

الوجيز في الأمراض النسائية

obeikandi.com

الوجيز في

الأمراض النسائية

GYNECOLOGY

إعداد الدكتور

عماد محمد زوكار

تقديم الأستاذ الدكتور

محمد الطباع

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء

دار القدس للعلوم الطبعة العربية الأولى 2009

الحقوق

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد:

فيسعدنا أن نقدم للقارئ الكريم هذه السلسلة الجديدة التي أسمينها (سلسلة الوجيز)، وهي سلسلة تتناول المواضيع السريرية بشكل مختصر مفيد دون الغوص بالتفاصيل. إن الهدف الرئيس من هذه السلسلة هو تأمين مصدر سريع للمعلومات الطبية يستطيع الطالب من خلاله إجراء مراجعة سريعة لكم كبير من المعلومات خلال فترة قصيرة وتذكر النقاط الرئيسة لكل موضوع، وقد ابتعدت هذه السلسلة عن الكثير من المعلومات المفصلة التي توجد عادة في أمهات الكتب والتي يجب على القارئ الرجوع إليها للمزيد من التفاصيل.

تم تصنيف المعلومات في هذه السلسلة بطريقة مبسطة وسهلة واعتمد على تنسيق المعلومات ضمن فقرات صغيرة يسهل معها تذكر الموضوع.

إن سلسلة الوجيز تتناول مختلف مواضيع الطب الباطني وطب الأطفال والتوليد وأمراض النساء والجراحة وسيتم ترجمتها وإعدادها تباعاً.

نرجو أن نكون بعملنا هذا قد خطونا خطوة أخرى نحو بناء مكتبة طبية عربية تساعد طلاب الطب والأطباء ونأمل أن يجد القارئ الكريم المتعة والفائدة في هذه السلسلة.

والله ولي التوفيق

د. عماد زوكار

مقدمة الأستاذ الدكتور محمد الطباع

بسم الله الرحمن الرحيم

إن إيماننا راسخ بأن آخر هذه الأمة لا يصلح إلا بما صلح به أولها، وثقتنا وطيدة بأن هذه الأمة التي كانت في سابق من عهودها (خير أمة أخرجت للناس) قادرة، بعون من الله، على اعتلاء منبر الحضارة مجدداً. ولكن هل من سبيل إلى النهوض إلا بامتلاك ناصية العلم والثقافة، وهل يتم الأمر إلا بأن تتعلم الأمة بلغتها...

والطريق، وإن كان شاقاً، إلا أنه يبدأ بخطوة، والخطوة تردفها خطوات... وإذا بالمسيرة قد اكتملت، وإذا بالفجر قد انبلج... وإذا بالأمة جبينها وضاء.

وحتى تنتقل الأمة إلى حالة الإبداع والإسهام الفاعل في رفد مسيرة الحضارة الإنسانية، فلا بد لها من استيعاب وهضم ما أبدعته الأمم الأخرى، وهذا مما لا يضيرنا بشيء، فهذه هي سنة الله في الكون (وتلك الأيام نداولها بين الناس).

يمثل هذا الكتاب (الوجيز في طب النسائية) إضافة مهمة، ولبنة أخرى في بنيان التعلم الطبي باللغة العربية، وإسهاماً في نقل المعرفة الطبية إلى لغتنا الحبيبة، الأمر الذي من شأنه أن يمهد الطريق للارتقاء بنا مستقبلاً من مستوى الناقل إلى مستوى المبدع، ومن وهدة اليد السفلى إلى سمو اليد العليا.

فطوبى لمعلمي الناس الخير، وهمسة شكر نزجها لكل من أسهم بجهدٍ خيرٍ في إخراج هذا العمل إلى ساحة النور، وأخص بالشكر الدكتور عماد ودار القدس للعلوم التي عودتنا على متابعة كل ما هو جديد في المجال الطبي.

أ. د محمد الطباع

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء

جامعة دمشق

الوجيز في الأمراض النسائية

GYNECOLOGY

٦٣ الداء الحوضي الالتهابي	٧ I. مقارنة المريضة
٦٧ HIV عند النساء	٧ القصة المرضية
٦٧ متلازمة الصدمة السمية	٨ الفحص السريري
٦٨ الأخماج الجراحية والوقاية	٨ الاستقصاءات
٦٩ VIII. استرخاء الحوض	II. التشخيص التفريقي للشكاوي
٧٠ IX. الهبوط	١١ النسائية الشائعة
٧٠ هبوط الرحم	١١ المفرزات المهبلية
٧٠ هبوط قبة المهبل	١١ الحكة المهبلية/الفرجية
٧١ القيلة المثانية	١٢ التقرحات التناسلية
٧١ القيلة المستقيمة	١٢ اعتلال العقد اللمفية الإربية
٧١ القيلة المعوية	١٣ الكتل الحوضية
٧٣ X. السلس البولي	١٤ عسر الجماع
٧٣ السلس الجهدي	١٤ الألم الحوضي
٧٤ السلس التام	١٧ النزف الرحمي الشاذ
٧٤ السلس الإلحاحي	III. الأمراض الغدية التناسلية
٧٥ سلس البول بالإفاضة	٢٠ مراحل البلوغ
٧٦ XI. الأورام النسائية	٢٠ الدورة الطمثية
٧٦ الفرج	٢٢ البلوغ المبكر
٧٨ المهبل	٢٣ تأخر البلوغ
٨١ عنق الرحم	٢٤ انقطاع الطمث
٨٧ الرحم	٢٧ النزف الرحمي الشاذ
٩٣ المبيض	٢٨ النزف خلل الوظيفة الرحمية
١٠٠ البوق (أنبوب فاللوب)	٢٩ داء المبيض متعدد الكيسات
١٠٠ ورم الأرومة الغاذية الحملي	عسر الطمث
IXI. الجراحة التنظيرية	٣١ متلازمة ما قبل الطمث
١٠٧ في الأمراض النسائية	٣٣ الإيلاس
١٠٧ تنظير البطن	٣٥ العقم
١٠٨ تنظير الرحم	٤٠ منع الحمل
١٠٨ التشريح المتعلق بتنظير البطن	IV. الانتباذ البطاني الرحمي
XIII. العنف ضد المرأة	٤٤ V. الداء العضلي الغدي
	٤٧ VI. الحمل الهاجر
	٤٨ VII. الأخماج النسائية
	٥٢ المفرزات الفيزيولوجية
	٥٢ التهاب الفرج والمهبل غير الخمجي
	٥٣ التهاب الفرج والمهبل الخمجي
	٥٦ الأمراض النسائية المنتقلة جنسياً
	٦٢ التهاب غدة بارثولان

القصة المرضية HISTORY:

□ تشمل الهوية الشخصية، الشكوى الرئيسية، قصة المرض الحالي، السوابق المرضية، الأدوية، الأرجيات.. إلخ.

قصة الولادات:

□ عدد الحمل، عدد مرات الولادة، الإسقاطات العفوية، الإسقاطات العلاجية، المخاض.
□ السنة، المشفى، النتيجة، طريقة الولادة، جنس المولود، سن الحمل، الوزن، الاختلاطات.

الفصّة الطمثية:

□ آخر دورة طمثية طبيعية LNMP، الدورة الطمثية الأخيرة.
□ العمر عند بدء الإحاضة، الإياس.
□ مدة الدورة، انتظامها.
□ جريان الدم.
□ الأعراض المرافقة (الألم، متلازمة ما قبل الطمث).
□ النزف الطمثي الشاذ (بعث الجماع، بين الطموث).

الفصّة الجنسية:

□ العمر عند بدء النشاط الجنسي الأول.
□ عدد الشركاء الجنسيين.
□ قصة سوء المعاملة الجنسية أو الاغتصاب.

قصة منع الحمل:

□ طرق منع الحمل الحالية والماضية.
□ أسباب إيقاف منع الحمل.
□ المطاوعة.
□ الاختلاطات/ الفشل/ التأثيرات الجانبية.

الأخماج السائية:

□ الأمراض المنقولة جنسياً، الداء الحوضي الالتهابي (الهربس، المتدثرات، السيلان البني... إلخ).
□ التهاب المهبل، التهاب الفرج.
□ الآفات.
□ المعالجات، الاختلاطات. إلخ.

الإجراءات السائية:

□ آخر لطاخة بابانكيولاو Pap smear.

قصة لطاخة مهبلية شاذة.

المتابعة والمعالجة.

□ الجراحة البطنية أو النسائية.

□ الحمل الهاجرة السابقة.

الفحص السريري: PHYSICAL EXAMINATION:

□ الطول، الوزن، الضغط الدموي.

□ فحص الثدي.

□ فحص البطن.

□ فحص الحوض.

تأمل الأعضاء التناسلية الخارجية.

الفحص بالمنظار المهلي مع/دون إجراء اللطاخات والمسحات.

الفحص بالينين (الفحص المشترك بالجنس).

- حجم العنق، الانتظام (الاتساق)، الفوهة، الإيلام.

- حجم الرحم، الانتظام، الحياض، الوضعية، الشكل، الحركة، وجود كتل أخرى.

- الكتلة في الملحقات، الإيلام.

الفحص المهلي الشرجي.

الفحص الشرجي.

الاستقصاءات: INVESTIGATIONS:

الموية:

□ تعداد الدم الكامل (تقييم النزف الرحمي الشاذ، الاستقصاء قبل العمل الجراحي).

□ البيتا hCG (موجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية).

استقصاء احتمال الحمل أو الحمل الهاجر، إجراءات التشخيص للـ GTN (أورام الأرومة الغاذية

الحملية).

المراقبة بعد التنبير الطبي للحمل الهاجر وفي الـ GTN لتقييم الشفاء والنكس.

□ LH، FSH، TSH، PRL (البرولاكتين).

انقطاع الطمث، عدم انتظام النورات الطمثية، الإياس، العقم ... إلخ.

النسوية:

□ فائق الصوت:

يزود فائق الصوت عبر المهبل بتفاصيل معززة عن البنى المتوضعة قرب قمة المهبل أي البنى

داخل الرحم والملحقات.

يمكن استخدامه من أجل:

- الألم الحوضي الحاد أو المزمن.
- نفي أو إثبات الحمل الهاجر، الحمل داخل الرحم.
- تقييم الكتل الرحمية والمبيضية وكتل الملحقات (أي الكتل الصلبة أو الكيسية).
- سماكة الرحم.
- مراقبة الجريب أثناء الإخصاب المساعد.

□ تصوير الرحم والبوق:

صورة شعاعية تؤخذ بعد إدخال مادة ظليلة عبر العنق إلى الرحم.
تسير المادة الظليلة عبر البوق إلى جوف الصفاق إذا كان البوق سالكاً.
يستخدم لتقييم حجم وشكل الرحم وانسداد نفير فالوب.

□ تصوير الرحم النصواتي (بالأمواج) Sonohystography:

يتم تسريب المحلول الملحي إلى جوف الرحم تحت الرؤية بواسطة فائق الصوت، وهذا يؤدي إلى توسيع بطانة الرحم ويسمح برؤية الرحم ونفير فالوب في الجهتين.
مفيد لاستقصاء النزف الرحمي الشاذ، والموجودات في بطانة الرحم غير المؤكدة التي كشفت بفائق الصوت المهبلي، والعقم والثذوات الرحمية المكتسبة/الخلقية (الرحم ثنائي القرن/أحادي القرن، الرحم المزودج، الرحم المقوس).

سهل الإجراء وقليل التكلفة، وجيد التحمل جداً وهو حساس ونوعي.
أكثر دقة من تصوير الرحم والبوق وكثيراً ما يجنب الحاجة لتنظير الرحم.

خرعة السييل الساسي:

□ خرعة الفرج:

تجرى تحت التخدير الموضعي.
خرعة كاي Keye أو خرعة المقرضة.
يتم إجراء الإرقاء الدموي بالضغط الموضعي أو بواسطة محلول مونسيل Monsel (محلول تحت سلفات الحديدك) أو نيترات الفضة.

□ خرعة المهبل والعنق:

خرعة المقرضة أو الخرعة بالملقط.

لا حاجة للتخدير بصورة عامة.

يتم الإرقاء بواسطة محلول مونسيل.

□ خرعة بطانة الرحم:

تتم في العيادة باستخدام مكشطة مص البطانة الرحمية (Pipelle).
- أنبوب مجوف يوجه عبر العنق ويستخدم لرشف قطع من بطانة الرحم (جيد التحمل).

يمكن إجراء طريقة أخرى أكثر بضعاً باستخدام توسيع العنق وإجراء التجريف.

تظير المهبل Colposcopy:

□ الاستخدامات التشخيصية:

السماح برؤية مظهر مكبر للبنى السطحية من الفرج والمهبل والعنق.
تستخدم مرشحات خضراء خاصة تسمح برؤية الأوعية بشكل أفضل.
تطبيق الغسيل بمحلول حمض الأسيتيك ١% الذي يجفف الخلايا ويظهر مناطق بيضاء من زيادة الكثافة النووية (مظهر شاذ) أو المناطق ذات التبدلات الظهارية.
إجراء الخزعة للأفات المرئية أو الآفات التي ظهرت بعد تطبيق حمض الأسيتيك مما يسمح بالكشف المبكر عن خلل التنسج والأورام.

□ الاستخدامات العلاجية:

المعالجة القارية Cryotherapy:

- تدمير النسيج بواسطة التجميد.
- تستخدم لعلاج الثآليل التناسلية وتبدلات خلل التنسج.
- الليزر.

الاستئصال المخروطي Conization للعنق.

- يتضمن المنطقة الانتقالية العنقية وقناة باطن عنق الرحم.
- تشمل الطرق استخدام الاستئصال بالليزر أو السكين الباردة أو التخثير الكهربائي.

II. التشخيص التفريقي للشكاوي النسائية الشائعة

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF COMMON GYNECOLOGICAL COMPLAINTS

المفرزات المهبلية VAGINAL DISCHARGE:

الفيزيولوجية:

- المفرزات المهبلية الطبيعية (منتصف الدورة).
- حالات زيادة الأستروجين مثل الحمل، BCP (حبوب منع الحمل).

الخمجية:

- التهاب المهبل والفرج بالمبيضات (المبيضات البيض).
- التهاب المهبل بالمشعرات (المشعرات المهبلية).
- الداء المهبلي الجرثومي (الغاردنيريلة المهبلية).
- المتثرات (الكلامينيا).
- السيالان البني.
- التهاب غدة بارثولان أو خراج غدة بارثولان.
- الداء الحوضي الالتهابي.

الورمية:

- VAIN (الأدينوكارسينوما المهبلية في الموضع).
- كارسينوما الخلايا الشائكة المهبلية.
- كارسينوما عنق الرحم الغازية.
- كارسينوما نفيير فالوب (البوق).

أسباب أخرى:

- التهاب المهبل الأرجي/التخريشي.
- الجسم الأجنبي.
- التهاب المهبل الضموري.
- الناسور المهبل المعوي.

الحكة المهبلية/الفرجية VAGINAL/VULVAR PRURITUS:

الأسباب الخمجية:

- التهاب المهبل والفرج بالمبيضات.
- التهاب المهبل بالمشعرات.
- الهربس التناسلي (HSV).

أسباب أخرى:

- التهاب المهبل بعد الإياس أو التهاب المهبل الضموري.
- التهاب المهبل الكيماوي.
- حثل فرط التنسج.
- الحزاز المتصلب.
- كارسينوما الفرج.

التقرحات التناسلية GENITAL ULCERATIONS:

الأسباب الخمجية:

□ المولمة:

الهربس التناسلي (HSV).

القريح (الفرح اللين) Chancroid (المستعديات النوكرية).

□ غير المولمة:

الإفرنجي (اللوبيات الشاحبة).

الورم الحبيبي الإربي (المغدة الورمية الحبيبية).

الورم الحبيبي اللمفي الزهري (المنقول جنسياً)، (المتثرة التراخومية، الأنماط المصلية L₁، L₃).

الأسباب الورمية:

□ كارسينوما الفرج.

أسباب أخرى:

□ الرض.

□ الجسم الأجنبي.

□ داء بهجت (مرض مناعي ذاتي يؤدي إلى تقرحات فموية وتناسلية مع آفات عينية سطحية).

اعتلال العقد اللمفية الإربية:

INGUINAL LYMPHADENOPATHY:

الأسباب الخمجية:

□ HSV.

□ الإفرنجي.

□ القريح.

□ الورم الحبيبي الإربي (المغدة الورمية الحبيبية D.granulomatis).

الأسباب الخبيثة:

□ كارسينوما الفرج.

□ كارسينوما المهبل.

□ كارسينوما الشرج.

□ اللفوما.

الكتل الحوضية PELVIC MASS:

الرحم غير متاظر:

□ الورم العضلي الأملس.

□ الساركوما العضلية الملساء.

الرحم متاظر:

□ الحمل.

□ النداء العضلي الغدي Adenomyosis.

□ كارسينوما بطانة الرحم.

النس في الملحقات (النس المبيضية):

□ كيسة الجسم الأصفر.

□ الكيسة الجريبية.

□ الكيسة اللوتينية القرابية Theca lutein cyst.

□ الورم البطاني الرحمي.

□ الكيسة الالتهابية (الخراج المبيضي البوقي).

□ الورم اللوتيني في الحمل.

□ المبيض متعدد الكيسات.

□ الأورام السليمة (أشيعها الكيسة الجلدية Dermoid).

□ الأورام الخبيثة (أشيعها أورام الركمة المبيضية Granulosa Cell tumour).

النس في الملحقات (غير المبيضية):

□ الكتل النسانية:

الحمل الهاجر.

الالتصاقات الحوضية.

الكيسات المجاورة للبوق.

تقيح البوق/ استسقاء البوق.

الورم العضلي الأملس أو الورم الليفي.

أورام البوق الأولية.

□ الكتل الهضمية:

خراج الزائدة الدودية.

خراج الرتوج.

داء الرتوج/التهاب الرتوج.

كارسينوما المستقيم/الكولون.

□ الكتلة البولية التناسلية:

المثانة الممتدة.

الكتلة الحوضية.

كارسينوما المثانة.

عسر الجماع DYSpareunia:

□ التهاب المهبل الضموري.

□ التهاب المهبل الكيماوي.

□ الحزاز المصب.

□ التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات.

□ التهاب المهبل بالمشعرات.

□ الداء الحوضي الالتهابي الحاد أو المزمن.

□ الانتباز البطاني الرحمي Endometriosis.

□ الأورام الليفية Fibroids.

□ الداء العضلي الغدي Adenomyosis.

□ التشنجات الخلقية في المهبل مثل الحجاب المهبلي.

□ قد تسبب الرحم المنقلبة للخلف Retroverted والمنعطفة للخلف Retroflexed عسر الجماع.

□ الكيسات/الأورام المبيضية.

□ الرحم المنقلبة للخلف العرضية.

□ الرض النفسي.

□ تشنج المهبل Vaginismus.

□ ألم الفرج Vulvodynia.

الألم الحوضي PELVIC PAIN:

الألم الحوضي الحاد:

□ الأسباب النسائية:

الحمل الهاجر.

الإجهاض: المنسي، الإلتنائي.. إلخ.

تمزق كيسة مبيضية.

انفتال البوق أو المبيض.

النزف ضمن كيسة المبيض، الورم.

تنكس الورم الليفى.

انفتال الورم الليفي المسوق Pedunculated.

الداء الحوضي الالتهابي الحاد.

ألم الإباضة Mittelschmerz (ألم الإباضة الذي يحدث عند تمزق الجريبات إلى المسافة الصفائية).

□ الأسباب غير النسائية:

التهاب الزائدة.

خمج السبيل البولي – التهاب المثانة، التهاب الحويضة والكلية.

المغص الكلوي.

التهاب العقد اللمفية المسارية.

التهاب التروج.

الداء الحوضي الالتهابي.

الألم الحوضي المزمن:

□ هو الألم الحوضي الذي يستمر أكثر من ٦ شهور.

□ الأسباب النسائية:

الداء الحوضي الالتهابي المزمن.

الانتباز البطاني الرحمي.

الداء العضلي الغدي.

كارسينوما عنق الرحم الغازية (مرحلة متأخرة).

الورم العضلي الأملس.

هبوط الرحم.

الالتصاقات.

الألم الحوضي الدوري.

- عسر الطمث الأولي.

- عسر الطمث الثانوي.

متلازمة البقايا المبيضية.

متلازمة الاحتقان الحوضي.

الكيسة المبيضية.

□ الأسباب غير النسائية:

الألم الراجع.

الاحتباس البولي.

المتلازمة الإحليلية.

الأورام الثابتة في السبيل المعدي المعوي.

متلازمة الأمعاء المتهيجة.

الانسداد المعوي الجزئي.

الداء المعوي الالتهابي.

التهاب الرتوج.

تشكل الفتق.

احتجاز العصب.

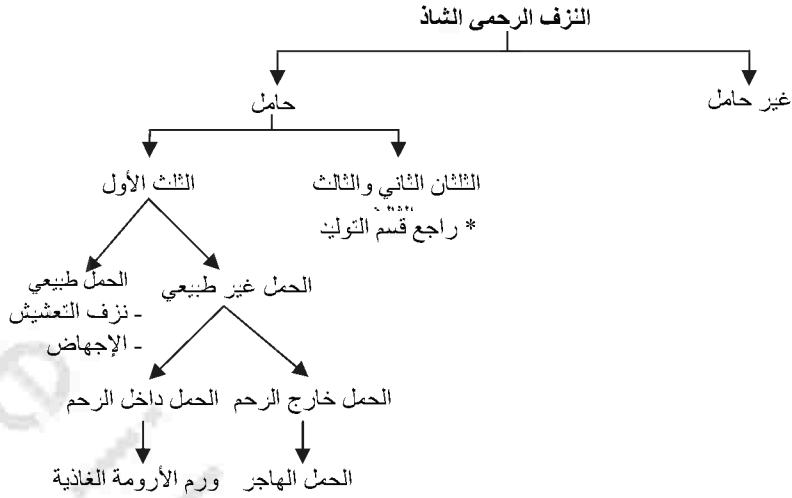
الإمساك.

الرض النفسي.

- ٢٠% من أسباب الألم الحوضي المزمن ناجمة عن قصة اغتصاب

أو سوء معاملة جنسية سابقة.

النزف الرحمي الشاذ: ABNORMAL UTERINE BLEEDING



تختلف الأسباب الشائعة حسب المجموعة العمرية:

* سن الإياس:

اللاإباضة.

الورم الليفي.

السليلات العنقية والرحمية.

خلل الوظيفة الدرقية.

* بعد سن الإياس:

سرطان بطانة الرحم حتى يثبت العكس.

آفات بطانة الرحم الأخرى.

استخدام الهرمونات الخارجية.

التهاب المهبل الضموري.

الأورام الأخرى (الفرج، المهبل، عنق

الرحم).

* المراهقات:

اللاإباضة.

استخدام الهرمونات الخارجية.

الاعتلال التخثري.

* سن الإنجاب:

اللاإباضة.

استخدام الهرمونات الخارجية.

الأورام الليفية.

السليلات العنقية والرحمية.

خلل الوظيفة الدرقية.

الشكل (١) مقارنة النزف المهبل الشاذ.

الأسباب السائبة:

□ زيادة النزف مع الطمث:

السليلات.

الداء العضلي الغدي.

الورم العضلي الأملس.

الانتباز البطاني الرحمي.

اللؤلؤ.

□ النزف التالي لغياب الدورة الطمثية:

الحمل الهاجر.

الإجهاض: المنسي، التهديد بالإسقاط، الحتمي، الناقص، التام.

نزف التعشيش.

داء الأرومة الغاذية Trophoblastic disease.

البوليب المشيمي.

□ النزف غير المنتظم:

نزف خلل الوظيفة الرحمية.

داء المبيض متعدد الكيسات.

التهاب الفرج والمهبل.

الداء الحوضي الالتهابي.

الأورام السليمة أو الخبيثة في الفرج أو المهبل أو عنق الرحم أو الرحم.

الخبثاء المبيضية.

اللاإباضة (مثل انقطاع الطمث الناجم عن الكرب).

استخدام مانعات الحمل الفموية.

السليلات.

□ النزف ما بعد سن الإياس:

كارسينوما بطانة الرحم حتى يثبت العكس.

التهاب المهبل الضموري (أشيع سبب).

الخبثاء المبيضية.

الأورام السليمة أو الخبيثة في الفرج أو المهبل أو عنق الرحم.

سحب الأمستروجينات الخارجية.

ضمور بطانة الرحم.

السليلات في بطانة الرحم/في باطن عنق الرحم.

فرط تنسج بطانة الرحم.

الرض.

السليلات.

الحزاز المصلب.

الأسباب غير السانبة:

- المرض الدرقي (فرط أو قصور الدرقية).
- المرض الكبدي المزمن.
- داء فون ويليراند.
- الالبضااض.
- فرفرية نقص الصفيحات مجهول السبب.
- فرط الطحالية.
- النزف المستقيمي أو الإحليي.
- القصور الكلوي.
- قصور الكظر وفرط نشاط الكظر.
- الأدوية: السيرونولاكتون، الدانازول، الأدوية النفسية.
- السرطان الانتقالي.

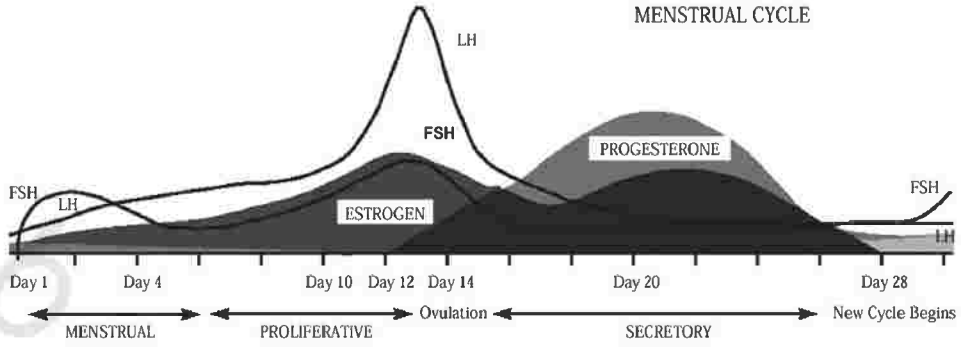
مراحل البلوغ:

١. النمو المتسارع.
 ٢. النهود Thelarche (تبرعم الثدي).
 ٣. بدء البلوغ والبدء الكظري (نمو شعر الإبط والعانة).
 ٤. النمو الأقصى (ذروة سرعة النمو).
 ٥. بدء الإحاضة.
- مراحل تانز (راجع قسم الأطفال).

الدورة الطمثية MENSTRUAL CYCLE:

الخصائص:

- بدء الإحاضة بعمر ١١-١٤ سنة.
- الدورة الطمثية الكاملة 28 ± 7 أيام، ويستمر الطمث ١-٦ أيام.
- تعدد الطموث: Polymenorrhea إذا كانت الدورة الطمثية أقل من ٢١ يوماً.
- قلة الطموث: Oligomenorrhea إذا كانت الدورة الطمثية أكثر من ٣٥ يوماً.
- يفقد في كل دورة طمثية ٢٥-٦٠ مل من الدم.



- يحرض الأستروجين دفقة ال LH المسؤولة عن الإباضة.
- بعد الإباضة يتم إنتاج البروجستيرون بواسطة الجسم اللوتيني، ويؤدي هذا البروجستيرون إلى تنبيه التبدلات الإفرازية في بطانة الرحم.
- يؤدي تقهقر الجسم الأصفر إلى نقص البروجستيرون.
- يؤدي تناقص البروجستيرون إلى تنبيه النخامية لإنتاج ال FSH و LH.
- من اليوم (١) حتى اليوم (٧-١٠): حدوث الطمث، ترتفع مستويات FSH و LH.
- يؤدي ارتفاع ال FSH إلى تنبيه نمو عدة جريبات في المبيض ونضج البويضة.
- ينبه ال FSH وال LH المرفوع الجريبات لإنتاج الأستروجين.
- يسبب الأستروجين تكاثراً في بطانة الرحم وتنبه أكثر نضج البويضة.

المنش ٢ : المستويات الهرمونية خلال الدورة الطمثية الطبيعية.

الطور النفثري/الجريبي:

- يمت من اليوم الأول من الطمث حتى الإباضة.
- متغير المدة.
- انخفاض حرارة الجسم الأساسية.
- طور أستروجيني.
- بدء تطور بطانة الرحم.
- تطور الجريب المبيضي.

طور الإباضة:

- تؤدي دفقة ال LH إلى حدوث الإباضة (١٤ يوماً قبل بداية الطمث).
- ترتفع الحرارة (٠.٥-١ درجة مئوية).
- يشاهد بالمجهر زيادة المخاط العنقي اللاخوي مع تخطيط المخاط Spinnbarkeit (خيوط مطاطة طويلة تشاهد خلال فترة الإباضة على العكس من باقي فترات الدورة التي يكون فيها المخاط صافياً وقليل اللزوجة والكمية) والتسرخس Ferning مع ال KOH.

الطور الإفرازي/اللوتهيني:

- يمت من الإباضة إلى بداية الطمث.

- طوله ثابت: ١٤ يوماً.
- يتشكل الجسم الأصفر.
- يفرز الأستروجين والبروجسترون من الجسم الأصفر.
- يؤدي البروجسترون إلى تهيئة بطانة الرحم لتعشيش المضة.
- في حال عدم حدوث الحمل يحدث سحب للبروجسترون وهذا ما يسبب تقبض الشرايين الحزونية وحدوث الإقفار مع النخر في بطانة الرحم وبالتالي حدوث الطمث.
- في الوقت الذي تبدأ فيه بطانة الرحم بالانطراح تكون الظهارة السطحية قد بدأت للتو بالتجدد.

البلوغ المبكر PRECOCIOUS PUBERTY:

العريف:

- هو بداية البلوغ قبل سن ٨ سنوات.
- نسبة حدوث ١/١٠٠٠٠.
- **البُوغ المبكر متماثل الجنس Isosexual (انظر الجدول ١).**
- هو النضج الجنسي المناسب لجنس الشخص المحدد وراثياً.
- البلوغ الحقيقي مقابل البلوغ الكاذب.
- ينجم عن زيادة إنتاج موجهات الغدد التناسلية (الغونادوتروبين) الثانوي للتفعيل الباكر لمحور الوطاء – النخامي – الغدد التناسلية (HPG-A).
- تكون المستويات الهرمونية طبيعية مثل المستوى عند البالغات مع تطور كل الصفات الجنسية الثانوية.

الجدول (١): تصنيف البُوغ المبكر متماثل الجنس.		
البُوغ الكاذب	المركزي (١٠%)	البنيوي (٩٠%)
الأستروجين خارجي المنشأ أو الورم المفرز للأستروجين، قصور الدرقية، متلازمة مارك كون أليزيت، متلازمة بوتز – جيغرز.	الورم، الآفة الانسدادية، الداء الحبيبي، الخمج، الورام الليفي العصبي، رض الرأس. كل ما يتداخل مع التثبيط الطبيعي لتحرر GnRH من الوطاء.	التثبيط الباكر مجهول السبب للـ HPG-A. الإناث/الذكور = ١/٥.
لا يحدث تطور للوظيفة التناسلية الطبيعية.		

□ التشخيص:

- إجراء معايرة لمستويات LH و FSH.
- مزداة ← سبب مركزي.
- ناقصة/طبيعية ← أستروجين خارجي.

DHEAS ، TSH

العمر العظمي.

تفريسة الـ CT.

□ المعالجة:

ناهضات (مقلدات) GnRH (Lupron) (التقييم الراجع السلبي من أجل التنظيم الأدنى downregulate لمستقبلات GnRH).

البُوغ المبكر مفاير الجنس:

- تطور الصفات الجنسية الثانوية بشكل معاكس للجنس المحدد وراثياً.
- مثلاً الورم المذكر Virilizing (المبيضي، الكظري)، فرط تنسج الكظر الخلقي، التعرض للأندروجين الخارجي.

تأخر البلوغ DELAYED PUBERTY:

النميرف:

- غياب حوادث البلوغ الطبيعي في عمر يزيد بمقدار ٢.٥ انحرافاً معيارياً عن العمر الوسطي.
- غياب النهود Thelarche بعمر ١٣ سنة.
- غياب بدء الإحاضة بعمر ١٥ سنة.

الأسباب:

□ القصور المبيضي:

- قصور الغدد التناسلية مفرط الغونادوتروبين.
- مع أو دون نمط نووي شاذ (مثل متلازمة تورنر XO٤٥).

□ القصور النخامي الوطاني:

- قصور الغدد التناسلية ناقص الغونادوتروبين:
- العكوس: التأخر الفيزيولوجي، فقد الوزن/القمة.
- غير العكوس: عوز الـ GnRH، قصور النخامية.

□ متلازمات المخرج Outlet syndrome:

- الحالة القندية سوية eugonadism.
- الحجاب المهبل، عدم انتقاب غشاء البكارة.

النميرف:

- القصة.
- مخططات الطول والوزن السابقة.
- المعالم البلوغية عند الوالدين والأشقاء.
- الفحص السريري (بما فيه الطول والوزن).
- مرحلة تانر.
- يجب نفي التشوهات التشريحية (إجراء فائق الصوت).

□ مستويات الغونادوتروبين المصلي.

□ العمر العظمي.

□ صور الجمجمة.

انقطاع الطمث AMENORRHEA:

مقاربة انقطاع الطمث:

انقطاع الطمث الأولي:

□ غياب الطمث في عمر ١٥ سنة.

انقطاع الطمث الثانوي:

□ غياب الطمث لمدة تتجاوز ٦ شهور بعد حدوث بدء الإحاضة الموثق.

الفصّة والفحص السريري:

□ مرحلة تانر.

□ وجود الأثداء؟

□ وجود الرحم؟

□ نفي احتمال الحمل؟

الاستقصاءات: انظر الجدول (٣).

□ اختبار تحدي البروجستيرون لتقييم حالة الأستروجين:

المينروكسي بروجستيرون أسيتات (10 Provera) ملغ مرة واحدة يومياً لمدة ١٠ أيام.

إذا حدث نزف السحب فهذا يدل على كفاية الأستروجين.

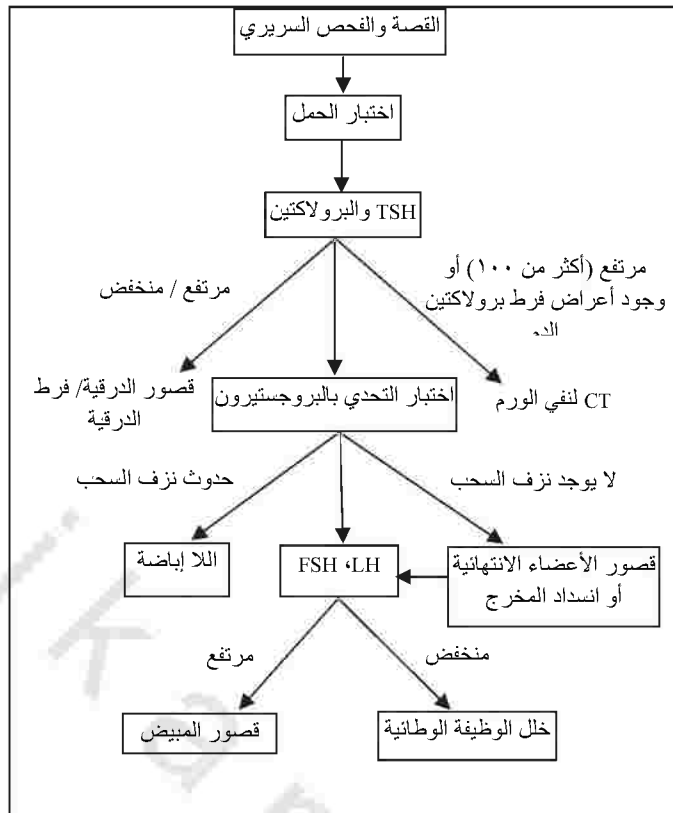
إذا لم يحدث أي نزف فهذا يدل على نقص الأستروجينية.

□ إجراء النمط النووي إن كان مستطباً.

□ إجراء فائق الصوت لنفي الكيسات وداء المبيض متعدد الكيسات.

الجدول (٢) أسباب انقطاع الطمث الأولي والثانوي.

الأسباب التشريحية	القصور المبيضي	الأمراض الغدية الصماوية	أسباب أخرى
الحمل. الإلتصاقات. خلل تكون الغدد التناسلية (غياب الرحم، المبيضان موجودان). عدم انتقاب غشاء البكارة. الحجاب المهبلي. ورم الأرومة الغازية الحملي.	الإياس. الجراحة، الإشعاع، المعالجة الكيميائية. أسباب صبغية: - متلازمة تورنر (XO). - متلازمة عدم الحساسية للأندروجين (XY). - متلازمة المبيض المقاوم.	أورام النخامية/الوطاء. فرط بروتين الدم. عوز الغونادوتروبين المعزول. فرط الأندروجين: - PCOD. - الورم المبيضي أو الكظري. - حقن التستوستيرون. - قصور الدرقية. - داء كوشينغ.	الشدة. القمة. التالي لحبوب منع الحمل. المرض. التمرين.



الشكل (٣): المقاربة التشخيصية لانقطاع الطمث.

المعالجة:

□ خلل الوظيفة الوطانية:

إيقاف الأدوية، تخفيف الكرب، التغذية الجيدة، إنقاص التمارين الشديدة.
إعطاء الكلوميفين سيتترات Clomiphene citrate (الكلوميد Clomid) في حالة الرغبة بالحمل.
في الحالات الأخرى تعطى حبوب منع الحمل لتحريض الطمث.

□ فرط بروتين الدم:

البروموكريبتين.

الجراحة في حالة الورم الغدي الكبير.

□ القصور المبيضي الباكر:

معالجة الأمراض المناعية الذاتية المرافقة.

معالجة الإعضاء الهرمونية الوقاية من تداخل العظام والتظاهرات الأخرى لحالة نقص الأستروجين.

□ نقص الأستروجينية:

الطابع النووي.

استئصال نسيج الأقنود إذا كان الصبغي Y موجوداً.

□ المبيض متعدد الكيسات:

راجع قسم داء المبيض متعدد الكيسات.

النزف الرحمي الشاذ ABNORMAL UTERINE BLEEDING:

□ ينجم في ٩٠% من الحالات عن اللاإباضة، ويتوافق في ١٠% مع الإباضة.

غريرة الطموث/الرف الطمئي:

□ النزف الطمئي الدوري الشديد في مدته (أكثر من ٧ أيام) أو كميته (أكثر من ٨٠ مل).

داء العضلي الغدي.

الانتباز البطاني الرحمي.

الورم العضلي الأملس.

فرط تنسج بطانة الرحم أو السرطان.

قصور الدرقية.

قمة الطمث Hypomenorrhea:

□ نقص الجريان الطمئي أو التبقيع Spotting المهلي.

حبوب منع الحمل.

تباعد (ندرة) الطموث Oligomenorrhea:

□ نزف مهلي دوري يحدث بفواصل أكثر من ٣٥ يوماً.

يترافق عادة مع اللاباضة.

تقارب (تغذ) الطموث Polymenorrhea:

- نزف مهبلي دوري يحدث بفواصل أقل من ٢١ يوماً.
- يترافق عادة مع اللاباضة.

الزف الرحمي Metrorrhagia:

- النزف الرحمي الحادث بين الطموث.
- مرض عضوي.
- سرطان أو سليلات عنق الرحم/بطانة الرحم.
- اللاباضة.
- سحب الأستروجين.

غرارة الزف الرحمي Menometrorrhagia:

- هو نزف رحمي غير منتظم التواتر وكذلك يكون كبير الكمية.
- المرض العضوي.
- الشنوذ الغدي.
- الحمل الباكر.

الزف بع الإياس:

- هو أي نزف يحدث بعد أكثر من سنة من الإياس.
- الاستقصاءات:
- عينة من بطانة الرحم (الخزعة أو التجريف).
- تصوير الرحم التصواتي Sonohystogram مع فائق الصوت لقياس سماكة البطانة الرحمية والسيالات.
- تنظير الرحم.

نزف خلل الوظيفة الرحمية:

:DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING (DUB) :

- هو نزف شاذ دون وجود سبب عضوي (يتم التشخيص بالنفي).
- يجب نفي: الاعتلال الدموي، خلل الوظيفة الدرقية، الخبائة، داء المبيض متعدد الكيسات، الانتباز البطاني الرحمي، الداء الحوضي الانتهابي، الأورام الليفية، الأستروجين غير المعاكس Unopposed، السليلات.
- مجموعة المراهقات:

- يكون الDUB ناجماً عن عدم نضج الوطاء مع اضطراب إفراز الLH و FSH والأستروجين والبروجسترون.

سن الإنجاب:

□ يكون الـ DUB ناجماً عن زيادة أو نقص مستوى البروجستيرون.

حول سن الإباض:

□ يكون الـ DUB ناجماً عن زيادة المقاومة المبيضية للـ LH والـ FSH.

□ **المعالجة:**

في حال وجود فقر الدم، يتم إعطاء الحديد.

الـ DUB الخفيف.

- حبوب منع الحمل حبة واحدة ثلاث مرات يومياً لمدة ١٠ أيام ثم حبة واحدة يومياً لمدة ٤-٦ شهور أو:
- الميڤروكسي بروجستيرون أسيتات (5-10 Provera) ملغ يومياً خلال الـ ١٠-١٤ يوماً الأولى من كل شهر.

الـ DUB الشديد:

- إعاضة ضياع السوائل.

- الميڤروكسي بروجستيرون أسيتات (10 Provera) ملغ للأيام ٧-١٠ التالية.

- الـ DUB الحاد الشديد: يعطى الأستروجين (25 Premarin) ملغ وريدياً كل ٤-٦ ساعات.

المعالجة الجراحية:

- خزعة بطانة الرحم (من أجل التشخيص).

- التوسيع والتجريف.

- اجتثاث Ablation بطانة الرحم بعد المعالجة المسبقة بالاندازول أو ناهضات (مقدات) GnRH.

- استئصال الرحم.

النقيع في منتصف الدورة Mid-cycle spotting:

□ قد يكون فيزيولوجياً ناجماً عن هبوط الأسترايول في منتصف الدورة.

النقيع قبل الطمث:

□ قد يكون بسبب عوز البروجستيرون أو الإنتباز البطاني الرحمي أو الداء العضلي الغدي والأورام الليفية.

داء المبيض متعدد الكيسات:

POLYCYSTIC OVARIAN DISEASE:

الظواهر السريرية:

□ العمر الوسطي ١٥-٣٠ عاماً.

□ اللاإباض.

□ الشعرانية.

□ العقم.

إنقاص إفراز الأندروجين المبيضي: حبوب منع الحمل (استخدم القطع الإسفيني Wedge في الماضي).

إنقاص تشكل الأسترون في المحيط: إنقاص الوزن.

تعزيز إفراز ال-FSH: الكلوميدين، hMG (البيرغونال Pergonal)، LHRH، ال-FSH المنقى.

□ الوقاية من فرط تنسج بطانة الرحم: البروجستيرون (Provera)، حبوب منع الحمل.

□ من أجل الحمل:

التحريض الطبي للإباضة.

الكلوميدين سيترات (Clomid).

الغونادوتروبين الإيلاسي البشري (Pergonal).

عسر الطمث DYSMENORRHEA:

الأولي:

□ هو الألم الطمئي غير الناجم عن مرض عضوي.

□ قد يكون ناجماً عن التقلصات الرحمية المحرصة بالبروستاغلاندين والإقفار.

□ يبدأ بعد ٦ شهور - ٢ سنة من بدء الإحاضة (الدورات الإباضية).

□ ألم بطني ماغص ينتشر إلى أسفل الظهر والشفرة وباطن الفخذين.

□ يبدأ قبل ساعات من بداية النزف ويستمر لعدة ساعات أو أيام.

□ يترافق مع الغثيان والإقياء وتغير عادات التغوط والصداع.

□ المعالجة:

مثبطات سينثيتاز PG (مثل النابروكسين).

- يجب البدء بها قبل/أو عند بداية الألم.

حبوب منع الحمل لتثبيط الإباضة وإنقاص الجريان الطمئي.

الثانوي:

□ ألم طمئي ناجم عن مرض عضوي.

□ يبدأ عند النساء في سن العشرينات.

□ يسوء مع العمر.

□ يترافق مع عسر الجماع والنزف غير الطبيعي والعقم.

□ الأسباب:

الانتباز البطاني الرحمي.

الداء العضلي الغدي.

الأورام الليفية.

الداء الحوضي الالتهابي.

كيسات المبيض.

متلازمة ما قبل الطمث: PREMENSTRUAL SYNDROME:

العرىف:

- مجموعة متنوعة من الأعراض التي يبدو أنها تظهر بشكل منتظم قبل كل دورة طمثية.
- والأكثر دقة أن تدعى هذه الحالة بمتلازمة الدورة المبيضية لأن الأعراض تعتمد على الإباضة.
- السبب مجهول.

الأعراض:

- تحدث قبل ٧-١٠ أيام من الطمث وتزول مع بدايته.
- يجب أن توجد فترة ٧ أيام في النصف الأول من الدورة خالية من الأعراض.
- الفحص السريري: راجع أعراض عوز البروجستين وزيادة الأستروجين.
- الأعراض النفسية:

الهيجية.

القلق.

الاكتئاب.

اضطراب النوم.

تبدل الشهية.

تغير الشهوة الجنسية.

التعب.

التفكير بالانتحار.

المعالجة:

- لا توجد معالجة مفيدة مثبتة، بل كلها معالجات مقترحة.
- الدعم النفسي.
- القوت.

إنقاص الصوديوم والسوائل والكربوهيدرات.

زيادة البروتين.

تجنب الكافيين والكحول.

الأدوية:

الفيتامينات: B₆ (البيريدوكسين).

حبوب منع الحمل.

تحاميل البروجسترون.

المدرات في حالة الاحتباس الشديد للسوائل.
مضادات الالتهاب غير الستيرويدية في حالات الألم والانزعاج.
زيت زهرة الربيع المسائية (Primrose oil) (حمض اللينوليك).
الدانازول (Danocrine).
مضادات الاكتئاب SSRI في بعض الحالات.

□ التمارين المنتظمة.

الإياس MENOPAUSE:

□ الفيزيولوجي (العمر الوسطي ٥١ عاماً).

□ القصور المبيضي الباكر.

□ الجراحي.

النعريف:

□ الإياس Menopause:

توقف الطمث لمدة تتجاوز ٦ شهور أو سنة (حسب المصدر).

□ فترة التبدلات الإياسية Climacteric:

فترة تتميز بتوقف الطمث.

يحدث فيها تبدلات جسدية ونفسية وغذية صماوية ووعائية حركية مؤقتة أثناء عملية الانتقال إلى

الإياس.

الأعراض:

□ الأعراض المترافقة مع عوز الأستروجين.

□ الأعراض الوعائية الحركية (الهبات الساخنة).

□ الأعراض الضمورية (المهبّل، الإحليل، المثانة).

عسر الجماع، الحكّة المهبليّة، النزف.

التواتر البولي، الإلحاح البولي Urgency، السلس.

□ الأعراض الهيكلية (تخلخل العظام).

□ نقص حجم الثدي.

□ رقة الجك وفقد مرونته.

□ اضطراب النوم/الاستيقاظ (الأرق).

□ اضطرابات المزاج.

□ الاكتئاب، الهيجية، التعب.

الشخص:

□ زيادة مستويات الـ FSH (أكثر من ٤٠ وحدة دولية/ل).

□ نقص مستويات الأسترايول.

المعالجة:

□ معالجة الإغاضة الهرمونية (الجرعات أخفض بكثير من أقراص منع الحمل).

عبر الجك Transdermal أو عن طريق الفم.

الأستروجين الدوري (البريمارين) ٠.٦٢٥ ملغ يومياً من اليوم ١ إلى اليوم ٢٥ إضافة إلى البروجستيرون (البروفيرا) ١٠ ملغ يومياً من اليوم ١٤ (أو ١٥ أو ١٦) إلى اليوم ٢٥ أو:
البريمارين الدوري المديد ٠.٦٢٥ ملغ يومياً إضافة إلى البروفيرا ٥ ملغ لمدة ١٤ يومياً كل ٣ شهور أو:

إعطاء البريمارين ٠.٦٢٥ ملغ بشكل مستمر مع البروفيرا ٢.٥ ملغ يومياً.

إن الأستروجين غير المعاكس يزيد خطر سرطان بطانة الرحم في حالة عدم إضافة البروفيرا، لكن البروفيرا غير ضرورية إذا كان قد أجري استئصال سابق للرحم.

□ إضافات الكالسيوم.

□ التمارين الفيزيائية.

□ زيت زهرة الربيع المسائية.

استطبايات معالجة الإغاضة الهرمونية:

□ التخلص من الأعراض – انظر سابقاً (الأرق، الضمور، الأعراض الوعائية المحركة).

□ الوقاية من تخلخل العظام.

□ عوامل الخطورة لحدوث تخلخل العظام:

العرق القوقازي أو الشرقي.

البنية النحيفة.

عدم الحركة/أو عدم النشاط الجسدي.

عوز الأستروجين/الإياس المبكر.

الأدوية: المعالجة المزمنة بالستيرويدات، الاستخدام المزمن للهيبارين أو مضادات الاختلاج أو

الإغاضة الدرقية.

القوت: نقص الكالسيوم، نقص الفيتامين D، زيادة استهلاك الكافيين أو الكحول أو البروتين.

عوامل أخرى: التدخين، القصة العائلية.

□ الوقاية القلبية الوعائية:

الأستروجين ينقص بشكل هام خطر المرض الشرياني الإكليلي.

ينقص الLDL ويزيد الHDL.

التأثيرات الجانبية لمعالجة الإغاضة الهرمونية:

□ النزف الرحمي الشاذ: يحتاج لإجراء خزعة بطانة الرحم إذا حدث النزف (غير نزف السحب) مع المعالجة

المشتركة (البروجستيرون مع الأستروجين).

□ ألم الثدي.

□ تسوء في الطور البروجستروني من المعالجة المشتركة.

□ الوزمة، كسب الوزن، الغثيان، حرقة الفؤاد.

□ يوجد خلاف حول المعالجة الهرمونية المعوضة وخطر سرطان الثدي.

مضادات استقلاب معالجة الإعاضة الهرمونية HRT:

□ المطلقة:

النزف المهيلي غير المشخص.

سرطان الثدي أو الرحم المؤكد أو المشتبه.

المرض الكبدي الحاد أو خلل الوظيفة الكبدية المزمن.

الخثار الوعائي الحاد أو قصة التهاب وريد خثري شديد أو مرض خثاري صمي.

□ النسبية:

فرط التوتر الشرياني غير المسيطر عليه.

الأورام الليفية الرحمية أو الانتباذ البطاني الرحمي.

فرط شحوم الدم العائلي.

صداع الشقيقة.

القصة العائلية لسرطان معتمد على الأستروجين.

التهاب الوريد الخثري المزمن.

الداء السكري.

المرض المراري.

الداء الليفي الكيسي في الثديين.

السمنة.

التدخين.

المعدلات الانقائية لمستقبلات الأستروجين (SERMS):

□ مثل الزالكسيفين (Raloxifene Evista).

□ تقلد تأثيرات الأستروجين على الجهاز القلبي الوعائي والعظام.

□ تجنب تأثيرات الأستروجين على نسيج الثدي والرحم.

□ لا تؤدي إلى التخلص من الهبات الساخنة (قد تجعلها أسوأ).

العقم INFERTILITY:

تعاريف:

□ **العقم:** عدم حدوث الحمل بعد سنة واحدة من الجماع المنتظم غير المحمي.

□ **العقم الأولي Primary:** لا توجد حمل سابقة.

□ العقم الثانوي Secondary: يوجد حمل سابق.

نسبة الحوث:

□ ١٠-١٥% من الأزواج.

□ في ٦٠% من الأزواج يحدث الحمل خلال ٦ شهور من المحاولة.

□ في ٨٠% من الأزواج يحدث الحمل خلال ١ سنة من المحاولة.

الأسباب:

□ عوامل ذكرية (٤٠%).

□ عوامل أنثوية (٥٠%).

□ عوامل متعددة (٣٠%).

□ عوامل مجهولة (١٠-١٥%).

□ ملحوظة: حتى لو حدث التخصيب فإن أكثر من ٥٠-٧٠% من المضغرات الناتجة تكون غير عيوشة.

العوامل السكرية:

□ عدم كفاية أو شذوذ إنتاج النطاف:

الخلفي.

المرض مثل الأديات الناجمة عن الرياضة.

الدوالي.

الخمج: عادة التهاب الخصية النكافي.

التخين، الكرب، الحرارة، الكحول.

أسباب نادرة: المرض الخبيث، المرض الغدي الصماوي.

□ مشاكل النقل Delivery:

الانسداد ثنائي الجانب في البربخ أو الأقنية.

خلل وظيفة القذف مثل القذف الراجع.

خلل وظيفة الانتصاب (العانة).

التوضع الشاذ لفوهة الإحليل.

□ التشخيص:

تحليل السائل المنوي بعد ٢-٣ أيام من الامتناع عن ممارسة الجنس (تؤخذ عينتان بفواصل عدة

أسابيع).

القذف الطبيعي:

- الحجم ٢-٥ مل.

- التعداد أكثر من ٢٠ مليون نطفة/مل.

- الحركة: أكثر من ٥٠%.
- الأشكال: أكثر من ٦٠% أشكال طبيعية.
- التميع Liquefaction: يكتمل خلال ٢٠ دقيقة.
- PH: 7.2-7.8.
- تعداد الكريات البيض: أقل من ١٠ كريات في الساحة ذات التكبير العالي.

- **قلة النطاف Oligospermia**: التعداد أقل من ٢٠ مليون/مل.
- **فقد النطاف Azoospermia**: غياب النطاف الحية في السائل المنوي.
- لابد من إجراء التقييم الغدي في حالة النطاف الشاذة.

العوامل الأنثوية:

- خلل الوظيفة المبيضية (١٥-٢٠%)

الأسباب:

- فرط البرولاكتين (مثلاً الورم الغدي المجهرى في النخامية).
- داء المبيض متعدد الكيسات.
- الأدوية (مثل السيميتدين، الأدوية نفسية التأثير).
- الأمراض الجهازية مثل الأمراض الكبدية والكلى والدرقية ومتلازمة كوشينغ.
- أسباب خلقية: متلازمة تورنر، الثآليل الخصوي، خلل تكون الغدد التناسلية، عوز الغونادوتروبين.
- عيوب الطور اللوتيني.
- التمارين العنيفة (حتى في حالة عدم حدوث انقطاع الطمث).
- القصور المبيضي الباكر: المرض المناعي الذاتي.

التشخيص:

- قصة أنماط الدورة الطمثية.
- حرارة الجسم القاعدية (ثنائية الطور).
- نوعية المخاط (منتصف الدورة).
- خزعة بطانة الرحم لكشف عيوب الطور اللوتيني (الأيام ٢٤-٢٦).
- مستوى بروجسترون المصل (الأيام ٢٠-٢٢).
- بروجسترون المصل، TSH، LH، FSH.
- في حال وجود الشعرانية: مستوى التستوستيرون الحر في المصل ومستوى DHEAS.
- كيتات Kit التنبؤ بالإباضة.

- العوامل البوقية (٢٠-٣٠%)

الأسباب:

- الداء الحوضي الالتهابي.

- الالتصاقات (الجراحة السابقة، التهاب الصفاق، الانتباز البطاني الرحمي).

- ربط البوق.

التشخيص:

- تصوير الرحم والبوق، اليوم ٨-١٠ أيام وهو مشخص وعلاجي (أي يمكن أن يفتح البوق مباشرة قبل الإباضة).

- تنظيف البطن مع حقن الصباغ في البوقين.

□ العوامل العنقية (٥٠%) :

الأسباب:

- مخاط العنق الحمضي غير المناسب Hostile وعدم استجابة الغدد للأستروجين (مثلاً خمج المتثرات).

- أضرار النطاف.

- العيوب البنيوية (الخرعات المخروطية، الليزر، المعالجة القوية).

التشخيص:

- اختبار ما بعد الجماع (اليوم ١٢-١٤، ورؤية حركة النطاف في مخاط العنق بعد ٢-٦ ساعات من الجماع).

□ العوامل الرحمية (أقل من ٥٠%) :

الأسباب:

- التشوهات الخلقية.

- الالتصاقات داخل الرحم (مثل متلازمة أشرمان).

- الخمج.

- الورم العضلي الأملس.

- السليلات.

الاستقصاءات:

- تصوير الرحم والبوق.

- تصوير الرحم التصواتي Hysterosonogram.

- تنظيف الرحم.

المعالجة:

□ التثقيف:

وقت إجراء الجماع (مخطط الحرارة).

□ المعالجة الطبية:

البروموكريبتين في حالة ارتفاع مستوى البرولاكتين.

تحريض الإباضة:

- الكلوميدين سيترات (الكلوميد Clomid).

- الغونادوتروبين الإيلاسي البشري (Pergonal).

- الفوليتروبين البولي (Metrodin (FSH (Urofollitropin).

- يليه إعطاء البيتا hCG لتنبية تحرر البويضة.

□ المعالجة الجراحية:

رأب البوق Tuboplasty.

الإمضاء Insemination الاصطناعي: من الزوج.

غسل النطف.

الإخصاب في الزجاج.

GIFT (نقل العرس داخل البوق).

ICSI (حقن النطفة داخل الخلية).

منع الحمل CONTRACEPTION:

الجدول (٣): تصنيف طرق منع الحمل.

الفعالية	الوصف	النمط
٩٩.٩% ٩٩.٩%		الطرق الجراحية: - التعقيم (ربط البوق). - قطع الأسهر.
٩٠% ٩٥% ٨٢% ٩٠% ٨١%		طرق الحواجز: - الواقي الذكري وحده. - الواقي الذكري مع قاتلات النطاف. - قاتلات النطاف وحدها. - الإسفنجية. - الحجاب مع قاتلات النطاف.
٩٩.٥-٩٨% حسب المطاوعة.	- انظر لاحقاً. ٦- كيمولات تدخل تحت الجلد في الذراع. - تعطى وقاية من الحمل لمدة تصل إلى ٥ سنوات. - التأثيرات الجانبية: النزف الطمثي غير المنتظم، سنوياً. - الندبة في الذراع.	الوسائل الهرمونية: - مانعات الحمل الفموية. - النوريلان (ليفونور جيسترول).
٩٩%	- ١٥٠ ملغ حقناً كل ٣ شهور. - قد تستغرق استعادة الإخصاب فترة ١-٢ سنة. - التأثيرات الجانبية: النزف الطمثي غير المنتظم.	Depo-provera (ميدروكسي بروجسترون):
٩٧-٩٥%	- انظر لاحقاً.	اللولب IUD:
٧٧% ٧٦% ١٠%		الوسائل الفيزيولوجية: - السحب. - طريقة النظم. - الحظ: لا تستخدم أي طريقة.

اللولب (IUD) (Intrauterine device):

❑ مضادات الاستطباب المطلقة:

- الحمل الحالي.
- النزف المهبلي غير المشخص.
- داء الحوضي الالتهابي الحاد أو المزمن.
- الاشتباه بالخبثاء النسائية.

❑ مضادات الاستطباب النسبية:

- حمل هاجز سابقاً.
- غزارة الطمث، عسر الطمث.
- الشذوذات الخلقية في الرحم أو الأورام الليفية.
- داء القلب الدسامي.

❑ التأثيرات الجانبية:

- الحمل الهاجز أو الإسقاط الإنتاني.

- زيادة ضياع الدم ومدة الطمث.
- زيادة خطر الداء الحوضي الالتهابي خاصة عند المرأة الخروس.
- عسر الطمث.
- انطراح اللولب (5% Expulsion خلال السنة الأولى من العمر).
- انتقاب جدار الرحم (١/٥٠٠٠).

موانع الحمل المصوية Oral contraceptive:

□ مضادات الاستطباب المطلقة:

- الحمل الحالي.
- النزف المهيلي غير مشخص.
- الاضطرابات القلبية:
- الحوادث الصمية الخثارية.
- المرض الوعائي الدماغي.
- داء الشريان الإكليلي.
- فرط ضغط الدم المعتدل إلى الشديد.
- الأورام المعتمدة على الأستروجين:
- الثدي.
- الرحم.
- الكبد.
- ضعف وظيفة الكبد.
- فرط شحميات الدم الخلقى.
- العمر أكبر من ٣٥ والتدخين.
- اليرقان الانسدادي في الحمل.
- داء ويلسون.

□ قد تحدث التفاعلات الدوائية (قد تنقص الفعالية، مثلاً المضادات الحيوية تستدعي استخدام وسيلة منع حمل أخرى).

□ الفوائد الصحية:

- تنقص عسر الطمث وفقر الدم وتساعد على تنظيم الدورات الطمثية.
- تنقص احتمال تطور المرض السليم في الثدي والكيسات المبيضية.
- إن حبوب منع الحمل الأستروجينية والبروجسترونية المشتركة تنقص فعلياً خطر سرطان المبيض.
- زيادة المخاط العنقي والذي بدوره ينقص خطر الأمراض المنتقلة جنسياً.

الجدول (٤): التأثيرات الجانبية لحبوب منع الحمل الفموية.

زيادة الأستروجين	زيادة البروجستيرون
الأعراض العامة: - الكلف Chloasma. - التهاب المهبل المتكرر بالمبيضات. - أخماج السبيل البولي. الجهاز التناسلي: - التبدلات الكيسية في الثدي. - ضخامة الثدي. - ضخامة الرحم. - نمو الورم الليفي الرحمي. - عسر الطمث. - انقلاب عنق الرحم للخارج. - النثر المخاطي. - تورم الثدي. الجهاز القلبي الوعائي: - الهشاشة الشعرية. - الحوادث الوعائية الدماغية. - الخثار الوريدي العميق. - توسع الشعريات. أعراض ما قبل الطمث: - التثبل. - الدوخة، الغشي. - الوذمة. - الصداع (الدوري). - الهيجية. - معص الساق. - الغثيان والإقياء. - التبدلات البصرية (الدورية). - كسب الوزن (الدوري).	الأعراض العامة: - نقص سكر الدم. - زيادة الشهية. - نقص الشبق Libido. - التهاب الجلد العصبي. - العد. - الشعرانية. - كسب الوزن غير الدوري. الجهاز التناسلي: - التهاب العنق. - داء المبيضات. - نقص مدة جريان الدم. الجهاز القلبي الوعائي: - فرط ضغط الدم. - توسع أوردة الساق. متفرقات: - اليرقان الركودي.

عوز الأستروجين	عوز البروجستيرون
الأعراض العامة: - النرفزة، العصبية. - عدم الاستقرار الوعائي الحركي. الجهاز التناسلي: - النزف والتبقيع Spotting قد يكون مستمراً أو في النصف الأول من الدورة. - لا يحدث نزف السحب. - التهاب المهبل الضموري. الجهاز البولي التناسلي: - أعراض استرخاء الحوض.	الجهاز التناسلي: - نزف الاختراق والتبقيع بشكل متأخر: الأيام ١٠-١٢ على حبوب منع الحمل. - عسر الطمث. - الخثرات والجريان الدموي الغزير. - نزف السحب المتأخر. أعراض ما قبل الطمث: - التطبل. - الدوخة، الغشي. - الوذمة. - الصداع (الدوري). - الهيجية. - معص الساق. - الغثيان والإقياء. - التبدلات البصرية (الدورية). - كسب الوزن (الدوري).

العرىف:

- هو تكاثر وعمل النسيج البطاني الرحمي خارج الجوف الرحمي.
- نسبة الحدوٲ: ١٥-٣٠% من النساء قبل الإياس.
- العمر الوسطي للظاهر هو ٢٥-٣٠ عاماً.

الأسباب:

- مجهول السبب.
- النظريات:

نظرية الطمٲ الراجع لسامبسون Sampson.

نظرية حوٲل قناة مولر لميير Meyer.

- ينجم الانتباز البطاني الرحمي عن الاستحالة الحوٲلية للظاهرة المتوسطة الصفاقية تحت تأثير منبهات معينة غير محددة.

نظرية الانتشار المفاوي لهالبان Halban.

الزرع الجراحي.

عوز الترصد المناعي.

العوامل المؤهية:

- عدم الإنجاب.
- العمر فوق ٢٥ سنة.
- القصة العائلية.
- التشنوهات الانسدادية في السبيل التناسلي.

أماكن الحدوٲ:**المبيضان:**

أشيع الأماكن.
يكون لدى ٦٠% من المرضى إصابة مبيضية.

- الرباط العريض.
- السطح الصفاقي لرتج دوغلاس Cul-de-sac (الأربطة الرحمية العجزية).
- الكولون المستقيمي السيني.
- الزائدة.

الأعراض:

- قد توجد علاقة ضعيفة بين امتداد المرض وطيف الأعراض.
- الألم الحوضي:

ناجم عن تورم ونزف بطانة الرحم المهاجرة.

يكون وحيد الجانب إذا كان ناجماً عن ورم بطانة الرحم.

❑ عسر الطمث (الثانوي):

يسوء مع العمر.

ألم فوق العانة وألم ظهري يسبقان غالباً الطمث (٢٤-٤٨ ساعة) ويستمران طيلة فترة الجريان

الطمثي وبعده.

❑ العقم:

٣٠-٤٠% من المريضات المصابات بالانتباز البطاني الرحمي يعانين من العقم.

١٥-٣٠% من النساء العقيمت يكون لديهن انتباز بطاني رحمي.

❑ عسر الجماع العميق.

❑ التبقيع قبل وبعد الطمث.

❑ الأعراض الثنائية:

التكرار البولي، البيلة النموية، عسر التبويل.

❑ الأعراض المعوية:

الإصابة المباشرة وغير المباشرة.

الإسهال والإمساك والألم والتغوط المنمي.

النسخ:

❑ تشخيص جراحي حقيقي.

❑ القصة:

الأعراض الدورية: الألم الحوضي، عسر الطمث.

❑ الفحص السريري:

التعقد nodularity المؤلم في أربطة الرحم وجيب دوغلاس.

الانقلاب الخلفي الثابت للرحم.

الكتلة الثابتة الصلبة في الملحقات (الورم البطاني الرحمي).

❑ تنظير البطن:

الانزراعات Implants الزرقاء الغامقة أو البنية السوداء (بقع التوت Mulberry) على الأربطة

الرحمية العجزية أو رتج دوغلاس أو في أي مكان في الحوض.

الكيسات الشوكولاتية في المبيضين (الورم البطاني الرحمي).

آفات Powder-burn.

الآفات البيضاء الباكراة والفقاعات.

المعالجة:

□ الطبية:

الحمل الكاذب:

- الأسروجين – البروجسترون الدوري (حبوب منع الحمل) أو الميرونوكسي بروجستيرون (Provera).

الإياس الكاذب:

- الدانازول (Danocrine): أندروجين ضعيف، تشمل تأثيراته الجانبية كسب الوزن واحتباس السوائل و
العد والشعرانية.

- الليوبروليد (Leuprolide (Lupron وهو ناهض (مقلد) للـ GnRH (يثبط الـ GnRH النخامي)، تشمل
التأثيرات الجانبية الهبات الساخنة وجفاف المهبل ونقص الشبق و تخلخل العظام مع الاستخدام المديد.
- يمكن استخدامها لفترة قصيرة فقط بسبب خطر تخلخل العظام.

□ المعالجة الجراحية:

القطع Resection عن طريق تنظير البطن واستخدام الليزر من أجل الانزراعات (الغرسات)

Implants.

فك الالتصاقات.

استخدام التخثير الكهربائي.

استئصال المبيض والبوق وحيد الجانب.

تعليق الرحم.

نادراً ما يكون التنظيف الحوضي الكامل ضرورياً.

± المتابعة لمدة ٣ شهور بالمعالجة الطبية.

التعريف:

- امتداد مناطق من غدد البطانة الرحمية واللحمة Stroma إلى العضلة الرحمية.
- يعرف أيضاً باسم الانتباز البطاني الرحمي الداخلي.
- تبقى بطانة الرحم غالباً غير مستجيبة للهرمونات المبيضية.
- قد يصاب جدار الرحم بشكل واسع.

نسبة حدوث:

- ١٥% من الإناث فوق عمر الـ ٣٥ عاماً.
- ٢٠-٤٠% من عينات الأرحام المستأصلة.
- مجموعة الولادات الكبيرات ٤٠-٥٠ عاماً (على العكس من الانتباز البطاني الرحمي).

الأعراض:

- النزف الطمثي.
- عسر الطمث (الثانوي).
- الانزعاج الحوضي.
- عسر الجماع.
- عسر التغوط.

التشخيص:

- ضخامة الرحم بشكل متناظر.
- حجم الرحم نادراً ما يكون ٢-٣ أضعاف الحجم الطبيعي.
- علامة هالبان Halban: رحم طرية مؤلمة عند الفحص المشترك بالجنس (باليدين) قبل الطمث.
- يتم التشخيص النهائي عند إجراء الفحص الباثولوجي.

المعالجة:

- إعطاء الحديد حسب الضرورة.
- التوسيع والتجريف لنفي الأسباب المرضية الأخرى.
- المسكنات/ مضادات الالتهاب غير الستيرويدية.
- الجرعة المنخفضة من الدانازول ١٠٠-٢٠٠ ملغ يومياً لمدة ٤ شهور.
- ناهضات GnRH.
- استئصال الرحم.

الغريف:

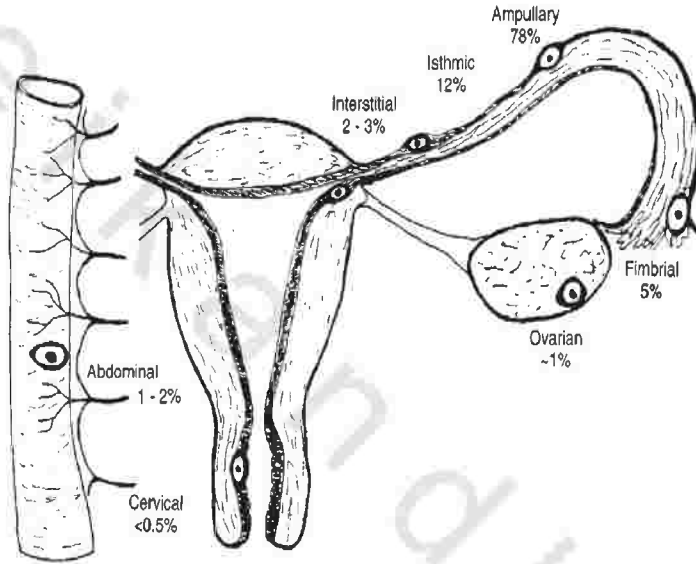
□ هو الحمل الذي ينغرس (يعشش) خارج جوف الرحم.

نسبة الحدوث:

□ ١٠٠/١ من الحمل المشخصة سريريًا.

□ رابع أشيع سبب للوفيات عند الأم.

□ زيادة نسبة الحدوث على مدى العقود الثلاثة الماضية.



الشكل (٥): أماكن التعشيش.

الأسباب:

□ انسداد أو خلل وظيفة أليات النقل البوقي.

□ شذوذ داخلي في البويضة الملقحة.

□ الحمل في فترة متأخرة من الدورة.

□ الهجرة المعاكسة للبويضة الملقحة إلى البوق المقابل.

عوامل الخطورة:

□ قصة داء حوضي التهابي.

□ قصة استخدام اللولب حالياً أو سابقاً.

□ إجراء جراحة بطنية سفلية سابقة.

- وجود حمل هاجر سابق.
- الانتباز البطاني الرحمي.
- الكتلة الرحمية أو في الملحقات.
- تقنيات الإخصاب المساعد.

الأعراض:

- نزف مهلي أو تقيع (وهو الأشيع):
- ناجم عن نقص إنتاج البيتا hCG من الأرومات الغذائية Trophoblast المهاجرة.
- النزف المهلي الشديد نادر.
- انقطاع الطمث والعلامات الأخرى للحمل.
- الألم البطني السفلي (عادة أحادي الجانب).
- تمدد البطن.
- امتلاء الملحقات.
- يحدث عند تمزق الحمل الهاجر:
- البطن الحاد.
- التمدد البطني.
- علامات الصدمة.

الفحص السريري:

- التشخيص الأكيد ممكن عادة في ٥٠% من الحالات اعتماداً على المظاهر السريرية لوحدها.
- صدمة نقص الحجم.
- الدفاع والإيلام المرت.
- المس المهلي المشترك بالجلس.
- إيلام حركة العنق.
- الإيلام في الملحقات (وحيث الجانب مقابل ثنائي الجانب في الداء الحوضي الالتهابي).
- كتلة مجسوسة في الملحقات (أقل من ٣٠%).
- ضخامة الرحم:

- (نادراً ما يزداد الحجم أكثر من الحجم المعادل لـ ٦-٨ أسابيع حملية).

- العلامات الأخرى للحمل أي علامة شادويك وعلامة هيغار.

التشخيص:

- مستويات البيتا hCG المتتالية:

إن زمن تضاعف مستوى hCG في الحمل الطبيعي داخل الرحم هو ١.٤-٢ يوماً في بداية الحمل والذي يستمر بالارتفاع حتى ٨ أسابيع. ثم ينخفض بشكل ثابت حتى الأسبوع ١٦.

إن تطاول زمن التضاعف وثبات المستوى أو نقصه قبل عمر ٨ أسابيع يشير إلى حمل غير عيوش لكنه لا يعطي معلومات حول مكان الحمل.

□ فائق الصوت Ultrasound:

يجب أن يكون الكيس داخل الرحم مرئياً عندما تكون مستويات البيتا hCG:

- أكثر من ١٥٠٠ ميلي وحدة دولية/مل (الإيكو عبر المهبل).

- أكثر من ٦٠٠٠ ميلي وحدة دولية/مل أو ٦ أسابيع حملية (الإيكو البطني).

عندما تكون البيتا hCG أكبر من القيم السابقة ولم تشاهد ضربات قلب الجنين أو يشاهد القطب الجنيني Fetal Pole فإن هذا يقترح الحمل الهاجر.

□ بزل رتج دوغلاس Culdocentesis (نادراً ما يجري).

□ تنظير البطن (من أجل التشخيص النهائي).

التشخيص التفريقي:

راجع قسم الشكاوي النسائية الشائعة.

المعالجة:

□ أهداف المعالجة:

أن تكون محافظة.

محاولة إنقاذ البوق.

□ المعالجة الجراحية (تنظير البطن):

استئصال البوق أو فغر البوق الخطي.

تتم إعاضة الدم إذا كان فقد الدم مهدداً للحياة.

إذا كانت المريضة سلبية الـ Rh فيجب أن تعطى الغلوبولين غاما (D-anti Rhogam).

قد تحتاج الحالة إلى فتح البطن.

□ المعالجة الطبية:

المعايير:

- الحمل الهاجرة غير المتمزقة أقل من ٣ سم ودون وجود فعالية قلبية جنينية.

- المريضة مستقرة سريريا.

- المطاوعة والمتابعة موجودتان.

الميثوتريكسات (يعتبر المعالجة النظامية):

- ٥/١ - ٦/١ من جرعة المعالجة الكيماوية، وبالتالي تكون التأثيرات الجانبية قليلة.

متابعة مستويات البيتا hCG:

- ثبات المستوى أو ارتفاعه دليل على استمرار النسيج الأرومي الغذائي.

- يحتاج إلى معالجة طبية أو جراحية إضافية.

نسبة الفشل ٥%:

- يحتاج إلى متابعة طويلة الأمد مقارنة مع المعالجة الجراحية من أجل متابعة مستويات البيتا hCG.

الإنذار:

- ٥% نسبة الوفيات الوالدية.
- ٤٠-٦٠% من المريضات سوف يصبحن حوامل مرة أخرى بعد الجراحة.
- ١٠-٢٠% سوف يتكرر لديهن الحمل الهاجر.
- يتحسن الإنذار بالنسبة للحمول التالية كلما كانت المعالجة أكثر محافظة.

المفرزات الفيزيولوجية :PHYSIOLOGICAL DISCHARGE

- مفرزات صافية أوبيضاء.
- تحتوي اللطاخة على خلايا ظهارية.
- الـ PH أقل من ٤.٥.
- تزداد مع حالات زيادة الأستروجين (الحمل، حبوب منع الحمل، منتصف الدورة).
- إذا ازدادت عند النساء حول سن الإياس فيجب البحث عن التأثيرات الأخرى لزيادة الأستروجين (مثل كارسينوما بطانة الرحم).

التهاب الفرج والمهبل غير الخمجي:**NON-INFECTIOUS VULVOVAGINITIS:****التهاب المهبل قبل البُوغ :Prepubertal vaginitis**

- أشيع الأسباب:

الأجسام الأجنبية، الرضوض (بما فيها سوء معاملة الطفلة).
قلة العناية بالنظافة (مثل خمج الديدان البوسية).

التهاب المهبل الضموري/التهاب المهبل بعد الإياس:

- الأعراض:

عسر الجماع.
التبقع بعد الجماع.
حكة خفيفة.

- المعالجة:

نفي وجود الخبثة.
رهيئات الأستروجين.
معالجة الإعاضة الهرمونية الفموية أو عبر الجلد.
العناية الجيدة بالنظافة.

التهاب الفرج والمهبل الشماوي:

- توجد أعراض وعلامات التخريش دون وجود الخمج.
- المخرشات هي وسائل منع الحمل المهبليّة، حمام الفقاعات، الصوابين، مزيلات الروائح التناسلية، أوراق التواليت الملونة أو المنظفات ومساحيق الغسيل.
- الاستخدام المتكرر للتامبون (الدحسات) Tampon أو الرفادات الصغيرة Minipad.
- الملابس الصناعية الكتيمة.
- المسابح، أحواض الاستحمام Hot tubs.

التهاب الفرج والمهبل الخمجي:

INFECTIOUS VULVOVAGINITIS:

الأعراض:

- المفرزات المهبلية.
- الرائحة.
- الحكة.
- الألم في السبيل التناسلي السفلي.
- عسر الجماع.
- عسر التبول.

الفيروئوجيا المرضية:

- تحتوي الفلورا المهبلية الطبيعية على عضيات جرثومية عديدة متوازنة.
- قد تتغير الفلورا المهبلية بسبب:
- تبدل في البيئة.

دخول عامل ممرض جديد.

- يؤدي ذلك إلى عدم توازن في العدد النسبي للعضيات الممرضة.

داء المبيضات (داء المونيليا *Moniliasis*).

- المبيضات البيض (٩٠%)، المبيضات المدارية (أقل من ٥%)، المتعجرة الملساء *Torulopsis glabrata* (أقل من ٥%).

- ٢٥% من حالات التهاب المهبل.

الأعراض:

- تبدأ الأعراض في المرحلة ما قبل الطمث.
- مفرزات مهبلية قليلة مبيضة تشبه الجبن.
- حكة شديدة.

أعضاء تناسلية ملتهبة ومتورمة.

حرقة فرجية، عسر التبول، عسر الجماع.

لا توجد أعراض في ٢٠% من الحالات.

□ العوامل المؤهبة:

الحمل.

السكري.

حبوب منع الحمل.

المعالجة بالمضادات الحيوية.

التثبيط المناعي (الأولي أو الثانوي).

إذا كان متكرراً فيجب التفكير بالإيز.

□ التشخيص:

يظهر محضر الـ KOH الرطب وجود الخيوط Hyphae والأبواغ.

الـ PH أقل من ٥.

□ المعالجة:

إعطاء النصائح المتعلقة بالعناية بالنظافة (مثلاً استخدام الملابس الداخلية القطنية).

استخدام الكلوتريميـازول أو البوتوكونـازول Butoconazole أو الميكونـازول

أو التيكونـازول Ticonazole أو التيركونـازول Terconazole على شكل تحاميل مهبلية أو رهيـمات لمدة

يوم واحد أو ٣ أيام أو ٧ أيام.

استخدام الفلوكونـازول أو الكيتوكونـازول فمويًا.

المعالجة العرضية بواسطة (الدوش المهبلية، اللبن، Acidophilus).

عالج الشريك إذا كان عرضياً فقط.

المعالجة أثناء الحمل تكون بواسطة النستاتين (Mycostatin).

الداء المهبلي الجرثومي *Bacterial vaginosis*:

□ النمو الزائد للغاردنيريلة المهبلية *Gardnerella vaginalis* بوجود اللاهوائيات المهبلية والقليل من العصيات

اللبنية (العصوانيات *Bacteroides* + *Mobiluncus*).

□ يكون هناك استعداد خاص للإصابة بعد الجماع أو بعد الطمث مع استخدام اللوالب.

□ الأعراض:

رائحة سمكية خاصة بعد الجماع.

مفرزات مخضرة رقيقة غزيرة.

نادراً ما يكون الفرج ملتهباً أو حاكاً.

ليس من الضرورة أن يكون منتقلاً جنسياً رغم أنه يمكن مشاهدة الانتقال المتبادل Ping-Pong.

□ التشخيص:

المحضر الرطب بالسالين:

- وجود أكثر من ٢٠% من خلايا الدليل Clue cells = خلايا ظهارية شائكة مغطاة بالعصيات المكورة

(عصيات الغاردنيريلة).

- قلة الكريات البيض.

- قلة العصيات اللبنية.

اختبار (نفخة) Whiff الأمين = رائحة سمكية متعفنة عند إضافة الـ KOH إلى الشريحة.

□ المعالجة:

لا ضرورة للمعالجة عند غير الحوامل اللاعرضيات إلا عند التخطيط لإجراء جراحة حوضية أو إجراء حوضي.

يجب معالجة كل النساء اللاعرضيات الحوامل بسبب نسبة الحدوث العالية لتمزق الأغشية الباكر والمخاض الباكر PLT و الإسقاط في حالة عدم المعالجة.

المعالجة الفموية:

- الميترونيدازول ٥٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام أو ٢ غ مرة واحدة.

- الكلينداميسين ٣٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام.

المعالجة الموضعية:

- الكلينداميسين رهيم مهلي ٢% لمدة ٧ أيام.

- الفلاجيستاتين Flagystatin تحاميل مهبلية (يغطي الخمائر Yeast أيضاً).

الأمبيسلين أو الأموكسي سيلين في حالة الحمل.

في حالة الخمج المتكرر تعطى كبسولة أو قرص العصيات اللبنية مرة واحدة يومياً في المهبل.

معالجة الشريك: مازال الخلاف قائماً حول هذا الموضوع.

التهاب المهبل بالمشعرات *Trichomonas vaginalis*.

□ أوالي لاهوائية مسوطه Flagellated.

□ غالباً ما يتواجد مع التهاب المهبل الجرثومي.

□ مرض منتقل جنسياً (الرجال لاعرضيين).

□ أكثر تواتراً في حالة تعدد الشركاء الجنسيين.

□ قد ينتقل عن طريق الساونا وحمامات النوامة وأحواض الاستحمام

.Hot tubs

□ الأعراض:

مفرزات خضراء مصفرة رغوية رقيقة غزيرة.

قد تكون مفرزات كريهة الرائحة.

تشاهد غالباً بعد الطمث.

مخرشة عادة مع وجود إيلام في الفرج.

عسر التبول.

النمشات على الفرج والعنق (١٠%).

لا عرضي في ٢٥%.

□ التشخيص:

المحضر الرطب بالسائلين:

- العديد من الكريات البيض.
- عضيات مسوطة (ذات أسياط) متحركة.
- خلايا التهابية.

الـ 5-6.5 PH.

□ المعالجة:

الميترونيدازول ٥٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام أو ٢ غ مرة واحدة.

معالجة الزوج.

كذلك يستخدم الميترونيدازول أو الكلينداميسين الموضعي.

الأمراض النسائية المنتقلة جنسياً:

GYNECOLOGICAL SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES:

المشترات *Chlamydia*.

- المتثرة التراخومية.
- أشيع مرض جنسي.
- تترافق غالباً مع السيلان البني (النايسيريات البنية).

□ عوامل الخطورة:

- العمر أقل من ٢٥ عاماً.
- قصة سابقة لمرض منتقل جنسياً.
- وجود شريك جدي خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- تعدد الشركاء.
- عدم استخدام وسائل منع الحمل الحاجزية Barrier.
- التماس مع شخص مخموج.

□ الأعراض:

- لا عرضي.
- مفرزات مخاطية قيحية من باطن عنق الرحم.
- المتلازمة الإحليلية.
- (عسر التبول، التواتر البولي، البيلة القيحية، عدم وجود جراثيم).
- الألم الحوضي.
- النزف بعد الجماع.

□ الاختلاطات:

التهاب البوق الحاد، الداء الحوضي الالتهابي.
العقم: انسداد البوق الناجم عن التهاب البوق منخفض الدرجة.
الخمج حول الولادة: التهاب الملتحمة، ذات الرئة.
الحمل الهاجر.
متلازمة فيتز – هاغ كورتيس Fitz-Hugh Curtis (التهاب محفظة الكبد).
التهاب المفاصل، التهاب الملتحمة، التهاب الإحليل (متلازمة رايتير Reiter، سيطرة الإصابة عند الذكور).

□ التشخيص:

الزرع من عنق الرحم أو الأضداد وحيدة النسيلة.
عضية داخل خلوية مجبرة لذلك لابد من الزرع النسيجي لإثبات التشخيص.

□ المعالجة:

الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ٧ أيام أو الأزيثروميسين 1 Azithromycin غ فمويًا جرعة وحيدة.
الإريثروميسين ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً لمدة ٧ أيام إذا كانت المرأة حاملاً.
معالجة الشريك.
يجب الإبلاغ عن هذا المرض.

□ التقصي:

المجموعات عالية الخطورة.
أثناء الحمل.

السيلان البني Gonorrhea:

□ الناييسيريات البنية.
□ الأعراض و عوامل الخطورة مشابهة لما هي عليه في المتثرات.
□ التشخيص:

تلوين غرام: يظهر مكورات ثنائية سلبية الغرام داخل خلوية.
الزرع من عنق الرحم و المستقيم و الحلق.

□ المعالجة:

جرعة وحيدة من السفترياكسون ٢٥٠ ملغ عضلياً أو السيفيكسيم ٨٠٠ ملغ فمويًا أو السيبروفلوكساسين ٥٠٠ ملغ فمويًا.
إضافة للدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ١٠ أيام لمعالجة الخمج المرافق بالمتثرات.
الإريثروميسين ٥٠٠ ملغ أربع مرات يومياً لمدة ٧ أيام في حالة الحمل.
معالجة الشريك.
الإبلاغ عن المرض.

□ **التقصي:** كما هو الحال في المتدثرات.

الورم السفي المؤف *Condylomata acuminata*:

□ الفيروس الحليمومي البشري (HPV).

□ **التظاهرات السريرية:**

الخمج الكامن:

- لا توجد آفات مرئية.

- يتم كشفه بواسطة اختبارات تهجين الـ DNA.

- لا عرضي.

الخمج تحت السريري:

- آفة مرئية فقط بعد تطبيق حمض الأسيتيك ٥% و التكبير.

الخمج السريري:

- آفة مرئية تشبه الثؤلؤل دون حاجة للتكبير.

- آفات بقعية مسطحة أو ثؤلولية أو مفرطة التقرن.

- و ذمة الفرج.

□ تميل الآفات لتصبح أكبر حجماً أثناء الحمل.

□ يوجد أكثر من ٦٠ نمطاً فرعياً وأكثر من ٢٠ نمطاً من هذه الأنماط هي أنماط فرعية تناسلية.

□ يتم التصنيف اعتماداً على خطر الورم أو السرطان.

□ تتوافق الأنماط ١٦, ١٨, ٤٥, ٣٦ (وأنماط أخرى) مع زيادة نسبة حدوث فرط التنسج داخل الظهاري و الكارسينوما العنقية و الفرجية.

□ **التشخيص:**

الفحص الخلوي (لطاخة بابانيكولاو):

- تقعر الخلايا Koilocytosis = ضخامة النواة مع اللانمطية atypia والهالة حول النواة.

خزعة الآفات المرئية و الآفات البيضاء المرئية بعد إضافة حمض الأسيتيك بتنظير المهبل.

التحري عن DNA الفيروس الحليمومي البشري باستخدام مسابير الحمض النووي، و هو لا

يجرى بشكل روتيني.

□ **المعالجة:** (راجع قسم الأورام النسائية).

الكيمائية:

- حمض التري كلور أسيتيك (البودوفيلين، ٥ فلورو-يوراسيل).

الفيزيائية:

- التخشير، المعالجة القرية، الليزر.

□ يجب معالجة الورم اللقمومي في مرحلة باكراً من الحمل و في حال الفشل يتم التفكير بإجراء العملية القيصرية.

□ لا يمكن الوقاية من هذا المرض باستخدام الواقي الذكري.

المُيساء السارية *Molluscum Contagiosum*:

□ تكاثر ظهاري ناجم عن فيروس الجدري (Poxvirus) المحرض للنمو.
معدية بشكل خفيف.

□ الأعراض:

أحياناً حكة خفيفة.

□ التظاهرات السريرية:

عقيدات متعددة يصل قطرها إلى ١ سم على الفرج و العجان وهي ذات مركز متسرر

.umbilicated

□ المعالجة:

الكيمائية:

- حمض الكاربونيك، حمض تري كلورو أسيتيك، أو نيترات الفضة.

الفيزيائية:

- التجريف.

الهربس البسيط *Herpes Simplex*:

□ فيروس الهربس البسيط النمط II (التناسلي) (٩٠%) و النمط I (الفموي) (١٠%).

□ الأعراض الأولية:

يحدث بعد ٢-٢١ يوماً من التماس.

الأعراض البادريّة:

- الوخز، الحرق، الحكة.

تقرحات سطحية مؤلمة متعددة مع حويصلات صغيرة.

- هذه الآفات معدية.

- تظهر الآفات بعد ١٠-٧ أيام من الخمج الأولي.

اعتلال العقد اللمفية الإربية، الدعث، الحمى غالباً مع الخمج الأولي.

عسر التبول و الاحتباس البولي إذا كانت مخاطية الإحليل مصابة.

قد تكون الحالة لا عرضية.

الأخماج المتكررة:

- أقل شدة، أقل توتراً، أو أقصر مدة.

□ التشخيص:

الزرع الفيروسي.

اللطخة الخلوية.

- خلايا عرطلة متعددة النوى.

- أجسام اشتمالية داخل نووية حامضية.

يشاهد الفيروس بالمجهر الإلكتروني.

□ المعالجة:

العرضية.

الأسبكلوفير ٢٠٠ ملغ ٥ مرات يومياً لمدة ٥ أيام و هو ينقص مدة و شدة الطور الحاد.

معالجة الخمج الثانوي.

- الفام سيكلوفير Famciclovir. جرعات أقل و مدة معالجة أقصر في حالة الهربس التناسلي المتكرر.

التفكير بالمعالجة الكابتة للمناعة في حالة حدوث ٦-٨ هجمات سنوياً.

التثقيف حول طريقة الانتقال.

- تجنب التماس من بداية الطور البادري و حتى تشفى الآفات.

- استخدام وسيلة منع حمل حاجزية barrier.

□ الإفرنجي Syphilis:

□ اللولبية الشاحبة Treponema pallidum.

□ الإفرنجي الأولي:

قرح Chancre غير مؤلم على الفرج أو المهبل أو عنق الرحم.

اعتلال العقد اللمفية الإربية غير المؤلم.

يحدث بعد ٣-٤ أسابيع من التعرض.

تكون الفحوص المصلية سلبية عادة.

□ الإفرنجي الثانوي:

يحدث بعد ٦-٢ شهور من الخمج الأولي.

أعراض غير نوعية:

-الدعث، القمه، الصداع، اعتلال العقد المعمم.

طفح بقعي حطاطي معمم على الراحتين والأخصين والجذع والأطراف.

أورام لقمية مسطحة condylomata lata (آفات لحمية رمادية ذات قاعدة واسعة شرجية تناسلية).

الفحوص المصلية إيجابية عادة.

□ الإفرنجي الثالثي Tertiary:

قد يصيب أي عضو في الجسم.

الصموغ gumma في الفرج.

المظاهر العصبية: التابس الظهري، الخزل Paresis المعمم.

المظاهر القلبية الوعائية: أم الدم الأبهرية، توسع جذر الأبهر.

□ الإفرنجي الخلقي:

قد يسبب تشوهات جنينية، الإملاص Stillbirth أو وفيات الولدان.

□ الإفرنجي الكامن Latent:

لا توجد أعراض، الفحوص المصلية إيجابية.

□ القصة الطبيعية:

يحدث لدى ثلث الحالات اختلاطات متأخرة في حالة عدم المعالجة.

□ التشخيص:

رشف مصل القرحة أو العقدة:

- (روية المتويات Spirochetes بالمجهر ذي الساحة المظلمة).

□ الفحوص المصلية:

- VDRL غير نوعي.

- MHA-TP هو الفحص المثبت.

- FTA-ABS نوعي.

- TPI هو أكثر فحص نوعي و الأكثر كلفة.

□ معالجة الإفرنجي الأولي و الثانوي و الكامن (الأقل من سنة):

البنزاثين بنسلين G بجرعة ٢,٤ مليون وحدة عضلياً.

معالجة الشريك.

الإبلاغ عن المرض.

□ معالجة الإفرنجي الكامن (الأكثر من سنة):

البنزاثين بنسلين G بجرعة ٢,٤ مليون وحدة عضلياً مرة واحدة أسبوعياً لمدة ٣ أسابيع.

□ التنقيص:

المجموعات عالية الخطورة.

أثناء الحمل.

□ الفريج (الفرح السين) chancroid:

□ المستدمية الدوكرية Hemophilus ducreyi.

□ الأعراض:

قرحة طرية مؤلمة مع أو دون وجود القيح.

اعتلال العقد اللمفية المنطقية المؤلم = الدبل buboe.

□ التشخيص:

الزرع.

تلوين غرام (عصيات سلبية الغرام على شكل صفوف row).

□ المعالجة:

الإريثروميسين ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة ٧ أيام.

السفترياكسون ٢٥٠ ملغ عضلياً مرة واحدة.

الورم الحبيبي الإربي (*granuloma Inguinale*) (داء السونريمانيات (*Donovanosis*):

□ المغدة الورمية الحبيبية.

□ الأعراض:

عقيدة غير مؤلمة تتحول إلى قرحة ثم إلى الأدبال الكاذبة Pseudobuboes السليمة.

□ التشخيص:

أجسام دونوفان بتلويين غيمزا.

□ المعالجة:

التتراسيكلين ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة ١٤ يوماً.

الإريثروميسين ٥٠٠ ملغ ٤ مرات يومياً لمدة ١٤ يوماً في حال الحمل.

الورم الحبيبي السفلي الرهري (*Lymphogranuloma venereum*):

□ المتنترة التراخومية، الأنماط المصلية L-1, L-2, L-3.

□ الأعراض:

حطاطة/حويصل تتحول إلى قرحة غير مؤلمة ثم حدوث الدبل buboe الذي يكون نازاً (تورم

التهابي في عقدة أو أكثر من العقد اللمفية الإربية وعادة ما تجتمع هذه العقد المصابة مع بعضها وتتقيح

وتنزع القيح).

تقرح أو تضيق مستقيمي.

اعتلال العقد اللمفية الإربية.

□ التشخيص:

الفحوص المصلية.

الفحص بالتألق المناعي.

□ المعالجة:

الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتين يومياً لمدة ٢١ يوماً.

الأمراض الجنسية الأقل شيوعاً:

□ القارمة الجربية: الجرب التناسلي.

□ قمل العانة: داء قمل العانة.

□ المفطورة Mycoplasma: التهاب إحليل غير نوعي.

التهاب غدة بارثولان BARTHOLINITIS.

□ التهاب في غدة بارثولان المسدودة.

□ يحدث في موقع الساعة ٥ و ٧ من مدخل المهبل.

□ يكون الالتهاب عقيماً عادة لكن قد تشمل العضيات المسببة:

العنقوديات المذهبة، العقديات البرازية، العصيات الكولونية، الناييسيريات البنية، المتدثرة التراخومية.

□ المعالجة:

- حمامات المقعدة Sitz baths.
- المضادات الحيوية و الحرارة (نادراً ما تساعد).
- الشق و النزح مع وضع قثطرة وورد Word لمدة ٢-٣ أسابيع.
- التوخيف Marsupialization في حالة الخراجات المتكررة.

الداء الحوضي الالتهابي:

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (PID):

المرئف:

- خمج في السبيل التناسلي العلوي أو التهاب البوق.
- يشمل أيضاً التهاب بطانة الرحم و الخراج البوقي المبيضي و التهاب الصفاف الحوضي.
- مرض حموي حاد.
- ثنائي الجانب عادة.

العضيات المسببة (مرتبة حسب النواتر):

- المتدثرة التراخومية.
- الناييسيريات البنية.
- غالباً ما تترافق الناييسيريات البنية و المتدثرة معاً.
- الفلورا الداخلية.
- العضيات اللاهوائية (مثل العصوانيات).
- سبب للـ PID المتكرر.
- تترافق مع استخدام الأدوات.

□ الشعيات actinomyces:

- في ٤-١٠% من حالات الـ PID، يترافق مع اللوالب.
- عضيات أخرى (التدرن، سلبات الغرام..الخ).

عوامل الخطورة:

- عوامل الخطورة كما هو الحال في المتدثرة و الناييسيريات البنية.
- قصة التهاب البوق.
- الدوش المهبلي.
- اللوالب (المرض وحين الجانب).
- العقم (استخدام الأدوات).

الظواهر السريرية:

□ الأعراض:

- الألم الحوضي أو أسفل البطن.
- النزف الرحمي.
- النزف بعد الجماع و/ أو بين الطموث.
- المفرزات المهبلية.
- عسر الجماع العميق.
- تسوء الأعراض بالجماع و الطمث.

□ العلامات:

- الحمى.
- الإيلام البطني.
- علامات التخريش الصفاقي.
- المفرزات من باطن عنق الرحم.
- الإيلام بتحريك عنق الرحم.
- إيلام الملحقات.
- كتلة في الملحقات.

□ المرض الحاد:

- التهاب عنق الرحم، التهاب البوق، التهاب باطن الرحم، التهاب العضلة الرحمية، التهاب الصفاق.
- التهاب النسيج الخلوي الحوضي.
- الخراج البوقي المبيضي.
- المرض المزمن.

□ المرض المزمن:

- الألم الحوضي الثابت.
- عسر الجماع.
- الكتلة المجسوسة.
- ناجم غالباً عن المتثرة.
- صعب المعالجة جداً و قد يحتاج للجراحة.
- التشخيص التفريقي: (راجع قسم الشكاوي النسائية الشائعة).

□ الاستقصاءات:

□ تلوين غرام:

- مكورات ثنائية داخل خلوية سلبية الغرام (السيلان البني).

□ الزرع من عنق الرحم:

- الجراثيم الهوائية و اللاهوائية إضافة إلى المتثرات (عصية داخل خلوية مجبرة).

□ فائق الصوت:

قد يكون طبيعياً.

وجود سائل في رتج دوغلاس.

الخراج البوقي المبيضي أو الخراج الحوضي.

موه البوق Hydrosalpinx.

□ تنظيف البطن:

من أجل وضع التشخيص النهائي.

لإجراء الزرع من البوق وإجراء خزعة بطانة الرحم.

النسخيص:

□ لابد من وجود:

ألم أسفل البطن.

إيلام بتحريك عنق الرحم.

إيلام في الملحقات.

□ إضافة إلى واحد أو أكثر مما يلي:

الحرارة أعلى من ٣٨ م°.

تعداد الكريات البيض أكثر من 10.5×10^3 /مل.

التهاب العنق المخاطي القيحي أو وجود قيح ببزل الرتج (نادراً ما يجري).

خراج حوضي أو كتلة التهابية عند الفحص بفائق الصوت أو الفحص المشترك بالجنس.

ارتفاع الـ ESR أو البروتين الارتكاسي - C (لا يستخدم بشكل شائع).

إيجابية الزرع للنايسيريات البنية أو المتدثرة التراخومية أو العصيات الكولونية أو باقي الفلورا

الجرثومية.

وجود شريك عالي الخطورة.

نتائج الـ PID غير المعالج:

□ الألم الحوضي المزمن.

□ الخراج، التهاب الصفاق.

□ تشكل الالتصاقات.

□ الحمل الهاجر.

□ العقم.

هجمة واحدة من الـ PID العقم ١٣%.

هجتان من الـ PID العقم ٣٦%.

□ تجرثم الدم:

التهاب المفصل الإنتاني، التهاب الشغاف.

المعالجة:

□ تجب المعالجة مع التغطية الواسعة.

□ يتم قبول المريضة في المشفى في الحالات التالية:

الخراج اللانموذجي.

وجود كتلة في الملحقات أو الخراج الحوضي أو الخراج البوقي المبيضي.

المرض المعتدل إلى الشديد.

عدم القدرة على تحمل المضادات الحيوية الفموية.

التثبيط المناعي.

الحمل.

عدم نفي وجود حالة جراحية إسعافية.

الـ PID الثانوي لاستخدام الأدوات.

المعالجة الموصى بها:

- السيفوكسيتين ٢ غ وريدياً كل ٦ ساعات أو السيفوتيتان Cefotetan ٢ غ وريدياً كل ١٢ ساعة +

الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ وريدياً كل ١٢ ساعة أو:

- الكلينداميسين + الجنتاميسين + الدوكسي سيكلين.

- متابعة المضادات الحيوية الوريدية لمدة ٤٨ ساعة على الأقل بعد تحسن الأعراض.

- ثم متابعة الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ فمويًا مرتين يوميًا لإكمال ١٤ يوماً من المعالجة.

نزح الخراج عبر الجلد تحت توجيه فائق الصوت.

في حالة عدم حدوث استجابة للمعالجة تتم النزح بتنظير البطن.

في حالة الفشل تكون المعالجة جراحية (استئصال البوق، استئصال الرحم التام مع استئصال

المبيضين والبوقين TAH-BSO).

□ تعالج المريضة خارجياً (في العيادات الخارجية) إذا:

كانت الموجودات نموذجية.

المرض الخفيف إلى المعتدل.

المضادات الحيوية الفموية محتملة.

المطauعة جيدة.

المتابعة ممكنة خلال ٤٨ - ٧٢ ساعة.

المعالجة الموصى بها:

- السفرياكسون ٢٥٠ ملغ عضلياً + الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ مرتين يوميًا لمدة ١٤ يوم.

□ إزالة اللوالب بعد فترة ٢٤ ساعة على الأقل من المعالجة.

□ الإبلاغ عن المرض.

- معالجة الشريك.
- إعادة الزرع للتأكد من الشفاء بعد أسبوعين.

الـ HIV عند النساء:

- تحدث ٨% من حالات الإيدز عند النساء.
- إن نسبة حدوث الإيدز عند النساء في ازدياد.
- عامل الخطورة الأهم هو استخدام المخدرات الوريدية يليه التماس مع ذكر عالي الخطورة.
- يشبه الإصابة بالإيدز في حالة وجود داء المبيضات المعتد.
- يبلغ خطر الانتقال العمودي للجنين ٢٥% ويمكن إنقاص ذلك إلى ٨% عند إعطاء الأزاثيوبورين AZT خلال الحمل والولادة والمخاض وكذلك يعطى للوليد.
- قد تشاهد زيادة نسبة خلل التنسج العنقي Cervical dysplasia على لطاخة بابانيكولا والمجراة كل ٦ شهور.

متلازمة الصدمة السمية TOXIC SHOCK SYNDROME:

- قصور جهازي متعدد ناجم عن ذيفان المكورات العنقودية المذهبة الخارجي Exotoxin.
- نادرة.
- تترافق مع:

- استخدام التامبون (النحسة) Tampon.
- استخدام الإسفنجة Sponge أو العازل الأنثوي Diaphragm أو غطاء عنق الرحم Cervical cap.
- أخماج الجروح.
- الأخماج التالية للولادة.
- إن كثف المتلازمة وعلاجها الباكرين أمر ضروري لأن التشخيص الخاطئ قد يكون مميتاً.

الظواهر السريرية:

- الحمى العالية الفجائية.
- ألم الحلق، الصداغ، الإسهال.
- احمرار الجلد.
- علامات القصور الجهازي المتعدد.
- هبوط ضغط الدم المعتد.
- تقشر السطوح الراحية والأخصية لليدين والقدمين بعد ١-٢ أسبوعاً من بداية المرض.

النسب:

- إزالة أي مصادر محتملة للخمج (الأجسام الأجنبية، وحطام الجروح).
- تنضير النسج المتنخرة.
- الإماهة الكافية.
- المضادات الحيوية المقاومة للبنسيليناز (الكلوكساسيلين).

□ استخدام الستيرويدات مثار خلاف، لكن إذا تم البدء بها خلال ٧٢ ساعة فقد تنقّص من شدة الأعراض ومدة الحمى.

الأخماج الجراحية والوقاية:

SURGICAL INFECTIONS AND PROPHYLAXIS :

الأخماج النالية لجراحة السانية (راجع قسم الجراحة العامة):

- أخماج السبيل البولي.
- أخماج السبيل التنفسي.
- التهاب الوريد.
- أخماج الجرح.
- التهاب اللقافة النخري.
- التهاب النسيج الخلوي الحوضي (شائع بعد استئصال الرحم).
- حمى، جسوء، إيلام، مفرزات تشمل الكم المهلي.
- تتم المعالجة بالمضادات الحيوية واسعة الطيف في حالة وجود الحمى وارتفاع الكريات البيض، مثل استخدام الكليندامايسين والجنتاميسين.
- إجراء النزح إذا وجدت كتلة كبيرة أو قيح شديد.
- الخراج الحوضي والخراج داخل البطن.

المضادات الحيوية الوقائية في الجراحة السانية:

- تهدف إلى إنقاص عدد الجراثيم دون الحد الحرج اللازم للخراج.
- تفيد في استئصال الرحم عن طريق المهبل، TAH، التجريف، الإجهاض.
- يعطى السيفازولين في معظم الإجراءات (وردياً على شكل بلعة قبل الإجراء الجراحي بـ ٣٠ دقيقة ويكرر إذا استمرت الجراحة أكثر من ٢-٣ ساعات).
- تحضير الأمعاء للإجراءات التي يحتمل حدوث التلوث البرازي فيها.
- استخدام Go-Lytely . إلخ لتنظيف الأمعاء.
- الأمبيسلين + الجنتاميسين وريدياً أو عضلياً قبل الإجراء الجراحي بـ ٣٠ دقيقة ثم كل ٨ ساعات.
- الفانكوميسين والجنتاميسين في حالة الحساسية للبنسيلين.
- الأموكسي سيللين فموياً قبل ساعة من الإجراء الجراحي عند المريضة منخفضة الخطورة.
- السيفوكسيتين وريدياً قبل الجراحة ثم كل ٤ ساعات في الحالات الإسعافية.
- الكليندامايسين والأمبيسلين والسيفالوسبورينات هي الأكثر ترافقاً مع التهاب الكولون بالمطثيات الصعبة.

□ ينجم عن ضعف أو خلل في الأربطة الرحمية العجزية والرباط الرئيس Cardinal والتي تساعد في الحالة الطبيعية في المحافظة على الرحم بوضعية انعطاف أمامي ويمنعه من الهبوط عبر الحجاب التناسلي البولي (أي العضلات الرافعة للشرح).

□ يرتبط استرخاء الحوض مع:

رض الولادة.

التقدم بالعمر.

نقص الأستروجين.

بعد جراحة الحوض.

زيادة الضغط البطني مثل السمنة والسعال المزمن والإمساك.

نادراً ما يكون خلقياً.

هبوط الرحم UTERINE PROLAPSE:

الأعراض:

- كتلة أو انتباج عند مدخل المهبل.
- ألم ظهري ناجم عن تمطط الأربطة الرحمية العجزية.
- الشعور بالثقل في الحوض.
- يسوء بالوقوف ورفع الأشياء.
- يتحسن بالاستلقاء.

النسيف:

- ٠ = لا يوجد هبوط.
- ١ = الهبوط بين الوضعية الطبيعية والثوكين الإسكيين.
- ٢ = الهبوط بين الثوكين الإسكيين وغشاء البكارة.
- ٣ = الهبوط حتى غشاء البكارة.
- ٤ = الهبوط عبر غشاء البكارة.
- تدلي الرحم Procidentia: فشل الدعم التناسلي والهبوط التام للرحم.

المعالجة:

□ المحافظة:

- الكعكة المهبليّة.
- المعالجة بالاستروجين.
- تمارين العضلات الحوضية (تمارين كيغلز Kegels).

□ الجراحية:

- استخدام المعلاق البذلي Prosthetic Stings في الحالات المترافقة مع السلس البولي.
- استئصال الرحم عن طريق المهبل ± الإصلاح الأمامي + الإصلاح الخلفي.

هبوط قبة المهبل VAULT PROLAPSE:

- يحدث هبوط قبة المهبل (أو انقلاب المهبل) بعد استئصال الرحم ويحدث فيه انقلاب باطن المهبل للخارج.

المعالجة:

□ المحافظة:

- الكعكات المهبليّة.

المعالجة بالأستروجين.

□ الجراحية:

تعليق قبو المهبل بالعجز أو بالأربطة العجزية الشوكية (قد يكون معقداً جداً).

القيلة المثانية CYSTOCELE:

□ هبوط المثانة ضمن الجدار المهبلي الأمامي العلوي.

□ الأعراض:

□ التكرار البولي والإلحاح والبيلة الليلية.

□ سلس الجهد.

□ الإفراغ الناقص للمثانة.

□ زيادة نسبة حدوث أخماج السبيل البولي.

□ المعالجة:

□ المحافظة:

الكعكات المهبلية، تمارين كيغليز.

□ الجراحية:

□ رفع Colporrhaphy المهبل الأمامي (الإصلاح الأمامي).

□ طي الفافة العانية العنقية لدعم المثانة والإحليل.

القيلة المستقيمية RECTOCELE:

□ هبوط الأمعاء الغليظة ضمن الجدار الخلفي السفلي للمهبل.

□ الأعراض:

□ الإمساك: (قد يؤدي الكبس الثابت إلى زيادة القيلة المستقيمية).

□ المعالجة:

□ المحافظة:

المليينات ومطريات البراز.

الكعكات المهبلية لا تفيد عادة.

□ الجراحية:

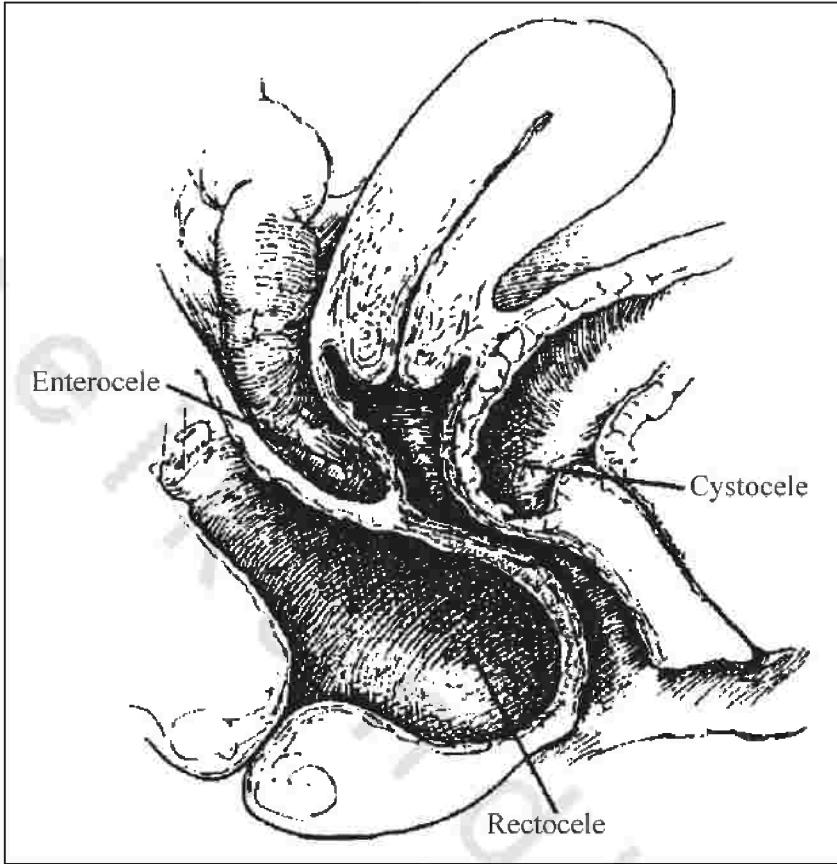
□ رفع المهبل Colporrhaphy الخلفي (الإصلاح الخلفي).

□ طي الفافة الحوضية الداخلية وتقريب العضلات العجانية على الخط المتوسط لدعم المستقيم/العجان.

القيلة المعوية ENTEROCELE:

□ هبوط الأمعاء الدقيقة ضمن الجدار العلوي الخلفي للمهبل.

□ يترافق عادة مع القيلة المستقيمة.



الشكل (٦): القيلة المثانية والقيلة المستقيمة والقيلة المعوية.

السلس الجهدى: STRESS INCONTINENCE

□ فكر بالأسباب الطبية مثل الخمج والتهديان والاكتئاب والأدوية.

الأسباب:

- تؤدي عملية الولادة إلى إزالة تعصيب الإحليل.
- نقص الأستروجين في الإياس يؤدي إلى نقص التوعية وضمور عضلة الإحليل.
- عادة ما تهرب عدة قطرات من البول فقط.
- يحدث مع زيادة الضغط داخل البطن (أي العطاس، السعال).
- أفضل نمط من السلس قابل للجراحة (الأفضل نجاحاً).

الآلية:

- يهبط الإحليل القريب تحت قاع الحوض ولا يكون انتقال الضغط الزائد داخل البطن موزعاً بشكل متساو.
- الضغط المثاني أكبر من الضغط الإحليلي.

السرجات:

- خفيفة: العطاس، السعال.
- معتدلة: رشح البول عند المشي.
- شديدة: رشح البول عند الوقوف.

التشخيص:

- عن طريق التظاهرات السريرية.
- اختبار الشدة الذي يؤدي لحدوث سلس البول.
- تنظير المثانة.
- الدراسة الديناميكية البولية.

المعالجة:**□ الطبية:**

- تمارين كيغيلز (تمارين الحجاب الحوضي).
- الأستروجين لعلاج التهاب الإحليل الضموري.

□ الجراحية:

- عن طريق البطن أو المهبل.
- راجع قسم الأمراض البولية.

السلس التام TOTAL INCONTINENCE:

- ضياع البول المستمر.
- الناسور المهبلي المثاني.
- الجراحة الحوضية السابقة أو التشيع مسؤولان عن ٩٥% من الحالات.

التشخيص:

- إدخال مادة زرقة الميثيلين ضمن المثانة أو صباغ الإنديكو-كارمين وريدياً فيلاحظ تسرب الصباغ إلى المهبل.

المعالجة:

- جراحية.

السلس الإلحاحي URGENCY INCONTINENCE:

- ضياع البول المترافق مع إلحاح بولي لا يمكن السيطرة عليه.
- يكون ثانوياً لـ:

عدم استقرار العضلة الدافعة Detrusor أو خلل التأزر Dyssynergia.
تقلص لا إرادي وفرط فعالية العضلة الدافعة.
التخريش المزمن أو الخمج (أي التهاب المثانة الخلالي).

- الضعف الوظيفي (أي مشاكل الحركية).
- الأحماج البولية شائعة.
- راجع قسم الأمراض البولية لرؤية الشكل الخاص بتعصيب المثانة.

التشخيص:

- اعتماداً على التظاهرات السريرية.
- الدراسات البولية الديناميكية.
- التقلصات غير المثبطة في حالة عدم استقرار المثانة.
- السعة المثانية الصغيرة في حالة المثانة المتهيجة irritable.

المعالجة:

- تدريب المثانة (التبويل في أوقات محددة).
- الأدوية المضادة للكولين (البروبانثولين Propantheline).
- تثبيط التعصيب نظير الودي للعضلة الدافعة.
- المضادات الحيوية.
- رهيمات الأستروجين، تستخدم الحلقة مهبلياً (ESTRING).
- يزين الأستروجين عتبة الإحساس للتقلصات اللاإرادية للعضلة الدافعة detrusor مما ينقص الإلحاح البولي و التكرار البولي.

سلس البول بالإفازة OVERFLOW INCONTINENCE:

- فرط تمدد المثانة وتسرب البول.
- ينجم عن المثانة العصبية.
- نقص فعالية العضلة الدافعة أو المثانة ناقصة التوتر.

يترافق مع:

- داء العصبون المحرك العلوي.
- أذية الحبل الشوكي.
- الاعتلال العصبي الذاتي (مثلاً الداء السكري).
- قد يحدث أيضاً مع انسداد مخرج البول.

التُخخيص:

- الدراسات البولية الديناميكية (زيادة سعة المثانة).

المعالجة:

- الأدوية الكولينرجية مثل البيثانيكول (bethanechol) Urecholine) لزيادة مقوية المثانة وقلوصيتها.
- القِطْرة الذاتية المتقطعة.

- نسبة حدوث الأفات الخبيثة النسائية مرتبة تنازلياً هي:
بطانة الرحم، عنق الرحم، المبيض، الفرج، المهبل.

الفرج: VULVA:

- يجب إجراء خزعة من أي آفة مشبهة على الفرج.
- من الضروري إجراء خزعات متعددة.

الأفات الفرجية السمية:

- محتملة الخباثة (أقل من ٥%).
- يزداد خطر الخباثة عند وجود اللانمطية الخلوية Cellular atypia بالخزعة.
- فرط تنسج الخلايا الشائكة (الحثل مفرط التنسج Hyperplastic dystrophy).
- بعد الإياس.

الحكة.

- آفات متمسكة مرتفعة مع لويحات بيضاء اللون.
- قد تشاهد اللانمطية الخلوية على الخزعة.
- يعالج برهيم الستيرويدات القشرية.

□ الحزاز المصلب Lichen sclerosis:

معظم الحالات بعد سن الإياس.

الحكة.

عسر الجماع.

الحرق.

ضمور الفرج مع التحام الأشعار.

لا يترافق مع زيادة نسبة الخباثة.

يعالج برهيم الستيرويدات أو رهم البروجستيرون.

□ الحزاز المصلب مع فرط تنسج ظهاري (الحثل المختلط):

حكة.

حرق.

عسر الجماع.

زيادة نسبة حدوث اللانمطية الخلوية.

يعالج برهيم الستيرويد القشري ثم برهيم الستيرويدات.

□ الورم الغدي العرقي الحليمي Papillary hidradenoma:

عقيدة محددة بشكل واضح، عادة على الشفر الكبير أو الطيات بين الشفرين.
الميل للتقرح (يؤدي ذلك إلى الالتباس مع الكارسينوما).
مطابق في المنظر للأورام الحليمية داخل الأفتية في الثدي.
□ الورم اللقي المؤنف (٣ أشكال). راجع قسم الأخماج النسائية.

آفات العرج الخبيثة:

□ المميزات:

- ٤-٣% من خباثات السبيل التناسلي.
- أشيع هذه الخباثات هي الكارسينوما شائكة الخلايا.
- تترافق ٥٠% من الآفات الغازية مع الحثل الفرجي الحالي أو السابق.
- يشاهد عادة عند النساء بعد الإياس.
- تتظاهر المريضات عادة بشكل متأخر أو تجرى لهن الخزعة بشكل متأخر.
- ٥% من الحالات إيجابية الـ VDRL.
- (تحدث في سن أصغر ويكون إنذارها أسوأ).
- العلاقة السببية مع الـ HPV.
- **التنشؤ داخل الظهارة VIN Vulvar Intraepithelial Neoplasia**: تبدلات قبل سرطانية تتظاهر على شكل لويحات مصطبغة أو بيضاء متعددة المراكز على الفرج.
- ٩٠% من VIN تحتوي DNA فيروس الـ HPV وبالتحديد النمط ١٦ و ١٨.
- زيادة نسبة حدوث المترافقة مع السمنة وفرط الضغط الدموي والداء السكري والتصلب العصيدي والمعالجة المزمنة بالستيرويدات القشرية.

□ أماكن النشوء:

- الشفر الصغير (٤٠-٤٥%).
- الشفر الكبير (٣٥-٤٠%).
- البظر (١٠-١٥%).
- العجان، الشرج (٣%).
- غدة بارثولان (١%).
- متعدد البؤر (٥%).

□ الانتشار:

موضعيًا.

- العقد الإربية في الجانب الموافق.
- (العقد الإربية السطحية ثم العقد الحوضية).

□ التظاهرات السريرية:

- الحكة الموضعية، الألم.
- لويحة مصطبغة أو بيضاء أو حمراء مرتفعة.

النتفح.

النزف، المفرزات.

عسر التبول.

□ التشخيص:

الفحص السريري.

الخزعة دوماً.

مع أو دون تنظير المهبل.

□ الإنذار:

يعتمد على إصابة العقد وحجم الورم.

حالة العقد هو الأكثر أهمية.

الآفات الأكبر من ٣ سم تتوافق مع إنذار سيئ.

معدل البقاء الإجمالي لـ ٥ سنوات: ٧٠%.

- ٩٠% في حالة عدم وجود العقد.

- أقل من ٧٠% في حالة إصابة العقد.

الجنول (٥): التصنيف المرحلي والمعالجات لسرطان الفرج (تصنيف جراحي).		
المرحلة	الوصف	المعالجة
٠	التنشؤ داخل الظهارة (VIN) الكارسينوما في الموضع.	الاستئصال الموضعي. الليزر. استئصال الفرج السطحي.
١	أقل من ٢ سم. لا توجد عقد إربية مشتبهة.	الاستئصال الموضعي الواسع. استئصال الفرج البسيط أو الجذري، تسليخ العقد.
٢	أكبر من ٢ سم. لا توجد عقد إربية مشتبهة.	الجراحة الموضعية. +/ - التسيع.
٣	الامتداد الموضعي للبنىات المجاورة، عقد إربية وحيدة الجانب مشتبهة أو إيجابية.	كما هو الحال في المرحلة ٢.
٤	عقد إربية مشتبهة ثنائية الجانب انتشار بعيد.	كما في المرحلة ٢.

المهبل VAGINA:

الآفات المهبئية السئية:

□ VAIN (التنشؤ المهبلي داخل الظهارة Vaginal Intra - Epithelial Neoplasia).

آفة ما قبل خبيثة.

المراحل: تتطور الآفات من VAIN₁ إلى VAIN₂ إلى VAIN₃.

التشخيص:

- اللطاخة المهبلية (بابا نيكولاو).
- تنظير المهبل.
- اختبار شيلر Schiller test (تلتقط الظهارة الطبيعية مادة اليود).
- الخزعة.

المعالجة:

- VAIN₁: تتراجع غالباً وتتكس ولذلك يتم تدبيرها بشكل محافظ مع المتابعة المنتظمة.
- VAIN₂: الاجتثاث بالليزر، التخثير الجراحي الكهربائي.
- VAIN₃: الاجتثاث Ablation، يجب التفكير بالخزعة الاستئصالية لنفي الغزو.

الآفات المهبلية الخبيثة:

□ التقييم:

(الفحص الخلوي [لطاخة بابانيكولاو].

□ ١٠-٢٠% نسبة السلبية الكاذبة.

□ زيادة نسبة الحدوث عند المريضات اللواتي لديهن قصة سابقة لسرطان الفرج أو عنق الرحم وهذا يستدعي التأكيد الإضافي على إجراء اللطاخة المهبلية (بابا نيكولاو) عند المريضات اللواتي أجري لهن استئصال الرحم بسبب سرطان عنق الرحم.

تنظير المهبل.

اختبار شيلر.

الخزعة، استئصال المهبل الجزئي.

تحديد المرحلة (انظر الجدول ٦).

□ الكارسينوما شائكة الخلايا:

تشكل ٢% من الخباثات النسائية.

- أشيع مكان هو الثلث العلوي للجدار الخلفي للمهبل.

الأعراض:

- لا عرضي.

- المفرزات المهبلية (غالباً رائحة كريهة).

- النزف المهبلي خاصة أثناء الجماع.

- الأعراض البولية الناجمة عن الضغط Compression.

المعالجة:

- المعالجة الشعاعية إذا كان الورم أولياً.

- استئصال الرحم واستئصال المهبل.

□ الكارسينوما الغدية Adenocarcinoma:

معظمها انتقالي، عادة من عنق الرحم أو بطانة الرحم أو المبيض أو الكولون.
معظم الأورام الأولية تكون من نوع الكارسينومات الغدية رائقة الخلايا وهناك:
- نوعان هما متلازمة الـ DES (داي إيثيل ستيلبسترو) ومتلازمة غير الـ DES.
التدبير مشابه لتدبير الكارسينومات شائكة الخلايا.

□ متلازمة داي إيثيل ستيلبسترو (DES) (Diethylstilbestrol):

معظم الحالات الموجودة قد تم توثيقها للتو.
استخدام الأم وتعرض الجنين للـ DES يؤهب لحدوث كارسينوما رائقة الخلايا في المهبل أو عنق الرحم.

خطر الإصابة بعد التعرض أقل من ١/١٠٠٠.

يعاكس الـ DES عملية الحؤول الشائكة.

التظاهرات السريرية:

- الداء الغدي (الغداد) adenosis أو استبدال البشرة الشائكة الطبيعية في المهبل حيث يحل مكانها ظهارة غدية.

* يحدث هذا الأمر عند ٣٠-٩٥% من الإناث المتعرضات.

* يتحول الداء الغدي عادة عن طريق الحؤول إلى بشرة ظهارية شائكة طبيعية.

- تشوهات القسم العلوي من المهبل وعنق الرحم وباطن الرحم (الرحم بشكل حرف T) والجوف الرحمي الصغير.

- نقص تنسج في عنق الرحم، ياقة عنق الرحم Cervical Collar، عرف الديك (حافة متبارزة على الجزء الأمامي من عنق الرحم)، السيليات الكاذبة في عنق الرحم.

الجدول (٦): التصنيف المرحلي لسرطان المهبل (تصنيف سريري).	
٠	التنشؤ داخل الظهارة (VAIN). الكارسينوما في الموضع.
١	محدود في جدار المهبل.
٢	يشمل النسيج تحت المهبل دون امتداد لجدار الحوض.
٣	الامتداد إلى جدار الحوض.
٤	الامتداد خارج الحوض الحقيقي أو إصابة المثانة أو المستقيم.

عنق الرحم CERVIX:

النسئ (٨): عنق الرحم.

الآفات السليمة في عنق الرحم:

□ سليلات باطن عنق الرحم:

شائعة بعد الإياس.

المعالجة:

- استئصال السليلات.

- مع أو دون إجراء التوسيع والتجريف.

آفات عنق الرحم الخبيثة:

□ الكارسينوما شائكة الخلايا (95%) (SCC)، الكارسينوما الغدية (٥%).

□ ٨٠٠٠ وفاة سنوياً في أمريكا الشمالية.

□ إن إجراء فحص للطلاخة المهبليّة (بابانيكولاو) سنوياً ينقص فرصة الموت عند المرأة بسبب سرطان عنق

الرحم من ١٠٠٠/٤ إلى ١٠٠٠٠/٥.

□ العمر الوسطي ٥٢ سنة.

□ الأسباب:

يكون المهبل عند الولادة مغطى بالظهارة الشائكة، وتغطي الظهارة العمودية فقط باطن عنق الرحم والمنطقة المركزية من ظاهر عنق الرحم (الجزء المهلي من العنق) Ectocervix (الوصل الشائكي العمودي الأصلي).

خلال البلوغ بسبب الأستروجين حدوث انقلاب للخارج (انتباز Ectopy) في طبقة عمودية وحيدة وهذا ما يعرضها إلى الـ PH الحامضية في المهبل مما يؤدي إلى الحؤول Metaplasia (من الشكل العمودي إلى الشكل الشائكي).

بما أن الظهارة الشائكة المتحولة تغطي الظهارة العمودية فإن وصلاً شائكاً عمودياً جديداً يتشكل ويكون أقرب إلى الفوهة الخارجية.

إن المنطقة الانتقالية (Transformation Zone) TZ هي منطقة الحؤول الشائكي المتوضعة بين الوصل الشائكي العمودي الجديد والأصلي (الشكل ٨).

إن غالبية حالات خلل التنسج والسرطان تنشأ في الـ TZ في عنق الرحم. قد تصبح الظهارة أيضاً عرضة لتأثير عوامل مولدة للطفرات مما يؤدي إلى خلل التنسج. يجب وجود الحؤول Metaplasia الفعال مع عامل محرض من أجل حدوث خلل التنسج. إن الـ TZ تكون أعلى في قناة باطن عنق الرحم عند النساء بعد الإياس.

□ عوامل الخطورة:

خمج الـ HPV:

- راجع قسم الأخماج النسائية.
- يترافق النمطان ١٦ و ١٨ مع خطورة عالية.
- يترافق النمطان ٦ و ١١ مع خطورة منخفضة.
- ٩٠% من سرطانات عنق الرحم تحتوي واحداً من أنماط الـ HVP عالية الخطورة.

التخين.

السلوك عالي الخطورة:

- تعدد الشركاء.
- الأمراض الجنسية الأخرى.
- حدوث الجماع الأول في سن مبكرة.
- الشريك الذكر عالي الخطورة.

□ التظاهرات السريرية:

الكارسينوما شائكة الخلايا.

- ورم خارج التثبيت exophytic، متفاطر fungating.

الكارسينوما الغدية.

- ورم داخلي التثبيت endophytic ويكون شكل عنق الرحم مثل البرميل.

□ الأعراض:

البكرة:

- لا عرضي.

- مفرزات مائية في البداية ثم تصبح حمراء أو بنية.

- نزف بعد الجماع.

المتأخرة:

- النزف العفوي غير المنتظم.

- الألم الحوضي أو الظهري.

- الأعراض المثنائية.

- الأعراض المعوية.

□ العلامات:

تكون الآفة واضحة عادة إلا إذا كانت في القناة أو كانت صغيرة جداً.

منطقة مرتفعة حمراء.

هشة.

□ الأمراض:

خلل التنسج ← الكارسينوما في الموضع ← الغزو.

عملية بطيئة (سنوات).

يكون النمو عن طريق الامتداد الموضعي.

الانتقالات غير شائعة وتحدث في المرحلة المتأخرة من المرض.

□ التقصي (لطاخة بابا نيكولاو):

أخذ عينة من باطن عنق الرحم وظاهر عنق الرحم ومن TZ.

الإيجابيات الكاذبة ٥-١٠%، السلبيات الكاذبة ١٠-٤٠%.

تكشف الكارسينوما شائكة الخلايا، أقل مصداقية مع الكارسينوما الغدية.

يتم إجراء اللطاخة سنوياً بدءاً من بداية النشاط الجنسي حتى عمر ٦٩ عاماً.

يجب أن تكون اللطاخة سلبية ثلاث مرات متتالية على الأقل عند المرأة قبل أن توقف عملية

التقصي عنها.

بعد أن تكون اللطاخة سلبية لثلاث مرات متعاقبة يمكن زيادة فواصل التقصي إلى مرة واحدة كل ٣

سنوات حسب توجه الطبيب (بناء على تقرير والتون Walton).

□ التشخيص (تنظير المهبل):

استخدام حمض الأسيتيك لكشف الآفات البيضاء.
تجريف باطن عنق الرحم (ECC) إذا لم تكن كامل الآفة مرئية أو في حالة عدم وجود آفة مرئية.
خزعة العنق.

□ الخزعة المخروطية في حال وجود:

تنظير المهبل غير المقبول.
تجريف باطن عنق الرحم غير الطبيعي.
اختلاف بين نتائج اللطاخة ونتائج خزعة المقرض Punch.
إذا أظهرت اللطاخة المهبالية وجود كارسينوما غدية في الموضع.
كارسينوما ذات غزو مجهري Microinvasive.

□ الاختلاطات (نسبة حدوث منخفضة):

النزف.
الخمج.
تضييق عنق الرحم أو القصور.
العدم.

□ معالجة لطاخة بابا نيكولاو الشاذة وسرطان عنق الرحم:

(CIN₁ (LGSIL):

- المراقبة مع الفحص الخلوي المنتظم (كل ٦ شهور).
- العديد من الآفات سوف تتراجع أو تختفي (٦٠%).
- تنظير المهبل إذا كانت اللطاخة إيجابية لمرتين متتاليتين.
- الآفات التي تترقى يجب أن يجرى لها استئصال عن طريق LEEP (استئصال العروة بإنفاد الحرارة الكهربائي) أو الليزر أو المعالجة القرية أو الخزعة المخروطية مع الحصول على نسيج عن طريق الLEEP لإجراء التقييم النسيجي.

(CIN₂ و HGSIL (CIN₃):

- الLEEP، الليزر، المعالجة القرية، الخزعة المخروطية.
- استئصال الرحم:

* (فقط في حالة CIN₃ مع عدم الرغبة بالحمل).

المرحلة A١:

- الاستئصال المخروطي لعنق الرحم في حالة الرغبة بالإنجاب مستقبلاً.
- استئصال الرحم البسيط عن طريق البطن في حالة عدم الرغبة بالحمل مستقبلاً.

المرحلة B١:

- استئصال الرحم الجذري (فيرتهام Wertheim) والحوض.

- يمكن الإبقاء على المبيضين.

المرحلة ٢، ٣، ٤:

- المعالجة الشعاعية.

□ الإنذار:

البقيا لـ ٥ سنوات كمايلي:

- المرحلة ٠ : ٩٩%.

- المرحلة ١ : ٧٥%.

- المرحلة ٢ : ٥٥%.

- المرحلة ٣ : ٣٠%.

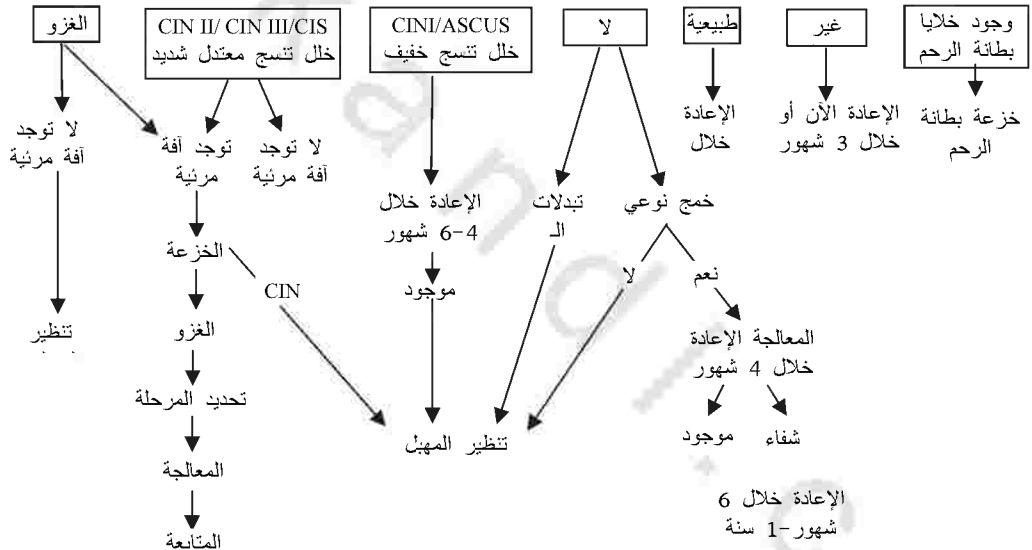
- المرحلة ٤ : ٧%.

- الإجمالي: ٥٠-٦٠%.

الجنون (٧): التصنيف الخوي.	
نظام التصنيف الجهازي/ CIN الكلاسيكي	نظام تصنيف Bethesda
طبيعي. اللانمطية الالتهابية (العضيات). اللانمطية الشائكة ذات الأهمية غير المحددة. لا نمطية ال HPV أو خلل التنسج الخفيف CINI. - خلل التنسج المتوسط CIN II. - خلل التنسج الشديد CIN II. - الكارسينوما في الموضع. - الكارسينوما شائكة الخلايا.	ضمن الحدود الطبيعية. الخمج. تبدلات ارتكاسية وإصلاحية. شذوذات الخلية الشائكة: - خلايا شائكة لا نموذجية ذات أهمية غير محددة. - آفة شائكة داخل الظهارة منخفضة الدرجة (SIL). - آفة شائكة داخل الظهارة عالية الدرجة (HIL). الكارسينوما شائكة الخلايا. الكارسينوما الغدية.

الجنول (٨): التصنيف المرحلي لسرطان عنق الرحم (التصنيف المرحلي السريري).	
المرحلة	الوصف
٠	الكارسينوما في الموضع.
١	مقتصر على عنق
A١	غزو مجهري.
B١	كل الباقي.
٢	يمتد خارج العنق لكن ليس إلى جدار الحوض، لا يشمل الثالث السفلي من المهبل.
٣	يمتد إلى جدار الحوض، يشمل الثالث السفلي للمهبل.
٤	يمتد خارج الحوض الحقيقي +/- الامتداد البعيد وإصابة المثانة و/أو المستقيم.

□ نتائج لطاخة بابانيكولاو والتبوير المناسب.



الشكل (٩): مخطط صنع القرار حسب نتائج لطاخة بابانيكولاو.

لطاخة بابانيكولا غير الطبيعية أثناء الحمل:

□ نسبة حدوث:

٢٢٠٠/١.

□ يجب إجراء اللطاخة والخزعة لأي آفة مشتبهاة في أول زيارة من زيارات الحمل (وتحول لإجراء تنظيف المهبل).

□ إذا كان الاستئصال المخروطي التشخيصي مطلوباً فيجب تأجيله حتى الثلث الثاني من الحمل لمنع الاختلاطات (الإسقاط).

□ الكارسينومات ذات الغزو المجهرى:

متابعة الحمل حتى تمامه والولادة المهبليّة أو القيصرية حسب درجة الغزو.

□ الكارسينوما B١:

يعتمد التدبير على رغبة المريضة.

التوصيات في الثلث الأول من الحمل بإجراء التشعيع من حزمة خارجية مع توقع حدوث الإسقاط

العفوي.

يوصى في الثلث الثاني تأجيل المعالجة حتى يصبح الجنين قابلاً للحياة وإجراء الولادة.

□ المتابعة بالمعالجة المناسبة.

الرحم UTERUS:

آفات الرحم السليمة:

الأورام العضلية الملساء Leiomyomas (الأورام الليفية Fibroids).

□ الوبائيات:

تحدث عند ٢٠% من النساء فوق عمر ٣٥ عاماً.

أشيع عند النساء السود.

أشيع استطباب للجراحات الكبرى عند الإناث.

□ الأمراض:

تنشأ من العضلات الملساء.

ورم سليم معتد على الأستروجين.

تشمل التبدلات التنكسية.

- التنكس الأحمر.

- التنكس الهلياني.

- التنكس الكيسي.

- التنكس الشحمي.

- التنكس.

- التنكس الغرني (الساركومي).

□ التظاهرات السريرية:

الأعراض العامة:

- لا عرضي.
- التورم البطني.
- الألم الحوضي، حس الضغط و/أو الثقل.
- النزف الطمثي.
- النزف الشاذ.
- صعوبة التبول وصعوبة التغوط.
- المواقع (انظر الشكل ١٠).

داخل الجدار Intramural:

- يبدأ النمو الأولي في العضلة الرحمية.
- التورم البطني.
- النزف الطمثي (غزارة الطمث).
- العقم.

تحت المخاطية (وهو الأكثر إحداثاً للأعراض):

- امتداد إضافي للنمو باتجاه الداخل إلى جوف الرحم.
- النزف الطمثي شائع.
- عسر الطمث.
- العقم.
- الإسقاطات المتكررة.
- قد يكون مسوقاً (له سويقة Stalk).

تحت المصلية Subserosal:

- امتداد النمو نحو الخارج.
- لا عرضي حتى يصبح كبيراً.
- قد يكون مسوقاً Pedunculated.
- قد يحدث الانفتال.

العنقي Cervical:

- نادر.
- تأثيرات الضغط الباكراً في منطقة عنق المثانة.
- النزف.
- الخمج.
- عسر الجماع.
- العقم.

خارج الرحم.

□ التشخيص:

الفحص السريري

- رحم متضخمة غير متناظرة، كتلة.

فائق الصوت.

تنظير الرحم.

التوسيع والتجريف الجراحي Fractional لنفي سرطان الرحم.

□ المعالجة:

يعالج فقط إذا كان عرضياً أو سريع النمو أو إذا حدث ضياع كمية كبيرة من الدم.

معالجة فقر الدم في حال حدوثه.

ينصح بالمقاربة المحافظة في الحالات التالية:

- إذا كانت الأعراض غائبة أو قليلة.

- الأورام أقل من ٦-٨ سم أو ذات حجم ثابت.

- الأورام ليست تحت المخاطية (الأورام تحت المخاطية تميل لأن تكون أكثر إحداثاً للأعراض).

- تقع النساء بعد الإياس فعلياً كلهن ضمن هذه المجموعة.

المقاربة الطبية:

- ناهضات GnRH (مثل الليوبروليد Leuprolide (Lupron) أو الدانازول Danazol (Danocrine) لتسهيل

إجراء الجراحة (إنقاص النزف الطمثي وحجم الورم الليفي).

- مضادات البروستاغلاندين أو حبوب منع الحمل للسيطرة على الألم/النزف عند المريضات الشابات أو

عند المريضات اللواتي لا يرغبن بالجراحة.

المقاربة الجراحية:

- استئصال الورم العضلي Myomectomy (عن طريق تنظير الرحم أو عن طريق المقاربة عبر

البطن).

- استئصال الرحم عن طريق البطن إذا كان حجم الورم الليفي أكثر من ١٢ أسبوعاً حملياً (أي الملحقات

غير واضحة) واكتمل الإنجاب.

- إصمام Embolization التروية الدموية للورم الليفي (معالجة حديثة).

التدبير الترقبي expectant management (أي الانتظار مع المراقبة عن كثب لتحديد مدى الحاجة

لإجراء أي تدخل آخر) أثناء الحمل.

لا يجرى العمل الجراحي للأورام الليفية أثناء الحمل أبداً.

الشف (١٠): المواقع النشريية المحتنة لأورام العضية المشاء في الرحم.

كارسينوما بطانة الرحم Endometrial carcinoma:

□ الوبائيات:

أشيع خباثة نسائية (٤٠%).

١ من كل ١٠٠ امرأة.

العمر الوسطي ٦٠ عاماً.

٢٠% نسبة الوفيات.

□ الأنماط:

الكارسينوما الغدية.

الكارسينوما الغدية الشائكة.

الكارسينوما الغدية المصلية الحليمية.

□ عوامل الخطورة:

عدم الولادة Nulliparity.

الاستروجينات غير المعاكسة.

- داخلية المنشأ: داء المبيض متعدد الكيسات، اللاباضة، السمنة.

- خارجية المنشأ: الأستروجين في المعالجة الهرمونية المعيزة دون البروجسترون (مع وجود

الرحم).

تأخر سن الإياس.

قصة سرطان الثدي أو الكولون أو المبيض.

الداء السكري، فرط ضغط الدم (عاملان مساعدان).

□ التظاهرات السريرية:

النزف بعد الإباس:

- ٧٠-٨٠% من الحالات يوجد في المرحلة ١.

- ١٠-١٥% يوجد في المرحلة ٢.

النزف الرحمي الشاذ.

□ التشخيص:

خزعة بطانة الرحم في العيادة.

التوسيع والتجريف.

□ المعالجة:

تعمد على مرحلة الورم وعمق غزو العضلة الرحمية.

المعالجة الجراحية:

- TAH-BSO (استئصال الرحم التام مع المبيضين والبقين) والغسيل الحوضي.

المعالجة الشعاعية:

- يعطى الإشعاع المساند لبعض المريضات المختارات حسب عمق غزو العضلة الرحمية ودرجة الورم و/أو إصابة العقد اللمفية.

المعالجة الهرمونية:

- البروجستينات للمرض الناكس أو البعيد.

المعالجة الكيماوية:

- قد تجرب في حال تطور المرض بإعطاء البروجستينات.

الجنول (٩): مراحل سرطان بطانة الرحم (التصنيف المرضي الجراحي).	
المرحلة	الوصف
٠	فرط التنسج الغدومي اللانموذجي.
١	يقتصر الورم على جسم الرحم.
A١	يقتصر الورم على بطانة الرحم.
B١	الغزو إلى أقل من نصف العضلة الرحمية.
C١	الغزو (الامتداد) إلى أكثر من نصف العضلة الرحمية.
٢	إصابة الجسم والعنق.
A٢	إصابة الغدد في باطن عنق الرحم فقط.
B٢	غزو للحملة العنقية.
٣	امتداد الورم خارج الرحم دون امتداده خارج الحوض الحقيقي.
٤	امتداد الورم خارج الحوض الحقيقي، وإصابة الأمعاء والمثانة.

ساركوما الرحم Uterine sarcoma:

□ نادرة الحدوث.

□ تنشأ من مكونات اللحمية Stroma (لحمية بطانة الرحم، النسيج الميزانشيمية ونسيج العضلة الرحمية).

□ تكون أكثر تقدماً عند التشخيص.

□ ميل أكبر للانتشار الدموي.

□ نسبة البقاء لـ ٥ سنوات: ٣٥%.

□ الساركوما العضلية الملساء:

غير شائعة.

العمر الوسطي عند التظاهر ٥٥ عاماً.

التظاهرات السريرية:

- النزف المهلي الشاذ.
- الشعور بالامتلاء و/أو الضغط الحوضي.
- تضخم الرحم بسرعة.

الانتشار:

- عن طريق الغزو الموضعي والانتشار الدموي والمفاوي.

المعالجة:

- استئصال الرحم التام مع المبيضين والبقين TAH-BSO.
- لا تعطى معالجة مساعدة إذا كان المرض مقتصرًا على الرحم وكان مؤشر الانقسام Mitotic index منخفضاً.
- التشعيع إذا كان مؤشر الانقسام عالياً أو انتشر الورم خارج الرحم.
- المعالجة الكيماوية غير مفيدة بشكل عام.

□ ساركوما لحمة بطانة الرحم Endometrial stromal sarcoma:

التظاهرات السريرية:

- غزارة النزف الرحمي.
- النزف بعد الإيباس.
- الألم الحوضي.
- في ٥٠% من الحالات يوجد مرض انتقالي وقت تظاهر المرض خاصة إلى الكبد و/أو الرئة.

المعالجة:

- TAH-BSO.
- المعالجة الهرمونية (البروجستينات).
- نادراً ما تستخدم المعالجة الشعاعية.

□ ساركوما مولر المختلطة Mixed Mullerian sarcoma:

أشيع ساركوما رحمية.

المعالجة:

- مشابهة لمعالجة الساركوما العضلية الملساء.
- تستخدم المعالجة الشعاعية المساعدة للمرض منخفض المرحلة.

الجنون (١٠): مميزات أورام المبيض السليمة والخبيثة.	
الأورام الخبيثة	الأورام السليمة
مجموعة الأعمار الصغيرة جداً (الخلية المنتشة) أو الكبيرة (الخلية الظهارية).	مجموعة النساء في سن الإنجاب (الخلية الظهارية).
ثنائية الجانب.	أورام كبيرة جداً.
أورام مثبتة ملتصقة مع الأعضاء المجاورة.	وحيدة الجانب.
متعددة المساكن، حواجز سمكية، تخرب المناطق الصلبة.	متحركة بشكل حر.
الحبن.	المحفظة سليمة، السطح أملس، كيسية، وحيدة المسكن.
الانتشار الصفاقي - مثلاً إلى رتج دوغلاس والطبقة المصليّة للأمعاء.	لا يوجد سائل الحبن.
	السطوح الصفاقية ناعمة.

أورام المبيض السليمة:

الأورام الوظيفية:

□ الكيسة الجريبية Follicular cyst:

فشل الجريب بالتمزق أثناء الإباضة.

نادراً ما تقيس هذه الكيسة أكثر من ٦-٨ سم.

عادة وحيدة المسكن Unilocular مبطنة بخلايا الزرعة المبيضية granulosa cells.

التظاهرات السريرية:

- لا عرضية عادة.

- قد تتمزق أو تنزف أو تنفث أو تصاب بالاحتشاء.

- قد تشابه الPID أو الحمل الهاجر سريرياً.

المعالجة:

- إذا كانت دون ٦ سم فيتم الإنتظار لمدة ٦ أسابيع، ثم يعاد الفحص حيث يمكن أن تتراجع الكيسة في الدورة التالية.

- تثبيط الإباضة عن طريق حبوب منع الحمل.

- الرشف عن طريق تنظيف البطن.

□ الكيسة اللوتينية Lutein cyst:

فشل الجسم الأصفر بالتراجع بعد اليوم ١٤ ويصبح كيسياً أو نزفياً.

عادة ما تكون أكبر قليلاً وأكثر صلابة من الكيسة الجريبية.

قد تتمزق أو تنزف أو تنفث أو تصاب بالاحتشاء وتسبب ألماً خفيفاً أو شديداً.

قد تؤخر بداية الدورة الطمثية التالية.

المعالجة: مثل معالجة الكيسة الجريبية.

□ **الكيسة اللوتينية – القرابية Theca-lutein cyst:**

تتجم عن تنبيه الجريبات الرقيقة (هي الجريبات التي تنكس قبل أن تصل إلى النضج) بواسطة المستويات الدموية المرتفعة الشاذة من البيتا hCG. تترافق بشكل كلاسيكي مع الرحي العذارية أو الرحي الغازية. قد تحدث أيضاً في المبيض متعدد الكيسات والداء السكري وكثرة أرومات الحمر والحمل المتعدد والجنين ضخيم الحجم وتحريض الإباضة بواسطة الكلوميدين أو الغونادوتروبينات. **المعالجة:**
- محافظة.

- تراجع الكيسة مع هبوط مستويات البيتا hCG.

□ **الورم البطاني الرحمي Endometrioma:**

راجع قسم الانتباذ البطاني الرحمي.

□ **أورام الخلية المنسنة Germ-cell tumours:**

□ **الورم المسخي الكيسي Cystic teratoma (الكيسة الجلدية Dermoid):**

أشيع ورم وحيد سليم في المبيض. يحتوي على عناصر من كل النسيج وتكون هذه العناصر جيدة التمايز. غالباً ما يحتوي على الملحقات الجلدية (الغدة العرقية والغدة الزهيمية والجريبات الشعرية والأسنان).

يحدث في ٢٠% من الحالات خارج سنوات الإخصاب.

يكون ثنائي الجانب في ٢٠% من الحالات.

يبلغ قطره عادة ٥-١٠ سم (نادراً ما يكون أكبر من ٢٠ سم).

ورم وحيد المسكن غالباً متحرك ذو جدار أملس.

غالباً ما يكون أمامياً بالنسبة للرباط العريض.

قد يتمزق أو ينفث أو يصاب بالإحتشاء.

قد يؤدي إلى انزعاج حوضي/ضغط حوضي إذا كان كبير الحجم.

التشخيص:

- قد يظهر فائق الصوت وجود تكلسات في الورم.

المعالجة:

- استئصال هذه الكيسة.

□ **أورام المبيض الظهارية Epithelial ovarian tumours:**

□ يزداد تواتر حدوثها بعد سن ٢٠-٢٥ عاماً.

□ يعتقد أنها تنشأ من خلايا اللحمة المتوسطة Mesothelial المبطن للجوف الصفاقي.

□ أشيع مجموعة من أورام المبيض السليمة.

□ الأنماط:

المصلية:

- الأورام الغدية الكيسية المصلية هي الأشيع.

- عادة متعددة المساكن.

- البطانة شبيهة بظهارة البوق.

المخاطية:

- أقل شيوعاً.

- عادة متعددة المساكن.

- قد تنمو لتصل إلى حجم كبير.

- تشابه خلويّاً ظهارة باطن عنق الرحم.

الأورام الشبيهة ببطانة الرحم Endometrioid:

- تشابه خلويّاً ببطانة الرحم.

- قد تكون هذه الأورام أحياناً مكونة من نسيج بطاني بوقي مهذب.

- لا تظهر صفات الغزو مثل الانتباز البطاني الرحمي.

- نادرة.

ورم برينر Brenner tumour:

- ورم صلب مع مكونة ليفية كبيرة.

- سليم عادة.

- يترافق مع العناصر الظهارية المخاطية في ثلث الحالات.

□ المعالجة:

رشف الكيسة.

استئصال الكيسة.

استئصال المبيض والبوق وحيد الجانب.

أورام المبيض الحمية – الحبس الجنسي:

Sex cord-stromal ovarian tumours:

□ الأورام الليفية Fibromas:

غير وظيفية، لا تفرز الستيرويدات.

أورام مدورة ناعمة قاسية مع خلايا ليفية متشابكة.

تترافق أحياناً مع الحبس.

انتقال سائل الحبس أحياناً إلى جوف الجنب الأيمن عن طريق الأوعية اللمفاوية ← متلازمة ميغ

Meig syndrome.

- حبن + انصباب جنبي أيمن مترافق مع ورم ليفي مبيضي.

المعالجة: الاستئصال الجراحي للورم.

□ أورام الخلايا الحبيبية Granulosa-theca cell tumours:

تحدث في أي مجموعة عمرية.

منتجة للأستروجين ← تأثيرات مؤنثة.

- البلوغ الباكر.

- غزارة الطمث.

- النزف بعد الإياس.

□ أورام خلية سيرتولي - لايدغ:

منتجة للأندروجين ← تأثيرات مذكرة.

- الشعرانية.

- عمق الصوت.

- ضخامة البظر.

- تراجع خط الشعر الجبهي.

أورام المبيض الخبيثة:

□ الوبائيات:

١٥% من كل أورام المبيض تكون خبيثة.

خطر الإصابة ١/١٠٠.

عند النساء فوق عمر ٤٥ عاماً تتطور كارسينوما المبيض عند ١/٢٥٠٠ سنوياً.

عند النساء فوق سن الخمسين عاماً تكون أكثر من ٥٠% من أورام المبيض خبيثة.

أعلى معدل وفيات ناجم عن كل الكارسينومات النسائية بسبب الكشف المتأخر.

رابع أشيع سبب للوفيات الناجمة عن السرطان عند المرأة.

□ عوامل الخطورة:

القصة العائلية.

القوقازيات.

العمر فوق ٤٠ عاماً.

الإياس المتأخر.

عدم الولادة.

تأخر إنجاب الأطفال.

حبوب منع الحمل واقية.

□ المظاهر السريرية:

يكون الورم لا عرضياً حيث ينمو بشكل مخاتل وغير مؤلم.

نزف مهبطي شاذ (٣٠%).
نزف بعد الإياس.
التواتر البولي.
الإمساك.
عسر الجماع.
الألم البطني، امتلاء أو تورم البطن.
الحن.
السعال بسبب الانصبابات الجنبية.

□ التشخيص:

الفحص الحوضي:

- كتلة غير مؤلمة في الملحقات.
- كبير حجم الرحم.

مخبرياً:

- CA-125.

شعاعياً:

- صورة الصدر الشعاعية.
- تصوير البطن والحوض بفائق الصوت.
- +/- إجراء CT أو MRI للبحث عن إصابة العقد.

فتح البطن:

- لتحديد المرحلة والمعالجة.

□ التقصي Screening:

- لا توجد طريقة فعالة للتقصي عن الكتلة.
- لا يوصى بإجراء معايرة مستوى CA-125 بشكل روتيني.
- عند المجموعات عالية الخطورة:
- سرطان المبيض العائلي (إصابة أكثر من امرأة واحدة من أقارب الدرجة الأولى).
- السرطانات الأخرى مثل سرطان بطانة الرحم، الكولون، الثدي.
- الفحص الحوضي سنوياً، CA-125، فائق الصوت الحوضي.
- قد يوصى بإجراء استئصال المبيض ثنائي الجانب وقائياً بعد عمر ٣٥ عاماً أو عند الانتهاء من إنجاب الأطفال.

□ أنماط الأورام المبيضية الخبيثة:

الأورام الظهارية:

- تشكل ٨٠-٨٥% من كل الأورام المبيضية (بما فيها الأورام السليمة والخبيثة والحنية).
- التصنيف النسيجي للخبثات الظهارية.

- النمط المصلي (٥٠%).
- الورم الشبيه ببطانة الرحم (١٠%).
- الأنماط المخاطية (١٠%).
- نمط الخلية الرائقة (٥%).
- غير المتمايز (١٠-١٥%).
- أورام الخلية المنتشرة:**
- ٢-٣% من كل الخباثات المبيضية.
- النساء الشابات.
- ينتج غالباً الببتا hCG أو الألفا - فيتوبروتين AFP اللذين يمكن استخدامهما كمشعرات ورمية.
- تشمل الأورام العجائبية غير الناضجة والأورام الإنتاشية Dysgerminoma.
- أورام اللحمية - الحبل الجنسي:**
- أورام الخلايا الحبيبية: منتجة للأستروجين.
- تترافق مع سرطان بطانة الرحم عند البالغات ومع البلوغ المبكر الكاذب عند الأطفال.
- أجسام كول - إكسner Call-Exner: علامة نسيجية واسمة.
- أورام خلايا سيرتولي - ليديج: منتجة للأندروجين.
- أورام المبيض الانتقالية:**
- ٤-٨% من خباثات المبيض.
- الانتقالات تحدث من السبيل الهضمي والثدي وبطانة الرحم والمفوما.
- ورم كروكينبيرغ Krukenberg tumour = ورم انتقالي من السبيل المعدي المعوي مع وجود خلايا خاتمية Signet-ring.
- معظم هذه الأورام تنشأ من المعدة.
- غالباً ما تكون ثنائية الجانب.

الجنون (١١): نظام FIGO لتحديد مراحل السرطان الأولية في المبيض (التصنيف الجراحي).	
المرحلة I	يقتصر النمو على المبيضين.
المرحلة IA	مبيض واحد.
المرحلة IB	مبيضان.
المرحلة IC	مبيض واحد أو مبيضان مع وجود الحبن.
المرحلة II	يشمل النمو أحد المبيضين أو كليهما مع الامتداد الحوضي.
المرحلة IIA	الامتداد إلى الرحم/ البوقين.
المرحلة IIB	الامتداد إلى باقي البنيات الحوضية.
المرحلة III	يشمل الورم أحد المبيضين أو كليهما مع وجود انزراعات صفاقية خارج الحوض و/أو إيجابية العقد خلف الصفاق أو العقد الأربية.
المرحلة IV	الانتقالات الكبدية السطحية تعادل المرحلة III. الورم مقتصر على الحوض الحقيقي لكن مع الإثبات النسيجي بوجود امتداد خبيث إلى الأمعاء الدقيقة أو الثرب. انتقالات بعيدة.

□ الإنذار:

البقاء لـ ٥ سنوات:

- المرحلة 80-90% I.
- المرحلة 60-70% II.
- المرحلة 15-30% III.
- المرحلة 5-15% IV.

إجمالي البقاء لـ ٥ سنوات: ٣٠-٣٥%.

غالبية المريضات يتظاهرن في مرحلة متأخرة (III).

- تنجم الوفيات في سرطان المبيض عادة عن الانضغاط المتروقي لأعضاء البطن (انسداد الأمعاء).

الجنون (١٢): المعالجة حسب مرحلة الورم.	
المرحلة IA و IB الجراحية	TAH-BSO * (فكر بالبدائل في حالة الرغبة بإنجاب الأطفال). غسل الصفاق. تحديد المرحلة بفتح البطن.
المرحلة IC و II الجراحية	TAH-BSO. غسل الصفاق. تحديد المرحلة بفتح البطن + المعالجة المساعدة.

المعالجة الشعاعية. تقتصر على مجموعة فرعية من المريضات دون وجود دليل على مرض باق. الفعالية ماثار خلاف. المعالجة الكيماوية (السيس بلاتين، الكاربوبلاتين، السيكلوفوسفاميد). المتابعة بإجراء الCA-125 وفائق الصوت بشكل متكرر.	
المرحلة III و IV الجراحية TAH-BSO. الغسل الصفاقي. فتح البطن لتحديد المرحلة مع استئصال الثرب. تخفيف حجم الورم + المعالجة الكيماوية لمدة ٦-٣ شهور.	
* TAH-BSO: استئصال الرحم التام مع المبيضين والبيوقين.	

البوق (أنبوب فاللوب) FALLOPIAN TUBES:

- أقل سرطانات الأعضاء التناسلية عند الإناث شيوعاً.
- عادة من نوع الكارسينوما الغدية.
- أشيع في المجال العمري (أقل من ٢٠ عاماً وأكبر من ٤٠ عاماً).
- ٨٠% منها سليمة.
- التظاهرات السريرية:
- مفرزات مائية (الأكثر أهمية).
- نزف مهبل.
- ألم بطني سفلي.
- المعالجة:

كما هو الحال في أورام المبيض الخبيثة.

ورم الأرومة الغاذية الحملي:

GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA(GTN):

- يطلق هذا الوصف على طيف من الشذوذات التكاثرية في الأرومة المغذية Trophoblast.
- نسبة الحدوث:
- ١٢٠٠/١ من الحمل.

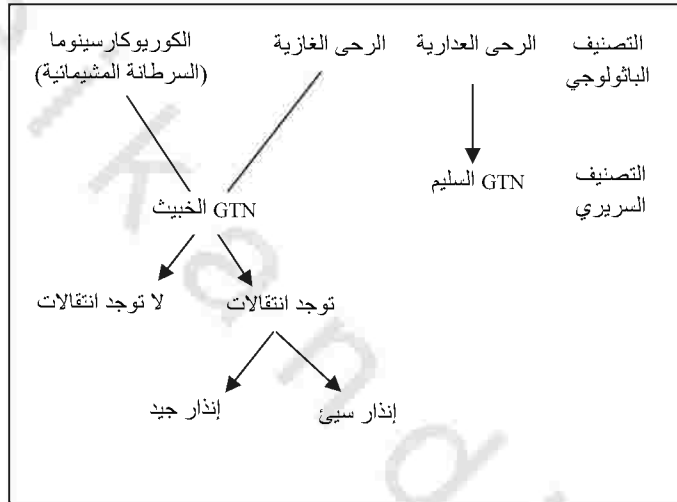
اختلاف جغرافي واضح: في آسيا (٨٠٠/١).
أشيع في طرفي المجال العمري لإنجاب الأطفال.
تزداد الخطورة عشرة أضعاف بعد حدوث GTN سابق.

□ مميزات الـ GTN:

٨٠% سليمة.

خطر العقابيل الخبيثة أعلى عند النساء فوق سن الأربعين، و عند الولادات ٣ مرات فما فوق.
في ١٥% يكون الورم غازياً موضعياً.
٥% وجود انتقالات.

□ التصنيف السريري والباثولوجي: (انظر الشكل ١١).



الشكل (١١): مخطط تصنيف الـ GTN.

الرحى العدارية *Hydatid form mole* (الـ GTN السليم):

□ الرحمي التامة Complete mole:

أرومات غذائية Trophoblast ورمية أو متكاثرة مع تورم خزبي (موهي) في الزغابات الكوريونية،
لا يوجد نسيج جنيني أو أغشية جنينية.
أشيع نمط من الرحمي العدارية.
٤٦ XX من أصل أموي.
قيام نطفتين بتلقيح بيضة فارغة.
احتمال الخباثة عال (٢٠-١٥%).
زغابات متضخمة ومتوذمة بشكل واضح.

اختفاء الأوعية الدموية الزغابية.

□ الرحي العدارية الناقصة أو الجزئية:

زغابات موهية Hydropic مع فرط تنسج جزئي في الأرومات الغازية وتترافق مع أجزاء جنينية أو جنين كامل.

غالباً ثلاثية الصيغة الصبغية (XXY).

تلقيح بيضة وحيدة بنطفتين.

تترافق غالباً مع فرط ضغط الدم الشديد.

احتمال الخباثة منخفض (٤%).

المظاهر السريرية أقل شدة مقارنة مع الرحي التامة.

تترافق غالباً مع وجود الجنين الذي يكون محدود النمو سريرياً ولديه تشوهات خلقية متعددة.

□ التظاهرات السريرية:

النزف المهلي (الأشيع).

يتم التشخيص بشكل نموذجي على أساس التهديد بالإسقاط بسبب مرور النسج مع النزف المهلي

(٩٥%) والمعص الرحي.

حجم الرحم أكبر من المتوقع (٥٠%).

القيء الحملي المفرط (٢٥-٣٠%).

فرط ضغط الدم الباكر (١٥-٢٠%).

كيسات لوتينية قرابية ثنائية الجانب (١٠-٢٠%).

فرط الدرقية (٥-١٠%).

- ناجم عن ارتفاع الTSH.

فقر الدم.

القمة.

لا توجد أصوات قلبية يمكن كشفها عند الجنين.

قد يكون الرحم مؤلماً وعجيباً.

□ التشخيص:

السريري.

بفائق الصوت.

- رؤية الحويصلات.

- لا يوجد جنين.

- مناطق مولدة للصدى Echogenic عديدة تتوافق مع الزغابات الخزبية والنزف البؤري داخل الرحم.

مستويات البيتا hCG:

- تكون مرتفعة بشكل غير طبيعي (أكثر من ٨٠٠٠٠).

□ المعالجة:

التوسيع والتجريف بالمص Suction مع التجريف الحاد + الأوكسي توسين.

- خطر الضائقة التنفسية الناجمة عن الانصمام بالأرومات الغذائية يبلغ ٢%.

- يحدث الهمود التام عند ٨٠-٨٥%.

- ١٥% يتطور لديهن مرض مستمر أو انتقالات.

استئصال الرحم:

- في حالة عدم وجود سيطرة موضعية، وهو لا يمنع حدوث الانتقالات.

موانع الحمل الفموية لمنع الحمل لمدة سنة.

□ المتابعة:

عيارات البيتا hCG المتعاقبة مع إبقاء المريضة على مانعات الحمل الفموية:

- كل ١-٢ أسبوعاً حتى تصبح سلبية لثلاث مرات متتالية.

- يستغرق ذلك عادة ٣-١٠ أسابيع.

- ثم كل أسبوعين لمدة ٢-٣ شهور.

- ثم شهرياً لمدة سنة من إجراء التوسيع والتجريف.

- الرحي الجزئية تحتاج للمتابعة لمدة ٦ شهور.

- يجب تجنب الحمل حتى اكتمال المتابعة.

صورة الصدر الشعاعية.

الـ GTN الخبيث:

□ قد يكون الـ GTN الخبيث انتقالياً أو غير انتقالي.

المرض الانتقالي ينل على المرض خارج الرحم.

□ الأنماط:

الرحى الغازية أو الـ GTN المستمر.

- غزو موضعي شديد.

- تكاثر شديد في النسيج الأرومي الغازي (قد يكون متنوعاً).

- المراضة والوفيات متعلقان باختراق الورم عبر العضلة الرحمية إلى الأوعية الحوضية مما يؤدي

لحدوث النزف.

- البنيات الزغابية تستمر مع الانتقالات.

- الانتقالات نادرة.

- يتم التشخيص بوجود ارتفاع أو ثبات مستويات البيتا hCG، وتطور الانتقالات بعد إجراء التوسيع

والتجريف من أجل الحمل العذاري.

الكوريوكارسينوما:

- كشمية Anaplastic بشكل كبير.
- لا توجد زغابات كوريونية، بل يوجد فقط عناصر أرومة غاذية مخلوية وأرومة غاذية خلوية.
- قد تحدث بعد الحمل الرحوي أو الإسقاط أو الحمل الهاجر أو الطبيعي.
- الورم خبيث بشكل كبير.
- يغزو العضلة الرحمية والجملة الوعائية الموضعية لينتشر دموياً إلى الرئتين والكبد والدماغ والمهبل والكليتين والسبيل المعدي المعوي.
- الورم عبارة عن كتلة غامقة نازفة على جدار الرحم أو عنق الرحم أو المهبل ويؤدي إلى تقرح واسع مع زيادة انتشاره على السطح أو اختراقه للعضلة الرحمية.
- اختراق الرحم والنزف شائعان.
- نادرة الحوث ١/٢٠٠٠٠ من الحمل في الولايات المتحدة.

□ التظاهرات السريرية:

- النزف المهلي (الأشيع).
- انقطاع الطمث.
- الانتقالات تظهر باكراً عادة.
- قد تتظاهر بأعراض تنفسية أو عصبية.. إلخ.
- إن ثلث حالات الكوريوكارسينوما تتظاهر بأعراض متعلقة بالانتقالات.
- ينمو المهبل والفرج على شكل عقيدات غامقة نازفة.
- الدنف المتزايد والضعف وفقر الدم مع تقدم المرض.

□ التشخيص:

- كما هو الحال في الـ GTN السليم.
- إجراءات تشخيص الانتقالات:
- الفحص الحوضي.
- الفحوص الدموية (تعداد الدم الكامل، اختبارات الوظيفة الكلوية والكبدية).
- مستويات البيتا hCG قبل التفريغ.
- صورة الصدر الشعاعية.
- CT الرأس والصدر والبطن.

الجدول (١٣): تصنيف ال GTN الانقبالية.

الإنذار الجيد:

قصر الفترة:

- المرض موجود منذ أقل من ٤ شهور من الحمل السابق.

عبار البيتا hCG المنخفض قبل المعالجة:

- أقل من ١٠٠ ألف وحدة دولية/بول ٢٤ ساعة أو أقل من ٤٠ ألف ميلي وحدة دولية/مل الدم.

لا توجد انتقالات إلى الدماغ أو الكبد.

لا توجد انتقالات هامة قبل المعالجة الكيماوية.

الإنذار السيئ:

الفترة الطويلة:

- أكثر من ٤ شهور من الحمل السابق.

العيارات المرتفعة من البيتا hCG قبل المعالجة.

- أكثر من ١٠٠ ألف وحدة دولية/بول ٢٤ ساعة أو أكثر من ٤٠ ألف ميلي وحدة دولية/مل في الدم.

وجود انتقالات دماغية أو كبدية.

وجود انتقالات هامة قبل المعالجة الكيماوية.

المرض الانتقالي التالي للحمل التام.

الجنول (١٤): تدبير ونسج ال GTN الانتفالي.		
النمط	المعالجة	الإنذار
الإنذار الجيد	المعالجة الطبية بالميثوتريكسات (الشوط العلاجي مكون من ٤ حقن عضلية كل ٤٨ ساعة مع إعطاء حمض الفوليك، ويكرر ذلك كل ٣-٢ أسابيع إلا إذا حدثت التأثيرات الجانبية. توقف المعالجة عندما يصبح مستوى الببتا hCG غير قابل للكشف في الدم لثلاثة أسابيع متتالية. تجنب حدوث الحمل لمدة ١-٢ سنة. المعالجة الجراحية باستئصال الرحم في حالة فشل المعالجة الكيماوية أو في حالة عدم الرغبة بالإنجاب.	٩٠-٩٥% شفاء.
الإنذار السيئ	المعالجة الكيماوية المشتركة بالميثوتريكسات مع الأكتينومييسين مع الكلورامبوسين. استخدام المعالجة الشعاعية عند المريضات اللواتي لديهن انتقالات كبدية أو دماغية. متابعة الببتا hCG كل ٥ سنوات. تجنب الحمل لمدة ١-٢ سنة.	٥٠-٧٠% شفاء. تحدث الوفاة بسبب الانتقالات الدماغية والكبدية.

تنظير البطن LAPAROSCOPY:

الاستطابات:

□ الاستطابات التشخيصية:

تقييم العقم والألم الحوضي وكتل الحوض الصغيرة والتشوهات الخلقية وتدمي الصفاق قليل الكمية والانتباز البطاني الرحمي.

□ الاستطابات العلاجية:

ربط البوق.

حل الالتصاقات.

صعق (التخريب بالكهرباء) fulguration انغراسات الانتباز البطاني الرحمي.

رشف الكيسات الصغيرة.

استعادة اللوالب المفقودة.

تصنيع البوق Tuboplasty.

استئصال العقد الليفية.

استئصال الورم العضلي.

استئصال الحمل الهاجر.

كذلك أصبح يستخدم بشكل متزايد في الجراحات الكبرى مثل استئصال الكيسات، استئصال

المبيض و البوق، استئصال الرحم ومعالجة سلس البولي الجهدي.

مضادات الاستطاب:

□ انسداد الأمعاء.

□ تدمي الصفاق الكبير مع صدمة نقص الحجم.

الاحتياطات:

□ انتفاخ جدار البطن أمام الصفاق.

□ إنثقاب الأحشاء خاصة الأمعاء، وإذا حدث ذلك فقد يكون فتح البطن ضرورياً.

□ الإرقاء داخل البطن الضعيف.

□ حروق التخثير في الأحشاء (قد تؤدي حروق الأمعاء إلى الانتقاب مع التهاب الصفاق).

□ دخول الأوعية الحرقفية غير المقصود بواسطة التروكار Trochar.

□ أذية الحالبين والمثانة (دخول المثانة، حروق المثانة).

تنظير الرحم Hysteroscopy:

□ استخدام وسط عاطل (مثل الغليسين، ثنائي أكسيد الكربون، السيستوزول Cystosol) لتمديد جوف الرحم.

الاستطابات:

□ النزف الرحمي الشاذ:

اجتثاث بطانة الرحم (قبل المعالجة بناهضات Gn RH).

استئصال سليلات بطانة الرحم والأورام الليفية تحت المخاطية.

خزعة بطانة الرحم الموجهة.

□ العقم:

فك التصاقات بطانة الرحم (مثل أشerman).

قطع الحاجز الرحمي.

المصاعب التي قد تحدث:

□ أخماج السبيل التناسلي العلوي الحادة أو المزمنة.

□ النزف الغزير.

□ تضيق عنق الرحم.

□ الانتقاب الرحمي السابق.

التشريح المتعلق بتنظير البطن RELATED ANATOMY:

□ الرباط الرحمي العجزي.

□ الرباط العريض.

□ الرباط الرئيسي.

□ الرباط المدور.

□ الرباط القمعي الحوضي.

□ الشريان المبيضي.

□ الشرايين الشرسوفية السفلية.

□ طبقات غمد المستقيم.

الشكل (١٢): منظر خلفي للأعضاء التناسلية الباطنة.

- تتعرض المرأة وسطياً لسوء المعاملة ٤٠ مرة قبل أن تطلب المساعدة.
- إن الطبيب هو الشخص الأول الذي يتم اللجوء إليه للمساعدة.

الويانيات:

- إن ١٠/١ إلى ١٠/٣ من النساء اللواتي يعشن مع رجل (في البلاد الغربية) يعانين من سوء المعاملة الجنسية أو سوء المعاملة الجسدية.
- إن إغتصاب الزوجة هو السبب الرئيس للقتل عند النساء الكنديات.
- يحدث عند العائلات وفي العلاقات من كل الخلفيات الاجتماعية الاقتصادية والثقافية والتعليمية.
- تزداد نسبة الحوادث أثناء الحمل وعند النساء المقدمات وفي المجموعة العمرية بين ١٨-٢٤.
- إن ٨٠% من الذكور الذين يمارسون العنف ضد المرأة قد تعرضوا في الطفولة لسوء المعاملة و/أو شهنوا سوء معاملة الزوجة في عائلاتهم عندما كانوا أطفالاً.
- إن ٦٧% من النساء المعتدى عليهن قد شاهدن أمهاتهن يتعرضن لسوء المعاملة.

دور الطبيب:

□ تمييز المشكلة:

- لابد من وجود مشعر شك عال خاصة عندما لا تكون الأذية متوافقة مع القصة.
- المشعرات الفيزيائية: الأذيات النزفية الحادة (خاصة في المناطق المركزية من الجسم)، الانتبارات، الكدمات، الحروق (الكهربائية، حروق السجائر، حروق الحمض)، خلع العظام والكسور، تمزق الأربطة، انتقاب غشاء الطبل، أذيات الأسنان.
- الزيارات الثابتة للطبيب دون وجود شكاوي نوعية مثل الصداع، الأرق، الخفقان، فرط التهوية، ألم المعدة، ألم الصدر، ألم الحوض.
- المشعرات النفسية: نوبات القلق، نوب البكاء الشديد، مشاعر عدم القدرة على التأقلم، الاكتئاب، أفكار الانتحار، معاقرة الكحول و/أو المخدرات.
- الأذيات غالباً ما يقلل من شأنها من قبل المرأة و زوجها.

□ التقييم:

- الاستفسار من المريضة وفحصها لوحدها.
- استخدام الأسلوب غير المباشر والأسلوب الخالي من التهديد في أخذ القصة يلبه توجيه الأسئلة المباشرة.

لا تلم المرأة.

استفسر عن مدى تأمين الحماية للأطفال.

التأكيد على أن اغتصاب الزوجة جريمة.

إن ٤٠% من حالات سوء معاملة المرأة يشاهدها الأطفال وإن كانوا معرضين للخطورة فيجب إخبار الهيئات المختصة.

تكون المرأة معرضة للقتل بشكل كبير عندما تحاول مغادرة المنزل أو بعد الانفصال.

□ التوثيق:

توثيق الرضوض الجسدية.

توثيق الأعراض والشكاوي النفسية.

توثيق أقوال المريضة كما هي.

□ الإحالة:

إحالة المرأة للهيئات المحلية.

تأكد من أن المرأة ستكون في بيئة آمنة بعد أن كشفت عن مشكلتها.

من غير المناسب إجراء الاستشارة حتى تكون المرأة في أمان ويكون العنف مسيطراً عليه.

..... انتهى