

مقایسه پیامد دو روش درمان لاپاراسکوپی در اندومتريوز تخمدانی : سیستکتومی و کوتریزاسیون کیست

سارا مسیحی^{*}، مژگان براتی^{*}، فریده مرمزی^{*}، سیده فاطمه فاطمی^{**}

چکیده

زمینه و هدف: اندومتريوز تخمدانی یکی از بیماری های زنان در سنین باروری است. به خوبی مشخص شده است که از جمله شایع ترین علائم اندومتريوز تخمدانی درد و نازائی است. اما جنبه های متعددی از این بیماری از جمله مؤثرترین روش درمانی هنوز به خوبی مشخص نشده است. در این مطالعه، ما به بررسی کارایی دو روش جراحی لاپاراسکوپی اندومتريوز تخمدانی یعنی سیستکتومی و کوتریزاسیون به خصوص از نظر میزان کاهش درد، میزان باروری و عود بیماری پرداخته ایم. **روش بررسی:** در این مطالعه گذشته نگر، ۸۵ بیمار مبتلا به اندومتريوما به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه تحت درمان کوتریزاسیون قرار گرفتند (گروه A) و برای گروه دیگر سیستکتومی انجام شد (گروه B). ۳۰ بیمار در گروه A و ۵۵ بیمار در گروه B قرار گرفتند. سپس ۲ گروه از نظر میزان عود بیماری به خصوص درد و میزان باروری بعد از عمل مقایسه شدند.

یافته ها: میزان عود علائم به خصوص درد لگنی بعد از یک سال در گروه A، ۸۳/۳ درصد و در گروه B، ۷۶/۴ درصد بود. در این مورد تفاوت معناداری مشاهده نشد. میزان باروری بعد از عمل بعد از یک سال به طور معناداری در گروه A (۷۳/۳ درصد) بالاتر از گروه B (۳۶/۴ درصد) بود. میزان عود بیماری در گروه A (۲۳/۳ درصد) پایین تر از گروه B (۳۴/۵ درصد) بود که این تفاوت معنادار نبود.

نتیجه گیری: کوتریزاسیون کیست نسبت به روش سیستکتومی انتخاب بهتری در درمان اندومتريوما است به خصوص از نظر میزان باروری بعد از عمل، چرا که روش سیستکتومی می تواند باعث کاهش ذخیره تخمدانی شود.

م ع پ ۱۳۸۹؛ ۹(۲): ۱۴۸-۱۴۳

کلید واژگان: اندومتريوز تخمدانی، سیستکتومی، کوتریزاسیون کیست

*استادیار و متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**دستیار تخصصی زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل: Email:s.masihi@yahoo.com

مقدمه

اندومتریوزیس یک بیماری خوش خیم زنان می باشد که غالباً با دردهای لگنی و ناباروری تظاهر می نماید [۱]. در حدود ۱۷ تا ۴۴ درصد بیماران مبتلا به اندومتریوز دارای انترومتریومای تخمدان هستند (۲). اندومتریومای تخمدان یکی از علل شایع دردهای لگنی و از جمله شایع ترین کیست های تخمدانی است که هنگام جراحی با آنها مواجه می شویم (۱). علایم اندومتریوز ممکن است در معاینه بارز باشد و معاینه های رکتوواژینال از جمله اقدام های ضروری در تشخیص این ضایعه ها می باشند اما راه اصلی و انتخابی در تائید تشخیص، اولتراسونوگرافی و به خصوص سونوگرافی از راه واژن می باشد (۳). در مورد پاتوژنز اندومتریوز نظرات زیادی داده شده است اما بیشتر مطالعه ها، از این نظریه حمایت می کنند که بیماری ناشی از کاشته شدن سلول های اندومتریال برگشت داده شده از لوله های تخمدانی به درون حفره شکم می باشد (۴). درمان اندومتریوز با روش های مختلفی انجام می گیرد که در قالب ۲ دسته عمده طبقه بندی می شوند. یکی درمان های طبی و دیگری درمان های جراحی (۵). امروزه مشخص شده که درمان های طبی به تنهایی ناکافیست (۲،۱). و لزوم مداخله جراحی در این بیماران مسجل شده است. درمان های جراحی مختلفی نیز برای اندومتریوز پیشنهاد شده است که تفاوت بارزی بین نتایج درمانی این روش ها گزارش شده است. اگرچه اخیراً تمایل اغلب جراحان و بیماران از اعمال جراحی باز به سوی درمان های لاپاروسکوپی معطوف شده است، چرا که روشی سریع تر و کمتر تهاجمی محسوب می گردد.

درمان های لاپاروسکوپی شامل آسپیراسیون اندومتریوما، سیستکتومی لاپاراسکوپی، درناژ کیست و کوتریزاسیون با کوتر یا لیزر و حتی درمان های رادیکال تر مانند حذف قسمتی از تخمدان یا کل آن و گاه همراه با ضمائم رحمی می باشد (۶). در مقایسه عوارض احتمالی روش های درمانی با یکدیگر نیز شواهد موجود حاکی از

برتری روش های لاپاروسکوپی است. عوارض احتمالی در درمان لاپاروسکوپی شامل صدمه های احتمالی به سایر ارگان ها در اثر وسایل لاپاروسکوپی می باشد در حالی که احتمال بروز عفونت، خونریزی، ناخوشی بعد از عمل و بستری دراز مدت بیمارستانی، ایلئوس، ترومبوز وریدهای عمقی و سایر مشکل های طبی در پی لاپاراتومی شایع تر می باشد (۹،۷).

در بررسی نتایج درمانی نیز مطالعه های متعدد حاکی از بهبود قابل توجه درد و نیز بازگشت قدرت باروری در پی اعمال جراحی لاپاروسکوپی می باشد که نسبت به سایر روش های درمانی نتایج بهتری به همراه داشته است (۱۰). در این مقاله ما به ارزیابی و مقایسه دو روش درمانی شایع لاپاروسکوپی در اندومتریومای تخمدانی پرداخته ایم و نتایج درمان را در روش های سیستکتومی و کوتریزاسیون کیست با هم مقایسه کرده ایم.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه ای تحلیلی از نوع هم گروهی گذشته نگر می باشد. این طرح بر روی ۸۵ بیمار مبتلا به اندومتریومای تخمدان مراجعه کننده به بیمارستان های امام خمینی و رازی اهواز در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ که تشخیص آنها توسط علایم بالینی و سونوگرافی به اثبات رسیده بود انجام شده است. اطلاعات مربوط به بیماران از پرونده های آنها جمع آوری شد. بیماران در دو گروه A و B قرار گرفتند. گروه A ۳۰ بیمار بودند که تحت عمل جراحی کوتریزاسیون کیست با روش لاپاراسکوپی قرار گرفته و گروه B ۵۵ نفر بودند که تحت عمل جراحی سیستکتومی تخمدان با روش لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند. بیماران به مدت یک سال از نظر عود، باروری و بهبود علایمی نظیر درد، پیگیری و سونوگرافی مجدد شدند. پیگیری بیماران بر اساس میزان عود، میزان درد و میزان باروری بعد از عمل بود.

میانگین اندازه اندومتريوما در گروه A ۳۰/۴۳±۱۵/۶۵ میلی متر و در گروه B ۵۲/۶±۱۵/۱۶ میلی متر ($P < ۰/۰۰۰۱$). شایع ترین شکایت های بیماران مبتلا به اندومتريوماي تخمدان درد و سابقه کیست تخمدان بود. وجود میوم رحمی و چسبندگی فیمبریا در گروه B به طور معناداری از گروه A شایع تر بود. (به ترتیب $P = ۰/۰۴۱$ و $P = ۰/۰۱۳$). چسبندگی لوله فالوپ و وضعیت کلدوساک در دو گروه مشابه بود.

در بررسی نتایج درمان در دو گروه نیز در کاهش درد بعد از عمل و عود بیماری تفاوت آماری معناداری دیده نشد اما میزان بارداری بعد از درمان، در بیماران مبتلا به اندومتريوماي تخمدان در گروه کوتريزاسیون کیست (گروه A) به طور معناداری از گروه سیستکتومی از (گروه B) بیشتر بود (جدول ۱).

تحلیل آماری با استفاده از آزمون مجذور کای و محاسبه نسبت شانس انجام گرفت. سطح معناداری برای آزمون های فوق ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS 16.0 انجام شد.

یافته ها

در بررسی مجموع ۸۵ زن دچار اندومتريوماي تخمدان، گروه A ۳۰ نفر (۳۵/۳ درصد) بودند که به روش کوتريزاسیون کیست و گروه B ۵۵ نفر (۶۴/۷ درصد) بودند که به روش سیستکتومی درمان شدند. متوسط سن در گروه A ۲۸/۰۷±۴/۶۵ سال و در گروه B ۲۷/۴۵±۶/۰۱ سال بود ($P = ۰/۶۲۹$). سن ازدواج، تعداد حاملگی و تعداد نوزاد زنده در دو گروه همسان بود. (به ترتیب $P = ۰/۸۲۵$ ، $P = ۰/۲۴۱$ ، $P = ۰/۵۳۳$).

جدول ۱: نتایج درمان در بیماران مبتلا به اندومتريوماي تخمدان تحت درمان

به روش سیستکتومی و یا کوتريزاسیون کیست

نتایج درمان	کوتريزاسیون کیست (A)	سیستکتومی (B)	P
درد بعد عمل	۲۵ (۷۶/۴ درصد)	۴۲ (۷۶/۴ درصد)	۰/۴۵۲
عود بعد عمل	۷ (۲۳/۳ درصد)	۱۹ (۳۴/۵ درصد)	۰/۲۸۴
بارداری	۲۲ (۷۳/۳ درصد)	۲۰ (۳۶/۴ درصد)	۰/۰۰۱

بحث

لاپاروسکوپی می باشد که جهت انجام اقدام های درمانی نیز بر لاپاراتومی ارجح است زیرا چسبندگی کمتری ایجاد می نماید.

در میان درمان های جراحی اندومتريوز کوتريزاسیون و سیستکتومی دو گزینه درمانی مختلف و رایج هستند (۶). در روش سیستکتومی لاپاروسکوپی که هنوز روش ارجح درمانی تلقی می شود، لایه داخلی کیست توسط ۲ فورسپس از بافت تخمدان جدا و خارج می گردد که این مسأله شاید ذخیره تخمدانی را متأثر نماید. اما در روش کوتريزاسیون، اندومتريوما سوراخ شده

اندومتريوز بیماری خوش خیمی است که با تکثیر بافت آندومتر در محلی خارج از حفره رحم مشخص می شود. شایع ترین قسمتی که بافت اندومتريوز در آن شناسایی شده است تخمدان ها هستند و حدود ۱۷ تا ۴۴ درصد از موارد اندومتريوز در تخمدان ها و بخصوص در تخمدان چپ به صورت اندومتريوما تظاهر می نمایند. در برخورد با اندومتريوز، علایم و وضعیت باروری بیمار و همچنین وسعت ضایعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شایع ترین شکایت بیماران درد و نازایی است. بهترین وسیله برای بررسی شدت و وسعت ضایعه

اندازه، کیست ۴۸ میلی متر بود (۱۲). علائم بالینی در بیماران ما غالباً درد و سابقه قبلی کیست بود و نازایی شکایت شایع دیگر در این بیماران بود. در مطالعه البرزی نیز درد و دیسمنوره از جمله شکایت های شایع بیماران بودند (۱۱) در مطالعه برتا و همکارانش، درد موقع مقاربت و دردهای لگنی شایع ترین علائم بالینی در بیماران مبتلا به اندومتريوما شناخته شدند (۱۳).

میوم رحمی، چسبندگی لوله رحم، فیمبریا و مسدود بودن کلدوساک همگی در بیماران گروه سیستکتومی در مطالعه ما فراوانتر بودند میزان کاهش درد و عدم عود بیماری در دو گروه نیز مشابه بود و تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد در حالی که میزان بارداری بعدی در گروه کوتریزاسیون کیست به طور بارزی بیشتر بود. در مطالعه البرزی بر خلاف مطالعه ما میزان بارداری بعد درمان در گروه سیستکتومی ۵۹/۴ درصد و در گروه کوتریزاسیون کیست ۲۳ درصد بود (۱۳). میزان بروز بارداری بعد درمان در مطالعه جونز و همکارانش ۲۹ درصد گزارش شد (۱۲) در مطالعه ما، میزان بارداری بعد از درمان سیستکتومی ۳۶ درصد و بعد از درمان کوتریزاسیون کیست ۷۳ درصد به دست آمد.

نتیجه گیری

در مطالعه ما مشاهده شد که کوتریزاسیون لاپاروسکوپی در درمان اندومتريوما کیست در روشی موثر و کم عارضه می باشد. در واقع به نظر می رسد در شرایط نسبتاً مشابه از نظر سنی، اندازه کیست و مرحله بالینی بیماری (مشابه شرایط مطالعه حاضر)، روش کوتریزاسیون با کوتر دو قطبی، به علت عدم وجود جدار کیست و آزاد کردن چسبندگی ها در خلال این عمل، در مقایسه با عمل سیستکتومی، میزان باروری افزایش چشمگیری داشته و کاهش علائم و نتیجه بالینی بهتری مشاهده می شود.

و آسپیره می شود و جدار کیست تحت کوآگولاسیون با کوتر قرار می گیرد و اگرچه آسیب حرارتی به جدار تخمدان باعث افت نسبی عملکرد تخمدانی می گردد اما غالباً نتایج باروری بهتری را به همراه داشته است. در این مطالعه ما نیز به مقایسه نتایج درمانی این دو روش پرداخته ایم و ۸۵ بیمار مبتلا به اندومتريوما کیست تخمدان که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در بیمارستان های امام خمینی و رازی اهواز تحت درمان قرار گرفته اند، بررسی کرده ایم. انتخاب نخست ما سیستکتومی و در صورت عدم برداشت جدار کامل کیست و عدم امکان انجام سیستکتومی، عمل جراحی با روش کوتریزاسیون انجام شده است و بیماران بعد از یک سال مجدداً از نظر بهبود علائم بررسی شده اند.

در مجموع ۸۵ بیمار با اندومتريوما کیست تخمدان متوسط سن حدود ۲۷ سال و متوسط سن ازدواج آنها ۲۲ سال بود. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ توسط سعید البرزی و همکارانش انجام شد. متوسط سن بیماران ۲۸ سال گزارش شد که مشابه مطالعه ما بود (۱۱). در مطالعه دیگری توسط جونز و همکارانش، متوسط سن بیماران تحت درمان به علت اندومتريوما کیست تخمدان ۳۳/۸ سال گزارش شد (۱۲) در مطالعه برتا و همکارانش در سال ۱۹۹۸ متوسط سن بیماران تحت درمان جراحی به علت اندومتريوما کیست تخمدان ۲۹ سال بود (۱۳).

از مجموع بیماران ما ۵۵ مورد با سیستکتومی و ۳۰ مورد با کوتریزاسیون کیست درمان شدند که از نظر سنی بین دو گروه تفاوت بارزی مشاهده نشد. همچنین بیماران دو گروه از نظر متوسط سن ازدواج، تعداد بارداری، تعداد نوزاد زنده و سقط همسان بودند اما متوسط اندازه اندومتريوما در گروه سیستکتومی بیشتر بود (حدود ۵۲ میلی متر در مقابل ۳۰ میلی متر در گروه تحت درمان با روش کوتریزاسیون کیست).

متوسط اندازه اندومتريوما در مطالعه البرزی و همکارانش در سال ۲۰۰۴ معادل ۵۶ میلی متر گزارش شد که مشابه مطالعه ما بود (۱۱). در مطالعه جونز متوسط

منابع

- 1-Alborzi S, Zarei A, Alborzi S, Alborzi M. Management of ovarian endometrioma. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3):480-91.
- 2- Chapron C, Vercellini P, Barakat H, Vieira M, Dubuisson JB. Management of ovarian endometriomas. *Hum reprod* 2002; 8(6):591-7.
- 3-Hesla JS, Rock JA. Endometriosis. In Rock JA, Jones HW. *Telinde's Operative Gynecology*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008; 457-61.
- 4-Redwine DB, Koning M, Sharpe DR. Laparoscopically assisted transvaginal segmental bowel resection for endometriosis. *fertil steril* 1996; 65(2):193-7.
- 5-Vercellini P, Chapron C, Giorgi O, Consonni D, Frontino G. Coagulation or excision of ovarian endometriomas? *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(8):606-10.
- 6-Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(1):109-14.
- 7-Adamson GD, Subak LL, Pasta DJ. Comparison of CO2 laser laparoscopy with laparotomy for treatment of endometriomata. *Fertil Steril* 1992; 57(11):965-973
- 8-Milingos S, Loutradis D, Kallipoolotis G. Comparison of laparoscopic with laparotomy for the treatment of extensive endometriomata with large endometriomata. *Fertil Steril J Gynecol Surg* 1999; 15(2):131-6.
- 9-Sawada T, Satoshi O, Kawakami S. Laparoscopic surgery versus laparotomy management for infertile patients with ovarian endometriomas. *J Gynecol Endosc* 1999; 8(1):17-9.
- 10-Tulandi T. Laparoscopy management of ovarian cyst in perimenopausal women. *Gynaecol Endosc* 1996; 5(1):1-4.
- 11-Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad ME, Dehbashi S, Zolghadri J, Alborzi S. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. *Fertil Steril*. 2004; 82(6):1633-7.
- 12-Jones KD, Sutton CJ. Pregnancy rates following ablative laparoscopic surgery for endometriomas. *Hum Reprod*. 2002;17(3):782-5.
- 13-Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, Busacca M, Zupi E, Bolis P. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril*. 1998;70(6):1176-80.

Laparoscopic Treatments of Ovarian Endometriomas: Cystectomy Versus Cautrization

Masihi S*, Barati M, Maremmazi F, Fatemi S F

Department of Obstetrics and Gynecology, School of medicine Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Objective: Ovarian endometriosis is a condition affecting women in the reproductive age. The correlation between ovarian endometriosis and both infertility and pain is well documented, but several aspects of this disease, including most effective treatment are not well established. So the best management of ovarian endometriosis is controversial. In this study we want to assess the efficacy of two laparoscopic methods for the management of ovarian endometriosis: cystectomy and cauterization, in terms of pain relief, pregnancy rate, and disease recurrence.

Subjects and Methods: This is a retrospective study which was performed from 2006 to 2009. In this period, 85 patients with ovarian endometrioma operated with laparoscopy, were entered the study. One group underwent cauterization (group A) and cystectomy was performed for another group (group B). Thirty patients were studied in group A and 55 in group B. Then we compared the recurrence of signs and symptoms of endometrioma, especially pain and pregnancy rate in these two groups.

Results: The recurrence of symptoms, especially pelvic pain was 83.3% in group A and 76.4% in group B after 1 year. There was no significant difference statistically. The pregnancy rate was significantly higher in group A (73.3%) than in group B (36.4%) at 1 year follow up ($P < 0.001$). Recurrence rate was lower in group A (23.3%) than in group B (34.5%), but this difference was not significant.

Conclusion: Cauterization was a better choice than cystectomy because it lead to higher pregnancy rate, and cystectomy could cause reduced follicular response in controlled ovarian hyper stimulation cycles.

Sci Med J 2010; 9(2):143-148

Keywords: Ovarian endometriosis, Cystectomy, Cyst cauterization.

Received: May 9, 2009

Revised: June 25, 2010

Accepted: Mar 9, 2010

*Corresponding author email: s.masihi@yahoo.com