

بررسی عوامل مرتبط با بروز میوم رحمی در خانم‌های سنین باروری

نجه امامی^۱، لیدا گروسی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۵/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: علی‌رغم شیوع بالا و اهمیت زیاد میوم رحمی، تاکنون اتیولوژی مشخصی برای آن به اثبات نرسیده است. این مطالعه باهدف بررسی عوامل مرتبط با بروز میوم رحمی در خانم‌های سنین باروری تهران در سال ۹۴-۹۳ انجام شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه مورد شاهدی، ۱۶۰ نفر خانم مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان ولیعصر شهر تهران در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴ به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و چک‌لیست عوامل مرتبط با ابتلا به میوم استفاده شد. درنهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS16 با آمار توصیفی و آزمون‌های Chi-Square و t-Test و رگرسیون لجستیک چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی خانم‌های شرکت‌کننده در این مطالعه 34.69 ± 5.7 سال بود. بر اساس داده‌های این مطالعه سن، و تعداد روزهای قاعدگی، سطح سرمی ویتامین دی، سن منارک، فشارخون سیستولیک، سابقه خانوادگی، سابقه مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی، کورتاژ، سابقه بارداری و ابتلا به هیپرانتسیون ارتباط مستقیم و طول مدت سیکل قاعدگی و سن منارک ارتباط معکوس با ابتلا به میوم رحمی داشتند ($P\text{-value} < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: برخی عوامل مرتبط با بروز میوم مانند سابقه خانوادگی و ویژگی‌های قاعدگی شخص قابل مداخله نیست، بااین‌وجود مداخلاتی مانند کاهش وزن، اجتناب از مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی، مصرف ویتامین دی، کنترل فشارخون می‌تواند باعث کاهش احتمال ابتلا به میوم گردد.

کلیدواژه‌ها: میوم، فیبروم، لیومیوم، عوامل مرتبط، سن باروری

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و سوم، شماره اول، ص ۲۶-۱۹، فروردین ۱۴۰۱

آدرس مکاتبه: زنجان، بلوار دکتر ثبوتی، بیمارستان آیت‌آ... موسوی، زنجان، دپارتمان زنان و زایمان و مامایی. تلفن: ۰۹۱۲۶۸۱۷۸۴۲

Email: lida.garrosi@gmail.com

مقدمه

مطرح شده است که عبارت‌اند از علت ژنتیکی و هورمونی (۶-۷). از عوامل خطر مؤثر در ایجاد و رشد میوم می‌توان چاقی، رژیم غذایی، فاکتورهای تولیدمثلی نظیر نولی پاریتی، پایین بودن سن در اولین بارداری، فاصله بیش از ۵ سال از آخرین بارداری، منارک زودرس، سابقه بستن لوله‌های رحمی، استفاده از IUD، سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۰ روز و طول قاعدگی بیشتر از ۶ روز، دیابت و پرفشاری خون را نام برد؛ البته نتایج در مورد برخی از فاکتورهای خطر و همچنین عوامل محافظت‌کننده در ایجاد و رشد لیومیوم نیز متفاوت می‌باشد (۸-۱۲).

با توجه به تفاوت شیوع فیبروم و عوامل خطر مرتبط با آن در جوامع مختلف و تأثیر اختلافات اقلیمی- فرهنگی و جمعیت

میوم رحمی شایع‌ترین تومور لگنی در زنان است که عواقب اجتماعی- اقتصادی و بار بیماری بسیاری بر سیستم بهداشتی در سراسر جهان به دنبال دارد (۱). در مقالات مختلف شیوع آن در زنان سنین باروری ۲۵ تا ۷۷ درصد گزارش شده است (۲،۳). شایع‌ترین علت هیستریکتومی و یک‌سوم موارد بستری در بخش‌های زنان بیمارستان‌ها به علت میوم می‌باشد (۴) که بار بیماری قابل‌ملاحظه‌ای بر سیستم بهداشتی جامعه تحمیل می‌نماید (۵).

اگرچه علی‌رغم انجام مطالعات فراوان، اتیولوژی میوم همچنان ناشناخته باقی مانده است، اما دو فرضیه اتیولوژیک در مورد آن

^۱ متخصص زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، بیمارستان موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۲ متخصص زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

شناختی این مطالعه به‌منظور بررسی عوامل مرتبط با بروز میوم رحمی در خانم‌های سنین باروری مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان ولیعصر تهران در سال ۹۴-۹۳ انجام شده است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی با حضور ۱۶۰ نفر خانم مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان بیمارستان آموزشی ولیعصر شهر تهران در سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۴ انجام شده است. این مطالعه به‌عنوان پایان‌نامه جهت اخذ مدرک دکترای عمومی به تصویب کمیته پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده است.

معیارهای ورود به مطالعه گروه مورد شامل سن ۱۵ تا ۴۵ سال، داشتن سونوگرافی‌ای که تأییدکننده وجود میوم رحمی باشد، یائسه نبودن (یائسگی به معنای ۱۲ ماه قطع قاعدگی و وجود علائم بالینی گرگرفتگی)، عدم وجود خونریزی غیرطبیعی رحم با علت نامشخص (DUB) بود. معیار ورود گروه شاهد مشابه گروه مورد در نظر گرفته شد با این تفاوت که در گروه مورد خانم‌هایی که سونوگرافی آن‌ها عدم وجود میوم را تأیید می‌نمود مورد بررسی قرار گرفتند. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه و عدم پاسخگویی به تمام سؤالات پرسشنامه در نظر گرفته شد.

در این مطالعه حجم نمونه با استناد به مطالعه شامی (۱۳۸۸) از فرمول حجم نمونه مقایسه بین دو گروه (مقایسه نسبت‌ها) با در نظر گرفتن $P1 = 41\%$ (گروه مبتلا) و $P2 = 21\%$ (گروه شاهد) با توان ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و ۸۰ نفر در هر گروه محاسبه شد. ۸۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شده و در دو گروه مبتلا به میوم (۴۰ نفر) و غیر مبتلا به میوم (۴۰ نفر) تقسیم شدند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن و قد و وزن و شاخص توده بدنی (BMI)) و چک‌لیست شامل عوامل مرتبط مورد بررسی در این مطالعه و نتایج آزمایشات شامل سابقه خانوادگی میوم، سابقه مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی و طول مدت آن، سابقه استفاده از IUD، سابقه کورتاژ، سن منارک، سن اولین زایمان، سن آخرین زایمان، طول مدت سیکل قاعدگی و طول مدت قاعدگی، میزان فشارخون (سیستولیک و دیاستولیک)، ابتلا به هیپرتانسیون، ورزش، گالاکتوره، سطح سرمی پرولاکتین و ویتامین D، شاخص توده بدنی و انجام فعالیت ورزشی بود. به‌منظور قابل‌مقایسه بودن آزمایشات تمامی موارد توسط یک آزمایشگاه واحد تهیه شد.

محقق با مراجعه به درمانگاه زنان بر اساس معیارهای ورود مورد نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه را انتخاب نموده و با توضیح اهداف و روش اجرای مطالعه و اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و رایگان بودن تمام آزمایشات و معاینات مورد نیاز مطالعه با اخذ رضایت‌نامه کتبی شروع به مصاحبه با شرکت‌کنندگان نمود. پس از بررسی و معیارهای ورود به مطالعه در هر فرد خانم‌هایی که با جواب سونوگرافی دارای میوم مراجعه نموده بودند در گروه مورد و بقیه در گروه شاهد دسته‌بندی شدند. جهت گردآوری اطلاعات یک نفر رزیدنت با تک‌تک شرکت‌کنندگان مصاحبه نموده و وزن، قد و فشارخون آن‌ها را اندازه‌گیری و ثبت نمود. نتایج آزمایشات نیز در نهایت بررسی و ثبت گردید.

در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS16 وارد شد و با آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های χ^2 و square و t-Test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری P_value در این مطالعه ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر با ۱۶۰ نفر شرکت‌کننده در دو گروه ۸۰ نفره ی مورد و شاهد، میانگین سنی خانم‌های شرکت‌کننده در این مطالعه (۶۵٫۷) \pm ۳۴٫۶۹ سال و میانگین شاخص توده بدنی آن‌ها 24.08 Kg/cm^2 (۴۰٫۱۹) محاسبه شد.

در گروه مورد میانگین سنی، طول مدت قاعدگی، طول مدت سیکل قاعدگی، سطح سرمی ویتامین دی، فشارخون سیستولیک و شاخص توده بدنی خانم‌ها به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود ($P\text{-value} < 0.05$). سابقه خانوادگی ابتلا به میوم، مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی، سابقه کورتاژ، سابقه بارداری و ابتلا به هیپرتانسیون نیز در گروه مورد به‌طور معناداری بیش از گروه شاهد بود. باین‌وجود سن منارک در گروه مورد کمتر از گروه شاهد محاسبه شد. سابقه استفاده از IUD، گالاکتوره و فعالیت ورزشی همچنین میانگین مدت مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی، سزح سرمی پرولاکتین، فشارخون دیاستولیک سن مادر در زمان اولین و آخرین زایمان ارتباط معناداری با ابتلا به میوم نداشت ($P\text{-value} > 0.05$). (جدول شماره ۱ و ۲) جدول شماره سه نتایج رگرسیون لجستیک چند متغیره عوامل مرتبط با ابتلا به میوم را نشان می‌دهد.

جدول (۱): مقایسه عوامل مرتبط با ابتلا به میوم رحمی در گروه مورد و شاهد

متغیر	فراوانی (درصد)		P-value
	مورد (n=80)	شاهد (n=80)	
خانواده درجه ۱ سابقه خانوادگی میوم رحمی	۲۲ (۲۷.۵٪)	۲ (۲.۵٪)	>۰.۰۰۱
	۱۷ (۲۱.۲٪)	۰ (۰٪)	
	ندارد	۷۸ (۹۷.۵٪)	
سابقه مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی	۴۶ (۵۷.۵٪)	۲۵ (۳۱.۲٪)	۰.۰۰۱
	ندارد	۵۵ (۶۸.۸٪)	
	دارد	۲ (۲.۵٪)	۱
سابقه استفاده از IUD	۷۸ (۹۷.۵٪)	۷۸ (۹۷.۵٪)	
	ندارد	۲ (۲.۵٪)	
	دارد	۹ (۱۱.۲٪)	>۰.۰۰۱
سابقه کورتاژ	۴۷ (۵۸.۸٪)	۷۱ (۸۸.۸٪)	
	ندارد	۲۲ (۲۷.۵٪)	۰.۰۰۱
	دارد	۳۷ (۴۶.۲٪)	
سابقه بارداری	۴۳ (۵۳.۸٪)	۲۲ (۲۷.۵٪)	۰.۰۰۱
	ندارد	۵۸ (۷۲.۵٪)	
	دارد	۰ (۰٪)	۰.۱۲۰
سابقه گالاکتوره	۸۰ (۱۰۰٪)	۷۶ (۹۵٪)	
	ندارد	۴ (۵٪)	
	دارد	۱۸ (۲۲.۵٪)	۰.۳۶۵
فعالیت ورزشی	۶۲ (۷۷.۵٪)	۵۷ (۷۱.۲٪)	
	ندارد	۱ (۱.۲٪)	۰.۰۰۴
	دارد	۷۰ (۸۷.۵٪)	

جدول (۲): مقایسه عوامل مرتبط با ابتلا به میوم رحمی در گروه مورد و شاهد

P-value	میانگین (انحراف معیار)		متغیر
	شاهد (n=80)	مورد (n=80)	
>۰.۰۰۱	۳۵.۶ (۵.۸۱)	۳۶.۷۸ (۷.۳۳)	سن (سال)
۰.۶۷۲	۱۷.۳۶ (۲۲.۹۶)	۲۰.۸۵ (۳۷.۲۷)	مدت مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی (ماه)
۰.۰۰۳	۱۳.۵۲ (۱.۲۹)	۱۲.۷۹ (۱.۷۴)	سن اولین قاعدگی (سال)
>۰.۰۰۱	۶.۷۹ (۰.۸۸)	۹.۸۸ (۳.۹۹)	طول مدت قاعدگی (روز)
>۰.۰۰۱	۲۸.۵۰ (۱.۲۰)	۲۶.۶۵ (۳.۳۸)	طول سیکل قاعدگی (روز)
۰.۲۴۹	۱.۴۱ (۰.۶۶)	۱.۷۰ (۱.۰۵)	تعداد زایمان
۰.۳۷۲	۲۵.۷۶ (۴.۳۰)	۲۴.۵۶ (۵.۳۳)	سن مادر در زمان اولین زایمان (سال)
۰.۵۵۶	۲۷.۱۹ (۴.۸۴)	۲۸.۰۵ (۵.۶۸)	سن مادر در زمان آخرین زایمان (سال)
۰.۶۵۷	۱۱.۲۳ (۵.۴۰)	۱۱.۶۰ (۵.۲۶)	سطح سرمی پرولاکتین (ng/ml)
۰.۰۲۱	۱۵.۶۵ (۹.۹۸)	۱۹.۶۸ (۱۱.۸۸)	سطح سرمی ویتامین دی (ng/ml)
>۰.۰۰۱	۲۴.۷۹ (۳.۱۸)	۲۷.۳۸ (۵.۱۹)	شاخص توده بدنی (Kg/m ²)
۰.۰۲۷	۱۰۸.۷۵ (۸۰.۰۹)	۱۱۲.۵۶ (۱۲.۹۵)	فشارخون سیستولیک (mmHg)
۰.۰۷۴	۶۳.۳۱ (۷.۱۱)	۶۵.۵۰ (۸.۲۱)	فشارخون دیاستولیک (mmHg)

جدول (۳): نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک عوامل مرتبط با ابتلا به میوم رحمی

متغیر	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				for EXP(B)	
				Upper	Lower
سن	۰/۰۷۰-	۰/۲۶۶	۰/۹۳۲	۱/۰۵۵	۰/۸۲۴
سابقه خانوادگی ابتلا به میوم رحمی	۳/۱۳۵	۰/۰۰۰	۲۲/۹۸۲	۹۰/۰۹۳	۵/۸۶۲
سابقه مصرف داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری	۰/۲۹۲-	۰/۷۰۲	۰/۷۴۶	۳/۳۴۶	۰/۱۶۷
سابقه کورتاژ	۱/۶۰۶	۰/۰۶۶	۴/۹۸۱	۲۷/۶۷۱	۰/۸۹۷
سن اولین قاعدگی	۰/۳۱۳	۰/۲۴۰	۱/۳۶۸	۲۳۰/۸	۰/۸۱۱
طول مدت قاعدگی	۰/۹۷۱-	۰/۰۰۰	۰/۳۷۹	۰/۶۲۶	۰/۲۲۹
طول مدت سیکل قاعدگی	۰/۴۰۶	۰/۰۲۷	۱/۵۰۰	۲/۱۵۲	۱/۰۴۶
سابقه بارداری	۰/۴۲۹-	۰/۶۰۵	۰/۶۵۱	۳/۳۱۶	۰/۱۲۸
سطح سرمی ویتامین دی	۰/۱۱۴-	۰/۰۰۲	۰/۸۹۲	۰/۹۶۰	۰/۸۲۹
شاخص توده بدنی	۰/۳۴۵-	۰/۰۰۶	۰/۷۰۸	۰/۹۰۸	۰/۵۵۳
فشارخون سیستولیک	۰/۲۳۸-	۰/۰۰۲	۰/۷۸۸	۰/۹۱۳	۰/۶۸۰
فشارخون دیاستولیک	۰/۱۰۰	۰/۱۳۹	۱/۱۰۶	۱/۲۶۳	۰/۹۶۸

بود (۱۷). یافته مطالعه حاضر نیز در این زمینه موافق با مطالعات پیشین است.

در این مطالعه سن منارک در گروه مبتلا به میوم کمتر از گروه شاهد بود. همسو با نتایج ما در مطالعه Marshall و همکاران گزارش شده است، زنان با سن منارک ۱۰ سالگی در مقایسه با زنان با سن منارک ۱۲ سالگی، با افزایش خطر ۱/۲ برابری برای میوم مواجه هستند و در مقابل بروز سن منارک ۱۶ سالگی با کاهش دو برابری برای خطر میوم رحمی همراه است (۱۸). شروع زودرس دوره قاعدگی ممکن است با افزایش تعداد تقسیم سلولی همراه شود که در این صورت خطر رشد میوم رحمی نیز افزایش میابد که البته این مسئله با وقوع پلی مورفیسیمهای ژنی نیز همراه می‌باشد (۱۹).

در این مطالعه مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی با افزایش احتمال ابتلا به میوم همراه بود. گزارشات منتشر شده در این زمینه کاملاً ضد و نقیض بوده است. مطالعه پارازینی و همکاران همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. در حالیکه بیشتر مطالعات بر کاهش خطر بروز این توده‌ها به دنبال مصرف ضد بارداری‌های خوراکی حکایت داشته‌اند (۲۱ و ۲۰). به نظر می‌رسد علت مغایرت نتایج در نوع داروی مصرفی و دوزها و مدت زمان مصرف متفاوت در مطالعات مختلف می‌باشد.

در مطالعه ما استفاده از IUD ارتباط معناداری با بروز میوم نداشت. برخلاف مطالعه ما در مطالعه Arinkan و همکاران (۲۰۲۱) گزارش شده است خانم‌هایی که از IUD استفاده کرده‌اند در خطر

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین سنی، شاخص توده بدنی، طول مدت قاعدگی، طول مدت سیکل قاعدگی، سطح سرمی ویتامین دی، فشارخون سیستولیک، سابقه خانوادگی ابتلا به میوم، مصرف داروهای پیشگیری از بارداری هورمونی، سابقه کورتاژ، سابقه بارداری و ابتلا به هیپر تانسینون و سن منارک به‌عنوان عوامل مرتبط با ابتلا به میوم شناخته شدند.

در این مطالعه افزایش سن با افزایش ابتلا به میوم همراه بود. بر اساس مطالعات اولتراسونوگرافیک پیشین، شیوع میومهای رحمی دارای محدوده‌ای از ۴ درصد در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی تا ۱۱ الی ۱۸ درصد در سنین ۳۰ تا ۴۰ سالگی و همچنین ۳۳ درصد در سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۳ و ۱۴). در مورد رابطه بین سن و وقوع میوم رحمی، مطالعات گوناگونی راجع به افزایش بروز میوم رحمی با افزایش سن در طول سنین باروری به انجام رسیده است (۱۵ و ۱۰ و ۳).

رابطه مستقیم بین چاقی و افزایش خطر وقوع میوم رحمی در مطالعات گذشته به اثبات رسیده است. در برخی مطالعات (۱۶)، خطر وقوع میوم رحمی تا ۲۱ درصد برای هر ۱۰ کیلوگرم اضافه وزن تخمین زده شده است. در مطالعه‌ای در تایلند، به ازای هر واحد افزایش در نمایه توده بدنی، خطر بروز میوم تا ۶ درصد افزایش یافته

داده شد که سطح سرمی پرولاکتین پس از جراحی میومکتومی نسبت به قبل از جراحی کاهش می‌یابد که در تناقض با مطالعه ما می‌باشد (۲۶). به نظر می‌رسد تفاوت معیارهای ورود و روش اجرای مطالعه از دلایل این مغایرت باشد.

در این مطالعه ارتباط آماری معنادار مستقیمی بین ابتلا به میوم و فشارخون دیاستولیک و ابتلا به هیپرتانسیون مشاهده شد. در راستای نتایج مطالعه ما Faerstein و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند که خطر بروز میوم در بیماران با سابقه هیپرتانسیون ۱/۷ برابر می‌باشد (۲۷). شباهت‌های زیادی بین فیبروم رحم (لیومیوم) و فشارخون بالا وجود دارد، هر دو بیماری شامل تغییرات سلول‌های عضله صاف است. در فیبروم‌ها تغییراتی در میومتر و ماهیچه صاف عروق ایجاد می‌شود و با فشارخون بالا فقط عضله صاف عروق تغییر می‌کند. بنابر این به نظر می‌رسد عامل به وجودآورنده هیپرتانسیون می‌تواند بر ایجاد میوم نیز مؤثر باشد؛ با این حال، تحقیقات تا به امروز قادر به تشخیص این موضوع نبوده است که چه پیوندهای پاتوفیزیولوژیک واقعی بین این دو وجود دارد (۲۸).

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. برخی عوامل مانند گلاکتوره، سابقه و مدت مصرف داروهای هورمونی به صورت خودگزارش دهی از بیماران پرسیده شد که متأسفانه در مواردی بیماران به خوبی به یاد نداشتند. در این مطالعه عوامل مخدوشگر کنترل نشده است و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده همسان سازی گروه مورد و شاهد انجام گیرد. عدم استفاده از روش نمونه گیری تصادفی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه همچنان که در مطالعات پیشین نیز نشان داده شده است عوامل متفاوت بسیاری بر بروز میوم مؤثر می‌باشند و همچنان پاتوفیزیولوژی دقیق آن به اثبات نرسیده است. با توجه به وجود مغایرت در نتایج مطالعات در زمینه وجود یا عدم وجود ارتباط بین عوامل مختلف پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری به صورت آینده نگر و مداخله‌ای طراحی شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه دکترای عمومی دکتر نجمه امامی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. نویسندگان این مقاله از تمام افرادی که در اجرای مطالعه ما یاری نمودند به ویژه شرکت‌کنندگان محترم قدردانی می‌نمایند.

References

- 1- Drayers S.m., Catherino W.H. Prevalence, morbidity, and current medical management of

بیشتری برای ابتلا به میوم قرار دارند (۲۲). به نظر می‌رسد علت مغایرت نتایج در تفاوت طراحی دو مطالعه باشد چرا که Arinkan و همکاران با حجم نمونه ۷۸۸ نفر و اختصاصاً به بررسی ارتباط IUD و میوم پرداخته‌اند.

در این مطالعه خانم‌های دارای میوم نسبت به گروه شاهد به طور معناداری طول مدت قاعدگی طولانی‌تر و طول مدت سیکل قاعدگی کمتری داشتند. اختلالات قاعدگی از قبیل منورژی شایع‌ترین علائم میوم هستند که در تومورهای ساب موكوسال شایع‌تر نیز می‌باشد. تومورهای فیبروئیدی ممکن است با اختلال نظم ترشح هورمونهای رشد موضعی همراه می‌باشد که خود عاملی برای بروز اختلالات عروقی منجر به منورژی محسوب می‌شوند (۲۳). باین وجود برخی مطالعات نیز نتوانسته‌اند رابطه‌ای بین اختلالات عمومی در طول سیکل قاعدگی و یا شدت آن با حضور میوم بیابند (۲۴).

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معناداری بین تعداد زایمان، سن اولین و آخرین زایمان با ابتلا به میوم مشاهده نشد. اصغر نیا و همکاران نیز نتایج مشابهی ارائه نموده‌اند (۲۰). در مطالعه Parazzini و همکاران، زنان مولتی پار در مقایسه با زنان نولی پار، خطر وقوع توده فیبروئیدی یک دوم برابر گزارش شده است (۱۷). به نظر می‌رسد علت مغایرت نتایج تفاوت در جامعه مورد بررسی، نژاد و قومیت‌ها، حجم نمونه و روش زایمان می‌باشد.

در مطالعه حاضر سطح سرمی ویتامین D در خانم‌های مبتلا به میوم به طور معناداری بیش از گروه شاهد بود. که ممکن است به دلیل مصرف بالاتر از مکملهای ویتامین D در گروه مبتلا به میوم به دلیل سن بالاتر آنان بوده باشد که این مسئله نیاز به مطالعه جامع‌تری را در آینده می‌طلبد. در مطالعه Baird و همکاران در سال ۲۰۱۳، در مجموع ۶۲۰ زن سیاهپوست و ۴۱۶ زن سفیدپوست وارد مطالعه شدند که همگی مبتلا به توده فیبروئید بودند. سطح ۲۵ هیدروکسی ویتامین D از طریق RIA اندازه‌گیری شد. تنها ۱۰ درصد زنان سفیدپوست و ۵۰ درصد زنان سیاهپوست دارای کمبود ویتامین D بودند. زنان دارای ویتامین D مطلوب ۳۲ درصد کمتر از زنان دارای کمبود این ویتامین مبتلا به فیبروئید بودند. این رابطه در هر دو گروه زنان سفیدپوست و سیاهپوست مشاهده شده بود (۲۵).

در این مطالعه ارتباط معناداری بین سطح سرمی پرولاکتین و ابتلا به میوم مشاهده نشد. در مطالعه Ahmed و همکاران نشان

- uterin leiomyomas. Int J Gynecol Obstet 2015;131:117-22.

- 2- Sharami S, Zahiri Z, Ghanaie M. Risk Factors of Uterine Leiomyoma in Women of Reproductive Ages. *J Babol Univ Med Sci* 2009;11(4):54-61.
- 3- Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and risk factors of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;46:3-11.
- 4- Tinelli A, Vinciguerra M, Malvasi A, Andjić M, Babović I, Sparić R. Uterine fibroids and diet. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(3):1066.
- 5- Hoffman PJ, Milliken DB, Gregg LC, Davis RR, Gregg JP. Molecular characterization of uterine fibroids and its implication for underlying mechanisms of pathogenesis. *Fertil Steril* 2004;82(3):639-49.
- 6- Hillard JA. Benign disease of female reproductive tract symptoms and sign. In: Berek JS. *Novaks gynecology*. 13th ed, Philadelphia, Lippincott William & illkins. 2002. pp:351-420.
- 7- Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet* 2001;357(9252):293-8.
- 8- Flake GP, Anderen J, Dixon D. Etiology and Pathogenesis of Uterine Leiomyomas: A Review. *Environ Health Perspect* 2003;111(8):1037-54.
- 9- Baird DD, Dunson DB. Why is parity protective for uterine fibroids? *Epidemiol J* 2003;14(2):247-50.
- 10- Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. *Clin Obstet Gynecol* 2016;59(1):2e24.
- 11- 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. *Epidemiol* 2005;16(3):340-54.
- 12- 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):1-10.
- 13- Lurie S, Piper I, Woliovitch I, Glezerman M. Age-related prevalence of sonographically confirmed uterine myomas. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:42-4.
- 14- Lethaby A, Vollenhoven B. Fibroids (uterine myomatosis, leiomyomas). *Am Fam Physician* 2005;71:1753-6.
- 15- Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. 1995. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995;86:764-9.
- 16- Ciavattini A, Delli Carpini G, Moriconi L, et al. The association between ultrasound-estimated visceral fat deposition and uterine fibroids: an observational study. *Gynecol Endocrinol* 2017;23:1e4.
- 17- Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Fedele L, Rabaiotti M, Luchini L. 1992. Oral contraceptive use and risk of uterine fibroids. *Obstet Gynecol* 79:430-3.
- 18- Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, Barbieri RL, et al. 1998a. A prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in relation to the risk of uterine leiomyomata. *Fertil Steril*;70:432-9.
- 19- Lumbiganon P, Ruggao S, Phandhu-fung S, Laopaiboon M, Vudhikamraksa N, Werawatakul Y. Protective effect of depot-medroxyprogesterone acetate on surgically treated uterine leiomyomas: a multicentre case-control study. *Br J Obstet Gynaecol*;996:103:909-14.
- 20- Asghar Neia M, Faraji R, Mir Hagh Jou SN, Karimi M. Frequency of Uterine fibroids and related risk factors in women with hysterectomy. *J Holistic Nurs Midwifery* 2013;23(1):1-6.
- 21- 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):1-10.

- 22- Arinkan SA, Serifoglu H. The possible association of uterine fibroid formation with copper intrauterine device use: a cross-sectional study. *Clin Exper Obstetr Gynecol* 2021;48(4):969-73.
- 23- Stewart EA, Nowak RA. Leiomyoma-related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era. *Hum Reprod Update* 1996;2:295-306.
- 24- Marino JL, Eskenazi B, Warner M, Samuels S, Vercellini P, Gavoni N, et al. Uterine leiomyoma and menstrual cycle characteristics in a population-based cohort study. *Hum Reprod* 2004;19:2350-5.
- 25- Baird DD, Hill MC, Schectman JM, Hollis BW. Vitamin d and the risk of uterine fibroids. *Epidemiolog* 2013;24(3):447-53.
- 26- Ahmed AA, Deif OM, Al-Latif A, Saad S, Mohamed AM. Serum protein and prolactin in evaluation of uterine fibroids. *Egy J Hospital Med* 2019;76(3):3653-8.
- 27- Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. II. Atherogenic risk factors and potential sources of uterine irritation. *Am J Epidemiol* 2001;153(1):11-9.
- 28- Stewart EA, Borah BJ. Uterine fibroids and hypertension: Steps toward understanding the link. *J Clin Endocrinol Metabolism* 2021;106(2):e1039-41.

EVALUATION OF THE FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCIDENCE OF UTERINE MYOMA IN THE WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Najmeh Emami¹, Lida Garrosi^{2*}

Received: 19 April, 2022; Accepted: 31 July, 2022

Abstract

Background & Aims: Despite the high prevalence and importance of uterine myoma, no specific etiology has been proven for it so far. The aim of this study was to investigate the factors associated with the incidence of uterine myoma in the women of reproductive age in Tehran, Iran, along 2014-2015 years.

Materials & Methods: In this case-control study, 160 women referred to the Gynecology Clinic of Valiasr Hospital in Tehran along 2014-2015 years were chosen to the study and randomly divided into case and control groups. A demographic information questionnaire and a checklist of factors related to myoma were used to collect data. Finally, the data were analyzed by descriptive statistics, chi-square, t-test, and multivariate logistic regression tests using SPSS16 software.

Results: The mean age of women participating in this study was 34.69±6.57 years. Based on the data of this study, age and number of menstrual days, serum vitamin D level, menarche age, systolic blood pressure, family history, history of taking hormonal contraceptives, curettage, pregnancy history, and hypertension were directly and the duration of the menstrual cycle and Menarche age were inversely related to uterine myoma (P-value <0.05).

Conclusion: Some factors related to the occurrence of myoma such as family history and menstrual characteristics are not intervenable. However, interventions such as weight loss, avoidance of hormonal contraceptives, vitamin D consumption, and control of blood pressure can reduce the possibility of myoma.

Keywords: Myoma, Fibroma, Leiomyoma, Related Factors, Reproductive Age

Address: Zanjan University of Medical Sciences, Dr. Sobouti Blvd., Zanjan, Iran

Tel: +989126817842

Email: lida.garrosi@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2022; 33(1): 26 ISSN: 2717-008X

Copyright © 2022 Studies in Medical Sciences

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Obstetrics and Gynecology Specialist, Department of Obstetrics and Gynecology, Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² Obstetrics and Gynecology Specialist, Department of Obstetrics and Gynecology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran (Corresponding Author)