

## ارزیابی اندیکاسیون‌های هیستریکتومی در مرکز آموزشی درمانی کوثر

دکتر مریم بدیعی \*

### Evaluation of indications of hysterectomy in Kosar teaching hospital

M. Badiei

#### Abstract

**Background :** *Hysterectomy is the most common major obstetric gynecological operation .*

**Objective :** *To evaluate indications of hysterectomy.*

**Methods :** *Retrospective study of hysterectomies was performed in Kosar teaching hospital from 1995 till 1998 , excluding cesarean hysterectomies.*

**Finding :** *Of 369 hysterectomies , 96 cases (26%) were vaginal and 273 (74%) were abdominal. Indications for all vaginal hysterectomies were uterine prolapse. The most common symptom in abdominal hysterectomies was vaginal bleeding . Final pathologic reports in order of prevalence included: myoma , normal , adenomyosis , glandular hyperplasia , polyp , simple hyperplasia , and cancer of endometrium. In almost half of the cases of TAH , preoperative indications were appropriate (49%). Of 51% of cases with inappropriate preoperative indications , 26% had pathology in uterus (e.g adenomyosis), and the remaining 25% had no organic lesion in final pathologic report. Positive and negative predictive values of clinical diagnoses were  $0.75 \pm 0.04$  and  $0.49 \pm 0.05$  respectively, ( $P=0.05$ ).*

**Conclusion :** *To prevent unnecessary hysterectomy , accurate preoperative evaluation, understanding of gynecologic pathology and knowledge of new alternative medical and surgical modalities are essential.*

**Keywords :** *Hysterectomy , Indications*

#### چکیده

**زمینه :** هیستریکتومی شایع‌ترین عمل جراحی زنان و زایمان بعد از سزارین است که ممکن است حیات بخش یا نابخواب همراه با عوارض جراحی و روانی باشد.

**هدف :** این تحقیق به منظور ارزیابی اندیکاسیون‌های هیستریکتومی انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها :** مطالعه به روش توصیفی و گذشته نگر در مورد عمل‌های هیستریکتومی انجام شده در بیمارستان کوثر از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ صورت گرفت و موارد سزارین هیستریکتومی در مطالعه قرار نگرفتند.

**یافته‌ها :** از تعداد ۳۶۹ مورد هیستریکتومی ، ۹۶ مورد (۲۶٪) واژینال و ۲۷۳ مورد (۷۴٪) شکمی بودند. علت تمام هیستریکتومی‌های واژینال، پرولاپس رحم و شایع‌ترین علت هیستریکتومی شکمی، خونریزی واژینال بود. تشخیص‌های پاتولوژی به ترتیب شیوع عبارت بودند از: میوم، نورمال، آدنومیوز، هیپرپلازی غددی، پولیپ، هیپرپلازی ساده و سرطان آندومتر. در حدود نیمی از هیستریکتومی‌های واژینال (۴۹٪)، اندیکاسیون قبل از عمل مناسب بود. در ۵۱٪ از هیستریکتومی‌های شکمی، اندیکاسیون قبل از عمل مناسب نبود که از این میان ۲۶٪ در تشخیص هیستوپاتولوژی نهایی، ضایعه ارگانیک نظیر آدنومیوز داشتند و ۲۵٪ مابقی فاقد هرگونه ضایعه ارگانیک بودند. بنابراین ارزش اخباری مثبت و منفی تشخیص بالینی به ترتیب  $0.75 \pm 0.04$  و  $0.49 \pm 0.05$  بود ( $P = 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری :** بررسی دقیق بیماران قبل از عمل و شناخت روش‌های نوین درمان طبی و جراحی، جهت اداره صحیح بیماران و جلوگیری از انجام هیستریکتومی‌های نابخواب ضروری است.

**کلید واژه‌ها :** هیستریکتومی - اندیکاسیون

### مقدمه:

در گذشته در آوردن رحم آنقدر دور از ذهن بود که به عقیده دکتر جانسون در سال ۱۸۲۵ این عمل از بی‌رحمانه‌ترین اعمال ممکن بود. اما از ۱۵۰ سال بعد تا کنون هیستریکتومی شایع‌ترین عمل جراحی زنان (غیرمامایی) در دنیا بوده است.<sup>(۱۸)</sup> از اوایل دهه اخیر پیدایش روش‌های نوین و پیشرفته درمان طبی و جراحی نظیر آنالوگ‌های GnRh و *Endometrial Ablation & Resection*، عمل هیستریکتومی را تنها به موارد مقاوم و نیز مواردی که هیستریکتومی تنها راه نجات جان بیمار است، محدود نموده است.<sup>(۱۳ و ۱۴)</sup> مرگ و میر ناشی از این عمل در مراکز مختلف ۲-۳/۰ در هزار گزارش شده است.<sup>(۱۸)</sup> شیوع عوارض در هیستریکتومی واژینال ۲۵ درصد و در هیستریکتومی شکمی ۵۰ درصد است. عوارضی نظیر عفونت، خون‌ریزی، ضایعات ادراری و گوارشی و آمبولی ریه ممکن است بسیار جدی و منجر به مرگ بیمار شود. علاوه بر عوارض بیهوشی و جراحی، در برخی از بیماران صدمات روانی شدید به علت از دست دادن رحم و هویت زنانه بروز می‌کند.<sup>(۱۲ و ۱۸)</sup>

از آنجایی که هیستریکتومی بیشتر در سنین بالای ۳۵ شایع است و با توجه به وجود بیماری‌های زمینه‌ای در این سنین و نیز با عنایت به عوارض مذکور، لزوم اندیکاسیون مناسب و بررسی دقیق پاتولوژی قبل از عمل کاملاً محسوس است.

نتایج بررسی‌های مشابه در دو دهه اخیر در کشورهای دیگر مؤید این واقعیت تأسف بار است که حدود نیمی از موارد هیستریکتومی ضرورت نداشته‌اند.<sup>(۱۱ و ۱۷)</sup> لیکن از اوایل دهه اخیر در

کشورهای پیشرفته با ابداع روش‌های جدید جراحی نظیر هیستریکتومی واژینال با کمک لاپاراسکوپی، درمان‌های *Ablative* از طریق هیسترسکوپی و اتخاذ تدابیری جهت هدف‌دار کردن جراحی‌ها، سعی شده است تا از عوارض جسمی و روانی و بالاخره فشار اقتصادی به بیمار و کشور کاسته شود.<sup>(۶ و ۱۰ و ۱۳)</sup>

بدیهی است با بررسی عمل‌های جراحی انجام شده می‌توان پی برد که آیا عمل جراحی و همچنین فشار جسمی و روانی و هزینه‌های تحمیل شده به بیمار منصفانه بوده یا خیر.

### مواد و روش‌ها:

این مطالعه به صورت توصیفی و گذشته‌نگر بر روی عمل‌های هیستریکتومی بیمارستان کوثر در طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۷ صورت گرفت. مشخصات بیماران از لحاظ سن، پاریتی، علت مراجعه، بیماری‌های زمینه‌ای، یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، نتایج تشخیص بافتی قبل از عمل و گزارش تشخیص نهایی هیستولوژی رحم که از بایگانی بخش پاتولوژی به دست آمدند، جمع‌آوری و در پرسش‌نامه‌های مربوطه ثبت گردیدند. بیماران بر اساس سن در دو گروه قبل و بعد از یائسگی و براساس نحوه عمل در دو گروه هیستریکتومی شکمی و واژینال قرار گرفتند. موارد سزارین هیستریکتومی از مطالعه حذف شدند و در هر گروه علل هیستریکتومی مشخص و از نظر مناسب بودن و هماهنگی با تشخیص نهایی هیستوپاتولوژی رحم مورد بررسی قرار گرفت. ارزش اخباری مثبت و منفی تشخیص بالینی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد.

### □ یافته‌ها :

علت تمام هیستریکتومی‌های واژینال، مناسب و پرولاپس علامت‌دار بود و در تمامی آن‌ها گزارش نهایی هیستوپاتولوژی رحم نیز طبیعی بود. اگر چه ۳ مورد از آن‌ها به دلیل خون‌ریزی غیرقابل کنترل لاپاراتومی شدند ولی عارضه جدی در بر نداشتند. شایع‌ترین علت هیستریکتومی شکمی، خون‌ریزی واژینال بود. دو مورد پرولاپس رحم نیز به دلیل چسبندگی ناشی از عمل‌های جراحی قبلی هیستریکتومی شکمی شدند (جدول شماره ۱).

شایع‌ترین پاتولوژی در بین بیمارانی که به علت مشکل رحمی هیستریکتومی شکمی شدند، میوم بود. در ۳ مورد گزارش پاتولوژی، سرطان آندومتر بود که همگی بعد از یائسگی و علت مراجعه، خون‌ریزی واژینال بود. متاسفانه در ۱ مورد بدون تشخیص هیستوپاتولوژی قبل از عمل اقدام به هیستریکتومی شده و مرحله‌گذاری

میانگین سنی بیماران ۴۷/۹ سال با پاریتی ۶/۸ بود. از مجموع ۳۶۹ مورد هیستریکتومی، ۹۶ مورد (۲۶ درصد) واژینال و ۲۷۳ مورد (۷۴ درصد) شکمی بودند. متوسط سن بیماران قبل و بعد از یائسگی به ترتیب ۴۱/۸ و ۵۸/۳ سال بود. از ۹۶ مورد هیستریکتومی واژینال، ۲۸ مورد (۲۹ درصد) قبل از یائسگی و ۶۸ مورد (۷۱ درصد) بعد از یائسگی بودند. از ۲۷۳ مورد هیستریکتومی شکمی، ۲۲۲ مورد (۸۱ درصد) قبل و ۵۱ مورد (۱۹ درصد) بعد از یائسگی بودند. جوان‌ترین بیماری که هیستریکتومی شد ۲۵ ساله و گراوید ۲ بود که متاسفانه هم از نظر بالینی و هم از نظر پاتولوژی فاقد اندیکاسیون مناسب بود.

۶ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون و ۲ درصد مبتلا به دیابت بودند. درمان طبی مناسب و کافی قبل از عمل تنها در ۲۰ درصد موارد انجام گرفته بود.

### جدول ۱ :

علل هیستریکتومی شکمی در بیماران مورد مطالعه

علت	قبل از یائسگی		بعد از یائسگی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خون‌ریزی واژینال	۱۷۴	۷۸	۳۴	۶۶
توده شکم	۲۴	۱	۶	۱۲
PID	۱۱	۵	-	-
درد شکم	۹	۴	۳	۶
دیسپلازی سرویکس	۳	۱	۳	۶
سرطان سرویکس	۲	۱	۲	۳/۵
خروج رحم	-	-	۲	۳/۵
سرطان لوله	-	-	۱	۳
جمع	۲۲۲	۱۰۰	۵۱	۱۰۰

آندومتر یوز داشتند.

حدود نیمی از هیستریکتومی‌های شکمی (۴۹ درصد) با اندیکاسیون بالینی مناسب انجام شده بودند که ۷۵ درصد آن‌ها ضایعه پاتولوژیک رحم داشتند. حدود نیمی دیگر فاقد اندیکاسیون بالینی مناسب بودند که نیمی از آن‌ها (۲۶ درصد) در بررسی هیستوپاتولوژی رحم ضایعاتی نظیر آدنومیوز و پولیپ داشتند (جدول شماره ۳).

به این ترتیب ارزش اخباری مثبت تشخیص بالینی  $0/04 \pm 0/75$  و ارزش اخباری منفی آن  $0/05 \pm 0/49$  است ( $P = 0/05$ ).

(Staging) در حین عمل انجام نگرفته بود. از ۲ مورد جواب D&C، یکی هماهنگ با پاتولوژی نهایی رحم و دیگری با کمال تعجب طبیعی گزارش شده بود. از میان ریسک فاکتورهای سرطان آندومتر، در یک بیمار، پر فشاری خون و در دیگری نولی پاریتی وجود داشت. دو مورد هیستریکتومی شکمی به دلیل حاملگی مولار در سن وگراوید بالا انجام گرفت (جدول شماره ۲).

بیمارانی که به علت توده شکمی هیستریکتومی شکمی شدند، ۲۴ مورد قبل و ۶ مورد بعد از یائسگی بودند که ۱۲ مورد (۴۳ درصد) بدخیمی، ۹ مورد (۳۰ درصد) کیست فانکسیونل، ۴ مورد (۱۳ درصد) میوم، ۴ مورد (۱۳ درصد) کیست درموئید و یک مورد

جدول ۲:

فروانی ضایعات پاتولوژیک رحم در هیستریکتومی‌های شکمی به علت مشکل رحمی

پاتولوژی	فروانی	درصد
میوم	۷۱	۳۳
طبیعی	۶۶	۳۲
آدنومیوز	۳۵	۱۶
هیپرپلازی غددی	۲۰	۹
پولیپ	۹	۴
هیپرپلازی ساده	۵	۳
سرطان آندومتر	۳	۱/۵
مول	۲	۱
ندول استرومایی آندومتر	۱	۰/۵

## جدول ۳:

فراوانی تناسب اندیکاسیون‌های هیستریکتومی شکمی و پاتولوژی آن‌ها

اندیکاسیون	پاتولوژی		یافت شده		یافت نشده		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مناسب	۹۹	۳۶	۳۳	۱۳	۱۳۲	۴۹		
نامناسب	۷۱	۲۶	۷۰	۲۵	۱۴۱	۵۱		
جمع	۱۷۰	۶۲	۱۰۳	۳۸	۲۷۳	۱۰۰		

## بحث و نتیجه‌گیری

ضایعات رحمی را تشکیل می‌دادند و ۲۵ درصد موارد فاقد اندیکاسیون مناسب قبل از عمل و ضایعه پاتولوژیک بودند. شایع‌ترین پاتولوژی نیز میوم بود.

مطالعات نشان داده‌اند که تا سال ۱۹۷۲، حدود ۳۳ الی ۴۳ درصد هیستریکتومی‌ها ضرورت نداشته است.<sup>(۱۸)</sup> در مطالعه دیگری در سال ۱۹۸۰، حدود ۴۶ درصد موارد فانکسیونل و فاقد ضایعه ارگانیک بودند.<sup>(۱۱)</sup> با نظارت کمیته‌های بهداشتی بررسی‌های بعدی نشان داد که تنها در ۱ تا ۳ درصد موارد، هیستریکتومی غیرضروری بوده است.<sup>(۱۸)</sup>

امروزه حدود ۱۷ درصد شکایات علیه پزشکان ناشی از هیستریکتومی نابجاست<sup>(۱۸)</sup> که احتمالاً عامل مهمی در کاهش این موارد بوده است.

نتایج مطالعات حاکی از آن است که شایع‌ترین علامت بیماران داوطلب هیستریکتومی، خونریزی واژینال است.<sup>(۱۴)</sup> بنابراین بررسی و اداره صحیح این بیماران قبل از عمل به منظور غربالگری مواردی که واقعاً نیاز به جراحی دارند بسیار مهم است. در بسیاری از موارد خونریزی ناشی از علل غیرارگانیک

نتایج این مطالعه نشانگر این واقعیت است که تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران بدون اندیکاسیون مناسب و ضایعه پاتولوژیک هیستریکتومی شده‌اند. این یافته‌ها با مطالعه چند مرکزی که از طرف مرکز کنترل بیماری‌ها و توسط لی و همکاران در سال ۱۹۸۴ انجام گرفت تقریباً مطابقت دارد. مطالعه مذکور به منظور تعیین هماهنگی تشخیص قبل از عمل با تشخیص نهایی پاتولوژی طی چهار سال در ۱۸۵۱ مورد هیستریکتومی انجام گرفت. در ۵۲ درصد بیماران تشخیص قبل از عمل حاکی از وجود ضایعه پاتولوژیک رحمی بود که تنها در ۸۰ درصد آن‌ها گزارش نهایی پاتولوژی رحم تشخیص قبل از عمل را تایید کرد. در ۴۸ درصد دیگر که در یکی از سه گروه خونریزی غیرطبیعی، درد لگنی، و افتادگی رحم قرار داشتند، تشخیص قبل از عمل غیر قابل تایید با پاتولوژی رحم بود که در ۴۷ درصد آنها تشخیص نهایی میوم و یا آدنومیوز بود و در ۳۸ درصد هیچ ضایعه‌ای وجود نداشت.<sup>(۷)</sup>

در مطالعه حاضر نیز میوم و آدنومیوز ۴۹ درصد

می‌توان از *ablation* و رزکسیون آندومتر از طریق هیسترسکوپی نیز کمک گرفت که در درمان بسیاری از ضایعات و خون‌ریزی‌های غیرطبیعی موثر و مقرون به صرفه است. (۴ و ۱۰ و ۱۳)

در این مطالعه معدودی از بیماران مبتلا به پرولاپس رحم به دلیل وجود چسبندگی، هیسترتومی شکمی شدند. امروزه این موارد با کمک لاپاراسکوپی از طریق واژینال صورت می‌گیرند. به طور کلی در دهه اخیر شاهد تحولات چشمگیری در نحوه هیسترتومی بوده‌ایم به طوری که در بسیاری از مراکز معتبر هیسترتومی از طریق لاپاراسکوپی انجام می‌گیرد. (۹) ممکن است در برخی از موارد اصرار نابجای بیمار منجر به هیسترتومی بدون اندیکاسیون شده باشد. بدیهی است در چنین مواردی از نظر قانونی، علی‌رغم وجود رضایت بیمار، پزشک محکوم خواهد بود. لذا توصیه می‌شود بررسی‌های قبل از عمل با وسواس و دقت بیشتری انجام گیرد و با بهره‌گیری از امکانات تشخیصی و کمک تشخیصی جهت شناخت پاتولوژی قبل از عمل، با وجدانی آسوده به اداره صحیح و درمان مناسب بیماران پردازیم.

#### □ سپاسگزاران :

بدین وسیله از همکاری خانم دکتر لالوها در گردآوری اطلاعات بیماران قدردانی می‌شود.

#### □ مراجع :

1. Clarke A. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease. *Br J Obstet Gynecol* 1995 Aug; 102(8) : 611-20

و اختلالات هورمونی است و با درمان طبی بهبود می‌یابد. در مواردی که خون‌ریزی ناشی از ضایعات ارگانیک نظیر میوم است درمان طبی قبل از عمل با آنالوگ‌های *GnRh* و یا داروهای مشابه علاوه بر کاهش میزان خون‌ریزی و کمک به درمان آنمی بیمار و در نتیجه حذف نیاز به ترانسفیوژن و بالاخره جلوگیری از عوارض ناشی از آن، موجب کاهش حجم میوم، کاهش میزان خون‌ریزی حین عمل و سهولت انجام هیسترتومی نیز می‌شود. (۱۵ و ۱۹)

به نظر می‌رسد در برخی از بیماران ما به دلیل انجام ندادن بررسی‌های قبل از عمل نظیر *D&C*، کلپوسکوپی، کونیزاسیون و هیسترسکوپی و در نتیجه عدم آگاهی از وجود ضایعات بدخیم، درمان جراحی مناسب صورت نگرفته است. در بیماران بالای ۳۵ سال جهت رد ضایعات ارگانیک و سرطان، انجام روش‌های کمک تشخیصی غیرتهاجمی نظیر سونوگرافی واژینال و نیز روش‌های تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی از طریق هیسترسکوپی، قبل از عمل توصیه شده است. زیرا شناخت پاتولوژی دقیق در سرطان برای انجام اقدام‌های جراحی مناسب، مرحله‌گذاری حین عمل و درمان‌های کمکی نظیر شیمی‌درمانی و پرتودرمانی و در نتیجه بقاء بیماران تاثیر به‌سزایی دارد. (۱۶ و ۱۸)

نتایج این بررسی مؤید این نکته مهم نیز هست که طبیعی بودن جواب *D&C* به تنهایی وجود پاتولوژی را رد نمی‌کند و نمی‌توان صرفاً بر اساس آن خط مشی درمانی را تعیین نمود. لذا پیشنهاد می‌شود از روش‌هایی نظیر هیسترسکوپی بیوپسی و در صورت امکان بیوپسی با دید مستقیم از طریق میکروهیسترسکوپی کمک گرفته شود. به علاوه

2. Cooson M. *Hysterectomy : Indications, surgical routes. Eur J obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 sep; 80(1): 5-15
3. Davies A, Magos AL. *Indications and alternatives to hysterectomy. Clin Obstet Gynecol* 1997 Mar; 11(1): 61-75
4. Davis JR et al. *Effects of endometrial ablation. Am J Clin Pathol*, 1998 Jan ; 109(1): 96-100
5. Dorsey JH. *Clinical Indications for hysterectomy route. Am J obstet Gynecol* 1995 Nov; 173(5): 1452-60
6. Harris M et al . *Changing hysterectomy patterns after introduction of laparoscopic Assisted Vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 340
7. Lee NC et al. *Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 283
8. Munro M et al. *Laparoscopic hysterectomy, does it work? Clin obstet Gynecol* 1995; 38: 401
9. Nezhat F et al. *Laparoscopic VS. abdominal hysterectomy. J Reprod Med* 1992; 37: 247-50
10. Pinion S et al. *Randomized trial of hysterectomy, endometrial ablation , and transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding . Br Med J* 1994; 309: 979
11. Partt JH. *The unnecessary hysterectomy. south Med J* 1980 oct; 73(10): 1360-4
12. Rowe MK et al. *Quality of life among women undergoing hysterectomies. Obstet Gynecol* 1999 Jun; 93(6): 915-21
13. Rutherford TJ et al. *Endometrial cryoablation. J Am Assoc Gynecol laparase* 1998 feb , 5(1): 23-8
14. Steege JF. *Indications for hysterectomy, have they changed ? Clin obstet Gynecol* 1997 Dec, 40(4): 878-85
15. Stovall T. *GnRh- agonist and Iron VS. Placebo and iron in the anemic patient before surgery for myoma . Obstet Gynecol* 1995; 86: 65
16. Stovall TG. *Hysterectomy , Novak's Gynecology , 12th ed, Baltimore, williams & Wilkins, 1996, PP 727-62*
17. Thompson JD et al. *Indications for hysterectomy. Clin obstet Gynecol* 1981; 24: 1245
18. Thompson JD, Warshaw J. *Hysterectomy. Tehindes operative Gynecology, 8th ed, Philadelphia, NewYork, Lippincott- Raven, 1997, PP 771-99*
19. West CP et al. *Shrinkage of uterine fibroids during therapy with Goserelin , Fertil Steril* 1987; 48: 45-51