

باسمه تعالی

عقیم سازی

عوارض و پیامدها

زمستان

۱۳۹۲

دکتر ناصر سیم‌فروش ، رئیس بخش مجاری ادرار (اورولوژی)

مرکز پزشکی شهید لبافی نژاد



عمل وازکتومی و عوارض ناشی از آن

بسیاری به غلط برای رسیدن به هدف، اینطور به مردم القا کرده و می‌کنند که بستن لوله‌ها قابل برگشت بوده و هیچ عارضه‌ای ندارد. این عوارض به اختصار شرح داده می‌شود:

۱- غیر قابل برگشت بودن عقیمی: اولین و مهم‌ترین عارضه بستن لوله‌های مردان آنست که حداقل در نیمی از موارد، عقیمی حاصله دائمی و غیر قابل برگشت است. پس از وصل کردن لوله‌ها در صورت موفقیت فقط حدود ۷۰ درصد بوده و مهمتر آنکه با وجود باز شدن لوله‌ها (در صورت موفقیت) فقط

در ۴۷ درصد یعنی کمتر از نصف باروری حاصل شده است. یعنی نیمی از مردان برای همیشه دچار عقیمی می شوند. علت این موضوع آنست که حتی اگر لوله ها باز شوند، به علل ایمنی در زمان بسته بودن لوله ها، سلول های باروری بیضه و تولید آنتی کور ضد آنها خاصیت باروری را برای همیشه از دست می دهند.

۲- خونریزی و تجمع لخته در محل عمل (هماتوم) که میزان آن ۲ درصد و حتی تا ۲۹ درصد گزارش شده است.

۳- عفونت محل عمل: بالا بودن میزان عفونت این عمل در گزارش های خارج از کشور باعث تعجب پزشکان بوده و بین ۱۲ تا ۳۸ درصد گزارش شده است

۴- در عده کمی از بیماران درد بیضه و تورم مزمن موضع بستن لوله (گرانلولوم) ایجاد می شود که باعث اختلال فکر بیمار شده و کارائی شغلی او را کاهش می دهد.

۵- ناتوانی جنسی: یکی از عوارضی که بعد از بستن لوله در مردان دیده می شود ناتوانی جنسی است که بیشتر منشأ روحی و به ندرت منشأ هورمونی دارد.

در پژوهش هایی از کشور انگلیس بیان شده که بستن لوله ها در مردان شیوع سرطان پروستات را افزایش می دهد، و دیگری اینکه بعد از بستن لوله ها خطر عوارض قلبی عروقی و تصلب شرائین به دنبال بستن لوله ها را نشان می دهد. در کشورهای غربی نه تنها به افراد، غیر قابل برگشت بودن را می گویند، بلکه از شخص در این مورد و سائر عوارض امضاء می گیرند. در حالی که در کشور ما اینطور عمل نشده است که جای تأسف دارد (رساله نکاحیه، کاهش جمعیت ضربه ای سهمگین بر پیکر مسلمین).

دکتر پیمان صالحی - بورد تخصصی جراحی کلیه و مجاری ادراری

(محقق پژوهشگاه رویان تهران و مرکز ناباروری یزد)



«وازوواسوستومی (Vasovasostomy) یا عمل بازگرداندن وازکتومی یک عمل بسیار ظریف و حساس است و باید توسط جراحی که در این زمینه فعالیت می کند انجام گردد تا موفقیت عمل افزایش یابد. بر خلاف وازکتومی که به سرعت و با بی حسی موضعی انجام می شود عمل بازگرداندن وازکتومی در اتاق عمل و با بییهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی انجام می گردد و بسته به شرایط زمان عمل به طور میانگین حدود دو تا سه ساعت طول می کشد. هر چه از زمان وازکتومی بگذرد شانس موفقیت و میزان حاملگی کاهش می یابد» (www.drsalehi.ir).

دکتر زرین آذر متخصص بیماری های داخلی ، فوق تخصص

بیماری های دستگاه گوارش ، کبد و کیسه صفرا و دارو



«پس از عمل وازکتومی اگر شخص زمانی تصمیم به بچه دار شدن گرفت باید دست به عمل جراحی دیگری بزند که وازکتومی را خنثی نماید. این عمل جراحی دوم هم هزینه بالایی داشته و هم احتمال موفقیت اندکی دارد. یعنی احتمال اینکه وازکتومی غیرقابل برگشت باشد بسیار بالاست. به همین دلیل این عمل تنها در افرادی که مطلقاً و صددرصد مطمئن هستند که خواهان بچه دار شدن نیستند انجام می شود.» (<http://drzarinaazar.blogfa.com>).

دکتر محمدرضا صفری نژاد

جراح بیماریهای کلیه و مجاری ادراری



« اکثر مردانی که اقدام به بستن لوله های منی (واژکتومی) می کنند، از روش انجام، معایب و مزایای آن اطلاع کافی ندارند. تنها روش موثر و کارآمد برای جلوگیری از حاملگی در مردان، بستن لوله های منی است. این عمل در مردان خیلی راحت، سرپائی و کم عارضه است. در صورتیکه بستن لوله ها در خانمها یک عمل جراحی تمام عیار محسوب می شود که نیازمند بیهوشی و بازکردن شکم است و علاوه از آن پر عارضه است.

واژکتومی را باید یک روش جلوگیری از حاملگی دائمی تلقی کرد چون برگرداندن واژکتومی یا باز کردن لوله های منی بر فوق العاده مشکل و معمولاً بی نتیجه است.»

دکتر محمد جباری

جراح و متخصص کلیه و مجاری ادراری و تناسلی



«اگر فردی احتمال دارد در آینده داوطلب داشتن فرزندى باشد توصیه مى‌گردد که از انجام وازکتومی صرف نظر کند. ولی اگر به هر دلیلی فرد وازکتومی شده خواستار داشتن فرزندى دیگر شد مى‌توان با جراحى (وازو وازستومی) اقدام به باز کردن مجرا کرد. هرچه فاصله زمانى بین انجام وازکتومی و جراحى باز کردن لوله کمتر باشد و تکنیک انجام جراحى بهتر باشد، شانس موفقیت عمل بیشتر خواهد شد. بهترین زمان کمتر از ۲ سال فاصله زمانى و در فردى که بیش از ۱۰ سال از وازکتومی گذشته باشد کمترین

درصد موفقیت انتظار می رود. بر خلاف وازکتومی که اقدامی ارزان قیمت ، سریع و از نظر تکنیکی آسان می باشد، باز کردن آن روشی مشکل ، زمان بر، و گران قیمت می باشد. بهترین روش انجام به روش میکروسرجری (استفاده از میکروسکوپ و بزرگنمایی حین جراحی) می باشد و دقت و ظرافت حین جراحی تعیین کننده می باشد. پس از انجام یک عمل وازوواوستومی موفق ، حتی باز ممکن است جهت بارور شدن احتیاج به درمان دارویی و یا اقدامات کمک لقاحی نیز باشد.» (www.drjabbari.com).

دکتر میترا مولائی نژاد

دکترای تخصصی بهداشت باروری

«چون این روش (وازکتومی) به سختی قابل برگشت است انجام مشاوره دقیق در مورد کم بودن احتمال موفقیت ، پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت توانایی باروری ضروری است. »

دکتر اسعد مرادی

ارولوژیست و عضو هیات علمی دانشگاه



«گاهی پیش آمده که فرد پس از انجام موفقیت آمیز وازکتومی، پشیمان شده و خواهان باز کردن مجدد مجرا شده است. این عمل جراحی به صورت میکروسکوپی است و از آنجا که قطر لوله واز (فضای داخلی لوله واز) به یک دوم میلی متر می رسد برای انجام جراحی روی آن احتیاج به ابزار بسیار ظریفی است، به همین جهت شانس موفقیت جراحی کم است، ولی آنچه که در این جراحی بسیار مهم است زمان است و هر چه فرد سریع تر برای جراحی اقدام کند شانس بیشتری خواهد داشت. ولی اگر چند سال از جراحی وازکتومی اش گذشته باشد، شانس موفقیت عمل پایین تر و حتی به صفر می رسد.»

دکتر مجید حقیقت**جراح و متخصص کلیه و مجاری اداری**

پس از عمل وازکتومی به مرور زمان افزایش فشار مجاری اسپرم، به تدریج منجر به تخریب بافت مجاری و لوله های اسپرم ساز (seminifrous Tubul) و در نتیجه ناباروری دائمی می گردد. بهترین روش انجام به روش میکروسرجری (استفاده از میکروسکوپ و بزرگنمایی حین جراحی) می باشد. در این روش لوله وازدفران که قطر بیرونی حدود $1/5-1$ میلیمتر و قطر لومن داخلی آن حدود $0/1$ می باشد بوسیله نخهای جراحی بسیار باریک که به سختی با چشم قابل مشاهده می باشد از طریق دید میکروسکوپی در ۲ تا ۳ لایه، عمل پیوند دو سر لوله وازدفران انجام می گیرد. بهترین کاندید وازکتومی

مردی است که به تعداد مورد علاقه فرزند دارد و به هیچ وجه خواستار فرزندى در آینده نیست «(<http://www.behdasht.gov.ir>).

ربابه طاهری پناه

جراح و متخصص زنان و زایمان ، فوق تخصص ناباروری و IVF



عده زیادی از مردم از اینکه لوله‌های خود را بسته‌اند احساس رضایت می‌کنند. برعکس عده‌ای از زنان پس از آن بسیار ناراحت بوده و حاضرند هر کاری را انجام دهند که مجدداً لوله‌های آنها باز شود. شایعترین علت آن هم مرگ یکی از فرزندان و یا ازدواج مجدد بیماران است که آرزو می‌کنند از شوهر فعلی هم فرزندی داشته باشند. در مواقعی که طول کافی از لوله حتی فقط در یک طرف باقی مانده باشد، امکان جراحی میکروسکوپی جهت اتصال لوله‌ها

به هم وجود خواهد داشت. در حقیقت هرچه طول بیشتری از لوله سالم باشد احتمال حاملگی بیشتر خواهد بود.

بنابراین، بیمارانی که لوله رحمی آنها از راه لاپاراسکوپی و با استفاده از حلقه‌های مخصوص یا کلیپس بسته شده است از شانس عالی برای حاملگی پس از عمل جراحی میکروسکوپی برخوردار می‌باشند زیرا در این روش‌ها احتمال آسیب به لوله بسیار کم است. پس از بررسی و مطالعه شرح عمل جراحی قبلی بیمار، بهتر است قبل از عمل جراحی اصلی یک لاپاراسکوپی به منظور ارزیابی وضعیت لوله‌های رحمی انجام شود. اگر لوله بیمار از وضعیت خوبی برخوردار باشد آنگاه می‌توان عمل جراحی میکروسکوپی را انجام داد و میزان حاملگی در آن صورت بیش از ۷۵ درصد خواهد بود. اگر هر دو لوله بیمار به طور کامل برداشته شده باشد یا اگر لوله‌ها به میزان زیادی تخریب شده باشد آنگاه تنها روشی که شانس حاملگی را بدنبال دارد روش IVF خواهد بود.»

دکتر خلیل علی محمدزاده،**پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه**

دکتر خلیل علی محمدزاده پزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه با بازگشت وازکتومی را رویای کم بازگشت توصیف می کند و می گوید: با توجه به فرمایشات صریح مقام معظم رهبری در تبیین سیاست های جمعیتی یکی از تکالیف مشخص، بر چیدن روش های عقیم سازی دایمی و انتخابی جلوگیری از سیکل عمومی بهداشت و درمان است. آنچه در پی می آید، گفت و گویی که خبرگزاری ایسنا در ۱۵ دی ماه ۱۳۹۲ با وی انجام داده است:

بازگرداندن روش‌های عقیم‌سازی دایمی گاهی ضرورت دارد ولی

آسان نیست

دکتر خلیل علی محمدزاده گفت: باز گرداندن اعمال جراحی وازکتومی و توبکتومی، با توجه به میزان بالای طلاق، ازدواج دیگر و مرگ همسر یا فرزند و برخی عوارض عصبی و روانی گاهی ضرورت دارد ولی باید دید در هر مورد، چه تعداد درخواست وجود دارد؟ درصد بازگشت به چه میزانی است؟ و هزینه ی گزاف این نوع اعمال جراحی پیچیده چگونه باید تامین شود؟ این اقدامات نیاز به مراکز پیشرفته ای دارد، باید دید در کشور ما غیر از مراکز ساری و اصفهان چه امکانات دیگری در این زمینه ها وجود دارد.

سالانه یک و نیم درصد وازکتومی های جهان در بخش عمومی ایران

صورت گرفته، در حالی که ما نیم درصد جمعیت مردان جهان را

داریم.

سابقه انجام وازکتومی در جهان به حدود یک صد سال قبل می رسد.

سالانه دو میلیون خانواده در دنیا وازکتومی را به عنوان روش پیشگیری از

بارداری خود انتخاب می کنند و در ایران طی ۲۵ سال اخیر، فقط در بخش عمومی به طور میانگین سالانه ۳۰ هزار وازکتومی صورت گرفته، یعنی یک و نیم درصد وازکتومی ها فقط در بخش عمومی انجام شده، در حالی که ما نیم درصد جمعیت جهان را داریم. وی افزود: در اوائل قرن بیستم وازکتومی تنها در افراد مبتلا به بیماری های روانی، ارثی، جنایتکاران و عقب مانده ها رواج داشت.

در ایران آمار توبکتومی ها بیش از ۴ برابر وازکتومی هاست.

وی اظهار داشت: سازمان بهداشت جهانی به دلایل عدیده ی منطقی و اقتصادی وازکتومی را بر توبکتومی ترجیح داده است. به عنوان مثال امروزه در ایالت سی چوان چین تعداد وازکتومی انجام شده ۵ برابر بستن لوله های زنان است. در کشور ما در اجرای سیاست های کنترلی، آمار توبکتومی ها بیش از ۴ برابر وازکتومی هاست. وی بیان داشت: این در حالی ست که توبکتومی (بستن لوله های زنان) نسبت به وازکتومی (بستن لوله های مردان) نیازمند

عمل جراحی در بیمارستان، زمان بر، عارضه دار، گران و پیچیده است و امکان بازگشت پایین تری دارد.

حاملگی خارج رحمی مرگ‌آورترین عارضهٔ بستن لوله‌ها در زنان به حساب می‌آید.

بستن لوله‌های زنان اغلب نیاز به بیهوشی عمومی و دسترسی به حفرهٔ شکم دارد. بنابر این، بستن لوله‌های زنان یک عمل جراحی وسیع محسوب می‌شود با کلیهٔ عوارض بیهوشی عمومی. به علاوه، با احتمال یک در هزار حاملگی خارج رحمی مرگ‌آورترین عارضهٔ بستن لوله‌ها در زنان به حساب می‌آید.

وی گفت: طی این سال‌ها ۹/۱ درصد توبکتومی‌های دنیا در بخش عمومی ایران صورت گرفته و این در حالی است که سهم خانم‌های ایران از جمعیت جهان در حدود نیم درصد است.

اینکه آمار لوله بستن‌ها در خانم‌ها چند برابر آقایان است،
ظلمی است که به آنان قبولانده اند.

پیش انداختن خانم‌ها برای عمل توبکتومی با خطرات و عوارضی که دارد، ظلمی است که بر اثر عادت غلط رایج شده در جامعه، به خانم‌ها قبولانده اند و باید در این باره متخصصان امر خانواده‌ها را ارشاد فرمایند. وی گفت: ضرورت دارد مجلس محترم و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدابیری اندیشه کنند، که از این پس مبادرت به این اعمال جراحی را تنها منوط به خانواده‌هایی نمایند که به دلایل پزشکی نمی‌بایستی بچه‌دار شوند و یا همسرشان مبتلا به بیماری‌هایی است که حاملگی برای شان خطرناک می باشد و یا احتمال بروز بالای بیماری‌های ژنتیکی در فرزند بعدی آنها بالاست و اکیدا از انجام جراحی‌های انتخابی در این زمینه خودداری کنند.

احتمال آنکه یک مرد بالای ۳۵ ساله وازکتومی شده بخواهد، مجدداً فرزنددار شود، ۱۲ درصد کمتر از مردان زیر ۳۰ سال است.

وی درصد متوسط بازگشت وازکتومی را در بهترین شرایط ۷۰ درصد ذکر کرد و در عین حال تاکید کرد: احتمال آنکه یک مرد بالای ۳۵ ساله وازکتومی شده بخواهد، مجدداً فرزنددار شود ۱۲ درصد کمتر از مردان زیر ۳۰ سال است.

در کشور ما قریب به اتفاق وازکتومی‌ها در مردان بیش از ۳۵ سال صورت گرفته است.

وی گفت: در کشور ما قریب به اتفاق این اعمال جراحی در شرایط قانونی در مردان بیش از ۳۵ سال صورت گرفته است. بنابر این درصد بازگشت باروری در حد بالا ممکن نیست و البته سایر عوامل و از جمله مدت زمان سپری شده پس از عمل نیز در این مسئله دخیل است.

دکتر مرضیه مهرافزا

فوق تخصص نازایی

در مورد توبوکتومی باید گفت اگر در محل نامناسب و طوری که به عروق تخمدان آسیب برسد لوله ها بسته شود عوارضی چون کیست تخمدان، نارسائی تخمدان دردهای لگنی و یائسگی زود هنگام رخ خواهد داد.

دکتر راضیه علیزاده، جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

دکتر محمدرضا نوروزی، اورولوژیست :

بستن لوله های رحمی یا «توبوکتومی» دارای عوارض و معایبی مانند : نیاز به عمل جراحی، پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت باروری و احتمال تغییر میزان قاعدگی، افزایش احتمال حاملگی خارج رحمی (در صورت وقوع بارداری)، احتمال ایجاد کیست تخمدان، بستن لوله های رحمی مانند سایر اعمال جراحی می تواند خطرهای بیهوشی را (به میزان بسیار کم) به همراه داشته باشد.