● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال سوم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی۱۲)، صفحه ۲۵ الی ۲۸، پاییز ۱۳۸۰

درمان انتظاری در سقط‌های خودبخودی با ضخامت آندومتر mm ۱۲ و زیر ۱۲mm

دکتر صدیقه اسماعیل زاده[۱*]، دکتر معصومه آقاپور[۲]، دکتر علی بیژنی[۳]

۱- استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دستیار زنان و زایمان ۳- پزشک عمومی

سابقه‌و هدف: سقط به ختم بارداری قبل از هفته بیستم بر مبنای اولین روز آخرین قاعدگی گفته می‌شود. سقط می‌تواند بصورت خودبخودی یا القایی باشد، که به منظور اهداف درمانی انجام می‌گیرد. درمان معمول جهت سقط، دیلاتاسیون و کورتاژ می‌باشد. درمان دیگر درمان انتظاری می‌باشد که نیاز به جراحی را واضحاً کاهش می‌دهد.

مواد و روشها: این مطالعه نیمه تجربی بین سالهای ۷۹-۷۸ بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان و زایمان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد شهرستان بابل انجام شد. نمونه‌گیری به صورت آسان بود و ۵۱ بیماری که سقط خودبخودی در سه ماهه اول و خونریزی در حد لکه بینی و ضخامت اندومتر ^{mm} ۱۲ و کمتر از آن در سونوگرافی شکمی داشتند، وارد مطالعه شدند و اطلاعات بدست آمده با آزمونهای X^2 و Paired T Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سنی بیماران ۵/۲ ± ۲۵/۵ سال و سن حاملگی آنان بطور میانگین ۱/۵± ۷/۷ هفته بود، که ارتباط معنی‌داری نداشتند. از ۵۱ بیمار ۵۰ مورد (۹۸٪) نیازی به کورتاژ نداشتند و ۱ مورد (۲٪) بعلت خونریزی شدید کورتاژ شد ($P<0/05$). در این مطالعه هیچ عوارضی در ۵۱ بیمار دیده نشد، فقط یک بیمار از ۵۱ نفر بعد از دو هفته با خونریزی شدید مراجعه کرد که تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: خانمهایی که دارای سقط خودبخودی هستند در صورتی که خونریزی در حد کم داشته باشند می‌توان برای آنها سونوگرافی انجام داد و با توجه به ضخامت آندومتر ^{mm} ۱۲ یا کمتر از آن درمان انتظاری را برای بیماران در نظر گرفت و از کورتاژ که به نوبه خود عوارضی از قبیل بیهوشی، جراحی و هزینه گزاف بیمارستانی را در بر دارد جلوگیری بعمل آورد.

واژه‌های کلیدی: *سقط خودبخودی ، درمان انتظاری ، ضخامت آندومتر ، سونوگرافی .*

مقدمه

سقط به ختم بارداری قبل از هفته بیستم بر مبنای اولین روز آخرین قاعدگی یا تولد جنین با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم گفته می‌شود. بیش از ۸۰ ٪ از موارد سقط در ۱۲ هفته اول بارداری روی می‌دهد و پس از گذشت این زمان شیوع سقط به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد. شیوع سقطهایی که بصورت بالینی قابل تشخیص هستند از ۱۲٪ در خانمهای با سن کمتر از ۲۰ سال به ۲۶٪ در خانمهای با سن بیشتر از ۴۰ سال افزایش می‌یابد. سقط می‌تواند به صورت خودبخودی یا القایی باشد که بمنظور اهداف درمانی انجام می‌گردد.

■ هزینه این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۷۹۲ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.5.0]

در ارتباط با سقط خودبخودی در بعضی از مواقع تمام محصولات حاملگی دفع می‌شود که خونریزی نیز قطع خواهد شد ولی در بسیاری از بیماران دفع محصولات حاملگی ناقص بوده و موجب ادامه خونریزی و مشکلات و عوارض بیهوشی و صرف هزینه‌های بیمارستانی و دستکاریهای داخل رحمی و عوارضی مثل خونریزیهای بعدی و چسبندگی بعد از عمل می‌گردد(۳-۱).

روش درمان دیگر این بیماران ، درمان انتظاری است که نیاز به جراحی را واضحاً کاهش می‌دهد. در یک مطالعه که در سال ۱۹۹۷ انجام شد بر اساس یافته‌های سونوگرافیک، در موارد بافت داخل رحمی پس از سقط کمتر از ^{mm}۱۰ باشد استفاده از روشهای کنسرواتیو پیشنهاد گردید(۴). ولی در بعضی از مطالعات در صورت وجود بافت اکوژن بیش از ^{mm}۷ در حفره داخل رحم، توصیه به مداخله خصوصاً از راه جراحی می‌شود(۶و۵). از آنجایی که اعمال جراحی موجب صرف هزینه‌های گزاف بیمارستانی و عوارضی مثل بیهوشی و سوراخ شدن رحم و چسبندگی و متعاقب آن نازایی می‌گردد، این بررسی جهت ارزیابی درمان انتظاری در ضخامت آندومتر ^{mm}۱۲ و کمتر از آن جهت کم کردن هزینه‌های درمانی و عوارض احتمالی آن انجام شده است.

مواد و روشها

این مطالعه نیمه تجربی بین سالهای ۷۹ – ۷۸ بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی زنان و زایمان بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل انجام شد. نحوه نمونه‌گیری به صورت آسان بود و ۵۱ بیمار واجد شرایط، وارد مطالعه شدند. بیماران واجد شرایط بیمارانی بودند که در سه ماهه اول حاملگی سقط خودبخودی و خونریزی درحد لکه‌بینی یا کمتر از قاعدگی داشتند. برای این بیماران سونوگرافی شکمی (با مثانه پر) بعمل آمده و در صورتی که در سونوگرافی ضخامت لایه داخل رحمی^{mm} ۱۲–۷ داشتند، وارد مطالعه شدند و خانمهای با خونریزی بیشتر از حد ذکر شده از مطالعه خارج شدند. برای خانمهایی که ضخامت آندومتر ^{mm} ۱۲–۷ داشتند هیچ مداخله‌ای صورت نگرفته (هیچ دارویی تجویز نشده) و توصیه شد، در صورت شدت خونریزی سریعتر و در غیر اینصورت یک تا دو هفته بعد جهت سونوگرافی شکمی مجدداً مراجعه کنند. کسانیکه ضخامت آندومتر آنها کمتر از ^{mm} ۷ شده بود به عنوان نرمال در نظر گرفته شده و احتیاج به کورتاژ نداشتند ولی آنهایی که ضخامت آندومتر بیشتر از ^{mm} ۱۲ داشتند تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفته و از مطالعه حذف شدند. تمامی بیماران با دستگاه سونوگرافی شیمادزو ۳۲۵ با پروپ ابدومینال ۳/۵MH2 توسط یک متخصص زنان از طریق شکم سونوگرافی شدند. پس از یک دوره درمان انتظاری، بیماران مورد سونوگرافی مجدد قرار گرفتند و اطلاعات بدست آمده با آزمونهای X^2 و Paired T Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۱ بیمار با میانگین سنی ۵/۲ ± ۲۵/۵ سال و با سن حاملگی آنها با میانگین۱/۵±۷/۷ هفته، مورد بررسی قرار گرفتند. در سونوگرافی اولیه، همه این بیماران ضخامت آندومتر ^{mm}۱۲ یا کمتر از آن داشتند. بیماران از نظر علائم حیاتی پایدار و خونریزی در حد کم داشتند. ۸ نفر از این بیماران ضخامت آندومتر ^{mm}۱۲–۱۰ داشتند. یک هفته بعد، از این بیماران سونوگرافی بعمل آمده که ۴۳ نفر (۸۴/۳٪) پس از یک هفته ضخامت آندومتر زیر ^{mm}۷ پیدا کردند و در ۵ نفر (۹/۸٪) همچنان بالای ^{mm} ۷ بود، که یک هفته دیگر با توجه به اینکه بدون عارضه و خونریزی بودند مجدداً مورد پیگیری قرار گرفتند. در هفته دوم ضخامت آندومتر همگی به زیر ^{mm}۷ رسید از ۵۱ بیمار ۳ نفر برای سونوگرافی کنترل مراجعه نکردند که دو نفر از آنها پس از مدتی با عادت ماهیانه زنان مراجعه نمودند و یک نفر با خونریزی شدید مراجعه کرد که احتیاج به کورتاژ تخلیه‌ای پیدا کرد. در اولین مرحله سونوگرافی پس از درمان انتظاری (یک هفته بعد) میانگین ضخامت آندومتر از ^{mm}۱/۸± ۱۰/۲ به^{mm}۱/۲±۵/۶ کاهش یافت(P=۰/۰۰۰) و در ۵ بیماری که در مرحله اول ضخامت آندومتر آنها بالای ^{mm}۷ بود در سونوگرافی بعدی میانگین ضخامت از ۰/۶± ۸/۴ به ۰/۵± ۵/۸ رسید (P= ۰/۰۰۳). بنابراین با توجه به محاسبات آماری از ۵۱ بیمار ۵۰ مورد (۹۸٪) نیازی به کورتاژ نداشتند و ۱ مورد (۲٪) بعلت خونریزی شدید تحت عمل کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفت. در ضمن لازم به ذکر است که بیماران از نظر سنی به سه گروه ۲۴–۱۵ ، ۳۴

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.5.0]

–۲۵ و ۳۵ سال به بالا تقسیم شدند که ارتباط معنی‌داری بین سن بیمار و جواب به درمان انتظاری دیده نشد. از نظر سن حاملگی به دو گروه ۷–۴ هفته و ۱۲–۸ هفته تقسیم شدند که از لحاظ سن حاملگی نیز ارتباط معنی‌داری وجود نداشت اما بین ضخامت آندومتر و جواب به درمان ارتباط معنی‌داری دیده شد (p=۰/۰۳۲) یعنی در ۵ بیماریکه ضخامت آندومتر بالای ۱۰^{mm} داشتند، نیاز به پیگیری بود و در گروه ۱۰^{mm} و کمتر از آن، در سونوگرافی اول در تمامی موارد پاسخ به درمان انتظاری دیده شد. در این مطالعه هیچ‌کدام از خانمهایی که تحت درمان انتظاری قرار گرفتند، عوارضی از قبیل سقط فراموش شده و یا سقط عفونی نداشتند و فقط یک نفر از ۵۱ بیمار بعد از دو هفته با خونریزی شدید مراجعه کرد که تحت عمل‌کورتاژ تخلیه‌ای قرار گرفت.

بحث

براساس بررسی حاضر از ۵۱ بیمار ۹۸٪ به درمان انتظاری پاسخ دادند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۷ توسط Hurd و همکاران انجام شده خانمهایی که حاملگی آنها منجر به سقط خودبخودی شده بود را به دو گروه تقسیم کردند به این صورت که یک گروه در سونوگرافی واژینال انجام شده دارای بافت قابل توجه یا $>۱۰^{mm}$ ساک حاملگی بوده و گروه دیگر بافت داخل رحمی ناچیز داشتند و برای خانمها هم کورتاژ و هم درمان انتظاری در نظر گرفته شد. نتایج این مطالعه نشان داد که در ۸۹ خانمی که دارای بافت داخل رحمی کم بوده‌اند بدون توجه به نوع درمان هیچ عارضه‌ای نداشتند. در ۶۳ خانمی که بافت قابل توجه ($>۱۰^{mm}$ ساک حاملگی) داشتند، درمان انتظاری عوارض بیشتری نسبت به کورتاژ الکتیو داشته است. بر این اساس در خانمهایی که بعد از سقط خودبخودی توسط سونوگرافی انجام شده بافت داخل رحمی ناچیزی دارند درمان انتظاری نسبت به کورتاژ، درمان مطمئن‌تری می‌باشد(۴).

در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۵ توسط Nielsen و همکاران انجام شده بود، برای خانمهایی که سقط خودبخودی در سه ماهه اول حاملگی داشتند سونوگرافی واژینال انجام گردید و بیمارانی که بافت داخل رحمی و یا خون لخته شده‌ای به قطر حدود ۵۰^{mm} – ۱۵ داشته تحت درمان انتظاری قرار دادند. ۷۹٪ از بیماران در طی سه روز آینده بقیه بافت داخلی رحمی را دفع کردند و برای بقیه بیماران کورتاژ تخلیه‌ای انجام شد. در این مطالعه عفونت در درمان انتظاری ۳٪ و در افرادی که کورتاژ شدند ۱۱٪ گزارش شده است همچنین مدت خونریزی در درمان انتظاری ۱/۳ روز بیشتر از افرادی که کورتاژ شدند، بوده است. درمان انتظاری در بیماران انتخابی در سقطهای خودبخودی می‌تواند سرانجامی مانند کورتاژ داشته باشد(۷). در مطالعه دیگری در سال ۱۹۹۹ که توسط Geyman وهمکاران انجام شد، درمان انتظاری در سقط خودبخودی در سه ماهه اول حاملگی در بیماران بدون تب و بدون خونریزی شدید، درمانی مفید و بسیار مؤثر معذفی گردید(۸). همچنین در بررسی Cetrin در سال ۱۹۹۸ سونوگرافی بعنوان یک فاکتور تصمیم گیرنده در درمان بیماران با سقط خودبخودی سه ماهه اول، جهت کاهش نیاز به کورتاژ در بیماران با ضخامت آندومترکمتر از ۱۰^{mm} با اکوژنیسیتی کم در نظر گرفته شد(۹).

با توجه به نتایج بدست آمده توصیه می‌شود در خانمهای با سقط خودبخودی و خونریزی مختصر و علائم حیاتی پایدار در صورت داشتن ضخامت آندومتر بین $۱۲–۷^{mm}$ از درمان انتظاری تا دو هفته استفاده شود تا از کورتاژ، عوارض بیهوشی، جراحی و هزینه گزاف بیمارستانی تا حد زیادی جلوگیری گردد.

****

References

1. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Novak 's Gynecology, 12th edition, Baltimore, Williams & Wilkins 1996; PP: 487-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.5.0]

2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Williams Obstetrics, 20th edition , London. Appleton Hange 1997; PP:579-81.

3. Chung TK, Chang LP, et al. Spontaneous abortion short term complications following either conservative or surgical management. Aust N Z J Obested Gynecol 1998; 38(1): 61-4.

4. Hurd WW, Whitfield RR, Randolph JF Jr, Kercher ML. Expectant management versus elective curettage for the treatment of spontaneous abortion. Fertil Steril 1997; 68 (4): 601-6.

5. Frances R. Mimi Berman. Diagnostic medical sonography, second edition, lippincot 1997; pp: 571-30.

6. Paula S. The use of ultrasound in the first trimester in mimi berman diagnostic medical sonography, 2 nd edition, Lippincot 1997; pp: 211-23.

7. Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first trimester spontaneous abortion. Lancet 1995; 345(8942): 89-6.

8. Geyman JP, Oliver LM, Sullivan SD. Expectant medical or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy department of family medicine university of Washington settle 98105 USA. J AM Board Fam Pract 1999; 12(1): 55-64.

9. Cetim A, Cetim M. Diagnostic and therapeutic devision making with trimester spontaneous abortion clinically thought to be incomplete or complete contraception 1998; 57(6): 393-7.

* آدرس نویسنده مسئول : بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، دفتر گروه زنان و زایمان، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹٤-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.5.0]