

بررسی ۴۱ مورد آدنومیوز در بیمارستان حضرت زینب (س) از دیماه ۷۸ لغایت بهمن ۸۰

دکتر عطیه منصوری*، دکتر پریسا انصافی**

خلاصه

آدنومیوز بیماری است که اغلب بعد از هیستریکتومی در پاتولوژی مطرح می‌شود رویکرد طب مدرن تشخیص بیماری و درمان طبی می‌باشد، بررسی فاکتورهای مرتبط می‌تواند در تشخیص بالینی راهگشا باشد با این هدف از دیماه ۷۸ لغایت بهمن ماه ۸۰، ۱۳۱ مورد پرونده بیماران هیستریکتومی در بیمارستان حضرت زینب (س) مورد بررسی قرار گرفت.

شیوع: ۳/۳۱٪ و پیک سنی دهه پنجم بود. شایعترین علائم AUB درد لگنی، دیس منوره ثانویه بوده و در اکثر موارد در پاتولوژی سائز رحم نرمال گزارش شده بود. و ۵/۱۹٪ همراهی با لیومیوم، که ۵۴٪ موارد رحم بزرگتر از حد نرمال بود به هر حال با شرح حال و معاینه دقیق و بررسی‌های تکمیلی قبل از هیستریکتومی می‌توان آدنومیوز را مورد شک قرار داد و با درمان طبی از جراحی‌های بی‌مورد پرهیز کرد.

کلمات کلیدی: آدنومیوز، هیستریکتومی

* - متخصص بیماریهای زنان، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی مشهد ** - رزیدنت زنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

توجه به اینکه اساس تشخیص آدنومیوز، مشاهده غدد اندومتریال و استروما در زیر جاکشن آندومتریال حداقل در یک L.PF است. (۲)(۴)، ۴۱ مورد مبتلا به آدنومیوز بودند.

با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده این بیماران میانگین سنی بیک سنی ابتلا، گراند مولتی پاریته (>5) شیوع علایم همراه، سابقه سقط و سزارین، روش پیشگیری از حاملگی قبلی، وضعیت یائسگی و مصرف هورمون، بزرگی سائز رحم، پاتولوژی (>8mm) و همراهی با سایر پاتولوژی‌های گزارش شده، بررسی شد.

نتایج

در ۱۳۱ مورد بیمار هیسترتکومی شده در بیمارستان حضرت زینب از تاریخ دی ماه ۱۳۷۸ لغایت بهمن ماه ۱۳۸۰ شیوع آدنومیوز ۳۱/۳٪ بود (n=41) میانگین سنی بیماران ۴۷/۶ سال و بیک سنی ابتلا ۴۵-۵۰ سال بود که به این ترتیب ۶۳/۵٪ بیماران در این محدوده قرار داشتند ۹/۷٪ بیماران یائسه بودند. (جدول توزیع فراوانی شماره ۱) ۶۸/۲٪ آنها پاریته بیش از ۵ داشتند.

در این بررسی شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به ترتیب AUB (۷۳/۲٪)، درد لگنی (۲۱/۹٪)، دیس منوره ثانویه (۴/۹٪) بود. و بطور کلی علایم و مشکلات بیماران عبارت بودند از:

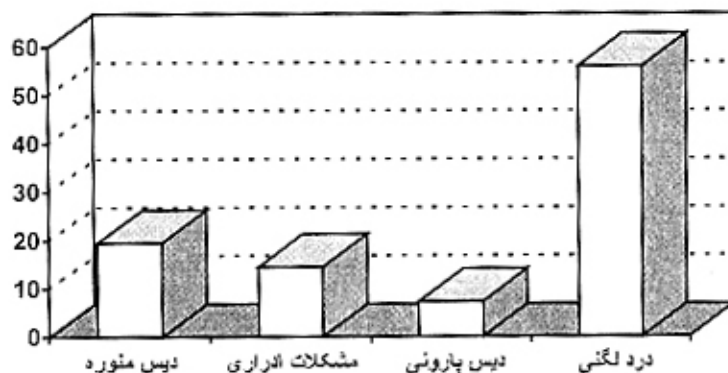
AUB (۷۸٪)، درد لگنی (۵۶٪)، دیس منوره ثانویه (۱۹/۵٪)، مشکلات اداری (۱۴/۵٪) و دیس پاروینی (۷/۳٪) (نمودار شماره ۱).

آدنومیوز بیماری است که در آن رشد غدد آندومتریال و استروما در عمق میومتر اتفاق می‌افتد. معمولاً بدون علامت است و در موارد علامتدار بیمار از منوراژی و دیس منوره شاکی است (۱)(۲)(۳) قبلاً تشخیص آن فقط بر مبنای پاتولوژی و بعد از هیسترتکومی بود. (۴) ولی در طب پیشرفته با سونوگرافی و اژینال و MRI قادر به تشخیص بوده (۵)(۶)(۷)(۸)(۹)(۱۰) و با GnRH آگونیست براحتی قابل درمان است. (۷)(۸)(۹)

با بررسی فاکتورهای مرتبط با آن می‌توان بطور بالینی این تشخیص را مد نظر قرار داد و از اعمال جراحی بی‌مورد پیشگیری کرد. بر این اساس، در این مطالعه ما تاثیر فاکتورهای سن، پاریته، علایم موجود، وجود یائسگی، سابقه سقط و سزارین روشهای جلوگیری از بارداری، سابقه مصرف هورمون سائز رحم در پاتولوژی و همراهی با سایر پاتولوژی‌ها را بررسی نموده‌ایم تا در تشخیص بالینی بتوانیم از آنها استفاده لازم را ببریم.

روش کار:

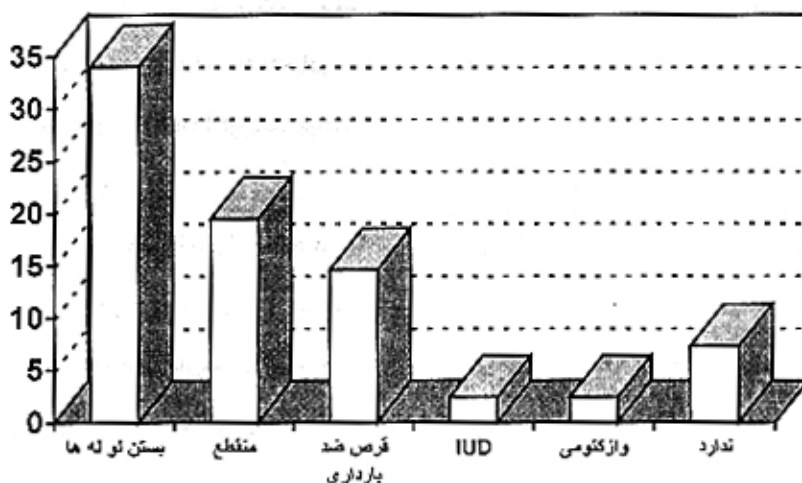
در این مطالعه گذشته نگر توصیفی، پرونده ۱۳۶ بیمار که از تاریخ دیماه ۱۳۸۰ لغایت بهمن ۱۳۸۰ در بیمارستان حضرت زینب (س) تحت عمل هیسترتکومی قرار گرفته بودند بررسی شد. ازاین تعداد ۵ مورد به دلیل ناکافی بودن اطلاعات حذف شد. در پرونده بقیه بیماران گزارش پاتولوژی مورد بررسی قرار گرفت. با



نمودار شماره ۱: شیوع علایم همراه با آدنومیوز در بیماران مبتلا در بیمارستان حضرت زینب (س)

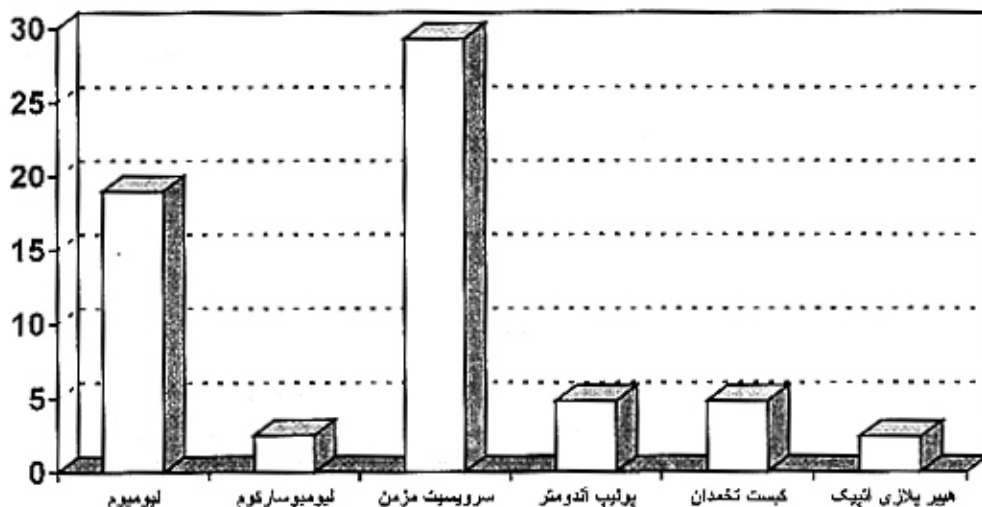
بستن لوله (۱/۳۴٪) روش منقطع (۵/۱۹٪) و قرص ضد بارداری (۴/۱۴٪) IUD (۴/۲۲٪)
واژکتومی ۴/۲٪ و ۳/۷٪ بیماران از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند.
(نمودار شماره ۲)

در سابقه بیماران ۷/۹٪ سزارین و ۲۲٪ سقط زودرس گزارش شده است و ۳/۴۶٪ بیماران جهت کنترل خون ریزی هورمون مصرف کرده بودند.
روش پیشگیری از بارداری در بیماران غیر یائسه عبارت بود از:



نمودار شماره ۲: شیوع روش های جلوگیری از بارداری در بیماران مبتلا به «آدنومیوز» در بیمارستان حضرت زینب (س)

در پاتولوژی سایز رحم در ۴/۶۲٪ طبیعی و در ۶/۳۶٪ بزرگتر از حد طبیعی بود.
۵/۱۹٪ بیماران علاوه بر آدنومیوز، میوم داشتند و ۵۴٪ از مواردی که رحم بزرگتر از حد طبیعی داشتند مبتلا به میوم بودند. سایر موارد گزارش شده در پاتولوژی عبارت بودند از:
سرئوسیت مزمن (۳/۲۹٪) لیومیوسارکوم (۵/۲٪)، پولیپ آندومتر (۸/۴٪) کیست تخمدان (۸/۴٪) هیپرپلازی آئبیک (۴/۲٪) (نمودار شماره ۳)



نمودار شماره ۳: شیوع پاتولوژی های همراه گزارش شده در بیماران مبتلا به آدنومیوز در بیمارستان حضرت زینب (س)

بحث و نتیجه گیری

می‌دهد (۲)(۴)(۱۲) و دیس منوره ثانویه با فراوانی ۳۴٪ (۱۲) و ۲۵٪

(۴) (۱۰) در این بیماری شایع است.

در بیماران مورد بررسی ۹۷٪ سابقه سزارین و ۲۲٪ سقط زودرس را ذکر می‌کرده‌اند، که در یک مقاله ۲۲٪ و ۶۰٪ بود (۱۲) احتمالاً تفاوت معنی دار موجود در گروه مربوط به بالا بودن سقط انتخابی در کشورهای دیگر می‌باشد. در بیماران ما، هیچکدام سابقه سقط انتخابی وجود نداشت در مورد روش جلوگیری از بارداری در مطالعه ما ۳۴/۱٪ بستن لوله ۱۹/۵٪، روش منقطع، ۱۴/۶٪ قرص ضد بارداری بود اما در سایر مطالعات و مراجع ارتباط خاصی ذکر نشده است. در این بررسی ۶۲/۴٪ موارد رحم با سایز طبیعی و ۱۹/۵٪ همراهی بالیومیوم وجود داشت و نکته جالب اینکه ۵۴٪ از رحم‌های بزرگتر از نرمال همراه با بالیومیوم بود، به هر حال در اکثر مآخذ ذکر می‌شود که رحم غالباً بزرگتر از حد طبیعی می‌باشد (۱) (۲) (۶) (۱۰) و همراهی بالیومیوم ۵۰٪ (۳) (۴) و در یک مطالعه ۶۲٪ (۱۲) ذکر شده است. نتایج بدست آمده در مطالعه‌ای که Leung در ۱۹۹۶ انجام داده تأیید می‌شود. در این مطالعه نیز اثبات شده که آدنومیوز به تنهایی در رحم‌های کوچک و بزرگی رحم معمولاً در همراهی بالیومیوم می‌باشد. (۱۳)

به هر حال با توجه به اینکه شایعترین علت مراجعه بیماران مبتلا به آدنومیوز منوراژی است توصیه می‌شود در کلیه بیماران احتمال آدنومیوز در نظر گرفته و با شرح حال و معاینه دقیق مورد شک بالینی قرار گیرد تا از جراحی‌های بی مورد پرهیز شود. (۶) (۵) (۱۱)

آدنومیوز بیماری است که باعث AUB و درد لگنی در بیماران می‌شود. تشخیص قطعی بر مبنای یافته‌های پاتولوژیک صورت می‌گیرد. اما یافته‌های جدید بر رویکردهای درمان طبی تکیه دارند (۴) (۶) (۸) (۹) (۱۰)

و با توجه به اینکه خونریزی‌های رحمی دیس فاکشنال (DUB) اغلب با ablation درمان می‌شود و آدنومیوز باعث شکست این روش است. (۵) (۶) (۱۱) بررسی علایم و نشانه‌ها و فاکتورهای همراه در کمک به تشخیص و درمان طبی این بیماران مؤثر می‌باشد. در این مطالعه این عوامل را با استفاده از نتیجه پاتولوژی بررسی نموده‌ایم. طی مدت ۲ سال در بیماران ۱۳۱ بیمار هیستریکتومی شده ۳۱/۳٪ آدنومیوز وجود داشت.

در گزارشات مختلف شیوع متفاوت ذکر شده است ک ۸۶٪ (۲)، ۳۳٪ (۱)، ۲۰٪ (۴)، ۲۸٪ (۱۲)

در این بررسی محدوده سنی بیماران ۴۰-۵۰ سال بود که در مطالعات موجود نیز بیک سنی در دهه پنجم ذکر شده است در آمار بدست آمده ۹/۷٪ بیماران در سن یائسگی قرار داشتند که حدود ۵-۱۵ درصد مطالعات قبلی است (۳)

۶۸/۲٪ بیماران مپارایته بیشتر از ۵ داشتند که در مآخذ دیگر نیز تا ۸۰٪ در افراد مولتی پار ذکر شده است (۴)

در مطالعه ما: ۷۳/۲٪ بیماران مبتلا به منوراژی بودند و سایر علایم به ترتیب شیوع درد لگنی (۲۱/۹٪) و دیس منوره ثانویه (۴/۹٪) بود. با توجه به مآخذ منوراژی ۷۱-۲۲ درصد علت مراجعه را تشکیل

جدول ۱- توزیع فراوانی بر حسب سن در بیماران مبتلا به آدنومیوز در بیمارستان حضرت زینب (س)

از دیماه ۷۸ لغایت بهمن ۸۰

سن	کمتر از ۴۰ سال	۴۰-۵۰ سال	۵۱-۶۰ سال	بیشتر از ۶۰ سال
تعداد	۴	۲۶	۱۰	۱
درصد	۹/۷	۶۳/۵	۲۴/۳	۲/۵

Adenomyosis : analysis of 41 cases At Zeinab - hospital From jan- 2000 to Feb - 2002.

Abstract:

Adenomyosis is a diagnosis that presents after hystrectomy and . pathologic studies the dirction of modern medicine is a clinical diagnosis and medical treatment . clinical factors related is helpful in clinical diagnosis. From january 2000 till february 2002,131 patients whom operated (hystrectomy) in Zeinab hospital were studied . The incidence of disease, was 31.3% and the peak, was in the fifth decade .

The most common symptoms was:AUB, pelvic pain and secondary dysmenorrhea ,In most cases size of uterin was reported as normal and in 19.5% was accomplished with leiomyoma and in 45% larger than normal.

We can aniticipate adenomyosis with description and careful examination and with medical treatment was avoided from adventitious surgery .

Key words: Adenomyosis,Hystrectomy.

References:

- 1- Ben Assia N, Berriri H., Gara F.2001. Adenomyosis : Analysis of 35 cases Tunes med;79 (8-9) : 441 - 51.
- 2- Berek J.S, Adashi E,Hillard P.,1996. Novak'sGynecology. 12 th ed. williams and wilkin's; 412- 413.
- 3 - Cosson M.delest A.,Querlen D. 1997 . what Role should hystrectomy play in benign uterin lesions ? Contracept fertil . sex .25 (2) ; 112 - 9.
- 4- Danforth DN,1997 Obstetrics and Gynecology. 3-rd, Newyork Harper and Row;943 - 953.
- 5- Hirata J.D., Moghiss K.S.1993. Ginsburg K.A., pregnancy after medical therapy of adenomyosis with a GuRH agonist fertil steril.59:444.
- 6- Kenneth J.,Berkowitz. R.S, Barbieri R.L.1999. Kistner's Gynecology and women's health. 7 th , Mosby. 127-129.
- 7 - Leugar M.,1996 The enlarged uterus relation of uterein size to symptoms and histopathologic findings . JRerod. med ;41(3):166-70.
- 8- Nelson Jr , Corson S.I.1993.long - term management of adenomyolis with Gn-RH agonist : a case report. fertil steril; 59:441.
- 9- Nezhat C.H, Bess O.,Nezhat C.,1995.pelvic pain and dysmenorrhea in the presence of myomas and largely due to associated adenomyosis and endometriosis. JAM Assoc Gynecol. Loparasc;3:1.
- 10- Rock J., thompson J., etal.1997 Telinde's operative Gynecology. 8 th, Lippinrotl - Raven,616 - 619 .
- 11- Sciarra J.J , Watkins T.J,1995. Sciarra Gynecology and obstetrics. 1 st, J.B.L lippincott.(6) 47:4.
- 12- Speroff L.,Glass R.H., Kase N.G.,1999. clinical Gynecologic Fndocinology and infertility. 6 th, Lippincott williams and Wilkins.152-153.
- 13- Steege J.F, Metzger D.A, Levy B.S.1998. chronic pelvice pain. first ed. WB Saunders company;147.