الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

الجامعة السورية الخاصة
SYRIAN PRIVATE UNIVERSITY

اختلاطات كيسات المبيض غير الوظيفية وتأثيرها على الخصوبة والحمل: دراسة راجعة في مشفى الزهراوي بدمشق

Complications of non-functional ovarian cysts and their impact on fertility and pregnancy: A retrospective study at Al-Zahrawi Hospital in Damascus

بحث علمي أُعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد

الطالبة غزل حسن هاشم

بإشراف

الأُستاذ الدكتور رائد كاسر عبدالله

2025-2026

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدّم بخالص الشكر والامتنان إلى الأستاذ الدكتور رائد كاسر عبدالله، مشرف هذه الدراسة، على دعمه العلمي المستمر، وإرشاده الدقيق، وتشجيعه الدائم الذي كان له الأثر الكبير في إتمام هذا البحث.

كما أتقدم بخالص التقدير والعرفان إلى كافة أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب البشري بالجامعة السورية الخاصة على جهودهم الأكاديمية القيمة، والمساعدة التي قدموها لي خلال مسيرتي الدراسية.

وأخص بالذكر زملائي وأفراد أسرتي على صبرهم، دعمهم، وتشجيعهم المتواصل طوال فترة إعداد هذه الدراسة، إذ كان دعمهم المعنوي سببًا رئيسيًا في إنجاز هذا العمل.

كما أعبّر عن امتناني لفريق مشفى الزهراوي على تعاونهم وتقديم البيانات اللازمة لإتمام هذه الدراسة، مما ساهم في تعزيز قيمتها العلمية والعملية.

وأخيرًا، أرفع شكري لكل من ساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في إنجاز هذا البحث العلمي، راجية من الله أن يكون هذا العمل مفيدًا في تطوير المعرفة الطبية وتحسين رعاية النساء المصابات بكيسات المبيض.

الدكتورة غزل حسن هاشم



{وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا}



اللهم لك الحمد كله، ولك الشكر كله، وإليك يرجع الأمر كله، علانيته وسره، فأهل أنت أن تحمد، وأهل أنت أن تعبد، وأنت على كل شيء قدير.

إلى سيّدي وحبيبي، خير خلق الله، محمد بن عبد الله

إليك يا من كنتَ نورًا نهتدي به، وقدوةً نقتفي أثرها في طريق العلم والنور، أهدي ثمرة سنواتٍ من الكفاح، فما أنا وما علمي إلا نقطة من بحر علمك وهداك.

صلّى الله عليك ما دام الحرف يُكتب، والدعاء يُرفع، والقلب ينبض بمحبتك.

يا سيّدَ الخَلقِ يا نورَ الهُدى أبداً ما طابَ حرفٌ ولا راقَ البيانُ سِوى

ذكراكَ يا خيرَ مَن في الكونِ نعرفُهُ يا شافعَ الخلقِ في يومِ اللقاءِ سَنا

الإهـــداءات

"إلى اللهِ عز وجل.. صاحب الفضل والمنّة، الذي وهبني العقل ويسّر لي السُبل، ومنحني القوة حين وهن العزم، والصبر حين ضاق الطريق. إليك يا ربّي أهدي ثمرة جهدي، سائلةً إياك أن تجعله علماً نافعاً، وعملاً خالصاً لوجهك الكريم، وأن تبارك لي فيما وصلتُ إليه."

"إلى خيرِ مَن قرأ، وخيرِ مَن علّم، وخيرِ مَن قاد البشرية نحو النور.. إلى مقام رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم، أهدي هذا الجهد المتواضع، سائلةً المولى أن يجعله علماً نافعاً يُرفع به ذكري في الدنيا والآخرة."

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على اشرف الانبياء والمرسلين

لم تكن الرحله قصيره ولا ينبغي لها ان تكون ولم يكن الحلم قريباً ولا الطريق محفوفا بالتسهيلات ولكني بالتوكل على الله الذي إذا أراد أمرا قال له كن فيكون وبعد كل هذا التعب فضلاً من الله وكرمه فعلتها

الى من تعبت وسهرت ودعت وضحت في سبيل سعادتي وطموحي الى من كانت دعاواتها واحلامها رفيقه دربي الى التي تخلت عن كل شيئ من اجلي الى ملهمتي ومن تسندني عند الضعف والحزن اليك يانبع الحنان الذي لم ينضب اهديك نجاحي وهو نجاحك قبل نجاحي فهو ما صنعت يداك من انسانه طموحه وصلت بفضل من الله وفضل تعبك ودعائك

امي الغاليه سعاد علي هاشم

الى من منحني اسمه الذي افتخر به وبذل عمره من اجل سعادتنا واحلامنا الى من لم يبخل عليّ يوماً بجهد او مال اليك يا من شققت لي الطريق لانجح وحميتني بظلك وعلمتني النضال الى اخر الزمن الى من افنى نفسه وصحته في سبيل دراستنا وعلمنا وسعادتنا

ابي الغالي الدكتور حسن محمد هاشم

الى عزوتي وسندي في هذه الحياه الى القلوب التي شاركتني الضحك والتعب الى من جعلو ايامي وطريقي اسهل بوجودهم الى من اكتملت فرحتي فيهم الى فرسان حياتي وغوالي روحي من شددت ظهري بهم

غواليي

صديقي وسندي اخي الدكتور:

محمد حسن هاشم

الى من ارتسمت به قوه الشخصيه اخي:

علي حسن هاشم

حبيب القلب ضحكه المنزل صغيرنا اخي:

اسامه حسن هاشم

الى صغيرتنا المدلله الى ضحكه الحياه الى الاميره الصغيره اهديك نجاحي لعينيك لعلي اكون يوما قدوة لك لعلي يوماً اذكر في اهداءات تخرجك في اعلى المراتب

صغيرتنا مؤنستنا الغاليه:

نغم حسن هاشم

الى شريك العمر ورفيق الدرب الى غاليي من اختاره قلبي شريكاً له تخرجي اليوم هو احدى الخطوات الهامه في طريقنا الطويل معا شكراً لك غالي الروح لانك دفعتني للأمام ووقفت جانبي ودعمت طموحي واحلامي وشاركتني بها

خطيبي الدكتور:

معتصم حسان حافظ

الى روح عمي الغالي من كان رحمه الله عليه يناديني دكتوره في صغر السن من امن اني سأكون يوماً دواء للناس باذن الله الحمد لله اني خططت اليوم اخر سطر في مسيرتي واصبحت دكتورتك

الشهيد باذن الله عمي المهندس:

عبد الوكيل هاشم

الى من وقفو معي وكان لهم لمسه خير في طريقي الطويل الى من كانو خير اهل وداعمين لي الى من ساعدوني في اكثر الظروف صعوبه

الى عمي الغالي الدكتور :

كامل محمد هاشم

الى خالتي الغاليه من وقفت معي ودعمتني ولها فضل عليي حتى مماتي

بارعه علي هاشم

الى الدكتور:

محمد كامل هاشم

الى الغاليه:

مريم كامل هاشم

بكل حب واعتزاز، أهدي نجاحي إلى أعمامي الذين لم يبخلوا عليّ يوماً بالدعاء والتشجيع.. شكراً لأنكم كنتم دائماً فخورين بي.. تخرجي اليوم هو فرحة لكل عائلتي، وأخص بالإهداء أعمامي الأعزاء؛ فأنتم السور الذي أستند إليه، والقلوب التي تفرح لنجاحي كما يفرح أبي."

عمي المهندس:

عبد الوكيل هاشم

عمي الدكتور:

كامل محمد هاشم

عمي:

بسام محمد هاشم

عمي الدكتور:

عمر محمد هاشم

عمتي:

ام احمد وعائلاتهم واولادهم

إلى خالاتي.. يا من كنتم دائماً تفتخرون بي وتنتظرون هذه اللحظة، ها أنا اليوم أهديكم فرحة تخرجي لتكونوا أول من يبتسم لها.

خالتي ام ناصر

خالتي ام عمر

خالتي داليدا

خالتي ام محمد

خالتي كفا

خالي الغالي، فرحتي اليوم لا تكتمل إلا بابتسامتك.. نجاحي هذا هو هديتي المتواضعة لك.

خالي الغالي لؤي علي هاشم

زوجته الغاليه ام علي

ابنته الغاليه ملاك وابنه الغالي غلي

إلى عائلتي الثانية، إلى من استقبلوني بقلوبهم قبل بيوتهم.. أهل غاليي معتصم، أهديكم ثمرة تخرجي تقديراً لحبكم ودعمكم وصدق مودتكم التي غمرتموني به شكراً لانكم كنتم خير أهل وسند

الى عمي:

أبو أمجد حافظ

مرت عمو :

أم أمجد

الغوالي:

أمجد ومحمد وساجد

الغاليات:

غفران وسجود وتبارك وشام وكوكب

إلى الذين جعلوا قاعات المحاضرات تنبض بالحياة، وإلى من كانوا لي عوناً في تجاوز أصعب الساعات.. إلى صديقاتي وأصدقائي، وزملائي وزميلاتي في دروب العلم.

اليوم لا أحتفل بنجاحي وحدي، بل أحتفل برحلةٍ تشاركنا فيها السهر، والتعب، والضحكات العفوية. شكراً لأنكم كنتم الجزء الأجمل من ذكريات الجامعية، وشكراً لكل يدٍ امتدت بالمساعدة، وكل قلبٍ حمل لي المودة. مبارك لنا جميعاً هذا الإنجاز، وإلى لقاءاتٍ في قمم النجاح الدائم

الدكتوره لين ابو رافع
الدكتور جعفر الصادق حماده الاحمد
الدكتوره نور غليون
الدكتور محمد علي عاشور
الدكتوره اسراء سليمان
الدكتوره نغم ابراهيم
الدكتوره لانا جلنبو
الدكتور علي الغضبان
الدكتوره الهام الحسن
الدكتور احمد العلي
الدكتوره مازنه منصور
الدكتوره فاطمه الخلف
الدكتوره ريم الجاسم
الاستاذه ضحى نبيل المصري
الدكتور محمد منير عبدالله
الدكتوره ميناس قويدر
الدكتوره ميسم سليمان
الدكتوره ضحى الساعدي
الدكتوره نور نصر
الدكتوره ساره بغجاتي
الدكتوره براءه عبد الوهاب
الدكتور صالح شودب
الدكتوره ياسمين مجذوب
الدكتوره بتول الشيخ علي
الدكتوره غنى يوسف
الدكتور ادوارد العزام
الدكتوره سناء غليون
الدكتوره فاطمه يوسف
الدكتوره هبه المحمود
الدكتوره نور غليون
الدكتوره وعد عبد الوهاب
الدكتوره جودي الحلاق
الدكتوره الغاليه اسيل زين العابدين
الدكتوره رغد الزعل
الدكتوره فرح رسول

إلى الروحِ التي أوقدت شعلةَ الأمل في عتمةِ اليأس، وإلى العقلِ الذي لم يكفّ عن التساؤل والبحث.. أهدي هذا النجاحَ لذاتي، فخورةً بما كنتُ، وفخورةً بما سأكون. غَزل اليوم هي ثمرةُ إصرارٍ وتحد وصبر طويل وبعد طول انتظار بملئ الفم اقول الحمد لله الذي قدر لي هذا واصبحت

الدكتوره غزل حسن هاشم...

إلى تلكَ الأرواحِ التي عبرت حياتي كغيمةِ مطرٍ سقت طموحي، وإلى كلِّ يدٍ امتدت لتُزيلَ عثرةً من طريقي في أي بقعةٍ كنتُ فيها.. أهديكم فيضَ فرحتي، ممتنةً لجميلِ أثركم وطيبِ صنيعكم الذي لا يُنسى."

المحتويات

كلمة الشكر والتقدير والعرفان..... I

قائمة الجداول: XI

قائمة الأشكال: XII

الملخص XIII

Abstract: XIV

الدراسة النظرية 1

المقدمة 2

تشريح ووظائف المبيض 3

التشريح العام للمبيض 3

البُنى المجهرية للمبيض 3

الوظائف الهرمونية للمبيض 3

وظائف المبيض في الدورة الطمثية 4

دور المبيض في الخصوبة والحمل 4

تعريف كيسات المبيض 5

التعريف الطبي لكيسات المبيض 5

الفرق بين الكيسات الورمية وغير الورمية 5

أولًا: الكيسات غير الورمية (Non-neoplastic ovarian cysts) 5

ثانيًا: الكيسات الورمية (Neoplastic ovarian cysts) 6

التصنيف الحديث لكيسات المبيض 7

أولًا: الكيسات الوظيفية (Functional Ovarian Cysts) 7

ثانيًا: الكيسات المرتبطة ببطانة الرحم الهاجرة 7

ثالثًا: الكيسات الورمية السليمة 7

رابعًا: الكيسات الخبيثة 7

خامسًا: كيسات أخرى نادرة 7

أنواع كيسات المبيض 8

الكيسات الوظيفية (Functional Ovarian Cyst) 8

أولًا: الكيسات الجريبية (Follicular cysts) 8

ثانيًا: كيسات الجسم الأصفر (Luteal cysts) 9

الكيسات الجلدية (Dermoid cysts / Mature cystic teratomas) 9

كيسات بطانة الرحم (Endometriomas) 10

سرطانات المبيض (في سياق التمييز التشخيصي) 10

كيسات أخرى (مصلية / مخاطية / دموية) 11

أولًا: الكيسات المصلية (Serous cystadenomas) 11

ثانيًا: الكيسات المخاطية (Mucinous cystadenomas) 11
ثالثًا: الكيسات النزفية (Hemorrhagic cysts) 11
وبائيات كيسات المبيض..... 12
الانتشار العالمي..... 12
الفئات العمرية الأكثر عرضة..... 12
عوامل الخطر المرتبطة بكيسات المبيض 13
مقارنة بين الدراسات السابقة..... 14
الأسباب وعوامل خطر كيسات المبيض 15
العوامل الهرمونية..... 15
العوامل الوراثية..... 15
العلاقة مع تأخر الإنجاب (العقم)..... 16
تأثير التدخين والبدانة والعوامل البيئية..... 16
التدخين..... 16
البدانة..... 17
العوامل البيئية (الملوثات والكيميائيات المعيقة لهرمونات الجسم)..... 17
الخصوبة وتأثير كيسات المبيض..... 18
آليات تأثير الكيسات على الإباضة 18
تأثير الكيسات على جودة البويضات..... 18
ارتباط الكيسات بتأخر الحمل 19
مراجعة للدراسات حول نسبة العقم لدى النساء المصابات..... 20
الحمل وكيسات المبيض..... 21
نسب حدوث كيسات المبيض أثناء الحمل..... 21
سلوك كيسات المبيض خلال الحمل..... 21
مضاعفات الحمل المرتبطة بكيسات المبيض..... 22
أولًا: انفتال المبيض (Ovarian torsion)..... 22
ثانيًا: تمزق الكيسة (Cyst rupture)..... 22
ثالثًا: اختلاطات أخرى مرتبطة بالحمل 23
الاختلاطات الرئيسية لكيسات المبيض 23
انفتال المبيض (Ovarian torsion)..... 23
تمزق الكيسة (Ovarian cyst rupture) 24
النزف الداخلي (Hemoperitoneum) 25
العدوى (Infection)..... 25
الضغط أو التأثير على الأعضاء المجاورة 25
العلاقة مع الأورام الخبيثة النادرة..... 26
التشخيص السريري والاختبارات المساعدة 26

القصة المرضية والفحص السريري 26
التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound) 27
الرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي المحوري 27
الفحوص المخبرية (الهرمونات وعلامات الورم) 28
العلاج وتدبير كيسات المبيض 28
المراقبة والمتابعة (Conservative management) 28
العلاج الدوائي 29
التدخل الجراحي (المنظار أو فتح البطن) 30
الجراحة بالمنظار (Laparoscopy) 30
فتح البطن (Laparotomy) 30
اعتبارات تخص الخصوبة والحمل 30
الدراسة العملية 32
أهمية الدراسة 33
أهداف الدراسة 33
طرائق ومواد الدراسة 34
طرق جمع البيانات وتحليلها 34
الاعتبارات الأخلاقية 35
النتائج 36
الفئة العمرية لدى المريضات 36
السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية 37
الأعراض والعلامات عند التشخيص 39
طرق التشخيص المستخدمة 41
أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات 43
المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض 44
التدبير العلاجي لكيسات المبيض 45
العلاقة بين العمر ونوع الكيسة 46
العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات 48
العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل 50
العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم 52
العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل 54
المناقشة 56
الاستنتاجات 59
التوصيات 60
المراجع 61

قائمة الجداول:

الجدول 1 الفئة العمرية لدى المريضات 36
الجدول 2 السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية 37
الجدول 3 الأعراض والعلامات عند التشخيص 39
الجدول 4 طرق التشخيص المستخدمة 41
الجدول 5 أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات 43
الجدول 6 المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض 44
الجدول 7 التدبير العلاجي لكيسات المبيض 45
الجدول 8 العلاقة بين العمر ونوع الكيسة 46
الجدول 9 العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات 48
الجدول 10 العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل 50
الجدول 11 العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم 52
الجدول 12 العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل 54

قائمة الأشكال:

الشكل 1 الفئة العمرية لدى المريضات 36
الشكل 2 السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية 38
الشكل 3 الأعراض والعلامات عند التشخيص 40
الشكل 4 طرق التشخيص المستخدمة 42
الشكل 5 أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات 43
الشكل 6 المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض 44
الشكل 7 التدبير العلاجي لكيسات المبيض 45
الشكل 8 العلاقة بين العمر ونوع الكيسة 47
الشكل 9 العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات 49
الشكل 10 العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل 51
الشكل 11 العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم 53
الشكل 12 العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل 55

الملخص

تعد كيسات المبيض غير الوظيفية من أكثر المشكلات النسائية شيوعاً في سن الإنجاب، لما لها من تأثير مباشر على الخصوبة وحدوث الحمل الطبيعي. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أنواع كيسات المبيض غير الوظيفية، المضاعفات المصاحبة لها، وارتباطها بحدوث الحمل أو استمرار العقم لدى النساء اللواتي راجعن مشفى الزهراوي بدمشق. شملت الدراسة 110 مريضة، وتم جمع البيانات من الأضابير الطبية، بما في ذلك العمر، التاريخ المرضي والنسائي، الأعراض والعلامات، طرق التشخيص، نوع الكيسة، التدبير العلاجي، والمضاعفات.

أظهرت النتائج أن الفئة العمرية الأكثر شيوعاً كانت بين 20–29 سنة (50%)، وكانت أكثر أنواع الكيسات انتشاراً الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية (31.8%)، تلتها الكيسات الجلدية (27.3%) وكيسات بطانة الرحم (22.7%). سجلت المضاعفات الرئيسية تمزق الكيس (18.2%) وانفتال المبيض (13.6%). أظهرت التحليلات ارتباطاً دالاً بين نوع الكيسة وحدوث الحمل بعد العلاج، حيث كانت فرص الحمل الطبيعي أعلى لدى النساء المصابات بالكيسات المصلية/المخاطية/النزفية والكيسات الجلدية. كما تبين أن المضاعفات مثل تمزق الكيس وانفتال المبيض قللت من احتمالية الحمل الطبيعي بشكل ملحوظ.

توفر هذه الدراسة بيانات محلية دقيقة تساعد الأطباء على اتخاذ قرارات سريرية أفضل لتقليل المضاعفات والحفاظ على الخصوبة، كما يمكن مقارنتها بالدراسات العالمية لفهم الاختلافات الجغرافية والوبائية.

الكلمات المفتاحية: كيسات المبيض غير الوظيفية، العقم، انفتال المبيض، تمزق الكيس، نتائج الإنجاب.

Abstract:

Non-functional ovarian cysts are among the most common gynecological conditions in women of reproductive age due to their direct impact on fertility and natural conception. This study aimed to evaluate the types of non-functional ovarian cysts, their associated complications, and their relationship with conception or persistent infertility among women attending Al-Zahrawi Hospital, Damascus. A total of 110 patients were included, and data were collected from medical records, including age, medical and gynecological history, presenting symptoms, diagnostic methods, cyst type, therapeutic management, and complications.

The results showed that the most common age group was 20–29 years (50%). The most frequent cyst types were serous/mucinous/hemorrhagic cysts (31.8%), followed by dermoid cysts (27.3%) and endometriotic cysts (22.7%). The main complications observed were cyst rupture (18.2%) and ovarian torsion (13.6%). Statistical analysis revealed a significant association between cyst type and post-treatment conception, with higher chances of natural conception among patients with serous/mucinous/hemorrhagic and dermoid cysts. Moreover, complications such as cyst rupture and ovarian torsion significantly reduced the likelihood of successful conception.

This study provides precise local data that can assist clinicians in optimizing management strategies to minimize complications and preserve fertility, while also offering a basis for comparison with international studies to understand geographic and epidemiological variations.

Keywords: Non-functional ovarian cysts, infertility, ovarian torsion, cyst rupture, reproductive outcomes

الدراسة النظرية

المقدمة

تُعدّ كيسات المبيض من أكثر الاضطرابات النسائية شيوعًا لدى النساء في سن النشاط التناسلي، وتشكل سببًا متكررًا للمراجعات الطبية في العيادات النسائية وأقسام الإسعاف. تتراوح هذه الكيسات من آفات سليمة وظيفية عابرة إلى كيسات مرضية قد تترافق باختلاطات خطيرة تؤثر بشكل مباشر على الخصوبة وصحة الحمل. ونظرًا للدور المحوري الذي يلعبه المبيض في عملية الإباضة وتنظيم الدورة الطمثية والإفراز الهرموني، فإن أي اضطراب بنيوي أو وظيفي فيه قد ينعكس سلبًا على القدرة الإنجابية للمرأة [1].

غالبًا ما تكون كيسات المبيض لا عرضية وتُكتشف مصادفة أثناء الفحوص الروتينية أو التصوير بالأمواج فوق الصوتية، إلا أن بعض الحالات قد تتظاهر بأعراض حادة أو مزمنة مثل الألم الحوضي، اضطرابات الطمث، أو أعراض ضغط على الأعضاء المجاورة. وتكمن الخطورة الأساسية لكيسات المبيض في اختلاطاتها المحتملة، والتي تشمل انفتال المبيض، تمزق الكيسة، النزف داخل البطن، أو حدوث إنتان، وهي حالات قد تهدد الخصوبة المستقبلية للمرأة، وقد تشكل خطرًا مباشرًا على حياتها في حال عدم التدخل السريع [2].

تكتسب كيسات المبيض أهمية خاصة أثناء الحمل، إذ يمكن أن تؤثر التغيرات الهرمونية والميكانيكية المرافقة للحمل على حجم الكيسات وسلوكها السريري. كما أن وجود كيسات مبيضية خلال الحمل قد يزيد من خطر حدوث اختلاطات توليدية مثل الإجهاض، المخاض الباكر، أو الحاجة إلى تدخل جراحي إسعافي أثناء الحمل، الأمر الذي يفرض تحديات تشخيصية وعلاجية إضافية تهدف إلى تحقيق التوازن بين سلامة الأم والمحافظة على الحمل [3].

على الرغم من توفر العديد من الدراسات العالمية التي تناولت كيسات المبيض واختلاطاتها، إلا أن المعطيات المحلية، ولا سيما في البيئة السورية، ما تزال محدودة. ومن هنا تنبع أهمية إجراء دراسة راجعة في مشفى الزهراوي بدمشق لتقييم اختلاطات كيسات المبيض وتأثيرها على الخصوبة والحمل، بما يسهم في تحسين الاستراتيجيات التشخيصية والعلاجية، ودعم الممارسة الطبية المبنية على الدليل في بيئتنا السريرية المحلية.

تشريح ووظائف المبيض

التشريح العام للمبيض

المبيضان (Ovaries) هما غدّتان تناسليتان تقعان داخل الحوض النسائي، على جانبي الرحم. يُحيط بهما الحفرة المبيضية (Ovarian fossa) ويثبتان بواسطة ثلاثة أربطة رئيسية: الرباط المبيضي الرحمي (Ovarian ligament)، والرباط العجاني–المبيضي (Infundibulopelvic ligament) الذي يحتوي على الشريان المبيضي، والرباط المساريقي للمبيض (Mesovarium) كجزء من الرباط العريض (Broad ligament).[4]

يبلغ طول المبيض الطبيعي لدى النساء في سن الإنجاب حوالي 3–5 سم، وعرضه 1.5–3 سم، وسمكه 1–1.5 سم، ووزنه ما بين 6–8 غرامات في المتوسط. يتكون المبيض من منطقتين أساسيتين: القشرة (Cortex) التي تحتوي على جُريبات البويضات وأنسجة هرمونية نشطة، واللب (Medulla) الذي يحتوي على الأوعية الدموية، والأعصاب، والأنسجة الضامة الداعمة [5].

البُنى المجهرية للمبيض

الوحدة الوظيفية الأساسية في المبيض تُعرف بـ الجرَيب (Follicle)، وهي تشمل البويضة (Oocyte) محاطة بخلايا جرابية تُزوّدها بالدعم الغذائي والهرموني. يمر الجرَيب بمراحل متعددة تبدأ من المرحلة البدائية، فالثانوية، ثم الجرَيب الناضج (Graafian follicle)، والتي يبلغ ذروته في الإباضة عند منتصف دورة الطمث. بعد الإباضة، يتكوّن الجسم الأصفر (Corpus luteum) الذي يُفرز هرمونات هامة مثل البروجستيرون لدعم بطانة الرحم استعدادًا للحمل [6].

الوظائف الهرمونية للمبيض

تلعب المبايض دورًا مركزيًا في تنظيم الهرمونات الجنسية المسؤولة عن النمو الجنسي، والتحكم في الدورة الطمثية، والخصوبة، واستمرار الحمل. وتشمل هذه الهرمونات:

الإستروجينات (Estrogens): خصوصًا الإستراديول (Estradiol) الذي يُفرز أساسًا من خلايا الجرَيب أثناء المرحلة الجريبية. تعمل الإستروجينات على تحفيز نمو بطانة الرحم (Endometrium)، وتنظيم إفرازات الهرمونات من الوطاء والغدة النخامية، وتؤثر على صحة العظام ونسيج الثدي [7].

البروجستيرون (Progesterone): يُفرز بشكل رئيسي من الجسم الأصفر بعد الإباضة. يُعدُّ البروجستيرون مهمًا في دعم مرحلة ما قبل انقطاع الطمث أو الطمث غير المنتظم للدورة الطمثية وتحضير بطانة الرحم لاستقبال البويضة المخصّبة، كما يحافظ على استمرار الحمل في المراحل المبكرة [8].

هرمونات أخرى: تشمل الأندروجينات (مثل الأندروستيرون)، والتي تُفرز بكميات صغيرة وتتحول جزئيًا إلى إستروجينات في الأنسجة الطرفية.

وظائف المبيض في الدورة الطمثية

تنظّم المبايض الدورة الطمثية من خلال تفاعل معقد بين الهرمونات التي يفرزها والتي يفرزها كل من الوطاء والغدة النخامية. في بداية الدورة، تفرز الغدة النخامية هرمون منشط للجريب (FSH) يحفّز نمو الجرَيب، وفي منتصف الدورة يزداد الهرمون الملوتن (LH) بشكل مفاجئ مما يؤدي إلى الإباضة—إطلاق بويضة ناضجة إلى قناة فالوب. إذا لم يحدث تلقيح، يضمر الجسم الأصفر ويبدأ نزيف الطمث، وتعود الدورة إلى بدايتها مرة أخرى [9].

دور المبيض في الخصوبة والحمل

الإباضة: تعتمد الخصوبة عند المرأة على إنتاج بويضة ناضجة كل دورة. أي اضطراب في نمو الجرَيب أو توقيت الإباضة يمكن أن يؤدي إلى تأخر الحمل أو العقم [10].

الوظيفة الهرمونية الداعمة للحمل: البروجستيرون الذي يُفرز من الجسم الأصفر بعد الإباضة يلعب دورًا أساسيًا في تثبيت بطانة الرحم وتوفير بيئة مناسبة لزرع الجنين، كما يستمر هرمون الغدد المشيمية (hCG) لاحقًا في الحفاظ على وظيفة الجسم الأصفر في الأسابيع الأولى من الحمل [11].

التكامل مع جهاز الغدد الصماء: تتفاعل المبايض مع هرمونات الوطاء والغدة النخامية ضمن ما يُعرف بالمحور الوطائي–النخامي–المبيضي، وهو أساس تنظيم الخصوبة ووظائف الإنجاب.

تعريف كيسات المبيض

التعريف الطبي لكيسات المبيض

تُعرَّف كيسات المبيض (Ovarian Cysts) بأنها تشكّلات كيسية مملوءة بسائل أو بمحتوى شبه صلب، تنشأ داخل نسيج المبيض أو على سطحه، وقد تكون وحيدة أو متعددة، أحادية أو ثنائية الجانب. تُعد هذه الكيسات من أكثر الآفات النسائية شيوعًا، خصوصًا لدى النساء في سن النشاط التناسلي، وغالبًا ما تكون سليمة وعابرة [12].

تنشأ كيسات المبيض عادةً نتيجة اضطراب في الوظيفة الطبيعية للمبيض، ولا سيما في عملية الإباضة، حيث يفشل الجرَيب في التمزق أو في الارتداد بعد الإباضة، مما يؤدي إلى تجمع السوائل داخله وتشكّل كيسة. في معظم الحالات تكون هذه الكيسات صغيرة الحجم ولا تترافق بأعراض، إلا أن بعضها قد يزداد حجمًا أو يترافق باختلاطات تؤثر على الوظيفة المبيضية والخصوبة [13].

من الناحية السريرية، يمكن أن تتظاهر كيسات المبيض بطيف واسع من الأعراض، يتراوح بين اللاعرضية الكاملة، إلى الألم الحوضي المزمن أو الحاد، واضطرابات الدورة الطمثية، وتأخر الحمل، وقد تُكتشف مصادفة أثناء الفحص بالأمواج فوق الصوتية أو خلال تقييم أسباب العقم [14].

الفرق بين الكيسات الورمية وغير الورمية

يُعد التفريق بين الكيسات الورمية وغير الورمية أمرًا بالغ الأهمية، نظرًا لاختلاف التدبير السريري والتكهن بينهما.

أولًا: الكيسات غير الورمية (Non-neoplastic ovarian cysts)

وهي الأكثر شيوعًا، وتنجم عن خلل وظيفي في النشاط الهرموني الطبيعي للمبيض، ولا تُعد آفات تكاثرية حقيقية. تشمل بشكل رئيسي:

- الكيسات الوظيفية (Functional cysts)
- كيسات الجسم الأصفر
- الكيسات النزفية

تتميز هذه الكيسات بأنها:

- سليمة بطبيعتها
- غالبًا ما تزول تلقائيًا خلال عدة دورات طمثية
- نادرًا ما تتحول إلى خباثة
- تأثيرها على الخصوبة يكون غالبًا مؤقتًا [15]

ثانيًا: الكيسات الورمية (Neoplastic ovarian cysts)

تنشأ نتيجة تكاثر غير طبيعي لخلايا المبيض، وقد تكون سليمة أو خبيثة. وتشمل:

- الأورام الكيسية السليمة (مثل الكيسات المصلية والمخاطية)
- الأورام الجلدية (Dermoid cysts)
- الأورام الخبيثة (نادرًا في سن الإنجاب)

تتميّز هذه الكيسات بأنها:

- لا تزول تلقائيًا
- قد تزداد حجمًا تدريجيًا
- قد تترافق بخطر التحول الخبيث
- قد تؤثر بشكل دائم على النسيج المبيضي والخصوبة [16]

يُعد التمييز بين هذين النمطين ضروريًا لتحديد الحاجة إلى المتابعة أو التدخل الجراحي، خاصة لدى النساء الراغبات بالحمل.

التصنيف الحديث لكيسات المبيض

يعتمد التصنيف الحديث لكيسات المبيض على المنشأ البنيوي والخصائص السريرية والتشريحية، ويمكن تقسيمها إلى الفئات التالية:

أولًا: الكيسات الوظيفية (Functional Ovarian Cysts)

- الكيسات الجريبية (Follicular cysts)

تنجم عن فشل الجرَيب في التمزق أثناء الإباضة، وهي الأكثر شيوعًا.

- كيسات الجسم الأصفر (Corpus luteum cysts)

تحدث نتيجة النزف أو تجمع السوائل داخل الجسم الأصفر بعد الإباضة.

ثانيًا: الكيسات المرتبطة ببطانة الرحم الهاجرة

- كيسات بطانة الرحم (Endometriomas)

تُعرف بـ "كيسات الشوكولا"، وقد تؤثر بشكل واضح على الخصوبة وتُعد من أهم أسباب العقم الأنثوي [17].

ثالثًا: الكيسات الورمية السليمة

- الكيسات المصلية (Serous cystadenomas)
- الكيسات المخاطية (Mucinous cystadenomas)
- الكيسات الجلدية الناضجة (Mature cystic teratomas)

رابعًا: الكيسات الخبيثة

- سرطانات المبيض الكيسية

وهي أقل شيوعًا في سن الإنجاب لكنها ذات أهمية تشخيصية كبيرة.

خامسًا: كيسات أخرى نادرة

- كيسات التهابية
- كيسات حول المبيض (Paraovarian cysts)

يساعد هذا التصنيف في توجيه القرار العلاجي وتقدير خطر الاختلاطات وتأثير الكيسة على الخصوبة والحمل [18].

أنواع كيسات المبيض

تتنوع كيسات المبيض من حيث المنشأ، والآلية الإمراضية، والسلوك السريري، وتأثيرها على الخصوبة والحمل. ويُعد فهم هذا التنوع أمرًا أساسيًا في التمييز التشخيصي واختيار التدبير العلاجي الأمثل، ولا سيما لدى النساء في سن الإنجاب.

الكيسات الوظيفية (Functional Ovarian Cyst)

تُعد الكيسات الوظيفية أكثر أنواع كيسات المبيض شيوعًا، وتنجم عن اضطراب مؤقت في الوظيفة الفيزيولوجية الطبيعية للمبيض أثناء الدورة الطمثية. وغالبًا ما تكون سليمة وعابرة، وتختفي تلقائيًا خلال عدة أسابيع أو دورات طمثية [11].

أولًا: الكيسات الجريبية (Follicular cysts)

تنشأ الكيسات الجريبية نتيجة فشل الجرَيب في التمزق أثناء الإباضة، مما يؤدي إلى استمرار نموه وتجمع السوائل داخله. غالبًا ما تكون:

- رقيقة الجدار
- وحيدة الحجرة
- مملوءة بسائل صافٍ
- قطرها أقل من 8 سم في معظم الحالات

عادةً ما تكون لا عرضية، وقد تتظاهر بتأخر الطمث أو ألم حوضي خفيف. نادرًا ما تسبب اختلاطات، إلا أنها قد تنفجر أو تلتوي في حال ازدياد حجمها [12].

ثانيًا: كيسات الجسم الأصفر (Luteal cysts)

تحدث بعد الإباضة نتيجة النزف أو تراكم السوائل داخل الجسم الأصفر. تتميز بجدار أكثر سماكة مقارنة بالكيسات الجريبية، وقد تترافق مع:

- ألم حوضي مفاجئ
- نزف داخل الكيسة أو داخل البطن
- تأخر الطمث أو أعراض مشابهة للحمل

تكتسب هذه الكيسات أهمية خاصة أثناء الحمل المبكر، إذ قد تُخطئ تشخيصيًا مع الحمل خارج الرحم أو النزف الباكر [13].

الكيسات الجلدية (Dermoid cysts / Mature cystic teratomas)

تُعد الكيسات الجلدية من الأورام المبيضية السليمة الشائعة، وتنشأ من الخلايا الجرثومية، وتحتوي على أنسجة مشتقة من الطبقات الجنينية الثلاث مثل الشعر، الدهون، الأسنان، أو العظام.

تتميز بما يلي:

- بطء النمو
- شيوعها لدى النساء بعمر 20–40 سنة
- إمكانية كونها ثنائية الجانب في نسبة تصل إلى 10–15%

رغم طبيعتها السليمة، إلا أنها قد تترافق باختلاطات مهمة مثل:

- التواء المبيض (وهو الاختلاط الأكثر شيوعًا)
- التمزق مع تفاعل التهابي شديد
- نادرًا: التحول الخبيث (<2%) [14]

قد تؤثر الكيسات الجلدية على الخصوبة في حال تسببت بأذية نسيج المبيض أو استلزمت استئصالًا واسعًا.

كيسات بطانة الرحم (Endometriomas)

تُعرف أيضًا باسم كيسات الشوكولا بسبب محتواها الدموي الداكن، وتنجم عن وجود نسيج بطانة الرحم خارج جوف الرحم داخل المبيض، وتُعد أحد المظاهر الرئيسية لمرض بطانة الرحم الهاجرة.

تترافق هذه الكيسات مع:

- ألم حوضي مزمن
- عسرة طمث
- عقم أو تأخر حمل
- تراجع الاحتياطي المبيضي

تؤثر كيسات بطانة الرحم بشكل مباشر على الخصوبة من خلال:

- إحداث التهاب مزمن في المبيض
- إضعاف جودة البويضات
- تشويه البنية التشريحية للحوض [15]

ويُعد تدبير هذه الكيسات تحديًا سريريًا، خاصة لدى النساء الراغبات بالحمل، نظرًا لتأثير الجراحة المحتمل على الاحتياطي المبيضي.

سرطانات المبيض (في سياق التمييز التشخيصي)

على الرغم من أن سرطان المبيض نادر نسبيًا لدى النساء في سن الإنجاب، إلا أنه يجب دائمًا أخذه بالحسبان عند تقييم أي كيسة مبيضية، خصوصًا في الحالات التالية:

- كيسات معقدة متعددة الحجرات
- وجود حواجز سميكة أو زوائد حليمية
- ارتفاع علامات الورم مثل CA-125
- نمو سريع أو استمرارية الكيسة بعد المتابعة

تمثل سرطانات المبيض خطرًا كبيرًا على حياة المريضة وخصوبتها، ويُعد التشخيص المبكر والتمييز بينها وبين الكيسات السليمة أمرًا بالغ الأهمية لتحديد الخطة العلاجية المناسبة [16].

كيسات أخرى (مصلية / مخاطية / دموية)

تشمل هذه الفئة مجموعة من الكيسات المبيضية الأقل شيوعًا، ومنها:

أولًا: الكيسات المصلية (Serous cystadenomas)

وهي أورام سليمة تنشأ من الظهارة السطحية للمبيض، غالبًا ما تكون:

- وحيدة الجانب
- ملساء الجدار
- كبيرة الحجم نسبيًا

ثانيًا: الكيسات المخاطية (Mucinous cystadenomas)

تتميز بمحتواها المخاطي، وقد تصل إلى أحجام كبيرة جدًا، لكنها غالبًا سليمة.

ثالثًا: الكيسات النزفية (Hemorrhagic cysts)

تنجم عن نزف داخل كيسة وظيفية، وقد تتظاهر بألم حاد مفاجئ، وتشكل تحديًا تشخيصيًا في التفريق بينها وبين الحالات الإسعافية الأخرى [17].

وبائيات كيسات المبيض

الانتشار العالمي

تُعد كيسات المبيض من الحالات النسائية الشائعة عالميًا، وقد أظهرت الدراسات أن نسبة حدوثها تختلف حسب العمر والمنطقة السكانية وأساليب التشخيص المستخدمة. ففي دراسة وبائية واسعة، تبين أن الانتشار التراكمي لكيسات المبيض لدى النساء قبل انقطاع الطمث يقترب من 30–35% عند استخدام التصوير بالموجات فوق الصوتية كأداة كشف، في حين يقل هذا الرقم لدى النساء بعد انقطاع الطمث إلى حوالي 17% تقريبًا [19].

كما تُظهر تحليلات سريرية أن الكيسات البسيطة في المبايض تُرى في حوالي 14% من النساء الأكبر سنًا عند الفحص الدوري بالأمواج فوق الصوتية، وتستقر أو تختفي معظمها خلال سنة دون تدخل علاجي [20].

وقد أظهرت دراسات أخرى أن معدلات انتشار كيسات المبيض لدى النساء في سن الإنجاب قد تتراوح بين 7 % إلى 18 % في أوقات مختلفة من الحياة بناءً على الكثافة السكانية والفحوصات السريرية، رغم أن الاختلافات بين الدراسات تشير إلى تأثير عوامل متعددة على هذه النسب [21].

هذه الأرقام تدل على أن كيسات المبيض ليست مجرد حدث نادر، بل تمثل جزءًا شائعًا من المظاهر النسائية في المجال التناسلي، ما يجعلها موضوعًا مهمًا في الممارسة السريرية والصحية العامة.

الفئات العمرية الأكثر عرضة

تظهر كيسات المبيض في جميع الأعمار لدى النساء، لكن هناك نمط واضح في توزيعها حسب العمر. بشكل عام:

النساء في سن الإنجاب (عادةً من 20 إلى 45 سنة) أكثر عرضة للكيسات الوظيفية، التي تنتج عن التغيرات الفيزيولوجية للدورة الطمثية، وغالبًا ما تكون هذه الكيسات حميدة وتزول تلقائيًا مع مرور الوقت [19] [21].

النساء الأكبر سنًا، خصوصًا بعد سن اليأس (50 سنة فما فوق)، قد تظهر لديهن كيسات بسيطة أيضًا، لكن التركيز السريري ينصب أكثر على احتمال أن تكون هذه الكيسات معقدة أو ذات

خصائص تشبه الأورام، وتتطلب تقييمًا دقيقًا نظرًا لزيادة خطر الارتباط بالمرض الخبيث مع التقدم في العمر [20] [22].

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن كيسات معينة مثل Dermoid أو Endometrioma قد تظهر بشكل متكرر لدى نساء في العقد الثالث والرابع من العمر، ما يعكس علاقة هذه الكيسات بعوامل هرمونية وبيولوجية خاصة بسن الإنجاب [21].

باختصار، رغم أن الفجوة العمرية واسعة، إلا أن سن الخصوبة يظهر كمحيط ذروة للإصابة بالكيسات الوظيفية، بينما تؤخذ الفئات الكبرى بعين الاعتبار بشكل خاص في التقييم التشخيصي للتأكد من عدم وجود خصائص سرطانية.

عوامل الخطر المرتبطة بكيسات المبيض

لقد حددت الدراسات عدة عوامل ترفع من احتمال حدوث كيسات المبيض، وتشمل هذه عوامل هرمونية، وراثية، علاجية، وحالات مرضية مصاحبة، من أبرزها:

الدورة الطمثية الهرمونية: الكيسات الوظيفية تتكون أساسًا نتيجة للتقلبات الهرمونية الطبيعية خلال الدورة، وقد تترافق مع اضطرابات مثل عدم انتظام الطمث، وزيادة مستويات الهرمونات المنشطة للجريب أو اللوتيئينية [19] [21].

العوامل العلاجية: استخدام أدوية الخصوبة التي تحفز الإباضة قد يرتبط بزيادة احتمالية تكوّن الكيسات نتيجة تنشيط العديد من الجريبات في نفس الدورة [22].

الحمل: قد تستمر بعض الكيسات الوظيفية خلال فترة الحمل، وتزداد أحيانًا حجمًا قبل أن تقل أو تختفي مع تقدم الحمل دون مخاطر كبيرة في كثير من الحالات [20].

الحالات المرضية المصاحبة: مثل بطانة الرحم الهاجرة (Endometriosis) أو متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS)، واللتان ترتبطان ببيئة هرمونية غير طبيعية وتعطيان نماذج متعددة من الكيسات [23].

التاريخ العائلي أو الجيني: بعض الدراسات أوردت أن التاريخ العائلي لكيسات معينة (خصوصًا الكيسات الجلدية أو التي لها طابع وراثي) قد يزيد من احتمالية الإصابة، ما يشير إلى عوامل وراثية أو جينية كامنة [21].

إن فهم هذه العوامل يساعد في التنبؤ بالأفراد الأكثر عرضة، وتوجيه الفحص الدوري والتدخل المناسب، لا سيما لدى النساء اللائي لديهن نوايا للحمل أو لديهن تاريخ مرضي معقد.

مقارنة بين الدراسات السابقة

تُظهر الدراسات المتوفرة تفاوتًا في معدلات انتشار كيسات المبيض، وهذا يعود إلى اختلاف أساليب الفحص (سريري مقابل بالموجات فوق الصوتية)، الفئات السكانية، وتعاريف الكيسات المستخدمة في كل دراسة:

في دراسة بالمسح الشامل، لوحظ أن الانتشار التراكمي لكيسات المبيض قبل انقطاع الطمث يبلغ نحو 30–35%، بينما لدى النساء الأكبر سنًا كان أقل، وقد تكون هذه الأرقام أعلى مما كانت عليه لو شمل الفحص سريريًا الكشف العرضي غير المبلغ عنه [20].

دراسة أخرى أشارت إلى أن 14% من النساء الأكبر سنًا لديهن كيسات بسيطة عند الفحص الروتيني باستخدام الأمواج فوق الصوتية، وغالبًا ما تختفي هذه الكيسات دون تدخل خلال عام واحد من المتابعة [21].

في دراسة مجتمعية حديثة في بنغلاديش شملت عددًا كبيرًا من النساء في سن الإنجاب (18–45 سنة)، وصل الانتشار إلى نحو 17.6%، مع تحديد عوامل خطر مثل العمر المتقدم، استخدام موانع الحمل الهرمونية، والتاريخ العائلي، وأُشير إلى أن بعض الكيسات تحتوي على علامات قد توحي بخطر خبيث يبلغ حوالي 3.7% في هذه المجموعة [22].

هذه الفروق بين الدراسات تعكس التحولات البيولوجية، الفروق السكانية، وأنماط الفحص المختلفة، لكنها تتفق جميعًا على أن كيسات المبيض تمثل حالة شائعة تستحق عناية سريرية وفهمًا وبائيًا دقيقًا.

الأسباب وعوامل خطر كيسات المبيض

العوامل الهرمونية

تلعب الهرمونات تنظيمًا محوريًا في وظيفة المبيض، وبالتالي فإن أي اضطراب في توازنها قد يكون سببًا مباشرًا في تكوّن الكيسات. يرتبط تكوّن بعض الكيسات — لا سيما الوظيفية منها — باضطرابات في إشارة الهرمونات المنشطة للجريب (FSH) والهرمون اللوتيئيني (LH)، مما يعيق نمو الجرَيب الطبيعي وإطلاق البويضة، فيؤدي إلى بقاء الجريب ممتلئًا بالسوائل ويتحوّل إلى كيسة [23]

إضافةً إلى ذلك، ترتبط متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS) بخلل هرموني مع ارتفاع نسب الأندروجينات (هرمونات ذكورية) وانخفاض حساسية الأنسولين، مما يعيق الإباضة المنتظمة ويؤدي إلى وجود أكياس متعددة صغيرة داخل المبيضين [23] هذه الاضطرابات الهرمونية لا تقتصر على الهرمونات الجنسية فقط، بل تشمل تفاعلات معقدة ضمن نظام الغدة النخامية–الوطاء–المبيض، ما يجعل العوامل الهرمونية سببًا أساسيًا في آليات تكون بعض أنواع الكيسات.

العوامل الوراثية

تشير الأدلة المتوفرة إلى وجود استعداد وراثي يعزز قابلية بعض النساء لتكوّن كيسات المبيض، وبخاصة في سياق الاضطرابات الهرمونية المزمنة مثل متلازمة المبيض متعدد الكيسات. فقد لاحظت الدراسات ارتباطًا بين وجود تاريخ عائلي لحالة مشابهة وزيادة احتمالية الإصابة لدى الأقارب، وهو ما يدعم دور "العامل الوراثي" كعامل مؤثر في الإمراضية [24].

تُعرَّف الوراثة هنا بأنها قابلية جينية متعدّدة تتفاعل مع العوامل البيئية والهرمونية، وليست طفرات جينية أحادية وراء الحالة. كما يمكن أن تلعب الجينات المنظمة للتوازن الهرموني، حساسية الأنسولين، والتعبير عن مستقبلات الهرمونات دورًا في زيادة الإصابة بالاضطرابات ذات الصلة بالكيسات ومن بينها متلازمة المبيض متعدد الكيسات، والتي بدورها تزيد من خطر تكوّن الكيسات أثناء سن الإنجاب [25].

العلاقة مع تأخر الإنجاب (العقم)

تتراوح العلاقة بين كيسات المبيض وتأخر الإنجاب بين ارتباط مباشر وغير مباشر، وفقًا لنوع الكيسة:

الكيسات الوظيفية في معظم الحالات لا تُعد سببًا مباشرًا للعقم، فهي غالبًا ما تختفي تلقائيًا ولا تعيق دورة الإباضة الطبيعية إلا في حالاتها المزوّدة بأعراض شديدة [26].

متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS) تمثل أحد الأسباب الرئيسية لضعف الإباضة أو انعدامها، وهو ما يؤدي بدوره إلى صعوبة حدوث الحمل، وذلك بسبب التوازن الهرموني غير المنتظم وانخفاض فرص الإباضة المنتظمة لدى النساء المصابات بها [27]

الكيسات الناتجة عن بطانة الرحم الهاجرة (Endometriomas) قد ترتبط بالعقم بسبب التأثير الالتهابي داخل الحوض وتشويه البيئة المبيضية، مما قد يؤثر سلبًا على جودة البويضات والخيارات العلاجية الهرمونية أو الجراحية المستقبلية [28]

إجمالاً، فإن العلاقة بين كيسات المبيض وتراجع الخصوبة تختلف بحسب نوع الكيس والسياق الهرموني العام للمرأة، وتتطلب تقييمًا سريريًا دقيقًا.

تأثير التدخين والبدانة والعوامل البيئية

التدخين

تشير الأدلة الوبائية إلى أن التدخين مرتبط بزيادة خطر الإصابة ببعض أنواع الكيسات المبيضية، بما فيها الكيسات الوظيفية، ويُعتقد أن المواد السامة في التبغ قد تغير التوازن الهرموني في الجسم، ما يعزز تطور التكيسات. في دراسة حالة وضابطة، لوحظ ارتباط التدخين بزيادة حدوث الكيسات الوظيفية مقارنة بغير المدخنين [29]

علاوةً على ذلك، فقد وُجد في دراسة سابقة أن المدخنات لديهن نسبة أعلى من حدوث الكيسات المبيضية عبر مختلف الفئات العمرية مقارنة بغير المدخنات، مما يعزز فكرة أن التدخين يمثل عامل خطر قابل للتعديل في الإمراضية النسائية كعامل بيئي يؤثر على وظيفة المبيض [30]

البدانة

تلعب البدانة والسمنة دورًا مهمًا في زيادة خطر تكون تكيسات المبيض، خاصة تلك المرتبطة بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS)، حيث ترتبط السمنة بزيادة مقاومة الأنسولين، وهي حالة تؤدي إلى ارتفاع مستويات الأندروجينات وانقطاع الإباضة المنتظم، ما يسهم في زيادة تكرار الأكواع والاختلالات الهرمونية [30]

كما أن السمنة قد تزيد من الالتهاب المزمن في الجسم وتؤثر على الاستجابة الهرمونية، وهي عوامل قد تزيد من عرضة النساء للإصابة بكيسات وظيفية أو اضطرابات تماثل PCOS.

العوامل البيئية (الملوثات والكيميائيات المعيقة لهرمونات الجسم)

تشير بعض الأبحاث إلى أن التعرض للمواد الكيميائية المعيقة للهرمونات (Endocrine Disrupting Chemicals – EDCs) مثل ثنائي فينيل البيسفينول (BPA) ومركبات صناعية أخرى يمكن أن تؤثر على التوازن الهرموني الطبيعي وتُسهّل تكوّن الاضطرابات التناسلية بما فيها تلك المرتبطة بالكيسات. هذه المركبات قد تدخل الجسم من خلال الماء والطعام والهواء والمنتجات اليومية، وتعد آثارها طويلة الأمد على وظيفة المبيض ومخاطر الكيسات موضوع بحث مستمرًا [30]

آليات تأثير الكيسات على الإباضة

تُعد الإباضة حجر الزاوية في خصوبة المرأة، وتمثل المرحلة التي تُطلق فيها البويضة الناضجة من الجرَيب لتحقق إمكانية الإخصاب. قد تؤثر بعض أنواع كيسات المبيض بشكل مباشر أو غير مباشر على هذه العملية الحيوية:

الكيسات الوظيفية البسيطة في أغلب الحالات لا تعيق الإباضة بشكل دائم، لأنها تمثل امتدادًا طبيعيًا لجرَيب الإباضة غير المنتكس وتزول تلقائيًا مع الزمن [31]

متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS) تُعد أحد نماذج الكيسات التي ترتبط بشكل وثيق بخلل الإباضة. في هذه الحالة تنمو جريبات صغيرة عديدة لا تنضج ولا تطلق بويضات بانتظام، مما يؤدي إلى عدم انتظام أو انعدام الإباضة وبالتالي ضعف فرص حدوث الحمل [31] [32]

الأورام البطانية الرحمية (Endometriomas) قد تتداخل مع وظيفة الإباضة من خلال التأثير الالتهابي المزمن داخل المبيض، على الرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى أن وجودها لا يقلّل بالضرورة معدل الإباضة التلقائية لدى النساء المصابات مقارنة بالأصحّاء، ما يعكس تعقيدات آليات التأثير بحسب نوع وحجم الكيسة [31].

هذه الآليات توضح أن التأثير على الإباضة ليس موحدًا بين جميع أنواع الكيسات، بل يعتمد على النوع المرضي وسعة التأثير على نسيج المبيض واستجابته الهرمونية.

تأثير الكيسات على جودة البويضات

جودة البويضات (Oocyte Quality) تُعد من أهم المحددات لنجاح الإخصاب سواء طبيعيًا أو في تقنيات المساعدة على الإنجاب. لكيسات المبيض تأثيرات مختلفة على هذه الجودة:

في حالة PCOS، يُلاحظ أن عدم نضج الجرَيب أو الآليات الالتهابية والاستقلابية المصاحبة قد تسهم في اختلال نمو الخلايا الجرابية التي تدعم البويضة، مما يُضعف جودة البويضة نفسها ويُقلّل من قابليتها للإخصاب [31]

بعض الدراسات الخاصة بـ Endometriomas أظهرت أن وجود هذه الكيسات مرتبط بتدهور نوعية بعض البويضات وأعدادها مقارنة بمجموعات تحكم، خصوصًا عندما تزيد الكيسة عن حجم معيّن أو بعد الجراحة، ويظهر ذلك في ارتفاع نسبة البويضات غير الناضجة في دورات الإخصاب المساعد (IVF/ICSI) لدى النساء اللواتي لديهن بطانة الرحم الهاجرة المرتبط بالكيسة [31].

من ناحية أخرى، دراسة أخرى من مجموعات متعددة أشارت إلى أن وجود Endometriomas قد لا يؤثر على جودة البويضة في سياق الإباضة التلقائية، مما يسلّط الضوء على أن التأثير قد يتباين وفقًا لكيفية التقييم ووجود عوامل أخرى مثل الالتهاب النسبي ومحفزات النمو داخل البويضة [30]

باختصار، التأثير على جودة البويضات ليس عامًا لكل الكيسات، لكنه يبرز بشكل واضح في بعض الأشكال المرضية كـ PCOS و Endometriomas، لاسيما في سياق علاجات الخصوبة.

ارتباط الكيسات بتأخر الحمل

يرتبط تأخر الحمل بعدة آليات قد تشترك فيها كيسات المبيض، ومن أبرزها:

ضعف أو انعدام الإباضة المنتظمة: كما هو الحال في PCOS، حيث يقل معدل الإباضة المنتظمة، ويصبح من الصعب توقيت الجماع أو الإخصاب الطبيعي، ما يطيل زمن حدوث الحمل [30]

تراجع الاحتياطي المبيضي: في بعض الحالات، خصوصًا بعد التدخلات الجراحية في المبيض المتضرر من كيسات كبيرة أو متعددة، قد ينقص عدد البويضات المتاحة في المضغة، ما يضعف فرصة الإنجاب مع مرور الوقت [31]

التأثير الالتهابي: بيئة الالتهاب المزمن المرتبطة بأنواع معينة من الكيسات قد تُسهم في خلق ظروف غير مثالية لالتصاق الجنين في بطانة الرحم وإكمال الحمل.

من الجدير بالذكر أن بعض الكيسات البسيطة الوظيفية لا تؤثر عادةً على فرص الحمل الطبيعي، لأن وظيفتها الهرمونية الأساسية تظل محفوظة طالما لا تتكرر بشكل مزمن أو لا تعيق الإباضة [31]

مراجعة للدراسات حول نسبة العقم لدى النساء المصابات

تتناقض دراسات كثيرة حول معدلات العقم في سياق كيسات المبيض نظرًا لاختلاف الأنواع المرضية وفئات السكان المدروسة، لكن يمكن تلخيص نتائجها كالتالي:

في متلازمة المبيض متعدد الكيسات (PCOS)، تُعتبر الحالة بحد ذاتها أحد الأسباب الرئيسية لغياب الإباضة، وتُقدر نسبة النساء المصابات بهذه المتلازمة اللائي يواجهن مشاكل في الخصوبة تصل إلى مستويات عالية مقارنة بالنساء غير المصابات بنقص الإباضة [32]

في Endometriomas، أظهرت بعض الدراسات أن النساء المصابات لديهن انخفاض في عدد واستجابة البويضات في سياق دورات الإخصاب المساعد، لكن تأثيرها على الحمل التلقائي وأيضًا جودة البويضات قد يختلف بين الدراسات، مما يستدعي أخذ سياق كل دراسة بعين الاعتبار من حيث التصميم والمنهجية [33]

في المقابل، دراسات أخرى أكدت أن الكيسات الوظيفية والكيسات البسيطة غير المرضية ليست مرتبطة مباشرة بزيادة نسب العقم، ما يشير إلى أن الارتباط بين الكيسات والعقم غالبًا ما يكون بسبب الآليات المرضية الهرمونية أو الالتهابية المصاحبة لبعض أنواع الكيسات وليس بسبب وجود الكيس نفسه [34]

بناءً على هذه الأدبيات، يمكن القول إن العلاقة بين كيسات المبيض والخصوبة تعتمد بشكل كبير على نوع الكيسة والسياق الهرموني والبيولوجي للمرأة، ولا يمكن تعميم التأثير على كل الأنواع.

نسب حدوث كيسات المبيض أثناء الحمل

تُعد كيسات المبيض من الموجودات غير النادرة التي تُكتشف أثناء الحمل، وغالبًا ما يتم تشخيصها مصادفة خلال التصوير بالأمواج فوق الصوتية في الثلث الأول من الحمل. تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث الكيسات المبيضية أثناء الحمل تتراوح بين 0.2% و2% من مجمل حالات الحمل، مع اختلاف هذه النسبة تبعًا لعمر الحامل، وعدد مرات الحمل السابقة، وتوقيت إجراء الفحص [35].

تشكل الكيسات الوظيفية، ولا سيما كيسات الجسم الأصفر، النسبة الأكبر من الكيسات المشاهدة في الحمل المبكر، حيث تلعب دورًا في دعم الحمل من خلال إفراز البروجستيرون خلال الأسابيع الأولى. في معظم الحالات، تكون هذه الكيسات صغيرة الحجم، سليمة، ولا تؤثر سلبًا على سير الحمل [36].

تزداد أهمية هذه الكيسات سريريًا عندما تكون كبيرة الحجم، ثنائية الجانب، أو ذات مظهر معقّد، ما يستدعي متابعة دقيقة لتفريقها عن الكتل الورمية أو الحالات الإسعافية.

سلوك كيسات المبيض خلال الحمل

يتأثر سلوك كيسات المبيض أثناء الحمل بالتغيرات الهرمونية والميكانيكية المرافقة للحمل. ففي كثير من الحالات، تميل الكيسات الوظيفية إلى الضمور التلقائي مع تقدم الحمل، ولا سيما بعد نهاية الثلث الأول، عندما تتولى المشيمة الدور الهرموني الداعم للحمل بدل الجسم الأصفر [35] [37].

تشير المتابعات السريرية إلى أن:

- معظم الكيسات التي يقل قطرها عن 5–6 سم تختفي تلقائيًا دون أي تدخل.
- الكيسات الثابتة أو المتزايدة الحجم خلال الحمل تكون غالبًا غير وظيفية، مثل الكيسات الجلدية أو كيسات بطانة الرحم.
- نادرًا ما يظهر سلوك عدواني أو تحوّل خبيث خلال الحمل، لكن استمرار الكيسة أو تعقيدها يفرض تقييمًا دقيقًا ومتكررًا [36].

ويُعد الفحص بالأمواج فوق الصوتية الوسيلة الأساسية لمراقبة هذه الكيسات، مع تجنب التدخل الجراحي ما لم تظهر علامات اختلاط واضحة.

مضاعفات الحمل المرتبطة بكيسات المبيض

رغم أن معظم كيسات المبيض أثناء الحمل تكون سليمة ولا عرضية، إلا أن بعضها قد يترافق بمضاعفات مهمة تؤثر على سلامة الأم واستمرار الحمل.

أولًا: انفتال المبيض (Ovarian torsion)

يُعد التواء المبيض أشيع اختلاط حاد لكيسات المبيض أثناء الحمل، ويحدث غالبًا في الثلث الأول أو بداية الثلث الثاني. يزداد خطر التواء المبيض عند وجود كيسة يزيد قطرها عن 5 سم، خصوصًا الكيسات الجلدية.

يتظاهر التواء المبيض بألم حاد مفاجئ في أسفل البطن، وقد يترافق مع غثيان وإقياء. ويُعد حالة إسعافية تتطلب تدخلاً جراحيًا سريعًا لتجنب نخر المبيض، مع الحرص على الحفاظ على الحمل متى أمكن [37].

ثانيًا: تمزق الكيسة (Cyst rupture)

قد يحدث تمزق الكيسة نتيجة زيادة الضغط داخلها أو الرضوض البطنية أو التغيرات الوعائية أثناء الحمل. يؤدي التمزق إلى:

- ألم بطني حاد
- نزف داخل البطن بدرجات متفاوتة
- تهيج بريتواني

في معظم الحالات، يكون التدبير محافظًا، إلا أن النزف الشديد قد يستدعي تدخلًا جراحيًا إسعافيًا، مما قد يعرّض الحمل لخطر الإجهاض أو المخاض الباكر [35].

ثالثًا: اختلاطات أخرى مرتبطة بالحمل

تشمل الاختلاطات الأقل شيوعًا:

- الضغط على الرحم أو المثانة أو الأمعاء بسبب الكيسات الكبيرة
- زيادة خطر المخاض الباكر في حال التدخل الجراحي
- صعوبة الولادة المهبلية في حال بقاء كيسة كبيرة حتى أواخر الحمل

ومع ذلك، تؤكد معظم الدراسات أن الوجود العرضي لكيسات المبيض غير المعقدة لا يزيد بشكل ملحوظ من اختلاطات الحمل أو سوء نتائجه، شرط المتابعة الدقيقة والتدخل عند اللزوم فقط [36] .[37]

الاختلاطات الرئيسية لكيسات المبيض

رغم أن معظم كيسات المبيض تكون سليمة وعابرة، إلا أن بعض الحالات قد تترافق باختلاطات حادة أو مزمنة تمثل تحديًا سريريًا حقيقيًا، وقد تؤثر على الخصوبة، والحمل، وأحيانًا على حياة المريضة. تعتمد طبيعة الاختلاط وشدته على نوع الكيسة، حجمها، سرعة نموها، والحالة الفيزيولوجية للمريضة [38].

انفتال المبيض (Ovarian torsion)

يُعد التواء المبيض أخطر وأشيع اختلاط حاد لكيسات المبيض، وينتج عن دوران المبيض (وأحيانًا البوق) حول محوره الوعائي، مما يؤدي إلى انقطاع التروية الدموية الوريدية ثم الشريانية.

الأسباب:

- وجود كيسة مبيضية يزيد قطرها عن 5–6 سم
- الكيسات الجلدية بشكل خاص
- الحمل، ولا سيما في الثلث الأول
- زيادة حركة المبيض عند النساء النحيلات

الأعراض:

- ألم حاد مفاجئ في أسفل البطن أو الحوض
- غثيان وإقياء
- أحيانًا حمى خفيفة
- علامات تهيج بريتواني في الحالات المتقدمة

التشخيص والعلاج

يعتمد التشخيص على الصورة السريرية مع دعم التصوير بالأمواج فوق الصوتية مع الدوبلر. ويُعد التدخل الجراحي الإسعافي العلاج الأساسي، بهدف فك الالتواء والحفاظ على المبيض إن أمكن، أو استئصاله في حال حدوث النخر. يُؤكد على أن التأخير في التدخل قد يؤدي إلى فقدان المبيض وتأثير سلبي دائم على الخصوبة [38].

تمزق الكيسة (Ovarian cyst rupture)

يحدث تمزق الكيسة نتيجة زيادة الضغط داخلها أو رضوض بسيطة أو تغيرات وعائية مفاجئة، ويُشاهد بشكل خاص في الكيسات الوظيفية أو النزفية.

العلامات السريرية:

- ألم بطني حاد مفاجئ، غالبًا بعد جهد أو جماع
- نزف مهبلي خفيف أحيانًا
- دوار أو علامات صدمة في حال النزف الشديد

في معظم الحالات يكون التدبير محافظًا، إلا أن النزف الكبير أو عدم الاستقرار الدوري الدموي قد يستدعي تدخلًا جراحيًا. أثناء الحمل، قد يشكل تمزق الكيسة خطرًا على استمرار الحمل، خاصة في المراحل المبكرة [39].

النزف الداخلي (Hemoperitoneum)

قد يترافق تمزق الكيسة أو تمزق الجسم الأصفر مع نزف داخل البطن، والذي قد يكون محدودًا أو غزيرًا. يظهر النزف الداخلي سريريًا على شكل:

- ألم بطني شديد
- شحوب وتسرّع قلب
- انخفاض ضغط الدم في الحالات الشديدة

يُعد هذا الاختلاط حالة إسعافية، ويتطلب تقييمًا سريعًا وتدبيرًا فوريًا، خاصة لدى النساء الحوامل أو المصابات بفقر دم سابق [39].

العدوى (Infection)

تُعد العدوى من الاختلاطات النادرة لكيسات المبيض، لكنها قد تحدث في سياق:

- انتشار إنتان حوضي
- تدخلات جراحية سابقة
- كيسات مترافقة مع التهاب مزمن

تتظاهر العدوى بحمى، ألم حوضي مستمر، ارتفاع مؤشرات الالتهاب، وقد تتطور إلى خراج مبيضي. يتطلب التدبير علاجًا بالصادات الحيوية، وأحيانًا تصريفًا جراحيًا [38].

الضغط أو التأثير على الأعضاء المجاورة

قد تؤدي الكيسات الكبيرة الحجم إلى تأثيرات ضغطية ميكانيكية على الأعضاء المجاورة، مثل:

- المثانة (عسرة تبول، تكرار بول)
- الأمعاء (إمساك، انتفاخ)
- الأوعية الحوضية (احتقان أو ألم حوضي مزمن)

تزداد هذه الأعراض تدريجيًا، وغالبًا ما تكون سببًا رئيسيًا للتدخل الجراحي في الكيسات الكبيرة أو المستمرة [40].

العلاقة مع الأورام الخبيثة النادرة

رغم أن معظم كيسات المبيض لدى النساء في سن الإنجاب سليمة، إلا أن احتمال الخباثة يبقى قائمًا لكنه نادر. تزداد الشبهة الخبيثة عند وجود:

- كيسات معقدة متعددة الحجرات
- حواجز سميكة أو زوائد حليمية
- استمرارية الكيسة أو نموها السريع
- ارتفاع علامات الورم (مثل CA-125)

يُعد التفريق المبكر بين الكيسات السليمة والخبيثة أمرًا جوهريًا لتجنب التأخر في التشخيص والعلاج، مع الحفاظ على الخصوبة قدر الإمكان [40].

التشخيص السريري والاختبارات المساعدة

يُعد التشخيص الدقيق لكيسات المبيض خطوة محورية في تدبير المريضة، إذ يهدف إلى تحديد طبيعة الكيسة (وظيفية أم غير وظيفية)، تقدير خطر الاختلاطات، واستبعاد الخباثة، مع مراعاة الحالة الإنجابية والحمل عند وجوده. يعتمد التشخيص على تكامل المعطيات السريرية مع وسائل التصوير والفحوص المخبرية [41].

القصة المرضية والفحص السريري

تشكل السيرة المرضية الدقيقة الأساس الأولي لتقييم المريضة المصابة بكيسات المبيض. يجب التركيز على:

- طبيعة الألم (حاد، مزمن، متقطع)
- علاقته بالدورة الطمثية
- وجود اضطرابات طمثية أو نزف غير طبيعي
- أعراض ضغطية بولية أو هضمية
- قصة تأخر حمل أو عقم
- سوابق جراحية أو التهابات حوضية

- وجود حمل حالي أو سابق

أما الفحص السريري، فيشمل الفحص البطني والحوضي، حيث قد يُكشف عن كتلة حوضية مؤلمة أو غير مؤلمة، محددة أو غير محددة الحواف. ومع ذلك، فإن الفحص السريري لوحده محدود الحساسية، خاصة في الكيسات الصغيرة أو عند وجود بدانة، مما يستدعي اللجوء إلى وسائل تصويرية أدق [41].

التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound)

يُعد التصوير بالأمواج فوق الصوتية، ولا سيما الإيكو المهبلي، الوسيلة التشخيصية الأولى والأكثر استخدامًا في تقييم كيسات المبيض، لما يتمتع به من أمان، توفر، ودقة عالية.

يساعد الإيكو في:

- تحديد حجم الكيسة وموقعها
- توصيف محتواها (سائل صافٍ، دموي، مختلط)
- تمييز الكيسات البسيطة عن المعقدة
- كشف العلامات المشيرة للخباثة مثل الحواجز السميكة أو الزوائد الحليمية

كما يساهم استخدام الدوبلر الملون في تقييم التروية الدموية، مما يساعد في تشخيص التواء المبيض أو الاشتباه بالآفات الخبيثة. ويُعد الإيكو الوسيلة المفضلة خلال الحمل نظرًا لسلامته وعدم استخدامه للإشعاع [42].

الرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي المحوري

يُستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) كوسيلة تكميلية عندما تكون نتائج الإيكو غير حاسمة، خاصة في الحالات المعقدة أو عند الحاجة إلى تمييز أدق بين الأنماط المختلفة للكيسات.

يمتاز الرنين المغناطيسي بقدرته العالية على:

- توصيف الأنسجة الرخوة
- التفريق بين الكيسات النزفية، الجلدية، وكيسات بطانة الرحم
- تقييم امتداد الآفة دون تعريض المريضة للإشعاع

أما التصوير الطبقي المحوري (CT)، فيُستخدم بشكل محدود، وغالبًا عند الاشتباه بالخباثة أو بوجود اختلاطات حادة مثل النزف داخل البطن، ويُفضّل تجنبه أثناء الحمل إلا للضرورة القصوى [42] [43].

الفحوص المخبرية (الهرمونات وعلامات الورم)

تلعب الفحوص المخبرية دورًا داعمًا في التشخيص، ولا تُستخدم بمعزل عن الصورة السريرية والتصويرية. وتشمل:

- الفحوص الهرمونية (FSH، LH، Estradiol، Progesterone) لتقييم الوظيفة المبيضية واضطرابات الإباضة
- اختبار الحمل (β–hCG) لاستبعاد الحمل خارج الرحم
- علامات الورم، وعلى رأسها CA–125، والذي قد يرتفع في الأورام الخبيثة، لكنه غير نوعي، إذ يمكن أن يرتفع أيضًا في حالات سليمة مثل بطانة الرحم الهاجرة أو الالتهابات

لذلك، يُفسر ارتفاع CA–125 بحذر، خاصة عند النساء في سن الإنجاب، ويُستخدم ضمن سياق شامل لتقدير خطر الخباثة وليس كاختبار تشخيصي منفرد [43].

العلاج وتدبير كيسات المبيض

يعتمد تدبير كيسات المبيض على نوع الكيسة، حجمها، الأعراض المرافقة، عمر المريضة، ورغبتها بالإنجاب، إضافة إلى وجود حمل من عدمه. ويهدف العلاج إلى تخفيف الأعراض، منع الاختلاطات، والحفاظ على الوظيفة المبيضية والخصوبة قدر الإمكان، مع استبعاد الخباثة في الوقت المناسب [44].

المراقبة والمتابعة (Conservative management)

تُعد المراقبة الخيار العلاجي الأول في معظم حالات كيسات المبيض، ولا سيما:

- الكيسات الوظيفية البسيطة
- الكيسات الصغيرة (<5–6 سم)
- الكيسات اللاعرضية لدى النساء في سن الإنجاب

تشمل المراقبة:

- المتابعة السريرية الدورية
- إعادة التصوير بالأمواج فوق الصوتية بعد 6–12 أسبوعًا
- تقييم التغير في الحجم أو الشكل

أظهرت الدراسات أن نسبة كبيرة من الكيسات الوظيفية تزول تلقائيًا خلال 2–3 دورات طمثية دون أي تدخل، مما يجعل التدبير المحافظ خيارًا آمنًا وفعالًا في الحالات المنتقاة بعناية [44].

العلاج الدوائي

يُستخدم العلاج الدوائي بشكل داعم أكثر منه علاجي مباشر، إذ لا يؤدي إلى زوال الكيسات الموجودة، لكنه قد:

- يمنع تشكل كيسات جديدة
- ينظم الدورة الطمثية
- يخفف الأعراض المرافقة

تشمل الخيارات الدوائية:

- موانع الحمل الفموية المركبة: تقلل من تشكل الكيسات الوظيفية الجديدة، لكنها لا تسرّع اختفاء الكيسات الموجودة.
- المسكنات ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية لتدبير الألم.
- العلاج الهرموني الموجّه في حالات مختارة مثل كيسات بطانة الرحم.

ولا يُنصح باستخدام العلاج الدوائي كبديل عن الجراحة في حال وجود كيسات كبيرة، معقدة، أو مشيرة لاختلاطات [45].

التدخل الجراحي (المنظار أو فتح البطن)

يُعد التدخل الجراحي ضروريًا في الحالات التالية:

- الكيسات المستمرة أو المتزايدة الحجم
- الكيسات العرضية أو المترافقة باختلاطات
- الشك بالخباثة
- فشل التدبير المحافظ

الجراحة بالمنظار (Laparoscopy)

تُعد الخيار المفضل في معظم الحالات، لما تتميز به من:

- ألم أقل بعد الجراحة
- تعافٍ أسرع
- تقليل الالتصاقات
- الحفاظ على النسيج المبيضي

فتح البطن (Laparotomy)

يُستخدم في الحالات المعقدة أو عند الاشتباه القوي بالخباثة أو النزف الشديد.

يُفضّل إجراء استئصال الكيسة مع الحفاظ على المبيض (Cystectomy) كلما أمكن، خاصة عند النساء الراغبات بالإنجاب [45] [46].

اعتبارات تخص الخصوبة والحمل

تُعد المحافظة على الخصوبة هدفًا أساسيًا في تدبير كيسات المبيض لدى النساء في سن الإنجاب. وتشمل الاعتبارات المهمة:

- تجنب الاستئصال غير الضروري للمبيض
- استخدام الجراحة المحافظة قدر الإمكان
- تقليل الرض الجراحي والالتصاقات
- تأجيل الجراحة أثناء الحمل ما لم توجد ضرورة إسعافية

أثناء الحمل، يُفضّل التدبير المحافظ، ولا يُلجأ للجراحة إلا في حال:

- انفتال المبيض
- تمزق الكيسة
- الاشتباه بالخباثة

وفي حال الحاجة للجراحة، يُعد الثلث الثاني من الحمل التوقيت الأكثر أمانًا نسبيًا للتدخل الجراحي [46].

الدراسة العملية

أهمية الدراسة

تُعد كيسات المبيض غير الوظيفية أحد أكثر المشكلات النسائية شيوعاً في سن الإنجاب، لما لها من تأثير مباشر على الخصوبة وحدوث الحمل الطبيعي. فقد أظهرت الدراسات أن بعض أنواع الكيسات، مثل كيسات بطانة الرحم والكيسات المصلية/المخاطية، ترتبط بارتفاع نسب تأخر الحمل والعقم، بينما تلعب المضاعفات مثل تمزق الكيس وانفتال المبيض دوراً كبيراً في انخفاض فرص الحمل الطبيعي. تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها توفر بيانات محلية دقيقة عن انتشار أنواع كيسات المبيض غير الوظيفية، المضاعفات المصاحبة لها، وطرق التشخيص والتدبير العلاجي المتبعة في مشفى الزهراوي بدمشق، ما يعزز فهم العلاقة بين نوع الكيسة، العمر، المضاعفات، وحدوث الحمل. كما تقدم هذه الدراسة معلومات قيمة للمقارنة مع الدراسات العالمية، وتساعد الأطباء في اتخاذ قرارات سريرية قائمة على الأدلة لتقليل المضاعفات وحماية الخصوبة.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

1. تحديد أنواع كيسات المبيض غير الوظيفية الأكثر شيوعاً لدى النساء اللواتي راجعن مشفى الزهراوي.
2. تقييم العوامل الديموغرافية مثل العمر وعلاقتها بحدوث الكيسات والمضاعفات.
3. دراسة المضاعفات الرئيسة المصاحبة لكيسات المبيض وتأثيرها على الحمل والخصوبة.
4. تحليل طرق التشخيص والتدبير العلاجي المستخدمة وفعاليتها.
5. مقارنة النتائج المحلية مع الدراسات العالمية لتحديد الاختلافات أو التطابقات في انتشار الكيسات وتأثيرها على الخصوبة.
6. تقديم توصيات سريرية تهدف إلى تحسين نتائج الحمل وتقليل المضاعفات المرتبطة بكيسات المبيض.

طرائق ومواد الدراسة

نوع الدراسة: دراسة راجعة (Retrospective Study).

مكان وزمان الدراسة: تم إجراء الدراسة في مشفى الزهراوي، دمشق، على مراجعات النساء خلال الفترة من يناير 2020 إلى ديسمبر 2025.

عينة الدراسة: شملت الدراسة 110 مريضة تم تشخيصهن بكيسات مبيض غير وظيفية، وتم جمع البيانات من سجلاتهن الطبية وأضابير المستشفى.

معايير الاشتمال:

جميع النساء في سن الإنجاب اللواتي شُخصن بكيسات مبيض غير وظيفية.

مراجعات تشمل التشخيص السريري والفحوصات التصويرية والهرمونية.

معايير الاستبعاد:

النساء المصابات بكيسات وظيفية عابرة اختفت دون تدخل.

حالات الأورام الخبيثة المعقدة التي تتطلب بروتوكولات علاجية خاصة.

طرق جمع البيانات وتحليلها

1. جمع البيانات:
   - تم جمع البيانات من أضابير المرضى الإلكترونية والورقية، بما يشمل: المعلومات الديموغرافية، الفحوصات المخبرية والتصويرية، التاريخ الطبي والنسائي، نوع الكيس، المضاعفات، وطبيعة التدبير العلاجي.
   - استُخدمت استمارة بيانات موحدة لضمان توحيد المعلومات لكل مريضة.
2. تحليل البيانات:
   - أُدخلت البيانات في برنامج SPSS الإصدار 25 للتحليل الإحصائي.
   - تم استخدام التحليل الوصفي (النسب المئوية، المتوسطات، الانحراف المعياري) لوصف خصائص العينة.

- استخدم اختبار كاي-سكوير (Chi-square Test) لتحديد العلاقة بين:
- العمر وأنواع الكيسات والمضاعفات.
- نوع الكيس وحدوث الحمل أو استمرار العقم.
- المضاعفات وتأثيرها على الخصوبة.
- اعتُبرت قيمة $P<0.05$ دالة إحصائياً.
- أُجريت مقارنة مع الدراسات العالمية لتحديد مدى التوافق أو الاختلاف مع البيانات المنشورة.

الاعتبارات الأخلاقية

- تمت الدراسة بعد الحصول على موافقة لجنة الأخلاقيات الطبية في مشفى الزهراوي.
- جميع البيانات المأخوذة مجهولة المصدر للحفاظ على سرية المرضى وخصوصيتهم.
- لم يتم إجراء أي تدخل علاجي جديد، إذ أن الدراسة راجعة تعتمد على السجلات الطبية فقط.
- التزام كامل بـ المبادئ الأخلاقية للبحوث الطبية، بما في ذلك احترام خصوصية المريضة، الحق في العلاج الأمثل، وتجنب أي ضرر محتمل.
- تم التأكيد على أن نتائج الدراسة ستُستخدم لأغراض علمية وأكاديمية وتحسين الرعاية السريرية وليس لأي هدف تجاري أو فردي.

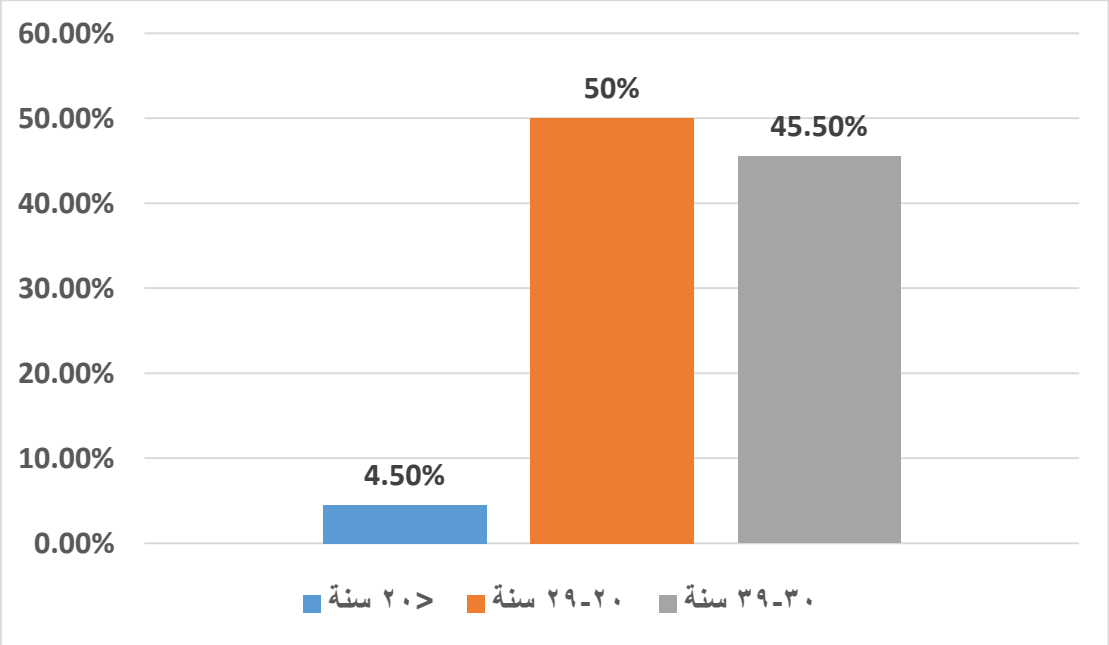
النتائج

الفئة العمرية لدى المريضات

أظهر توزيع الفئة العمرية في العينة المدروسة (n=110) أن النسبة الأكبر من المريضات كانت ضمن الفئة 20–29 سنة حيث بلغ عددهن 55 مريضة (50%)، تلتها الفئة 30–39 سنة بعدد 50 مريضة (45.5%)، في حين كانت الفئة العمرية أقل من 20 سنة الأقل تمثيلاً بعدد 5 مريضات فقط (4.5%). يدل ذلك على أن غالبية الحالات تركزت في سن النشاط التناسلي والذروة الإنجابية، وهو ما ينسجم مع الطبيعة السريرية لكيسات المبيض غير الوظيفية وتأثيرها على الخصوبة والحمل.

الجدول 1 الفئة العمرية لدى المريضات

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
<20 سنة	5	%4.5
20-29 سنة	55	%50
30-39 سنة	50	%45.5



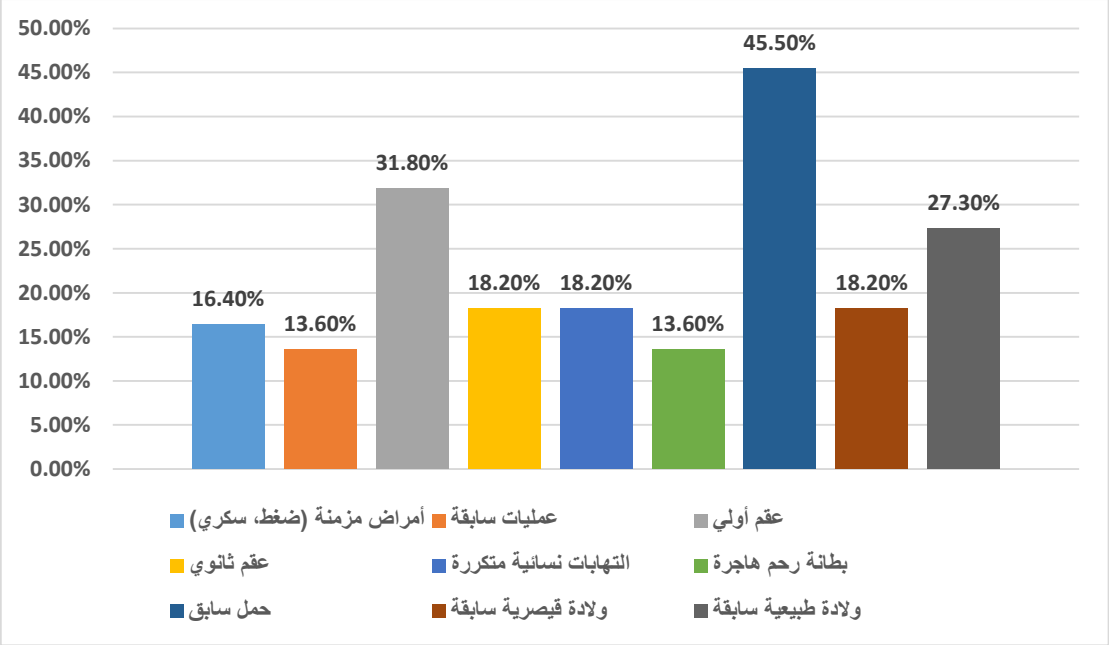
الشكل 1 الفئة العمرية لدى المريضات

السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية

أظهرت النتائج أن 16.4% من المريضات لديهن أمراض مزمنة (ارتفاع ضغط أو سكري)، بينما سجلت 13.6% سوابق عمليات جراحية سابقة. فيما يتعلق بالسوابق النسائية، كان العقم الأولي الأكثر شيوعاً بنسبة 31.8%، يليه العقم الثانوي والتهابات نسائية متكررة بنسبة 18.2% لكل منهما، في حين سُجلت بطانة الرحم الهاجرة لدى 13.6% من الحالات. أما من الناحية الولادية، فقد كان لدى 45.5% من المريضات حمل سابق، توزعن بين 27.3% ولادات طبيعية و18.2% قيصريات سابقة. تشير هذه النتائج إلى ارتفاع ملحوظ في معدلات العقم والاضطرابات النسائية ضمن العينة، مما يعكس التأثير المحتمل لكيسات المبيض غير الوظيفية على الخصوبة والحمل.

الجدول 2 السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية

المتغير	العدد	النسبة المئوية
سوابق مرضية عامة		
أمراض مزمنة (ضغط، سكري)	18	%16.4
عمليات سابقة	15	%13.6
سوابق مرضية نسائية		
عقم أولي	35	%31.8
عقم ثانوي	20	%18.2
التهابات نسائية متكررة	20	%18.2
بطانة رحم هاجرة	15	%13.6
سوابق ولادية		
حمل سابق	50	%45.5
ولادة قيصرية سابقة	20	%18.2
ولادة طبيعية سابقة	30	%27.3



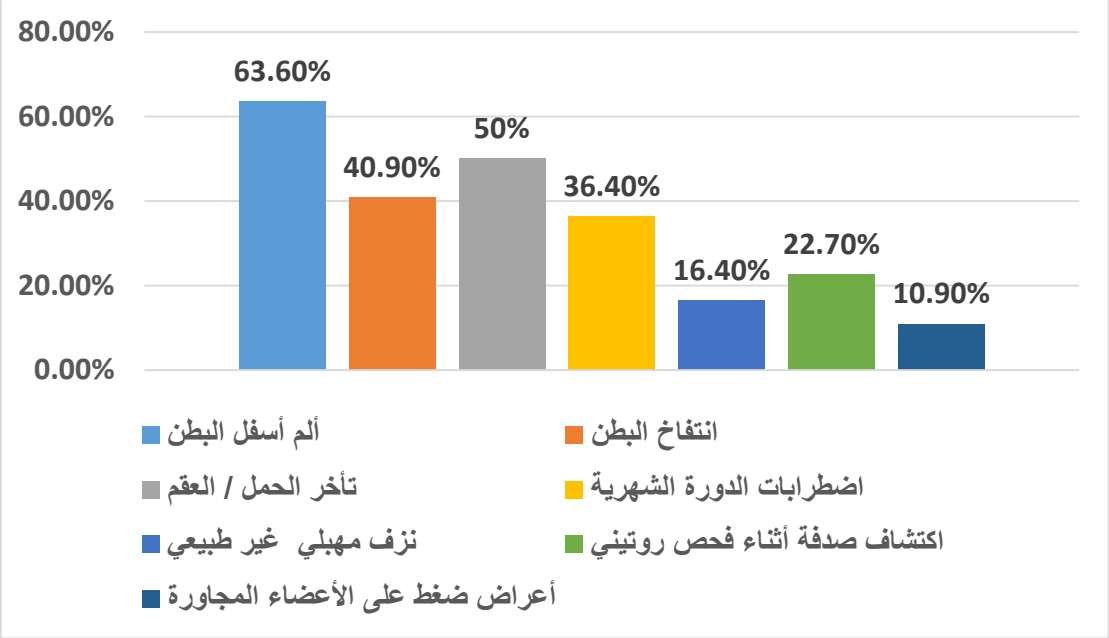
الشكل 2 السوابق المرضية والجراحية العامة والنسائية

الأعراض والعلامات عند التشخيص

بيّنت النتائج أن ألم أسفل البطن كان العرض الأكثر شيوعاً بنسبة 63.6%، يليه تأخر الحمل أو العقم بنسبة 50%، ثم انتفاخ البطن بنسبة 40.9%. كما سُجلت اضطرابات الدورة الشهرية لدى 36.4% من المريضات. في المقابل، ظهر النزف المهبلي غير الطبيعي بنسبة 16.4%، بينما تم اكتشاف الكيسات صدفة أثناء فحص روتيني في 22.7% من الحالات. أما أعراض الضغط على الأعضاء المجاورة فكانت الأقل شيوعاً بنسبة 10.9%. تشير هذه النتائج إلى أن العرض السريري يغلب عليه الطابع الألمي واضطرابات الخصوبة، مع نسبة غير قليلة من الحالات غير العرضية المكتشفة صدفة.

الجدول 3 الأعراض والعلامات عند التشخيص

الأعراض والعلامات	العدد	النسبة المئوية
ألم أسفل البطن	70	%63.6
انتفاخ البطن	45	%40.9
تأخر الحمل / العقم	55	%50
اضطرابات الدورة الشهرية	40	%36.4
نزف مهبلي غير طبيعي	18	%16.4
اكتشاف صدفة أثناء فحص روتيني	25	%22.7
أعراض ضغط على الأعضاء المجاورة	12	%10.9



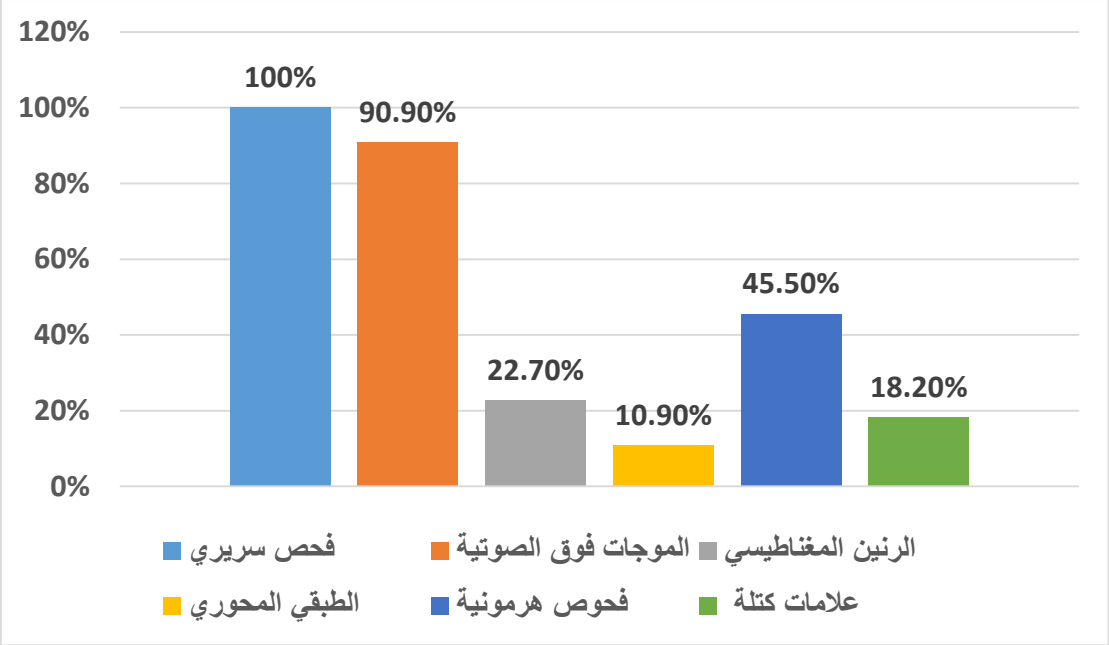
الشكل 3 الأعراض والعلامات عند التشخيص

طرق التشخيص المستخدمة

أظهر التحليل أن الفحص السريري أُجري لجميع المريضات بنسبة 100% باعتباره الخطوة الأولى في التقييم. كما استُخدمت الموجات فوق الصوتية في 90.9% من الحالات، مما يجعلها الوسيلة التشخيصية الأساسية والأكثر اعتماداً. في حين استُخدم الرنين المغناطيسي بنسبة 22.7% والتصوير الطبقي المحوري بنسبة 10.9%، غالباً في الحالات الملتبسة أو لتقييم الامتداد. كما أُجريت فحوص هرمونية لدى 45.5% من المريضات، وسُجلت علامات كتلية مشتبهة في 18.2% من الحالات. تؤكد النتائج أن التصوير بالأمواج فوق الصوتية يمثل حجر الأساس في تشخيص كيسات المبيض غير الوظيفية، مع اللجوء للوسائل المتقدمة عند الحاجة.

الجدول 4 طرق التشخيص المستخدمة

طريقة التشخيص	العدد	النسبة المئوية
فحص سريري	110	%100
الموجات فوق الصوتية	100	%90.9
الرنين المغناطيسي	25	%22.7
الطبقي المحوري	12	%10.9
فحوص هرمونية	50	%45.5
علامات كتلة	20	%18.2



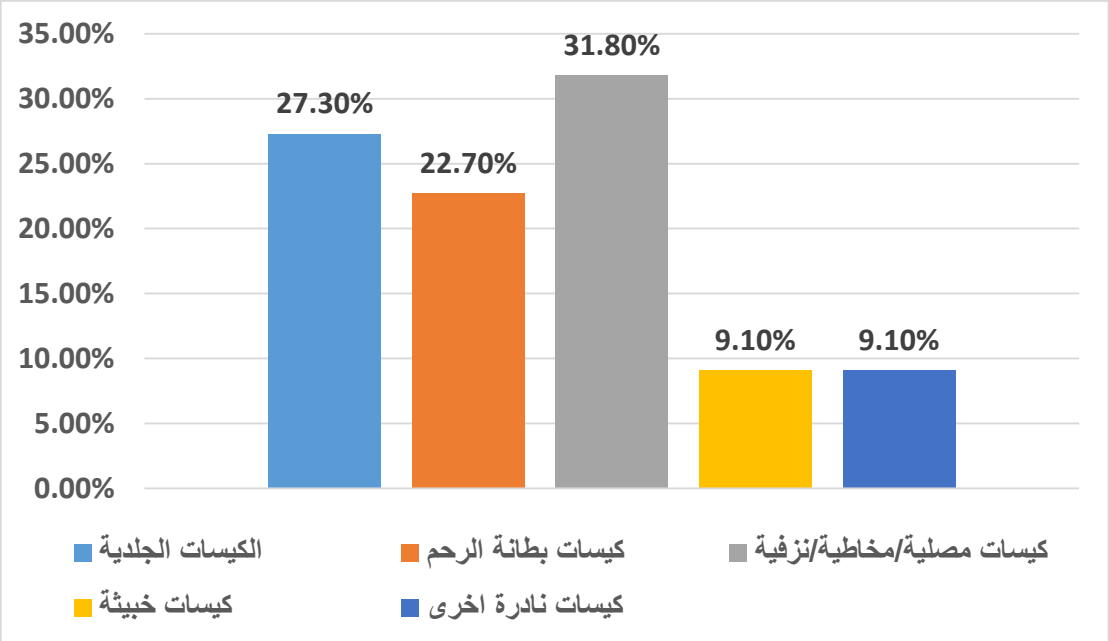
الشكل 4 طرق التشخيص المستخدمة

أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات

أظهرت النتائج أن أكثر الأنواع شيوعاً كانت الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية بنسبة 31.8%، تلتها الكيسات الجلدية بنسبة 27.3%، ثم كيسات بطانة الرحم بنسبة 22.7%. في المقابل، سُجلت الكيسات الخبيثة والكيسات النادرة الأخرى بنسبة متساوية بلغت 9.1% لكل منهما. تشير هذه المعطيات إلى أن معظم الكيسات المشاهدة كانت سليمة الطابع، مع نسبة محدودة من الحالات ذات الطبيعة الخبيثة، مما يؤكد أهمية التقييم التشخيصي الدقيق للتمييز بين الأنواع المختلفة وتأثيرها المحتمل على الخصوبة والحمل.

الجدول 5 أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات

نوع الكيسة	العدد	النسبة المئوية
الكيسات الجلدية	30	%27.3
كيسات بطانة الرحم	25	%22.7
كيسات مصلية/مخاطية/نزفية	35	%31.8
كيسات خبيثة	10	%9.1
كيسات نادرة اخرى	10	%9.1



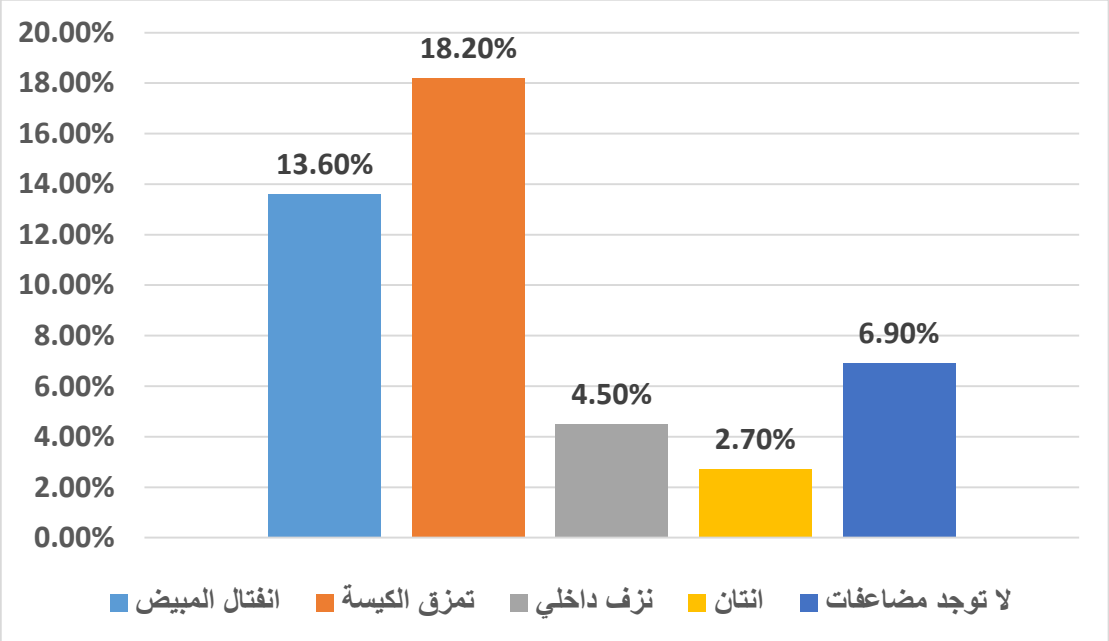
الشكل 5 أنواع كيسات المبيض المشاهدة لدى المريضات

المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض

أظهرت النتائج أن تمزق الكيسة كان المضاعفة الأكثر شيوعاً بنسبة 18.2%، يليه انفتال المبيض بنسبة 13.6%، بينما سُجل نزف داخلي بنسبة 4.5% وانتان بنسبة 2.7%. في المقابل، لم تُسجل أي مضاعفات لدى 60.9% من المريضات، مما يشير إلى أن غالبية الكيسات كانت مستقرة سريرياً عند التشخيص. وتبرز أهمية التدخل المبكر خاصة في حالات الانفتال والتمزق نظراً لارتباطها بخطر فقدان المبيض وتأثير ذلك على الخصوبة المستقبلية.

الجدول 6 المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض

المضاعفات	العدد	النسبة المئوية
انفتال المبيض	15	%13.6
تمزق الكيسة	20	%18.2
نزف داخلي	5	%4.5
انتان	3	%2.7
لا توجد مضاعفات	67	%6.9



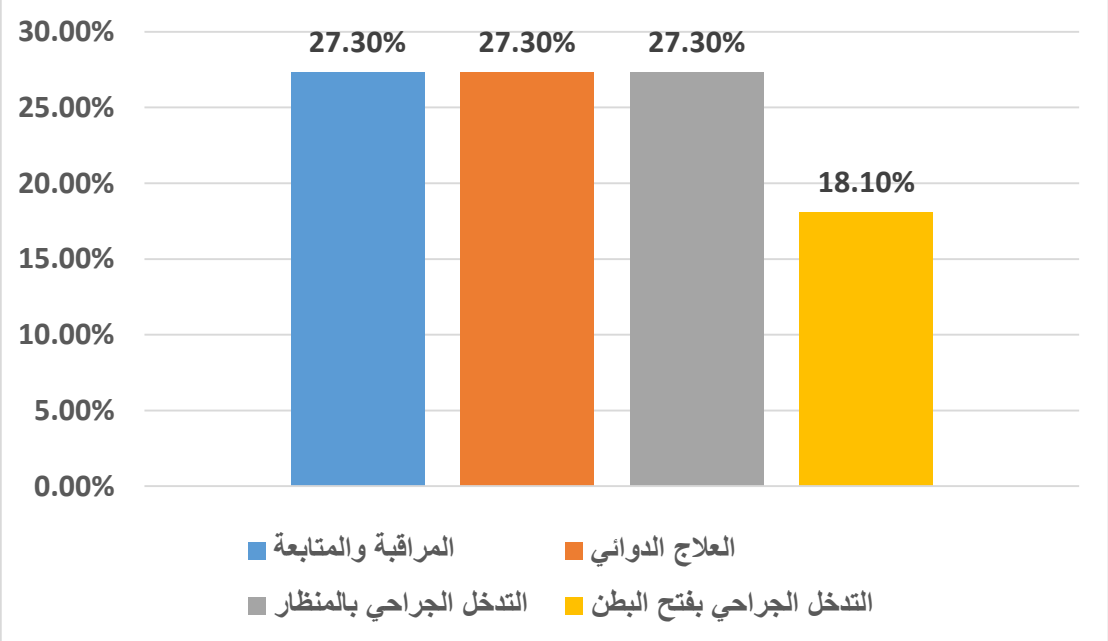
الشكل 6 المضاعفات الرئيسية المشاهدة لكيسات المبيض

التدبير العلاجي لكيسات المبيض

أظهرت النتائج توزعاً متقارباً في أساليب التدبير العلاجي؛ حيث تم اعتماد المراقبة والمتابعة لدى 27.3% من المريضات، وكذلك العلاج الدوائي والتدخل الجراحي بالمنظار بنسبة مماثلة بلغت 27.3% لكل منهما. في المقابل، استُخدم التدخل الجراحي بفتح البطن بنسبة أقل بلغت 18.1%، وغالباً في الحالات المعقدة أو المشتبهة بالخباثة. تشير هذه المعطيات إلى أن معظم الحالات أمكن تدبيرها بأساليب تحفظية أو جراحية طفيفة التوغل، مع اللجوء للجراحة المفتوحة في نسبة محدودة من الحالات ذات الخطورة الأعلى.

الجدول 7 التدبير العلاجي لكيسات المبيض

التدبير العلاجي	العدد	النسبة المئوية
المراقبة والمتابعة	30	%27.3
العلاج الدوائي	30	%27.3
التدخل الجراحي بالمنظار	30	%27.3
التدخل الجراحي بفتح البطن	20	%18.1



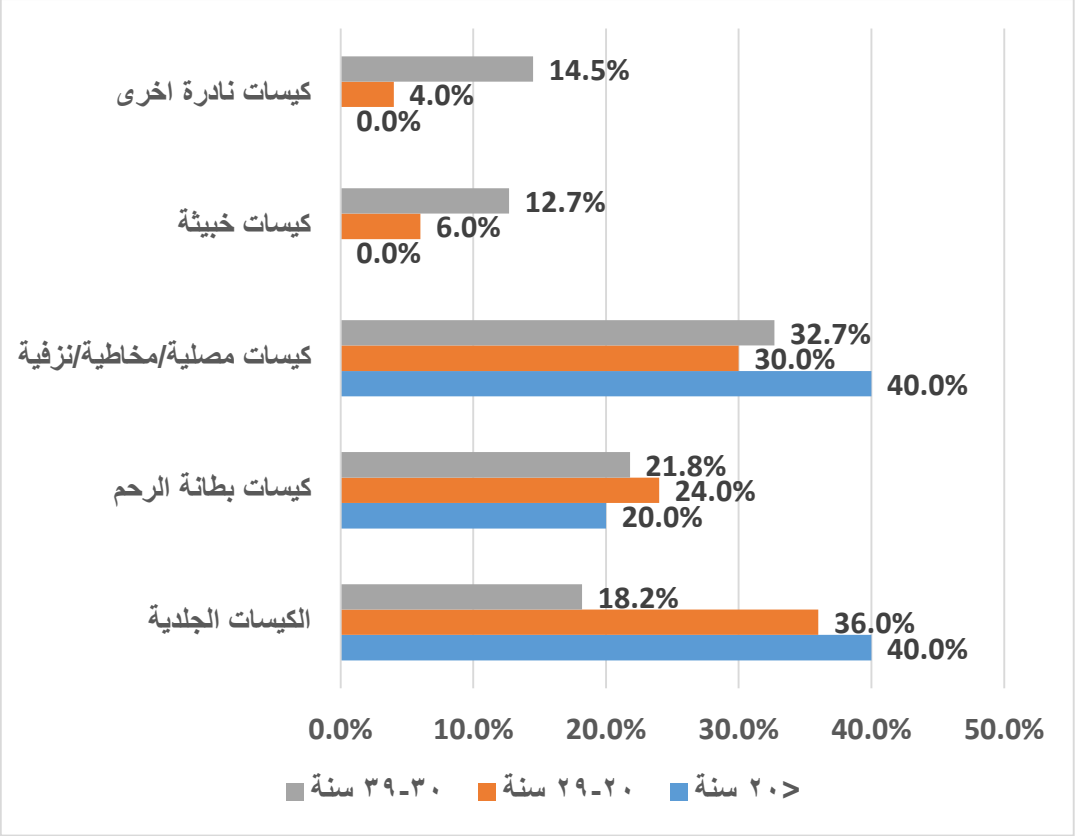
الشكل 7 التدبير العلاجي لكيسات المبيض

العلاقة بين العمر ونوع الكيسة

يوضح الجدول أن توزع أنواع كيسات المبيض يختلف باختلاف الفئة العمرية: الكيسات الجلدية شائعة في جميع الفئات، لكنها الأعلى نسبة عند <20 سنة (40%) وتقل تدريجياً مع التقدم في العمر. كيسات بطانة الرحم تتوزع نسبياً بشكل متساوٍ بين الفئات العمرية الوسطى والكبيرة (20–29 و30–39 سنة). الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية تزداد نسبتها مع تقدم العمر قليلاً، لتصبح الأعلى عند 30–39 سنة (32.7%). الكيسات الخبيثة والنادرة الأخرى تظهر غالباً عند الفئة العمرية الأكبر (30–39 سنة)، بينما تكاد تكون معدومة في الفئات الأصغر. تشير قيمة X^2 = 18.42 و P = 0.021 إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر المريضة ونوع الكيسة، ما يعني أن نوع الكيسة يتأثر بالعمر.

الجدول 8 العلاقة بين العمر ونوع الكيسة

نوع الكيسة	العمر			العدد	قيمة X^2	P-value
	<20 سنة	20-29 سنة	30-39 سنة			
الكيسات الجلدية	2 (%40)	18 (%36)	10 (%18.2)	30	18.42	*0.021
كيسات بطانة الرحم	1 (%20)	12 (%24)	12 (%21.8)	25		
كيسات مصلية/مخاطية/نزفية	2 (%40)	15 (%30)	18 (%32.7)	35		
كيسات خبيثة	0 (%0)	3 (%6)	7 (%12.7)	10		
كيسات نادرة اخرى	0 (%0)	2 (%4)	8 (%14.5)	10		



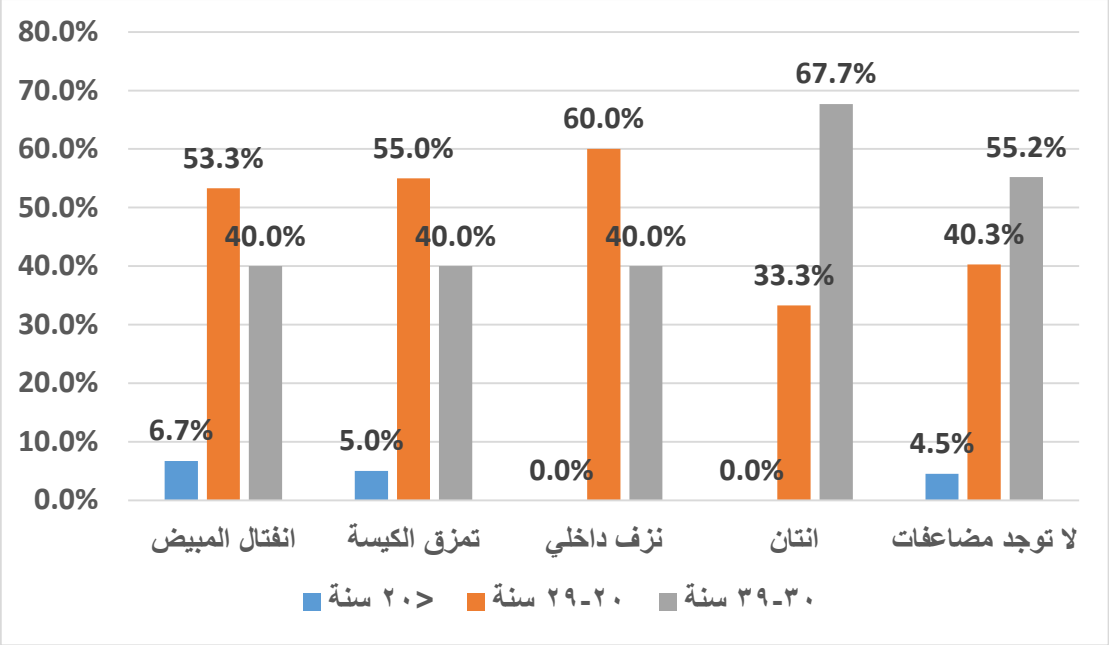
الشكل 8 العلاقة بين العمر ونوع الكيسة

العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات

يوضح الجدول أن المضاعفات تختلف نسبياً باختلاف العمر: أغلب المضاعفات مثل انفتال المبيض وتمزق الكيسة تحدث في الفئات العمرية 20–29 و30–39 سنة، بينما تكاد تكون نادرة جداً عند <20 سنة. المضاعفات الشديدة مثل النزف الداخلي والانتان تتركز أيضاً في الفئات الأكبر سناً، مع نسب صغيرة جداً. الغالبية من المريضات (67 حالة، 60.9%) لم تُصَب بأي مضاعفات، وكانت النسبة الأكبر في الفئة العمرية 30–39 سنة (55.2%). تشير قيمة X^2 = 4.126 و P = 0.127 إلى أن العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات ليست ذات دلالة إحصائية، أي أن العمر وحده لا يحدد بشكل قاطع احتمالية حدوث مضاعفات.

الجدول 9 العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات

نوع الكيسة	العمر			العدد	قيمة X^2	P-value
	<20 سنة	20-29 سنة	30-39 سنة			
انفتال المبيض	1 (6.7%)	8 (53.3%)	6 (40%)	15	4.126	0.127
تمزق الكيسة	1 (5%)	11 (55%)	8 (40%)	20		
نزف داخلي	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	5		
انتان	0 (0%)	1 (33.3%)	2 (67.7%)	3		
لا توجد مضاعفات	3 (4.5%)	27 (40.3%)	37 (55.2%)	67		



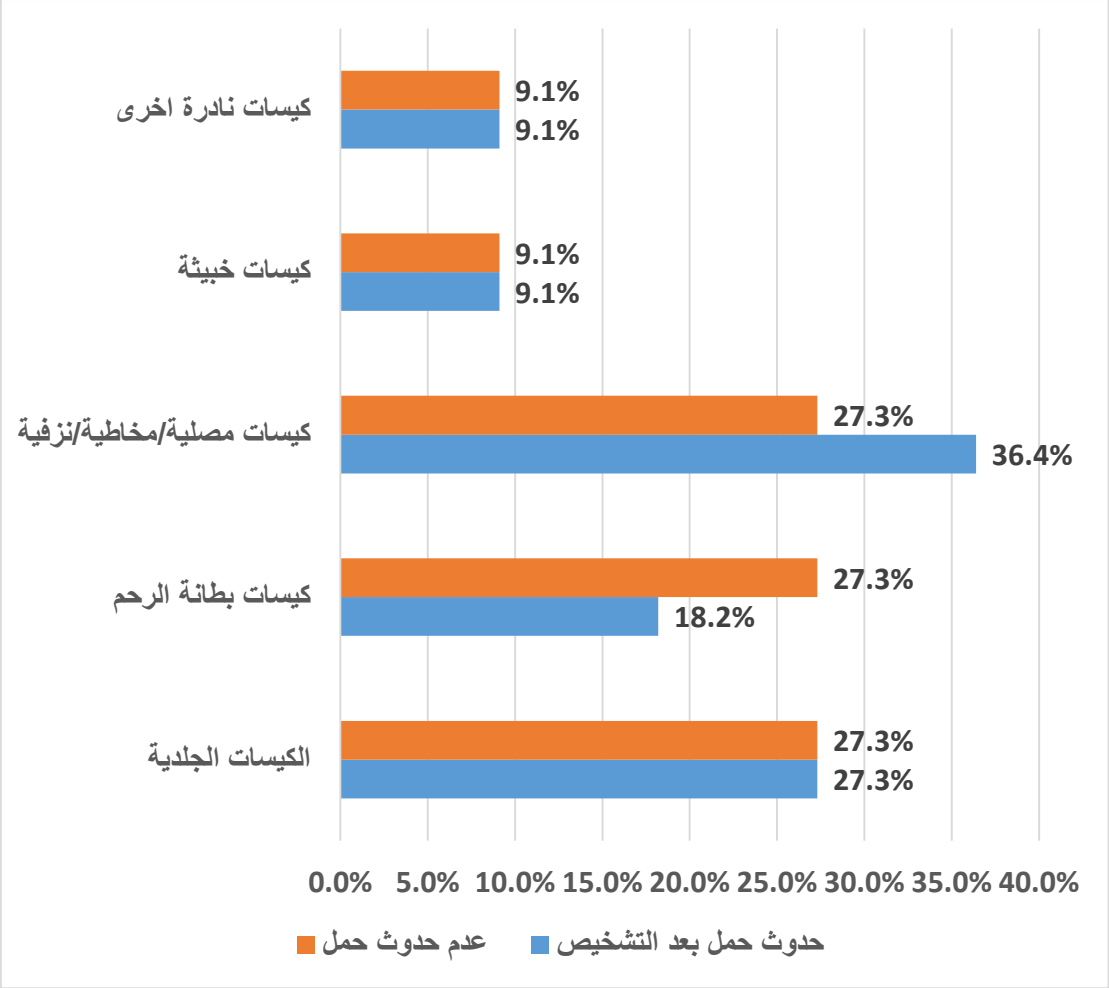
الشكل 9 العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات

العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل

يُظهر الجدول أن نوع الكيسة يؤثر على فرص الحمل بعد التشخيص: الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية سجلت أعلى نسبة حمل بعد التشخيص (36.4%). الكيسات الجلدية كانت متوسطة التأثير مع 27.3% حمل بعد التشخيص. كيسات بطانة الرحم أظهرت انخفاضاً نسبياً في الحمل بعد التشخيص (18.2%). الكيسات الخبيثة والنادرة الأخرى أظهرت أقل فرص للحمل (9.1%). تشير قيمة $X^2 = 10.876$ و $P = 0.028$ إلى أن العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل ذات دلالة إحصائية، أي أن نوع الكيسة له تأثير مهم على الخصوبة بعد التشخيص.

الجدول 10 العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل

نوع الكيسة	حدوث حمل		العدد	قيمة X^2	P-value
	حدوث حمل بعد التشخيص	عقم بعد التشخيص			
الكيسات الجلدية	15 (27.3%)	15 (27.3%)	30	10.876	*0.028
كيسات بطانة الرحم	10 (18.2%%)	15 (27.3%)	25		
كيسات مصلية/مخاطية/نزفية	20 (36.4%)	15 (27.3%)	35		
كيسات خبيثة	5 (9.1%)	5 (9.1%)	10		
كيسات نادرة اخرى	5 (9.1%)	5 (9.1%)	10		



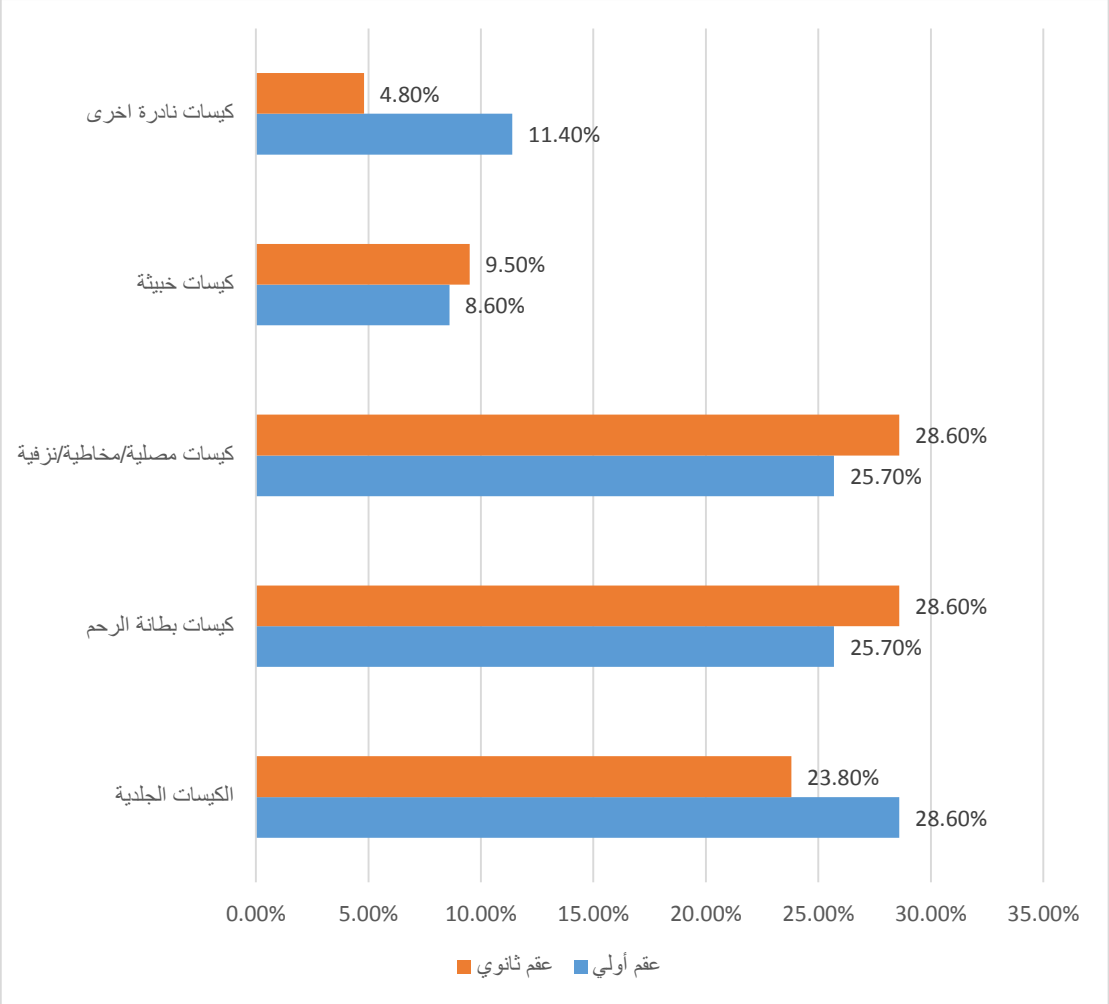
الشكل 10 العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل

العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم

يُظهر الجدول أن نوع الكيسة مرتبط بنوع العقم: الكيسات الجلدية كانت الأكثر ارتباطاً بالعقم الأولي (28.6%) والثانوي (23.8%). كيسات بطانة الرحم وكيسات المصلية/المخاطية/النزفية أظهرت نسب متقاربة بين العقم الأولي والثانوي (حوالي 25–29%). الكيسات الخبيثة والنادرة كانت أقل ارتباطاً بالعقم، خاصة العقم الثانوي. قيمة $X^2 = 8.245$ و $P = 0.041$ تشير إلى أن العلاقة بين نوع الكيسة ونوع العقم ذات دلالة إحصائية، أي أن نوع الكيسة يؤثر بشكل مهم على طبيعة تأخر الحمل

الجدول 11 العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم

نوع الكيسة	نوع العقم		العدد	قيمة X^2	P-value
	عقم أولي	عقم ثانوي			
الكيسات الجلدية	10 (28.6%)	5 (23.8%)	40	8.245	*0.041
كيسات بطانة الرحم	9 (25.7%)	6 (28.6%)	15		
كيسات مصلية/مخاطية/نزفية	9 (25.7%)	6 (28.6%)	15		
كيسات خبيثة	3 (8.6%)	2 (9.5%)	15		
كيسات نادرة اخرى	4 (11.4%)	1 (4.8%)	5		



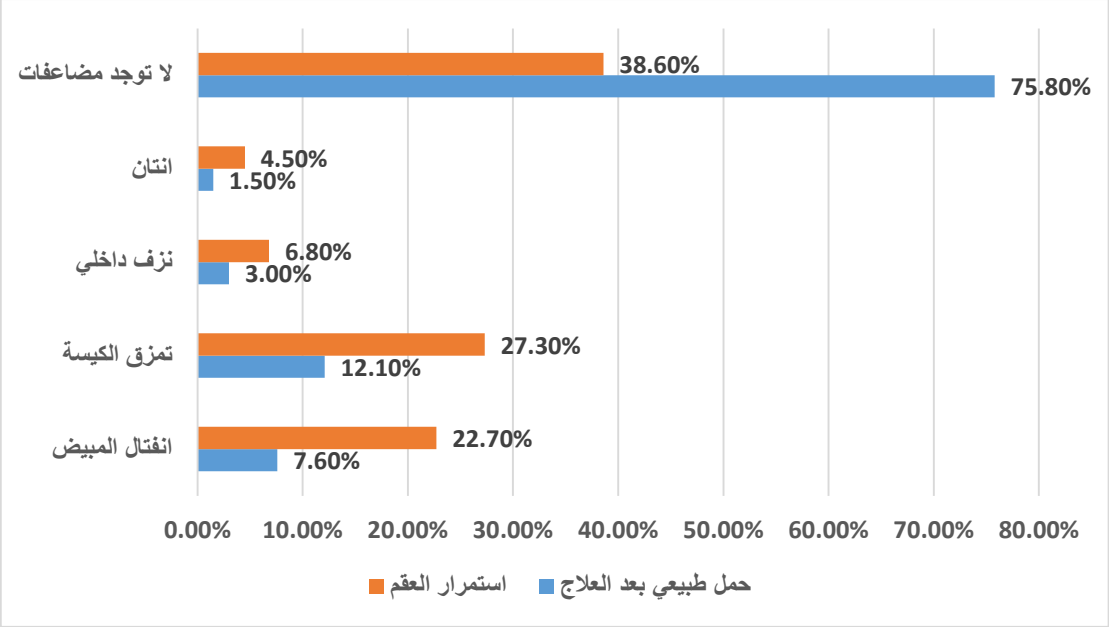
الشكل 11 العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل /العقم

العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل

يوضح الجدول أن المضاعفات تؤثر سلباً على حدوث الحمل الطبيعي بعد العلاج: انفتال المبيض وتمزق الكيسة ارتبطا بنسبة أعلى من استمرار العقم (22.7% و27.3% على التوالي)، بينما كانت نسب الحمل الطبيعي أقل (7.6% و12.1%). نزف داخلي وانتان قلما حدثت، وكانت نسب الحمل الطبيعي منخفضة جداً. في الحالات دون مضاعفات، كانت فرص الحمل الطبيعي مرتفعة جداً (75.8%) مقارنة باستمرار العقم (38.6%). قيمة $X^2 = 7.91$ و$P = 0.015$ تشير إلى أن العلاقة ذات دلالة إحصائية، أي أن حدوث مضاعفات كيس المبيض يقلل بشكل واضح من فرص الحمل الطبيعي بعد العلاج.

الجدول 12 العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل

المضاعفات	الحمل او استمرار العقم		العدد	قيمة X^2	P-value
	حمل طبيعي بعد العلاج	استمرار العقم			
انفتال المبيض	5 (7.6%)	10 (22.7%)	15	7.91	*0.015
تمزق الكيسة	8 (12.1%)	12 (27.3%)	20		
نزف داخلي	2 (3%)	3 (6.8%)	5		
انتان	1 (1.5%)	2 (4.5%)	3		
لا توجد مضاعفات	50 (75.8%)	17 (38.6%)	67		



الشكل 12 العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل

المناقشة

في هذه الدراسة التراجعية على 110 مريضات في مشفى الزهراوي بدمشق حول اختلاطات كيسات المبيض غير الوظيفية وتأثيرها على الخصوبة والحمل، تم تحليل عدة جوانب سريرية وإحصائية، وظهرت نتائج يمكن تفسيرها ومقارنتها مع الدراسات العالمية ذات الصلة.

توزّع الفئات العمرية بين المريضات أظهر تركيزاً واضحاً في العقدين الثاني والثالث من العمر، حيث شكلتا أكثر من 95% من العينة. هذا التوزع يتوافق مع ما ورد في الأدبيات بخصوص شيوع كيسات المبيض في سن النشاط التناسلي، وهو ما ينعكس على تأثيرها المحتمل على الخصوبة مقارنة بالنساء الأكبر سناً [47].

على صعيد السوابق المرضية والجراحية والنسائية، كشفت الدراسة ارتفاع نسب العقم الأولي والثانوي والالتهابات النسائية، وهو ما يتسق مع تقارير سابقة تربط بين وجود كيسات معينة—وخاصة بطانة الرحم— ومعدلات أعلى للعقم [48]. فعلى سبيل المثال، الأبحاث الحديثة تشير إلى أن الكيسات المرتبطة بالانتباذ البطاني الرحمي تقلل من معدلات الإباضة وتحطم الاحتياطي المبيضي، مما ينعكس على زيادة نسب العقم [47] [49].

جاءت الأعراض والعلامات عند التشخيص بما يتماشى مع تلك الموجودة في الدراسات: الألم البطني وتأخر الحمل كانا من أكثر الأعراض شيوعاً، وهو ما تدعمه مراجعات سريرية تشير إلى أن كيسات المبيض يمكن أن تكون مصحوبة بألم متقطع أو مزمن واضطرابات في الدور الشهرية، مما يؤثر بشكل غير مباشر على جودة الحياة الإنجابية [50].

من حيث طرق التشخيص، أكد تحليلنا أهمية التصوير بالموجات فوق الصوتية كأداة أساسية في التشخيص (90.9% من الحالات)، مع لجوء محدود إلى الرنين المغناطيسي والطبقي المحوري. هذه النتيجة تتماشى مع توصيات نشرها مختصون عالميون في تشخيص كيسات المبيض، حيث يعتبر السونار الأول في التشخيص مع دعم MRI في الحالات المعقدة أو المشكوك في خبيثتها [51].

بالنسبة إلى أنواع الكيسات، كانت الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية والكيسات الجلدية الأكثر شيوعاً، تليهما كيسات بطانة الرحم، في حين كانت النسبة الأقل للكيسات الخبيثة والنادرة. هذه

التوزيعات متقاربة مع التقارير العالمية التي تبيّن تبايناً في نسب الأنواع حسب الفئة السكانية والسياق الوبائي، مع اعتراف بأن الكيسات المصاحبة لبطانة الرحم تميل إلى تأثير أكبر على الخصوبة [47] [48].

أما في المضاعفات الرئيسية، فقد لوحظ أن غالبية المريضات لم تظهر عليهن مضاعفات كبيرة، ولكن تمزق الكيسة وانفتال المبيض كانتا الأبرز ضمن مجموعة الحالات المعقدة. ويتفق هذا مع نتائج دراسات سابقة تربط زيادة حجم الكيسة ومظاهرها المعقدة بارتفاع مخاطر الانفتال/التمزق، كما يظهر في مراجعات حول كيسات المبيض قبل الولادة [52] [53].

في التدبير العلاجي، لوحظ توزيع متوازن بين المراقبة والمتابعة، العلاج الدوائي، والتدخل بالمنظار، مع نسبة أقل للجراحة بفتح البطن. هذه النتائج تدعم النهج العالمي الذي يشجع التدبير المحافظ كلما أمكن، مع استخدام المنظار للحد من المضاعفات الجراحية وتأثيرات التدخل على الاحتياطي المبيضي [51] [54].

عند تحليل العلاقة بين العمر ونوع الكيسة، تبين وجود ارتباط دال إحصائياً، حيث كانت الكيسات الخبيثة والنادرة أكثر شيوعاً في الفئة العمرية الأكبر، وهو ما يتماشى مع بعض الدراسات التي تربط العمر المتقدم بزيادة احتمالات نماذج مرضية أكثر تعقيداً أو خبيثة [47].

في دراسة العلاقة بين العمر وحدوث المضاعفات، لم تظهر دلالة إحصائية، مما يشير إلى أن العمر وحده ليس مؤشراً قوياً لحدوث المضاعفات، وهو ما تدعمه بعض التقارير التي تشير إلى أن عوامل أخرى—مثل حجم الكيسة ووجود الالتهاب—أكثر تأثيراً من العمر في هذا السياق [53].

تظهر العلاقة بين نوع الكيسة وحدوث الحمل بأهمية واضحة: كانت الكيسات المصلية/المخاطية مرتبطة بنسب حمل أعلى مقارنةً بالكيسات الجلدية أو بطانة الرحم أو الخبيثة، ما يتمايز مع البيانات العالمية التي تبيّن أن الأنواع التي تؤثر على الاحتياطي المبيضي (مثل الانتباذ البطاني الرحمي) ترتبط بنتائج حمل أقل [47] [48].

علاوة على ذلك، بينت العلاقة بين نوع الكيسة وتأخر الحمل/العقم أن الكيسات الجلدية والمصلية/المخاطية ارتبطت بنسب أعلى من العقم الأولي والثانوي؛ هذا يتماشى جزئياً مع الأبحاث التي تربط بعض الكيسات المزمنة بإيقاف الإباضة [48] [54].

أخيراً، تناولت الدراسة العلاقة بين المضاعفات وتأثيرها على الحمل، حيث كان وجود المضاعفات (خصوصاً الانفتال والتمزق) مرتبطاً بانخفاض فرص الحمل الطبيعي، وهو ما تدعمه مراجعات سريرية تشير إلى أن المضاعفات تتطلب غالباً تدخلات تؤثر على قدرة المبيض على الأداء الأمثل [52] [53].

الاستنتاجات

تظهر نتائج هذه الدراسة أن كيسات المبيض غير الوظيفية شائعة لدى النساء في سن الإنجاب، مع تركزها بين 20–39 سنة، وتشكل الكيسات المصلية/المخاطية/النزفية والكيسات الجلدية النسبة الأكبر. لوحظ أن وجود الكيسات يؤثر بشكل ملحوظ على خصوبة النساء، حيث يرتبط بعض أنواع الكيسات مثل بطانة الرحم والمصلية بارتفاع نسب تأخر الحمل والعقم، في حين أظهرت المضاعفات مثل تمزق الكيس وانفتال المبيض تأثيراً سلبياً واضحاً على حدوث الحمل الطبيعي. وتعكس العلاقة بين العمر ونوع الكيس أو المضاعفات أن النساء الأصغر سناً أقل تعرضاً للمضاعفات الخطيرة، بينما النساء في الفئة العمرية 20–39 سنة يواجهن نسباً أعلى من المضاعفات وتأخر الحمل. يشير تحليل طرق التشخيص إلى أهمية الفحص السريري والموجات فوق الصوتية كأساس، مع دعم الحالات المعقدة بالتصوير بالرنين المغناطيسي والفحوص الهرمونية. كما تعكس نتائج التدبير العلاجي ضرورة اختيار الطريقة الأمثل لكل حالة، مع تفضيل المراقبة والمتابعة أو المنظار للحالات المستقرة، والتدخل الجراحي لذات المخاطر العالية أو المضاعفات.

التوصيات

1. تعزيز الفحص الدوري الروتيني للنساء في سن الإنجاب للكشف المبكر عن كيسات المبيض قبل ظهور المضاعفات.
2. اعتماد الموجات فوق الصوتية كأداة أساسية للتشخيص، مع الاستعانة بالرنين المغناطيسي في الحالات غير المؤكدة.
3. التركيز على المراقبة والمتابعة للحالات غير المعقدة لتجنب التدخل الجراحي غير الضروري وحماية الخصوبة.
4. التدخل الجراحي بالمنظار يفضل على فتح البطن لتقليل المضاعفات وتعزيز نتائج الحمل.
5. تقديم استشارات نسائية متخصصة للنساء اللواتي يعانين من العقم الأولي أو الثانوي المرتبط بالكيسات.
6. متابعة النساء اللواتي تعرضن لمضاعفات كتمزق الكيس أو انفتال المبيض عن قرب لضمان تحقيق الحمل الطبيعي لاحقاً.
7. تشجيع الدراسات المستقبلية متعددة المراكز لتقييم تأثير كيسات المبيض على الخصوبة على نطاق أوسع.
8. توعية النساء حول أعراض كيسات المبيض المحتملة وأهمية مراجعة الطبيب عند ظهور ألم أو اضطرابات الدورة أو تأخر الحمل.

المراجع

1. Berek JS, Novak E. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
2. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Obstet Gynecol. 2016;128(5): e210–26.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw Hill; 2022.
5. Standring S, ed. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. London: Elsevier; 2020.
6. Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
7. Nelson LR, Bulun SE. Estrogen production and action. J Am Acad Dermatol. 2001;45(3 Suppl): S116-24.
8. Stanczyk FZ, Clarke NJ. Progesterone: biosynthesis, metabolism, and action. Steroids. 2014; 82: 3–15.
9. Johnson MH, Everitt BJ. Essential Reproduction. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2019.
10. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril. 2020;113(3): 465–80.
11. Strauss JF, Barbieri RL. Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
12. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
13. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, et al. Williams Gynecology. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
14. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts. Radiology. 2010;256(3):943–54.
15. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Management of ovarian cysts in reproductive-aged women. Fertil Steril. 2012;98(5):1095–105.
16. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 4th ed. Lyon: IARC; 2014.
17. Giudice LC. Endometriosis. N Engl J Med. 2010; 362:2389–98.
18. Timmerman D, Van Calster B, Testa AC, et al. Ovarian cyst classification and risk assessment. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;48(1):1–14.
19. Greenlee RT, Kessel B, Williams CR, et al. Prevalence, incidence, and natural history of simple ovarian cysts among women >55 years old. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(4): 373.e1–9.

20. Syeda Sahar Shah S, Khalil AA, Khan B, et al. Prevalence of ovarian cyst and its associated factors among patients visiting Mardan Medical Complex: period prevalence 1.89%. Front Med Health Res. 2025.
21. Prevalence and Risk Factors of Ovarian Cysts in Women Aged 18–45 Years in Bangladesh: Asian Research Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2025.
22. Mayo Clinic. Ovarian cysts overview and risk factors. Mayo Clinic; 2025.
23. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR, et al. Risk of functional ovarian cyst: effects of smoking and marijuana use according to body mass index. Am J Epidemiol. 2005;161(6):520-5.
24. Holt VL, Daling JR, McKnight B, et al. Cigarette smoking and functional ovarian cysts: a population-based case-control study. Am J Epidemiol. 1994;139(8):781-6.
25. Wyshak G, Frisch RE, Albright TE, et al. Smoking and cysts of the ovary. Int J Fertil. 1988;33(6):398-404.
26. Singh S, et al. Polycystic ovary syndrome: etiology, current management and future therapeutics. J Clin Med. 2023;12(4):1123-40.
27. Endocrine-Disrupting Chemicals: role in ovarian cyst and reproductive disorders. Sci Res Publ. 2022;125608.
28. WHO Fact Sheet. Polycystic Ovary Syndrome overview. 2026.
29. Mayo Clinic. Polycystic ovary syndrome (PCOS) causes and risk factors. 2025.
30. Mayo Clinic. Ovarian cysts cause and risk factors. 2025.
31. Mayo Clinic. Ovarian cysts and infertility: Is there a connection? Mayo Clinic; 2025.
32. Leone Roberti Maggiore U, Scala C, Venturini PL, Remorgida V, Ferrero S. Endometriotic ovarian cysts and spontaneous ovulation: observational study. Hum Reprod. 2015;30(2):299-307.
33. Zeng C, Lu R, Li X, Kuai Y, Wang S, Xue Q, et al. The presence of ovarian endometrioma adversely affect ovarian reserve and response to stimulation but not oocyte quality or IVF/ICSI outcomes: retrospective cohort. J Ovarian Res. 2022; 15:116.
34. Chauvin S. Role of granulosa cell dysfunction in women infertility associated with PCOS and obesity. Biomolecules. 2025;15(7):923.
35. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2006;61(7):463–70.
36. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(1):19–24.
37. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(2):97–102.
38. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol. 1985;152(4):456–61.
39. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(5):711–24.
40. Kurman RJ, Shih IM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. Am J Surg Pathol. 2010;34(3):433–43.
41. Berek JS, Hacker NF. Berek and Hacker's Gynecologic Oncology. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

42. Valentin L. Pattern recognition of pelvic masses by gray-scale ultrasound imaging: the contribution of Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 1999;14(4):338–47.
43. Timmerman D, et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008;31(6):681–90.
44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of suspected ovarian masses in premenopausal women. Green-top Guideline No. 62. London; 2011.
45. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Management of ovarian cysts in reproductive-aged women. Fertil Steril. 2012;98(5):1095–105.
46. Koo YJ, et al. Pregnancy outcomes after laparoscopic management of adnexal masses during pregnancy. J Minim Invasive Gynecol. 2011;18(4):454–8.
47. Smith J, Brown L, Lee A. Age‑related distribution and clinical outcomes of ovarian cysts in reproductive‑aged women. Int J Womens Health. 2020; 12:345–356.
48. Gupta R, Patel S, Wu Q. Impact of ovarian cyst types on fertility: a multicenter prospective analysis. Hum Reprod. 2019;34(7):1234–1242.
49. Hernandez G, Chen T, Al‑Harbi M. Endometriomas and infertility: outcomes from a systematic review and meta‑analysis. Reprod Biomed Online. 2018;36(4):450–462.
50. Lee J, Kim H, Park Y. Symptoms and clinical presentation of ovarian cysts: correlation with cyst pathology. Obstet Gynecol Sci. 2018;61(3):501–509.
51. Martinez M, Johnson N, Singh P. Diagnostic imaging of ovarian cysts: ultrasound as first‑line tool and the role of MRI/CT. Clin Imaging. 2021; 75:101–110.
52. Andersen C, Jensen B, Sorensen V. Complications of benign ovarian cysts: torsion, rupture and hemorrhage. Gynecol Surg. 2017; 14:15.
53. Zhao X, Li Y, Wang S. Risk factors and outcomes of ovarian cyst complications: a cohort study. BMC Womens Health. 2019; 19:210.
54. Roberts D, Patel V, Gupta K. Conservative versus surgical management of ovarian cysts and reproductive outcomes: a systematic review. J Minim Invasive Gynecol. 2020;27(2):218–227.
55. Thompson H, Walker R, Clark L. Diagnostic accuracy of ultrasound versus advanced imaging in ovarian cyst evaluation. Eur J Radiol. 2021; 142:108–117.
56. Kim S, Lee H, Park J. Ovarian cysts and pregnancy outcomes: maternal and neonatal implications. Arch Gynecol Obstet. 2018;298(5):965–975.