

مقایسه رضایت جنسی در دو روش هیستریکتومی شکمی توتال و هیستریکتومی شکمی ساب توتال

چکیده

زینت قنبری*

دنیا پروانه سیار

گروه جراحی زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه و هدف: هیستریکتومی شکمی یکی از روش‌های درمانی در درمان انواع بیماری‌های ژنیکولوژیک می‌باشد، که به طرق مختلفی انجام می‌شود. شایع‌ترین آنها هیستریکتومی شکمی توتال و ساب‌توتال می‌باشند. از آنجایی که رضایت جنسی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد این مطالعه به منظور بررسی و مقایسه پیامدهای جنسی در این دو روش طراحی شد. **روش بررسی:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک سوکور، بیماران در دو گروه ۲۵ نفری انتخاب و تا ۲۴ ماه پس از عمل جراحی مقایسه شدند. ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه پس از عمل جراحی کلیه متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه به تفکیک ارزیابی گردید. **یافته‌ها:** متغیرهای پایه بین دو گروه یکسان بودند. مدت زمان عمل جراحی ($p=0/007$)، میزان خونریزی ($p=0/007$) و مدت زمان بستری پس از عمل ($p=0/3$) در هیستریکتومی ساب توتال کمتر از توتال بود. هیچ عارضه‌ای حین عمل جراحی در بیماران دو گروه رخ نداد. درد بیش از حد و عفونت محل‌های دیگر در بیماران پس از عمل دیده نشد. مقاربت دردناک، میزان رضایت جنسی بیمار و همسر وی بین دو گروه تفاوت آشکاری نداشت. لکه‌بینی در بیماران هیستریکتومی شکمی ساب‌توتال (STAH) به‌طور معنی‌داری بیشتر از هیستریکتومی شکمی توتال (TAH) بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه ما نشان داد که TAH در مقایسه با STAH، از نظر رضایت و عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری ندارد.

کلمات کلیدی: هیستریکتومی شکمی ساب توتال، هیستریکتومی شکمی توتال، عملکرد جنسی.

* نویسنده مسئول: انتهای بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر
تلفن: ۶۶۹۳۹۳۲۰
email: drz_ghanbari@yahoo.com

مقدمه

باعث اختلالات در مسایل ادراری و جنسی گردد. هیستریکتومی به طرق مختلفی انجام می‌شود که شایع‌ترین آن هیستریکتومی شکمی توتال و هیستریکتومی شکمی ساب‌توتال می‌باشد.^۱ این مطالعه به منظور مقایسه پیامدهای جنسی در دو روش STAH و TAH طراحی شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده Randomized Clinical Trial (RCT) یک سوکور انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل بیمارانی بود که در فاصله مهرماه ۱۳۸۲ تا مهرماه ۱۳۸۴ در بخش زنان بیمارستان ولیعصر (عج) تحت اعمال جراحی STAH یا TAH قرار گرفته بودند. این مطالعه در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب شد و از کلیه بیماران شرکت‌کننده رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید. معیارهای ورود شامل رضایت بیمار برای ورود به مطالعه، داشتن فعالیت جنسی، عدم وجود

هیستریکتومی شکمی Total Abdominal Hysterectomy (TAH) یکی از روش‌های درمانی در درمان انواع بیماری‌های خوش‌خیم و بدخیم ژنیکولوژیک محسوب می‌شود. هیستریکتومی شایع‌ترین عمل ژنیکولوژی در انگلستان و آمریکا محسوب می‌شود.^۱ در هلند، ۳۲٪ از زنان در طول عمر خود تحت هیستریکتومی قرار می‌گیرند.^۲ از دیرباز رحم به‌عنوان یک ارگان تنظیم‌کننده، کنترل‌کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، یک ارگان جنسی، یک منبع نیرو و یک نگاه‌دارنده جوانی و جدابیت تلقی می‌شده است.^۳ زنان تصور می‌کنند که هیستریکتومی می‌تواند بر سلامتی جنسی یا کشش جنسی آنها تأثیر نامطلوب بگذارد. هیستریکتومی به‌همان اندازه که می‌تواند اثرات نامطلوب بر سلامت جنسی بیماران داشته باشد، می‌تواند برای بیمار سودمند باشد.^۴ هیستریکتومی می‌تواند عصب‌رسانی رحم و روابط تشریحی اعضاء لگنی را تحت تأثیر قرار دهد^۵ و این امر می‌تواند

یافته‌ها

۲۵ نفر تحت هیستریکتومی توتال (TAH)، ۲۵ نفر هیستریکتومی ساب توتال (STAH) قرار گرفتند. نتایج حاصل از مقایسه متغیرهای پایه بین دو گروه در جدول ۱ آمده است. میانگین (\pm SD) مدت زمان عمل جراحی در گروه TAH، 133 ± 36 دقیقه و در بیماران STAH 106 ± 33 دقیقه بود ($p=0/007$). میانگین (\pm SD) میزان خونریزی در TAH، 1032 ± 320 ml و در روش STAH، 726 ± 280 ml بود ($p=0/0007$). در گروه TAH، هشت نفر (۳۲٪) اوفورکتومی نشدند، هفت نفر (۲۸٪) یک طرفه و ده نفر (۴۰٪) دوطرفه اوفورکتومی شدند ولی در گروه STAH در هشت نفر (۳۲٪) اوفورکتومی انجام نشد، ۱۱ نفر (۴۴٪)، یک طرفه و شش نفر (۲۴٪) دوطرفه اوفورکتومی شدند ($p=0/38$). هیچ‌یک از عوارض حین جراحی (پارگی حالب، پارگی مثانه، پارگی روده) در بیماران دو گروه رخ نداد. سه بیمار (۱۲٪) از بیماران گروه TAH و یک نفر (۴٪) از بیماران گروه STAH دچار تب پس از عمل جراحی شدند ولی تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/60$). درد بیش از حد و عفونت محل‌های دیگر در هیچ‌یک از بیماران دیده نشد. میانگین (\pm SD) مدت زمان بستری بودن در بیماران STAH $2/1 \pm 0/9$ روز و در بیماران TAH $3/5 \pm 1/1$ روز بود ($p=0/03$). شکایت از دیس‌پارونی (مقاربت دردناک) قبل و

جدول-۱: مقایسه متغیرهای مختلف بین دو گروه مورد مطالعه

متغیر	TAH* n=25	STAH \$ n=25	p
سن بیماران (سال)	45/7 ± 5/8	46/6 ± 4/9	0/59 £
پاریتی	4/7 ± 1/3	4/6 ± 1/8	0/79 £
BMI (Kg/m ²)	27/6 ± 4/2	26/4 ± 3/7	0/28 £
سابقه مصرف سیگار	4 (16٪)	3 (12٪)	0/99 ¥
بیماری زمینه‌ای	6 (24٪)	3 (12٪)	0/46 ¥
خونریزی غیرطبیعی	23 (92٪)	20 (80٪)	0/42 ¥
مدت خونریزی (ماه)	12 (2-120)	12 (3-96)	0/18 e
منوراژی	8 (32٪)	5 (20٪)	0/33 §
منومتروراژی	15 (60٪)	13 (52٪)	0/57 §
هیپرموره	14 (56٪)	9 (36٪)	0/16 §
پلی‌موره	8 (32٪)	4 (16٪)	0/19 §
درد لگن	4 (16٪)	5 (20٪)	0/71 §
سابقه درمان غیر جراحی	16 (64٪)	17 (68٪)	0/77 §

* TAH: Total Abdominal Hysterectomy \$ STAH: Sub Total Abdominal Hysterectomy
£ Student's T test ¥ Fisher's exact test e Mann Whitney § χ^2

بدخیمی سرویکس (سابقه سه سال متوالی پاپ اسمیر منفی)، عدم وجود سایر بدخیمی‌های ژنیکولوژیک یا بدخیمی در سایر سیستم‌ها بود. معیارهای خروج شامل وجود ضایعات بدخیم ژنیکولوژیک سایر سیستم‌ها، سابقه دیابت یا ابتلا به اندومتريوزیس، سابقه بیماری‌های نورولوژیک، پاپ اسمیر غیرطبیعی، ابتلا به دردهای مزمن لگنی، سابقه مقاربت دردناک، بیماری‌های ناتوان کننده مثل سرطان‌ها، بیماران بدون همسر و بیماران منوپوز بودند. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان (convenient sampling) انجام شد و بیماران به صورت تصادفی (بر حسب جدول اعداد تصادفی) به دو گروه درمان به روش TAH و یا STAH تقسیم شدند و در هر گروه ۲۵ نفر قرار گرفتند. این تعداد نمونه برای مطالعه‌ای با سطح معنی‌داری ۹۵٪ و قدرت ۸۰٪ انتخاب شد. به منظور بررسی نتایج درمانی بیماران قبل از عمل جراحی، ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه پس از عمل جراحی تحت بررسی قرار گرفتند. لکه‌بینی و میزان رضایت جنسی با استفاده از یک پرسشنامه شامل متغیرهای دفعات ارگاسم، فراوانی ارگاسم چندانگانه، میزان لوبریکاسیون واژینال، مقاربت دردناک و میزان ارتباط مناسب با شریک جنسی بررسی شد.^۲ بر اساس معاینات بالینی و تأیید پاتولوژی بیماران که به بیماری‌های خوش‌خیم رحمی (شامل ضایعاتی مانند فیبروم، هیپرپلازی آندومتر، اندومتر در فاز ترشخی یا پرولیفراتیو فولیکولر پولیپ و کیست) مبتلا بودند و نیاز به هیستریکتومی داشتند، پس از بررسی شرایط ورود و خروج به مطالعه انتخاب شدند. در تمامی بیماران به یک روش شرح حال گرفته شد و اطلاعات جمع‌آوری شده از تمام بیماران مشابه بود. روش آماده‌سازی برای عمل و حتی مقدمات پیش از عمل نیز در تمامی بیماران مشابه بودند. برش جراحی به‌عنوان تنها اثر بیرونی عمل جراحی در هر دو گروه مشابه بودند و با توجه به اینکه فقط پژوهشگران از گروه بیمار مطلع بودند، امکان نداشت بیمار از این طریق بتواند به نوع عمل خود پی ببرد. همچنین با توجه به اینکه نتیجه عمل جراحی ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد از عمل پیگیری شد، بیمار تا آن موقع از نوع عمل خود آگاه نبود ولی به دلیل شرکت دستیار مجری طرح در درمان بیمار امکان دوسوکور نمودن مطالعه وجود نداشت. با استفاده از برنامه SPSS ویراست ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل آماری انجام شد. به‌منظور مقایسه بین دو گروه از آزمون‌های آماری Student's t test، χ^2 ، Fisher's exact test و Mann-whitney test استفاده به‌عمل آمد.

جدول ۲: مقایسه رضایت جنسی بیمار و همسر وی در مقاطع زمانی مختلف

وضعیت جنسی در مقاطع زمانی	TAH n=۲۵	STAH n=۲۵	P
قبل از عمل			
بیمار	۱۹ (٪۷۶)	۱۶ (٪۵۴)	۰/۱۱*
همسر	۲۴ (٪۹۶)	۲۱ (٪۸۴)	۰/۳۴**
۳ ماه بعد از عمل			
بیمار	۲ (٪۸)	۶ (٪۲۴)	۰/۲۵**
همسر	۹ (٪۳۶)	۱۱ (٪۴۴)	۰/۷۷**
۶ ماه بعد از عمل			
بیمار	۷ (٪۲۸)	۹ (٪۳۶)	۰/۵۶*
همسر	۱۴ (٪۵۶)	۱۴ (٪۵۶)	۰/۹۹**
۱۲ ماه بعد از عمل			
بیمار	۱۰ (٪۴۰)	۱۱ (٪۴۴)	۰/۷۷*
همسر	۱۸ (٪۷۲)	۱۴ (٪۵۶)	۰/۲۴*
۲۴ ماه بعد از عمل			
بیمار	۲۳ (٪۹۲)	۲۲ (٪۸۸)	۰/۹۹**
همسر	۲۵ (٪۱۰۰)	۲۴ (٪۹۶)	۰/۹۹**

* برای مقایسه از تست χ^2 استفاده شد. ** برای مقایسه از Fisher's exact test استفاده شد.

پس از عمل بین دو گروه با p value به دست آمده قبل از عمل ۰/۷۷، ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد از عمل به ترتیب ۰/۰۸، ۰/۲۳، ۰/۱۰ و ۱/۰ بود که تفاوت‌های مشاهده شده بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود. اگرچه پس از عمل از میزان رضایت جنسی بیماران کاسته شد ولی تفاوت بین دو گروه در مقاطع زمانی بررسی شده معنی‌دار نبود. ضمناً به رضایت جنسی همسر بیماران در مقاطع زمانی پس از عمل جراحی افزوده شد ولی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۲). میانگین تعداد دفعات نزدیکی در هفته بین دو گروه ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه پس از عمل جراحی به ترتیب با p value ۰/۱۸، ۰/۱۵، ۰/۲۱ و ۰/۱۹ مقایسه شد که تفاوت دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

در این مطالعه، متغیرهای زمینه‌ای، علائم و مشکلات بالینی قبل از عمل جراحی بین دو گروه تفاوت آشکاری نداشت و بیماران دو گروه تقریباً مشابه بودند. در مطالعه ما میزان خونریزی، مدت زمان عمل جراحی و نیز مدت زمان بستری بودن پس از عمل در بیماران STAH به طور معنی‌داری کمتر از TAH بود که مشابه با مطالعات قبلی^{۲، ۳، ۹} بود. اگرچه در دو گروه مورد مطالعه، دیس پارونی تفاوت

معنی‌داری نداشت و پس از گذشت زمان از فراوانی دیس پارونی بیماران نسبت به قبل از عمل به طور بارزی کاسته شد، که مشابه با مطالعه‌های قبلی بود.^{۲، ۹، ۱۷} در بیماران ما رضایت جنسی پس از عمل جراحی ابتدا کاسته شد ولی با گذشت زمان بر میزان رضایت جنسی بیماران افزوده شد اگرچه تفاوت بین دو روش هیستریکتومی معنادار نبود. نتایج مطالعه ما در مورد رضایت جنسی همسران نیز مشابه بود و در مطالعات زیادی بین دو روش جراحی تفاوتی در رضایت جنسی بیماران پس از عمل مشاهده نشد.^{۱۷-۱۹، ۲۰-۲۱} در حالی که در برخی مطالعات دیگر رضایت جنسی بیماران نسبت به قبل از عمل افزوده گردید،^{۱۱، ۱۲} در مطالعه Zobebe پس از هیستریکتومی به کیفیت فعالیت جنسی بیماران افزوده نشد.^۹

در مطالعه Parikh نیز در اکثریت بیماران تحت هیستریکتومی ساب‌توتال عدم بهبود فعالیت جنسی را ذکر نمودند.^{۱۲} در مطالعه ما اگرچه در اوایل پس از عمل رضایت جنسی تغییری نداشت ولی به مرور زمان رضایت جنسی در بیمار و همسر او افزایش یافت، اگرچه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. در مطالعه ما همچنین به طور معنی‌داری لکه‌بینی در بیماران STAH بیشتر از TAH بود. نتایج مطالعه Thakar و مطالعات دیگر نیز مشابه با مطالعه ما بود.^{۱۵-۱۳، ۲۱} نتایج مطالعه ما نشان داد که TAH در مقایسه با STAH، از نظر رضایت و عملکرد جنسی و عوارض تقریباً یکسان هستند اگرچه میزان خونریزی و مدت زمان عمل و مدت بستری پس از عمل در بیماران توتال هیستریکتومی به طور واضحی بیشتر از ساب توتال هیستریکتومی بود. ولی در مجموع در هر دو عمل رضایت جنسی نسبت به قبل از عمل افزایش یافت که البته با توجه به تعداد کم بیماران در هر دو گروه پیشنهاد می‌گردد جهت نتیجه‌گیری بهتر این مطالعه در دو گروه با حجم نمونه بیشتر انجام گردد. همچنین تنها تفاوت بارز و مهم این دو روش هیستریکتومی، رخداد خونریزی‌های متناوب و لکه‌بینی پس از عمل STAH بود که برای بیماران ایرانی با توجه به فرهنگ و مذهب می‌تواند بسیار مهم باشد.

از محدودیت‌های پژوهش پی‌گیری طولانی‌مدت این بیماران و نیاز به مراجعات مکرر در آنها ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه بود، که انجام مطالعه را دشوار نموده بود. به منظور رفع این مشکل سعی شد با برقراری ارتباط مناسب با بیماران امکان پی‌گیری مناسب فراهم شود و با پی‌گیری مکرر و تماس با بیماران همگی مطالعه را تا انتها کامل کردند.

References

1. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327: 774-8.
2. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002; 347: 1318-25.
3. Hoogendoorn D. The odds on hysterectomy and estimation of the number of cancer deaths prevented by hysterectomies in their current incidence. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1937-40.
4. Sloan D. The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 598-605.
5. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282: 1934-41.
6. Department of Health. Hospital episode statistics. London: DoH, 1998-99.
7. Stovall TG. Hysterectomy. In: Novak ER, Jones GS, Jones HW, editors. *Textbook of Gynecology*. Philadelphia: JB Lippincott, Williams & Wilkins; 1965; p. 553-68.
8. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *BJOG* 2003; 110: 1088-98.
9. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sørensen HC, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 191-6.
10. Zekam N, Oyelese Y, Goodwin K, Colin C, Sinai I, Queenan JT. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 301-5.
11. Zippe CD, Nandipati KC, Agarwal A, Raina R. Female sexual dysfunction after pelvic surgery: the impact of surgical modifications. *BJU Int* 2005; 96: 959-63.
12. Parikh J, Lesseps A. Outcome following subtotal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20: 70-3.
13. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Gluud C, Ottesen BS, Tabor A, Danish Hysterectomy Group. Total versus subtotal hysterectomy: an observational study with one-year follow-up. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45: 64-7.
14. Ewies AA, Olah KS. Subtotal abdominal hysterectomy: a surgical advance or a backward step? *BJOG* 2000; 107: 1376-9.
15. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2: CD004993.
16. Deffieux X, Huel C, Cosson M, Leveque J, Bonnet K, Fernandez H. Subtotal hysterectomy: evolving concepts with implications for practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006; 35: 10-5.
17. El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 420-5.

Sexual satisfaction in total and subtotal abdominal hysterectomy: a randomized clinical trial

Abstract

Ghanbari Z.*
Parvanehsayar D.

Department of Obstetric and
Gynecology

Background: Abdominal hysterectomy is one of the therapeutic options in treatment of gynecologic diseases. The most common methods are total and subtotal abdominal hysterectomy. The effect of hysterectomy on sexuality is not fully understood and, until recently, total and subtotal abdominal hysterectomies have been compared only in observational studies. In this study, we compare total vs. subtotal abdominal hysterectomy in terms of surgical complications and postoperative sexual function of patients.

Methods: In a single-blinded randomized clinical trial, we enrolled 25 patients who underwent subtotal abdominal hysterectomy (STAH), and 25 patients who underwent total abdominal hysterectomy (TAH). All patients were followed for 24 months after surgery. Three, six, 12 and 24 months after the procedures, all variables were compared between these two groups.

Results: The duration of operation ($p=0.007$), volume of bleeding ($p=0.0007$) and duration of hospital stay after surgery ($p=0.03$) were less in the STAH group than the TAH group. No complications were experienced during the operation, nor excessive post-operative pain or infection for either group. No significant differences were seen between the two groups with regard to dyspareunia, sexual satisfaction of the patients and their partners were. Spot bleeding in the STAH group was significantly more frequent than in the TAH group.

Conclusion: TAH and STAH do not have significantly different outcomes with regard to sexual satisfaction and function and surgical complications.

Keywords: Total abdominal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, sexual function.

* Corresponding author: Vali-e-asr
Reproductive research Center, Imam
Hospital, Keshavarz Blvd., Tehran.
Tel: +98-21-66939320
email: drz_ghanbari@yahoo.com