

بررسی درباره علل دردهای مزمن لگن در زنان

دکتر فریبرز کاظمی

مقدمه:

به هیسترکتومی و برداشتن کامل رحم شده است بدون اینکه کلیه این اعمال جراحی تأثیری در بهبود یا متوقف کردن دردهای لگن بیمار داشته باشند.

دردهای مزمن ناحیه لگن یکی از شایعترین علل مراجعه به متخصصین بیماریهای زنان - چه در مطب و چه در بیمارستان - میباشد.

با توجه به شیوع این شکایات، بنظر میرسد که مطالعه مجدد درباره بیماریهایی که به عنوان مختلف جهت درمان دردهای لگن تحت عمل جراحی گرفته اند، لازم و ضروری بوده به این امید که بتوان علت اصلی دردهای لگنی مزمن آنان را توجیه و تفسیر نمود.

این شکایات اکثرأ منجر به لا پار اتومی های مکرر با تشخیصهای گوناگون میگردد.

چنانچه دردهای لگن بسمت راست شکم متمایل باشند، با تشخیص آپاندیسیت حاد یا مزمن و در صورتیکه دردهای پراکنده باشند، با تشخیص هائی نظیر: کیست تخمدان، رحم عقب افتاده و چسبندگیهای بعد از عمل جراحی، بیمار دوباره و سه باره تحت عمل جراحی قرار میگیرد؛ و حتی در مواردی این شکایات منجر

بیماران مورد مطالعه:

در این گزارش ۴۲ بیمار که بعلاوه دردهای مزمن لگن مراجعه نموده اند انتخاب شدند. در نمودار شماره (۱) اعمال

نمودار شماره (۱)

تعداد بیماران	دفعات اعمال جراحی	تشخیص	تسکین کامل درد	بازگشت دوباره درد در همان محل یا نقطه دیگر لگن
۱۴	۱	آپاندیسیت حاد یا مزمن	۲	۱۲
۱۲	۲	آپاندیسیت مزمن و کیست تخمدان	۱	۱۱
۱۰	۳	آپاندیسیت مزمن، کیست تخمدان چسبندگی	۱	۹
۴	۴	آپاندیسیت مزمن، کیست تخمدان چسبندگی، عقب افتادگی رحم	-	۴
۲	۵	آپاندیسیت مزمن، کیست تخمدان چسبندگی، هیسترکتومی؟	-	۲

جراحی انجام شده، تعداد بیماران، تشخیص و همچنین نتایج درمان نشان داده شده است.

بطوریکه از این نمودار مشخص می‌گردد، درمیان این گروه فقط ۴ بیمار یا حدود ۹/۵٪ نتیجه لازم از عمل جراحی نصیبشان گردیده است؛ درحالیکه نزدیک ۹۱٪ بیماران نه تنها درد آنها متوقف نگردیده بلکه در بسیاری موارد تشدید هم پیدا کرده است.

«علل فونافون دردهای مزمن لگن در بیماران ما»

۱- آپاندیسیت مزمن:

از میان ۱۴ بیمار نمودار شماره (۱) در ۱۲ بیمار، بعد از عمل جراحی، فقط تا زمان بستری بودن در بستر درد وجود نداشته و با حرکت دوباره شروع می‌شده است. حتی تعدادی از این بیماران (۷) هیچ نوع بهبود یا تسکینی در زمان بستری بودن هم احساس نکرده‌اند. در بسیاری از بیماران این گروه، درد سمت راست شکم ساکت شده ولی دردهای مشابهی در سمت چپ - بفاصله چند هفته تا چند ماه بعد از عمل جراحی - پیدا شده است.

بطور قطع بروز دوباره درد ناحیه شکم و لگن - متعاقب بر داشته شدن آپاندیس - شانس تشخیص صحیح را به‌صفر می‌رساند.

با وجودی که آپاندیسیت مزمن امروزه مورد قبول اکثریت جراحان نیست ولی وجود درد شکم و لگن، تشخیص آپاندیسیت تحت حاد یا مزمن را مطرح می‌سازد. بطور کلاسیک دردهای آپاندیسیت مزمن بصورت دردهای قولنجی Colicky در اطراف ناف شروع و همراه با تهوع، بی‌اشتهایی، استفراغ، تغییرات در حرکات روده‌ها، لکوسیتوز، تب مختصر بوده، درد بیشتر بطرف ناحیه مک‌بورنی متمایل است. این دردها چند روز ادامه داشته و سپس خود بخود قطع گردیده‌اند. معمولاً تا شروع مجدد دردها چندماه فاصله وجود دارد و در این فاصله بیماران با زهم از علائم روده و معده شکایت داشته‌اند (۳).

۲- چسبندگیها:

از ۱۰ بیمار این گروه، فقط یک مورد بعد از آزاد کردن چسبندگیها، دردهای لگن متوقف گردید. در کلیه بیماران، چسبندگیها در صفاق جداری Parietal و محتوبات چسبندگیها در اکثریت موارد چادرینه یا Omentum بود. بدیهی است صفاق جداری و چادرینه بعلت فقدان رشته‌های عصبی نمیتوانند منشاء دردهای شکمی و لگنی باشند.

درمیان چسبندگیهای لگن که میتوانست باعث درد در لگن باشد، از دو بیماری میتوان نام برد: یکی عفونتهای التهابی لگن P.I.D. و دیگری آندومتریوز. در این سری ضایعات آندومتریوز بهیچوجه مشاهده نگردید.

در هر دو بیمار فوق الذکر داخله جراحی فقط در موارد بخصوصی اندیکاسیون دارد و در اکثریت موارد درمان طبی جهت تسکین درد کافی است (۴).

به دلایل زیر بنظر نمیرسد چسبندگیها، نقشی در ایجاد دردهای مزمن لگن داشته باشند:

۱- بیشتر موارد هنگام لاپاراتومی متعاقب عمل جراحی قبلی، با وجود چسبندگیهای فراوان و پراکنده هیچگاه بیماران دردهای لگن یا خاصه شکایتی نداشته و علت لاپاراتومی اکثراً به دلایل دیگری غیر از چسبندگی می‌باشد.

۲- بسیاری اوقات چسبندگیها بحد اقل ممکن وجود دارند و نمیتوانند علت درد باشند.

۳- جدا کردن چسبندگیها در بسیاری موارد دردهای ناحیه لگن و خاصه را ساکت نمینماید.

۳- تخمدان دردناک:

اصولاً، تخمدان یک عضو بدون درد است و بندرت دردناک میشود.

تخمدان دردناک در موارد زیر مشاهده میشود:

۱- بعلت پاتولوژی فعال در لگن (آندومتریوز) که خصوصاً تخمدان پرولاپس داشته و به پشت رحم عقب افتادگی پیدا کرده باشد. در این حالت درد لگن همیشه همراه با علائم بیماری اصلی، با ضافه نزدیکی عمیق دردناک Deep Dyspareunia است.

۲- بدنبال برداشتن لوله رحم متورم و ملتهب، تخمدان در چسبندگیهای موضعی لوله فرورفته و تغییرات کیستیک هم‌بان اضافه شده باشد.

۳- در آندومتریوزهای وسیع و پراکنده که همراه با دیسمنوره شدید باشد.

۴- در تمام اختلالات تخمک‌گزاری و سازندگی فولیکول، همچنین اختلالات ترکیدن فولیکولها و تخمک‌گزاری، تخمدان دردناک میشود.

درد مربوط به تخمدان بصورت دردهای مزمن قسمت تحتانی ظاهر میشود؛ شروع درد معمولاً با آغاز عادت ماهیانه است و در طول مدت قاعدگی شدیدتر میشود.

انتشار درد تخمدان بسمت جلوی عضله‌ران و معمولاً همراه با علائم دیگر پاتولوژی لگن است.

۴- بیماریهای لوله‌های رحم:

در دستگاه تناسلی زنان، لوله‌های رحم برخلاف تخمدان باسانی دردناک میشوند. درد لوله‌ها اکثراً دو طرفی و همراه با حساسیت میباشد.

سابقه التهاب حاد یا مزمن لوله، همراه با دیسمنوره یا منوراژی وجود دارد.

Poupart محل درد اکثراً نقطه مک‌بورنی یا لیگامان پوپارت است.

در بیماران مورد مطالعه، هیچ‌مورد سالپنژیت مستقل و مجزا دیده نشد، بلکه در ۹ بیمار ترم مزمن لوله‌ها همراه با چسبندگی با تخمدان‌ها بود.

در بیان علل دهختانی که باعث دردناک شدن لوله‌ها میشوند و تشخیص بالینی را بی‌بهره‌تر می‌سازند، از سل لوله

باید نام برد.

تجربه نشان میدهد که ابتلای به سل لوله بندرت سبب درد میشود و اکثراً، سابقه فامیلی و تغییرات رادیولوژیک ریهها هم وجود ندارد.

در گروه بیماران این گزارش که بعلت دردهای لگن تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند - هنگام لاپاراتومی - در هیچ مورد ضایعه سلی مشخصی در لوله دیده نشد و اصولاً ضایعه سلی دستگاه تناسلی زنان، بیشتر در حین اعمال جراحی بمنظور نازائی دیده میشود تا بعلت دردهای لگنی مزمن.

از علل دیگر تورم و دردناک شدن لولهها، باید از آندومتریوز غیر عادی Atypic نام برد. این بیماری ایجاد دردهای مزمن لگن مینماید. دیسمنوره در این بیماری وجود ندارد و منوراژی هم بجداقل دیده میشود.

بدرمان معمولی آندومتریوز، درد لولهها تسکین مینماید. بدلیلی که هنوز مشخص نگردیده است، شیوع آندومتریوز لوله در کشور ما نادر است.

در درمان جراحی آندومتریوز، جراح گاهی قسمت کوچکی از تخمدان را به دلایلی باقی میگذارد؛ تخمدان باقی مانده، اکثراً دچار التهابهای کیستیک همراه چسبندگیهای فراوان موضعی با طراف گردیده و دوباره دردها شروع میشوند (۴).

تجربه بهمانشان داده است که عمل جراحی درباره این نوع بیماران اکثراً بی نتیجه است و درمان با اشعه ایکس بمراتب مؤثرتر از عمل جراحی میباشد.

کیستهای تخمدان

در بیان کیستهای تخمدان که باعث دردهای ناحیه لگن میگرددند شایعترین آنها فولیکولهای رسیده Ripe Follicle است.

فولیکولهای رسیده در فاصله روزهای ۱۰ الی ۱۵ سیکل قاعده گی، به بزرگی تخمدان طبیعی و حتی گاهی بزرگتر از آن میشوند و ایجاد دردهای دوطرفه لگن مینمایند. این کیستها در مرحله دوم سیکل قاعده گی دچار تغییرات دژنراتیو گردیده و قبل از شروع قاعده گی در معاینه، توده کیست حس نمیکردند. چنانچه کیست باقی بماند، همیشه همراه با اختلالات قاعدگی خونریزیهای نامرتب و لکه بینی است و شکایت بیماران در این مورد بیشتر از خونریزی است تا درد. در گروه بیماران مورد مطالعه نشان داده شده که در این نوع کیستها، عمل جراحی کمکی به متوقف کردن دردهای بیمار نمی نماید و در فاصله کوتاهی در همان طرف یا طرف مقابل دردها ظاهر میشوند ولی در بهبود خونریزیهای رحمی و لکه بینی ممکن است مؤثر باشند.

در مورد کیستهای بزرگ سوزن زدن یا Puncture و خالی کردن محتویات آن، درمان انتخابی است. همچنین در مورد کیستهای کوچک تجربه نشان میدهد که درمان علامتی بهترین نتیجه را داشته و ترجیح داده میشود که در این مورد عمل جراحی

انجام نگیرد.

در ۱۲ بیمار این سری هیچ موردی دیده نشد که ضایعات بدخیم تخمدان باعث دردهای لگن باشند و ضمناً کیستهای بزرگ از نظر پاتولوژی بیشتر نوع احتباسی یا Retension بودند.

۶- رحم و دهانه دردناک:

رحم برخلاف دهانه رحم بندرت دردناک میشود.

رحم دردناک اکثراً بعلت ضایعه پاتولوژی خارج رحمی - نظیر آندومتریوز یا عفونتهای مزمن التهابی - ایجاد میشود. گاهی دردهای ناحیه دهانه رحم همراه با علل روانی نیز میتوانند منشاء دردهای رحمی باشند (۱۲).

درد لگن با منشاء رحم، بیشتر در ناحیه خارجی و کمر و بندرت در ناحیه خاصه احساس میشود که بیشتر مواقع همراه با جماع دردناک است (۲).

درد حقیقی جسم رحم فقط به دو علت ایجاد میشود:

۱- پرولاپس کامل رحم که علاوه بر دردهای مبهم لگن، اکثراً همراه با دردهای دوطرفه ناحیه خاصه بوده و با حرکت تشدید و با استراحت بهبود مینماید؛ و گذاشتن پرز Pessary بطور موقت سبب تسکین درد میگردد.

۲- رتروورسیون یا عقب افتادگی درجه سوم جسم رحم، مشروط بر آن که کاملاً در لگن ثابت شده باشد. این عارضه علاوه بر دردهای مبهم لگن اکثراً همراه با دردهای ناحیه تحتانی خاصه Iliac و منومتریوزی شدید است.

دهانه رحم برخلاف جسم رحم باسانی دردناک میگردد. پارگیهای يك طرفه یا دو طرفه زخم دهانه رحم اکثراً علت دردهای مبهم لگن و گاهی هیپوگاستریک هستند.

از عوامل دیگری که درد ناحیه دهانه رحم را باعث میشود، باید از عوامل روانی خصوصاً ترس از حاملگی نام برد (۱۲).

تجربه در مورد بیماران این گروه نشان داده که حتی برداشتن کامل رحم (هیسترکتومی) هم باعث تسکین دردها نمیکردد.

۷- ضایعات دستگاه ادراری:

تورم مزمن مثانه و پیشابراه شایعترین علت دردهای لگن در میان ضایعات دستگاه ادراری هستند. این دردها بیشتر در ناحیه مك بورنی و همراه با سوزش، تکرار ادرار و سابقه لرز و تب میباشد.

سنگهای حالب خاموش، معمولاً با دردهای مبهم Dull ناحیه خاصه همراه هستند؛ هرچه سنگهای حالب به تنگی لگن Pelvic Brim نزدیکتر شوند، درد وسفتی شکم به ناحیه مك بورنی متمایل شده و بصورت دردهای لگن ظاهر میشوند.

تنگیهای حالب و مجرای ادرار - برخلاف تصورات قبلی - در زنان شایعتر از مردان است و اغلب میتوانند علت دردهای مزمن

ناحیه لگن باشند .

۸- نورالژی دیواره شکم :

نورالژی دیواره شکم که بنام نوریت ریشه Root Neuritis هم معروف است ، نوعی تورم التهابی شاخه های پوستی قسمت تحتانی پشتی و یا قسمت فوقانی ناحیه کمری اعصاب نخاعی است .

شایعترین نوع نورالژی ، ابتلای رشته های حسی انتهایی L1 ، D12 در طرف راست لگن است ؛ علت ابتلای بیشتر این رشته های سمت راست به درستی مشخص نیست (۹) .

درد نورالژی دیواره شکم به اشکال گوناگون نظیر دردهای انقباضی یا ضربهای Shooting و گاه مبهم ظاهر میشود .

معمولاً درد چندین ماه و گاهی تا چندین سال دوام دارد و با علائم معدی - روده ای بهیچوجه همراه نیست . انتشار درد اکثراً بطرف کشاله ران Groin قسمت فوقانی ران ، ناحیه کمر یاران Gluteal است .

چنانچه مسیر اعصاب - بویژه در محل خروج انتهایی اعصاب حسی طرفی و خلفی - پیگیری شوند غالباً در این نقاط حساسیت Tenderness مشخص حس میشود (۹) .

شکل شماره (۱) نقاط حساس را در عقب و طرفین بدن و در محل خروج رشته های پوستی D12 و L1 نشان میدهد .

چنانچه نورالژی در ناحیه آپاندیس ظاهر شود ، تشخیص افتراقی آن با آپاندیسیت حاد بینهایت مشکل است ؛ ولی در نورالژی حساسیت پوست و سفتی ، با فشار بر عضله رکتوس بیشتر نمیشود .

Judevich علت دردهای نورالژی را اسکولیوز و یا لوردوز نخاعی میدانند که گاهی همراه با کوتاه شدن پاها می باشد (۸) .

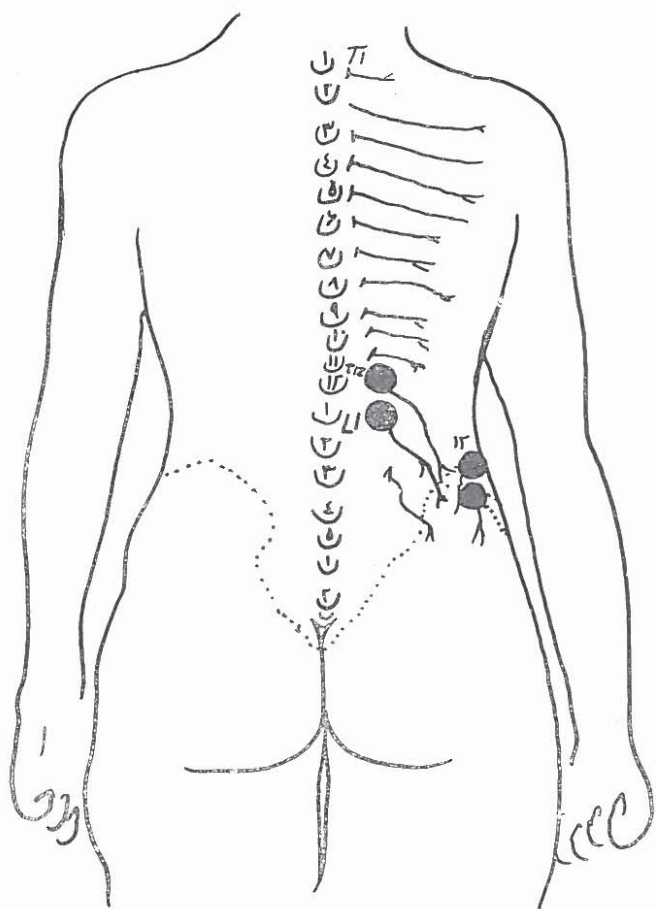
شکل شماره (۲) نقاط حساس و Tender را در سطح شکم نشان میدهد .

چنانچه در این شکل دقت شود ، نقاط حساس تقریباً در طول مسیر اعصاب قرار گرفته اند ولی ممکن است گاهی بالاتر یا پایین تر از مسیر عصب هم قرار گرفته باشند (۸) .

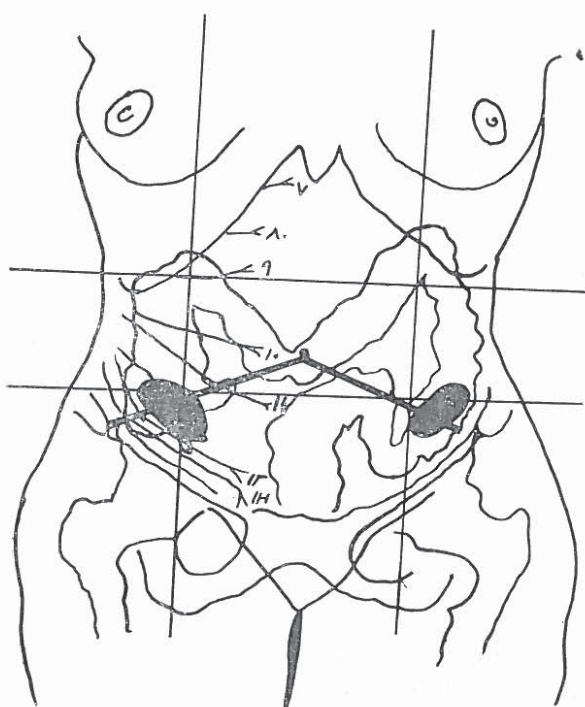
در یک بیمار این سری نقاط حساس درست در محل تلاقی عصب خاصه ای - مغبنی Ilio Inguinal و لبه فوقانی استخوان عانه قرار داشت (طرف راست) .

۹- سندرم سکال :

در میان اعضای دستگاه گوارش ، شکم و سیگموئید بیش از سایر اعضا دردناک میشوند ؛ از عواملی که باعث تحریک میگرددند باید از پوست غذاهای محرك و همچنین سلینها نام برد . تمام این عوامل باعث کولیت و اسپاسم موضعی روده بزرگ و در نتیجه درد میگرددند . درد سندرم سکال ، بصورت دردهای لگن پراکنده همراه



(شکل ۱)



(شکل ۲)

- ۱- وحشت از روابط جنسی و زناشویی .
 - ۲- اعمال جراحی‌های مکرر و بی‌نتیجه در خانمهایی که زمینه عصبی مساعد دارند .
 - ۳- سردمزاجی ، درد در موقع نزدیکی ، بیخوابی ، منوراژیهای طولانی ، همچنین Dysmenorrhea و همپیر - منوره‌های طولانی .
 - ۴- سوابق فامیلی .
 - ۵- ازدواج‌های ناخواسته و یا ازدواج‌هایی که به طلاق و جدائی منجر می‌شود .
 - ۶- تحریکات جنسی مکرر ، بویژه درموردی که به ارضاء جنسی کامل منجر نشود .
 - ۷- سوء هاضمه عصبی .
- دردهای مزمن لگن با منشاء روانی با شکل مختلف ظاهر میشوند : گاهی بصورت پراکنده ولی غالباً متمرکز در ناحیه مک‌بورنی هستند (۷) .
- علاوه بر درد ، حساسیت Tenderness هم بصورت پراکنده یا متمرکز میتواند ظاهر شود . توجه به سابقه بیمار تا حدود زیادی به تشخیص کمک مینماید .

باسفتی عضلات شکم است . چنانچه علت سندرم سکال عوامل بالا باشند معمولاً با چند روز رژیم غذائی سبک‌وساده Bland برطرف میگردند (۹) .

سندرم سکال با علائم زیر مشخص میشود :

- ۱- دردهای لگن طرف راست یا چپ شکم و درد ناحیه مک‌بورنی .
 - ۲- سابقه یبوست .
 - ۳- حساسیت در مسیر روده بزرگ که بیشتر اوقات ، حداکثر حساسیت در ناحیه مک‌بورنی متمرکز است .
 - ۴- نفخ Bloating ناحیه سکوم .
 - ۵- سوء هاضمه همراه با گاز فراوان شکم .
 - ۶- درد ناحیه پشت Lumbar که اکثراً همراه با دردهای مزمن لگن است .
 - ۷- هیجان‌نا و تأثیرات روحی و عصبی .
- ۱۰- دردهای روانی :
- عواملی که سبب دردهای مزمن لگن با منشاء روانی میگردند عبارتند از :

نتیجه

تشخیص صحیح و به‌هوقع علت دردهای مزمن لگن ، بیماران را از بستری شدن بی‌حاصل در بیمارستان ، انجام اعمال جراحی بی‌نتیجه و همچنین تحمل مخارج مالی سنگین ، تا حدود زیادی باز میدارد .

در اکثر موارد قبل از اقدام به عمل جراحی در مورد دردهای مزمن لگن ، همکاری نزدیک اورولوژیست ، متخصص داخلی ، روان‌شناس ، جراح استخوان و جراح عمومی با ژنیکولوگ کاملاً لازم و ضروری است .

نکته مسلمی که از این بررسی پژوهشی نتیجه‌گیری میشود آن است که : در مورد بیمارانی که سابقه عمل جراحی لگن داشته و بعد از عمل جراحی بهبود یا تسکینی در دردهای مزمن لگن آنها پیدا نشده است ، اقدام به جراحی دیگری بمنظور ساکت کردن دردها باید با نهایت دقت و احتیاط و مسلم بودن تشخیص بعد از رد کلیه تشخیصهای افتراقی گرفته شود .

نتیجه دیگر این بررسی نشان میدهد که توجه به سابقه بیمار - چه از نظر جسمی و چه از نظر روانی و خصوصاً توجه به ویژگیهای درد - کمک بزرگی به تشخیص مینماید .

امید است که با توجه باین مقاله از تعداد اعمال جراحی لگن - که اکثراً سبب التیام ناراحتیهای بیماران نمیشود - کاسته گردد .

SUMMARY

Chronic pelvic pain probably is a symptom most frequently complained of by women to a gynecologist.

Too frequently this leads to a laparotomy from which either no benefit is derived, or the pain is actually made worse.

The purpose of this paper is to reevaluate the cause and etiology of chronic pelvic pain, not only to save unnecessary and expensive surgery, but most effectively to rid the patient of her symptoms.

An intimate cooperation between Gynecologist, Urologist, Psychiatrist, and internist is mandatory to make a clear diagnosis prior to any surgical intervention.

REFERENCES

- 1— A.T. Leo. H.B.: Chronic iliac pain in women: Charles Thempson Publisher: 3rd. edition: 1964.
- 2— Benson. R.C., Hanson: Atypical pelvic pain in women, Gynecologic and Psychiatric considerations: Am. J. Obs. & Gyn.: 77-806, 1969.
- 3— Burch. J.C.: Somatic pain: Chrigtopfor text book of surgery, 8th edition. 1970.
- 4— Gidro F.L.: Reproductive performance of women with pelvic pain of long duration: Fertility and Sterility Journal. 7:440, 1965.
- 5— Gidro F.L. Pelvic pain and female identity: Am. J. Obs. & Gyn.: 79: 1184, 1960.
- 6— Heckel G.P: Pelvic pain and Autosensitivity fertility and sterility Journal. 10-590, 1959.
- 7— Hunter. W.E.: Psychic component of pain: Am. J. Obs. & Gyn. 54:848, 1947.
- 8— Judevich. B. and Bdtes. W.: Pain syndrome. 3rd edition. 1959.
- 9— Motley. L.: Neurogenic pain simulating visceral diseases.: Am. J. Obs. & Gyn. 4-539. 1958.
- 10—Parson. L.: Pelvic pain: Post graduate Medicine. 23: 252, 1958.
- 11— Taylor. H.C. Jr: Pelvic pain based on vascular and autonomic Nervous system disorders: Am. J. Obs. & Gyn. 67: 1177.
- 12— Iden. J.: Lower abdominal pains of cervical origin. British. Med. Journal: 1-105, 1958.