مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاداسلامی

سال ١٤ ، شماره ١، صفحات ٧ تا ١٢ (پاییز٨٣)

Orginal Article

بررسی مقایسه ای ٢ روش جراحی در درمان آبسه های لوله ای – تخمدانی

• دکترشهلاچایچیان[١] دکترابوالفضل مهدیزاده [٢]دکترعبدالرسول اکبریان[٢]

[١]گروه زنان دانشگاه آزاداسلامی واحدپزشکی تهران

[٢]گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده :

مقدمه: آبسه لگنی از بیماری های خطرناک وپرعارضه در زنان است که دررابطه با نوع درمان آن بین محققان اختلاف نظر فراوانی وجود دارد بنابراین بررسی های بیش تر جهت دست یابی به راه های بهتر درمان این عارضه ضروری به نظر می رسد.

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ٢ روش لاپاراسکوپی ولاپاراتومی در درمان آبسه های لوله ای – تخمدانی بوده است .

روش بررسی: دراین تحقیق که از نوع کارآزمایی بالینی و مقایسه ای بود طی مدت ٨ سال از سال١٣٧٦تا١٣٨١ بیمارانی که با تشخیص آبسه لگنی یا تخمدانی دربخش زنان بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) تهران بستری شده بودند به صورت تصادفی با یکی از روش های لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی تحت درمان قرارگرفتند ونتایج مورد مقایسه قرارگرفت.

نتایج: دراین بررسی ٢٢بیمار تحت درمان قرارگرفتند.انتخاب شیوه درمان (لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی) براساس مهارت جراح کشیک درانجام دادن لاپاراسکوپی بوده است. ازنظر درمان آنتی بیوتیکی تفاوتی بین ٢گروه وجود نداشت . درگروه لاپاراسکوپی شده ، متوسط دوره بستری ٢ روزکم تر از بیمارانی بود که تحت لاپاراتومی قرارگرفته بودندو در ٨٠٪ از این بیماران اعضای تناسلی حفظ شدند. درد مزمن لگنی تا ٢سال پس از عمل در ٣٩٪ بیماران لاپاراتومی شده و در ٢٧٪ بیماران لاپاراسکوپی شده وجود داشت.

نتیجه گیری : به طور کلی می توان گفت نتایج درمان آبسه لگن با لاپاراسکوپ درمقایسه با لاپاراتومی بهتراست و شاید بتوان برخلاف گذشته درمان جراحی استاندارد آبسه لگن را روش لاپاراسکوپیک دانست.

کلید واژه ها: ١- لاپاراتومی ٢- لاپاراسکوپی ٣- آبسه لگنی ٤- آبسه لوله ای- تخمدانی

مقدمه :

باوجود استفاده وسیع ازآنتی بیوتیک ها دربیماران مبتلا بهPID ، موارد متعدد آبسه های لگنی به صورت یک طرفه یا دوطرفه دیده می شود. خطرناک ترین عارضه این آبسه ها پارگی وایجاد پریتونیت می باشد.قبل ازکشف آنتی بیوتیک ها درمان محافظتی این بیماران با مرگ ومیر٤٨ تا١٠٠٪ همراه بود.تشخیص وشناسایی به موقع ودخالت جراحی و استفاده ازآنتی بیوتیک ها این میزان مرگ ومیر را به شدت کاهش داده است .(١٤-١) دامنه ونوع جراحی دربیماران با آبسه لگنی متنوع بوده ومورد

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

اختلاف نظر متخصصان زنان می باشد. درمطالعات مختلف این دامنه، ازجراحی محافظتی تا اعمال رادیکال گزارش شده است. (۳-۱) Henry Suchet درسال ۱۹۸٤ اولین جراحی بود که با لاپاراسکوپ آبسه های لگنی را درمان کرد.وی گروه بزرگی از بیماران را توسط لاپاراسکوپ تحت عمل سالپنگواوفورکتومی قرارداد. (٤و٥)

دراین مطالعه نتایج حاصل ازجراحی آبسه های لگنی در۲۲ بیماردر دانشگاه علوم پزشکی ایران با۲روش لاپاراتومی ولاپاراسکوپی مورد مقایسه قرارگرفت.

روش بررسی :

دراین مطالعه که بین سال های۱۳۷٤ تا۱۳۸۱ انجام شد ، تعداد ۲۲ بیماربا آبسه لگنی تحت عمل جراحی قرارگرفتندکه ۱٤ نفر از آن ها توسط لاپاراسکوپی و۸ نفردیگر توسط لاپاراتومی جراحی شدند (جدول شماره۱).

جدول شماره۱: روش عمل جراحی

لاپاراسکوپی		لاپاراتومی	
تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱٤	٪٦۳/٥	۸	٪۳٦/٥

انتخاب بیماران برای نوع عمل براساس مهارت جراح کشیک وبه صورت کاملاً تصادفی بود. متوسط سن بیماران لاپاراسکوپی شده بسیار پایین تر ازبیمارانی بود که لاپاراتومی شده بودند (P<۰/۰۱). پنج بیماراز ۸ بیماری که تحت عمل لاپاراتومی قرارگرفته بودند، ابتداتوسط لاپاراسکوپ تشخیص داده شده وبلافاصله لاپاراتومی شده بودند.ازاین گروه ۲ بیمار با شکم حاد و۱ بیمار با توده لگنی تحت عمل لاپاراتومی قرارگرفتند.در۳۹٪ ازبیماران درزمان بستری تعداد لکوسیت ها طبیعی (کم تر از ۱۰/۰۰۰ درمیلی متر مکعب) بود و در ۹۸٪ موارد افزایش سرعت سدیمانتاسیون (بیش تر از ۲۰) وجود داشت. درتمام بیماران مشکوک به عفونت لگن نمونه کشت ازسرویکس واورترا برای تشخیص گونوره انجام شد.

درگروه لاپاراسکوپی شده ۳بیمار ودرگروه لاپاراتومی شده ۱ بیمارIUD داشتند.تمام بیماران برحسب علائم بالینی وحال عمومی تحت درمان آنتی بیوتیکی با پنی سیلین ، جنتامایسین ومترونیدازول قرارگرفتند. پس ازپوشش کافی آنتی بیوتیکی،شیوه جراحی باتوجه به مهارت جراحان درانجام دادن لاپاراسکوپی انتخاب می شد. سه نفر از بیمارانی که لاپاراتومی شدند، با توجه به سن بالا (متوسط ٤۸سال)وآبسه دو طرفه تحت عمل T.A.H.+B.S.O Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral salpingo- oophorectomy)

۲ بیمارتحت عمل جراحی uso (unilateral salpingo- oophorectomy)

۱ بیمار تحت عمل جراحی B.S.O(Bilateral salpingo-oophorectomy)

و۲بیمارنیزتحت عمل جراحی unilateral salpingectomy قرارگرفتند.درتمام بیماران سعی شدتا جدارآبسه ازناحیه خلف صفاقی آزاد وخارج گردد. دربیمارانی که لاپاراسکوپی می شدند، پس ازگذاشتن تروکار ۱۱میلی متری درناف وعبور تلسکوپ وگرفتن تصویر، ۲تروکار ٦میلی متری در۲ طرف پایین لگن گذاشته شده واز ورای آن ها grasping forceps وپروب suction- irrigation عبورداده می شد و ناحیه لگن واحشای آن ، شکم ، مسیر حالب ها وآبسه مورد بررسی قرار می گرفت سپس آبسه به آرامی بازوبا ساکشن به دقت تمام ترشحات خارج می گردید. نمونه گیری ازچرک برای کشت صورت می گرفت . هم چنین با استفاده ازپروب ، ساکشن و فورسپس چسبندگی های موجود تا حدامکان آزاد و درنقاطی که نیاز به بریدن با قیچی بود، با قیچی لاپاراسکوپ پس ازکوتریزه کردن قطع می شد و با روش hydrodissection چسبندگی ها وآدنکس ها آزاد می شدند.چسبندگی های PID معمولاًبدون عروق وظریف است که با گذاشتن پروب Irrigation بین چسبندگی ها وبا فشارآب آزادمی شود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

پس از آزادشدن آبسه درناژوخارج کردن دیواره آن صورت می گرفت و محوطه آبسه وداخل تخمدان ، با نرمال سالین فراوان شستشو داده می شداما تخمدان ترمیم نمی شد.انتهای فیمبریا نیز با فشارفورسپس grasping وپروب irrigation آزاد وشستشو داده می شد.درپایان عمل پس از شست وشوی محوطه لگن وشکم با مایع رینگرلاکتات در حدی که مایع خروجی کاملاًشفاف باشد، محوطه بالای شکم نیزدروضعیت Reverse Trendelenburg با رینگر لاکتات شستشوداده می شد وجهت پیش گیری ازچسبندگی اعضا۲۰۰تا۵۰۰ میلی لیتر مایع داخل لگن به جاگذاشته می شد. درپایان ازورای تروکار۵ میلی متری، یک درن لوله ای برای مدت ۲٤ ساعت داخل کولدوسالک قرارداده می شد.

از۱٤ بیمار لاپاراسکوپی شده ۳مورد به علت عدم کنترل خون ریزی وتخریب تخمدان سالپنگواوفورکتومی یک طرفه با روش کلاسیک semm با ۳ نخ لوپ صفر کرومیک انجام گردید وآدنکس خارج شد.پس ازجراحی بیماران به مدت ۲-۱ سال تحت پی گیری قرارمی گرفتند.

نتایج:

جراحی آبسه لگن را باتوجه به محل آن می توان به صورت لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی انجام داد. درگروه بیمارانی که لاپاراتومی شدند،۳ بیمارآبسه Tubo-ovarian(TOA) دوطرفه با متوسط سن ٤۸ سال داشتندکه تحت عمل TAH-BSO از شکاف لاپاراتومی قرارگرفتندو۲بیمارکه آبسه TOA یک طرفه داشتند، تحت عمل سالپنگواوارکتومی یک طرفه ، ۱ بیمار که آبسه TOA دوطرفه داشت، تحت عمل سالپنگواوارکتومی دوطرفه و۲بیمارکه مبتلا به Pyosaplinx بودند، تحت لاپاراتومی وسالپنژکتومی یک طرفه قرارگرفتند.

در۱٤ بیماران که جراحی آبسه آن ها توسط لاپاراسکوپ انجام شد، ۹بیمارآبسه توبواوارین(TOA) داشتندکه در۲مورد دوطرفه و۷مورد یک طرفه بود. پنج بیمارنیز Pyosapinx داشتندکه با لاپاراسکوپ عمل شدند.در۳ مورد که ۱مورد آن ها آبسه توبواوارین دوطرفه بود، پس ازدرناژ آبسه وآزادکردن چسبندگی ها ، به علت تخریب تخمدان ولوله خون ریزی غیر قابل کنترل ایجادشد که ازطریق لاپاراسکوپ سالپنگواوارکتومی یک طرفه با روشSemm صورت گرفت.حفظ اعضای تناسلی با لاپاراسکوپی در۷۸٪ مواردانجام شد(جدول شماره ۲).

مدت زمان بستری درگروه لاپاراتومی به طور متوسط ۱۱روز ودرگروه لاپاراسکوپی ۹ روز وطول مدت درمان آنتی بیوتیکی درهردوگروه یکسان بود(۳±۱٤روز).

جدول شماره ۲: مقایسه حفظ اعضای تناسلی در دوروش لاپاراسکوپی ولاپاراتومی

		روش عمل جراحی			
		لاپاراسکوپی		لاپاراتومی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
حفظ اعضای تناسلی پس ازعمل	بلی	۱۱	٪۷۸	۲	٪۲۵
	خیر	۳	٪۲۲	٦	٪۷۵
	جمع	۱٤	٪۱۰۰	۸	٪۱۰۰

بحث:

درصورت شک به پارگی آبسه لگن باید درمان جراحی فوری انجام شود . درمواردآبسه های پاره نشده لگن Kaplanوهم کارانش.(۱) هیسترکتومی وبرداشتن دوطرفه تخمدان ها ولوله ها را طی مدت ۷۲ساعت اول پس از تشخیص آبسه توصیه می کنند.عده ای دیگرازمحققان ، درمان محافظتی وآنتی بیوتیکی را پیشنهادمی کنند وچنانچه ظرف مدت ۷۲-۲٤ساعت پاسخ مناسبی به دست نیاید باید جراحی انجام شود.درزنان جوان ،جراحی با وسعت کم ترمانند سالپنگواوارکتومی یک طرفه بدون هیسترکتومی مناسب تر می باشد.جراحی های رادیکال اغلب با عوارض همراه باعوارض هستند به طوری که

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

درمطالعه Kaplan در۱۲مورد از ۷۱ بیمار(۱۷٪) حین جراحی آسیب به روده ورکتوم گزارش شده است(۱و۵و۷) درموارد درمان کنسرواتیو خطرپارگی آبسه وپریتونیت وجود دارد.Franklin وهم کارانش در۵ مورد از ۱۲۰ مورد ، پارگی آبسه راگزارش کردند.وی بیمارانی را که تحت درمان کنسرواتیو و آنتی بیوتیکی قرارگرفته بودند۲ تا ۱۰ سال بعد مورد پی گیری قرارداد و میزان عود بیماری وعمل مجدد،توده آدنکسال ، دردمزمن لگن ومنومتروراژی را۳۱-۱۶٪بیان کرد.میزان حاملگی دراین بیماران تنها ۹ نفر (۱۴٪) بود.(۸و۹)

حفظ قدرت باروری دربیمارانی که تحت عمل جراحی کنسرواتیوقرارمی گیرند همراه با میزان بالاترعود بیماری ونیازبه جراحی مجدد می باشد. Henry Suchet ۴۷۷ بیمار را که به علت آبسه لگن تحت عمل لاپاراسکوپی قرارگرفته بودند، مورد معاینه مجددقرارداد، که ۸۷٪ آن ها بدون علامت بوده و۱۳٪ آن ها ازدردهای مزمن شکم رنج می بردند.شش نفر از۱۴ بیمار(۴۳٪) حامله شده بودند.(۴و۱۰و۱۱)

دربیماران مطالعه حاضر ۲۷٪ ازافرادی که با لاپاراسکوپ درمان شدند و۳۹٪ بیمارانی که تحت عمل لاپاراتومی قرارگرفتند ازدردمزمن لگن رنج می بردند. البته بایداین نکته را درنظر گرفت که بیماران لاپاراتومی شده بیماری پیش رفته تر ودامنه جراحی وسیع تری داشتند که شایدتوجیه کننده درد بیش ترپس ازعمل باشند.

جدول شماره : ۳مقایسه ادامه درد مزمن لگن در ۲روش جراحی

		روش عمل جراحی			
		لاپاراسکوپی		لاپاراتومی	
دردمزمن لگن پس ازعمل		تعداد	درصد	تعداد	درصد
	دارد	۴	۰/۲۸	۳	۰/۳۸
	ندارد	۱۰	۰/۷۲	۵	۰/۶۲
	جمع	۱۴	٪۱۰۰	۸	٪۱۰۰

باید به این نکته توجه کرد که درزمان نمونه گیری برای کشت ،حتماً بایدازجدارآبسه بافت تخمدان ، بیوپسی برای هیستولوژی تهیه شود زیرا ممکن است آبسه ایجاد شده درزمینه سرطان تخمدان باشدکه درچنین مواردی جراحی باید با وسعت انکولوژیک انجام شود. امروزه با توجه به پیش رفتی که درزمینه جراحی اندوسکوپی انکولوژی صورت گرفته است ، می توان با روش اندوسکوپی نیز درمان را تکمیل کرد.

دراین موارد تا آماده شدن گزارش دایمی آسیب شناسی ، بیمارتحت درمان قرار می گیرد سپس درمان سرطان انجام خواهدشد. اغلب بخش های ژینکولوژیک، لاپاراتومی را در این بیماران ترجیح می دهند وتعدادکمی از بخش ها مجهزبه وسایل لازم بوده و دارای جراحان ماهری ،برای اندوسکوپی انکولوژی هستندکه جراحی این بیماران را ازطریق لاپاراسکوپ انجام می دهند. باتوجه به مطالب ذکرشده پیشنهادمی شود که به خصوص درزنان جوان، تشخیص قطعی با لاپاراسکوپ داده شود و درهمان زمان نسبت به تخلیه آبسه اقدام گردد.اگرچه احتمال آلوده شدن حفره شکم به محتویات آبسه درلاپاراسکوپی بیش ازلاپاراتومی به نظر می رسد اما باید توجه کرد که شست وشوی حفره شکم ولگن با Suction-Irrigation ازطریق لاپاراسکوپ بسیار بهترازلاپاراتومی قابل انجام است ومیزان استرس فیزیکی وروحی به بیمارنیزبسیارکم تر بوده وبهبودی سریع تراست. میزان عود بیماری ، در هردو روش یکسان بوده اما میزان شکایت بیماردرروش لاپاراسکوپی کم تر وشانس باروری بیش ترمی باشد.

به طورکلی با وجودلاپاراسکوپی ودر دست رس بودن آن تشخیص زودترآبسه ها ، امکان پذیربوده ودرمان سریع تر و با نتیجه بهتری همراه خواهدبود ، به خصوص درزنان جوان درمان با اندوسکوپ موجب حفظ اعضای تناسلی شده وآسیب واسترس فیزیکی وروحی کم تری را به بیمار واردمی کند ونتیجه بهتری را به دنبال خواهد داشت.همان

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود دردمزمن لگن پس ازعمل براساس اطلاعات به دست آمده ۲۷٪ و۳۹٪ گزارش شده است که چون از تقسیم اعدادصحیح چنین نسبتی حاصل نمی شود .

از نسبت های نزدیک به آن ها یعنی ۲۸% = ۳۸٪= استفاده شده است.

منابع

1. *plan,A.L; Jacobs,W.M. Ehresman, J. B . Aggressive mangement of pelvic abcess. Am.J.Obstet. Gynec 1987; 98: 482-7*

2. *Walker CK,Landers DV. Pelvic abscesses: New trends in management. Obstet Gynecol Sur.1991;46:615-24.*

3. *Vasilev SA.Roy S, Essin DJ. Pelvic abscesses in Postmenopausal women. Surg. Gynecol. Obstet.1989 ;169:243.*

4. *Henry Suchet, J. Laparaoscopic treatment of tubo-ovarian abscesses. Obstet. Gynec.1986; 6 suppl.1:60-1.*

5. *Henry suchet J, Soler A.Loffredo V. Laparaoscopic treatment of tubo- ovarian abcesses,J Repord Med 1984;8:579.*

6. *Livengood CH. Hill BG.; Addison WA. Pelvic inflammatory disease: Finding during in patient treatment of clincally severe, laparascopy- documented disease. Am J Obstet Gynecol 1992;166:519.*

7. *Anducci JE. Laparascopy in the diagnosis and treatment of Pelvic inflammatory disease with abscess formation,Int Surg 1981;66:359.*

8. *Landers, D.V.;Sweet, R.L . Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to managementl Rev.Infect. Dis 1983;5: 876-84*

9. *Franklin, E.W.; Hevron, J.E.; Thompson, J.D . Management of the pelvic abscess , Clin Obstet. Gynec 1973;16:66-79*

10. *Henry Suchet, J.;Soler, A.; Loffredo, V.: Laparascopic treatment of tuboovarian abcesses,. J. Reprod. Med 1984;29:579-82 .*

11. *Centers for Disease Control pelvic inflammatory disease. Guidelines for prevention and management, MMWR, 1991; 40:1.*

12. *Alen LA. Schoon MG. Laparascopic diagnosis of acute Pelvic inflammatory disease, Br J Obstet Gynecol. 1983;90:966.*

13. *Jacobson L,Westrom L : Objective diagnosis of acute pelvic inflammatory disease., Am J Obstet Gynecol 1969;105:1088.*

14. *Centers for Disease Control and Prevention 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Disease, MMWR 1998;1:111.*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

Abstract

A Comparison between two surgical methods in the treatment of T.O.A.

[*]Sh. Chaichian M.D [I] A.R. Akbarian M.D [II]. A.Mehdizadeh,MD[II]

Introduction: *Pelvic abcess is one of the most dangerous & distressfull gynecologic disorders , that causes controversy among authors for treatment methods.* ***Objectives:*** *This comparative study was performed in the aim of evaluation af laparoscopy & laparotomy methods in the T.O.A. (tubo- ovarian-abcess)*

Meterial & methods: *This was a prospective controlled new method evaluation study, that porformed on patients who needed surgery for treatment of T.O.A. during 8 years since 1995 till 2002 at Rasoul Akram Hospital.*

Findings: *In this study 22 women underwent surgery. Surgical method selected on the basis of patients age, symptoms , signs & findingss during therapy. It was no difference between two groups from the standpoint of antibiotictherapy. In laparoscopy group mean duration of addmission was 2 days shorter than laparatomy group . 80% of genital organs preserved in laparoscopy group . chronic pelvic pain Persisted 2 years after operation in 39% of patients of laparotomy group and only in 27% of patients in laparoscopy group.*

Conclusion : *From prsent & other studies we can conclude that laparoscopy for the treatment of T.O.A. specially in younger patients is a very good choice & perhaps it will be the standard method of surgery for preserving of fertility abilities in these patients at the near future.*

Key words: *1.Laparatomy 2. Laparoscopy 3. pelvic Abcess 4. T.O.A. (Tubo–Ovarian Abcess).*

[I] - Assistant professor of Ob & Gyn , Islamic Azad University Tehran Medical Unit([*]corresponding Auther)
[II] - Associate professor of Ob & Gyn , Iran University of Medical Sciences and health cervices ,tehran,iran.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]