

میومکتومی با لاپاراسکوپ

دکتر زهرا حیدر*

چکیده :

زمینه و هدف: میومهای رحمی شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم در زنان سنین باروری می‌باشد در بیمارانی که کاندید استفاده از روش درمانی جراحی هستند یکی از روش‌های قابل انتخاب میومکتومی با لاپاراسکوپ می‌باشد مزیت این روش نسبت به روش لاپاراتومی شانس تشکیل چسبندگی کم‌تر، دوره بستری کوتاه‌تر و نیاز کم‌تر به مسکن در دوره پس از عمل می‌باشد اما محدودیت‌هایی نیز دارد که شامل نیاز به مهارت بالای جراح، هزینه بیش‌تر، احتمال عود بیش‌تر و خطر پارگی رحم در حاملگی بعدی می‌باشد. بر همین مبنا توصیه به در نظر گرفتن شرایط فردی بیمار، مشاوره دقیق و سپس انتخاب روش درمانی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: میومکتومی، لاپاروسکوپی، پارگی رحم.

زمینه و هدف

صورت گیرد. روش‌های تداخل رادیولوژیک غیرتهاجمی می‌باشند اما باید توجه داشت که در عین موثر بودن احتمال نیاز به مداخله درمانی مجدد چندسال بعد در این روش بیش‌تر از روش‌های جراحی بوده و نیز UAE بیش‌تر در موارد میومهای علامت‌دار در زنانی که تمایل به بارداری ندارند توصیه می‌شود و دلیل این امر احتمال بروز عفونت، نیاز به هیستریکتومی و یا نارسایی زودرس تخمدان به دنبال UAE می‌باشد در یک بررسی در سال ۲۰۰۸ در مقایسه دو روش میومکتومی و UAE میزان بارداری پس از میومکتومی بالاتر و میزان سقط کم‌تر بود.^{۲۴} روش‌های جراحی شامل دو نوع شکمی و واژینال می‌باشد نوع شکمی به دو روش میومکتومی شکمی و میومکتومی با لاپاراسکوپ بوده و روش واژینال در مورد میومهای ساب‌موکوزال و از طریق میومکتومی با هیستروسکوپ انجام می‌شود. از سال ۱۹۷۹ میومکتومی با لاپاراسکوپ انجام می‌شود. خطرات آن شامل زمان بیهوشی طولانی‌تر، احتمال تبدیل شدن به روش شکمی (بر مبنای مهارت جراح)، نیاز به مهارت کامل جراح و هزینه بالاتر بوده و در صورت ترمیم ناکافی میومتر احتمال پارگی رحم در بارداری می‌باشد.^{۲۵} میومهای ساب‌سرورال و پدانکوله بهترین کاندیدای میومکتومی با لاپاراسکوپ

میومهای رحمی شایع‌ترین تومورهای توپرو خوش‌خیم لگنی در زنان بوده در ۴۰-۲۰٪ زنان در سنین باروری بروز کرده و شایع‌ترین دلیل هیستریکتومی می‌باشد. در صورتی که میوم بدون علامت باشد تنها نیاز به پی‌گیری و معاینه دوره‌ای می‌باشد در میومهای علامت‌دار درمان طبی خط اول بوده و درمان جراحی تنها در موارد خاص توصیه می‌شود. سن، تعداد زایمان، شدت علائم، سایز و محل و تعداد میومها، بیماری‌های طبی همراه، احتمال بدخیمی، تمایل به حفظ رحم جزو عواملی هستند که در انتخاب روش درمان باید مورد توجه قرار گیرند. روش‌هایی مثل Uterine Artery، endometrial ablation، Embolization (UAE) و Magnetic resonance guided focused ultrasound جزء روش‌های جدیدتر و کم‌تر تهاجمی هستند که امروزه به کار می‌روند. برخی اندیکاسیون‌های درمان جراحی شامل: ۱- خون‌ریزی‌های رحمی مقاوم به درمان ۲- علائم ناشی از اثر فشاری توده شامل اثر فشاری روی دستگاه گوارش و یا سیستم ادراری. ۳- نازایی یا سقط مکرر.^{۲۶}

روش‌های درمان

انتخاب روش درمان باید بر اساس شرایط خاص بیمار

نویسنده پاسخگو: دکتر زهرا حیدر

* استادیار دانشگاه شهید بهشتی، فلوشیپ نازایی

می‌باشند در این روش نیاز به مسکن در دوره پس از عمل کم‌تر بوده و طول مدت بستری نیز کم‌تر می‌باشد. باید توجه داشت که در این روش به علت کم‌تر تهاجمی بودن شانس چسبندگی نیز بسته به محل میوم کم‌تر از روش جراحی باز می‌باشد. محدودیت لاپاراسکوپي مربوط به اندازه میوم بوده در میوم بزرگ‌تر از ۱۵ سانتی‌متر و یا متعدد بودن میوم‌ها و یا اگر فوندوس رحم در معاینه بالاتر از ناف لمس شود و یا اگر در MRI نتوان کاویتسه رحم را مشخص کرد بهتر است از روش لاپاراسکوپي استفاده نشود.^{۱۳،۱۴،۱۵} یکی از دیگر از خطرات میومکتومی برداشت ناقص و ناکامل میوم در روش لاپاراسکوپي می‌باشد که باعث می‌شود خطر عود فیبروم در این روش بالاتر باشد.^{۳،۹} خطر دیگری که در این روش وجود دارد احتمال پارگی رحم در حاملگی پس از میومکتومی می‌باشد که در برخی بررسی‌ها شیوع آن در روش لاپاراسکوپیک بالاتر گزارش شده است.^۸ فاکتورهای متعددی می‌توانند در افزایش خطر پارگی رحم پس از میومکتومی با لاپاراسکوپ دخالت داشته باشند، روش‌های جراحی، وسایل به کار برده شده ترمیم ناکافی میومتر، نقص برقراری هموستاز مناسب و تشکیل هماتوم و استفاده زیاد از کوتر که منجر به تخریب عروق بافت میومتر می‌گردد از عوامل مداخله‌گری هستند که باعث نقص در ترمیم مناسب میومتر می‌شوند. پس از لاپاراتومی قطر میومتر مشابه میومتر نرمال می‌باشد اما در روش لاپاراسکوپیک به خصوص وقتی از کوتر بیش‌تر استفاده شود باندلهای آتروفیه عضلانی همراه با غلبه بافت همبند بر فیبرهای عضلانی و سلول‌های التهابی در میومتر ترمیم یافته مشاهده می‌شوند که منجر به استحکام کم‌تر این بافت می‌شوند. تشکیل هماتوم پس از عمل در محل میومکتومی یکی دیگر از عواملی است که در استحکام

بافت جدید دخالت دارد و در میوم‌های بالای ۱۰ سانتی‌متر و در موارد مهارت کم‌تر جراح بیش‌تر شاهد آن هستیم.^۸ در اکثر مقالات تأکید شده که در صورت ترمیم میومتر در ۲-۳ لایه (در روش لاپاراسکوپي) خطر پارگی رحم در حاملگی بعدی بسیار ناچیز خواهد بود.^{۱۳،۱۴،۱۵} عامل مخرب دیگری که شاید ترمیم میومتر را مختل کند گاز دی‌اکسید کربنی است که برای ایجاد پنوموپیریتوان حین لاپاراسکوپي به کار می‌رود. تأثیر این عامل هنوز نیاز به بررسی بیش‌تر دارد.^۸ در یک بررسی که در سال ۲۰۱۰ انجام گردید ۱۹ مورد پارگی رحم پس از میومکتومی با لاپاراسکوپ گزارش شده در بین این افراد متوسط سایز میوم ۴-۵cm بوده و در ۹ مورد از کوتر برای هموستاز استفاده شده و تنها در سه مورد نقص رحمی در چند لایه بسته شده بود.^۸ آن‌چه در حال حاضر مورد اتفاق نظر اکثر محققین می‌باشد توصیه به دقت در انتخاب روش میومکتومی بر مبنای وضعیت هر فرد، محدودیت استفاده از کوتر حین عمل و ترمیم میومتر در چندلایه می‌باشد و باید توجه داشت که حتی در دست ماهرترین جراحان مشخصات ترمیم بافتی بیمار خاص خود فرد بوده و می‌تواند بر احتمال پارگی رحم در حاملگی بعدی تأثیرگذار باشد. در مواردی که بیمار تمایل به بارداری دارد توصیه به رعایت فاصله زمانی ۶-۴ ماه از زمان عمل می‌شود.^{۱۳،۱۴،۱۵} قبلاً عقیده بر این بود که در صورت عدم ورود به کاویتسه رحم حین میومکتومی می‌توان اجازه زایمان طبیعی را به فرد داد اما امروزه اکثریت نویسندگان توصیه می‌کنند در موارد میوم‌های عمقی اینترامورال و یا میوم‌های متعدد حتی در صورت عدم ورود به کاویتسه آندومتر پس از اتمام هفته ۳۷ بارداری سزارین انجام شود.^{۳،۹}

Abstract:

Laparoscopic myomectomy

Heidar Z. MD^{*}

Introduction & Objective: Myomas are the most common benign solid tumors in reproductive age women. Laparoscopic surgery is an alternative to laparotomy with lower postoperative adhesions and shorter hospital stay and lesser analgesic need. On the other hand, there may be higher recurrence rates or uterine rupture rates in future pregnancies and higher surgical skills must be employed in laparoscopic surgery compared to laparotomy.

Key Words: Myomectomy, laparoscopy, uterine rupture.

^{*} Assistant Professor of Obstetrician and Gynecology, Fellowship of Infertility, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

References:

1. Nirmala Duhan, Bhaagwat Dayal Sharma, Current and emerging treatments for uterine myoma, international journal of women's health 2011;3,231-241.
2. William H Parka MD, Abdominal myomectomy, uptodate 192: Feb 2011.
3. Bieber, laparoscopic myomectomy, clinical Gynecology 2006, 1st ed.
4. Michal Mara, Jana Maskora, Zuzana fucikora, midterm clinical and first reproductive results of a randomized controlled trial comparing uterine fibroid embolization and myomectomy, cardiorasc internet radiol (2008) 31:73-85.
5. Lee CL, Wang CJ, Laparoscopic myomectomy, Taiwan J Obstet Gynecol, 2009 Dec, 48(4): 335-41.
6. Alexander M. auuas, MD, Jon I. Einarsson, MD, Robotic myomectomy: a review of indications and techniques, review in obstetirics & Gynecology, vol 3 No 4, 2010.
7. Kate Nash, Joe feinglass, robatic- assisted laparoscopic myomectomy versus abdominal myomectomy, Arch Gynecol Obstet Jyly 2011.
8. William H. Parker, Jon Einarsson, Risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy, journal of minimally invasive Gynecology, sep.2010, vol 17 no 551-4.
9. Akihiro takedu, sona imoto, successful pregnancy outcome after laparoscopic- assisted excision of a bizarre leiomyoma" journal of medical are reports" 2011, 5:344.
10. Francesco sest, chiara Di pietro, multiple ectopic leiomyoma of the abdominal rectus masecles after gasless laparoscopic uterine myomectomy, Arch Gynecol Obstet, 17; 2011.