پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۴, پي در پي ۵۸ ، صفحات ۳۳۹ تا ۳۴۳
مهر و آبان ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۵/۳/۱۰
تاريخ تجديد نظر ۸۵/۹/۲۲
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۳/۷

بررسي قدرت تشخيص روش مشاهده اي لاپاروسكوپي در تشخيص اندومتريوزيس

دكتر ساغر صالحپور[۱*]، دكتر هانيه ژام[۲]، دكتر مهناز حكيمي فرد[۳]، دكتر اذن الله آذر گشب[۴]

چكيده

سابقه و هدف: *نظر به شيوع بالاي بيماري اندومتريوزيس درجمعيت خانم هاي سنين باروري و تأثير آن درايجاد دردهاي مزمن لگني، ناباروري، كاهش باروري و ديسپاروني و لزوم تشخيص قطعي و درمان اين بيماري، اين تحقيق با هدف تعيين قدرت روش مشاهده اي لاپاراسكوپي در تشخيص اندومتريوزيس بر اساس استاندارد هيستوپاتولوژي، در مراجعين به بيمارستان مهديه در فاصله بين تير ماه ۱۳۸۳ لغايت اسفند ۱۳۸٤ صورت گرفت.*

مواد و روش ها: *در اين مطالعه تشخيصي، ۳۰۰خانم در سنين باروري با ميانگين سني ۵/۱٤ ± ۲۸/٦ سال كه با شكايت درد مزمن لگن، نازايي اوليه يا ثانويه، ديسمنوره يا ديسپاروني مراجعه كرده بودند تحت لاپاروسكوپي تشخيصي قرارگرفتند. در تمام موارد از مناطق مشكوک به اندومتريوزيس بيوپسي برداشته شده و نمونه ها جهت بررسي پاتولوژي ارسال گرديد. همچنين نمونه هايي از پريتوئن به ظاهر سالم نيز جهت رد وجود اندومتريوزيس ميكروسكوپيک برداشته شد. ارزش اخباري مثبت و منفي، حساسيت و ويژگي تشخيص مشاهده اي لاپاراسكوپي بر اساس تشخيص هيستوپاتولوژيک (به عنوان روش قطعي آن) مورد محاسبه قرارگرفت.*

يافته ها: *از ميان ۳۰۰ بيمار تحت مطالعه، شيوع متوسط اندومتريوزيس قابل تشخيص به روش مشاهده اي ٦۳% بود كه ٤۲% آن توسط بررسي هاي هيستوپاتولوژيک تأييد شد. دراين مطالعه ارزش اخباري مثبت روش مشاهده اي ٤۲% ، حساسيت آن ۸۸/۸%، ارزش اخباري منفي ۹۰/۹% و ويژگي آن ٤۷/٦% بود.*

نتيجه گيري: *روش مشاهده اي درتشخيص دقيق اين بيماري، از قدرت بالايي برخوردار نبوده و تشخيص اندومتريوزيس مي بايستي بعد از تأييد هيستوپاتولوژيک مطرح گردد.*

واژگان كليدي: *اندومتريوزيس ، لاپاروسكوپي ، هيستوپاتولوژي*

مقدمه

اندومتريوزيس يكي از بيماري هاي مهم و مزمني است كه در خانم هاي سنين باروري (٤۵- ۱۵ ساله) مي تواند سبب بروز مشكلاتي از قبيل دردهاي مزمن لگن، ناباروري، كاهش باروري، ديسمنوره (درد هنگام قاعدگي) يا ديسپاروني (درد هنگام مقاربت) شود (۱و۲). اين بيماري كه به وجود غدد و استروماي اندومتر به صورت نابجا (خارج از رحم) (۳) اطلاق مي‌گردد، يک بيماري خوش خيم با طيف وسيعي از تظاهرات باليني است كه مستعد پيشروي و عود مي باشد (۱و۳). به طور تخميني حدود ۱۰-۷% خانم هاي سنين باروري در ايالات متحده امريكا درگير اين بيماري مي باشند (٤-۲) كه شايع ترين مكان هاي كاشته شدن بافت اندومتريال، در احشاي لگن و پريتوئن مي باشد. البته به ندرت

۱ ★ . نويسنده مسؤول : دانشيار ، گروه زنان و زايمان، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. آدرس براي مكاتبه: تهران، ولنجک، بيمارستان طالقاني، مركز تحقيقات ناباروري. پست الكترونيک: **Saghar-salehpour@yahoo.com**
۲ . استاديار، گروه پاتولوژي، دانشگاه علوم پزشكي شهيدبهشتي
۳ . متخصص زنان و زايمان
٤ . مربي، عضو هيات علمي دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

محـل كاشته شدن خارج صفاقي بافت اندومتريال نيز ديده مي شود (۳).

از نظر نوع تظاهرات باليني مي توان به دردهاي مزمن لگن، ناباروري، كاهش باروري، ديسمنوره و ديسپاروني و حتي علايم مربوط به دستگاه گوارش شامل درد، تهوع و استفراغ، سيري زودرس، نفخ، اتساع شكم و تغيير عادات دفع مدفوع اشاره كرد. هرچند، مواردي از بيماري ممكن است بدون علامت باشد.

تاكنون سه تئوري شامل انتقال نابجاي بافت اندومتريال، متاپلازي سلوميک و تئوري Induction (القاء) درايجاد بيماري مطرح شده اند. اين بيماري در بسياري موارد در خانم هاي با دوره كوتاه سيكل قاعدگي (قاعدگي هاي نزديک)، قاعدگي شديد و افزايش طول مدت خونريزي ديده مي شود. البته چاقي و سيگاركشيدن همراه با خطر پايين ايجاد اندومتريوزيس است (۳).

روش هاي تشخصي متعددي ازقبيل بررسي ترانس واژينال سونوگرافي، داپلر رنگي، اندازه گيري CA۱۲۵، MRI و CT scan جهت تشخيص اين بيماري به كار مي روند ولي لاپاروسكوپيو بررسي هيستوپاتولوژيک ضايعات نمونه برداري شده ازصفاق و احشاء لگني روش استاندارد تشخيص بيماري محسوب مي شود.

مطالعـات مختلـفی در زمينـه تعييـن قـدرت هريک از اين روش هاي تشخيصي نسبت به روش استاندارد (هيستوپاتولوژي) انجام شده است (۷-۵). در مطالعاتي كه در زميـنه بررسي قدرت تشخيصی مشاهـده ضايعـات اندومتريوزيس در اين بيماري انجام شده، تأييد نماي لاپاروسكوپيک از طريق بررسي هاي هيستولوژيک ضروري دانسته شده است و تنها نيمي از مواردي كه روش مشاهده اي، تشخيص بيـماري را مطرح كرده، توسط بررسي هيستوپاتولوژي تأييد شده است (۷-۵). در يک مطالعه در دانشگاه Kiel در سال ۲۰۰٤ درصد بالايي (۱. ۸٤%) از موارد اندومتريوزيس تشخيص داده شده با روش مشاهده اي توسط هيستوپاتولوژي نيز تأييد شد و چنين نتيجه گيري شد كه لاپاروسـكوپي راحت ترين ابزار تشخيـصي بيـماري اندومتريوزيس است كه مي تواند توسط هيستوپاتولوژي هم تأييد شود (۸).

مطالعه حاضر به منظور تعيين قدرت تشخيصي روش مشاهده اي بر اساس روش هيستـوپاتولوژي در بيماري اندومتريوزيس در بيماران مراجعه كننده به درمانگاه زنان بيمارستان مهديه صورت گرفته است.

مواد و روش ها

در اين مطالعـه تشخيـصي، خانم هاي سنيـن باروري (در محدوده سنی۲۱ تا ٤۲ سال) مراجعه كننده به درمانگاه ژينكولوژي بيمارستان مهديه كه از ناباروري، درد مزمن لگن، ديسپاروني و يا ديسمنوره شاكي بودند، مورد بررسي قرار گرفته و پس از اخذ شرح حال و معاينه فيزيكي، نهايتاً ۳۰ نفر از بيماران دارای علائم باليني به نفع اندومتريوزيس (كه ديگر علل دردهاي مزمن لگن يا ناباروري در آن ها رد شده بود) كه در٦ ماه گذشته از GnRH Agonist يا قرص هاي ضد بارداري يا دانازول استفاده نكرده بودند، انتخاب و پس از توضيحات كامل و اخذ رضايت نامه بدون تحميل بار مالي اضافه، تحت لاپاروسكوپي تشخيصي قرار گرفتند.

تكنيک هاي جمع آوري اطلاعات، شامل مصاحبه، معاينه، مشاهده لاپاروسكوپيک و ارزيابي هيستوپاتولوژيک بود. از كليه بيماران (چه آن هايي كه نماي لاپاروسكوپيک مشكوک به اندومتريوزيس داشته و چه آن هايي كه نماي صفاق طبيعي داشتند) بيوپسي صفاق و احشاء لگني شامل فوسا اوواري (Fassa ovarian) راست و چپ، كلدوساک خلفي، ليگامان يوتروساكرال و تخمدان راست و چپ گرفته شد.

ابزار مورد استفاده در بيوپسي پانچ يكسان بود و كليه نمونه ها نيز در آزمايشگاه پاتولوژي بيـمارستان مهديه از نظر هيستوپاتولوژي (روش قطعـي) تحـت ارزيـابی قـرار گرفتنـد. تجزيه و تحليل داده ها توسط نرم ا فزار SPSS انجام شـد و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

مقـادير حـساسيت، ويژگـي، ارزش اخبـاري مثبـت و منفـي وکارآيي تست نيز محاسبه گرديد.

يافته ها

اين تحقيق بر روي ۳۰ خانم مشکوک به ابتلا به اندومتريوزيس با ميانگين سني٥/١٤ ± ٢٨/٦ سال صورت گرفت که علل مراجعه اين بيماران به بيمارستان، عبارت از نازايي اوليه (۷۰%)، نازايي ثانويه (٢٦%)، ديسمنوره (۷۷%)، ديسپاروني (٤/٥%) و دردهاي مزمن لگن (۱۳%) بود.

از تمـامي بيـماران تحت لاپاروسـکوپي تشخيـصي (چـه آن هايي که نماي پريتونئال مثبت اندومتريوزيس را داشته و چه آن هايي که صفاق به ظاهر طبيعي داشتند) بيوپسي از مناطق مختلف پريتوئن برداشته شد. مناطق نمونه برداري در ۸۳% کلـدوساک خلـفي و فوسـا اووارى راست، ۷۷% فوسا اووارى چپ، ۲۷% ليگامان يوتروساکرال راست، ۲۰% تخمدان راست، ۱۳% تخمدان چپ و۷% ليگامان يوتروساکرال چپ بودند.

نماي مشاهـده اي مشکوک به بيماري اندومتريوزيس شامل ضايعـات همـوراژيک ۷۹% ،ضايعـات پتشي ۷٤%، چسبنـدگي ۵۸%، رنگ زرد پريتوان ٤٢%، کيست ٢٦%، نماي پودر سوخته و رنگ قهوه اي پريتوان هرکدام ۱۱% بود. از۳۰ نفر ، ۱۹ نفر نماي پرتيونئال مشکوک به اندومتريوزيس داشتند، ۸٤% اين ضايعات درکلدوساک خلفي ، ۷۸% در فوسا اووارى راست، ٦۳% درفوسا اووارى چپ، ۳۲% درتخمدان راست، ٢٦% دريوتـروسـاکـرال راست، ۲۱% درتخمدان چپ و ۵% در يوتروساکرال چپ قابل مشاهده بود.

از کل ۱۹ مـورد مثبت تشخيـص داده شـده توسط روش مشاهده اي، ۸ مورد با روش هيستوپاتولوژي تأييد شد. در يک مورد نيـز علي رغـم نمـاي مشاهده اي منفي، در بررسي هاي هيستوپاتولوژي، وجود بيماري اندومتريوزيس در وي تأييد گرديد (جدول۱). مناطق مورد تأييد توسط هيستوپاتولوژي از نظر وجود بيماري شامل کلدوساک خلفي ٥٦% ، فوسا اووارى چپ ۳۳% ، فوسا اووارى راست ۲۲%، تخمـدان راست ۲۲% ويوتـروسـاکرال راست ۲۲% بود. حسـاسيت و ويـژگي قدرت تشخيـصي روش مشاهـده اي به ترتيب ۸۸/۸% و ٤۷/٥% برآورد گرديد (جدول ۱). نتايج با آزمـون کاپا تست شـد که ضريب هم خـواني بيـن دو روش مشاهـده اي و هيستوپاتولوژيک ۰/۲۸ و با ۰/۰۵۷ =P به صورت غيرمعني دار بود. در آزمون McNemar نيز برابر بودن روش مشاهده اي با روش هيستوپاتولوژيک رد شد (P < ۰/۰۰٦).

جدول ۱- توزيع بيماران مشکوک به اندومتريوزيس بر اساس نتايج روش مشاهده اي و هيستوپاتولوژي

هيستوپاتولوژي / روش مشاهده اي	*مثبت*	*منفي*	*جمع*
مثبت	۸	۱۱	۱۹
منفي	۱	۱۰	۱۱
جمع	۹	۲۱	۳۰

بحث

اين تحقيق نشان داد که روش مشاهده اي بررسي ضايعات اندومتريوتيک قدرت لازم در تشخيص اندومتريوزيس را ندارد. علي رغم اين که قـدم اول و روش ترجيحي ابتدايي و ساده در تشخيص جراحي اندومتريوزيس، مشاهده ضايعات تيپيک موجود در صفاق واحشاء لگني توسط لاپاروسکوپي مي باشد، ليکن تشخيص نهايي اين بيماري بايستي توسط بررسي هاي هيستوپاتولوژي به اثبات برسد (۳-۱). تشخيص بيماري بر اساس مشاهده، نياز به يک جراح بسيـار ماهـر در تشخيـص ظواهر مختلف ضايعات اندومتريوتيک دارد، هرچنـد باز هم ارتبـاط ضعيـفي بين تشخيص با روش مشاهـده اي در مقايسه با روش هيستولوژي وجود دارد (۳).

درمطالعـه حاضر تمام افـراد (۳۰ نفر) مشکوک به ابتلا به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

بيماري انـدومتريوزيس از نظـر بـاليني، تحـت لاپاروسـكوپي تشخيصي قرار گرفتنـد كـه از ايـن ميـان ۱۹ نفـر در نمـاي مـشاهده اي، داراى ضـايعات انـدومتريوتيک در صـفاق خـود بودند (٦٣%) در مطالعه دكتر والتر در سـال ۱۹۹۹ – ۱۹۹۷ اسـكاتلند (۵) نيـز از ميـان ٤٤ مـورد مـشكوک بـه بيمـاري انـــدومتريوزيس تنهـــا ٣٦% نمـــاي مـــشاهده اي مثبـــت اندومتريوزيس را داشتند كه علي رغم تعداد كمتر نمونـه هـا درمطالعه حاضر، درصد نماي مـشاهده اي مثبـت، بـيش تـر بوده است.

از ميان ۱۹ مورد تشخيص داده شده با روش مشاهده اي، تنها ۸ مورد (٤٢%) نتيجه هيستوپاتولوژي مثبت اندومتريوزيس نيز داشتند كه درمقايسه با مطالعه والتر (۵) كه تنها ۱۸% تأييد پاتولوژيک ضايعات وجود داشت مقدارى قابل توجه است. در مطالعه ديگر ٨٤/١% موارد تشخيصى با روش مشاهده اي، داراى نتيجه هيستوپاتولوژي مثبت نيز بودند كه اين تفاوت مقدار در اين مطالعه در قياس با مطالعات ديگر مي تواند ناشي از تعـداد زياد بيـماران تحت بررسي (١٦٤ بيمار)، تكنيک هاي مورد استفاده در روش مشاهده اي يا پاتولوژي و يا مهارت بيش تر جراح بوده باشد (٨). در مطالعه ديگري در ۵۳/۸% موارد و در مطالعه دانشگاه تورينو در ۲۰۰۵ (۷) نيز ٥٤% موارد تشخيصى توسط لاپاروسكوپي، نماي هيستوپاتولوژي مثبت اندومتريوزيس نيز داشتـه اند كه تقـريباً با مطالعـه حاضـر تفـاوت فاحـشي نداشته اند. در حالى كه در مطالعه دانشگاه kiel تفاوت بارزى در درصد موارد تشخيصى تأييد شده در مقايسه با مطالعه ما وجود داشت (٦).

از ميان ۱۱ مورد كه نماي مشاهده اي منفي داشته اند نتايج هيستوپاتولوژي در۱۰ مورد، عدم وجود بيماري را تأييد نموده است ولي در ۱ مورد وجـود بيـماري اندومـتريـوزيـس ميكروسكوپيک گزارش شده كه با توجه به مقادير اندومتريوزيس ميكروسكوپيک گزارش شده در كتب مرجع (١٣-٦%) هم خواني دارد. درمطالعه سال ۲۰۰٦ درچين نيز ميزان اندومتريوزيس ميكروسكوپيک محاسبه شده ۱۸/۵% بوده است كه بيان گر آن است كه اين ضايعات ميكروسكوپيک، پديده نادري در بيماري اندومتريوزيس نمي باشند (۱۰). در مطالعـه ديگـري توسـط Balash و همـكارانش در سال ۱۹۹٦ (۱۱) نيز وجود اندومتريوزيس ميكروسكوپيک به تأييد رسيده است.

شـايع تـرين منطقـه ي داراى نمـاي مـشاهده اي مثبـت اندومتريوزيس در مطالعه حاضر، كلدوساک خلفي بوده اسـت كه عمدتاً تأييد هيـستوپاتولوژي مثبـت نيـز در نمونـه هـاى برداشته شده در همين محل وجـود داشـت و ايـن نتـايج بـا مطالعه والتر كاملاً هم خواني داشته است (۵).

با توجـه بـه يافتـه هـاي حاصـل از ايـن تحقيـق، ميـزان حـساسيت روش مـشاهده اي ۸۸/۸% و ويژگـي آن ٤٧/٥% مي باشد. اين مقادير با مطالعه انجام شده در چين در سـال ۲۰۰٦ تقريباً قابل مقايسه بود ولي درمقايسه با مطالعه والتر دراســكاتلند در ۱۹۹۹ از حـــساسيت و ويژگـــي كمتـــري برخـوردار بـوده اسـت (۱۰و۵). ارزش اخبـاري مثبـت روش مـشاهده اي درمطالعـه مـا، ٤٢/١% وارزش اخبـاري منفـي ۹۰/۹% محاسبه شده است كه با مطالعه والتـر در اسـكاتلند هم خواني داشته ولي نسبت به مطالعـه ۲۰۰٦ چـين، داراى مقادير بالاتري بوده است (۱۰و۵).

اين يافته ها حاكي از آن است كه روش مشاهده اي، درتشخيص بيماري اندومتريوزيس از ارزش اخباري منفي خوبي برخوردار بوده و در تقريباً ۹۱% مـوارد عـدم وجـود ضايعـات اندومتريوتيـک صفاقى در نمـاي مشاهـده اي، مي توان وجود اندومتريوزيس را رد نمود، هر چند كه وجود بيماري اندومتريوزيس ميكروسكوپيک را نيز بايستي مدنظر قرار داد. اما روش مشاهـده اي از ارزش اخباري مثبت بالايي در تأييد وجود بيماري اندومتريوزيس برخوردار نبوده و با ديدن ضايعات تيپيک يا آتيپيک بيماري نمي توان به طور قطع تشخيص بيماري را مطرح نمود كه بيان گر آن است كه ايـن روش به طـور كلي دقـت وكارآيي لازم درتشخيـص

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

اندومتريوزيس را ندارد.

نتيجه گيري

روش مشاهده اي را نمي توان به عنوان جايگزين مناسبي براي روش هيستوپاتولوژي به ويژه درمورد شاخص هايي مثل ويژگي، ارزش اخباري مثبت و يا Accuracy rate قرار داد و همواره بررسي هاي پاتولوژيک نمونه هاي صفاقي، جهت تأييد وجود اندومتريوزيس الزامي است. با توجه به اين که اندومتريوزيس مي تواند خود را به اشکال مختلفي در صفاق نمايان سازد و حتي گاهي با وجود بيماري شديد، نماي مشاهده اي صفاق منفي مي باشد، تشخيص قطعي ضايعات همواره بايستي به دنبال تأييد پاتولوژيک ضايعات مشاهده شده در صفاق باشد و قبل از هرگونه مداخلات درماني خاصي در بيماران مشکوک به اندومتريوزيس، تأييد هيستولوژيک وجود ضايعات الزامي است.

با توجه به اين که اين مطالعه اولين بار در ايران صورت گرفته است، پيشنهاد مي شود مطالعات گسترده تر و ترجيحاً چند مرکزي به عمل آيد تا در مورد قدرت تشخيص روش مشاهده اي، آمار معتبرتري به دست آمده و بتوان در مورد جايگزيني يا عدم جايگزيني اين روش تصميمات مطمئن تري گرفت.

REFERENCES

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2005; P: 1103-25.
2. Berek JS. Novak's Gynecology.13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins. 2002; P: 931-72.
3. Mounsey AL, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis and management of endometriosis. Am Fam Physician 2006; 74(4): 594-602.
4. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. Am Fam Physician 1999; 60(6):1753-68.
5. Walter J, Hentz JG, Magtibay PM, Cornella JL. Correlation between histological and visual findings at laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(7): 1407-13.
6. Mettler L, Schollmeyer T, Lehmann-Willenbrock E, Schuppler U, Schmutzler A, Shukla D,et al. Accuracy of laparoscopic diagnosis of endometriosis . JSLS 2003; 7(1): 15-8.
7. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histological findings. Fertile Steril 2005; 84(1): 12- 5
8. Schollmeyer T, pandit K, schmutzler A, Mettler L. Correlation of endoscopic interpretation of endometriosis with histological verification. Clin Exp Obstet Gynecol 2004; 31(2): 107- 9
9. Spaczynski RZ, Duleba AI. Diagnosis of endometriosis. Semin Reprod Med 2003; 21(2): 193- 208.
10. Leng JH, Lang JH, Zhao XY, Li HJ, Guo LN, Cui QC. Visual and histologic analysis of laparoscopic diagnosis of endometriosis. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2006; 41(2):111-3.
11. Balasch J, Creus M, Fabregues F, Carmona F, Ordi J, Martinez-Roman S, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. Hum Reprod. 1996; 11(2): 387-91.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]