



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق – كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

مقارنة بين الموجودات الصدىية قبل العمل الجراحي و نتائج التشريح

المرضي للرحم المستأصلة لدى مريضات النزف الرحمي الشاذ

**Comparison between ultrasonographic findings
before surgery and histopathological examination of
hysterectomy specimens of patient with abnormal
uterine bleeding**

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التوليد وأمراض النساء

رئاسة القسم	المشرف	المشرف المشارك
أ.د. بشار الكردي	أ.د. وائل نصار	أ.د. وليد الصالح

إعداد الباحثة: طالبة الدراسات العليا

آيات الزهر

الإهداء

Dedication

إلى قدوتي الأولى، ونبراسي الذي ينير دربي .. إلى الظل الذي آوي إليه في كل حين .. إلى التي أعطتني ولم تزل تعطيني بلا حدود

أمي الحبيبة

إلى الروح التي علمتني معنى الفقد، إذ ليس الوجد في أيام الفقد الأولى، بل حين تأتي الأيام السعيدة فتجد أن من يستطيع مشاركتك بشكل أعمق قد رحل

أبي الحبيب (رحمه الله)

إلى من ظفرت بهم هدية من الأقدار إخوةً فعرفوا معنى الأخوة

إخوتي: د.نانسي د.ياسر

إلى من منحني القوة للمواظبة على طريق النجاح وكان خير سند لي في دربي إلى توأم روحي وقيثارة الحب الخالد.

زوجي الغالي :د.أسعد

إلى من زرعت معهم الأمل وتقاسمنا معا عناء وفرحة الوصول، إلى من عشت معهم أيام لها في قلبي حنين وفي سمعي رنين، إلى من تحلو الحياة بهم وتهون الصعاب برفقتهم، إلى من شاركوني في دربي.

صديقاتي

كلمة الشكر

Acknowledgment

أشكر الله تعالى الذي منّ عليّ بإتمام هذا العمل المتواضع مع رجائي أن يتقبله مني ويجعله خالصاً لوجهه الكريم...

لا بدّ لي أولاً من وقفة شكر وامتنان لأساتذتي الكرام الذين لن أنسى فضلهم ما حييت، وأخصّ بشكري وتقديري: أستاذي ومشرفي: الأستاذ الدكتور وائل نصار الذي تفضل بالإشراف على هذه الأطروحة، وكان له الفضل الكبير في إنجاح هذا العمل، فأمدني بتوجيهاته وملاحظاته القيمة، ومنحني من وقته وجهده الكثير، فألف شكر لك أستاذي الفاضل.

وأتوجه بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور وليد الصالح، لتكرمه بقبول المشاركة في الإشراف على هذه الأطروحة، وإغنائها بملاحظاته القيمة، فألف شكر لك أستاذي الفاضل.

كما أتوجه بالشكر للأستاذ الدكتور بشار الكردي ، لتفضله بقبول المشاركة في تحكيم هذه الأطروحة، وإغنائها بملاحظاته القيمة، والذي كان خير معلم لنا في مسيرتنا العلمية خلال السنوات التي مضت.

وأتوجه بالشكر والامتنان للأستاذة الدكتورة ميادة رومية، لتكرمها بقبول تحكيم هذه الأطروحة وإثرائها بملاحظاتها ونصائحها وتوجيهاتها التي سترقى بالبحث وتغنيه.

كما أتوجه بفائق الشكر والعرفان لجميع أعضاء قسم التوليد وأمراض النساء أساتذة وموظفين

وفي النهاية لا بد لي من أشكر كل من قدم لي يد المساعدة لكي أحقق ما وصلت إليه

فهرس المحتويات

المقدمة:	٣
القسم النظري	٤
النزف الرحمي الشاذ	٥
الورم الليفي:	٧
الأدينوميوز :	١٠
البوليبيات:	١٣
القسم العملي	٢٥
الباب الأول: منهج البحث	٢٦
عنوان البحث :	٢٦
هدف البحث :	٢٦
مبررات البحث :	٢٦
المواد والطرائق :	٢٧
مكان الدراسة:	٢٧
نمط الدراسة:	٢٨
فترة الدراسة :	٢٨
الباب الثاني: نتائج البحث	٣٠
عرض النتائج	٣٠
المناقشة:	خطأ! الإشارة المرجعية غير معروفة.

المقدمة:

يشكل النزف الرحمي الشاذ مشكلة مرضية شائعة جدا عند النساء قبل وحول وبعد سن الضهي حيث يشكل أغلب الشكايات النسائية في العيادات الخارجية ويحتاج إلى الخبرة الكافية للتقييم والتشخيص والتدبير. كما يعتبر أشيع سبب لاستئصال الرحم في هذه الفئة العمرية.

تتراوح شدة الأعراض من نزف مشحي إلى نزف شديد مهدد لحياة المريضة ويحتاج لتدخل إسعافي سريع.

ويختلف التدبير من حالة إلى أخرى مع الأخذ بعين الاعتبار تحسين الحالة العامة للمريضة ونمط الحياة ورغبة المريضة في الانجاب او لا.

القسم النظري

النزف الرحمي الشاذ

كان من الصعب تحديد تعريف واضح وصريح للنزف الرحمي الشاذ على مر العصور وقد استخدمت عدة مصطلحات لوصف أعراض هذا النزف [1].

يصف النزف الرحمي الشاذ مجموعة من الأعراض التي تتراوح من النزف الطمثي الغزير، النزف بين الطموث، تطاول الطموث، النزف عقب سن الضهي أو النزف الرحمي الوظيفي، وقد تأسس هذا المصطلح من قبل المنظمة الدولية للتوليد وأمراض النساء FIGO ومجموعة العمل للاضطرابات الطمثية في 2011 وحصل بذلك على الموافقة الدولية [2].

كما وضعت FIGO ومؤسسة الاضطرابات الطمثية MDC عدة معايير للطمث الطبيعي واعتبرت كل ما فوق ذلك على انه نزف رحمي شاذ AUB [3]، وهذه المعايير هي:

التكرار: كل 28 – 34 يوم

الانتظام: ألا يزيد الاختلاف من 7 إلى 9 أيام بين أقصر وأطول دورة طمثية

المدة: أقل أو تساوي 8 أيام

الحجم: ألا يكون النزف مؤثرا على حياة الأم الفيزيائية والاجتماعية ولا يزيد عن 80 مل [4]

بينما اعتبرت الكلية الملكية للتوليد وأمراض النساء RCOG والكلية الأمريكية للتوليد وأمراض النساء ACOG النزف الطمثي الغزير أنه يجب أن يحدد من قبل المريضة بأنه أي نزف يؤثر على نشاط المريضة الفيزيائي والاجتماعي ويحتاج للدراسة والتدبير [4]

صنفت FIGO و MDC النزف الرحمي الشاذ إلى حاد ومزمن [5]

النزف الحاد: أي نزف مهدد للحياة عند سيدة غير حامل في سن النشاط التناسلي ويحتاج إلى تدخل إسعافي

لوقف النزف [5]

النزف المزمن: أي نزف رحمي غير منتظم من ناحية التكرار والمدة والحجم واستمر لمدة لا تقل عن ست

أشهر ماضية [6]

نسبة الانتشار:

يعتبر النزف الرحمي الشاذ مشكلة شائعة حيث يصيب حوالي 25 - 14 % من النساء في سن النشاط

التناسلي [7]

ويشكل حوالي 70% من الاستشارات النسائية في العيادات حول سن الضهي [8]، ويمكن أن يكون له تأثير

مهم على حياة السيدات ونشاطاتهن الفيزيائية والاجتماعية والعاطفية [9]، تطلب حوالي 800,000 سيدة

الاستشارة من أجل النزف في المملكة المتحدة سنويا [9]، حيث يعتبر AUB رابع أشيع سبب لتقديم الخدمات

النسائية في UK [10].

الآلية المرضية:

لا توجد آلية مرضية محددة للنزف وإنما هي تداخل عدة عوامل ولكن وضعت FIGO و MDC نظام لتصنيف

الآلية المحتملة للنزف وجمعتها باختصار **PALM COEIN** [11]

بوليبات (POLIP) P

أدينوميوز (ADENOMYOSIS) A

الأورام الليفية (LIOMYOMA) L

الخباثات (MALIGNANCY) M

اضطرابات التخثر (COAGULATION) C

اضطرابات الإباضة (OVULATORY) O

اضطرابات البطانة (ENDOMETRIAL) E

طبية المنشأ (IATROGENIC) I

بشكل عام مكونات PALM هي أمراض بنوية من الممكن رؤيتها وتشخيصها بالدراسة الصدوية والشعاعية والتشريح المرضي أما COEI فهي أمراض غير بنوية لا تكشف بالدراسة الصدوية والشعاعية أو التشريح المرضي [12].

الورم الليفي

الورم الليفي أشيع ورم سليم عند النساء، وهو تكاثر على حساب الخلايا العضلية السليمة [13].

حيث يصيب 70 % من النساء البيض بعمر 50 و 80% من النساء السود [14].

تقريبا 42 من كل 1000 سيدة تخضع للاستشفاء سنويا بسبب الأورام الليفية ولكن السيدات الافارقة الأمريكيات لديهن معدلات اعلى للاستشفاء واستئصال الأورام الليفية واستئصال الرحم مقارنة بالبيض [15].

حوالي ثلث الأورام الليفية تترافق مع أعراض منها النزف، الألم الحوضي، أعراض انضغاطية، نقص الخصوبة، الاسقاطات المتكررة، المخاض الباكر، المخاض المسدود، بالمقابل هناك العديد من النساء مع أورام ليفية لا

عرضيات [16]، ولكن أشيع عرض تراجع فيه النساء اللواتي لديهن أورام ليفية هو AUB وفقر الدم بعوز الحديد حيث يبقى الورم الليفي الاستطباب الأهم لاستئصال الرحم [17]، ولكن ماتزال الآلية التي تربط بين الأورام الليفية والنزف غير مفهومة بشكل تام [13].

بعض النظريات أشارت بأنه بوجود الورم الليفي سيزداد سطح البطانة مما يزيد من كمية النزف [18]، بينما أشارت نظريات أخرى بأنه عند وجود ورم ليفي ستزداد التوعية والجريان الدموي وسيكون هناك ضخامة بالأوعية وهذا بدوره قد يؤثر على وظيفة الصفائح [19].

وتزداد المعلومات حول وجود معقدات خلوية وجزيئية تترافق مع الأورام الليفية تتداخل مع تشكيل الاوعية الجديدة والعوامل المفعلة للأوعية وعوامل النمو بالإضافة إلى تداخل بعملية التخثر [19].

صنفت FIGO MDC الأورام الليفية تحت ثلاث أنظمة كما يلي: [12]

نظام التصنيف الاول: يعتمد على وجود أو غياب ورم ليفي بغض النظر عن الحجم أو العدد أو الموقع

نظام التصنيف الثانوي: ميز بين الأورام الليفية تحت المخاطية SM والأورام الليفية بمواقع أخرى، حيث

اعتبر أن الأورام الليفية تحت المخاطية هي الأكثر ترافقا مع AUB

نظام التصنيف الثالثي: يتم فيه تصنيف جميع أنواع الأورام الليفية مع الأخذ بعين الاعتبار علاقتها مع

البطانة أو المصلية بالإضافة إلى وجود آفات على العنق.

عوامل الخطورة:

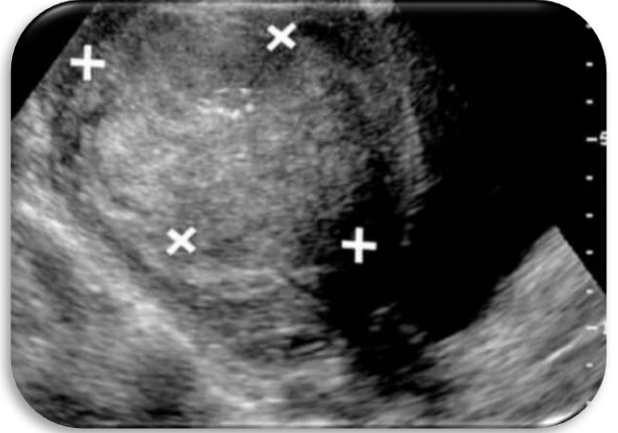
١. تقدم العمر
٢. الطمث الباكر
٣. قلة الولادات
٤. البدانة
٥. المعالجة بالتاموكسيفين
٦. الحمية عالية الدسم

أما التدخين فتبين أنه يترافق مع نقص حدوث الأورام الليفية [20].

التشخيص:

يعتمد التشخيص على الفحص الفيزيائي حيث من الممكن جس ضخامة بالرحم او كتلة حوضية ولكن تبقى الدراسة الصدى هي الوسيلة الأهم للتشخيص حيث تميز بين الأورام الليفية وضخامة الرحم بسبب الحمل او كتل المبيض [21].

يبدو الورم الليفي صدويا ككتلة صلبة مدورة أو بيضوية واضحة الحدود ومنتظمة، أما من ناحية الصدى فيبيدي تغايرية كبيرة بالصدى حسب كمية الخلايا العضلية الموجود فيه وخلايا اللحمية، حيث ممكن أن يكون منخفض الصدى أو عالي الصدى [22].



صورة صدوية تظهر الورم الليفي

أما وسائل التشخيص الأخرى مثل الرنين المغناطيسي أو الطبقي المحوري فلا يتم اللجوء لها عادة بسبب التكلفة الباهظة وبسبب حساسية ودقة الدراسة الصوتية العاليتين.

الأدينوميوز

يعرف بأنه وجود غدد بطانة الرحم مع اللحمية ضمن العضلية. [12]

ويعتبر من الحالات الشائعة المسببة للنزف حيث يتواجد في % 60 من عينات الرحم المستأصلة للنساء في نهاية سن النشاط التناسلي.

نسبة انتشاره غير محددة بدقة لأن تشخيصه النهائي يعتمد على التشخيص النسيجي، ولكنه يشكل ثاني أشيع سبب للنزف الرحمي الشاذ بعد الأورام الليفية.

يترافق الأدينوميوز مع زيادة الولادات و زيادة الرضوض والجراحة على الرحم [23].

لا تزال الآلية المرضية غير مفهومة بشكل جيد ولكن بعض النظريات تقترح وجو خلل في الحاجز بين البطانة والطبقة العضلية كما في حالات التوسيع والتجريف أو الاسقاط المحرض حيث من الممكن ان تتأذى هذه الطبقة [23].

يمكن أن يكون الأدينوميوز بؤري أو منتشر ولكن المنتشر أكثر شيوعا حيث يشكل ثلثي الحالات وأكثر توضع في الجدار الخلفي للرحم . [24]

الأعراض:

50% من النساء لا عرضيات، ويمكن أن يترافق مع نزف طمثي غزير وعسر طمث [24]

التشخيص:

نجد بالفحص الفيزيائي ضخامة بالرحم ولكن من الصعب تمييزه عن الأورام الليفية ولذلك نلجأ للدراسة الصدوية عن طريق المهبل كأول إجراء [24] .

الموجودات الصدوية: [25]

- ثخانة غير متجانسة في العضلية الرحمية (على حساب الوجه الخلفي)
- كيسات ناقصة الصدى داخل العضلية myometrial cyst
- خطوط ناقصة الصدى تمتد بشكل شعاعي من البطانة للعضلية
- بطانة رحمية غير واضحة الحدود
- زيادة في عدم تجانس العضلية الرحمية



صورة تظهر الموجودات الصدوية للأدينوميوز

أثبتت الدراسات بالمرنان أنه إذا كانت ثخانة المنطقة الواصلة بين البطانة والعضلية junctional zone أكبر من 12 mm فهي مشخصة للأدينوميوز، وأقل من 8mm فهي تنفي الأدينوميوز ولكن قليلا ما نلجأ للمرنان للتشخيص بسبب التكاليف الباهظة فنكتفي بالتصوير الصدوي عن طريق المهبل لاعتماد التشخيص ومن ثم التدبير حسبه.



صورة بالرنين المغناطيسي تظهر الأدينوميوز

البوليبيات

هي تكاثر سليم موضع على حساب خلايا بطانة الرحم مع الغدد واللحمة ممكن أن يتواجد ضمن تجويف الرحم أو قناة العنق [12] .

يكون البوليبي لين وطري وممكن أن يكون مفرد أو متعدد، ويتراوح أحجام البوليبيات من عدة ميليمترات إلى عدة سنتيمترات ومعظمها ينشأ من قعر الرحم.

نسبة انتشار البوليبيات من % 20 إلى % 25 عند النساء في سن النشاط التناسلي.

تقريبا واحدة من كل أربع نساء في سن النشاط التناسلي تشكو من AUB يكون لديها بوليبي باطن رحم.

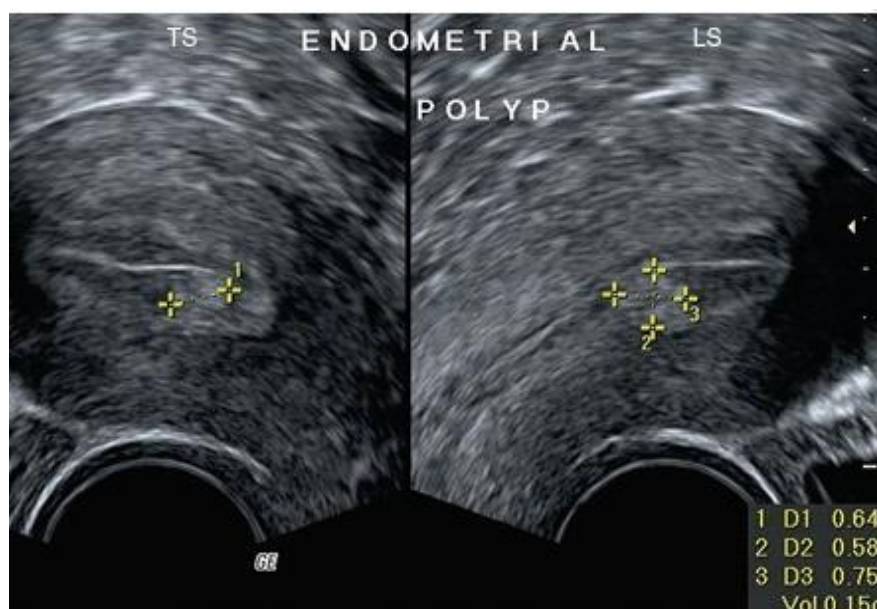
لا يزال سبب البوليبيات غير معروف ولكنها في الغالب تترافق مع فرط تصنع بطانة رحم نتيجة تعرض لأستروجين غير معاكس لفترة طويلة [26].

معظم البوليبيات لا عرضية ولكن العرض الأساسي هو AUB [13]، حيث ترافق البوليبيات مع AUB يتراوح بين 3.7% و 65% [27]، كما يزداد ترافق البوليبيات مع الأورام الليفية مع تقدم العمر [13].

عادة ما تكون البوليبيات سليمة ولكن تزداد نسبة الخباثة فيها مع تقدم العمر ففي دراسة على 67 سيدة في UK لديهن بوليبيات تبين أن 86% منها كانت سليمة و 13% منها أبدت فرط تصنع و 3% منها كانت خبيثة [26]، نسبة الخباثة في البوليبيات 5.42% بعد سن الضهي مقارنة ب 1.7% عند النساء في سن النشاط التناسلي [26].

التشخيص:

نعمد على الدراسة الصدوية عن طريق المهبل كأول إجراء حيث يبدو البوليبيد إما بشكل سماكة بطانة غير نوعية أو على شكل كتلة عالية الصدوية واضحة الحدود قطرها حوالي 2 سم تتوضع ضمن تجويف الرحم و أفضل ما تجرى الدراسة الصدوية قبل الطمث ب 10 أيام لتقليل نسبة الخطأ في التشخيص [26].



صورة صدوية تظهر بوليبيد باطن رحم

ومن الممكن الخلط بين البوليبيات و الأورام الليفية تحت البطانة فيلجأ للتصوير الصدوي مع حقن السالين للتمييز بينهما [13].

الخبائات

يعد سرطان باطن الرحم من أشيع السرطانات النسائية في الشرق الأوسط. [12]

كان سابقاً يعتبر نادراً قبل سن الضهي ولكن مع تزايد نسب البدانة والمتلازمة الاستقلابية لوحظ زيادة انتشار هذا السرطان ويعتبر من أكثر الخباثات النسائية ترافقا مع AUB.[27]

عادة ما يتم تقييم البطانة عن طريق الدراسة الصدوية عن طريق المهبل عند كل سيدة تشكو من AUB حيث يجب ألا تتجاوز سماكتها 1 سم عند النساء قبل سن الضهي و 0.4 سم عند السيدات بعد سن الضهي .

يجب أن يؤخذ سرطان العنق بعين الاعتبار عند وجود نزف مستمر بين الطموث أو نزف عقب الجماع أما ترافق سرطان المبيض مع AUB فهو نادر.[27]

تعد ساركومات الرحم من الأورام النادرة ولكن من الممكن أن تكون سببا ل AUB .

عوامل الخطورة :

1_ التقدم في العمر

2_ العرق الأسود حيث يزداد الخطر إلى ضعفين

3_ معالجة طويلة الأمد بالتاموكسيفين

4_ تشيع سابق للحوض.

كان يعتقد سابقا أن أي ضخامة بالرحم تدل على خباثة ولكن ذلك لم يعد صحيحا حيث أن الأورام الليفية السليمة تسبب ضخامة بالرحم وتنمو بسرعة بينما الساركومات ممكن أن تنمو ببطء [13].

التشخيص :

لا تزال الوسيلة الأولى لتقييم المريضة التي لديها شك عالي بوجود خباثة هو الدراسة الصدوية عن طريق المهبل لدراسة البطانة والملحقات حيث تشمل **المظاهر الصدوية** الموجهة لسرطان باطن الرحم ما يلي: [22]

1_ سماكة بطانة أكثر من 0.4 سم عقب سن الضهي

2_ عدم تجانس بنسيج البطانة

3_ فجوات كيسية ضمن البطانة

4_ وجود سائل ضمن جوف الرحم نتيجة التنخر

ويجب فيما بعد أن يتبع بإجراءات أخرى لتأكيد التشخيص مثل المرنان أو أخذ عينة من البطانة وتحليلها نسيجيا لتقييم فرط التصنع أو للتأكد من وجود خلايا خبيثة أو لا نموذجية أو لا [13].

وبعد الحديث عن الخباثات سنورد ما يلي شرحا مبسطا لباقي أسباب ال AUB والتي هي أسباب غير بنيوية ولا تشخص بتقنيات التصوير أو التشريح المرضي.

اضطرابات التخثر

اعتلال التخثر هو مصطلح لوصف طيف واسع من الاضطرابات التي تتعلق بالإرقاء [12].

وقد سجلت اعتلالات التخثر عند 13 % من النساء اللواتي لديهن نزف طمثي غزير وأكثر هذه الأمراض شيوعاً هو داء فون ويلبراند [28]، يتم تشخيص هذه الاضطرابات بأخذ قصة سريرية مفصلة مع الفحوص المخبرية اللازمة .

اضطرابات الإباضة

يمكن أن تترافق الدورات اللاإباضية مع نزف طمثي غزير نتيجة تأثير الاستروجين غير المعاكس بالبروجسترون على البطانة محدثاً فرط تصنع مما يؤدي إلى دورات غزيرة مع تغير التكرار .
وهذه الدورات عادة ما نجدها في طرفي سن النشاط التناسلي حيث يتطاول الطور التكاثري ويكون هناك غياب للطور اللوتينيني.

لا يوجد سبب محدد لهذه الاضطرابات ولكن ممكن أن يكون هناك اضطراب غدي يؤثر على المحور الوطائي النخامي كما في: _ متلازمة المبيض متعدد الكيسات

_ فرط البرولاكتين

_ قصور الدرق

_ البدانة

_ القهم العصبي

_ فقدان الوزن الشديد

_ الشدة النفسية

_ التمارين العنيفة [29]

هناك بعض الأدوية التي تؤثر على استقلاب الدوبامين ممكن أن تؤثر على الاباضة وهذه تدخل في الأسباب
طبية المنشأ ل AUB .

عادة يكون تكرار الدورات عند هؤلاء النساء يتجاوز 38 يوم.

عادة ما تشخص هذه الاضطرابات بالقصة السريرية والفحص الفيزيائي بالإضافة للفحوص المخبرية اللازمة
[29].

اضطرابات البطانة

تشاهد اضطرابات البطانة عند النساء اللواتي لديهن AUB مع دورات منتظمة ورحم طبيعي بنيويا وبدون وجود
اعتلال تخثري، وخاصة ما يكون النزف على شكل نزف طمثي غزير أو نزف بين الطموث [12]
لا تزال آلية هذه الاضطرابات قيد الدراسة وغير مفهومة حيث غالبا ما يكون السبب وجود اضطراب بدئي في
البطانة [12].

أشارت بعض الدراسات أنه عندما يكون العرض المسيطر هو النزف الطمثي الغزير يكون هناك خلل موضعي
في الإرقاء [30] .

وحتى الآن لا يوجد اختبار يمكننا من تشخيص هذه الآفات حيث تشخص باستبعاد الأسباب الأخرى لل AUB
عند النساء في سن النشاط التناسلي.

يمكن أن تترافق مع وجود أدينوميوز أو أورام ليفية كما يمكن أن تكون ثانوية لالتهاب باطن رحم بالكلاميديا [12] .

أسباب طبية المنشأ:

النزف الرحمي الشاذ المرتبط بأسباب طبية هو ذاك النزف الذي يحصل نتيجة وجود أجهزة داخل الرحم كاللولب النحاسي أو نتيجة استخدام بعض الأدوية [12]

ومن الأدوية التي تسبب نزف نذكر : [12]

- الهرمونات الستيروئيدية (الاستروجين، البروجسترون، الأندروجين)
- أدوية تؤثر على إنتاج هذه الهرمونات (مشابهات موجهات الأقنود، مثبطات الأروماتاز، معدلات مستقبلات الاستروجين الانتقائية)
- مضادات التخثر
- أدوية جهازية تؤدي لاضطراب في الإباضة كالتي تتداخل في استقلاب الدوبامين أو التي تسبب فرط برولاكتين.

وبالحديث عن الأسباب الطبية المنشأ للنزف نكون قد شملنا الآليات المرضية المسببة للنزف.

التشخيص والمعالجة:

أول خطوة بتشخيص وتقييم مريضة AUB هو تحديد كمية النزف والذي يتم وصفه من قبل المريضة ومن الممكن أن يتم تقييمه بناء على عدة أمور [29]

أولاً: القصة المرضية:

- القصة الطمثية من ناحية عدد الأيام والتكرار والانتظام وكمية النزف
- تأثير النزف على نمط حياة المريضة من الناحية الاجتماعية (القدرة على الذهاب للعمل وممارسة النشاطات اليومية) ومن الناحية العاطفية والفيزيائية
- القصة الجنسية والنشاط التناسلي
- السؤال عن أعراض أخرى ترتبط بأمراض جهازية مثل قصور الدرق، فرط البرولاكتين، مشاكل كظرية أو نخامية
- سوابق مرضية مثل اضطرابات التخثر والتي نستدل عليها ب: نزف طمثي غزير منذ بداية البلوغ، نزف عقب سن الضهي، نزف مرتبط بالجراحة أو بالأعمال السنية، نزف لثة متكرر أو وجود قصة عائلية قوية.
- ذكر الأعراض المرافقة من ألم حوضي، تبدل المزاج أو التعب والوهن.
- سوابق عائلية لأمراض وراثية منها متلازمة المبيض متعدد الكيسات أو اضطرابات التخثر [31]

ثانياً: الفحص الفيزيائي:

يجب أن يكون الفحص الفيزيائي شامل لكل أجهزة الجسم لنفي الأسباب المستبطنة للنزف، مثلاً مشاهدة فرطريات يوجه لاضطراب دموي كما يجب البحث عن علامات قصور درق أو كوشينغ أو علامات تدل على فرط الأندروجين كما في متلازمة المبيض متعدد الكيسات .

الفحص البطني والحوضي أساسي لجس ضخامات أو كتل في البطن قد توجه لوجود أورام على حساب الرحم أو الملحقات. [32]

ثالثاً: الاستقصاءات:

مخبرياً: [12]

- تعداد دم كامل لمعرفة مستوى الخضاب والهيماتوكريت وما إذا كان هناك فقر دم
- مسح عن اضطرابات التخثر (عند وجود قصة تدل على ذلك): PT، PTT، فيبرينوجين، زمن الترومبين.
- وظائف درق (عند الضرورة)

شعاعياً: [12]

- **الدراسة الصدوية** عن طريق المهبل أو عن طريق البطن: يعتبر أول إجراء يجرى لمريضة AUB لما له من أهمية في إعطاء تقييم عام لحجم الرحم وشكلها ووجود أو عدم وجود أورام ليفية، أدينوميوز، بوليبيات أو تشوهات خلقية في الرحم.
- لذلك كان هذا البحث لدراسة مدى حساسية ونوعية هذا الإجراء في تقييم مريضات AUB ومقارنة نتائجه مع نتائج التشريح المرضي كونها الطريقة الأكيدة للتشخيص النهائي.
- **المرنان:** يفيد في بعض المريضات اللواتي لم يتمكن التصوير الصدوي من كشف الآفات لديهن كما يؤكد تشخيص الأدينوميوز عن طريق قياس ثخانة المنطقة الانتقالية كما أوردنا سابقاً، كما يفيد في التقييم قبل إجراء استئصال أورام ليفية أو تصميم شريان رحمي أو عند الشك بوجود خباثة.
- ولكنه لا يستخدم روتينياً بسبب التكلفة الباهظة وخاصة في الدول النامية.
- **تنظير باطن الرحم:** يفيد في تقييم جوف الرحم من حيث وجود البوليبيات أو الأورام الليفية تحت البطانة.
- خزعة باطن الرحم: تستخدم لتشخيص فرط تصنع بطانة الرحم أو سرطان باطن الرحم.

التدبير:

يوجه علاج AUB بشكل أساسي إلى علاج السبب ولكن عند تدبير مريضات AUB يجب أن تؤخذ عدة أمور بعين الاعتبار مثل الحالة العامة للمريضة وشدة تأثير الأعراض على حياتها اليومية، عمر المريضة، الحالة الإنجابية والمحافظة على الخصوبة، السوابق المرضية وقدرة المريضة على تحمل الأدوية أو تحمل الجراحة، بناء على ذلك يقسم التدبير إلى دوائي وجراحي [29]

الدوائي:

يعتبر العلاج الدوائي مناسباً للمريضات صغيرات السن والراغبات بالحمل أو اللواتي لديهن حالة مرضية تمنعهن من تحمل الجراحة. [33]

يقسم العلاج الدوائي بالإضافة لعلاج فقر الدم بعوز الحديد إلى هرموني أو لا هرموني. [34]

• **العلاج اللاهرموني:** يشمل مضادات حل الفيبرين ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية NSAID والتي

تتقص مقدار دم الطمث حوالي 50% [35].

وتعتبر هذه الخط الأول عند النساء الراغبات بالحمل فيما بعد أو لتجنب الآثار الجانبية للأدوية

الهرمونية بالإضافة لتأثيرهم المسكن للألم وخاصة NSIAD .

ولكن تكون فعاليتهم منخفضة عند وجود آفة ذات أهمية مسببة للنزف كالأورام الليفية [36]

• **العلاج الهرموني:**

1_ موانع الحمل المركبة COCP ويجب أن تستمر المعالجة لثلاث أشهر متواصلة بدون أسبوع راحة [37]

2_ لولب هرموني

3_ حقن بروجسترون

4_ مشابهاة موجهات الأقناده (6 أشهر متواصلة فقط)

من العلاجات الهرمونية الحديثة أيضا هي معدلات مستقبلات البروجسترون والتي تعمل على مستوى البطانة ف تقلل من تكاثرها وتخفف النزف حيث أثبتت التجارب أنها تقلل النزف الطمثي الغزير المترافق مع الأورام الليفية بمقدار 90% وتسبب انقطاع طمث بنسبة 70% وتعتبر أفضل تحملا من مشابهاة موجهات الأقناده . [41]

العلاج الجراحي:

عند عدم وجود آفة بنيوية مسببة للنزف يعتمد العلاج الجراحي على تخريب البطانة او استئصال الرحم التام. [28]

ويعتبر تخريب البطانة هو المفضل حيث مدة العمل الجراحي أقصر وفترة الاستشفاء أقل والاختلاطات أقل. [42]

أما عند وجود آفة بنيوية ف تعالج كل على حدة

تشمل الخيارات الجراحية للأورام الليفية كل من استئصال الورم الليفي بشكل محافظ، تصميم الشريان الرحمي، استئصال الرحم التام والذي يبقى الخيار الأفضل من حيث نتائج النزف والحاجة لمعالجات أخرى [43] .

أما الأدينوميوز فتشمل الخيارات الجراحية تصميم الشريان الرحمي، الجراحة المحافظة والتي قام بها بعض الجراحين عند النساء الراغبات بالحمل ولكن يجب أن تسبق بإجراء مرنان مغناطيسي لتحديد مكان وامتداد الآفة منها طريقة أوسادا ثلاثية الطبقة، أو القطع بشكل حرف H على قعر الرحم، أما العلاج النهائي للأدينوميوز المنتشر هو استئصال الرحم التام وهو العلاج الأفضل. [12]

عند وجود بوليبيات فتعالج باستئصالها عن طريق تنظير بان الرحم وعند وجو آفة بالبطانة يكون العلاج بتخريب البطانة. [44]

القسم العملي

الباب الأول: منهج البحث

عنوان البحث:

مقارنة بين الموجودات الصدوية قبل العمل الجراحي ونتائج التشريح المرضي للرحم المستأصلة لدى مريضات النزف الرحمي الشاذ

Comparison between ultrasonographic findings before surgery and histopathological examination of hysterectomy specimens of patient with abnormal uterine bleeding

هدف البحث:

تقييم الموجودات الصدوية لدى مريضات النزف الرحمي الشاذ وربطها بنتائج التشريح المرضي بعد إجراء استئصال رحم.

مبررات البحث:

هو عرض وليس مرض بحد ذاته وهو من أشيع الشكايات النسائية وقد وضع هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأعراض التي تحدث عند النساء في سن النشاط التناسلي أو بعد سن الضهي. [8]

يشكل 70% من جميع مرضى الاستشارات النسائية حول سن الضهي أو بعده ويتظاهر بعدة أشكال (سواء غزارة دم الطمث، تعدد طموث، نزف بين الطموث، نزف عقب سن الضهي) [45].

وتم تصنيفه حسب FIGO إلى حاد ومزمن [6].

وقد وضعت المنظمة العالمية للتوليد وأمراض النساء تصنيف لأسباب النزف الرحمي الشاذ في تشرين الثاني 2010 يعتمد على الاختصار الموجود في أوائل أحرف الكلمات التالية PALM-COEIN وقد وضع كاستجابة لتفسير الآليات الأساسية المسببة ل AUB [6].

حيث: PALM: البوليبيات Polypes، الأدينوميوز Adenomyosis، الورم العضلي الليفي Liomyoma، الخباثات Malignancy

COEIN : اعتلالات التخثر Coagulopathy، اضطرابات الإباضة Ovulation distress، أمراض البطانة الرحمية Endometrial disease، طيبة المنشأ Iatrogenic، غير مصنفة Non classified بشكل عام مكونات PALM هي حالات عضوية يمكن تشخيصها باستخدام تقنيات التصوير مع التشريح المرضي، أما COEIN حالات مرضية مسببة للنزف لا يمكن تشخيصها اعتماداً على تقنيات التصوير وتعتبر الأسباب العضوية أشيع أسباب النزف حيث نسبة انتشار الورم الليفي 70% عند البيض و 80% عند السود [46].

أما انتشار الأدينوميوز غير محددة بدقة لأن التشخيص النهائي يعتمد على التشريح المرضي [5]. وبالتالي الفحص الفيزيائي وإجراء الاستقصاءات ضرورية لتحديد سبب النزف وبالتالي اختيار التدبير الأمثل أشيع الاستقصاءات هو إجراء دراسة صدوية باستخدام الأيكو عبر المهبل الذي يستخدم لدراسة شكل الرحم وحجمها ووجود أو غياب الأورام الليفية، البوليبيات، الأدينوميوز، أو سماكة بطانة الرحم [47] ويعتبر إجراء مقبول من قبل المريضة وغير مكلف وغير غازي .

وستجرى الدراسة الحالية لتقييم الموجودات الصدوية لدى مريضات النزف الرحمي الشاذ قبل الجراحة وربطها بنتائج التشريح المرضي بعد إجراء استئصال رحم

المواد والطرائق:

مكان الدراسة:

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق – المريضات المقبولات بنزف رحمي شاذ والخاضعات لإجراء استئصال رحم في شعبة الرحميات العام والخاص.

نمط الدراسة:

دراسة مقارنة مستقبلية. Prospective , comparative study

فترة الدراسة:

المريضات المراجعات من ١٢ / ١ / ٢٠٢٠ إلى ١٢ / ١ / ٢٠٢١

عينة الدراسة:

93 سيدة من السيدات المقبولات في شعبة الرحميات العام والخاص واللواتي حققن معايير القبول والاستبعاد من خلال الفحوص المخبرية والسريرية

مجموعة الدارسة:

السيدات اللواتي في سن النشاط التناسلي وحول سن الضهي والمقبولات في شعبة الرحميات.

معايير القبول:

السيدات المقبولات في شعبة الرحميات بسبب نزف رحمي شاذ والخاضعات لإجراء استئصال رحم.

معايير الاستبعاد:

- عدم موافقة السيدة على الدخول في الدراسة
- الحمل
- آفات العنق السليمة والخبيثة المسببة للنزف

خطوات الدراسة:

- أخذت الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.
- أخذت موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق.
- أخذت القصة المرضية "وفق الاستمارة الملحقة" من خلال المقابلة الشفهية مع السيدة، واشتملت على بيانات عامة حول المريضة، مع ذكر السوابق المرضية والجراحية والدوائية والعائلية، وأجري فحص سريري وصدوي من قبل الباحثة.
- تم التركيز من خلال الفحص الصدوي عبر المهبل على الموجودات غير الطبيعية.
- تمت متابعة السيدة مع متابعة نتيجة التشريح المرضي بعد إجراء استئصال رحم
- تم تسجيل البيانات وإدخال الاستمارات إلى قاعدة بيانات حاسوبية.
- تم تحليل البيانات باستخدام برنامج تحليل إحصائي **SPSS**، واستخلاص النتائج التي ظهرت بشكل أساسي على شكل المتوسط الحسابي $\pm$ الانحراف المعياري، والنسبة المئوية .
- قورنت النتائج مع النتائج المماثلة الواردة في منشورات الأدب الطبي.

الأجهزة المستخدمة:

أجهزة التصوير الصدوي المتوفرة في الهيئة

EDAN: DUS 8) MODEL (E613- 5.0 MHZ)

الباب الثاني: نتائج البحث

عرض النتائج

توزيع عينة الدراسة:

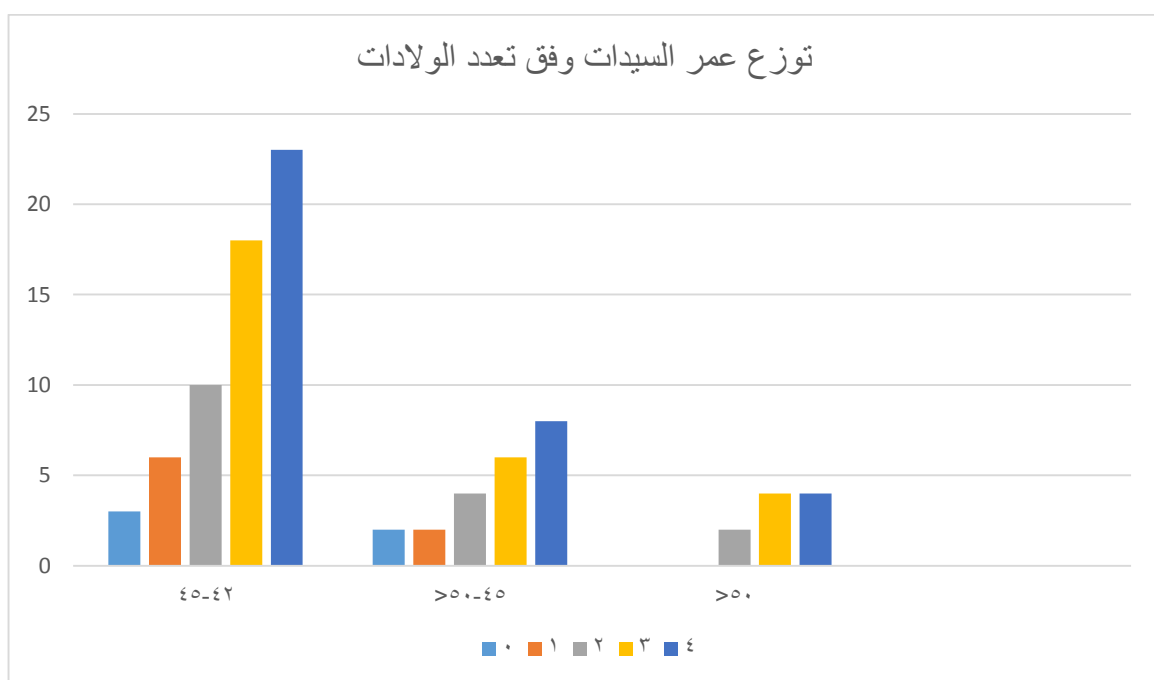
كانت عينة الدراسة مؤلفة من 93 سيدة، توزعت عينة الدراسة إلى مجموعات وفق الجدول التالي:

جدول 1 توزيع عمر السيدات مع عدد الولادات

عدد الولادات				العمر
	42-45	>45-50	>50	
0	3	2	0	5
1	6	2	0	8
2	11	4	2	17
3	18	6	4	28
4≥	23	8	4	35
عدد السيدات الكلي	61	22	10	93
النسبة المئوية	65.2%	24%	10.8%	

يوضح الجدول 1 العلاقة بين عمر السيدة وعدد الولادات، حيث:

- أغلب السيدات اللواتي راجعن بمشكلة نزف رحمي شاذ كانت أعمارهن بين 42-45 سنة (65.2%)
- أعلى نسبة لحدوث نزف رحمي شاذ AUB كانت بين السيدات عديدات الولادة لأكثر من أربعة أولاد



مخطط (١): توزيع العمر للسيدات وفق تعدد الولادات

توزع عينة الدراسة حسب الشكوى الرئيسية للسيدة ومدة الشكاية قبل الخضوع لاستئصال الرحم حيث تم تصنيف الشكاية ضمن أحد التالي:

A. غزارة الطمث Menorrhagia

B. تقارب وغزارة طموث Polymenorrhagia

C. نزف رحمي وطمئي شاذ Menometrorrhagia

D. نزف رحمي Metrorrhagia

E. نزف بعد سن الضهي Postmenopausal bleeding

مدة الشكاية بالأشهر					
العدد	>12M	>6-12M	>3-6M	1-3M	الشكاية
43 46.7%	3	7	24	9	menorrhagia
13 14.1%	1	2	6	4	Polymenorrhagia
19 20.6%	3	2	9	5	metrorrhagia
11 12%	1	1	7	2	menometrorrhagia
7 5.5%	0	1	2	4	Postmenopausal bleeding
	7 7.5%	14 15%	48 51%	24 26.5%	عدد السيدات الكلي

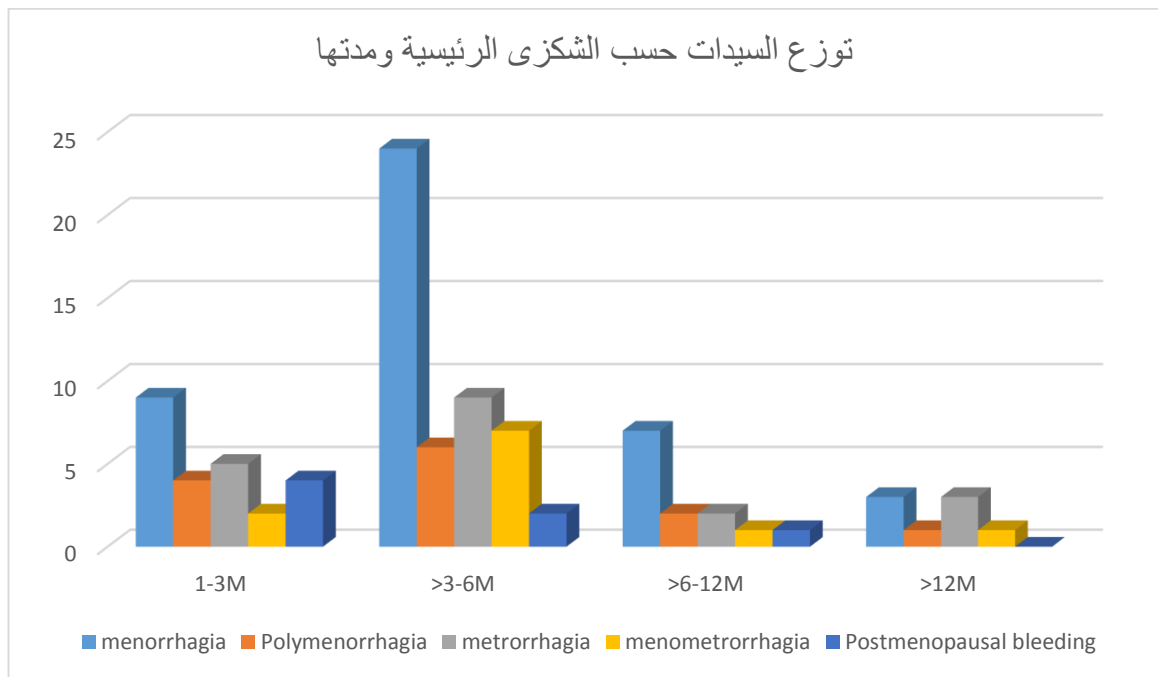
جدول (٢) توزع السيدات حسب الشكوى الرئيسية ومدتها

من الجدول ٢ يتضح ما يلي :

○ أغلب السيدات خضعن للعمل الجراحي بعد استمرار النزف الرحمي الشاذ لمدة 3-6 أشهر (51%)

○ أشيع تظاهر للنزف الرحمي الشاذ كان بشكاية غزارة طمثية Menorrhagia (46.7%)، تلاها

النزف الرحمي خارج أوقات الدورة الطمثية Metrorrhagia (20.6%)



مخطط ٢ توزع السيدات حسب الشكوى النزفية ومدة الأعراض قبل الاستئصال

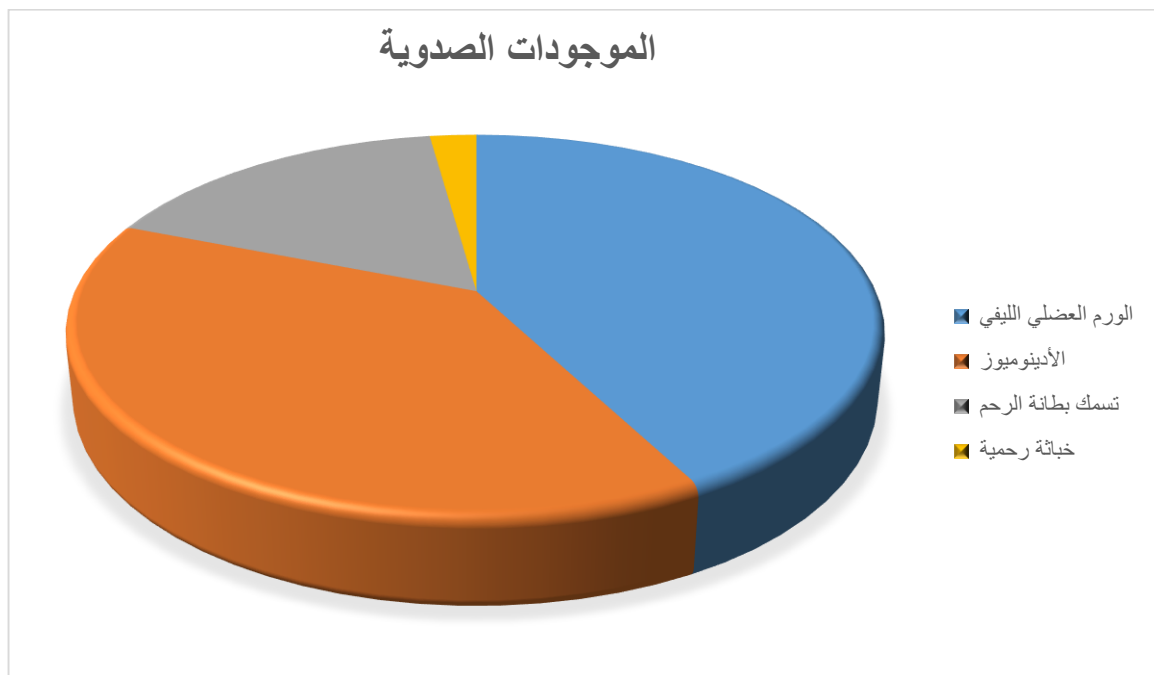
جدول (٣): الموجودات الصدوية للسيدات

الموجودات الصدوية	العدد	النسبة المئوية
الورم العضلي الليفي	٣٩	42.3%
الأدينوميوز	٣٦	38.7%
تسمك بطانة الرحم	١٦	16.8%
خبثاءة رحمية	٢	2.2%

❖ من الجدول (٣) يتضح ما يلي:

- أكثر الموجودات الصدوية مصادفة هي الورم الليفي 39 Fibroid Uterus (42.3%)، ثم الأدينوميوز 36 (38.7%).

مخطط ٣ النسبة المئوية للموجودات الصدوية الملاحظة

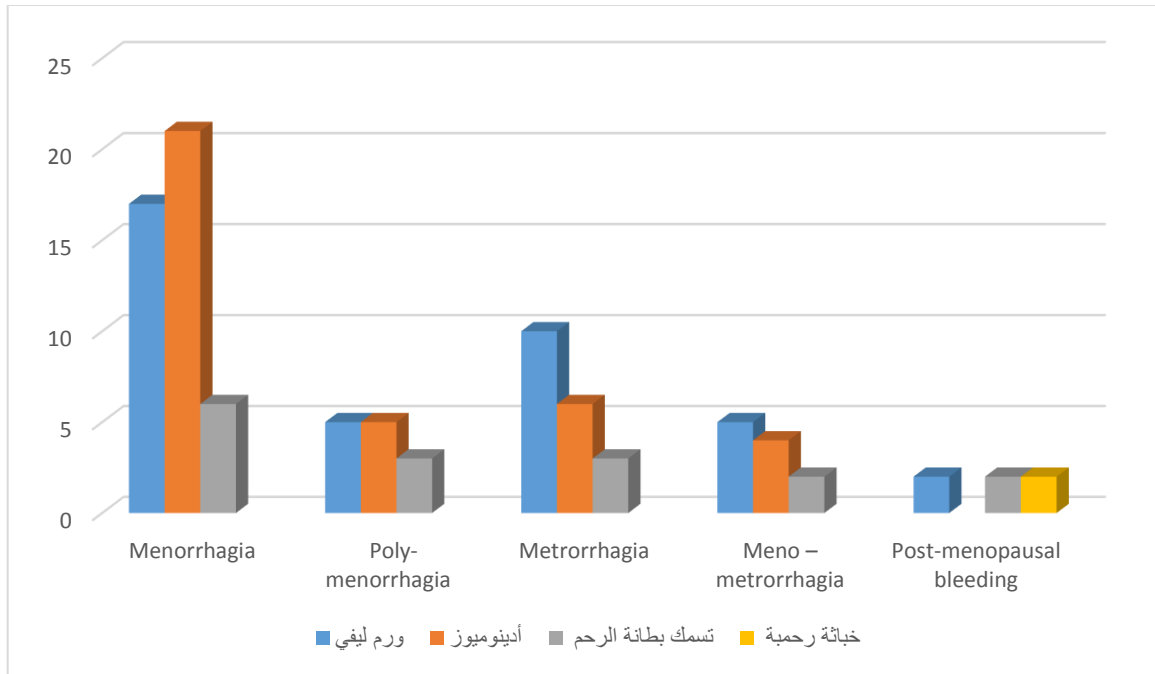


جدول (٤) التوزع حسب الشكوى النزفية والمظهر الصدوي

المظهر الصدوي				الشكاية النزفية
خباثة رحمية	تسمك بطانة الرحم	أدينوميوز	ورم ليفي	
-	6	21	17	Menorrhagia
-	3	5	5	Poly- menorrhagia
-	3	6	10	Metrorrhagia
-	2	4	5	Meno –metrorrhagia
2	2	-	2	Postmenopausal bleeding
2	16	36	39	

يوضح الجدول 4 ما يلي:

- أغلب السيدات اللواتي تم تشخيص (ورم ليفي – أدينوميوز-تسمك بطانة رحم) صدوياً، كان العرض الرئيسي لديهن هو غزارة الدورة الطمثية.
- توزعت الأسباب في حدوث النزف بعد الضهي بين الورم الليفي وتسمك بطانة الرحم والخباثة.



مخطط (٤) الربط بين الشكوى النزفية والموجودات الصدوية

جدول (٥): الربط بين الموجودات الصدوية والتشريح المرضي

التشخيص صدويا				العدد	التشريح المرضي	
خبائث رحمية	سماكة بطانة	أدينوميوز	ورم ليفي			
2	14	21	0	37	Normal	عضلية الرحم
0	0	3	35	38	Liomyoma	
0	2	12	4	18	Adenomyosis	
0	0	3	10	13	Prolifratve	بطانة الرحم
0	0	10	11	21	Secretory	
1	10	22	14	47	Hyperplastic	
0	4	0	0	4	Endometrial polyp	
0	0	0	4	4	Atropic	
0	0	0	0	0	Inflammayory	
1	2	0	0	3	Carcinoma	
0	8	22	34	64	Normal	العنق
0	7	13	5	26	Inflammatory	
1	0	0	0	1	Carcinoma	
1	0	1	0	2	CIN1	
2	16	36	39			

- تظهر تقارير التشريح المرضي للعضلية ما يلي :
- عدد المريضات المثبت وجود ورم ليفي بالتشريح المرضي 38 (41%) ، بينما الأدينوميوز 18 (18.5%) ، وكانت العضلية سليمة عند 37 (39.5%) .
- من 39 مريضة مشخص لها ورم ليفي صدوياً تم تأكيد التشخيص نسيجياً عند 35 مريضة ، بينما تبين أنها أدينوميوز عند 4 مريضات .
- من 36 مريضة مشخص لها أدينوميوز صدوياً تم تأكيد التشخيص نسيجياً عند 12 مريضة ، ووجدت العضلية سليمة عند 21 مريضة ، وتبين أنها ورم ليفي عند 3 سيدات .

✚ بدراسة التشريح المرضي للعنق المستأصل وجد:

- 26 حالة كان فيها التهاب بالعنق، حالة وحيدة وجد فيها سرطان عنق مشترك لسرطان باطن رحم ، 2 حالة وجد فيها CIN1

✚ تظهر تقارير التشريح المرضي للبطانة ما يلي:

- وجد فرط تصنع بطانة عند (15%) 47 ، بطانة مفرزة عند (23%) 21، بطانة تكاثرية عند (41%) 13 مريضة، كارسينوما عند (2.8%) 4 .

- من بين 47 مريضة وجد لديها فرط تصنع بطانة رحم hyperplasia، وجد تسمك بطانة رحم صدوياً عند 10 مريضات و 22 حالة ترافقت مع أدينوميوز و 14 حالة ترافقت مع ورم ليفي .

- من 16 مريضة لديها تسمك بطانة رحم صدوياً، سيدتان فقط كانت الشكوى الرئيسية عندهما النزف بعد سن الضهي.

- من 16 مريضة لديها تسمك بطانة رحم صدوياً ، كانت النتيجة بوليب باطن رحم لدى أربع مريضات

- من ثلاث مريضات لديهن كارسينوما باطن رحم نسيجياً، حالة وحيدة كانت الموجودات الصدفية تتماشى مع سرطان باطن رحم، و حالتين كانتا تتماشيا مع فرط تصنع سليم.

جدول 7 الحساسية والنوعية والقيمة التنبؤية الإيجابية والقيمة التنبؤية السلبية لتشخيص الورم الليفي والأدينوميوز و الخباثات الرحمية صدوياً ونسيجياً

صدويًا		نسيجيًا						
		+	-	إجمالي	حساسية	نوعية	PPV	NPV
		+	-		%	%	%	%
ورم ليفي	+	35	4	39	92.1	92.5	89.7	94
	-	3	50	53				
أدينوميوز	+	12	24	36	66%	32%	33%	89%
	-	6	51	57				
الخباثات الرحمية	+	1	1	2	33%	1%	50%	98%
	-	2	89	90				

من الجدول 7 يتضح ما يلي :

- بالمقارنة بين حساسية الإيكو المهبلي في تشخيص الورم الليفي و الأدينوميوز، وجد أن حساسية الإيكو المهبلي في تشخيص الأدينوميوز (66%) بالمقارنة مع الورم الليفي (92.1%).

- بالمقارنة بين نوعية الإيكو المهبل في تشخيص الورم الليفي و الأدينوميوز، وجد أن نوعية الإيكو المهبل في تشخيص الأدينوميوز منخفضة (32%) مقارنة مع الورم الليفي (92.5%) .
- حساسية ونوعية الإيكو المهبل منخفضة في تشخيص الخباثات حيث بلغت الحساسية (33%) بينما النوعية بلغت (1%) .

المناقشة:

- يعتبر النزف الرحمي الشاذ AUB من أهم أسباب استئصال الرحم عند السيدات حول الإياس حيث يشكل تقريباً ثلثي حالات الاستئصال [4].
- أغلب السيدات التي راجعن بمشكلة نزف رحمي شاذ كانت أعمارهن بين 42-45 سنة (65.2 %) [5].
- أعلى نسبة لحدوث نزف رحمي شاذ AUB كانت بين السيدات عديدات الولادة لأكثر من أربعة أولاد، وكان ذلك متوافقاً مع دراسة **Jetley** وزملائه و **Shobha**. [46]
- الفترة الوسطية بين حدوث النزف الرحمي الشاذ والاستشفاء لاستئصال الرحم كانت 3-6 أشهر (51%) وهذا ما كان متوافقاً مع دراسة **Kathuria** و **Bhatnagar** [47].
- حساسية الإيكو المهبل في تشخيص الورم الليفي (92.1%) والنوعية (92.5%)، وهذا ما جاء متوافقاً مع دراسة **Dueholm** وزملائه [48].
- في الدراسة الحالية تم تشخيص 18 مريضة مع أدينوميوز ، تم تشخيص 12 منها بالإيكو عبر المهبل، حيث كانت الحساسية (66%) والنوعية (32%) والقيمة التنبؤية الإيجابية (33%)، والقيمة التنبؤية السلبية (89%).
- بالمقارنة مع الدراسات السابقة الموضحة في الجدول (8) نجد أن النوعية منخفضة في الدراسة الحالية (32%) بالمقارنة مع دراسة **Siedler** (97 %) و **Atzori** (96 %)، بينما توافقت مع دراسة **Roohi** و زملائه (35 %) [49].

○ في الدراسة الحالية كانت حساسية الايكو المهبل والنوعية منخفضة في تشخيص الخباثات وهذا ما جاء متوافقا مع دراسة **Sajjad** و زملائه حيث كانت الحساسية والنوعية (35%) ، (3.2%) على التوالي [50] .

○ تم تشخيص سماكة بطانة رحم صدويا لدى 16 مريضة منها أربع بوليبيات باطن رحم بالتشريح المرضي بنسبة (25%) ، وحالتين تبين أنها كارسينوما باطن رحم بنسبة (12%) .

جدول (8): مقارنة الحساسية والنوعية والقيمة التنبؤية الإيجابية والسلبية للإيكو عبر المهبل في تشخيص الأدينوميوز الرحمي مع الدراسات السابقة

الدراسة	العدد	الحساسية	النوعية	PPV	NPV
Siedler et al	80	63	97	71	–
Ascher et al.	17	52.9	66.6	90	20
Atzori et al	175	86.6	96	68.4	98
Roohi et al	102	73	35	54	90
الدراسة الحالية	93	66	32	33	89

التوصيات

- يمكن الاعتماد على الدراسة الصدوية في تشخيص الورم الليفي بسبب حساسيته ونوعيته العاليتين
- يجب اتخاذ خطوات تشخيصية أخرى كالمرنان عند تشخيص الأدينوميوز بالتصوير الصدوي بسبب نوعيته المنخفضة
- يجب تحري سماكة البطانة المكتشفة صدويا عند السيدات بعد سن الإياس واستكمال دراستها بالتشريح المرضي لنفي الخباثة.

الملاحق

الملحق رقم (١) الموافقة المستنيرة

جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم التوليد وأمراض النساء

الموافقة المستنيرة

العنوان: مقارنة بين الموجودات الصدوية قبل العمل الجراحي ونتائج التشريح المرضي للرحم المستأصل لدى مريضات النزف الرحم الشاذ.

الباحثه: د. آيات الزهر

سيدتي:

سنقوم في هذه الدراسة بإجراء تصوير بالإيكو عبر المهبل لتقييم الحالة وهو إجراء روتيني لتقييم مريضات النزف الرحمي الشاذ ونقارن النتائج بنتائج التشريح المرضي بعد القيام بإجراء استئصال رحم في حال كانت الحالة تستدعي ذلك. سيجري ذلك في مستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ولذلك تهماً مشاركتك في الدراسة وإعطائنا بعض البيانات التي لن تشتمل على ما يشير إلى هويتك بأي صورة كانت وسنحتفظ بها بسرية تامة ولن نستخدم إلا لأغراض بحثية فقط ، إن هذه الدراسة لا تشتمل على أي تدخل من شأنه التأثير في تدبير المرض ، ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية إضافية.

إن ملء الاستبيان والمشاركة في الدراسة غير ملزمين، ورفضك المشاركة لن يؤثر بشكل من الأشكال على حقوقك الطبية أو الخدمات المقدمة لك داخل المشفى، ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه كما أننا سنرحب بأي استفسار لديك بخصوص الحالة التي تعانين منها.

نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة.

أقر بأن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً، والإجابة على أسئلتني واستفساراتي حول الموضوع.

مع علمي أن هذه المشاركة غير مأجورة.

اسم وتوقيع السيدة

ملحق رقم (٢) استمارة الدراسة

رقم المريضة: التاريخ:

اسم السيدة: العمر:

الشكاية الرئيسية : مدة النزف وكمية النزف والعلاج الدوائي

الأعراض :

السوابق المرضية :

السوابق الجراحية :

القصة التوليدية :

الفحص السريري :

التصوير الصدوي :

نتائج التشريح المرضي :

المتابعة :

المراجع

- 1- Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, et al. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2008; 90:2269
- 2- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. Disorders FWGoM. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3–13
- 3- Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod* 2007; 22:635
- 4- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (United Kingdom). Heavy menstrual bleeding. In: NICE Clinical Guidelines, No. 44, RCOG Press, London 2007
- 5- Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med* 2011; 29:383.
- 6- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3.
- 7- Fraser IS, Langham S & Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2009; **4**: 179-189 .
- 8- Talukdar B, Mahela S. Abnormal uterine bleeding in perimenopausal women: Correlation with sonographic findings and histopathological examination of hysterectomy specimens. *J Mid-life Health* 2016;7:73-7.

- 9- NICE. Clinical Guideline 44; Heavy menstrual bleeding 2007. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- 10- RCOG. National Heavy Menstrual Bleeding Audit Second Annual Report . London: RCOG;2012.
- 11- Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: Who needs them? *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:259-65
- 12- UPTODATE 2020 .
- 13- Whitaker L, Critchley HOD, Abnormal Uterine Bleeding, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology (2015)
- 14- Baird DD, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; **188**: 100-107
- 15- Wechter ME, Steward EA, Myers ER, et al. Leiomyoma-related hospitalization and surgery: prevalence and predicted growth based on population trends. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(5):492.e1- 492.e5.
- 16- Brahma PK, Martel KM & Christman GM. Future directions in myoma research. *Obstet Gynecol Clin North AM* 2006 ; **33**: 199-224, xiii .
- 17- Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit* 2008; **14**: CR24-31
- 18- Munro MG . Classification of menstrual bleeding disorders. *Rev Endocr Metab Disord* 2012; **13**: 225-234.
- 19- Stewart EA & Nowak RA. Leiomyoma-related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era.*Hum Reprod Update* 1996; **2**: 295-306.
- 20- Uliana V, Marcocci E, Mucciolo M, et al. Alport syndrome and leiomyomatosis: the first deletion extending beyond COL4A6 intron 2. *Pediatr Nephrol*. 2011;26(5):717- 724.
- 21- Stewart EA. Uterine fbroids. *N Engl J Med*. 2015;372(17):1646- 1655.

- 22- Mala Sibal ‘ Ultrasound In Gynecology ‘ India ‘ © Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2017;**3**:3-81
- 23- Panganamamula UR, Harmanli OH, Isik-Akbay EF, et al. Is prior uterine surgery a risk factor for adenomyosis? *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):1034- 1038.
- 24- Mary Segars Dolan, Cherie Hill, COMPREHENSIVE GYNECOLOGY ‘ Philadelphia ‘ 2017; **3**:18-448 .
- 25- - Mala Sibal ‘ Ultrasound In Gynecology ‘ India ‘ © Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2017;**3**:4-98 .
- 26- Mary Segars Dolan, Cherie Hill, COMPREHENSIVE GYNECOLOGY ‘ Philadelphia ‘ 2017 ; **3**:18-437 .
- 27-Dreisler E ‘ Stampe Sorensen S‘ Ibsen PH & Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; **33**: 102-108 .
- 28- Williams AR, Critchley HO, Osei J, et al. The effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on the morphology of uterine tissues after 3 months treatment in patients with symptomatic uterine leiomyomata. *Hum Reprod* 2007;22:1696–704 .
- 29- Abnormal uterine bleeding Y. Cheong et al., 2017, Vol. 123 .
- 30- Critchley HO, Maybin JA. Molecular and cellular causes of abnormal uterine bleeding of endometrial origin. *Semin Reprod Med* 2011; 29:400.
- 31- Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2012; 120:197. Reaffirmed 2016 .
- 32- Haththotuwa R, Goonewardene M, Desai S, et al. Management of abnormal uterine bleeding in low- and highresource settings: consideration of cultural issues. *Semin Reprod Med* 2011; 29:446.
- 33- Critchley HO, Maybin JA. Molecular and cellular causes of abnormal uterine bleeding of endometrial origin. *Semin Reprod Med* 2011;29:400–9.

- 34- Goddard AF, James MW, McIntyre AS, et al. British Society of G. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut* 2011;60:1309–16.
- 35- Cameron IT, Haining R, Lumsden MA, et al. The effects of mefenamic acid and norethisterone on measured menstrual blood loss. *Obstet Gynecol* 1990;76:85–8.
- 36- Gleeson NC, Buggy F, Sheppard BL, et al. The effect of tranexamic acid on measured menstrual loss and endometrial fibrinolytic enzymes in dysfunctional uterine bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:274–7 .
- 37- Loudon NB, Foxwell M, Potts DM, et al. Acceptability of an oral contraceptive that reduces the frequency of menstruation: the tri-cycle pill regimen. *Br Med J* 1977; 2:487–90 .
- 38- Munro MG, Mainor N, Basu R, et al. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:924–9.
- 39- Gupta J, Kai J, Middleton L, et al. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. *N Engl J Med* 2013;368:128–37.
- 40- Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;CD000547 .
- 41- Donnez J, Tomaszewski J, Vazquez F, et al. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med* 2012;366:421–32 .
- 42- Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, et al. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD000329 .
- 43-Roberts TE, Tsourapas A, Middleton LJ, et al. Hysterectomy, endometrial ablation, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for treatment of heavy menstrual bleeding: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2011; **342**: d2202 .
- 44- Pepas L, Deguara C, Davis C. Update on the surgical management of adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012;24:259–64 .

- 45- - Mahajan N, Aggarwal M ,Bagga A , Health issues of menopausal women in North India . J Midlife Health 2012; 3: 84-7
- 46- Shobha PS. Sonographic and histopathological correlation and evaluation of endometrium in perimenopausal women with abnormal uterine bleeding. Int J Reprod Contracept Obstet Gynaecol 2014; 3:113- 7.
- 47- Bahamondes L, Ali M. Recent advances in managing and understanding menstrual disorders. F1000Prime Rep 2015;7:33.
- 48- Dueholm M. Transvaginal ultrasound for diagnosis of adenomyosis: A review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006;20:569-82.
- 49- Tahira T, Qureshi S, Roohi M. Abdominal hysterectomy;performed by post graduate trainees. Professional Med J 2007;14:685-8.
- 50-Sajjad M, Iltaf S, Qayyum S. Pathological findings in Hysterectomy specimens of patients presenting with menorrhagia in different age groups. Ann Pak Inst Med Sci 2011;7:160-2.

