

# مقایسه روشهای مختلف آماده سازی آندومتر قبل از تخریب آن در مبتلایان به خونریزی غیر طبیعی واژینال

نویسندگان:

دکتر منصوره ومدت\*

متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران حضرت رسول

دکتر فاطمه اعتصامی

متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران حضرت رسول

دکتر محمد باقر رحیمی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

## Abstract:

**Objective:** Endometrial ablation is an alternative method in abnormal uterine bleeding. For increasing the effect of the procedure some, prior treatment is used.

**Methods:** In purpose of comparing the effects of these treatments in a clinical trial , 45 patients with uterine bleeding candidates for hysterectomy, were divided in to 3 groups. All cases have normal biopsy. One group received 20 mg medroxy progesterone acetate daily for 4 weeks before surgery; one group underwent curettage for 3 min before endometrial ablation, and the last group was control group.

Then all patients underwent roller ball endometrial ablation for 3 to 5 min. before hysterectomy.

Pathologist measured the depth of burned area.

**Results:** Burned depth in curettage group was significantly higher than hormone therapy and control groups ( $P < 0.05$ ). Meanwhile, difference between hormone therapy and control group was not significant.

**Conclusion:** Therefore mechanical treatment before endometrial ablation is an effective, cheap procedure without side effects.

**Key words:** Endometrial ablation, abnormal Uterine bleeding, Curettage .

سال پنجم  
شماره دهم و یازدهم  
بهار و تابستان ۸۱

مجله  
زنان و نازایی  
مأمالی و پرزایی

\* تهران : یوسف آباد - ابن سینا بین خیابان ۱۳-۱۱ پلاک ۱۲ طبقه چهارم غربی دکتر منصوره وحدت

## مقدمه:

خونریزی رحمی غیر طبیعی جزء علل شایع مراجعه خانمها به درمانگاههای زنان است. درمان این بیماری در وهله اول هورمون درمانی یا کورتاژمی باشد در گذشته در صورت مقاومت به دو روش فوق از هیستریکتومی استفاده می شد که تهاجمی و همراه با عوارض زیادی می باشد(۱). امروزه از روش تخریب آندومتر به عنوان جایگزین استفاده می شود که روشی کم هزینه تر، با بستری کوتاهتر و مدت جراحی کمتر است(۱). به منظور افزایش موفقیت این عمل باید اندازه رحم و همینطور ضخامت آندومتر به حداقل تقلیل یابد، هرچند بعضی نویسندگان موفقیت بالایی در درمان خونریزی رحمی بدون آمادگی سازی آندومتر به شکل تخریب داشته اند(۲)، ولی در جهت کاهش ضخامت آندومتر توسط سایرین روشهای مختلفی از جمله روشهای هورمونی (GnRH)، دانازول، ... و یا میکانیکی (D&C) بدین منظور به کار می روند (۲،۳،۴،۵،۷). در مطالعات مختلف روشهای آمادگی مختلف مورد بررسی گرفته و نتایج درمانی آنها با هم مقایسه شده اند. در مطالعات Romer و بسیاری مطالعات دیگر بر این نکته تأکید شده است که علی رغم نتایج درمانی بهتر با روش مکانیکی عواملی چون سن بیمار، سایز رحم، تاریخچه قاعدگی دردناک و حضور آدنومیوز در نتایج به کارگیری ایجاد آمادگی با دیلاتاسیون و کورتاژ موثر است.

## مواد و روشها:

در این کار آزمایی بالینی تصادفی به منظور مقایسه نتایج درمانی روشهای آمادگی قبل از تخریب آندومتر در خانمهای مراجعه کننده به درمانگاه زنان مجتمع رسول اکرم (ص) طی فروردین ۱۳۸۰ تا شهریور ۱۳۸۱ که مبتلا به خونریزی غیر طبیعی رحمی بودند و کاندید عمل جراحی هیستریکتومی شده بودند وارد مطالعه شده،

و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در یک گروه به مدت چهار هفته هورمون تراپی با پروژسترون استات ۲۰mg در روز انجام شد (آمادگی هورمونی). در گروه دوم قبل از تخریب آندومتر، به مدت سه دقیقه تحت کورتاژ آندومتر قرار گرفتند (آمادگی مکانیکی). گروه سوم تحت هیچ آمادگی قرار نگرفت (بدون آمادگی) عمل جراحی در ابتدای فاز پرولیفراتیو انجام شد. پس از اندازه گیری مجدد سایز رحم با هیسترومتر اقدام به دیلاتاسیون دهانه رحم با بوژی تا شماره ۹ گردید. و گروه آمادگی مکانیکی در این مرحله سه دقیقه تحت کورتاژ آندومتر قرار گرفتند. سپس تحت دید هیستروسکوپ Olympus با کالیبر ۸mm، رحم با دکستروز ۵٪ تا فشار ۷۰mmHg مورد اتساع قرار گرفت. تخریب الکتریکی با استفاده از غلتک انجام شد. یک الکترود توپی ۳/۷mm وارد حفره رحمی شد. انرژی مورد استفاده ۴۰ تا ۶۰ وات و سرعت حرکت الکترود یک سانتیمتر در دقیقه بود. تخریب از بالا به پایین از قله رحم به دهانه رحم انجام شد و ناحیه اندوسرویکس مورد تخریب قرار نگرفت. جهت کاهش زمان بیهوشی تنها یک منطقه مورد تخریب قرار گرفت و سپس همه بیماران مورد هیستریکتومی قرار گرفتند: رحم پس از خارج شدن شکافته شد، ناحیه مورد تخریب با بخیه علامتگذاری گردید و پس از قرار دادن در فرمالین جهت آسیب شناسی ارسال شد تا ضخامت آندومتر در محل تخریب و نیز در مجاورت آن اندازه گیری شود و عمق سوختگی تعیین گردد. کلیه اعمال جراحی توسط اساتید بیمارستان رسول اکرم (ص) انجام گرفت.

## نتایج:

میانگین سن افراد شرکت کننده در مطالعه

ضخامت آندومتر در نواحی تخریب شده نیز در گروه شاهد (میانگین و SD) به ترتیب  $11/68$  و  $3/03$  mm و در گروه هورمون تراپی  $10/84$  و  $0/3$  mm و در گروه D&C  $10/92$  mm و  $0/29$  بود به نحوی که در افراد تحت D&C ضخامت آندومتر تخریب شده بطور میانگین  $0/82$  میلیمتر کمتر از افراد گروه کنترل بود. Tukey HSD P value <  $0/04$

ولی ضخامت آندومتر در نواحی تخریب شده در گروه دارویی با D&C اختلاف آماری معنی داری نشان نمی داد (نمودار ۲).



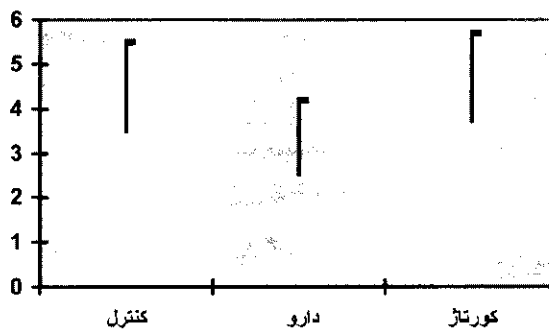
نمودار ۲: میانگین ضخامت آندومتر در نواحی تخریب شده در گروههای مختلف بیماران مبتلا به خونریزی غیر طبیعی رحم در بیمارستان حضرت رسول در سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱

میانگین و انحراف معیار اختلاف ضخامت آندومتر در نواحی که تخریب الکترونیکی شده بودند در برابر سایر بیماران به ترتیب  $11/68$  و  $0/15$  mm بود. این مقادیر در گروه شاهد  $10/84$  و  $0/21$  mm، در گروه هورمون تراپی  $10/92$  و  $0/16$  mm و در گروه D&C  $10/86$  mm و  $0/29$  mm

۴۸/۲۴ سال بود و توزیع سنی آنها از توزیع نرمال پیروی می کرد.

(Kolmogrov Smirnov P Value = 29%)

میانگین سن افراد در سه گروه اختلاف آماری معنی داری نداشت. میانگین طول رحم در کل بیماران  $6/03$  cm بود که در گروه کنترل  $7/8$  cm، گروه آمادگی هورمونی  $7/85$  cm و در گروه D&C  $8/41$  cm بود و میانگین طول رحم در گروههای مورد مطالعه اختلاف آماری معنی داری نداشت. میانگین ضخامت آندومتر در نواحی تخریب نشده در کل بیماران  $4/26$  mm و  $0/25$  SD در نواحی تخریب شده  $11/1$  و  $0/17$  SD بود. میانگین ضخامت آندومتر در نواحی تخریب نشده در گروه شاهد  $4/53$  و  $0/41$  SD، در گروه هورمون تراپی  $3/64$  و  $0/27$  SD و در گروه D&C  $4/8$  و  $0/48$  SD بود و بین گروههای مختلف اختلاف آماری معنی دار وجود نداشت. (Anova P value =  $0/075$ ) (نمودار ۱).



نمودار ۱: میانگین ضخامت آندومتر در نواحی تخریب نشده در گروههای مختلف بیماران مبتلا به خونریزی غیر طبیعی در بیمارستان حضرت رسول (۸۱-۱۳۸۰)

دو گروه کنترل و هورمون درمانی بود، در حالی که این اختلاف بین گروه شاهد و هورمون درمانی به چشم نمی خورد. در مطالعات انجام شده تا زمان مطالعه حاضر نیز در اکثر موارد طی نتایج مشابهی معلوم شده است که کورتاژ قبل از تخریب آندومتر تأثیر مثبتی بر نتایج تخریب آندومتر دارد (۹، ۸). در مورد آمادگی هورمونی نیز نشان داده شده است که GnRH و دانازول نقش مؤثری در عمق تخریب دارند در حالی که این تأثیر در مورد پروژسترون مشابه بوده است (۵) که این یافته نیز در تایید نتایج این مطالعه می باشد.

### نتیجه گیری:

در نهایت طبق یافته های این پژوهش نتیجه می گیریم که آمادگی مکانیکی به روش دیلاتاسیون و کورتاژ حین تخریب آندومتر توسط غلتک موثرتر از درمان هورمونی با مدروکسی پروژسترون استات ۲۰mg روزانه به مدت چهار هفته و همینطور روش دریافت آمادگی است. بنابراین با توجه به عدم نیاز به زمان جهت آمادگی و نیز آسان و ارزان بودن روش دیلاتاسیون و کورتاژ و نیز عدم عوارض مصرفی داروها این روش به عنوان روشی بهینه در ایجاد آمادگی برای تخریب آندومتر قابل توصیه است. همچنین لازم به ذکر است با توجه به آسان و در دسترس بودن روش تخریب الکتریکی آندومتر با استفاده از غلتک و نیز سرپائی بودن این روش، کاربرد آن به جای عمل وقت گیر و بالقوه خطرناک هیستریکتومی در صورت امکان، نقش مؤثری در کنترل عوارض و درمان خونریزی غیر طبیعی مقاوم به درمان رحمی خواهد داشت (۱۰، ۱۱، ۱۲).

در نهایت با توجه به نتایج مطالعه حاضر، علی رغم خونریزی پس از دیلاتاسیون و کورتاژ و محدودیتی که در دید جراح ایجاد می کند، به جهت ارزان و در دسترس بودن می توان بصورت گسترده از آن استفاده کرد.

۰/۳ بود که بین مقادیر یاد شده در گروههای مختلف مورد مطالعه اختلاف آماری معنی داری موجود بود. ( $Anova P value < 0/001$ ) به نحوی که اختلاف ضخامت در گروه D&C به طور متوسط  $1/24 mm$  بیشتر از گروه کنترل ( $Tukey HSD Post P value < 0/01$ ) و  $1/02 mm$  بیشتر از گروه هورمون تراپی بود. ( $Tukey HSD Post P value < 0/01$ )

(نمودار ۳)



نمودار ۳: میانگین ضخامت آندومتر در نواحی تخریب شده در گروههای مختلف بیماران مبتلا به خونریزی غیر طبیعی رحم در بیمارستان حضرت رسول در سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱

### بحث:

بین سه گروه مورد مطالعه از نظر سن، اندازه رحم و ضخامت اولیه آندومتر اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت و این به معنی یکسان بودن شرایط می باشد. میزان عمق سوختگی در گروه دیلاتاسیون و کورتاژ بطور معنی داری بیشتر از

## خلاصه:

### هدف:

تخریب آندومتر روش جایگزین هیستریکتومی در مبتلایان به خونریزی غیر طبیعی رحمی میباشد جهت افزایش اثر آن از روشهای آمادگی مختلفی قبل از تخریب آندومتر استفاده میشود هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر این روشها و مقایسه آنهاست.

### روش انجام کار:

در یک کارآزمایی بالینی، ۵۰ بیمار مبتلا به خونریزی غیر طبیعی رحمی با اندازه رحمی کمتر از ۱۲cm که جهت هیستریکتومی انتخاب شدند و نمونه بافتی آنها طبیعی بود بطور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند در یک گروه ۲۰mg مدروکسی پروژسترون استات روزانه به مدت ۴ هفته تجویز شد، یک گروه تحت کورتاژ به مدت ۲ دقیقه قبل از تخریب آندومتر قرار گرفتند و گروه سوم گروه شاهد بودند و سپس همه بیماران به مدت ۳ تا ۵ دقیقه تحت تخریب آندومتر به روش roller ball قبل از هیستریکتومی قرار گرفتند. عمق سوختگی آندومتر توسط متخصص آسیب شناسی تعیین شد.

### نتایج:

میزان عمق سوختگی به طور معنی داری در گروه کورتاژ شده بیشتر از گروه هورمون درمانی و شاهد بود ( $p < 0.05$ ) در حالی که این اختلاف بین گروه هورمون درمانی و شاهد معنی دار نبود.

### نتیجه گیری:

بنابراین آمادگی مکانیکی آندومتر بصورت انجام کورتاژ قبل از تخریب آندومتر روش مؤثر، ارزان و بدون عارضه جانبی می باشد.

کلید واژه ها: تخریب آندومتر، خونریزی غیر طبیعی رحمی، کورتاژ

**Reference:**

- 1 Baggish, M Barbot J, valle R. Diagnostic and operative Hysteroscopy "second edition , 284 -305 , 1999 Michael .S. Baggish.
- 2 Sutton C. Diamond M P. Endoscopic surgery for Gynecologists" second edition , 581-621 , 1998 Chis Sutton.
- 3 Dorothy N . kammerer D , Rogers R.G, Endometrial ablation: Electorcautery and laser" C.O.G. , 2000 43: 561-574 .
- 4 Yin CS, Wei Ry ,chao Te , et al. Hysteroscopic endometrial ablation without endometrial preparation. int J.Gynecol Obstet. 1998 Aug; 62(2): 167-172.
- 5 Romer T. Hormonal inhibition of endometrium for transcervical endometrial ablation. Eur J. obstet Gynecal. 1997; 74 : 201-203.
- 6 Richard j , Gimpelson M . D. kaigh J. Mechanical preparation of the endometrium prior to endometrial ablation" j . of Reproductive medicine. 1998; 22 641 -694 .
- 7 seidman Ds , Bitman G , Hard s. The effects of increasing age on the outcome of hysteroscopic endometrial resection for management of DUB. j. Am Assoc Laparosc. 2000; 7: 115-119.
- 8 Eskandor MA, Tumman Is . Hysteroscopic endometrial ablation is an effective alternative to hysterectomy in woman with menorrhagia Large uteri. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000 3 ; 334-345.
- 9 Shamonki MI , Badger Gy. Prediction of endometrial ablation success according to preoperative findings." Am. J obstet Gynecol. 2000 ; (5) 1005-1007.
- 10 Mccausland M , Vance M, Mc Caus Land , BS . Depth of endometrial penetration in adenomyosis helps determine outcome of roller ball ablation. j . of obstetrics & Gynecology . 1996 (16) : 1786-1794.
- 11 Vale RF . Roller ball endometrial ablation C.O.G. 1996 ; 299-316.
- 12 Rnock JA. Jones HW . Principles of electrosurgery as Applied to Gynecology in: Soderstrom R . Te Lined ,s Operative Gynecology 9 th ed . Lippincott Williams & Wilkins , 2003 vole .2: 291- 308.