

آمبولیزاسیون شریان رحمی در درمان لیومیوم‌های رحم

■ دکتر هادی رکنی یزدی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

وریدی و بدون بیهوشی عمومی و گهگاه هم تحت بیهوشی عمومی، از طریق شریان فمورال که در قسمت فوقانی ران قرار دارد، توسط کاتتر مخصوص (معمولا cobra II) با سایز 4F وارد می‌شویم و معمولا از همین شریان هر دو شریان رحمی کاتتریزه و توسط مواد آمبولیزاسیون (معمولا PVA و Polyvinyl alconol یا Gel foam) بسته می‌شود. (۵) (شکل ۱)

گهگاه برای کاهش میزان اشعه به تخمدان‌ها و یا به دلیل مشکل در کاتتریزاسیون هر دو شریان رحمی از یک سمت، هر دو شریان فمورال پانکچر می‌گردد.

بیمار معمولا همان روز مرخص می‌شود (پس از چند ساعت) و اگر لازم باشد برای درمان عوارض معمول همراه این روش شامل درد، تهوع و استفراغ یک روز تحت نظر قرار می‌گیرد.

میزان موفقیت این روش در مطالعات مختلف برای کنترل خونریزی ۹۲٪-۸۲ (۶ و ۵) و کاهش حجم فیبروم‌ها ۶۴٪-۲۰ (۶ و ۵) است. بایستی توجه داشت که کاهش حجم فیبروم‌ها معمولا بعد از ۵ ماه به حداکثر می‌رسد.

در مطالعه ای که توسط "norayan et al" در سال ۲۰۱۰ چاپ شده و به مقایسه روش جراحی میوکتومی از طریق شکم و آمبولیزاسیون شریان رحمی در ۱۸۴ بیمار دارای لیوم رحمی پرداخته است، تعداد بیشتری از بیماران در روش جراحی نیاز به جراحی مجدد داشته‌اند. ۱۴٪ جراحی مجدد در مقایسه با ۸٪ آمبولیزاسیون شریان رحمی و میزان بالاتری از بهبود علائم (براساس درجه بندی بهبود شدت علائم) در بیمارانی که روش آمبولیزاسیون شریان رحمی را انتخاب کرده بودند در مقایسه با بیمارانی

فیبروئیدهای رحمی (لیومیوم) از شایع‌ترین تومورهای دستگاه تناسلی در خانم‌ها هستند و شیوع آنها با افزایش سن افزایش یافته و در سن ۶۰-۴۰ سال ۳۳٪ خانم‌ها به آن مبتلا می‌شوند.

فیبروم‌های رحمی با علائمی نظیر: خونریزی‌های رحمی، درد لگن و ناباروری می‌توانند همراه باشند. به طور سنتی درمان قطعی علائم فیبروم‌های رحمی، هیستروکتومی و برداشتن رحم است.

برای خانم‌هایی که در سنین باروری هستند و تصمیم به بچه دار شدن دارند، روش‌های حفظ باروری دیگری وجود دارد. میوکتومی از طریق شکم، آمبولیزاسیون شریان رحمی و از بین بردن میوم‌ها تحت هدایت MRI توسط درمان Focused ultrasound و یا امواج رادیوفرکانس از این روش‌ها هستند. (۱ و ۲)

آمبولیزاسیون شریان‌های لگنی برای کنترل خونریزی‌های ناشی از بدخیمی‌های لگن ابتدا در حدود اواسط ۱۹۷۵ به کار گرفته شد و در سال ۱۹۷۹ دو مقاله در زمینه کنترل خونریزی‌های بعد از زایمان توسط آمبولیزاسیون شریان‌های لگن توسط اسفنج قابل جذب ژلاتینی (absorbable gelatin sponges) توسط "Heaston et al" و "Brown et al" نوشته شد و بعد از آن مقالات متعددی در زمینه کنترل خونریزی بعد از زایمان توسط آمبولیزاسیون شریان‌های رحمی منتشر شد. (۳)

آمبولیزاسیون شریان رحمی برای درمان میوم‌های رحمی اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط "Ravina et al" شرح داده شد که همراه بهبود علائم در ۹۰٪-۸۰٪ بیماران و کاهش حجم رحمی تا ۵۰٪ بود. (۴)

در این روش بیماران معمولا با گرفتن داروهای ضد درد و ضد اضطراب

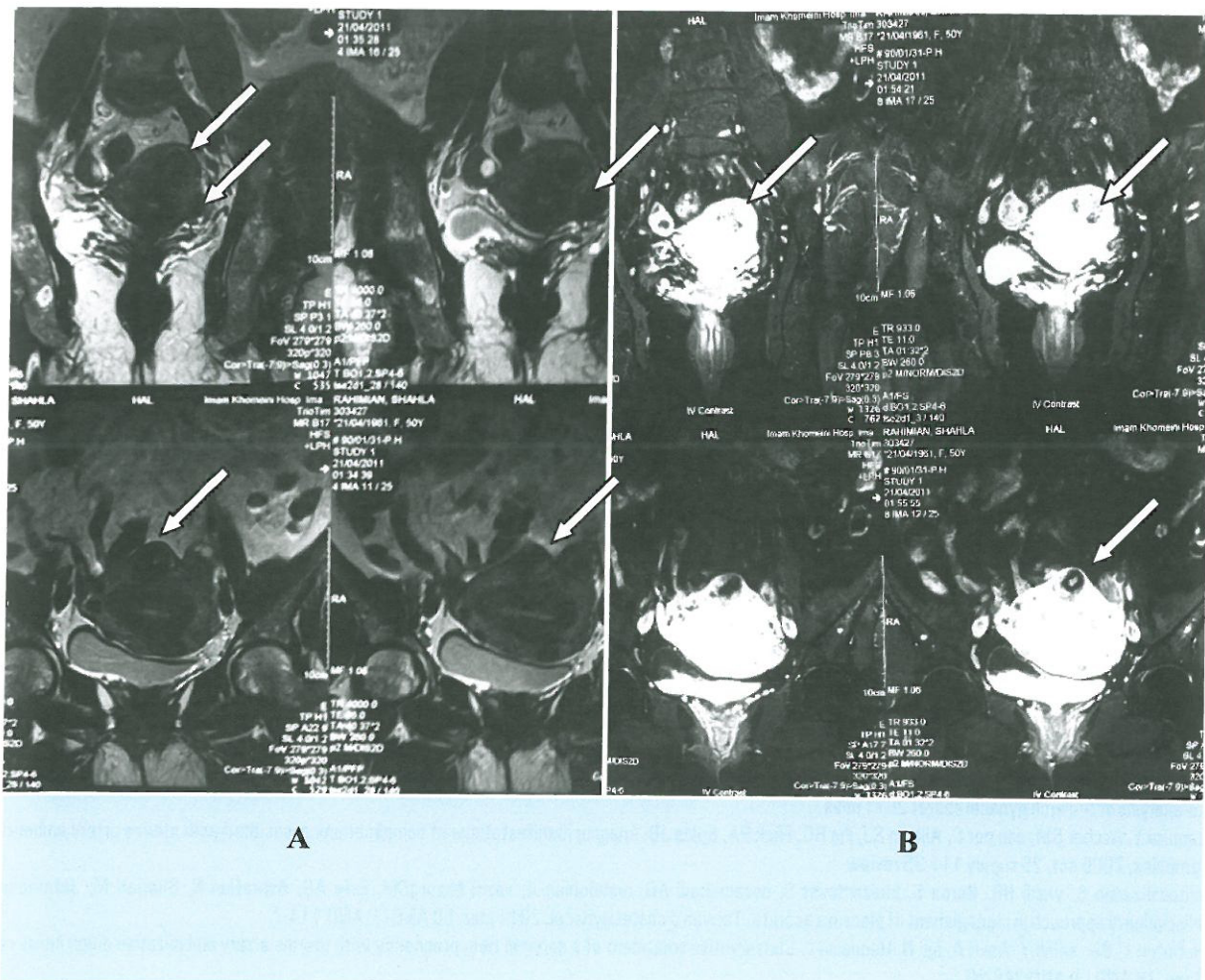
خاصی نداشت ولی کمپلیکاسیون های مازور در بیماران آمبولیزاسیون کمتر بود ($p < 0.05$) - (۰٪ در مقایسه با ۶٪ در بیماران جراحی) (۶) گرچه آمبولیزاسیون شریان رحمی اغلب روش موثر و کم خطری است، عوارض نادری نظیر: کنده شدن فیبروم و خروج آن از مجرای تناسلی (fibroid passage) - (۲/۵٪)، بیماری‌های التهابی لگن PID - (۲/۵٪)، آبسه توبوواورین، (۰/۵٪)، بیماری‌های التهابی لگن PID - (۲/۵٪)، آبسه توبوواورین، پیومیوما (آبسه در میوم) ترومبوز وریدهای عمقی (۰/۲۵٪)، آمبولی ریه (۰/۲۵٪)، اختلال عملکرد تخمدان ها و نکروز رحم آمبولیزاسیون ناخواسته لیومیوسارکوم، هماتوم محل پونکسیون شریان، عفونت ادراری، احتباس ادرار و درد گزارش شده است. (۷).

موارد دیگر کاربرد آمبولیزاسیون شریان رحمی در موارد کنترل خونریزی‌های پس از زایمان (۴)، پلاستای مهاجم (۸)، حاملگی‌های شکمی و حاملگی‌های دهانه رحم (۹) و درمان AVM های رحمی (۴) می باشد. ■

که جراحی را انتخاب کرده بودند مشاهده شد. ($p=0.02$)

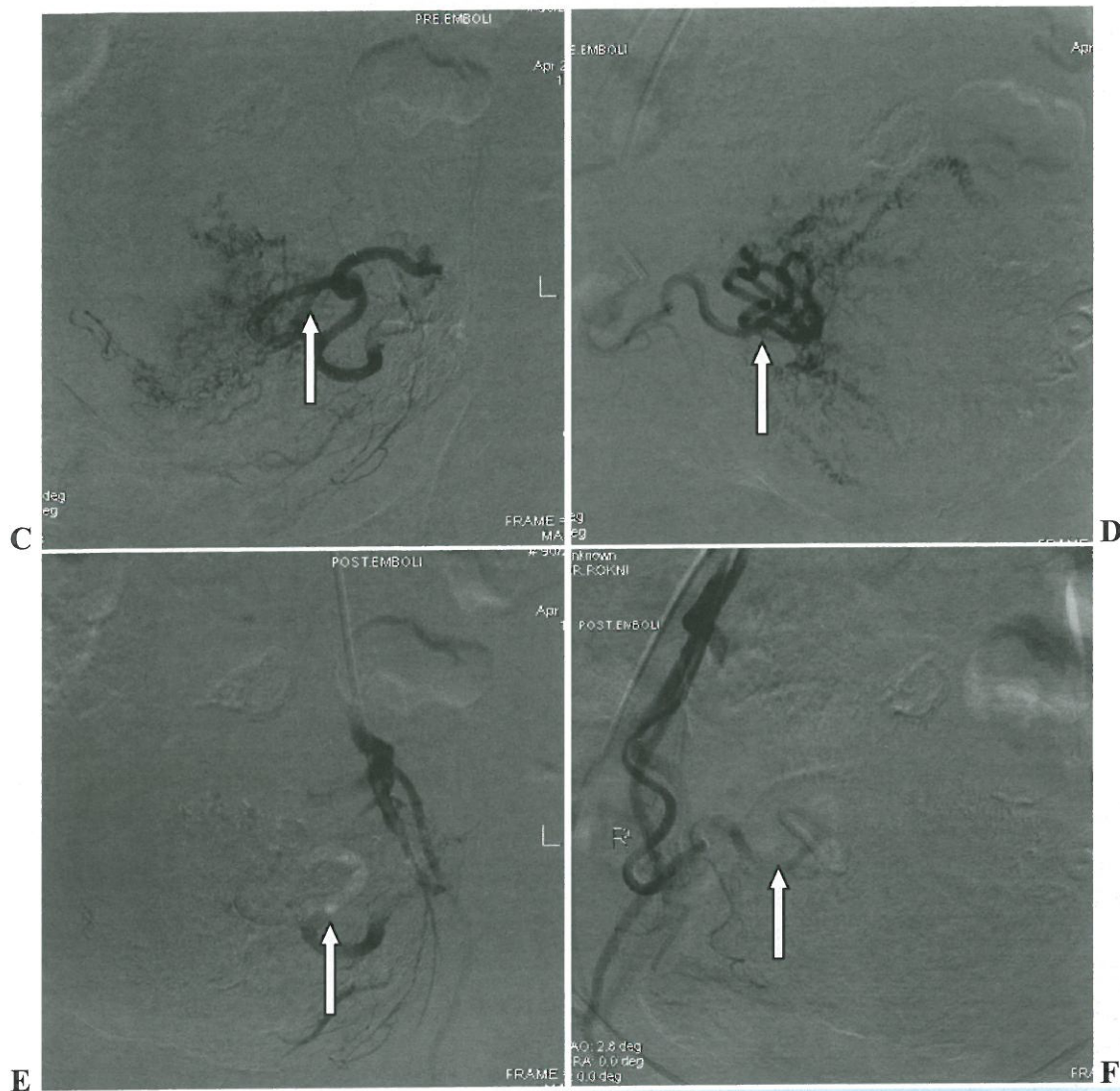
بیمارانی که روش آمبولیزاسیون را انتخاب کرده بودند، کمتر تصمیم به حاملگی مجدد گرفتند (در مقایسه با بیماران جراحی)؛ ولی آنهایی که تصمیم به حاملگی گرفتند ۶۶/۷٪ موفقیت داشتند. این در مقایسه با بیماران روش جراحی که ۵۸/۸٪ موفقیت داشتند میزان بالاتری را شامل می شود و درصد بالاتری از بیمارانی که تحت آمبولیزاسیون شریان رحمی قرار گرفته بودند در مقایسه با روش جراحی با این روش اقیان شده ($p=0.05$) و نویسندگان نتیجه گرفتند که آمبولیزاسیون شریان رحمی از میزان موفقیت کلینیکی دراز مدت قابل مقایسه یا بالاتری نسبت به عمل جراحی میومکتومی برخوردار است. (۲)

در متاآنالیزی که توسط "al feng et" در سال ۲۰۱۱ انجام شده است نیز به نتایج مشابهی در مقایسه میومکتومی جراحی و آمبولیزاسیون شریان رحمی برخورد کردند و بیماران که تحت آمبولیزاسیون قرار گرفته بودند، مدت زمان بستری و دوران نقاهت کوتاه تری در مقایسه با بیماران جراحی داشتند، در طول پیگیری ۶ ماهه عوارض دو روش در مجموع تفاوت



A

B



شکل ۱: بیمار خانم ۵۰ ساله با منو متروآزی و کم خونی که تحت آمبولیزاسیون شریان رحمی قرار گرفته است.
 MRI : A , B با و بدون کنتراست که لیوم‌های انترامورال و ساب اندومترال را نشان می‌دهد که پس از تزریق انهانس شده‌اند. (فلش).
 C, D : شریان‌های رحمی دو طرف قبل از آمبولیزاسیون و شاخه‌ها هیپرتروفیه که به میوم‌ها خون‌رسانی دارند (فلش).
 E, F : شریان‌های رحمی دو طرف که پس از آمبولیزاسیون با PVA 500M به طور کامل مسدود شده‌اند.

References :

1. Sasa H, Kaji T, Furuya K. Indications AND outcomes of uterine artery embolization in patients with uterine leiomyomas. *Obstet gynecol Int.* 2012;2012 : 920831 Epub 2011 oct 26.
2. arayan A, Lee AS, KUG GP, powe N, Kim tis. Uterine artery embolization versus abdominal myomectomy : a long term clinical out come comparison vasc interventional radiol. *zolo jul., 21 AND (7) AND 1011-7.* Pub 2012 may
3. Firouznia K, Ghanaati H, Sanaati M, Jalali H, shakiba M. Pregnancy after uterine artery embolization for symptomatic fibroids : a series of 15 pregnancies, *AJR Am, Roentgenol.* 2009 jun, 192 AND (6) AND 1586-92
4. Burbank F, History of uterine artery occlusion and subsequent pregnancy. *AJR Amj roentgenol.* 2009 jun, 192 AND (6) AND 593-600
5. Badawy SZ, Etman A, Singh M, Muv phy k, mayelli T, Philadelphia M. uterine artery embolization : the role in obstetrics and gynecology jul-aug, 25 AND (4) AND 288-95 review
6. Jun F, Yamin L, Xinli x, zhc L, Min 2, Bo z, wenli G uterine artery embolization versus surgery for sympatomatic uterine fibroids : a randomized controlled trial and a meta-analysis of the arch gynecol obstet 2011 novs
7. Kitamura Y, Ascher SM, coo per C, Allison SJ, jha RC, Flick PA, Spies JB. Imaging manifestations of complications associated with uterine artery embolization radiographics. 2005 oct, 25 supply 111-35 review
8. Hantoushzadeh S, yazdi HR, Borna S, khazardoust S, nezamabadi AG, mahdonian A, vaziri bozorg SM, Esfe AG, Ashrafian N, Shariati M, Jafarabadi M. Multidisciplinary approach in management of placenta occreta. *Taiwan J obstet gynecol.* 2011 mar, 50 AND (1) AND 114-7.
9. Ben farhat L, Ben salah Y, Askri A, aai N, Hendaovi L. Conservative treatment of a cervical twin pregnancy with uterine artery embolization *diagm interv radial.* 2012 sep, 16 AND (3) AND 248-50.