

دور الاعتيان البطاتي بالقتنية الراشفة في تشخيص النزف الشاذ حول سن اليأس وبعده

محمد طباع*

الملخص

الهدف: تقويم دقة اعتيان بطانة الرحم بالقتنية الراشفة، سواء أقيست بطانة الرحم صدوياً أم لا، مقارنة بالخزعة الكلاسيكية التالية للتوسيع والتجريف.
الطرائق: مستقبلياً، تم الاعتيان من بطانة الرحم بالقتنية الراشفة لدى 33 سيدة شكين من نزف تناسلي شاذ (69.7% قبل سن الضهي وحواله و29.3% في مرحلة الأياس) دون تخدير، بعد قياس سماكة البطانة الرحمية صدويا عبر المهبل، وبعد 2-3 ساعات أجري تجريف البطانة بعد التوسيع تحت التخدير العام وأرسلت العينة للمشرح المرضي.
النتائج: توافقت الموجودات النسيجية للاعتيان بطريقتي الرشف والتجريف في 19 حالة (57.6%) فقط، ولم تكشف أي خبث بالطريقتين. وفشلت الرشافة في كشف 24% من الحالات التي يؤثر عدم تدبيرها في الإنذار. غير أن الحساسية والنوعية كانتا مرتفعتين عندما كانت السماكة أقل من 6 ملم رغم قلة عدد الحالات المدروسة.
الخلاصة: تشير النتائج الأولية إلى تدني دقة الاعتيان الراشف مقارنة بالتجريف، وارتفاعها في سن الأياس بعد قياس السماكة. قد يكون السبب خلافاً في تقانة القنيتات التي أعيد استخدامها بعض المرات، وللاتحياز من جانب المشرح المرضي.

* أستاذ مساعد - كلية الطب - قسم التوليد وأمراض النساء - جامعة دمشق

The Role of Endometrial Biopsy in the Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Perimenopausal and Postmenopausal Women

Mohammed Tabbaa*

Summary

Background: Dysfunctional uterine bleeding and postmenopausal bleeding is one of the most important challenges facing gynecologists. There were several studies trying to reach the most accurate method for its diagnosis keeping in mind its accuracy, safety and coast.

In spite that dilatation and curettage was for decades the gold standard for the diagnosis of all abnormal bleeding problems in women at all ages, however replacing this expensive procedure that requires anesthesia and operating room with a simple, safe and less expensive procedure without compromising the quality was worth studying.

Methods: In our study we used the Pipelle to obtain an adequate sample of the endometrium we found this to be safe and accurate procedure (3,2,4,5,6) this was also guided by transvaginal ultrasound to increase the diagnostic abilities of the Pipelle(9).

Results: The results of our study showed the Pipelle not to be as accurate as the standard dilatation and curettage especially in postmenopausal women after measuring the endometrial lining, we related this to the technics we used in reusing the Pipelle itself which is made for single use, and to possibly the bias of the pathologist who read the slides.

*Associate Professor, School of Medicine Department of Obstetrics & Gynecology University of Damascus

المدخل: على الرغم من أن اعتياد البطانة الرحمية بالتجريف بعد التوسيع يعدُّ من أهم الطرائق الكلاسيكية المعروفة، إلا أن الاستعاضة عنه بتقانات أكثر أماناً وأقل كلفة وأفضل تحملاً مع المحافظة على الدقة التشخيصية لا تزال تشغل بال الباحثين. فراشف Vabra (1) مثلاً آمن ورخيص إلا أنه يسبب إزعاجاً للمريضة ويحتاج جهازاً كهربائياً لإحداث الضغط السلبي. وتعدُّ قنية الرشف والتجريف pipelle ومن أكثر الطرائق ملاءمة للطبيب والمريض في آن معاً (2،3،4،5،6)، فهي لا تحتاج إلى تخدير أو توسيع للعنق وتتفوق على راشف Vabra بسهولة تحملها من قبل المريضة (7)، كما تماثل في أدائها النتائج التي تحصل عليها قنية نوكاف (5،6) و TIS-U-Trap (8). إن البطانة التي نقل سماكتها عن 6 ملم صدويماً وبخاصة في سن الأياس تترافق بكمية أقل من الأنسجة لا تكفي أحياناً للتقويم، لذلك فإن استخدام الأمواج ما فوق الصوتية يزيد من القدرة التشخيصية للقنية الراشفة (9).

الجديد في البحث: للمرة الأولى تستخدم القنية الراشفة - المجرفة في مشفى التوليد الجامعي في دمشق كطريقة بديلة أو داعمة لتشخيص النزوف الرحمية الشاذة.

العينات والطرائق: بلغ عدد المرضى الكلي 33 سيدة، 23 حول سن اليأس و10 في مرحلة الضهي. الدراسة مستقبلية عناصرها السيدات المصابات بنزف تناسلي شاذ. بعد وضع المريضة بالوضعية النسائية، جرى مس مهربي للتأكد من الموجودات الرحمة، ثم تقاس سماكة البطانة الرحمية باستخدام جهاز فيلبس (...). عن طريق المهبل. جرى الاعتيان دون تخدير، بعد تنظيف العنق بمادة معقمة والتقاط الشفة الأمامية بملقط بوزي، تقوم قناته، تدخل القنية بهدوء، يغلق ثقب الضغط السلبي ويسحب المدحم إلى الخارج ويتم تدوير القنية 360 درجة، ثم تسحب القنية ويعاد إدخالها عدة مرات. بعد ذلك تفرغ محتوياتها في علبة صغيرة تحوي كحولاً إيتيلياً (95%)، وترسل إلى المشرح المرضي وتثبت وتلون (10). و في خلال ذلك كانت يقاس مقدار تحمل المريضة (عدم انزعاج، خفيف، متوسط، شديد). وبعد 1-3 ساعات

تتقل السيدة إلى غرفة العمليات، حيث يتم التوسيع والتجريف تحت التخدير العام. وتُحسب النوعية والحساسية. حُلَّت النتائج مقرونة بسماكة البطانة أقل من 6 ملم عند عدم كفاية الرشافة للدراسة النسجية. ولتقويم الخطر الناجم عن إغفال التشخيص درست كل حالة بشكل منفرد ونوقش تأثير ذلك في التدبير والإنذار. استخدم t-test، $P < 0.05$ لمعنويته عند الحاجة

النتائج: نورد في الجدول رقم واحد الخصائص العمرية للمرضى.

جدول رقم (1) الخصائص العمرية للمجموعة المدروسة

الرقم المتسلسل	المجموعة	العدد المطلق (%)
1	38 - 45	14 (42.4)
2	46 - 50	9 (27.3)
3	51 - 55	3 (9.1)
4	56 - 60	7 (21.2)

يلاحظ أن معظم المرضى حول سن الضهي (69.7%)، والثالث تقريباً في أثنائه (29.3%).

نورد في الجدول رقم (2) عوامل الخطورة في المجموعة المدروسة.

جدول رقم (2): عوامل الخطورة في المجموعة المدروسة

الرقم المتسلسل	المؤشر	العدد المطلق	النسبة المئوية
1	العمر	38 - 60	
2	التدخين	2	6.1
3	البدانة	29	87.9
4	ارتفاع التوتر الشرياني	7	21.2
5	السكري	1	3
6	عدد الأولاد 1-5	26	78.8
	عدد الأولاد أكثر من 5	6	18.2
7	عدد الإسقاطات: إسقاط وحيد إسقاطان ثلاثة وأكثر	10 3 7	30.3 9.1 21.3

يلاحظ من استعراض الجدول أن 88 % من السيدات بدينات، وأن 79 % عديدات ولادة جداً، وأن 21% مصابات بارتفاع توتر شرياني وفي سوابق العدد نفسه ثلاثة إسقاطات وأكثر.

قيست درجة تقبل المرضى بالملاحظة الشخصية لردود الأفعال و سؤال المريضة، نورد في الجدول رقم (3) درجة تقبل المرضى والمضاعفات المرافقة. والفشل.

جدول رقم (3) : درجة تقبل المرضى للاعتيان البطاني الراشف دون تخدير

الرقم المتسلسل	المؤشر	العدد	النسبة المئوية
1	لا يوجد انزعج	17	51.5
2	انزعاج خفيف	7	21.2
3	انزعاج متوسط	9	27.3
4	انزعاج شديد	0	0
5	مضاعفات	0	0
6	فشل	0	0

يلاحظ من استعراض الجدول أن تقبل الطريقة كان لافتاً، فنحو 52 % لم يبدين أي انزعاج، و21% كان التأثير لديهن خفيفاً، أي أن ثلثي المرضى تقبلن الطريقة بشكل جيد جداً، أما الثلث الباقي فأبدين انزعاجاً متوسطاً دون أن يرفضنها، بدليل عدم فشل التنفيذ لأسباب في تقبل الاعتيان. ويجدر بالذكر عدم حدوث أي مضاعفة خلال الاعتيان.

توافقت النتائج النسجية للاعتيان بالرشف مع التوسيع والتجريف في 19 حالة، واختلفنا في 14. بلغت الحساسية 57.6 % والنوعية 42.4%. وكان للاختلاف دور مؤثر في التدبير والإنذار في ربع الحالات.

نور في الجدول رقم (4) حالات الاختلاف وتأثيرها في التدبير والإنذار.

الجدول رقم (4) : اختلاف النتائج النسجية بين الرشافة والجراحة وتأثيرها في التدبير والإنذار

الرقم المتسلسل	الجراحة	الرشافة	التأثير في التدبير والإنذار
1	طور إفرازي	طور تكاثري	-
2	فرط تصنع بسيط	طور تكاثري	يؤثر
3	بطانة سليمة / ضهي	طور تكاثري	-
4	فرط تصنع مركب	تبدلات ساقطية	يؤثر
5	بطانة سليمة / ضهي	طور تكاثري	-
6	فرط تصنع بسيط	بطانة ضموري سليمة	يؤثر

7	فرط تصنع بسيط	طور تكاثري	يؤثر
8	بطانة سليمة / ضهي	طور تكاثري	-
9	فرط تصنع مركب/غير نمودجي	فرط تصنع بسيط	يؤثر
10	بوليب مع فرط تصنع مركب/ غير نمودجي	بطانة ضمورية	يؤثر
11	بوليب / بطانة سليمة	خثرات	يؤثر
12	بطانة سليمة/ ضهي	طور إفرازي	-
13	التهاب باطن رحم	غير كافية	يؤثر
14	طور إفرازي	طور تكاثري	-

يلاحظ من استعراض الجدول رقم (4) أن 8 حالات (24 %) كان للاختلاف فيها دور مؤثر في التدبير ومن تمَّ في المتابعة والإنذار .

أغفلت الرشافة اثنتين من ثلاث حالات لفرط التصنع المركبة أي (9.1 %) التي تحتاج عادة إلى علاج خاص (بطانة ضمورية، وتبدلات ساقطية) أما الثالثة فكانت فرط تصنع بسيط وهذه يمكن متابعتها لكن التدبير فيها قد يختلف .

تتاقضت 3 حالات من فرط التصنع البسيط المكتشفة في الجرافة مع مثيلتها في الرشافة، 2 كانتا بطانة تكاثرية وواحدة ضمورية، وهذه الأخيرة كان الافتراق فيها كبيراً وبحاجة إلى تعليل باثولوجي.

وكان الاختلاف في حالتين بين الطور الإفرازي والتكاثري، وهما بحاجة إلى تفسير باثولوجي أيضاً.

نورد في الجدول رقم (5) النتائج بعد ربطها بسماكة بطانة الرحم.

الجدول رقم (5): اختلاف النتائج النسجية بين الرشافة والجرافة وعلاقتها بسماكة البطانة تحت 6

ملم.

الجرافة	الرشافة	سماكة البطانة /ملم	الرقم المتسلسل
نفسه	بطانة تكاثرية سليمة	4.8	1
نفسه	خثرات غير قابلة للتقويم	5.9	2
نفسه	بطانة سليمة قليلة/ ضهي	5.8	3
نفسه	بطانة إفرازية سليمة	5.7	4

يلاحظ من الجدول رقم (5) أنه عند ربط الفحص النسجي للرشافة والجرافة بسماكة البطانة صدويا (تحت 6 ملم) توافقت النتائج كافة أي أن الحساسية والنوعية (100%)، ولتأكيد هذه النتائج لابد من زيادة عدد الحالات.

لم تكن الرشافة كافية في 3 حالات نوردها في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6): العلاقة بين سماكة البطانة وعدم كفاية الرشافة

الجرافة	الرشافة	سماكة البطانة /ملم	الرقم المتسلسل
نفسه	خثرات غير قابلة للتقويم	5.9	1
قطع بوليب سليمة	خثرات غير قابلة للتقويم	11	2
بطانة حول سن اليأس	خثرات غير قابلة للتقويم	7	3

يلاحظ أن قلة الرشافة رغم سماكة البطانة (11 ملم) يعود إلى وجود البوليب البطاني. أما في حالة السماكة (7ملم) فقد تكون قلة الرشافة ناجمة عن خلل الضغط السلبي بسبب تكرار استخدام القنيتات.

المناقشة:

تراوحت حساسية الرشافة ما بين 88-98 % في العديد من الدراسات لكنها تدنت في دراستنا لتصل نحو 58 %، أما في سن اليأس فقد توافقت مع الدراسات كافة ووصلت إلى نحو 100% (11، 12، 13، 14، 15، 16)

الخلاصة:

- 1- 70 % من المرضى حول سن الضهي، 30 % في أثنائه.
- 2- عوامل الخطورة : بدانة (88 %)، عديدات الولادة جداً (79 %)، ارتفاع التوتر الشرياني و 3 إسقاطات وأكثر (21 % 9).
- 3- تم تقبل الطريقة بشكل لافقت في ثلثي الحالات.
- 4- حساسية الطريقة دون سماكة البطانة 58 %
- 5- 24 % من نتائج الرشافة تؤثر في التدبير والمتابعة والإنذار
- 6- تحسنت الحساسية والنوعية بشكل كبير عند إضافة سماكة البطانة، لكن عدد الحالات كان قليلاً.

المراجع

- 1- Grimes D A. Diagnostic dilatation and curettage: A reappraisal. Am J Obstet Gynecol 1982,142:1-6.
- 2- Chambers J T, Chambers SK, Endometrial sampling: When? Where? Why? With what? Clin Obstet Gynecol 1992,35:28-39.
- 3- Kaunitz A M, Masciello A S , Ostrowsky M ,Rovira EZ. Comparison of Endometrial Pipelle and Vabra aspirator. J Reprd Md 1988,33 :427-31. 4- Hill G A, Herbert CM III, Parker RA, Wentz AC. Comparison of late luteal phase endometrial biopsies using the Novak curette or Pipelle endometrial suction curette. Obstet Gynecol 1989,73: 443-5.
- 5- Stovall TG, Ling FW, Morgan PL. A prospective, randomized comparison of the Pipelle endometrial sampling device with the Novak curette. Am J Obstet Gynecol 1991,165:1287-9. Silver MM, Miles P, Rosa C. Comparison of Novak and Pipelle endometrial biopsy instruments. Obstet Gynecol 1991,78:828-30.
- 6- Eddo HA. Pipelle: a more acceptable technique for outpatient endometrial biopsy. Br J Obstet Gynecol 1990,97:961-2.
- 8- Koonings PP, Moyer DL, Grimes DA. A randomized clinical trial comparing Pipelle and Tis-U-Trap for endometrial biopsy. Obstet Gynecol 1990,75:293-5.
- 9- Golstein SR , Nachtigall M, Snyder R. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. Am J Obstet Gynecol 1990,163:119-23.
- 10- Cornier E. The Pipelle :A disposable device for endometrial biopsy. Am J Obstet Gynecol 1984,148 : 109-10.
- 11- Fothergill DJ , Brown VA , Hill AS. Histological sampling of the endometrium comparison between formal curettage and the Pipelle sampler. Br J Obstet Gynecol 1992, 99 :779-80.
- 12- Varner RE, Sparks JM , Cameron CD, Roberts LL, Soong SG. Transvaginal sonography of the endometrium in postmenopausal women. Obstet Gynecol 1991.78:195-9.
- 13- Stovall TG, Solomon SK , Ling FW. Endometrial sampling prior to hysterectomy. Obstet Gynecol 1989,73:405-9.
- 14- Stovall TG, photopulos GJ, Poston W M ,Ling F W, Sandles L. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. Obstet Gynecol 1991,77: 954-6.
- 15- Nasri M N , Shepherd J H, Setchel M E , Lowe D G , Chard T. The role of vaginal scan in measurement of endometrial thickness in postmenopausal women. Br J Obstet Gynecol 1991.98: 470-5.
- 16- Granberg S, Wikland M, Karlsson B, Norstrom A, Friberg LG. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for indentifying endometrial abnormality. Am J obstet Gynecol 1991,164: 47-52.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/11/23.

تاريخ قبوله للنشر: 2009/1/29.