

معرفی یک روش جدید برای رفع بیرون زدگی سقف واژن (کلپوپکسی لیگامان گرد شکمی) بعد از عمل جراحی هیستروکتومی

نامه علمی

دکتر آذر دانش*

(۶،۵،۳). از آنجایی که تعداد زنان مسن که می‌خواهند زندگی فعال و لذت بخشی داشته باشند در حال افزایش است و تعداد زیادی از زنان تا دهه‌های هفتم و هشتم زندگی از نظر جنسی فعال هستند و پرولاپس کاف واژن متعاقب هیستروکتومی به طور قابل ملاحظه‌ای از کیفیت زندگی می‌کاهد.

طی این پژوهش بر آن شدیم روش جدید ترمیم پرولاپس کاف واژن متعاقب هیستروکتومی را انجام و نتایج آن را ارزیابی کنیم. در یک مطالعه نیمه تجربی (Quasi experimental study) با روش طرح تک گروهی که دچار پرولاپس واژن شده بودند پس از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی و ثبت شکایتهای قبل از عمل، عمل جراحی کلپوپکسی لیگامان گرد شکمی (Abdominal Round Ligament Colopopexi=ARLC) به صورت زیر انجام گرفت:

- بیمار در وضعیت Lithotomy قرار گرفت.
- یک برش عرضی روی قسمت تحتانی شکم (Pfannenstiel) روی دیواره شکم ایجاد می‌گردد و به طرف پایین تا دسترسی به حفره صفاقی امتداد داده می‌شد.
- روده‌ها با چندین گاز استریل بلند کنار زده شده و یک

پس از عمل جراحی سزارین هیستروکتومی یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی محسوب می‌شود (۵) پرولاپس کاف واژن در بین بیمارانی که هیستروکتومی شده‌اند بین ۱/۱ تا ۱ درصد دیده می‌شود که معمولاً به دلیل افزایش سن و حمایت نامتناسب کاف واژن متعاقب هیستروکتومی می‌باشد (۴،۲،۱). پرولاپس کاف واژن با احساس درد پشت، سنگینی لگن، فشار پری و بیرون زدگی همراه است که این علائم با ایستادن تشدید می‌شوند و با نشستن برطرف می‌گردند (۴،۲،۱). علائم دیگر مثل ناراحتی واژینال، مقاربت دردناک، اشکال در رابطه جنسی به دلیل وجود توده‌ای در مسیر واژن نیز دیده می‌شود (۶،۴،۱) و اگر پوست واژن زخمی شود، ترشح و خونریزی بیمار را اذیت می‌کند (۴،۲). شکایات ادراری در موارد کمتری دیده می‌شود (۶،۴) درمان غیر جراحی بیماران در مواردی که پرولاپس شدید نیست انجام می‌گیرد. از اقدامات غیر جراحی می‌توان درمان جایگزینی با استروژن، تمرینات ورزشی کگل را نام برد. همچنین جراحان زنان جهت بهبود علائم بالینی، اصلاح آناتومی نرمال واژن تا حد ممکن و اصلاح عملکرد جنسی واژن به درمان جراحی از طریق واژن یا جراحی از طریق شکم یا ترکیبی از دو روش می‌پردازند

*استادیار گروه زنان - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - بیمارستان هاجر - بخش زنان - تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۰۱۶

۱۸/۲ درصد، ادرار قطره قطره ۱۸/۲ درصد، عفونت دستگاه ادراری راجعه با ۹/۱ درصد، درد قسمت تحتانی شکم ۹/۱ درصد، یبوست ۹/۱ درصد و خارش واژن ۹/۱ درصد گزارش گردید. در ۲ بیمار بیرون زدگی مثانه و بیرون زدگی رکتوم (سیستوسل و رکتوسل) همزمان با پرولاپس واژن وجود داشت که بلافاصله بعد از ساسپنشن کاف واژن، در حین عمل جراحی ترمیم شد.

از ۱۱ بیمار، ۹ بیمار تحت هیستریکتومی شکمی و ۲ بیمار تحت هیستریکتومی واژینال بین یک تا ۱۷ سال قبل قرار گرفته بودند. فاصله زمانی بین ترمیم کاف واژن تا پیگیری نهایی از ۳ ماه تا ۶ سال (متوسط ۳ سال) بود که ۹۰/۹ درصد از بیماران به مدت بیش از یکسال پیگیری شدند.

مدت زمان بستری در بیمارستان در محدوده ۸-۲ روز (متوسط ۳ روز) قرار داشت و ۳۶/۴ درصد بیماران بدون عارضه به مدت ۲ روز بستری بودند.

از بیماران تحت مطالعه، ۲ بیمار بعد از عمل جراحی دچار علائم ادراری شدند که شامل یک مورد احتباس ادراری که با سونداژ برطرف گردید و یک مورد بی اختیاری استرسی ادرار، یک بیمار دچار عفونت زخم بعد از عمل گردید که به منظور ترمیم دیواره شکم تحت عمل جراحی ثانویه قرار گرفت و یک بیمار دیگر به علت پرولاپس راجعه تحت ترمیم ثانویه کاف واژن از ترمیم اولیه قرار گرفت که شکایت اصلی او تداوم بیرون زدگی بود.

در طول عمل جراحی هیچ مشکلی مشاهده نشد و مواردی مثل مشکلات مقاربتی، فیستول حالب به واژن، آبسه یا عفونت کاف واژن، هماتوم راس واژن، بیرون زدگی روده‌ها (آنتروسل)، چاقی مرضی، آسیب روده، ایلئوس آدینامیک و انسداد مکانیکی روده‌ها بعد از عمل جراحی گزارش نگردید. همچنین هیچ مورد مرگ و میر اتفاق نیفتاد.

رتراکتور شکمی گذاشته می شد تا میدان دید مناسب به وجود آید.

- سقف واژن از طریق مدخل ورودی واژن توسط کمک جراح به سمت بالا و داخل لگن هدایت می شد.

- سقف واژن با دو فورسپس (Babcock) از دو طرف گرفته می شد.

- صفاق روی واژن برش داده شده و یا یک قیچی هلالی از دیواره قدامی واژن به طول ۲-۱ سانتی متر و همچنین از یک سوم فوقانی دیواره خلفی واژن به دقت جدا می گردد به طوری که به مثانه آسیب نرسد.

- بقایای راند لیگامان (رباط گرد) که از عمل قبلی باقی مانده است با فورسپس (Babcock) گرفته شده و با فورسپس هلالی بلند از طریق خلف صفاق به طرف راس واژن کشیده و به آن نزدیک می شد.

- راس واژن با سه بخیه با نخ silk ۱ یا ۲ در سه نقطه قدام، وسط و خلف محکم به لیگامان گرد بسته می شد.

- در طرف مقابل نیز به همان صورتی که قبلاً ذکر شد، کاف واژن از طریق رتروپریتون به لیگامان گرد رحمی ثابت می شد.

- بعد از ساسپنشن دو طرفه کاف واژن، قسمتی از پریتون که قبلاً باز شده بود با نخ کرومیک شماره ۲ ترمیم می گردید و بعد از برداشتن گارها و رتراکتور شکمی، پریتون جداره و جدار شکم ترمیم می شد جهت ارزیابی نتایج عمل بیماران از سه ماه تا ۶ سال بعد از عمل جراحی (متوسط ۳ سال) بررسی و معاینه شدند و داده‌های مربوط به عمل جراحی و رضایت مندی بیماران جمع آوری شد.

بیماران در محدوده سنی ۷۰-۴۲ سال (متوسط ۵۵ سال) قرار داشتند و بیشترین گروه سنی بین ۶۲-۵۳ سال (۵۵٪) بودند. قبل از عمل جراحی شایع‌ترین علامت گزارش شده توسط بیماران، احساس بیرون زدگی یا برآمدن چیزی از درون واژن ۷۲/۸ درصد، درد پهلو ۲۷/۳ درصد، تکرر ادرار ۲۷/۳ درصد، سوزش ادرار

ریوی خطرناک نیست و انجام آن نیاز به مهارت و تجربه زیاد نداشته و خیلی آسان انجام می‌شود. در حین عمل جراحی هیچ عارضه‌ای وجود ندارد و عوارض بعد از عمل جراحی خیلی کم است و نیز با این تکنیک نیاز به ترمیم‌های بعدی کاهش یافته و میزان رضایت‌مندی بیماران مناسب می‌باشد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از خانم دکتر مریم ناجی که در این تحقیق مرا یاری نمودند تشکر می‌نمایم.

از بیماران در مورد رضایت‌مندی از عمل جراحی‌شان سؤال شد. ۹۰ درصد از ۱۱ مورد رضایت داشتند و فقط یک بیمار به دلیل عود پرولاپس بعد از یک ماه از عملش ناراضی بود.

با توجه به اینکه بهتر است عمل جراحی را متناسب با بیمار انتخاب کرد و روش ARLC یک روش ساده و کم‌خطر برای ساسپنشن کاف واژن می‌باشد که در این روش ساسپنشن تغییر یافته، از رباط گرد رحمی استفاده شد. مدت زمان عمل جراحی کوتاه و حدود ۲۰-۱۵ دقیقه است. برای بیماران مسن و یا بیماران قلبی عروقی یا

References:

- 1- Addison WA.; Timmons MC. Abdominal sacral colpopexy for the treatment of vaginal prolapse with enterocele. In: Rock JA.; Thompson JD (eds.). Te Linde's operative Gynecology: From Lippincott Raven Company. Philadelphia: USA, 1030-6, 1997.
- 2- Hendee AE. Sacral colpopexy for enterocele and vault prolapse. In: Rock JA.; Thompson JD. Te Linde's operative Gynecology: From Lippincott Raven Company. Philadelphia: USA, 1037-44, 1997.
- 3- Maurice JW.; Michael RA.; Linda KF.; Raymond AL.; et al. Posthysterectomy vaginal vault prolapse: primary repair in 693 patients. J Obstet Gynecol, 92: 281-5, 1998.
- 4- Nichols DH. Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Rock JA.; Thompson JD. Te Linde's Operative Gynecology: From Lippincott Raven Company. Philadelphia: USA, 1006-29, 1997.
- 5- Stovall TG. Hysterectomy. In: Berek JS.; Adashi FY.; Hillard PA. Novak's Gynecology: From Williams & Wilkins. Baltimore: USA, 12th ed. 727-62, 1996.
- 6- Thompson JD. Pelvic organ prolapse. In: Rock JA.; Thompson JD. Te Linde's Operative Gynecology: From Lippincott Raven. Philadelphia: USA, 8th ed. 951-80, 1997.