

گزارش یک مورد نارسایی زودرس تخمدان به دنبال کوتریزاسیون تخمدان

دکتر معصومه حاجی شفیعی^۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: سندرم تخمدان پلی کیستیک PCOS شایع ترین اختلال آندوکراین در زنان سنین باروری است. این سندرم ۱۰٪ زنان جوان را گرفتار می کند و از مهم ترین علت نازایی با فاکتور عدم تخمک گذاری است. PCOS در طولانی مدت می تواند سبب افزایش بیماری های عروق کرونری، هیپر تانسیون، دیابت تیپ II، سرطان رحم، دیس لیپیدمی و هیپرانسولینمی گردد.

تحریک تخمک گذاری در بیماران دچار PCOS شامل استفاده از کلومیفن سیترات، گنادوتروپین و روش جراحی است. از عوارض تحریک تخمک گذاری به دنبال کوتر تخمدان می توان به نارسایی زودرس تخمدان اشاره کرد.

معرفی بیمار: بیمار خانمی است ۳۴ ساله که به علت الیگومنوره، با تشخیص PCOS تحت لاپاراسکوپی و کوتر تخمدان قرار گرفته است و یکسال بعد از لاپاراسکوپی به علت آمنوره مراجعه نموده، در بررسی های به عمل آمده میزان هورمون محرکه فولیکول بیمار ۵۸ بوده در حالی که بقیه آزمایش ها طبیعی است.

بحث: برای پیشگیری از بروز نارسایی زودرس تخمدان انتخاب بیمار، تعداد نقاط کوتریزه، محل و انجام آزمایش های هورمونی از اهمیت خاصی برخوردار است.

کل واژگان: نارسایی زودرس تخمدان، کوتر تخمدان

مجله پزشکی ارومیه، سال پانزدهم، شماره اول، ص ۶۴-۶۱، بهار ۱۳۸۳

آدرس مکاتبه: ارومیه - گروه زنان، زایمان، بخش نازایی، مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری، بخش کوتر،
دکتر معصومه حاجی شفیعی

۱- استادیار گروه زنان و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

یکی از روش‌های تحریک تخمک‌گذاری در بیماران دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک جراحی است که در موارد زیر توصیه می‌گردد (۱).

۱- سندرم‌های مقاوم به کلومیڈوگنادوتروپین .

۲- افرادی که به‌طور مداوم سطح LH سرم آنها بالاست .

۳- افرادی که به‌علل دیگر نیازمند ارزیابی با لاپاراسکوپ هستند .

۴- افرادی که از بیمارستان آن‌قدر دورند که کنترل دقیق رشد فولیکول به دنبال مصرف گنادوتروپین مقدور نیست .

روش‌های جراحی تخمدان عبارتند از :

۱- برش گوه‌ای شکل^۱

در این روش ۷۵-۵۰٪ تخمدان‌ها را برمی‌دارند که سبب طبیعی شدن اندازه تخمدان‌ها و آندوکرینوپاتی سندرم می‌گردد ولی ممکن است چسبندگی شدید ایجاد نماید و حتی ممکن است سبب آتروفی تخمدان و نارسایی زودرس تخمدان گردد . لذا به‌ندرت از این عمل استفاده می‌شود .

۲- کوتریزاسیون یا دیاترمی (۲ و ۳)

در این روش از لیزر یا الکتروکوتر تک قطبی استفاده می‌گردد و بسته به اندازه تخمدان ، ۱۰-۴ نقطه را به مدت ۵ تا ۶ ثانیه با قدرت ۳۰۰ تا ۴۰۰ وات با قطر ۳-۶ میلی‌متر و با عمق ۲-۵ میلی‌متر تخریب می‌کنند (۲، ۳) . بعد از این اقدام لاواژ صفاقی با سالین انجام می‌گیرد تا میزان چسبندگی بعد از عمل کاهش یابد . هر چه آسیب سطحی تخمدان بیشتر باشد احتمال ایجاد چسبندگی هم بیشتر است .

اثر کوتر یا برش گوه‌ای شکل تخمدان (۱) :

بعد از انجام جراحی ابتدا کاهش غلظت تستوسترون به‌طور پایا و کاهش گذرا در ترشح آندروستن دیون تخمدانی و LH رخ می‌دهد . دیده شده در روز سوم بعد عمل غلظت آندروژن‌های

سرم به‌حداقل خود می‌رسد (یعنی قبل از کاهش یافتن

استرادیول و LH) و بعد با افزایش FSH دنبال می‌گردد .

آسیب تخمدان « کاهش تولید موضعی آندروژن‌ها » کاهش تولید خارج غدی استروژن « کاهش اثر فیدبک مثبت آن روی LH « کاهش ترشح LH (۱) .

از طرف دیگر اثر فیدبک منفی روی FSH ، به‌علت کاهش استروژن محیطی و کاهش اینهیبین ، برداشته شده و FSH افزایش می‌یابد . با کاهش یافتن آندروژن‌ها در تخمدان ، محیط داخل فولیکول تغییر یافته و زمینه رشد فولیکول فراهم می‌گردد (۴) .

به‌طور کلی ، دیاترمی در بیمارانی که LH بالا دارند مؤثرتر بوده و در آنها که بعد عمل سطح LH کاهش یافته است میزان حاملگی بیشتر بوده است .

انجام دیاترمی یک‌طرفه تخمدان سبب تحریک فعالیت هر دو تخمدان می‌گردد چون سبب تصحیح فیدبک محور تخمدان - هیپوفیز می‌شود .

میزان حاملگی بعد جراحی تخمدان متغیر است در افرادی که بعد عمل پروده‌های مرتب داشته باشند میزان حاملگی تا ۶۰٪ و در افرادی که بعد جراحی قاعدگی‌ها نامرتب بماند میزان حاملگی تا ۲۹٪ گزارش شده است (۳) .

عوارض جراحی (۱)

۱- بروز چسبندگی

۲- آتروفی تخمدان که منجر به نارسایی زودرس تخمدان می‌گردد .

آتروفی ناشی از برداشتن قسمت وسیعی از تخمدان‌ها حین برش گوه‌ای شکل یا کوتر کردن تخمدان در نقاط متعدد یا انجام کوتر در ناحیه مزانتر تخمدان می‌باشد . باید توجه کرد که کوتر

تخمدان باید در ناحیه آنتی‌مزانتریک انجام گیرد تا عروق تخمدان آسیب نبیند.
مواردی از نارسایی تخمدان به دنبال برش گوه‌ای شکل و کوتر تخمدان گزارش شده است (۵، ۶).

معرفی بیمار

بیمار خانمی است ۳۴ ساله که ۳ سال قبل به علت الیگومنوره تحت لاپاراسکوپی قرار گرفته و با تشخیص PCO کوتر تخمدان شده است. بیمار یکسال بعد به علت آمنوره مراجعه نموده که طی بررسی‌های به عمل آمده سطح هورمون محرکه فولیکول بیمار بالا بود (58 mIU/ml) که نشانگر نارسایی زودرس تخمدان است. آزمایش‌های کروموزوم تایپینگ ۴۶XX بود. آزمایشات بیمار جهت بررسی از نظر نارسایی زودرس تخمدان^۱ طبیعی بود که عبارت بودند از:

آنتی‌نوکلئار آنتی‌بادی، فاکتور روماتوئید، هورمون محرکه تیروئید، تیروکسین، شمارش گلبولی، قندخون ناشنا، کلسیم، الکترولیت‌ها، فسفر، در ضمن بیمار سابقه مصرف شیمی درمانی یا رادیوتراپی و جراحی دیگر نداشت.
هورمون محرکه فولیکول بیمار به فاصله یک ماه تکرار شد که باز بالا بودن سطح آن را نشان می‌داد. بیمار دچار نارسایی زودرس تخمدان به دنبال کوتر تخمدان شده بود.

بحث

عمل جراحی یکی از روش‌های تحریک تخمک‌گذاری در

بیماران دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک است که به علت نازایی مراجعه می‌کنند ولی باید به بیماران نازایی که سیکل‌های نامنظم و فاقد تخمک‌گذاری دارند و به درمان‌های دارویی پاسخ نداده‌اند محدود گردد. چراکه این اقدام می‌تواند منجر به آتروفی تخمدان و نارسایی زودرس آن شود. در بیماران دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که به علت الیگومنوره مراجعه می‌کنند و مشکل نازایی ندارند می‌توان فقط از روش هورمون درمانی مثل مصرف پروژسترون یا داروهای ضدبارداری و ... استفاده کرد و نیازی به انجام کوتر تخمدان نیست. برای پیشگیری از بروز نارسایی زودرس تخمدان به دنبال جراحی باید به نکات زیر توجه گردد:

- ۱- انتخاب بیمار صحیح باشد چراکه هر بیمار الیگومنوره دچار سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نیست.
- ۲- تعداد نقاطی که باید کوتر کرد به اندازه تخمدان بستگی دارد (۴ تا ۱۰ نقطه) و هر چه تخمدان بزرگتر باشد نقاط بیشتری باید کوتر گردد در تخمدان‌های کوچکتر نباید نقاط کوتر زیاد باشد.
- ۳- کوتر باید در ناحیه آنتی‌مزانتریک انجام شود تا عروق تخمدان آسیب نبیند.
- ۴- در حین لاپاراسکوپی فقط به ظاهر تخمدان توجه نشود بلکه برای تصمیم‌گیری برای کوتر کردن باید به آزمایش‌های هورمونی بیمار هم توجه کرد مثلاً در مواقعی که هورمون محرکه فولیکول بیمار در سطح حداکثر طبیعی است انجام کوتر تخمدان سبب بروز نارسایی زودرس تخمدان می‌گردد در این بیماران می‌توان به جای کوتر از drilling تخمدان سود جست.

References

- 1- Shohan Z, Howles CM, Jacobs HS: Polycystic Ovary syndrome: mode of treatment: Female Infertility Therapy. 1st ed, London, Martin Dunitz, 1999: 45-59.
- 2- Lobo RA, Mishell DR, Aulson RJ, Shoupe D: Polycystic Ovary Syndrome in: Mishell's Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. 4th ed, Philadelphia, Maple Vail, 1997: 363-384.
- 3- Rao KA, Brinsden PR: Polycystic Ovary Syndrome in: The Infertility Manual. 1st ed, New Delhi, Jaypee, 2001: 88-98.
- 4- Ven SC, Jaffe RB, Barbieri RL: Polycystic Ovary Syndrome (hyperandrogenic Chronic anovulation): Reproductive Endocrinology, Physiology, Pathophysiology, and Clinical management. 4th ed, Philadelphia, Saunders Company, 1999: 436-479.
- 5- Cohen BW: Laser Laparoscopy for Polycystic Ovaries. Fertil Steril, 1989, 52: 167-8.
- 6- Toaff R, Toaff ME, Peyser MR: Infertility Following Wedge resection of the Ovaries. Am J Obstet Gynecol, 1976, 124: 92-96.