

## بررسی مقایسه‌ای ۲ روش جراحی در درمان آبese‌های لوله‌ای - تخدمانی

دکتر شهرلارچایی‌چیان<sup>۱</sup> دکترا ابوالفضل مهدیزاده<sup>۲</sup> دکتر عبدالرسول اکبریان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه زنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

<sup>۲</sup> گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی ایران

### چکیده:

**مقدمه:** آبese لگنی از بیماری‌های خطرناک و پر عرضه در زنان است که در رابطه با نوع درمان آن بین محققان اختلاف نظر فراوانی وجود دارد بنابراین بررسی‌های بیشتر جهت دست یابی به راه‌های بهتر درمان این عارضه ضروری به نظر می‌رسد.

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ۲ روش لپاراسکوپی و لپاراتومی در درمان آبese‌های لوله‌ای - تخدمانی بوده است.

**روش بررسی:** در این تحقیق که از نوع کارآزمایی بالینی و مقایسه‌ای بود طی مدت ۸ سال از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۱ بیمارانی که با تشخیص آبese لگنی یا تخدمانی در بخش زنان بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) تهران بستری شده بودند به صورت تصادفی با یکی از روش‌های لپاراتومی یا لپاراسکوپی تحت درمان قرار گرفتند و نتایج مورد مقایسه قرار گرفت.

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

**نتیجه گیری:** به طور کلی می‌توان گفت نتایج درمان آبese لگن با لپاراسکوپ در مقایسه با لپاراتومی بهتر است و شاید بتوان برخلاف گذشته درمان جراحی استاندارد آبese لگن را روش لپاراسکوپیک دانست.

### کلید واژه‌ها: ۱- لپاراتومی - ۲- لپاراسکوپی - ۳- آبese لگنی - ۴- آبese لوله‌ای - تخدمانی

**آنٹی بیوتیک‌ها درمان محافظتی این بیماران با مرگ:**

و میر ۴۸ تا ۱۰۰٪ همراه بود. تشخیص و شناسایی به موقع و دخالت جراحی و استفاده از آتنی بیوتیک‌ها این میزان مرگ و میر را به شدت کاهش داده است. (۱-۱۴) دامنه نوع جراحی در بیماران با آبese لگنی متعدد بوده و مسورد

با وجود استفاده وسیع از آتنی بیوتیک‌ها در بیماران مبتلا به PID، موارد متعدد آبese‌های لگنی به صورت یک طرفه یا دوطرفه دیده می‌شود. خطرناک ترین عارضه این آبese‌ها پارگی و ایجاد پریتونیت می‌باشد. قبل از کشف

## بورسی مقایسه ای ۲ روش جراحی

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

جادار آبsegue از ناحیه خلف صفاقی آزاد و خارج گردد. در بیمارانی که لاپاراسکوپی می شدند، پس از گذاشتن

تروکار ۱۱ میلی متری درناف و عبور تلسکوپ و گرفتن تصویر، ۲ تروکار ۶ میلی متری در ۲ طرف پایین لگن گذاشته شده واژ و رای آن ها

grasping forceps عبور داده می شد و ناحیه suction- irrigation پر پروب

لگن و احشای آن، شکم، مسیر حلب ها و آبsegue مورد بررسی قرار می گرفت سپس آبsegue به آرامی بازو بساکشن

به دقت تمام ترشحات خارج می گردید. نمونه گیری از چرک برای کشت صورت می گرفت. هم چنین با

استفاده از پر پروب، ساکشن و فورسپس چسبندگی های موجود تا حدامکان آزاد و درنقاطی که نیاز به بریدن با

قیچی بود، با قیچی لاپاراسکوپ پس از کوتربیزه 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 پر پروب

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

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 آبsegue های لگنی را درمان کرد. وی گروه بزرگی از بیماران را توسط لاپاراسکوپ تحت عمل سالپینگواوفورکتومی قرارداد. (۴و۵)

در این مطالعه نتایج حاصل از جراحی آبsegue های لگنی در ۲۲ بیمار در دانشگاه علوم پزشکی ایران با ۲ روش لاپاراتومی و لاپاراسکوپی مورد مقایسه قرار گرفت.

### روش بورسی :

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

جدول شماره ۱: روش عمل جراحی

لاپاراتومی		لاپاراسکوپی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد
%۳۶/۵	۸	%۶۳/۵	۱۴

انتخاب بیماران برای نوع عمل براساس مهارت جراح کشیک و به صورت کاملاً تصادفی بود. متوسط سن بیماران لاپاراسکوپی شده بسیار پایین تر از بیمارانی 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 بلایاصله لاپاراتومی شده بودند. از این گروه ۲ بیمار با شکم حد و ۱ بیمار با توده لگنی تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفتند. در ۳۹٪ از بیماران در زمان بستره تعداد لکوسیت ها طبیعی (کم تر از ۱۰/۰۰۰ در میلی متر مکعب) بود و در ۹۸٪ موارد افزایش سرعت سدیماناتاسیون (بیش تر از ۲۰) وجود داشت. در تمام بیماران مشکوک به عفونت لگن نمونه کشت از سرویکس و اورترا برای تشخیص گونوره انجام شد.

در ۲ مورد دو طرفه و ۷ مورد یک طرفه بود. پنج بیمار نیز Pyosapinx داشتند که با لاپاراسکوب عمل شدند. در ۳ مورد که ۱ مورد آن ها آبسه توبووارین دو طرفه بود، پس از درناژ آبse و آزاد کردن چسبندگی ها، به علت تخریب تخدمان ولوله خون ریزی غیر قابل کنترل ایجاد شد که از طریق لاپاراسکوب سالپنگوواوار کتومی یک طرفه با Semm صورت گرفت. حفظ اعضای تناسلی با روش Semm این بیماران در ۷۸٪ موارد انجام شد (جدول شماره ۲). مدت زمان بسترهای در گروه لاپاراتومی به طور متوسط ۱۱ روز و در گروه لاپاراسکوبی ۹ روز و طول مدت درمان آنتی بیوتیکی در هر دو گروه یکسان بود ( $14 \pm 3$  روز).

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

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

### بحث:

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

پس از آزاد شدن آبse در نازو خارج کردن دیواره آن صورت می گرفت و محوطه آبse داخل تخدمان، با نرمال سالین فراوان شستشو داده می شداما تخدمان ترمیم نمی شد. انتهای فیبریا نیز با فشار فورسپس grasping و پرورب irrigation آزاد و شستشو داده می شد. در پایان عمل پس از شست و شوی محوطه لگن و شکم با مایع رینگر لاكتات در حدی که مایع خروجی کاملاً شفاف باشد، Reverse Trendelenburg با رینگر لاكتات شستشو داده می شد و وجهت پیش گیری از چسبندگی اعضا ۲۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر مایع داخل لگن به جا گذاشته می شد. در پایان ازورای تروکار ۵ میلی متری، یک درن لوله ای برای مدت ۲۴ ساعت داخل کولدوسالک قرارداده می شد.

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

### نتایج:

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

در ۱۴ بیماران که جراحی آبse آن ها توسط لاپاراسکوب انجام شد، ۹ بیمار آبse توبووارین (TOA) داشتند که

## بررسی مقایسه‌ای ۲ روش حراجی

باید به این نکته توجه کرد که در زمان نمونه گیری برای کشت، حتماً باید از جدار آب سه بافت تخدمان، بیوپسی برای هیستولوژی تهیه شود زیرا ممکن است آب سه ایجاد شده در زمینه سرطان تخدمان 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، می‌توان با روش اندوسکوپی نیز درمان را تکمیل کرد.

در این موارد تا آماده شدن گزارش دائمی آسیب شناسی، بیمار تحت درمان قرار می‌گیرد سپس درمان سرطان انجام خواهد شد. اغلب بخش‌های ژینکولوژیک، لاپاراتومی را در این بیماران ترجیح می‌دهند و تعداد کمی از بخش‌ها مجهز به وسائل لازم بوده و دارای جراحان ماهری، برای اندوسکوپی انکولوژی هستند که جراحی این بیماران را از طریق لاپاراسکوپ انجام می‌دهند. با توجه به مطالب ذکر شده پیشنهادی شود که به خصوص در زنان جوان، تشخیص قطعی با لاپاراسکوپ داده شود و در همان زمان نسبت به تخلیه آب سه اقدام گردد. اگرچه احتمال آلوه شدن حفره شکم به محتویات آب سه در لاپاراسکوپی بیش از لاپاراتومی به نظر می‌رسد اما باید توجه کرد که شست و شوی حفره شکم ولگن 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 ترمی باشد.

به طور کلی با وجود لاپاراسکوپی و در دست رس بودن آن تشخیص زودتر آب سه 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 واسترس فیزیکی و روحی کم تری را به بیمار وارد می‌کند 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 (۱۰ و ۷٪) در موارد درمان کنسرواتیو خطرپارگی آب سه و پریتونیت وجود دارد. Franklin و هم‌کارانش در ۵ مورد از ۱۲۰ مورد، پارگی آب سه را گزارش کردند. وی بیمارانی را که تحت درمان کنسرواتیو و آنتی بیوتیکی قرار گرفته بودند ۲ تا ۱۰ سال بعد مورد پی گیری قرارداد و میزان عود بیماری و عمل مجدد، توده آدنکسال، در دمزم من لگن و منومترو را ثبت کرد. میزان حاملگی در این بیماران تنها ۹ نفر (۱۶-۳۱٪) بود. (۹۰ و ۱۴٪)

حفظ قدرت باروری در بیمارانی که تحت عمل جراحی کنسرواتیو قرار می‌گیرند همراه با میزان بالاتر عود بیماری و نیاز به جراحی مجدد می‌باشد. Henry Suchet (۷۷ بیمار) که به علت آب سه لگن تحت عمل لاپاراسکوپی قرار گرفته بودند، مورد معاینه مجدد قرارداد، که ۸۷٪ آن‌ها بدون علامت بوده و ۱۳٪ آن‌ها از دردهای مزمن شکم رنج می‌برند. 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 دردمزن لگن رنج می‌برند. البته باید این نکه 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 باشد.

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

		روش عمل جراحی				در دمزم من لگن پس از عمل
لاپاراتومی		در صد	در صد	تعداد	تعداد	
۰/۳۸	۳	۰/۲۸	۴	دارد	دارد	
۰/۶۲	۵	۰/۷۲	۱۰	ندارد	ندارد	
٪۱۰۰	۸	٪۱۰۰	۱۴	جمع	جمع	

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

گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود در دموز  $\frac{۳}{۱۴}$ ٪ 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. 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 clinically 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.: 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<sup>I</sup> A.R. Akbarian M.D<sup>II</sup>. A.Mehdizadeh,MD<sup>II</sup>

**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).

---

<sup>I</sup> - Assistant professor of Ob & Gyn , Islamic Azad University Tehran Medical Unit(\*corresponding Author)  
<sup>II</sup> - Associate professor of Ob & Gyn , Iran University of Medical Sciences and health cervices ,tehran,iran.