

## بررسی پیامدهای ناشی از میوم در بارداری

\*دکتر مریم هاشم نژاد، دکتر الهه سریری، دکتر منصوره وحدت، دکتر طاهره لاریجانی، دکتر مسعود احمدزاد اصل، دکتر محمد واسعی<sup>۵</sup>

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۷/۵/۱۲

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۷/۴/۶

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۳/۱۴

### چکیده

**سابقه و هدف:** میوم (لیومیوم) های رحمی شایع ترین تومورهای خوش خیم رحم هستند که در حقیقت نئوپلاسم های خوش خیمی می باشند که از عضله صاف رحمی منشاء می گیرند. با وجود شیوع بسیار بالای آنها، فقط در چهار درصد زنان حامله، میوم های رحمی قابل مشاهده در سونوگرافی وجود دارد. با توجه به تغییرات این تومورها در طی بارداری و ایجاد پیامدهای نامطلوب در این روند، هدف از این مطالعه بررسی پیامدهای ناشی از میوم در بارداری است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه همگروهی آینده نگر طی مدت دو سال (۸۵ و ۱۳۸۶) در بیمارستان های رسول اکرم (ص) و شهید اکبرآبادی تهران جهت مقایسه پیامدهای بارداری در خانم های باردار نرمال و دارای میوم انجام شده است. بر اساس سونوگرافی انجام شده در طول سه ماهه اول حاملگی، ۳۷۵ خانم نرمال (بعنوان گروه کنترل) و ۸۷ خانم دارای میوم انتخاب شدند و از نظر عوارض قبل و پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته ها:** داشتن میوم در طول بارداری ریسک فاکتوری برای افزایش عوارضی چون خونریزی سه ماهه اول بارداری، سقط خود به خودی سه ماهه اول بارداری، جفت سرراهی، پرزانتاسیون غیرسفالیک، خونریزی پس از زایمان و زایمان سزارین می باشد. ولی میزان زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب، جدا شدن زودرس جفت و محدودیت رشد داخل رحمی در گروه دارای میوم تفاوت آماری معنی داری با گروه کنترل نداشت. به علاوه میزان خونریزی پس از زایمان در گروه دارای میوم با قطر بزرگ تر از ۵ cm بیشتر از گروه دارای میوم با قطر مساوی و کوچک تر از ۵ cm می باشد ( $P=0/02$ ). با انجام آنالیز چند متغیره Logistic Regression، در نرم افزار SPSS ۱۵ سن بالای مادر و nulliparity، هر کدام به طور مستقل با داشتن میوم در بارداری در ارتباط بودند.

**نتیجه گیری:** تشخیص میوم با سونوگرافی در طول بارداری بیانگر پرخطر بودن بارداری می باشد که خود مستلزم آموزش بیمار و آمادگی پرسنل زایمانی برای کنترل عوارض احتمالی حین و پس از زایمان می باشد.

**کلمات کلیدی:** میوم، پیامدهای بارداری، سونوگرافی.

### مقدمه

که از عضله صاف رحمی منشاء می گیرند. شیوع آن ها در زنان سفیدپوست تقریباً ۷۰ درصد می باشد. (۱)  
با وجود شیوع بسیار بالای آنها، فقط در ۴ درصد زنان حامله،

میوم (لیومیوم) های رحمی شایع ترین تومورهای خوش خیم رحم هستند و در حقیقت نئوپلاسم های خوش خیمی هستند

۱- دستیار زنان و زایمان، ایران و تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (\*نویسنده مسول) تلفاکی: ۰۲۱-۴۴۴۷۶۷۹۶ آدرس الکترونیک: [hashehnejadmaryam@gmail.com](mailto:hashehnejadmaryam@gmail.com)

۲- متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۳- متخصص رادیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۴- پزشک عمومی، مشاور آمار و متدولوژی تحقیق، موسسه سلامت پژوهان نیکان.

۵- پزشک عمومی، ایران، تهران.

داخل رحمی جنین و آنومالی‌های جنینی از مطالعه خارج شدند. در هر دو گروه، متغیرها شامل سن مادر، تعداد بارداری و تعداد زایمان (های) مادر، سابقه نازایی (به صورت عدم بارداری علی‌رغم یک‌سال تمایل به بارداری بعد از ازدواج)، تعداد سقط‌های قبلی، وقوع خونریزی در سه ماهه اول بارداری (بر اساس شرح حال)، سن بارداری (بر اساس LMP)، پرزانتاسیون جنین (بر اساس سونوگرافی سه ماهه سوم)، وزن هنگام تولد نوزاد (به گرم)، نوع زایمان (واژینال/سزارین)، طول مدت زایمان و ژینال (به ساعت بر حسب فاصله زمانی بین شروع روند زایمانی و خروج کامل نوزاد) و بروز یا عدم بروز عوارض پارگی زودرس کیسه آب (PROM)، جدا شدن زودرس جفت، زایمان زودرس، جفت سرراهی (بر اساس شرح حال و سونوگرافی سه ماهه سوم) و خونریزی شدید پس از زایمان (بر اساس وقوع خونریزی بیش از حد در روز اول بعد از زایمان) بودند. در خانم‌های دارای میوم رحمی تعداد، اندازه و محل میوم (با استفاده از سونوگرافی در سه ماهه اول بارداری) مشخص گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، در نهایت میزان پیامدهای مامایی در این دو گروه با استفاده از آزمون‌های آماری  $\chi^2$  و آزمون دقیق فیشر (بر حسب شرایط) برای متغیرهای کیفی  $t$  test و Student و آزمون MannWhitney U (بر حسب شرایط) برای متغیرهای کمی و با در نظر گرفتن سطح معنی داری  $P < 0.05$  مقایسه شدند. برای بررسی میزان تاثیر ابتلا به میوم رحمی در عوارض و نتایج بارداری و سایر متغیرهای وابسته مورد بررسی از محاسبه نسبت خطر Relative Risk; RR و دامنه اطمینان ۹۵٪ (95% Confidence Interval; 95% CI) استفاده گردید. برای بررسی تاثیر مستقل ابتلا به میوم رحمی بر خونریزی در سه ماهه اول (به عنوان متغیر وابسته در ابتدای دوره پیگیری بیماران اول) و خونریزی شدید پس از زایمان (به عنوان متغیر وابسته در انتهای پیگیری) با حذف اثر تداخلی و مخدوش کنندگی متغیرهای زمینه‌ای و وابسته دیگر بررسی شده در مطالعه، از آزمون رگرسیون لجستیک به روش Forward Conditional با در نظر گرفتن شرط ورود به مدل  $P < 0.05$  شرط خروج از مدل  $P < 0.01$  استفاده شد و مقادیر به صورت متغیرهای دارای ارتباط معنی دار و Odds Ratio; OR به همراه ۹۵٪ CI آن گزارش گردید.

میوم‌های رحمی قابل مشاهده در سونوگرافی وجود دارد. (۲) میوم‌ها در طی بارداری دست‌خوش تغییراتی می‌شوند و بسته به محل، اندازه و نوع‌شان سبب ایجاد پیامدهای نامطلوب در برخی بارداری‌ها می‌شوند. (۳) با توجه به شیوع نسبتاً بالای میوم در زنان سنین باروری، بی‌خطری و در دسترس بودن اولتراسونوگرافی در بارداری، انجام سونوگرافی روتین در اغلب خانم‌های باردار و تشخیص نسبتاً ساده‌ی میوم با کمک سونوگرافی، بدون پرداخت هزینه اضافی و اعمال خطر اضافی بر خانم باردار و جنین وی، خانم‌های باردار مبتلا به لیومیوم رحمی به راحتی قابل تشخیص می‌باشند.

تا به حال مطالعات گسترده‌ای جهت تعیین پیامدهای مامایی میوم‌های رحمی در بارداری انجام شده است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۶ بر روی ۴۰۱ زن باردار مبتلا به میوم رحمی انجام شده است، خطر زایمان سزارین، مال پرزانتاسیون، زایمان زودرس، دکولمان جفت، جفت سرراهی و خونریزی شدید پست‌پارتوم به طور معنی داری در زنان مبتلا به میوم رحمی بیش‌تر از زنان نرمال بود. (۴) اما در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۹۹۴ بر روی ۱۸۳ زن باردار دارای میوم انجام شد، هیچ‌کدام از این عوارض افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل پیدا نکرد. (۵)

با توجه به نتایج متفاوت و مختلف حاصل از مطالعات گوناگون در خارج از کشور و عدم انجام مطالعه مشابه در داخل کشور، این مطالعه به منظور بررسی پیامدهای ناشی از میوم در بارداری انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت همگروهی آینده‌نگر در سال‌های ۸۵-۱۳۸۶ بر روی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و شهید اکبرآبادی تهران انجام شده است. بر اساس سونوگرافی بارداری انجام شده در سه ماهه اول حاملگی، ۳۷۵ خانم باردار نرمال و ۸۷ خانم دارای میوم رحمی در بازه زمانی فوق وارد مطالعه شدند. فرم جمع‌آوری اطلاعات برای هر یک از افراد تکمیل شد و این زنان از زمان ورود به مطالعه تا یک روز پس از زمان زایمان از نظر بروز پیامدها و عوارض مامایی تحت پیگیری قرار گرفتند. زنان دارای بارداری‌های خارج رحمی، مرگ

## یافته‌ها

به میوم رحمی ۷ درصد و به طور کلی ۲ درصد بود. فراوانی جفت سرراهی در گروه مبتلا به میوم به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بود ( $PR=2/09; P<0/001$ ).

میزان فراوانی دکولمان جفت در دو گروه کنترل و دارای میوم تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. (جدول ۱)

فراوانی سزارین در گروه کنترل ۶۱/۴ درصد، در گروه دارای میوم ۸۰/۵ درصد و به طور کلی ۶۴/۷ درصد بود. فراوانی سزارین در گروه دارای میوم به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بود ( $PR=2/09; P<0/001$ ).

فراوانی وجود سابقه ناباروری در گروه کنترل ۸/۲ درصد، در گروه دارای میوم ۱۹/۵ و به طور کلی ۱۰/۳ درصد بود. فراوانی سابقه ناباروری در گروه دارای میوم به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بود ( $PR=2/7; P<0/001$ ).

فراوانی وجود سابقه خونریزی در سه ماه اول بارداری در گروه کنترل ۱۵/۲ درصد، در گروه دارای میوم ۴۳/۶ درصد و به طور کلی ۲۰/۵ درصد بود. فراوانی وجود سابقه خونریزی در سه ماه اول بارداری اخیر در گروه دارای میوم به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه کنترل بود ( $PR=4/3; P<0/001$ ).

فراوانی خونریزی شدید بعد از زایمان در گروه کنترل صفر درصد، در گروه دارای میوم ۵/۱ درصد و به طور کلی ۰/۹ درصد بود. فراوانی خونریزی شدید بعد از زایمان در گروه دارای میوم به طور

دامنه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه بین ۱۵ تا ۴۵ سال با میانگین ۲۷/۴ سال [۱۶/۲-۳۸/۶] CI، ۹۵٪. حداقل سن بارداری در زمان ختم بارداری ۵ هفته و حداکثر آن ۴۲/۵ هفته با میانگین ۳۶ هفته [۲۲/۸-۴۹/۲] CI، ۹۵٪. حداقل وزن نوزادان متولد شده (بالای ۲۰ هفته حاملگی)، ۶۰۰ گرم، حداکثر آن ۵۱۰۰ گرم و میانگین آن ۳۰۰۹/۸ گرم [۱۵۸۱/۲-۴۴۳۸/۴] CI، ۹۵٪ و حداقل طول مدت زایمان در زایمان‌های طبیعی انجام شده، ۱/۵ ساعت، حداکثر آن ۲۳ ساعت و میانگین آن ۷/۳ ساعت بود.

از میان ۴۶۲ بارداری پیگیری شده در مطالعه حاضر، ۲۲ بارداری به سقط جنین منتهی شد (۴/۷ درصد). میزان سقط جنین در زنان دارای میوم رحمی با اختلاف آماری معنی‌داری بیش از زنان گروه کنترل بود. (جدول ۱)

از میان ۴۴۰ بارداری بالای ۲۰ هفته، ۱۱۹ بارداری به صورت زایمان پره‌ترم ختم گردید (۲۷ درصد) فراوانی زایمان پره‌ترم در گروه دارای میوم ۳۳/۷ درصد و در گروه نرمال ۲۵/۶ درصد بود ولی این اختلاف فراوانی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

درصد فراوانی پارگی زودرس کیسه آب در خانم‌های تحت مطالعه ۱۲/۲ درصد بود که این میزان در دو گروه نرمال و مبتلا به میوم رحمی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت.

فراوانی جفت سرراهی در گروه کنترل ۰/۸ درصد، در گروه مبتلا

جدول ۱- ارتباط میان میوم و پیامدهای بارداری در افراد مورد مطالعه

پیامد مورد بررسی	گروه دارای میوم (%) (n=۸۷)	گروه کنترل (%) (n=۳۷۵)	P Value	R.R.	۹۵% CI of RR
جفت سرراهی	۷/۷	۰/۸	۰/۰۰۰	۱۰/۱	۲/۵-۴۱/۵
زایمان به روش سزارین	۸۰/۵	۶۱/۴	۰/۰۰۱	۲/۰۹	۱/۴-۴/۷
جدا شدن زودرس جفت	۵/۱	۲/۴	۰/۲۵	۲/۱	۰/۶۵-۷/۲
زایمان زودرس	۳۳/۷	۲۵/۶	۰/۱۵	۱/۴۸	۰/۸۷-۲/۵
پاره شدن زودرس پرده های جنینی	۱۰/۳	۱۲/۶	۰/۷۰	۰/۷۹	۰/۳۶-۱/۸
پرزانتاسیون غیرسفالیک	۱۶/۸	۹/۰	۰/۰۴۲	۲/۰۳	۱/۰۱-۴/۱
خونریزی شدید بعد از زایمان	۵/۱	۰/۰	۰/۰۰۱	∞	—
سقط	۱۱/۴	۳/۲	۰/۰۰۱	۳/۹	۱/۶-۹/۴
خونریزی در سه ماهه اول	۴۳/۶	۱۵/۲	۰/۰۰۰	۴/۳	۲/۶-۷/۲

در بررسی انجام شده از نظر محل قرارگیری میوم در زنان مبتلا، ۴۲/۵ درصد افراد این مطالعه میوم اینترامورال، ۳۶/۷ درصد میوم ساب سروزال، ۳/۴ درصد میوم ساب موکوزال، ۱۴/۹ درصد هر دو نوع میوم ساب سروزال و اینترامورال و نهایتاً ۲/۲ درصد از زنان، هر دو نوع میوم ساب سروزال و ساب موکوزال داشتند. در آنالیز انجام شده به تفکیک محل میوم، بیشترین فراوانی وجود سابقه نازایی در گروه دارای میوم ساب موکوزال مشاهده شد. بدین ترتیب که ۶۰ درصد زنانی که حداقل یک میوم ساب موکوزال داشتند، سابقه نازایی مثبتی داشتند در حالی که این میزان در کل افراد دارای میوم، ۱۹/۵ درصد بود.

پس از تقسیم بندی بیماران مبتلا به میوم بر اساس سایز میوم به دو دسته بزرگتر و کوچکتر از ۵۰ mm، ۴۴ بیمار (۶۱/۱٪) میوم کوچکتر از ۵۰ mm و ۲۸ بیمار (۳۸/۸٪) میوم بزرگتر از ۵۰ mm داشتند. فراوانی خونریزی شدید بعد از زایمان در گروه دارای میوم بزرگتر از ۵۰ mm، ۲/۱۴ درصد و در گروه دارای میوم کوچکتر از ۵۰ mm، صفر درصد بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0/01$ ). فراوانی سایر پیامدهای بارداری در این دو گروه بزرگتر و کوچکتر از ۵۰ mm تفاوت آماری معنی داری نداشت.

در طول مطالعه یک مورد پارگی رحم در هفته ۳۳ بارداری در یک خانم ۲۸ ساله با سابقه میومکتومی شکمی در ۵ سال قبل به دلیل میومهای متعدد با حداکثر سایز ۱۵ cm مشاهده شد که بیمار نجات پیدا کرد.

در آنالیز چند متغیره مشخص گردید که از بین عوامل سن مادر، تعداد بارداری، تعداد زایمان و ابتلا به میوم فقط ابتلا به میوم رحمی دارای اثر مستقل بر شانس ابتلا به خونریزی در سه ماهه اول می باشد ( $P < 0/01$ );  $OR = 3/8$ ;  $95\%CI [2/1 - 6/7]$  و در مورد شانس خونریزی در پس از زایمان از بین متغیرهای مورد بررسی شامل سن مادر، سن بارداری، وزن نوزاد، نوع زایمان، نوع پرزانتاسیون، زایمان زود رس، پاره شدن زودرس پرده‌های جنینی، جفت سرراهی، جدا شدن زود رس جفت و ابتلا به میوم رحمی فقط داشتن جفت سرراهی به عنوان عامل موثر بر ابتلا به خونریزی شدید پس از زایمان شناخته شد ( $P < 0/014$ );  $OR = 2/5$ ;  $95\%CI [1/9 - 3/47/1]$  و سایر عوامل اثر مستقلی بر

معنی داری بیش تر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ).

فراوانی پرزانتاسیون غیر سفالیک در گروه کنترل ۹ درصد، در گروه دارای میوم ۱۶/۸ درصد و به طور کلی ۱۰/۴ درصد بود. فراوانی پرزانتاسیون غیر سفالیک در گروه دارای میوم به طور معنی داری بیش تر از گروه کنترل بود ( $PR = 2/03$ ;  $P < 0/05$ ). فراوانی محدودیت رشد داخل رحمی که بر اساس مقایسه وزن و سن بارداری نوزادان با نمودار رشد نوزادان پره ترم (۱۲) به دست آمد و در هر دو گروه ۲/۵ درصد بود. که این میزان در دو گروه فوق، اختلاف آماری معنی داری نداشت. (جدول ۱)

میانگین وزن هنگام تولد نوزادان در گروه کنترل ۳۰۵۴/۷ گرم ( $95\%CI (1703/5 - 4405/9)$ ) به صورت معنی داری کمتر از میانگین وزن هنگام تولد نوزادان در گروه دارای میوم ۲۷۹۸/۴ گرم ( $95\%CI (1103/4 - 4493/4)$ ) بود ( $P < 0/001$ ).

میانگین سن مادر در گروه دارای میوم، ۳۱/۴ سال ( $95\%CI (23 - 39/8)$ ) به طور معنی داری بیش تر از میانگین سن مادر در گروه کنترل، ۲۶/۵ سال ( $95\%CI (15/5 - 37/5)$ ) بود ( $P < 0/001$ ) (شکل ۱). میانگین سن بارداری در گروه دارای میوم، ۳۳/۳ هفته ( $95\%CI (14/1 - 52/5)$ ) به طور معنی داری کم تر از گروه کنترل، ۳۶/۷ هفته ( $95\%CI (25/7 - 47/7)$ ) بود ( $P < 0/001$ ).

توزیع سایر متغیرهای کمی از جمله گراویدیتی، پاریتی، سابقه سقط و طول مدت زایمان در دو گروه کنترل و دارای میوم تفاوت آماری معنی دار نداشتند.

از میان ۸۷ خانم مبتلا به میوم، ۴۹ نفر، میوم منفرد و ۳۸ نفر بیش از یک میوم داشتند. در مقایسه فراوانی انواع پیامدهای مامایی در دو گروه فوق، فقط میزان سقط جنین و پرزانتاسیون غیر سفالیک در این دو گروه اختلاف معنی داری داشت و سایر پیامدهای مورد بررسی در این دو گروه اختلاف آماری معنی داری نداشتند. فراوانی سقط در گروه دارای بیش از یک میوم (۲/۶ درصد) کمتر از میزان آن در گروه دارای میوم منفرد با ۱۸/۳ درصد بود ( $P = 0/038$ );  $PR = 0/12$ ;  $95\%CI (0/015 - 0/95)$ .

همچنین فراوانی پرزانتاسیون غیر سفالیک در گروه دارای بیش از یک میوم (۲۷ درصد) بیش از فراوانی آن در گروه دارای میوم منفرد (۷/۵ درصد) بود ( $P = 0/032$ );  $PR = 1/1$ ;  $95\%CI [1/1 - 1/2]$ ;  $PR = 4/6$ .

می‌شود ولی میزان زایمان پره‌ترم، PROM، دکولمان جفت و IUGR در دو گروه دارای میوم و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشت. در مطالعه‌ی گذشته‌نگر انجام شده توسط Coronado و همکاران (۳)، میزان دکولمان جفت در گروه دارای میوم تقریباً ۴ برابر گروه کنترل و میزان PROM در گروه دارای میوم تقریباً ۲ برابر گروه کنترل محاسبه شد ولی در مطالعه‌ی گذشته‌نگر انجام شده توسط Qidwai و همکاران (۴)، میزان دکولمان جفت و PROM در دو گروه دارای میوم و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشت. میزان زایمان پره‌ترم در هر دوی این مطالعات و در مطالعه‌ی Baloniak و همکاران (۶)، در گروه دارای میوم به طور معنی‌دار بیش‌تر از گروه کنترل محاسبه گردیده است (OR = ۱/۴۵). ولی بنابر نتیجه‌ی اغلب مطالعات ارتباطی میان IUGR و میوم‌های ایترامورال و ساب‌سروز وجود ندارد. (۳، ۵، ۶، ۱۳)

در صورت وجود ارتباطی واقعی میان میوم و زایمان پره‌ترم یا دکولمان جفت یا PROM، یکی از دلایلی که می‌توان جهت توجیه نقص مطالعه‌ی حاضر در نشان دادن این ارتباط ارائه کرد بدین شرح است: هر دو مرکز انجام مطالعه (بیمارستان‌های شهید اکبر آبادی و حضرت رسول اکرم (ص)) مراکز دانشگاهی و مجهز به بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان و بزرگسالان می‌باشند و این امر آن‌ها را به مراکز ارجاعی (Referral) تبدیل کرده است. از این رو میزان زایمان پره‌ترم (۲۵/۶٪)، دکولمان جفت (۲/۴٪) و PROM (۶/۱۲٪) در گروه کنترل انتخاب شده از این مراکز بالاتر از مقادیر موجود در جامعه‌ی عمومی می‌باشد که خود سبب کم‌رنگ شدن اختلاف میزان عوارض فوق در گروه دارای میوم و کنترل می‌شود.

این مطالعه با درصد بالاتر بروز خونریزی در سه ماه اول بارداری، میانگین وزنی کم‌تر نوزاد هنگام تولد، میانگین سن بارداری کم‌تر در زمان تولد و سن بالاتر مادر در بارداری‌های همراه با میوم نسبت به بارداری‌های کنترل همراه بود. ولی میانگین طول مدت زایمان واژینال، تعداد سقط‌های قبلی مادر، گراویدیتی و پاریتی مادر در دو گروه دارای میوم و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشت.

در مطالعه‌ی Qidwai و همکاران (۴)، سن بالای مادر با وجود میوم در ارتباط بود، هیچ اختلافی در میانگین زمان زایمان واژینال در

ابتلا به خونریزی شدید پس از زایمان نداشتند. البته با توجه به ابتلای کلیه افراد دارای خونریزی شدید پس از زایمان به میوم رحمی، مدل رگرسیونی قادر به محاسبه میزان تاثیر مستقل نبود و در این زمینه نتایج آنالیز دو متغیره و میزان RR گزارش شده مورد استناد قرار می‌گیرد.

همچنین مدل رگرسیونی در تحلیل عوامل موثر بر ابتلا به میوم رحمی نشان داد که تعداد بارداری‌ها دارای ارتباط معکوس با شانس ابتلا به میوم رحمی است ( $P < 0.001$ ; [OR = ۰/۷۲ - ۰/۰۴]); و سن مادر نیز دارای ارتباط مستقیم با احتمال ابتلا به میوم رحمی است ( $P < 0.001$ ; [OR = ۱/۱۸ - ۱/۳۴]); بدین معنی که با افزایش هر عدد سابقه بارداری احتمال میوم ۰/۵۴ برابر و با افزایش هر سال سن مادر احتمال میوم ۱/۲۶ برابر می‌گردد.

به علاوه پس از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سن مادر، پاریتی، سن بارداری و پرزانتاسیون جنین، ریسک سزارین در دو گروه دارای میوم و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار نداشت، ولی جفت سرراهی هم‌چنان در گروه دارای میوم بیش‌تر از گروه کنترل بود ( $P < 0.01$ ; [OR = ۷/۳۴; ۹۵٪ CI [۱/۶۱ - ۳۳/۴۱]]).

## بحث و نتیجه‌گیری

درمورد اثرات قبل، حین و پس از زایمان میوم اختلاف نظر وجود دارد بر اساس نظر برخی پژوهشگران میوم‌ها ندرتاً بر پیامدهای بارداری تاثیر می‌گذارند و اغلب بیماران بارداری و زایمان را بدون عارضه‌ای مهم پشت سر می‌گذارند. (۲، ۶-۹)

ولی برخی معتقدند بروز عوارضی چون سقط خود به خودی، پرزانتاسیون غیر سفالیک، دکولمان جفت، PROM، مالپوزیشن، زایمان پره‌ترم، جفت سرراهی، خونریزی شدید بعد از زایمان و میزان سزارین، با حضور میوم افزایش پیدا می‌کند. (۱۰-۱۳)

در برخی از این مطالعات اثر ساینز، تعداد و محل میوم بر روی بروز این عوارض مد نظر قرار گرفته است.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، میوم در طول بارداری به عنوان ریسک فاکتوری قابل توجه برای افزایش عوارضی چون سقط خود به خودی سه ماهه اول بارداری، جفت سرراهی، پرزانتاسیون غیر سفالیک، خونریزی شدید بعد از زایمان و میزان سزارین محسوب

اختلاف معنی داری با گروه دارای میوم کوچک تر از ۵cm نداشت و تنها خونریزی شدید بعد از زایمان در این دو گروه اختلاف معنی دار داشت (۱۴/۲٪ در برابر ۰ درصد).

در این بررسی فراوانی پره اکلامپسی در گروه دارای میوم ۱۲/۶۴ درصد محاسبه شد که در مقایسه با فراوانی پره اکلامپسی در جمعیت عمومی (۵ درصد) بسیار بالاتر بود که این مسئله زمینه ساز مطالعات تکمیلی دیگر جهت تعیین ارتباط احتمالی میان میوم و پره اکلامپسی می باشد.

هر چند مطالعه صورت گرفته یک مطالعه آینده نگر بود و از بسیاری از خطاهای یک مطالعه گذشته نگر مصون بود، لیکن بدون محدودیت و خطا نبود. تا حد امکان سعی در حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده شد ولی احتمال وجود سایر متغیرهای مخدوش کننده به قوت خود باقی است.

امید است نتایج حاصل از این مطالعه در برنامه ریزی مراقبت های پره ناتال و آموزش لازم به بیماران مفید واقع گردد و توصیه می شود در زنان باردار مبتلا به میوم مخصوصاً میوم بزرگتر از ۵۰ mm، امکانات لازم برای کنترل خونریزی شدید بعد از زایمان در زمان ختم بارداری فراهم باشد.

متاسفانه به دلیل محدودیت های زمانی و مکانی، حجم نمونه این مطالعه (۸۷ بیمار دارای میوم و ۳۷۵ نفر بعنوان گروه کنترل) کم بود که باعث کاهش قدرت مطالعه در بیان ارتباط میان میوم و برخی پیامدهای بارداری شد. لذا مطالعات تکمیلی که در دامنه های زمانی وسیع تر و با حجم نمونه بیشتر انجام شود نتایج قطعی و معتبرتری به جامعه پزشکی ارائه خواهد کرد.

دو گروه دارای میوم و کنترل مشاهده نشد و ارتباطی میان پاریتی مادر و میوم وجود نداشت.

وزن و سن بارداری کم تر نوزادان مادران دارای میوم بیانگر بیش تر بودن میزان زایمان پره ترم (IUGR (intra uterine growth Retard) و در این گروه نسبت به گروه کنترل می باشد. (هر چند این اختلاف در مطالعه حاضر معنی دار نبود). در مطالعه ی Benson و همکاران (۱۰) و مطالعه ی Coronado و همکاران (۳)، میزان خونریزی در سه ماه اول بارداری و سقط خود به خودی جنین در گروه دارای میوم، دو برابر گروه کنترل بود و میزان آن به طور معنی داری در گروه دارای میوم های متعدد بیش تر از گروه دارای میوم منفرد بود ولی سائز و محل میوم ارتباط معنی داری با میزان سقط خود به خودی نداشت. در مطالعه حاضر، میزان خونریزی در سه ماه اول بارداری و سقط خود به خودی در گروه دارای میوم به طور معنی داری بیش تر از گروه کنترل بود. ولی میزان سقط خود به خودی در گروه دارای میوم منفرد بیش از گروه دارای میوم های متعدد بود (۱۸/۳٪ در برابر ۲/۶٪ و  $p=0/038$ ). انجام مطالعاتی بزرگتر جهت تعیین اثر واقعی تعداد میوم بر میزان سقط خود به خودی محصولات حاملگی ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه ی Vergani و همکاران (۵)، سائز بزرگ تر از ۵ cm میوم و قرار گرفتن میوم در ناحیه سگمان تحتانی سبب افزایش معنی دار میزان زایمان سزارین نسبت به میوم کوچک تر از ۵ cm و قرار گرفتن میوم در ناحیه فوندوس شد ولی میزان سزارین در دو گروه دارای میوم متعدد و منفرد تفاوت معنی دار نداشت.

در این مطالعه میزان سزارین در گروه دارای میوم بزرگ تر از ۵ cm

## References

- 1- Berek J.S. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ;2007,
- 2- David James, et al. High risk pregnancy, Management options. 3th ed. U.S.A: Elsevier Saunder; 2006.
- 3- Coronado G.D, Marshall L.M., Schwartz S.M. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):764-9.
- 4- Qidwai G.I., Caughey A.B., A.F. Jacoby. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006;107(2):376-82.
- 5- Vergani P., et al. Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? *Am J Perinatol* 1994;11(5):356-8.
- 6- Baloniak B., et al. The incidence of uterine leiomyomas in pregnancy and their influence upon its course. *Ginekol Pol* 2002;73(4):260-5.
- 7- Parker W.H., Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril* 2007;87(4):725-36.
- 8- Practice committee of the American society for reproductive medicine. Myomas and reproductive function. *Fertil Steril* 2004;82 Suppl 1(1): p.S111-6.

- 9- Roberts W.E., et al. The impact of leiomyomas on pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999;39(1):43-7.
- 10- Benson C.B., et al. Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography in the first trimester. *J Clin Ultrasound* 2001;29(5):261-4.
- 11- Katz V.L., Dotters D.J., W. Droegemeuller. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;73(4):593-6.
- 12- Sheiner E., et al. Obstetric characteristics and perinatal outcome of pregnancies with uterine leiomyomas. *J Reprod Med* 2004;49(3):182-6.
- 13- Cooper, N.P. and S. Okolo. Fibroids in pregnancy-common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(2):132-8.

## Obstetric outcomes in pregnant women with and without uterine leiomyoma

\*Maryam Hashemnejad M.D.<sup>1</sup>, Elahe Sariri M.D.<sup>2</sup>, Mansooreh Vahdat M.D.<sup>2</sup>, Tahereh Larijani M.D.<sup>3</sup>, Masoud Ahmadzad-Asl M.D.<sup>4</sup>, Mohammad Vaseie M.D.<sup>5</sup>

Received: 3 Jun 2008

Accepted: 2 Aug 2008

### Abstract

**Background:** Uterine leiomyomas (myomas) are the most frequent benign uterine tumors, several studies have suggested that each leiomyoma arises from a single neoplastic cell within the smooth muscle of myometrium and in 4 percent of pregnant women, sonographically detectable myomas are present.

**Methods and materials:** A cohort study done in years of 1385-86 to compare obstetric outcomes between normal pregnant and pregnant women with myomas, 87 pregnant with myoma and 375 normal pregnant selected for pre, intra and post partum complications.

**Results:** Myoma in pregnancy is a risk factor for first trimester bleeding, spontaneous first trimester abortion, placenta previa, noncephalic presentation, post partum hemorrhage and cesarean delivery but frequency of preterm labor, premature rupture of membrane, placental abruption and intra uterine growth restriction were not different between group with myoma and control group. Furthermore the rate of post partum hemorrhage in group with myoma larger than 5cm in diameter was greater than in group with myoma 5cm or smaller in diameter ( $P=0.02$ ). After multiple logistic regression analysis, advanced maternal age, nulliparity were independently associated with presence of myoma in pregnancy.

**Conclusion:** Presence of myoma documented by gestational sonography is associated with high risk pregnancies which necessitate patient education and labor staff preparation for intra and post partum probable complications controlling.

**Keywords:** Leiomyoma, obstetric outcome, sonography.

1- (\*Corresponding Author) Resident of obstetrics & gynecology, Iran university of medical science, Rassul Akram hospital, Tehran, Iran. Tel: 021-44476796 Email: hashemnejadmaryam@gmail.com

2- Obstetrics & Gynecologist, Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

3- Radiologist, Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

4- Research methodology and biostatistics consultant, Nikan Health Researchers Institute, Tehran, Iran.

5- General Practitioner. Tehran. Iran.