

گزارش يك مورد حاملگي بعد از درمان

آندومتريوز لنگنی بانورانی نودرل^۱

دکتر امیر مرادی (*) دکتر بیژن نیک اختر (نظری) (**)

آندومتريوز بیماری نسبتاً فراوانی است ولی بعلت اشکال تشخیص خصوصاً در بعضی انواع آن بیشتر در موقع اعمال جراحی تشخیص داده میشود. بعضی مصنفین درمیان مراجعین خود تا ۲۰ درصد به آندومتريوز برخورد کرده اند.

مگز ۲ ازدیاد نسبت آندومتريوز را نتیجه دیرازدواج کردن و دیر بچه دار شدن میدانند در باره علت پیدایش این بیماری فرضیه های مختلفی پیشنهاد شده که از بین آنها دو فرضیه قابل قبول تر است:

اول فرضیه ترانسپلانتاسیون که بوسیله سامپسون^۳ بیان شده و دومی فرضیه متاپلازی سلومیک ایوانف^۴ و این دو فرضیه هر کدام طرفدارانی دارد.

علائم مشخصه این بیماری در نوع خارجی یا لگنی عبارتست از وجود ندول هائی در دیواره رکتوواژینال که در عقب دهانه زهدان و روی تخمدانها پیدا میشود و در معاینه این قسمتها خیلی دردناک میباشد. گاهی ممکن است کانون آندومتريوز فقط در رباطهای رحمی خارجی متمرکز شده باشد و در این موارد اغلب زهدان در وضع عقب افتاده ثابت شده و به عقب چسبندگی پیدا میکند.

از نظر پیشرفت و سیر آندومتريوز باید دانست وقتی در محلی کانون آندومتريوز ایجاد شد به تدریج پیشرفت میکند و بزرگتر میشود. مثلاً در نوع مورد بحث از طرف عقب بچه دار رکتوم میرسد و در آن نفوذ میکند ولی بعلت نرمی مخاط رکتوم مخاط را سوراخ نمیکند و خونریزی هائی هم که در این مورد از رکتوم میشود بعلت واکنش پلی پوز مخاط در اثر تحریک زیر مخاطی آندومتريوز میباشد لذا باید دانست که در این موارد خونی که از رکتوم میآید مستقیماً از کانون آندومتريوز نیست.

علامت مهم آندومتريوز قاعدگی دردناک مخصوصی است که معمراً از روز دوم یا سوم

۵ استادیار بخش زنان و زایمان بیمارستان کمك شماره ۲

۵۵ استادیار بخش داخلی بیمارستان کمك شماره ۲

1- Nor-Ethynodrel

2- Meigs

3- Sampson

4- Ivanhof

شروع میشود و در جریان قاعدگی ادامه دارد و به تدریج که بیماری پیشرفت میکند شدیدتر هم میشود در این مدت درجه حرارت بازال نیز اغلب بالا میرود نازائی نیز معمولاً همراه آندومترئوز وجود دارد. بطوریکه میدانیم نسج آندومتری که در یک کانون آندومترئوز قرار دارد همانند مخاط زهدان به تغییرات دوره‌ای تخمدان جواب میدهد یعنی هیپرپلازی پیدا میکند و سپس خونریزی میکند باین جهت است که حجم آندومترئوز در جریان دوره قاعدگی تغییر مییابد و معمولاً بلافاصله قبل از قاعدگی و در جریان آن بزرگتر و دردناکتر میشود.

از نظر درمان خصوصاً در زنان جوان امروزه دیگر درمان رادیکال جراحی طرفدار زیادی ندارد و بیشتر درمانهای مسکن را باید بکار برد باین امید که شاید حاملگی پیش آید و بیماری خود بخود بهبودی پیدا کند. از داروهائی که بیشتر برای درمان آندومترئوز بکار میرود هورمون‌های استروژن، پروژسترون و آندروژن را میتوان نام برد. استروژن‌ها را به تنهایی و بمدت طولانی نبایستی مصرف کرد زیرا سبب بروز هیپرپلازی کیستیک در آندومتر و حالت تهوع در بیمار میشود از پروژسترون و خصوصاً داروهای ژستازن خوراکی که در سالهای اخیر کشف شده و برای جلوگیری از اوولاسیون بکار میرود میتوان بمدت طولانی لاقل ششماه بطور یکنواخت و یا بطور متناوب بمدت بیست روز در هر دوره قاعدگی بکار برد. قرص‌های خوراکی که برای جلوگیری از تخمک‌گذاری مصرف میشوند از دو ماده اصلی استروژن و پروژسترون تشکیل شده‌اند. ماده پروژسترونی بنام نورتسترول^۱ بقیه از مشتقات نورانتندرون^۲ و یا نوراتینودرول^۳ میباشد و ماده استروژنی آنها اتینیل استرادیول و یا مسترانول میباشد و مقدار این دو ماده در قرص‌های مختلف متفاوت است طرز اثر این داروها باین ترتیب است که مراحل اولیه حاملگی را تقلید میکنند و چنانچه به مدت طولانی و با مقدار تصاعدی تجویز شوند یک حالت آبستنی کاذب ایجاد مینمایند و مکانیسم اثر آنها احتمالاً باین ترتیب است که ماده استروژنی از طریق وقفه در ترشح هورمون L. H. هیپوفیز قدامی مانع تخمک‌گذاری شده در حالی که ماده پروژسترونی تغییراتی در مخاط زهدان پدید می‌آورد که شبیه مرحله قبل از قاعدگی طبیعی است. و علاوه بر این ماده پروژسترونی ترشحات مخاطی دهانه زهدان را برای اسپرماتوزوئید غیر قابل نفوذ میسازد.

از سال ۱۹۵۸ روش کیسنر^۴ یا ایجاد حالت آبستنی کاذب با مقادیر زیاد و تصاعدی داروهای پروژستاتیف بعنوان درمان مؤثر آندومترئوز پذیرفته شد و مصنفین مختلف این روش را در موارد گوناگون آندومترئوز با نتایج درخشان بکار بردند معذک در بعضی موارد پس

1- Megestrol

2- Nor Ethyndron

3- Nor Ethynodrol

4- Kistner

از قطع درمان عود بیماری دیده شده است در آماری که اخیراً در یکی از بیمارستانهای ایالت فلوریدا بوسیله اسکات^۱ و همکارش منتشر شده در بیست مورد آندومترئوز بمدت ششماه از پروژستاتیف خوراکی با روش کیسئر استفاده کرده‌اند و در بعضی مواقع حتی مقدار روزانه دارو را بین چهل تا ۱۲۰ میلیگرم بالا برده‌اند در این بیست مورد نتایج در اکثر موارد رضایت بخش بوده و فقط چند مورد عوارض ساده از قبیل سرگیجه حالت تهوع و دو مورد حالت افسردگی روانی داشته‌اند که با درمانهای کمکی بهبود یافته و مجبور به قطع درمان نشده‌اند بعنوان مثال یکی از بیماران یکماه پس از قطع درمان با نورائینودرل حامله شده است. نکته جالبی که از گزارش اسکات مستفاد میشود اینست که با مقادیر زیاد این دارو حتی یکمورد ترمبوفلیت مشاهده نشده است. باید متذکر شد که از چند سال قبل امکان افزایش ترمبوفلیت با خوردن داروهای پروژستاتیف مورد بحث قرار گرفت و مطالعات زیادی درباره رابطه بین خوردن این داروها و تغییرات عوامل انعقاد خون بعمل آمد مثلاً در دو مورد که در دانشکده گوئینگن آلمان مطالعه شده ملاحظه کردند که زمان پروترومبین تغییری نمی‌کند ولی زمان انعقاد در روزهای آخر درمان کمی پائین آمده و بلافاصله پس از قطع درمان طولتر میشود. رویهمرفته اغلب مصنفین معتقدند که تمایل بازدیاد قابلیت انعقاد در جریان مصرف داروهای پروژستاتیف با افزایش فعالیت فیبرینولیتیک جبران میگردد ولی این نکته را باید یادآور شد که در جریان مصرف این داروها جدار وریدها شل میشوند و به بیمارانی که سابقه ترمبوفلیت داشته و یا مبتلا به واریس میباشدنبایستی این داروها تجویز شود. گرچه همان طوریکه بعد از عملهای جراحی هم مشاهده میشود ترمبوفلیت ممکن است هم در وریدهای سالم پیدا شود و هم در وریدهایی که واریس دارند مثلاً در سال ۱۹۶۴ آماری از دانشکده پزشکی حیدرآباد هندوستان داده شده که در یک میلیون نفر زن که از قرص اناوید برای جلوگیری از حاملگی مصرف میکردند سی و یک مورد مرگ و میربعلت ترمبوفلیت و آمبولی داشته‌اند.

شرح حال بیمار

خانم ا - ۳۲ ساله اهل ساری ساکن تهران در تاریخ ۱۳/۹/۴۴ بعلت خونریزی و درد هنگام قاعدگی ولکه بینی در فواصل قاعدگی و همچنین خونریزی از راه مقعد در جریان قاعدگی مراجعه کرد. شروع این عوارض از حدود یکسال قبل از تاریخ مراجعه بوده است.

بیمار در پانزده سالگی قاعده شده که مرتب و هر ۲۸ روزیکبار بوده و پنجروز طول میکشیده است مقدار خون رفته عادی بوده است. ۱۴ سال است که ازدواج کرده دوبار حامله

شده که نه ماهه وضع حمل طبیعی کرده است. پس از زایمان دوم ۴ بار حامله شده که اولی را در یکماهگی سقط خود بخود کرده و سه‌تای دیگر را عمداً کورتاژ کرده است. پنج سال قبل از مراجعه مجدداً حامله شده ولی در پنج‌ماهگی خونریزی کرده و در یکی از بیمارستان‌ها چهار بار بفاصله چندروز کورتاژ شده است دو سال و نیم قبل هم بعد از معالجاتی که کرده حامله شده و در یکماهگی خونریزی کرده و سپس کورتاژ شده است از این تاریخ بیعد حامله نشده و از یکسال قبل از مراجعه عوارض فعلی شروع شده است.

نتیجه معاینات :

از نظر عمومی دستگاه قلب و عروق و ریتین کاملاً سالم فشار خون ۱۲/۷ بود و معاینه سایر اندامها نکته جالبی نداشت.

در معاینه زنانگی که از بیمار بعمل آمد دستگاه تناسلی خارجی طبیعی است دهانه رحم چندزا و ترشح سفید مایل به زرد کف آلودی در مهبل وجود داشت که در آزمایش میکروسکوپی مستقیم ترشح تریکومناواژینالیس دیده شد. با فشار لبه‌عسای اسپکولوم روی کل ابتدا ترشح مخاطی زرد رنگ و سپس خون آلودی از سوراخ کل خارج میشد.

معاینه از طرف مهبل: رحم در خط وسط کمی بزرگتر از معمول و دردناک بود و در بن‌بستهای طرفی لوله‌ها و تخمدان‌ها متورم و خیلی دردناک حس میشدند در بن‌بست خلفی نیز یک تورم دردناک با حدود غیر مشخص وجود داشت. لذا بدو با علائم فوق الذکر تشخیص عفونت رحم و ضمائم برای بیمار داده شد و بیمار تحت درمان با آنتی‌بیوتیک و آنزیم قرار گرفت.

در تاریخ ۴۴۹۹۲۰ مجدداً از بیمار معاینه بعمل آمد در معاینه از راه مهبل بعلت از بین رفتن تورم ضمائم رحم ندولهای در پشت دهانه رحم در بن‌بست خلفی بطور مجتمع و دردناک حس میشد که در معاینه با اسپکولوم بشکل چند برجستگی کوچک آبی رنگ در بن‌بست خلفی نمایان بود و در لمس مهبل ضمائم نیز طبیعی و بدون درد بودند. لذا با در نظر گرفتن دیسمنوره شدید که در طول قاعدگی ادامه داشت و خصوصاً وجود لکه‌بینی در فواصل قاعدگی و ترشح خونین دهانه رحم در موقع معاینه، وجود خونریزی از رکتوم در مواقع قاعدگی در ماههای اخیر و بالاخره وجود ندولهای آبی رنگ در بن‌بست خلفی احتمال آندومتر یوز دیواره رکتواژینال داده شد و آزمایشهای زیر برای تأیید تشخیص بعمل آمد.

۱- در تاریخ ۴۴۹۹۲۶ از بیمار رکتوسکوپی بعمل آمد و در فاصله ده سانتی متر مقعد در سطح قدامی رکتوم - چند برجستگی آبی رنگ در زیر مخاط دیده شد و در همان محل در روی مخاط نیز پلیپ کوچکی وجود داشت.

۲- در تاریخ ۴۴۱۰۴ از ترشح خونین دهانه رحم آزمایش سیتولوژی بعمل آمد که نتیجه آن بشرح زیر است.

سلولهای آندوسرویکال فراوان بطور انفرادی و مجتمع دیده میشود که بعضی از آنها بنظر غیر عادی می آید علاوه بر این تعدادی گلوبولهای قرمز و سلولهای پوششی سطحی و مقدار زیادی لکوسیت و ماکروفاژ دیده میشود.

۳- در تاریخ ۴۴۱۰۱۱ از بیمار يك كورتاژ تشخیصی بعمل آمد و در همان موقع نیز از مجرای دهانه رحم تکه جداگانه‌ای برای آزمایش نسج شناسی برداشته شد و ضمناً از جدار خلفی مهبل از ندولهای آبی رنگ تکه برداری شد که نتیجه آن بشرح زیر است : (شکل ۱)



شکل ۱ - در طرف چپ ساختمان مخاط مهبل و در طرف راست قسمتی از جدار کیست اندومتر یال دیده میشود

۱- قطعه کوچکی که از بن بست خلفی برداشته شده از يك مخاط هیپرپلازی مفروش شده زیر مخاط حاوی تشکیلات کیستیک میباشد که از پوششی شبیه آندومتر ساخته شده و از نسج متراکمی از نوع کوریون سیتوزن احاطه شده است و لذا بدون تردید آندومتر یوز جدار خلفی مهبل در کار است. (شکل ۲)

۲- قطعات کوچکی که از مجرای دهانه رحم برداشته شده علائم هیپرپلازی پلیپ مانند

شرح حال فوق از چند نظر قابل توجه میباشد :

- ۱ - وجود خونریزی از رکتوم در حین قاعدگی بعلت ابتلاء جدار رکتوم باندومتر یوز.
- ۲ - درمان مؤثر آندومتر یوز با داروهای پروژستاتیف خوراکی یا نوراتی نودرل و خودداری از درمان رادیکال جراحی در زنان جوان .
- ۳ - پیدایش ترمبولیت در اثر مصرف قرصهای ضد حاملگی و بهبودی ترمبولیت پس از قطع کامل داروی پروژستاتیف .
- ۴ - پیدایش حاملگی که از چند جهت جالب است زیرا بطوریکه میدانیم معمولاً آندومتر یوز سبب نازایی میشود گرچه در بعضی موارد در نوشتجات پزشکی دیده شده که با وجود آندومتر یوز حاملگی پیش آمده است . مثلاً یازده مورد در نوع رکتوواژینال و دو مورد در نوع تخمدانی دیده شده است از طرف دیگر پیدایش حاملگی نشانه بهبودی نسبی بیماری است و ضمناً خود حاملگی نیز درمان مؤثری برای این بیماری میباشد .

References

- 1- SALEH J. S. Textbook of Gynecology 513, 1966 Tehram
- 2- Netter A. Gynecologie 361-1959
- 3- Greenhill Year book. of Obst. & Gynec, 463-1965-66
- 4- Encyclopedie Med. Ch. Gynec. 510A-1965
- 5- Scott. J. W. Am. J. Obst. & Gynec. Aug. 915, 1966
- 6- Telinde, Operative Gynec. 526. 1962