

تخریب الکتریکی آندومتر جهت درمان خونریزیهای رحم

اولین تجربه در بیمارستانهای دانشگاهی مشهد در ۱۳ بیمار در سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۲

نویسندگان:

دکتر عطیه منصوری*

استادیار گروه (زن) مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر رضا مهدوی

دانشیار گروه اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Electrical Endometrial Ablation For The Treatment Of Utrine Bleeding

the first experience in university hospitals of Mashad in 13 patients 1993-2003

Abstract:

OBJECTIVE: To evaluate the clinical effectiveness and safety of electrical endometrial ablation by urologic resectoscope and roller ball in treatment of uterine bleeding.

METHODS: A total of 13 patients with menorrhagia underwent endometrial ablation under general anesthesia. Follow up of 2-3 months was reported. Four patients had undergone tubal ligation before and four patient had past history of cesarean .

RESULTS: There were no procedure related complications. A total of 6(54.5%)patients reported significant reduction in menstrual bleedig amount 2-3 months after the ablation procedure. Amenorrhea occurred in 3(27.3%)of patients. None of the cases needed hysterectomy later.

CONCLUSONS: Endometrial ablation by urologic resectoscope and roller ball is effective in treatment of menorrhagia and is a good alternative for hysterectomy.

Keywords: Endometrium, uterus, Hysterectomy, Eectrical ablation

مقدمه:

موفق نبود و سبب مریدیتی و عوارض جدی نیز شد و به همین خاطر کنار گذاشته شد (۳). Cold rath و همکارانش اولین کسانی بودند که تخریب آندومتر را از طریق هیستروسکوپ به وسیله لیزر در سال ۱۹۸۱ گزارش دادند. از آن موقع به بعد تحولات زیادی در تخریب آندومتر چه با لیزر و چه به روش الکتریکی ایجاد شده است.

از الکتریسیته هم جهت حذف آندومتر و هم جهت ایجاد نکروز استفاده میشود. اخیراً تکنولوژی جدیدی ابداع شده که آندومتر را تبخیر می نماید. در آخرین تکنیک ابداع شده، تخریب آندومتر بدون استفاده از هیستروسکوپ یا به کار بردن حرارت یا انجماد در داخل رحم صورت می گیرد (۳). حذف موفقیت آمیز آندومتر با استفاده از رزکتوسکوپ

خونریزیهای رحمی بدون وجود پاتولوژی یکی از شایعترین بیماریهای زنان است که علاوه بر ایجاد آئمی و فقر آهن سبب تأثیر بر کیفیت زندگی میشود و هزینه زیادی به بیمار تحمیل میکند (۱). درمان خونریزیهای شدید عادت بعد از دهه ۱۹۶۰ در قرن بیستم با پیدایش هورمون درمانی و همچنین پیشرفتهای آزمایشگاهی و تصویری متحول شد. (۲) آشرمن ایجاد اسکار و بروز آمنوره را در صورت دستکاریهای خشن داخل رحم مثل دیلاتاسیون و کورتاژ ذکر نمود. پس از آن عده ای سعی بر ایجاد چسبندگی داخل رحم توسط مواد مخرب متعددی از جمله پارافرم آلدئید، نیتروژن مایع و رادیوم داخل حفره رحم و ایجاد آمنوره نمودند که

* بیمارستان حضرت زینب (س)، انتهای خیابان آخوند خراسانی، مشهد

وضعیت لیتوتومی پس از شستشوی بیمار در شرایط استریل، ممانه تخلیه و بیماران معاینه شدند سپس تناکولوم در ساعت ۱۲ سرویکس قرار داده شد و رحم هیسترومتری گردید. سپس در صورت لزوم تا بوژی شماره ۹ دیلاتاسیون داده شد و پس از وارد کردن سیستم سکوپ به داخل رحم و انفوزیون آب مقطر به داخل آن (با قرار دادن منبع آب مقطر در ارتفاع ۱/۵ متر بالاتر از سطح بدن بیمار) داخل حفره رحم مشاهده شد. سپس عمل تخریب، از فوندوس به طرف سوراخ داخلی سرویکس در ساعت ۱۲ شروع و در جهت عقربه های ساعت ادامه یافت. در همه بیماران از تخریب کانال سرویکال اجتناب شد.

در انتها فرمولهای آماری توصیفی ساده جهت خلاصه کردن وضعیت خونریزی پس از عمل، میزان موفقیت و عوارض استفاده شد.

نتایج:

در ۱۳ بیمار با استفاده از رزکتوسکوپ یا غلتک اورولوژی تخریب آندومتر صورت گرفت. سن متوسط بیماران ۴۶/۸ سال بود. علت مراجعه آنها بجز یک مورد منوراژی بود. هیچکدام از بیماران دچار عوارض حین و بعد از عمل از قبیل پرفوراسیون رحم، خونریزی رحمی و عفونت پس از عمل نشدند.

وضعیت خونریزی قاعدگی بیماران ۲-۳ ماه بعد در جدول ۱ مشخص شده است. در گروه اول در سالهای ۱۳۷۲-۱۳۷۳ یک بیمار برای پیگیری مراجعه نمود که خونریزی قاعدگی وی، ۸۰٪ کاهش یافت و دو سال بعد مونوپوز شد و دو بیمار دیگر مراجعه نمودند. تمامی ده بیمار گروهی که در سالهای ۸۲-۸۱ وارد مطالعه شدند، جهت پیگیری مراجعه نمودند و در دسترس هستند. خونریزی در بیماری که یائسه بود متوقف شد و در سایر بیماران که ۱۱-۲ ماه پیگیری شدند خونریزی قاعدگی با روش شمارش پد در ماه ۲-۳ پس از عمل به طور متوسط ۵۰٪ کاهش یافت. ۹ نفر (۸۱٪) پس از عمل جراحی دچار متوراژی شدند که در سه بیمار اقدام به هورمون درمانی شد.

در ۳ بیمار آمنوره پس از عمل ایجاد شد. در ۴ بیماری که قبلاً توپکومی شدند، مشاهده حفره رحم آسانتر و بهتر انجام شد و طول مدت عمل نیز کوتاهتر بود.

طول مدت عمل در اولین بیمار در سال ۱۳۷۲ یک ساعت و در آخرین بیمار در سال ۱۳۸۲، ۱۵ دقیقه بود. مورد اول جهت کنترل علائم حیاتی سه روز بعد از عمل مرخص شد

اورولوژی برای اولین بار در سال ۱۹۸۳ گزارش شده است (۳). امروزه در بیماران مبتلا به منوراژی که به درمان طبی پاسخ نمی دهند، تخریب آندومتر جایگزینی است برای هیستروکتومی (۴).

ما در این مطالعه نتایج اولین تجربه خود را از به کار بردن رزکتوسکوپ و غلتک اورولوژی در حذف و تخریب الکتریکی آندومتر برای درمان خونریزیهای غیر طبیعی رحم، که در سال ۱۳۷۲ شمسی (۱۹۹۳ میلادی) شروع و در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۱ ادامه یافت، ارائه می نماییم.

روش کار:

۲۵ خانم مبتلا به هیپرمنوره و منوراژی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت در همه بیماران جهت رد بد خیمی سونوگرافی رحم و ضمامن، نمونه گیری آندومتر با کورت نوک و پاپ اسمیر سرویکو واژینال انجام شد. ۱۲ بیمار به دلایل مختلف از جمله هیپرپلازی آندومتر، دیسپلازی سرویکس، میوم ساب موکو یا میوم حجیم و یا عدم تمایل بیمار، از مطالعه کنار گذاشته شدند و ۱۶ بیمار وارد مطالعه شدند. جهت ایجاد آتروفی در آندومتر و کم کردن ضخامت آن، به جز در یک مورد که علت مراجعه وی خونریزی حین هورمون درمانی یائسگی بود، در سه ماه بعد به طور سیکلیک مدروکسی پروژسترون استات خوراکی (روزانه ده میلی گرم در ده روز آخر سیکل) استفاده شد. پس از سه ماه یازده بیمار جهت تخریب آندومتر مراجعه نمودند. ۴ مورد از بیماران (۳۷/۴٪) سابقه یک بار یا بیشتر سزارین داشتند، در ۴ بیمار (۳۷/۴٪) قبلاً عمل بستن لوله های رحم انجام شده بود.

پس از توضیح کافی در مورد روش جراحی و اینکه بیماران قادر به حاملگی مجدد نخواهند بود و در عین حال باید از یک روش جلوگیری نیز استفاده نمایند، فرم رضایتنامه توسط بیماران امضا شد و پس از انجام بررسیهای لازم قبل از عمل، بستری شدند و تحت بیهوشی عمومی، عمل تخریب آندومتر در حین انفوزیون آب مقطر به داخل رحم، انجام شد.

آندومتر در سه بیمار اول در بیمارستان قائم (عج) طی سالهای ۱۳۷۲-۱۳۷۳ به وسیله رزکتوسکوپ اورولوژی حذف شد. در سایر بیماران در بیمارستانهای امید و امام رضا (ع) طی سالهای ۱۳۸۲-۱۳۸۱ تخریب آندومتر با استفاده از غلتک اورولوژی با همکاری آقای دکتر مهدوی دانشیار گروه اورولوژی انجام شد. در همه موارد تحت بیهوشی عمومی و در

بررسی ۲-۳ ماه بعد ۵۰٪ کاهش مقدار خونریزی مشاهده شد و ۳ بیمار (۲۷/۲٪) (به جز موردی که از قبل یا نشه بود) دچار آمنوره شدند که از آمار سایرین کمتر است. احتمالاً به این علت که تخریب عمیق صورت نگرفته بود، به همین سبب با وجود آنکه در گزارشات عدیده ای عارضه پر فوراسیون در حین عمل تا حدود ۶٪ نیز گزارش شده است، ما در هیچکدام از بیماران پر فوراسیون رحم حین عمل نداشتیم. همچنین هیچیک از بیماران ما دچار سایر عوارضی که در مطالعات دیگران ذکر شده از قبیل اختلالات الکترولیتی، خونریزی حین عمل، سوختگی اعضاء تناسلی به علت انتقال الکتریسیته، عفونت پس از عمل و درد شدید نشدند.

در بعضی مطالعات از تخریب آندومتر در درمان هیپرپلازی آندومتر نیز استفاده می شود (۴). ما در این مطالعه به علت نداشتن تجربه کافی در این زمینه و احتمال شکست در درمان، مبتلایان به هیپرپلازی را وارد مطالعه نکردیم.

طول مدت عمل در اولین بیمار ما یک ساعت و در آخرین بیمار یک ربع بود که قابل مقایسه با دامنه زمانی در مطالعه ای است که در سال ۲۰۰۲ انجام گرفته است (۴۵-۴۵ دقیقه) (۶). تفاوت طول مدت عمل در بیمار اول و آخر به نظر ما مربوط می شود به کسب تجربه بیشتر در طول مدت زمان.

نکته جالبی که در انجام تخریب آندومتر به نظر ما رسید و وضوح دید بهتر در بیمارانی بود که قبلاً تویکتومی شده بودند

این مسئله خود می تواند زمینه یک تحقیق دیگر باشد.

نتیجه گیری:

این مطالعه نشان میدهد که تخریب آندومتر با بکار بردن رزکتوسکپ و غلتک اورولژی روش مناسب و کم عارضه ای است که میتواند در بسیاری از موارد جایگزین خوبی برای عمل پر هزینه و پر عارضه هیستریکتومی باشد.

تقدیر و تشکر:

بدینوسیله از همکاری گروه اورولژی بیمارستان قائم (عج)، آقای دکتر نگین تاج، آقای زرین، آقای داوطلب که در سالهای ۱۳۷۳-۱۳۷۲ جهت بکارگیری رزکتوسکپ اورولژی در عمل تخریب آندومتر همکاری نمودند و معاونت محترم پژوهشی که در قالب طرح پژوهشی انجام این عمل را از سال ۱۳۸۱ پشتیبانی می فرمایند تشکر می نمایم.

ولی بقیه بیماران روز بعد از عمل ترخیص شدند. هیچکدام از بیماران نیاز به هیستریکتومی بعدی پیدا نکردند. در نظر خواهی ۳ ماه بعد ۹ نفر از ۱۱ بیمار (۷۲/۷٪) از عمل انجام شده راضی بودند.

بحث:

خونریزی غیر طبیعی رحمی علامتی است که در ۳۰٪ جمعیت زنان بالغ بروز می کند و سبب مراجعه شایع بیماران به متخصصین زنان میگردد. بیمارانی که علائم آنها بهبود نمی یابد نمی توانند هورمون درمانی شوند، لازم است تحت عمل جراحی قرار گیرند. در گذشته این عمل عبارت بوده است از هیستریکتومی که در ۱۰۰٪ موارد سبب بهبود بیماران میشود ولی هزینه زیادی می برد ضمن آنکه عوارض آن به عنوان یک عمل بزرگ قابل چشم پوشی نیست. تکنیکهای جراحی بی عارضه تر از سال ۱۹۸۰ میلادی (۱۳۶۵ شمسی) برای درمان منورژی با پیدایش اعمال تخریب کننده آندومتر امکان پذیر شد (۳).

این روشها ابتدا شامل روشهای بود که با آن میشود حفره رحم را در ضمن مشاهده توسط الکتریسیته یا لیزر تخریب نمود. در تکنیکهای جدیدتر تخریب آندومتر بدون نیاز به مشاهده داخل حفره رحم با تولید سرما یا گرما در داخل رحم صورت می گیرد.

در تخریب آندومتر به روش الکتریکی تماس رزکتوسکپ یا غلتک با آندومتر و عبور الکتریسیته سبب تخریب و نکروز آندومتر می شود بنابراین هر چه آندومتر نازکتر باشد موفقیت بیشتر خواهد بود لذا ایجاد آتروفی در آندومتر قبل از عمل بر نتایج درمان اثر میگذارد. در یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ در بلغارستان قبل از تخریب آندومتر بیماران را به دو دسته تقسیم میکنند به گروه اول آگونیست GnRH میدهند و به گروه دوم هیچ دارویی نمیدهند پس از تخریب آندومتر در ۶۲/۷٪ افراد گروه اول آمنوره ایجاد می شود در حالیکه در بیمارانی که هیچ دارویی مصرف نکرده اند ۲۷/۲٪ آمنوره مشاهده می شود. همچنین در گروه اول طول مدت عمل نیز کوتاه تر بوده است (۵). از داروهای دیگر از جمله دانازول و پروزستینها نیز می شود استفاده کرد (۶). ما در این مطالعه برای ایجاد آتروفی در آندومتر از مدروکسی پروزسترون خوراکی استفاده نمودیم.

تخریب آندومتر در ۸۰٪ موارد با ایجاد آمنوره یا هیپومنوره سبب بهبود بیمار میشود. در مطالعه ما در

جدول ۱:

نتایج تخریب آندومتر در ۱۱ بیمار که برای پیگیری مراجعه کردند در سالهای ۱۳۷۲ و ۱۳۸۲-۱۳۸۱ در بیمارستانهای دانشگاهی مشهد

تعداد=۳ (۲۷/۳٪)	آمنوره
تعداد=۶ (۵۴/۵٪)	بیمارانی که خونریزی آنها کم شده
۵۰٪	میانگین در صد کاهش خونریزی
تعداد=۲ (۱۸/۲٪)	بیمارانی که خونریزی آنها فرقی نکرده
تعداد=۸ (۷۲/۷٪)	بیمارانی که از نتایج عمل تخریب آندومتر راضی بودند

خلاصه:

هدف:

ارزیابی اثرات درمانی و عوارض تخریب آندومتر بوسیله رزکتوسکپ و غلتک اوروژی.

روش کار:

۱۳ بیمار مبتلا به منوراژی با بیهوشی عمومی تحت عمل تخریب الکتریکی آندومتر قرار گرفتند. پیگیری بیمار از در ۳-۲ ماه بعد گزارش شد. چهار بیمار قبلاً تحت عمل بستن لوله های رحم قرار گرفته بودند و چهار بیمار سابقه سزارین داشتند.

نتایج:

هیچگونه عارضه عمل جراحی اتفاق نیفتاد. ۹ نفر (۸۰٪) در ماه اول پس از عمل منوراژی داشتند. ۶ بیمار (۵۴/۵٪) کاهش مشخصی را در خونریزی قاعدگی ۳-۲ ماه پس از عمل ذکر کردند. آمنوره در ۳ بیمار (۲۷/۳٪) اتفاق افتاد. هیچکدام از بیماران نیاز به هیستریکتومی بعدی پیدا نکردند.

نتیجه گیری:

عمل تخریب آندومتر بوسیله رزکتوسکپ و غلتک اوروژی سبب بهبود منوراژی میگردد و میتواند جایگزین خوبی برای عمل هیستریکتومی باشد.

کل واژگان:

آندومتر، رحم، برداشتن رحم، تخریب الکتریکی

References:

1. De Grandi P, el Din A. Endometrial ablation for the treatment of dysfunctional uterine bleeding using balloon therapy. *Contrib Gynecol Obstet* 2000;20:145
2. Neuwirth R S. Cost effective management of heavy uterine bleeding: ablative methods versus hysterectomy. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology* 2001;13:407-410
3. Pitkin R M, Scott J R. Endometrial Ablation: Electrocautery and Laser Techniques. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. First ed. Copyright by Lippincott Williams & Wilkins. 2000;575-583
4. Minassian VA, Mira JL. Balloon thermoablation in a woman with complex hyperplasia with atypia. A case report. *J Reprod Med* 2001 Oct;46(10):993
5. Tufekchieva E, Nikolov A. Hysteroscopic ablation of the endometrium in cases of dysfunctional uterine bleeding-advantage of preparation including Zoladex. *Akush Ginekol (Sofia)* 2002;41(2):30-4
6. Fucikova Z, Toth D, Hruskova H, et al. Endometrial ablation-prospective 5-year follow-up study. *Ceska Gynekol* 2000 Nov;65(6):417-9