

گزارش سه مورد آندومتريوز محلّ عمل

• دکتر منیره پورجواد

آندومتريوز محلّ عمل نادرتر از آن است که قبلاً" گزارش می‌شد. در این گزارش، از آبان ماه ۷۷ لغایت شهریور ماه ۱۳۷۹ در بیمارستان دانشگاهی حضرت زینب(س) سه مورد آندومتريوز محلّ عمل بدنبال سزارین دیده شد. علت مراجعه آنها وجود جوانه‌ای دردناک بود که به آهستگی در قسمت جانبی انسیزون عمل قبلی رشد می‌نمود. هر سه نفر تحت درمان جراحی قرار گرفتند و گزارش پاتولوژیست، آندومتريوز محلّ عمل را تأیید نمود.

واژه‌های کلیدی: آندومتريوز محلّ عمل.

• دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

نسوج ترمیمی ناشی از برش‌های جراحی (اسکارهای جراحی) محلّ کاشته شدن بافت آندومتريال هستند. اسکارهای ولو واژینال و پریئثال مخصوصاً اپی‌زیاتومی و کلپورافی و برداشتن غدد بارتولن، مکان‌های شایع گرفتاری به وسیله آندومتريوما هستند. اغلب اوقات در شرح حال یک ترمیم تأخیری، زخم که بوسیله بافت آندومتر انفیلتره شده وجود دارد. نفوذ آندومتر ممکن است تا زیر جلد یا عمیق‌تر تا فاسیا و عضلات ادامه یابد. در موقع عادت ماهیانه خونریزی از بافت آندومتر ممکن است ایجاد دردهای دوره‌ای موضعی، حساسیت و تغییر رنگ نماید. اگر چه ممکن است ندول آنقدر عمقی باشد که از روی پوست تغییر رنگ بافتی را تشخیص داد.

آندومتريوز انسزیونال در بیشتر موارد بدنال اعمال جراحی که حفره رحم باز شده و بافت آندومتر به محلّ برش منتقل می‌گردد، اتفاق می‌افتد. در یک تحقیق، میزان آندومتريوز انسزیونال بدنال سزارین و هیستروکتومی ۵ درصد گزارش شده است. در اعمال جراحی متروپلاستی (عمل روی رحم) و میومکتومی (حذف فیبروم رحم) با افزایش خطر همراه هستند. مواردی از بیماری نیز بدنال آمینوسنتز (خارج کردن مایع آمینوتیک) و تزریق محلول سالین جهت سقط، گزارش شده است (۱).

شستشوی دقیق شکم و محلّ برش باعث کاهش شانس آلودگی می‌شود. درمان آن معمولاً برداشتن موضعی محلّ عمل قبلی است که هم درمان و هم تشخیص می‌باشد. چون بدخیمی ممکن است در هر محلّ آندومتريوز اکتوپیک اتفاق بیافتد، لذا بررسی‌های بافت شناسی نیز توصیه می‌شود (۱).

با توجه به نادر بودن و جالب توجه بودن وجود نسج آندومتر رحم در محلّ انسزیون عمل، سه مورد آن را که در بیمارستان زنان حضرت زینب (س) تحت عمل جراحی مجدّد قرار گرفتند و در بررسی‌های آسیب‌شناسی، تشخیص مورد تأیید قرار گرفت، گزارش می‌کنیم.

گزارش موارد

مورد اول: خانم الف. ر. کارمند، ۲۲ ساله که در فروردین ۷۷ جهت خاتمه اولین حاملگی تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته بود، هشت ماه پس از عمل با توده‌ای در طرف چپ برش فانتیل (برش عرضی زیر شکم) مراجعه نمود. وی از درد این محلّ و ترشحات بدرنگ و خون‌آلود آن شکایت داشت، با درمان‌های طبّی بهبود نیافته بود و در آبان ۱۳۷۷ تحت عمل جراحی حذف اسکار عمل قبلی قرار گرفت.

مورد دوم: خانم م. ص. ۲۵ ساله، خانه‌دار و اهل مشهد که در بیمارستان امام حسین (ع) سه سال قبل از مراجعه تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته و اظهار می‌داشت که دو سال پس از عمل، هر ماه همزمان با عادت ماهیانه دچار درد و خونریزی از یکی دو سانتی متری طرف راست برش محلّ عمل می‌شود که در خرداد ۷۸ در بیمارستان حضرت زینب (س)، مجدداً تحت عمل برداشتن اسکار انسزیون قبلی قرار گرفت.

مورد سوم: خانم الف. الف. ۳۴ ساله و خانه‌دار که ۲/۵ سال قبل، تحت عمل جراحی سزارین و بستن لوله‌های رحم قرار گرفته بود و یک سال و نیم بعد از عمل با درد و ترشّح و نسوج جوانه‌ای به طول ۴/۸ سانتی‌متر روی برش فاناشتیل عمل قبلی مراجعه نمود که در شهریور ماه ۷۹ مجدداً تحت عمل جراحی حذف اسکار قبلی قرار گرفت.

بافت برداشته شده از محلّ عمل هر سه مورد به آزمایشگاه مرکزی جهاد دانشگاهی مشهد ارسال شد و جواب هر سه مورد، آندومتريوز محلّ عمل بود.

بحث

وجود آندومتر فعال در خارج از حفره رحم از سال ۱۹۰۰ به خوبی مشخص شده است (۲). این بافت نابجا (اکتوپیک) بنام آندومتريوزيس غالباً در لگن، بن‌بست دوگلاس و حفره پريتوان پيدا می‌شود (۳). وجود آندومتر در خارج از حفره لگن در زنان غیرمعمول است (۴). اغلب شرایط گيج‌کننده است و اندیکاسيون‌های قبل از عمل شامل فتق یا گرانولومای ناشی از بخیه (نسوج جوانه‌ای)، آبسه و لیپوم (توده چربی) می‌باشد (۳، ۵، ۶). درد مداوم و پایدار ممکن است در اشکال مختلف کیستیک وجود داشته باشد و این مشکل وقتی بوجود می‌آید که علائم بیشتر از یک سال طول کشیده باشد (۷).

درمان‌های دارویی انواع آندروژن‌ها هستند و علائم بیماری هنگام قطع دارو مجدداً بازگشت می‌کند. از عوارض دارویی می‌توان آمنوره (قطع عادت ماهیانه)، افزایش وزن و آکنه (جوش) را نام برد (۸). باید محلّ ضایعه را با یک برش وسیع طیّ عمل جراحی بطور کامل برداشت. امکان بازگشت نیز وجود دارد و بایستی با پیگیری موقّعیّت‌آمیز محلّ ضایعه را مجدداً برداشت.

در بررسی ما، سه مورد از این بیماری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای همه آنها عمل جراحی سزارین انجام شده بود و علت مراجعه آنها وجود جوانه‌ای دردناک بود که به آهستگی در قسمت لترال انسزیون فاناشتیل عمل قبلی رشد کرده و گاهی ترشحات خونی و سروزیته داشت.

تشخیص‌های قبل از عمل عبارت بودند از وجود کیست، آبسه، نسوج جوانه‌ای، توده چربی، فتق و غیره. اقدام تشخیصی خاصی انجام نشد فقط سونوگرافی از محلّ عمل و آزمایشات روتین قبل از عمل انجام شد. در اولین مورد، هیچگونه حدسی دالّ بر وجود آندومتريوز محلّ عمل زده نمی‌شود. پس از این که افراد تحت عمل جراحی حذف وسیع اسکار عمل قرار گرفتند و بافت برداشته شده جهت بررسی‌های آسیب‌شناسی ارسال گردید؛ گزارش پاتولوژی هر سه نفر آنها آندومتريوز انسزیونال بود.

در مطالعه مشابهی، ده مورد آندومتريوز محلّ عمل گزارش شد که همگی بدنبال سزارین ایجاد شده و دو یا سه سال پس از عمل، جوانه‌ای با رشد بسیار آهسته به قطر ۴-۱۵ میلی‌متر نمایان شده بود که حذف و بررسی بافت‌شناسی همه آنها دالّ بر تأیید تشخیص آندومتريوز محلّ عمل بوده است و گمان می‌رود که ۱/۰ درصد سزارین‌ها با این مشکل همراه هستند.

جالب توجه است که اقدام تشخیصی خاصی قبل از عمل لازم نیست. در این بررسی فقط برای یکی از بیماران سونوگرافی و برای دو نفر دیگر سی‌تی‌اسکن انجام شد و برای ۷ نفر دیگر هیچ اقدام تشخیصی قبل از عمل انجام نشد (۹).

در سوّم اکتبر سال ۲۰۰۰، دکتر جس نیز یک مورد انسزیونال آندومتریوز را گزارش کرد که ۵-۱۰ cm قطر آن بوده و از فاسیا تا زیر پوست در ناحیه عضلات رکتوس در قسمت قدام شکم ادامه داشته است (۱۰).

در نهایت بایستی آندومتریوز محلّ عمل را در اعمال جراحی زنان مدنظر داشت و اگر حدس تشخیص قبل از عمل زده شد، از انجام آزمایشات پرهزینه صرف نظر کرد. ضمناً می‌توان جراحان عمومی را که معمولاً با اینگونه ارزیابی‌ها مواجهند، از روند این بیماری آگاه نمود.

Abstract

Three cases of Incisional Endometriosis : A Case Report

Incisional endometriosis may be more uncommon than previously recognized . From October 1998 to August 2000 , three patients with the diagnosis of cesarean section scar endometrioma were studied in Zynab University Hospital . They presented with a painful slow-growing lump at the lateral edge of their incision . All patients were treated with surgical excision and pathological diagnosis was incisional endometriosis .

Key Words : *Incisional Endometriosis .*

منابع

1. John D. T. John A. R. Endometriosis. In: John S. H. John A.R. Operative Gynecology Teleind's(^ th ed). Lippincott Raven, 1997, P. 607.
2. Gordon C. W. Singh K. B. Casarean scar endometriosis: a review. Obstet Gynecol Surv. 1989, 42: 89-95.
3. Seydel A. S. Sichel J.Z. Warner E.D. Sax H.C. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. Am J Surg. 1996, 171: 239-241.
4. Frandklin R. R. (eds) Current concepts in endometriosis. New York: A Liss; 1990: 289.
5. Wolf Y. Haddad R. Werbin N. et al. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. Amer Surg. 1996, 62: 1042-1044.
6. Firilas A. Soi A. Max M. Abdominal incisional endometriomas. Amer Surg. 1994, 60: 259-261.
7. Karon J. Owczarek A. Gwiazdowska B. Patek J. Analysis of endometriosis cases from 10 years of surgical material. Wiad Lek, 1993, 46: 199-200.
8. Purvis R. S. Tying S. K. Cutaneous and subcutaneous endometriosis, surgical and hormonal therapy. J Dermatol Surg Oncol. 1994, 20: 584-588.
9. Raminder N. Gregory C. Incosonal Endometriosis. J Am Coll Surg. 2000, 190: 404-407.
10. Jess C. Incisional Endometriosis. Ob Gyn Net. 3 oct 2000.