

بررسی ارتباط علائم بالینی با مرحله پرولاپس ارگان‌های لگنی

دکتر زینت قنبری^۱، دکتر لیلا پورعلی^{۲*}، دکتر مریم دلدار پسیخانی^۳، دکتر سودابه درویش^۴، دکتر الناز آیتی^۴، دکتر حسن مهرداد مجد^۵، دکتر عطیه محمدزاده وطنچی^۶، زهرا لطفی^۷

۱. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. استادیار پژوهشی، مرکز تحقیقات بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۷. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

خلاصه

مقدمه: پرولاپس ارگان‌های لگنی عبارت است از بیرون زدگی ارگان‌های لگنی به داخل واژن که با علائم بالینی آزاردهنده ادراری، دفعی، جنسی و علائم مربوط به خروج توده از واژن همراه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط علائم بالینی با مرحله پرولاپس ارگان‌های لگنی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۳۳۵ زن مراجعه‌کننده به درمانگاه اختلالات کف لگن بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد. چک‌لیست شرح حال پزشکی متشکل از علائم ادراری، دفعی، جنسی و خروج توده مرتبط با پرولاپس ارگان‌های لگنی توسط یک متخصص زنان (فلوشیپ اختلالات کف لگن) تکمیل شد. مرحله پرولاپس بر اساس سیستم ارزیابی پرولاپس ارگان‌های لگنی ارزیابی شد و ارتباط علائم بالینی با مرحله پرولاپس ارگان‌های لگنی بررسی گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر و رگرسیون چندمتغیره انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در زنان با علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی، ارتباط معناداری بین بی‌اختیاری ادراری استرسی و اورژانسی و مراحل پایین‌تر پرولاپس کمپارتمان قدامی ($p=0/042$) و همچنین بین بی‌اختیاری اورژانسی ادرار و مراحل پایین‌تر پرولاپس کمپارتمان خلفی مشاهده شد ($p=0/04$). با این حال ارتباط معناداری بین مشکلات دفعی و مراحل پرولاپس کمپارتمان قدامی، خلفی و اپیکال وجود نداشت ($p>0/05$). عدم رضایت جنسی ($p=0/014$) و خروج صدا از واژن ($p=0/025$) به‌طور معناداری با پرولاپس قدامی مرحله ۱ همراهی داشت.

نتیجه‌گیری: علائم ادراری مخصوصاً بی‌اختیاری استرسی و اورژانسی ادرار و عدم رضایت جنسی با مراحل پایین‌تر معاینه پرولاپس ارگان‌های لگنی مرتبط است. همچنین با توجه به نبود ارتباط بین علائم دفعی با مرحله پرولاپس، شکایت از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی ممکن است ارتباطی با شدت و مرحله پرولاپس در معاینه بالینی نداشته باشد.

کلمات کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، بی‌اختیاری ادرار، پرولاپس ارگان‌های لگنی، یبوست

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلا پورعلی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک:

pouralil@mums.ac.ir

مقدمه

پرولاپس ارگان‌های لگنی عبارت است از بیرون‌زدگی احشاء لگنی به داخل واژن یا فراتر از آن که یک مشکل شایع در بین زنان است. شیوع دقیق پرولاپس ارگان‌های لگنی مشخص نیست؛ چراکه حساسیت افراد در برابر علائم متفاوت این اختلالات یکسان نیست. دسترسی به تسهیلات پزشکی، عامل دیگری در تعیین فراوانی ابتلاء به این اختلالات است (۱). به‌عنوان مثال نتایج مطالعه ماتانگی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که ۳۰٪ زنان جامعه از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی شاکی می‌باشند (۲). بسیاری از این زنان علائم متفاوتی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر فعالیت روزمره، فعالیت جنسی و حتی تصویر ذهنی فرد بر خودش تأثیرگذار باشد (۳).

زنان دچار پرولاپس ارگان‌های لگنی ممکن است با علائم مختلفی از قبیل توده واژینال، احساس فشار در واژن، بی‌اختیاری ادراری استرسی یا اورژانسی، عدم تخلیه کامل ادرار، اختلال عملکرد دفعی (یبوست، عدم دفع کامل مدفوع و نیاز به جا انداختن پرینه حین دفع)، مشکلات جنسی مرتبط با پرولاپس، درد کمر یا لگن مراجعه کنند. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که ارتباطی بین این علائم و مرحله پرولاپس وجود ندارد (۴، ۵).

اغلب در مواجهه با بیماران مبتلا به پرولاپس، شکایات متعددی وجود دارد و در معاینه لگن نیز پرولاپس در بیش از یک کمپارتمان واژن مشاهده می‌شود، در این موارد یافتن ارتباطی بین علائم و یافته‌های بالینی می‌تواند در تصمیم‌گیری درمانی مؤثر باشد، لذا یافتن ارتباطی بین علائم مختلف پرولاپس ارگان‌های لگنی با نقایص کمپارتمان‌های واژن و شدت آنها ارزشمند است. بررسی‌های انجام شده توسط محققین این مطالعه نشان می‌دهد که تاکنون ارزیابی مشابهی بر روی زنان ایرانی انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی با مرحله و محل پرولاپس انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی (با کد اخلاق: IR.TUMS.IKHC.REC.1396.4562) تمام زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه اختلالات کف لگن بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران بین مهر ماه ۱۳۹۷ و خرداد ۱۳۹۸ که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به‌روش تمام شماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل با شکایت از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی (احساس خروج توده از واژن، علائم ادراری، دفعی، سکچوال) که بیماری همزمان نورولوژیک، ادراری، گوارشی و متابولیک (نظیر مالتیپل اسکلروزیس، دمانس، ضایعات مغزی، دیورتیکول ادراری، سیستیت انترستیسیل، سرطان‌های گوارشی، دیابت و بیماری تیروئید) نداشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: تشخیص همزمان اختلالات ادراری، دفعی، نورولوژیک و روان‌پزشکی که می‌توانستند علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی را تقلید کنند (نظیر عفونت ادراری، مثانه بیش فعال، ضایعات آنورکتال)، مصرف مواد مخدر، داروهای آنتی‌کولینرژیک، دیورتیک، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی بود. در مدت زمان مورد نظر، ۳۳۵ بیمار واجد شرایط مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای هر بیمار چک‌لیستی شامل مشخصات پایه بیمار، شکایت بالینی مرتبط با پرولاپس ارگان‌های لگنی (بی‌اختیاری ادراری، خروج توده از واژن، عدم دفع کامل ادرار یا مدفوع، یبوست، عدم رضایت جنسی به علت خروج توده از واژن یا گشادی واژن)، معاینه (ارزیابی پرولاپس ارگان‌های لگنی) POP-Q و مرحله‌بندی آن (staging) توسط فلوشیپ اختلالات کف لگن تکمیل شد. سابقه بیماری‌های طبی، جراحی و مصرف دارو نیز ثبت گردید. معاینه لگن توسط یک نفر فلوشیپ اختلالات کف لگن انجام شد. مرحله پرولاپس توسط معاینه POP-Q مشخص شد. این معاینه در وضعیت دورسال لیتوتومی، حین انجام مانور والسالوا انجام و میزان پرولاپس کمپارتمان‌های قدامی، خلفی و راس واژن به‌طور جداگانه بررسی شد. بر اساس بیشترین نقطه

داده‌های کمی به‌صورت میانگین و انحراف معیار و داده‌های کیفی در قالب فراوانی و درصد گزارش گردید. جهت بررسی ارتباط علائم بالینی پرولاپس ارگان‌های لگنی و مرحله پرولاپس از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، دقیق فیشر و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۵ زن وارد شدند و بر اساس محل پرولاپس (کمپارتمان‌های قدامی، خلفی، اپیکال) تقسیم‌بندی شدند. مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به پرولاپس ارگان‌های لگنی در جدول ۱ نشان داده شده است.

پرولاپس در قدام و خلف واژن (نقطه B)، مرحله‌بندی شدت پرولاپس به این ترتیب ارزیابی شد:

مرحله صفر (بدون پرولاپس)، مرحله ۱ (بیشترین حد پرولاپس بیش از ۱ سانتی‌متر بالاتر از هایمن)، مرحله ۲ (بیشترین حد پرولاپس کمتر از ۱ سانتی‌متر بالاتر یا پایین‌تر از هایمن)، مرحله ۳ (بیشترین حد پرولاپس بیش از ۱ سانتی‌متر پایین‌تر از هایمن ولی کمتر از طول کلی واژن منهای ۲ ($>2\text{-TVL}$) و مرحله ۴ (پرولاپس کامل، بیشترین حد پرولاپس بیش از ۲ سانتی‌متر از طول کلی واژن به بیرون از هایمن برجسته شده ($\leq 2\text{-TVL}$)). (۶)

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به پرولاپس ارگان‌های لگنی

متغیر	پرولاپس $>2\text{-stage}$	پرولاپس $<2\text{-stage}$	سطح معنی‌داری*
میانگین سن	۵۲/۱۶±۱۰/۶۳	۵۳/۱۴±۱۲/۹۵	۰/۱۴
میانگین BMI	۲۶/۱۴±۳/۹۱	۲۶/۶۸±۳/۱۴	۰/۲۴
متوسط تعداد زایمان	۴	۵	۰
سابقه زایمان با وکیوم	۴	۳	۰/۱۱
سابقه ماکروزومی	۴	۵	۰/۱۵
سابقه سزارین	۱۸	۱۵	۰/۱۵
پائستگی	۱۵۰	۱۸۷	۰/۲۵

* آزمون کای اسکوئر

(۶/۰) مجموعاً در مرحله ۳ و ۴ پرولاپس کمپارتمان‌های قدامی واژن بودند.

همچنین ۲۲۲ نفر (۶۶/۳) در مرحله ۱، ۳۵ نفر (۱۰/۴) در مرحله ۲ و ۱۰ نفر (۳) مجموعاً در مرحله ۳ و ۴ پرولاپس کمپارتمان خلفی بودند.

از نظر پرولاپس کمپارتمان راسی واژن (سرویکس یا کاف واژن)، ۵۵ مورد (۱۶/۴) مرحله ۱، ۵۸ نفر (۱۷/۳) مرحله ۲ و ۲۱ نفر (۶/۳) مجموعاً در مرحله ۳ و ۴ پرولاپس بودند.

بین مراحل پایین‌تر پرولاپس کمپارتمان قدامی (مرحله ۱ و ۲) و شکایت از علائم بی‌اختیاری استرسی و اورژانسی ادرار ارتباط معناداری مشاهده شد (به‌ترتیب $p=0/0002$ ، $p=0/042$). همچنین ارتباط معناداری بین تکرر ادرار (بیش از ۸ بار ادرار کردن طی زمان بیداری) و

از نظر شکایت بالینی بیماران (سمپتوم)، شایع‌ترین شکایت بی‌اختیاری استرسی ادرار در ۲۰۲ نفر (۶۰/۳)، بی‌اختیاری اورژانسی ادرار در ۱۶۳ نفر (۴۸/۷)، تکرر ادرار در ۱۴۷ نفر (۴۴)، ناکچوری در ۶۱ نفر (۱۸/۲)، عدم تخلیه کامل ادرار در ۱۱۵ نفر (۳۴/۴)، یبوست در ۱۴۴ نفر (۴۳)، عدم تخلیه کامل مدفوع در ۲۶ نفر (۷/۸) و احساس فشار در واژن و خروج توده از واژن به‌ترتیب در ۱۸۰ نفر (۵۳/۷) و ۱۹۰ نفر (۵۶/۷) مشاهده شد. جاناندازی پرینه برای کمک به دفع مدفوع در ۸۵ مورد (۲۳) و خروج صدا از واژن در ۶۵ مورد (۲۰) گزارش شد. ۱۱۰ نفر (۲۳/۸) از بیماران از عدم رضایت جنسی به‌علت علائم فوق‌شاکی بودند.

در بین زنانی که به‌علت علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی مراجعه کرده بودند (۳۳۵ مورد)، ۱۸۷ نفر (۵۵/۸) در مرحله ۱، ۸۵ نفر (۲۵/۴) در مرحله ۲ و تعداد ۲۰ نفر

مراحل پایین‌تر پرولاپس کمپارتمان قدامی (سیستوسل) مرحله ۱ و ۲) مشاهده شد ($p < 0/001$).
 عدم تخلیه کامل ادرار در ۳۰٪ موارد پرولاپس کمپارتمان قدامی گزارش شد ($p = 0/12$). ادرار شبانه (ناکچوری) در مراحل پایین‌تر پرولاپس کمپارتمان قدامی شایع‌تر بود ($p = 0/12$). از نظر ارتباط علائم دفعی (یبوست، دفع ناکامل مدفوع) و مرحله پرولاپس کمپارتمان قدامی ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$).
 احساس فشار و خروج توده از واژن در مراحل بالاتر (مرحله ۳ و ۴) پرولاپس کمپارتمان قدامی به‌طور معناداری شایع‌تر بود ($p = 0/014$).
 عدم رضایت جنسی ناشی از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی در مرحله ۱ پرولاپس کمپارتمان قدامی شایع‌تر بود ($p = 0/025$).
 از نظر ارتباط علائم فوق و شدت (مرحله) پرولاپس

کمپارتمان خلفی واژن (رکتوسل)، ارتباط معناداری بین تکرر ادرار و مرحله پرولاپس مشاهده نشد ($p = 0/1$), ولی بی‌اختیاری اورژانسی ادرار و احساس خروج توده به‌طور معناداری در مراحل پایین‌تر رکتوسل (مرحله ۱ و ۲) شایع‌تر بود ($p < 0/001$).
 ارتباط معناداری بین مراحل پایین‌تر (مرحله ۱ و ۲) رکتوسل و عدم رضایت جنسی مشاهده شد ($p = 0/05$), ولی هیچ‌گونه ارتباط معناداری بین علائم دفعی و مرحله پرولاپس کمپارتمان خلفی وجود نداشت ($p > 0/05$).
 از نظر پرولاپس سقف واژن (سرویکس یا کاف واژن)، ارتباط معناداری بین مراحل پایین‌تر پرولاپس (مرحله ۱ و ۲) و بی‌اختیاری استرسی و اورژانسی ادرار مشاهده شد (به‌ترتیب $p < 0/001$, $p = 0/03$). بین علائم دفعی و جنسی و مرحله پرولاپس کمپارتمان اپیکال ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۲- علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی در بیماران با پرولاپس کمپارتمان اپیکال

علائم	مرحله صفر تعداد (درصد)	مرحله ۱ تعداد (درصد)	مرحله ۲ تعداد (درصد)	مرحله ۳ و ۴ تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری
بی‌اختیاری استرسی ادرار	۱۴۱ (۷۰/۹)	۲۶ (۱۳/۶)	۲۴ (۱۲/۱)	۷ (۳/۵)	۰
بی‌اختیاری اورژانسی ادرار	۱۰۷ (۶۷/۳)	۲۲ (۱۳/۸)	۲۲ (۱۳/۸)	۸ (۵)	۰/۰۳
تکرر ادرار	۱۰۸ (۷۴/۵)	۱۲ (۸/۳)	۲۲ (۱۵/۲)	۳ (۲/۱)	۰
اورژانسی	۱۱۷ (۷۰/۵)	۱۹ (۱۱/۴)	۲۴ (۱۴/۵)	۶ (۳/۶)	۰
ناکچوری	۴۳ (۷۴/۱)	۶ (۱۰/۳)	۹ (۱۵/۵)	۰ (۰)	۰/۲۹
عدم تخلیه کامل ادرار	۵۹ (۵۲/۷)	۲۱ (۱۸/۸)	۲۵ (۲۲/۳)	۷ (۶/۳)	۰/۲۸
یبوست	۸۹ (۶۳/۱)	۲۱ (۱۴/۹)	۲۷ (۱۹/۱)	۴ (۲/۸)	۰/۹۴
بی‌اختیاری مدفوع	۲ (۶۶/۷)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۷۳
بی‌اختیاری دفع گاز	۲ (۵۰)	۲ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۲۸
جاندازی پرینه	۴۵ (۵۸/۴)	۱۴ (۱۸/۲)	۱۳ (۱۶/۹)	۵ (۶/۵)	۰/۹۷
عدم تخلیه کامل مدفوع	۱۳ (۵۰)	۵ (۱۹/۲)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۱۵/۴)	۰/۲۴
احساس فشار در واژن	۹۲ (۵۲/۳)	۳۶ (۲۰/۵)	۳۷ (۲۱)	۱۱ (۶/۳)	۰/۳۶
توده واژینال	۷۴ (۳۹/۶)	۴۳ (۲۳)	۵۰ (۲۶/۷)	۲۰ (۱۰/۷)	۰
خروج صدا از واژن	۴۵ (۷۱/۴)	۱۲ (۱۹)	۵ (۷/۹)	۱ (۱/۶)	۰/۲۶
عدم رضایت جنسی	۸۰ (۷۲/۷)	۱۴ (۱۲/۷)	۱۲ (۱۰/۹)	۴ (۳/۶)	۰/۰۰۵

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، سن بالای ۵۵ سال ($p = 0/00$), وضعیت منوپوز ($p = 0/00$) و زایمان طبیعی ($p = 0/01$) به‌طور معناداری با مراحل بالاتر پرولاپس ارگان‌های لگنی ارتباط داشت، ولی بعد از

انجام تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره، فقط وضعیت منوپوز و زایمان طبیعی با مرحله پرولاپس ارتباط داشتند.

جدول ۳- آنالیز رگرسیون متغیرهای مداخله‌گر مرتبط با مرحله پرولاپس ارگان‌های لگنی

متغیرهای مداخله‌گر	مرحله ۱	مرحله ۲	مرحله ۳ و ۴	سطح معنی‌داری*
سن کمتر از ۵۵ سال	۱۳۹ (۷۳/۹)	۴۴ (۴۱/۹)	۲۰ (۶۸)	.
زایمان واژینال	۱۶۲ (۸۵/۷)	۱۰۱ (۹۶/۲)	۲۰ (۶۸)	۰/۰۱
منوپوز	۶۵ (۳۴/۴)	۷۱ (۶۷/۶)	۲۷ (۹۲)	.

*آزمون کای اسکوئر

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معناداری بین مرحله پرولاپس کمپارتمان قدامی (سیستوسل)، کمپارتمان خلفی (رکتوسل) و کمپارتمان راسی واژن (پرولاپس رحم یا کاف واژن) با علائم ادراری، احساس خروج توده و فشار در واژن و عدم رضایت جنسی ناشی از علائم فوق وجود دارد. در حقیقت مراحل پایین‌تر پرولاپس در هر سه کمپارتمان به‌طور معناداری با علائم بی‌اختیاری ادرار ارتباط داشت که هم‌راستا با نتایج برخی مطالعات پیشین بود (۷، ۸). این یافته می‌تواند به علت انسداد مکانیکی یا تنگ شدگی پیشابراه در مراحل بالاتر پرولاپس (مرحله ۳ و ۴) باشد که بیشتر سبب بروز علائم اختلال در دفع ادرار نظیر عدم تخلیه کامل ادرار می‌شود که این نتایج با نتایج مطالعه مدل و همکاران (۲۰۱۰) مغایر بود که دلیل آن می‌تواند تعداد بیشتر بیماران در مرحله ۱ و پرولاپس (نسبت به موارد پرولاپس مرحله ۳ و ۴) در مطالعه حاضر باشد (۹).

در مطالعه حاضر احساس فشار و خروج توده از واژن به‌طور معناداری در مراحل بالاتر پرولاپس (مرحله ۳ و ۴) در تمام کمپارتمان‌های واژن بیشتر بود که این نتیجه مشابه نتایج برخی مطالعات پیشین بود (۶، ۸)، ولی عدم رضایت جنسی به‌طور معناداری در مراحل پایین‌تر پرولاپس بیشتر بود. این ارتباط معکوس می‌تواند ناشی از عدم فعالیت جنسی در مراحل بالاتر پرولاپس باشد، به این معنی که مراحل بالاتر پرولاپس معمولاً در زنان مسن‌تری مشاهده می‌شود که فعالیت جنسی ندارند.

در این مطالعه ارتباط معناداری بین علائم دفعی و مرحله پرولاپس مشاهده نشد که مشابه با نتایج برخی مطالعات گذشته بود (۱۰، ۱۱). در آن مطالعات نشان داده شد که عدم وجود ارتباط مذکور می‌تواند نشان‌دهنده این امر باشد که پرولاپس کمپارتمان خلفی، عامل اصلی در بروز

علائم اختلالات دفعی (یبوست، عدم دفع کامل مدفوع) نیست.

این نتایج اهمیت توجه به سایر علل اختلالات دفع را متذکر می‌شوند که می‌تواند شامل علل متابولیک، نورولوژیک، رفتاری و روانی باشد و نه فقط مرحله پرولاپس ارگان‌های لگنی. در عین حال نتایج مطالعه کارجلانن و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که علائم انسدادی دفع با مراحل بالاتر پرولاپس کمپارتمان خلفی واژن ارتباط دارد (۱۲). علت این تفاوت ممکن است حجم بالای نمونه در مطالعه مذکور باشد (بیش از ۲۰۰۰ مورد).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بسیاری از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی ارتباط معناداری با مرحله پرولاپس ندارد که این یافته در راستای مطالعات گذشته بود (۷، ۱۳). از آنجایی که برخی مطالعات ارتباط معناداری بین مرحله بالینی پرولاپس و یافته‌های تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI) و سونوگرافی را نشان داده‌اند، لذا یافته‌های تصویربرداری می‌تواند در تشخیص پرولاپس ارگان‌های لگنی در بیماران علامت‌داری که یافته کلینیکی واضحی در معاینه بالینی ندارند، مورد استفاده قرار گیرد (۱۴، ۱۵).

هرچند به نظر می‌رسد که مراحل پایین پرولاپس ارگان‌های لگنی نیازی به اصلاح جراحی ندارند، ولی درمان‌های نگهدارنده نظیر فیزیوتراپی کف لگن، بیوفیدبک و درمان دارویی ممکن است به‌منظور کاهش علائم بالینی توصیه شوند. با توجه به سن پایین زنان مبتلا به پرولاپس ارگان‌های لگنی در این مطالعه نسبت به مطالعات قلبی (۷، ۸)، ارزیابی کیفیت زندگی در این زنان بسیار ارزشمند بود، لذا یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، فقدان ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران است، توصیه می‌شود مطالعه‌ای دیگر جهت ارزیابی این یافته مهم قبل و بعد از درمان بیماران مبتلا به پرولاپس ارگان‌های لگنی انجام شود. از دیگر محدودیت‌های این

نتیجه‌گیری

علائم ادراری مخصوصاً بی‌اختیاری استرسی و اورژانسی ادرار و نیز عدم رضایت جنسی (ناشی از خروج توده از واژن یا احساس شلی واژن) می‌تواند با مراحل پایین‌تر معاینه پرولاپس ارگان‌های لگنی مرتبط باشد. در عین حال ارتباطی بین علائم دفعی و مرحله پرولاپس مشاهده نشد، لذا شکایت از علائم پرولاپس ارگان‌های لگنی ممکن است ارتباطی با مرحله پرولاپس در معاینه بالینی نداشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این مطالعه را بر عهده داشتند، و همچنین از خدمات مشاوره علمی و آماری واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان قائم دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می‌گردد.

مطالعه، عدم انجام آن در سطوح وسیع‌تر جامعه مثلاً در مراکز بهداشت یا کلینیک‌های سطح شهر بود که می‌توانست قابلیت تعمیم نتایج به کل جامعه را در بر داشته باشد. در عین حال از آنجایی که مطالعه حاضر در مرکزی انجام شده است که بزرگ‌ترین مرکز ارجاعی اختلالات کف لگن در ایران بوده و بیماران مبتلا به علائم اختلالات کف لگن از تمامی مناطق کشور به آن ارجاع می‌شوند، می‌توان تا حدی بر این محدودیت غلبه کرد. در حد بررسی محققین این مطالعه، بررسی حاضر نخستین مطالعه انجام شده بر روی زنان ایرانی در کلینیک اختلالات کف لگن است که جهت بررسی ارتباط علائم بالینی و یافته‌های معاینه بالینی (POP-Q) توسط یک نفر محقق متخصص اختلالات کف لگن انجام شده است و می‌توان به‌عنوان نقطه قوت مطالعه به آن اشاره کرد. نقطه قوت دیگر، ارزیابی ارتباط هر کدام از علائم بالینی مرتبط با پرولاپس با مرحله پرولاپس و نیز هر کدام از کمپارتمان‌های قدامی، خلفی و راسی واژن به‌طور مجزا می‌باشد.

منابع

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013; 24(11):1783-90.
2. Mutungi T, Spitzer R, Origa M, Kayondo M, Kyakuhaire M, Nyiramugisha J. Prevalence of Urogynecology Symptoms in a Rural Population in Western-Uganda. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2019; 41(5):727.
3. Handa V, Van Le L. *Te Linde's Operative Gynecology*. 12nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2019 May 20.
4. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *International urogynecology journal* 2016; 27(2):165-94.
5. Cetinkaya SE, Dokmeci F, Dai O. Correlation of pelvic organ prolapse staging with lower urinary tract symptoms, sexual dysfunction, and quality of life. *International urogynecology journal* 2013; 24(10):1645-50.
6. Berek JS. *Berek & Novak's gynecology*. 16th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
7. Espuña-Pons M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Mora AM. Female Pelvic FloorDysfunctionResearchGroup (GrupodeInvestigaciónen Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer-GISPEM). Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse inwomen seeking care for pelvic floor problems. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 177:141-5.
8. Cetinkaya SE, Dokmeci F, Dai O. Correlation of pelvic organ prolapse staging with lower urinary tract symptoms, sexual dysfunction, and quality of life. *International urogynecology journal* 2013; 24(10):1645-50.
9. Model AN, Shek KL, Dietz HP. Levator defects are associated with prolapse after pelvic floor surgery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 153(2):220-3.
10. Hale DS, Fenner D. Consistently inconsistent, the posterior vaginal wall. *American journal of obstetrics and gynecology* 2016; 214(3):314-20.
11. Augusto KL, Bezerra LR, Murad-Regadas SM, Neto JA, Vasconcelos CT, Karbage SA, et al. Defecatory dysfunction and fecal incontinence in women with or without posterior vaginal wall prolapse as measured by pelvic organ prolapse quantification (POP-Q). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2017; 214:50-55.

12. Karjalainen PK, Mattsson NK, Nieminen K, Tolppanen AM, Jalkanen JT. The relationship of defecation symptoms and posterior vaginal wall prolapse in women undergoing pelvic organ prolapse surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019; 221(5):480-e1.
13. Horst W, Do Valle JB, Silva JC, Gascho CL. Pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a Brazilian population. *International Urogynecology Journal* 2017; 28(8):1165-70.
14. Arian A, Ghanbari Z, Chegini N, Hosseiny M. Agreement of ultrasound measures with POP-Q in patients with pelvic organ prolapse. *Iran J Radiol* 2018; 15(4).
15. Arian A, Ghanbari Z, Deldar Pasikhani M, Eftekhari T, Gity M, Shakiba M, et al. Agreement of manual exam (POP-Q) with pelvic MRI in assessment of anterior pelvic organ prolapse. *Iran J Radiol* 2017; 14(4):e38542.