بررسی علل پاتولوژیک خون ریزی غیرطبیعی در مراجعین به زایشگاه شبیه خوانی کاشان، ۸۰-۱۳۷۹

دکتر فریبا بهنام فر[۱] ، دکتر طاهره خامه‌چیان[۲] ، دکتر طاهره فهیمی نژاد[۱]،
طاهره مازوچی[۲] ، سیدغلامعباس موسوی[۳]

خلاصه

سابقه و هدف : با توجه به علل مختلف خونریزی غیرطبیعی رحمی و اهمیت پیش بدخیمی بعضی از از علل و از آنجا که این علل در مناطق مختلف فراوانی‌های مختلف را به خود اختصاص داده‌اند، این تحقیق روی بیماران مبتلا به خونریزی غیرطبیعی رحمی که در سنین پری منوپوز، بودند، در سال ۸۰-۱۳۷۹ در شهرستان کاشان صورت گرفت علل مختلف خون ریزی غیرطبیعی رحمی را بررسی کنیم.

مواد و روشها : مطالعه به صورت توصیفی بر روی بیماران مبتلا به خونریزی غیرطبیعی رحمی انجام گرفت. روش جلوگیری از بارداری، *BMI* ، پاریتی ، سن ، دیسمنوره و شدت آن و الگوی خونریزی بررسی و ثبت گردید. نمونه‌گیری به طریق *D&C* انجام شد. تشخیص قطعی علت خونریزی غیرطبیعی رحمی توسط پاتولوژیست صورت گرفت. سپس یافته‌های آن با آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها : تحقیق روی ۲۰۰ بیمار با میانگین (*SD*±) ۶/۲ ۴۶/۲ سال انجام گرفت. نمونه‌های اخذ شده در ۱۱ مورد ناکافی و در ۱۵۶ مورد کافی بود. بیشترین پاتولوژی گزارش شده، اندومتر پرولیفراتیو بود. بیشترین فراوانی هیپرپلازی آدنوماتوز (۰/۶٪) در پاریتی ۸ و اندومتر آتروفیک (۰/۶٪) در پاریتی ۹≧ بود. در گروه منوراژی ۸۴٪ جواب کافی، در گروه منومتروراژی ۹۸/۱٪ و در گروه متروراژی ۸۶/۳٪ جواب کافی داشتندر این بررسی شدت دیسمنوره با نوع پاتولوژی اندومتر ارتباط نداشت. بیشترین فراوانی، هیپرپلازی کیستیک (۲۷/۹٪) و آدنوماتوز (۲/۳٪) در گروه افراد چاق بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: موارد پیش‌بدخیمی سرطان اندومتر (هیپرپلازی کیستیک و آدنوماتوز) در گروه افراد چاق بود. بیمارانی که الگوی خونریزی منومتروراژی داشتند بیشترین درصد جواب کافی را به خود اختصاص دادند.

واژگان کلیدی : خونریزی غیرطبیعی رحمی، پاتولوژی

۱-دانشگاه علوم پزشکی کاشان ، گروه زنان
۲-دانشگاه علوم پزشکی کاشان ، گروه پاتولوژی
۳- دانشگاه علوم پزشکی کاشان ، گروه آمار

مقدمه

اصطلاح خونریزی غیرطبیعی رحمی برای توصیف دسته‌ای از خونریزیهای غیرطبیعی به کار می‌رود که در آنها علل مختلفی وجود دارد از جمله هیپرپلازی اندومتر ، کارسینوم اندومتر و ... .مجموعه این علل اندومتر را تشکیل می‌دهد (۱). کارسینوم اندومتر شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی زنان است. به طورکلی ۲-۳ درصد زنان در طول زندگی خود دچار سرطان اندومتر خواهند شد. این بیماری در افراد چاق، زنان *postmeno pause* با پاریتی پائین وجود دارد گرچه افزایش آن در بیماران جوانتر هم گزارش شده است (۲).

هر فاکتوری که باعث افزایش تماس با استروژن شود از قبیل درمان جایگزین هورمونی، چاقی، سیکلهای بدون تخمک‌گذاری و تومورهای مترشحه استروژن باعث افزایش ریسک سرطان اندومتر خواهد شد. (۱).

در ارزیابی خونریزی غیرطبیعی باید نمونه‌برداری از اندومتر صورت گیرد. با توجه به علل مختلف خونریزی غیرطبیعی رحمی، واقعیت بدخیمی بعضی از علل و نظر به اینکه علل خونریزی در مناطق مختلف، متفاوت گزارش شده است و با توجه به اینکه در منطقه کاشان تاکنون چنین تحقیقی انجام نگرفته و یا لااقل منتشر نشده، این تحقیق روی یافته‌های پاتولوژیک در بیوپسی بیماران مبتلا به خونریزی غیرطبیعی رحمی و در افراد سنین پری‌منوپوز مراجعه کننده به درمانگاه زایشگاه شبیه‌خوانی در سالهای ۸۰-۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روشها

تحقیق به روش توصیفی انجام گرفت. کلیه زنان پری‌منوپوز مبتلا به خونریزی غیرطبیعی رحمی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از تایید خونریزی بیمار جهت انجام نمونه‌گیری به اتاق عمل منتقل و سپس به طریقه *C&D* نمونه گرفته شد. سن، روش پیشگیری از بارداری، قد و وزن، *BMI* پاریتی، دیسمنوره و شدت آن و الگوی خونریزی بررسی و ثبت گردید. از نظر *BMI* افراد سه گروه بودند: (۲۵ و کمتر)، دارای اضافه وزن (۳۰-۲۵) و چاق (۳۰ و بیشتر).

داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و با آماره توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها

طی مدت مورد بررسی ۲۰۰ بیمار واجد شرایط مراجعه نمودند. میانگین سنی (*SD*±) بیماران ۶/۲ ۴۶/۲ سال (از حداقل ۳۵ تا حداکثر ۷۰ سال) بود. به علت اشکالاتی در ارسال نمونه‌ها ۳۳ نمونه (۱۶/۵٪) حذف و مطالعه روی ۱۶۷ نفر انجام شد.

در سه گروه بیماران بر اساس تقسیم‌بندی *BMI* فراوانترین پاتولوژی اندومتر، اندومتر پرولیفراتیو بود که بیشترین فراوانی (۵۰ ٪) در گروه افراد سالم بود. بیشترین فراوانی هیپرپلازی کیستیک (۲۷/۹٪) و بیشترین فراوانی هیپرپلازی آدنوماتوز (۲/۳٪) در افراد چاق گزارش شد. بیشترین فراوانی عدم تطابق غدد و استروما (۲/۵ ٪) در گروه سالم بود. در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود بیشترین فراوانی هیپرپلازی آدنوماتوز (۸/۳٪) در افراد با پاریتی ۸ و بیشترین فراوانی هیپرپلازی کیستیک (۸/۵۳٪) در افراد با پاریتی ۷ گزارش شده است. در این گروه هم بیشترین فراوانی پاتولوژی اندومتر مربوط به اندومتر پرولیفراتیو (۴۹/۳٪) بوده است. در جدول شماره ۲ فراوانی انواع ضایعات اندومتر در افراد با شدتهای مختلف دیسمنوره ثانویه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود فراوانی اندومتر پرولیفراتیو ، ترشحی و کیستیک در افرادی که به

مسکن خوراکی پاسخ می‌دهند به مراتب بیشتر از افرادی است که به مسکن تزریقی پاسخ می‌دهند. بر اساس جدول شماره ۳ بیشترین فراوانی هیپرپلازی کیستیک (۳۰/۵٪) در افرادی است که از هیچ روشی جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند. اندومتر آتروفیک و هیپرپلازی آدنوماتوز بیشترین فراوانی را (هر یک ۱/۸٪) در افراد با کنتراسپشن TL دارند. فراوانی هیپرپلازی کیستیک در مصرف‌کنندگان OCP صفر درصد است. فراوانی اندومتر ترشحی، پرولیفراتیو و دسیدوا در مصرف کنندگان OCP ۳۳/۳ ٪ بوده است. در گروه TL بیشترین فراوانی مربوط به اندومتر پرولیفراتیو (۵۰/۹٪)، هیپرپلازی کیستیک (۲۲/۶٪) و سپس اندومتر ترشحی (۱۸/۸٪) بود.

جدول ۱: فراوانی انواع ضایعات اندومتر برحسب پاریتی، زایشگاه شبیه‌خوانی، کاشان، ۸۰-۱۳۷۹

ضایعات اندومتر / پاریتی	ترشحی	پرولیفراتیو	کیستیک	آدنوماتوز	آتروفیک	دسیدوا	عدم تطابق غدد و استروما	جمع
$P0$	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
$P1$	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱
$P2$	۱	۵	۱	۰	۰	۰	۰	۷
$P3$	٤	۹	۵	۰	۰	۰	۰	۱۸
$P4$	۹	۱۷	۷	۰	۰	۰	۰	۳۳
$P5$	۳	۱۳	۸	۰	۰	۰	۰	۲٦
$P6$	۳	۱۰	۸	۰	۰	۲	۰	۲٤
$P8$	۳	۳	۷	۰	۰	۳	۰	۱۳
$P7$	٤	۵	۱	۱	۰	۰	۱	۱۲
$\geq P9$	۳	۱٤	۳	۰	۱	۱	۰	۲۲
جمع	۳۰	۷۷	٤۰	۱	۱	٦	۰	۱۵٦*

* مورد نمونه کافی بدست نیامد.

جدول ۲: فراوانی انواع ضایعات اندومتر در افراد با شدتهای مختلف و دیسمنوهر ثانویه، زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان، ۸۰-۱۳۷۹

کیفیت درد قاعدگی / ضایعات اندومتر		ترشحی	پرولیفراتیو	کیستیک	آدنوماتوز	دسیدوا	جمع
دیسمنوره ثانویه	پاسخ به مسکن خوراکی	۱۲	۳٦	۲۰	۱	۱	۷۰
	پاسخ به مسکن تزریقی	2	٦	۳	۰	٤	۱۵
جمع		14	٤۲	۲۳	۱	۵	۸۵

بحث

بیشترین فراوانی هیپرپلازی آدنوماتوز (۸/۳٪) در افراد با پاریتی ۸ و بیشترین فراوانی هیپرپلازی کیستیک (۵۳/۸٪) در افراد با پاریتی ۷ به دست آمد. شانس بدخیمی و سرطان آندومتر با کاهش پاریتی بیشتر می‌شود. با توجه به این که تعداد افراد با پاریتی پائین در این مطالعه نسبت به افراد با پاریتی بالا بطور چشمگیری کمتر بوده است، این یافته قابل بحث و بررسی نیست.

در مطالعه موگال در مورد ارزش تشخیصی کورتاژ اندومتر خونریزی غیرطبیعی ۴۵۸ بیمار با خونریزی غیرطبیعی مورد مطالعه قرار گرفتند که ۲۲۰ (۴۸٪) بیمار با متروراژی، ۱۸۷(۴۱٪) با منوراژی، ۳۰ (۶٪) بیمار با خونریزی پس از یائسگی ، ۱۳ (۳٪) بیمار با خونریزی در فواصل قاعدگی ۸ مورد (۱/۷٪) با پلی‌منوره بودند. دو مورد (۰/۴۴٪) آدنوکارسینومای اندومتر، یک مورد (۰/۲۱٪) کارسینوماسارکوما ، یک مورد (۰/۲۱٪) موسینوسی آدنوکارسینومای متاستاتیک، ۴۱ مورد (۸/۹۵٪) پولیپهای خوش‌خیم رحم ، ۵۱ مورد (۱۱/۱٪) هیپرپلازی اندومتر، ۱۵ مورد (۳/۲۸٪) اندومتریت و ۶ مورد (۱/۳٪) اندومتر آتروفیک بود. بر اساس این پژوهش مشخص شد که کورتاژ ارزش تشخیصی کمی در منوراژی و خونریزی بین قاعدگیها دارد در حالی که ارزش تشخیصی‌اش در بیماران با خونریزی پس از یائسگی و متروراژی بالا است (۳).

در یک مطالعه دیگر درصد یافته‌های پاتولوژیک حفره رحمی، شامل پولیپ اندومتر، هیپرپلازی آدنوماتوز و کیستیک و سرطان اندومتر ۴۷/۲٪ بود (۴).

در مطالعه ما دیسمنوره ثانویه و شدت دیسمنوره ثانویه با نوع پاتولوژی اندومتر ارتباط نداشت . به طوری که بیشترین شیوع هیپرپلازی کیستیک (۲۸/۵٪) در افرادی بود که دیسمنوره‌شان به مسکن خوراکی پاسخ می‌دهد و نیازی به مسکن تزریقی ندارند. بیشترین فراوانی هیپرپلازی کیستیک (۳۰/۵٪) در افرادی است که از هیچ روش جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. هیپرپلازی آدنوماتوز و اندومتر آتروفیک بیشترین فراوانی (هریک ۱/۸٪) را در افراد با کنتراسپشن (*TL*) داشتند که انجام مطالعات بیشتری در این زمینه لازم است . در بین مصرف کنندگان *OCP* هیپرپلازی کیستیک و آدنوماتوز گزارش نشده است که نشان دهنده اثر حفاظتی (*OCP*) است.

در بین افرادی که از هیچ روش جلوگیری استفاده نمی‌کردند بیشترین تعداد مربوط به آنهایی بود که در گروه سنی قبل از منوپوز قرار داشتند. بنابراین هنوز شانس حاملگی برایشان وجود داشت اما این افراد به دلیل داشتن مشکلاتی در بارور شدن (اعم از سیکلهای بدون تخمک‌گذاری و قرار گرفتن در معرض استروژن بلامنازع ، از هیچ روشی استفاده نمی‌کنند و وجود تعداد بیشتر سیکلهای بدون تخمک گذاری شاید دلیلی بر موارد بیشتر هیپرپلازی کیستیک در این گروه باشد. این امر می‌تواند به عنوان یک علت پیش‌بدخیمی اندومتر در صورت پیشرفت به سمت هیپرپلازی کیستیک با آتیپی در نظر گرفته شود.

بر اساس آنچه در این مطالعه به دست آمد با توجه به نقش حفاظتی *OCP* توصیه می‌شود افرادی که منع مصرف *OCP* ندارند، می‌توانند از آن به عنوان یک وسیله مطمئن جلوگیری از بارداری و یا تنظیم خونریزی ماهیانه (در صورت رد شدن علل بدخیمی) استفاده کنند و پیشنهاد می‌شود با توجه به شیوع موارد پیش بدخیمی سرطان آندومتر در افراد

چاق از چاقی تا حد ممکن جلوگیری شود. با توجه به تعداد زیاد موارد بافت ناکافی اندومتر در افراد با منوراژی و متروراژی، در این گروهها جهت نمونه‌گیری از اندومتر به جای $D\&C$ از روش های دیگر استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه دستیاران رشته زنان که در گرفتن نمونه اندومتر همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌شود.

Reference:

Berek. Jonathan S. Adashi. Eliy. Hillard. Pavla A. Novak,s Gynecology (12th ed). 1996.

Jonathan S. Berek Nevillef, Hacheer, Second edition. Practical Gynecologic encology .1994

Moghal N. Diagnostic value of endometrial curettuge in abonormal uterine bleeding a histopathological study .1997.

Slaveikov, Tomov S. Dilatation and curettage in women with abnormal uternine bleeding – analysis of the histopathological finding .1998.