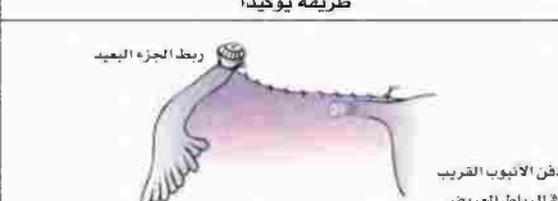
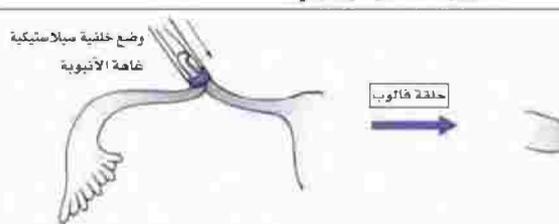
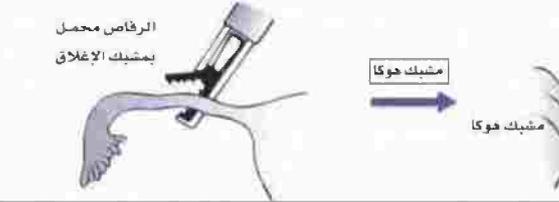


تعقيم الأنثى	
تقنيات الشق الباطني المصغر	
ربط أنابيب بمروي	
<p>منظر اتصال الأنبوب بعد عدة أسابيع</p> <p>يقطع الجزء الأوسط ويرسل للباثولوجي</p> <p>رفع جزء من قناة فالوب ويربط</p> 	
<p>طريقة إرفنج</p> <p>دفن النهاية البعيدة للأنبوب في الرباط العريض</p> 	<p>طريقة بوكيدا</p> <p>ربط الجزء البعيد</p> <p>دفن الأنبوب القريب في الرباط العريض</p> 
تقنيات التنظير الباطني	
أجهزة الإغلاق الميكانيكي	
<p>وضع خنثية سلاستيكية غاظة الأنبوبية</p> <p>حلقة فالوب</p> 	<p>النتيجة بعد وضعها</p> 
<p>الرفاص محمل بمشبك الإغلاق</p> <p>مشبك هوكا</p> 	<p>المنظر بعد الوضع</p> <p>مشبك هوكا</p> 
كي ثنائي القطب	
<p>تجفيف 3 سم من بروز الأنبوب</p>  <p>يجب انتداه رفاص المقطع عبر القطر للأنبوب لتحقيق تجفيف تام</p>	
معدلات الفشل مدى 10 سنوات	
شق بطني مصغر	تنظير باطني
<p>بومبيروي 7 per 1000</p> <p>إرفنج nil</p> <p>بوكيدا nil</p>	<p>كي ثنائي القطب 20 per 1000</p> <p>حلقة فالوب 15 per 1000</p> <p>مشبك هوكا 30 per 1000</p> <p>مشبك فلشي 30 per 1000</p>

الشكل رقم (١٣)

• **التعريف:** عبارة عن عملية جراحية تهدف إلى الانسداد الدائم أو إزالة جزء من الأجهزة التناسلية للأثني أو الذكر منعاً لحدوث الإخصاب.

• **التواتر:** أكثر الطرق شيوعاً للتخطيط الأسري على نطاق العالم وأكثر من ٢٢٠ مليون من الأزواج يستخدمون الإعقام الجراحي لمنع الحمل و ٩٠٪ من النساء يعشن في الدول النامية ونسبة الإناث إلى تعقيم الذكور هي ١:٣.

• **المخاطر:** يجب أن يدرك جميع المرضى الذين يخضعون للإعقام الجراحي طبيعة وفعالية وسلامة ومضاعفات العملية بالإضافة إلى الطرق البديلة لمنع الحمل. والعديد من الأزواج يكون لديهم انطباع خاطئ من أن عمليات الإعقام يمكن استرجاعها بسهولة والجراح مسئول عن الإيضاح بأن الغرض من تلك العمليات هي أن تكون عمليات دائمة.

• **الندم:** أقوى مؤثر للندم في المستقبل هو صغر العمر في وقت الإعقام. وعدم استقرار الحياة الزوجية وهو عامل آخر مهم وتشرط إرشادات الكلية الملكية لأطباء التوليد وأمراض النساء بأن تكون هناك فترة زمنية فاصلة محددة بين الحصول على الموافقة والإعقام الجراحي.

إعقام الإناث (الشكل رقم ١٣)

يمكن إجراء عملية إعقام الإناث عند الولادة القيصرية وبعد الولادة فوراً وبعد الإجهاض أو كعملية لفترة زمنية فاصلة غير مرتبطة بالحمل وتخضع النساء اللاتي تجرى لهن عملية الإعقام لعملية استئصال الرحم بأكثر من ٤-٥ مرات من غيرهن (آلية بيولوجية غير معروفة).

١ البطن المصغر Minilaparotomy

يتوقف موقع الشق على حجم الرحم.

• يتم إجراء العملية الفاصلة عن طريق شق فوق العانة على مسافة ٢-٣ سنتيمتر من منتصف الخط ويتم الدخول إلى البطن وتحديد الرحم واستخدام الأصبع لدفع قناة فالوب. وبعد تحديد القناة عن طريق نهايتها الهدبية فإنه يتم إمساك الجزء النصفى من قناة فالوب بملقاط بابوك Babcouk ثم يتم بعد ذلك ربط القناة.

• يتم إجراء عملية الإعقام بعد الولادة (PPS) إما عند إجراء العملية القيصرية أو بعد الولادة العملية وعادةً ما يتم إجراء العملية الأخيرة عندما يكون قاع الرحم مرتفعاً في البطن (خلال ٤٨ ساعة من الولادة) باستخدام شق تحت السرة لمسافة ٢-٣ سنتيمترات وينبغي التأكد من الحالة الصحية لأم الوليد قبل إجراء عملية الإعقام بعد الولادة (PPS).

٢- ربط البوق عن طريق تنظير البطن (LTL) Laparoscopic Tubal Ligation

أكثر الطرق شعبية لإعقام الإناث في العالم الصناعي (الفصل ١٦).

- وأكثر الأدوات الميكانيكية المستخدمة شيوعاً مثل المشبك المحمل بالزنبرك (مشبك Filshie ومشبك Hulka) أو كحلقة Silastic - (حلقة Falope). وبعض الأجهزة تكون ضرورية وتحتاج للمهارة لاستخدامها بطريقة صحيحة. المشابك والحلقات تعتبر أقل تدميراً لأنسجة قناة الرحم - شق من التخثير الكهربائي إلا أن الالتصاقات البوقية أو قناة فالوب السميكة والموسطة تزيد من خطورة سوء استخدام المشبك.
- الكي ثنائي القطبية أسلوب أقل شيوعاً وهو أكثر أماناً من الكي أحادي القطبية الذي يمكن أن يسبب إصابة حرارية للمعي.

- **الزوايا:** يمكن معاينة أعضاء البطن والحوض وندبات شق صغيرة والشفاء السريع بعد العملية.
- **المضاعفات:** نسبة الوفيات ١-٢ / ١٠٠٠٠٠٠ عملية جراحية أقل منها في الولادة ١٠ / ١٠٠٠٠٠٠ ولادة والمضاعفات الناتجة عن التخدير (البنج) هي السبب الرئيس للوفاة والمضاعفات الأخرى المحتملة تشمل النزف والالتهاب والربط الخاطئ للرباط الدائري وإصابات التراكيب المجاورة وعند أخذ خاطر الحمل الناشئ عن فشل منع الحمل في الحسبان فإن الإعقام هو الطريقة الأكثر أماناً لمنع الحمل.
- **الانعكاس:** ١ من ٥٠٠ امرأة تم إعقامها سوف تخضع لعملية جراحية صغيرة لإعادة مفاغرة البوق وهذه العملية تحقق نتائج ممتازة في حالة تدمير جزء صغير من البوق كما أن معدلات الحمل بعد إعادة مفاغرة البوق تكون منخفضة مع التخثير الكهربائي ومرتفعة (٧٠-٨٠٪) مع المشابك والحلقات والطرق الجراحية ومن المرجح أن تصبح حالات الحمل تلك حملاً متبداً (بوقياً) خارج الرحم.

٣- الطرق المتبعة عبر عنق الرحم Transcervical Approaches

- تشمل الوصول إلى قنوات فالوب عبر عنق الرحم ويتم وضع أداة أو مادة سادة على وضع تنظير الرحم لسد كل قناة على حدة وحالياً يعتبر هذا الأسلوب أسلوباً تجريبياً.
- **معدلات الفشل (الشكل رقم ١٣)**

- تتوقف على عملية محددة ومهارة الجراح وخصائص المريضة (العمر والتصاقات الحوض واستسقاء النفير).

- الحمل الناتج غالباً ما يكون متبداً (خارج) الرحم.

إعقام الذكور Vasectomy (إزالة الأسهرين)

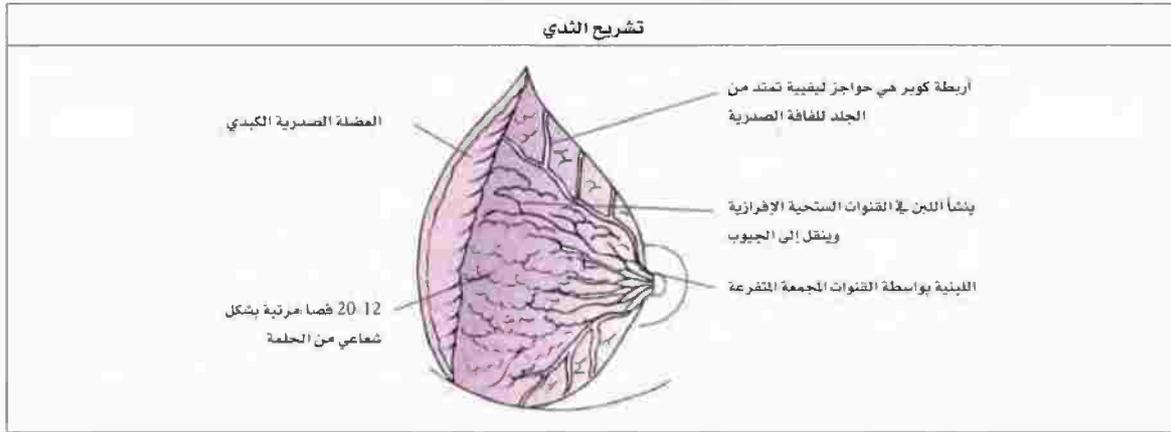
عند مقارنتها بالإعقام البوقي للإناث فإن عملية إزالة الأسهرين تكون أكثر أماناً وأقل تكلفة وعلى درجة متساوية من الفعالية.

الطريقة

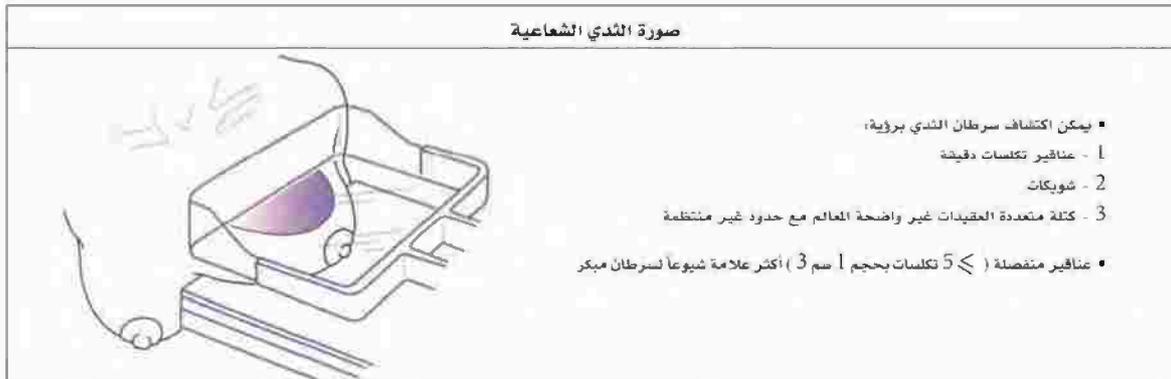
- الاستئصال الجراحي الدائم لأسهر (القناة الناقلة للحيوانات المنوية في أثناء القذف)
- يمكن إجراؤه لمريض خارجي خلال ١٥ دقيقة تحت البنج الموضعي.
- بخلاف الانسداد البوقي عند النساء فإن عمليات استئصال الأسهر لا تعتبر فعالة بصفة فورية. وعادة ما يحدث نضج النطاف (الحبيبات المنوية) في الأسهر حوالي ٧٠ يوماً قبل القذف ولهذا السبب فإن مدة ثلاثة أشهر أو ٢٠ مرة من قذف الحيوانات المنوية تكون مطلوبة لاستنفاد الأسهر تماماً من أي حيوانات منوية قابلة للحياة ويجب عمل تحليل للحيوانات المنوية بعد استئصال الأسهر لتحديد فعالية العملية قبل الاتصال الجنسي غير المحمي.
- المضاعفات: الوفاة تكون معدومة في الأساس - الأورام الدموية الجرحية والالتهابات والورم الجبيبي المنوي تكون نادرة الحدوث أقل من ٣٪ ولم يتم على الإطلاق إثبات وجود أعراض جانبية طويلة المدى (تزايد خطر سرطان البروستاتا وانخفاض الشبق الجنسي).
- الانعكاس: أقل من ٥٪ من الرجال يطلبون تحويل استئصال الأسهر وإن إعادة مفاغرة الأسهر تكون صعبة وعملية دقيقة ويبلغ معدل نجاحها ٥٠٪ فقط.
- معدل الفشل أكبر من ١٪.

مرض الثدي

Breast Disease



عوامل الخطورة لسرطان الثدي	رشف بالإبرة الدقيقة
<p>العمر (يزداد الخطر في كل عقد)</p> <p>سرطان سابق في الثدي المقابل</p> <p>تاريخ عائلي لتقريبين</p> <p>تحمل طفرة BRCA1 أو BRA2</p> <p>خزعة سابقة بهستولوجيا قبل السرطان</p> <p>التعرض للأشعة</p> <p>عدم الولادة</p> <p>الإقامة في أمريكا الشمالية أو أوروبا الشمالية</p> <p>السن عند أول ولادة 35 أو أكبر</p> <p>بدء الإكاصنة الباكر</p> <p>تأخر اليأس</p> <p>البيانة</p> <p>الإقامة بالحضد</p> <p>ارتشاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي</p> <p>سرطان أولي آخر في المبيض أو بطانة الرحم</p>	<p>تدار الإبرة وتحرك للأمام والخلف ويرفق للداخل والخارج لرشف عينة ممثلة</p>



الشكل رقم (١٤)

التشريح والنمو (الشكل رقم ١٤)

- الثديان هما عبارة عن غدد دهنية معدلة كبيرة موجودة ضمن اللفافة السطحية لجدار الصدر الأمامي.
- متوسط الوزن ٢٠٠-٣٠٠ جرام في أثناء سنوات الحيض.
- تتألف من ٢٠٪ غدد و ٨٠٪ دهون وأنسجة ضامة.
- أنسجة الثدي تكون حساسة للتغيرات الخلقية في مستويات الهرمون وغالباً ما تتعرض النساء لتألم عند لمس الثدي وامتلاء الثدي في أثناء الطور الليوتيني للدورة الشهرية وتنشأ الأعراض السابقة للحيض عن طريق زيادة تدفق الدم واحتقان الأوعية واحتباس الماء.
- وقريب من بدء البلوغ فإن التغير الأول في الثدي هو تكوين براعم الثدي (الفصل ١٩) كما أن حالة الثدي تتضخم لاحقاً ثم تبدأ حلمة في النمو في اتجاه الخارج.
- يكون هرمون الإستروجين مسئولاً عن المراحل الأولى من نمو الثدي إلا أن النمو الإضافي يحتاج إلى مستويات البالغين من هرمون البروجسترون.

الفحص الجسدي

- يعتبر فحص الثدي مهماً بصفة خاصة عندما تكون هناك أعراض وينبغي تدريس الممرضات على أسلوب الفحص الدوري الذاتي مدى الحياة.
- العناية هي الخطوة الأولى وعادةً ما تتم برفع الذراعية فوق الرأس ثم مع الشد على العضلات الصدرية (بوضع المريضة ليديها فوق وركيها والضغط في اتجاه الداخل) وأخيراً تسترخي المريضة وتميل نحو الأمام وهذه الحركات تعمل على إحداث تغيرات في الجلد مثل الانكماش والأوديسا أو الاحمرار وتغيرات حلمة الثدي مثل الانكماش والأكزيما أو تآكل.
- يتم جس الثدي بحيث تكون المريضة في وضع الجلوس ووضع الاستلقاء ويتم فحص الثدي في دوائر متحدة المركز بدء من أنسجة الثدي الأكثر بعداً. وينبغي على الطبيب محاولة استخراج إفراز من حلمة الثدي وفحص الإبط بعناية للتأكد من أن هناك اعتلالاً غذياً.

ورم الثدي الحميد

التغيرات الليفية الكيسية Fibrocystic changes

- //تعريف: المبالغة في الاستجابة الوظيفية الطبيعية لأنسجة الثدي نحو المستويات الدورية لهرمونات

المبيض.

- التواتر: أكثر حالات جميع أورام الثدي الحميدة شيوعاً.
- الأعراض والامارات: ألم دوري بالثديين مع تزايد احتقان وكثافة الثديين مع تعقد زائد وتغير سريع وتموج في حجم المناطق الكيسية وتزايد التآلم عند اللمس وإفراز تلقائي من وقت لآخر من حلمة الثدي.
- الفحص الجسماني: تآلم ملحوظ عند لمس العقد المحددة جيداً أو متحركة قليلاً أو مناطق سميقة.
- التشخيص: مجموعة واسعة من نتائج الفحص النسيجي المرضي (أكياس وداء غدي، وتليف، واتساع المسال).

• العلاج: ارتداء صديريات مناسبة وملابس واسعة وخفيفة والتقليل من تناول الشوكولاتة والشاي ووقف التدخين. حبوب منع الحمل الفموية أو هرمونات البروجستين تساعد ٩٠٪ من المريضات ويعتبر عقار دانازول Danazol فعال للأعراض الحادة.

الأورام الغدية الليفية Fibroadenomas

- التعريف: كتل ثابتة مطاطية متحركة بحرية صلبة ومعزولة عادةً.
- التواتر: ثاني أكثر أنواع مرض الثدي الحميد شيوعاً.
- الأعراض والعلامات: عادةً المرأة الصغيرة في العشرينات من العمر تكتشف كتلة خالية من الألم بالصدفة في أثناء الاستحمام وعادة ما يكون نمو الكتلة بطيء بدرجة مفرطة. ولكن من الممكن أن يكون سريعاً جداً من وقت لآخر.
- الفحص الجسماني: متوسط الحجم ٢.٥ سنتيمتر والأفات المتعددة توجد في ١٥-٢٠٪ من النساء.
- التشخيص: نادراً ما تكون هناك دواعٍ لتصوير الثدي إشعاعياً للنساء أقل من ٣٠ سنة وقد تكون الأشعة فوق الصوتية مساعدة لتمييز الكتلة الصلبة عن الكتلة الكيسية.
- العلاج: في حالة تعذر تحديد سبب المرض عن طريق الشقظ بإبرة دقيقة (FNA) فإنه يتم النظر في إزالة الورم جراحياً ويجب إزالة أي كتلة تزداد بسرعة في الحجم وكذا أي كتلة صلبة لدى النساء الأكثر حتى ٣٠ سنة.
- الحالات الحميدة الأخرى
- ألم الثدي Mastodynia عبارة عن أعراض عامة تؤثر في النساء. ويمكن أن يؤدي تقليل الدهون الغذائية إلى تحسن بدرجة كبيرة.
- ثرة الحليب (إفراز الحليب) Galactorrhoea عادة ما ينتج عن الأعراض الجانبية للأدوية (الهرمونات وفينوثيازين) قد تدل على وجود ورم مفرز لهرمون البرولاكتين.

- ورم حلبي داخل المسال *Intraductal papilloma* عادة ما يكون منعزلاً وغالباً ما يسبب إفرازاً مصلياً أو دمويًا.
- اتساع النسال *Duct ectasia* ينشأ عن التوسع تحت هالة الثدي والتهاب ثديي حول النسال.
- نخر دهني *Fat necrosis* عادة ما ينشأ عن إصابة رضية وهو الآفة الحميدة الوحيدة التي تسبب تنقر (ترصع) الجلد.

سرطان الثدي

- أكثر من مليون حالة جديدة تحدث كل عام على نطاق العالم مما يجعله يكون أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً وسط النساء وكل امرأة من ثمان نساء سيتم تشخيصها على أساس الإصابة بسرطان الثدي ببلوغها ٨٠ سنة من العمر.
- عوامل الخطر (الشكل رقم ١٤).
- الحالات الوراثية (٥-١٠٪) عادة تكون BRCA 1 أو الناقلات لها بسبب BRCA2 والطفرات. خطر الإصابة بالسرطان بحوالي ٥٥-٨٥٪.
- يتم حالياً تقييم الوقاية باستخدام عقار تاموكسيفين أو عقار رالوكسافين للنساء اللاتي يرتفع لديهن معدل الخطر. ويتم الاحتفاظ بطريقة استئصال الثدي الوقائي لـ BRCA 1 أو BRCA2 لناقلات الطفرة الوراثية.
- التصوير الشعاعي للثدي (الصفحة المقابلة) هو أفضل أسلوب للكشف المبكر عن أورام الثدي غير أن معدل الخطأ - السالب هو ١٠٪.
- توصيات الكشف المسحي.
- المملكة المتحدة: تصوير الثدي شعاعياً مرة كل ثلاث سنوات تبدأ عند العمر ٥٠ سنة.
- الولايات المتحدة الأمريكية - تصوير الثدي شعاعياً مرة كل ١-٢ سنتين للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ٤٠-٤٩ سنة و سنوياً عند العمر ٥٠ سنة.
- بحث التغيرات المرضية في الأنسجة: أكثر الأنواع شيوعاً (٧٠-٨٠٪) هو سرطان المسال الارتشاحي يليه سرطان الفصيصي للثدي (٥-٨٪) ولقد زاد حدوث سرطانة لابتدة في المسال (DCIS) على نحو مشير مع قدوم الكشف المسحي وتصوير الثدي شعاعياً على نطاق واسع.
- يتوقف حدوث المراحل السرطانية على نظام TNM لتحديد الحد التشريحي لمرض السرطان الخبيث: الورم الأولي (T) اشتغال العقد اللمفاوية (N) النقائل (M).

- العمليات الجراحية:

١- الشفط بالإبرة الرقيقة (FNA) (الشكل رقم ١٤) والعينة الرئيسة: تستخدم العمليات المكتبية عموماً لتشخيص كتل الثدي القابلة للرجس.

٢- الاستئصال للحصول على عينة: عملية تجرى بالعيادات الخارجية مع فحص نسيجي كامل.

٣- استئصال عينة بالإبرة الموضعية أو تصوير الثدي شعاعياً - يتم إجراؤه للآفات غير القابلة للرجس.

٤- استئصال الكتلة: عملية جراحية للمحافظة على الثدي مع نتائج تجميلية فائقة.

٥- الاستئصال الجذري المعدل الثدي: إزالة كاملة لأنسجة الثدي واللفافة المستبطنة للعضلة الصدرية

الرئيسة وإزالة العقد اللمفية الثانوية.

٦- تجديد العناصر المتفككة: لغرس أو شريحة العضلات والجلد.

- يمكن أن يفيد الإشعاع بعد العملية المريضة ذوات المعدل المرتفع من الخطر عن طريق منع الانتكاس

المحلي.

- العلاج الكيماوي المساعد يشمل doxorubicin ،cyclophosphamide

وغالباً ما يستخدم Tamoxifen لمنع حدوث وحدوث انتكاس لدى النساء اللائي انقطع عنهن الحيض مع

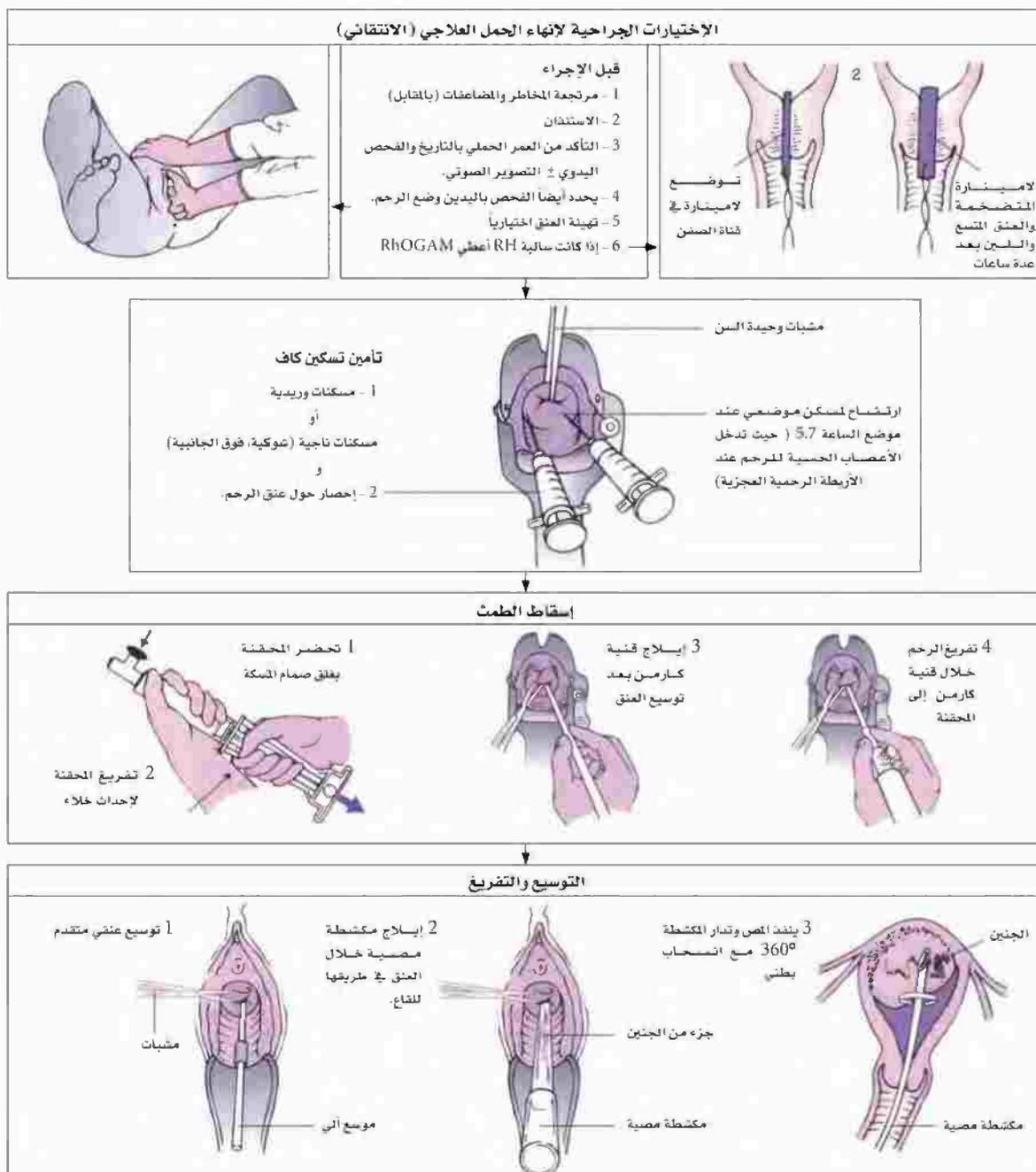
أورام إيجابية لمستقبلات الإستروجين.

- يتوقف علاج سرطان الثدي على نوع الفحص النسيجي الخلوي والملاحح الإكلينيكية الأخرى وعادةً ما

يتبع أخصائيو الطب السريري الجراحة والأشعة والعلاج الكيماوي.

الإجهاض وإنهاء الحمل

Miscarriage and Termination of Pregnancy



الشكل رقم (١٥)

- **التعريف:** دفع أو إزالة الجنين أو الحميل من الرحم قبل أن يكون قادراً على الحياة بصفة مستقلة.
- ٥٠ - ٧٠٪ من جميع حالات الحمل يحدث لها إجهاض تلقائي ومعظمها لا يتم إدراكه نظراً لأنها تحدث قبل أو في وقت الدورة الشهرية التالية المتوقعة.

الإجهاض التلقائي

- **التعريف:** فقدان حمل معروف إكلينياً قبل ٢٠ أسبوعاً من الحمل.
- **الحدوث:** ١٥ - ٢٠٪ من حالات الحمل التي يتم تشخيصها إكلينيكياً.
- **عوامل الخطر:** تقدم عمر الأم وزيادة الحمل والإجهاض السابق والتدخين.

التشخيص

- **السيرة المرضية:** النزف المهبل هو أكثر الشكاوى شيوعاً كما أن ألم البطن يكون أيضاً بصفة متكررة.
- **الفحص الجسدي:** يجب أخذ العلامات الحيوية لاستبعاد عدم استقرار الحركة الدموية ويعتبر فحص الحوض مفيداً لتقدير عمر الحمل. ويجب إجراء الفحص بالمنظار المجوف لاستبعاد سبب موضعي للنزف المهبل ولاستبعاد طرح نواتج الحمل.
- **الفحوصات المخبرية:** مَوْجَّهَةُ الغُدِّدِ التَّنَاسُلِيَّةِ المَشِيائِيَّةِ البَشَرِيَّةِ الكَمِيَّة (hCG)، الإحصاء الكامل للدم وفصيلة الدم.

سبب المرض

- **الإجهاض في أثناء الثلاثة الأشهر الأولى (> ١٢ أسبوعاً من الحمل)**
- معظم النساء يعانين من شدوذ كروموسومي (متلازمة Turner) هي النوع الوحيد الأكثر شيوعاً وتشمل الأسباب الأخرى الشائعة آفة البويضة (كيس الحمل بدون الجنين وكيس المح) واضطراب في الغدد الصماء (داء السكري) والعديد من الحالات تكون غامضة السبب أو المنشأ.
- **الإجهاض في أثناء الثلاثة الأشهر الثانية ١٢ - ٢٠ أسبوعاً من الحمل.**
- حالات شدوذ تركيبية للرحم (شدوذ مولر، أورام ليفية - الفصل ١٠، عنق الرحم (عدم كفاءة عنق الرحم، الفصل ٥٥) هي أكثر الأسباب شيوعاً.

التصنيف والعلاج

الإجهاض المنذر

- **التعريف:** نزيف رحمي قبل ٢٠ أسبوعاً مع إغلاق فوهة عنق الرحم وحمل مؤكد قابل للحياة داخل الرحم.

- العلاج: متوقع ما لم يكن الحمل غير مرغوب أو غير قابل للحياة. راحة للحوض (لا يتم وضع شيء في المهبل) عادةً ما يوصى به وينبغي أن تتلقى جميع مريضات Rh- سالب علاجاً وقائياً معتاداً للقلويين المناعي (D).
- (الفصل ٥٠) لمنع التحسس.

الإجهاض الناقص (أو الحتمي)

- التعريف: الطرد الجزئي أو الوشيك لنواتج الحمل عن طريق عنق الرحم متوسع.
- العلاج: تفريغ الرحم أو علاج تحفظي

الإجهاض الكامل

- التعريف: طرد كامل لجميع نواتج الحمل قبل ٢٠ أسبوعاً من الحمل.
- العلاج: تفريغ الرحم غير ضروري ما لم يكن التشخيص غير واضح أو أن هناك نزفاً زائداً.
- الإجهاض الفائق
- التعريف: موت الجنين داخل الرحم قبل ٢٠ أسبوعاً من الحمل مع احتباس كامل النواتج الحمل.
- العلاج: مراقبة متوقعة أو تفريغ الرحم.

إنهاء الحمل

يتم إجراء أكثر من ١.٥ مليون عملية لإنهاء الحمل سنوياً بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٠٠٠٠ عملية إنهاء الحمل بالمملكة المتحدة). ويتم إنهاء ٣٠٪ من حالات الحمل غير منتهية بالإجهاض التلقائي أو موت الجنين عن طريق المعالجة الاختيارية.

الخيارات الجراحية (الشكل رقم ١٥)

٩٥٪ من عمليات الإجهاض العلاجي يتم إجراؤها في عيادات خارجية باستخدام أساليب الشفط الهوائي.

١- يمكن إجراء عملية استخراج الحيض (يتم إجراؤها بالولايات المتحدة الأمريكية فقط) لمدة ٦ - ٧ حتى الحمل بدون تخدير موضعي.

ويتم تثبيت قصبه يزل ناعمة بلاستيكية مرنة (Karman) بحقنة ذاتية الغلف ويتم التفريغ بحركات داخلية وخارجية متكرر وتدوير قصبه الميزل.

٢- التوسع والتفريغ (D&E)- يمكن إجراء هذه العملية بأمان من الأسبوع ١٦ من الحمل وربما يكون جهاز توسيع عنق الرحم والجفت التخصص (Sopher) ضرورية لتفريغ حالات حمل متقدمة.

- يعتبر تحديد نواتج الحمل التزامياً لتأكيد تفريغ كامل الحمل.

الإنهاء الطبي للحمل

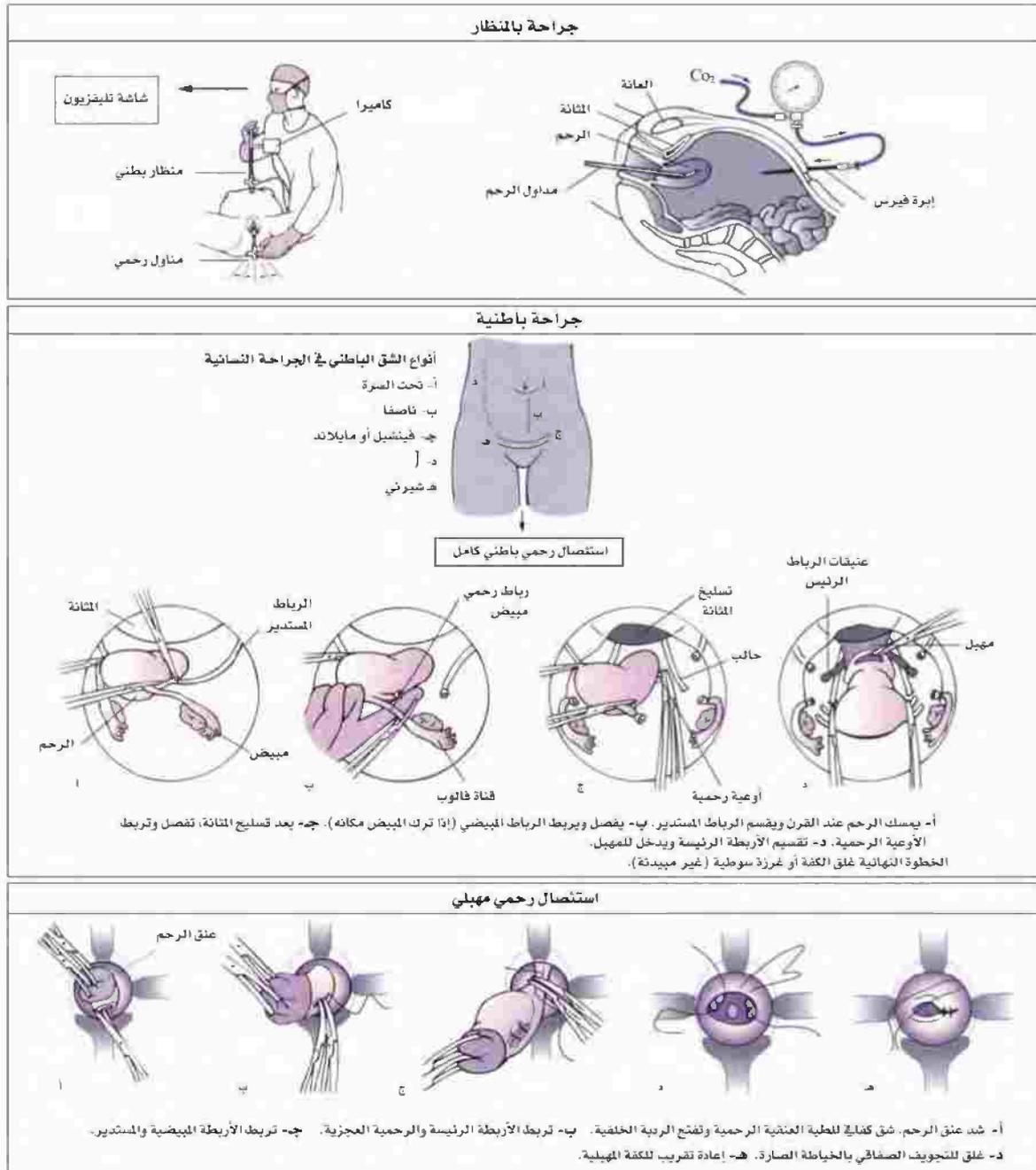
- ١- يعتبر RU486 (mifepriston) مضاداً لمستقبلات البروجسترون ويتدخل عند مستوى الرحم ويؤدي إلى فصل الجنين وتعتبر الجرعة الفموية الوحيدة من RU486 تليها جرعة بعد ٣٦-٤٨ ساعة عن طريق الفم عبارة عن طريقة بسيطة فعالة آمنة ورخيصة لإنهاء الحمل بطريقة اختيارية حتى > ٧ أسابيع من الحمل.
- ٢- يعتبر تشريب السائل الأمنيوسي للمحلول الملحي أو البروستاجلاندين من أكثر الأساليب أماناً بين الأسبوع ١٦ والأسبوع ٢٤ من الحمل والمريضات اللائي يخضعن للعلاج المسبق لعنق الرحم لمدة ٤-١٢ ساعة بعد تناول جرعة Misoprosol عن طريق الفم وتشريب السائل الأمنيوسي وبمجرد أن تبدأ التفاضات فإنه يحدث تمزق للأغشية الجنينية ويتم إعطاء المريضة هرمون أوكسيتوسين عن طريق الوريد إلى أن تكتمل الولادة.
- ٣- يمكن استخدام تحاميل Prostaglandin المهبلية لبدء الإجهاض حتى الأسبوع ٢٨ من الحمل وقد يكون هناك غثيان حاد وتقيؤ وإسهال.

المضاعفات

- تتوقف مدة المضاعفات على خبرة الجراح وعمر الحمل (تزيد إذا > ستة أسابيع أو < ١٦ أسبوعاً) وأقل من ١٪ من النساء يتعرضن لمضاعفات خطيرة.
- المضاعفات الفورية: نزف وإصابة عنق الرحم ومضاعفات التخدير (التبنيج) علماً بأن استخدام الموسعات التناضجية تقلل خطر ثقب الرحم بدرجة كبيرة.
- المضاعفات المتأخرة: احتجاز نواتج الحمل والحمل المستمر (خصوصاً إذا كان > ستة أسابيع أو الالتهاب (التهاب بطانة الرحم) وتحسس (Rh)).
- معدل الوفيات: ١٠/١٠٠٠٠٠ من الإجراءات التسريبيية و ٥/١٠٠٠٠٠٠ عمليات جراحية للتوسيع والتفريغ.

الجراحة للأمراض النسائية

Gynaecological Surgery



الشكل رقم (١٦)

التوسيع والكحت (D&C)

• **الدواعي:** الدواعي التشخيصية (نزيف بعد انقطاع الطمث) ودواعٍ علاجية (نزيف الرحم المختل وظيفياً DUB)

• **الأسلوب الجراحي:** يتم وضع عنق الرحم على وضع السحب ويتم توسيع قناة عنق الرحم باستمرار إلى أن تكون الفوهة الداخلية واسعة بدرجة تكفي لقبول المكشطة ثم يتم بعد ذلك كشط التجويف الرحمي على نحو محيطي بمكشطة حادة.

• **المضاعفات:** نزف والتهاب وثقب الرحم.

تنظير الرحم (الفصل ٤)

• **الدواعي:** تشخيص حالات شذوذ الرحم والاستئصال الجزئي للغشاء المخاطي للأورام العينية. وتدمير بطانة الرحم ودواعٍ أخرى عديدة.

• **الأسلوب الجراحي:** يتم إدخال منظار الرحم بعد توسيع التجويف الرحمي بسائل (غلايسين أو محلول ملحي). ويتم تمرير مجموعة من الأدوات (أداة منع التجلط ومقصات ومنظار الاستئصال (الجزئي). عبر القمذ الجراحي لإجراء العملية.

• **المضاعفات:** مثل مضاعفات التوسع والكحت، مع نضج سائل مضغوط ناقص التوتر داخل الدورة قد يسبب نقصاً حاداً من صوديوم الدم ونوبات من الصرع.

تنظير البطن (الشكل رقم ١٦)

• **الدواعي:** ربط البوق وألم بالحوض غير مبرر والحمل متبذ واستئصال توابع الرحم ودواعٍ أخرى عديدة. ولهذا العملية التي تجرى بالعيادة الخارجية العديدة من التطبيقات العملية.

• **الأسلوب الجراحي:** يتم إدخال إبرة (Veress) عند السرعة لاسترواح الصفاق (الإدخال المباشر للمبزل هو أسلوب آخر) ثم يقوم الجراح بعد ذلك بثقب جدار البطن. بالمبزل ويقوم بإدخال منظار البطن. وربما يتم إدخال الموقع الجراحي أو مواقع جراحية إضافية داخل الجزء الرباعي الأسفل للآلات المساعدة (المجس والجفت والمقصات والزراقة والليزر) ويتم تسهيل مشاهدة أعضاء الحوض عن طريق وضع جهاز داخل الرحم وعبر المهبل.

• **المضاعفات:** إصابة أعضاء البطن الداخلية وإصابة العصب (بسبب الوضع غير الصحيح للساقين في العظم الركابي الجراحي) تمزيق الأوعية الكبيرة ونفاخ تحت الجلدي

جراحة البطن (الشكل رقم ١٦)

يستخدم الشق تحت الحبل السري لربط البوق بعد الولادة. ويوفر الشق منتصف الخط تعرضاً ممتازاً للحوض ويجوز توسعته للجزء العلوي من البطن ويعتبر شق (Pfannenstiel) هو أكثر أنواع الشقوق شيوعاً في أمراض النساء والولادة. ويوفر تعرضاً ممتازاً للحوض، ويجوز توسعته عن طريق شق على شكل (J) ويمكن زيادة التعرض للحوض الجانبي بتقسيم عضلات المستقيم (Maylard) أو وتر عضلة المستقيم من الارتفاق العاني (Cherney).

الاستئصال الكامل لرحم البطن (TAH) (الشكل رقم ١٦)

- النوع الثاني من أنواع العمليات الكبرى الأكثر شيوعاً التي تجرى بالولايات المتحدة والمملكة المتحدة (بعد العملية القيصرية).
- الدواعي: الأورام الليفية الرحمية (الأكثر شيوعاً سرطان بطانة الرحم وألم بالحوض ونزيف رحمي مختل وظيفياً ودواعٍ أخرى عديدة).
- الأسلوب الجراحي (كما هو موضح) يتم إجراء عملية لاستئصال الرحم فوق عنق الرحم في بعض الظروف عن طريق بتر عنق الرحم بعد ربط أوعية الرحم وخياطة الجذعة البعيدة.
- المضاعفات: نزف والتهابات وإصابة حالية بعيدة وعلوص بعد الجراحة.

استئصال البوق والمبيض

- الدواعي: أورام حميدة بالمبيض وورم نسائي خبيث وألم بالحوض ودواعٍ أخرى عديدة.
- الأسلوب الجراحي: يتم الدخول في مكان خلف البرويتون ويتم قشط الحوض القمعي الشكل بالقرب من المبيض / الأنبوب فوق الحالب ويتم سلخ الرباط العريض وتقسيم الرباط الرحمي المبيضي.
- المضاعفات: ورم دموي وإصابة الحالب عند حافة الحوض العليا.

استئصال الورم العضلي

- الدواعي: أعراض الأورام الليفية بالرحم وغزارة الطمث المستمرة والعقم.
- الأسلوب الجراحي: يتم عمل شق عبر الجهاز العضلي للرحم فوق الورم الليفي ويتم سلخ عضلة الرحم من المحفظة الكاذبة للورم الليفي وأخذ العينة ثم يتم بعد ذلك إغلاق شقوق الرحم لنمو الفراغ الميت ووقف نزف الدم.
- المضاعفات: نزيف يستلزم استئصال كامل للرحم والبطن TAH والتصاقات بعد الجراحة.

الجراحة الجذرية لاستئصال الأمراض النسائية

- تستخدم عملية الاستئصال الجذري للرحم لعلاج سرطان عنق الرحم المبكر (الفصل ٢٨) والهدف (الجذري) هو إزالة الأنسجة اللينة الإضافية لتحقيق هوامش سليمة واسعة للعلاج.
- يتم إجراء عملية استئصال العُقْدَ اللَّمْفِيَّة الحوضية وجارة الأورطى لسرطان عنق الرحم وبطانة الرحم (الفصل ٣٠) وسرطان المبيض (الفصل ٣١) ويمكن أيضاً إجراء العملية عن طريق تنظير البطن أو خارج البروتون.
- يتم إجراء عملية جراحة اختزال خلوية لسرطان المبيض المتقدم بهدف إزالة جميع أجزاء المرض المرئية ويتباين حد العملية ولكنه يشمل قطع الثرب والاستئصال الجزئي للمعدة واستئصال الطحال.
- يتم إجراء عملية اجْتِثَات الأَحْشَاء لمريضات مختارات يعانين من سرطان ناكس بعنق الرحم وتشمل هذه العملية إزالة المثانة (الجزء الأمامي) والمستقيم الجزء الخلفي أو العضوين معاً (إزالة كاملة) بالإضافة إلى الرحم والأنسجة اللينة المجاورة للحصول على هامش سالب واسع وعادةً ما تكون القناة البولية جزءاً من العملية الجراحية.

جراحة المهبل

استئصال الرحم عبر المهبل (الشكل رقم ١٦)

- **الدواعي:** أعراض تدلي أو هبوط الرحم والمهبل والنزف الرحمي المختل وظيفياً خلال فترة عدم الاستجابة للعلاج الطبي والبدانة وينخفض معدل المرض وقت الشفاء بعد العملية مقارنة بالعملية الجراحية للبطن.
- **الأسلوب الجراحي** (كما هو موضح) تكاد تكون خطوات العملية في نظام عكسي- لاستئصال الرحم البطن بالكامل (TAH) ويسمح تقطيع الأورام الليفية الرحمية بالاستئصال الجزئي للأرحام الكبيرة.
- **المضاعفات:** نزف والتهاب خلوي مهبلي وإصابة المثانة - العمليات الجراحية المهبليّة الأخرى في الفصل ١٧ و١٨.

سلس البول

Urinary Incontinence

التشخيص	
فحص جسدي	اختبار مركب لديناميكا البول
<p>اختبار ذروة Q -</p> <p>راحة إجهاد طبيعي</p> <p>عانة مثانة</p> <p>قمة الحركة</p> <p>توضع ريدة قطنية ذروة Q في الإحليل لعنق المثانة إذا وجد سيوح حال ($>30^\circ$) مع فالسافا (مع الجهاد) إذن يوجد قمرط للحركة</p>	<p>شكل الضغط الإحليلي</p> <p>قسطرة</p> <p>إحليل</p> <p>مثانة</p> <p>شغل الإحليل (مع ماء)</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p> <p>0</p> <p>ضغط عناق الإحليل</p> <p>الطول الوظيفي = صم المثانة</p> <p>طول الإحليل الكلي</p>
علاج جراحي	
<p>تعليق مهبلي ليورش</p> <p>رباط كوير</p> <p>العانة</p> <p>عناق المثانة</p> <ul style="list-style-type: none"> • عمل شق فائشيل. • يتعرف على المستوى تحت العضلة. • المستقيمة البطنية ويشرخ تحت العانة. • يفتح فراغ ريتزيوس. 	<ul style="list-style-type: none"> • يرش أصبع المهبل عنق المثانة. • توضع ٣-١ غرز دائمة في جانب عنق المثانة وتربط لرباط كوير. • يمكن إجراؤها بمنظار البطن.
<p>شريط مهبلي بدون توتر (TVT)</p> <p>1- عمل شق على شكل U في جدار المهبل الأمامي ويفصل عن الإحليل</p> <p>2- تشريح المناطق حول الإحليل بالمقص حتى الرباط القدس العاني وتمرر غرز بالإبرة يميناً ويساراً</p> <p>3- تارجح الغرز للشريط الصناعي لتحقيق أوجهة تحت الإحليل</p> <p>4- يغلغ الجدار الرحمي</p>	

الشكل رقم (١٧)

- **التعريف:** فقدان اللاإرادي للبول الذي يعتبر مشكلة اجتماعية / صحية وتكون ظاهرة بصورة محسوسة.
- **الحدوث:** ٤ - ٨٪ من العينة يبحثون عن الرعاية والاهتمام الطبي.

التشخيص: (ست مكونات أساسية)

- ١- السيرة المرضية: تكون السيرة المرضية التفصيلية مهمة لتحديد حدة الأعراض وغالباً لا يرتبط الإجهاد العاطفي مع كمية فقدان الرحم التي يمكن إظهارها.
- ٢- الفحص الجسدي (ثلاث مناطق):
 - الفحص العام لاستبعاد الهذيان (البطاح) والتهاب الإحليل الضموري والأسباب الدوائية والإفراز البولي الزائد (داء السكري) وتقييد الحركة وانحشار البراز.
 - الفحص المسحي للأعصاب (عادةً ما يتم إجراؤه بالولايات المتحدة الأمريكية) ويجب تقييم انعكاسات الأطراف السفلى كما أن الضرب الخفيف للأرداف في وضع جانبي للعاصرة الشرجية يثير انعكاساً سريعاً للتقلصات العاصرة الخارجية. كما أن الدق الخفيف على البطن يثير تقلص انعكاس لانعكاس العضلة البصلية الكهفية (في الذكور) كما أن الكحة تثير تقلص انعكاس أرضية الحوض.
 - يظهر فحص المسالك البولية النسائية تسحجاً فرجياً حاداً من الرطوبة المستمرة ويدل وجود فجوة في الفوهة على إصابة رضية سابقة بأرضية الحوض ويجب معاينة أنسجة المهبل لمعرفة علامات الضمور والضييق وحركة عنق المثانة (اختبار Q-tip في الصفحة المقابلة) ويطلب من المريضة أن تكح على نحو متكرر والمثانة ممتلئة بالبول في وضع استئصال حصوة المثانة أو وضع الوقوف للإسراع في ترشيح البول. ويمكن تقييم قوة أرضية الحوض في أثناء الفحص بكلتا اليدين بطلب المريضة تقليص عضلات الحوض وأخيراً بإمكان فحص المستقيم تقييم توتر العضلة العاصرة للمستقيم أو وجود انحشار للبراز.
- ٣- تحليل البول ومزرعة البول: يمكن إجراء كشف مسحي للعديد من الاضطرابات الاستقلابية واضطرابات المسالك البولية عن طريق تحليل بسيط للبول. وتعتبر مزرعة البول أساسية لاستبعاد وجود التهاب قبل الاستمرار في عمل تقييم إضافي.
- ٤- حجم البول المتبقي بعد الإفراغ: يجب الحصول على عينة بعد الإفراغ بواسطة القسطرة للبول المتبقي لاستبعاد وجود احتباس بالبول.

٥- المخطط البياني لحجم المثانة: أكثر من سبع مرات إفراغ تدل على وجود مشكلة في عدد مرات التبول غير أن هذا يتوقف بدرجة عالية على العادة وتناول السوائل والمريضات معروفات بعدم الدقة في تقدير عدد مرات التبول وينبغي تشجيعهن على الاحتفاظ " بمفكرة يومية للبول " لعدة أيام كجزء من التقييم الأول. وينبغي قياس حجم كل مرة يتم فيها إفراغ البول وتبسيطها مع أي نوبات من احتباس البول تتم ملاحظتها.

٦- حركات البول: هي عبارة عن مجموعة من الاختبارات مصححة للمساعدة على تحديد أسباب الخلل الوظيفي للمسالك البولية السفلى.

- مقياس الضغط المثاني يشمل التعبئة التدريجية للمثانة بقاء معقم ويتم إظهار تقلصات " العضلة النافصة " للإرادية عن طريق ارتفاع في مستوى الماء في أثناء التعبئة بسبب الضغط الخلفي وعادة ما يحدث الإحساس الأول اتجاه إفراغ البول عند المستوى ١٥٠ مل وسعة المثانة تكون ٤٠٠ - ٦٠٠ مل.
- يستخدم مقياس جريان البول لتحديد معدل جريان البول ووقت الجريان من أجل الكشف المسحي للتأكد من وجود انسداد في الجريان وتقلص غير طبيعي لعضلة دفع البول ويبلغ معدل جريان البول ذروته عند ١٥ - ٢٠ مل / ث مع حجم إفراغ البول ١٥٠ - ٢٠٠ مل.
- اختبار حركة البول المعقدة (الشكل رقم ١٧)
- يتطلب وضع قسطرة داخل المثانة لقياس ضغط عضلة دفع البول وقسطرة مهبلية أو قسطرة للمستقيم لقياس الضغط داخل البطن بطريقة غير مباشرة.

سلس الضغوط البولي الأصلي (GSUI)

- التعريف: فقدان لإرادي للبول بسبب ضعف في الهياكل الداعمة للإحليل.
- الحدوث: هو أكثر أنواع الاحتباس البولي شيوعاً.
- الآلية: الزيادات في الضغط داخل البطن " العطاس والكحة والتهارين " تسبب ضغط المثانة ليتجاوز الضغط. إغلاق العضلة العاصرة للإحليل مما يؤدي إلى فقدان في البول غير مقصود.
- التشخيص: يتم تأكيد وجود سلس الضغوط البولي الأصلي (GSUI) عن طريق السيرة المرضية والفحص الجسدي (اختبار Q-tip الموجب) واختبار الإجهاد الموجب و(فقدان ضاء للبول في أثناء فحص المريضة):
- العلاج غير الجراحي: تمارين لعضلة الحوض (Kegel) وتكون التغذية الحيوية الاسترجاعية مفيدة بشكل خاص عندما تكون العضلات ضعيفة للغاية وتقوم أداة قياس الضغط باستعادة المريضة عند إجراء التقلصات الصحيحة للعضلة مع تفريز الأسلوب الصحيح.

• العلاج الجراحي (الشكل رقم ١٧)

١- يشتمل طريقة Burch لتعليق المهبل وضع الغرز في رباط Cooper وفي طريقة arshall – Marchetti – Krantz (MMK) فإن الغرز تدخل عبر سمحاق الارتفاق العاني.

٢- الشريط المهبل الخالي من التوتر (TVT) عبارة عن طريقة جديدة أقل انتهاكية وأقل في الأضرار وسرعان ما تصبح (القاعدة الذهبية) ويتم وضع الشريط الاصطناعي بدون توتر تحت منتصف الإحليل ثم يتم ربطه مع رباط (Cooper) والإجراءات الأخرى لتعليق بالإبرة (Pereyra – Stamey – RAz – Gittes) أو مغلقة التعليق العانية المهبلية التي يتم إجراؤها بدرجة أقل شيوعاً.

٣- رفؤ المهبل الأمامي (الفصل ١٨) ذات معدل ضعيف من النجاح على المدى الطويل.

٤- تصميم حقن (كولاجين) كعلاج للسلس الضغط البولي الأصلي (GSUI) الناتج عن نقص داخلي في العضلة العاصرة.

النشاط المفرط للعضلة النافصة

• التعريف: عبارة تقلصات تلقائية لعضلة دفع البول (المثانة) في أثناء مرحلة مسك المثانة بالبول عندما تحاول المريضة كبح التبول و يترافق الفقدان اللاإرادي للبول مع رغبة قوية للإفراغ (إلحاحية التبول).

• الحدوث: السبب الثاني الأكثر شيوعاً لاحتباس البول ينتشر وسط النساء كبيرات السن بصفة خاصة.

• الآلية: غامض السبب أو المنشأ.

• التشخيص: التواتر، البول الليلي وإلحاحية التبول هي أعراض شائعة الحدوث ويمكن أن يكون مقياس

الضغط الثاني مؤكد التشخيص.

• العلاج: تعديل السلوك (التدريب الثاني التغذية الحيوية الاسترجاعية و/ أو العلاج الدوائي

(Oxybutynim – Chloride – imipramine)) ونادراً ما تكون الجراحة مفيدة.

سلس البول الفيضي

• التعريف: أي فقدان لإرادي للبول مترافق مع فرط انتفاخ المثانة.

• الآلية: خلل وظيفي لعضلة المثانة (تصلب متعدد وإصابة الحبل الشوكي) أو خلل وظيفي بالعضلة

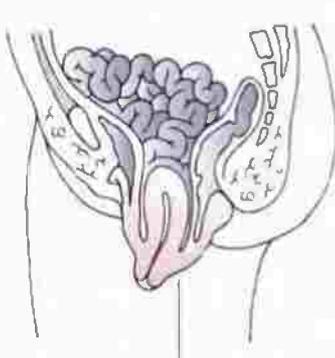
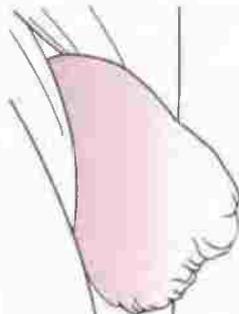
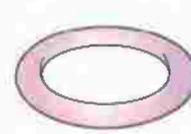
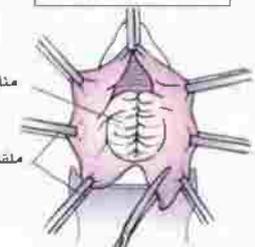
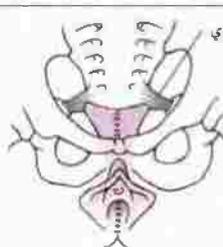
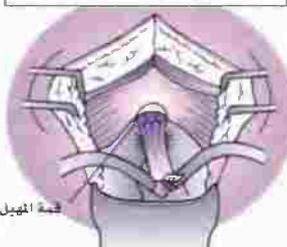
العاصرة للإحليل (فتق مثاني حاد).

• العلاج: - تفريغ القسطرة يليه علاج الحالة المستبطنة.

تدلي أعضاء الحوض

Pelvic organ Prolapse

تدلي (سقوط) عضو حوضي

<p>سقوط المثانة</p>  <p>قيلة مثانية</p> <p>سقوط المستقيم</p>  <p>قيلة مستقيمية</p> <p>فتق للصفاق والأمعاء</p>  <p>قيلة معوية</p>	<p>أنواع</p>  <p>تدلي رحمي</p> <p>انقلاب كامل للمهبل حول العنق والرحم مع خروج كامل</p>	 <p>قد تظهر قرح رفوذية من الجفاف والوذمة المزمنة</p>
فراخ		
<p>حلقة</p> 	<p>حلقة مع أرضية مساندة</p> 	<p>جاهورن</p> 
اختيارات جراحية		
<p>رفو أمامي للمهبل</p>  <p>مثانة ملتقط أليس</p> <p>تفص الكفاة داخل الحوض حول المثانة ويزال الغشاء المخاطي المهبل الزائد</p>	<p>تعليق الرباط العجزي الشوكي</p>  <p>الرباط العجزي الشوكي</p> <p>تخاط ذروتان من قمة المهبل على الجانبين ويصلح الجدار المهبل الخلفي</p>	<p>تثبيت مهبل عجزى عن طريق البطن</p>  <p>قمة المهبل</p> <p>تخاط شبكة صناعية للعجز</p>

الشكل رقم (١٨)

- **التعريف:** نزول أعضاء الحوض عبر أرضية الحوض داخل القناة المهبلية.
- **الحدوث:** يكون شائع الحدوث لدى النساء الولودات ولكن لا يتم التبليغ عنه.
- **الدعم الحوضي:** العضلة الرافعة المشتركة (الفصل ٢) تقدم الدعم الرئيس لأعضاء الحوض وتؤدي الأربطة واللفافة داخل الحوض دوراً ثانوياً.

الأسباب

- ١- **الإنجاب المبلي:** قد يؤدي الحمل والمخاض والولادة المهبلية إلى درجات مختلفة من تلف هياكل دعم الحوض بما فيها الأربطة واللفافة والعضلات والإمداد العصبي وينشأ المزيد من التلف بسبب طول فترة المخاض وكبر رأس الجنين أو الأكتاف وعندما تكون عمليات الجفت الصعبة مطلوبة للولادة.
- ٢- **السلالة:** يحدث الهبوط بدرجة أكثر تواتراً في أوساط النساء البيض أكثر من الآسيويات أو السود ويعتقد بأن الاختلافات الموروثة في بنية الحوض ونوعية العضلات الداعمة / الأنسجة الضامة أنها المسؤولة.
- ٣- **نقص هرمون إستروجين:** أنسجة الحوض حساسة لهرمون الإستروجين وغالباً ما يصبح الهبوط عرضياً في أثناء سنوات انقطاع الطمث عندما يحدث انتكاس لألياف (كولاجين).
- ٤- **الحالات المزمنة التي تسبب زيادات متكررة في الضغط داخل البطن** (الكحة وحمل الأشياء الثقيلة والإمساك). يمكن أن تساهم في استرخاء الحوض بدرجة كبيرة.
- ٥- **مرض النسيج الضام.** من الممكن أن يسبب الاستخدام المزمن للإسترويد ومتلازمته والحالات الأخرى Ehlers – Danos ذات الصلة انقطاعاً لدعم العادي لأنسجة الحوض الذي أساسه (الكولاجين).

التشخيص

- **السيرة المرضية:** السيرة المرضية التفصيلية مهمة لتحديد الحالات الطبية المتعايشة والحالات التوليدية السابقة والأدوية السابقة / والحالية وتحديد معدل التقدم.
- **الأعراض:** غالباً ما تكون الدرجات المعتدلة من تدلي الأعضاء التناسلية خالية من الأعراض. غير أن أكثر الشكاوى شيوعاً لتتوزع عند مدخل المهبل. وقد يكون هناك أيضاً شعور بالإحباط بأن كل شيء سينهار مع ألم أسفل الظهر أو صعوبات في الجماع.
- **فحص الحوض:** تدلي الرحم (الشكل رقم ١٨) يكون واضحاً غير أن معظم المريضات يعانين من تدل واضح بدرجة أقل.

١- وضع استخراج حصة المثانة بالشق: يوجد انفراج للأشفاق وبيروز واضح. يطلب من المريضة بذل مجهود كأنها تحاول التغوط وأيضاً يطلب منها أن تكح. فالشيء الذي يحدث أولاً في مدخل المهبل هو الذي يؤكد موقع العيب الرئيس وينبغي تقييم التركيبة العظمية للحوض ومخرج المهبل والجدران المهبليّة الأمامية والخلفية. وقد يشير فحص المستقيم والمهبل إلى وجود فتق مهبلي خلفي يخترق داخل المكان الموجود بين المستقيم والجدار المهبلي الأمامي العلوي.

٢- الوقوف: يمكن الحصول على أكثر المعلومات مؤثر فيه عن طريق تكرار الفحص عندما تكون المريضة واقفة وتبذل أقصى جهد لها.

التصنيف والعلاج

- النساء اللاتي لا يعانين من أي أعراض أو اللاتي أعراضهن تسبب الحد الأدنى من المشاكل قد يرغبن في تأجيل أي شكل من أشكال العلاج.
- يمكن استخدام الفرزجات (الشكل رقم ١٨) لتجنب العملية الجراحية أو تحسين الأعراض في أثناء انتظار التصحيح الجراحي وهدف العملية هو تقليل التثؤ بدون تسبب إزعاج أو التأثير في وظيفة المثانة. والفرزجات غير مناسبة عموماً للعيوب الخلفية تدلي المهبل.
- استئصال الرحم عبر المهبل (الفصل ١٦) عادة ما يتم استئصال الرحم عبر المهبل في الوقت نفسه مثل العلاج الجراحي الأولي لتدلي أعضاء الحوض.

الفتق المثاني (الشكل رقم ١٨)

- الخيارات الجراحية: يشمل رفو المهبل الأمامي (الشكل رقم ١٨) ثني اللفافة داخل الحوض الطاولة للمهبل في خط المنتصف لتقديم الدعم وتم استخدام أنواع مختلفة من هذا الأسلوب لأكثر من قرن من الزمان ويحل الإصلاح جريب المهبل محل جدار المهبل الأمامي الجانبي لوضعه التشريحي. كما أن دأب الجريب أن يعمل على تقصير الأربطة الرحمية العجزية وإعادة ربطها بقمة المهبل.

فتق المستقيم (الشكل رقم ١٨)

- الخيارات الجراحية. الرفو الخلفي للمهبل يحاكي الخياطة الأمامية للمهبل مع طي اللفافة داخل الحوض في خط المنتصف وتكون خياطة العجان مطلوبة عموماً بسبب انخفاض المسافة الشرجية المهبليّة (أقل من ٣ سم). أو عندما لتكون هناك قوة كافية لجسم العجان.

فتق مهبل خلفي (الشكل رقم ١٨)

انفتاق حقيقي للتجويف البروتون عند جيب دو جلاس بين الأربطة الرحمية العجزية وداخل الحاجز المستقيمي المهبل.

• الخيارات الجراحية: عادة ما يتم عمل إصلاح للفتق المهبل الخلفي في الوقت نفسه الذي يتم فيه خياطة خلفية للمهبل وتتم مشاهدة كيس الفتاق عند فصل المهبل من المستقيم ويجب سلخه خالياً من الأنسجة التحتية ثم يتم بعد ذلك عزل وخياطة الفتاق علماً بأن تثبيت الأربطة العجزية بالكيس يحول دون حدوث انتكاس للفتق المهبل الخلفي.

هبوط أو تدلي الرحم (الشكل رقم ١٨)

• الخيارات الجراحية: استئصال الرحم عبر المهبل مع خياطة أساسية وخلفية هي أكثر أنواع الاستئصال شيوعاً وقد يكون هناك دواعٍ لقفل المهبل جراحياً (عملية Lefort) للنساء كبيرات السن واللاتي لم يعدن نشيطات جنسياً ويتم إزالة قطعة من جدار المهبل الأمامي والخلفي وخياطة الأنسجة التحتية.

تدلي قبو المهبل بعد عملية استئصال الرحم

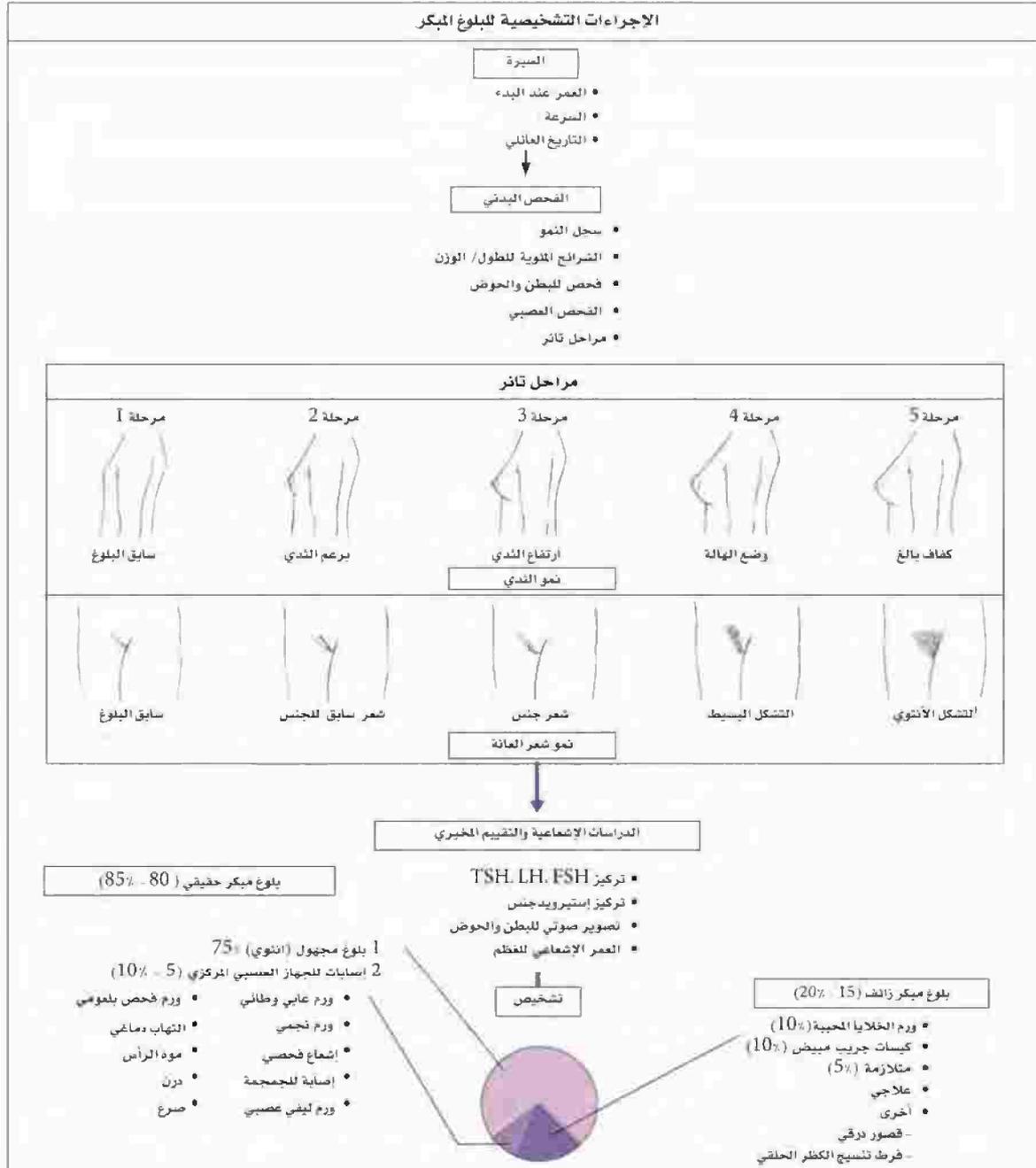
يحدث في وقت ما بعيد عن الوقت الذي يتم فيه استئصال الرحم بسبب فشل الأربطة الأصلية والأربطة الرحمية العجزية في المحافظة على قوتها وارتباطها بالمهبل.

• الخيارات الجراحية: تعليق الرباط العجزى الشوكي (الشكل رقم ١٨) عبارة عن عملية جراحية مهبلية

تعمل على تعليق لفافة قمة المهبل إلى رباط لحمي شوكي ويشمل التثبيت العجزى المهبل البطني (الشكل رقم ١٨) ربط شبكة (التعليق) من قمة المهبل إلى العجز.

البلوغ والبلوغ المبكر

Puberty and Precocious Puberty



الشكل رقم (١٩)

البلوغ

- **التعريف:** عبارة عن سلسلة من الأحداث تؤمن النضج الجنسي وهو وقت النمو السريع والنضج الهيكلي ونمو الخصائص الجنسية الثانوية وتحقيق الخصوبة.
- **بدء نداء الثدي (نمو الثدي):** وهو أول علامة البلوغ وهو عادةً ما يبدأ بين سن الثامنة والعاشرة من العمر و يترافق مع زيادة إنتاج هرمون الإستروجين.
- **عُنُقُوانُ التَّكْظُرُ (نمو شعر العانة والإبط):** هو المرحلة الثانية من النضج وعادةً ما يحدث ما بين الحادية عشر والثانية عشر من العمر وعادةً ما يظهر شعر الإبط بعد اكتمال نمو شعر العانة.
- **بدء الإحاضة (بدء الطمث):** عادةً ما يحدث بعد ٢-٣ سنوات من نمو الثدي بمتوسط عمر يتراوح من ١١-١٣ سنة وغالباً ما تكون الدورات الأولية لا إباضية وغير منتظمة.
- **المحدد الرئيس لتوقيت البلوغ** هو محدد وراثي. وأيضاً تعتبر العوامل البيئية (الصحة العامة، الوضع الغذائي والموقع الجغرافي).
- **ينمو الثدي وشعر العانة والإبط في وقت مبكر بكثير من الوقت المقترح سابقاً خصوصاً عند البنات السوداوات.**

الأساس البيولوجي للبلوغ

- تحدث تغيرات البلوغ لنضج محور الوطاء - الغدة النخامية - المبيض.
- يبدأ البلوغ عن طريق إطلاق هرمون المنشط المنسلية. (GnRH).
- يزداد إنتاج هرمونات الغدة النخامية (هرمون تنبيه الجريبات FSH وهرمون انبثاق البيضة من جريبات غراف LH) كاستجابة لهرمون إطلاق المنشط المنسلي التابض الذي يعتبر الأساس للإفراز الداخلي للبلوغ.
- ومرحلة النضج النهائية هي مرحلة نمو تمر حلقي لهرمون انبثاق جريبات الجيب كاستجابة للتغذية الاسترجاعية الإيجابية لهرمونات الإسترويد وبصفة رئيسة هرمون ١٧ بيتا-إسترايول وهرمون انبثاق البيضة من جريبات غراف يحث على الإباضة والدورة الشهرية الطبيعية للإناث (الفصل ٢).

البلوغ الباكر

- **التعريف:** تغيرات بلوغية قبل السنة الثامنة من العمر.
- **إرشادات للتقييم:** يجب تقييم نمو الثديين ونمو شعر العانة والإبط إذا كان هذا النمو يحدث قبل السنة السابعة من العمر في البنات البيض وقبل السنة السادسة للبنات السود.

• أثبتنا من الهموم الرئيسة لوالدي الأطفال أن الوصمة الاجتماعية المترافقة مع كون الطفلة مختلفة جسدياً من تزايداتها والطول المتناقص جداً.

التشخيص (الشكل رقم ١٩)

- السيرة المرضية: تحديد سن بدء المرض والسرعة ويعتبر التاريخ العائلي عاملاً حاكماً.
- المرض المتواجد (نقص نشاط الغدة الدرقية) والأدوية (وابتلاع هرمون الإستروجين) أو السيرة المرضية لإصابات رضية بالرأس تكون أيضاً مهمة.
- الفحص الجسماني: غالباً ما يكون النمو المتزايد أول تغير ملاحظ وينبغي أن يركز الفحص البطني الحوضي على فحص الأعضاء التناسلية الخارجية واستبعاد وجود كتلة حوضية والبحث عن علامات الخنوثة النسائية الكاذبة (أنثى بصفات ذكرية) الفحص المختصر للأعصاب ربما يدل على وجود كتلة داخل الجمجمة ويمكن حساب كمية نمو الثدي المتسر عن طريق تقييم مرحلة تانر.
- التقييم المخبري: اختبارات وظائف الغدة الدرقية، قيم هرمون انبثاق البيضة من جريبات غراف LH / هرمون تنبيه الجريبات. FSH. ومستويات سترويد الجنس التي قد تدعم التشخيص.
- دراسات التصوير: تعتبر طريقة الأشعة الضوئية للبطن - الحوض طريقة دقيقة للكشف أورام المبيض. ويمكن مقارنة عمر العظام بمعايير عمر المريضة وينبغي عمل الأشعة المقطعية المحورية بواسطة الكمبيوتر للرأس والتصوير بالرنين المغناطيسي في حالة اشتباك وجود كتلة داخل الجمجمة.

أنواع البلوغ الباكر (الشكل رقم ١٩)

البلوغ الباكر الحقيقي

- التعريف: النضج المتسر لمحور الوطاء - الغدة النخامية - المبيض.
- عمر بداية المرض: ما بين ٦ - ٨ سنوات.
- العواب: أكثر الآثار خطورة هو قصر قامة البالغين ويعتبر الأطفال طويلي القامة مؤقتاً بالنسبة لأعمارهم ولكن يخضعون لالتحام مُشائيّ باكر.

مسيبات المرض

- أ) البلوغ مجهول السبب أو المنشأ. (التكوين) هو أكثر حالات البلوغ شيوعاً لدى البنات أكثر من أربع سنوات. وهذه عملية حميدة وتشخيص لاستبعاد الحالة المرضية في الأساس. السبب مجهول والمتابعة ضرورية لاستبعاد وجود آفات بطيئة النمو بالمخ والمبيض أو الغدة الكظرية.

العلاج: مضادات هرمون إطلاق المنشط المنسلية (GnRH) لدى البنات اللاتي يبدأ عندهن الحيض - ثمان سنوات أو اللاتي يحدث لديهن تقدم سريع غير عادي من البلوغ وعمر العظام أقل من سنتين قبل العمر الزمني وأهداف العلاج هي تقليل إفرازات المنشط المنسلية وتخفيض معدل النمو إلى المعدل الطبيعي والنضج الهيكلي البطيء للسماح بنمو الطول الأقصى للبالغين. يتم المحافظة على العلاج المزمّن والمستمر في منتصف عمر البلوغ.

(ب) غالباً ما تكون آفات الجهاز العصبي المركزي موجودة لدى البنات الأكبر من أربع سنوات وعادةً ما تسبق الأعراض العصبية (اضطرابات الرئوية والصداع) النمو الجنسي ومعظم الآفات توجد بالقرب من الوطاء. العلاج: الجراحة والعلاج الكيماوي و/ أو ربما تكون هناك دواعٍ للعلاج الإشعاعي.

البلوغ الكاذب الباكر

• التعريف: عبارة عن نضوج جنس أنثوي مبكر مستقل عن السيطرة الوطائية النخامية. وتعمل العملية التحتية على تنشيط نمو البلوغ.

• مسببات المرض

١- تمثل أورام المبيض الناشئة عن إفراز هرمون إستروجين غالبية الحالات وأورام خلية الغشاء المجيب هي أكثر الأورام شيوعياً ولكن ربما أيضاً تحدث أكياس جريبية أورام خلايا القراب وأورام Sertoli-leydig. العلاج: الجراحة.

٢- متلازمة ماكوني ألبرت McCune - Albright (حثل ليفي عظمي متعلق بعظام متعددة) يتألف من آفات عظمية منتشرة متعددة ويقع Cate - au - Lait والتبكير الجنسي.

العلاج: يعمل عقار تستولاكتون (مثبط عطري) على منع تحويل علامات هرمون الإستروجين السابقة إلى إستروجين نشط من الناحية البيولوجية ويؤدي إلى معدل تناقص من النضج الهيكلي والمرض المستبطن هو مرض عضال.

٣- تنشأ الأسباب طيبة المنشأ من تناول الهرمون الخارجي المنشأ بصورة زائدة.

العلاج: إيقاف الدواء.

التبكير المعزول

• التعريف: هو النمو الباكر لإحدى علامات البلوغ (عادةً نمو الثدي)

• العلاج: إعادة الطمأنة نظراً لأن هذه الحالة ذاتية التقييد وتنحل تلقائياً.

- **التعريف:** غياب أو توقف الطمث.
- وظيفي عند البنات قبل البلوغ وفي أثناء الحمل والرضاعة وبعد انقطاع الطمث.
- يحدث انقطاع الطمث غير الفسيولوجي (المرضي) في ٥٪ من النساء في سن الإنجاب وينبغي فحص المريضات المتأثرات لتحديد المسببات الأساسية للمرض.
- من الناحية التقليدية فإنه يمكن تصنيف انقطاع الطمث كأولي أو ثانوي ولكن غالباً ما يكون هناك تداخل كبير بينهما.
- كان هناك هبوط تدريجي ولكنه متقدم في متوسط سن بدء الإحاضة خلال القرن الماضي وذلك يعود بدرجة كبيرة إلى تحسن التغذية والظروف المعيشية.

انقطاع الطمث الأولي

- **التعريف:** غياب الحوض ببلوغ سن ١٦ سنة.
- الانتشار: ١ - ٢٪ من البنات.
- التقييم والتشخيص (الشكل رقم ٢٠) يركز التقييم الإكلينيكي على وجود أو غياب الرحم واتساع انفتاح المهبل ونمو الثدي.

مسببات المرض

فشل الغدد التناسلية (٣٥٪)

- **الوصف:** يتميز قصور الغدد التناسلية مع فرط موجهة الغدد التناسلية بغدد تناسلية تلمية (أربطة من النسيج الليفى من مكان المبيض) كما إن تخليق الإسترويدات المبيضية لا يحدث بسبب غياب الجريبات المبيضية. ولا يحدث نمو الثدي بسبب تدني مستويات هرمون إستراديول وحيث إن هرمون الإستروجين لا يعتبر ضرورياً لقناة (مولر) أو تراجع قناة (وولف) فإن الأعضاء التناسلية والخارجية هي من نوع الأعضاء الأنثوية العادية ذات النمط الظاهري.

- **الأسباب:** متلازمة تيرنر (X0 - 45) هي أكثر الأسباب شيوعاً لانقطاع الطمث الأولي (الشكل رقم ٢٠) وتفسر حدوث < ٥٠٪ حتى المريضات اللاتي يعانين من فشل في وظيفة المناسل والأسباب المتبقية تعود عموماً للاضطرابات الكروموسومية غير الموروثة الأخرى أو حالات الحذف.

• **العلاج:** حبوب منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم تعمل على نمو أنسجة الشدي وتمنع حدوث خلخلة أو هشاشة العظام كما إن وجود الكروم وسوم (Y) على النمط النووي يتطلب استئصالاً جزئياً لأنسجة المناسل لمنع حدوث أورام جنينية بنسبة ٢٥٪.

الخلل الوظيفي للوطاء (تحت المهاد) (٢٠ - ٣٠٪)

• **الوصف:** يؤدي قُصورُ الغُدِّدِ التَّناسُليَّةِ مع نَقْصِ مَوْجِهَةِ الغُدِّدِ التَّناسُليَّةِ إلى نقص كبير في مستويات هرمون الإستروجين ويمكن أن تكون مسببات المرض مختصة بتكوين الشكل وهيئته أو تكون مختصة بإفرازات الغدد الصماء.

• **الأسباب:** معظم البنات لديهن مسببات مرضية مماثلة للمسببات المرضية للبنات اللاتي يعانين من انقطاع ثانوي للطمث (انظر أدناه) وربما تكون آفات الجهاز العصبي المركزي (CNS) قد زادت (أورام الغدة النخامية أو أورام الوطاء) من مستويات هرمون البرولاكتين كما إن الإطلاق الكافي لهرمون (GnRH) يعود إلى قصور الوطاء أو عيب في ناقل الأعصاب إلى الجهاز العصبي المركزي.

• **العلاج:** حبوب منع الحمل عن طريق الفم. وينبغي تصوير منطقة الوطاء - الغدة النخامية لجميع المريضات لاستبعاد وجود آفة بالجهاز العصبي المركزي.

قصور نمو المهبل وانسداد تدفق القناة (١٥ - ٢٠٪)

• **الوصف:** يؤكد عسر الطمث أو ألم الحوض احتمال وجود خلل وظيفي ببطانة الرحم مع انسداد يحول دون التدفق وعلى العكس من ذلك فإن غياب أي أعراض على الرغم من الخصائص الجنسية الثانوية العادية سوف يؤيد التشخيص الذي يشمل انعدام وجود أنسجة ببطانة الرحم.

• **الأسباب:** نقص تكون المهبل (متلازمة Mayer - Rokitansky - Kuster - Hasuer).

التي تحدث في ١-٢.٥ - ١٠٠٠٠ ولادة لمولودة أنثى وتشمل الغياب الخلقي لكل أو جزء من الرحم والمهبل. وتحدث الحالات الكلوية الشاذة في حوالي ثلث عدد المريضات والحالات الشاذة بالهيكل العظمي في ١٢٪. ويمكن تمييز هؤلاء المريضات من المريضات اللاتي يعانين من متلازمة التخنيث الخصوي بظهور شعور العانة العادي ومن الأنواع الأخرى المختلفة غشاء البكارة الأرتق (١/١٠٠٠) من النساء أو الحاجز المهبلي المستعرض (١/٨٠٠٠٠) من النساء.

• **العلاج:** تكوين مهبل جديد عن طريق جراحة توسيعية متقدمة (عملية McIndoe)

متلازمة التخنيث الخصوي (١٠٪)

• **الوصف:** عدم الحساسية نحو منشط الذكور

- **السبب:** للخشبي الكاذبة أعضاء تناسلية خارجية مقابلة للغدة التناسلية (الخصيتان XY. ٤٦ نمط جيني ولكن نمط أنثوي ظاهري) ويتم النقل عبر الجين المتنحي للمرتبط بـ (X) مما يؤدي إلى غياب أو تناقص ملحوظ في نشاط مستقبلات منشط الذكورة.
- **العلاج:** هذا هو الاستثناء الوحيد للقاعدة القائلة بأنه يجب إزالة الكروموسوم (X) بمجرد أن يتم تشخيص المرض ويجب ترك الخصيتين في مكانها إلى حين اكتمال مرحلة البلوغ نظراً لأن التحويل المحيط لمنشط الذكور إلى هرمون الإستروجين يزيد من نمو الثدي.

انقطاع الطمث الثانوي

- **التعريف:** غياب الطمث لأقل من ستة أشهر أو ثلاث دورات شهرية للمرأة التي دورتها الشهرية السابقة منتظمة.
- الانتشار: ٣ - ٥٪ من النساء (باستثناء الحمل).
- التقييم والتشخيص (الشكل رقم ٢٠)
- مسببات المرض
- الخلل الوظيفي الوطائي (نحو المهاد) (٣٥٪)
- الأسباب: الإجهاد وفقدان الوزن والتمرين أو العقاقير يمكن أن تؤدي إلى انخفاض مستمر في نبض تواتر وحجم هرمون (GnRH).
- العلاج: حبوب منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم تعتبر مناسبة للمريضات المتأثرات بحدّة والمصابات بنقص هرمون الإستروجين.
- متلازمة المبيض متعدد الكيسات (٣٠٪) (الفصل ٢١).
- مرض الغدة النخامية (٢٠٪)
- الأسباب: الأورام الغدية النخامية المفرزة لهرمون البرولاكتين هي أكثر الآفات شيوعاً ومتلازمة الحفرة النخامية الفارغة ومتلازمة شيهان (السكتة النخامية وتنخر الغدة النخامية بعد الولادة) هي متلازمات نادرة، وينبغي استبعاد الطمث الطبي المنشأ والنتاج عن العقاقير (خصوصاً عقار phenothiazine).
- العلاج: عادةً ما تكون هناك دواعٍ للاستئصال الجراحي للمريضات اللاتي يعانين من أورام نخامية غدية كبيرة وينبغي متابعة المريضات الأخريات اللاتي يعانين من فرط إفراز هرمون البرولاكتين مع مستويات

تسلسلية من هرمون البرولاكتين وتصوير الرأس لاستبعاد نمو الورم الغدي المبكر ويشمل علاج متلازمة الحفرة النخامية الفارغة ومتلازمة شيهان العلاج باستبدال الهرمون.

فشل المبيض المبكر (١٠٪)

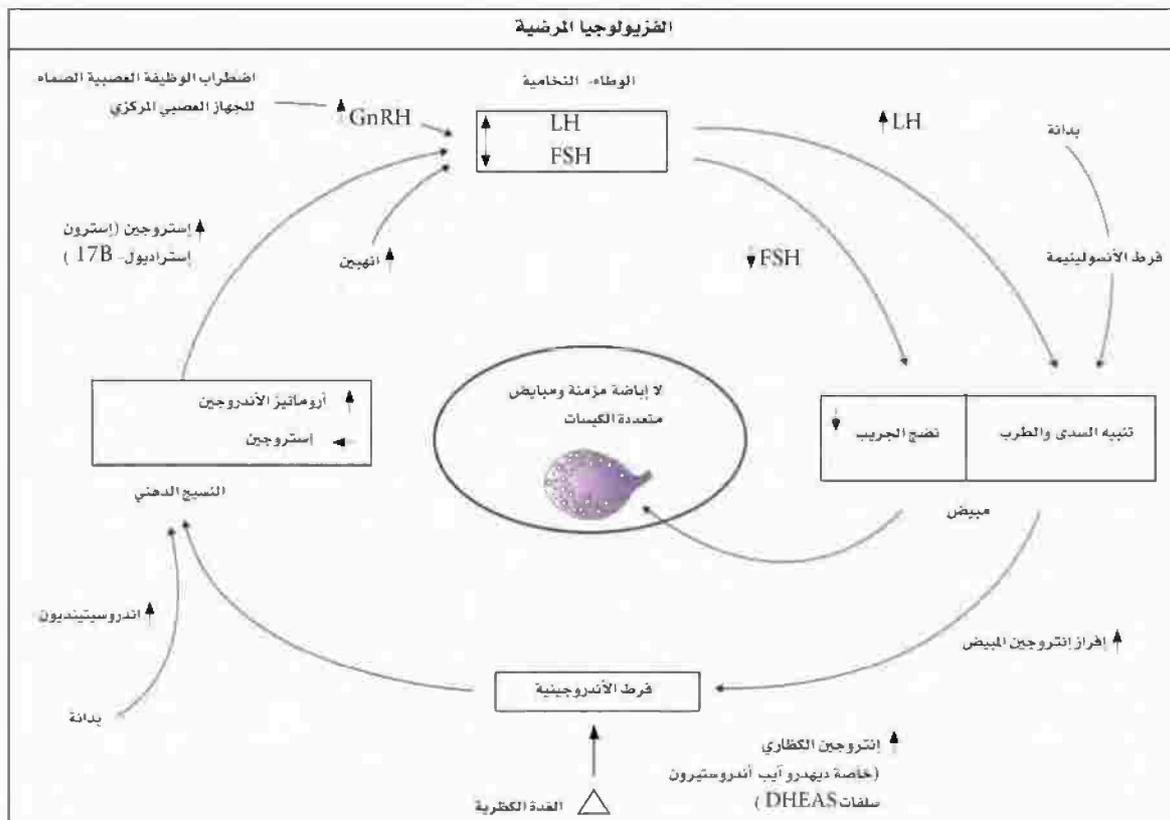
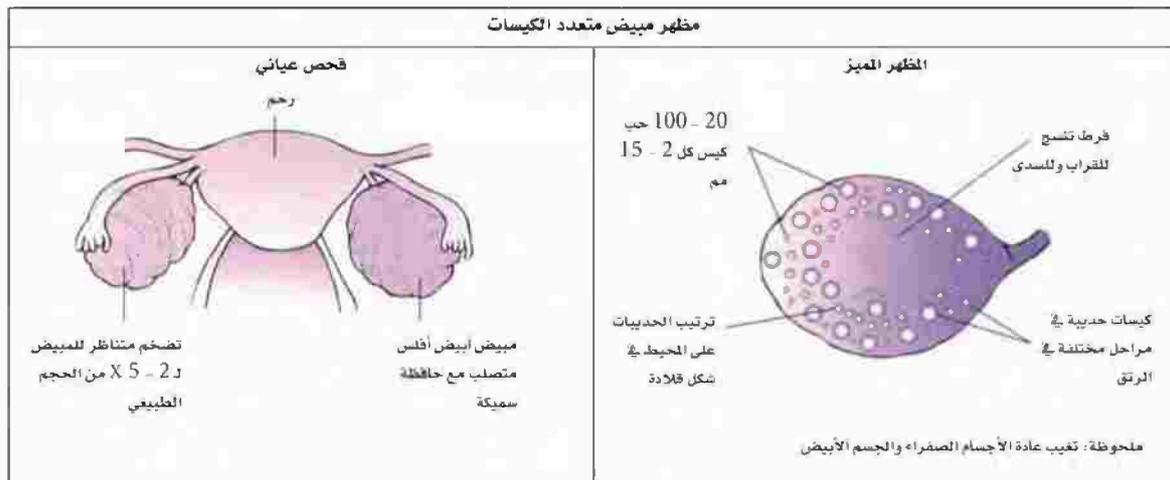
- الوصف: فقدان جميع الجريبات المبيضية مع توقف الطمث قبل بلوغ سن الأربعين.
- الأسباب: عيب مبيضي أساس ووجود خلايا متنوعة في التركيب الصبغي الوراثي والأمراض ذاتية المناعة (وَهْنٌ عَضَلِيٌّ وَيَل) والعلاج الكيماوي والإشعاع والالتهاب.
- العلاج: لا يوجد - ينبغي إعطاء علاج باستبدال هرمون الإستروجين ويجب عمل النمط النوعي في حالة تشخيص المرض قبل ٣٠ سنة.

متلازمة Ashrman (٥٪)

- الوصف: الالتصاقات داخل الرحم تتداخل مع النمو والذرف الطبيعي لبطانة الرحم.
- الأسباب: كحت عنيف للرحم في المراحل المبكرة من الرحم والتدرن الحوضي في الدول النامية.
- العلاج: انحلال والتصاقات داخل الرحم عن طريق تنظيم الرحم وتنبية بطانة الرحم بهرمون إستروجين.

متلازمة المبيض متعدد الكيسات

Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)



الشكل رقم (٢١)

- التعريف: اضطراب مغاير المنشأ لعدم إياضية مزمنة لا يوجد تفسير لسببها حيث يتم استبعاد الأسباب الثانوية (أورام جديدة مفرزة لمنشط الذكورة).
- الانتشار: ٤ - ٦٪ من النساء في سن الإنجاب.
- مسببات المرض: مجهولة: لم يتم تحديد أي جين أو مادة بيئية محددة.

التقييم التشخيصي

- السيرة الذاتية: ينبغي أن تركز السيرة المرضية على نمط الحيض وحالات الحمل السابقة (إذا وجدت) والأدوية التزامته والتدخين وتناول الكحول وجميع الأحوال الغذائية وتحديد أعضاء الأسرة المصابين بالسكري ومرض قلبي وعائي.
- الفحص الجسدي: ينبغي أن يبحث عن الصلع وحب الشباب وتضخم البظر وتوزيع شعر الجسم والشويكات المائلة إلى السواد وقد يؤكد الفحص بكلتا اليدين وجود تضخم بالمبيضين (الشكل رقم ٢١).
- الفحوصات المخبرية مثل تستيرون وDHEAS تعتبر مفيدة لتوثيق فرط إفراز مذاكرة المبيض وأيضاً تكون أورام المبيض المفرزة لمنشط الذكورة أو الغدة الكظرية دائماً مصحوبة بارتفاع مستويات منشط الذكورة الدائر ولكن لا يوجد هناك مستوى مطلق يعتبر اسم مرض للأورام أو مستوى أدنى يستبعد وجود ورم.
- الدراسات التصويرية مثل المخطط الصدوي بالمسح فوق الصوتي للحوض يمكن أن تستبعد وجود ورم صلب بالمبيض وقد تظهر مظهر مميز "متعدد الكيسات" للمبيضين (الشكل رقم ٢١).

الفيزيولوجيا المرضية (الشكل رقم ٢١)

- تمثل متلازمة المبيض متعدد الكيسات PCOS الرحلة الأخيرة من (حلقة مفرغة) لإحداث إفراز الغدد الصماء التي يمكن بدورها قي نقاط دخول عديدة متفرغة.
- لا يظل من غير الواضح فالحظ كان المرض الأولي يستقر في المبيض أو الوطاء (المهاد السريري) ولكن يبدو أن العيب الأساسي عبارة عن إشارة (غير متناسبة) للوطاء والغدة النخامية.
- تنشأ مستويات LH المرتفعة (وهي العلامة المميزة المتلازمة المبيض متعددة الكيسات) من تزايد إنتاج هرمون الإستروجين المبيض (التغذية الاسترجاعية الموجبة) وزيادة لإفراز (GnRH).
- تنشأ مستويات FSH المكبوتة عن تزايد إنتاج هرمون إستروجين المبيض (التغذية الاسترجاعية السلبية) وزيادة إفراز هرمون الشيط.

• تتميز متلازمة المبيض متعددة الكيسات (بحالة ثابتة) من مستويات هرمون LH المرتفعة بصورة مزمنة وهبوط في مستويات هرمون FSH المكبوت بصورة متزامنة بدلاً من الزيادة الحلقية والهبوط في الدورة الشهرية العادية (الفصل ٣).

• هرمون LH المتزايد ينبه خلايا المبيض السدوية والقرابية لزيادة إنتاج المنشطات الذكرية ويتم تحويل المنشطات الذكرية محيطياً. عن طريق الأرمته إلى هرمونات الإستروجين وعلى إدامة عدم الإباضة المزمّن.

• كنتيجة لتثبيط هرمون FSH فإن نمو الجريب الجديد يتم تنبيهه باستمرار ولكن يسبب عند نقطة التضج الإباضة الكاملة (ونادراً ما يتم كشف الجسم الأصغر والجسم الأبيض) وتساهم منشطات الذكورة المرتفعة في منع نمو جريب وحث الانسداد الخلفي المبسر.

• المبيض هو الموقع الرئيس للإنتاج المفرط لمنشط الذكورة وتؤدي الغدة الكظرية دوراً ثانوياً.

• الأنسجة الشحمية الزائدة عند المريضات المصابات بالبدانة تسهم في تعطير منشطات الذكورة خارج الغدة وهرمونات الإستروجين.

• هرمون التيسترون اللائي يزداد (ويسبب الشعرانية الدبب من النساء) نظراً لأن مستويات هرمون الجنس (SHBG) تنخفض في متلازمة المبيض متعدد الكيسات.

مظاهر إكلينيكية

• الحالات الطمئية الشاذة (١٠٪) تبدأ مباشرة بعد بدء الإحاضة وتشمل انقطاع الطمث الثانوي و/ أو قلة الطمث.

• الشعرانية (٧٠٪) يقصد بها ظهور نمط ذكوري زائد (أي نمو الشعر عند النساء) (الشفة العليا والذقن والصدر والظهر).

• تساهم البدانة (٥٠٪) بدرجة كبيرة في الحالات الاستقلابية الشاذة لمتلازمة المبيض متعدد الكيسات PCOS.

• يحدث العقم نتيجة لعدم الإباضة المزمّن (٧٥٪).

• الشوكية المائلة إلى السواد عبارة عن علامة جلدية لمقاومة الأنسولين وزيادة فرز الأنسولين (صدمة الأنسولين) وتتميز بلون أشيب بني، مخملي وأحياناً تآليل ملونة للجلد بالعتق والإربية والإبطين.

• متلازمة HAIR – AN

(فرط إفراز المذاكرة، مقاومة الأنسولين والشوكية المائلة إلى السواد) تشمل الآثار المتطرفة لفرط إفراز المذاكر المزمّن وعدم الإباضة المزمّن.

العقبولة طويلة المدى

- يمكن أن تنشأ أنسجة مرضية أو سرطان غدي (الفصل ٣٠) من التعرض المزمن لهرمون الإستروجين الرحمي.
- يزداد تحمل الجلوكوز أو داء السكري غير المعتمد على عدم الأنسولين بمقدار ٢ - ٥ أضعاف.
- حتى الأمراض الشائعة مرض القلب والأوعية واضطراب شحوم الدم.

العلاج

- موجه نحو انقطاع الدورة الدائمة لعدم الإباضة المزمن بسبب فرط إفراز المذاكر.
- يمكن أن يسبب نقص الوزن انخفاض في إفراز منشط الذكورة لدى النساء البدينات مع الشعرانية (نمو الشعر) وانخفاض تعبير هرمون الإستروجين المحيطي وانخفاض فرط فرز الأنسولين (صدمة الأنسولين).

العلاج الطبي

- ١- حبوب منع الحمل الفموية هي العمل الرئيس لعلاج متلازمة المبيض متعدد الكيسات على المدى الطويل وذلك عن طريق تخفيض إفراز هرمون (LH)، (FSH) وإنتاج المبيض لمنشطات الذكورة وزيادة إنتاج الكبد لهرمون (SHBG) وتخفيض مستويات هرمون (DHEA) ومنع حدوث أورام جديدة ببطانة الرحم وقد تكون عقاقير. Cyproterne acetate (معايير المملكة المتحدة). وعقار سيرونولاكوتون Spironolactone (عقار يعالج قصور القلب وضغط الدم والورمات) وعقار Eflornithine الموضوعي جميعها مفيدة للمريضات اللاتي يعانين من نمو متزايد للشعر.
- ٢- لقد اتضح أن هرمونات البروجستين تعمل على كبح هرمونات LH، FSH النخامية ومنشطات الذكورة الدائرة ولكن النزف المفاجئ يكون شائع الحدوث.

- ٣- العوامل ذات الحساسية للأنسولين (Metformin) تخفض مستويات منشط الذكورة الدائر. وتحسن معدل الإباضة وتحسن مستوى تحمل الجلوكوز غير أن هذه العقاقير غير مصرح باستخدامها حالياً لعلاج متلازمة المبيض متعدد الكيسات PCOS.

- ٤- عقار خلات الكلوميفين Clomiphene citrate (الفصل ٢٤) تقليدياً هو الخط الأول لعلاج النساء

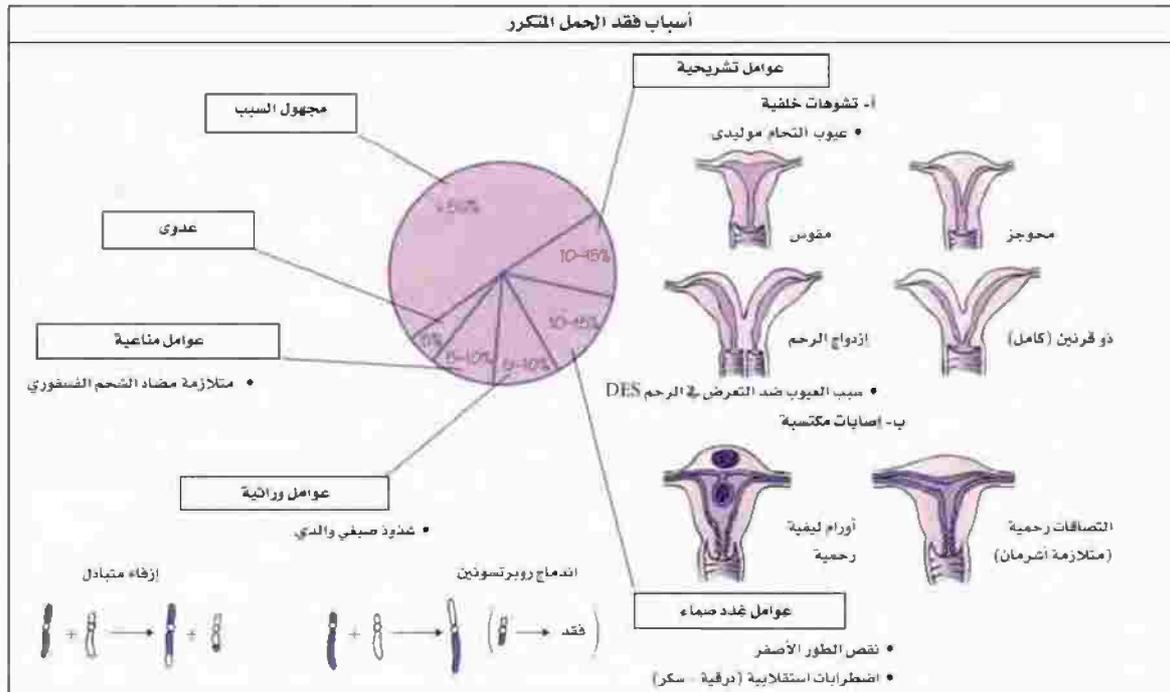
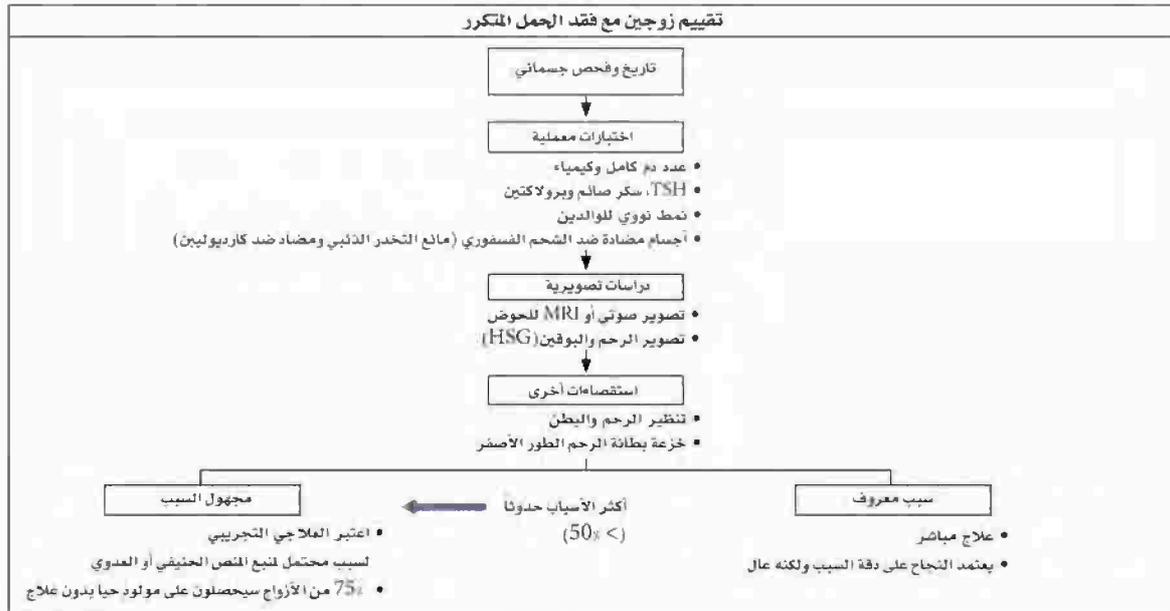
الراغبات في الحمل.

العلاج الجراحي

- ١- حفر المبيض بالليزر أو الإنفاذ الحراري له مزايا قليلة على العلاج الطبي للعقم ولا يبدو بأن له مزايا طويلة المدى في تحسين الحالات الاستقطابية الشاذة.
- ٢- الإزالة الميكانيكية للشعر (التبخير بالليزر) والتحلل الكهربائي والكريمات المزيلة للشعر هي غالباً ما تكون الخط الأول لعلاج الشعرانية (الزغب)

الفقدان المتكرر للعمل

Recurrent Pregnancy Loss



الشكل رقم (٢٢)

- التعريف: اثنان أو أكثر من حالات فقدان الحمل.
- الانتشار: ١٪ من مجموع النساء في سن الإنجاب.

التقييم التشخيصي للزوجين (الشكل رقم ٢٢)

• السيرة المرضية: يجب تقييم نمط الثلاثة الأشهر وخصائص فقدان الحمل السابق ويعتبر التعرض للسموم البيئية والعقاقير والالتهابات النسائية أو التوليدية السابقة واستبعاد احتمال قرابة الدم مهمة للسيرة المرضية.

- الفحص الجسدي يظهر دليلاً على مرض أمومي شامل أو حالات شذوذ رحمية.
- يجب استخدام الاختبارات المخبرية ودراسات التصوير الشعاعي بصفة فردية.

مسيبات المرض (الشكل رقم ٢٢ - باتجاه عقارب الساعة)

لن يكون هناك تغير واضح لمعظم الأزواج فيما يتعلق بالفقدان المتكرر للحمل والعديد من الأسباب المزعومة متناقضة وغالباً ما يستكشف مريضات الأطباء القلقين العلاجات التجريبية أو البديلة التي لها فوائد مشكوك فيها.

غامض السبب أو المنشأ (< ٥٠٪)

• يؤدي العلاج النفسي التعليمي والداعم دوراً مهماً نظراً لأن ٦٠ - ٧٠٪ من النساء اللاتي أنجبن ولادة واحدة حية سابقة على الأقل لن يحملن حملاً ناجحاً في المرة القادمة.

العوامل التشريحية (١٠ - ١٥٪)

• غالباً ما تكون الحالات الرحمية الشاذة مترافقة مع الثلاثة الأشهر الثانية لفقدان الحمل وتنشأ التشوهات الخلقية (الفصل ١٠) من شذوذ اندماج قناة (المولد) وللآفات المكتسبة أثر تناقص بدرجة أكبر وقد تكون المراجعة الجراحية مفيدة في بعض الحالات.

• عنق رحمي ناقص (الفصل ٥٥) أيضاً يعود سببه لفقدان الحمل في الأشهر الثانية بصفة رئيسة وقد يكون وضع الطوف مفيداً في مريضات معينات.

العوامل المتعلقة بالغدد الصماء (١٠ - ١٥٪)

• هناك زعم من أن قصور المرحلة الأصفرية (المتعلقة بالجسم الأصفر في المبيض) ينشأ عن قصور في إفراز هرمون البروجسترون من قبل الجسم الأصفر مما يؤدي إلى إعداد غير مناسب لبطانة الرحم للغرس و/ أو عدم

القدرة على المحافظة على الحمل المبكر وهناك ضرورة لأخذ عينتين من بطانة الرحم (خارج الرحلة الأصفرية) (حيث ينفصل تاريخ الفحص النسيجي عن تاريخ الدورة الشهرية بمقدار يومين) في الدورات الشهرية المتتابعة من أجل التشخيص وعادة ما يتم وصف الشهرية المتتابعة من أجل التشخيص وعادة ما يتم وصف هرمون البروجسترون التكملة غير أن الفائدة العلاجية تكون عرضة للتنبؤ.

• تحتاج الاضطرابات الاستقلابية (نقص نشاط الغدة الدرقية، ضعف التحكم في داء السكري ومتلازمة المبيض متعدد الكيسات PCOS) (الفصل ٢١) إلى التشخيص وعلاج المرض المستبطن كما أن الأمراض الصموية البسيطة لا تسبب الاضطرابات الاستقلابية.

العوامل الوراثية (٥ - ١٠٪)

• الحالات الكروموسومية الشاذة للوالدين هي السبب الوحيد المثبت للفقدان المتكرر للحمل. وأكثر حالات الشذوذ توتراً هي حالة النمط النووي وتوازن النقل الموجود في غالب الأحيان عند الشريك الأنثوي) و ٣/٢ من الحالات هي حالات تبادلية (تبادل الجزء المصبوغ في نواة الخلية - الكروماتين أو الصبغين) بين أي اثنين من الكروموسومات غير المتماثلة تركيبياً بدون فقدان المادة الوراثية). و ٣/١ روبرتسوني (التحتم الكروموسومات التي لديها قسيم مركزي قريب جداً من نهاية كروموسوم (مثالاً ١٣ و ١٤ و ١٥ و ٢١ و ٢٢) مع فقد واحد من القسمات المركزية وذراعين قصيرين) إجمالي خطر الإجهاض التلقائي في زوجين بإزفاء متوازن < ٢٥٪ والعلاج الوحيد هو طفل أنابيب (الفصل ٢٥) بحيمين أو بويضة من متبرع.

• قد يمثل اختلال الصبغة الصبغية الجينية المتكررة أحداثاً غير عشوائية لدى بعض الأزواج المؤهين. ومعظم حالات فقدان توازن الصبغيات هي نتيجة لتقدم عمر الأم وقد يكون التشخيص قبل الولادة عن طريق سحب عينة من سائل نسلي للفحص أو أخذ عينة من الحمل المشيمي مفيداً في بعض الأوضاع غير أن العلاج غير متوفر.

العوامل المناعية (٥ - ١٠٪)

• متلازمة مضاد الشحم الفسفوري ومضاد الأجسام هي عبارة عن اضطراب ذاتي المناعة يتميز بأجسام مضادة دائرة ضد الشحوم الفسفورية الغشائية وعلى الأقل متلازمة واحدة إكلينيكية (الفقد المتكرر للحمل، التجلط الذي لا يوجد له تفسير والموت الجنيني) ويتطلب التشخيص على الأقل اختباراً مصلياً تأكيدياً (مضاد للتخثر الذئبي ومضاد شحوم القلب) والعلاج المفضل هو أقراص الأسبرين زائد الهيبارين (أو بريدينزون) في بعض الحالات.

• **اختلاف المناعة** (الاختلافات المناعية بين الأفراد) التي تم اقتراحها كعامل بين الوالدين المتحيزين للأطفال تسبب فقدان متكرر للحمل ليس له تغير لحدوثه وفي أثناء الحمل العادي فإنه يعتقد بأن الجهاز المناعي للأم يدرك مولدات المضاد الجيني وإنتاج عوامل (سادة) لحماية الجنين. وقد يؤدي الفشل في إنتاج هذه العوامل الشاذة دوراً معيناً ولكن لا يوجد هناك دليل علمي مباشر لتأييد هذه النظرية وليس هناك اختبار تشخيصي محدد ولقد تم استخدام العلاج المناعي محاولة لتطوير تحمل المناعة لمولد المضاد الأبوي.

الالتهاب (٥٪)

لقد كانت الليسترية (جنس بكتيريا من الوتديات) وحيدة الجينات، الفطور المعوية البشرية، والمقوسات والفيروسات (الحلاء البسيط، الحمى المضخممة للخلايا والحصبة الألمانية) مترافقة بدرجة مختلفة مع الإجهاض التلقائي ولم يتم الإثبات أن أياً منهما تسبب فقدان متكرر للحمل ويمكن تشخيص المرض باستخدام مزرعات لعنق الرحم والعيارات الفيروسية أو معمل مضادات الأجسام ويمكن أن يكون العلاج المباشر في المضادات الحيوية مفيداً في حالة تحديد هوية العامل المسبب للمرض غير أن العلاج التجريبي بواسطة الدوكسيسيكليين Doxycycline أو الإثروميسين erythromycin يكون فعالاً من ناحية التكلفة.

العوامل الأخرى المحتملة

- السموم البيئية مثل التدخين والكحول وتناول القهوة بكثافة مترافقة مع خطر متزايد من الإجهاض التلقائي مع عدم فقدان متكرر للحمل.
- كما إن العقاقير مثل مضادات حامض الفوليك وحامض فاليرييك وازمزين والغازات المحذرة، Isotretinoin، tetrachloroethene ليست أسباباً مثبتة.

التكهن بعاقبة المرض

غالباً ما يكون الزوجان اللذين يتعرضان لحالة من فقدان الحمل المتكرر في حالة من القلق والإحباط وعلى حافة اليأس ولحسن الحظ فإن معدل احتمال ولادة حية يكون مرتفعاً ويتوقف النجاح على عمر الأم بصفة رئيسة وعدد الحالات السابقة لفقدان الحمل ويتوقف أيضاً على المسببات الدقيقة للمرض.