

بررسی فراوانی فیبروم رحم و عوامل خطر آن در زنان تحت هیستروکتومی

پژوهشگران: مریم اصغر نیا^۱، رویا فرجی^{۱*}، سیده نوشاز میر حق جو^۲، مهسا کریمی^۳

(۱) مرکز تحقیقات بهداشت باروری، بیمارستان الزهرا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۲) گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۳) دکترای حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۲۰

چکیده

مقدمه: فیبروم رحمی شایعترین تومور خوش خیم لگنی است. در مطالعات مختلف شیوع فیبروم رحمی بین ۲۵٪ تا ۷۷٪ گزارش شده و در مورد فاکتورهای خطر مرتبط با آن نیز نتایج متفاوت می باشد.

هدف: هدف مطالعه حاضر تعیین فراوانی و بررسی عوامل خطر فیبروم رحمی در زنان هیستروکتومی شده در دو گروه دارای فیبروم و فاقد آن می باشد.

روش کار: این مطالعه مقایسه ای مقطعی با بررسی پرونده کلیه بیمارانی که از آبان ۱۳۸۵ تا پایان ۱۳۸۶ در بیمارستان الزهرا (س) رشت تحت عمل جراحی هیستروکتومی قرار گرفته بودند، انجام گرفت. از ۳۱۳ بیمار تحت هیستروکتومی، تعداد ۲۶۷ پرونده که دارای برگه آسیب شناسی و ثبت سوابق بیمار بطور کامل بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. سپس پرونده های بیماران دارای فیبروم و فاقد فیبروم از نظر اطلاعات مربوط به متغیرهای سن، تعداد حاملگی، وضعیت سیکل قاعدگی، خونریزی غیرطبیعی رحمی، سابقه نازایی، ابتلا به فشار خون، دیابت و مصرف قرصهای ضد بارداری که در پرونده ثبت شده بود مقایسه شدند. برای تحلیل داده ها آزمون های آماری کای دو، تی تست و رگرسیون لجستیک چندگانه مورد استفاده قرار گرفت

نتایج: بر اساس یافته های آسیب شناسی از ۲۶۷ بیمار تحت هیستروکتومی ۵۶/۹٪ دارای فیبروم رحمی و ۴۳/۱٪ فاقد فیبروم بودند براساس آزمون آماری لجستیک چندگانه ارتباط مثبت بین خونریزی غیرطبیعی رحمی، اختلالات طول مدت خونریزی قاعدگی سابقه نازایی و خطر فیبروم رحمی وجود داشت. در حالیکه بین سابقه مصرف قرصهای ضد بارداری، تعداد حاملگی، سن و خطر فیبروم رحمی رابطه معکوس بود. نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه که فیبروم رحمی با خونریزی غیرطبیعی رحمی، اختلالات طول مدت قاعدگی ارتباط مثبت و با مصرف قرصهای ضد بارداری ارتباط عکس دارد بنظر می رسد جهت پیشگیری از ایجاد فیبروم مصرف قرصهای ضد بارداری، درمان اختلالات قاعدگی و خونریزی غیرطبیعی رحمی می تواند در افراد پر خطر موثر باشد. شاید آگاهی از این عوامل بتواند کلید مناسبی در شناخت واقعی این تومورها و اقدامات پیشگیری از آنها در انجام هیستروکتومی باشد.

کلید واژه ها: لیومیوم / عوامل خطر / برداشتن رحم

مقدمه

بیمار ایجاد می کند (۵ و ۶ و ۷). لیومیوم ها در ۳۳٪ موارد بصورت کلینیکی، در ۵۰٪ موارد بر اساس یافته های سونوگرافی و در ۷۷٪ موارد بوسیله برش های بافتی قابل تشخیص هستند (۸). اگرچه علیرغم انجام مطالعات فراوان، اتیولوژی فیبروم همچنان ناشناخته باقی مانده است، اما دو فرضیه اتیولوژیک در مورد آن مطرح شده است که عبارتند از علت ژنتیکی و هورمونی (۹،۱۰). از عوامل خطر موثر در ایجاد و رشد لیومیوم می توان چاقی، فاکتورهای تولید مثلی نظیر نولی پاریتی، پایین بودن سن در اولین بارداری، فاصله بیش از ۵ سال از آخرین بارداری، منارک زودرس، سابقه بستن لوله های رحمی، سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۰ روز و طول قاعدگی

لیومیوم یا فیبروم رحمی از شایعترین تومورهای خوش خیم لگنی با منشاء سلولهای عضلانی میومیوم است (۱ و ۲). در مقالات متعدد شیوع فیبروم رحمی بین ۲۵٪ تا ۷۷٪ گزارش شده است (۳). فیبروم رحمی از مباحث مهم سلامت عمومی زنان محسوب می گردد چرا که علت یک سوم موارد بستری در بخش های زنان بیمارستان می باشد. به علاوه علت شایع در ایجاد بی نظمی های قاعدگی است (۳ و ۴). این تومورهای به ظاهر خوش خیم می تواند با اختلالاتی نظیر نازایی، سقط های مکرر، زایمان زودرس و نمایش های غیر طبیعی جنین همراه باشد (۴ و ۵). همچنین شایعترین علت برداشتن رحم، گزارش شده اند که عوارض قابل توجهی برای

بیشتر از ۶ روز، دیابت و پر فشاری خون را نام برد (۱۳-۱۰). همچنین عفونتهای رحمی نظیر بیماریهای التهابی لگن، عفونت کلامیدیایی، عفونت رحمی ناشی از دستگاه داخل رحمی (IUD) و صدمات وارده به رحم نیز از عوامل خطر دیگر می باشند (۹). در بعضی از مطالعات نیز از سابقه ۱ تا ۲ زایمان، استفاده از داروهای جلوگیری از بارداری خوراکی و یا تزریقی پروژستین و مصرف سیگار به عنوان محافظت کننده نام برده شده است (۱۱ و ۱۴). البته نتایج در مورد برخی از فاکتورهای خطر و همچنین عوامل محافظت کننده در ایجاد و رشد لیومیوم نیز متفاوت می باشد (۱۱، ۱۴، ۱۵). با توجه به تفاوت شیوع فیبروم و عوامل خطر مرتبط با آن در جوامع مختلف و تاثیر اختلافات اقلیمی- فرهنگی، این مطالعه به منظور بررسی شیوع فیبروم رحمی و عوامل خطر مرتبط با آن در زنان هیستروکتومی شده در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) رشت انجام گردید تا شاید آگاهی از این عوامل خطر بتواند راهگشای شناخت اتیولوژی واقعی این تومورها و اقدامات پیشگیرانه در انجام برداشتن رحم باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقایسه ای مقطعی است که در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) شهر رشت طی ۱۶ ماه از آبان سال ۱۳۸۵ تا پایان سال ۱۳۸۶ پس از کسب اجازه و اخذ مجوز و هماهنگی های لازم با ریاست و بایگانی بیمارستان بر روی کلیه پرونده های بیمارانی که تحت عمل جراحی برداشتن رحم قرار گرفتند (۳۱۳ پرونده) انجام شد. تعداد ۲۶۷ پرونده دارای برگه آسیب شناسی و کامل بودن ثبت سوابق بیمار انتخاب و سپس پرونده های بیماران دارای فیبروم و فاقد فیبروم از نظر اطلاعات مربوط به متغیرهای سن، تعداد حاملگی، وضعیت سیکل قاعدگی، خونریزی غیرطبیعی رحمی، سابقه نازایی، ابتلا به فشارخون، دیابت و مصرف قرصهای ضد بارداری که طبق اظهارات کتبی پزشک معالج در پرونده بیمار شده ثبت بود مقایسه شدند. با توجه به محرمانه بودن اطلاعات، داده ها بر اساس شماره پرونده افراد بدست آمد و پس از کد گذاری وارد کامپیوتر گردید.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با کمک آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. جهت توصیف اطلاعات از فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار بر حسب نوع متغیر استفاده شد. سپس با استفاده از آزمون آماری کای دو و تی تست داده ها در دو گروه دارای فیبروم و فاقد فیبروم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد. به منظور کنترل عوامل مداخله ای و زمینه ای و جهت برآورد نسبت شانس همسان سازی شده (adjusted effect) از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه به روش Forward Stepwise Wald استفاده شد.

نتایج

از بین ۲۶۷ نفر که تحت عمل جراحی هیستروکتومی قرار گرفتند، ۱۵۲ نفر (۵۶/۹٪) دارای فیبروم و ۱۱۵ نفر (۴۳/۱٪) فاقد فیبروم بودند. متوسط سن در گروه دارای فیبروم $5/6 \pm 45/45$ سال و در گروه فاقد فیبروم $0/1 \pm 48/83$ سال بود که با استفاده از آزمون آماری تی تست بین میانگین سنی دو گروه اختلاف آماری معنی دار مشاهده شد ($p < 0/002$). رابطه بین سن و احتمال ابتلا به فیبروم معکوس بود. بطوریکه با افزایش سن خطر ابتلا به فیبروم به میزان ۰/۹۴ برابر کاهش نشان داد ($OR = 0/94$; $95\%CI = 0/91 - 0/99$). همچنین میزان خطر ابتلا به فیبروم در گروه سنی < 45 نسبت به > 55 افزایش نشان داد ($CI = 2/58 - 20/96$; 95%). میانگین تعداد حاملگی در گروه دارای فیبروم $2/1 \pm 3/7$ و در گروه فاقد فیبروم $2/4 \pm 5/30$ بود. بر اساس آزمون آماری تی تست بین میانگین دو گروه اختلاف آماری معنی دار مشاهده شد ($p < 0/001$). رابطه بین تعداد حاملگی و احتمال ابتلا به فیبروم معکوس بود و با افزایش تعداد بارداری خطر ابتلا به فیبروم به میزان ۰/۸۶ برابر کاهش نشان داد ($OR = 0/86$; $95\%CI = 0/74 - 1/00$). میانگین طول مدت خونریزی در زنان دارای فیبروم $33 \pm 4/34$ و در زنان فاقد فیبروم $3/8 \pm 8/02$ روز بود و براساس آزمون آماری تی تست بین میانگین طول مدت خونریزی قاعدگی در دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/0001$).

جدول شماره (۱): شانس ابتلا به فیبروم به تفکیک متغیرهای مورد

مطالعه

متغیر	Odd ratio(OR)	%95Confidnce interval	P.value
AUB	۵/۵۵	۲/۶۲-۱۱/۷۷	$P < ۰/۰۰۰۱$
سابقه نازایی	۵/۲۵	۱/۱۶-۲۳/۸۳	$P < ۰/۰۳۱$
اختلالات طول مدت قاعدگی	۱/۱۰	۱/۰۹-۱/۱۹	$P < ۰/۰۲۴$
OCP	۰/۶۲	۱/۰۱-۰/۳۵	$P < ۰/۰۰۰۱$
تعداد حاملگی	۰/۸۶	۰/۷۴-۱/۰۰	$P < ۰/۰۵۳$
سن	۰/۹۴	۰/۹۱-۰/۹۹	$P < ۰/۰۱۷$

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر فراوانی فیبروم در زنانیکه تحت عمل جراحی هیستریکتومی قرار گرفتند ۵۶/۹٪ می باشد و از بین سایر علل ذکر شده در پرونده، فیبروم رحمی شایعترین علت برداشتن رحم در مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) شهر رشت محسوب می شود. در مطالعه رحیمی نیز شایعترین اندیکاسیون برداشتن رحم، فیبروم رحمی (۴۲/۲٪) اعلام گردید. بنظر می رسد تفاوت در شیوع، ناشی از روش تشخیص فیبروم باشد. در مطالعه رحیمی اندیکاسیون جراحی بر اساس تشخیص پزشک معالج که در برهه مربوط به پذیرش بیمار درج شده بود تعیین گردید (۱۷) در حالیکه در این مطالعه بررسی آسیب شناسی در تشخیص فیبروم مد نظر قرار گرفت. در مطالعه حاضر ارتباط معنی دار آماری بین سن ($P < ۰/۰۰۲$)، سابقه نازایی ($P < ۰/۰۰۰۱$)، تعداد حاملگی ($P < ۰/۰۰۰۱$)، مصرف OCP ($P < ۰/۰۰۰۱$)، اختلالات طول مدت سیکل قاعدگی ($P < ۰/۰۰۰۱$)، AUB ($P < ۰/۰۰۰۱$) و داشتن فیبروم مشاهده شد که این نتایج در بعضی مطالعات دیگر نیز به اثبات رسیده بود (۱۸ و ۱۵ و ۱۳ و ۸ و ۶). اما برخلاف بعضی مطالعات، ارتباط معنی داری بین ابتلا به دیابت، ابتلا به فشارخون، طول مدت سیکل قاعدگی و فیبروم رحمی در مطالعه حاضر مشاهده نشد (۱۳ و ۱۹ و ۲۰).

همچنین مشابه برخی مطالعات، رابطه بین سن و خطر

و شانس ابتلا به فیبروم در زنان دارای اختلال طول مدت خونریزی قاعدگی بیشتر از زنانی بود که این اختلال را نداشتند ($OR = ۱/۱۰$; $95\%CI = ۱/۰۱ - ۱/۱۹$). همچنین ۱۶/۷٪ زنان فاقد فیبروم داروهای پیشگیری از بارداری خوراکی (OCP) مصرف می کردند در حالیکه تنها ۲/۶٪ زنان دارای فیبروم OCP را گزارش نمودند. با استفاده از آزمون آماری کای دو بین مصرف OCP و داشتن فیبروم ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید ($p < ۰/۰۰۰۱$). رابطه بین مصرف OCP و احتمال ابتلا به فیبروم معکوس بود با مصرف OCP خطر ابتلا به فیبروم به میزان ۰/۶۲ برابر کاهش نشان داد ($OR = ۰/۶۲$; $95\%CI = ۰/۱۵ - ۰/۲۵$).

۱۹/۲٪ زنان دارای فیبروم سابقه نازایی داشتند در حالیکه سابقه نازایی در ۲/۷٪ زنان فاقد فیبروم گزارش شد. بر اساس آزمون آماری کای دو بین سابقه نازایی و فیبروم ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$). شانس ابتلا به فیبروم در زنان دارای سابقه نازایی بیشتر از زنانی بود که سابقه نازایی نداشتند ($OR = ۵/۲۵$; $95\%CI = ۱/۱۶ - ۲۳/۸$). ۸۸/۲٪ زنان دارای فیبروم، خونریزی غیر طبیعی رحمی (AUB) (Abnormal Uterine Bleeding) داشتند در حالیکه ۵۰/۹٪ زنان فاقد فیبروم AUB را گزارش نمودند. بر اساس آزمون آماری کای دو بین AUB و داشتن فیبروم ارتباط آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۰۱$) و شانس ابتلا به فیبروم در زنان دارای AUB بیشتر از زنانی بود که مبتلا به AUB نبودند ($OR = ۵/۵۵$; $95\%CI = ۲/۶۲ - ۱۱/۷۷$). سابقه ابتلا به فشار خون در ۳۰/۹٪ زنان دارای فیبروم گزارش شد در حالیکه در ۱۹/۳٪ زنان فاقد فیبروم سابقه ابتلا به فشار خون وجود داشت. بر اساس آزمون آماری کای دو بین سابقه ابتلا به فشار خون و داشتن فیبروم ارتباط آماری معنی دار بود ($p < ۰/۰۳۵$). اما همراهی بین شانس ابتلا به فیبروم و بیماری فشار خون مشاهده نشد. همچنین تفاوت آماری معنی داری بین میانگین روزهای سیکل قاعدگی در دو گروه ($p = ۰/۴۶$) و نیز بین داشتن فیبروم و سابقه ابتلا به دیابت مشاهده نشد ($P = ۰/۰۷۱$) (جدول شماره ۱).

نازایی و فیبروم ثابت شده است که میوم های زیر مخاطی و داخل میومتر بر روی شانس حاملگی اثر منفی دارند و میوم هائی که موجب نازائی می شوند شانس ناباروری را در ۵۰٪ موارد افزایش می دهند (۱۸).

با توجه به نتایج بدست آمده در این مطالعه و سایر مطالعات می توان نتیجه گرفت که عوامل مختلفی در ایجاد فیبروم دخالت دارند و اتیولوژی واقعی آن هنوز ناشناخته باقی مانده است اما شناخت عوامل خطر مرتبط با فیبروم می تواند در فراهم نمودن اقدامات پیشگیرانه از ایجاد بیماری موثر باشد. از جمله اقدامات پیشگیرانه می توان به مصرف OCP، درمان AUB و اختلالات قاعدگی اشاره نمود. همچنین با توجه به میزان فراوانی فیبروم در زنان هیستریکتومی شده شاید آگاهی از این عوامل بتواند در شناخت اتیولوژی واقعی این تومورها و اقدامات پیشگیری از آنها در انجام هیستریکتومی کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

از زحمات همکاران مرکز تحقیقات بهداشت باروری تشکر می نمایم. این مقاله با استفاده از داده های پایان نامه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان به نگارش در آمده است.

ابتلا به فیبروم رحمی معکوس بود. بطوریکه با افزایش سن، ابتلا به فیبروم کاهش نشان داد. توضیح احتمالی آن مربوط به وضعیت هورمونی در دوره های مختلف سنی می باشد بطوریکه با افزایش سن و کاهش استروژن، از تحریک سلولهای میومتر کاسته می شود (۱۴ و ۱۱). این نتایج بر خلاف مطالعاتی است که بیانگر افزایش ابتلا به فیبروم رحمی در سنین حوالی دوره یائسگی است (۱۵). در مطالعه حاضر مشابه برخی مطالعات، رابطه معکوس مصرف OCP و خطر ابتلا به فیبروم رحمی مشاهده گردید؛ بطوریکه با مصرف OCP خطر ابتلا به فیبروم کاهش نشان داد. که بیانگر اثر محافظتی مصرف OCP می باشد توضیح اثر محافظتی OCP این است که میومتر با مصرف قرص پیشگیری از بارداری در معرض مقادیر کمتر استروژن و پروژسترون قرار گرفته و از تحریک سلولهای میومتر جلوگیری می شود لذا مصرف OCP می تواند بعنوان اقدام پیشگیری کننده از ایجاد فیبروم رحمی در نظر گرفته شود (۱۳). نتایج فوق بر خلاف مطالعاتی است که افزایش خطر ابتلا به فیبروم بدنبال OCP را گزارش نموده است (۱۵ و ۶). مشابه برخی مطالعات، بیشترین احتمال خطر ابتلا به فیبروم در زنانی بود که AUB داشتند و این احتمال، نسبت به زنانیکه AUB نداشتند ۵ برابر بیشتر بود. در مورد علت این پدیده برخی مطالعات چنین نتیجه گیری کردند که آسیب و بازسازی زیاد آندومتر باعث انبساط مونونوکلئال عضلات صاف دیواره رحم و ایجاد فیبروم می شود (۸). البته برخی نیز معتقدند که AUB ممکن است نشانه بالینی مبنی بر وجود فیبروم باشد و نه دلیل ایجاد آن (۲۱). همچنین نتایج مطالعه حاضر مشابه برخی مطالعات نشان داد که رابطه بین تعداد حاملگی و احتمال ابتلا به فیبروم معکوس می باشد. توضیح اثر محافظتی حاملگی این است که جهت لانه گزینی، موادی چون کلاژناز و آنزیم های هضم کننده تولید می شوند که ممکن است یا باعث از بین رفتن سلولهای نئوپلازی میومتر شوند یا مانع از رشد آنها گردند (۱۵ و ۲). مشابه سایر مطالعات نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنان با سابقه نازایی، بیشتر مبتلا به فیبروم بودند. در مورد ارتباط بین

References:

1. Hillard JA. Benign disease of female reproductive tract symptoms and sign. In: Berek JS. Novaks gynecology. 13th ed, Philadelphia, Lippincott William & willkins. 2002. pp:351-420.
2. Walker C. Cesen-cunnings K. Houle C. Baird D. Davis B. Protective effect of pregnancy for development of uterine leiomyoma. *Carcinogenesis*. 2001. 22(1). pp:2049-2052.
3. Paul J. Hoffman BS. Dawn BM. Lliken BS. Molecular characterization of uterine fibroids and its implication for underlying mechanisms of pathogenesis. *Fertility and sterility*. 2004. 3(83). pp:639-42.
4. Schwarts SM, Marshall LM, Baird DD. Epidemiologic contributions to understanding the etiology of uterine leiomyomata. *Environ Health Perspect*. 2000. 108. pp:821-7.
5. Farquar CM. Steiner CA. Hysterectomy rates in The United States 1990-1997. *Obste Gynecol*. 2002. 99 (2). pp:229-34.
6. Chen CR. Buck GM. Courty NG. Prrez KM. Wactawski Wende. Risk factors for uterine fibroids among women undergoing tubal sterilization. *Am J Epidemiol*. 2001. 153(1). pp:20-6.
7. Rahimi G. Survey on indications and methods of hystrectomy in Alavi Hospital. *Res Sci Ardabil Uni Med Sci*. 2005. 5(1). pp:59-64. [Text in Persian]
8. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract & Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008. 22(4). pp:571-588.
9. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet*. 2001. 357(9252). pp: 293-8.
10. Flake GP. Anderen J. Dixon D. Etiology and Pathogenesis of Uterine Leiomyomas: A Review. *Environ Health Perspect*. 2003. 111(8). pp:1037-54.
11. Wise LA. Palmer JR. Harlow BL, et al. Reproductive factors, hormonal contraception, and risk of uterine leiomyomata in African-American women: a prospective Study. *Am J Epidemiol*. 2004. 159(2). pp:113-23.
12. Wise LA. Palmer JR. Spiegelman D, et al. Influence of body size and body fat distribution on risk of uterine leiomyomata in U.S. black women. *Epidemiolog*. 2005. 16(3). pp:340-54.
13. Faersein E. Szklo M. Rosenshein N. Risk factors for uterine Leiomyoma: a practice-based-control study. I. African-American heritage, reproductive history, body size, and smoking. *Am J Epidemiology*. 2001. 153(1). pp:1-10.
14. Baird DD. Dunson DB. Why is parity protective for uterine fibroids? *Epidemiol J*. 2003. 14(2). pp:247-50.
15. Parazzini F. Risk factors for clinically diagnosed uterine fibroids in women around menopause. *Maturitas*. 2006. 55(2). pp:174-919.
16. Broder M. Kanouse D. Mittan B. Bernstein S. The Appropriateness of Recommendations for Hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*. 2000. 95(2)
17. rahimi g, et al. A Survey on Indications and Methods of Hysterectomy in Alavi Hospital, Ardabil 2002-2003. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2005. 5 (1). [Text in Persian]
18. Baloniak B. Slomko Z. Malewsk I. Drewsk K. The incidence of uterine leiomyomas in pregnancy and their influence upon its course. *Gynecol pol*. 2002. 73(4). pp:260-5.
19. Khaund A. Lumsden M. Impact of fibroids on reproductive function. *Best Pract Res Clin obstet Gynaecol*. 2008. 22(4). pp:749-60.
20. Boynton-Jarett R. RICH-Edwards J. Malspeis S. Missmer SA. Wright R. A prospective study of hypertension and risk of uterine leiomyomata. *Am J Epidemiology*. 2005. 161(7). pp:628-38.
21. Pedada SD. Laughlin SK. Miner K, et al. Growth of uterine leiomyomata pre menopausal black and white women. *Proc Natt Acad Sci USA*. 2008. 105 (50). pp:1987-92.

Frequency of Uterine fibroids and related risk factors in women with hysterectomy

BY: Asghar neia M¹, Faraji R*², Mir hagh jou N S³, Karimi M⁴

- 1) Reproductive Health Research Center, Alzahra University Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 2) Department of Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 3) General practitioner, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2012/06/09

Accept: 2012/12/09

Abstract:

Background: Uterine Leiomyoma is the most common benign pelvic tumors. There are different and controversial reports on its frequency and related risk factors.

Objective: This study aims to determine the frequency of uterine fibroids in women who had hysterectomy and surveyed related risk factors in two groups of women with and without fibroids.

Methods: This descriptive retrospective study was conducted on all women who had hysterectomy from November 1385 until March 1386 in Al-Zahra Educational Center in northern city in Iran and also had a pathology report on their medical charts. Demographic data such as age, parity, menstrual condition, history of infertility and hypertension, diabetes, use of OCP were collected from medical charts and data were compared and analyzed in two groups of women with and without fibroids.

Results: Based on pathological report from 267 women who had hysterectomy, 56.9% had uterine fibroids and 43.1% didn't have fibroids. According to multiple logistic tests, there was a positive relation between AUB, menstruation duration disorder, history of infertility and risk of uterine fibroids. But there was an inverse relation between history of OCP use, parity, age and risk of fibroids.

Conclusion: In attention to study results which indicated a positive relation between AUB, menstrual cycle length disorder and fibroids and an inverse relation with use of OCP, for prevention of fibroids, use of OCP, treatment of menstrual disorder and AUB in high risk women can be effective. Knowledge of these factors may be the Key to proper understanding of the real causes of these tumors and prevention measures of Hysterectomy.

Key Words: Leiomyoma / Risk factors / Hysterectomy

*Corresponding Author: Roya Faraji, Rasht, Alzahra University Hospital
Email: royafaraji1371@yahoo.com