درمان لاپاراسکوپی بیماران با تخمدانهای پلی‌کیستیک با استفاده از کوتری فورسپس تک قطبی

*دکتر زهرا زارعیان I
دکتر پروین زارعیان II

چکیده

نازایی یکی از مشکلات اجتماعی در جوامع بشری از جمله کشور ما است. یکی از علل قابل درمان نازایی بیماریهای تخمدان از جمله سندرم تخمدانهای پلی‌کیستیک(PCOS) می‌باشد که یکی از درمانهای پیشنهاد شده برای این دسته از بیماران و گروهی که به کلومید و گنادوتروپین یائسگی انسانی(HMG) پاسخ نمی‌دهند استفاده از لاپاراسکوپی و کوتری کردن تخمدانها است. هدف از این تحقیق بررسی کارایی و میزان موفقیت این روش در برطرف نمودن مشکل نازایی در این گونه بیماران در سطح شهرستان جهرم بوده است. این تحقیق یک مطالعه گذشته‌نگر می‌باشد که طی آن حدود ٤٠ مورد لاپاراسکوپی همراه با کوتری کردن تخمدانها از تاریخ ۷۸/۱/۱ لغایت ۸۰/۷/۱ مورد بررسی قرار گرفته است. در تمام این ٤٠ مورد، سندرم PCO با سونوگرافی، آزمایشهای هورمونی و تاریخچه اختلالات قاعدگی به اثبات رسیده بود و تمام بیماران به حداکثر دوز کلومید (۲۰۰ میلی‌گرم در روز) مقاوم بوده، حتی گروهی از آنها به HMG نیز پاسخ نداده بودند. در این مطالعه درصد تخمک‌گذاری(Ovulatory Rate)، درصد حاملگی(Pregnancy Rate) و درصد از بین رفتن حاملگی(Miscarriage Rate) مورد بررسی قرار گرفت. بررسی تاریخچه قاعدگی و درجه حرارت پایه بدن در بیماران درمان شده نشان داد که ۳۵ نفر از آنها سیکلهای منظم همراه با تخمک‌گذاری داشتند(۸۷/۵٪) و ۱۷ مورد نیز در طی ۲-۱ سال بعد از عمل حامله شده بودند(٤۲/۵٪) که ۲ مورد منجر به سقط در سه ماهه اول شده بود(۱۱/۷٪). بطور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که کوتری کردن تخمدانها یک روش مؤثر جایگزین در بیماران نازا، PCO و مقاوم به کلومید می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱- نازایی ۲- لاپاراسکوپی ۳- سندرم تخمدانهای پلی‌کیستیک ۴- کوتری کردن تخمدانها

مقدمه

باروری به عنوان حالت یا کیفیت توانایی تولید مثل و ناباروی در یک زوج بطور کلی به عنوان عدم توانایی برای حاملگی بعد از یک سال، با وجود مقاربت بدون جلوگیری تعریف می‌شود نازایی یک بحران اجتماعی است که ۱۰ تا ۱۵٪ زوجهای بین سنین ۱۵ تا ٤٤ سال را در بر می‌گیرد. علل نازایی را می‌توان ناشی از فاکتورهای مردانه (۳۵٪)، فاکتورهای زنانه(٤۰-٤۵٪) و علل ناشناخته (۱۰-۱۵٪) دانست(۱).

یکی از شایعترین علل نازایی از میان فاکتورهای زنانه اختلالات تخمک‌گذاری است که سندرم تخمدانهای پلی‌کیستیک در رأس این گروه قرار دارد.

I) استادیار بیماریهای زنان و زایمان، بیمارستان استاد مطهری، دانشکده پزشکی جهرم، ایران(*مولف مسئول).
II) استادیار گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی جهرم، ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

سندرم PCO اولین بار توسط Stein-Leventhal در سال ۱۹۳۵ شرح داده شد(۲).

این سندرم یکی از شایعترین اختلالات اندوکرین در زنان در سنین باروری می‌باشد(۳) که شیوع آن ۲۰٪-۲٪ بوده(٤) و علائم آن شامل: الیگومنوره یا آمنوره، هیرسوتیزم، چاقی و نازایی می‌باشد(٥).

این سندرم در بعضی از افراد به صورت فامیلی نیز انتقال می‌یابد. درمانهای طبی و جراحی مختلفی برای برطرف کردن این سندرم شرح داده شده است.

درمانهای غیر جراحی (Non-Surgical) شامل، کاهش وزن، استفاده از آنتی آندروژنها، تحریک کننده‌های تخمک‌گذاری، تحریک کننده هورمون انسولین و غیره هستند و درمانهای جراحی (Surgical) شامل برداشتن گوه‌ایی تخمدانها (Wedge Resection)، کوتری کردن تخمدانها با لاپاراسکوپ و استفاده از جریانهای الکتریکی یا لیزر می‌باشد(۱).

روش بررسی

در این مطالعه ٤٠ بیمار نازا که طی سالهای ۷۸/۱/۱ لغایت ۸۰/۷/۷ به کلینیک استاد مطهری شهرستان جهرم مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج با استفاده از پرونده بیماران و بررسی وضعیت آنها و با مراجعه مستقیم به کلینیک به دست آمده است. در تمام موارد PCO با سونوگرافی(حداقل وجود ٥-٨ فولیکول کمتر از یک سانتیمتر و نسبت قطر تخمدان به رحم بیشتر از یک)، آزمایشهای هورمونی (نسبت LH/FSH بیشتر از ۳/۱) و تاریخچه اختلالات قاعدگی (الیگومنوره) به اثبات رسیده بود و تمام بیماران نیز به کلومید با حداکثر دوز ۲۰۰ میلی‌گرم در روز برای ٥ روز، جواب نداده بودند.

حتی در بعضی از آنها پاسخ به HMG دیده نشده بود(با دوز ۷۵ تا ۱۵۰ واحد در روز، که از روز دوم سیکل قاعدگی تا ۷ تا ۱۱ سیکل داده می‌شد) زنانی نیز که با وجود PCO مبتلا به سایر فاکتورهای نازایی بودند از این مطالعه حذف شدند.

در این مطالعه از کوتری کردن تخمدانها استفاده شد. در واقع این روش جایگزین روش Wedge Resection شده بود که در گذشته از آن استفاده می‌گردید اما امروزه به علت چسبندگی شدید پس از این نوع عمل، از آن استفاده نمی‌شود.

برای همه بیماران از لاپاراسکوپ با فورسپس کوتری که طول آن ٦ میلیمتر و قطر آن ۳ میلیمتر بود، استفاده شد. دستگاه مورد استفاده جهت کوتری از نوع Unipolar بوده و جریانی با شدت ۱۰۰ وات به مدت ۳ ثانیه به کار برده می‌شد. برای هر تخمدان ۱۲ تا ۱۸ نقطه کوتری صورت می‌گرفت و بیماران تا ۲ سال بعد از عمل مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

در نهایت درصد تخمک‌گذاری (Ovulatory Rate)، درصد حاملگی(Pregnancy Rate) و درصد از بین رفتن حاملگی (Miscarriage Rate) محاسبه گردید.

نتایج

در این مطالعه ٤٠ مورد خانم بین سنین ۲۰ تا ۳٤ سال مورد بررسی و معالجه قرار گرفتند که مدت زمان نازایی آنها بین ۲ تا ۹ سال بوده است.

۹ مورد از این گروه نازایی از نوع ثانویه و ۳۱ مورد نازایی اولیه داشتند. این بیماران به مدت ۲ سال از نظر وضعیت سیکلهای قاعدگی و حاملگی تحت نظر بودند.

بررسی تاریخچه و دمای پایه بدن (BBT) نشان داد که ۳۵ نفر از آنها بلافاصله بعد از عمل دارای سیکلهای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

منظم همراه با تخمک‌گذاری شده بودند(۸۷/۵٪) و۱۷ نفر نیز طی ۱ تا ۲ سال بعد از عمل حامله شده بودند(۴۲/۵٪) که ۱۵ مورد در ۱ سال اول (۳۷/۵٪) و ۲ مورد (۵٪) در طی سال دوم بعد از عمل بوده است. همچنین ۲ مورد از حاملگیها منجر به سقط در سه ماهه اول گردیده بود(۱۱/۷٪).

بحث

میزان موفقیت عمل لاپاراسکوپی و کوتری کردن تخمدانها در امر باروری در بیماران نازا بطور متوسط ۵۰٪ تا ۶۰٪ در طی یک تا دو سال بعد از عمل و میزان برگشت تخمک‌گذاری حداکثر ۸۰٪ گزارش شده است(۱).

نتایج این مطالعه در زمینه تخمک‌گذاری خود به خودی بعد از کوتری کردن تخمدانها بسیار رضایت بخش و قابل مقایسه با سایر مطالعاتی است که در این زمینه انجام شده است از جمله این مطالعات، تحقیقات Felemban در سال ۲۰۰۰ با ۷۳/۲٪(۶)، Casper & Greenblatt در سال ۱۹۸۷ با ۸۳٪(۷)، Kovacs در سال ۱۹۹۱ با ۹۰٪(۸) و Campo.S در سال ۱۹۹۸ با ۷۸/۸٪(۹) می‌باشد.

البته در بعضی از مطالعات نیز درصد موفقیت بسیار کمتر از این میزان و در حدود ۵۳-۴۵٪ بوده است(۱۰و ۱۱).

نتایج حاملگی بعد از عمل لاپاراسکوپ در این مطالعه کمتر از مطالعات Felemban در سال ۲۰۰۰ با ۶۸٪(۶) و Gjonnacss در سال ۱۹۹۴ با ۶۶٪(۱۲)، Tulandi در سال ۱۹۹۷ با ۷۰٪(۱۳)، Weischc در سال ۱۹۹۱ با ۵۹٪(۱۴) و Campo.S در سال ۱۹۹۸ با ۵۸/۵٪(۹) و مشابه با مطالعات Campo.S در سال ۱۹۹۳(۱۱)، Adashi در سال ۱۹۸۱(۱۵) و AbdalGadir در سال ۱۹۹۳ می‌باشد. میزان حاملگی بعد از لاپاراسکوپ در مطالعات Campo.S، ۴۲٪ و در مطالعات AbdelGadir و Adashi ۴۸٪ بوده است(۱۱، ۱۵و ۱۶).

کاهش میزان حاملگی بعد از عمل لاپاراسکوپی در مطالعه کنونی نسبت به بعضی از مطالعات پیشین می‌تواند به ۲ علت باشد:

۱- چسبندگی بعد از عمل که متأسفانه به علت عدم همکاری بیماران برای لاپاراسکوپی مجدد (2 nd look laparoscope) امکان بررسی این پدیده برای ما وجود نداشت.

۲- وجود مشکلات دیگری در امر باروری زوجها مانند عدم نفوذ اسپرم به داخل تخمک یا عدم لانه گزینی تخم که در نتیجه امکان تحقیق و بررسی آنها با امکانات و وسایلی که ما در اختیار داشتیم امکان‌پذیر نبود.

میزان از دست دادن حاملگی(Miscarriage rate) در بیماران PCOS معمولاً بالا است(در حدود ۳۰٪)(۱۷) که این امر ناشی از بالا بودن LH سرم می‌باشد.

کوتری کردن تخمدانها باعث کاهش LH سرم و در نتیجه کاهش شانس سقط می‌شود که این موضوع در مطالعات مختلف مشاهده شده است(۱۸و ۱۹).

در این مطالعه نیز میزان از دست دادن حاملگی حدود ۱۱/۷٪ (۲ مورد) بوده است که قابل مقایسه با سایر مطالعات در این زمینه می‌باشد(۱۶و ۱۹).

طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که کوتری کردن تخمدانها با لاپاراسکوپ یک روش مؤثر جایگزین در بیماران PCOS مقاوم به کلومید می‌باشد.

منابع

1- Speroff L., Kase RH., Glass NG., Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6 th edition, Baltimore, Lippincott,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Williams & Wilkins, 1999, PP: 487-522.

2- Stein IF., Leventhul ML., Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries, American journal of obstetrics and Gynecology, 1935, 29: 181-91.

3- Futterweit W., Polycystic ovary syndrome: Clinical persectives and management, Obstet Gynecol Surv, 1999, 54: 402-413.

4- Knuchenhauer ES., Koy TJ., Kahsar-Miller Metal. Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern united states: a prospective study, J of Clin Endocrino and Metab, 1998, 83(9): 3078-82.

5- Berek JS., Adashi EY., Hillard PA., Novak's textbool of gynecology, 12 th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, PP: 837-844.

6- Felemban A., Lintan S., and Tulandi T., laparascopic treatment of polycystic ovaries with insulated needle cautery, Fertility and sterility, 2000, 73: 266-269.

7- Greenblatt E and Casper RF., Endocrince changes after laprascopic ovareian cautery in polycystic ovareian syndrome, Am. J. Obstet and Gynecol, 1987, 156: 279-285.

8- Kovacs G., Buckler H., Bangah M., Outch K., Burger H., Healy D., Treatment of unovulation due to polycystic ovareian syndrome by laparascopic ovareian electrocautery, Br J Obstet Gynecol, 1991, 98: 30-35.

9- Campo S., Ovulatory cycles, Pregnancy outcome and complications after surgicaltreatment of polycystic ovary syndrome, Obstet and Gynecol, Survey, 1998, 53(2): 297-30.

10- Daneil JF., Miller W., Polycystic ovaries treated by laprascopic laser vaporization, Fertil. Steril, 1989, 51: 232.

11- Camp S., Felli A., Lamanna MA., Barini A., Garcea N., Endocrine changes and clinical outcome after laprascopic ovareian resection in women with polycystic ovareies, Human Reproduction, 1993, 8: 359-363.

12- Gjonnacss H., Ovareian electrocautery in the treatment if woman with polycystic ovary syndrome(PCOS), Acta obestrica et Gynecologica Scandinavica, 1994, 73: 407-412.

13- Al-Took S., Tulandi T., Surgical management of polycystic ovareian syndrome, J Soc Obstet, Gynaecul Can, 1997, 19: 721-9.

14- Weise HC., Naether O., Fischer R., Berger-Bispink S., Delfs T., Behandlungebnisse mit der oberflachenkuater -isierung polyzystischer ovarian bei sterilitats patientinnen, Geburtshilfe frauenheilkd, 1991, 51: 920-4.

15- Adashi EY., Rock JA., Guzick D., Wentz AC., Jones GS., Jones JR.HW., Fertility following bilateral ovareian wedge resection: Acritical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome,Fertility and sterility, 1981, 320-325(ref 15).

16- Abdel Gadir A., Khatim MS., Almaser HMI., Mowafi RS., and Shaw RW., Ovareian electrocautery responders vs., nonresponders Gynecological, endocrinology, 1993, 7: 4-8.

17- Saak M., Bishysk Ridly N., Alexander FM., Michel M., Bonney RC., Recurrent early miscarriage and ovaries. Br. Med. J 1998, 297: 1027-8.

18- Doneky BW., Adashi EY., Surgically induced ovulation in the polycystic ovary syndrome: Wedge resection revisited in the age of lapparascopy, Fertil. Steril, 1995, 63: 439-63.

19- Li Tc., Saravels H., Chow MS., Chisabingo R., Cooke ID., Factoral affecting

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

the outcome of laprascopic ovareian drilling for polycystic ovareian syndrome in women with unovulatory infertility, Br. J. Obster. Gyaecol, 1998, 105: 338-44.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARIES WITH UNIPOLAR FORCEPS CAUTERY

*Z. Zareian, MD [I] P. Zareian, Ph.D [II]

ABSTRACT

Infertility is one of the social problems all over the world include our country. One of the treatable causes of infertility is an ovarian dieases like polycstic ovary syndrom(PCOS). The first line of treatment for women with polycystic ovary syndrom(PCOS) and women who are resistant to clomid and gonadotropin is to use the standardized technique of laparoscopic ovarian drilling with unipolar forceps cautery. The purpose of this research was to evaluate the reproductivity outcome of infertile women with PCOS in jahrom city. In this retrospective study, we evaluated a consecutive series of 40 cases of PCO related unovulatory infertility treated with laparoscopic ovarian drilling between march 1999 and september 2001. In all of these cases PCOS was demoesterated by using sonography, hormonal profile and menstural history. All of them were resistand to maximum dose of clomid(200 mg/day) and some of them did not response to HMG. Ovulatory rate, pregnancy rate and miscarriage rate were obtained. Evaluation of menstural history and basal body temperature after surgical operation showed the ovulation with regular cycle in 35 women(87.5%), 17 women concieved after 1-2years of surgery(42.5%) and two cases had abortion(11.7%). In general the results of this research showed that laparascopic ovarian drilling is an effective alternative treatment in clomid resistant infertile women with PCOS.

Key Words: 1) Infertility 2) Laparoscopy 3) PCOS 4) Ovarian cauterization

***I*)** *Assistant professor of obstetrics and Gynecology, Ostad Motahari Hospital, Faculty of medicine, Jahrom, Iran. (*Corresponding author).*

***II*)** *Ph.D, Assistant professor of physiology, Faculty of medicine, Jahrom, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]