

سرطان المبيض البشري أثناء الحمل

تسجيل حالة نادرة من مشفى دار التوليد - جامعة دمشق

الدكتورة أسماء عبد السلام*

الملخص

إن سرطان المبيض البشري في أثناء الحمل هو من الحالات النادرة حيث يتراوح معدل حدوثه من (١-١٢,٠٠٠) إلى (١-٥٠,٠٠٠) ولادة حية. وعلى الرغم من كثرة حدوث أورام وكيسات على حساب المبيض في أثناء الحمل إلا أن الأورام الخبيثة لا تتجاوز نسبتها ٢% من مجمل هذه الكتل. تكمن صعوبة الحالة في التعرف على وتشخيص الكتل الخبيثة وتشخيصها باكراً ما أمكن في أثناء الحمل، وفي اتخاذ قرار التداخل الجراحي والمعالجة الكيميائية للورم في أثناء الحمل لما له من تأثير في إنذار كل من الجنين والأم.

وفي هذه الحالة رجعت السيدة في الأسبوع ٢٤ من الحمل بأعراض تشابه مع أعراض الحمل وعلى الرغم من تشخيص كتلة على حساب المبيض إلا أنه تم تأجيل التداخل الجراحي لصالح الجنين مما أثر في الحالة العامة وإنذار السيدة. وعند التداخل الجراحي تم استخراج جنين حي بحالة عامة حسنة إلا أن الورم كان من نوع كيسى غدي مخاطي خبيث على حساب المبيض Ovarian mucinous cyst adenocarcinoma وفي المرحلة الرابعة. حولت السيدة إلى التوليد الجامعي لاستكمال المعالجة الجراحية الواسعة وتطبيق المعالجة الكيميائية.

* قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة دمشق.

**Epithelial ovarian cancer during pregnancy.
Case report in DAR EL TAWLID Maternity
Hospital Damascus University.**

ASMAA ABDUL SALAM*

Abstract

Ovarian cancer is variously reported to be between 1 in 12000 and 1 in 50000 live births. The incidence of benign ovarian tumors complicating pregnancy is more common, only 2 % of these tumors are malignant. The coexistence of malignant ovarian tumor with pregnancy presents problems like the difficulty in accurate and early diagnosis of malignancy and the therapeutic implications on the prognosis of both the fetus and the mother. In this case the patient revised a hospital when she was 24 weeks gestation with vague complaints which are similar to normal pregnancy complaints. Although ovarian tumor was diagnosed by ultrasound, the surgical interference was delayed till the fetus was near term, this delay affected the general condition and the prognosis of the patient. The tumor was ovarian mucinous cystadenocarcinoma stage IV. The patient was referred to DAR EL TAWLID University hospital to complete surgical treatment and chemotherapy.

*Department of obstetrics and gynecology - Faculty of medicine - Damascus University

مقدمة

عادت المريضة بعد أسبوعين بترفع حروري ٣٩ درجة مع حالة عامة سيئة وظهور حبن بالبطن تم إجراء قيصرية سفلية في الأسبوع ٣٢ من الحمل واستخرج جنين حي بحالة عامة جيدة .

تم إغلاق الرحم وأجري استقصاء للبطن حيث وجدت كتلة على الملحقات اليسرى بقطر ٣٥ سم وسماكة ٨ سم وكذلك كتلة على الملحقات اليمنى بقطر ١٢ سم.

تم استئصال الكتلتين ووجدت انتقالات في الثرب الذي تم استئصال جزء منه ووجد انتقالات صغيرة أقل من ٢ سم على جسم الرحم والمثانة والسين ورتج دوكلاس . وكانت الأمعاء والمرارة والزائدة الدودية خالية من أي

ورم بدئي. ولم يتم إجراء surgical staging أثناء الفيسرية ولذلك لم يتم إجراء فحص الكبد والسطح السفلي للحجاب الحاجز .

أرسلت العينات المستأصلة للتشريح المرضي وكانت النتيجة :

(كارسينوما غدية مخاطية كيسية) على حساب المبيض (Ovarianmucinou cystadenocarcinoma)

حولت السيدة إلى دار التوليد الجامعي في شهر آذار عام ٢٠٠١ لاستكمال دراستها وإجراء عمل جراحي واسع .

عند وصول السيدة كانت بحالة عامة دون الوسط مع إقياءات متكررة وفقدان شهية مع ظهور لون يرقاني في الصلبة sclera.

تم إجراء الفحوصات الآتية

١- صورة شعاعية للصدر : وكانت ضمن الحدود الطبيعية دون انتقالات أو انصباب جنب

يشكل سرطان المبيض تحدياً كبيراً بين السرطانات الأنثوية لأنه غالباً لا عرضي في مرحله الأولى وعند ظهور الأعراض وتشخيص الورم فإن ثلثي المرضى يكونون في مراحل متأخرة من الورم مع انتقالات بعيدة، ويعد العلاج الجراحي تحدياً آخر لأنه يجب أن يجري في كل مراحل سرطان المبيض ويجب أن يكون واسعاً مع استئصال الكتلة وتحاشي وجود بقايا ورمية بعد العمل الجراحي ما أمكن حيث حجم البقايا الورمية في نهاية العمل الجراحي تعد من العوامل الإنذارية الهامة لسرطان المبيض .

وصف الحالة

راجعت المريضة هـ.أ/ ٣٥ سنة بتاريخ ٢٠٠٠/١٢/١٣ أحد مشافي التوليد بحمل يعادل ٢٤ أسبوعاً حسب آخر طمث وحسب تصوير أمواج فوق الصوت . حيث كان تاريخ آخر طمث ٢٠٠٠/٦/٢٤ وكانت تشكو من ألم أسفل الظهر يشتد ليلاً.

تم إجراء تصوير بالأمواج فوق الصوت . شوهدت منطقة ناقصة الصدى تمتد خلف الرحم من اليسار إلى اليمين على شكل وسادة ذات محتوى سائل ومحجبة .

راجعت المريضة بتاريخ ٢٠٠١/١/٢٢ بالشكوى نفسها مع ألم الخاصرتين. أجري لها فحوصات كلوية وكبدية ودموية وكانت كلها ضمن الحدود الطبيعية خرجت المريضة على أن يجري لها قيصرية عند الأسبوع ٣٧ من الحمل.

- ٢- تخطيط القلب الكهربائي كان طبيعياً.
- ٣- تصوير بأمواج فوق الصوت للبطن والحوض :
 - الكليتان طبيعيتان من حيث الحجم والتوضع.
 - الكبد يقيس ١٩ سم على الخط منتصف الترقوة الأيمن، حافات الكبد منتظمة، الأوردة فوق الكبد بدت بصعوبة، وريد الباب وفروعه طبيعية .
 - لوحظ وجود توسع في الطرق الصفراوية داخل الكبد (اليمنى واليسرى)، القناة الجامعة لم تظهر بوضوح وظهر مكانها وعلى امتدادها المفترض ظل زائد الصدى .
 - المرارة ممتلئة بمواد زائدة الصدى لا تعطي خيالا صوتيا مع طين صفراوي لزج
 - لم تشاهد انتقالات واضحة في الكبد ولكن يوجد عدم تجانس في نسيجه .
 - البنكرياس طبيعي الرأس والجسم والذيل غير واضح بسبب الغازات .
 - الطحال متجانس يقيس ١٣,٥x٥,٥ سم.
 - يوجد سائل حر في جوف البطن بكمية متوسطة.
- ٤- التصوير الطبقي المحوري
تشاهد علامات حبن بطني متوسط الغزارة مع وجود كتلة حوضية أيسر الرحم .
 - علامات ارتشاح بعضلات البطن الأمامية من الناحية الخلفية تشير غالباً إلى كتلة ناكسة على حساب الملحقات اليسرى .
 - ٥- تم إجراء ERCP (التنظير الراجع للقناة البنكرياسية) وذلك لنفي الخباثات على حساب البنكرياس.
- وجد أن المعدة ممتلئة ببقايا الطعام مع تقرحات في الغشاء المخاطي نازة قليلاً مع صعوبة في دخول البواب . نصح بالإعادة عندما تكون المريضة على الريق.
- شوهد تشوه بواب مع وذمة دون سبب واضح .
- ٦- عند إعادة ERCP:
 - الحليمات في فوهتها بولييب صغير، القناة الجامعة طبيعية بثنيها السفليين، ثم تضيق شديد شبه تام يعلوه بداية توسع. لم تحقن المادة الظليلة خوفاً من حدوث التهاب طرق صفراوية صاعد صاعق . لم يتمكن سلك الدليل تجاوز منطقة التضيق ومن ثم لا يمكن وضع مسبار (stent).
 - يفضل إجراء عمل جراحي بسبب كون التضيق يدل غالباً على إصابة خبيثة مجاورة ضاغطة .
- ٧- فحص الثديين: ضمن الحدود الطبيعية.
- ٨- فحص الدرق: ضمن الحدود الطبيعية.
- ٩- الفحوصات المخبرية: ارتفاع في قيم البليروبين، خمائر الكبد.
- تم تحضير المريضة لعمل جراحي واسع في وجود اختصاصي جراحة عامة. ثم إجراء فتح البطن بعمل شق جراحي على الخط المتوسط يمتد من بطن العانة وحتى ١٠ سم فوق السرة أخذت غسالة بيرتوان وسائل الحبن.
- وجد الورم منتشراً في كل تجويف البطن والكبد وسطح البيرتوان والحوض .
- بحيث يصعب إجراء أية جراحة واسعة . تم استئصال جزء من الكتلة ثم إغلاق البطن بعد وضع المفجر . وكان التشخيص سرطان مبيض بدني مرحلة IV
- وتمت مراقبة المريضة بعد العمل الجراحي وإعطاء : صادات مع إمهاة جيدة وأحماض

وغير كحولية.

مناقشة الحالة

تعدُّ سرطانات المبيض في أثناء الحمل من الحالات النادرة حيث يتراوح معدل حدوثها بين (١-١٢,٠٠٠) إلى (١-٥٠,٠٠٠) ولادة حية [١].

ويأتي سرطان المبيض في المرتبة الرابعة من حيث معدل الحدوث في أثناء الحمل بعد سرطان عنق الرحم، سرطان الثدي، سرطان الخلايا القتمينية الخبيثة.

- أمينية ومسكنات للألم.
- ومتابعة الفحوصات الكبدية والتخثرية.
- تخرجت السيدة حسب رغبتها على أن تراجع بعد ٢١ يوماً لتطبيق العلاج الكيميائي.

السوابق المرضية لدى السيدة

سوابق ٤ ولادات قيصرية. آخرها في المرض الأخير ولديها ٤/أطفال أحياء.

لا توجد لديها أي سوابق جراحية أو مرضية أخرى، كما لا توجد أي قصة عائلية للأورام، غير مدخنة

ويبين الجدول رقم ١، معدل حدوث الأورام الخبيثة المختلفة في أثناء الحمل [٢]

حالة / ١٠٠٠ حمل	نوع السرطان
٠,٨	سرطان عنق الرحم cervix cancer
٠,٣	سرطان الثدي Breast cancer
٠,٢	سرطان الخلايا القتمينية الخبيثة Melanoma
٠,٠٥	سرطان المبيض Ovarian cancer
٠,٠٥	سرطان الدرق thyroid cancer
٠,٠٢	السرطان المستقيمي قولوني colorectal cancer
٠,٠٢	ابيضاض دم leukaemia
٠,٠١	ورم الخلايا اللمفاوية lymphoma

MODIFIED FROM JACOB AND STRINGER ١٩٩٠.

وكذلك ١٥% من حالات سرطان الثدي تحدث في سن النشاط التناسلي، في حين ٥% من حالات سرطان الدرق لدى النساء تحدث في سن النشاط التناسلي.

ومن حسن الحظ أنّ ذروة حدوث الأورام الخبيثة لدى النساء تقع خارج فترة النشاط التناسلي (١٥-٤٤ سنة) فعلى سبيل المثال ١٥% فقط من حالات سرطان المبيض تحدث فقط في هذه الفئة العمرية.

سرطان المبيض البشري أثناء الحمل تسجيل حالة نادرة من مشفى التوليد _ جامعة دمشق

يبين الجدول رقم ٢ ، النسبة المئوية من كل ورم خبيث يصيب السيدات في سن النشاط التناسلي.

النسبة المئوية من الورم خارج هذه الفئة العمرية	النسبة المئوية من الورم التي تحدث في العمر من ٤٤-١٥	السرطان والنساء في سن النشاط التناسلي
٦٥%	٣٥%	سرطان عنق الرحم
٨٥%	١٥%	سرطان المبيض
٨٢%	١٨%	كل الجهاز التناسلي
٧٧%	٢٣%	ورم الخلايا اللمفاوية
٥٠%	٥٠%	الدرق
٧٣%	٢٧%	العظام والمفاصل
٧٣%	٢٧%	ورم الخلايا القتمينية الخبيثة
٨٥%	١٥%	الثدي
٩٠%	١٠%	ابيضاض دم
٨٠%	٢٠%	أنسجة رخوة

والتي تتشابه إلى حد كبير مع أعراض أورام المبيض مثل الشعور بالنفخة و كبر حجم البطن والآلام الخفيفة اسفل البطن مما يؤدي إلى تأخير تشخيص هذه الأورام .

إن الأورام المبيضية قد تتظاهر بأحد الأشكال الآتية

- ١- أن لا تكون عرضية
- ٢- أن تكون عرضية مع أعراض انفتال .

إن السرطانات الأكثر شيوعاً في أثناء الحمل هي نفسها في حالة غير الحمل لدى السيدات من الفئة العمرية نفسها . ولا تتوفر أي معلومات تقيد أن الحمل يوجب حدوث السرطانات أو يمنعها في فترة النشاط التناسلي .

التشخيص

تحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية ويظهر العديد من الأعراض أثناء الحمل

كذلك يمكن كشف هذه الكتل في أثناء الولادة الطبيعية أو عند إجراء قيصرية أو ربط البوقين

إن استخدام أمواج فوق الصوت مفيد جدا في تشخيص أورام المبيض بصفة عامة ويمكن الاعتماد عليه في التشخيص التفريقي بين الكتل السليمة والكتل الخبيثة ويظهر الجدول رقم ٣ الفروقات بين النوعين: [٢].

كما يمكن استخدام أمواج فوق الصوت مع الدوبلر والذي يساعد في تشخيص والتفريق بين الكتل السليمة والخبيثة بحساسية عالية [٢].

أما الواسمات الورمية ca ١٢٥ فهي ليست ذات قيمة كبيرة إذ إن القيم ترتفع بشكل طبيعي في الثلث الأول والثاني من الحمل .

التشريح المرضي

إن أورام المبيض الخبيثة تشكل ٢% من مجمل الكتل في الملحقات التي تختلط مع الحمل وتحتاج لتدخل جراحي [١].

٣- أعراض صاعقة للصدمة والنزف وتمزق المحفظة .

إن أي ألم بطني يصاحب فترة التغيرات الكبيرة في حجم الرحم من الأسبوع الثامن إلى أسبوع السادس عشر من الحمل، أو عند إنهاء الحمل، أو مباشرة في النفاس الباكر يجب أن تدخل أورام المبيض في التشخيص التفريقي .

إن الكتل والكيسات المبيضية المصاحبة للحمل معظمها غير خبيث وتشكل الأورام الخبيثة للمبيض ٢% فقط من الكتل المبيضية المشخصة في أثناء الحمل .

ويمكن بالفحص السريري والتصوير بأمواج فوق الصوت كشف هذه الكتل .

بالفحص السريري تكتشف كتلة على المبيض في حالة واحدة لكل ٨٠ ولادة حية.

وبالتصوير بأمواج فوق الصوت تكتشف كتلة مبيضية بمعدل حالة واحدة لكل ٥٠ ولادة حية .

الجدول رقم ٣،

أورام المبيض الخبيثة	أورام المبيض السليمة
القطر أكبر من ٥ سم	القطر أقل من ٥ سم
متعددة الأجواف+حجب+عقد	وحيد الجوف
عالية الصدى Hyperechoic	عديمة الصدى Anechoic
متعددة الأجواف مع حجب سميك	متعددة الأجواف مع حجب رقيقة ودون عقد
ثابتة	متحركة

يبين الجدول رقم ٤ ، نسبة حدوث الكتل المبيضية في أثناء الحمل حسب التشريح المرضي [١]:

كيسية عجانبية سليمة Benign cystic teratoma
حول المبيض Paraovarian
بشروية المنشأ Epithelial origin
كيسية وظيفية أو كيسية جسم أصفر Functional cyst, luteuma, simple cyst
Fibroma
المشبة ببطانة الرحم Endometrial
خبيثة Malignant

Jeffcoat's principles of gynecology ٥th edition

يوضح الجدول رقم ٥ ، نسبة توزع الأورام الخبيثة للمبيض في أثناء الحمل حسب التشريح المرضي [١]:

٤٠%	بشروية المنشأ Epithelial origin
٣٠%	ورم خللي إنتاش dysgerminoma
١٤%	كروكنبرج Krukenberg
١٣%	تنشوات المبيض اللحمية الحبال الجنسية ورم خلايا سيرتولي، ورم الخلايا الحبيبي. Sex cord stromal cells GCT, SLCT
٣%	الخلايا المنتشة والمتنوعة germ cell and miscellaneous

ومن الجدول، فإن مجموعة الأورام البشروية (Epithelial origin) كمجموعة هي الأكثر شيوعا ومن هذه المجموعة يتكرر الأورام المصلية (serous cyst adenocarcicma).
بينما ورم الخلايا المنتشة (Germ cell) dysgerminoma هو الأكثر شيوعا كورم وحيد . وتشكل (sex cord stromal tumors) تنشوات المبيض اللحمية. الحبال الجنسية الترتيب الثالث بين

إن أفضل وقت للتدخل الجراحي هو الأسبوع ١٦-١٨ من الحمل . وفي حال شخصت الكتلة قرب الولادة فإنه يفضل تفادي الولادة الطبيعية خوفاً من حدوث انفتال أو نزف أو تمزق المحفظة. وعند الشك بوجود خباثة فإنه يجب أن تجرى جميع الفحوصات لنفي وجود ورم بدئي في الجهاز الهضمي أو الثدي أو الدرق أدى إلى انتقالات مبيضية (كروكنبرج) [٧] [٨] .

وعندئذ يجب إجراء القيصرية لإمكانية استئصال الملحقات و البطن بشكل جيد.

وبالنسبة للتخدير الكلي هو الأفضل بعد أخذ الاحتياطات لمنع الاستنشاق في أثناء التخدير.

ويجب إجراء الشق الجراحي على الخط المتوسط من ارتفاق العانة وحتى قرب الرهاية حيث يكون الوصول أسهل للملحقات ومن مستوى عالٍ نسبياً .

وينبغي استئصال البطن بشكل كامل تماماً مثل الحالات لغير الحامل مع استخدام الخزعة المجمدة frozen section. ومع غسل الرحم دائماً لمنع الأنسجة من التجفاف واستئصال المبيض الثاني. والزائدة الدودية والأمعاء و سطح الكبد والطحال والبنكرياس والسطح السفلي للحجاب الحاجز . وكذلك العقد الليمفاوية . [٩]

وفي حال ثبوت وجود خباثة فإن العمل الجراحي يستكمل كما في حالات غير الحمل فيجب استئصال الملحقات والرحم والثرب وخزعات من العقد و أخذ غسالة البيروتوان. حيث تطبق قواعد الجراحة الواسعة واستئصال كل ما يمكن استئصاله Debulking.

وبسبب عدم حدوث الانتقالات من أورام المبيض الأولية للرحم والجنين فإنه يمكن إجراء العمل الجراحي الواسع مع الإبقاء على الجنين والرحم لحين

أورام المبيض البديئية .

إن أورام المبيض الخبيثة بشروية المنشأ تكون وحيدة الجانب في ٩٠% من الحالات و في معظم الحالات التي يكون فيها الورم المبيض ثنائي الجانب تكون انتقالية (كروكنبرج)

من ٣٠ - ٥٠% من الحالات المسجلة لسرطان المبيض في أثناء الحمل كانت في المرحلة الثالثة والرابعة . [٤]

كانت الأورام الغدية الصلبة والأورام المصلية الكيسية الغدية الخبيثة الأكثر عدوانية .

وتعدُّ مرحلة الورم ودرجته ونوعه بالإضافة إلى البقايا الورمية في نهاية العمل الجراحي أهم العوامل الإندارية و بذلك يكون التدخل الباكر هو أهم منقذ للمريضة. [٤]

المعالجة

إن معظم الكتل المشخصة على المبيضين في الثلث الأول للحمل تكون جسيماً أصفر حملياً cystic corpus luteum of pregnancy. لذا يجب تحاشي التدخل الجراحي الانتخابي في الثلث الأول للحمل لتفادي الإسقاطات بقدر الإمكان، ولأن كثيراً من هذه الكتل تتراجع بشكل تلقائي. ويجب التدخل الجراحي الفوري في الحالات الثنائية الجانب المختلطة بألم أو انفتال أو نزف أو خمج، أو إذا كانت الكتل صلبة أيًا كان سن الحمل . وعند الشك بوجود خباثة في المبيض في أثناء الحمل يجب استئصال المبيض المصاب كاملاً وأخذ عينة من المبيض الآخر وعينة من الثرب وسائل البيروتوان لإجراء surgical staging، وذلك بعد الأسبوع ١٦ من الحمل دون وجود خطر كبير على استمرارية الحمل وعدم الانتظار لمراحل متأخرة.

وتعدُّ مركبات البلاتينيوم (السيزيبلاتين او الكاربوبلاتين) بالإضافة إلى السيكلوفوسفاميد خط الدفاع الأول في العلاج الكيميائي لسرطان المبيض في مراحله الأولى.

وأظهرت الدراسات أن الكاربوبلاتين يعطي نتائج السيزيبلاتين نفسها بل ويفوقه من حيث إنَّه أي الكاربوبلاتين ذو سمية كلوية أقل من سيزيبلاتين.

وعلى الرغم من استخدام العلاج الكيميائي المحتوي على البلاتينيوم ما زالت البقيا بعد خمس سنوات للمراحل المتأخرة لسرطان المبيض لا تتجاوز ٢٠% إلى ٢٥%، ومن ثمَّ ظهرت معالجات كيميائية حديثة مثل التاكسول (Paclitaxel) وبرهن على فعاليته في معالجة سرطان المبيض بمشاركة مع الكاربوبلاتين ولقد أوصت (National Institute for clinical excellence) NICE باعتبار أن التاكسول والكاربوبلاتين هم خط الدفاع الأول بعد الجراحة لعلاج سرطان المبيض (١٢) في مراحله المتأخرة.

كذلك أظهر التاكسول فعالية في علاج حالات سرطان المبيض المعندة على العلاج الكيميائي لمركبات البلاتين وغيرها، وكذلك في حالات التكلفة العالية، للتاكسول عند استخدام جرعات عالية [١٥].

ونظراً لأن التاكسول هو علاج جديد نسبياً مع قلة حدوث سرطان المبيض في أثناء الحمل فإنه لم تتوافر حتى الآن دراسة عن تأثيره في محصول الحمل

نضج الرئتين لدى الجنين ثم الإنهاء بقيصرية. [١١،١٠].

المخطط رقم (١) يبين كيفية المعالجة الجراحية لأورام المبيض وكتله المشخصة بعد الأسبوع السادس عشر من الحمل حسب التشريح المرضي .

العلاج الكيميائي

على الرغم من أنَّ العلاج الكيماوي الوحيد أو المشترك له تأثير مشوه للأجنة في الثلث الأول من الحمل إلا أنه آمن في الثلث الثاني والثالث من الحمل . ومن الممكن البدء بأشواط من العلاج الكيماوي في أثناء الحمل واستكمالها بعد الولادة القيصرية والجراحة الواسعة .

وبالنظر لما يحدثه العلاج الكيماوي من تأثير مثبط في النقي فإنه يجب أن يؤخذ في الحسبان موعد الولادة بحيث لا تحدث الولادة في الوقت الذي يكون فيه النقي مثبطاً مع نقص شديد في الكريات البيض. ولقد نشرت حالات من سرطان المبيض البشري والتي عولجت بأشواط من العلاج الكيماوي أثناء الحمل مع نتائج جيدة للأمهات وللأجنة. [١].

النكس. [١٣] [١٤]. كما وجد أنَّ هناك علاقة وثيقة بين جرعة التاكسول المستخدمة لكل متر مربع من مساحة سطح الجسم والهجوع الكامل للورم.

فكلما ازدادت الجرعة ازدادت نسبة هجوع الورم، ولكن الجرعات العالية لا تؤثر في معدل الحياة ومن ثمَّ يجب أن يؤخذ بالحسبان السمية العالية، وكذلك

الجدول رقم ٦، يبين نظرة عامة إلى العلاج الكيميائي لسرطان المبيض حسب المرحلة (١٦)

العلاج الكيميائي	مرحلة الورم
لا يُعطي علاج كيميائي	I a / b G ^١
كاربوبلاتين / سيكلوفوسفاميد شافي	I a / b G > ١
كاربوبلاتين / سيكلوفوسفاميد	I c / II a / b G x

أو كاربوبلاتين / باكليتاكسل	
كاربوبلاتين / باكليتاكسل شافي أو كاربوبلاتين / سيكلوفوسفامبيد	II c , III بدون بقايا ورمية
كاربوبلاتين / باكليتاكسل	III معى بقايا ورمية حتى ١ سم أو بقايا ورمية بين ١سم - ٢سم
تعطى المعالجة بعد إجراء موازنة بين سمية العلاج وحالة المريضة العامة	مع بقايا ورمية III أو IV مع بقايا ورمية أكثر من ٢سم

٢- نظراً لتشابه العديد من أعراض الحمل مع أعراض الأورام المختلفة يجب استقصاء السيدات بشكل جيد عند بقاء العرض لفترة طويلة بالرغم من المعالجة .

٣- تكمن الصعوبة الحقيقية في اتخاذ قرار التداخل الجراحي والكيميائي في حال تشخيص ورم خبيث في المبيض أثناء الحمل فهو في الحقيقة يؤثر في مستقبل الجنين وحياة الأم وإنذارها وكذلك خصوصيتها.

ويجب أن يشترك كل من المولد والمعالج الكيميائي والجراح في اتخاذ القرار الصحيح وبالطبع بموافقة السيدة والتي قد ترفض كل المعالجات في سبيل الحصول على طفل سليم معافى ولو على حساب الإنذار .

٤- إدخال التقانات المتقدمة مثل فحص الدوبلر لتحديد نوع الكتلة على حساب المبيض في المراكز المعنية بمعالجة الأورام.

٥- تحويل كل الحالات المشتبهة إلى مراكز معالجة الأورام المعنية للتشخيص الباكر، وتقديم أفضل معالجة ممكنة للمريضة. وكذلك أن يقوم اختصاصي

الإنذار

إن الورم الخبيث في أثناء الحمل لا يؤثر في إنذار المريضة أو نوع العلاج، ولكنه يؤثر في توقيت البدء بالعلاج إذ إن كل العلاجات للأورام الخبيثة تؤثر في الجنين بشكل أو بآخر .

ويتطابق إنذار المريضات المصابات بأورام مبيض خبيثة سواء حدث الورم في أثناء الحمل أو خارج الحمل.

ففي المرحلة الأولى Stage I من أورام المبيض البشرية المنشأ تكون البقيا بعد ٥ سنوات ٦٥% .

وفي المرحلة الثانية Stage II ٤٠% وفي المرحلة الثالثة Stage III وفي المرحلة الرابعة Stage IV ١٠% (٥) ويبقى التشخيص والتدخل العلاجي الباكر في المراحل الأولى والاستئصال الكامل لكتلة الورم من أهم العوامل الإنذارية للمريضة.

الخلاصة

١- يجب الشك دائماً بوجود كتلة مبيضية في أثناء الحمل و إجراء تشخيص، ومعالجة باكراً بشكل فعال والتفكير دائماً بنفي الخباثة على الرغم من ندرة حدوثها .

بالأورام النسائية داخل مركز متخصص للأورام المرض. بعلاج هذه الحالات لما لذلك من دور كبير في إنذار

المصادر

- ١- Te Linde's Operative Gynecology ٨th edition John D. Thompson John A. Rock, Lippincott – Raven , ١٩٩٧.
- ٢- operative obstetrics. Hankeis , Clark, Cunnengham, Gilstrap .
Appleton end LANGE ١٩٩٥.
- ٣ -Clinical gynecologic oncology. Philip J.Disaia, William t.Chreasman.
Mosby ١٩٨٩
- ٤- Manual of Gynecologic oncology second edition Hugh R. K. Barker.
Lippincott ١٩٨٩.
- ٥- Medikamentöse therapie maligner Erkrankungen. ٣rd edition. GustaV
Fischer D. Huhn und R. Herrmann. ١٩٩٥.
- ٦- Novak's Gynecology. ١٢th edition, Jonathan S. Berek. Williams and wilkins
١٩٩٦.
- ٧- Sandmeier D. et al. Bilateral Krukenberg tumor of the ovary during
pregnancy.
Eur Jgynecoloncol. ٢٠٠٠; ٢١ (١): ٥٨ – ٦٠
- ٨- Cosme A. et al. Case report of Krukenberg tumor secondary to gastric
carcinoma in a Woman in her eighth month of pregnancy. Gastroentrol. Hepatol.
٢٠٠١ Feb; ٢٤ (٢) : ٦٣ – ٦٥ .
- ٩- Basham KL. et al. Adenocarcinoid tumor of the ovary diagnosed during
pregnancy . A case repot J. reprod Med ٢٠٠٠ Sep; ٤٥ (٩): ٧٥٨ – ٦١ .
- ١٠- Navot D. et al. The concept of uterine preservation with ovaria malignancies
obstet gynecol ١٩٩١ sep; ٧٨ (٣ pt ٢): ٥٦٦ – ٨.
- ١١- Studzinski Z. et al. Coexistence of ovarian epithelial tumor of border line
malignancy with pregnancy a case report. Ginekol pol ١٩٩٩ Feb; ٧٠ (٢): ١٠١ –
٤.
- ١٢- Zosia Kmietowisz, NICE approves TAXOL for ovarian cancer BMj ٢٠٠٠;
٣٢٠: ١٢٩٣ (١٣ May).
- ١٣- Blam R, Palm N, Simonsen E.

Paclitaxel (TAXOL) monotherapy in the treatment of progressive and recurrent ovarian cancer after platinum – based chemotherapy.

Acta oncol ١٩٩٦; ٣٥ (٦): ٧٣٣-٦

١٤- Zanotti K M etal. Treatment of relapsed carcinoma of the ovary with single agent paclitaxel and platinum employed as initial therapy.

Gyncol oncol ٢٠٠٠ Nov; ٧٩ (٢): ٢١١

١٥- Kudelka AP etal, Paclitaxel in patients with platinum – resistant ovarian cancer: a selected review of literature and clinical experience J. Med Assoc thai ١٩٩٦ Apr; ٧٩ (٤): ٢٤٠ – ٥

١٦- Maligne Ovarial Tumoren, Empfehlungen Zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. ٥ new bearbeitete Auflage ١٩٩٨. ٢٨ (١٦):

·تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠١/٥/٨.

·تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠١/١٢/٩.