شیوع و علل هیسترکتومی در مراجعین به زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان سال ۷۵-۱۳۷۴

دکتر میترا بهرشی *، دکتر حسین نیک‌زاد **، سید غلامعباس موسوی ***
دکتر داود مظلومی ****

خلاصه

سابقه و هدف: هیسترکتومی (برداشتن رحم) از اعمال جراحی شایع در زنان می‌باشد. با توجه به اهمیت تعیین شیوع و علل منجر به هیسترکتومی در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی - درمانی و عدم اطلاع از وضعیت آن در کاشان، این تحقیق به منظور تعیین شیوع و علل منجر به هیسترکتومی در افراد مراجعه کننده به زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سال ۷۵-۱۳۷۴ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی (Descriptive) بر روی ۱۵۰ زن مراجعه کننده به زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان جهت عمل هیسترکتومی صورت پذیرفت. اطلاعات مورد بررسی شامل سن، شغل، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، تعداد زایمان، وضعیت یائسگی، روش عمل، تشخیص قبل از عمل براساس معاینات فیزیکی و آزمایش‌های پاراکلینیکی و نتایج گزارش پاتولوژی بعد از عمل پس از دریافت در پرسش‌نامه‌های مربوط ثبت گردید. در پایان داده‌های فرم اطلاعاتی بعد از استخراج و طبقه بندی با آمارهای توصیفی ارایه شد.

یافته‌ها: این تحقیق نشان داد که ۵/۹ درصد اعمال جراحی زنان انجام گرفته در این مرکز هیسترکتومی بود. از نظر سنی، ۴۴/۷ درصد افراد در گروه سنی ۵۵-۴۵ سالگی قرار داشتند و از نظر تعداد زایمان، بیشترین موارد ۵۶/۶ درصد در گروه یک تا پنج زایمان می‌باشد. از کل افراد هیسترکتومی شده، ۹۰/۶ درصد به روش ابدومینال و ۹/۴ درصد به روش واژینال است. شایع‌ترین علل منجر به هیسترکتومی بر حسب یافته‌های بالینی به ترتیب شامل لیومیوما ۴۹/۳ درصد، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم ۲۸/۶ درصد و شلی لگن ۱۲/۶ درصد بود. در معاینه فیزیکی ۱۱۷ مورد (۷۸ درصد) حداقل یک علت منجر به هیسترکتومی در اعضای داخل لگنی آنها گزارش شد و در ۳۳ مورد (۲۲ درصد) محل ابتلا مشخص نگردید. ۷۱/۳ درصد دارای آزمایش پاراکلینیکی و ۲۸/۷ درصد بدون آزمایش پاراکلینیکی بودند. در گزارش پاتولوژی بعد از عمل، ۶۰ درصد موارد غیرطبیعی و ۴۰ درصد طبیعی بودند.

نتیجه گیری: علل شیوع هیسترکتومی در زنان لیومیوما، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم و شلی لگن می‌باشد که برای کاهش شیوع افراد هیسترکتومی شده توصیه می‌گردد، تحقیقات تحلیلی برای تعیین نقش عوامل مختلف به منظور جلوگیری از هیسترکتومی غیرضروری به عمل آید.

واژگان کلیدی: هیسترکتومی، شیوع، علل، معاینات بالینی، تشخیص پاتولوژی

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان، گروه زنان و زایمان
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان، گروه آناتومی
*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان، دانشکده بهداشت
**** پزشک عمومی

مقدمه

هیسترکتومی (برداشتن رحم) یکی از اعمال جراحی شایع در زنان است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که سالانه حدود ۶۰۰ هزار زن در آمریکا تحت عمل هیسترکتومی قرار می‌گیرند و بعد از سزارین دومین عمل جراحی شایع در آمریکا است (۱،۲). از نظر سنی، بیشترین شیوع هیسترکتومی در گروه سنی ۳۰ الی ۵۴ سالگی گزارش شده است (۳،۴). هیسترکتومی به دو روش ابدومینال و واژینال انجام می‌گیرد. حدود $\frac{2}{3}$ موارد به روش ابدومینال و $\frac{1}{3}$ بقیه به روش واژینال می‌باشد (۲،۵). علل منجر به هیسترکتومی شامل لیومیوما ، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم ، شلی لگن ، دردهای لگنی، سرطان‌های رحم و سرویکس ، عفونت شدید لگنی و فوریت‌های مامایی است (۶). عده‌ای از محققین علل اصلی هیسترکتومی را به ترتیب لیومیوما ، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم و شلی لگن عنوان کرده‌اند (۷،۸) و عده‌ای دیگر دلایل اصلی را به ترتیب خون‌ریزی غیرطبیعی رحم، لیومیوما و شلی لگن (۹،۱۰) و بعضی هم علل اصلی را به ترتیب لیومیوما ، اندومتریوز و شلی لگن گزارش نموده‌اند (۱۱). در بیشتر مطالعات لیومیوما به عنوان علت اصلی هیسترکتومی ابدومینال و شلی لگن به عنوان علل اصلی هیسترکتومی واژینال مطرح گردیده است (۱،۱۰). تشخیص قبل از عمل علل هیسترکتومی با انجام معاینات بالینی و آزمایش‌های پاراکلینیکی دقیق امکان پذیر می‌باشد. مطالعات به عمل آمده طی سال‌های ۱۹۴۶ تا ۱۹۷۱ نشان می‌دهد که حدود ۳۰ الی ۴۳ درصد هیسترکتومی‌های انجام شده غیرضروری است ولی انجمن پزشکی نیویورک ضمن رد نتایج مطالعات فوق عنوان می‌کند که فقط ۳/۱ درصد از هیسترکتومی‌ها غیرضروری بوده‌اند (۲).

گزارش‌ها نشان‌می‌دهدکه‌تعدادی از تشخیص‌های علل منجر به هیسترکتومی قبل از عمل با نتایج پاتولوژی نمونه بعد از عمل تطابق ندارد. پژوهش Lee و همکارانش نشان می‌دهد که فقط ۸۴ درصد موارد تشخیص لیومیوما قبل از عمل جراحی به وسیله آزمایش پاتولوژی نمونه بعد از عمل مورد تایید قرار گرفت و ۴۷ درصد موارد دیگر که علل منجر به هیسترکتومی DUB ، درد لگنی و شلی لگن تشخیص داده شده بود، نتایج پاتولوژی آنها بعد از عمل لیومیوما و آدنومیوز نشان داد (۱۲) . با توجه به موارد فوق و عدم اطلاع از میزان شیوع هیسترکتومی و علل آن در شهرستان کاشان ، این تحقیق به منظور تعیین شیوع و علل منجر به هیسترکتومی و نحوه برخورد با آن روی زنان هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ۷۵-۱۳۷۴ انجام گرفت.

مواد و روشها

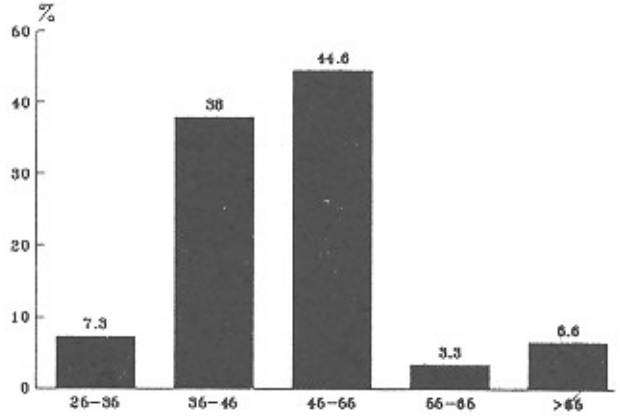
تحقیق به روش توصیفی بر روی ۱۵۰ زن که به طور مستمر طی زمان مطالعه به زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان جهت انجام عمل هیسترکتومی مراجعه نموده بودند، صورت پذیرفت . اطلاعات مورد نظر شامل سن، شغل ، وضعیت تاهل ، میزان تحصیلات ، تعدادزایمان، وضعیت یائسگی ، روش عمل هیسترکتومی ، آزمایشات پاراکلینیکی و تشخیص قبل از عمل و نتیجه پاتولوژی بعد از عمل پس از دریافت در پرسش‌نامه مربوط ثبت گردید. در معاینه فیزیکی ، رحم ، سرویکس ، آدنکس‌ها و لگن از نظر توده توموری خوش خیم و بدخیم، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم ، عفونت ، درد ، شلی لگن (سیستوسل، رکتوسل، پرولاپس رحم) مورد بررسی قرار گرفت. آزمایشات پاراکلینیکی به عمل آمده قبل از عمل شامل پاپ‌اسمیر ، دیلاتاسیون و کورتاژ (D&C) ، بیوپسی آندومتر و اولتراسونوگرافی بود. معاینات بالینی، آزمایشات پاراکلینیکی و پاتولوژی توسط متخصصین مربوط انجام گردید. در پایان اطلاعات جمع آوری شده پس از استخراج و طبقه بندی با آمارهای توصیفی بررسی گردیده و جداول و نمودارهای مربوط ترسیم شد.

یافته‌ها

این تحقیق نشان داد که طی یک سال (آذر ۷۴ الی آذر ۷۵) ۲۵۱۰ مورد عمل جراحی زنان وزایمان در

زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی انجام شده است که عمل سزارین با ۷۲۳ مورد (۲۸/۸ درصد) بیشترین عمل جراحی و هیسترکتومی با ۱۵۰ مورد (۵/۹ درصد) با فاصله اطمینان (CI : ۵×،۶،۸) ، پنجمین عمل جراحی زنان و زایمان در این مرکز بود.

بیشترین تعداد افراد هیسترکتومی شده در گروه سنی ۴۵ الی ۵۵ سالگی بوده که ۶۷ مورد (۴۴/۶ درصد) می‌باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱ـ توزیع سنی ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان طی سال‌های ۷۵ـ۱۳۷۴

از ۱۵۰ مورد هیسترکتومی ۳ نفر مجرد و بقیه متاهل بوده و از نظر میزان تحصیلات ۸۸ مورد (۵۸/۶ درصد) بی‌سواد، ۶۰ مورد (۴۰ درصد) تحصیلات ابتدایی و ۲ مورد (۱/۳ درصد) دارای تحصیلات متوسطه می‌باشند. از کل افراد هیسترکتومی ۲۲ مورد (۱۴/۶ درصد) یائسه بوده و بقیه در سنین باروری قرار داشتند.

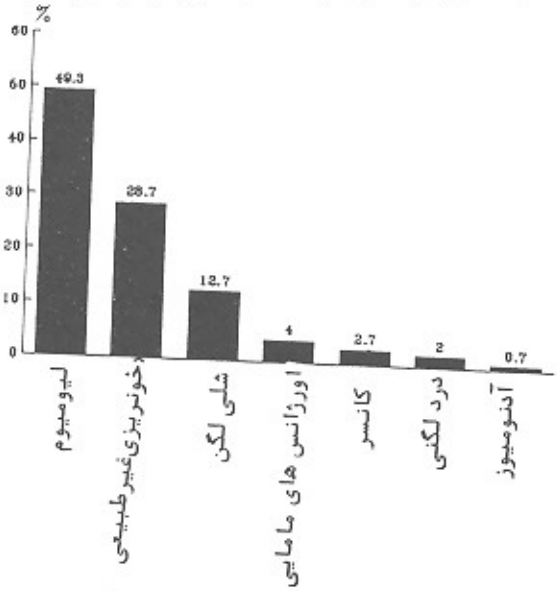
نتایج بررسی نشان داد که بیشترین موارد هیسترکتومی (۵۶/۶ درصد) در زنانی که یک تا پنج زایمان داشتند انجام گرفته است (جدول ۱).

جدول ۱ـ توزیع فراوانی هیسترکتومی برحسب تعداد زایمان در ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سالهای ۷۵ـ۱۳۷۴

تعداد زایمان / فراوانی	مطلق	نسبی
۰	۵	۳/۳
۱-۵	۸۵	۵۶/۷
۶-۱۰	۵۴	۳۶
بیش از ۱۰	۶	۴
جمع	۱۵۰	۱۰۰

از نظر نوع عمل جراحی نتایج نشان داد که ۱۳۶ مورد (۹۰/۶ درصد) به روش ابدومینال و ۱۴ مورد (۹/۳ درصد) به روش واژینال است.

شایع ترین علل منجر به هیسترکتومی با توجه به معاینات بالینی و پاراکلینیکی قبل از عمل به ترتیب لیومیوما ۷۴ مورد (۴۹/۳ درصد)، خونریزی غیرطبیعی رحم ۴۳ مورد (۲۸/۶ درصد) و شلی‌لگن ۱۹ مورد (۱۲/۶ درصد) بود (نمودار ۲).



نمودار ۲ـ توزیع علل هیسترکتومی در ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ۷۵ـ۱۳۷۴

درمعاینه فیزیکی ۱۱۷ مورد (۷۸ درصد) علل منجر به هیسترکتومی حداقل در یک عضو داخل لگنی تشخیص داده شده و در ۳۳ مورد دیگر (۲۲ درصد) محل ابتلا مشخص نگردید و بیشترین ابتلا مربوط به گرفتاری توام رحم و سرویکس با ۵۶ مورد (۳۷/۳ درصد) بود (جدول ۲).

جدول ۲ـ توزیع فراوانی هیسترکتومی بر حسب عضو مبتلا در معاینه فیزیکی ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سالهای ۷۵ـ۱۳۷۴

عضو مبتلا / فراوانی	مطلق	نسبی
سرویکس	۳۱	۲۰/۷
رحم	۱۳	۸/۶
رحم + سرویکس	۵۶	۳۷/۳
آدنکس‌ها	۱	۰/۷
شلی لگن	۱۶	۱۰/۷
ناشناخته	۳۳	۲۲
جمع	۱۵۰	۱۰۰

از کل افراد هیسترکتومی شده، ۱۰۷ مورد (۷۱/۳ درصد) دارای حداقل یک آزمایش پاراکلینیکی و ۴۳ مورد (۲۸/۷ درصد) بدون آزمایش پاراکلینیکی بودند (جدول ۳).

جدول (۴) توزیع فراوانی علل هیسترکتومی را بر حسب یافته‌های بالینی قبل از عمل جراحی با نتایج تشخیص پاتولوژی در بعد از عمل جراحی نشان می‌دهد. از کل افراد هیسترکتومی شده ۶۰ مورد (۴۰ درصد) دارای پاتولوژی طبیعی و ۹۰ مورد (۶۰ درصد) پاتولوژی غیرطبیعی داشتند. بیشترین یافته‌های غیرطبیعی پاتولوژیک مربوط به لیومیوما با ۳۷ مورد (۲۴/۷ درصد) و آدنومیوز ۲۰ مورد (۱۳/۳ درصد) می‌باشد. نتایج نشان داد از ۷۴ موردی که در معاینات بالینی علت هیسترکتومی آنها لیومیوما ثبت شده بود فقط ۲۸ مورد آنها (۳۷/۸ درصد) در گزارش نتایج پاتولوژی بعد از عمل مورد تایید قرار گرفت و ۲۷ مورد (۳۶/۵ درصد) گزارش پاتولوژی آنها طبیعی و ۱۹ مورد (۲۵/۷ درصد) علت دیگری به غیر از لیومیوما داشتند و علاوه بر این ۹ مورد نیز که در معاینات بالینی تشخیص لیومیوما نداشتند در گزارش پاتولوژی آنها لیومیوما تشخیص داده شد.

جدول ۳ـ توزیع فراوانی آزمایش‌های پاراکلینیکی برحسب علل هیسترکتومی در ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سالهای ۷۵ـ۱۳۷۴

	آزمایش پاراکلینیک / علت هیسترکتومی	لیومیوما	DUB	شلی لگن	اورژانس‌های مامایی	کانسر	درد لگنی	آدنومیوز	جمع
آزمایش پاراکلینیک دارد	سونوگرافی	۳۳ (۴۵)	۶ (۱۴)	۳ -	۲ -	۱ -	-	-	۴۵ (۳۰)
	سونوگرافی ـ دیلاتاسیون و کورتاژ	۱۷ (۲۳)	۱۰ (۲۳/۲)	-	-	-	۲ -	۱ -	۳۰ (۲۰)
	دیلاتاسیون و کورتاژ	۲ (۲/۷)	۶ (۱۳/۹)	-	-	۲ -	-	-	۱۰ (۶/۶)
	سونوگرافی + بیوپسی	۷ (۹/۴)	۲ -	-	-	-	-	-	۹ (۶)
	بیوپسی	۲ (۲/۷)	۵ -	۱ -	-	۱ -	-	-	۹ (۶)
	پاپ اسمیر	-	۴ -	-	-	-	-	-	۴ (۲/۶)
	جمع	۶۱ (۸۲/۴)	۳۳ (۷۶/۷)	۴ -	۲ -	۴ -	۲ -	۱ -	۱۰۷ (۷۱/۳)
آزمایش پاراکلینیک ندارد		۱۳ (۱۷/۶)	۱۰ (۲۳/۳)	۱۵ (۷۹)	۴ -	-	۱ -	-	۴۳ (۲۸/۷)
جمع کل		۷۴ (۱۰۰)	۴۳ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)	۶	۴	۳	۱	۱۵۰ (۱۰۰)

جدول ۴ـ توزیع فراوانی نتایج گزارش پاتولوژی بعد از عمل بر حسب علل هیسترکتومی در ۱۵۰ زن هیسترکتومی شده در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سالهای ۷۵ـ۱۳۷۴

علل هیسترکتومی / نتایج گزارش پاتولوژی	لیومیوم	خون‌ریزی غیرطبیعی رحم	شلی لگن	اورژانس‌های مامایی	کانسر	درد لگنی	آدنومیوز	جمع
لیومیوم	۲۸ (۳۷/۸)	۸ (۱۸/۶)	-	۱ -	۱ -	-	-	۳۷ (۲۴/۷)
آندومیوز	۷ (۹/۵)	۱۱ (۲۵/۶)	۱ -	-	۱ -	-	-	۲۰ (۱۳/۳)
آندومتر آتروفیک	۲ -	-	۵ -	-	-	-	-	۷ (۴/۷)
هیپرپلازی کیستیک آندومتر	۳ -	۳ -	-	-	-	۱ -	-	۷ (۴/۷)
لیومیوم ـ آدنومیوز	۲ -	۳ -	-	-	-	-	-	۵ (۳/۳)
پولیپ آندومتر	۱ -	۲ -	۱ -	-	-	-	۱ -	۵ (۳/۳)
بیماریهای حفنی جمع	-	-	-	۳ -	-	-	۱ -	۵ (۳/۳)
کانسر	۱ -	-	-	-	۲ -	-	-	۳ (۲)
لیومیوم ـ آندومتریوز	۱ -	-	-	-	-	-	-	۲ (۱/۳)
آدنومیوز ـ آندومتریوز	۱ -	-	-	-	-	-	-	۱ (۰/۷)
طبیعی	۲۷ (۳۶/۵)	۱۶ (۳۷/۲)	۱۲ (۶۳/۲)	۲ -	۱ -	۲ -	-	۶۰ (۴۰)
جمع	۷۴ (۱۰۰)	۴۳ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)	۶ -	۴ -	۳ -	۱ -	۱۵۰ (۱۰۰)

بحث

تحقیق نشان داد که شیوع هیسترکتومی در مراجعه‌کنندگان به زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان طی یک سال ۵/۹ درصد می‌باشد. Pokras و همکارانش در سال ۱۹۸۸ گزارش نمودند که از ۹۷ میلیون زن آمریکایی بالای ۱۵ سال تقریباً ۱۸/۵ میلیون زن (۵/۲ درصد) عمل هیسترکتومی شده‌اند (۱) و مطالعه دیگر نشان داد که طی سال ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۰ حدود ۱/۷ میلیون زن در آمریکا

تحت عمل هیسترکتومی قرار گرفته و از نظر شیوع دومین عمل جراحی زنان می‌باشد (۴). Dickinson و همکارانش در سال ۱۹۸۸ عنوان داشتند که میزان هیسترکتومی در آمریکا $\frac{1}{3}$ تا $\frac{1}{2}$ بیشتر از میزان هیسترکتومی در کشورهای اروپای غربی می‌باشد (۱۳). اختلاف شیوع هیسترکتومی در جوامع مختلف احتمالاً به یک سری تفاوتهای فرهنگی و اجتماعی ، سطح آگاهی افراد، میزان درآمد ، نوع بیمه ، کنترل و دقت بیشتر در تشخیص‌ها و مشکلات آنالیز اطلاعات بر می‌گردد (۱۴).

مطالعه ما نشان داد که بشترین علل منجر به هیسترکتومی به ترتیب لیومیوما (۴۹/۳ درصد) ، خون‌ریزی غیرطبیعی رحم (۲۸/۶ درصد) و شلی لگن (۱۲/۶ درصد) می‌باشد (نمودار ۲) که با بررسیهای به عمل آمده در آمریکا و بیمارستان امام حسین تهران مطابقت دارد (۷،۸) ولی با مطالعه Davis و همکارانش که خون‌ریزی غیرطبیعی رحم را شایع‌ترین علل منجر به هیسترکتومی ذکر نموده‌اند ، مطابقت ندارد (۹).

در مطالعه ما ۴۹/۳ درصد کل هیسترکتومی‌ها به علت لیومیوما بود. پژوهش Rittaluto و همکارانش در فنلاند نیز هیسترکتومی به علت لیومیوما را ۵۰ درصد بیان داشتند (۱۱) ولی بیشتر مطالعات این میزان را ۳۰ درصد عنوان کرده‌اند (۲،۵).

تحقیق نشان داد که ۲/۷ درصد افراد به علت سرطان و ۲ درصد افراد به علت درد لگنی هیسترکتومی شده‌اند (نمودار ۲) که این میزان در مطالعه دیگران به ترتیب ۷ درصد و ۱۲ تا ۱۹ درصد گزارش گردیده است (۹،۱۱) که اختلاف این نتایج شاید به علت نداشتن بیوپسی در بیشتر نمونه‌ها قبل از عمل جراحی باشد.

نتایج حاصل نشان داد که ۴۰ درصد موارد که در معاینات بالینی عللی برای انجام هیسترکتومی آنها مطرح شده بود، گزارش پاتولوژی آنها طبیعی بود (جدول ۴). Fataerday و همکارانش این میزان را ۱۳ تا ۳۱ درصد گزارش نموده‌اند (۷). در بررسی نتایج پاتولوژی غیرطبیعی، لیومیوما با ۲۴/۷ درصد و آدنومیوز با ۱۳/۳ درصد بیشترین علل هیسترکتومی بیان گردیده که در بررسی دیگران این میزان به ترتیب ۲۹-۲۷ درصد و ۱/۵ تا ۲۶ درصد گزارش شده است (۵،۱۰).

Lee و همکارانش در سال ۱۹۸۴ در مطالعه خود بر روی ۱۸۵۱ زن هیسترکتومی شده در سنین ۱۵ تا ۴۴ سال عنوان داشتند که در ۵۲ درصد موارد هیسترکتومی که بالقوه می‌توانستند آزمایش پاتولوژی داشته باشند تشخیص قبل از عمل لیومیوما در ۸۴ درصد موارد، آدنومیوز در ۴۸ درصد موارد، آندومتریوز در ۴۷ درصد موارد به وسیله بررسی پاتولوژی نمونه بعد از عمل مورد تایید قرار گرفت و در ۴۸ درصد زنان هیسترکتومی شده که تشخیص قبل از عمل آنها مواردی چون خون‌ریزی غیرطبیعی رحم ، دردلگنی و شلی لگن بود و بالقوه آزمایش پاتولوژی نداشتند، در بررسی پاتولوژی نمونه‌ها بعد از عمل، ۴۷ درصد موارد لیومیوما و آدنومیوز گزارش گردید (۱۲).

با توجه به این موارد انجام بیوپسی و آزمایشات دقیق برای تعیین علل اصلی منجر به هیسترکتومی از اهمیت بیشتری برخوردار می‌گردد. جدول (۳) نشان می‌دهد که ۲۸/۷ درصد افراد هیسترکتومی شده هیچ آزمایش پاراکلینیکی نداشتند که این جای سوال دارد.

مطالعه ما نشان داد که ۹۰/۷ درصد موارد هیسترکتومی به روش ابدومینال و فقط ۹/۳ درصد به روش واژینال بود که در اکثر مطالعات این میزان به ترتیب ۷۰ درصد و ۳۰ درصد می‌باشد (۲،۵).

از آنجایی که روش واژینال از عوارض کمتری برخوردار است (۲،۵) از این رو بررسی علت این تفاوت در مطالعه‌ای دیگر از نظر درمانی و اقتصادی مهم می‌باشد.

در این تحقیق بیشترین موارد هیسترکتومی (۴۴/۶ درصد) مربوط به گروه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال بود (نمودار ۱) که با نتایج مطالعه Rittaluto و همکارانش مطابقت داشته ولی با مطالعه Holly و همکارانش در سال ۱۹۸۴ که عنوان داشته‌اند بیشترین موارد هیسترکتومی در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال می‌باشد مطابقت ندارد (۱۵).

همان گونه که مشاهده می‌شود در مطالعه ما بیشترین موارد هیسترکتومی در حول و حوش سنین یائسگی انجام گرفته که شیوع خون‌ریزی‌های غیرطبیعی رحم نسبتاً شایع بوده و شاید بتوان با درمان نگه دارنده با بیمار برخورد کرد و از هیسترکتومی غیرضروری جلوگیری به عمل آورد. مطالعات به عمل آمده طی سال‌های ۷۱-۱۹۴۶ نشان می‌دهد که حدود ۳۰ تا ۴۳ درصد موارد هیسترکتومی‌ها غیرضروری بوده است که این میزان با بالابردن سطح آگاهی‌های زنان، معاینات دوره‌ای و مستمر در سنین باروری، دقتی بیشتر در معاینات بالینی و پاراکلینیکی و کنترل تشخیص‌ها توسط کمیته پزشکی به ۳/۱ درصد کاهش یافته است (۲).

با توجه به نتایج این مطالعه توصیه می‌گردد مطالعات تحلیلی گسترده‌ای برای تعیین نقش عوامل مختلف به منظور جلوگیری از هیسترکتومی غیرضروری و کاهش عوارض جسمی و اقتصادی به عمل آید.

References:

1. Pokras R. Hufnagel VG. Hystere in the united states, 1965-1984. AGPH. 1988; 78: 852-853.
2. Rock JA. Thompson JD. Telinde's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997: 771-780.
3. Dicker RC. Greenspan JR. Compilications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the united states. Am J Obstet Gynecol. 1982; 144: 841-848.
4. Wilcox L. Hyserectomy in the united states, 1988-1990. Obstet Gynecol. 1994; 83: 549.
5. Jones HW. Novak's textbook of gynecology. 12 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 405-438.
6. Thompson JD. Indications for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1981; 24: 1254- 1258.
7. Eatearday E. Hysterectomy in the united states. Obstet Gynecol. 1983; 62: 65-75.
۸- قلی‌پور ا. بررسی علل هیسترکتومی با توجه به سن و پاتولوژی بیماران در بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۶۹-۱۳۶۸. پایان نامه تحصیلی جهت دریافت دکترای پزشکی . دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ؛ ۱۳۷۰ : ۲۳-۶.
9. Davis A. Indications and alternatives to hysterectomy. Baillieres Clin Obstet Gynecol. 1994; 11: 61-75.
۱۰- حسن نژاد ق. بررسی پاتولوژیک هیسترکتومی در بیمارستان بوعلی تهران در طی سال ۱۳۷۴ . پایان نامه تحصیلی جهت دریافت دکترای پزشکی . دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ؛ ۱۳۷۵ : ۳۸-۱۲.
11. Rittaluto R. Incidence causes and surgical methods for hysterectomy in Finland 1987-1989. Int J Epidemiol. 1994; 23: 348- 353.
12. Lee NC. Dicker RC. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. Am J

Obstet Gynecol. 1984; 150: 283-287.

13. Dickinson JA. Hill AM. The incidence of hysterectomy and its effect on the probability of developing uterine cancers. Common Health Stud. 1988; 12: 176.

14. Hass S. Acker D. Variation in hysterectomy rates across small geographic areas of Massachusetts. Am J Obstet Gynecol. 1993; 169: 150.

15. Holly H. Age- specific hysterectomy and ophorectomy prevalence rates and the risks for cancer of reproductive system. Am J Public Health. 1984; 11: 560-563.