

بررسی سیتوم‌های رحم از نظر طول و قاعده در بیماران مبتلا به نازایی و سقط مکرر و نتایج

متروپلاستی از طریق هیستروسکوپ

سارا مسیحی*، مژگان بواتی^۱، فریده مرضی^۱، مهنوش ترک زبان^۲

خلاصه

مقدمه: سیتوم رحم به علت تأثیر در قدرت باروری و سقط مکرر اهمیت داشته و بر اساس پژوهش‌های انجام شده انجام متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی به طور واضح در بهبود عاقبت باروری مؤثر است. هدف از این مطالعه بررسی رابطه احتمالی بین ابعاد سیتوم‌های رحم با سقط مکرر و نازایی در بیماران تحت مطالعه بود.

روش: در این مطالعه کاربردی بالینی کلیه بیمارانی که از ابتدای بهمن ۱۳۸۲ تا پایان بهمن ۱۳۸۵ به بیمارستان‌های دانشگاهی اهواز مراجعه و برای بررسی علت نازایی و سقط مکرر تحت هیستروسالپنگوگرافی قرار گرفته و مشکوک به سیتوم رحم بودند به بیمارستان امام خمینی (ره) ارجاع و وارد مطالعه شدند. بیماران پس از هیستروسکوپی و لاپاروسکوپی همزمان تحت متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی قرار گرفتند. از بیماران یک ماه بعد هیستروسالپنگوگرافی مجدد به عمل آمد و یک سال بعد از جراحی از نظر باروری بررسی شدند.

یافته‌ها: تعداد بیماران مورد مطالعه ۵۰ نفر بود که ۲۸ نفر مبتلا به نازایی و ۲۲ نفر سقط مکرر داشتند. در ۶۲/۵٪ موارد اندازه پایه سیتوم کوچک‌تر و یا مساوی ۳ سانتی‌متر بود و اختلاف بین دو گروه نازا و سقط مکرر از نظر اندازه پایه سیتوم معنی‌دار نبود. در حین هیستروسکوپی طول سیتوم اندازه‌گیری شد. در ۴۸٪ موارد سیتوم دو سوم حفره رحم را اشغال کرده بود و اختلاف بین دو گروه از نظر طول سیتوم معنی‌دار نبود. میزان باروری در گروه‌های نازایی و سقط مکرر به ترتیب ۷۱/۴٪ و ۷۶/۵٪ بود که اختلاف بین دو گروه از نظر عاقبت باروری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های فوق به نظر می‌رسد که ابعاد سیتوم رحم در سقط مکرر یا نازایی تأثیری نداشته باشد و بدون توجه به اندازه آن باید جدی گرفته شده و نسبت به برداشتن آن اقدام کرد. بنابراین متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی در بیماران مبتلا به سیتوم رحم که سابقه نازایی و سقط مکرر دارند گزینه مطلوبی است.

واژه‌های کلیدی: سیتوم رحم، نازایی، سقط مکرر، متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی

۱- استادیار گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ۲- دستیار زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

* نویسنده مسؤل، آدرس: بخش زنان، بیمارستان رازی، خیابان فلسطین، اهواز • آدرس پست الکترونیک: s.masihi@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۰

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۸/۷/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱

مقدمه

در زمان جنینی مجاری مولرین (Müllerian ducts) در خط وسط با هم تماس پیدا کرده و ساختمانی را تشکیل می دهند که پس از کانالیزه شدن حفره رحم، سرویکس و واژن را تشکیل می دهند. کانالیزه شدن حفره رحم با تجزیه بافت میانی شروع شده و سپتوم در اثر جذب ناقص دیواره رحم ایجاد می شود. سپتوم رحم که شایع ترین ناهنجاری رحم است به علت تاثیر در قدرت باروری و سقط مکرر اهمیت دارد (۱). روش استاندارد برای تشخیص سپتوم رحم لاپاروسکوپی و هیستروسکوپی هم زمان است (۲). در بیماران مبتلا به سپتوم رحم انجام متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی به طور واضح در بهبود عاقبت باروری مؤثر است (۳). در یک مطالعه بر روی زنان نازای مبتلا به سپتوم رحم که تحت متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی قرار گرفتند دیده شد که پس از عمل ۵۲/۴٪ بارداری شدند (۴). هدف از این مطالعه بررسی رابطه احتمالی ابعاد سپتوم های رحم از نظر طول و قاعده با سقط مکرر و نازایی در بیماران تحت مطالعه بود.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی بالینی از ابتدای بهمن ۱۳۸۲ تا پایان بهمن ۱۳۸۵ انجام شد. در این مدت کلیه بیمارانی که به بیمارستان های دانشگاهی اهواز مراجعه و برای بررسی علت نازایی و سقط مکرر تحت هیستروسالپنگوگرافی قرار گرفته و مشکوک به سپتوم رحم بودند به بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز ارجاع داده شده و وارد مطالعه شدند. هم چنین بیمارانی که کمتر از سه بار سقط داشته و به دنبال هیستروسالپنگوگرافی برای آنها سپتوم رحم تشخیص داده شده بود نیز وارد مطالعه شدند. در نهایت تعداد بیماران مورد مطالعه به ۵۰ نفر رسید که ۲۸ نفر مبتلا به نازایی و ۲۲ نفر مبتلا به سقط مکرر بودند. بیماران تحت هیستروسکوپی و لاپاروسکوپی هم زمان قرار گرفته و پس از تأیید سپتوم

رحم تحت عمل متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی قرار گرفتند. از بیماران یک ماه بعد هیستروسالپنگوگرافی مجدد به عمل آمد و سپس یک سال بعد از جراحی، از نظر باروری بررسی شدند.

۱۲ بیمار به علت محدود بودن مدت پیگیری و ۸ نفر نیز به دلیل عدم دسترسی مجدد به بیمار از مطالعه حذف شدند و در نهایت بررسی قاعده سپتوم در ۴۸ بیمار و طول سپتوم در ۵۰ نفر انجام شد.

در حین لاپاروسکوپی وجود سالپنژیت و اندومترئوز و در حین هیستروسکوپی اندازه سپتوم (بر اساس طول اشغال شده از فضای داخل رحم) و قاعده سپتوم ثبت شدند. بیماران بر اساس طول سپتوم که در هیستروسکوپی ارزیابی شده بود به ۴ گروه تقسیم شدند: گروهی که طول سپتوم یک سوم حفره رحم را اشغال کرده بود، طول سپتوم دو سوم حفره رحم را اشغال کرده بود، سپتوم تا منفذ داخلی سرویکس کشیده شده بود و گروهی که سرویکس نیز سپتوم داشت. بیماران با توجه به قاعده سپتوم که از طریق هیستروسالپنگوگرافی به دست آمده بود به دو گروه قاعده سپتوم بیشتر از ۳ سانتی متر و قاعده سپتوم کمتر یا مساوی ۳ سانتی متر دسته بندی شدند. هم چنین بیماران از نظر سنی به ۶ گروه ۲۰-۱۵، ۲۵-۲۱، ۳۰-۲۶، ۳۵-۳۱، ۴۰-۳۶ و ۴۵-۴۱ سال تقسیم شدند. برای اندازه گیری پایه سپتوم در هیستروسالپنگوگرافی از خط کش استاندارد معمولی با مقیاس سانتی متر و برای انجام لاپاروسکوپی از لاپاروسکوپ Storz و برای انجام هیستروسکوپی از هیستروسکوپ Storz استفاده شد.

نازایی به عنوان عدم باروری در مدت یک سال در زوجی که هیچ گونه پیش گیری از بارداری را انجام نمی دادند، و سقط مکرر به صورت وجود سه بار و یا بیش از سه بار سقط تعریف شد.

از آزمون های Chi-square و t-test یا mann - withney استفاده شد و برای مقایسه متغیرها سطح معنی داری ۰/۰۵ در

سوم حفره رحم را اشغال کرده بود و در نادرترین حالت (۸٪) سپتوم تا واژن ادامه پیدا کرده بود. بر اساس آزمون Chi - square اختلاف بین دو گروه از نظر طول سپتوم بررسی شد که معنی دار نبود.

از بین ۲۲ بیماری که به علت سقط مکرر مراجعه کرده بودند هیچ موردی از اندومتریوز مشاهده نشد ولی از بین ۲۸ بیماری که به علت نازایی مراجعه کرده بودند سه نفر اندومتریوز داشتند. هم چنین از بین ۲۲ بیماری که به علت سقط مکرر و ۲۸ بیماری که به علت نازایی مراجعه کرده بودند به ترتیب ۹ و ۱۶ نفر سالپنیثیت داشتند. هم چنین از بین ۲۲ بیماری که به علت سقط مکرر و ۲۸ بیماری که به علت نازایی مراجعه کرده بودند به ترتیب ۲ و ۴ نفر پولیپ یا میوم رحم داشتند. در جدول شماره ۴ عاقبت حاملگی در ۳۱ بیمار بررسی شده است. از بین ۱۴ بیمار مبتلا به نازایی و ۱۷ بیمار مبتلا به سقط مکرر به ترتیب ۱۰ و ۱۳ نفر حامله شدند. در جدول شماره ۵ دیده می شود که میزان باروری در گروه نازایی ۷۱/۴٪ و در گروه سقط مکرر ۷۶/۵٪ بود. بر اساس آزمون Chi- square اختلاف بین دو گروه از نظر عاقبت باروری بررسی شد که معنی دار نبود.

جدول ۳. طول سپتوم در بیماران تحت مطالعه

اندازه طول سپتوم	نازایی تعداد(درصد)	سقط مکرر تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
اشغال یک سوم حفره رحم	۸ (۲۸/۶)	۸ (۳۶/۴)	۱۶ (۳۲)
اشغال دو سوم حفره رحم	۱۲ (۴۲/۹)	۱۲ (۵۴/۵)	۲۴ (۴۸)
ادامه تا منفذ داخلی سرویکس	۴ (۱۴/۳)	۲ (۹/۱)	۶ (۱۲)
ادامه تا واژن Complete (septate)	۴ (۱۴/۳)	۰	۴ (۸)
جمع (درصد)	۲۸ (۱۰۰)	۲۲ (۱۰۰)	۵۰ (۱۰۰)

جدول ۴. وقوع حاملگی در بیماران تحت مطالعه

حاملگی	نازایی	سقط مکرر	جمع
بلی	۱۰	۱۳	۲۳
خیر	۴	۴	۸
جمع	۱۴	۱۷	۳۱

نظر گرفته شد و سپس با کمک نرم افزار SPSS 14 اطلاعات تحلیل شدند. از نظر اخلاقی نیز بیماران به صورت آگاهانه و با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند.

نتایج

از ۵۰ بیمار تحت مطالعه ۲۸ نفر به علت نازایی و ۲۲ نفر به علت سقط مکرر مراجعه کرده بودند. جدول ۱ تعداد بیماران تحت مطالعه در گروه های مختلف سنی را نشان می دهد. ملاحظه می گردد که بیشترین تعداد (۱۶ نفر) در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال قرار دارند.

جدول ۱. گروه های مختلف سنی در بیماران تحت مطالعه

گروه سنی	تعداد
۱۵-۲۰	۸
۲۱-۲۵	۱۲
۲۶-۳۰	۱۶
۳۱-۳۵	۷
۳۶-۴۰	۵
۴۱-۴۵	۲

جدول ۲. قاعده سپتوم در بیماران تحت مطالعه

اندازه قاعده سپتوم	نازایی تعداد(درصد)	سقط مکرر تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
≤۳cm	۱۶ (۵۹/۳)	۱۴ (۶۶/۷)	۳۰ (۶۲/۵)
≥۳cm	۱۱ (۴۰/۷)	۷ (۳۳/۳)	۱۸ (۳۷/۵)
جمع(درصد)	۲۷ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	۴۸ (۱۰۰)

بررسی عرض سپتوم در جدول ۲ آمده است. ۲۷ بیمار مبتلا به نازایی و ۲۱ بیمار مبتلا به سقط مکرر بررسی شدند و ملاحظه گردید در شایع ترین حالت (۶۲/۵٪) اندازه سپتوم کوچکتر و یا مساوی ۳ سانتی متر بوده است. بر اساس آزمون Chi - square اختلاف بین دو گروه از نظر اندازه پایه سپتوم بررسی شد که معنی دار نبود. طول سپتوم در بیماران تحت مطالعه بررسی شد و همان طور که جدول ۳ نشان می دهد ۲۸ بیمار مبتلا به نازایی و ۲۲ بیمار مبتلا به سقط مکرر بودند که در شایع ترین حالت (۴۸٪) سپتوم دو

جدول ۵. عاقبت بارداری در بیماران تحت مطالعه

عاقبت بارداری	نازایی		سقط مکرر	
	تعداد(درصد)	درصد خام	تعداد(درصد)	درصد تجمعی
حاملگی ترم	۳۱/۶	۴۲/۹	۱۰(۵۲/۶)	۵۸/۸
زایمان زودرس	۱(۵/۳)	۷/۱	۲(۱۰/۵)	۷۰/۶
باردار(در حال حاضر)	۳(۱۵/۸)	۲۱/۴	۱(۵/۳)	۷۶/۵
حامله نشده	۴(۲۱/۱)	۲۸/۶	۴(۲۱/۱)	۱۰۰
جمع	۱۴(۷۳/۷)	۱۰۰	۱۷(۸۹/۵)	۱۰۰
خلا اطلاعاتی	۵(۲۶/۳)		۲(۱۰/۵)	
جمع کل	۱۹(۱۰۰)		۱۹(۱۰۰)	

بحث

پیامد درمان هیستروسکوپی در بیمارانی که سپتوم رحم دارند بسیار عالی است و میزان سقط در دوره بعد از درمان به حدود ۱۰٪ می‌رسد (۱). امکان حاملگی ترم در بیمارانی که با انواع مختلف ناهنجاری‌ها تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند از ۵-۱۰ درصد قبل از عمل به ۸۰-۹۰ درصد پس از عمل افزایش می‌یابد. در صورت عدم انجام درمان جراحی در این بیماران سقط در ۸۵٪ و زایمان زودرس در ۲۲/۴٪ رخ داده و شانس تولد نوزاد زنده به ۴۴/۳٪ می‌رسد، درحالی که این ارقام در بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند به ترتیب به ۱۵٪، ۷٪ و ۸۵٪ رسیده‌اند (۵).

در یک مطالعه ۷۷ زن چینی مبتلا به سقط مکرر و نازایی که تحت عمل متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی قرار گرفته بودند بررسی شدند. در بین بیماران مبتلا به نازایی میزان باروری پس از عمل نسبت به قبل از عمل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در بیماران مبتلا به سقط مکرر که عمل شدند میزان سقط از ۸۴/۱٪ به ۲۹٪ رسید که اختلاف معنی‌دار بود و احتمال زایمان ترم و تولد زنده افزایش معنی‌داری داشت (۶).

در بررسی دیگری ۲۱ زن مبتلا به نازایی اولیه که سپتوم رحم داشتند تحت جراحی متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی قرار گرفتند. پس از عمل ۵۲/۴٪ باردار شدند که ۶۳/۳٪ آنها به حاملگی فول ترم منجر شد. بر

اساس این مطالعه توصیه شد که بهتر است در زنان نابارور مبتلا به سپتوم رحم که اندازه سپتوم آنها بیش از یک سانتی‌متر است متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی انجام شود (۴) که این مطالب با نتایج ما هماهنگی نشان می‌دهند.

در یک مطالعه ۱۱۹ زن نازای مبتلا به سپتوم رحم که *In Vitro Fertilization (IVF)* داشتند با ۱۱۶ بیمار نازای بدون سپتوم رحم که تحت *IVF* قرار گرفته بودند مقایسه شدند. بر اساس نتایج این مطالعه عاقبت باروری در گروه بدون سپتوم و افرادی که سپتوم آنها در حین جراحی برداشته شده بود یکسان بود (۷).

سپتوم‌های کوچک به اندازه سپتوم‌های بزرگ و عریض می‌توانند علامت ایجاد کنند. برداشتن این سپتوم‌ها بطور واضح در درمان سقط و نازایی مؤثر است. در بیماران مبتلا به نازایی با توجه به نتیجه رضایت‌بخش برداشتن سپتوم در محصول حاملگی، به نظر می‌رسد بهتر است که به محض تشخیص سپتوم رزکسیون صورت گیرد چون هم درصد حاملگی بالاتر رفته و هم شانس سقط پس از حاملگی در این بیماران کاهش می‌یابد.

بر اساس یافته‌های فوق به نظر می‌رسد که ابعاد سپتوم رحم در نوع علامت ایجاد شده از نظر سقط یا نازایی تأثیر نداشته باشد. با توجه به آمار حاملگی حدود ۷۱٪ در بیماران مبتلا به نازایی که سپتوم داشتند به نظر می‌رسد که در صورت وجود علامت بالینی نازایی و همراهی آن با سپتوم

بنابراین متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی در بیماران مبتلا به سپتوم رحم که مایل به داشتن فرزند می‌باشند و سابقه نازایی و یا سقط دارند گزینه مطلوبی است و می‌تواند عاقبت باروری را بهبود بخشد.

رحم و نیز بی‌خطر بودن انجام متروپلاستی از طریق هیستروسکوپی، رزکسیون سپتوم باید صورت گیرد. در نتیجه این که در مورد بیماران مبتلا به نازایی وجود سپتوم با هر ابعادی باید جدی گرفته شود و بدون توجه به شکل ظاهری سپتوم نسبت به برداشتن آن اقدام کرد.

Uterine Septum Dimensions in Patients with Infertility and Recurrent Abortion and the Outcomes of Hystroscopic Metroplasty

Masihi S., M.D.^{1*}, Barati M., M.D.¹, Marmazi F., M.D.¹, Torkzaban M., M.D.²

1. Assistant Professor of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

2. Resident of Obstetrics & Gynecology, School of Medicine, Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

* Corresponding author, e-mail: s.masihi@yahoo.com

(Received: 21 Jan. 2009 Accepted: 11 Nov. 2009)

Abstract

Background & Aims: It is believed that uterine septum, because of its effect on infertility and recurrent abortion is very important and pregnancy outcome is obviously improved by hysteroscopic metroplasty (HM). In this study, the probable relationship of uterine septum dimensions (length and width) with infertility and recurrent abortion has been investigated.

Methods: This clinical trial was carried out from Jan. 2004 to Feb. 2007 on all patients referred to Ahwaz educational hospitals for evaluation of infertility and recurrent abortion and underwent hysterosalpingography (HSG). Patients with suspected uterine septum were referred to Imam Khomeyni Hospital and underwent simultaneous hysteroscopy and laparoscopy. After that hysteroscopic metroplasty was done. The participants were checked by new HSG after one month and were evaluated for pregnancy outcome after one year.

Results: In whole, 50 patients (28 cases with infertility and 22 cases with recurrent abortion) were studied. In 62.5% septum width was equal or less than 3cm and in 48% length of septum occupied two thirds of uterine cavity and there was no significant difference between the two groups in regard to septum's width and length. Rate of pregnancy occurrence was 71.4% in patients with infertility and 76.5% in patients with recurrent abortion and no significant difference was found between the two groups in this regard.

Conclusion: According to the findings, it seems that septum dimensions (width and length) have no role in infertility and abortion. Therefore, resection of uterine septum regardless of its size is recommended. In patients with uterine septum who suffer from infertility and recurrent abortion, HM is an appropriate approach.

Keywords: Infertility, Hysteroscopy, Recurrent abortion, Septate uterus

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2010; 17(2): 161-166

References

1. Sperrof L, Fritz M. The uterus. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed., Philadelphia, USA, Lippincot Williams & Wilkins, 2005; pp 132-5.
2. Cunningham Gray F. Abnormalities of the reproductive tract. Williams Obstetrics. 22nd ed., USA, Mc Graw Hill, 2005; pp 950-57.
3. Fedele L, Binachi S, Frontino G. Septum and synechia: approach to surgical correction. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(4):767-88.
4. Nawroth F, Schmidt T, Friese C. Uterus septus with primary infertility-an operating indication? *Zentralbl Gynecol* 2001; 123(11):644-7.
5. Breech R.J. Surgery for anomalies of the Müllerian ducts. In: Rock G, W Jons H (editors), *Telends operative gynecology*. 9th ed., USA, Lippincot Williams & Wilkins, 2003; p 795.
6. Duan H, Zhao Y, Yu D. Study on mechanism of infertility or sterility caused by uterine septa and reproductive prognosis after hysteroscopic metroplasty. *Zhongha Fu Chan Ke Za Zhi* 2005; 40(11):735-8.
7. Ozgur K, Isikoglu M, Donmez L, Oehninger S. Is hysteroscopic correction of an incomplete uterine septum justified prior to IVF? *Reprod Biomed Online* 2007; 14(3):335-40.