

درمان اندومتريوز در زنان نابارور لاپاراسکوپي شده

دکتر صدیقه اسماعیل زاده^{۱*}، دکتر نازیلا رضایی^۲

۱- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- پزشک عمومی

سابقه و هدف: حدود ۵۰-۲۵٪ خانمهای نابارور و ۱۰-۳٪ خانمها در سنین باروری به اندومتريوز مبتلا هستند. تشخیص قطعی اندومتريوز لاپاراسکوپي می‌باشد. در این بررسی فراوانی نسبی اندومتريوز، شدت بیماری و برنامه‌ریزی درمانی این بیماران بسته به شدت بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه بصورت سرشماری از اطلاعات پرونده ۲۲۱ بیمار نابارور لاپاراسکوپي شده طی سالهای ۸۰-۱۳۷۷ مراجعه کننده به مرکز فاطمه زهرا بابل انجام گرفت.

یافته‌ها: از ۲۲۱ بیمار تحت لاپاراسکوپي، ۳۰ بیمار (۱۳/۶٪) اندومتريوز داشتند که ۶۳/۳٪ مبتلا به اندومتريوز خفیف، ۲۰٪ مبتلا به اندومتريوز متوسط و ۱۶/۷٪ مبتلا به اندومتريوز شدید بودند. میانگین سنی مبتلایان به اندومتريوز ۵/۷۴±۵/۱۳ سال بود. با درمان انتظاری ۲۲/۳٪ حاملگی اتفاق افتاد که ۱۶/۷٪ مبتلا به اندومتريوز خفیف، ۳/۳٪ با اندومتريوز متوسط و ۳/۳٪ با اندومتريوز شدید بودند.

نتیجه‌گیری: سن ازدواج، تعداد حاملگی و مسائل ژنتیکی در شیوع اندومتريوز نقش بسزایی دارند. برنامه‌ریزی درمانی اندومتريوز بر اساس شدت آن صورت گیرد و در موارد خفیف اندومتريوز، درمان انتظاری توصیه می‌شود. **واژه‌های کلیدی:** لاپاراسکوپي، اندومتريوز، درمان انتظاری.

مقدمه

بسته به شدت و محل بیماری در نظر گرفته شود (۳). در این بررسی ۲۲۱ بیمار نابارور تحت لاپاراسکوپي قرار گرفتند و فراوانی نسبی اندومتريوز و درصد شدت بیماری و برنامه‌ریزی درمانی این بیماران بسته به شدت بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه به منظور بررسی اندومتريوز در زوجهای نابارور که تحت لاپاراسکوپي تشخیصی قرار گرفته‌اند، با سرشماری از اطلاعات ۲۲۱ پرونده بیماران نازایی که طی سالهای ۸۰-۱۳۷۷ به

اندومتريوز بعنوان یک مهاجم خاموش، یکی از علل نازایی می‌باشد که حدود ۵۰-۲۵٪ خانمهای نابارور (۱) و ۱۰-۳٪ خانمها در سنین باروری را درگیر می‌کند (۲). جهت تشخیص قطعی اندومتريوز نیاز به استفاده از لاپاراسکوپي و دیدن مناطق اندومتريوتیک و نهایتاً بررسی بافت شناسی این مناطق می‌باشد (۳). اندومتريوز می‌تواند نقاط مختلف لگن از جمله رحم، لوله‌ها، تخمدان، کلدوساک، لیگامان پهن، روده، مثانه را درگیر کند. جهت بررسی محل، تعداد، اندازه‌گیری و شدت درگیری اندومتريوز نیاز به ارزیابی دقیق لاپاراسکوپي است تا روش درمانی مناسب

شده بودند(۵)، انجام گرفت نشان می‌دهد که متوسط سنی بیماران ۳۲/۳ سال و طول مدت ناباروری آنها ۶ سال بود که ۱۲۶۳ (۶۰/۷٪) بیماران اندومتريوز داشتند. ۹۳۵ (۷۳/۵٪) مبتلا به اندومتريوز جزیی و خفیف، ۱۸۴ (۱۴/۶٪) مبتلا به آندومتريوز متوسط و ۱۴۴ (۱۱/۴٪) مبتلا به آندومتريوز شدید بودند و Topalski در سال ۱۹۹۷، شیوع آندومتريوز را در ۵۰۰ بیمار نابارور لاپاراسکوپي شده ۲۶٪ گزارش کرد که سن متوسط بیماران با آندومتريوز بین ۲۹-۲۵ سال و طول مدت ناباروری آنها ۴-۲ سال بود که ۷۱/۵٪ آندومتريوز خفیف یا جزیی داشتند(۵و۶) که شیوع درجات مختلف آندومتريوز و نیز سن متوسط و طول مدت ناباروری مشابه با مطالعه ما می‌باشد. علت اختلاف در شیوع آندومتريوز می‌تواند مربوط به احتمال نقش مسائل ژنتیکی و فامیلیال، اختلاف سن ازدواج، تعداد حاملگیها و سن شروع منس در منطقه ما باشد و یا اینکه نقاط آندومتريوتیک بسیار کوچک و در مراحل اولیه در لاپاراسکوپي، تشخیص داده نشده است.

در مطالعه Badawi در سال ۲۰۰۰ در کانادا، از ۲۶۵ بیمار نابارور لاپاراسکوپي شده، ۹۶ بیمار (۳۶/۲۲٪) آندومتريوز داشتند که ۸۵ بیمار (۸۸/۵۴٪) مبتلا به آندومتريوز خفیف و جزیی، ۱۱ بیمار (۱۱/۴۵٪) مبتلا به آندومتريوز متوسط- شدید بودند(۷). Kaya و همکاران در سال ۲۰۰۰، از ۱۲۶ بیمار نابارور تحت لاپاراسکوپي، ۵۸ مورد (۴۶/۰۳٪) آندومتريوز گزارش کردند(۸) ولی Attieh و همکاران در سال ۲۰۰۰، از ۱۴۹۸ بیمار تحت لاپاراسکوپي، ۳۰۸ مورد (۲۰/۵۶٪) آندومتريوز با شدتهای مختلف داشتند(۹). در مطالعه انجام شده با درمان انتظاری و بدون درمان طبی و جراحی، ۱۶/۷٪ بیماران با آندومتريوز خفیف، ۳/۳٪ با آندومتريوز متوسط و ۳/۳٪ با آندومتريوز شدید حامله شدند.

در یک بررسی ۵ ساله در ایتالیا از ۱۶۳ بیمار نابارور مبتلا به آندومتريوز ۱۰۳ بیمار (۶۳/۲٪) آندومتريوز جزیی یا خفیف، ۳۸ بیمار (۲۳/۳٪) آندومتريوز متوسط و ۲۲ بیمار (۱۳/۵٪) آندومتريوز شدید داشتند(۱۰). ۳۳(۱۰)٪ با آندومتريوز جزیی یا خفیف با درمان انتظاری و ۳۶/۳٪ بعد از درمان طبی و جراحی حامله شدند اما در مطالعه دیگر (۱۱) در بیماران مبتلا به آندومتريوز میزان حاملگی در آندومتريوز خفیف ۴۱٪ در آندومتريوز متوسط یا شدید ۱۳٪ گزارش شد در

مرکز ناباروری دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه کردند، صورت گرفته است.

لاپاراسکوپي یکی از بررسی‌های اولیه بیماران نابارور جهت ارزیابی شدت چسبندگی یا گسترش آندومتريوز و بررسی فاکتور لوله‌ای و صفاقی می‌باشد که در انتخاب درمان مناسب بسیار مؤثر است. بیماران بر اساس یافته‌های موجود در لاپاراسکوپي به سه گروه خفیف، متوسط و شدید تقسیم شدند. در نوع خفیف، نقاط آندومتريوز کوچک و محدود روی صفاق، لگن و تخمدان و در نوع متوسط، نقاط آندومتريوز متعدد و بزرگتر با چسبندگی‌های شل در اطراف لوله و تخمدان و در نوع شدید، چسبندگی لوله و تخمدان و کلدوساک وسیع و سفت که حتی ممکن است منجر به لگن منجمد شده (Frozen Pelvic) شود. بیماران با آندومتريوز خفیف و جزیی تحت درمان انتظاری و بیماران با آندومتريوز متوسط و شدید بسته به شدت بیماری تحت درمان طبی یا جراحی قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۲۲۱ بیمار لاپاراسکوپي شده، ۳۰ بیمار (۱۳/۶٪) آندومتريوز داشتند که ۱۹ بیمار (۶۳/۳٪)، مبتلا به آندومتريوز خفیف، ۶ بیمار (۲۰٪) مبتلا به آندومتريوز متوسط و ۵ بیمار (۱۶/۷٪) مبتلا به آندومتريوز شدید بودند. میانگین سنی بیماران مبتلا به آندومتريوز ۲۸/۰۵±۵/۱۳ سال و طول مدت ناباروری آنها ۵/۷۴±۳/۵۶ سال بوده است. در ۳۰ بیمار با آندومتريوز با درمان انتظاری، ۷ حاملگی (۲۳/۳٪) اتفاق افتاده است که ۵ مورد (۱۶/۷٪) در خانمهای با آندومتريوز خفیف، یک مورد (۳/۳٪) با آندومتريوز متوسط، یک مورد (۳/۳٪) با آندومتريوز شدید بوده است.

بحث

در این بررسی مشخص گردید که از ۲۲۱ بیمار مورد مطالعه، ۳۰ بیمار (۱۳/۶٪) مبتلا به آندومتريوز بودند که میانگین سنی آنها ۲۸/۰۵±۵/۱۳ سال و طول مدت ناباروری آنها ۵/۷۴±۳/۵۶ سال بود. ۱۹ بیمار (۶۳/۳٪) آندومتريوز خفیف، ۶ بیمار (۲۰٪) آندومتريوز متوسط و ۵ بیمار (۱۶/۷٪) آندومتريوز شدید داشتند. در یک مطالعه ۱۳ ساله که توسط Inoue روی ۲۰۸۰ بیمار نابارور که لاپاراسکوپي

تا حدی این اختلاف را نشان دهد. همچنین با این بررسی، نتیجه درمان انتظاری در اندومتریوز خفیف مشخص شد و توصیه می‌شود در موارد خفیف درمان انتظاری صورت گیرد.

حالیکه در بررسی دیگر در بیماران با اندومتریوز خفیف و جزئی درصد حاملگی ۵ ساله با درمان انتظاری ۹۰٪ اعلام شد (۱۲). آدامسون (۱۳)، میزان حاملگی در بیماران با اندومتریوز خفیف و جزئی ۶۷±٪۱۲ گزارش کرد. این اختلاف می‌تواند بعثت احتمال وجود فاکتورهای همراه در این بیماران باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات پرسنل محترم مرکز ناباروری فاطمه زهرا، خصوصاً خانم امیرصالحی تشکر به عمل می‌آید.

اختلاف مسائل ژنتیکی و سن ازدواج و همچنین تعداد حاملگی می‌تواند تأثیر بسزایی در شیوع اندومتریوز گذارد و این مقاله می‌تواند

References

1. Machel S. Pathophysiology and medical treatment of endometriosis in Seibel M. Infertility comprehensive text. 2nd ed. Lippincott 1997; pp: 189-90.
2. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed, Baltimore, Lippincott, Williams & Wilkins 1999; PP: 1057-69.
3. Berek JS. Novaks gynecology, 12th ed, Baltimore, Williams & Wilkins 1996; PP: 887-905.
4. Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistaers gynecology, 7th ed, New York Mosby 1999; P: 251.
5. Inoue M. Treatment of endometriosis associated infertility. Nipponsanka Fujinka Gakkai Zasshi 1989; 41(8): 960-70.
6. Topalski FN, Bujas M, Pjevic M. Infertility and endometriosis. Med Pregl 1997; (1-2): 15-17.
7. Badawi AL, Fluker MR, Bebbington MW. Diagnostic Laparoscopy in infertility women with normal hysterosalpingograms, J Reprod Med 1999; 44(11):953-7.
8. Kaya H, Oral B. Effect of ovarian involvement on the frequency of luteinized unruptured follicle in endometriosis, Gynecol Obstet Invest 1999; 48(2): 123-6.
9. Attieh E, Jaoude RA, Yazbeck C, et al. Anatomy clinical correlations of endometriosis, Contracept Fertil Sex 1999; 27(12): 861-6.
10. Federici D, Conti E, Constantini W, et al. Endometriosis and infertility: our experience over five years. Hum Reprod 1988; 3(1): 109-11.
11. Maruyama M, Osuga Y, Momoeda M, et al. Pregnancy rates after laparoscopic treatment. Differences related to tubal status and presence of endometriosis. J Reprod Med 2000; 45(2): 89-93.
12. Badawy SZ, Elbakry MM, Samuel F, Dizer M. Cumulative pregnancy rate in infertile women with endometriosis. J Reprod Med 1988; 33(9): 757-60.
13. Adamson GD, Pasta DJ. Surgical treatment of endometriosis associated infertility: metaanalysis compared with survival analysis. Am J Obstet Gynecol 1994; 171(6): 1488-504.