

هیستریکتومی توتال و ساب توتال به روش لاپاراسکوپی: مطالعه مقایسه‌ای در بیمارستان آرشن

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۰۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۴/۳۱

چکیده

زهرا عسگری*

فرحناز آیتی

هایده سمیعی

گروه زنان و زایمان بیمارستان آرشن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران

زمینه و هدف: هیستریکتومی شایع‌ترین عمل جراحی زنان می‌باشد که انجام آن به روش لاپاراسکوپی در نقاط مختلف دنیا رایج بوده و بررسی عوارض این نوع عمل در ایران ضروری به نظر می‌رسد. **روش بررسی:** بیماران به صورت راندوم به دو گروه هیستریکتومی توتال (TLH) و هیستریکتومی ساب توتال (SLH) (به روش لاپاراسکوپی تقسیم شدند. عوارض کوتاه و بلندمدت در طی شش هفته و سپس شش ماه با پرسشنامه ارزیابی شد. مطالعه در طی ۲۴ ماه انجام شد. حجم مورد مطالعه ۲۵ بیمار جهت TLH و ۲۰ بیمار جهت SLH در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که طول مدت جراحی در گروه SLH به طور معنی‌داری کمتر است. میزان افت هموگلوبین پس از جراحی SLH کمتر بود. همچنین در بیماران تحت جراحی SLH به طور واضح مدت بستری در بیمارستان کمتر بود و زمان بازگشت به فعالیت عادی هم کمتر گزارش شده بود. مدت زمان جراحی به طور واضح در گروه SLH کمتر بود میزان مسکن دریافتی بعد از جراحی در گروه SLH کمتر گزارش شده بود. در بررسی عملکرد جنسی بین دو گروه TLH و SLH تفاوتی چندانی به دست نیامد و فقط میزان دیس پارونی بعد از جراحی SLH به طور معنی‌داری کمتر بود. **نتیجه‌گیری:** جراحی هیستریکتومی به روش سوپراسرویکال یا SLH در صورتی که بیمار اندیکاسیون آن را داشته باشد بهتر و آسان‌تر از جراحی TLH به روش شکمی یا لاپاراسکوپی است.

کلمات کلیدی: هیستریکتومی توتال لاپاراسکوپی (TLH) و هیستریکتومی ساب توتال SLH

* نویسنده مسئول، تهران، تهرانپارس، خیابان رشید، بیمارستان آرشن
تلفن: ۷۷۸۳۱۹۵
email: hosp_arash@tums.ac.ir

مقدمه

اندیکاسیون‌های هیستریکتومی ساب توتال مبهم است و موارد مهم عبارتند از: آندومتریوز، انسداد کولودوساک قدامی و خلفی، سزارین، هیستریکتومی وقتی که سرویکس کاملاً دیلاته است و نگرانی در مورد اعمال جنسی^۱ در هیستریکتومی توتال نسبت به ساب توتال عروق و اعصاب بیشتری قطع می‌شود و ارگان‌های مجاور بیشتر دچار اختلال می‌شوند. در جراحی ساب توتال میزان عفونت زخم و تشکیل هماتوم و گرانولوم کمتر است و مورد شایع‌تر عارضه جراحی ساب توتال، خونریزی رحمی دوره‌ای و پرولاپس سرویکس است.^۳ لاپاراسکوپی قبل از انجام هیستریکتومی به عنوان یک وسیله تشخیصی در جراحی‌های زنان به کار می‌رفته است.^۴ هیستریکتومی توتال به روش لاپاراسکوپی اولین بار توسط Semm و اخیراً با استفاده از Morcellator جراحی به روش سوپراسرویکال انجام می‌شود. در این روش برای کاهش خونریزی زیاد بیمار و یا مواردی که آناتومی

هیستریکتومی (Hysterectomy) یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی انجام شده است و بعد از جراحی سزارین دومین جراحی شایع در آمریکا است.^۱ اندیکاسیون‌های هیستریکتومی متعدد است و تقریباً در تمام مطالعات لیومیومای رحمی در صدر علل است. هیستریکتومی به چند روش شکمی و واژینال و لاپاراسکوپی انجام می‌شود و می‌تواند به روش توتال و یا ساب توتال انجام شود که در روش ساب توتال سرویکس باقی گذاشته می‌شود. انتخاب نوع جراحی بستگی به بیماری لگنی - معاینات بالینی متعدد و انجام سونوگرافی و سابقه جراحی‌های قبلی و مهارت جراح دارد.^۲ گروهی عقیده دارند که خارج کردن سرویکس باعث کاهش لذت جنسی، افزایش عوارض جراحی، کوتاه شدن واژن - پرولاپس واژن، گرانولاسیون غیرطبیعی کاف و خطر بالقوه برای پرولاپس لوله‌های رحمی می‌شود.

اهداف مطالعه رضایت‌نامه کتبی درخواست شد. با طراحی دو نوع پرسشنامه شامل مشخصات بیمار و بررسی عوارض حین و بعد از عمل و پرسشنامه دوم یا پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) که برگرفته از ژورنال آمریکایی بررسی اختلالات عملکرد جنسی و درمان آنها در سال ۲۰۰۰ است بود. در این پرسشنامه سوالاتی در مورد نحوه عملکرد جنسی و مشکلات احتمالی آن و عملکرد جنسی در شش آیتم (Desire, Arousal, Lubrication, Orgasm, Satisfaction, Pain) تنظیم می‌شود. این پرسشنامه یکبار قبل از عمل و سپس شش ماه بعد از جراحی برای بیماران تکمیل شد و امتیازات قبل و بعد از جراحی با هم مقایسه و آنالیز آماری شد. سپس عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت جراحی را با استفاده از پرسشنامه اول و اختلالات عملکرد جنسی را با پرسشنامه دوم یا FSFI^۷ بررسی شد. نوع مطالعه کارآزمایی بالینی و آینده‌نگر بود تکنیک کار مداخله مستقیم بود و مطالعه طی ۲۴ ماه انجام شد. سپس بیماران به طور تصادفی در دو گروه هیستریکتومی توتال و ساب‌توتال به روش لاپاراسکوپی قرار گرفتند. در روش Total Laparoscopy Hysterectomy (TLH) بعد از قرار دادن بیمار در پوزیشن لیتوتومی و تعبیه وسایل لاپاراسکوپی ابتدا به وسیله Grasp لیگامان‌های Round دو طرف به فاصله چند سانتی‌متری رحم گرفته و سپس Coagulate و Cut شد. سپس پریتونئوم قدامی لیگامان پهن به طرف خط وسط بریده شد و سرورز مثانه در قسمت اتصال به سرویکس و رحم دایسکت شد. اگر تخمدان بیمار باقی گذاشته می‌شد لیگامان یوترو-اوارین دو طرفه گرفته و کات می‌شد و در غیر این صورت لیگامان‌های اینفاندیبولوپلوئیک دو طرفه با گراسپ گرفته و بریده می‌شد. قبل از آن برای شناسایی حالب یا فضای رتروپریونئال باز می‌شد و یا مسیر حالب در قسمت Pelvic Birm بررسی می‌شد. بعد از جداسازی کامل مثانه، شریان‌های رحمی دو طرف گرفته و با کوتر بای‌پولار، کوآگولیت و کات می‌شد. سپس لیگامان‌های کاردینال و یوتروساکرال بریده شدند. برای انجام صحیح‌تر کولپوتومی خلفی و قدامی از تناکولوم سرویکس و Manipulator رحمی استفاده و فورنیکس‌های واژن مشخص و برش محل اتصال رحم و واژن انجام می‌شد. قبل از انجام برش در انتهای واژن اسفنج لاپاراسکوپی قرار داده می‌شد تا گاز شکم خارج نشود سپس به وسیله قیچی مخصوص لاپاراسکوپی و یا کوتر برش انجام می‌شد و رحم کاملاً از محل اتصال سرویکس و واژن جدا و سپس در واژن قرار داده می‌شد و بعد

بیمار به هم خورده است سرویکس باقی گذاشته می‌شود. به علت زمان کوتاه‌تر جراحی و ریکاوری سریع‌تر و بازگشت زودتر بیماران به فعالیت عادی و آسیب کمتر ارگان‌های مجاور رحم تمایل به انجام هیستریکتومی ساب‌توتال در طی ۵۰ سال اخیر بیشتر شده است.^۵ لاپاراسکوپی اگرچه ممکن است هزینه بالایی داشته باشد ولی باعث کاهش چشمگیر موربیدیتی و عوارض بعد از جراحی می‌شود. برای تشخیص و مقایسه اختلالات عملکرد جنسی باید قبل از جراحی ساب‌توتال و توتال شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی انجام شود. سابقه‌بیماری مزمن، مصرف داروهای خاص و سابقه بیماری ژنیکولوژیک و سایکولوژیک بررسی شود به طور کلی چرخه‌های پاسخ جنسی شامل مراحل زیر است: ۱- میل جنسی (Desire) ۲- برانگیختگی (Arousal) ۳- ارگاسم ۴- فرونشینی (Resolusion) ۵- رضایت جنسی (Satisfaction).^۱ تغییرات عملکرد جنسی بعد از هیستریکتومی تعیین شده نیست و یکی از اهداف انجام هیستریکتومی ساب‌توتال بهبود عملکرد جنسی است. بسیاری از موارد هیستریکتومی به علت دردهای مزمن لگن و پرولاپس اعضای مجاور واژن انجام شده است که با برطرف شدن آن عملکرد جنسی بهبود یافته است.^۶ این مطالعه عوارض بلند مدت و کوتاه‌مدت جراحی هیستریکتومی توتال و ساب‌توتال به روش لاپاراسکوپی مقایسه می‌گردد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی آینده‌نگر در سال‌های ۸۶ و ۸۷ در ۲۵ بیمار در گروه TLH و ۲۰ بیمار در گروه SLH در بیمارستان آرژان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه در دو گروه سنین بین ۳۵ تا ۶۰ سال که وزن زیر ۱۰۰ کیلوگرم و پاپ‌اسمیر و کولپوسکوپی نرمال داشتند بود. معیارهای خروجی شامل بیماران چاق ($Weight > 100\text{ kg}$)، مبتلایان به بدخیمی و بیماری‌های داخلی مثل دیابت، اختلالات قلبی-ریوی و هر بیماری که کنترااندیکاسیونی برای لاپاراسکوپی دارد. بیمارانی که درد مزمن لگن و یا آندومترئوز شدید داشتند تحت جراحی ساب‌توتال قرار نگرفتند به منظور بررسی عملکرد جنسی بیماران مجرد و بیوه از مطالعه حذف شدند. مبتلایان به اختلالات Connective Tissue Disease (CTD) و یا مبتلایان پرولاپس واضح اعضای لگنی هم از مطالعه حذف شدند. از کلیه بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند پس از توضیح کافی

میزان اقامت در بیمارستان در گروه TLH $1/47 \pm 3/6$ و در گروه SLH، $2/85 \pm 0/59$ و تفاوت معنی دار بود ($p=0/04$). مدت زمان بازگشت به فعالیت عادی در گروه TLH $13/12 \pm 8/11$ و در گروه SLH، $5/40 \pm 1/79$ که طبق $p=0/0001$ تفاوت آماری معنی داری داشتیم. میزان مصرف مسکن تزریقی در دو گروه تفاوت چندانی با هم نداشت ولی در گروه SLH مصرف مسکن به صورت شیاف واضحاً بیشتر بود. در این بررسی هیچ موردی از عوارض دراز مدت مثل خونریزی سیکلیک و پرولاپس واژن یا سرویکس گزارش نشد. در بررسی عملکرد جنسی فقط در گروه SLH دیسپارونی بعد از جراحی کاهش واضحی داشت. سایر اجزاء عملکرد جنسی مثل تمایل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی تفاوت قابل توجهی در دو گروه قبل و بعد از جراحی وجود نداشت. عوارض حین و بعد از جراحی در گروه TLH نسبت به SLH از نظر عددی بیشتر ولی از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت. عوارض شامل یک مورد آسیب و فیستول حالب به واژن در گروه TLH، دو مورد تب در گروه TLH،

از تکمیل سوچوره‌های کاف واژن که به وسیله لاپاراسکوپ انجام گردید بقابای رحم از طریق واژن خارج می‌شد. در صورت انجام جراحی (SLH) Sub total Laparoscopy Hysterectomy کلیه مراحل تا شریان رحمی مشابه TLH انجام می‌شود و در موقع گرفتن شریان رحمی فقط شاخه بالا رونده شریان رحمی گرفته و بریده می‌شود. رحم در محل اتصال به سرویکس با قسمت فوقانی لیگامان یوتروساکرال آمپوته و سرویکس باقی گذاشته می‌شود. جهت خروج رحم از Morcellator استفاده می‌شود که از محل تروکار ۱۰ عبور داده می‌شود و رحم تکه تکه شده و از شکم خارج می‌شود. بعد از آن نقاط احتمالی خونریزی دهنده کوآگولیت و هموستاز می‌شود. داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار و داده‌های کیفی به صورت فراوانی نمایش داده شد. اختلاف بین داده‌های کمی با آزمون t-test و در مورد داده‌های کیفی χ^2 برای $p < 0/05$ معنی دار بود.

یافته‌ها

در این بررسی در گروه TLH تعداد (n=25) و در گروه SLH (n=20) بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران در گروه TLH، $45/6 \pm 5/58$ و در گروه SLH، $44/45 \pm 4/5$ سال بوده است که با توجه به $p=0/4$ تفاوت آماری معنی داری نداشتند. همچنین میانگین وزن گروه SLH، $66/73 \pm 8/79$ و در گروه TLH، $69/36 \pm 6/73$ بود که با توجه به $p=0/2$ تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. مدت زمان جراحی در گروه SLH، $129/5 \pm 25/64$ و در گروه TLH، $148/69 \pm 29/70$ که با توجه به $p=0/03$ تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. میانگین هموگلوبین قبل و بعد از جراحی در گروه SLH $9/83$ و $10/5$ و در گروه TLH، $10/8$ و $12/38$ و تفاوت معنی دار بود ($p < 0/05$) و افت هموگلوبین در گروه TLH بیشتر بود.

جدول-۱: مشخصات جمعیت مورد مطالعه

متغیرها	SLH (تعداد= 20)	TLH (تعداد= 25)	p*
سن	44/45 ± 4/50	45/6 ± 5/58	0/46
وزن	66/73 ± 8/79	69/36 ± 6/73	0/2
پاریتی ≤ 3	8 (40%)	12 (48%)	0/59
> 3	12 (60%)	13 (52%)	

t-test: $p < 0/05$ از لحاظ آماری معنی دار است. * آزمون آماری: t-test

جدول-۲: مقایسه متغیرهای مربوط به جراحی در هر دو گروه

متغیرها	SLH (تعداد= 20)	TLH (تعداد= 25)	p*
زمان جراحی	129/50 ± 25/64	148/60 ± 29/70	0/03
میزان افت هموگلوبین	0/87 ± 0/51	1/54 ± 0/91	0/0051
مدت بستری در بیمارستان	2/85 ± 0/59	3/60 ± 1/47	0/04
شروع فعالیت عادی	5/40 ± 1/79	13/12 ± 8/11	0/0001

t-test: $p < 0/05$ از لحاظ آماری معنی دار است. * آزمون آماری: t-test

جدول-۳: مقایسه عملکرد جنسی قبل و بعد از جراحی در هر دو گروه

متغیرها	قبل از جراحی	بعد از جراحی	SLH (تعداد= 20)	p*	قبل از جراحی	بعد از جراحی	TLH (تعداد= 25)	p*
تمایل جنسی	1/43 ± 0/49	1/43 ± 0/49	1	1	1/10 ± 0/29	1/10 ± 0/29	1	1
تحریک جنسی	1/07 ± 0/48	1/07 ± 0/48	0/84	0/84	0/84 ± 0/47	0/84 ± 0/47	1	1
لغزندگی	1/09 ± 0/63	1/09 ± 0/63	0/88	0/88	0/88 ± 0/48	0/88 ± 0/48	1	1
ارگاسم	1/50 ± 0/67	1/50 ± 0/67	1	1	1/33 ± 0/64	1/33 ± 0/64	1	1
رضایتمندی	1/72 ± 0/55	1/72 ± 0/55	1	1	0/36 ± 0/62	0/36 ± 0/62	0/89	0/89
درد حین نزدیکی	1/98 ± 0/60	1/98 ± 0/60	0/2	0/2	1/90 ± 0/55	1/90 ± 0/55	0/14	0/14
مجموع	8/88 ± 2/71	9/28 ± 2/65	0/56	0/56	7/41 ± 2/69	7/16 ± 2/68	0/75	0/75

t-test: $p < 0/05$ از لحاظ آماری معنی دار است. * آزمون آماری: t-test

جدول-۴: نمره‌دهی به عملکرد جنسی

مرحله	سوالات	دامنه نمرات	ضریب ثابت	حداقل نمره	حداکثر نمره
تمایل جنسی	۱ و ۲	۵-۱	۰/۶	۱/۲	۶
تحریک جنسی	۳ و ۴ و ۵ و ۶	۵-۰	۰/۳	۰	۶
ترشح	۷ و ۸ و ۹ و ۱۰	۵-۰	۰/۳	۰	۶
ارگاسم	۱۱ و ۱۲ و ۱۳	۵-۰	۰/۴	۰	۶
رضایت جنسی	۱۴ و ۱۵ و ۱۶	۵-۰	۰/۴	۰	۶
درد	۱۷ و ۱۸ و ۱۹	۵-۰	۰/۴	۰	۶

بحث

یک مورد یبوست و ایلئوس در گروه TLH، یک مورد بی‌اختیاری ادرار و پنج مورد درد پایدار لگنی بعد از جراحی در گروه TLH بود. همچنین در دو گروه موردی از آسیب به دستگاه گوارش نداشتیم.

هیستریکتومی یکی از شایع‌ترین جراحی‌های بخش ژنیکولوژی است و میزان انجام آن در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و منعکس کننده وضعیت مراقبت‌های بهداشتی، عادات و شرایط اجتماعی آن منطقه است.^۸ با توجه به پیشرفت‌هایی که در زمینه جراحی‌های لاپاراسکوپی انجام شده است تمایل به انجام هیستریکتومی به روش لاپاراسکوپی در میان بیماران بیشتر شده است.^۹ هیستریکتومی به دو روش توتال و ساب‌توتال و جراحی ساب‌توتال گاهی برای توقف خونریزی‌های خطرناک و کوتاه‌کردن زمان جراحی و بهبود عملکرد جنسی انجام می‌شود.^{۱۰} اولین SLH انجام شده در سال ۱۹۹۰ در U.S بود. که در مقایسه با TLH زمان جراحی کمتر و خونریزی کمتر و بازگشت سریع‌تر به فعالیت‌های عادی را در پی داشت. بعضی پیشنهاد کرده‌اند که ممکن است SLH روی ارگاسم اثرات مثبت داشته باشد تا سال ۲۰۰۲ در این زمینه مطالعات اندکی انجام شده بود ولی بعد از آن مطالعات اثرات مثبتی را نشان نداد. در جمع‌بندی نتایج چند مطالعه، مدت عمل جراحی SLH (نسبت به TLH) کوتاه‌تر میزان خون‌ریزی کمتر و ریکاوری بیمار سریع‌تر بود. SLH اثرات مثبت روی فانکشن جنسی نداشته است. به نظر می‌رسد که در ایجاد ارگاسم انقباضات رحم مهم‌تر از سرویکس باشد. چون در دو گروه SLH و TLH فانکشن جنسی تفاوت چندانی با هم نداشته است. در سال ۱۹۸۳ Killku حدود ۲۱۳ بیمار را که تحت TLH و SLH قرار گرفته بودند مقایسه کرد. بعد از پی‌گیری‌های انجام شده میزان تمایل جنسی و دفعات نزدیکی جنسی بین دو گروه تفاوت چندانی نداشت.

به هر حال دیس‌پارونی در هر گروه کاهش یافته بود. و در گروه SLH این کاهش بیشتر بود. گروه SLH در میزان بروز ارگاسم تفاوتی بعد از جراحی نداشتند ولی گروه TLH کاهش محسوسی در ارگاسم داشتند که علت آن شاید قطع عروق و اعصاب شبکه یوترو واژینال است و در آن زمان نتیجه گرفتند که SLH اثرات مفیدی روی عملکرد جنسی در آینده دارد. ولی بعداً مطالعات بعدی آن را نقض کردند. مطالعه Thakar نشان داد که در SLH لیگامان‌های کمتری قطع می‌شود پرولاپس اعضای لگنی کمتر می‌باشد هر چند مطالعات دیگر نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد.^{۱۱} در یک مطالعه انجام شده بروز پرولاپس در گروه ساب‌توتال ۳۰٪ گزارش شده است و شاید علت آن بیماری‌های زمینه‌های قبلی، مولتی پاریده و سرفه‌های شدید مزمن و بیماری‌های CTD باشد که عامل پرولاپس شده است و نوع جراحی اهمیت ندارد. در این مطالعه عوارض SLH کمتر بود. آسیب به مثانه و حالب کمتر بوده است و ریت شیوع کانسر سرویکس زیر ۰/۱٪ است. کاندیدهای SLH باید علاوه بر پاپ‌اسمیر و کولپوسکوپی نرمال دارای سابقه قبلی آندومترئوز و درد مزمن لگن نباشند و نتیجه اینکه SLH روی فانکشن جنسی و ساپورت لگنی اثرات مثبت نداشته است و درصد کانسر سرویکس را هم بالا نبرده است.^{۱۲} همچنین چندین مطالعه Randomized نشان داد که حفظ سرویکس کمکی به بهبود فعالیت جنسی در گروه SLH نمی‌کند.^۵ شاید یکی از اهداف انجام SLH کمک به بهبود اختلالات فعالیت جنسی است. رفتار جنسی به وسیله یک‌سری فاکتورهای پیچیده تحت تأثیر قرار می‌گیرد و شامل چگونگی ارتباط با شریک جنسی، سبک و روش زندگی و فرهنگ آن شخص و فاکتورهای دیگر است. حدود ۴۱٪ زنان و ۳۱٪ مردان از اختلالات جنسی شاکی هستند. اختلالات ارگاسم در جامعه حدود ۳۰٪، اختلالات Desire ۲۰٪، اختلالات Arosal ۳۳٪ و اختلالات ترشح ۴۴٪ است. این موضوع انتخاب بیماران را برای انجام جراحی

قرار گرفتند و عوارض گوارشی و عملکرد جنسی بعد از جراحی در دو گروه تفاوت نداشت. مدت بستری در بیمارستان در گروه SLH پنج روز و در گروه توتال شش روز بود. بروز تب در گروه ساب توتال هفت درصد و در گروه توتال ۱۹٪ گزارش شده بود. در گروه ساب توتال ۷٪ دچار خونریزی سیکلیک و ۲٪ دچار پرولاپس سرویکس شده بودند و دیس پارونی در هر دو گروه کاهش یافته بود.^{۱۵} در یک مطالعه با ۴۰۰ بیمار تحت SLH مشخص شد که این روش درمان موثر در بیماران با AUB می باشد.^{۱۶} در مطالعه دیگر SLH اثرات مثبت روی فانکشن جنسی نداشته و در ایجاد ارگاسم انقباضات رحمی موثرتر از وجود سرویکس است.^{۱۷} در اکثر مطالعات قبلی انجام شده عوارض احتمالی SLH شامل موارد زیر بوده است: کانسر سرویکس زیر ۰/۱٪ که مشابه بروز آن بعد از جراحی توتال است، خونریزی سیکلیک که بین ۶/۸ تا ۷٪ گزارش شده و پرولاپس سرویکس که ۱/۵ تا ۲٪ گزارش شده ولی در این مطالعه هیچ مورد از عوارض فوق گزارش نشد. نتیجه اینکه در این مطالعه هم همانند سایر مطالعات و گزارشات منتشره عوارض کمتر در روش SLH نسبت به TLH گزارش شد. لازم است مطالعات وسیع تر با پی گیری طولانی تر برای تأیید نتایج فوق انجام گیرد. همچنین با توجه به عوارض کمتر SLH انگیزه انجام SLH در بیماران جوان فاقد ریسک فاکتور و مبتلا به منوراژی ایجاد گردد.

و مقایسه عملکرد جنسی قبل و بعد جراحی مشکل تر می کند. میل جنسی به طور شایع بعد از بیماری های مازور و یا جراحی های مازور کاهش می یابد. (ماستکتومی، هیستریکتومی، ایلئوستومی) همچنین هیپوتیروئیدی، دیابت، هیپرپرولاکتینی ارگاسم را کاهش می دهد و الکل و آمفتامین و کوکائین و سداتیوها هم میل جنسی را کاهش می دهد. که این موارد در بررسی اختلالات عملکرد جنسی قبل و بعد جراحی باید مدنظر باشد.^{۱۳} در این مطالعه دو روش TLH و SLH به مقایسه شده و عوارض کوتاه مدت شامل میزان خونریزی حین عمل و مدت اقامت در بیمارستان و زمان بازگشت به فعالیت عادی در گروه SLH به وضوح کمتر از گروه TLH بود. آسیب ارگان های مجاور در گروه SLH کمتر بود که این مشابه مطالعاتی است که طی چند سال اخیر انجام شده است. در مطالعه Kiku در مقایسه TLH و SLH، آسیب ارگان های مجاور موربیدیتی و زمان جراحی به وضوح در گروه SLH کمتر بود.^{۱۴} همچنین عوارض طولانی مدت یعنی خونریزی سیکلیک، پرولاپس سرویکس و واژن و عملکرد جنسی دو گروه بعد از جراحی توتال و SLH تفاوت نداشت. عملکرد جنسی بیماران در دو گروه قبل و بعد از جراحی مقایسه و نشان داده شد که باقی گذاشتن سرویکس کمک چندانی به بهبود عملکرد جنسی نمی کند. فقط دیسپارونی در گروه SLH کمتر بود. این نتایج مشابه مطالعه ای است که در آن ۲۷۹ زن به طور راندوم تحت TLH و SLH

References

1. Stovall TG. Hysterectomy. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 805-13.
2. Nezhat C, Nezhat F, Luciano A, Siegler A, Metzger D, Nezhat CH, editors. Operative Gynecologic Laparoscopy Principles and Techniques. New York: McGraw-Hill; 1995.
3. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2003; 348(9): 856-7.
4. Smith ML. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. In: Soderstrom RM, editor. Operative Laparoscopy. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 217.
5. Jones HW. Abdominal hysterectomy. In: Rock JA, Jones HW. TeLinde's Operative Gynecology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 727.
6. POEMs and Tips Definition of POEMs Published in Tips from Other Journals American Family Physician, 2003.
7. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993; 19(3): 171-88.
8. Rhodes JC, Kjerulf KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282(20): 1934-41.
9. Smith ML. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. In: Soderstrom RM, editor. Operative Laparoscopy. New York: Raven Press; 1993. p. 183-5.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hanth JC, Gilstrap L, Wenstrom K, editors. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
11. Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27(2): 441-50.
12. van Wijngaarden WJ, Filshie GM. Laparoscopic supracervical hysterectomy with Filshie clips. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8(1): 137-42.
13. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
14. Garvy R, Raich H. Laparoscopic Supracervical Hysterectomy (LASH). Garvy R, Harry Reich Laparoscopy Hysterectomy. Osney Meed. Printed in Great Britain, 1993.
15. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002; 347(17): 1318-25.
16. Erian J, Hassan M, Pachydakis A, Chandakas S, Wissi I, Hill N. Efficacy of laparoscopic subtotal hysterectomy in the management of menorrhagia: 400 consecutive cases. *BJOG* 2008; 115(6): 742-8.

Total versus subtotal Laparoscopic Hysterectomy: A comparative study in Arash Hospital

Received: May 17, 2009 Accepted: June 21, 2009

Abstract

Asgari Z.*
Aiety F.
Samiei H.

Department of Gynecologic and
Obstetric, Arash Hospital, Tehran
University of Medical Sciences.

Background: Over the past 50 years, subtotal or supracervical hysterectomy has come to be viewed as a suboptimal procedure reserved for those rare instances in which when concern over blood loss or anatomic distortion dictates limiting the extent of dissection, the aim of this study was to compare total and subtotal laparoscopic hysterectomy.

Methods: The patients who were candidates for hysterectomy with benign disease, with no contraindication for laparoscopic surgery entered the study in Arash Hospital, from March 2007 to April 2009. By simple randomization 45 patients (25 for TLH and 20 for SLH) were selected. Demographic Details and intra and post operative complications, were recorded by the staff and were compared between two groups.

Results: The average time for TLH operations look significantly longer than SLH operation (148.6 ± 29.7 minutes; 128.5 ± 25.64 minutes, $p=0.03$). Although, the hemoglobin (gr/dl) drop in TLH was significantly higher than SLH (1.54 Versus 0.9, $p<0.05$) Blood transfusion were common in SLH (1 case Versus 3 Cases). The total length of hospital stay, was significantly shorter after SLH than TLH (3.6 ± 1.47 day and 2.85 ± 0.59 , $p=0.04$). The drug requirements to control pain during hospitalization after both surgeries with analgesic injection were not significantly different, but with suppositories analgesic in SLH more than TLH. The time of return to normal activity was reported ($p<0.0001$) significantly shorter after SLH than TLH (13.12 ± 18.1 and 5.04 ± 1.79 , $p=0.0001$). Sexual function had no significant difference between two groups but dyspareunia in SLH was significantly lower than TLH ($p=0.02$). Cyclic bleeding and cervical prolaps, was not reported in two groups. Finally intra and post operative complications were more frequent in TLH.

Conclusions: SLH is a safe and effective surgery. Our data suggest that SLH can replace TLH in selected cases.

Keywords: Subtotal Laparoscopic Hysterectomy (SLH), Total Laparoscopic Hysterectomy (TLH).

*Corresponding author: Arash Hospital,
Tehranpars Ave., Rashid S., Tehran Iran.
Tel: +98-21-77883195
email: hosp_arash@tums.ac.ir