

عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ترمیمی پرولاپس احشاء لگن با حفظ مخاط واژن

پروین باستانی: گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
سکینه حاج ابراهیمی: گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: hajebrahimis@gmail.com

رقیه همدانی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
آیدا پرسوز اسکویی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۹/۱۲/۱۷ پذیرش: ۹۰/۵/۳۰

خلاصه

زمینه و اهداف: عملکرد جنسی مناسب یکی از عوامل مهم امنیت خانواده و کیفیت زندگی زنان می‌باشد. عملکرد جنسی زنان از عوامل متعددی متاثر می‌شود. به نظر می‌رسد تغییرات آناتومیک کف لگن با ایجاد ضعف و پرولاپس احشاء کف لگن باعث اختلال در رفتار جنسی می‌شود. این مطالعه جهت بررسی تاثیر ترمیم پرولاپس احشاء لگنی در بهبود عملکرد جنسی با تاکید بر حفظ مخاط واژن طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه آینده نگر از اول اسفند ماه ۸۶ تا آخر تیرماه ۸۷ سی بیمار زن که بعلت پرولاپس احشاء لگنی، اختلال عملکرد جنسی، با یا بدون بی اختیاری ادراری به کلینیک ارولوژی زنان واقع در مرکز آموزشی، درمانی امام رضا (ع) مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. جهت ارزیابی اولیه بیماران از پرسشنامه‌های ICIQ-SF و PISQ-R استفاده گردید. بیماران تحت عمل جراحی اسلینگ مجرای ادراری و کولپورافی با حفظ مخاط واژن قرار گرفتند. و سه ماه پس از عمل مجدداً پرسشنامه PISQ-R جهت ارزیابی عملکرد جنسی بیماران تکمیل شد و سپس وضعیت قبل و بعد بیماران با استفاده از تست‌های آماری مقایسه شد.

یافته‌ها: کلیه بیماران با بی اختیاری ادراری حین مقاربت پس از عمل بهبودی کامل پیدا کردند و عملاً ترس از بی اختیاری و یا خروج توده از مهبل باعث اختلال عملکرد جنسی آنان نشد. در ۶۳/۴٪ از بیماران یا درد بهبود یافته بود و یا تشدید نشده بود. با این وجود تماس جنسی و علاقه به مقاربت کاهش یافته بود (P=۰/۱) و میزان رضایت‌مندی از عملکرد جنسی غالباً بدون تغییر مانده بود (P=۰/۱۳).

نتیجه‌گیری: علیرغم اینکه این روش جراحی باعث افزایش درد حین مقاربت در بیماران نشده است به نظر می‌رسد اختلال عملکرد جنسی چند عاملی است و عمل جراحی کولپورافی در مجموع رضایت‌مندی بیماران را افزایش نداده است.

کلید واژه‌ها: اختلال عملکرد جنسی، بی اختیاری ادراری، کولپورافی

مقدمه

آناتومیکی خود، از عوامل افزایش شیوع FSD بوده و روی فعالیت های جنسی و بی اختیاری ادراری حین مقاربت تاثیر دارد. پرولاپس این احشاء سبب بروز علائم روده‌ای، ادراری، جنسی و موضعی می‌گردد. تقریباً ۱۶ درصد زنان در سن ۴۵ تا ۵۵ سالگی مبتلا به پرولاپس خفیف و ۳ درصد مبتلا به نوع شدید آن می‌باشند (۳). انتخاب روش درمان بستگی به عامل ایجاد کننده پرولاپس، شدت آن و وضعیت بیمار از نظر جنسی و باروری دارد. بر این اساس دو نوع روش درمان جراحی و غیر جراحی بکار گرفته می‌شود. روش غیر جراحی شامل، ورزش عضلات کف لگن از جمله Kegal و استفاده از وسایل حمایتی مثل Pessary و هورمون

عملکرد جنسی خوب و مناسب در طول زندگی زنان اهمیت فراوانی داشته و یکی از علل مهم امنیت خانواده و کیفیت زندگی افراد می‌باشد. اختلال عملکرد جنسی زنان (FSD, Female Sexual Dysfunction) از قبیل کاهش میل جنسی، درد حین مقاربت و یا مشکلات مربوط به ارگاسم چند عاملی بوده و متاثر از شرایط فیزیکی ارگانهای جنسی و فاکتورهای اجتماعی و عوامل روحی-روانی می‌باشد. میزان شیوع FSD در دنیا بین ۵۰-۲۶ درصد (۱) و در ایران حدود ۳۹/۵ درصد می‌باشد (۲). افتادگی یا پرولاپس ارگانهای لگنی به معنی خروج اعضای لگنی مانند رحم، مثانه، روده کوچک، رکتوم یا واژن از محل طبیعی و

بیماران در جاتی از اختلال عملکرد جنسی داشتند که منجر به ایجاد مشکل در روابط زناشویی آنان شده بود.

تکنیک جراحی: کولپورافی قدامی با استفاده از برش میانی واژن که از مجاورت گردن مثانه تا طاق واژن امتداد یافته بود، صورت گرفت. قبل از برش میدلاین از ناحیه طاق واژن برش کوچکی در این ناحیه داده می شد و مخاط واژن از فاسیای آندوپلوئیک بطور کامل جدا شده و کاملاً آزاد می شد.

سپس با استفاده از نخ و ویکریل ۲/۰ فاسیای وزیکولوپلوئیک دو طرف با استفاده از بخیه های منقطع به همدیگر نزدیک و فاسیای بازسازی می شد. بدین ترتیب مخاط مثانه به داخل چین خوردگی پیدا کرده و بدون برداشتن مخاط اضافی واژن مجدداً ترمیم می شد. در کولپورافی خلفی نیز، پس از آزاد کردن مخاط دیواره خلفی واژن، فاسیای آندوپلوئیک ترمیم شده و مجدداً مخاط واژن بدون حذف کامل مخاط بازسازی و پرینورافی به روش استاندارد انجام می شد. حداقل سه ماه پس از عمل جراحی پرسشنامه PISQ-12 مجدداً برای بیماران تکمیل شده و سپس نتایج قبل و بعد از عمل با همدیگر مقایسه شدند. برای عمل جراحی بی اختیاری ادراری نیز از روش IVS یا TOT با روش استاندارد استفاده شد.

آنالیز آماری با استفاده از روش های آماری Chi-square برای داده های کیفی، T-test برای داده های کمی و همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد. در تمامی موارد مورد مطالعه، نتایج در صورت دارا بودن $P \leq 0.05$ از نظر آماری معنی دار شناخته شدند.

ملاحظات اخلاقی: پروپوزال این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی تایید شده بود. اطلاعات بیماران با اخذ رضایت نامه آگاهانه ثبت گردید.

یافته ها

۸۶/۶۳ بیماران تحت عمل جراحی کولپورافی و بی اختیاری ادرار قرار گرفتند و فقط ۱۳/۳۲ بیماران تحت عمل جراحی کولپورافی بدون اسلینگ قرار گرفتند. ضمناً تمام بیماران توسط یک ارولوژیست زنان تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

وضعیت تغییر پارامترهای پرسشنامه ارزیابی عملکرد جنسی پس از عمل جراحی و نتایج مربوط به مقایسه میانگین آنها نشان می دهد که پارامترهای مربوط به احساس و تمایل جنسی در سطح ۵ درصد و بی اختیاری ادراری، ترس از بی اختیاری ادرار و بیرون زدگی مهبل در سطح ۱ درصد تغییر معنی دار کرده است. بدین معنی که بی اختیاری ادراری و ترس از بی اختیاری و بیرون زدگی مهبل حین مقاربت بهبود یافته بود، اما تمایل جنسی کاهش یافته بود. درد حین مقاربت افزایش نشان نداد.

وضعیت و شدت ارگاسم و مشکلات جنسی تفاوت آماری معنی داری بین دو زمان قبل و بعد از عمل نشان نداد. درصد فراوانی پاسخ به سوال "در مقایسه با گذشته، رسیدن به اوج لذت جنسی (ارگاسم) شما با چه شدتی در سه ماه گذشته تغییر کرده

درمانی بوده و روش جراحی شامل کولپورافی قدامی، خلفی و کولپوساکروپکسی می باشد. در ایالات متحده سالیانه قریب به ۲۰۰ هزار عمل بدلائیل مختلف در این زمینه صورت می گیرد (۴). تجربه بالینی نشان می دهد تعداد این اعمال جراحی در ایران نیز رو به افزایش است.

مشکلات جنسی در روابط زناشویی از مهمترین عوامل روی آوردن زنان به اینگونه اعمال می باشد. پارامترهای مختلفی از قبیل تجربه جراح، وضعیت سلامت عمومی بیمار، شدت و نوع افتادگی اعضای لگنی، وضعیت مقاربتی بیمار پس از عمل در انتخاب روش جراحی دخالت دارند (۵). هر چند مطالعات متعددی در زمینه تاثیر اعمال جراحی ترمیمی کف لگن بر عملکرد جنسی زنان به عمل آمده است، اما نتایج متفاوتی از نظر تاثیر این جراحی بر رفتار جنسی بدست آمده است. بنظر می رسد که تکنیک جراحی یکی از عوامل تاثیر گذار باشد. برخی از مطالعات نشانگر افزایش درد پس از عمل جراحی بوده که بعنوان یکی از دلایل عدم بهبود عملکرد جنسی مطرح شده است (۶). لذا در این مطالعه با تاکید بر ترمیم فاسیای کف لگن بدون حذف مخاط واژن، اقدام به ترمیم پرولاپس احشاء لگنی شده و تاثیر این عمل جراحی بر عملکرد جنسی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

مواد و روش ها

در یک مطالعه کارآزمایی قبل و بعد (before-after)، از اول اسفند ۱۳۸۶ تا آخر تیر ماه ۱۳۸۷، تمام بیمارانی (تمام شماری) که پرولاپس احشاء لگنی، اختلال عملکرد جنسی با یا بدون بی اختیاری ادراری داشته اند و جهت جراحی ترمیمی کف لگن برای بهبود عملکرد جنسی شان به کلینیک مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز مراجعه نموده بودند، وارد مطالعه شدند. کل بیماران مراجعه کننده در مدت مذکور ۳۰ نفر بودند و شامل زنان ۶۰-۲۰ ساله فعال از نظر جنسی با شکایت FSD با یا بدون بی اختیاری ادرار که علاقمند به اعمال جراحی ترمیمی کف لگن برای بهبود عملکرد جنسی شان بودند. بیماران با سابقه بیماری عصبی-روانی، دیابت، سابقه اعمال جراحی ترمیم کف لگن وارد مطالعه نشدند. برای کلیه بیماران در هنگام مراجعه شرح حال کامل بالینی با استفاده از پرسشنامه های ICIQ-SF (برای بررسی بی اختیاری ادراری) و PISQ-12 (برای عملکرد جنسی) صورت گرفته و سپس بیماران تحت معاینه فیزیکی و واژینال برای درجه بندی پرولاپس احشاء لگنی با استفاده از سیستم درجه بندی ICS قرار گرفتند. همچنین تستهای ارودینامیک شامل سیستومتری در حال پرشدن و تخلیه مثانه و UPP/VLPP با استفاده از دستگاه Delphis Laborie B در وضعیت نشسته قبل از عمل جراحی جهت تعیین وضعیت بی اختیاری ادراری برای ۲۳ بیمار انجام گردید.

معیار انجام عمل جراحی در این بیماران بی اختیاری استرسی ادرار با پرولاپس متوسط احشاء لگنی و یا وجود پرولاپس شدید احشاء لگنی با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار بوده است. کلیه

کریمان و همکارانش (۱۳۸۴) در یک مطالعه در ایران بر روی ۶۰ زن دچار پرولاپس ارگانهای لگنی که تحت کولپورافی قرار گرفته بودند، نشان دادند که ۶ ماه پس از عمل تعداد دفعات روابط جنسی، تمایلات جنسی، میزان رسیدن به ارگاسم و آرامش بعد از مقاربت بطور معنی داری افزایش یافت. با این وجود عمل جراحی در مجموع بر رضایتمندی جنسی زنان مورد مطالعه تاثیر زیادی نداشته است. Paul و همکارانش (۲۰۰۷) ۴۹ زن دچار پرولاپس ارگانهای لگنی با یا بدون بی اختیاری ادراری را بررسی نمودند. ۶ ماه پس از عمل جراحی، عملکرد جنسی و دفعات تماس جنسی تفاوت معنی داری نداشت. مهم ترین علت عدم تمایل بیماران به تماس جنسی پس از عمل جراحی، درد واژینال گزارش شد. نتایج این مطالعه نیز از نظر تغییر عملکرد جنسی با نتایج مطالعه ما هم-خوانی دارد (۸-۱۰).

Handa و همکارانش (۲۰۰۷) ۲۲۴ زن با پرولاپس ارگان های لگنی را تحت عمل ساکروکولپوپکسی قرار داده ۱ سال بعد مورد ارزیابی مجدد قرار دادند. ترس از بی اختیاری ادرار، بیرون زدگی مهبل و درد پس از عمل به طور معنی داری کاهش یافته بود، ولی از نظر تمایل جنسی تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتایج این مطالعه از نظر کاهش ترس از بی اختیاری ادرار و بیرون زدگی مهبل مشابه با نتایج مطالعه ما می باشد (۱۱). تکنیک استفاده شده در دو مطالعه آخر با تکیه بر حفظ مخاط واژن بوده درد واژن بعد از عمل افزایش نیافت اما همچنان رضایتمندی از عملکرد جنسی افزایش نیافته است و لذا به نظر می رسد که حتی درد نیز نمی تواند به تنهایی توجیه گر عدم بهبود عملکرد جنسی بعد از عمل باشد.

نتیجه گیری

به عنوان نتیجه کلی عمل جراحی کولپورافی و بی اختیاری باعث اصلاح آناتومی شده و بیماران حین مقاربت بی اختیاری ندارند و همچنین احساس خروج احشاء لگنی از مهبل ندارند. با تکنیک معرفی شده در فوق از ایجاد دیس پارونیا پیشگیری می شود اما عملکرد جنسی زنان مولتی فاکتوریل بوده و اصلاح آناتومی صرفاً نمی تواند بر جنبه های عملکرد جنسی نظیر ارگاسم، احساس جنسی، مشکلات جنسی همسر، رضایتمندی و غیره تاثیر چشمگیری گذارد. در پایان قابل ذکر است که به دلیل محدودیت های اخلاقی، بیان اختلالات جنسی برای بیماران مشکل بوده، هم چنین همسر آنها تحت ویزیت قرار نگرفتند.

است؟" پس از عمل جراحی با تغییر معنی دار در سطح ادرصد نشان می دهد که عمل جراحی تاثیر کمی بر روی این پارامتر داشته است مطالعه رابطه همبستگی پیرسون در بررسی تاثیر سن بر پاسخ بیماران، تنها رابطه منفی و معنی دار بین افزایش سن و رسیدن به اوج لذت جنسی ($r=0/427, P=0/019$) و احساس تحریک جنسی ($r=0/467, P=0/009$) بدست آمد که می توانست بعنوان یک عامل مداخله گر باشد.

بحث

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه تاثیر درمان پرولاپس ارگانهای لگنی بر عملکرد جنسی زنان انجام شده و نتایج متغیری در این زمینه وجود دارد. در مطالعه حاضر بررسی اثر عمل جراحی پرولاپس ارگانهای لگنی بر عملکرد جنسی زنان نشان می دهد که سه ماه پس از عمل، میزان بی اختیاری ادراری، ترس از بی اختیاری ادراری و بیرون زدگی مهبل بطور معنی داری کاهش یافت (بهبود کامل در موارد دچار بی اختیاری ادراری). در ۶۳/۴ از بیماران بخاطر عمل جراحی درد حین مقاربت افزایش نشان نداد و به نظر می رسد تکنیک بکار رفته در این اعمال جراحی و عدم حذف مخاط واژن در ترمیم جراحی موجب شده که میزان دردهای بعد از عمل افزایش پیدا نکند. با این وجود احساس و تمایل جنسی پس از عمل بطور معنی داری کاهش یافته است.

در مطالعه مشابه با حذف مخاط واژن که توسط Weber و همکارانش در سال ۲۰۰۰ بر روی ۱۶۵ زن دچار پرولاپس ارگانهای لگنی انجام گرفت، نشان می دهد که هر چند قطر واژن پس از عمل کولپورافی قدیمی سخلفی بطور معنی داری کاهش یافته بود، ولی این تغییر بر عملکرد جنسی تاثیری نداشت. از سوی دیگر درصد فراوانی دیس پارونیا از ۸٪ قبل از عمل به ۱۹٪ پس از عمل افزایش یافت (تفاوت معنی دار آماری). و در مجموع صفات مورد مطالعه عملکرد جنسی پس از عمل جراحی ترمیم پرولاپس ارگانهای لگنی یا بهبود نیافته بود یا تغییر نکرد (۶).

مهمترین علت عدم تمایل بیماران به تماس جنسی پس از عمل جراحی را درد واژینال گزارش نمودند. نتایج متاآنالیز بعمل آمده توسط Barber و همکارانش (۲۰۰۲) در زمینه تاثیر ترمیم جراحی پرولاپس احشاء لگنی بر عملکرد جنسی و بی اختیاری ادراری نشان داده است که هر چند پرولاپس اعضای لگنی و بی اختیاری ادراری در زنان فعال از نظر جنسی تاثیر نامطلوبی بر عملکرد جنسی آنها دارد ولی بهبود این ناهنجاریها با عمل جراحی تاثیر چندانی بر رضایتمندی جنسی بیماران ندارد و احتمالاً درد یکی از عوامل تعیین کننده بوده است (۷).

References

1. Achdari C, Dwyer P. Sexual function and pelvic floor disorder. *Best Pract Res Clin Obstetric Gynecology* 2005; **19**(6): 993-1008.
2. Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006; **18**(4): 382-395.

3. Viera A, Larkins-Pettigrew M. Practical use of the pessary. *Am Fam Physician* 2000; **61**(9): 2719-2726.
4. Boyles Sh, Weber A, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapses in the united state 1979-1997. *Am J Obstetric Gynecology* 2003; **188**(1): 108-115.
5. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.79: Pelvic organ prolapse. *Obstetric Gynecology* 2007; **109**: 461-473.
6. Weber A, Walters M. Anterior vaginal prolapse: review of anatomy and techniques of surgical repair. *Obstetric Gynecology* 2000; **89**: 311-318.
7. Barber M, Visco A, Wyman J, Bump R. Continence program for women research group: Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetric Gynecology* 2002; **99**: 281-289.
8. Pauls R, Silva W, Rooney C, Siddighi S, Kleeman S, Dryfhout V. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstetric Gynecology* 2007; **197**(6): 1-7.
9. Handa V, Zyczynski H, Brubaker L, Nygard I, Janz N. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstetric Gynecology* 2007; **197**(6): 1-6, 629.
10. Kariman N, Tarverdi M, Azar M, Alavi Madjd H. [Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women]. *J Reprod Infertil* 2005; **6**(3): 254-260 (Persian).
11. Rebecca G, Rogers H, Kimberly W. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2003; **14**: 164-168.