

آندرومتریوز

ENDOMETRIOSIS

ارائه دهنده: زهره میرکازهی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر

تعریف

- ❖ به وجود بافت آندومتر فعال (غدد و استرومال) در هر نقطه خارج از محل طبیعی رحم که به جز طحال در تمام بافت های دیگر بدن ممکن است به وجود آید
- ❖ شایعترین محل آندومتریوز داخل لگن است (۵۰ درصد موارد)
- ❖ تقمیدان ها در حدود ۱۴ درصد موارد آندومتریوز را تشکیل می دهند و در ۵۰٪ موارد دو طرفه است و بعد از آن فضای کول دو ساک و لیگمان اورتروساکرال قرار دارد
- ❖ احشای شکمی و صفاق بیشترین نواحی درگیر
- ❖ آندومتریوز یک بافت وابسته به استروژن است

تعریف

- ❖ به طور کلی حدود ۱-۲ درصد کل زنان به این بیماری مبتلا می شوند
- ❖ اما میزان شیوع آن در میان گروه های مختلف مطالعاتی متفاوت است
- ❖ در زنان سنین باروری که تحت لاپاروسکوپی قرار گرفته اند حدود ۱۰ درصد و در زنان نازا ۲۵٪ تا ۴۰٪ است
- ❖ آندومتریوز عامل منفرد ۵٪ تا ۱۰٪ موارد نازایی زنان بوده و در ۵۰٪ افراد بالغ مبتلا به درد مزمن لگن که لاپاروسکوپی شده اند یافت شده است

شیوع

❖ تقریباً بطور انحصاری در زنان سنین باروری یافت می شود (۱۰ درصد زنان ۴۴-۱۵ سال) و بعد یائسگی پسروی میکند.

❖ قبل از منارک غیر معمول است

❖ شایع ترین تشخیص ژنیکولوژیک منفرد است که منجر به بستری شدن زنان ۴۴-۱۵ سال می گردد.

❖ در زنان نازا ۴۰-۳۰ درصد افزایش می یابد.

❖ وجود در غویشاوندان درجه یک ریسک بیماری ۲ برابر بیشتر می شود.

عوامل خطر

❖ ناباروری

❖ داشتن موی قرمز

❖ منارک در سن کم

❖ مدت کوتاهتر سیکل قاعدگی

❖ هیپرمنوره، نولی پارितه

❖ ناهنجاریهای مجاری مولرین

عوامل خطر

- ❖ یکی از قل های چند قلویی
- ❖ تماس داخل رحمی با دی اتیل استیل بسترول
- ❖ رژیم غذایی غنی از چربی و گوشت قرمز
- ❖ اندومتريوز در اقوام درجه یک
- ❖ جراحی های قبلی یا درمان طبی اندومتريوز

عوامل محافظت کننده

❖ مولتی پارितه

❖ شیردهی

❖ تماس با دغانیات در زندگی داخل رحمی

❖ بالا بودن شاخص توده بدن

❖ افزایش نسبت دور کمر به باسن

❖ ورزش

❖ رژیم غذایی غنی از سبزی و میوه

اتیولوژی

در پاتوژنز بیماری چهار تئوری مطرح است:

(۱) RETROGRADE MENSTRUATION

بر اساس این نظر برگشت خون قاعدگی و در نتیجه سلول های اندومتریال به داخل لگن و صفاق باعث اندومتریوز شده و توجیه کننده شیوع بالای آن در لگن است اما در ۷۵٪ تا ۹۰٪ افراد سالم نیز برگشت خون قاعدگی وجود دارد

اتیولوژی

COELOMIC METAPLASIA (۲)

سلول های اپی تلیوم سلومیک مفروش کننده صفاقی که سلول های تمایز نیافته ای هستند می توانند تحت عواملی افتراق یافته و به بافت آندومتريوم تبدیل شوند

این تئوری توجیه کننده موارد آندومتريوز در مردانی که متعاقب درمان با دی استیل بسترول جهت سرطان پروستات قرار گرفته اند یا آندومتريوز در آژنزی مولرین و عدم وجود رحم (سندرم ترنر یا بیمار هیستریکتومی شده) است

TRANSLYMPHATIC/ VASCULAR DISSEMINATION (۳)

سلول های اندومتر در هنگام قاعدگی وارد عروق خونی - لنفاتیک شده و به دور دست انتقال می یابند. این نظریه قادر به توجیه موارد نادر اندومتریوز خارج لگنی شامل مغز - بینی و پوست می باشد

IMMUNE SYSTEM DYSFUNCTION (۴)

پاسخ ایمنی سلولی (خصوصاً سلول های **KILLER** و سیتوکسین) و تا حدی هورمونی در این بیماران به بافت آندومتر خود بیمار کاهش می یابد

با توجه به ماهیت بیماری، آندومتریوز در شرایط فیزیولوژیک (تظیر حاملگی)، آمنوره و یا تبویز آندروژن ها پسرفت می کنند

❖ ظاهر ضایعات آندومتريوزی به صورت یک ضایعه سفتگی پودری **POWDER BURN** که به صورت تغییر رنگ نقطه ای کوچکی بر سطح صفاق یا تپمدان و یادیده می شود

❖ شواهد فزاینده ای وجود دارد مبتنی بر اینکه آندومتريوز لااقل تا حدی یک بیماری ژنتیکی است

❖ القای آندومتريوز مشابه به آنچه که در انسان دیده می شود از طریق فعال کردن آلل انکولوژنیکي **K-RAS** تایید دیگری بر ژنتیکی بودن این بیماری است

❖ شواهد معتبر نشان می دهند که آندومتريوز با یک وضعیت التهابی تحت بالینی صفاق همراه می باشد که افزایش حجم مایع صفاقي ، افزایش غلظت گلبول های سفید صفاقي و افزایش سيتوکين ها التهابی – فاکتورهای رویشی و مواد تحریک کننده رگ سازی دیده می شود

❖ سیتوکین TNF کاشته شدن آندومتر نابجا را در لگن تسهیل می کند

❖ شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه فعالیت آروماتاز آندومتری و بنابراین التهاب موضعی و ترشح شدن پروستاگلاندین ها در زنان مبتلا به آندومتریوز با افراد سالم فرق می کند

❖ اگر یکی از اهل فامیل درجه یک دچار آندومتریوز باشد خطر آندومتریوز ۷ برابر بیشتر می شود

❖ رابطه ای بین آندومتریوز با سایر بیماری های اتوایمیون نظیر لوپوس و اریتماتوز سیستمیک – فال های دیس پلاستیک – سابقه ملانوما و نیز آنتی ژن های لکوسیت انسانی (HLA) پیدا شده است

❖ ماکروفاژهای صفاق حاوی مواد مختلفی هستند که مهمترین آن فاکتور نکروز دهنده توموری (TNF) است این ماده شاید کاشته شدن آندومتر نابجا را در لگن تسهیل کند

❖ همچنین این فاکتور می تواند روند باروری را از طریق کاستن تحرک اسپرم و افزایش فاگوسیتوز آن یا تداخل کردن با روند لقاح مختل سازد

یافته های بالینی و پاراکلینیکی

❖ از آنجایی که آندومتريوز بافتی تقریباً همانند آندومتر دارد لذا به صورت دوره ای دچار رشد و ریزش و خونریزی می شود

❖ دوره ای بودن علایم و هماهنگی با تغییرات سیکل قاعدگی است

❖ بر حسب محل گرفتاری و وسعت آن علائم و نشانه ها متفاوت است

❖ همیشه ارتباطی میان میزان گرفتاری و شدت علایم وجود ندارد

علايم پاليني

❖ نازايي

❖ درد لگني و ديسمنوره پيشرونده

❖ ديس پاروني

❖ لکه بيني قبل قاعدگي و هيپرمنوره

❖ درد پايدار لگني يا قسمت تحتاني کمر، قبل شروع قاعدگي رخ مي دهد و با شروع قاعدگي فروکش مي کند.

❖ ادرار يا مدفوع فوني بعثت درگيري مجاري ادراري يا روده

❖ علايم گوارشي شديد: درد- تهوع استفراغ- سيري زودهنگام- نفخ و اتساع شکم و تغيير عادات دفع

❖ نکته: اندومتریوز ممکن است کاملاً بدون علامت باشد. (اندومتریوز تقدمدانی بزرگ دو طرفه)

درد لگن و قاعدگی دردناک

❖ کرامپی - گنگ و یا تند و نیز در قسمت تحتانی شکم و حتی ران ها

❖ دیسمنوره معمولاً ثانویه و یا سیری پیشرونده و درد معمولاً یک روز قبل از خونریزی قاعدگی شروع شده و حدود ۳ روز تداوم می یابد

❖ اگر لیگامان های رحمی - فاجی و دیواره بین رکتوم و واژن درگیر باشد درد به نواحی رکتوم - دنبالچه و فاجی انتشار می یابد

❖ در تعدادی از بیماران ممکن است لکه بینی قبل از پریود وجود داشته باشد

❖ حدود ۱۰ درصد موارد آندومتریوز با شکم حاد تظاهر می کند

نزدیکی دردناک (DYSPARONIA)

❖ این شکایت ناشی از گرفتاری لیگامان رحمی-خارجی، ناحیه کول-دو-ساک، تخمدان و یا واژن بوده و معمولاً در نزدیکی عمیق ظاهر می شود

نازایی INFERTILITY

- ❖ در موارد متوسط و شدید بیماری که گرفتاری تقمدران ها و پسبندگی لگنی وجود دارد دیده می شود
- ❖ با عدم اوولاسیون- تکامل غیرطبیعی فولیکول- بی کفایتی فاز لوتئال- لکه بینی قبل از قاعدگی و هیپرپرولاکتینما همراه بوده است ولی اختلالات غددی در اینها وجود ندارد و معاینه بالینی در اکثر موارد طبیعی است
- ❖ علت نازایی ممکن است در اثر علل مکانیکی یعنی تغییر قابلیت حرکتی لوله ها و اختلال در انتقال تخمک به لوله و یا ترشح پروستاگلاندین ها و ماکروفاژ های صفاقی باشد
- ❖ در مورد رابطه بین باروری و آندومتریوز هنوز بحث وجود دارد
- ❖ میزان سقط خودبه خودی را ۱۴ درصد افزایش می دهد ولی ارتباطی بین شدت بیماری و سقط نیست

❖ آندومتريوز خارج لگنی اغلب بدون علامت است ولی آندومتريوز دستگاه گوارش شایعترین محل بیماری خارج لگنی است

❖ روند آندومتريوز در طی حاملگی متغیر است ضایعات در سه ماهه اول تمایل به بزرگ شدن داشته ولی بعد از آن پسرفت می کنند

پنوموتوراکس قاعدگی

❖ اگر ضایعه در پلور باشد بعد از هر نوبت قاعدگی بیماری دچار خونریزی در پلور و درد قفسه سینه خواهد شد

❖ در پلور سمت راست شایعتر است

❖ التهاب موضعی صفاق – ارتشاح عمیق همراه با آسیب بافتی – ایجاد چسبندگی و ضمیم شدن فیبروتیک و اعتباس خون قاعدگی در کاشته های آندومتری سبب درد می شود

سایر تظاهرات

❖ گرفتاری خارج لگنی در ۲۵٪ بیماران به طور همزمان وجود دارد و شایعترین محل آن ها دستگاه گوارش خصوصا کولون نزولی است

❖ در این موارد ممکن است اجابت مزاج دردناک شکم- نفخ شکم- اسهال یا یبوست و دفع مدفوع خونی نیز وجود داشته باشد

❖ گرفتاری ریه به صورت پنوموتوراکس- هموتوراکس و یا هموپتزی مرتبط با عادت ماهیانه و گرفتاری مثانه به صورت سوزش ادرار و هماچوری تظاهر می کند

معاینه فیزیکی

❖ نودولهای در فورنیکس خلفی واژن یا رباط رحمی مخافی

❖ درد در حرکت رحم

❖ توده های دردناک آدنکس

❖ جابجایی جانبی سرویکس در نتیجه اسکار یوتروساکرال

❖ تورم دردناک رکتوواژینال

تشخیص

❖ علایم بالینی

❖ لاپاروسکوپی یا لاپاروتومی (تشخیص نهایی)

❖ سونوگرافی ، رادیوگرافی و CT اسکن (ارزش کم)

❖ اندازه گیری CA125 در پیشگویی عود مفید است

❖ تشخیص افتراقی:

❖ PID

❖ تومورهای پلوئیک

❖ دیسمنوره

تشخیص

❖ در معاینه ممکن است حساسیت و ندولاریتی در لیگامان های فاجی رحمی ، افزایش ضفامت کول دو ساک و دیواره رکتوواژینال ، برگشت رحم به عقب و ثابت بودن آن ، حساسیت موضعی یا منتشر لگنی، بزرگی و حساس شدن تقمندان ها یا چسبندگی آن ها به نسوج اطراف وجود داشته باشد ولی تشخیص قطعی بیماری با مشاهده مستقیم ضایعات در لاپاروسکوپی و بیوپسی داده می شود

❖ نمای ظاهری ضایعات بر حسب محل- اندازه آن ها متفاوت است

❖ در مراحل اولیه معمولا به صورت وزیکول های شفاف حاوی مایع بوده اما بتدریج با بروز خونریزی در آن به رنگ قرمز یا قهوه ای سیر در می آید

❖ زمانی که ضایعات آندومتریوز وسیع و شدید باشد و به صورت یک توده یا تومور درآمده باشد معمولا در تقمندان ها به آن آندومتریوما گفته می شود

تشخیص

❖ به فرم کلاسیک آندومتريوماي تقمدران كيسل شكلالي گفته مي شود كه به دليل وجود خونريزي قديمي در داخل ضايعات است

❖ از مطالعات راديوگرافيك معمولاً جهت رد ساير تشخيص هاي افتراقي قبل از انجام لاپاراسكوپي استفاده مي شود

❖ در حدود ۵۰٪ موارد متوسط تا شديد آندومتريوز مقدار تومور ماکر **CA-125** افزايش مي يابد

❖ اما اندازه گيري آن در تشخيص چندان حساس و دقيق نبوده و معمولاً جهت پيگيري بيماران بعد از درمان بكار برده مي شود

پیشگیری

اصلاح سبک زندگی:

- ❖ در درمان اندومتريوز ورزش، رژیم غذایی سالم و استراحت کافی به کاهش درد کمک می کند.
- ❖ برای کاهش یبوست ناشی از اندومتريوز توصیه به نوشیدن مایعات زیاد و استفاده از رژیم غذایی با فیبر زیاد مانند میوه، سبزی، حبوبات و غلات
- ❖ تکنیک های استراحت و ورزش با کاهش فشار روانی درد را کاهش می دهد.
- ❖ اجتناب از خوردن الکل، کافئین، لبنیات، گوشت قرمز، شکر، گندم و چربی های اشباع

درمان

اهداف اصلی درمان آندومتريوز کاهش ناراحتی های بیمار و کاهش درد، برطرف کردن نازایی
تحت نظر قرار دادن:

در موارد ذیل می توان بدون درمان خاصی بیمار را تحت نظر و پیگیری قرار داد:

(1) خفیف بودن علایم و شدت بیماری

(2) بروز حاملگی

(3) بیمار در حوالی یائسگی باشد

گاهی ممکن است ضایعات خود به خود تحلیل رفته و حتی ممکن است به طور کامل برطرف شود

درمان

- ❖ هیچ روش پیشگیری موفقیت آمیزی برای بروز آندومتر وجود ندارد
- ❖ اغلب از بین بردن بافت های آندومتریوزی از طریق جراحی یا طبی سبب تسکین موقتی شده و بنابراین هدف از درمان باید معطوف به حذف تمامی کانون های آندومتریوزی و کاهش درد و کاهش ناباروری باشد
- ❖ لاپاراتومی در مبتلایان به آندومتریوز پیشرفته و زنانی که نیازی به حفظ باروری ندارند انجام می گیرد
- ❖ ۱/۱۰ بافت تقمدان برای حفظ عملکرد و باروری طبیعی کافی است
- ❖ در مبتلایان به آندومتریوز شدید قبل از جراحی ۳ ماه درمان طبی
- ❖ افورکتومی و هیسترکتومی در موارد شدید
- ❖ تبویز استروژن بعد از افورکتومی و نظر رویش مجدد آندومتریوز باقی مانده در اثر استروژن تراپی ناچیز است و در این حالت جهت اطمینان باید درمان هورمونی را طی ۳ ماه بعد از عمل قطع کرد و یا پروژستین را به رژیم درمانی اضافه کرد

درمان

به جز در حاملگی جهت تسکین درد می توان از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی سود جست
ایبوپروفن و ناپروکسن و در موارد بسیار کم نیاز به استفاده از نarkوتیک ها (استامینوفن کدئینه) پیدا می کند

درمان طبی

با توجه به اینکه تداوم و رشد آندومتر وابسته به تحریک استروژن است و در مقابل آندروژن ها و پروژستین ها باعث توقف و آتروفی آندومتر می شوند

دانازول و آنالوگ های **GNRH** سبب یائسگی کاذب و پروژستین ها با یا بدون استروژن سبب حاملگی کاذب

اگر چه درمان طبی باعث کنترل علایم و پیشرفت ضایعات می شود ولی با عوارض نامطلوب و جدی همراه است و با قطع درمان در حدود یک سوم موارد علائم و بیماری مجدداً عود می کند و ممکن است درمان تأثیری بر روی قدرت باروری بیمار نداشته باشد

درمان طبی

درمان طبی فقط بایستی پس از تایید تشخیص لاپاروسکوپی انجام شود

دانا زول

❖ CAP: 100-200mg

❖ یک استروئید مصنوعی از مشتقات ۱۷- اتینیل تستوسترون و در ۳ اثر آندروژنیک - آنتاگونیست پروژستین و آنتی استروژنیک

❖ اثر آندروژنیک مستقیم دانا زول باعث مهار رشد بافت آندومتریوز و آندومتریال شده و در ضمن باعث مهار LH-FSH

❖ باعث کاهش رشد فولیکول و کاهش ترشح LH- FSH

❖ وضعیت هیپواستروژنیک و هیپر آندروژنیک و مهار رشد و آتروفی بافت آندومتری و آمنوره و اوایل خط درمانی طبی

دانا زول

❖ با اتصال رقابتی SHBG باعث افزایش تستوسترون

❖ کاهش کلسترول نوع HDL و افزایش نوع LDL

❖ باعث بروز مقاومت به انسولین

❖ دانا زول بر روی آندومتریوما و قطر توده بیش از ۱ سانت و چسبندگی ها بی تاثیر است

دانا زول

- ❖ از اولین روز خونریزی قاعدگی و با ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز برای مدت ۳ ماه و ترجیحا ۶ ماه
- ❖ ظرف دو ماه بهبودی حاصل می شود
- ❖ پس از قطع درمان عود ۲۰ درصد
- ❖ با دوز ۸۰۰-۱۴۰۰ آمنوره ایجاد شده
- ❖ در جنین مونث سبب هرمافرودیسم کاذب مردانه و توصیه به یک روش ضد بارداری مطمئن
- ❖ در طول درمان تست های کبدی و کلیوی و **BS** انجام و معاینه دقیق قلبی -عروقی

عوارض دارنازول

❖ افزایش اشتها و وزن

❖ کرامپ عضلانی

❖ ادم

❖ چرب شدن پوست

❖ آکنه - پرمویی - تغییر صدا

❖ اثرات آنتی استروژنیک: گر گرفتگی - تحریک پذیری - افسردگی - کاهش اندازه پستان ها - واژنیت
آتروفیک

❖ در صورت هیرسوتیسم - تغییر صدا و افزایش آنزیم های کبدی باید قطع شود

موارد منع مصرف دانا زول

❖ شاملگی

❖ شیرده

❖ اختلالات کبد- کلیه- قلبی - عروقی - هیپرتانسیون و یا نارسایی اعتقانی قلب

دانا زول

❖ در یک مطالعه جدید استفاده از رینگ واژینال دانا زول در درمان موارد عمیق آندومتریوز لگنی موثر گزارش شده است و مزیت آن به حداقل رساندن عوارض آندروژنیک

PROGESTINS

- ❖ در موارد خفیف بیماری -عدم تحمل دانازول و یا وجود عوارض جدی با آن و عدم تمایل بیمار به بچه دار شدن در آینده نزدیک می توان از ترکیبات پروژستینی استفاده کرد
- ❖ سبب مهار رشد بافت آندومتر و آتروفی آن
- ❖ مهار ترشح گونادوتروپین و مهار تولید هورمون های تقمذانی
- ❖ بیماران جوان با آندومتريوز که دچار دیسمنوره نسبتا شدید هستند و قصد حامله شدن ندارند گزینه مناسبی برای پروژستین ها است

PROGESTINS

- ❖ Tab medroxyprogesterone acetate 10-15 mg /TDS
- ❖ Tab Norethindrone acetate 5 mg/ D
- ❖ Amp Depo- medroxyprogesterone acetate 150mg/1ml- 500mg/5 ml every 2 weeks for 3 months followed by 200 mg for 3-6 months
- ❖ عوارض: خونریزی غیر طبیعی رحم - افسردگی - نفخ - افزایش وزن

GNRH Agonists

- ❖ در موارد عدم امکان استفاده از دانازول و ترکیبات پروژستینی یا موارد مقاوم به درمان های دیگر استفاده از **Goserelin** (۳/۶ میلی گرم ماهانه زیر جلدی) – **leuprolide** (۳/۲۵ میلی گرم ماهانه عضلانی)
- ❖ ۹ و **Nafarelin** (۵/۱۴ تا ۵/۸ میلی گرم روزانه داخل بینی)
- ❖ طول مدت درمان ۳ تا ۶ ماه

دستورات پزشکی

Observation

آنالژزیک

داناژول

GnRH

MPA

OCP

جراحی

Observation و آنالیزیک

در مواردی می شود بجای درمان نظارت کرد:

۱- بیماران بدون علامت

۲- بیماران دارای علایم خفیف

۳- زنان نازا با اندومتريوز مینی مال یا خفیف

استفاده از آنالیزیک در موارد فوق الذکر:

مفنامیک اسید ۲۵۰ هر ۶ ساعت

جدول ۱-۱۷: درمان طبی درد مرتبط با اندومتریوز: رژیمهای مؤثر (مدت معمول درمان: ۶ ماه)

دفعات تجویز

دوز

روش تجویز

پروژستوژنها

مدروکسی پروژسترون استات

خوراکی

۳۰ میلی گرم

۵ بار در هفته

دینوژست

خوراکی

۲ میلی گرم

هر روز

مژسترون استات

خوراکی

۴۰ میلی گرم

هر روز

لاینسترنول

خوراکی

۱۰ میلی گرم

هر روز

دیدروژسترون

خوراکی

۲۰-۳۰ میلی گرم

هر روز

آنتی پروژستینها

ژسترینون

خوراکی

۱/۲۵ یا ۲/۵ میلی گرم

دو بار در هفته

داناژول

خوراکی

۴۰۰ میلی گرم

هر روز

آگونیستهای هورمون آزادکننده
گنادوتروپین*

لوپرولید

زیرجلدی

۵۰۰ میلی گرم

هر روز

داخل عضلانی

۳/۷۵ میلی گرم

هر ماه

زیرجلدی

۳/۶ میلی گرم

هر ماه

داخل بینی

۳۰۰ میکروگرم

هر روز

زیرجلدی

۲۰۰ میکروگرم

هر روز

داخل بینی

۲۰۰ میکروگرم

هر روز

داخل عضلانی

۳/۷۵ میلی گرم

هر ماه

تریتورلین

جراحی

۱- جراحی لاپاروسکوپیک :

موارد خفیف

۲- درمان جراحی نگهدارنده:

خروج تمام بافت اندومتریوز و حفظ آناتومی لگن

درمان انتخابی در زنان با اندومتریوز شدید که خواهان باروری اند

هورمون درمانی ۶ تا ۱۲ هفته قبل عمل

۳- درمان جراحی قطعی:

در موارد پیشرفته برای زنانی که خواهان باروری نیستند: TAH-BSO

نظارت بعد عمل جراحی قطعی

بعد از عمل سطوح FSH و استرادیول سرم باید ماهانه چک شود تا به مقدار یائسگی برسد.

استفاده از دوره سه ماه MPA خوراکی روزانه ۵ میلی گرم همراه با استروژن کونژوگه خوراکی روزانه ۰/۶۲۵ میلی گرم

درمان در نوجوانان

شایع ترین علامت : درد سیکلیک

آگونیست های GnRh فقط در نوجوانان بالای ۱۲ سال

لاپاروسکوپی فقط در مواردی که درد به درمان طبی پاسخ نمی دهد.

عود بعد از درمان

۶ ماه تا ۲ سال پس از قطع درمان طبی عود وجود دارد
عود درد از هر ۵ زن ۱ زن پس از جراحی معافانه
احتمال عود پس از هیستریکتومی ۱۵ درصد و خطر تشدید ۵-۳۳ درصد
عوامل خطر عود: سن کم بیمار، افزایش مرحله بیماری

سازگاری با بیماری

سازگاری اندومتريوز به عنوان يك بيماری مزمن

استفاده از طب سوزنی ، ویتامین ب ۱۲ و منیزیم جهت تسکین دیسمنوره

تفریک الکتریکی عصب از راه پوست

استفاده از درمان های تغذیه ای و مکمل

رفلکسولوژی

درمان های گیاهی

تعریف آندومتريوز نيست؟

الف) بافت شبیه به آندومتر در خارج از رحم

ب) در بعضی دیگر از اعضا لگن نیز دیده می شود

ج) در سنين باروری دیده می شود

د) در دوران منوپوز تشدير ميشود

گزینه د

علت درد در آندومتریوز کدام است؟

الف) چون در آندومتریوز مسیری برای خروج خون وجود ندارد

ب) تحریک بافت اطراف و چسبندگی

ج) ترشح پروستاگلاندین ها

د) الف و ب

گزینه د

علايم آندومتريوز نيست؟

الف) درد شديد قاعدگي

ب) رابطه جنسي دردناك

ج) درد طولاني مدت لگن

د) درد ميانه سيكل قاعدگي

گزینه د

عوامل افزایش دهنده اندومتريوز چیست؟

الف) داشتن فرزند

ب) سن بالای ۵۰ سال

ج) دوره قاعدگی کمتر از ۲۸ روز

د) آمنوره

گزینه ج

زندگی فرد مبتلا به آندومتریوز شامل چه اجزایی نیست؟

الف) ورزش منظم

ب) مصرف کمتر گوشت قرمز، میوه و سبزی کمتر

ج) پرهیز از الکل و کافئین

د) مصرف کمتر لبنیات

گزینه د

دیوکسین چیست؟

الف) ترکیبات سمی که توسط صنایع مختلف یا سوختن زباله ها وارد محیط زیست می شود

ب) در چربی حیوانات تجمع می یابد

ج) باعث ناباروری و آندومتریوز می شود

د) همه موارد

گزینه د

کدام یک از موارد زیر حاوی سم دیوکسین است؟

الف) ظروف یکبار مصرف

ب) پد بهداشتی که پوشش داخلی آن از مواد پتروشیمی غیر استاندارد استفاده شده است

ج) چربی حیوانات

د) همه موارد

گزینه د

همیشه به خاطر بسپاریم که همراهی خدا مثل نفس کشیدن است
، آرام و بی صدا و همیشگی