

تدبير النزف الرحمي الشاذ لدى مريضات الأورام الليفية الرحمية

طالب الدكتوراه الدكتور محمد حمدان*

الأستاذ المساعد الدكتور سعيد حويجة***

الأستاذ المشرف أ.د. محمد نذير ياسمينية**

الملخص

خلفية البحث وهدفه: هدفت الدراسة إلى تقويم معالجة النزف الرحمي الشاذ العضوي الناجم عن الأورام الليفية الرحمية بواسطة اللولب داخل الرحم المحرر لليفونورجستريل.

طرائق البحث: أجريت دراسة عملية مستقبلية على 43 مريضة كنّ يعانين من النزف الرحمي الشاذ وتحديداً: أمّا من زيادة مدة الطمث وغازاته، أو من غزارة الطمث أو من المشكلتين معاً في آن واحد، أحياناً. تم وضع التشخيص النهائي بعد نفي الأسباب اللاعضوية للنزف الرحمي الشاذ (النزف الرحمي الوظيفي) والأسباب العضوية الأخرى عدا الأورام الليفية الرحمية. أُدخلَ اللولب داخل الرحم المحرر لليفونورجستريل (بمعدّل 20 ميكروغراماً / 24 ساعة) لكل مريضة من مريضات الدراسة.

النتائج: أظهرت متابعة المريضات بعد 6 أشهر من بدء العلاج أنّ 26 مريضة (60.46%) قد تخلّصن من النزف الرحمي الشاذ، في حين ارتفع عدد المريضات اللاتي تخلّصن من النزف الرحمي الشاذ بعد سنة كاملة من بدء العلاج إلى 35 مريضة (81.39%).

الاستنتاج: بناء على معطيات هذه الدراسة تعدّ هذه الطريقة في علاج النزف الرحمي الشاذ فعّالة جداً وأمنة، ممّا يشجّع على تطبيقها.

الكلمات المفتاحية: النزف الرحمي الشاذ العضوي - اللولب داخل الرحم المحرر لليفونورجستريل.

* قسم التوليد - كلية الطب - جامعة دمشق - مستشفى دار التوليد وأمراض النساء الجامعي

** قسم التوليد - كلية الطب - جامعة دمشق

*** قسم الأشعة - كلية الطب - جامعة دمشق

The Management of Abnormal Uterine Bleeding in Patients with Uterine Fibroids

Candidate of Doctorate Dr. Mohamad Hamdan *

Mentor: Prof. Dr. Muhamed Nazir Yasmineh **

Dr. Saeed Huwajeh ***

Abstract

Background and Objective: evaluation the treatment of organic abnormal uterine bleeding (OAUB) caused by uterine fibroids using intra uterine device (IUD) releasing levonorgestrel.

Methods: This practical, prospective included 43 patients complaining from OABD, exactly from menorrhagia, hypermenorrhea or from both together simultaneously, sometimes.

The final diagnosis is made after exclusion the non organic causes of AUB: dysfunctional uterine bleeding and the other organic causes except uterine fibroids.

The management by IUD – releasing levonorgestrel in the rate of 20ug/24 hours is applied on each patient of our study.

Results: The follow – up of the patients after 6 months from the onset of treatment revealed: 26 patients (60.46%) relieved form AUB, whereas the number of patients who relieved from AUB after one year from the onset treatment increased to 35 patients (81.39%).

Conclusions: According the study's data, this method of management AUB is considered very efficient and safe, encouraging us to apply it.

KeyWords: Organic abnormal uterine bleeding, Intra uterine device – releasing levonorgestrel.

* Faculty Of Medicine Damascus University Dep. Of Gyn. Obstet., Dar Al – Tawlid Hospital

** Dep. Of Gyn. OB. Faculty Of Medicine- Damascus University

*** DEP. OF- Faculty Of Medicine Damascus University Assoc. Prof

المقدمة:

الطمثي بشكل عام بأنه فقدان لكمية من دم الطمث أكثر من 80 مل.

التشخيص:

سيأتي ذكر ذلك مفصلاً لاحقاً .

المعالجة: 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100.

أ- المعالجة الهرمونية:

1- مركبات البروجسترون عن طريق الفم أو الحقن العضلي.

2- موانع الحمل المركبة: توصف للنساء الشابات، وهي قليلة الفاعلية.

3- الدانازول: وهو مشتق من التستوستيرون، يؤدي إلى إقلال كمية النزف بنسبة 60%، ولكنه غير مرغوب فيه بسبب آثاره الجانبية المذكورة.

4- شواد موجهاة القند: ويجب عدم استخدامها مدة تزيد على 6 أشهر، وذلك نظراً إلى احتمال إحداثها ترققاً عظمية.

5- المعالجة الهرمونية المعیضة: تفيده في علاج المريضات حول سن الإياس.

6- اللوالب داخل الرحم المحررة لمادة الليفونورجستريل 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100.

تشير عدة دراسات إلى انخفاض كمية النزف بهذه الطريقة إلى 80%. يؤثر البروجسترون المتحرر من اللوالب بشكل مباشرة في البطانة الرحمية. يمكن أن تبقى اللوالب الحديثة فعالة حتى 7 سنوات.

المرضيّات: إنّ النزف الرحمي الشاذ شائع جداً^{1،2}، ويقف وراء معظم حالات توجّه النساء إلى العيادات النسائية في المشافي^{3،4}، وقد يؤدي إلى نشوء مشاكل اجتماعية⁵، أو قد يكون سبباً في الانقطاع عن العمل⁵، وغالباً ما يؤثر في الصحة النفسية والمزاج لدى المريضة⁵.

من المتفق عليه أنّ النزف الرحمي الشاذ يعدّ من أهم الشكايات النسائية وأكثرها شيوعاً^{5،6}، وقد يتجلّى بنمط أو أكثر من الأنماط الآتية¹:

1- زيادة مدة الطمث وغازاته Menorrhagia

2- نزوف منتظمة بين الطموث Metrorrhagia

3- تعدد الطموث (عندما يكون الفاصل بين الطموث أقل من 21 يوماً) Polymenorrhea

4- غزارة الطمث (طمث منتظم غزير) Hypermenorrhea

5- نزف طمّثي رحمي Menometrorrhagia

6- انقطاع الطمث (مدة أكثر من 6 أشهر) Amenorrhea

7- ندرة الطموث (عندما يكون الفاصل بين الطموث أكثر من 35 يوماً) Oligomenorrhea

يعدّ الطمث متطاولاً في المدة عندما تزيد مدته على 7 أيام، ويعدّ غزيراً عندما تزيد كميته عن 80 مل.

تبلغ نسبة انتشار النزف الرحمي الشاذ لدى النساء في الأعمار 16-45 سنة نحو 30%، وما يزال السبب الأكثر شيوعاً لاستئصال الرحم.

يستمر الطمث بشكل متوسط 3-7 أيام، وتبلغ كمية الدم المفقودة بشكل متوسط 35 مل. ويعرّف النزف

المريضات من مراجعات العيادة النسائية أو إعادة الإسعاف في مستشفى دار التوليد وأمراض النساء الجامعي خلال مدة الدراسة، واللاتي كنّ يعانين من: زيادة مدة الطمث وغازاته، غزارة الطمث أو من المشكلتين معاً في آن واحد وفي مدد مختلفة. أي إن الشكاية الرئيسة كانت لدى بعضهن إما زيادة مدة الطمث وغازاته، أو غزارة الطمث. في حين عانت مريضات أخريات من الشكايتين معاً في آن واحد. ثم كانت هناك مدد أخرى حيث غابت إحدى الشكايتين في صفوف بعض المريضات لتظهر لدى مجموعة أخرى من المريضات لم يكن يعانين منها سابقاً وهكذا. ولم نجد أية علاقة تربط بين عدد الأورام الليفية وهاتين الشكايتين.

لذلك ونظراً إلى صعوبة الأمر في الفصل بين الشكايتين بشكل دائم من الناحية الزمنية، لم نعر اهتماماً لهذه المسألة، واعتمدنا على معيارين أساسيين في اختيار المريضات اللاتي شملتهن الدراسة:

مدة الطمث:

وكان التعامل مع المريضات فيما يتعلّق بهذا المعيار سهلاً جداً، فقد اعتمدنا أنّ متوسط مدة أيام الطمث الطبيعي 3-7 أيام، وعندما تزيد مدة الطمث على 7 أيام فإنّ الطمث يتحول إلى نزف رحمي شاذ.

كمية دم الطمث:

وهنا واجهتنا صعوبات جمّة، فمن المعروف أنّ تقدير كمية دم الطمث أمر شخصي بحت، وتكون التقديرات متفاوتة تفاوتاً كبيراً بين امرأة وأخرى، فكمية دم الطمث التي تعدّها امرأة ما عادية، قد تعدّها امرأة أخرى كبيرة جداً، أو على العكس.

حاولنا تطبيق ما يسمّى بالـ Menstrual Pictogram ومبدؤه حساب عدد الفوط النسائية ودرجة تشبّعها بدم

ب: مضادات حالات الليفين¹⁰: واستعمالها ضيق جداً.

ج: مضادات البروستاغلاندين (الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية).

وأشهرها حمض الميفيناميك. وهي تقلل كمية النزف الرحمي بنسبة 30%. يمكن إعطاء هذا العلاج خلال مدة الطمث فقط، ولكن لا تستطب المعالجة بها عند المريضات اللواتي في قصتهن المرضية قرحة هضمية أو معدية.

د: المعالجة الجراحية^{16 و25}: ويلجأ لها عند إخفاق المعالجات السابقة، وتشمل:

1- استئصال واجتثاث البطانة الرحمية: ويمكن أن يتم ذلك بعدة طرق.

2- استئصال الأورام الليفية الرحمية.

3- استئصال الرحم.

نوع الدراسة: دراسة عملية مستقبلية Prospective.

الهدف من الدراسة: تقويم مدى فاعلية علاج: زيادة مدة الطمث وغازاته Menorrhagia، غزارة الطمث Hypermenorrhea أو كليهما معاً بوساطة اللولاب داخل الرحم المحرّرة للليفونورجستريل. ولا توجد حاجة للمقارنة بنتائج التدبير بدواء غفل في مثل هذه الدراسات.

مكان الدراسة وزمانها: مستشفى دار التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق. امتدّت الدراسة من 2007/2/11م إلى 2009/5/28م.

الأهمية العلمية للدراسة: لقد أُجريت هذه الدراسة أول مرة على مستوى القطر العربي السوري.

مواد الدراسة وطرائقها:

شملت الدراسة 43 مريضة تراوحت أعمارهن بين 29 و44 سنة وكان متوسط الأعمار 35 ± 6.7 سنة،

- 2- فحص فيزيائي شامل مع التركيز على منطقة الحوض والجهاز التناسلي.
- 3- التعداد العام والكامل للدم: وهو استقصاء مخبري مهم لدى المريضات اللاتي يعانين من النزف الرحمي الشاذ.
- 4- معايرة تحت الوحيدة b من موجّهات القند الإنسانية الكوربونية في المصل، وخاصة عند وجود أي احتمال للحمل أو اختلاطاته الهرمونية.
- 5- اختبارات الوظيفة الدرقية (عند وجود أعراض).
- 6- معايرة البروجسترون في منتصف الدور الإفرازي، ويُجرى فقط عندما تكون الدورة الطمثية منتظمة. فوجود البروجسترون بتركيز أعلى من 30 نانوغراماً / مل في هذه المدة يدل على حدوث الإباضة.
- 7- معايرة الأندروجينات في المصل (كما في حالة المبيض المتعدّد الكيسات مثلاً، أو عند الشك بارتفاع تركيز أندروجينات الدم).
- 8- معايرة برولاكتين الدم (عند وجود استتباب لذلك).
- 9- الفحوصات التخثرية: عند الشك باضطرابات التخثر.
- 10- وظائف الكبد والكلوة عند الشك بوجود آفات جهازية أو أورام خبيثة.
- 11- بعد ذلك تمّ تأكيد تشخيص الأورام الليفية الرحمية أو نفيها بواسطة فائق الصوت عبر المهبل، والذي يعدّ وسيلة رائعة لتقويم أعضاء الحوض. كما أنه يفيد بإيضاح حجم الأورام الليفية الرحمية وتوضعها. فضلاً عن أنه يفيد جداً في تشخيص العضال الغدي Adenomoyosis أو نفيه. ونتيجة لهذه الاستقصاءات المختلفة، وُضِعَ تشخيص النزف الرحمي الشاذ

الطمث خلال مدة الحيض، لكننا اصطدنا مرّة أخرى بمشكلة الاختلافات الشخصية في تقدير مدى تشبّع الفوط بالدم.

بعد ذلك حاولنا معرفة وزن دم الطمث بوساطة وزن الفوط النسائية الملوّنة بدم الطمث مساء كل يوم، ثم حساب محصلة الأوزان في مدة الحيض بشكل كامل والتي كانت تمتد عند بعض المريضات مدة أسبوعين كاملين. كانت هذه الطريقة صعبة التطبيق جداً حتى بالنسبة إلى المريضات المتقّفات اللاتي تشجّعن في البداية لتطبيقها، لكنهنّ عزن عنها بعد مضي مدة قصيرة لا تتعدّى الشهرين أو الثلاثة أشهر.

بناء على ما سبق فقد اعتمدنا في النهاية على تقدير المريضة الذاتي - على الرغم من سلبياته الكثيرة - والذي بني على مقارنة المريضة كمية دم الطمث لديها في مدة الدراسة، بكمية دم الطمث لديها في المدد السابقة من حياتها والتي كانت تعدّها طبيعياً، وانطلقنا من حقيقة أن المريضة هي الأجدر أن تحدّد بنفسها ما تعتبره طمثاً طبيعياً أو نزفاً رحمياً شاذاً من حيث المدة الزمنية والكمية، لأنها في النهاية هي التي تعاني من المشكلة بشكل شخصي.

بعد ذلك واجهتنا صعوبة أخرى من الناحية العملية، وهي تحديد المريضات اللاتي يعانين من النزف الرحمي الشاذ الناجم عن الأورام الليفية الرحمية فقط، فكان لا بدّ لنا من نفي الأسباب الأخرى للنزف الرحمي الشاذ العضوي، أي غير الوظيفي. لذلك خضعت المريضات للإجراءات التشخيصية التالية، وذلك حسب وجود الاستتباب للتحريات المطلوبة:

- 1- قصة المرضية المفصلة مع التركيز على القصة الطمثية والشكاية الحالية.

العضوي الناجم عن الأورام الليفية الرحمية لدى 43 مريضة، كما أسلفنا.

طريقة التدبير:

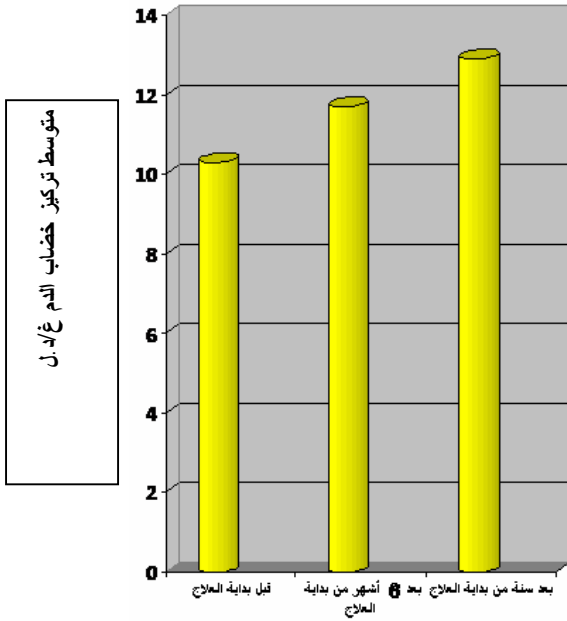
تمّ تدبير النزف الرحمي الشاذ عند المريضات جميعهن بواسطة اللولب داخل الرحم المحرّر لليفونورجستريل بمعدّل 20 ميكروغراماً كل 24 ساعة. وأدخل اللولب بيد اختصاصي النسائية والتوليد المدرب مدة كافية.

وقد وقع اختيارنا على لولب الـ Mirena¹⁷ و¹⁵ وذلك لسبب بسيط جداً، وهو أنّه اللولب الوحيد المحرّر لليفونورجستريل والذي كان متوافراً في أسواق القطر عند بداية دراستنا، كانت عملية إدخال اللولب تجرى في العيادة النسائية في المشفى، بعد الحصول على الموافقة الخطية للمريضة، وكذلك بعد تأكدنا من عدم وجود أيّ مضاد استتباب لتطبيق هذا النوع من العلاج¹⁸.

النتائج: كان متوسط تركيز الخضاب لدى مريضات الدراسة قبل بدء العلاج 1.1 ± 10.3 غ/د.ل بينما كان 1.4 ± 11.7 غ/د.ل بعد مضي ستة أشهر على بدء العلاج، في حين أصبح 1.8 ± 12.9 غ/د.ل بعد مرور سنة على بدء العلاج وهذا ما يظهره الجدول والمخطط رقم (1).

الجدول رقم (1) متوسط تركيز خضاب الدم لدى مريضات الدراسة

متوسط تركيز خضاب الدم لدى مريضات الدراسة غ/د.ل	قبل بداية العلاج	بعد 6 أشهر من بداية العلاج	بعد سنة من بداية العلاج
	1.1 ± 10.3	1.4 ± 11.7	1.8 ± 12.9



متوسط تركيز خضاب الدم

المخطط رقم (1) متوسط تركيز خضاب الدم لدى مريضات الدراسة

أظهرت نتائج متابعة المريضات بعد مضي مدة 6 أشهر على بدء العلاج، أنّ 26 مريضة أي 60.46% من مجموع المريضات قد تخلّصن من النزف الرحمي الشاذ. بينما أظهرت متابعة المريضات بعد مرور سنة كاملة على بدء العلاج أنّ 35 مريضة أي 81% من مجموع المريضات الكلّي في الدراسة قد تخلّصن من النزف الرحمي الشاذ. وهذا ما يوضّحه الجدول والمخطط رقم (2).

الجدول رقم (2) معدل نجاح تدبير النزف الرحمي الشاذ لدى مريضات الدراسة

معدل نجاح تدبير النزف الرحمي الشاذ لدى مريضات الدراسة	بعد 6 أشهر من بداية العلاج	بعد سنة من بداية العلاج
	60.46%	81.39%

أما الأسباب الرئيسة للنزف الرحمي الشاذ العضوي
فنتضمن:

الاضطرابات الموضعية:

1- الأورام الليفية الرحمية ولاسيما عندما يكون
توضعها تحت البطانة الرحمية.

2- العضال الغدي، وهو يترافق مع نزوف طمثية
مؤلمة.

3- سلائل عنق الرحم، سلائل البطانة الرحمية وفرط
تنسج البطانة الرحمية، وهي تسبب عادة نزوفاً
رحمية بين الطموث.

4- اللوالب داخل الرحم المانعة للحمل، وهي تسبب
غزارة الطمث وزيادة مدته وخاصة في الأشهر
الأولى بعد إدخال اللولب.

5- أوراق عنق الرحم أو الرحم الخبيثة، وتتجلى عادة
بنزوف عقب الجماع أو المس المهبل.

6- الأورام المنتجة للهرمونات كالورم المبيضي
الحبيبي.

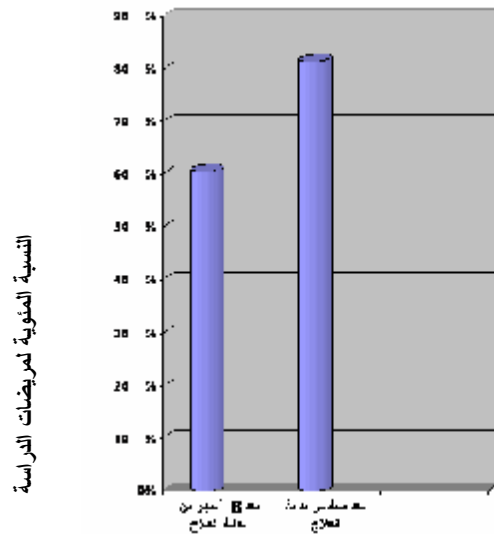
7- الرض على المنطقة السفلية من الطريق التناسلي.

8- كما يجب نفي المصادر الأخرى للنزف التي قد
تختلط مع النزف الرحمي كالنزف الشرجي أو
الإحليلي.

الاضطرابات الجهازية:

1- الاضطرابات الغدية مثل: قصور نشاط الدرق أو
فرطه، الداء السكري، الداء الكظري واضطرابات
البرولاكتين.

2- اضطرابات الإرقاء، وهي سبب واضح للنزف
الطمثي ولاسيما عند اليافعات.



معدل نجاح تدبير النزف الرحمي الشاذ

المخطط رقم (2) معدل نجاح تدبير النزف الرحمي الشاذ لدى
مريضات الدراسة

لم تسجل أية حالة لانقطاع الطمث الثانوي لدى مريضات
دراستنا.

لم نضطر للتدخل الجراحي عند أية مريضة من
مريضات الدراسة حتى عند المريضات الثماني
المتبقيات، واللاتي حدث لديهن تحسن نسبي، ولكن لم
يتخلصن تماماً من مشكلة النزف الرحمي الشاذ.

يمكن تصنيف النزف الرحمي الشاذ بشكل عام إلى
عضوي وغير عضوي⁶ و¹.

تظهر الإحصاءات المختلفة أن 50% أو أكثر من
مريضات النزف الرحمي الشاذ لا يملكن إمرضية
محددة²، أي إنه بتعبير آخر غير عضوي، ويدعى هذا
النوع من النزف الرحمي الشاذ: النزوف الرحمية
الوظيفية⁶، والتي لن نلجأ إلى شرحها بشكل مفصل، لأنها
خارج نطاق دراستنا.

- 3- الاضطرابات الكبدية: وهي مرتبطة باستقلاب الأستروجين ونقص عوامل التخثر المنتجة من الكبد.
- 4- الداء الكلوي: قد يؤدي إلى تغيرات في طرح الإستروجين والبروجسترون.
- 5- الأدوية: الهرمونات الستيروئيدية، المهدئات العصبية، مضادات التخثر والأدوية القاتلة للخلية.

المناقشة:

يعدُّ ارتفاع متوسط تركيز خضاب الدم لدى مريضات الدراسة والذي كان 10.3 ± 1.1 غ/د.ل قبل بدء العلاج إلى 11.7 ± 1.4 غ/د.ل بعد 6 أشهر من بدء المعالجة ثم إلى 12.9 ± 1.8 غ/د.ل دليلاً قوياً على تحسّن مخازن الحديد لدى مريضات الدراسة نتيجة التحسن التدريجي في تدبير النزف الرحمي الشاذ. فمن المعروف أنّ فقدان 1 مل من الدم يقابله فقدان 0.5 ملغ من حديد المصل. وفي محصلة الأمر يعدُّ كل ذلك مؤشراً أكيداً على نجاعة تدبير النزف الرحمي الشاذ العضوي لدى مريضات دراستنا.

تعدُّ نتائج متابعة المريعات بعد مضي مدة 6 أشهر على بدء العلاج، متدنية في معدل نجاح المعالجة، ولكنها تتوافق مع دراسات عالمية مختلفة¹⁹، كما في دراسة Rinnerdag عام 2007 على سبيل المثال إذ كانت نسبة نجاح العلاج 62% بعد ستة أشهر و83% بعد سنة واحدة¹⁹. ويمكن عزو تدني نجاعة العلاج في مدة الأشهر الستة الأولى إلى التأثيرات الجانبية للوالب داخل الرحم كالنزف الرحمي الشاذ. ولا يعدُّ ولولب Mirena استثناءً من تلك اللوالب داخل الرحم¹⁷. وهذا يتوافق تماماً مع ما توصل إليه Rizkalla ورفاقه في دراستهم التي نشرت عام 2008 إذ أشاروا إلى الآثار الجانبية للوالب المهرمنة التي تؤدي إلى تدني نسبة نجاح علاج النزف الرحمي الشاذ وخاصة في المدة الأولى¹⁷.

فمن المعروف من الممارسة العملية حدوث النزف الرحمي الشاذ في المدد الأولى بعد تركيب اللولب داخل الرحم¹⁷، حتى عند السيدات اللاتي لا توجد في سوابقهن ما يشير إلى آفة مرضية مؤهبة لحدوث النزف الرحمي الشاذ.

يدلُّ ارتفاع معدل نجاعة العلاج بعد مرور سنة كاملة على بدء العلاج إلى غياب الآثار الجانبية للولب داخل الرحم، وإلى استقرار تأثير مادة الليفونورجستريل في البطانة الرحمية^{17, 15, 12, 11}. فقد أشارت دراسة Mansour¹² عام 2007م وDueholm¹⁵ عام 2009م وRizkalla¹⁷ عام 2008 إلى معدلات نجاح تتراوح بين 60% إلى 65% بعد ستة أشهر من بدء العلاج و80% إلى 90% بعد مرور سنة واحدة على بدء العلاج.

الاستنتاجات والتوصيات:

انطلاقاً من المعطيات السابقة ينصح بتطبيق طريقة العلاج الهرموني بوساطة اللولب داخل الرحم المحرر لليفونورجستريل في حالات النزف الرحمي الشاذ العضوي الناجم عن الأورام الليفية الرحمية، في المؤسسات والمشفى الصحية المنتشرة على مستوى القطر؛ وذلك نظراً إلى ارتفاع معدل نجاحها وقلة آثارها الجانبية.

نقترح إجراء دراسات مماثلة في المستقبل على أن تكون مدة المتابعة بعد بدء العلاج سنتين وليس سنة واحدة، وذلك للوقوف عن كثب والتأكد أكثر من مدى فاعلية هذه الطريقة في العلاج.

أخيراً نرى أنه من الضروري تشجيع المراكز البحثية على ابتكار طريقة علمية وعملية في أن واحد لتقدير كمية دم نزف الطمث، وذلك بغية تجنب العامل الشخصي في تقدير كمية دم الطمث.

References:

- 1- Bradley LD. Abnormal uterine bleeding. *Nurse Pract.* 2005 Oct;30(10):38-42,45-9; quiz 50-1.
- 2- Hill DA. Abnormal uterine bleeding: avoid the rush to hysterectomy. *J Fam Pract.* 2009 Mar;58(3):136-42.
- 3- Gaetje R, Scharl A, Kaufmann M, Ahr A. Management of abnormal uterine bleeding. *Zentralbl Gynakol.* 2006 Aug;128(4):196-201.
- 4- Clark TJ, Neelakantan D, Gupta JK. The management of endometrial hyperplasia: An evaluation of current practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Apr 1;125(2):259-64. Epub 2005 Oct 24.
- 5- Banu NS, Manyonda IT. Alternative medical and surgical options to hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005 Jun;19(3):431-49. Epub 2005 Feb 12.
- 6- Jakimiuk AJ, Grzybowski W, Beta J. Dysfunctional uterine bleeding-diagnostics and treatment. *Ginekol Pol.* 2008 Apr;79(4):254-8.
- 7- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64.
- 8- Vilos GA, Tureanu V, Garcia M, Abu-Rafea B. The levonorgestrel intrauterine system is an effective treatment in women with abnormal uterine bleeding and anticoagulant therapy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Jul-Aug;16(4):480-4.
- 9- van Dongen H, van de Merwe AG, de Kroon CD, Jansen FW. The impact of alternative treatment for abnormal uterine bleeding on hysterectomy rates in a tertiary center. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Jan-Feb;16(1):47-51. Epub 2008 Nov 5.
- 10- Lukes AS, Reardon B, Arepally G. Use of the levonorgestrel – releasing intrauterine system in women with hemostatic disorders. *Fertil Steril.* 2008 Sep;90(3):673-7. Epub 2007 Nov 14.
- 11- Bragheto AM, Caserta N, Bahamondes L, Petta CA. Effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of adenomyosis diagnosed and monitored by magnetic resonance imaging. *Contraception.* 2007 Sep;76(3):195-9. Epub 2007 Jul 27.
- 12- Mansour D. Modern management of abnormal uterine bleeding: the levonorgestrel intra-uterine system. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007 Dec;21(6):1007-21. Epub 2007 Jun 1.
- 13- Demers C, Derzko C, David M, Douglas J; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Gynaecological and obstetric management of women with inherited bleeding disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Oct;95(1):75-87.
- 14- Singh RH, Blumenthal P. Hormonal management of abnormal uterine bleeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2005 Jun;48(2):337-52.
- 15- Dueholm M. Levonorgestrel – IUD should be offered before hysterectomy for abnormal uterine bleeding without uterine structural abnormalities: there are no more excuses! *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(12):1302-4.
- 16- Henriquez DD, van Dongen H, Wolterbeek R, Jansen FW. Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: effectiveness of hysteroscopic removal. *J Minim Invasiv Gynecol.* 2007 Jan-Feb;14(1):59-63.
- 17- Rizkalla HF, Higgins M, Kelehan P, O'Herlihy C. Pathological findings associated with the presence of a mirena intrasureine system at hysterectomy. *Int J Gynecol Pathol.* 2008 Jan;27(1):74-8.
- 18- Nelson AI. Contraindications to IUD and IUS use. *Contraception.* 2007 Jun;75(6 Suppl):S76-81. Epub 2007 Mar 2.
- 19- Rinnerdag M, Odland V. Late bleeding problems with the levonorgestrel-releasing intrauterine system: evaluation of the endometrial cavity. *Contraception.* 2007 Apr;75(4):L268-70. Epub 2007 Jan 26.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/3/10

تاريخ قبوله للنشر 2010/8/10