

بررسی مقایسه ای ۲ روش جراحی در درمان آبسه های لوله ای - تخمدانی

• دکتر شهلا چایچیان^۱ دکتر ابوالفضل مهدیزاده^۲ دکتر عبدالرسول اکبریان^۳

^۱گروه زنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

^۲گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده:

مقدمه: آبسه لگنی از بیماری های خطرناک و پرمعارضه در زنان است که در رابطه 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 ۲ روش لاپاراسکوپی و لاپاراتومی در درمان آبسه های لوله ای - تخمدانی بوده است.

روش بررسی: در این تحقیق که از نوع کارآزمایی بالینی و مقایسه ای بود طی مدت ۸ سال از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۱ بیمارانی که با تشخیص آبسه لگنی یا تخمدانی در بخش زنان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران بستری شده بودند به صورت تصادفی با یکی از روش های لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی تحت درمان قرار گرفتند و نتایج مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج: در این بررسی ۲۲ بیمار تحت درمان قرار گرفتند. انتخاب شیوه درمان (لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی) براساس مهارت جراح کشیک در انجام دادن لاپاراسکوپی بوده است. از نظر درمان آنتی بیوتیکی تفاوتی بین ۲ گروه وجود نداشت. در گروه لاپاراسکوپی شده، متوسط دوره بستری ۲ روز کم تر از بیمارانی بود که تحت لاپاراتومی قرار گرفته بودند و در ۸۰٪ از این بیماران اعضای تناسلی حفظ شدند. درد مزمن لگنی تا ۲ سال پس از عمل در ۳۹٪ بیماران لاپاراتومی شده و در ۲۷٪ بیماران لاپاراسکوپی شده وجود داشت.

نتیجه گیری: به طور کلی می توان گفت نتایج درمان آبسه لگن با لاپاراسکوپ در مقایسه با لاپاراتومی بهتر است و شاید بتوان برخلاف گذشته درمان جراحی استاندارد آبسه لگن را روش لاپاراسکوپی دانست.

کلید واژه ها: ۱- لاپاراتومی ۲- لاپاراسکوپی ۳- آبسه لگنی ۴- آبسه لوله ای - تخمدانی

مقدمه:

آنتی بیوتیک ها درمان محافظتی این بیماران با مرگ

ومیر ۴۸ تا ۱۰۰٪ همراه بود. تشخیص و شناسایی به موقع و دخالت جراحی و استفاده از آنتی بیوتیک ها این میزان مرگ و میر را به شدت کاهش داده است. (۱-۱۴) دامنه و نوع جراحی در بیماران با آبسه لگنی متنوع بوده و مورد

با وجود استفاده وسیع از آنتی بیوتیک ها در بیماران مبتلا به PID، موارد متعدد آبسه های لگنی به صورت یک طرفه یا دوطرفه دیده می شود. خطرناک ترین عارضه این آبسه ها پارگی و ایجاد پریتونیت می باشد. قبل از کشف

اختلاف نظر متخصصان زنان می باشد. در مطالعات مختلف این دامنه، از جراحی محافظتی تا اعمال رادیکال گزارش شده است. (۱-۳) Henry Suchet در سال ۱۹۸۴ اولین جراحی بود که با لاپاراسکوپ آبه های لگنی را درمان کرد. وی گروه بزرگی از بیماران را توسط لاپاراسکوپ تحت عمل سالپنگوآفوروکتومی قرارداد. (۵ و ۴) در این مطالعه نتایج حاصل از جراحی آبه های لگنی در ۲۲ بیمار در دانشگاه علوم پزشکی ایران با ۲ روش لاپاراتومی و لاپاراسکوپي مورد مقایسه قرار گرفت.

روش بررسی:

در این مطالعه که بین سال های ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۱ انجام شد ، تعداد ۲۲ بیمار با آبه لگنی تحت عمل جراحی قرار گرفتند که ۱۴ نفر از آن ها توسط لاپاراسکوپي و ۸ نفر دیگر توسط لاپاراتومی جراحی شدند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: روش عمل جراحی

لاپاراسکوپي		لاپاراتومی	
تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۴	۶۳/۵٪	۸	۳۶/۵٪

انتخاب بیماران برای نوع عمل براساس مهارت جراح کشیک و به صورت کاملاً تصادفی بود. متوسط سن بیماران لاپاراسکوپي شده بسیار پایین تر از بیماران بود که لاپاراتومی شده بودند ($P < 0/01$). پنج بیمار از ۸ بیماری که تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفته بودند، ابتدا توسط لاپاراسکوپ تشخیص داده شده و بلافاصله لاپاراتومی شده بودند. از این گروه ۲ بیمار با شکم حاد و ۱ بیمار با توده لگنی تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفتند. در ۳۹٪ از بیماران در زمان بستری تعداد لکوسیت ها طبیعی (کم تر از ۱۰/۰۰۰ در میلی متر مکعب) بود و در ۹۸٪ موارد افزایش سرعت سدیماتاسیون (بیش تر از ۲۰) وجود داشت. در تمام بیماران مشکوک به عفونت لگن نمونه کشت از سرویکس و اورتر برای تشخیص گونوره انجام شد.

در گروه لاپاراسکوپي شده ۳ بیمار و در گروه لاپاراتومی شده ۱ بیمار IUD داشتند. تمام بیماران بر حسب علائم بالینی و حال عمومی تحت درمان آنتی بیوتیکی با پنی سیلین ، جتامايسين و مترونیدازول قرار گرفتند. پس از پوشش کافی آنتی بیوتیکی، شیوه جراحی با توجه به مهارت جراحان در انجام دادن لاپاراسکوپي انتخاب می شد. سه نفر از بیمارانی که لاپاراتومی شدند، با توجه به سن بالا (متوسط ۴۸ سال) و آبه دو طرفه تحت عمل T.A.H.+B.S.O (Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral salpingo- oophorectomy)

۲ بیمار تحت عمل جراحی uso (unilateral salpingo- oophorectomy)

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

و ۲ بیمار نیز تحت عمل جراحی unilateral salpingectomy قرار گرفتند. در تمام بیماران سعی شد تا

جدار آبه از ناحیه خلف صفاقی آزاد و خارج گردد. در بیمارانی که لاپاراسکوپي می شدند، پس از گذاشتن

تروکار ۱۱ میلی متری در ناف و عبور تلسکوپ و گرفتن تصویر، ۲ تروکار ۶ میلی متری در ۲ طرف پایین لگن گذاشته شده و از ورای آن ها grasping forceps

و پروب suction- irrigation عبور داده می شد و ناحیه لگن و احشای آن ، شکم ، مسیر حالب ها و آبه مورد

بررسی قرار می گرفت سپس آبه به آرامی بازو با ساکشن به دقت تمام ترشحات خارج می گردید. نمونه گیری

از چرک برای کشت صورت می گرفت. هم چنین با استفاده از پروب ، ساکشن و فورسپس چسبندگی های

موجود تا حدامکان آزاد و درنقاطی که نیاز به بریدن با قیچی بود، با قیچی لاپاراسکوپ پس از کوتریزه کردن قطع

می شد و با روش hydrodissection چسبندگی ها و آدنکس ها آزاد می شدند. چسبندگی های PID معمولاً بدون عروق و ظریف است که با گذاشتن پروب

Irrigation بین چسبندگی ها و با فشار آب آزادی می شود.

در ۲ مورد دوطرفه و ۷ مورد یک طرفه بود. پنج بیمار نیز Pyosapinx داشتند که با لاپاراسکوپ عمل شدند. در ۳ مورد که ۱ مورد آن ها آبسه توبوواوآرین دوطرفه بود، پس از درناژ آبسه و آزاد کردن چسبندگی ها، به علت تخریب تخمدان و لوله خون ریزی غیر قابل کنترل ایجاد شد که از طریق لاپاراسکوپ سالپنگوآوارکتومی یک طرفه با روش Semm صورت گرفت. حفظ اعضای تناسلی با لاپاراسکوپ در ۷۸٪ موارد انجام شد (جدول شماره ۲).

مدت زمان بستری در گروه لاپاراتومی به طور متوسط ۱۱ روز و در گروه لاپاراسکوپ ۹ روز و طول مدت درمان آنتی بیوتیکی در هر دو گروه یکسان بود (۳±۱۴ روز).

جدول شماره ۲: مقایسه حفظ اعضای تناسلی در دوروش لاپاراسکوپ و لاپاراتومی

روش عمل جراحی					
لاپاراسکوپ		لاپاراتومی			
تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۱۱	٪۷۸	۲	٪۲۵	بلی	حفظ اعضای تناسلی پس از عمل
۳	٪۲۲	۶	٪۷۵	خیر	
۱۴	٪۱۰۰	۸	٪۱۰۰	جمع	

بحث:

در صورت شک به پارگی آبسه لگن باید درمان جراحی فوری انجام شود. در موارد آبسه های پاره نشده لگن Kaplan و هم کارانش (۱) هیستریکتومی و برداشتن دوطرفه تخمدان ها و لوله ها را طی مدت ۷۲ ساعت اول پس از تشخیص آبسه توصیه می کنند. عده ای دیگر از محققان، درمان محافظتی و آنتی بیوتیکی را پیشنهاد می کنند و چنانچه ظرف مدت ۷۲-۲۴ ساعت پاسخ مناسبی به دست نیاید باید جراحی انجام شود. در زنان جوان، جراحی با وسعت کم تر مانند سالپنگوآوارکتومی یک طرفه بدون هیستریکتومی مناسب تر می باشد. جراحی های رادیکال اغلب با عوارض همراه با عوارض هستند به طوری که

پس از آزاد شدن آبسه درناژ و خارج کردن دیواره آن صورت می گرفت و محوطه آبسه و داخل تخمدان، با نرمال سالین فراوان شستشو داده می شد اما تخمدان ترمیم نمی شد. انتهای فیمبریا نیز با فشار فورسپس grasping و پروب irrigation آزاد و شستشو داده می شد. در پایان عمل پس از شست و شوی محوطه لگن و شکم با مایع رینگر لاکتات در حدی که مایع خروجی کاملاً شفاف باشد، محوطه بالای شکم نیز در وضعیت Reverse Trendelenburg با رینگر لاکتات شستشو داده می شد و جهت پیش گیری از چسبندگی اعضا ۲۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر مایع داخل لگن به جا گذاشته می شد. در پایان از ورای تروکار ۵ میلی متری، یک درن لوله ای برای مدت ۲۴ ساعت داخل کولندوسالک قرار داده می شد.

از ۱۴ بیمار لاپاراسکوپ شده ۳ مورد به علت عدم کنترل خون ریزی و تخریب تخمدان سالپنگوآوآورکتومی یک طرفه با روش کلاسیک semm با ۳ نخ لوپ صفر کرومیک انجام گردید و آدنکس خارج شد. پس از جراحی بیماران به مدت ۲-۱ سال تحت پی گیری قرار می گرفتند.

نتایج:

جراحی آبسه لگن را با توجه به محل آن می توان به صورت لاپاراسکوپ یا لاپاراتومی انجام داد. در گروه بیمارانی که لاپاراتومی شدند، ۳ بیمار آبسه (TOA) Tubo-ovarian دوطرفه با متوسط سن ۴۸ سال داشتند که تحت عمل TAH-BSO از شکاف لاپاراتومی قرار گرفتند و ۲ بیمار که آبسه TOA یک طرفه داشتند، تحت عمل سالپنگوآوارکتومی یک طرفه، ۱ بیمار که آبسه TOA دوطرفه داشت، تحت عمل سالپنگوآوارکتومی دوطرفه و ۲ بیمار که مبتلا به Pyosaplinx بودند، تحت لاپاراتومی و سالپنگوآورکتومی یک طرفه قرار گرفتند.

در ۱۴ بیمار که جراحی آبسه آن ها توسط لاپاراسکوپ انجام شد، ۹ بیمار آبسه توبوواوآرین (TOA) داشتند که

باید به این نکته توجه کرد که در زمان نمونه گیری برای کشت، حتماً باید از جدار آبنس بافت تخمدان، بیوپسی برای هیستولوژی تهیه شود زیرا ممکن است آبنس ایجاد شده در زمینه سرطان تخمدان باشد که در چنین مواردی جراحی باید با وسعت انکولوژیک انجام شود. امروزه با توجه به پیش رفتی که در زمینه جراحی اندوسکوپی انکولوژی صورت گرفته است، می توان با روش اندوسکوپی نیز درمان را تکمیل کرد.

در این موارد تا آماده شدن گزارش دایمی آسیب شناسی، بیمار تحت درمان قرار می گیرد سپس درمان سرطان انجام خواهد شد. اغلب بخش های ژینکولوژیک، لاپاراتومی را در این بیماران ترجیح می دهند و تعداد کمی از بخش ها مجهزه وسایل لازم بوده و دارای جراحان ماهری، برای اندوسکوپی انکولوژی هستند که جراحی این بیماران را از طریق لاپاراسکوپ انجام می دهند. با توجه به مطالب ذکر شده پیشنهاد می شود که به خصوص در زنان جوان، تشخیص قطعی با لاپاراسکوپ داده شود و در همان زمان نسبت به تخلیه آبنس اقدام گردد. اگرچه احتمال آلوده شدن حفره شکم به محتویات آبنس در لاپاراسکوپی بیش از لاپاراتومی به نظر می رسد اما باید توجه کرد که شست و شوی حفره شکم و لگن با Suction-Irrigation از طریق لاپاراسکوپ بسیار بهتر از لاپاراتومی قابل انجام است و میزان استرس فیزیکی و روحی به بیمار نیز بسیار کم تر بوده و بهبودی سریع تر است. میزان عود بیماری، در هر دو روش یکسان بوده اما میزان شکایت بیمار در روش لاپاراسکوپی کم تر و شانس باروری بیش تری باشد.

به طور کلی با وجود لاپاراسکوپی و در دست رس بودن آن تشخیص زودتر آبنس ها، امکان پذیر بوده و درمان سریع تر و با نتیجه بهتری همراه خواهد بود، به خصوص در زنان جوان درمان با اندوسکوپ موجب حفظ اعضای تناسلی شده و آسیب و استرس فیزیکی و روحی کم تری را به بیمار وارد می کند و نتیجه بهتری را به دنبال خواهد داشت. همان

در مطالعه Kaplan در ۱۲ مورد از ۷۱ بیمار (۱۷٪) حین جراحی آسیب به روده و رکتوم گزارش شده است (۷۵ و ۷۶) در موارد درمان کنسرواتو خطری از آبنس و پریتونیت وجود دارد. Franklin و هم کارانش در ۵ مورد از ۱۲۰ مورد، پارگی آبنس را گزارش کردند. وی بیمارانی را که تحت درمان کنسرواتو و آنتی بیوتیکی قرار گرفته بودند ۲ تا ۱۰ سال بعد مورد پی گیری قرارداد و میزان عود بیماری و عمل مجدد، توده آدنکسال، درد مزمن لگن و منومتریورژی را ۳۱-۱۶٪ بیان کرد. میزان حاملگی در این بیماران تنها ۹ نفر (۱۴٪) بود. (۸ و ۹)

حفظ قدرت باروری در بیمارانی که تحت عمل جراحی کنسرواتو قرار می گیرند همراه با میزان بالاتر عود بیماری و نیاز به جراحی مجدد می باشد. Henry Suchet ۴۷۷ بیمار را که به علت آبنس لگن تحت عمل لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند، مورد معاینه مجدد قرارداد، که ۸۷٪ آن ها بدون علامت بوده و ۱۳٪ آن ها از دردهای مزمن شکم رنج می بردند. شش نفر از ۱۴ بیمار (۴۳٪) حامله شده بودند. (۱۰ و ۱۱)

در بیماران مطالعه حاضر ۲۷٪ از افرادی که با لاپاراسکوپ درمان شدند و ۳۹٪ بیمارانی که تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفتند از درد مزمن لگن رنج می بردند. البته باید این نکته را در نظر گرفت که بیماران لاپاراتومی شده بیماری پیش رفته تر و دامنه جراحی وسیع تری داشتند که شاید توجیه کننده درد بیش تر پس از عمل باشند.

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

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

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

گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود $\frac{4}{14}$ دردمز $\frac{4}{14}$ لگن پس از عمل براساس اطلاعات به دست آمده ۲۷% و ۳۹% گزارش شده است که چون از تقسیم اعداد صحیح چنین نسبتی حاصل نمی شود.

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. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscesses. Obstet. Gynec. 1986; 6 suppl. 1: 60-1.
5. Henry suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic 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 clinically severe, laparoscopy- documented disease. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 519.
7. Anducci JE. Laparoscopy 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.: Laparoscopic 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. Laparoscopic 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.

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)

Material & 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 laparotomy 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 Author)

^{II} - Associate professor of Ob & Gyn , Iran University of Medical Sciences and health cervices ,tehran,iran.