

دراسة اختلاطات استئصال الرحم بالطرائق المختلفة

الدكتور أحمد عبد الرحمن*

الدكتور سحر حسن**

بشار أبوكف***

(تاريخ الإيداع 15 / 7 / 2015 . قُبل للنشر في 23 / 8 / 2015)

□ ملخص □

الهدف: أجريت هذه الدراسة المستقبلية لتحليل الاختلاطات خلال الجراحة وبعدها بين استئصال الرحم عن طريق البطن واستئصال الرحم عن طريق المهبل.

مواد وطرق البحث: شملت الدراسة 120 مريضة (85 مريضة خضعن لاستئصال بطني و35 مريضة خضعن لاستئصال رحم مهبل) وذلك بقسم النسائية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة بين 2013/7/1 و 2014/7/1 .

النتائج: كان معدل فترة العمل الجراحي في مجموعة الاستئصال البطني 103 دقيقة مقارنة مع 91 دقيقة في مجموعة الاستئصال المهبل ($p=0,0192$). كانت أخماج الشق الجراحي أشيع سبب لارتفاع الحرارة بعد العمل الجراحي في مجموعة الاستئصال البطني بينما كانت الأخماج البولية أشيع سبب لذلك في مجموعة الاستئصال المهبل. كان هناك 3 (3,5%) حالات لإصابة المثانة وحالتين (2,8%) لإصابات الحالب في مجموعة الاستئصال البطني بينما لم تسجل حالات لإصابة المثانة أو الحالب في مجموعة الاستئصال المهبل. كانت هناك 3 (3,5%) حالات لنزف ثانوي بعد الجراحة في مجموعة الاستئصال البطني بينما سجلت حالة واحدة (2,8%) في مجموعة الاستئصال المهبل. كان هناك 8 (9,4%) حالات من انسداد الأمعاء الشللي في مجموعة الاستئصال البطني بينما لم تجل أي حالة في مجموعة الاستئصال المهبل. أما مجمل الاختلاطات فكانت 45 (52,9%) حالة في مجموعة الاستئصال البطني مقارنة مع 12 (34,2%) حالة في مجموعة الاستئصال المهبل ($p=0,029$). الاستنتاج: أظهرت هذه الدراسة أن استئصال الرحم عن طريق المهبل يترافق مع اختلاطات أقل خلال وبعد الجراحة مقارنة مع استئصال الرحم عن طريق البطن.

الكلمات المفتاحية: استئصال الرحم، اختلاطات، الاستئصال البطني، الاستئصال المهبل.

* أستاذ - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية
** مدرس - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية
*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

studying complications of the different routes of hysterectomy

Dr. Ahmed Abd-AlRhman*
Dr. Sahar Hasan**
bashar abokaf***

(Received 15 / 7 / 2015. Accepted 23 / 8 / 2015)

□ ABSTRACT □

Objectives: This was a prospective study, conducted to analyze the intraoperative and postoperative complications between abdominal and vaginal hysterectomy. **METHODS:** This study was carried out on 120 patients (85 cases abdominal and 35 cases vaginal hysterectomy), in the department of gynecology at Al-Assad university hospital in Lattakia in the period between 1/7/2013-1/7/2014.

Results: the mean duration of surgery of abdominal hysterectomy was 103 min and that of vaginal was 91 min ($p=0.0192$). Wound infection was the main cause for febrile morbidity in abdominal hysterectomy group where as urinary tract infection was the main cause for febrile morbidity in vaginal hysterectomy. There was 3(3,5%) case of bladder injury and 2(2,8%) case of ureteric injury in abdominal hysterectomy group while none in vaginal hysterectomy group. Postoperatively there was 3 (3,5%) cases of secondary haemorrhage in TAH group while 1(2,8%) case in vaginal hysterectomy. there were 8 (9,4%) cases of paralytic ileus in abdominal hysterectomy while none in vaginal hysterectomy. Overall 45 (52.9%) cases of abdominal hysterectomy and 12 (34.2%) case of vaginal hysterectomy had complications ($p=0.029$). **Conclusions:** This study showed that vaginal hysterectomy was associated with less intraoperative complications and postoperative complications as compared to abdominal hysterectomy.

Key words: hysterectomy, complication, abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy

* professor- the department of Gynecology and obstetric- faculty of medical- Tishreen University- Lattakia- Syria.

** Assistant professor- the department of Gynecology and obstetric- faculty of medical- Tishreen University- Lattakia- Syria.

*** Postgraduate student at the department of Gynecology and obstetric - faculty of medical - Tishreen University- Lattakia- Syria.

مقدمة:

تعتبر عملية استئصال الرحم من العمليات الكبرى في حقل الجراحة التوليدية والنسائية [1]. ويمكن أن يجرى استئصال الرحم بطريقتين: إما عبر المهبل وإما عبر البطن وإما بالتنظير [1,2]. في عام 2003 أجريت أكثر من 600000. حالة استئصال رحم في الولايات المتحدة الأمريكية وأظهرت الاحصاءات أن 90% منها كانت سليمة دون وجود سبب للاستئطاب [5]. للحد من هذه العملية الجراحية الكبرى هناك طرق بديلة مثل:

1. استئصال البطانة الرحمية

2. تصميم الشريان الرحمي

وهنا يبقى استئصال الرحم هو الحل الأمثل في حال فشل هذه الإجراءات [4]، وقد تحدث في سياق استئصال الرحم بعض الاختلاطات، وقد يحتاج الألم الشديد بعد العملية لإعطاء مسكنات مركزية. قد يكون استئصال الرحم البطني تحت تام (أي لا يتم أثناءه استئصال عنق الرحم) مثل حالات استئصال الرحم التي يصعب فيها تمييز عنق الرحم تشريحياً [3].

يشكل الورم العضلي الأملس السليم أشيع سبب لاستئصال الرحم، وهناك استئطابات أخرى عديدة مثل فرط تصنيع بطانة الرحم والهبوط التناسلي والنزوف التناسلية المعقدة على العلاج وأسباب أخرى عديدة.

أهمية البحث وأهدافه:

دراسة لحالات استئصال الرحم ومعرفة أهم استئطابات استئصال الرحم واختلاطاته وتحديد الطريقة الأمثل لاستئصال الرحم .

طرائق البحث و مواد:

دراسة مستقبلية أجريت في قسم النسائية في مشفى الأسد الجامعي في الفترة الواقعة بين 2013/7/1 و 2014/7/1 حيث شملت الدراسة المريضات التي خضعن لاستئصال رحم في الفترة المذكورة بعد استثناء المريضات التي كان استئطاب استئصال الرحم لديهن أفات خبيثة أو استئصال الرحم الولادي والمريضات المصابات بأفات قلبية والمريضات اللواتي كان لديهن

BMI أكبر من 30. وحالات استئصال الرحم تحت التام.

أخذت التفاصيل الشخصية من المريضة أو من الاضبارة . وتلقت جميع المريضات صادات وقائية

سفتيريلاكسون 2غرام قبل الجراحة بساعة واحدة.

كذلك تم تسجيل فترة العمل الجراحي وهو الوقت المستغرق من لحظة بدء الشق الجراحي الى لحظة إغلاقه. وكذلك وثقت الحالات التي احتاجت الى نقل دم خلال الجراحة وأي اختلاطات أخرى لوحظت خلال العمل الجراحي كإصابة المثانة أو الحالب .

أما بعد الجراحة فقد اجري لكل المريضات خضاب بعد 6 ساعات ودرس الاختلاف بين قيمه قبل العمل الجراحي وبعده.

كذلك سجلت الحرارة كل 4 ساعات وتم استقصاء الحالات التي ارتفعت فيها الحرارة في قياسين بعد اليوم الأول من الجراحة بحثاً عن أي أخماج محتملة كأخماج الطرق البولية والتنفسية وأخماج الشقوق الجراحية بما فيها أخماج قبة المهبل . وسجلت حالات العلوص وحالات النزف الثانوي ، ووتقت فترة البقاء في المشفى بعد العمل الجراحي .

التحليل الاحصائي: تم استخدام الاختبارات الاحصائية التالية :

- Student's *t*-test للمتغيرات المتصلة كالعمر وتغير الخضاب وفترة البقاء في المشفى.
- 'Chi-square' test للمتغيرات المنفصلة كعدد حالات الاختلاطات .
- الاختبار الدقيق لفيشر عندما لا تكون شروط كاي مربع محققة.
- اعتبرت الفروق مهمة احصائياً عند *p* value أصغر أو تساوي 0,05
- تم تحليل البيانات عبر برنامج SPSS الأصدار رقم 20.

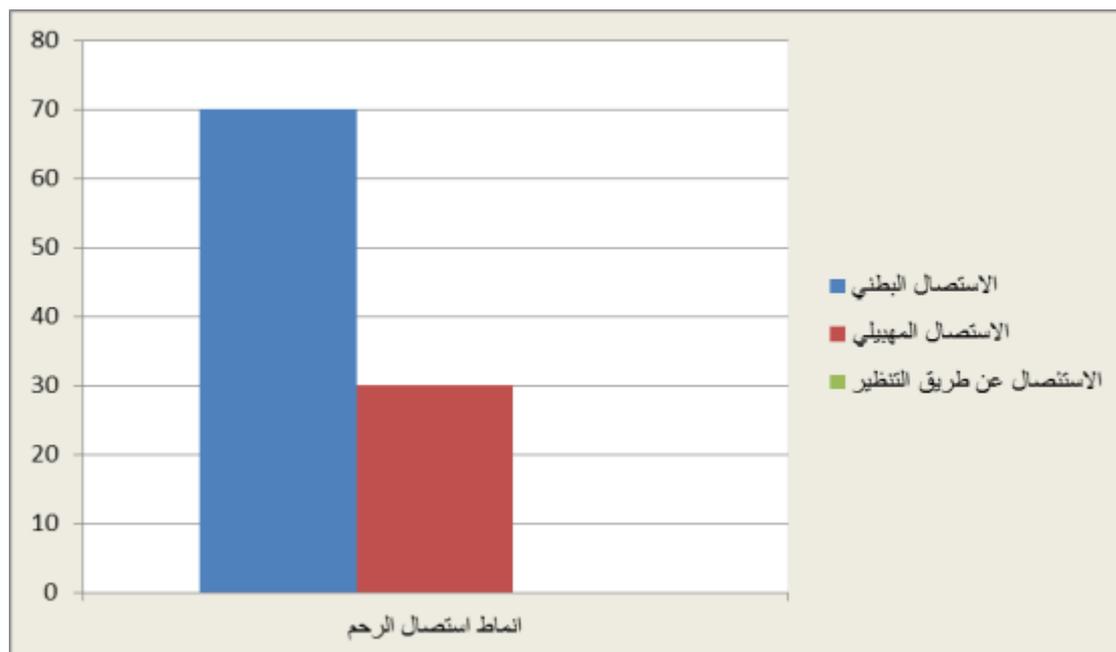
النتائج والمناقشة :

شملت الدراسة 120 مريضة حيث اجري استئصال الرحم عن طريق البطن لـ 85 مريضة بينما اجري استئصال الرحم عن طريق المهبل لدى 35 المتبقيات بينما لم تجرى أي حالة استئصال رحم عن طريق التنظير . والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (1) : أنماط استئصال الرحم :

| النسبة المئوية | عدد الحالات | نوع المقاربة الجراحية |
|----------------|-------------|-------------------------------|
| 70,8% | 85 | استئصال الرحم عن طريق البطن |
| 29,2% | 35 | استئصال الرحم عن طريق المهبل |
| 0% | 0 | استئصال الرحم عن طريق التنظير |
| 100% | 120 | المجموع |

نلاحظ من الجدول السابق أن استئصال الرحم عن طريق البطن لازال المقاربة الجراحية الأشيع حيث شكل لوحده 70,8% بينما لم تجرى أي عملية لاستئصال الرحم عن طريق التنظير والمخطط الباني التالي يوضح ذلك:



المخطط البياني رقم (1) : أنماط استئصال الرحم .

ولذلك ستقتصر دراستنا على المقارنة بين استئصال الرحم عن طريق البطن و استئصال الرحم عن طريق المهبل .

درست الخصائص السريرية بين مجموعتي استئصال الرحم عن طريق البطن و استئصال الرحم عن طريق المهبل من حيث العمر و BMI و الحالة الولادية و الجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (2) : الخصائص السريرية لمجموعتي الدراسة :

| الأهمية الاحصائية | p value | المقارنة الجراحية | | المتغير |
|-------------------|---------|---|---|-------------------------------------|
| | | مهبلية (المتوسط \pm الانحراف المعياري) | بطنياً (المتوسط \pm الانحراف المعياري) | |
| لا أهمية | 0,685 | 51 \pm 5,7 | 53 \pm 7,9 | العمر (الأعوام) |
| لا أهمية | 0,822 | 25,82 \pm 2,64 | 24,65 \pm 2,43 | BMI (كغ /م مربع) |
| لا أهمية | 0,725 | 3,5 \pm 1,5 | 3,3 \pm 1,4 | الحالة الولادية (عدد الولادات) |

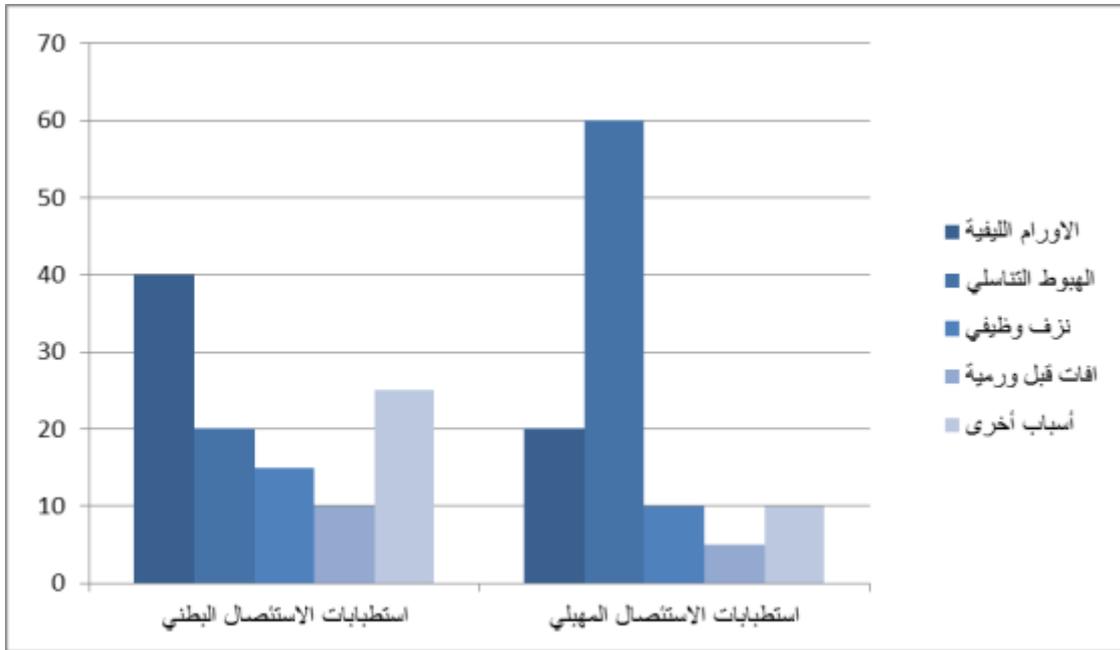
نلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين من حيث خصائصهما السريرية حيث كان أعمار المرضى في مجموعة الاستئصال البطني (53 \pm 7,9) سنة بينما كانت (51 \pm 5,7) سنة في مجموعة الاستئصال المهبلية لكن دون فارق احصائي هام .
أما مشعر كتلة الجسم فقد كان في مجموعة الاستئصال البطني (24,65 \pm 2,43) كغ /م مربع مقارنة مع (25,82 \pm 2,64) كغ /م مربع في مجموعة الاستئصال المهبلية دون فارق احصائي هام أيضاً.

وكان عدد الولادات في مجموعة الاستئصال البطني (3,3 ± 1,4) مقارنة مع (3,5 ± 1,5) ولادة في مجموعة الاستئصال المهبلية دون فارق احصائي هام أيضاً.
أما استطببات استئصال الرحم في المجموعتين فتوزعت كما يبينها الجدول التالي:

الجدول رقم (3): استطببات استئصال الرحم في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية:

| المقارنة الجراحية | | الاستطببات |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| مهلبياً (العدد والنسبة المئوية) | بطنياً (العدد والنسبة المئوية) | |
| 7 (20%) | 34 (40%) | أورام ليفية |
| 21 (60%) | 17 (20%) | هبوط تناسلي |
| 4 (11%) | 25 (29,4%) | نزف وظيفي غير مستجيب للعلاج المحافظ |
| 3 (9%) | 9 (10,5%) | أفات قبل ورمية |
| 10% | 25% | أسباب أخرى |

نلاحظ من الجدول السابق أن أشيع استطببات لا ستئصال الرحم البطني كان الورم الليفي حيث شكل لوحده 40% من مجمل الاستطببات تلاه النزف الوظيفي غير المستجيب للعلاج حيث شكل 29,4% من مجمل الاستطببات. بينما كان أشيع استطببات لا ستئصال الرحم المهلبية هو الهبوطات التناسلية حيث شكلت 60% من مجمل الاستطببات تلتها الأورام الليفية . والمخطط البياني التالي يوضح ذلك:



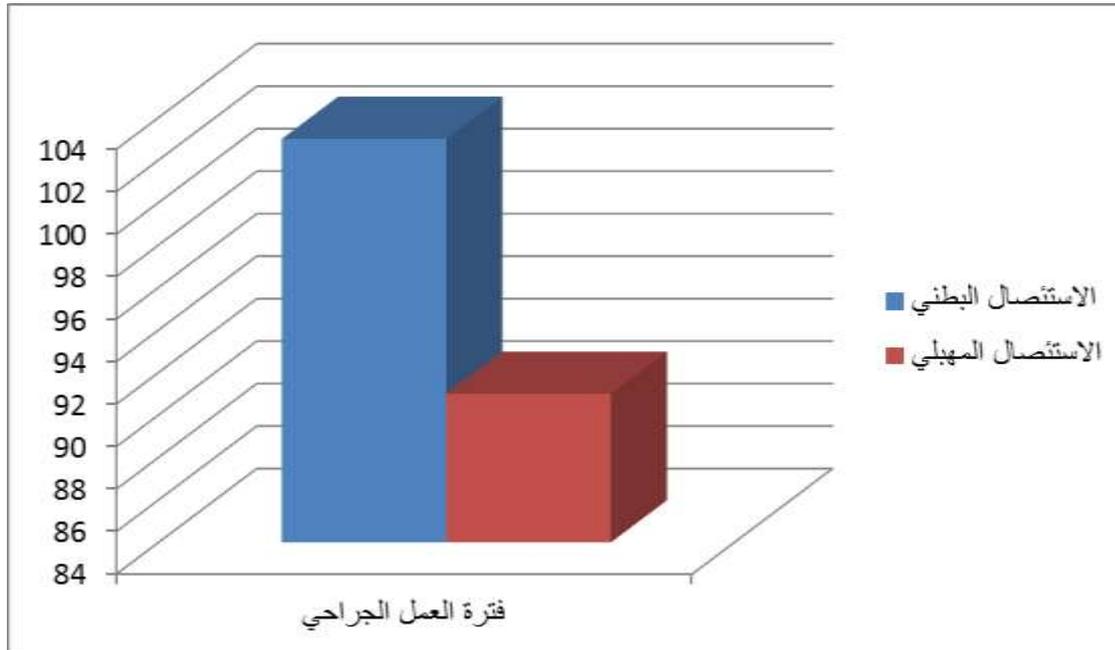
المخطط البياني رقم (2): استطببات استئصال الرحم في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية.

كذلك درستنا فترة العمل الجراحي وهو الوقت المستغرق من لحظة بدء الشق الجراحي الى لحظة اغلاقه.
والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (4) : فترة العمل الجراحي الرحم في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية:

| الأهمية الاحصائية | p value | الاستئصال المهبلية (المتوسط ± الانحراف المعياري) | الاستئصال البطني (المتوسط ± الانحراف المعياري) | فترة العمل الجراحي (دقيقة) |
|-------------------|---------|---|---|----------------------------|
| فارق هام | 0,0192 | 91±13 | 103± 19 | |

نلاحظ من الجدول السابق أن فترة الجراحة في مجموعة الاستئصال المهبلية كانت أقصر بشكل واضح منها في مجموعة الاستئصال البطني حيث كانت p value أصغر من 0,05. والمخطط البياني التالي يوضح ذلك :



المخطط البياني رقم (3): فترة العمل الجراحي الرحم في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية.

لوحظت الاختلافات المشاهدة خلال فترة العمل الجراحي والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (5): الاختلافات المشاهدة خلال الجراحة في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية:

| نوع المقارنة الجراحية | | الاختلافات خلال الجراحة |
|---|---|-------------------------|
| الاستئصال المهبلية (العدد والنسبة المئوية) | الاستئصال البطني (العدد والنسبة المئوية) | |
| 3 (5,7%) | 12 (14,1%) | الحاجة الى نقل الدم |
| 0 (0%) | 3 (3,5%) | أذيات المثانة |
| 0 (0%) | 2 (2,3%) | أذيات الحالب |

نلاحظ من الجدول السابق أن 12 (14,1%) مريضة من مجموعة الاستئصال البطني مقارنة مع 3 (5,7%) مريضات فقط في مجموعة الاستئصال المهبلية . بينما لم تلاحظ أي حالة لأذيات المثانة والحالب في مجموعة الاستئصال المهبلية مقارنة مع 3 (3,5%) مريضة اختلطت بأذية المثانة وحالتين اختلطت بأذيات الحالب في مجموعة الاستئصال البطني.

كذلك وثقت الاختلاطات الأنتانية وغير الأنتانية في المجموعتين والجدول التالي يوضح الاختلاطات غير الأنتانية:

الجدول رقم (6) : الاختلاطات غير الأنتانية بعد الجراحة في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية:

| نوع المقارنة الجراحية | | الاختلاطات غير الأنتانية بعد الجراحة |
|---|---|--------------------------------------|
| الاستئصال المهبلية (العدد والنسبة المئوية) | الاستئصال البطني (العدد والنسبة المئوية) | |
| 1 (2,8%) | 3 (3,5%) | نزف ثانوي |
| 2 (5,7%) | 4 (4,7%) | اختلاطات قلبية |
| 0 (0%) | 8 (9,4%) | انسداد أمعاء شللي |

نلاحظ من الجدول السابق أن الاختلاطات القلبية والنزف الثانوي متقاربة في المجموعتين أما انسداد الأمعاء الشللي فقد سجلت 8 (9,4%) حالات في مجموعة الاستئصال البطني بينما لم تسجل أي حالة في مجموعة الاستئصال المهبلية.

أما الاختلاطات الأنتانية فيوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (7) : الاختلاطات الأنتانية بعد الجراحة في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلية:

| نوع المقارنة الجراحية | | الاختلاطات الأنتانية بعد الجراحة |
|---|---|----------------------------------|
| الاستئصال المهبلية (العدد والنسبة المئوية) | الاستئصال البطني (العدد والنسبة المئوية) | |
| 4 (11,4%) | 5 (5,8%) | أخماج بولية |
| 1 (2,8%) | 2 (2,3%) | أخماج تنفسية |
| 1 (2,8%) | 6 (7%) | أخماج الشقوق الجراحية |

نلاحظ من الجدول السابق أخماج الشق الجراحي أشيع سبب لارتفاع الحرارة بعد العمل الجراحي في مجموعة الاستئصال البطني بينما كانت الأخماج البولية أشيع سبب لذلك في مجموعة الاستئصال المهبلية.

درس الاختلاف بقيم الخضاب قبل وبعد الجراحة والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (8): التغير في قيم الخضاب في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلي:

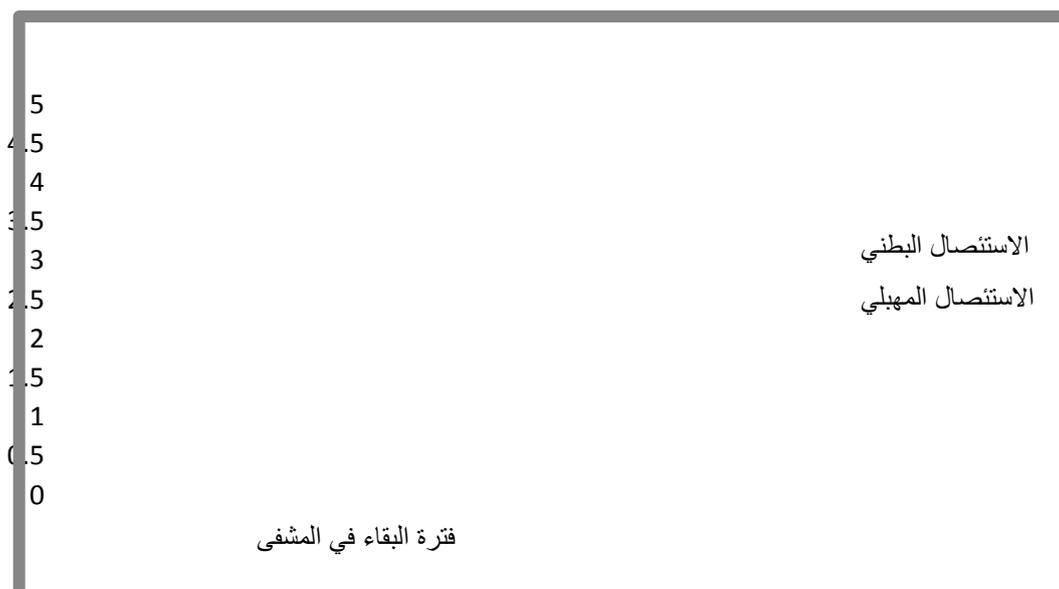
| الأهمية الاحصائية | p value | نوع المقارنة الجراحية | | الاختلاف بقيم الخضاب (غ/دل) |
|-------------------|---------|--|---|-----------------------------|
| | | الاستئصال المهبلي (المتوسط ± الانحراف المعياري) | الاستئصال البطني (المتوسط ± الانحراف المعياري) | |
| فارق هام | 0,0049 | 1,1 ± 0,5 | 1,5 ± 0,7 | |

نلاحظ من الجدول السابق أن هبوط الخضاب بعد الجراحة كان أقل بشكل واضح في مجموعة الاستئصال المهبلي مقارنة مع مجموعة الاستئصال البطني p أقل من 0,05. كذلك وثقت فترة البقاء في المشفى بعد الجراحة والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (9): فترة البقاء في المشفى في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبلي:

| الأهمية الاحصائية | p value | نوع المقارنة الجراحية | | فترة البقاء في المشفى (أيام) |
|-------------------|---------|--|---|------------------------------|
| | | الاستئصال المهبلي (المتوسط ± الانحراف المعياري) | الاستئصال البطني (المتوسط ± الانحراف المعياري) | |
| فارق هام | 0,0002 | 2 ± 1 | 5 ± 3 | |

نلاحظ من الجدول السابق أن فترة البقاء في المشفى بعد الجراحة كانت أقصر بشكل واضح من مجموعة الاستئصال المهبلي مقارنة مع مجموعة الاستئصال البطني p=0.0002 وهي أصغر من 0,05 والمخطط البياني التالي ويوضح ذلك :



المخطط البياني رقم (4) : فترة العمل الجراحي الرحم في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبل

أما بالنسبة لمجموع الاختلاطات الملاحظة فالجدول التالي يوضحها:

الجدول رقم (10): مجموع الاختلاطات في مجموعتي الاستئصال البطني والاستئصال المهبل:

| الأهمية الإحصائية | p value | نوع المقارنة الجراحية | | مجموع الاختلاطات |
|----------------------|---------|---|---|------------------|
| | | الاستئصال المهبل (المتوسط \pm الانحراف المعياري) | الاستئصال البطني (المتوسط \pm الانحراف المعياري) | |
| فارق هام | 0,029 | 12 (34,2%) | 45 (52,9%) | |

نلاحظ من الجدول السابق أن مجموع الاختلاطات في مجموعة الاسئصال المهبل أقل بشكل واضح من مجموعة الاستئصال البطني $p=029$ وهي أصغر من $0,05$.

المناقشة :

لاحظنا من النتائج السابقة أن استئصال الرحم عن طريق البطن شكل المقارنة الجراحية الأشيع وهذا يتفق مع دراسة د. شحود [9] التي أجرتها في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية سنة 1993 وكذلك مع دراسة د. جومرد [10] التي أجراها في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية سنة 2009 والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (11) :مقارنة نسب استئصال الرحم عن طريق البطن وعن طريق المهبل:

| الدراسة | عن طريق البطن | عن طريق المهبل |
|---------|---------------|----------------|
| شحود | 73,48% | 26,52% |
| جومرد | 70% | 30% |
| دراستنا | 70,8% | 29,2% |

شكلت الأورام الليفية الاستطباب الأشيع للمقارنة البطنية بينما شكل الهبوط التناسلي الاستطباب الأشيع للمقارنة المهبلية، وهذا يتفق مع دراسة Richard [6] التي أجراها في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1995 وكذلك مع دراسة Nasira [7] التي أجريت في باكستان سنة 2009 والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (12) :مقارنة نسب الاستطبابات الأشيع لاستئصال الرحم عن طريق البطن وعن طريق المهبل:

| الدراسة | عن طريق البطن | عن طريق المهبل |
|---------|--------------------|-----------------------|
| Richard | الورم الليفي 40,2% | الهبوط التناسلي 29,2% |
| Nasira | الورم الليفي 85% | الهبوط التناسلي 47,5% |
| دراستنا | الورم الليفي 40% | الهبوط التناسلي 60% |

أما متوسط فترة العمل الجراحي فقد كان أقل في مجموعة الاستئصال عن طريق المهبل مقارنة مع متوسط فترة العمل الجراحي في مجموعة الاستئصال عن طريق المهبل وهذا يتفق مع دراسة sanita [8] التي أجراها في نيبال سنة 2002 والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (13): مقارنة متوسط فترة العمل الجراحي :

| الدراسة | عن طريق البطن (دقيقة) | عن طريق المهبل (دقيقة) |
|---------|-----------------------|------------------------|
| Sanita | 96,8 | 89 |
| دراستنا | 103 | 91 |

أما مجموع الاختلافات الملاحظة فقد كانت أقل بشكل واضح عند استخدام المقاربة المهبليّة وهذا يتفق مع دراسة Sanita [8] والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (14): مقارنة نسبة مجموع الاختلافات :

| الدراسة | عن طريق البطن | عن طريق المهبل |
|---------|---------------|----------------|
| Sanita | 78% | 32% |
| دراستنا | 52,9% | 34,2% |

لم تلاحظ أي إصابة للمثانة أو الحالب خلال الجراحة في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل بينما حدثت إصابات للمثانة عند 3,5% من مريضات استئصال الرحم عن طريق البطن حدث لديهن أذيات مثانية و 2,3% أذيات للحالب، وهذا يتفق مع دراسة Sanita [8] حيث لم تسجل أي إصابة للحالب أو المثانة في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل بينما حدثت إصابات للمثانة عند 2% من مريضات استئصال الرحم عن طريق البطن حدث لديهن أذيات مثانية و 2% أذيات للحالب. كذلك كانت الحالات التي تطلبت نقلاً للدم خلال الجراحة أقل في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل مقارنة مع مجموعة استئصال الرحم عن طريق البطن وهذا يتفق مع دراسة Richard [6] والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (15): مقارنة نسب الحالات استدعت نقلاً للدم خلال الجراحة:

| الدراسة | عن طريق البطن | عن طريق المهبل |
|---------|---------------|----------------|
| Richard | 15,4% | 8,3% |
| دراستنا | 14,1% | 5,7% |

لم تسجل أي حالة لانسداد الأمعاء الشللي بعد الجراحة في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل بينما سجل حدوثه عند 9,4% من مريضات استئصال الرحم عن طريق البطن وهذا يتقارب من نتائج دراسة Richard حيث حدث انسداد الأمعاء الشللي عند 0,2% فقط من مريضات استئصال الرحم عن طريق المهبل مقارنة مع 7,2% من مريضات استئصال الرحم عن طريق البطن. أما هبوط الخضاب بعد 6 ساعات من الجراحة فقد كان أقل في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل وذا يتفق مع دراسة Sanita [8] والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (16) :مقارنة هبوط قيمة الخضاب بعد الجراحة:

| الدراسة | عن طريق البطن (غ/دل) | عن طريق المهبل(غ/دل) |
|---------|----------------------|----------------------|
| Sanita | 1,23 | 0,9 |
| دراستنا | 1,5 | 1,1 |

كذلك كانت فترة البقاء في المشفى بعد الجراحة أقل في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل حيث كان المتوسط يومين مقارنة مع 5أيام في مجموعة استئصال الرحم عن طريق البطن وهذا يتفق مع دراسة [6] Richard حيث كان المتوسط في مجموعة استئصال الرحم عن طريق المهبل 5أيام مقارنة مع 7أيام في مجموعة استئصال الرحم عن طريق البطن.

الاستنتاجات والتوصيات:

- يشكل استئصال الرحم عن طريق البطن المقاربة الجراحية الأوسع انتشاراً.
- تشكل الأورام الليفية الاستطباب الأشيع لاستئصال الرحم عن طريق البطن.
- يشكل الهبوط التناسلي الاستطباب الأشيع لاستئصال الرحم عن طريق المهبل.
- يستغرق الرحم عن طريق المهبل وقتاً أقل من الرحم عن طريق البطن.
- يترافق الرحم عن طريق المهبل مع اختلاطات أقل خلال الجراحة وبعدها مقارنة مع استئصال الرحم عن طريق البطن.

- إن فترة البقاء في المشفى بعد الجراحة أقل عند استخدام الطريق المهبلي مقارنة مع الطريق البطني.
- كان انخفاض قيم الخضاب بعد الجراحة أقل عند استخدام الطريق المهبلي مقارنة مع الطريق البطني

التوصيات :

نوصي باستخدام الطريق المهبلي لاستئصال الرحم عند تحقق شروطه لما له من أفضلية على الطرق البطني من ناحية التقليل من الاختلاطات التي قد تتعرض لها المريضة .

المراجع:

1. Eric V, M. *operative gynecology*. illustrated chapter forty two , London,1988, p:459-481.
2. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Volume 53, Issue 1, April 1996, Pages 65–72.
3. Martin P, et all : *the epidemiology of hysterectomy findings in large cohort study* . Br . j . of obstet – Gyanecol 2008 vol 99,p :402-407.
4. Williams H ; Parcker R. *AGynecologist second opinion :The questions and answers you need to take charge of your health*. 2002,105-150.
5. Wu.jm Wecher,et all. *hysterectomy rate in united states*. obstet gynecol2007,110-1091.
6. Richard , et all,*complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the united states* , Int J Gynaecol Obstet 1995,107-110.

7. Nasira,et all, *comparison of vaginal and abdominal hysterectomy*, J Ayub Med Coll Abbottabad 2009,70-95.

8. Sanita K; Heera T. *Vaginal hysterectomy vs abdominal hysterectomy*, Amer J Obstet Gynaecol 2002,25-18.

9. شحود ، لبنى ،دراسة احصائية لعمليات استئصال الرحم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ، بحث علمي أعد لنيل شهادة الماجستير في التوليد وأمراض النساء ،بإشراف الأستاذ الدكتور أحمد يوسف ،كلية الطب ،جامعة تشرين ،1993، 36-53 .

10. جومرد ،محمد ،دراسة احصائية ميدانية لعمليات استئصال الرحم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ، بحث علمي أعد لنيل شهادة الماجستير في التوليد وأمراض النساء ،بإشراف الأستاذ الدكتور أحمد عبد الرحمن ،كلية الطب ،جامعة تشرين ،2009 ، 33-40 .