

## بررسی مقایسه‌ای لیگاتور لوله‌های رحمی به دوروش لاپاراسکوپی

### کلیپس فیلشی و مینی لاپاراتومی پامروی

دکتر قدسیه سیدی علوی<sup>۱</sup>، دکتر نفیسه ثقفی<sup>۱</sup>، دکتر منصوره پاکدامن<sup>۲</sup>

۱- متخصص بیماریهای زنان و زایمان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۲- دستیار زنان و مامایی

**سابقه و هدف:** امروزه عقیم سازی شایعترین روش تنظیم خانواده و در سراسر دنیا می‌باشد که تکنیکهای متفاوتی جهت این امر اختصاص یافته است که در این مطالعه دو روش عقیم سازی با هم مقایسه خواهند گردید.

**مواد و روشها:** به منظور بررسی مقایسه‌ای دو روش عقیم سازی، ۱۹۶ زن داوطلب لیگاتور لوله بطور تصادفی در دو گروه لیگاتور به روش لاپاراسکوپی کلیپس فیلشی (۹۶ نفر) و مینی لاپاراتومی تکنیک پامروی با کمی تغییرات (۱۰۰ نفر) قرار گرفتند. سپس این دو گروه به لحاظ مدت عمل، عوارض جراحی، عوارض بعد عمل (میزان درد، عفونت زخم) و در دراز مدت (۴-۶ سال بعد) از نظر میزان تغییر در پارامترهای قاعدگی، درد لگنی و میزان شکست مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌ها: به غیر از تفاوت در میزان درد شدید و متوسط بعد عمل، تفاوت آماری معنی داری در سایر موارد بررسی شده در دو گروه وجود نداشت. میزان شکست در گروه لیگاتور لوله توسط لاپاراسکوپی کلیپس فیلشی ۱/۷۲٪ بوده و در گروه لاپاراتومی پامروی هیچ مورد حاملگی دیده نشد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** مینی لاپاراتومی نیاز به سرمایه‌گذاری کمتر در تجهیزات و آموزش داشته و به نظر می‌رسد فوائد قابل ملاحظه‌ای با توجه به ایمنی، تأثیر، راحتی در سر و کار داشتن با عوارض داشته باشد. بهر حال اختلافات حاصله از این مطالعه چندان قابل توجه نبود و اگر جراح راحتی بیشتری با استریلیزاسیون لاپاراسکوپی احساس کند ممکن است نتایج او با این روش بهتر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** استریلیزاسیون، مینی لاپاراتومی، لاپاراسکوپی، کلیپس فیلشی.

#### مقدمه

در حال حاضر عقیم سازی شایعترین روش تنظیم خانواده در سراسر دنیا می‌باشد (۱). احتمالاً تا ابتدای قرن بیست و یکم بیش از ۴۰۰ میلیون زوج در سراسر دنیا جهت پیشگیری از حاملگی عقیم سازی را برگزیده‌اند (۲). در دو دهه اخیر تکنیکهای لاپاراسکوپی عقیم سازی از

محبوبیت بسیاری برخوردار بوده‌است. در آمریکا ۷۹٪ موارد عقیم سازی سرپایی با استفاده از لاپاراسکوپ صورت گرفته و بیشتر موارد بستری مربوط به زنان

© هزینه‌این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۹۷۱۰ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأمین شده است.

اینکه گروه بیماران مورد مطالعه، اولین بیمارانی بودند که در این مرکز تحت عمل عقیم سازی لاپاراسکوپی با کلیس فیلشی قرار گرفتند و این مطالعه در واقع بررسی اولین تجربیات در این زمینه می باشد. ضمناً این بررسی به پیگیری طولانی بیماران (بیش از ۱۲ ماه) به مدت ۴-۱ سال پس از عقیم سازی پرداخته است که کمتر این چنین بررسی انجام گرفته است.

### مواد و روشها

این مطالعه، یک مطالعه تجربی بوده که در دو مرکز پزشکی بیمارستان قائم و بیمارستان حضرت زینب در فاصله سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ انجام گرفته است. نمونه گیری به صورت سیستماتیک از بین بیمارانی که جهت عقیم سازی به این دو مرکز مراجعه نموده اند، صورت گرفت. تمام بیماران هنگام بستری فرم مخصوص رضایت نامه را تکمیل نمودند. پرسشنامه در دو فرم تنظیم شد. فرم شماره یک قبل از عمل و فرم شماره ۲ در پیگیری کوتاه مدت (یک هفته بعد عمل) و دراز مدت (۴-۱ سال بعد عمل) تکمیل گردید.

جهت انتخاب روش عمل، بیماران به صورت اتفاقی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در بیماران انتخاب شده جهت عقیم سازی با کلیس در صورت وجود اعمال جراحی متعدد قبلی و چسبندگی زیاد جایگذاری کلیس با مینی لاپاراتومی انجام شده و این بیماران از مطالعه حذف شدند. بدیهی است صرف وجود یک اسکار شکمی مانع لاپاراسکوپی نبوده است. در صورت عدم تمایل بیماران به استفاده از کلیس نیز از مطالعه حذف شده اند.

دو گروه بیماران شامل ۹۶ بیمار که تحت عمل لاپاراسکوپی کلیس و ۱۰۰ بیمار که تحت عمل مینی لاپاراتومی پامروی قرار گرفتند، در کوتاه مدت و دراز مدت مقایسه شدند.

متوسط زمان عمل در گروه لاپاراسکوپی کلیس

بلافاصله پس از زایمان می باشد (۱). در بسیاری کشورها مانند هلند و دانمارک شایع ترین روش عقیم سازی استفاده از کلیس فیلشی (filshie clips) توسط لاپاراسکوپ می باشد (۳ و ۴) و این کلیس از یک لولا از جنس تیتانیوم با روکش سیلیکونی نرم ساخته شده که هیچکدام از آنها واکنش بافتی ایجاد نمی کند. طول ۱۴mm، عرض ۴mm و ضخامت ویژه ۳/۷mm و وزنی معادل ۳۶ gr/۰ داشته و توسط اشعه گاما استریلیزه می گردد. در ابتدا کلیسهای مورد استفاده جهت هموستاز جراحی برای بستن لوله های رحمی به کار برده شدند. این کلیسها با میزان غیرقابل قبول بالای شکست به دلیل نکروز عضلانی لوله و رفع فشار از آندوسالپنکس همراه بودند. جهت پیشگیری از این عارضه کلیس فیلشی طوری طراحی گردیده که پس از قفل شدن روی لوله با فشار پوشش سیلیکونی منبسط شده و انسداد لوله حفظ می گردد. به این ترتیب چنانکه لوله نکروزه گردد فشار مداوم برقرار خواهد ماند (۵). از آنجا که طول کلیس فیلشی بیشتر از کلیس هولکا می باشد جهت بستن لوله های متسع، راحتتر می توان از آن استفاده نمود.

کلیس با شیوه «عدم تماس» و با استفاده از یک دسته حمل کننده پلاستیکی داخل اپلیکاتور قرار داده شده و به فاصله ۳-۱ cm از رحم روی ناحیه ایسم لوله قرار داده می شود. در صورت جایگذاری صحیح فقط ۴mm از لوله تخریب شده و در واقع هیچ اثر تخریبی بر تغذیه خونی لوله ندارد. میزان ناکامی در جدیدترین نمونه ها یک در ۱۰۰۰ ذکر گردیده است (۶).

کلیس فیلشی در کشور ما وسیله کاملاً شناخته شده ای نبوده و هنوز به صورت خیلی محدود مورد استفاده قرار می گیرد. با توجه به مزایایی که نسبت به سایر روشهای عقیم سازی دارد بر آن شدیم که تحقیقی در رابطه با مقایسه دو روش لیگاتور لوله ها با لاپاراسکوپی و استفاده از کلیس فیلشی و مینی لاپاراتومی با تکنیک پامروی انجام گیرد. این مطالعه از دو جهت دارای ویژگی است: اول

جدول ۱. مقایسه خصوصیات دو گروه لیگاتور لوله به طریقه لاپاراسکوپیکلیپس فیلیشی و مینی لاپاراتومی پامروی

| مشخصات بیماران        | لاپاراسکوپیکلیپس<br>نفر ۹۶ N | مینی لاپاراتومی پامروی<br>نفر ۱۰۰ N | p value |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------|
| سن در هنگام عمل جراحی |                              |                                     |         |
| ۲۰-۳۰ سال             | ۱۶                           | ۱۷                                  | ۰/۳۹۹۷  |
| ۳۱-۴۰                 | ۷۴                           | ۷۴                                  | NS      |
| >۴۰                   | ۶                            | ۹                                   |         |
| تعداد فرزندان زنده    |                              |                                     |         |
| < ۱                   | ۱                            | ۰                                   | ۰/۲۴۶۵  |
| ۲-۳                   | ۱۸                           | ۲۸                                  | NS      |
| ۴-۵                   | ۵۲                           | ۵۲                                  |         |
| ۶+                    | ۲۵                           | ۲۰                                  |         |
| میزان تحصیلات         |                              |                                     |         |
| پیسواد                | ۴۴                           | ۴۳                                  | ۰/۸۲۲۶  |
| ابتدایی               | ۳۷                           | ۳۶                                  | NS      |
| راهنمایی و متوسطه     | ۱۴                           | ۱۲                                  |         |
| دیپلم و بالاتر        | ۶                            | ۴                                   |         |
| جمع کل                | ۹۶                           | ۱۰۰                                 |         |

NS = not-significant

برای انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری، سه خصوصیت سن، تعداد فرزندان زنده و تحصیلات را در دو گروه، مورد آزمون برابری میانگین قرار گرفتند. با توجه به عدم توزیع نرمال، از آزمون مقایسه دو میانگین در دو جامعه به طریقه غیرپارامتری، معروف به آزمون mann-whitney استفاده گردید (۷).

#### یافته ها

چنانکه در جدول ۱ ملاحظه می شود میانگین سنی، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات در دو گروه در سطح ۰/۰۵ اختلاف معنی داری نداشته و دو گروه قابل مقایسه می باشند. مقایسه بین دو گروه تحت عناوین عوارض حین عمل جراحی، عوارض کوتاه مدت بعد عمل، عوارض دراز مدت بعد عمل، میزان شکست صورت گرفته است.

۲۰ min (۱۰-۳۰) و در گروه مینی لاپاراتومی پامروی ۲۵ min (۱۰-۴۵) محاسبه گردید. تمام بیماران یک هفته بعد از عمل ویزیت شده و از آنان خواسته شد سالانه جهت پیگیری دراز مدت به کلینیک تنظیم خانواده مراکز مربوطه مراجعه کنند. در اولین نوبت پیگیری (یک هفته بعد عمل) عوارض کوتاه مدت از قبیل عفونت، هماتوم محل عمل، خونریزی و تب و درد، زمان بازگشت به سطح فعالیت قبلی مورد بررسی قرار گرفتند و فقط تعداد محدودی از بیماران جهت پیگیری بعدی مراجعه نمودند. اغلب بیماران از طریق آدرس ذکر شده در پرسشنامه و با مراجعه به درب منازل آنان تحت پیگیری قرار گرفتند.

در این مطالعه مقایسه نسبت‌های بوسیله  $\chi^2$  و حالت خاص آن آماره پیرسون و با استفاده از نرم افزار SPSSWIN انجام گرفت. جهت مقایسه مشخصات فردی دو گروه بیماران

## ۱- عوارض حین عمل

الف) در موارد لیگاتور لوله با کلیس:

- یک بیمار به دلیل درگیری روده هنگام جایگذاری کلیس تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفت.

- در یک بیمار پس از اتمام لاپاراسکوپی و لیگاتور لوله با کلیس به دلیل خونریزی محل تروکار، جدار شکم باز و هموستاز برقرار گردید.

- در یک بیمار به دلیل رهاشدن کلیس از لوله، لاپاراتومی جهت خارج سازی کلیس انجام شد.

ب) در موارد لیگاتور لوله به روش پامروی:

- در دو بیمار به دلیل چاقی شدید و یک بیمار به دلیل توده تخمدانی که از قبل مورد شک قرار نگرفته بود، تبدیل استریون مینی لاپاراتومی به فان اشتیل صورت گرفت.

- پارگی مزوسالپنکس در یک بیمار به گسترش انسزیون جهت برقراری هموستاز منجر گردید.

جدول ۲ بیانگر عوارض حین عمل جراحی در دو گروه مورد مطالعه می باشد.

جدول ۲. عوارض حین عمل جراحی در دو گروه لیگاتور لوله با لاپاراسکوپی کلیس فیلشی و مینی لاپاراتومی پامروی

| نوع عارضه                                       | گروه ۱ (۹۶ نفر) | گروه ۲ (۱۰۰ نفر) |
|-------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| گسترش انسزیون به دلیل چاقی و یا سایر پاتولوژیها | -               | ۳                |
| خونریزی                                         | ۱               | -                |
| پارگی مزوسالپنکس                                | -               | ۱                |
| آسیب روده                                       | ۱               | -                |
| رهاشدن کلیس                                     | ۱               | -                |
| جمع                                             | ۳               | ۴                |

گروه ۱: لاپاراسکوپی / کلیس  
گروه ۲: مینی لاپاراتومی / پامروی  
p value= ۰/۷۴۱۴

## ۲- عوارض زودرس بعد از عمل

در این بخش، بیماران از لحاظ میزان درد بعد از عمل، مدت بستری در بیمارستان، تب، همتوم و عفونت زخم مورد مقایسه قرار گرفتند. تذکر اینکه متغیر درد یک متغیر کیفی رتبه‌ای بوده و مقیاس آن به صورت پرسش به سه دسته درد شدید، درد متوسط و درد خفیف تقسیم‌بندی گردیده است. اصطلاح درد شدید در مواردی بکار رفته که نیاز به استفاده از مسکن تزریقی بوده است. درد متوسط شامل مواردی است که بیمار دو عدد یا بیش از دو عدد مسکن خوراکی دریافت کرده است. درد خفیف شامل مواردی است که نیاز به مسکن نبوده و یا یک عدد مسکن خوراکی استفاده شده است.

جدول ۳. مقایسه شدت درد بعد از عمل در دو گروه لیگاتور لوله با لاپاراسکوپی فیلشی و مینی لاپاراتومی پامروی

| کیفیت درد | گروه ۱ (۹۶ نفر) | گروه ۲ (۱۰۰ نفر) | p value |
|-----------|-----------------|------------------|---------|
| درد شدید  | ۱۵              | ۳۲               | ۰/۰۰۷۲  |
| درد متوسط | ۴۵              | ۳۳               | ۰/۰۴۷۲  |
| درد خفیف  | ۳۶              | ۳۵               | NS      |

گروه ۱: لاپاراسکوپی کلیس  
گروه ۲: مینی لاپاراتومی / پامروی  
NS= Not-significant

جدول ۳ بیانگر مقایسه شدت درد بعد از عمل در دو گروه می باشد. چنانکه ملاحظه می شود در میزان درد شدید و متوسط بعد از عمل، اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود دارد. ( $p < 0/05$ ) مدت زمان ریکاوری، مدت بستری در بیمارستان و زمان بازگشت به سطح فعالیت قبلی در موارد بدون عارضه در دو گروه تفاوت چندانی نداشت. هر دو گروه قبل از ۲۴ ساعت قابل ترخیص بودند و بطور متوسط ۷-۴ روز بعد از عمل به سطح فعالیت قبلی خود بازگشتند.

جدول ۴. مقایسه تغییرات قاعدگی در دو گروه لیگاتور لوله با لاپاراسکوپ / کلیپس فیلیشی و مینی لاپاراتومی / پامروی در پیگیری طولانی مدت (۴-۱) سال بعد از عمل

| تغییرات قاعدگی             | گروه ۱<br>۴۵ نفر | گروه ۲<br>۵۲ نفر | P.<br>value |
|----------------------------|------------------|------------------|-------------|
| قاعدگی نامنظم              | ۸                | ۱۶               | ۰/۱۳۹۲      |
| خونریزی شدید               | ۵                | ۹                | ۰/۳۸۶۴      |
| لکه بینی در فواصل قاعدگیها | ۴                | ۷                | ۰/۴۷۸۷      |
| دیسمنوره شدید              | ۹                | ۱۳               | ۰/۵۵۷۵      |

گروه ۱: لاپاراسکوپ / کلیپس  
گروه ۲: مینی لاپاراتومی / پامروی  
N.S=Non significant

وجود داشت. سایر بیماران نکته خاصی در سابقه خود نداشتند. این بیماران تحت معاینه و بررسی سونوگرافیک قرار گرفتند. در دو بیمار کیستهای یک طرفه یا دوطرفه تخمدان به ابعاد کمتر از ۶ cm مشاهده شد و البته اقدام خاصی صورت نگرفت.

در گروه مینی لاپاراتومی پامروی ۲۱ بیمار درد لگنی یکطرفه یا دوطرفه را ذکر نمودند و ۷ بیمار قبل از این بررسی با شکایت درد به پزشک مراجعه کرده بودند. در این گروه نیز در دو مورد کیستهای فونکسیون تخمدانی کشف شد. به لحاظ شیوع درد لگنی مزمن، بین دو گروه مورد مطالعه، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $p=0/266$ ).

سایر اقدامات ژنیکولوژیک: در گروه لیگاتور لوله با کلیپس، یک بیمار ۲ سال بعد از عمل با درد شکمی، تب خفیف، لکوسیتوز مختصر و افزایش ESR بستری گردید. در سونوگرافی بیمار توده آدنکس یا پاتولوژی دیگری مشاهده نشد. بیمار با تشخیص نهایی PID تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گرفت و پس از رفع علائم مرخص شد. هیچ یک از بیماران گروه لیگاتور لوله با کلیپس در فاصله

در بررسی از لحاظ هماتوم و عفونت زخم، موردی از هماتوم و عفونت، در گروه لیگاتور لوله با کلیپس وجود نداشت. در گروه لیگاتور به روش مینی لاپاراتومی پامروی سه مورد عفونت زخم مشاهده شد که در ۲ مورد خفیف بود و در یک بیمار منجر به ترمیم ثانویه گردید. فاکتور مستعد کننده عفونت در این بیماران چاقی شناخته شد.

### ۳- عوارض دراز مدت

از ۹۶ بیمار لیگاتور لوله با کلیپس ۵۸ بیمار (۶۰/۴٪) و از ۱۰۰ بیمار لیگاتور لوله به روش مینی لاپاراتومی پامروی تعداد ۷۲ نفر (۷۲٪) تحت پیگیری درازمدت قرار گرفتند. در هر دو گروه فرم (۲) پرسشنامه تکمیل گردید. در پیگیری طولانی مدت، بیماران از لحاظ میزان تغییر پارامترهای قاعدگی، درد لگنی، میزان شکست و حاملگی و اقدامات ژنیکولوژی بعدی مورد مقایسه قرار گرفتند. از آنجا که مصرف کنتراستپتوهای هورمونال مانند OCP و نورپلانت بطور قابل توجهی خصوصیات قاعدگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کلیه افرادی که در مدت سه ماه قبل از لیگاتور، کنتراستپشن هورمونال داشته‌اند از مطالعه حذف شدند. به این ترتیب ۲۵ بیمار از گروه لیگاتور با کلیپس و ۳۲ بیمار از گروه لیگاتور به روش پامروی حذف شدند. بررسی اولیه پارامترهای قاعدگی، در قالب چند سؤال فرم (۱) انجام شد و در پیگیری دراز مدت همان سؤالات تکرار گردید. نتایج حاصله در جدول ۴ آمده است.

بین نسبتهای قاعدگی نامنظم، خونریزیهای شدید، لکه بینی در فواصل قاعدگی و دیسمنوره شدید در دو گروه به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری دیده نمی‌شود ( $P<0/05$ ).

درد مزمن لگن: در بیماران گروه لیگاتور لوله با کلیپس، ۱۲ بیمار درد لگنی یکطرفه یا دوطرفه را ذکر نمودند ولی فقط ۳ نفر از این بیماران، قبل از بررسی، با شکایت درد به پزشک مراجعه کرده بودند. در یک بیمار، سابقه مصرف IUD و عفونت مکرر قبل از عمل و چسبندگی حین عمل

نداشت. در پیگیری ۴-۱ ساله، میزان شکست در گروه لیگاتور لوله‌ها با کلیس ۱/۷۲٪ بود. در گروه مینی‌لاپاراتومی پامروی موردی از شکست وجود نداشت. در مطالعه مشابه، آقای Mumford استفاده از دو روش مینی‌لاپاراتومی و لاپاراسکوپي را در ۱۵۱۶ خانم مقایسه نمود و نتیجه‌گیری کرد که در سطح وسیع احتمالاً مینی‌لاپاراتومی به دلیل عوارض کم‌خطرتر و نیز سهولت کنترل عوارض، ترجیح داده می‌شود.

در سال ۱۹۹۷، Schnepfer از آمریکا، انجام ۸۱۳ مورد عقیم‌سازی با لاپاراسکوپي باز را در مطب شخصی، با انگیزه افزایش ایمنی و کاهش هزینه بیماران بدون هیچ عارضه جدی گزارش نمود (۸). در سال ۱۹۹۴، Bidsall و همکارانش از بیمارستان ملی اوکلند، لیگاتور لوله با کلیس فیلشی با استفاده از لاپاراسکوپ با میزان شکست ۱/۳٪ را معمولترین روش مورد استفاده جهت عقیم‌سازی در بیمارستان خود معرفی کردند (۹). در سال ۱۹۹۹، Ryder و همکارانش از دانشکده پزشکی ویرجینیا در بیان نتایج تحقیقات خود اظهار داشتند: گرچه استفاده از لاپاراسکوپ برای عقیم‌سازی یک روش مؤثر کنترل است، اما خطر تجمعی شکست آن ممکن است از گزارشات قبلی خصوصاً در زنان جوانتر بیشتر باشد و احتمالاً بهتر است زنان کمتر از ۳۰ سال برای استفاده از سایر روشها تشویق شوند (۱۰).

قطعی‌ترین فایده استفاده از لاپاراسکوپي برای لیگاتور لوله‌ها، حفظ زیبایی و احتمالاً میزان بالای برگشت پذیری به دلیل آسیب جزئی لوله می‌باشد. انسزیون محل تروکار با قطر ۱۰ mm، مشخصاً بر انسزیون مینی‌لاپاراتومی ترجیح داده می‌شود. خصوصاً با توجه به این مسئله که لیگاتور لوله‌ها در سنین باروری انجام می‌شود. مینی‌لاپاراتومی نیاز به سرمایه‌گذاری کمتر در تجهیزات و آموزش داشته و به نظر می‌رسد با توجه به ایمنی، تأثیر و راحتی در سروکار داشتن با عوارض، فواید قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. این روش مناسبترین شیوه در

زمانی این مطالعه، تحت عمل هیستریکتومی قرار نگرفتند. در گروه مینی‌لاپاراتومی پامروی یک بیمار ۴۳ ساله، سه سال و نیم پس از لیگاتور لوله، تحت عمل هیستریکتومی با تشخیص DUB مقاوم به درمان قرار گرفت. میزان شکست: در گروه مینی‌لاپاراتومی پامروی، هیچ مورد حاملگی در پیگیری طولانی مشاهده نشد. در گروه لیگاتور لوله با کلیس، یک بیمار ۳۵ ساله یک سال بعد از عمل، با حاملگی ۶ هفته مراجعه نمود. هنگام سزارین بیمار جایگذاری نامناسب کلیس مشخص گردید. در سابقه بیمار نکته‌ای که بر احتمال شکست دلالت کند، وجود نداشت. میزان شکست در روش لیگاتور لوله با کلیس در این مطالعه ۱/۷۲٪ بوده است. سایر عوارض: در گروه لاپاراسکوپي کلیس یک مورد هرنی انسزیونال محل جایگذاری تروکار وجود داشت.

### بحث

به لحاظ مدت اقامت در بیمارستان، زمان ریکاوری و زمان بازگشت به سطح فعالیت قبلی تفاوت چندانی در دو گروه لیگاتور لوله توسط لاپاراسکوپي کلیس و مینی‌لاپاراتومی پامروی وجود نداشت. طول مدت عمل، میزان درد بعد از عمل و عفونت زخم در گروه مینی‌لاپاراتومی پامروی بیشتر بود. مشکلات جراحی ناشی از چاقی، در موارد مینی‌لاپاراتومی پامروی در مقایسه با لاپاراسکوپي کلیس حدود دو برابر بود. از آنجاکه کلیس داخل شکم جایگذاری می‌شود، در موارد چاقی شدید و چسبندگی، برای خارج سازی لوله، به کشش زیاد نیازی نیست. بنابراین امکان پارگی مزوسالپنکس و درد شدید بعد از عمل در این روش کمتر است.

گرچه شیوع عوارض در دو گروه نسبتاً یکسان است، اما عوارض لاپاراسکوپي جدیتر و کنترل آنها مشکل‌تر می‌باشد. در بررسی عوارض درازمدت مانند تغییرات قاعدگی، درد لگنی مزمن و نیاز به اقدامات ژنیکولوژیک تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه وجود

موارد انجام لیگاتور توسط تیمهای سیار می‌باشد. توجه نبود و اگر جراح راحتی بیشتری با لاپاراسکوپی بهر حال اختلافات حاصله از این مطالعه چندان قابل احساس کند ممکن است نتایج او با این روش بهتر باشد.

\*\*\*\*\*

## References

1. Peterson B. Tubal sterilisation In: Rock JA, Thompson JD. TE Linde's operative gynecology. 8th ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997; 529-594.
2. Stephen ST, Mumford D et al. Laparoscopic and minilaparotomy female sterilization compared in 15167 cases. Lancet 1990; 2: 1066.
3. Lebech M et al. Laparoscopic sterilization in women using filshie clips. Ugeskr Laeger 1989; 151(28): 1809-11.
4. Klumper F et al. Migrating clips; a complication following sterilization. Nedtijdschr Geneeskde 1991; 9: 135 (6):233-5.
5. Sanmarcomichoel J. Gynecologic endoscopy; principles in practice. Philadelphia, Williams & Willkins 1996; 97.
6. Speroff L. Text book of clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed Philadelphia: Williams & Willkins, 1999.
7. Fisher L, Van belle G. Biostatistics. New York, John Wiley & Sons, 1993; P: 315-319.
8. Schnepfer F. Sterilization by open laparoscopy in a private office. J AM Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4(4): 469-72.
9. Bridesall MA et al. Female Sterilization, National women's Hospital. N Z Med J 1994; 107(99): 473-5.
10. Ryder RM et al. Laparoscopic tubal sterilization, methods, effectiveness and sequele. Obstet Gynecol Clin North AM 1999; 26(1); 83-97.