

دو سرنوشت متضاد به دنبال یک بدخیمی مشترک: آیا پیش‌آگهی در تومور تخمدانی حد واسط قابل پیش‌گویی است؟

آذر دانش شهرکی^۱، لیلا موسوی سرشت^۲، امیررضا فرهادیان دهکردی^۳

گزارش مورد

چکیده

مقدمه: تومورهای تخمدانی حد واسط (Borderline)، از دسته‌ی پاتولوژی‌های اپی‌تلیالی تخمدان هستند. با توجه به شیوع این تومورها در سنین باروری، اهمیت پیش‌آگهی و درمان استاندارد این بیماران جایگاه ویژه‌ای در مطالعات انکولوژی یافته است. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف ارایه‌ی گزارش دو مورد مبتلا به توده‌ی تخمدان با پاتولوژی حد واسط و بررسی موارد تعیین‌کننده‌ی پیش‌آگهی بر اساس مطالعات مشابه انجام شد.

گزارش مورد: در زمستان سال ۱۳۹۷، دو بیمار جوان با تاریخچه‌ی طبی مشابه از کیست تخمدان تشخیص داده شدند. این دو بیمار در سال ۱۳۹۴ با پاتولوژی مشابه تومور حد واسط تخمدانی مرحله‌ی یک، به اورژانس یک بیمارستان دانشگاهی مراجعه نموده بودند. بیمار نخست، خانم ۲۹ ساله‌ای است که به دنبال جراحی با هدف حفظ باروری، دچار عود و متاستاز بدون پاسخ مناسب به درمان شده بود و با وجود تمامی تلاش کادر درمان، جان خود را به دلیل وسعت بیماری از دست داده بود. بیمار دیگر، خانم ۲۶ ساله‌ای است که در سن بارداری ۳۶ هفته و با تشخیص پره‌اکلامپسی بستری و نوزاد سالمی با وزن ۲۸۰۰ گرم زایمان نموده بود.

نتیجه‌گیری: اگر چه انتظار می‌رود تومور حد واسط تخمدان، پیش‌آگهی متفاوتی از بدخیمی‌های تخمدانی داشته باشد، اما با توجه به موارد گزارش شده در این مطالعه، به نظر می‌رسد بررسی عوامل مؤثر در پیش‌آگهی هر بیمار به صورت مجزا ضرورت داشته باشد.

واژگان کلیدی: رحم، تومورها، حفظ باروری، بررسی ژنتیک، نشانگر تومور، پیش‌آگهی

ارجاع: دانش شهرکی آذر، موسوی سرشت لیلا، فرهادیان دهکردی امیررضا. دو سرنوشت متضاد به دنبال یک بدخیمی مشترک: آیا پیش‌آگهی در تومور تخمدانی حد واسط قابل پیش‌گویی است؟. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۲۵): ۴۷۵-۴۷۹

مقدمه

بدخیمی‌های تخمدان، از جمله شایع‌ترین سرطان‌های زنان به شمار می‌آیند. تومورهای اپی‌تلیالی به عنوان شایع‌ترین پاتولوژی از بدخیمی‌های تخمدان مورد مطالعه‌ی زیادی قرار گرفته‌اند و از لحاظ پیش‌آگهی، طیفی از تومورهای حد واسط، تومورهای درجه‌ی پایین و تومورهای درجه‌ی بالا در نظر گرفته می‌شوند (۱-۲). تومورهای حد واسط (Borderline) با نام تومورهای پرولیفراتیو آتیپیکال نیز خوانده می‌شوند. این تومورها، بر اساس نوع سلول اپی‌تلیالی موجود در آن‌ها، به دو زیر گروه شایع موسینوسی و سروزی تقسیم می‌شوند و ۱۵-۲۰ درصد تمامی بدخیمی‌های اپی‌تلیالی تخمدان را تشکیل می‌دهند و اساس برخورد با این بیماری، بر مبنای انتظار از داشتن

رفتاری بهتر و بقای بالاتر در این تومورها نسبت به تومورهای مهاجم می‌باشد (۱).

همانند تمامی تومورهای بدخیم تخمدانی، درمان استاندارد در این خانواده نیز شستشوی پرتیونسال، هیستریکتومی، سالپنگو اوفورکتومی دو طرفه، امتکتومی و برداشتن تمامی کاشت‌های میکروسکوپی است. با توجه به شیوع سنی پایین‌تر تومورهای حد واسط نسبت به سایر تومورهای تخمدانی (میانگین سنی ۴۰-۳۸ سال در برابر ۵۶-۵۲ سال) و بروز آن در سنین باروری، انجام جراحی ناکامل با هدف حفظ باروری پیشنهاد گردیده است، اما پیش‌آگهی بیماران پس از چنین درمان‌ایی همچنان مورد اختلاف نظر می‌باشد (۳-۶، ۱). از سوی دیگر، با توجه به بقای بهتر بیماران مبتلا به

۱- استاد، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: آذر دانش شهرکی

حد واسط تخمدانی با توجه به سن و تمایل به حفظ باروری، کاندیدای پی‌گیری بدون انجام درمان اضافه می‌گردد. بیمار تنها با فاصله ۵ ماه بعد، با شکایت درد و بزرگی شکم و تشخیص عود تومور تخمدان به همراه متاستاز کبد، کاندیدای فریز تخمک و شروع شیمی‌درمانی می‌شود، اما متأسفانه درمان موفقیت‌آمیز نبوده است و بیمار به فاصله ۱۰ ماه از شروع بیماری اولیه، فوت می‌نماید.

مورد دوم: در همان روز، خانم ۲۶ ساله گراوید یک با سن بارداری ۳۶ هفته، ادم اندام تحتانی و سردرد با تشخیص پره‌اکلامپسی به همین مرکز مراجعه می‌نماید. برای این بیمار نیز در سال ۱۳۹۴ به دنبال شکایت از قاعدگی نامنظم و تمایل به باروری، به صورت اتفاقی توده‌ی تخمدان راست تشخیص داده می‌شود که با وجود ابعاد ۵ سانتی‌متری و نشانه‌های تومور CA19-9، CA125 و Carcinoembryonic antigen (CEA) طبیعی، با توجه به گزارش جدار نامنظم و جزء ندولار، بیمار کاندیدای جراحی برداشتن آدنکس سمت راست با تشخیص تومور حد واسط سروزی بر اساس فروزن سکشن می‌گردد. این بیمار نیز با تشخیص تومور حد واسط اپی‌تلیالی (از نوع سروزی) مرحله‌ی یک، تحت درمان حمایتی قرار داشته است و در طول این سال‌ها، هیچ علامتی از عود بیماری را نشان نداده است. بارداری بیمار با کمک داروهای کمک باروری (کلومیفن و Human menopausal gonadotropin یا HMG) به دلیل سندرم تخمدان پلی‌سیستیک و ناباروری دو ساله بوده است. این بیمار، با تشخیص پره‌اکلامپسی تحت مراقبت قرار می‌گیرد و کاندیدای ختم بارداری می‌گردد. حاصل این بارداری، نوزاد پسر ۲۸۰۰ گرمی سالمی است که به طریق زایمان واژینال متولد می‌گردد. با توجه به این که بیماری اولیه‌ی بیمار محدود به تخمدان و نشانه‌های تومور در زمان تشخیص طبیعی بوده است، برای اطمینان از عدم عود بیماری برای بیمار Computed tomography scan (CT scan) شکم و لگن و قفسه‌ی سینه درخواست می‌گردد که هیچ یک شواهدی به نفع متاستاز نشان ندادند.

بحث

تومورهای حد واسط یا تومورهای با پتانسیل بدخیمی پایین، گروهی متفاوت از لحاظ سن بروز، مرحله‌ی بروز بیماری و پیش‌آگهی از سایر تومورهای تخمدان در نظر گرفته می‌شوند (۹-۱۰، ۱). شیوع تومورهای حد واسط بین ۱/۸-۴/۸ در ۱۰۰۰۰۰ مورد بیمار تخمین زده می‌شود. با توجه به نادر بودن این بیماری و از سوی دیگر، آمار رو به افزایش این تشخیص با توجه به افزایش دقت پاتولوژیست‌ها یا علل زمینه‌ای احتمالی، مسایل حل نشده‌ی زیادی در رابطه با این بیماری همچنان در مطالعات مختلف مورد سؤال می‌باشد (۱۱، ۱).

تومورهای حد واسط اپی‌تلیالی تخمدان به ویژه در مراحل اولیه نسبت به سایر بدخیمی‌های اپی‌تلیالی تخمدان، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا هورمون‌درمانی در این دسته از تومورهای تخمدانی توصیه نشده است (۸-۷، ۱).

در این مطالعه، با معرفی دو بیمار مبتلا به تومور تخمدان اپی‌تلیالی حد واسط (یکی از نوع موسینوس حد واسط و دیگری سروزی حد واسط) که هر دو تحت درمان حفظ باروری و محافظه‌کارانه قرار گرفته‌اند، به پیش‌آگهی متفاوت آن‌ها اشاره می‌شود و با توجه به اهمیت عوامل تعیین‌کننده‌ی پیش‌آگهی این افراد، بر پیچیدگی مدیریت این دسته از تومورهای تخمدانی تأکید می‌گردد. بر اساس این گزارش مورد و مطالعات مشابه، تصمیم‌گیری صحیح برای هر بیمار به صورت مجزا و فردی، امری ضروری به نظر می‌رسد.

گزارش مورد

مورد اول: بیمار خانم ۲۹ ساله‌ی مجرد که با شکایت درد شدید شکم و لگن به اورژانس مراجعه می‌نماید. در معاینه، علائم حیاتی پایدار و تندرست شکم به ویژه در ناحیه‌ی هیپوگاستر دارد. در سابقه‌ی پزشکی بیمار، به کیست تخمدان چپ از سال ۱۳۹۴ تحت درمان حمایتی با قرص ترکیبی هورمونی به همراه سابقه‌ی قاعدگی نامرتب اشاره می‌شود. مشکل طبی یا فامیلی دیگری ندارد. در بررسی به عمل آمده برای بیمار، توده‌ی ۱۷ × ۱۹/۵ سانتی‌متر مربع دارای قسمت‌های کمپلکس ندولار به همراه مایع آزاد در ناحیه‌ی لگن گزارش می‌گردد. نشانه‌های تومور برای بیمار درخواست و بیمار آماده‌ی عمل اورژانس می‌شود. پس از برش شکمی، توده‌ی تخمدانی حدود ۱۸ سانتی‌متری دارای وژتاسیون متعدد با پارگی خودبه‌خود قبل جراحی و پیچ خوردگی لوله‌ی فالوپ که علت احتمالی درد حاد بیمار بوده است، مشاهده می‌گردد. پس از ارسال نمونه‌ی سیتولوژی مایع داخل پریتون برای بیمار، آدنکس سمت چپ برداشته می‌شود. در ارزیابی شکم، یافته‌ی مشکوک دیگری به چشم نمی‌خورد. با توجه به گزارش فروزن سکشن مبنی بر تومور حد واسط موسینوس برای بیمار، آپاندکتومی به همراه نمونه‌برداری از اومتوم نیز انجام می‌گیرد. گزارش پاتولوژی نهایی نیز تشخیص تومور پرولیفراتیو آتیپیکال (حد واسط) موسینوس (از زیر گروه اندوسرویکال) تخمدانی با توجه به وجود سلول‌های غددی با آتیپی سلولی و هسته‌های برجسته به همراه نواحی میکروانوازیو (کمتر از ۵ میلی‌متری) در استروما و نیز عدم مشاهده‌ی سلول بدخیم در سایر نمونه‌ها تأیید می‌نماید. آزمایش‌های ارسالی برای بیمار، تنها افزایش CA125 Cancer antigen 125 (CA125) و Carbohydrate antigen 19-9 (CA19-9) را در حد ۴۶ و ۱۳۴ (بالتر از حد طبیعی) نشان می‌دهد. بیمار با تأیید مرحله‌ی یک تومور

سوی دیگر، وابسته به هورمون بودن تمامی تومورهای تخمدانی، تأثیر جراحی ناکامل، حذف شیمی درمانی و هورمون درمانی تکمیلی و استفاده بی‌خطر از داروهای هورمونی، برای القای بارداری در این بیماران که نزدیک به ۳۵ درصد دارای سابقه‌ی نازایی و یا عارضه‌ی نازایی به دنبال چسبندگی جراحی هستند، مواردی است که همچنان مورد اختلاف نظر است (۱۶، ۱۰، ۳، ۱). اگر چه در بیمار دوم این مطالعه، القای باروری با عود در این بارداری همراه نبوده است، اما برای رسیدن با یافته‌ی قطعی، پی‌گیری طولانی مدت لازم است.

لازم به ذکر است اگر چه لنف ادنکتومی درمان استاندارد تومورهای حد واسط به شمار نمی‌آید (۲)، اما برخی مطالعات با توجه به نقش غدد لنفاوی متاستاتیک در پیش‌آگهی بیماران مبتلا به تومورهای سروزی میکروپاپیلاری، بر انجام لنف ادنکتومی تأکید نموده‌اند (۱۳-۱۲).

با توجه به پیش‌آگهی خوب و سرعت پرولیفراسیون پایین تومورهای حد واسط، نقش درمان تکمیلی در کاهش عود یا افزایش بقای تومورهای حد واسط چه در مراحل پیشرفته و چه در مراحل اولیه، با یک ناحیه‌ی موضعی مهاجم مانند بیمار اول، مورد سؤال است (۱۵-۱۴، ۲-۱).

اگر چه پاتولوژی تومور تخمدان در هر دو بیمار حاضر اپی‌تلیالی حد واسط گزارش شده بود، لازم است به عوامل مؤثر در تفاوت پیش‌آگهی این دو بیمار بر مبنای شرح حال ایشان نگاه تازه‌ای شود. با توجه به زیر گروه متفاوت پاتولوژی این دو بیمار، برخی معتقدند تومور حد واسط سروزی به همراه ضایعات میکروپاپیلاری، پیش‌آگهی بدتری دارد؛ در حالی که مطالعات دیگر، تومور موسینوس با نوع سلولی اندوسرویکال را بدخیم‌تر می‌دانند (۱۴، ۳). تفاوت دیگر این دو بیمار در اندازه‌ی تومور و میزان نشانگرهای تومور بود، اما در مطالعات قبلی، بر روی تومورهای حد واسط تخمدانی، تأکیدی بر تأثیر این دو عامل به عنوان یک عامل مستقل در تعیین پیش‌آگهی به چشم نمی‌خورد (۵، ۳).

پیش‌آگهی بسیار متفاوت این دو بیمار، جایگاه بررسی علل ژنتیک را بار دیگر به مانند تمامی مطالعات اخیر پررنگ می‌سازد. Grisham و همکاران در بررسی خود، احتمال بقای بالاتر در بیماران دارای موتاسیون v-Raf murine sarcoma viral oncogene homolog B1 (BRAF) در برابر v-Ki-ras2 Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog (KRAS) را نشان دادند (۱۷).

عامل مهم در کاهش مرگ بیماران دچار عود، انجام جراحی سیتورداکتیو در صورت امکان با هدف حذف کامل تمامی ضایعات متاستاتیک می‌باشد (۱۸)؛ این در حالی است که در بیمار مورد اول

تومورهای حد واسط، اگر چه در وجود آتیپی و میتوز با تومورهای بدخیم دیگر مشترک هستند، اما تهاجم تخریبی به استروما در این دسته تومورها دیده نمی‌شود. حدود ۹۶ درصد از تومورهای حد واسط را زیر گروه‌های سروزی پاپیلاری به ویژه در کشورهای غربی و نوع موسینی در کشورهای آسیایی تشکیل می‌دهند (۱).

بقای ۵ ساله‌ی پیش‌بینی شده برای تومورهای حد واسط در مراحل اولیه، بالای ۹۹ درصد و حتی در مراحل پیشرفته تا ۹۲ درصد می‌باشد (۳). با توجه به این که دو بیمار پاتولوژی مشترک مبنی بر تومور حد واسط اپی‌تلیالی تخمدان و پیش‌آگهی متفاوت داشتند، نیاز است با دقت بیشتری شرح حال این دو بیمار را مرور کرد؛ اگر چه پیش‌آگهی متفاوت در مقایسه‌ی زیر گروه‌های تومور حد واسط اپی‌تلیالی تخمدان (موسینوس در برابر سروزی) مورد تأیید تمامی مطالعات نمی‌باشد، اما برخی معتقدند تومورهای حد واسط از نوع سروزی به همراه ضایعات میکروپاپیلاری، به طور معمول در مراحل بالاتر دیده می‌شوند و حتی با درگیری غدد لنفاوی می‌توانند همراه باشند (۱۳-۱۲، ۵، ۳). برخی دیگر از نویسندگان نیز به بدتر بودن پیش‌آگهی در بیماران مبتلا به تومور موسینوس از نوع سلولی اندوسرویکال اشاره کرده‌اند و حتی همراهی آن با مرگ و میر را ۵۰ درصد ذکر نموده‌اند (۱۵-۱۴، ۵).

نکته‌ی متفاوتی که در شرح حال این دو بیمار علاوه بر اندازه‌ی تومور دیده می‌شود، میزان نشانگرهای تومور است که در بیمار اول افزایش یافته و در بیمار دوم در سطح طبیعی بود. مطالعات بر اندازه‌ی تومور به عنوان یک عامل تعیین کننده‌ی پیش‌آگهی تأکید نکرده‌اند؛ چرا که اندازه را یک یافته‌ی تمایز دهنده‌ی نوع سروزی از موسینوس قبل از جراحی می‌دانند، اما در رابطه با عدد CA125 بحث وجود دارد و برخی آن را یک عامل پیش‌آگهی منفی در نظر گرفته‌اند (۵، ۳).

اگر چه درمان استاندارد جراحی برای تمامی تومورهای تخمدان جراحی با هدف رزکسیون کامل است، اما با توجه به پیش‌آگهی عالی مورد انتظار برای تومورهای حد واسط، امکان محدود کردن وسعت جراحی با هدف حفظ قابلیت باروری با توجه به سن پایین بروز این بیماری، یک درمان وسوسه برانگیز و مورد تأیید در بسیاری از مطالعات می‌باشد (۳، ۱). درگیری حاشیه‌ی جراحی با سلول بدخیم، همچنین پاره شدن کیست حتی اگر حین جراحی رخ داده باشد، به مانند بیمار اول، احتمال عود را افزایش می‌دهد (۱). لازم به ذکر است مطالعات مختلف بر این اعتقادند که اگر چه عود به دنبال انجام جراحی ناکامل (مانند سیستکتومی) در این بیماران افزایش می‌یابد، اما با کاهش بقا بر خلاف بیمار اول معرفی شده، همراه نیست (۴، ۱).

از سوی دیگر، با توجه به مطرح شدن احتمال در تبدیل تومورهای حد واسط به تومورهای درجه‌ی پایین در طول زمان و از

دیگر، این بیماران برای ورود به مطالعات بررسی کننده‌ی عوامل مؤثر در افزایش بقا تشویق شوند.

در زمان عود به دلیل وسعت بیماری انجام موفق این جراحی امکان پذیر نبود.

از این مطالعه، چنین بر می‌آید که پیش‌آگهی در تمامی بیماران با تومور حد واسط تخمدانی، عالی نمی‌باشد و نیاز است بار دیگر بر توجه به یافته‌های بالینی و پاتولوژیکی برای شناسایی افراد در معرض خطر بالاتر عود و بر انجام پی‌گیری منسجم‌تر تأکید گردد. از سوی


تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند سپاسگزار می‌گردم.

References

1. Seong SJ, Kim DH, Kim MK, Song T. Controversies in borderline ovarian tumors. *J Gynecol Oncol* 2015; 26(4): 343-9.
2. Martin M, Grisham RN, Turashvili G, Halpenny DF, Aghajanian CA, Makker V. Brain metastasis in advanced serous borderline tumor of the ovary: A case presentation. *Gynecol Oncol Rep* 2017; 22: 9-12.
3. Shih KK, Zhou Q, Huh J, Morgan JC, Iasonos A, Aghajanian C, et al. Risk factors for recurrence of ovarian borderline tumors. *Gynecol Oncol* 2011; 120(3): 480-4.
4. Comert DK, Ureyen I, Karalok A, Tasci T, Turkmen O, Ocalan R, et al. Mucinous borderline ovarian tumors: Analysis of 75 patients from a single center. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2016; 17(2): 96-100.
5. Chen X, Fang C, Zhu T, Zhang P, Yu A, Wang S. Identification of factors that impact recurrence in patients with borderline ovarian tumors. *J Ovarian Res* 2017; 10(1): 23.
6. Uzan C, Kane A, Rey A, Gouy S, Duvillard P, Morice P. Outcomes after conservative treatment of advanced-stage serous borderline tumors of the ovary. *Ann Oncol* 2010; 21(1): 55-60.
7. Faluyi O, Mackean M, Gourley C, Bryant A, Dickinson HO. Interventions for the treatment of borderline ovarian tumours. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9): CD007696.
8. Sutton GP, Bundy BN, Omura GA, Yordan EL, Beecham JB, Bonfiglio T. Stage III ovarian tumors of low malignant potential treated with cisplatin combination therapy (a Gynecologic Oncology Group study). *Gynecol Oncol* 1991; 41(3): 230-3.
9. Sherman ME, Mink PJ, Curtis R, Cote TR, Brooks S, Hartge P, et al. Survival among women with borderline ovarian tumors and ovarian carcinoma: a population-based analysis. *Cancer* 2004; 100(5): 1045-52.
10. Bodurka DC, Deavers MT, Tian C, Sun CC, Malpica A, Coleman RL, et al. Reclassification of serous ovarian carcinoma by a 2-tier system: a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 2012; 118(12): 3087-94.
11. Heintz AP, Odicino F, Maisonneuve P, Beller U, Benedet JL, Creasman WT, et al. Carcinoma of the ovary. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 83 Suppl 1: 135-66.
12. Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim KR, Kim YT, et al. Micropapillary pattern in serous borderline ovarian tumors: does it matter? *Gynecol Oncol* 2011; 123(3): 511-6.
13. Smith Sehdev AE, Sehdev PS, Kurman RJ. Noninvasive and invasive micropapillary (low-grade) serous carcinoma of the ovary: A clinicopathologic analysis of 135 cases. *Am J Surg Pathol* 2003; 27(6): 725-36.
14. Patrono MG, Minig L, Diaz-Padilla I, Romero N, Rodriguez Moreno JF, Garcia-Donas J. Borderline tumours of the ovary, current controversies regarding their diagnosis and treatment. *Ecancermedicalscience* 2013; 7: 379.
15. Lalwani N, Shanbhogue AK, Vikram R, Nagar A, Jagirdar J, Prasad SR. Current update on borderline ovarian neoplasms. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 194(2): 330-6.
16. Fortin A, Morice P, Thoury A, Camatte S, Dhainaut C, Madelenat P. Impact of infertility drugs after treatment of borderline ovarian tumors: Results of a retrospective multicenter study. *Fertil Steril* 2007; 87(3): 591-6.
17. Grisham RN, Iyer G, Garg K, Delair D, Hyman DM, Zhou Q, et al. BRAF mutation is associated with early stage disease and improved outcome in patients with low-grade serous ovarian cancer. *Cancer* 2013; 119(3): 548-54.
18. du Bois A, Ewald-Riegler N, du Bois O, Harter P. Borderline-Tumoren des Ovars-eine systematische ubersicht. *Geburtshilfe Frauenheilkde* 2009; 69(09): 807-33.

Two Contradictory Fates Following a Similar Malignancy: Is Prognosis Predictable in Borderline Ovarian Tumors?

Azar Danesh-Shahraki¹, Leila Mousavi-Seresht², Amirreza Farhadian-Dehkordi³

Case Report

Abstract

Background: Borderline ovarian tumors make a small contribution to the ovarian pathologies; however, with regard to the prevalence of this malignancy at reproductive age, prognosis and standard treatment of these patients are of great significance in oncology trials. The present study aimed to introduce two patients with borderline ovarian tumors to examine the prognosis determinants based on similar studies.

Case Report: In the winter of 2018, two patients with similar medical history of ovarian cysts diagnosed in 2016 with stage I epithelial ovarian tumor (borderline) pathology referred to an emergency department in a university hospital. The first patient was a 29-year-old woman. Following the surgery to preserve her fertility, the mentioned patient experienced relapse and metastases without any proper responses to treatment. Despite all the efforts of the medical team, the patient died due to the severity of her disease. The other patient was a 26-year-old woman, who was admitted at 36th week of pregnancy with the diagnosis of preeclampsia, and delivered a 2800-gram healthy boy.

Conclusion: Although it seems that borderline tumor is distinct from other ovarian malignancies in term of prognosis, based on the present case report, the prognosis must be investigated in each patient in individualize manner.

Keywords: Ovary, Tumors, Fertility preservation, Genetic testing, Markers, Tumor, Prognosis

Citation: Danesh-Shahraki A, Mousavi-Seresht L, Farhadian-Dehkordi A. **Two Contradictory Fates Following a Similar Malignancy: Is Prognosis Predictable in Borderline Ovarian Tumors?** J Isfahan Med Sch 2019; 37(525): 475-9.

1- Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Azar Danesh-Shahraki, Email: danesh@med.mui.ac.ir