌طرفه تخمدان جنینی هستند که به دلیل تحریک تخمدان توسط گنادوتروپین‌های مادری و جنینی به وجود می‌آیند و هیچ شواهدی مبنی بر افزایش خطر تکرار در بارداری‌های بعدی ندارند (۷،۸). این کیست‌ها می‌توانند علائمی مانند درد، بی‌قراری، تب، استفراغ و اتساع شکمی در نوزادان ایجاد کنند (۱).

در مورد مطالعه ما، نوزاد در زمان معاینه بی‌قرار و تحریک‌پذیر بود و شکم او دیستانت و حساس به لمس بود. کیست‌های تخمدان در معرض خطر پیچ‌خوردگی، خونریزی داخلی و پارگی قرار دارند که می‌تواند به پریتونیت منجر شود (۹).

سیستادنوماهای سرورزی تخمدان به‌ندرت دیده می‌شوند و اغلب یک‌طرفه هستند. این کیست‌ها با لایه‌ای از سلول‌های مکعبی یا استوانه‌ای بدون آئینی پوشیده شده‌اند. ممکن است انشعابات پایپلاری در آنها دیده شود، اما تافتینگ وجود ندارد. کلسیفیکاسیون نیز به‌طور شایع مشاهده می‌شود. استرومای زیرین تخمدان ممکن است از نظر ظاهری قابل‌توجه نباشد (۲). در بیمار مورد بررسی ما، یک کیست تک‌حفره‌ای مشاهده شد که در بررسی میکروسکوپی با سلول‌های مکعبی تا مسطح پوشیده شده بود و استرومای ادماتوی زیرین حاوی کلسیفیکاسیون‌های پراکنده بود.

بر اساس بررسی‌های ما، گزارش‌های محدودی از سیستادنوماهای سرورزی تخمدان در نوزادان زیر ۶ ماه در مقالات ثبت شده است. مدهاوی<sup>۱</sup> و همکاران (۲) یک مورد را گزارش کرده‌اند که در آن زنی ۲۷ ساله دختری با توده کیستیک به حجم ۵۰۰ سی‌سی به دنیا آورد. همچنین المدی<sup>۲</sup> و همکاران (۶) یک دختر ۳ ماهه با توده کیستیک بزرگ به حجم ۱۰۰۰ سی‌سی را گزارش کرده‌اند.

شاپیرو<sup>۳</sup> و همکاران دو مورد سیستکتومی لاپاروسکوپی تخمدان در کودکان را گزارش کرده‌اند که یکی از آنها نوزادی بود با توده شکمی ارجاع داده شده و کیست خوش‌خیم تخمدان ساده تشخیص

داده شد که در بررسی هیستوپاتولوژی به‌عنوان سیستادنوم سرورزی خوش‌خیم تأیید گردید (۱۰).

لی<sup>۴</sup> و همکاران نیز یک مورد کیست تخمدان همراه با پیچ‌خوردگی را در یک نوزاد ۷ روزه گزارش کرده‌اند که به‌صورت توده داخل شکمی شناسایی شد و در هیستوپاتولوژی به‌عنوان سیستادنوم سرورزی تأیید شد (۱۱). در مطالعه ما، کیست پیش از تولد تشخیص داده شده بود، اما جراحی و برداشتن آن پس از تولد انجام گرفت.

کیست‌های کوچک معمولاً به‌طور خودبه‌خود برطرف می‌شوند، اما کیست‌های بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر ممکن است دچار عوارضی مانند پیچ‌خوردگی یا خونریزی شوند و به همین دلیل در نوزادان باید با جراحی برداشته شوند (۲). در مطالعه‌ای گذشته‌نگر توسط آکین<sup>۵</sup> که ۲۰ مورد کیست تخمدانی در دوره نوزادی را بررسی کرده بود، میانگین زمان تشخیص در هفته ۳۴ بارداری، میانگین اندازه کیست‌ها ۵۳±۱۵ میلی‌متر و بروز پیچ‌خوردگی در ۲۵ درصد موارد گزارش شد که همگی با جراحی درمان شده بودند.

در صورت وقوع پیچ‌خوردگی، عوارض دیگری مانند پارگی، خونریزی داخل صفاقی، آسیت، چسبندگی به اندام‌های مجاور، انسداد ادراری یا روده‌ای ممکن است رخ دهد (۱). در مطالعه حاضر، به دلیل تشخیص و اقدام به‌موقع، چنین عوارضی در نوزاد مورد بررسی مشاهده نشد.

در این مطالعه، یک مورد سیستادنوماهای سرورزی تخمدان در دوره نوزادی با اندازه کمتر از ۵ سانتی‌متر، اما همراه با پیچ‌خوردگی و انفارکتوس هموراژیک گزارش شد که طی جراحی لاپاراتومی برداشته شد و با بررسی هیستوپاتولوژی تأیید گردید.

## نتیجه‌گیری

تشخیص این مورد به دلیل اندازه بزرگ کیست، همراهی آن با پیچ‌خوردگی و انفارکتوس هموراژیک، و شروع آن از دوره جنینی از اهمیت بالایی برخوردار بود و با برخی گزارش‌های دیگر تفاوت‌هایی داشت. با توجه به ارزیابی‌های انجام‌شده در سه‌ماهه سوم بارداری، تشخیص به‌موقع صورت گرفت و جراحی در زمان مناسب انجام شد که این امر بر اهمیت ارزیابی‌های دوره جنینی تأکید می‌کند. این مورد نشان‌دهنده آن است که اندازه کیست تنها یکی از عوامل خطر مرتبط با پیچ‌خوردگی است و حتی در کیست‌هایی با اندازه کمتر از ۵ سانتی‌متر نیز این عارضه ممکن است رخ دهد.

<sup>4</sup> Lee

<sup>5</sup> Akin

<sup>1</sup> Medhavi

<sup>2</sup> Almadi

<sup>3</sup> Shapiro

**تشکر و قدردانی**

نویسندگان از واحد پاتولوژی بیمارستان شهید مطهری ارومیه برای تهیه لام‌های پاتولوژی تشکر می‌نمایند.

**حمایت مالی**

ندارد.

**تضاد منافع**

هیچ گونه تضاد منافی که بی طرفی این اثر علمی را تحت تأثیر قرار دهد وجود ندارد.

**ملاحظات اخلاقی**

رضایت آگاهانه از پدر بیمار اخذ گردیده است.

**References:**

1. Akın MA, Akın L, Özbek S, Tireli G, Kavuncuoğlu S, Sander S, et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010;2(1):28. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.v2i1.28>
2. Vimal M, Chatterjee P, Nangia A, Choudhury S. Giant ovarian serous cystadenoma in an infant: Report of a rare case. *J Lab Physicians* 2021;13(4):388-90. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732487>
3. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Bacanu A-M, Argeitis J, Botsis D, Vitoratos N. Clinical experience of five fetal ovarian cysts: diagnosis and follow-up. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:575-8. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0508-0>
4. Trinh TW, Kennedy AM. Fetal ovarian cysts: review of imaging spectrum, differential diagnosis, management, and outcome. *Radiographics* 2015;35(2):621-35. <https://doi.org/10.1148/rg.352140073>
5. Aamir M, Punia H, Dalal P, Sharma D. Conservative management of a large neonatal ovarian cyst: a case report. *J Clin Diagn Res* 2015;9(4):SD04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12717.5805>
6. AlMadi H, Aldosaimani H, Al-Shamrani A, Alshehri SA, AlFaifi M. Giant ovarian serous cystadenoma in a 3-month-old infant-A case report. *Egypt J Hosp Med* 2022;89(1):5479-81. <https://doi.org/10.21608/ejhm.2022.264844>
7. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med* 2004;49(5):329-37.
8. Zampieri N, Borruto F, Zamboni C, Camoglio FS. Foetal and neonatal ovarian cysts: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:303-6. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0483-5>
9. Siegel MJ. Pediatric gynecologic sonography. *Radiology* 1991;179(3):593-600. <https://doi.org/10.1148/radiology.179.3.2027956>
10. Shapiro EY, Kaye JD, Palmer LS. Laparoscopic ovarian cystectomy in children. *Urology* 2009;73(3):526-8. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2008.08.497>
11. Lee J-H, Tang J-R, Wu M-Z, Ni Y-H, Hsu W-M. Ovarian cyst with torsion presenting as a wandering mass in a newborn. *Acta Paediatr Taiwan* 2003;44(5):310-2.

## OVARIAN PAPILLARY SEROUS CYSTADENOMA WITH TORSION IN A NEWBORN: A CASE REPORT

*Farzaneh Javanmard<sup>1</sup>, Rahman Khosravi<sup>2</sup>*

*Received: 05 January, 2025; Accepted: 16 February, 2025*

### **Abstract**

Ovarian cysts are one of the most common abdominal masses in female fetuses and infants. Among the ovarian cysts in infants, serous cystadenoma is extremely rare, with only a few reported cases in the literature. Here, we report a case of a neonatal ovarian serous cystadenoma treated with surgical cystectomy and confirmed by histopathological examination. The antenatal ultrasonography (USG) in the third trimester had shown an abdominal cyst on the right side of the abdomen. After birth, the entire cyst was removed during laparotomy. On gross examination, an unilocular cyst measuring 4×3.5×3.5 cm with a wall thickness of 0.3 cm was noted. Microscopic examination revealed epithelial cells with a papillary pattern, regular cell layers, and ischemic changes due to hemorrhagic infarction. This study emphasizes the significance of prenatal evaluation, timely diagnosis, and considering the potential risk of complications.

**Keywords:** Papillary serous cystadenoma, ovarian cyst, ovarian torsion, newborn

**Address:** Department of Pathology, Urmia Shahid Motahari hospital, Urmia, Iran

**Tel:** +984432237080

**Email:** javanmard.f@umsu.ac.ir

SOURCE: STUD MED SCI 2025; 35(11): 872 ISSN: 2717-008X

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Assistant professor of pathology, Department of Pathology, Urmia Shahid Motahari hospital, Urmia, Iran  
(Corresponding Author)

<sup>2</sup> Assistant professor of pediatric surgery, Department of pediatric surgery, Urmia Shahid Motahari hospital, Urmia, Iran