

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
ویژه نامه تحقیقات مصوب دانشگاه (۲)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
سال ۲۰، شماره ۱، صفحه ۶۶ (فروردین - خرداد ۱۳۷۵)

اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در تعدادی از

دانش آموزان دبستانهای شهر تهران

دکتر اسماعیل حاجی نصرالله*

خلاصه

جهت بررسی اپیدمیولوژیک بیضه نزول نکرده ۸۰۳۴ دانش آموز دبستانی شهر تهران را در سال تحصیلی ۷۲-۷۳ معاینه کردیم. افراد مبتلا دعوت به معاینه مجدد شدند و پس از اقدامات تشخیصی بیشتر نتایج زیر به دست آمد:

از ۸۰۳۴ دانش آموز معاینه شده ۸۲ نفر مبتلا به بیضه نزول نکرده بودند که شیوع مطالعه ما را به رقم ۱/۲ درصد می‌رساند. از این تعداد، ۵۶ درصد موارد در سمت راست و ۳۳ درصد در طرف چپ و ۱۱ درصد دوطرفه بودند. شایعترین محل از نظر بالینی بیضه کانالیکولر بود که در بیشتر مواقع نیز هنگام عمل جراحی ثابت شده است. از نظر بررسی اتیولوژیک با توجه به موارد ذکر شده منابع مختلف سعی در بررسی این عوامل در دو گروه بیمار و شاهد کردیم که در مقایسه دو گروه بیمار و شاهد مشاهده شد که مصرف دارو در زمان بارداری، بویژه ترکیبات استروئیدی عامل مهمی در ارتباط با شیوع بیضه نزول نکرده می‌باشد.

* استادیار بخش جراحی مرکز پزشکی لقمان حکیم (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی)

مقدمه

کریپتوارکیدیسم یا نهان بیضگی (Undescended testicle) به مواردی اطلاق می‌شود که بیضه نمی‌تواند تا از موقعیت داخل شکمی، خود را به جایگاه اصلی بعد از تولد، یعنی اسکروتوم، برساند و اصولاً در نقطه‌ای از این مسیر متوقف می‌شود. این ناراحتی شایعترین اختلال تکامل جنسی در افراد مذکر است. عارضه درازمدت و مهم آن ناباروری و تومور بیضه می‌باشد. البته عوارض دیگری نیز برای این اختلال ذکر شده است که از جمله می‌توان چرخش بیضه و استعداد بیشتر به ضربه را نام برد (۱). علل عدم نزول بیضه متعدد بوده که از میان آنها می‌توان اختلالهای تشریحی و آندوکرینی و علل ناشناخته را نام برد. اسکورر (Scorer) بر این باور است که در نوزادان کامل طی ۶ هفته و نوزادان نارس در مدت سه ماه بیضه نزول خواهد کرد و اگر در این مدت نزول کامل نشد دیگر هرگز کامل نخواهد شد (۱۰).
 زمان ارکیوپکسی در نتایج درمان اهمیت دارد. در بچه‌ای که یک بیضه نزول نکرده است تغییرات دژنراتیو در

عرض دو سال ظاهر می‌شود؛ از اینرو ارکیوپکسی باید بین ۱۲ تا ۱۸ ماهگی صورت گیرد (۴، ۵ و ۱۰).
 در مورد این بیماری اختلاف شیوع چشمگیری وجود دارد (جدول ۱). تعیین شیوع این بیماری در کشور ما سابقه ندارد و در معاینه ابتدایی نوزادان و کودکان به این مسئله کمتر توجه شده است. نگارنده طی دوران سربازی چندین مورد را مشاهده کرد که بیماران حتی از بیماری خود اطلاعی نداشتند. همچنین، طی دوره جراحی چندین مورد در سنین بالا مشاهده شد که به علت عوارض مراجعه کرده‌اند.

روش بررسی

گروه جراحی شامل جراح و دستیاران جراحی بعد از انتخاب مدارس که به طور تصادفی صورت گرفت، چندین نفر را از کلاسهای مختلف به طور تصادفی معاینه و موارد مشکوک را به بیمارستان دعوت کردند. معاینه مجدد و سونوگرافی در مورد آنان انجام شد و مواردی که حاضر به جراحی بودند در بیمارستان لقمان حکیم عمل شدند.

جدول ۱) شیوع بیضه نزول نکرده در مطالعات مختلف

مطالعه	شیوع (درصد)
بنسون و همکاران در نوزادان کامل (۱)	۳/۹
اسکورر در اطفال تا یک سال (۱۴ و ۲)	۰/۸
در سربازان ارتش آمریکا (۱)	۰/۲۸
جانسون در نوزادان (۱)	۱/۷
کمپل در ۲/۸ میلیون نفر (۱، ۲، و ۳)	۰/۴۴

نتایج

از تمامی ۵۰ نفر مراجعه کننده که مبتلا به نهمان بیضگی بودند سوالاتی در مورد علل اتیولوژیک به عمل آمد. از سوی دیگر، جهت تعیین ارزش یافته‌های بالا از همان دبستانهایی که موارد مبتلا در آنها کشف شده بود اقدام به گرفتن گروه شاهد کردیم و با ارسال پرسشنامه‌ای از والدین آنان خواسته شد تا به سوالات مطرح شده پاسخ دهند. تعداد این افراد ۷۹ نفر بودند. علل اتیولوژیک زیر مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند:

۱) نسبت خانوادگی

تعداد افرادی که مبتلا بودند و در والدین آنان ازدواج خانوادگی دیده شد ۱۱ نفر بودند که از کل ۵۰ نفر رقمی حدود ۲۲ درصد می‌شود که در مقایسه با افراد گروه شاهد - که ۱۶ نفر بودند - رقمی برابر ۲۰ درصد را تشکیل می‌دهد که طبق جدول فیشر این اختلاف معنی‌دار نیست.

۲) پیشینه مصرف دارو در زمان بارداری

حدود ۱۰ درصد مادرانی که کودکانشان مبتلا به این عارضه بودند، سابقه مصرف دارو را ذکر می‌کردند و این رقم در بین مادران با کودکان سالم به ۱۱ درصد می‌رسید. ولی تفاوت عمده در نوع داروی مصرفی بود؛ به طوری که، مادران مبتلا عمدتاً "ترکیبات استروئیدی مصرف کرده بودند: دو مورد پروژسترون جهت جلوگیری از سقط، یک مورد کورتین جهت کمردرد، یک مورد نیز داروی سنتی جهت سقط جنین و یک مورد داروی مسکن غیراستروئیدی. در حالی که مصرف دارو در مادرانی که فرزندان سالم داشتند منحصر به ویتامین و مسکن غیراستروئیدی بود. به همین خاطر به محاسبه اختلاف بین مادرانی که به علت داشتن فرزندان مبتلا ترکیبات استروئیدی مصرف کرده بودند و مادران با فرزندان سالم اقدام کردیم که پس از محاسبه مجذور خی

پس از معاینه ۸۰۳۴ نفر از دانش‌آموزان تهرانی متوجه شدیم که ۸۳ نفرشان گرفتار نهمان بیضگی بودند که بیشتر یک طرفه و در سمت راست بود. از این تعداد، ۵۱ نفر جهت بررسی بیشتر به بیمارستان لقمان حکیم مراجعه کردند که یک مورد آن دارای بیضه Retractable بود و با معاینه دقیقتر، بیضه به داخل اسکروتوم وارد شد و همانجا نیز باقی ماند. از این جهت با یک محاسبه ساده تخمین زده می‌شود که احتمال اشتباه در معاینه بدنی با توجه به اینکه در تمام موارد مسئول طرح نیز آنان را معاینه کرده بودند - چیزی کمتر از ۱/۶ درصد بود که تقریباً قابل چشمپوشی می‌باشد که با در نظر نگرفتن مورد فوق به عنوان اشتباه تشخیصی شیوع بیضه نزول نکرده در گروه مورد نظر ما ۱/۲ درصد می‌باشد.

در این مطالعه شایعترین سنی که نهمان بیضگی در آن دیده شد ۹ ساله‌ها بودند (جدول ۲). در بین مدارس مناطق مختلف، بیشترین شیوع مربوط به مدارس منطقه ۱۹ می‌باشد که ۱۴ در ۱۰۰۰۰ نفر است و کمترین شیوع مربوط به مناطق ۲ و ۱۴ می‌باشد که هیچ مورد کشف نشد و پس از آن، منطقه ۶ با شیوع ۵ در ۱۰۰۰۰ قرار دارد (نمودار ۱). بیشترین تعداد مبتلایان نیز در مدارس منطقه ۱۹ قرار داشتند که در مجموع ۳۷/۸ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دادند (نمودار ۱). بیشترین شیوع نهمان بیضگی در طرف راست بود (جدول ۳).

از ۸۲ مورد که گرفتار نهمان بیضگی بودند ۵۰ نفر بار دیگر معاینه شدند و برای آنان سونوگرافی درخواست شد. از این تعداد، ۲۶ نفر حاضر شدند تا عمل جراحی روی آنان انجام شود. یافته‌های حین عمل جراحی با یافته‌های بالینی و سونوگرافیک مطابقت می‌کرد (جدول ۴). پس از عمل بیماران تا یک ماه پی‌گیری شدند و در سه مورد عارضه هماتوسل مشاهده شد که خودبخود بهبود یافت.

جدول ۲) توزیع بیضه نزول نکرده به تفکیک سن در دانش آموزان ۶-۱۲ ساله در بررسی اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در دانش آموزان دبستانهای شهر تهران (سال تحصیلی ۷۲-۷۳)

جمع	ندارد	دارد	بیضه نزول نکرده ← سن (سال)	
			مطلق	نسبی
۱۸۳۲ ۱۰۰	۱۸۱۷ ۹۹/۱۸	۱۵ ۰/۸۲	۷	مطلق نسبی
۱۶۱۳ ۱۰۰	۱۶۰۰ ۹۹/۲	۱۳ ۰/۸	۸	مطلق نسبی
۱۷۲۱ ۱۰۰	۱۷۰۱ ۹۸/۸۴	۲۰ ۱/۱۶	۹	مطلق نسبی
۱۴۱۰ ۱۰۰	۱۳۹۳ ۹۸/۸	۱۷ ۱/۲	۱۰	مطلق نسبی
۱۴۵۸ ۱۰۰	۱۴۴۱ ۹۸/۹	۱۷ ۱/۱	۱۱	مطلق نسبی
۸۰۳۴ ۱۰۰	۷۹۵۲ ۹۸/۹۸	۸۲ ۱/۰۲	جمع	مطلق نسبی

۳) سابقه خانوادگی بیماری مشابه پیشینه خانوادگی بیماری مشابه نیز از مواردی بود که از هردو گروه شاهد و مبتلا پرسش شد. در افراد مبتلا حدود ۴ درصد سابقه خانوادگی مثبت بیضه نزول نکرده داشتند ولی سابقه بیماری بالا در بین افراد شاهد دیده نشد.

عدد ۷/۷۳ به دست آمد که در جدول فیشر کمتر از ۱ درصد بود و معنی دار می باشد. آزمون تصحیح (YATES) به عمل آمده، نشان داده است که این اختلاف در مورد مصرف ترکیبات استروئیدی معنی دار است (جدول ۵).

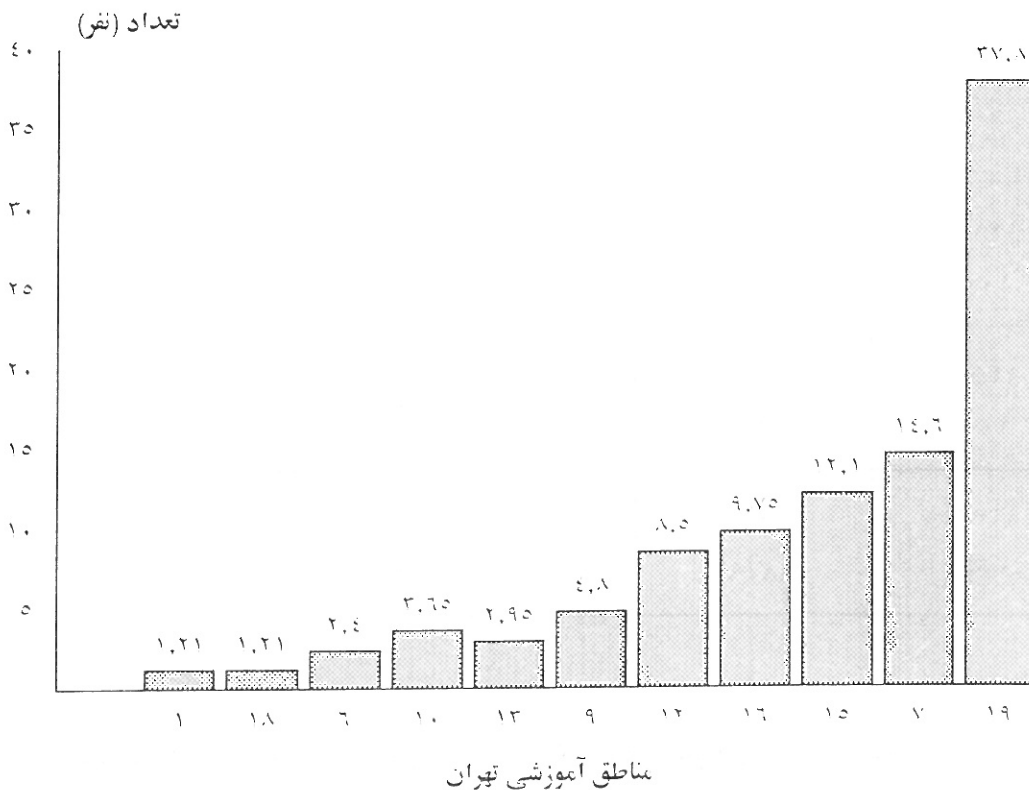
بحث

گرفته بود به دست آمد (جدول ۱). تقریباً تمام منابع، شیوع بیضه نزول نکرده را از یک ساله به بعد مساوی با بلوغ می‌دانند و آنرا ۸۱ درصد ذکر می‌کنند (۲، ۱ و ۱۴).

۶۵ درصد از بیماران ما نهان بیضگی سمت راست، ۳۳ درصد سمت چپ و ۱۱ درصد UDT دو طرفه

با توجه به منابع خارجی و نتایج مطالعات قبلی (۱ و ۳) شیوع بیضه نزول نکرده در سطح شهر تهران برابر با ۱/۲ درصد می‌باشد که این رقم در منابع خارجی به طور عام ۰/۸ درصد گزارش شده است (۱، ۳، ۴). البته این تعداد در مطالعاتی که روی افراد در سنین مختلف صورت

نمودار ۱) نمودار پراکندگی بیضه نزول نکرده برحسب مناطق آموزشی: بررسی اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در دانش‌آموزان دبستانهای شهر تهران (سال تحصیلی ۷۲-۷۳)



جدول ۳) توزیع محل بیضه نزول نکرده در دانش آموزان سنین ۶-۱۲ در بررسی اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در دانش آموزان دبستانهای شهرتهران (سال تحصیلی ۷۲-۷۳)

نسبی	مطلق	فراوانی محل بیضه نزول نکرده
۵۶	۳۶	راست
۳۳	۲۷	چپ
۱۱	۹	دوطرفه
۱۰۰	۸۲	جمع

جدول ۴) شیوع محل بیضه هنگام عمل جراحی در دانش آموزان عمل شده در بررسی اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در دانش آموزان دبستانهای شهرتهران (سال تحصیلی ۷۲-۷۳)

تعداد		محل بیضه نزول نکرده
نسبی	مطلق	
۶۵	۱۷	کانالیکولر
۲۷	۷	مغبنی
۸	۲	داخل شکمی
۱۰۰	۲۶	جمع

جدول ۵) جدول رابطه بین مصرف دارو توسط مادر و زمان بارداری، در مادران دانش‌آموزان با بیضه نزول نکرده بین ۶-۱۲ ساله؛ در بررسی اپیدمیولوژی بیضه نزول نکرده در دانش‌آموزان دبستانهای شهر تهران (سال تحصیلی ۷۲-۷۳)

مصرف دارو در گروهها	دارد	ندارد	جمع	
			مورد	نسبی
مطلق	۵	۴۵	۵۰	نفر
	۱۰	۹۰	۱۰۰	
مطلق	۸	۷۱	۷۹	نفر
	۱۱	۸۹	۱۰۰	

در کل، ۵ نفر بیضه آتروفیک داشتند که ۱۹/۲ درصد را تشکیل می‌دهد که نسبت به منابع خارجی (۱۲ و ۱۴) خیلی بیشتر است که شاید در بین موزاد کشف شده ما به علت تشخیص دیر هنگام می‌باشد. از اینرو پیشنهاد می‌کنیم که معاینه به موقع و درمان سریعتر می‌تواند - دستکم تا زمانی که با بررسیهای انجام شده سن مناسب عمل را قبل از دو سالگی می‌دانند - کمک کننده باشد (۱۵ و ۱۶).

بیماران بالای ۱۱ سال را نیز ارکیوپکسی نمودند. این عده تا یک ماه نیز تحت کنترل قرار گرفتند که تنها ۳ مورد هماتوسل وجود داشت و صغر بعد از عمل وجود نداشت. عفونت زخم رتراکسیون ارکیوپکسی نداشتیم. مصرف هورمونهای استروژنی به خصوص در سه ماهه آخر حاملگی با عدم نزول بیضه ارتباط نزدیکی داشت (۷ و ۹). در مادران کودکان مبتلا ما متوجه شدیم که ترکیبات استروئیدی تنها در سه مورد مصرف شده که دو مورد آن به علت تهدید به سقط پروژسترون بود و یک مورد ترکیبات استروئیدی جهت کمردرد بود که مورد استفاده از پروژسترون در سه ماهه اول بوده است - جایی

داشتند. در مقایسه با مطالعات قبلی که حدود ۱۰ تا ۲۵ درصد موارد را بیضه نزول نکرده دوطرفه تشکیل می‌دهد (۱۴) آمار مشابه بود و همان طور که قبلاً نیز ذکر شده بود درگیری سمت راست از سمت چپ بیشتر می‌باشد (۱۱). در ۸۲ فرد مبتلا - از نظر بالینی - شایعترین محلی که بیضه نزول نکرده در آنجا یافت شد کانال مغبنی دو طرف بود که در مطالعات خارجی نیز شایعترین نوع بیضه نزول نکرده نوع کانالیکولر بود و بیشتر آنها در معاینه بالینی لمس می‌شد (۱۳).

مشکل عمده ما نبودن بافت بیضه در تعدادی از اعمال جراحی بود که این تعداد حدود ۵ نفر بودند که از نظر آماری ۱۹/۲ درصد کل افراد عمل شده را تشکیل می‌دهند. که از نظر مقایسه با آمار جهانی که ۲۰ درصد مواردی که بیضه لمس نمی‌شود، ۱۰ درصد را به مواردی چون عدم وجود آن نسبت می‌دهند (۱۲ و ۱۴). رقم به دست آمده برابر ۳/۳۶ درصد می‌شود که رقم بالاتری را مطرح می‌کند؛ با فرض و قبول اینکه کاوش (اکسپلوراسیون) کامل بوده، توجیه دقیقی برای این افزایش در دست نداریم.

جراحی انجام شود؛ ۳) مصرف بی رویه داروها به ویژه ترکیبات استروئیدی می‌تواند مشکل‌ساز بوده، همان‌گونه که در تحقیق بالا نیز مطرح شد می‌تواند جزو علل UDT باشد ولی جهت ارزیابی بیشتر تحقیقات وسیعتری مورد نیاز است. وجود سابقه فامیلی باید ما را به فکر باقی افراد فامیل نیز بیندازد که مورد فوق را در آن جستجو کنیم. در نوزادانی که از نظر وزنی نارس هستند، نیز باید به مسئله بالا بیشتر توجه کرد و حتماً بیمار را پیگیری کرد تا از نظر دور نماند.

با امید به اینکه این تحقیق راهگشای بررسیهای بهتر و بیشتر در مورد این امر خطیر باشد.

سپاسگزاری

با تشکر از مدیران کل و مسئولان مدارس مناطق آموزش و پرورش شهر تهران که در انجام این طرح نهایت همکاری را مبذول داشتند.

از همکاری صمیمانه اساتید بزرگوار بخش جراحی و بیهوشی و سونوگرافیست محترم بیمارستان لقمان حکیم، آقای دکتر مختوم شهنازی قدردانی می‌شود. در ضمن از راهنماییهای ارزنده آقای ناصر ولایی و از زحمات فراوان دکتر بردیا نعمتی، دکتر حامی طبری، دکتر نظری، دکتر قاضی سعیدی، دکتر راد، دکتر زینالی و دستیاران جراحی و نیز از همکاری صمیمانه آقای دکتر امیدوار رضایی، ریاست محترم بیمارستان لقمان حکیم سپاسگزاری می‌شود.

که به نظر نمی‌رسد سیستم هیپوتالاموس - هیپوفیز هنوز فعال شده باشد. به هر حال تفاوت بالا از نظر آماری معنادار بود و باز هم تاکید می‌کنیم که هنگام بارداری از مصرف داروهای استروئیدی باید خودداری شود.

از عوامل دیگری که در مقایسه آماری بین دو گروه شاهد و مبتلای ما دارای معنا بوده است، سابقه فامیلی بیماری مشابه است که در ۴ درصد افراد مبتلا سابقه چنین بیماری در افراد درجه ۱ و ۲ فامیل وجود داشته حال آنکه در مطالعات قبلی شیوع (۲) بیضه نزول نکرده در افراد فامیل با بیمار ۱۴ درصد گزارش شده است - به هر حال وجود ۴ درصد نیز می‌تواند معنی‌دار باشد.

وجود رابطه فامیلی بین پدر و مادر نیز از نظر آماری معنادار نبوده و تقریباً می‌توان آن را بدون ارتباط با بیضه نزول نکرده دانست. در اینجا توجه خوانندگان محترم را به چند مطلب جلب می‌کنیم: ۱) در بین سنین یاد شده در تحقیق نسبت به موارد مشابه خارجی تعداد بیشتری UDT وجود داشت که می‌تواند در بردارنده دو مفهوم عمده باشد که اصلی‌ترین آن توجه کمتر به معاینه این ناحیه توسط همکاران پزشک و در مرحله بعد پائین بودن بهداشت خانواده و عدم اطلاع والدین از این موضوع است که با توجه به میزان افراد بی‌سواد جامعه ما و شیوع بیشتری آن در نواحی پر جمعیت و کم درآمد جامعه به نظر می‌رسد که تا آینده دور قابل اصلاح نباشد لذا بار تشخیص و درمان به موقع بازهم به عهده جامعه پزشکی خواهد بود؛ ۲) در مواردی که بیضه قابل لمس نباشد پیشنهاد می‌کنیم که ابتدا سونوگرافی و سپس عمل

مراجع

- 1) Fonkalsrud WE: Undescended testicle in welsh K J, Randolph J C, Ravitch M M (eds) Pediatric Surg. 4TH ED, Year Book, Med Pub, Chicago 1986; PP 969-990.
- 2) Elder SJ: The undescended testicle hormonal & surgical treatment. Surg Clini Nor Am 1988; 5:998-1002.
- 3) Rajfer J: Congenital anomalies of the testis. In: Campe II S (ed) Urology. New York Appleton & Lange Pub 1989; PP 1946-60.
- 4) McAnich WJ: Disorders of the testis. Scrotom & spermatic cord. In: Smith S (ed) General urology. Appleton & Lange Pub 12TH ED, Newjersy 1988; P592.
- 5) Gonzales R: Undescending testicle In: Beharaman RE (ed) Nelson's text book of pediatric, 14TH ED, WB Saunders Philadelphia, 1992.
- 6) Shapiro SR & Bodai B I: Current concepts of the undescending testis. Surg Gynecol Obstet 1987; PP615-6
- 7) Elderis, Issacs JT, Walsh PC: Anrogenic sensitivity of gubernaculum testis, evidenc for hormonal/mechanical interaction in testicular descent. J Urol 1982; 127.
- 8) Merksz M, Toth J, Pirot L: Testerron secretion in children with undescend testis. Int Urol Nephrol 1992; 24(4): 422-37.
- 9) Rajfer J, Handelsman D J, Swerdloff R S, et al: Hormonal therapy of cryptoorchidism. N Engl J Med 1989; 314: 466-70.
- 10) Scorer C B: The descent of the testis. Arch Dis Child 1994; 39:605-9.
- 11) Brown FB, Villegas Alvarez F: Clinical classification for undescended tests experience in 1010 orchidoplexy. J Pedaitr Surg 1988; 23 (5): 444-7.
- 12) Youngson G C, Jones P F: Management of the impalpable testis: long-term results of the preperitoneal approach. Pediatr Surg 1990; 26 (5): 618-20.
- 13) Mandat K, Swietochowski A, et al: Increase in the number of operations for undescended testis. Waid Lek 1992; 45: 287-90.
- 14) McKiernan P D, Murphy, et al: Ten years review of treatment of undescended testis in the west of Irland. BJ Urology 1992; 70:84-9.
- 15) Pouchietti R, et al: Fertility in unilateral crypto-orchidism. Review of 104 cases. Acta Eur Fertility 1986; 17 (4): 277-8.
- 16) Ravasse P, Delmans P: Section of spermatic vessels (Fowler Stephens Procedure) A possible treatment for high undescended testis. Ann Chir 1992; 46 (6): 497-500.

Prediction of gestational age according to Biparietal Diameter

Birang SH, Valae N

Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.

SUMMARY

Determination of gestational age have several usages in obstetrics and gynecology. The relation between Biparietal Diameter and gestational age has determined in this research using real time Sonography.

904 Iranian pregnant women between 12-40 weeks of gestation with accuratic last menstrual period and without the history of diabetes mellitus, hypertension, renal disease and Fetal anomalies were

examined. They were all singleton. predicted gestational age values in weeks for specific Biparietal Diameter measurements in milimeter were calculated and reported in the form of table and curve.

Biparietal diameter was 0/24-4/74 milimeter shorter than Japanese Standards in various weeks of gestation which has a significant statistical difference ($P < 0/001$). In comparing with American too, a significant satistical difference was exist ($P < 0/05$).

Epidemiology of UDT In Students of Tehran

Haji Nasrollah E

Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services

Loghman-E- Hakim Medical Center

SUMMARY

With the aim of surgical epidemiology nature of undescended testis, we examined 8034 school age boys in the city of Tehran. We invatted affected persons to Loghman-e-Hakim Medical Center for repeated examination and further diagnostic investigations, results are:

Among 8034 persons 82 had undescended testis, it means 1.02%, 56% are in the right, and 33%

in the left, 11% are bilateral. The most common site of testis in clinical study was canalicular testis which proved in surgery as well. For detecting the unpalpable testis, we requested inguinal & abdominal sonography. On the other hand, we studied etiologic factors of UDT in a case and case control. There were meaningful relation between use of drugs during pregnancy.