مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (6) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (6) 2014

اللولب الهرموني في تدبير النزف الرحمي الوظيفي حول سن اليأس

الدكتور تمام حبيب*

(تاريخ الإيداع 10 / 8 / 2014. قُبِل للنشر في 11 / 12 /2014)

□ ملخّص □

شملت الدراسة 85 مريضة أعمارهن بين 40– 48 سنة اشتكين من النزف الرحمي الوظيفي الذي تظاهر زيادة مدة الطمث وغزارته، أو من غزارة الطمث أو من المشكلتين معاً في آن واحد،وقسمت المريضات إلى:

مجموعة A (N=50) : أعطيت المريضة Norethisterone فموياً 5ملغ /3 مرات/ اليوم لمدة 6 أشهر

مجموعة B (N=35) : تم تركيب للمريضات لولب هرموني داخل الرحم (Mirena) والمتابعة سنة .

- إن التأثير الجانبي الأكثر شيوعاً في المجموعة A هو الانزعاج من التناول اليومي للدواء ثلاث مرات يوميا ولمدة طويلة (70%) في حين في المجموعة Bهو الألم الخثلي وأسفل الظهر (28،85%) .
- الاضطرار لإيقاف العلاج في المجموعة A شكلت نسبة (16%) بينما المجموعة B (5.7%).
- تحسن الخضاب أكثر في المجموعة B منه في المجموعة A .
- نسبة نجاح العلاج في المجموعة A كانت(76%) بينما في المجموعة B هي(88.35%) .
- الاضطرار لاستئصال الرحم كانت المجموعة A (22%) من الحالات ، بينما في B (8.55%) .

الكلمات المفتاحية : النزف الرحمي الوظيفي _ غزارة الطمث _ لولب هرموني داخل الرحم _ استئصال الرحم.

*عضو هيئة فنية (مشرف على الأعمال) في قسم التوليد وأمراض النساء– كلية الطب–جامعة تشرين– اللاذقية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (36) العدد (6) 2014
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (36) No. (6) 2014

Intra Uterine System for management of Dysfunctional Uterine Bleeding Pre-menopause

Dr. Tamam habib*

(Received 10 / 8 / 2014. Accepted 11 / 12 / 2014)

□ ABSTRACT □

The study comprised 85 patients between 40-48 years old ,those have complained of DUB as either menorrhagia ,hyper menorrhea or both, the study was divided to :

Group A(50 patients): were given Norethisterone orally 5mg*3/daily for 6 months.

Group B (35 patients):whose IUS was inserted for them and followed up for 1 year.

-The commonest side effect in GA was discomfort from taking the medicine 3times daily for long times (70%)while in GB was lower abdominal pain and low back pain(28,85%).

-The necessity to discontinue the treatment in GA was (61%)while in GB was(5,7%).-

-The improvement in Hemoglobin concentrate was better in GB than GA .-

-The successful of treatment was(76%)in GA while(88,35%) in GB .-

-The total abdominal hysterectomy rate was(22%) in GA while in GB(8,55%) .

Key words: Dysfunctional Uterine Bleeding(D.U.B)- menorrhagia- Intra Uterine System(I.U.S)- hysterectomy .

* **Work supervisor , Department of gynecology-obstetrics ,Faculty of medicine, University of Tishreen, Lattakia ,Syria**

مقدمة:

النزف الرحمي الوظيفي (**D.U.B** Dysfunctional **U**terine **B**leeding) :**[المرجع1][2]**

هو ظهور النزف الرحمي غير مرتبط بالموجودات غير الطبيعية للرحم وبطانته يشخص باستبعاد[مرجع رقم1]:

أ- الأسباب العضوية للرحم : (ورم ليفي – الأندومتريوز – الأدينوميوز – بوليبات بطن الرحم – فرط تصنيع بطانة الرحم ...)

ب- الأمراض الطبية المزمنة : قصور الدرق – مبيض متعدد الكيات (P.C.O.S)

ج- الحمل واختلاطا ته .

د- الأدوية المؤثرة على تخثر الدم (مميعات الدم –...)

D.U.B يمكن أن يحدث خلال السنوات الخمس الأولى من البلوغ (20% من الحالات) وما حول سن اليأس (50%) حيث أن السبب الرئيسي لل D.U.B هو اللاإباضة مما يؤدي إلى اضطراب التوازن الهرموني وبالتالي حدوث D.U.B .

العلامات المميزة لل D.U.B: **[المرجع1][2]**

هي النزف خارج أوقات الدورة الطمثية ويمكن أن يحدث مع الدورة الطمثية :

غزارة الطمث – نزف طمثي مديد أكثر من 7 أيام – نزف طمثي غزير ومديد – النزف الطمثي يحدث في أقل من 21 يوماً من الدورة الأخيرة (تقارب طموث).

ملاحظة: الدورة الطمثية الطبيعية مدتها 21 – 35 يوماً مدة الطمث 2-7 أيام كميتها 30- 80 مل /خلال الدورة وسطياً 35 مل .

*كيف تشخص D.U.B ؟***[المرجع1][2]**

1) الاستجواب والقصة المرضية : حيث أن الاستجواب عن الدورة الطمثية وانتظامها وكمية النزف والأدوية المستخدمة من قبل المريضة مثل (حبوب منع الحمل – مميعات من الدم ...) يمكن أن يعطي فكرة عن D.U.B

2) التصوير بالأمواج فوق الصوتية (الإيكو) هذا الإجراء يسمح بنفي أو تأكيد موجودات غير طبيعية مثل البوليبات- الأورام للبنية الرحمية- كيسات الأندومتريوزبه – مبيض متعدد الكيسات – الحمل واختلاطاته – فرط تصنع بطانة الرحم

3) فحوص مخبريه : وتشمل **[المرجع1][2]**

- خضاب وهيماتوكريت لكشف مقدار فقر الدم .
- تحاليل هرمونية FT4 – TSH – LH- FSH من أجل قصور الدرق والمبيض المتعدد الكيسات .
- وظائف الكبد والكلية وزمن النزف والتخثر .

4) خزعة باطن الرحم : **[3]**

إن سماكة البطانة الرحمية تقاس بواسطة الايكوغرافي المهبلي عبرمقطع طولي للرحم. حيث البطانة الرحمية ***الطبيعية*** في مرحلة ماحول سن اليأس تختلف في السماكة (الثخانة) وفقا للدورة الطمثية من 4 ملم في الطور الجريبي إلى 14 ملم في الطور اللوتيئيني لذلك : إذا أظهر ***الايكو المهبلي*** سماكة في البطانة الرحمية أكثر أو يساوي **14** ملم وكانت المريضة **فوق سن الأربعين** (ماحول سن اليأس) فانه يجب إجراء خزعة باطن الرحم وأحياناً إجراء توسيع

وتجريف (D + C) وذلك لنفي أو تأكيد فرط تصنع بطانة الرحم وحتى سرطان بطانة الرحم خاصة إذا كان لدى المريضة عوامل خطورة لحدوث سرطان بطانة رحم مثل : بدانة ، سكري .... .

كيف نعالج D.U.B: بشكل عام **[3]**

1-دوائياً : حبوب منع الحمل – بروجسترون – مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية – ميفامنيك أسيد ..

2-اللولب الهرموني : حيث يوضع ضمن الرحم ويفرز الليفونورجسيتريل .

3-البالون الحراري

4-جراحياً: فشل العلاجات السابقة نجري كشط للبطانة أو استئصال الرحم.

1-**دوائياً** : **[3]**

في حالات الهجمات الحادة من النزف اللاباضي نعطي حبوب منع الحمل يجب أن يتوقف خلال 14- 24 ساعة ولمنع تكرار النزف يجب إعطاء حبوب منع الحمل المختلطة بشكل دوري لمدة 3 أشهر. ممكن إعطاء البروجسترون مثلNorethisterone (15 ملغ / يومياً) أو مبدروكسي بروجسترون اسيتات (بروفيرا) 5 – 10 ملغ / يومياً و قد تصل إلى 40 ملغ / يومياً فمويا ولمدة 10-14 يومياً من كل شهر .

ويمكن إعطاء البروجسترون من اليوم 5 للدورة ولمدة عشرين يوماً متتالياً.

- في حالات النزف الحاد غير الإباضي يمكن إعطاء الأستروجين 25 ملغ / وريدياً كل 4 ساعات حتى يتوقف النزف أو يخف وإعطاء البروجسترون فوراً أو بعد 3 أيام من إعطاء الاستروجين وبعد الانتهاء من الدواء نزف السحب سوف يحدث وهؤلاء المريضات يجب أن تعالج بحبوب منع الحمل لمدة 3 أشهر (3 دورات شهرية) .
- يمكن استخدام مضادات الالتهاب غيرالستيروئيدية مثل:

النابروكسين Naproxine – بروفين Profen – الايبوبروفين Ibuprofen ...

حيث تقلل من كمية النزف ألطمثي الغزير بشكل ملحوظ ويجب أن ننصح المريضة بأخذ هذه الأدوية قبل 1- 2 يوم من موعد الدورة الطمثية المتوقع .

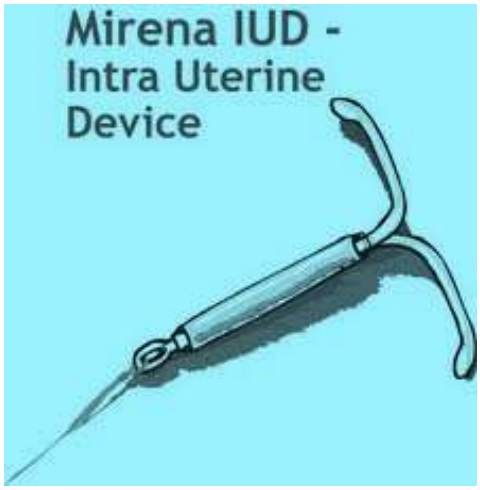
- البعض يستخدم الأدوية المضادة للنزف أو ما تسمى المرقئات مثل Epsilon Amino carbolic Acid المعروف تجاريا(Caperol) 2-4 غ/اليوم لمدة 3-5 أيام خلال النزف ألطمثي حيث تعتبر هذه الطريقة كخط علاجي مساعد في الحالات الشديدة.

ملاحظة : يجب دعم المريضات بمركبات الحديد وذلك لمدة 3- 6 أشهر مع مراقبة الخضاب .

2- **اللولب الهرموني** : **[4] [5]**

إن اللولب الهرموني (Mirena) يشبه اللولب النحاسي من حيث الشكل كما هو موضح في **الشكل رقم** (1) حيث يحتوي في الذراع العمودي على خزان يحتوي على 52 ملغ من الليفونورجسيتريل (Levonorgestril) حيث طوله الكلي يعادل 32 ملم والذراع **T** (**T-Shaped**) مصنع البلاستك المشرب بالبار يوم وبالتالي يصبح اللولب ظاهراً على الأشعة × وكذلك على الإيكو غرافي وللولب خيطان اثنان متصلان إلى قاعدة اللولب بشكل عروة أو عقدة وهذان الخيطان يساعدان عند الرغبة في نزع اللولب كما هو موضح في **الشكل رقم (1)** .

هذا اللولب يسمح بشكل ثابت إطلاق وتحرير 20 ميكروغرام / يومياً (عند بداية تركيبه) من الليفونورجسيتريل في حين بعد 5 سنوات من وضع اللولب فإنه يحرر 11 ميكروغرام / اليوم .



شكل رقم (1)

تركيب اللولب : [6]

يجب تركيب اللولب من قبل طبيب ذو خبرة جيدة حيث أن اللولب الهرموني هو أكثر عرضاً من اللولب النحاسي (***Intra Uterine Device I.U.D***) مثل لولب نوفا (NOVA T380)

حيث أن اللولب الهرموني Mirena يقيس 4,5 ملم في أنبوب الإدخال لذلك قد نضطر في بعض الحالات إلى توسيع عنق الرحم كما عند الخروسات Nulliparous أو بعض النساء حول سن اليأس Pre-menopause.

حيث أن النجاح في وضع اللولب في المكان المناسب من جوف الرحم هام من أجل أن يضمن ويكفل لتعرض منتظم لبطانة الرحم إلى هرمون الليفونورجستريل وهذا يحسن فعالية اللولب.

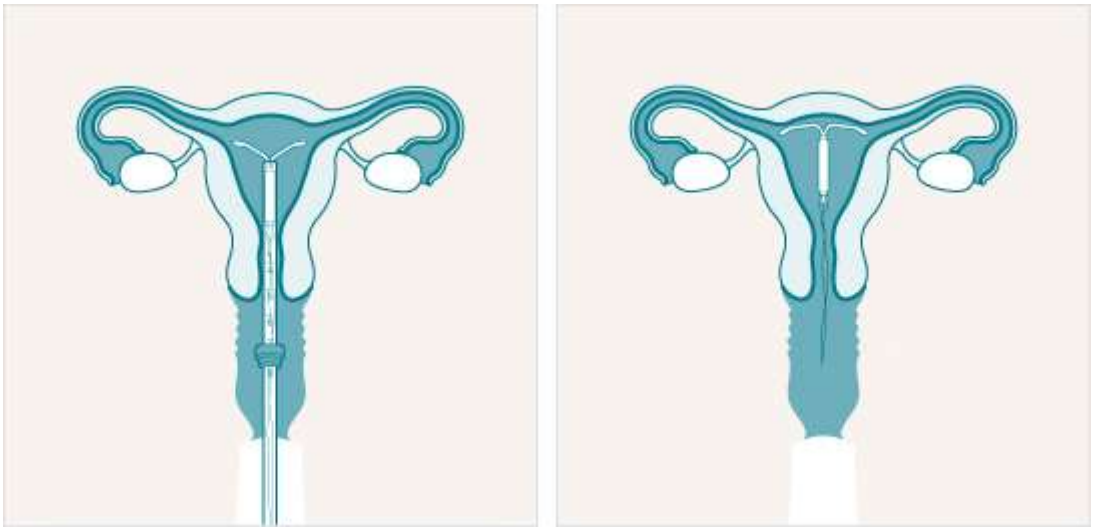
- يوضع اللولب عادة خلال الأيام السبعة الأولى من الطمث ويفضل تجنب الأيام التي يكون فيها النزف غزيراً لأن هذا ممكن أن يزيد من احتمالية طرده كما هو موضح في **الشكل رقم (2)[7]**.
- يوضع اللولب الهرموني بعد الإجهاض العفوي أو المحرض مباشرة بدون أن يزيد من التأثيرات الجانبية له بينما بعد الولادة يوضع بعد مرور 6 أسابيع من الولادة .
- إن اللولب الهرموني يطلق الليفونورجستريل بشكل موضعي ضمن جوف الرحم والامتصاص ألجهازي يتم بواسطة شبكة الأوعية الشعرية من الطبقة القاعدة لبطانة الرحم وهذا الامتصاص يؤدي إلى مستوى بلازمي ثابت 0.4 – 0.6 نانومول / ليتر **الشكل رقم (3)[7]** .
- وهذا المستوى ينحدر بشكل تدريجي مع تقدم الزمن ولكن المستوى البلازمي لليفونورجستريل يبقى حتى 72 شهراً.

شكل رقم (3)

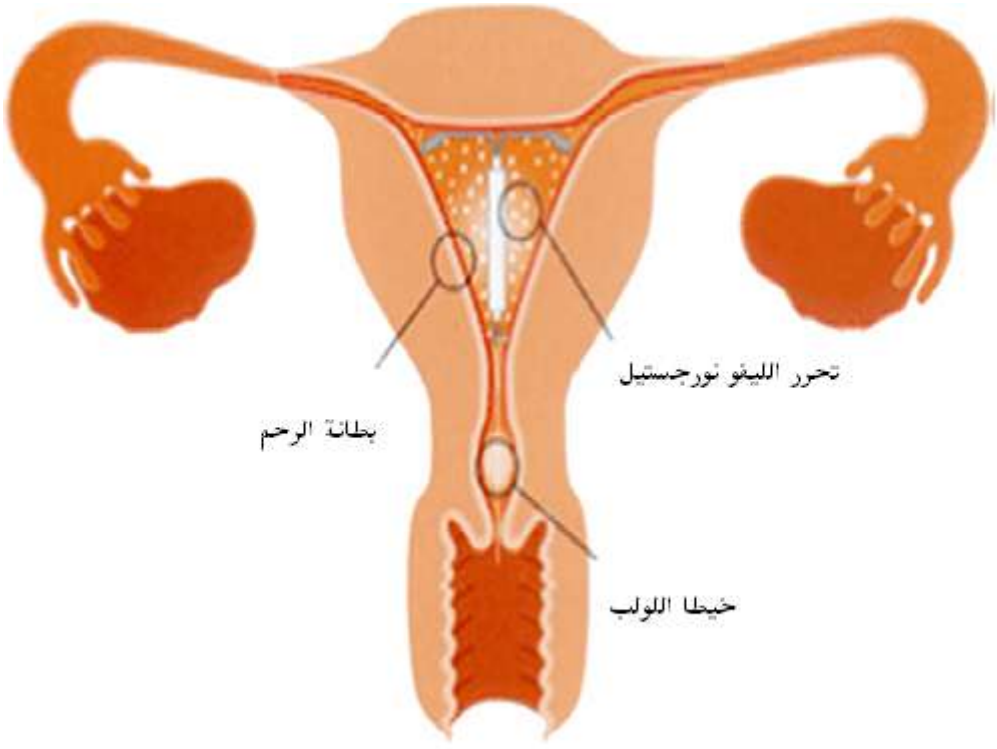
إن الأعراض اليروجسترونية غالباً عابرة مثل ألم في الثديين – احتباس سوائل– نرفزة – ألم معدي–...

نزع اللولب:

يمكن نزع اللولب بسهولة وذلك عن طريق سحب خيطا اللولب بالملقط (FORCEPS) ويفضل سحبه خلال فترة الطمث حيث يكون أسهل و إذا كانت المريضة في سن النشاط التناسلي يفضل الامتناع عن الجماع قبل أسبوع من إزالته و ذلك لمنع حدوث الحمل.



شكل رقم (2)



مضادات الاستطباب :[8]

الحمل – نزف مهبلي غير معروف السبب – الداء الحوضي الالتهابي

انتانات الرحم بعد الولادة –إنتان المهبل وعنق الرحم – لطاخة بابا نيكولا الشاذة – سرطان الثدي – سرطان الرحم وعنق الرحم – أمراض الكبد والكلية .

الاختلاطات : [8]

▪ انطراح اللولب لذلك على المريضة مراجعة طبيبها خلال بضعة أسابيع من تركيبه وكل 6 أشهر ويجب أن تتعلم المريضة الكشف عن اللولب ولمس خيطانه بعد كل دورة طمثية .

- تشكل كيسة جرابية وفي 98% من الحالات تتراجع هذه الكيسات عفويا .
- زيادة حدوث الداء الحوضي الالتهابي ***P.I.D*** (**P**elvic .**I**nflammatory. **D**isease).
- زيادة حدوث الأمراض المنتقلة بالجنس .
- التمشيح الدموي {ويسمى احيانا بالتيقيع (spotting) }: مثله مثل اللولب النحاسي وخاصة خلال 2-3 أشهر الأولى من تركيبه .

الاستطبابات:

- **كمانع** حمل وذلك بإحداث ضمور في بطانة الرحم وزيادة سماكة مخاط عنق الرحم وبشغله الحيز ضمن جوف الرحم ومنع التعشيش..
- في علاج النزف الرحمي الشاذ **Abnormal Uterine Bleeding A.U.B** والنزف الرحمي الوظيفي **D.U.B**
- قرط تصنع بطانة الرحم **Hyperplasia**.
- المبيض المتعدد الكيسات (**P.C.O.S**) **poly Cystic Ovary Syndrome** .

أهمية البحث وأهدافه :

تكمن أهمية البحث في شيوع حالات النزف الرحمي الوظيفي **D.U.B** (حيث يشكل 10- 15 % من الحالات المراجعة للعيادات النسائية) الذي يؤدي إلى علاجات دوائية عديدة ذات آثار جانبية متنوعة أو علاجات جراحية مثل استئصال الرحم كحل لمشكلة النزف وبالتالي تأتي أهمية البحث في إيجاد وسيلة جيدة وممكنة وتقلل الآثار الجانبية وتقلل الحاجة للعمل الجراحي لعلاج النساء في بلدنا اللواتي بعانين من **D.U.B** ويهدف البحث في معرفة دور اللولب الهرموني (**Mirena**) في تدبيرل **D.U.B** (الذي يتظاهر بالنزف ألطمثي الغزير أو المديد أو كليهما) وذلك عند النساء حول سن اليأس (الضهي) وذلك لتشجيع الأطباء والمريضات على استخدامه وتقبله في بلدنا كخط لعلاج **D.U.B**

طرائق البحث ومواده:

لقد تمت دراستنا خلال 12 شهراً في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية- قسم النسائية والتوليد- وذلك من تاريخ 2012/3/1 ولغاية 2013/3/1 حيث تم انتقاء مريضات ماحول سن اليأس **Pre-Menopause** (40 – 48 سنة) ويشتكين من نزف رحمي وظيفي يتظاهر زيادة مدة الطمث وغزارته، أو من غزارة الطمث أو من المشكلتين معاً في آن واحد.

وقد تم استبعاد كل المريضات اللواتي تبين من خلال التقييم وجود آفة عضوية مسببة للنزف الرحمي الشاذ (**A.U.B**). مثل **{** ورم ليفي رحمي – قرحة عنق الرحم – بوليبات باطن الرحم وبوليبات عنق الرحم – الأندومتريوز – مبيض متعدد الكيسات – تناول أدوية (مميعات) – فرط تصنع بطانة الرحم **}**، فكان بذلك عدد عينة الدراسة **85** مريضة تم تقسيمهن إلى مجموعتين :

A:(عددها 50) أعطيت المريضة النورايثيدرون (**Norethisterone**) فموياً5ملغ /3مرات/ اليوم لمدة 6 دورا ت.

B : (عددها 35) حيث تم تركيب لولب هرموني داخل الرحم (**Mirena**) والمتابعة سنة .

لقد استخدمنا في المجموعة A حبوب البروجسترون **Norethisterone** (**Norcolute**) /5 ملغ/3مرات/اليوم .

لقد استخدمنا في المجموعة B لولب هرموني(**Mirena**) حيث تم تركيبه في مشفى الأسد الجامعي في العيادة الخارجية للمشفى بعد الحصول على الموافقة الخطية للمريضة وبعد التأكد من عدم وجود مضاد استطباب لتطبيق هذا النوع من العلاج .

ولقد درسنا مايلي :

1- الآثار الجانبية للمعالجة في كلتا المجموعتين .

2- دراسة الاضطرار لإيقاف العلاج(عدم تناول الدواء فموياً أو سحب اللولب) .

3- معايرة الخضاب والهيماتوكريت للمريضات في كلتا المجموعتين وذلك قبل بدء العلاج وبعد 3-6 أشهر وفي المجموعة B بعد سنة .

4- دراسة نجاح العلاج .

5- دراسة الاضطرار للعمل الجراحي(استئصال الرحم) في كلتا المجموعتين .

6- دراسة مقارنة مع دراسات محلية وعالمية .

النتائج والمناقشة :

1- لقد درست **<u>الآثار الجانبية</u>** التي ظهرت على مريضات الدراسة في كلتا المجموعتين **B + A** حيث إن المريضة قد تكون اشتكت من تأثير جانبي واحد أو عدة آثار جانبية والجدول رقم (1) يوضح ذلك :

الجدول رقم (1)

	صداع	الم معدي	نرفزة	الم خثلي وأسفل الظهر	ألم في الثديين	انتفاخ الثديين	الانزعاج من تناول الدواء اليومي
N=50 A	%8=4	%24=12	%6=3	%8=4	%10=5	%14=7	%70=35
N =3 B	2.85=1	%2.85=1	%2.85=1	28.85=10	%2.85=1	%5.7=2	%0
Z	0.99	2.66	0.68	2.56	1.27	1.23	6.46
P	n.s0.16	**0.00319	0.25 n.s	0.00523 **	0.102 n.s	n 0.109 .s	** 0.000

* : **يوجد فرق معنوي باحتمال 95% .**

** : **يوجد فرق معنوي باحتمال 99% .**

n.s : **لا يوجد فرق معنوي .**

نلاحظ من الجدول أن التأثير الجانبي الأكثر حدوثاً في المجموعة هو الانزعاج من التناول اليومي للدواء (70%) ثم يليه الألم المعدي (24%) و كان الألم وأسفل الظهر التأثير الجانبي الأكثر حدوثاً في المجموعة B (28.8%)

<u>2) دراسة الاضطرار لإيقاف العلاج :</u>

لقد اضطررنا خلال متابعة الدراسة والعلاج إلى إيقاف أخذ الدواء فموياً (المجموعة **A**) عند 8 مريضات (نسبة 16 %) وذلك لظهور تأثير جانبي أو عدة تأثيرات عند المريضة نفسها في حين اضطررنا لسحب اللولب الهرموني بعد تركيبه خلال سنة من المتابعة بعد استمرار النزف والتمشيح والألم الخثلي عند مريضين ويشكل نسبة قدرها(5.7%). والجدول رقم (2) يوضح الأسباب الأكثر شيوعا لإيقاف العلاج .

الجدول رقم (2)

الاضطرار لإيقاف العلاج بسبب	الانزعاج من تناول الدواء اليومي	الم معدي	الم خثلي وأسفل الظهر	استمرار النزف والتمشيح
مجموعة A N=8=16%	5	4	-----	6
مجموعة B N=2=5.7%	----	----	2	2

3) معايرة الخضاب والهيماتوكريت :

ملاحظة هامة :

في خطة قسم النسائية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية لمريضات **D.U.B** بعد دراسة المريضة بشكل كامل (ايكوغرافي للرحم والملحقات ودراسة مخبريه وفحص نسائي و إجراء تنظير عنق رحم مكبر ثم نجري تجريف رحم استقصائي ونرسل العينات للتشريح المرضي) ففي حال سلبية الموجودات وخاصة التشريح المرضي نعطي المريضة كعلاج للنزف الرحمي معالجة بروجسترون **3-6** أشهر ففي حال فشل العلاج نجري استئصال رحم باستطباب نزف رحمي شاذ غير مستجيب للعلاج الدوائي لذلك في دراستي اعتمدت في المجموعة **A** علي مدة **6** دورات شهرية بالإضافة كذلك وجدت في المراجع التي اعتمدتها في دراستي في تدبير ال **D.U.B** تعتمد فترة **3-6** أشهر .

أما في المجموعة **B** فاعتمدت مدة السنة كمتابعة لان اللولب الهرموني من أثاره الجانبية التمشيح الدموي خلال الثلاث الأشهر الأولى كما أن الدراسات والمراجع تعتمد مدة السنة كحد **أدنى** في تدبير **D.U.B** ما لم تظهر أثار جانبية تجبر علي نزع اللولب ويفضل أن تكون المتابعة أكثر من سنة .

كما انه ممكن في المستقبل إن تجري دراسة تعتمد أن تكون متابعة المجموعة **A** مدة سنة والمجموعة **B** أكثر من سنة (سنتين أو ثلاث سنوات) .

لقد أجري لمريضات الدراسة معايرة الخضاب والهيماتوكريت في مخبر المشفى وذلك قبل بدء العلاج وبعد مضي 3 أشهر و6 أشهر من العلاج في كلتا المجموعتين إضافة إلى بعد سنة في المجموعة **B** والجدول (3) يوضح مقدار الخضاب في كلتا المجموعتين .

الجدول رقم (3)

متوسط تركيز خضاب الدم غ/د.ل	قبل العلاج	بعد 3 أشهر	بعد 6 أشهر	بعد سنة
مجموعة(A)	10.2 ± 1.1	11.6 ± 1.3	11.7 ± 1.2	----------
مجموعة(B)	10.3 ± 1.1	1 1.5 ± 1.4	11.9 ± 1.4	12 ± 1.3
Z	0.42	0.34	0.69	---------
P	*n*.s 0.34	*n*.s 0.37	*n*.s 0.25	---------

نلاحظ من الجدول رقم (3) أن الخضاب تحسن بعد أخذ العلاج المقترح في كلتا المجموعتين وذلك بعد 3 و6 أشهر من العلاج ولكن **لم يكن** هناك فارق معنوي بين المجموعتين خلال الستة أشهر من العلاج ويعود سبب ذلك إن اللولب قد يسبب تمشيح دموي خلال الأشهر الأولى من تركيبه لذلك الخضاب في المجموعة **B** لم يتحسن بشكل معنوي واضح عما هو في المجموعة **A** .

4) دراسة نجاح العلاج :

لقد اعتبرنا نجاح العلاج يتحقق في تخلص المريضة من النزف الرحمي بحيث تكون كمية الدم أقل من 80 مل.

لقد وجدنا أن نسب النجاح متباينة في كلتا المجموعتين .

الجدول رقم (4)

نسبة نجاح العلاج	بعد 3 أشهر	بعد 6 أشهر	بعد سنة
مجموعة (**A**)	(%68)34=N	(%76) 38=N	----------
مجموعة (**B**)	(%57) 20 =N	(%79.8) 27 =N	(%88.35) 31=N
Z	1.036	1.4 1	
P	***n*.s** 0.15	0.034 *	

نلاحظ من الجدول رقم (4) أن مريضات المجموعة **A** كانت نسبة نجاح العلاج ***مرتفعة أكثر*** من المجموعة **B** وذلك بعد 3 أشهر من العلاج حيث بلغت (68%) بينما في المجموعة **B** (57 %) ولكن لايوجد غرق معنوي حيث **P** =(**0.15** ***n*.s**) ويعود ذلك بسبب حدوث التمشيح والتبقيع **Spotting** عند مريضات اللولب بشكل أعلى خلال 3 أشهر الأولى من تركيبه .

في حين نلاحظ أن نسبة النجاح في المجموعة **B** بعد 6 أشهر من تركيب اللولب كانت ***أعلى*** من المجموعة **A** حيث بلغت (79.8 %) حيث يوجد فارق معنوي بنسبة 95% حيث **P** =(**0.034** *) .

ونلاحظ أيضا أن نسبة النجاح في المجموعة **B** ترتفع بشكل ملحوظ وذلك بعد **سنة** من تركيب اللولب الهرموني حيث بلغت نسبة النجاح (88.35%) وهذه النسبة ممتازة حيث تخلصت 88.35% من المريضات **D.U.B** واللواتي تم تركيب لهن اللولب الهرموني من النزف الشاذ وبدون اللجوء إلى إجراء طبي أو جراحي آخر .

والخلاصة من الجدول رقم (4) أن : نجاح العلاج بالتخلص من النزف الرحمي الوظيفي **D.U.B** يكون واضحا في المجموعة **B** أكثر من المجموعة **A** وذلك بعد ستة أشهر من تركيب اللولب الهرموني Mirena وتكون الآثار الجانبية قليلة وبسيطة وتزداد نسبة نجاح العلاج مع مرور الزمن .

5) الاضطرار للعمل الجراحي : لقد وجدنا خلال سنة من المتابعة أن :

الجدول رقم (5)

استئصال الرحم	عدد المريضات
المجموعة A	%22=11

المجموعة B	%8.55 = 3
Z	1.67
P	0.049 *

نلاحظ من الجدول رقم (5) لن نسبة الاضطرار للعمل الجراحي (استئصال الرحم) كانت في المجموعة **A** 22% بينما المجموعة **B** كانت 8.55% أي أن المجموعة **B** احتاجت حوالي ثلث مما احتاجته المجموعة **A** تقريباً للاستئصال الرحمي ونلاحظ **إن P =* 0.049** أي أن هناك فارق معنوي بمقدار 95% أي أن اللولب الهرموني خفض من نسبة استئصال الرحم مقارنة مع العلاج الفموي وذلك بفارق معنوي جيد(95%). وذلك يؤكد نجاح العلاج باستخدام اللولب الهرموني.

وبدراسة الأسباب الموجبة لإجراء الاستئصال الرحمي عند كلتا المجموعتين وجدنا:

✓في المجموعة **A** أن هناك **5** مريضات (10%)من اللواتي أوقفن العلاج لظهور تأثيرات جانبية للعلاج الفموي اضطررن لإجراء لهن استئصال الرحم ، في حين كان هناك **6** مريضات(11%) أخذن العلاج الفموي ست دورات طمثية ولكن لم يتخلصن من النزف الرحم الوظيفي فاضطررن إجراء لهن استئصال رحم .

✓في المجموعة **B** أن هناك **2** مريضتين (5.7%) اضطررنا لسحب اللولب لظهور تأثيرات جانبية اضطررن أيضا لإجراء لهن استئصال الرحم في حين كان هناك 1 مريضة (2.85%) استخدمت اللولب ولكن النزف الرحمي الوظيفي لم يتحسن فاضطررنا لإجراء لها استئصال رحم .

6) الدراسات المقارنة :

هناك العديد من الدراسات والمقالات المنشورة محلياً وعالمياً حول استخدام اللولب الهرموني في تدبير النزف الرحمي الشاذ **D.U.B** ولكن اعتمدت في دراستي على أخذ دراستين للمقارنة :

دراسة د. محمد حمدان **[9]** ودراسة *Dina Monsour **[4]** فلقد وجدت مايلي :

الجدول رقم (6)

	سحب اللولب	الخضاب بعد سنة	نجاح العلاج	استئصال الرحم
دراستنا مجموعةB	%5.7	12 ± 1.3	% 88.35	%8.55
د. محمد حمدان	% 8.7	12.9±1.7	% 81.39	%0
Monsour,D*	% 4.3	---------	%94	%4.2

نلاحظ من الجدول رقم (6) أن معدل الخضاب ارتفع في كل الدراسات المقارنة والنسبة العظمى كانت عند دراسة د. محمد حمدان(ربما يعود سبب ذلك حسب رأي د حمدان هو دراسة الأورام الليفية مع النزف الرحمي الشاذ

حيث أن الأورام الليفية تفرز الاريثروبيوتين وبالتالي ارتفاع الخضاب ؟؟)، وعلى كل حال نلاحظ تحسن الخضاب في كل المجموعات نتيجة التخلص من النزف ألطمثي غير الطبيعي بشكل تام أو جزئي بالإضافة إلى دعم المريضة بمركبات الحديد لفترة 3-6 أشهر .

- ونلاحظ أن نسبة نجاح العلاج كانت الأعلى عند دراسة *Monsour,D حيث بلغت 94% ثم دراستنا (88.35 %) بينما في دراسة د. محمد حمدان (81.39%) ويعود سبب ارتفاع نسبة النجاح عند *Monsour,D لأن دراسته استمرت 3 سنوات بينما باقي الدراسات استمرت لسنة واحدة فقط .
- نلاحظ أن معدل استئصال الرحم كان معدوما 0% في دراسة د. محمد حمدان ؟ ربما يعود السبب لاستبعاد وعدم متابعة المريضات اللواتي تم سحب اللولب لهن (8,7%) بينما في دراستنا كان معدل استئصال الرحم في المجموع ب 8.55% في حين أن دراسة *Monsour,D كان معدل استئصال الرحم 4.2% وهي النسبة الأقل (الدراسة استمرت 3 سنوات ولم يتم استبعاد أية مريضة) .

الاستنتاجات والتوصيات :

لقد وجدنا إن التأثير الجانبي الأكثر حدوثاً في المجموعة **A** هو الانزعاج من التناول اليومي للدواء (70%) والحقيقة في أغلب الدراسات تشير أن فقط 23% من المريضات كن غير ممانعات من العلاج الفموي وغير منزعجين في حين شكل الألم الخثلي وألم أسفل البطن 28.85 % عن مريضات المجموعة **B** .

- اضطررنا لإيقاف العلاج في المجموعة **A** بنسبة 16% بسبب ظهور تأثير جانبي أو أكثر وخاصة الألم المعدي أو بسبب الانزعاج من التناول اليومي للدواء أو بسبب استمرار النزف أو التمشيح في حين في المجموعة **B** اضطررنا لسحب اللولب 5.7 % من الحالات وذلك لظهور تأثير جانبي مثل الألم الخثلي أو أسفل الظهر أو بسبب استمرار النزف والتمشيح .
- لاحظنا أن الخضاب قد تحسن في كلتا المجموعتين وبعد ذلك بسبب التخلص من النزف ألطمثي فبعد 6 أشهر من العلاج في المجموعة A كان متوسط الخضاب 1.2 ± 11.7 بينما المجموعة **B** كان بعد 6 أشهر 1.4 ± 11.9 غ/ دل وبعد سنة كان 1.3 ± 12 غ/ دل .
- نلاحظ من الدراسة أن نسبة نجاح العلاج في المجموعة A بعد 6 أشهر(6 دورات طمثية) كانت 76% في حين في المجموعة B كانت 79.8% وارتفعت إلى 88.35% بعد سنة من تركيب اللولب الهرموني .
- نلاحظ أن الحاجة لإجراء استئصال الرحم قد انخفضت إلى ***الثلث*** تقريبا في المجموعة B عما هو عليه في المجموعة A حيث بلغت نسبة الحاجة لاستئصال الرحم في المجموعة A 22% بينما في المجموعة B 8.55%. وانطلاقا من المعطيات السابقة فإننا

ننصح ونوصي :

❖ بتطبيق العلاج الهرموني بواسطة اللولب الهرموني داخل الرحم المحرر لليفونورجستريل في حالات النزف الرحمي الوظيفي(D.U.B) حول سن اليأس (الضهي) كخط أول فهو يقلل بشكل ملحوظ التأثيرات الجانبية التي تظهر عند اخذ الدواء فمويا كما يقلل الحاجة لاستئصال الرحم إلى الثلث **[10]** حيث ننصح بتطبيق اللولب الهرموني كعلاج لل D.U.B في المؤسسات و المشافي الصحية.

❖ كما نقترح ونوصي بإجراء دراسات مماثلة في المستقبل على أن تكون مدة المتابعة بعد بدء العلاج سنتين أو ثلاث سنوات وذلك للوقوف عن كثب والتأكد أكثر من مدى فاعلية هذه الطريقة في العلاج .

المراجع:

1- CAROLYN,B. *Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women*. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, vol 35, N.5 May 2013,13-14-15 **.**

2- BAYAR, S; DECHERNY,A. Clinical Manifestations and Treatment of Dysfunctional Uterine Bleeding. JAMA 1993; 269: 1823-28 **.**

3- VUILOS, G; LEFEBVRE, D; GRAVES, N. *The guide for the Management of Abnormal Uterine Bleeding*. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, (August 2001)106 **.**

4- MANSOUR,D . *Modern management of abnormal uterine bleeding , the levonorgestrel intra-uterine system*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology London,Vol. 21, No 6, 2007,52-64**.**

5- LAHTEENMKI,S; PUOLAKKA,J.*Open randomized study of use of levonorgestrel releasing intrauterine system as alternative to hysterectomy* **.** NewYork vol16 ,116:122-2009 **.**

6- RAURAMO, I . *Long-term treatment of menorrhagia with levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection* **.** Obstet-Gynecl 2004; 104**.**

7- LUKES, A;REARDON,B. *Use of the levonorgestrel – releasing intrauterine system in women with haemostatic disorders* **.** Fertile Sterile Australia, Vol.90.N.3,2009**.**

8- KOH ,S ; SINGH, K. *The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the haemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia* **.** 2007; 5 133–138 **.**

9–حمدان، محمد. *تدبير النزف الرحمي الشاذ لدى مريضات الأورام الليفية الرحمية*.مجلة جامعة. دمشق للعلوم الصحية في القطر العربي السوري، المجلد السابع والعشرون العدد الأول،2011 .250،249،248،247

10- DUEHOLM , M . *Levonorgestrel – IUD should be offered before hysterectomy for abnormal uterine bleeding without uterine structural abnormalities***.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(12):1302-4**.**