● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ۱ (پی‌درپی ۱۷)، صفحه ۲۷ الی ۲۹، زمستان ۱۳۸۱

درمان اندومتریوز در زنان نابارور لاپاراسکوپی شده

دکتر صدیقه اسماعیل زاده [1*] ، دکتر نازیلا رضایی [2]

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 اندومتریوز مبتلا هستند. تشخیص قطعی اندومتریوز لاپاراسکوپی می‌باشد. در این بررسی فراوانی نسبی اندومتریوز، 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 لاپاراسکوپی شده طی سالهای ۸۰ -۱۳۷۷ مراجعه کننده به مرکز فاطمه زهرا بابل انجام گرفت.

یافته‌ها: از ۲۲۱ بیمار تحت لاپاراسکوپی، ۳۰ بیمار (۱۳/۶٪) اندومتریوز داشتند که ۶۳/۳٪ مبتلا به اندومتریوز خفیف، ۲۰٪ مبتلا به اندومتریوز متوسط و ۱۶/۷٪ مبتلا به اندومتریوز شدید بودند. میانگین سنی مبتلایان به اندومتریوز ۵/۱۳±۵/۷۴ سال بود. با درمان انتظاری ۲۳/۳٪ حاملگی اتفاق افتاد که ۱۶/۷٪ مبتلا به اندومتریوز خفیف، ۳/۳٪ با اندومتریوز متوسط و ۳/۳٪ با اندومتریوز شدید بودند.

نتیجه‌گیری: سن ازدواج، تعداد حاملگی و مسائل ژنتیکی در شیوع اندومتریوز نقش بسزایی دارند. برنامه ریزی درمانی اندومتریوز بر اساس شدت آن صورت گیرد و در موارد خفیف اندومتریوز، درمان انتظاری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *لاپاراسکوپی، اندومتریوز، درمان انتظاری.*

مقدمه

اندومتریوز بعنوان یک مهاجم خاموش، یکی ازعلل نازایی می‌باشد که حدود ۵۰-۲۵٪ خانمهای نابارور(۱) و۱۰-۳٪ خانمها درسنین باروری را درگیر می‌کند(۲). جهت تشخیص قطعی اندومتریوز نیاز به استفاده از لاپاراسکوپی و دیدن مناطق اندومتریوتیک و نهایتاً بررسی بافت شناسی این مناطق می‌باشد (۳). اندومتریوز می‌تواند نقاط مختلف لگن ازجمله رحم، لوله‌ها، تخمدان، کلدوساک، لیگامان پهن، روده، مثانه را درگیر کند. جهت بررسی محل، تعداد، اندازه‌گیری و شدت درگیری اندومتریوز نیاز به ارزیابی دقیق لاپاراسکوپی است تا روش درمانی مناسب بسته به شدت و محل بیماری در نظر گرفته شود(۳). در این بررسی۲۲۱ بیمار نابارور تحت لاپاراسکوپی قرار گرفتند و فراوانی نسبی آندومتریوز 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 اندومتریوز در زوجهای نابارور که تحت لاپاراسکوپی تشخیصی قرار گرفته‌اند، با سرشماری از اطلاعات ۲۲۱ پرونده بیماران نازایی که طی سالهای ۸۰-۱۳۷۷ به

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.5.4]

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

لاپاراسکوپی یکی از بررسی‌های اولیه بیماران نابارور جهت ارزیابی شدت چسبندگی یا گسترش اندومتریوز و بررسی فاکتور لوله‌ای و صفاقی می‌باشد که در انتخاب درمان مناسب بسیار مؤثر است. بیماران بر اساس یافته های موجود در لاپاراسکوپی به سه گروه خفیف، متوسط و شدید تقسیم شدند. در نوع خفیف، نقاط اندومتریوز کوچک و محدود روی صفاق، لگن و تخمدان و در نوع متوسط، نقاط اندومتریوز 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 اندومتریوز خفیف و جزیی تحت درمان انتظاری و بیماران با اندومتریوز متوسط و شدید بسته به شدت بیماری تحت درمان طبی یا جراحی قرار گرفتند.

یافته‌ها

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

بحث

در این بررسی مشخص گردید که از ۲۲۱ بیمار مورد مطالعه، ۳۰ بیمار (۱۳/۶٪) مبتلا به اندومتریوز بودند که میانگین سنی آنها ۵/۱۳ ±۲۸/۰۵ سال و طول مدت ناباروری آنها ۳/۵۶±۵/۷۴ سال بود. ۱۹ بیمار (۶۳/۳٪) اندومتریوز خفیف، ۶ بیمار (۲۰٪) اندومتریوز متوسط و ۵ بیمار(۱۶/۷٪) اندومتریوز شدید داشتند. در یک مطالعه ۱۳ ساله که توسط Inoue روی ۲۰۸۰ بیمار نابارور که لاپاراسکوپی 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 اندومتریوز داشتند. ۹۳۵ (۷۳/۵٪) مبتلا به اندومتریوز جزیی و خفیف، ۱۸۴(۱۴/۶٪) مبتلا به آندومتریوز متوسط و۱۴۴ (۱۱/۴٪) مبتلا به آندومتریوز شدید بودند و Topalski در سال ۱۹۹۷، شیوع اندومتریوز را در۵۰۰ بیمار نابارور لاپاراسکوپی شده ۲۶٪ گزارش کرد که سن متوسط بیماران با اندومتریوز بین ۲۹– ۲۵ سال و طول مدت ناباروری آنها ۴–۲ سال بود که ۷۱/۵٪ اندومتریوز خفیف یا جزیی داشتند(۵و۶) که شیوع درجات مختلف اندومتریوز و نیز سن متوسط و طول مدت ناباروری مشابه با مطالعه ما می‌باشد. علت اختلاف در شیوع اندومتریوز 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 اندومتریوتیک بسیار کوچک و در مراحل اولیه در لاپاراسکوپی، تشخیص داده نشده است.

در مطالعه Badawi در سال۲۰۰۰ در کانادا ، از ۲۶۵ بیمار نابارور لاپاراسکوپی شده، ۹۶ بیمار (۳۶/۲۲٪) اندومتریوز داشتند که ۸۵ بیمار (۸۸/۵۴٪) مبتلا به اندومتریوز خفیف و جزیی، ۱۱ بیمار (۱۱/۴۵٪) مبتلا به اندومتریوز متوسط– شدید بودند(۷).

Kaya و همکاران در سال ۲۰۰۰ ، از ۱۲۶ بیمار نابارور تحت لاپاراسکوپی، ۵۸ مورد(۴۶/۰۳٪) اندومتریوز گزارش کردند(۸) ولی Attieh و همکاران در سال ۲۰۰۰، از ۱۴۹۸ بیمارتحت لاپاراسکوپی، ۳۰۸ مورد (۲۰/۵۶٪) اندومتریوز با شدتهای مختلف داشتند(۹).

در مطالعه انجام شده با درمان انتظاری و بدون درمان طبی و جراحی، ۱۶/۷٪ بیماران با آندومتریوز خفیف، ۳/۳٪ با اندومتریوز متوسط و ۳/۳٪ با آندومتریوز شدید حامله شدند.

در یک بررسی ۵ ساله در ایتالیا از ۱۶۳بیمار نابارور مبتلا به اندومتریوز ۱۰۳ بیمار (۶۳/۲٪) اندومتریوز جزیی یا خفیف، ۳۸ بیمار (۲۳/۳٪) اندومتریوز متوسط و۲۲ بیمار (۱۳/۵٪) اندومتریوز شدید داشتند(۱۰).۳۳٪ با اندومتریوز 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 اندومتریوز میزان حاملگی در اندومتریوز خفیف ۴۱٪ در اندومتریوز متوسط یا شدید ۱۳٪ گزارش شد در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.5.4]

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

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

تقدیر و تشکر

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

****

References

1. Machelle S. Pathophysiology and medical treatment of endometriosis in Seibel M. Infertility comprehensive text. 2 nd 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 Laparascopy 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 Repord 1988; 3(1): 109-11.

11. Maruyama M, Osuga Y, Momoeda M, et al. Pregnancy rates after laparascopic treatment. Differences related to tubal status and presence of endometriosis. J Repord Med 2000; 45(2): 89-93.

12. Badawy SZ, Elbakry MM, Samuel F, Dizer M. Cumulative pregnancy rate in infertile women with endometriosis. J Repord 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.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، دفتر گروه زنان، تلفن: ۶-۲۲۲۳۵۹۴-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.5.1.5.4]