

از : اصفهان

## اندوهرتورپوز

نکارش

دکتر محمد میردامادی

ضایعات این بیماری که نه دارای خواص تومورها و نه واکنش‌های التهابی است ( بروک - و رانگو ) وازمدتها قبل بهنگام اعمال جراحی مورد توجه جراحان قرار میگرفت امروز از نظر پاتوژنی و درمانی مورد بحث و مذاکرات مفصلی قرار میگیرد .

آسیب‌شناسی - ضایعات غالباً بصورت تومورهای کوچک و بزرگ نیک‌خیمی است که محل آنها معمولاً عضلات زهدان ، لوله‌های تخمدان ، صفاق مهبل و بالاخره تمام قسمتهای ناحیه تناسلی زنان میباشد. تومورهای فوق‌الذکر ممکن است بصورت منفرد ، متعدد ، پایه‌دار و پراکنده در نقاط مختلف درآیند . از نظر میکروسکوپی ضایعات بصورت تجمعی از سلول‌های مخاطی زهدان است که اطراف آنها را گستر سلول زائی فراگرفته آنرا بصورت زهدان ک-وچک و ظریفی که دارای هیچگونه مجرای خارجی نیست درآورده است. مخاط این ضایعات حفره‌ئی شکل همچون مخاط زهدان تحت تأثیر هورمونهای تناسلی قرار گرفته و تغییرات مشابهی مانند مخاط زهدان در آن بظهور میرسد و حتی در دوران آبستنی منظره دسیدوآل بخود میگیرد . اطراف این حفره ها را الیافی عضلانی فراگرفته آنها را بصورت تومورهای کوچک و بزرگی (ادنومیوم) درمیآورد. در هر صورت این تومورها بصورت گوناگون دیده میشود . گاهی فقط در قسمت سطحی عضلات زهدان فرورفته بعلت ارتباطی که با زهدان دارند تظاهرات پاتولوژیکی خاصی از خود نشان نمیدهند و در این حالت آنها را آندومیوزیس- اوتری - انترنا مینامند . در صورتیکه تومور فرورفتگی بیشتر در عضلات زهدان پیدا کرده هیچگونه ارتباطی هم با زهدان نداشته باشد آنگاه بصورت تومور بزرگی درآمده مانند فیبرم های زهدانی حس میگردد . منتها برخلاف فیبرم ها دارای سطح و حدود مجزائی نبوده بعلاوه داخل

آنها حفراتی است پر از مایعی خونین و چسبنده (اندومتر یوم) این نوع تومورها غالباً پراکنده بوده ولی ممکن است بطور منفرد در محل التفای لوله و زهدان بصورت برجستگی بنفش رنگی دیده شود.

اندومتر یوز لوله تخمدان معمولاً محدود و مخفی است و فقط هنگامیکه تخم لقاح شده‌ای از لوله بگذرد اگر با مخاط آن تماس پیدا کند بلافاصله در آن لانه-گزینی کرده تولید آبستنی خارج از زهدان مینماید. اگر اندومتر یوز لوله پراکنده باشد معمولاً تولید هماتوسالپنکس خواهد نمود.

در سطح تخمدانها اندومتر یوز بصورت کیسه‌های شکلاتی رنگ دیده میشود که گاهی اوقات تولید چسبندگی نموده سبب پیدایش حفرات کوچک سفت یا کیسه-های سیاه رنگ مینماید. دانشمندان انگلو-آمریکن آنها را کیست‌های قیری مینامند و محتویات این کیسه‌ها خون سیاه رنگ چسبنده‌ئی میباشد.

صفاق لگن ممکن است محل پیدایش این ضایعه بوده و اندومتر یوز بصورت دانه‌های کوچک شرابی رنگی در آن دیده شود. محل این دانه‌ها سطح خلفی تنگه زهدان یا رباطات زهدان یا صفاق مثانه میباشد.

اندومتر یوز مهبل و جوشگاه جدار شکم و صفاق بندرت دیده میشود.

آدنو-میوم جدار مهبل و رکتوم معمولاً بصورت صفحات سفت یا تومورهای سرطانی شکل در آمده چسبندگی زهدان و رکتوم را فراهم مینماید.

پاتوژنی- هنوز در این باب فرضیه قانع کننده‌ئی وجود ندارد بعضی هیپر فلیکولین امی را در پیدایش این بیماری مؤثر دانسته و بدین مناسبت در مانهای هرمونی را تجویز میکنند. بعضی دیگر آنها پیوند حاصله از تماس از مخاط زهدان تصور کرده و گمان میکنند بوسیله مجاری لنفاوی و وریدی پراکنده گشته است. همچنین فرضیه جنینی و فرضیه سمپسون یا برگشت خون قاعدگی به لوله‌ها را باید در نظر داشت.

علائم بالینی - این بیماری دارای علائم متغیر و مختلفی است. گاهی هیچگونه علامتی ندارد. بندرت هم ممکن است خونریزیهای داخل صفاقی شدید ایجاد نماید.

شروع این بیماری پس از بلوغ بوده و با دشواری قاعدگی آغاز میگردد. دشواری قاعدگی حاصله بسیار شدید و با هیچگونه درمانهای دارویی بهبود نمی یابد. غالباً دیررس بوده روزهای دوم و سوم قاعدگی شدت پیدا میکند و علت دشواری قاعدگی بواسطه اتساعی است که خونریزیهای حاصله بجدار حفرات ضایعات اندومتر یوز وارد میآورند. ممکن است بیمار علاوه بر این بعلت نازائی یا بعلت خونریزیهای نامرتب و اختلالات قاعدگی مراجعه نماید، در هر صورت پس از معاینه ممکن است حدس فیبرم زهدان، رترورسیون، کیست تخمدان، تومورهای رباط عرضی و غیره زده شود و چون از طرفی دشواری قاعدگی و یا مترورائی حاصله با درمانهای دارویی بهبود نیافته است بناچار دست بعمل میزنیم و پس از عمل حقیقت ضایعه مربوطه را مشاهده مینمائیم.

هیچگاه این بیماری متاستاز نداده سبب پراکنندگی بنقاط دور دست نمیکردد. بتدریج بزرگ شده ولی نسوج اطراف خود را منهدم نمیسازد. اندومتر یوز مهبل بصورت لکه های آبی رنگ دیده میشود و یا آنکه بصورت دانه های سرب در بن بست دو گلاس حس میگردد.

اندومتر یوز مثانه را با سیستوسکوپی مشخص مینمایند و اندومتر یوز جوشگاه زخمها و ناف و مجرای مغبنی با پوسه های قاعدگی و رنگ آبی آنها و بالاخره پس از عمل شناخته میشود. اندومتر یوز جدار مهبل و رکتوم معمولاً تولید دردهائی بهنگام اجابت مزاج نموده ممکن است سبب خونریزیهای روده ای شود. دشواری مقاربت در این نوع زیاد دیده میشود. گاهی نوع اخیر تومور سبب تنگی مقعد را فراهم ساخته با سرطان این ناحیه اشتباه میگردد. بالاخره بهنگام معاینه زهدان را بزرگتر از معمول حس کرده آنرا متصل بر رکتوم مییابیم. لوله ها را کیسه ای شکل و تخمدانها را بزرگ و دانه های سفتی در رباطات زهدان احساس میکنیم.

درمان - در این بیماری چهار نوع وسیله درمانی وجود دارد: ۱ - جراحی  
 ۲ - رادیوتراپی ۳ - درمانهای هرمونی ۴ - درمانهای تسکین دهنده و علامتی  
 الف - در صورتیکه از نظر بالینی احتمال این بیماری داده شود اگر بیمار

زنی است که بسن یائسگی نزدیک میگردد باید رادیوتراپی بعمل آید چه از کار افتادن تخمدانها در این سن زیاد مانعی ندارد اما اگر بیمار زن جوانی است باید ابتدا با درمانهای هرمونی معالجه را شروع نمود و معمولاً پروپیونات تستوسترون بمقدار ۱۷۰ تا ۲۰۰ میلی گرام و حتی ۵۰۰ میلی گرام (مولونگه) میتواند در هر ماه تجویز نمود. در صورتیکه مؤثر واقع نگشت بعمل جراحی مبادرت ورزید.

ب- اگر اندومتر یوز پس از باز کردن شکم شناخته شده است در این هنگام اگر بیمار جوان بوده ضایعه محدود بیک یا دو عضو باشد باید ضایعه مربوطه را در آورده ولی باید دانست که غالب این بیماران بعلت نازائی مراجعه مینمایند بنابراین باید در عمل محافظه کار بود و فقط هنگامیکه ضایعه پراکنده و منتشر است بهیسترکتومی کامل یا سوبتوتال و در آوردن هر دو تخمدان و یادر آوردن دو تخمدان بتنهائی مبادرت جست. نیز باید دانست که غالب بیماران مبتلا بدشواری قاعدگی میباشند بنابراین باید عصب پره ساکره را قطع کرد ولی اگر بیمار زن نسبتاً مسنی بود باید عمل بطور کامل انجام گیرد یعنی اگر ضایعه محدود بود برداشته و اگر بیشتر بود هیسترکتومی کامل با در آوردن هر دو تخمدان انجام گیرد.

ج- در ادنومیوم های رکتوواژینال در صورتیکه تنگی روده را فراهم آورده باشد بآمپوتاسیون و در آوردن روده اقدام مینمایند والا باید تخمدانها را در هر دو طرف در آورده اگر زن جوان بود فقط بکاشتن قرص پروپیونات تستوسترون مبادرت جست. در آوردن اندومتر یوز رباط گرد را باید با عمل فتقی که غالباً بهمراه دارد انجام داد در اندومتر یوز مثانه باید سیستکتومی جزئی نمود.

مدارك و ماخذ

- ۱ - سخنرانیهای کلاس درس جناب آقای دکتر صالح
- ۲ - Hormonothérapie gynécologique. Varangot
- ۳ - Gynecologie. A. Laffaut
- ۴ - La presse Medicale N.27.1948. Mathieu
- ۵ - Gynécologie Dencker