

تشخیص یک مورد کیست تخدمان در جنین و نوزاد توسط سونوگرافی و عوارض ناشی از آن

دکتر عباس هنربخش^{*}، دکتر رسول عزیزی^{*}، دکتر مهرانگیز حاتمی^{*}

خلاصه

امروزه با افزایش کاربرد سونوگرافی در تشخیص ناهنجاریهای جنین در درون رحم و پیشرفت تکنیک و بالا رفتن قدرت تفکیک (Resolution) دستگاهها، می‌توان حدود ۲۵-۱۵ درصد بیماریهای جنین را قبل از تولد تشخیص داد و حتی درمان نمود. در این نوشتار، یک مورد کیست تخدمان جنین که با فرا-آوانگاری (اولتراسونوگرافی) در رحم تشخیص داده شده و بعد از تولد منجر به انسداد روده در نوزاد گردیده، گزارش می‌شود. در مادر نوزاد، سابقه کیست تخدمان، نازایی و گواتر وجود داشته که بدون هیچ گونه درمان طبی، دو سال پس از جراحی کیست تخدمان باردار شده است. مورد اخیر - تا آنجاکه ما می‌دانیم - اولین موردی است که کیست تخدمان در جنین و نوزاد به همراه سابقه کیست تخدمان در مادر در نشریه‌های پزشکی گزارش می‌شود.

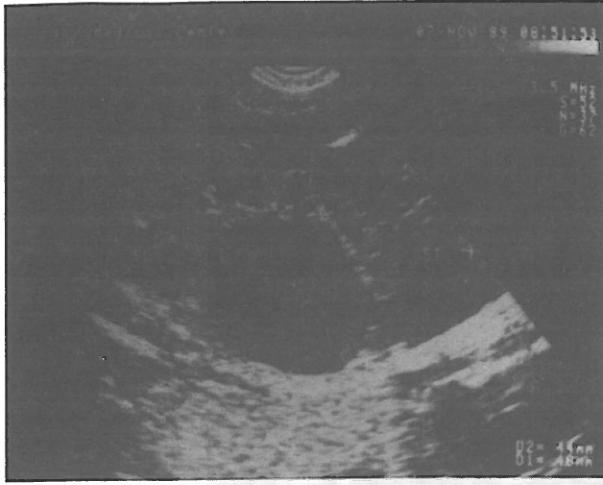
شکم رخ می‌داد، تشخیص داده می‌شدند (۱۲). تشخیص ناهنجاریهای جنینی در قلی از تولد با سونوگرافی از نظر مراقبتها بعدی جنین و سیر حاملگی و زایمان و مراقبت فوری و دقیق نوزاد حائز اهمیت بسیار است (۳). تشخیص کیست تخدمان جنینی توسط سونوگرافی در قلی از تولد در موارد محدودی گزارش شده است که کیستهای کوچک تخدمان اغلب خود بخود جذب شده ولی کیستهای بزرگ ممکن است طی زایمان طبیعی و یا بالا فاصله پس از تولد عوارض مکانیکال به همراه داشته باشند (۴،۳ و ۷).

مقدمه
کاربرد وسیع اولتراسوند، تشخیص انواع ناهنجاریهای تشریحی جنین را امکان‌پذیر ساخته است. توده‌های شکمی بخصوص کیستهای تخدمان در مرحله قلی و بعد از تولد توسط اولتراسوند سریال به آسانی قابل تشخیص می‌باشند (۱۱،۷،۵،۳،۲ و ۱۶). تا قبل از پیدایش سونوگرافی، پزشکان از وجود کیستها بی‌خبر بودند (۵) و فقط در صورت قابل لمس بودن یا بروز عوارضی که پس از باز کردن

*: مرکز پژوهشی فیروزگر (دانشگاه علوم پزشکی ایران)

**: استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معرفی و شرح حال بیمار



شکل ۱) اسکن با تواتر (فرکانس) چهار مگاهرتز و ترانس - دیوسرو مکانیکال سکتور، ضایعه کیستیک در جلوی شکم جنین با تمام کیفیت کیست در سونوگرافی (ST: Stomach . BL: Bladder)

کیست تراوتوما، کیستهای روده کوچک یا مزانتر و کیست اوراکال بود. فضای داخلی کیست بدون اکو و ترانس - میشن واضحی در عقب آن دیده می شد. بیمار پس از درمان با ریتودرین (Ritodrin) و ایزوکسپرین (Isoxuprine) چهار روز بعد با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نمود.

بیمار در تاریخ ۶۸/۱۰/۱۰ به علت شروع دردهای زایمانی مجدداً در بیمارستان فیروزگر بستری گردید و با توجه به عدم پیشرفت مراحل زایمانی، سابقه عمل جراحی قبلی (کیست تخدمان چپ) و کیست داخل شکمی جنین و احتمال دیستوسی، تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفت و نوزاد دختری به وزن ۲۴۳۰ گرم با نمره آپگار ۷ - در دقیقه اول - و ۹ - در دقیقه پنجم در حد هفته ۳۲ حاملگی متولد شد. در معاینه بالینی روز بعد از تولد، حال عمومی نوزاد راضیبخش نبود: رنگ پریده و گاهگاهی ناله می کرد. انتهایا و شکم ادماتو در قسمت تحتانی شکم بزرگتر از حد طبیعی بود ولی تودهای در آن لمس نمی شد. دفع مکونیوم و ادرار وجود نداشت و ادرار حتی با سوند خارج نشد و فقط در پی تجویز لازیکس ادرار دفع گردید. در پرتونگاری شکم، در معده و قسمت ابتدائی روده کوچک هوا دیده شد ولی در بقیه قسمتها هوا دیده نمی شد.

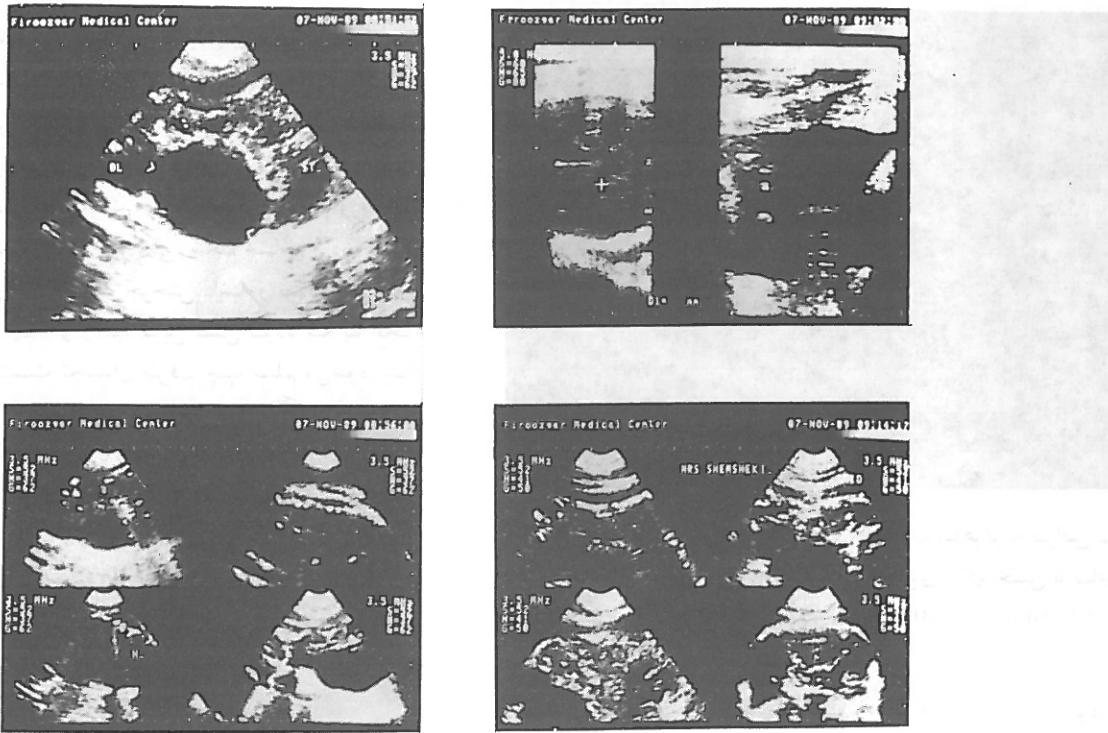
آزمونهای خونی کاهش هموگلوبین را از ۱۰ میلیگرم درصد به ۸/۵ میلیگرم درصد نشان می دهد، که به همین علت با تزریق چکانهای (ترانسفورزیون) خون تازه هم گروه به او داده شد. روز بعد، نوزاد توسط جراح اطفال معاینه شد و سپس به بخش سونوگرافی منتقل گردید و از ناحیه شکم و لگن سونوسکپی و سونوگرافی به عمل آمد. تصویر فوق در شکم جنین این مرتبه در نیمة تحتانی شکم

خانم س. ش، ۱۷ ساله (G₀ P₀ Ab₀) در تاریخ ۶۶/۴/۲۱ به علت تهوع و استفراغ و درد نیمه تحتانی و چپ شکم در بیمارستان امام حسین بستری می شود. بیمار حدود یک سال قبل. ازدواج کرده بود و طی این مدت - بدون استفاده از روشهای جلوگیری - حامله نمی شده است. وی، قاعدگی نامنظم و مقاربت در معاینه واژینال، رحم به عقب چرخش داشته و توده کیستیک به ابعاد ۷×۸ سانتیمتر جدا از رحم، قابل لمس بوده که با انجام سونوگرافی وجود کیست تخدمان طرف چپ مسلم می شود. بیمار در تاریخ ۶۶/۴/۲۸ تحت عمل جراحی قرار می گیرد و تخدمان چپ که تماماً کیستیک شده بود بهمراه لوله چپ کلاً از پایه برداشته می شود. ضخامت جدار کیست حدود ۰/۳ سانتیمتر و سطح داخلی آن به وزن پاپی و از نظر رنگ و ضخامت غیر یکواخت بود؛ نمای ریز بینی (میکروسکوپی) تخدمان چپ تعدادی کیست فولیکول و موسینوس ساده بدون تغییرات نئوپلاستیک را نشان می دهد. بیمار در تاریخ ۶۶/۴/۳۱ با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک کرد.

دو سال بعد بدون هیچگونه درمان طبی، بیمار حامله می شود و در تاریخ ۶۸/۹/۱۴ بعلت کمر درد و انقباضات رحمی در بیمارستان فیروزگر بستری می گردد. بیمار، تاریخ آخرین قاعدگی را ۶۸/۲/۲ بیان می کند و بر این مبنای تاریخ احتمالی زایمان وی ۶۸/۲/۱۲ تخمین زده می شود. در مدت حاملگی بجز خونریزی واژینال در حد لکه بینی که در سه ماهه اول حاملگی پیش آمده بود، نکته خاص دیگری را ذکر نمی کند. در معاینه بدنی تبروئید بیمار بزرگ بود؛ در لمس شکم، اندازه رحم در حد هفته سی ام حاملگی و صدای قلب جنین طبیعی بود؛ در معاینه واژینال علائمی که شروع زایمان را نشان دهد، مشاهده نشد. روز بعد سونوگرافی انجام شد، که روش سونوگرافی به شرح زیر می باشد:

دستگاهی که سونوگرافی با آن انجام گرفت، کرس ۲۰، ریل Tایم (RealTime)، ترانس دیوسر آن مکانیکال سکتور و R, Linear ۴۰ بوده و فرکانس آن ۴ مگاهرتز می باشد. بیمار در وضعیت طاقباز (Supine) قرار گرفت و پس از استفاده از ژل در قطعهای طبلی و عرضی، نسبت به محور شکم مادر، سونوسکپی و سونوگرافی انجام گرفت و یافته های زیر مشاهده شد:

تصویر یک جنین زنده و فعل در هفته ۲۶ یا ۲۹ حاملگی؛ کیستی با جدار واضح و مشخص، تقریباً بیضی شکل بدون دیواره به ابعاد ۴/۸ × ۴ × ۴ سانتیمتر در جدار قدامی شکم جنین بالای مثانه جنین دیده شد (شکل ۱ و ۲) که تقریباً چسیده به جدار فوکانی مثانه بود ولی با تغییر حرکت در جهت ترانس دیوسر، این کیست از مثانه جدا می گردید و بهمین دلیل یکی از تشخیصهای افتراقی اومتال



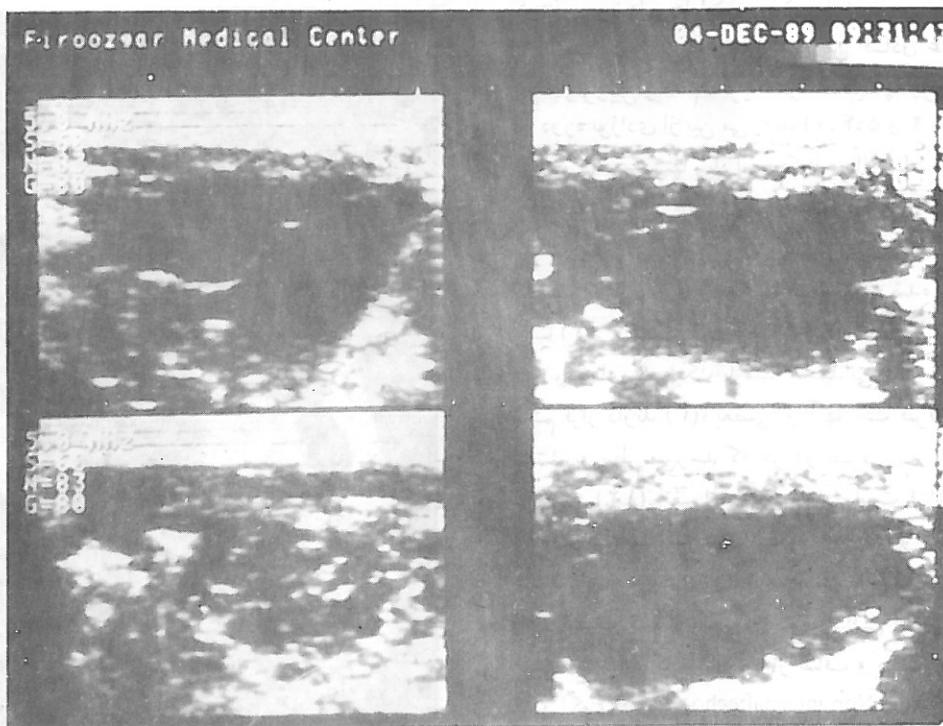
شکل ۲) نشاندن مجدد کیست و اعضای دیگر جنین مثل قلب و ستون فقرات

سانتیمتر و پر از مایع شکلاتی رنگ مشاهده شد. در نمای ریزبینی (میکروسکوپی) نسج ادماتو و محتنق تخدمان شامل فولیکول اولیه (پرموردیال) و کیستهای فولیکول کوچک قبل رؤیت بود. در بعضی نقاط، یاخته‌های گرانولوزا وجود داشته، دیواره کیست از یک لایه بافت فیرورز پوشیده شده بود. با نمای هیستولوژی تشخیص کیست فولیکول تخدمان چپ در نوزاد مورد تائید قطعی قرار گرفت. پس از عمل، سیر بیماری نوزاد را بایتبخش بود و در تاریخ ۶۸/۱۰/۲۶ از بیمارستان مرخص گردید. در پیگیریهای انجام شده تاکنون (آبان ۱۳۶۹) حال عمومی، رشد و تکامل کودک طبیعی است.

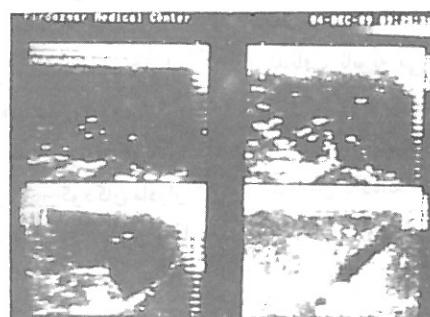
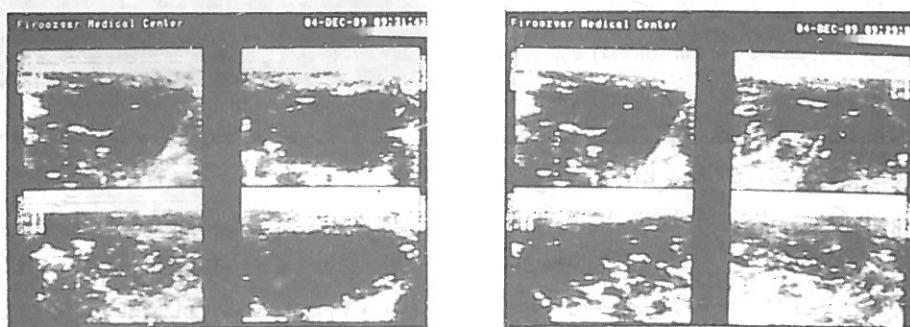
بحث

کیستهای کوچک تخدمان در نوزادان غیر شایع نیست. ناهنجاریهای دستگاه تناسلی جنس مؤنث و تخدمانها طبق آمار ویلسون (Wilson) در سال ۱۹۸۲ تقریباً بیست درصد توده‌های شکمی نوزادان را تشکیل می‌دهد و از نظر شیوع، پس از ناهنجاریهای کلیه، دومین نوع توده‌های شکمی است (۸ و ۱۳)؛ و این در حالی است که دسا (Desa) کیستهای فولیکول کوچک را در ۱۱۳ (۳۴ درصد) از ۳۳۲ مورد زایمانهایی که نوزاد مرد بوده

و لگن نوزاد مشاهده گردید ولی، در مقایسه با تصویر اولی، چند تفاوت جزئی داشت که ذیلاً یادآوری می‌شود (شکل ۳ و ۴): ۱) وجود دیواره‌های متعدد در فضای داخل کیست؛ ۲) شکل آن که بیضی است و حجم آن به طور نسبی افزایش نشان می‌داد؛ ۳) محل آن تغییر کرده بود و در نیمه تحتانی شکم و در بالای لگن نوزاد قرار داشت؛ ۴) هنگام حرکت نوزاد کیست هم جابجا می‌شد که این موضوع، احتمال وجود کیست پایه‌دار را به نظر می‌آورد. تصویر غیر طبیعی در کلیه‌ها، مثانه، کبد، طحال، معده و عروق شکم جنین دیده نشد. سایر قسمتهای شکم و لگن طبیعی بود. با توجه به خیز پاها و جدار شکم و تائید سونوگرافی، بیمار با تشخیص احتمالی کیست مزانتریک (Chylous Cyst) و فشار به احتشاء و عروق در تاریخ ۶۸/۱۰/۱۳ تحت عمل جراحی قرار گرفت. در لапاراتومی، کیست بزرگی به رنگ قهوه‌ای به طول تقریبی ده سانتیمتر تا حوالی ناف مربوط به تخدمان طرف چپ مشاهده شد (شکل ۵). سایر قسمتها از جمله رحم و تخدمان راست طبیعی بودند. با توجه به اینکه بافت تخدمان چپ از بین رفته و چیزی معلوم نبود لذا کیست از پایه و محل اتصال به رحم برداشته شد. در درشت نمایی (ماکروسکوپی) توده‌ای کیستیک و به رنگ قهوه‌ای به ابعاد ۴/۵ × ۴/۶ × ۹/۰ سانتیمتر و وزن ۱۲۵ گرم با سطح خارجی و داخلی صاف و به ضخامت ۱/۰



شکل ۳) تغییر شکل ضایعه کیستیک با سپتوم و نامشخص بودن حدود آن در ناحیه لگن و نیمه تحتانی شکم نوزاد



شکل ۴) نماهای دیگری از کیست در نوزاد

گردنش خون طی حاملگی بستگی دارد. بهمین علت وقتی که جنین از این محیط دور می‌شود بعلت پایین افتادن غلظت کوریونیک گونادوتروپین و عدم تحریک رشد، کیستها چروکیده شده، بالاخره در دوره نوزادی از بین می‌روند (۱، ۵، ۴، ۱). در نوزادان نارس نیز شیوع این کیستها زیاد است که احتمالاً بعلت حساسیت بیشتر آنها به این هورمون می‌باشد (۱۲). مونت‌اگ (Montage) افزایش غلظت استرادیول، پروژسترون و تستوسترون را در مایع کیست ده سانتیمتری که ده روز بعد از تولد برداشته شده باشد، گزارش کرده است (۱).

توده‌های کیستیک با منشأ تخدمانی معمولاً در ناحیه تحتانی شکم قرار دارند (۳)، بعضی از آنها یک طرفه و بعضی دو طرفه هستند. و بنظر می‌رسد که هر دو طرف به یک نسبت گرفتار می‌شوند (۱۲). تغییرات بدخیم نادر است (۷). اندازه‌های آنها متفاوت می‌باشد: بزرگترین کیستی که تا کنون گزارش شده ۲۰ سانتیمتر بوده است (۱۲). اندازه کیست نقشی در چرخش آن ندارد (۷). کیفیت کیست ساده در سونوگرافی عبارت ابیت از علائم اصلی (Major) که شامل جدار صاف و منظم، شکل گرد یا بیضی بدون اکوی داخلی (Non internal echo)، Transmission Through¹ (Non internal echo) می‌باشد؛ و علائم کوچک (Minor) کیست ساده شامل (Shadow) با کیفیت فیزیکی ریفرانکشن در قسمت محیطی آن، تصاویر اکوژنیک خطی متعدد در مجاور جدار قدامی آن (آرتفاکت)، دیده شدن تصاویر اکوژنیک ظریف یا خطی که دلیل بر دیری (Debris) یا خون تازه (Fresh blood) یا سپتوم در نوع مادر زادی یا ارگانیزه شدن بعد از خونریزی است. تعیین دقیق محل کیست قبل از عمل امکان‌ذیر نیست مگر آنکه تخدمان طرف مقابل دیده شود. زیرا در بعضی موارد - مثل بیمار ما - کیست با پایه بلند حتی در طی سونوگرافی A Time Real A Time نیز ممکن است تحرک و تغییر محل نشان دهد (۵).

هیدرامنیوس در ۵-۱۰ درصد حاملگیهایی که با کیست تخدمان همراه هستند، گزارش شده است (۳ و ۸). اگر چه علت اصلی هیدرامنیوس در این بیماران ناشناخته است ولی در دو نظریه مطرح شده، انسداد روده کوچک (۳ و ۷) به اثر توده یا فشار بر بندناf ثانویه می‌باشد (۷). جفری (Jaffri) و همکاران کمکاری تیروئید را با بررسی آزمونهای معمول تیروئید (T₄, T₃, TSH) در دو نوزاد با کیستهای تخدمان تشخیص داده شده در مرحله جنینی گزارش داده‌اند که در معاینات بالینی آنها هیچگونه علائمی از کمکاری تیروئید مادرزادی وجود نداشته است (۳).

کاهش هماتوکریت و آسیت خونی در نوزادان با کیست هموراژیک بدون پیچ خوردگی و پارگی قبل از گزارش شده بود (۷). کاهش هموگلوبین و هماتوکریت پس از تولد و تائید کیست



شکل ۵) کیست تخدمان چپ در نوزاد پس از جراحی

و کودکانی که در ۲۸ روز اول زندگی مردنده، گزارش Drade است (۱، ۳، ۷، ۱۰ و ۱۲). دشی (Deshi) در تکه‌برداری از ۳۲ درصد از ۴۰ نوزاد مؤنث به یافته‌های مشابهی دست یافت (۱ و ۱۰) و این، نشانگر آن است که از نظر بالینی، فقط کیستهای بزرگ عارضه دار یا کیستهایی که با سونوگرافی تشخیص داده می‌شوند، قابل گزارش بودند.

فیزیوپاتولوژی کیستهای تخدمان جنین هنوز ناشناخته است ولی اکثرآ اختلال عضوی ندارند و خوش خیم هستند (۱۲، ۷، ۵) و (۱۴)؛ عده‌ای معتقدند که در نتیجه تحریک تخدمان توسط گونادو-تروپین‌های جفتی است و این ارتباط، تکرار آن را در کودکان مادران دیابتیک (۱) و یا در مادرانی که در معرض ایزوایمیونیزاسیون و یا زهر خونی (۷ و ۱۲) قرار داشته، جفت بزرگ دارند، سرح می‌دهد. زیرا در همه آنها هورمون کوریونیک گونادوتروپین جفتی بیش از حد معمول ایجاد می‌شود (۱، ۳، ۵، ۷ و ۱۰) و به تغییر یا افزایش پاسخ جنینی به میزان بالای کوریونیک گونادوتروپین موجود در

دیستوژی (قطر بزرگ شکم در سونوگرافی) وجود دارد، برای اجتناب از خطر پیچ خوردن و پارگی، مادر سزارین می‌شود (۳ و ۱۰). در سایر موارد، زایمان واژتال باشد انجام شود (۶، ۲۳ و ۸). آسپراسیون داخل رحمی شکم جنین، بخصوص وقتی که علائم فشار بر قفسه سینه وجود داشته باشد، تاکنون انجام شده است. این روش ممکن است بر سزارین ارجاع باشد (۷ و ۱۲). درمان کیست در نوزاد نیز مهم می‌باشد و از پیگیری توسط سونوگرافی و آسپراسیون تا جراحی متفاوت است (۶ و ۸، ۷، ۲۱). لیندک (Lindeque) در سال ۱۹۸۸ برای درمان محافظه کارانه این نوزادان شش ویژگی اولتراسوند را در نظر گرفته است و تنها مشخصه ثابت شده برای لاپاراتومی را افزایش اندازه کیست بعد از تولد، وجود نواحی جامد در کیست، آسیت و یا پیدایش عوارض در اثر کیست می‌داند (۵ و ۱۱). این مشخصات عبارتند از (۱) جنین مؤنث باشد؛ (۲) دیواره کیست نازک باشد؛ (۳) محتویات کیست Echo-Free باشد؛ (۴) در سونوگرافی کلیه‌ها و مثانه طبیعی باشد؛ (۵) امکانات پیگیری با سونوگرافی به آسانی در دسترس باشد؛ (۶) کیست با تأیید سونوگرافی در طی دوره نوزادی چروکیده و سرانجام پس از ۶ هفته ناپدید شود. ویداووسون (Widdowson) و همکاران نیز معتقدند که قبل از جراحی باید اقدامات محافظه کارانه انجام شود و جراحی فقط در صورت عود یا ایجاد عارضه بکار رود. زیرا کیستهای کوچکتر از ۵ سانتیمتر ممکن است به درمان احتیاج نداشته و خود بخود از بین بروند (۱۱ و ۱۲). و در کیستهای بزرگتر از ۵ سانتیمتر نیز اگر آسپراسیون با سونوگرافی مؤثر باشد، بیمار از جراحی نجات یافته و امکان حفظ تحمدان، بویژه در مواردی که کیستها دو طرفه باشند، فراهم می‌گردد (۱۲). عود کیست نیز می‌تواند با آسپراسیون مجدد یا جراحی درمان شود. مهمترین خطر آسپراسیون، پارگی کیست و پریتونیت ثانویه است که غیر شایع می‌باشد. برای تأیید منشأ تحمدانی باید میزان غلظت استرادیول مایع آسپری شده انداده گیری شود. وجود خون در نمونه آسپری شده ممکن است نتیجه را به طور کاذب ثبت گردد. غلظت بالای استرادیول نشان می‌دهد که کیست منشأ تحمدانی دارد (۹). لاپاراتومی غیر ضروری زیان آور می‌باشد و ممکن است به تحمدانها و لوله‌ها صدمه رساند و چسبندگی بعدی را باعث شود و از نظر تولید مثل و موقعیت هورمونی، آینده این نوزادان را به مخاطره اندازد (۵). در لاپاراتومی، اگر چرخش یک طرفه باشد تحمدان برداشته می‌شود و این به دلیل آن است که چرخش یا جابجایی تمام تحمدان با کیست، برداشتن کیست را غیر ممکن می‌سازد. درمان کیست ساده، برداشتن آن است اما حفظ کار تحمدان در آینده زیر سوال است، هر چند با طبیعی بودن تحمدان طرف مقابل، این امر اهمیت زیادی ندارد (۱۲). وقتی کیست خیلی بزرگ باشد بافت تحمدان به علت فشار از بین می‌رود و معمولاً تشخیص

انسداد روده شده بود - از نظر بالینی حائز اهمیت است. به رغم وجود سابقه نازایی، گواتر و جراحی کیست تحمدان در مادر، بررسی آزمونهای تیروئید در مادر و نوزاد انجام نشد. اگرچه ممکن است در بیماری‌زایی کیست تحمدان جنینی علاوه بر هورمون کوریونیک گونادوتropین جفتی، سایر هورمونهای مادر - از جمله گونادوتropین های هیپوفیز و یا هورمونهای تیروئید - نیز نقش داشته باشد ولی برای اثبات آن لازم است که در آینده بررسی بیشتری صورت گیرد.

با تجربه بودن متخصص سونوگرافی، پیشرفت تکنیکی Resolution بالای دستگاههای سونوگرافی با در نظر داشتن ترانس-دیوسر مناسب، امکان تشخیص بسیاری از ضایعات کیستیک را در جنین فراهم می‌ساخته است: به طوری که با بررسی دقیق سونوگرافیک داخل شکم و تعیین جنسیت جنین و اثبات طبیعی بودن کلیه‌ها و مثانه علل دیگر کیستهای قبل از تولد از جمله دیسپلазی کیستیک کلیه (۵)، هیدرونفروز پیشرفته (۱۰)، کارگذاشته می‌شود. Duplication Cyst البته کیستهای مزانتریک (۱۰، ۷، ۵، ۳ و ۱۲)، دیلاتاسیون مقاوم مثانه (۵، ۲، ۵ و ۱۰) کارگذاشته می‌شود. Giant Cyst، Urachal Cyst (۳ و ۵)، لوبهای دیلاته روده کوچک (۱۰ و ۱۲)، تراتوم کیستیک خوش خیم (۲ و ۵)، Meconium Peritonitis (۷ و ۱۰) نیز در تشخیص افتراقی باید در نظر گرفته شوند.

کیست کوچک تحمدان بدون عارضه و علامت بوده ولی اگر کیست بزرگ باشد، ممکن است عوارض مکانیکی مثل دیلاتاسیون شکم و انسداد نسبی روده (۷، ۳، ۱ و ۱۲) و یا دیسترس تنفسی (۱۲) ایجاد کند. خطر هیپوپلازی ریه در جنین با کیستهای بزرگ وجود دارد. ویداووسون (Widdowson) و همکاران معتقدند که خطر فشار به قفسه سینه و در نتیجه هیپوپلازی ریه همراه با کیست بزرگ تحمدان - مانند هر توడۀ بزرگ شکمی دیگر - وجود دارد. پارگی کیست فقط در ضایعات بزرگتر (به قطر ۱۲-۱۰ سانتیمتر) گزارش شده است و در ضایعات کمتر از ۵ سانتیمتر عامل مهمی به شمار نمی‌آید (۱۲).

از نظر هیستولوژی این کیستها منشأ اپیتلیال گراف یا ژرمینال اولیه داشته، شامل کیستهای فولیکول (۱۲، ۷)، تکالوئین و کیستهای جسم زرد یا کیستهای ساده می‌باشند که در آنها لایه سلولی خراب شده است. کیست آدنوم نیز بدرست گزارش شده است (۷ و ۱۱). در تکالوئین درجهات مختلف لوتشینیزاسیون غلاف داخلی وجود داشته و در کیست جسم زرد لوتشینیزاسیون سلولهای گرانولوزای فولیکول گراف نیز اتفاق می‌افتد (۷).

مونتاغن (Montagene) معتقد است با تشخیص سونوگرافیک کیست تحمدان در جنین نیاز به سزارین نیست (۶) بجز مواردی که

مراجع

- 1) Amodio J, et al: Postnatal resolution of large ovarian cysts detected in utero. Report of two cases. *Pediatr Radiol* 17: 467-9, 1987
- 2) Brans Y W, Hayashi RH: Prenatal diagnosis of fetal abdominal masses by ultrasonography. *Am J Prenatal* Jul 3 (3): 189-91, 1986
- 3) Jafri S Z, et al: Fetal Ovarian cysts: Sonographic detection and association with hypothyroidism. *Radiol Mar* 150 (3): 809-12, 1984
- 4) Liapi C, Evain- Brion D: Diagnosis of ovarian follicular cysts from birth to Puberty. A report of twenty cases. *Acta Pediatr Scand Jan* 76 (1): 91-6, 1987
- 5) Lindeque B G: Ultrasonographic criteria for the conservative management of antenatally diagnosed fetal ovarian cysts. *J Repro Med* 33(2) 196-8, 1988
- 6) Montagene J P: Postnatal resolution of large ovarian cysts detected in utero (letter). *Pediatr Radiol* 18(3): 248, 1988
- 7) Nussbam A R et al: Neonatal ovarian cysts: Sonographic pathologic correlation. *J Radiol* 168(3): 817-21, 1988
- 8) Ott W J: Acute polyhydramnios and a fetal ovarian cyst. *J Reprod Med* 30 (11): 887-9, 1985
- 9) Ravitch M M et al: Pediatric Surgery, Ovarian cysts and tumor. Year book Medical publish. 3th ed. 1984, P 1437
- 10) Suita S, et al: Neonatal ovarian cyst diagnosed antenatally. Report of two patients. *J C U* 12 (8): 517-19, 1984
- 11) Thind C R, et al: The role of ultrasound in the management of ovarian masses in children. *J Clin Radiol* 40 (2): 180-2, 1989
- 12) Widdowson D J: Neonatal ovarian cysts: Therapeutic dilemma. *Arch Dis Child* 63: 737-42, 1988
- 13) Wilson D A: Ultrasound screening for abdominal masses in neonatal period. *Am J Dis child* 136: 147, 1982
- 14) Zachariou Z,et al: Three years experience with large ovarian cysts diagnosed in utero. *J Pediatr Surg* May 24(5): 478-82, 1989

نسخ تحمدان غیر ممکن می شود. در این موارد، برداشتن تحمدان یک طرف لازم است (۹) که بیمار مانیز در همین شرایط قرار داشت و بهمین جهت، تحمدان طرف چپ به طور کامل برداشته شد. در مواردی که کیستها دو طرفه باشند سیستکتومی دو طرفه و یا تحمدان برداری یک طرف و سیستکتومی طرف مقابل انجام می گیرد (۹). در این اعمال، چون این خطر وجود دارد که تمام نسخ طبیعی تحمدان برداشته شود، ممکن است در آینده بیمار عقیم شود.

نتیجه

افزایش کاربرد سونوگرافی، پزشکان را از وجود ناهنجاریهای که ممکن است تا بروز عوارض شدید تشخیص داده نشوند، آگاه ساخته و درمان صحیح و به موقع آنها را امکانپذیر می سازد. در مورد ناهنجاریهای شکم نوزاد که از طریق سونوگرافی مادر در دوران حاملگی تشخیص داده شده گزارش‌های بسیاری منتشر شده است. با تشخیص این ناهنجاریها در جنین می توان کار تیمی صحیحی را - از نظر متخصصان بیماریهای زنان، کودکان و جراحان اطفال - جهت درمان جنین و نوزاد پیش بینی نمود و بکار گرفت.

Neonatal Ovarian Cyst Diagnosed Antenatally by Ultrasonography in Firoozgar Medical Center

Honarbakhsh A, Azizi R, Hatami M
Iran University of Medical Sciences, Shaheed Beheshti University of Medical sciences

SUMMARY

The widespread use of high-resolution, real time ultrasound has enabled physicians to identify a variety of fetal anatomy abnormalities. About 15-25% of fetal diseases can be diagnosed and even treated antenatally.

This is a report of a case with fetal ovarian cyst which has been confirmed with ultrasonography both antenatally and postnatally, and caused intestinal obstruction in

neonate. There is a history of previous ovarian cyst, infertility and goiter in her mother. She got pregnant 2 years after operation of ovarian cyst without any medical treatment. As we know, this is the first report of ovarian cyst in fetus and neonate with previous history of ovarian cyst in mother.

The first performance of myocardial perfusion scintigraphy, post intravenous Dipyridamole injection

Neshandar Asli I
Taleghani Hospital, shaheed Beheshti University of Medical Sciences

SUMMARY

Dipyridamole- Thallium imaging is a relatively safe and accurate method to evaluate myocardial perfusion in patients who are unable to exercise to a maximal exertion (5,6,8,9).

A 51 year-old woman was admitted to Taleghani hospital with clinical symptoms and signs of coronary artery disease.

Intravenous dipyridamole-Thallium scan was

performed in this case. In multiple views obtained from myocardium, reversible perfusion defects of posterolateral, septal walls and equivocally of inferior wall were noted.

On coronary contrast angiography which performed later, 70%, 95% and 55% stenosis of L.A.D, circumflex and R.C.A was confirmed respectively.