مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (18) العدد (5) 1996
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Series Vol. (18) No (5) 1996

عسرة الطمث

الدكتور محمد علي عبده*

□ الملخّص □

عسرة الطمث عرض شائع جداً إذا ما شمل الآلام الخفيفة التي تتوقف باستعمال قرص مسكن ولا تعيق نشاط المرأة أما عسرة الطمث الجدية التي تضطر المرأة للبقاء في غرفتها بل أحياناً في سريرها خلال يوم أو يومين فتظهر عند 6-8% من اللواتي يسكن المدن. وعسرة الطمث ثلثها بدئي يظهر خلال السنة الأولى لبدء الطمث وسدسها بدئي متأخر يظهر بين 2-4 سنوات أما النصف فهو ثانوي يظهر بعد سن العشرين.

* قائم بالأعمال في قسم النسائية والتوليد – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (18) العدد (5) 1996
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Series Vol. (18) No (5) 1996

Dr. Mohamad Ali ABDEH*

❐ RÉSUMÉ ❐

Dysménorrhée est un symptôme d'une fréquence, si on y inclut les douleurs légères, qui cédent à un comprimé antalgique et n'entravent pas l'activité de la femme.

Les dysménorrhées sérieuses, celles qui obligent la femme à garder la chambre ou même le lit pendant un ou deux jours, se voient chez 6 à 8% des citadenes. Un tiers sont des dysménorrhées primaires, apparues dans la premiere année de l'instauration.

Des régles, un sixième sont des primaires retardées de 2 à 4 ans, la moitié enfin sont des dysménorrhées secondaires apparues après la 20e année.

* Docteur en Medécine attacgé au département de Obestetric and Gynecology, Faculté de Medécine Université de Tichrine, Lattaquié, Syrie.

التعريف:

هي المظاهرة الألمية التي تسبق الطمث أو ترافقه ومعظم النساء يشعرن ببعض الألم عند ظهور الطمث بعد دورة إباضية ويزول بسرعة.

تعد عسرة الطمث عندما يمنع الألم الأنثى من متابعة نشاطها العادي أو يضطرها لمراجعة طبيب أو أخذ علاج من ذاتها.

الإنتشار:

تعتبر أكثر الإضطرابات النسائية شيوعاً إذ تصيب 30-50% منهن في زمن بعد البلوغ مع عجز عند 10% (غياب عن العمل أو المدرسة أو غيره...) ومع أنه عرض عادي فهو ذو أهمية اجتماعية إذ يؤدي لضياع 140 مليون ساعة عمل/كل عام في الولايات المتحدة الأمريكية و 30 مليون ساعة عمل في فرنسا وهو عامل قلق يتكرر شهرياً.

وقد وجد أن البلوغ الباكر يترافق مع زيادة شدة عسرة الطمث التي تقل عند المدخنات أما العاقرات فأكثر حساسية لعسرة الطمث ولا علاقة لعسرة الطمث بطول المريضة أو وزنها أو انتظام الدورة الطمثية.

أنواع عسرات الطمث:

- عسرة طمث بدئية تبدأ منذ البلوغ أو بعده بقليل.
- عسرة طمث أساسية أي غير مترافقة بآفة عضوية.
- عسرة طمث ثانوية تظهر بعد عدة دورات طمثية غير مؤلمة.
- عسرة طمث عضوية تالية لآفة عضوية.

الفيزيولوجيا المرضية: بقيت للنظريات والفرضيات حتى اكتشاف البروستاغلانيدين.

عسرة الطمث الأساسية (اللاعضوية):

فقد ظهر أن تضافر عوامل متعددة يؤدي لإحداث الأم منها موضحة بالمخطط المرفق.

آ- تقلصات العضلة الرحمية في الدورة الطبيعية:

- **في المرحلة الجريبية:** شدة التقلصات قليلة وتكرارها كثير والمقوية الأساسية بين (10-30 ملم زئبق).
- **في الإباضة:** المقوية الأساسية حوالي 50 ملم زئبق ارتفاع التقلصات معدوم تقريباً وتتكرر كل 15 ثانية.
- **ما قبل الطمث ويليها الطمث:** المقوية الأساسية معدومة تقريباً التقلصات شدتها قد تصل إلى 100 ملم زئبق وتتكرر كل 1-4 دقائق.

عند المصابات بعسرة الطمث:

يوجد شذوذ في التقلصات في مرحلة الطمث فتكون المقوية الأساسية > 10 ملم زئبق ولا تعود العضلة الرحمية لمقويتها الأساسية بين التقلصات مع تزايد شدة التقلصات فالألم يظهر فوق 150 ملم زئبق ويزداد عدد التقلصات أكثر من /5/ تقلصات كل عشر دقائق ولا يوجد تناسق بين التقلصات وعدم وجود التناسق يؤدي إلى حدوث ألم حتى في شدات قليلة نسبياً فشدة التقلصة تؤدي إلى نقص تروية العضلة الرحمية مؤدية إلى الألم.

ب- العوالم العنقية:

إن انسداد العنق يعيق تصريف الدم مما يزيد في امتصاص البروستاغلانيدين منه من قبل بطانة الرحم مؤدياً لعسرة الطمث وإن الحمل يحسن عسرة الطمث العنقية. حتى ولو تمت الولادة بقيصرية ويعود السبب لتبدل في تعصيب الرحم.

ج- العوامل الهرمونية:

- **هرمونات المبيض:**

وجدت عسرة الطمث في الدورات الإباضية فقط بسبب وجود البروجسترون أو تشكل بطانة الرحم الإفرازية ويبدو أن البروجسترون يزيد من ارتباط البروستاغلانيدين على المستقبلات في العضلة الرحمية.

- **هرمونات الفص الخلفي للنخامى:**
- **الأوكستوسين:** لا تأثير له على الرحم خارج الحمل.

- **Vasopressene:** محرض قوي للرحم خاصة أثناء الطمث فينقص تروية الرحم بتأثيره المباشر على الأوعية الرحمية ومقداره يزداد بشدة في اليوم الأول للطمث عند المصابات بعسرة الطمث وتاثيره مباشر من دون أن يؤثر على تركيب أو تحرير البروستلاغلاندين.

د- **البروستاغلاندين:** خاصة P, E2, F2

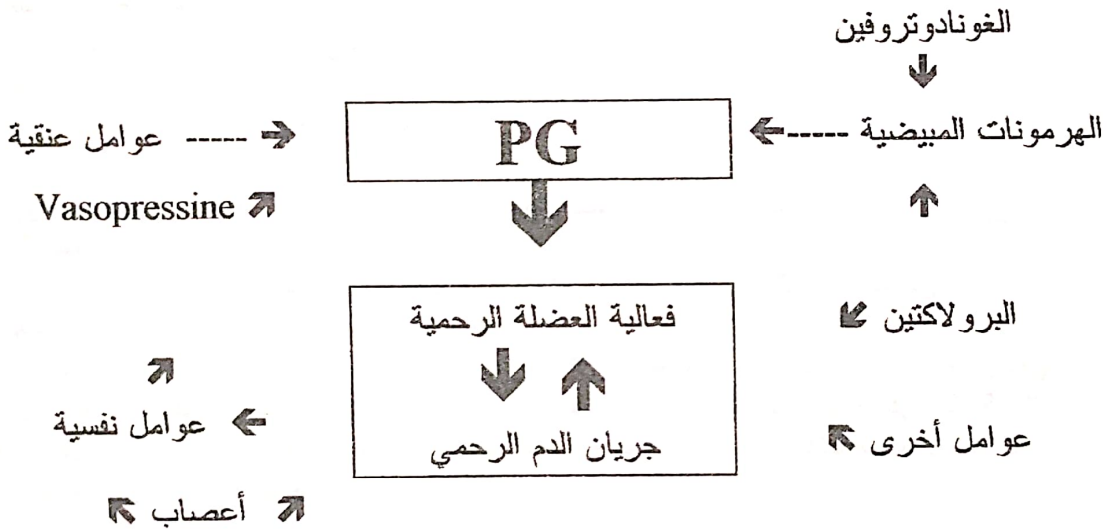
وتأثيره موضعي بتثبيته على مستلاب في الغشاء الخلوي أو داخل الخلية مؤدياً إلى زيادة استقطاب الغشاء فتزداد الفعالية الكهربائية لخلية وتزداد تقلصات العضلة الرحمية عن طريق تأثيره على شوارد الكلس Ca^{++}. زيادة حساسية الألياف للتحريض الميكانيكي والكيميائي (بنقص عتبة التحسس).

هـ- **العوامل العصبية:** يوجد براهين عن دورها

- فقطع العصب الودي ما قبل العجزي يفيد في بعض حالات عسرات الطمث.
- حدوث عسرات طمث بعد المعالجة بمثبطات الكولين استراز المستعملة في الوهن العضلي.

و- **العوامل النفسية:**

هناك انخفاض في عتبة الألم تال لإضطرابات عاطفية أو نفسية، جنسية.



_____ آليات أكيدة

_ _ _ _ آليات افتراضية

عسرة الطمث العضوية: دور البروستاغلاندين في إحداث الألم هنا أقل وضوحاً

آ- الأندومتريوز (داء البطان الرحمي): منذ وجد Moon، Gomel أن تركيز البروستلاغلاندين وإمكانية إنتاجها في بطانة الرحم الهاجر أعلى منها في بطانة الرحم الموجودة في مكانها الطبيعي وكذلك نسبتها في السائل البريطواني أعلى عند وجود داء البطان الرحمي وألم الأندومتريوزية وهذا يوضح فشل المعالجة بمضادات البروستاغلاندين في داء البطان الرحمي.

وتكون عسرة الطمث ثانوية ومتأخرة تبدأ بعد الثلاثين من العمر وتظهر بعد اليوم الثاني أو الثالث للطمث ونادراً ما تكون بدئية ومبكرة عند إمرأة يافعة وقد لا تكون إلا جزءاً من آلام حوضية مزمنة هذا في داء البطان الخارجي والمرأة تكون قليلة الأولاد أو عديمة الأولاد أما داء البطان الرحمي فتكون عسرة الطمث قليلة الظهور ويكون الألم الحوضي بين الطموث بشكل دوري أو غير منتظم والمرأة في العقد الرابع ولها أطفال أكثر.

يرافق عسرة الطمث عسرة جماع وكذلك نزف طمثي في داء البطان الرحمي ويقل في الأندومتريوز خارج الرحم.

ب- تضيق العنق العضوي:

قد يكون خلقياً أو مكتسباً بعد استئصال العنق أو الخزعة المخروطية منه والتخثر الكهربائي أو بعد تجريف للعنق مؤدياً لالتصاقات وتكشف بالاستجواب وسبر العنق وتصوير الرحم الظليل.

ج- تشوهات المهبل والرحم:

التي تؤدي لانحباس دم الطمث فهنا تكون عسرة الطمث بدئية وغالباً شديدة جداً أو يصبح الألم مستمراً بسبب انحباس دم الطمث ونجد بالفحص كتلة حوضية مؤلمة وقد نستعين بتصوير الرحم أو تنظير البطن.

د- اللوالب:

قد تسبب زيادة البروستلاغلاندين بسبب التفاعلات الالتهابية والرضوض الصغيرة لبطانة الرحم ويبدو أن النحاس يزيد من تركيب البروستاغلاندين E2.

ويجب نفي الأسباب الأخرى لعسرة الطمث قبل اتهامها.

هـ- آفات المبيض الحثلية والالتهابات الحوضية:

هي سبب عسرة الطمث ولكن لا توجد دراسة للبروستلاغلاندين في هذه الحالات وإن آفات المبيض هذه غالباً تالية بسبب موضعي التهابي أو وعائي أو إنتاني أو داء البطانة وهنا عسرة الطمث تكون ثانوية.

و- أسباب أخرى:

مثل انقلاب الرحم الخلفي، نقص تصنع الرحم، الأورام الليفية والشك يدور حول تسببها لعسرة الطمث.

المعالجة:

- عسرة الطمث العضوية: تعالج الآفة المسببة.
- عسرات الطمث الأساسية:

أ- مثبطات الإباضة:

- حبوب منع الحمل ذات المقدار العادي: إذ تؤدي لغياب بطانة الرحم الإفرازية الغنية بابوستلاغلاندين وإن البروجستاتين الموجود ينقص من قابلية العضلة الرحمية على الإنقباض ومن حساسيتها للبروستلاغلاندين وتفيد في 90% من النساء.
- حبوب منع الحمل قليلة المقدار أقل فعالية من عادية المقدار ويمكن تجربتها في البدء.
- الحبوب الدورية Sequetiels: غير فعالة إذ تحافظ على بطانة رحم إفرازية.
- البروجستاتين بمقدار عال ذات فعالية جيدة.
- Miropsyestatif: غير فعالة.

ب- مضادات البروستلاغلاندين:

ينصح باستبعاد الأسبرين قليل الفعالية والأندوميتاسين ذي التأثيرات الجانبية الكثيرة ويلجأ لإعطاء مشتقات حمض Propionique وكذلك حمض Flu Fenamique أو حمض Mefenamique عند بدء الطمث وتبلغ نسبة النجاح بين 80-100%.

موسعات الأوعية + مثبطات الكلس: مثل SULFATE Terbutaline، ADALATE ولكن النتائج كانت غير جيدة.

المعالجات المسكنة:

- مضادات التشنج والمسكنات: لها تأثيرات قليلة الأهمية على عسرة الطمث.
- الهرمونات مثل De hydroprogeseron (Dupheston)
- Acetate de chlormadinone (Luteran)

إذ تؤدي لتثبيط تقلصات العضلة الرحمية.

المعالجات النفسية:

قليلة التأثير وكذلك المعالجات الحرارية والحمامات الساخنة أو الباردة أو الأمواج القصيرة فهي ذات تأثير مساعد.

REFERENCES المراجع

- CORNEC. A. GIRAUD J.R et poulain. I encycl. Mede chir (Paris, France) gynecologie 161 A 104, 1986 8p.
- H. G ROBERT, R. Palmer. C. Bouryheyler J. COH en precis de gynecologie 2e Edition 1979.