بررسی حساسیت و ویژگی دیلاتاسیون و کورتاژ در تشخیص خونریزی غیر طبیعی رحمی

ستاره اخوان[1]، مهین لطفی[1]، سید رحیم محمدی[2]

1- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان بعثت سنندج

3- پزشک عمومی، پزشکی قانونی استان کردستان

یافته / دوره هشتم / شماره 2 / تابستان 85 / مسلسل 28

چکیده

دریافت مقاله: 84/12/5، ***پذیرش مقاله***: 85/2/6

Ø مقدمه: خونریزی رحمی غیرطبیعی (**AUB**) یکی از شایعترین مشکلات پزشکی در قلمرو بیماریهای زنان محسوب می‌شود. یکی از روشهای تشخیص انجام دیلاتاسیون و کورتاژ (**D&C**) می‌باشد که براساس نتایج حاصل از آن ممکن است اقدامات درمانی قطعی‌تر همچون هیسترکتومی صورت گیرد. هدف از این مطالعه، تعیین حساسیت و ویژگی **D&C** در **AUB** بود.

Ø مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی نتایج هیستوپاتولوژیک حاصل از **D&C** و هیسترکتومی با هم مقایسه شدند. تعداد 85 بیمار مبتلا به **AUB** که تحت **D&C** و سپس هیسترکتومی (بدلیل عدم پاسخ به درمان طبی یا گزارش پاتولوژیست دال بر پاتولوژی آندومتر غیرقابل درمان طبی) قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. مطالعه در بیماران مبتلا به **AUB** مراجعه کننده به بیمارستان بعثت در طی سالهای 1381 لغایت 1383 (سه سال) صورت گرفت. داده های لازم با استفاده از مشاهدات پاتولوژیست، نتایج مربوط به **D&C** و هیسترکتومی به دست آمده و در چک‌لیست ثبت می شد. این داده ها با استفاده از آمار توصیفی، تست x^2 و نرم افزار **SPSS** تجزیه و تحلیل شد.

Ø یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد 75/3% بیماران ساکن روستا و 70/6% آنها بی‌سواد بودند. اغلب بیماران، سه حاملگی یا بیشتر را تجربه کرده بودند و فقط 2/4% در گروهی قرار داشتند که کمتر از 3 حاملگی داشتند. میانگین سنی بیماران 47/25 سال بود، حداقل سن 26 و حداکثر 78 سال بود. روش پیشگیری از حاملگی در اکثریت بیماران مورد مطالعه در زمان هیسترکتومی بستن لوله‌های رحمی بود (41/2%). علت هیسترکتومی در حدود 94/1% بیماران ادامهٔ خونریزی غیرطبیعی علیرغم درمان طبیعی بود. حساسیت روش **D&C** در تشخیص خونریزی غیر طبیعی رحمی 78/26 درصد و ویژگی آن 79/16 درصد بود.

Ø نتیجه گیری: براساس نتایج این بررسی **D&C** روشی نسبتاً بی‌خطر و ارزان و در دسترس برای بررسی اغلب موارد **AUB** می‌باشد. توصیه می‌شود در مواردی که علیرغم وجود تخمک‌گذاری، خونریزی غیرطبیعی ادامه دارد و یا در موارد شک بالینی به ضایعات آندومتریال، هیستروسکپی مدنظر باشد.

واژه های کلیدی: **AUB**، **D&C**، هیسترکتومی

آدرس مکاتبه: سنندج - خیابان کشاورز - بیمارستان بعثت – بخش الکتیو زنان

پست الکترونیک: setare_akh@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

طول مدت خونریزی قاعدگی بطور متوسط 4/7 روز است و ممکن است از 2 تا 7 روز متفاوت باشد. مقدار متوسط خون ازدست رفته در هر دوره 35 میلی‌لیتر می‌باشد و بافت آندومتر هم بخش عمده‌ای از ترشحات قاعدگی را تشکیل می‌دهد. خونریزی بیش از 80 cc بصورت عود کننده منجر به آنمی می‌شود (1، 2).

تشخیص خونریزی غیرطبیعی رحمی در ژنیکولوژی از مسائل مهم بالینی تلقی شده و با توجه به اینکه در سنین مختلف، تشخیصهای افتراقی متفاوتی مطرح می‌شود و درمان براساس تشخیص، سن بیمار، تمایل وی به حفظ باروری و سلامت عمومی انجام می‌شود، همواره متخصصین زنان وزایمان بدنبال روشهای دقیقتر تشخیصی می‌باشند (4-1).

ارزیابی هر بیمار با توجه به شرح حال وی شامل الگوی زمانی، مدت زمان خونریزی و تفاوت آن با سیکلهای قبلی، میزان خونریزی و تفاوت آن با سیکلهای گذشته، روشهای پیشگیری از بارداری و مصرف داروها و سابقه بیماریهای سیستمیک دیگر شروع می‌شود. در موارد خونریزی شدید و غیرقابل درمان با روشهای طبی یا در مواردی که تشخیص آن بصورت بالینی مشکل باشد، انجام بیوپسی آندومتر و یا دیلاتاسیون و کورتاژ می‌تواند روش تشخیصی مناسبی باشد. ضمناً D&C کاربردهای درمانی نیز دارد. خارج نمودن بافت آندومتر آسیب دیده ممکن است حوادث هموستاز طبیعی را بدنبال داشته و سبب تولید مجدد آندومتر پرولیفراتیو و طبیعی شود. بعلاوه نمونهٔ آندومتر بدست آمده جهت بررسی پاتولوژیک به متخصص پاتولوژی جهت تشخیص هیستولوژیک داده می‌شود تا براساس آن در مورد ادامهٔ درمان تصمیم‌گیری شود (1، 2).

با توجه به پیشرفتهای اخیر در انجام سونوگرافی ترانس واژینال، سونوهیستروگرافی و هیستروسکپی و انجام بیوپسی زیر دید مستقیم هیستروسکپی در موارد لازم؛ این سؤال مطرح می‌شود که دیلاتاسیون و کورتاژ در موارد خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB) چه جایگاهی دارد و در واقع حساسیت و ویژگی این روش چقدر است؟ زیرا در صورت عدم پاسخ به درمان طبی و یا گزارش پاتولوژیست دال بر وجود ضایعات بدخیم رحمی، درمانهای قطعی‌تر همچون هیسترکتومی مدنظر قرارمی‌گیرد (3-2). این عمل، جزو جراحیهای نسبتاً بزرگ در طب زنان محسوب می‌شود که بسته به تشخیص بیماری، سن بیمار و تمایل وی به حفظ باروری انجام می‌شود و عوارض روانی خاص خود را هم دارد چرا که بیمار احساس می‌کند که عملکرد جنسی او تضعیف شده و قدرت باروری ندارد و عضو مهمی را از دست داده است (4-1).

تخمین زده می‌شود حدود 30-20% موارد، هیسترکتومی بعلت AUB انجام می‌شود. انجام آن باید یک روش نهایی برای موارد AUB غیرقابل درمان طبی و یا موارد عود کننده تلقی گردد (1).

از آنجایی که بسیاری از موارد هیسترکتومی هنوز هم براساس نتایج حاصل از D&C در پاتولوژی انجام می‌شود این مطالعه با هدف تعیین حساسیت و ویژگی کورتاژ تشخیصی در مقایسه با هیسترکتومی انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی بود. در این بررسی 85 نفر خانم مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج در طی سالهای 1381 الی 1383بعلت AUB که تحت D&C قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. این بیماران پس از انجام D&C ، بعلت عدم جواب به درمان طبی و یا شرایط نامطلوب در بررسی نمونه توسط پاتولوژیست، هیسترکتومی شدند. بیماران دچار AUB که در این مطالعه بررسی شدند افرادی بودند که براساس شرح حال الگوی خونریزی قاعدگی طبیعی را نداشتند و حاملگی نیز در آنها رد شده بود.

داده های مورد نیاز از طریق بررسی بافت شناسی نمونه های D&C و مشاهدات پاتولوژیست جمع آوری شد؛ سپس نمونه های بافتی حاصل از عمل جراحی هیسترکتومی در

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

بیمارانی که نیاز به این عمل پیدا می کردند نیز توسط پاتولوژیست مطالعه شد و نتایج آن با D&C مقایسه و در چک لیست (Check List) ثبت شد. موارد مثبت در دیلاتاسیون و کورتاژ به آنهایی اطلاق می‌شد که پاتولوژیست آندومتر را غیرطبیعی گزارش کرده و آنهایی که در بررسی نمونهٔ آندومتریال شواهدی غیرطبیعی ازنظر پاتولوژیست نداشته‌اند، منفی تعریف شد. درمقابل نمونه‌های هیسترکتومی که مثبت گزارش شده بودند آن دسته‌ای بودند که پاتولوژیست بیماری آندومتریال را شناسایی کرده و در صورت عدم گزارش پاتولوژی آندومتریال، منفی تعریف می‌شدند.

سایر داده ها شامل سن (سن بیمار در زمان هیسترکتومی در این مطالعه ملاک ارزیابی بوده است که تفاوت زمانی با D&C حداقل 6 ماه و حداکثر یکسال بوده است) ، محل سکونت، میزان تحصیلات، روش پیشگیری از بارداری، تعداد حاملگی ها، علت مراجعه در زمان انجام کورتاژ و علت انجام هیسترکتومی از طریق مصاحبه با بیمار و بررسی پرونده پزشکی وی اخذ می شد.

داده های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی، تست x2 و نرم افزار spss.win تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

بر اساس نتایج این مطالعه، خلاصه خصوصیات دموگرافیک بیماران به شرح زیر می باشد: میانگین سنی گروه بررسی شده 47/25 سال با انحراف معیار 12/26 سال بود بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی 49-40 سالگی (56/5 درصد) بوده و تنها یک نفر کمتر از 30 سال داشت. 6 نفر (7/1 درصد) از بیماران نیز در گروه سنی 60 سال و بالاتر قرار داشتند. حداقل سن در گروه مورد مطالعه 26 سال و حداکثر 78 سال بود. از نظر محل سکونت 24/1 درصد افراد شهری، 75/3 درصد روستایی، 50/6 درصد کوچ نشین و نامشخص بودند. 70/6 درصد بیماران بی‌سواد و بقیه با سواد بودند.

تعداد حاملگی ها در بیماران مورد مطالعه بررسی شد، بیشترین تعداد بیماران در گروهی قرار داشتند که سه حاملگی یا بیشتر داشتند(97/6 درصد) و فقط 2/4 درصد موارد D&C و سپس هیسترکتومی در بیمارانی صورت گرفته بود که کمتر از سه حاملگی داشتند. 35 نفر از افراد تحت مطالعه (41/2درصد) قبلا تحت عمل بستن لوله ها قرار گرفته بودند.

علت هیسترکتومی در حدود 94/1 درصد موارد ادامهٔ خونریزی غیرطبیعی بوده است (6% به علل دیگر هیسترکتومی شده بودند) که در 70/6% موارد خونریزی تنها علت هسیترکتومی و در 23/5% موارد خونریزی همراه با میوم رحم علت انجام هسیترکتومی بود.

مقایسه نتایج D&C و هیسترکتومی (جدول 1) نشان داد که حساسیت روش D&C برای تشخیص خونریزی غیر طبیعی 68/9 درصد و ویژگی آن 80 درصد بود.

جدول شماره 1ـ مقایسه نتایج D&C و هیسترکتومی را نشان می دهد.

	هیسترکتومی مثبت		هیسترکتومی منفی		جمع
D&C مثبت	31	%69	8	%20	39
D&C منفی	14	%31	32	%80	46
جمع	45	%100	40	%100	85

بحث

خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB) علت تخمینی مراجعه حدود 2 میلیون زن در سال به پزشک بوده و حدود 150/000 نفر هم سالانه بعلت AUB هیسترکتومی می‌شوند (1). با توجه به اینکه هیسترکتومی یک عمل جراحی بزرگ به شمار می‌آید و خطرات بیهوشی و جراحی را مثل بسیاری از اعمال جراحی بزرگ بدنبال دارد، به اثرات روحی و روانی ناشی از آن نیز باید بها داده شود (2، 3).

متوسط سنی بیماران مورد مطالعهٔ ما 47/25 سالگی بود نتیجهٔ بدست آمده با مطالب مندرج در کتب مرجع (4-1) و همچنین بسیاری از مطالعات مروری (10-5) همخوانی دارد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

درصد بالای بی‌سوادی در بیماران مورد مطالعهٔ ما ناشی از وضعیت فرهنگی اجتماعی منطقه بوده و با توجه به اینکه بروز AUB و یا منجر شدن آن به هیسترکتومی ارتباط مستقیمی با سطح سواد ندارد، اگر از منظرهٔ مصرف نادرست داروها در زمینهٔ AUB بدون ارتباط با تخمک‌گذاری به آن بنگریم، بدین معنی که بیمارانی که سطح سواد پایین‌تری دارند کمتر به مصرف صحیح داروهای تجویزی اهمیت می‌دهند و مصرف صحیح دارو در مواردی از AUB که بدلیل عدم تخمک‌گذاری و یا اثرات هورمونی نامطلوب تخمدان روی آندومتر باشد اهمیت بسزایی دارد (10).

قرار گرفتن درصد بالایی از بیماران در گروه با پاریته بالا (3<) توجیه کنندهٔ این مطلب است که اغلب زنان مورد مطالعه، خانوادهٔ خود را تکمیل کرده و از سوی دیگر با میزان بالای بستن لولهٔ رحمی بعنوان روش پیشگیری از بارداری در مطالعهٔ فوق هماهنگی دارد. در مطالعات صورت گرفته در مراکز مختلف در سایر کشورها از جمله ژاپن، یونان و هنگ‌کنگ نتایج مشابهی بدست آمده است (13-11).

تا قبل از رایج شدن هیستروسکوپی در کشورهای پیشرفته هم، دیلاتاسیون و کورتاژ روش استاندارد برای تشخیص کانسرآندومتر بود و در مقایسه با بیوپسی آندومتر بافت بیشتری جهت بررسی هیستوپاتولوژیک در اختیار پاتولوژیست می‌نهاد (14). با توجه به اینکه در بسیاری از موارد جهت تصمیم‌گیری در مورد هیسترکتومی تشخیص دقیق لازم است چرا که انجام آن باید با اندیکاسیون صحیح صورت گیرد، در بیشتر بیماران پری‌منوپوزال (بیمارانی هستند که در حوالی سنین یائسگی هستند) و همچنین در سنین پس از یائسگی توصیه می‌شود بررسی آندومتر مدنظر باشد. از سوی دیگر با افزایش سن، بر میزان علل پاتولوژیک منجر به AUB افزوده می‌شود (5-1). لذا لازم به یادآوری است که بیماران مبتلا به AUB در سنین حوالی یائسگی (Perimenopausal) و پس از یائسگی (Postmenopausal) هر چند ممکن است ضایعات رحمی مثل لیومیوم، آدنومیوز و پولیپ آندومتر در سونوگرافی ترانس واژینال یا ابدومینال داشته باشند بهتر است از نظر بررسی ضایعات هیستوپاتولوژیک آندومتر، تحت بررسی قبل از تصمیم‌گیری در مورد درمان طبی یا جراحی قرار گیرند. در هر بیمار مبتلا به خونریزی غیرطبیعی قبل از یائسگی باید حاملگی مدنظر بوده و رد شود. عوارض حاملگی که منجر به خونریزی غیرطبیعی رحمی می‌شوند درمان خاص خود را لازم دارند و در موارد ادامهٔ خونریزی پس از سقط و حاملگی ترم باید بررسی از نظر کوریوکارسینوم با اندازه‌گیری BHCG سرم صورت گیرد (15، 16).

بررسی هیستوپاتولوژیک آندومتر در بیماران بالای 35 سال و بویژه افراد بالاتر از 40 سال و در زنان جوانتر زمانی که ریسک فاکتوری برای کانسر آندومتر همچون دیابت، عدم تخمک‌گذاری مزمن، چاقی و هیپرتانسیون و نولی‌پاریتی دارند در اغلب کتب مرجع و مقالات تأکیده شده است.

بررسی ما نشان می‌دهد که D&C از حساسیت و ویژگی بالایی در حدنیاز به تجهیزات و هزینه، برخوردارست ولی در هر حال در مقایسه با انجام آن زیر دید هیستروسکوپیک کاستیهایی دارد. ازسال 1869 که اولین بار آندوسکپی رحم (هیستروسکوپی) جهت کوتریزاسیون پولیپ آندومتر با نیترات نقره صورت گرفت روز به روز بر اندیکاسیونهای تشخیصی و درمانی آن افزوده شد. در مطالعات مختلف اشتباهات تشخیصی D&C در موارد پولیپ آندومتر در حد 58-55% در مورد هیپرپلازی آندومتر در حدود 50% و در مورد هیپرپلازی آتیپیک کمپلکس حدوداً 60% ذکر شده است. در 11% موارد هم کانسر آندومتریال توسط D&C تشخیص داده نشده است (15).

نتیجه گیری

با توجه به آنچه گفته شد مطالعه ما نشان داد که با در نظر گرفتن اینکه D&C روشی نسبتاً ارزان و بی خطر، قابل انجام در اغلب مراکز و بی نیاز از وسایل با تکنولوژی بالا و

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

گران قیمت می باشد هنوز روش مناسبی در ارزیابی خونریزی غیر طبیعی رحمی بوده و می تواند حساسیت و ویژگی قابل قبولی داشته باشد. هرچند در مواردی که شک بالینی قوی به ضایعات فوکال وجود دارد و امکان بررسی هیستروسکوپیک موجود می باشد، انجام کورتاژ زیر دید مستقیم می تواند مد نظر قرار گیرد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Rock JA, Haward WJ, Telindes J. Operative Gynecology, 9th ed, New York, Lippincott Williams and Wilkins, 2003: 467
2. Berek JS. MD. MMSC, Novaks Gynecology 13th ed, New York, Lippinco Williams and Wilkins, 2002: 743-744, 761-763
3. Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaof A. Kistners Principles of Gynecolog, 7th ed, Mosby, 1999: 48-54
4. Soh JS, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforths bstetrics and Gynecology 9thed, New york, Lippincott Williams and Wrlkins, 2003: 643-651
5. Albers JA, Hall SK, and Wesley RM. Abnormal Uterine Bleeding. American Family Physician, 2004; 69(8): 1915-1925
6. Reckardt R, Lucken RP, Gilliant A, Moller CP, Busche D, Nugnt W. Comparison of transvaginal ultra sound, hysteroscopy, and dilatation and curettage in the intrauterine Pathology in Perimeno Pausal and Postmenopwsal Women. J Am Assoc Gynecol Laparasc. 2002; (3): 277-82
7. Bedner R, Rzepka- Corska I. Diagnostic hysteroscopy after DFC in women with perimenopausal bleeding. Ginekol Polo 2002; 73 9(7): 577-82
8. Cumming D, Alibhai A, Robson D, Thanigasa lam N, Saunders LD, Jacobs P. Dilatation and curettage: Praxeology, J obstet Gnaecol Can 2002; 24 (11): 861-6
9. Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. FRCSC, Halifax, NS [Guid Lines For the managent of Abnoral Uterine Bleeding] Job stet Gynaecop Can, 2001; 23 (8): 704-9
10. Epstcin E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilation and were Hage Failes to detect most Focal leoion sin the uterine Cavity in Women with Postmenopausal bleeding, Act a obstetrician Et Gynecologica. Scandinavia, 2001; 80 (12): 1131-1136
11. Tabata T, Yamawaki T, Idom, Nishimura K, Nose Y, Yabana T. Clinical value of dilation and curettage of abnormal uterine bleeding. Arch Gynecol obstet, 2001; 264 (4): 174-6
12. Makris N, Iatrakis G , Sakellaropoulos G, Rodolakis A, Michalas S. The Role of Antibiotics after dilatation and Curettaye in Women With metrorrhagia in the Prevention of Pelvic in flommatory disease. Clin E xp obstet Gyneco L 2000; 27(1) 27-8
13. lch T, Frcog KL, Lmchk L. Modern Strategy in the diagnosis of Postmenopausal bleeding. Act a obstetrician Et Gynecologica 1998; 20: 421-429
14. Chuong CJ, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. Am J obetet Gynecol. 1996; 175 (3 pt 2): 787-92
15. Long CA. Evaluation of Patients with abnormal uterine bleeding. Am J obstet Gynecol. 1996; 175 (3 pt 2): 784-6
16. Wathen PI, Henderson MC, Wit2 CA. Abnormal uterine bleeding Med, Clin North Amo 1995: 79 (2): 329-4

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2024-10-12]