

الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة دمشق - كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي

محاضرات التوليد والجراحة النسائية في قسم التوليد وأمراض النساء الجامعي - جامعة دمشق



الأستاذ

أ.د. هيثم عباسي

نائبه وأستاذ

د. رشا النش

قسم التوليد وامراض النساء يتقدم لباحثينا الاكارم بعمل جماعي كقوة حقيقة علمية لننهض بسوية العلم وتبقى شرايين العمل تندفق في عملنا فلا ينهض وطن الا بالعمل الجماعي الصادق الصحيح وهذه باكورة متألفة من المحاضرات والدراسات المتميزة من ابناءنا وبإخلاصهم قد نسعى ان تقدم روح رسالتنا الطبية الإنسانية وبالله المستعان.....

مبروك للجميع.

أ.د. هيثم عباسي

الفهرس

الرقم	عنوان البحث	اسم الباحث	رقم الصفحة
1	ارتكاز المشيمة المعيب وتدبيره	رشا راتب المنشف	1
2	الولادة الطبيعية بعد قيصرية واحدة	تيماء جباخجي	10
3	تدبير المريضة السكرية في طور المخاض	عبير نوح	17
4	العلاج الوقائي للحمل الهاجر (الميتوتريكسات)	ايلدا قنبور	21
5	الورم اللبي والحمل	راما العص	26
6	الانتانات النسائية Infections of the genital tract	غزل الصيدلي	30
7	انفكاك المشيمة وتدبيره	بتول العريزي	36
8	كتل المبيض تشخيص وعلاج	آمنة الخطاب	41
9	وسائل منع الحمل	سناء العبد الله	45
10	الحمل على ندبة القيصرية	عبير أبو القصب	49
11	الاندومتريوز (الانتباز البطاني الرحمي)	فاطمة حاج رسلان	54
12	قصور المبيض الباكر	كريستين القيق	60
13	حالات ما قبل الإرجاج والإرجاج	عبد المعطي النادر	64
14	متلازمة المبيض متعدد الكيسات (التشخيص والعلاج)	شامان الحديد	69
15	فقر الدم والحمل	هبة السعيد	73
16	الأدينوميوز	نور الشربعي	78
17	الغثيان والإقياءات الحملية	صفاء محفوض	84
18	النزوف التناسلية الشاذة	زينة شيخ زين	93
19	انبثاق الأغشية الباكر	روان البرتاوي	98

105	علي صالح	تنظير عنق الرحم المبكر (تشخيص وعلاج)	20
116	أسيل السويركي	الإجهاضات المتكررة (تدبير – تشخيص)	21
122	سارة جنيات	تطبيق البلازما الغنية بالصفائح في أمراض النساء والتوليد	22

ارتكاز المشيمة المعيب وتديره

إشراف

إعداد

أ.د. هيثم عباسي

طالبة الدراسات العليا: رشا راتب المنشف



المشيمة المنزاحة: Placenta Previa

هي المشيمة التي تتطور ضمن القطعة السفلية للرحم وتصنف إلى درجات حسب العلاقة والمسافة بين الحافة السفلية للمشيمة والفوهة الباطنة لعنق الرحم حيث تصنف عالمياً إلى:

**** مشيمة طبيعية:** تبعد أكثر من 2 سم عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

**** مشيمة واطئة:** تبعد أقل من 2 سم عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

**** مشيمة منزاحة:** تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم مباشرة بعد الأسبوع الحلمي 16.

حالات المشيمة الملتصقة: Placenta Accrete Spectrum (PAS)

التصاق شاذ لكامل أو جزء من المشيمة مع جدار الرحم أسفلها في غياب جزئي أو كامل للساقط. وتصنف إلى درجات حسب عمق غزو الزغابات الكوريونية، وبالتالي تقسم حسب التشريح المرضي الحديث إلى:

1- **المشيمة الملتصقة ACCRETA** : الزغابات تلتصق بشكل سطحي بالعضلة الرحمية بدل أن تكون مقتصرة على الساقط القاعدي للرحم.

2- **المشيمة المندخلة (INCRETA)**: الزغابات تغزو بعمق ضمن العضلة الرحمية دون أن تصل لمصلية الرحم.

3- **المشيمة المخترقة (PERCRETA)**: الزغابات تخترق كامل جدار الرحم و من الممكن أن تغزو الأعضاء الحوضية المجاورة.

(3a: تغزو مصلية الرحم، 3b: تغزو المثانة، 3c: تغزو الأعضاء المجاورة).

إحصائيات:

يقدر معدل حدوث المشيمة المنزاحة 1 من أصل 200 حمل.

الآلية الإمراضية:

غير مؤكدة حتى الآن، لكن النظرية الأشيع هي إعادة التشكل الساقطي المعيب في منطقة التندب، وفي حالات نادرة قد تكون إمراضية الرحم هي الآلية المتهمة (مثل الرحم ذو القرنين، والعضال الغدي، والأورام الليفية تحت البطانة).

عوامل الخطر:

عوامل الخطر للمشيمة المنزاحة: سوابق قيصرية – تقانات الإخصاب المساعد.

عوامل الخطر للمشيمة الملتصقة: سوابق قيصرية - سوابق مشيمة ملتصقة – مشيمة منزاحة- سوابق جراحية عالرحم.

التشخيص:

المسح الروتيني يكون بالأسبوع 20 خاصة بالايكو المهبلي حيث يعتبر حالياً الخيار الثاني بعد الايكو البطني.

المتابعة:

- يتم إجراء تصوير بالأسبوع 32 وفي حال كان توضع المشيمة طبيعى ينفى الوعاء المتقدم على الجنين.
- وفي حال كان التصوير يوحي بوجود ارتكاز مشيمة بالأسبوع 32 عند حامل غير عرضية يتم إعادة التقييم بالأسبوع 36 لمناقشة طريقة وموعد الولادة.
- قياس طول عنق الرحم يسهل قرار تدبير الحوامل غير العرضيات مع مشيمة منزاحة، حيث وجد أن قصر طول عنق الرحم بالايكو المهبلي قبل الأسبوع الحلمي 34 يزيد من خطر الولادة الباكرا الاسعافية والنزف الكتلي خلال القيصرية.
- إن وجود مشيمة منزاحة (أمامية) عند حوامل مع سوابق قيصرية يجب نفي وجود حالات المشيمة الملتصقة من خلال إجراء دراسة صدوية في مراكز متخصصة في الأسبوع الحلمي 32.

الأعراض السريرية هي موجهة للتشخيص :

- نزف مهبلي غير مؤلم بعد الأسبوع 20 من الحمل.
- مجيء عالي.
- توضع غير طبيعى للجنين.

موجودات الإيكو التي تترافق مع نسب أعلى لحدوث النزف هي:

- المشيمة تغطي فوهة العنق بالكامل.
- المشيمة مع حافة ثخينة (أكثر من 1 سم).
- مشيمة مع مسافة خالية الصدى في الحافة المتراكبة مع فوهة العنق.
- طول العنق 3 سم أو أقل مقاسا بالإيكو المهبل بعد الأسبوع الحادي.
- أهم النصائح لإنقاذ خطر النزف في حالات المشيمة المنزاحة أو الواطئة:
- التقليل من الجماع وخاصة الذي يؤدي إلى نشوة عند المرأة.
- الامتناع عن الجنس المهبل.
- الامتناع عن التمارين المجهدة وحمل الأشياء الثقيلة.
- تجنب الوقوف الطويل.

دور استخدام موقوفات المخاض وقائيا في حالات المشيمة المنزاحة أو الواطئة لمنع حدوث النزف:

أثبتت الدلائل أنه لا توجد أية فائدة لإعطاء موقوفات المخاض وقائيا لمنع النزف في مريضات المشيمة المنزاحة أو الواطئة.

تعطى موقوفات المخاض عند المريضات العرضيات لمدة 48 ساعة بهدف إتاحة الوقت اللازم لتطبيق الستيروئيدات القشرية.

تشخيص حالات ال PAS:

1- الأمواج فوق الصوتية:

العلامات الصدى التي تشير لحالات المشيمة الملتصقة في الثلث الأول من الحمل:

- التعشيش الواطئ لكيس الحمل في القطعة السفلية للرحم.
- الحمل الهاجر على ندبة القيصرية.
- تشكل الفجوات الباكر ضمن المشيمة.
- ترقق أو غياب الطبقة العضلية.
- زيادة التوعية الدموية في السطح الفاصل بين المشيمة والمثانة.

العلامات الصدى التي تشير لحالات المشيمة الملتصقة في الثلث الثاني والثالث من الحمل:

- غياب المنطقة الشفافة بين المشيمة وجدار الرحم.

- فجوات المشيمة الشاذة.
- تقطع في جدار المثانة.
- ترقق الطبقة العضلية.
- تقبب المشيمة (غالبا ضمن المثانة).
- التنباتات البؤرية للمشيمة عبر مصلية الرحم.

2- الايكو دوبلر:

فرط التوعية بين الرحم والمثانة – فرط التوعية خلف المشيمة – الأوعية الجسرية –الأوعية المغذية للفجوات ضمن المشيمة.

3- الرنين المغناطيسي

4- تنظير المثانة:

لقد أوصى العديد من الممارسين بإجراء تنظير المثانة قبل الجراحة لتقييم وجود إصابة ممتدة لجدار المثانة. بينما آخرون أن تنظير المثانة لا يضيف معلومات مفيدة ولا يساعد في تأكيد التشخيص قبل الجراحة وبالتالي له قيمة تشخيصية محدودة وأيضاً يزيد خطر انتان ورض الطرق البولية.

التدبير

يجب أن يتولى فريق متعدد التخصصات تدبير الولادة الانتخابية للنساء اللاتي لديهن حالات مشيمة ملتصقة، وحسب توصيات ACOG تؤكد على ضرورة اجراء الولادة من قبل فريق توليدي ذو خبرة والذي يتضمن جراح توليد، جراح نسائية مع اخصائيين جراحة آخريين كالجراحة العامة، الجراحة البولية، اخصائي أورام.

توقيت الولادة

******يجب أن تؤخذ الولادة المبكرة المتأخرة (بين الاسبوع ٣٤ - ٣٦ من الحمل) بعين الاعتبار في المريضات ذوات المشيمة الواطئة أو المنزاحة مع سوابق نزف مهبلي أو عوامل خطورة مرافقة لحدوث ولادة مبكرة.

****يجب أن يتم تعديل توقيت الولادة حسب الأعراض خلال الحمل، وفي المريضات مع مشيمة منزاحة غير مختلطة، الولادة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار بين الأسبوعين ٣٦ - ٣٧ من الحمل.**
****في غياب عوامل الخطورة للولادة المبكرة لدى النساء المشخص حالات مشيمة ملتصقة، يجب الاستمرار بالمراقبة حتى الأسبوع ٣٦ من الحمل وتحقيق التوازن الأفضل بين درجة نضج الجنين وبين خطورة حدوث ولادة اسعافية غير مخطط لها.**

****في حالات المشيمة الملتصقة الشديدة حيث من المتوقع حدوث نزف مهم واستئصال رحم ولادي، تقترح الولادة بين الأسبوعين ٣٤ - ٣٥ من العمر الحملي لتلافي الولادة الاسعافية الطارئة والتي لا تزال قد تحدث بنسبة ٢٠ ٪ حتى في حالات الولادة المخطط لها.**

طريقة الولادة:

****طريقة الولادة هي القيصرية في حالات المشيمة المنزاحة (التام - الجزئي - الهامشي)**

****في المريضات مع مشيمة واطئة غير عرضية خلال الثلث الثالث من الحمل، طريقة الولادة يجب أن تقرر اعتماداً على القصة السريرية للمريضة، رغبة المريضة، ومدعمة بالموجودات التصويرية بما فيها البعد بين حافة المشيمة وموقع رأس الجنين بالنسبة لحافة المشيمة المتقدمة في التصوير عبر المهبل.**

****عندما يكون بعد حافة المشيمة عن الفوهة الباطنة لعنق الرحم أقل من ٢٠ مم خلال الثلث الثالث من الحمل فالغالب ان تتم الولادة عن طريق اجراء قيصرية وعندما تكون حافة المشيمة أسمك من ١٠ مم وأو تحتوي فجوات هامشية، ويسمح بالولادة الطبيعية إذا كانت المشيمة واطئة وحافة المشيمة تبعد 1 سم أو أكثر عن الفوهة الباطنة لأن خطورة النزف أثناء المخاض بهذه الحالة تكون ضئيلة.**

الخطوات التي يجب اتباعها في تدبير مريضة مع مشيمة منزاحة لديها هجمة نزف حادة خلال الحمل

- تقبل المريضة في وحدة المخاض والولادة من أجل مراقبة كل من الأم والجنين.
- فتح خطين وريديين دائمين.
- تطبيق محاليل بلورية (رينجر لاكتات أو سيروم فيزيولوجي) والتأكد من زمرة الدم وعامل Rh واجراء التحاليل المخبرية الدموية.
- تأمين دم ويتم التسالب على الفور 4 وحدات دم في حال كون الدم غزيراً.

- نقل الدم: بينما يجرى نقل الدم في البالغين عندما تفوق خسارة الدم % 30 من حجم الدم أو عندما الخضاب هو تحت 10 غ/100مل فإن تحديد هذين الرقمين في الحامل النازفة هو أمر صعب للغاية.

التخدير:

التخدير الناحي أثناء القيصرية للمريضة مع مشيمة منزاحة أو واطئة يعتبر آمن ويطرافق مع نسبة خطورة للنزف أخفض من التخدير العام.

في حال المشيمة الأمامية المنزاحة أو المشيمة الواطئة يجب أن يتم ابلاغ المريضة بضرورة التحويل للتخدير العام في حال تطلب الأمر ذلك وأخذ موافقتهم بالأمر.

إن التخدير العام هو الأكثر استخداماً لصعوبة وطول فترة العمل الجراحي وحاجة الجراح لأكثر قدر ممكن من استرخاء العضلات والأمعاء.

خطوات العمل الجراحي:

المدخل:

**شق جدار البطن إما شق معترض منخفض يسمح بالنفاذ إلى النصف السفلي للرحم .

**وفي حال كانت المشيمة أمامية وتمتد إلى مستوى السرة يفضل الشق الجليدي على الخط الناصف.

**المدخل الناصف عبر جدار البطن يؤمن ساحة عمل أوضح ورؤية أفضل للرحم والمجاورات.

**شق جدار الرحم: يعتبر تجنب الشق الجراحي على المشيمة أمر أساسي في حالات المشيمة الملتصقة الواضح أثناء فتح البطن، وهو مناسب أيضاً في حالات المشيمة الملتصقة المشخصة قبل الولادة لكن دون وجود دليل قاطع سريري خلال فتح البطن، حيث أن إجراء شق على القطعة العلوية للرحم يقلل من خسارة الدم الوالدي من مكان ارتكاز المشيمة.

بعد استخراج الجنين لدينا عدة خيارات:

يجب ترك المشيمة تنفك بشكل عفوي لتجنب حدوث نزف هام عند محاولة الاستخلاص اليدوي مع وجود اندخال للمشيمة:

1- انفصال المشيمة بشكل كامل دون وجود نزف.

2- انفصال المشيمة بشكل كامل مع وجود بؤر نازفة بشكل هام مكان ارتكاز المشيمة:

الخطوات التي يجب اتباعها للسيطرة على النزف في حال تم استخلاص المشيمة مع حدوث نزف من مكان ارتكازها:

- ❖ الدك داخل الرحم (البالون أو ميثشة) يجب أن يكون الخط الأول في التدبير.
- ❖ وفي حال فشله يتم إزالة التوعية الرحمية أو أخذ قطب رحمية ضاغطة بعدها.
- ❖ يمكن أيضا أخذ قطب إرقائية مكان ارتكاز المشيمة، وقد يكون من المفيد حقن الفازوبريسين في موقع المشيمة لكن دون وجود دراسات كافية حتى الآن .
- ❖ ربط الشريان الحرقفي الباطن يمتلك الخطر الأكبر للاختلاطات التالية للعمل الجراحي لذلك ينبغي القيام به في حال فشل الخطوات السابقة في السيطرة على النزف.
- ❖ في حال كانت السيدة غير مستقرة أو كان النزف مهدد للحياة المعالجة يجب أن تركز على مصدر النزف والذي هو غالباً السرير الوعائي المشيمي لذلك ينبغي القيام باستئصال الرحم الاسعافي بأسرع ما يمكن.
- ❖ الضغط على الأوعية الكبيرة (الشرايين الحرقفية الأصلية أو الأبهر) يمكن القيام بها كوسيلة مؤقتة لكسب الوقت لإنعاش المريضة وإكمال العلاج النهائي.

3- انفكاك المشيمة بشكل جزئي:

يجب محاولة إزالة الأجزاء المنفكة، وأي نزف يتم تدبيره كما سبق. يمكن أن نترك الأجزاء الملتصقة في مكانها، لكن خطر النزف اللاحق في هذه الظروف قد يكون كبيراً.

ويجب اتباع طرق تدبير النزف الغزير في الوقت المناسب وقد نقوم بتدبير بقايا المشيمية الملتصقة من خلال:

- مرقنات
- تصميم الحرقفي الباطن باستخدام الأشعة التداخلية.
- الدك باستخدام البالون أو ميثشة.
- استئصال البقايا المشيمية بتنظير باطن الرحم.
- التجريف بالممص للبقايا المشيمية وقشط السرير المشيمي.
- في حال عدم توفر أو وإن لم تنجح الإجراءات السابقة فيكون التدبير جراحي عادة بإجراء استئصال جزئي (Triple –P procedure) أو استئصال الرحم خاصة إذا كان

الضياع كبيراً ومن الصعب الإغلاق أو حتى إن تم الإغلاق فهو عرضة كبيرة لتمزق الرحم في الحمل القادمة.

الاستطباب الذهبي لهذه العملية الذي يترافق بأعلى نسبة نجاح هو اندخال بؤري لمشيمة ذات ارتكاز أمامي.

الخطوات:

- 1- تحديد مكان المشيمة وشق الرحم بعيداً عن ارتكازها.
- 2- قطع التروية عبر ربط الشريانين الحرقبيين الباطنين والشريانين الرحميين.
- 3- استئصال الجدار الأمامي للرحم مع النسيج المشيمي المرافق وإعادة التصنيع.
- 4- عدم انفكالك المشيمة: وهنا لدينا عدة خيارات:

- A. ترك المشيمة في مكانها LEAVING THE PLACENTA IN SITU
- B. الميتوتركسات: يقترح أنها تسرع من ارتشاف المشيمة، لكن لا يوجد دليل موثوق حول استخدام الميتوتركسات في حال ترك المشيمة في مكانها. كما أن التأثيرات الجانبية مثل قلة الكريات الشاملة والسمية الكلوية تم وصفها عند استخدام الميتوتركسات.
- C. تصميم الشرايين الحوضية: التصميم الحوضي الوقائي يستخدم للوقاية من نزف الخلاص الشديد واستئصال الرحم الثانوي في حالات التدبير المحافظ.

الولادة الطبيعية بعد قيصرية واحدة

اشراف

اعداد

أ.د. مروان الزيـات

طالبة الدراسات العليا: تيماء جباخنجي



الخيارات المتاحة أمام المريضات ذوات سوابق ولادة قيصرية

- ❖ تجربة مخاض بعد قيصرية سابقة (Trial of Labor After Cesarea (TOLAC (أي السماح باستمرار التقلصات الرحمية الفعالة التي بدأت عفويا) وهنا يوجد احتمالين:
 1. نجاح الولادة الطبيعية بعد قيصرية {60-80%} VBAC
 2. فشل تجربة المخاض بعد ولادة قيصرية (ولادة قيصرية إسعافية)
- ❖ تكرار ولادة قيصرية انتخابية «قيصرية مخطط لها» (ERCD/PRCD) planned repeat cesarean delivery

الميزات الوالدية للولادة الطبيعية بعد قيصرية VBAC

1. فرصة النجاح وسطياً 75%.
2. فترة استشفاء أقل.
3. زيادة فرصة الولادة المهبلية بالحمول اللاحقة.

المخاطر الوالدية للولادة الطبيعية بعد قيصرية VBAC

1. احتمال 10-15% لحدوث ولادة متواسطة بالملقط أو المحجم & حدوث تمزقات تناسلية.
2. احتمال الحاجة لقيصرية إسعافية بنسبة 25% تقريباً وخطورة أكبر لنقل الدم (1.7%) وإنتان باطن رحم (2%).
3. هناك احتمال 0.7% لتمزق ندبة الرحم (الاختلاط الأكثر خطراً).
4. زيادة المراضة الوالدية.

الميزات الوالدية لتكرار الولادة القيصرية PRCD

1. القدرة على تحديد موعد الولادة بتاريخ محدد مناسب للمريضة.
2. خطورة أقل للحاجة لنقل الدم أو انتان باطن رحم بالمقارنة مع فشل تجربة المخاض (قيصرية إسعافية).
3. أقل خطورة لحدوث تمزقات مهبلية أو الإجراءات التداخلية الرضاة (الملقط/المحجم).
4. التعقيم الجراحي (ربط البوقين) يمكن أن يجرى خلال الولادة نفسها.

المخاطر الوالدية لتكرار الولادة القيصرية PRCD

1. زيادة احتمال الولادة القيصرية بالحمول اللاحقة.
2. مدة استشفاء أطول.
3. 0.1% احتمال حدوث اختلاطات جراحية خطيرة (مثل أذية المثانة).
4. زيادة خطر الاختلاطات مع زيادة عدد القيصرات بسبب الالتصاقات وزيادة خطر حدوث المشيمة المنزاحة والمنذخلة.

مقارنة النتائج بالنسبة لحديثي الولادة

الولادة الطبيعية بعد القيصرية تزيد من خطر حدوث اعتلال الدماغ الإقفاري بنقص الأكسجة بنسبة 0.08% وزيادة خطر الوفيات أثناء الولادة بنسبة 0.04%.
تكرار الولادة بقيصرية انتخابية يزيد من احتمال حدوث تسرع التنفس العابر (تأخر ارتشاف السائل داخل الرئتين بالولادة القيصرية).

المرشحات لخوض تجربة المخاض بعد قيصرية:

المرشحات المثاليات Optimal candidates :

- ✓ سوابق شق رحمي معترض سفلي واحد معدل نجاح الولادة الطبيعية لديهم 60-80%
- ✓ مع خطر متوقع لتمزق الرحم بنسبة 0.4-0.7%
- ✓ قصة ولادة مهبلية أو ولادة مهبلية بعد قيصرية VBAC .
- ✓ حمل مفرد مجيء رأسي.

المرشحات المحتملات الأخرى Other potential candidates لديهم خطورة أعلى لتمزق الرحم:

- ✓ سوابق شق رحمي سفلي طولي.
- ✓ سوابق قيصرتين ذات شق معترض سفلي.
- ✓ حالة امتداد الحمل لأكثر من 40 أسبوع حملي.
- ✓ حالة الحمل التوأمي.
- ✓ حالة العرطلة الجنينية Macrosomia.

- ✓ الشقوق الرحمية غير معروفة النوع Unknown type of uterine incision
- ✓ الأمهات البدنيات.
- ✓ الأمهات السكريات.

CONTRAINDICATION TO TOLAC مضادات الاستطباب لتجربة

المخاض عقب القيصرية:

1. سوابق تمزق رحم او قيصرية علوية
2. ضيق الحوض او عدم تناسب حوضي جنيني
3. ثلاث قيصرات أو أكثر
4. المجيء المعيب، ما قبل الإرجاج، الإرجاج والنزوف قبل الولادة
5. أمراض القلب، أمراض الكلية، الربو والصرع
6. عدم موافقة المريضة على تجربة الولادة الطبيعية
7. عدم موافقة المريضة على اجراء قيصرية اسعافية

العوامل المؤثرة على نجاح VBAC

☒ أنواع جرح القيصرية السابق وطريقة خياطته وتأثيرها على احتمالية تمزق الرحم:

- الشق المعارض السفلي: 0.4_0.7%
- شق القيصرية الكلاسيكية (الجسمية): 4_9%
- شق القيصرية نمط T: 4_9%

الجمعية الأمريكية لم تجد أي رابط بين إغلاق الرحم على طبقة واحدة وتمزق الرحم عند مقارنتها مع الإغلاق على طبقتين.

☒ قياس ثخانة القطعة السفلية:

- إذا كانت الثخانة الكلية للقطعة السفلية للرحم أقل من 2 ملم فإن هذه الحالة تعتبر مترققة ومؤهلة لزيادة خطر التمزق أو تفرق الاتصال.
- لقياس الثخانة نأخذ ثلاث قياسات على الأقل قرب تمام الحمل ونعتمد القيمة الأصغر ويمكن الاعتماد على الايكو البطني أو المهبطي.

- يوضع إحدى مؤشري القياس عند جدار المثانة ويوضع المؤشر الآخر بالمسافة الفاصلة بين السائل الأمنيوسي (أو قحف الجنين) والساقط الرحمي.

✕ الشقوق الرحمية غير معروفة النوع Unknown type of uterine incision

- نفس احتمال تمزق الرحم لدى اللواتي على دراية بسوابق قيصرية سفلية معترضة واحدة

- يجب الأخذ بعين الاعتبار ألا تجرى تجربة مخاض في حال:

✓ القيصرية السابقة كانت قبل 18 شهراً.

✓ وجود آفة معروفة على القطعة السفلية للرحم (ورم ليفي كبير الحجم مثلاً).

✓ إذا ذكرت المريضة أن الأطباء كانوا قد حذروها من خوض تجربة مخاض

مستقبل

✕ حالة العرطلة الجنينية Macrosomia (EFW ≥ 4000 g) :

لا يعتبر لوحده مبرر لمنع تجربة المخاض بعد قيصرية ولكن VBAC ينخفض إلى أقل من 50%

✕ حالة الأمهات البدنيات:

- 30% معدل الفشل عند النساء البدنيات BMI >25

- 39% معدل الفشل عند النساء البدنيات جداً BMI >30

✕ حالة الأمهات السكريات:

الجمعية الأمريكية لا تعتبر السكري الحمل أو قبل الحمل مضاد استطباب لتجربة الولادة الطبيعية بعد قيصرية TOLAC لكن معدل النجاح أقل.

ويعتبر الاستطباب مطلقاً للقيصرية عند تجاوز وزن الجنين المقدر 4500 عند السكريات

✕ حالة امتداد الحمل لأكثر من 40 أسبوع حملي:

ACOG لم تعتبر هذا العمر الحمل مضاد استطباب ولكن لديهم فرصة أقل لنجاح VBAC.

✕ الحمل التوأمي:

معدل النجاح ونسبة تمزق الرحم مطابقة بالحمل التوأمي لمثيلاتهن بالحمل المفرد.

INDICATION OF PRIOR CESAREAN DELIVERY استطباب القيصرية

السابقة:

- المجيء المعيب: 91% (الأفضل)
- FETAL DISTRESS الضائقة الجنينية: 84%
- عدم التناسب الحوضي الجنيني : 54% الأسوأ

عدد القيصرات السابقة:

نفس نسبة النجاح ولكن الاختلاف بنسبة تمزق الرحم

Cs1:0.7%

Cs2:1.8%

الفاصل بين القيصرات:

18 شهر على الأقل

المجيء المقدي وعمر الأمهات >40:

توصي ال ACOG بإجراء قيصرية انتخابية لانخفاض نسبة نجاح TOLAC في هذه الحالات.

التدبير أثناء المخاض

✓ مواصفات قسم الولادة:

- قسم مجهز للعمليات الاسعافية.
- توفر خدمات نقل الدم
- توفر الأجهزة والإمكانيات لمراقبة دقات قلب الجنين
- توفر أطباء توليد متمرسين وأطباء تخدير وأطفال في أي وقت.

✓ مناظرة الجنين:

مراقبة مستمرة ومشددة طيلة فترة المخاض.

✓ تحريض المخاض:

- يزداد خطر تمزق الرحم 3 أضعاف
- يزداد خطر الحاجة لقيصرية اسعافية ضعفين

○ توصية **ACOG** الابتعاد عن تحريض المخاض وخاصة السيدات الحوامل بعد 39 اسبوع حملي.

✓ **VBAC score** = مشعر بيشوب + قصة ولادة مهبلية (4 نقاط) + مشعر كتلة الجسم قبل الحمل

BMI < 30 (2 نقطة) + القيصرية السابقة لسبب غير متكرر (3 نقاط) + عمر الأم عند الولادة > 35 سنة (2 نقطة)

أفضل علامة 23 بمعدل نجاح 92.3%

✓ **VBAC score > 11** يوصى بلجوء للقيصرية مباشرة دون تجربة المخاض.

تمزق الرحم **uterine rupture**

تمزق يصيب كافة طبقات جدار الرحم ويعتبر الاختلاط الأخطر لتجربة المخاض بعد القيصرية

الأعراض:

- CTG غير سوي.
- ألم بطني شديد مستمر.
- نزف مهبلي او بيلة دموية.
- علامات الصدمة الدورانية: من هبوط الضغط وتسرع النبض.
- تغير بشكل البطن وتغير مفاجئ في وضعية الجنين.

الإختلاطات:

- حدوث نزف صاعق يحتاج الى فتح جراحي اسعافي مع وفيات والدية تصل الى 15%.
- استئصال رحم مع أذية مثانية.
- خطورة وفيات أجنة تصل الى 10% حيث أشارت الدراسات لتجنب حدوث نقص اكسجة لدينا فقط 18د من وقت تشخيص تمزق الرحم حتى استخراج الجنين.

التدبير:

- فتح بطن اسعافي واجراء قيصرية وقد نضطر لاستئصال الرحم.

تدبير المريضة السكرية في طور المخاض

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: عبير نوح

أ.د. هيثم عباسي



تصنيف المريضات السكريات خلال الحمل

❖ نمط A1 :

سكري حملي مضبوط بالحمية الغذائية والتمارين الرياضية فقط.

❖ نمط A2 :

سكري حملي مضبوط بالانسولين أو الخوافض الفموية.

تدبير مريضة النمط A1

حسب توصيات الACOG يفضل إنهاء الحمل بحث المخاض بين الاسبوع 39_41 اسبوع حملي وذلك لتقليل مخاطر واختلاطات الحمل المديد ($\leq 42+0$).

تدبير مريضة النمط A2 والنمط A1 غير المضبوط بشكل مثالي:

حسب دراسة عشوائية راجعة أجريت على مريضات سكري حملي نمط A2 تبين أن العمر الحملي 39 أسبوع هو العمر الافضل لحث المخاض حيث كانت نسبة المراضة الوليدية وحالات انعضال الكتفين ($10000/8.7$) مقارنة بنسبة ($10000/15.2$) في حال تمت الولادة بعد اسبوع حملي آخر (40 أسبوع).

بالمقابل فإن حث المخاض بعمر حملي مابين ($37_38.6$) أسبوع حملي غير مستطب في حالات السكري الحملي المضبوط وغير المترافق باختلاطات حملية فخطر موت الجنين منخفض في هذه الحالة بينما نسبة المراضة الوليدية أعلى.

توصيات الACOG في حال السكري الحملي نمط A2 المضبوط دوائيا تستطب الولادة بالعمر الحملي ($39_39.6$) أسبوع حملي.

متى تستطب القيصرية الانتخابية:

تستطب القيصرية الانتخابية في حال كان الوزن الجنيني المقدّر ≤ 4500 غرام بعمر حملي 39 أسبوع وذلك لتجنب الأذيات الرضية وانعضال الكتفين.

تدبير المخاض في حال جنين بوزن <4500 غ

في حال قررت السيدة في هذه الحالة تجربة المخاض يتم مراقبة تطور المخاض بدقة وبدون أي تدخل.

قد نلجأ للولادة المهبليّة الباضعة المترافقة بخزع فرج وافي فقط لتسهيل وتسريع طور الثاني لكن دون الاستعانة بالولادة المساعدة إذ تترافق بزيادة خطورة حالات الانعزال الكتفي والاذية الضفيرية وتكون هذه الاذية أعلى في حال استخدام المحجم مقارنة باستخدام الملقط.

مراقبة السكر خلال المخاض والولادة:

عادة ما تنقص حاجة الانسولين خلال المخاض وذلك بسبب قلة الوارد الفموي من السكاكر بالمقابل فإن تعب المخاض والتقلصات الرحمية الفعالة تتطلب طاقة إضافية وبالتالي استهلاك لسكر الدم أكثر.

نساء النمط السكري A1 المضبوط بالحمية وغير المعتمد على الانسولين أو الخوافض الفموية عادة لا يتطور لديهن حالات نقص سكر خلال المخاض أو الولادة وبالتالي لا حاجة لمراقبة قيم سكر الدم لديهن.

بالمقابل فإن النساء من النمط A2 المضبوط دوائياً فيستطب التقييم الدوري لسكر الدم طيلة فترة المخاض والولادة لما لقيم السكر العالية خلال المخاض من تأثيرات سلبية على الوليد.

الهدف الاساسي من ضبط سكر الدم الوالدي أثناء المخاض هو منع نقص سكر الدم عند الوليد إذ أن قيم السكر العالية في الدم الوالدي تعبر عبر المشيمة الى دم الجنين وتعرض بنكرياس الجنين على إفراز الانسولين بقيم مرتفعة فيتعرض الوليد بعد الولادة لحالة نقص سكر الدم.

التدبير بعد الولادة والمتابعة:

في حالات السكر الحلمي عادة ما تستقر قيم السكر سريعاً بعد الولادة إذ تزول تأثيرات الهرمونات المشيمية الرافعة لسكر الدم.

مع ذلك يجب مراقبة سكر الدم الوالدي بعد الولادة دورياً وغالباً ما يستقر خلال اسبوع من الولادة. في حال استمرار قيم السكر العالية تجب المتابعة الغذائية.

الارضاع:

يجب تشجيع الرضاعة الطبيعية إذ تعد مفيدة لكلا الأم والوليد. إذ أن الارضاع يحفز استقلاب السكر الوالدي وبالتالي يساعد في خفض مستويات غلوكوز الدم.

أظهرت بعض الدراسات بأن الارضاع الوالدي يقلل خطر تطور السكر الحملي إلى سكري من النمط الثاني مقارنة بالأمهات اللواتي لم يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية.

العلاج الوقائي للحمل الهاجر (الميتوتريكسات)

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: ايلدا قنبور

أ.د. مروان الزيات



الميتوتريكسات

الجرعة:

1مغ/كغ أو 50مغ/م2

الترياق:

لوكوفورين (فولونيك أسيد)، يعاكس الميتوتريكسات على نقي العظم والسبيل الهضمي. طرق الامتصاص: عضلي ولكن ممكن أن يعطى وريدي, عبر المهبل, حقن مباشرة ضمن كيس الحمل.

التأثيرات الجانبية:

محتمل لكن ممكن أن يسبب التهاب المعدة, التهاب نسيج ضام وارتفاع أنزيمات الكبد.

الاستطابات:

مریضة مستقرة - لافعالیة قلبیة - ترغب فی الحفاظ علی الخصوبة - $bhcg < 5000$ - حجم كيس الحمل >3-4 سم

مضادات الاستطباب

- نقص البيض >3000, نقص الصفائح > 100 ألف أو فقر الدم الحاد.
- مرض رئوي فعال أو قرحة فعالة - الإرضاع - شك تمزق كيس الحمل.
- المرض الرئوي الفعال أو قرحة فعالة - حمل متغاير أو عيوش.
- ارتفاع أنزيمات الكبد <ضعفين أو $cr > 1,5$.

العوامل التي تنقص فعالية العلاج الدوائي

- B-hcg نسبة ارتفاعها أكثر عامل مهم في فشل العلاج.
- B-hcg > 5000 تحتاج أكثر من جرعة ميتوتريكسات أو تفشل تجربة العلاج
- وجود فعالية قلبية - جرعة عالية من الفوليك أسيد قبل المعالجة
- الحمل البرزخي - سائل حر في البيرتوان.

الاستقصاءات قبل المعالجة

- حمل عيوش يجب أن يستبعد - cbc & rh لتحديد الحاجة إلى anti d
- B-hcg كتحخيص ولمعرفة مدى نجاح المعالجة - إيكو مهبطي - تحاليل وظائف كبد وكلية

تعليمات قبل المعالجة

- إيقاف الفوليك أسيد - تجنب nsaid وإعطاء باراسيتامول كمسكن في حال الألم - تجنب الجماع والتمارين العنيفة

بروتوكول الجرعة الواحدة (المفضل)

الطريقة

- في اليوم الأول نعطي MTX ثم نعاير B-HCG في اليوم 4 و 7
- في اليوم السابع في حال انخفضت $B-HCG < 15\%$ نعطي الجرعة الثانية
- في حال انخفضت أكثر من 15% نعاير B-HCG حتى يصبح غير مقيس.
- في اليوم 14 في حال أقل من 15% نعطي الجرعة الثالثة (نعطي أقصى حد ثلاث جرعات في بروتوكول الجرعة الواحدة).
- في حال أخذت المريضة ثلاث جرعات وكان الانخفاض في قيمة البيتا أقل من 15% عندها نلجأ للتنظير أو استئصال البوق.

فوائده

- أقل تأثيرات جانبية، أقل حاجة للمراقبة، لا يتطلب معاكسة بالفوليك أسيد.

ملاحظات مهمة

- $15-20\%$ من المريضات يحتجن جرعة ثانية ويجب إعلام المريضة بذلك
- استجابة المرضى لنظام الجرعة الواحدة والجرعتين 90%
- في حال تتطلب جرعة إضافية من الميثوتريكسات لاداعي لإعادة الاستقصاءات
- هبوط قيمة البيتا لا تستبعد احتمالية تمزق البوق وفي حال تمزق البوق نلجأ للجراحة الاسعافية.
- ممكن بعد العلاج أن يزداد حجم كيس الحمل وهذا لا يقترح فشل العلاج ممكن أن يكون ورم دموي.

بروتوكول الجرعات المتعددة

- 4 جرعات MTX بالتناوب مع اللوكوفورين - يستخدم هذا النظام أكثر مع الحمل العنقي والخلالي
- محاسنه: فشل أقل - مساوئه: تأثيرات جانبية أكثر
- الطريقة: MTX (1مغ/كغ) عضلي أو وريدي في الأيام 1,3,5,7 مع لوكوفورين (0,1مغ/كغ) في الأيام 2,4,6,8
- B-HCG تعالير في الأيام 1,3,5,7
- في اليوم 14 في حال هبوط البيتا أقل من 15% نعطي الجرعة الخامسة كحد أقصى متبوعة باللوكوفورين
- في حال البيتا أكثر من 15% نعالير حتى تصبح غير مقيسة
- في حال تم إعطاء 5 جرعات ولم تنخفض البيتا أكثر من 15% من اليوم 14-21 عندها نلجأ للتنظير.
- خلال المعالجة يجب تجنب الجماع والحمل حتى يصبح البيتا غير مقيس، الأغذية والفيتامينات الحاوية على فوليك أسيد
- التعرض للشمس، NSAIDS ، التمارين الحوضية العنيفة.
- الألم بعد المعالجة: خفيف لمتوسط قد يكون بسبب تمطط البوق بالورم الدموي أو بسبب تمزقه يجب إجراء إيكو مهبلي ومراقبة مشددة لاستبعاد التمزق.
- ننصح السيدة بمنع الحمل لأشهر (لا يوجد أي خطر مشوه)
- السيدات اللاتي تعالجن بالميتوتريكسات طمئن أسرع ومعدل خصوبة أعلى من اللاتي تعرضن للجراحة
- يجب عليهن تناول الفوليك أسيد بشكل يومي.

الورم الليفي والحمل

إشراف

إعداد

أ.د. جميل طالب

طالبة الدراسات العليا: راما العص



الانتشار

تتراوح نسبة انتشار الورم الليفي خلال الحمل بين 1.6-10.7% من السيدات، ويعود هذا التفاوت بين النسب إلى اختلاف الدراسات من حيث المجموعات السكانية المدروسة والثالث الحملي المدروس والقياس الذي تم اعتبار الورم الليفي عنده هاماً والذي تراوح في الدراسات بين 0.5-3 سم.

يلاحظ زيادة في معدل حدوث الورم الليفي مع التقدم بالعمر وزيادة عدد الولادات، بعض الدراسات أشارت إلى نقصان في حدوث الورم الليفي مع استمرار الإرضاع الوالدي لفترة طويلة.

تأثير الحمل على الورم الليفي

تغيرات الحجم: يعتقد أنه خلال الحمل تحدث زيادة في حجم الورم الليفي ناتجة عن زيادة التدفق الدموي للرحم وزيادة مستويات الهرمونات الستيروئيدية لكن المثبت أن أغلب الأورام الليفية بنسبة 50-60% تبقى ثابتة الحجم خلال الحمل، في حين أن 22-23% يزداد حجمها و 8-27% ينقص حجمها.

تحدث زيادة الحجم غالباً خلال الثلث الأول من الحمل وخاصة في الأورام الليفية أكبر من 5 سم وغالباً لا تتجاوز هذه الزيادة نسبة 12% من حجم الورم الليفي.

التنكس والانفتال: يحدث بنسبة 10% من الحمل، يحدث التنكس غالباً في الثلث الأول نتيجة النمو السريع للورم الليفي ونقصان التروية الدموية وبالتالي التنخر وتحرر البروستاغلاندينات و حدوث الألم.

ويحدث الانفتال في الأورام الليفية المعنفة وكذلك يؤدي إلى نقص التروية وتحرر البروستاغلاندينات و حدوث الألم.

تغير الأعراض: قد يحدث تغير في أعراض الورم الليفي خلال الحمل في نسبة ضئيلة من السيدات وتتراوح هذه الأعراض بين الألم وحس الثقل الحوضي والنزف المهبل.

تأثير الورم الليفي على الحمل:

أغلب السيدات الحوامل اللواتي يعانين من وجود الورم الليفي يسير حملهن دون مشاكل لكن نسبة ضئيلة منهن تطور بعض الاختلاطات.

تأثير الورم الليفي على الجنين:

1. الإسقاط: يحدث الإسقاط غالباً مع وجود الأورام الليفية تحت المخاطية والتي قد تتوضع خلف السرير المشيمي أوفي حال وجود الأورام الليفية المتعددة.
2. الولادة المبكرة: تحدث الولادة المبكرة غالباً نتيجة وجود ورم ليفي كبير أو توضع الورم الليفي تحت المخاطية.
3. المجينات المعيبة: لوحظ وجود زيادة في حدوث المجيء المقعدي بتمام الحمل وخاصة في الأورام الليفية الكبيرة أكبر من 10 سم.
4. التشوهات الجنينية: نادرة الحدوث جداً وتحدث فقط في الأورام الليفية التي تضيق الحيز الرحمي على الجنين وقد تؤدي إلى تشوهات الأطراف أو الصعر الجنيني أو تشوهات الوجه.
5. نقص النمو داخل الرحم: للورم الليفي تأثير أصغري على النمو داخل الرحم.

تأثير الورم الليفي على الحامل:

1. النزف قبل الوضع وانفكاك المشيمة المبكر: يزيد الورم الليفي من خطر انفكاك المشيمة بمقدار 3 أضعاف.
2. عدم تطور المخاض: بسبب خلل القوى الدافعة في حال توضع الورم الليفي ضمن الجدار.
3. الولادة القيصرية: يزداد معدل الولادة القيصرية إما لأسباب توليدية كالمجينات المعيبة وانفكاك المشيمة المبكر أو بسبب الآلية المعيقة لتطور المخاض التي قد يسببها الورم الليفي.
4. النزف بعد الولادة: يزداد حدوث نزف الخلاص وخاصة في حال الولادة القيصرية أو توضع الورم الليفي خلف المشيمة وكبير حجمه.
5. ما قبل الإجراج: أغلب الدراسات أشارت أنه لا يوجد علاقة بين الورم الليفي وما قبل الإجراج ولكن لوحظ وجود زيادة في نسبة ما قبل الإجراج في الأورام الليفية المتعددة بالمقارنة مع الورم الليفي الوحيد بنسبة 45% بالمقارنة مع 13%.

التدبير

يختلف تدبير الأورام الليفية حسب كل حالة حيث تتم مناقشة عمر المريضة والقصة الإنجابية وشدة الأعراض وحجم وموقع الورم الليفي.

فى مرحلة التخطيط للحمل:

يتم علاج الأورام الليفية تحت المخاطية والأورام الليفية ضمن الجدار والتي تقيس أكبر من 4 سم حيث أثبتت الدراسات أن علاجها يحسن من الخصوبة.

خلال الحمل:

يتم تدبير الأعراض الناجمة عن الورم الليفي كالألم باستخدام التسكين بالأسيتامينوفين والمسكنات الأفيونية ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية حسب الجرعات المضبوطة.

أثناء المخاض:

أغلب السيدات يتم إعطاءهن فرصة للمخاض الطبيعي.

تبقى استجابات الولادة القيصرية في حالات:

- الأورام الليفية العنقية الكبيرة.
 - الأورام الليفية على القطعة السفلية.
- الاستجابات التوليدية: كالمجئيات المعيبة ومشاكل التقدم والاختبارات الجنينية غير المطمئنة.

إزالة الورم الليفي خلال الولادة القيصرية:

من غير المستحب إزالة الورم الليفي خلال القيصرية لما يحمل من خطر حدوث النزف وقد يزيد من خطر استئصال الرحم، ويجب تجنب التداخل على الأورام الليفية في قعر الرحم أو ضمن الجدار والأورام الليفية التي يزيد حجمها عن 6 سم.

Infections of the genital tract الانتانات النسائية

اعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: غزل الصيدلي

أ.د. عزام أبو طوق



مقدمة

عوامل حماية السبيل التناسلي السفلي من الانتانات:

الفلورا المهبلية العصيات اللبنية Doderlein bacillus - الوسط الحامضي PH=4-5.5 - الاستروجين.

المفرزات الطبيعية:

رائحة - بيضاء - عديمة الرائحة.

التهاب المهبل الجرثومي (الأشيع)

- أشيع مسبب الغاردينيا المهبليّة.
- لا ينتقل بالجنس "علاج الشريك غير ضروري".
- $Ph > 4.5$
- مفرزات بيضاء متسخة، رائحة سمكية، خلايا clue cells باللطاخة.
- العلاج: غير الحامل: ميترونيدازول 500مغ $\times 2$ لأسبوع + كلينداميسين 2% موضعيا لأسبوع.
- الحامل: ميترونيدازول 250مغ $\times 3$ لأسبوع (يجب تجنبه بالثلث الأول للحمل).

داء المبيضات البيض

- المؤهبات: نقص مناعة، حمل (أشيع نوع)، سكري، موانع حمل.
- لا ينتقل بالجنس "علاج الشريك غير ضروري".
- $Ph < 4.5$.
- حكة شديدة، مفرزات بيضاء قشدية (متجبة).
- العلاج: غير الحامل: فلوكونازول أو ميكونازول موضعيا أو فمويا 150مغ جرعة وحيدة.
- الحامل: فلوكونازول أو ميكونازول موضعيا، (يجب تجنبه بالثلث الأول للحمل).

داء المشعرات المهبلي

- ينتقل بالجنس "يجب علاج الشريك".
- $ph > 4.5$
- مفرزات رغوية صفراء مخضرة، عنق الفريز بالفحص المهبلي.
- أعراض بولية (تعدد بيلات، حرقة تبول..).
- العلاج: غير الحامل: ميترونيدازول فمويا 2 غ جرعة وحيدة أو 500مغ $\times 2$ لأسبوع.

الحامل: ميترونيدازول فمويًا 250 مغ 3× لأسبوع (يجب تجنبه بالثلث الأول للحمل).

Gonorrhea البني

- ينتقل بالجنس بالطريق الصاعد " يجب علاج الشريك ".
- غالبا لا عرضي عند النساء، التهاب احليل – التهاب باطن عنق الرحم – PID.
- مفرزات مخاطية قيحية، أعراض بولية (تعدد بيلات , عسرة تبول).
- اختبار NAAT, الزرع على وسط Thaer martin.
- العلاج: غير الحامل: سفترياكسون 250 مغ عضليا جرعة وحيدة (أو سيفكسيم 400 مغ فمويًا جرعة وحيدة).
- + ازيثرومايسين 1 غ فمويًا جرعة وحيدة (أو دوكسيسكلين 100 مغ 2× لأسبوع).
- الحامل: سفترياكسون 250 مغ عضليا جرعة وحيدة + ازيثرومايسين 1 غ فمويًا جرعة وحيدة.

الكلاميديا

- ينتقل بالجنس بالطريق الصاعد " يجب علاج الشريك ".
- لا عرضي 80% من الحالات.
- مفرزات مخاطية رائقة، أعراض بولية (تعدد بيلات , عسرة تبول..).
- التهاب احليل – التهاب باطن عنق الرحم – PID (أشيع سبب له الكلاميديا).
- اختبار NAAT, PCR.
- العلاج: غير الحامل: ازيثرومايسين 1 غ فمويًا جرعة وحيدة أو دوكسيسكلين 100 مغ 2× لأسبوع.
- الحامل: ازيثرومايسين 1 غ فمويًا جرعة وحيدة أو أموكسيسيلين 500 مغ 3× لأسبوع أو اريثرومايسين 500 مغ 4× لأسبوع

الداء الحوضي الالتهابي PID

- السبيل التناسلي العلوي: رحم - أنبوب فالوب - مبيض - بيرتوان.
- الطريق الصاعد (الأشيع) - TB دموي.
- أشيع سبب الكلاميديا ويلبها السيلان البني.
- التشخيص المؤكد تنظير البطن (كتلة بوقية مبيضية - قيح يخرج من نفير فالوب..)

اختلاطات ال PID

- نقص الخصوبة - حمل هاجر - ألم حوضي مزمن - عسرة جماع.

معايير التشخيص حسب CDC 2006

- ألم أسفل البطن - ألم مكان الملحقات - ألم بتحريك عنق الرحم.

معايير اضافية :

- ارتفاع الحرارة $< 38.3^{\circ}\text{C}$ فمويا - سرعة التثفل < 15 مم/سا - ارتفاع CRP - مفرزات مخاطية قيحية.

بتنظير البطن:

- توسع البوق - كتلة مبيضية بوقية - تقيح البوق.

العلاج

- يعتمد على الأعراض السريرية دون انتظار النتائج المخبرية.

- يجب أن يغطي الكلاميديا - السيلان البني - اللاهوائيات.

✓ سفترياكسون 250مغ عضليا جرعة وحيدة.

✓ + دوكسيسكلين 100مغ 2× فمويا لأسبوعين.

✓ + ميترونيدازول 500مغ 2× فمويا.

استطبابات القبول فى المشفى

- الحمل.
- حالة جراحية اسعافية لم يتم نفيها (التهاب الزائدة الدودية).
- خراجة بوقية مبيضية.
- الكريات البيض $< 15000 \text{nm}^3$.
- عدم القدرة على تناول الأدوية الفموية (غثيان - اقياء..).
- فشل العلاج الفموي (عدم الاستجابة على العلاج خلال 72 ساعة).

الخط الأول:

✓ سيفوتيتان 2 غ 2× وريديا.

✓ + دوكسيسكلين 100 مغ 2× فمويا.

الخط الثانى:

✓ كلينداميسين 900 مغ 3× وريديا.

✓ + جنتاميسين (1.5-2) مغ/كغ 3× عضليا أو وريديا.

نستمر بالعلاج الوريدي حتى 24 ساعة من التحسن السريري ثم نكمل بالعلاج الفموي.

استطبابات الجراحة (تنظير البطن) :

✓ خراج بحجم $< 10 \text{سم}$ - الشك بتمزق الخراج - خراج غير مستجيب على الصادات خلال 48-72 ساعة.

انفكاك المشيمة وتديره

إشراف

إعداد

أ.د. هيثم عباسي

طالبة الدراسات العليا: بتول العززي



بالتعريف

هو انفصال المشيمة الجزئي أو الكلي قبل ولادة الجنين وبعد الأسبوع 20 من الحمل.

التظاهرات السريرية

نزف مهبطي مع تقلصات رحمية والم بطني أو الم ظهر بحال كان موقع المشيمة خلفي ومضض رحمي بالإضافة لاضطراب اصغاء الجنين أو وفاته ولا علاقة لكمية النزف بشدة الانفكاك أو سوء حالة الام أو الجنين حيث يحتمل ان يكون النزف خفي وغير ظاهر.

يعتبر الانفكاك شديد بحال وجد واحد أو أكثر مما يلي:

- عند الام صدمة نزفية
- DIC
- قصور كلية والحاجة لاستئصال رحم ولادي أو الوفاة.
- عند الجنين اضطراب اصغاء IUGR.
- وفاة الجنين.

الوقوع

1 ب 100 ل 120 واغلبها تحدث بتمام الحمل و 3/2 منها تكون شديدة.

الآلية

كلها نظريات تخمينية واغلبها تفسر الانفكاك بآفات المشيمة المزمنة وسوء تشكل الاوعية الحلزونية بالمراحل الباكرة من الحمل مما يقود لتمزق هذه الاوعية وحدث الانفكاك. وممكن بنسبة قليلة ان يكون الرض هو المفسر حيث ان الرضوض الشديدة تزيد خطر حدوث الانفكاك 6 اضعاف ومع ذلك قد يحدث الانفكاك مع رض بسيط او انقباض الرحم بعد ولادة الجنين الأول في الحمل التوأمية.

الأسباب

- سوابق انفكاك مشيمة هو العامل الأهم حيث يزيد خطر الانفكاك من 10 ل 15 ضعف
- التدخين والكوكائين مسؤولان عن 10%
- ارتفاع الضغط الشرياني يزيد الخطر 5 اضعاف مع ملاحظة ان الادوية الخافضة للضغط لم تتمكن من تقليل خطر الانفكاك
- التشوهات الرحمية والتشوهات الجنينية
- قصة عائلية لأخت مع انفكاك مشيمة
- ربو
- سوابق قيصرية.
- فقر الدم
- نقص حمض الفوليك

صدويا

الايكو يمكن ان نميز مظهر تجمع دموي خلف المشيمة أو سائل بالمستوى تحت الكوريون او بقايا صدويه سابحة ضمن السائل الامنيوسي.

غياب المظاهر الصدوية لا ينفي الانفكاك ولكن يحمل وجودها انذار سيء.

مخبريا

لا يوجد تحليل بإمكانه التنبؤ بالانفكاك ولكن اختبارات تحري عيوب الانبوب العصبي او متلازمة داون الايجابية بحال لم تترافق مع تشوهات جنينية فهي تترافق مع زيادة خطر الانفكاك 10 اضعاف.

خسارة الدم وعوامل التخثر تتمثل مخبريا بمظاهر dic

يعتبر عيار الفبرينوجين هو الأمثل في حالات الانفكاك الشديد المترافقة مع Dic حيث ان قيمته الأقل من 200 ملغ /دل تترافق مع خطورة عاليه لحدوث النزف بعد الولادة وقيمه اكثر من 400 ملغ /دل تنفي بنسبة عالية خطر النزف.

التدبير

يتم اختيار التدبير الأمثل بالمراقبة او التوليد وفقا لحالة الام والجنين وعمر الحمل.

أول خطوة بالتدبير هي قبول المريضة بالمشفى ومراقبة العلامات الحيوية والنزف مع فتح خط وريدي والبدء بتسريب السوائل مع مراقبة الصبيب البولي بالإضافة مراقبة اصغاء الجنين. قد نحتاج لنقل الدم ومشتقاته من صفيحات وراسب قري او بلازما حسب التحاليل المخبرية وحسب الحالة العامة للمريضة والغاية تكون بالمحافظة على القيم التالية:

- هيماتوكريت بين 25 ل 30
- صفيحات أكثر من 75 ألف
- فيبرينوجين أكثر من 100
- PTT ,PTT بقيمة اقل من 1.5 ضعف القيمة المرجعية

هذا وقد نحتاج لاستخدام بعض الادوية حسب الحالة

- مثلا سلفات المغنيزيوم للحماية العصبية للجنين قبل الأسبوع 32 من الحمل
- الكورتيكوستيروئيد للعمر الحولي الأقل من 34 أسبوع
- الصادات للوقاية من الانتان بالعقديات B

اما قرار التوليد وانهاء الحمل فيكون حسب حالة الام والجنين.

- في حال الجنين متوفي فيتم اختيار الولادة القيصرية للام غير المستقرة والولادة المهبلية للام المستقرة
- جنين حي ولكن الاصغاء مضطرب يتم اختيار الولادة القيصرية الاسعافية
- جنين حي مع اصغاء جيد ولكن الام غير مستقرة نختار الولادة القيصرية بحال كانت الولادة المهبلية غير متوقعة بالمدى القريب.
- جنين حي مع اصغاء جيد والام مستقرة نقرر حسب عمر الحمل:
- ✓ عمر حملي اقل من 34 أسبوع نعطي موقوفات مخاض مع الكورتيكوستيروئيدات وتقييم اسبوعي للجنين ب اختبار NST والايكو دوبلر مع المراقبة المشفوية
- ✓ عمر حملي بين 34 و 36 أسبوع نختار انهاء الحمل او قد نستمر المراقبة .
- ✓ عمر حملي بعد 36 أسبوع يفضل الولادة المهبلية

رحم كوفلير

هو ارتشاح الدم الناجم عن الانفكاك ضمن عضلية الرحم مما يسبب عدم انقباض الرحم وسوء استجابته للمقبضات وبالتالي الحاجة غالباً لاستئصال الرحم.

بعد الولادة لابد من الاستمرار بمراقبة استقرار الام وانقباض الرحم

تدبير الحمل اللاحقة

تكرار الانفكاك يحدث بنسبة 3 ل 15% ولم يثبت وجود ما يقلل من خطر النكس كما لا يمكن التنبؤ به وتراقب الام وجنينها مراقبة روتينية مع الانتباه لخطر حدوث IUGR او ما قبل ارجاج او مخاض باكر.

نختار انهاء الحمل بالاسبوع 39 ل 40 ولكن بحال الانفكاك السابق كان شديد ننهي الحمل بالاسبوع 36 ل 37

كتل المبيض تشخيص وعلاج

إشراف

إعداد

أ.د. وائل نصار

طالبة الدراسات العليا: آمنة الخطاب



كتل المبيض - كتل الملحقات

يوصل هذا المصطلح لأي من التالي:

- كيسات المبيض الوظيفية.
- الأورم الحميدة.
- الأورام الحدية.
- الأوام الخبيثة.

تصنيف كتل المبيض حسب ORADS "Ovarian-Adrenal Reporting and Data System":

ORADS SCORE	RISK	MANAGEMENT	
0	Incomplete Evaluation	Repeat study or alternate study;	
1	Normal Ovary (functional changes)	None;	
2	Almost Certainly Benign <10 cm (<1%)	Variable depends on size, morphology and menopausal status;	😊
3	Low Risk of Malignancy (1 to <10%)	US specialist or MRI; Management by gynecologist;	😐
4	Intermediate Risk (10-50%)	US specialist or MRI; Management by gynecologist with GYN-oncologist consultation or solely by GYN-oncologist;	😐
5	High Risk (>50%)	GYN-oncologist;	😞

كتل المبيض الحميدة بشكل شبه مؤكد:

المرضى العرضيين مع كتل مبيض حميدة مؤكدة تقريباً "ORADS" ممكن أن تُدبر بالمسكنات

❖ استطباب الجراحة لدى هؤلاء المرضى:

- استمرار الأعراض
- أعراض حادة "انفتال، تمزق كيسة مبيض"
- التيراتوما الناضجة لتأكيد التشخيص وتجنب المشاكل المحتملة من انفتال أو تمزق أو تحول لخباثة
- المرضى اللواتي لديهم استسقاء بوق اللواتي مخطط لهن IVF

❖ المراقبة:

- المرضى 3 و 4 ORADS بالتصوير
- خطر الخباثة في هؤلاء المرضى قليل
- النساء بأي حالة من الضهي مع 3 ORADS يعاد الـ US في 3 أشهر ثم في 6 أشهر
- النساء بعد سن الضهي مع 4 ORADS يعاد الـ US و 125 CA في الأسبوع 6 و 12 ثم كل 3-6 أشهر لمدة سنة
- يجرى US نهائي و 125 CA بعد سنة

❖ استطبابات الجراحة :

- بأي حالة من الضهي مع 5 ORADS أو موجودات تقترح المرض المنتقل "حبن , كتل بريتوان"
- المرضى قبل سن الضهي مع 4 OXADS بالتصوير و 125 CA أكثر من 200 أو توجه نحو Germ cell tumer أو sex cord stromal tumer
- النساء بعد سن الضهي مع :
 - كتل مشبوهة بالخباثة و 125 CA أكثر من 35
 - كتل أكبر من 10 سم
 - كتل أكبر من 10 سم وأعراض سرطان مبيض
 - كتل 4 ORADS وأعراض أو عامل خطورة لسرطان المبيض

❖ أنماط الجراحة:

- قبل سن الضهي، استئصال كيسة المبيض يفضل على استئصال المبيض
- إذا كان التوجه قبل الجراحة نحو الخباثة منخفض والكتلة تبدو حميدة خلال العمل الجراحي ولا يوجد دليل مرض نقي
- استئصال المبيض مع الكيسة يجرى بعد سن الضهي بأي حالة بالنسبة للضهي مع كتل مبيض تشته بالخباثة

❖ استطبابات التحويل لطبيب أورام:

- النساء بعد سن الضهي: قبل سن الضهي 125 CA أكثر من 200 أو بعد سن الضهي 125 CA أكثر من 35

- كتلة حوضية مشتبهاة أو عقدية
- حبن
- دليل نقائل بطنية أو بعيدة
- قصة عائلية لسرطان مبيض أو ثدي لدى أقارب الدرجة الأولى

❖ تدبير تمزق كيسة المبيض:

- معظم المرضى استطببات للمراقبة
- المراقبة تتضمن علامات حيوية متكررة، خضاب متسلسل، تعويض سوائل، تكرار الـ US إذا كان هناك حاجة
- استطببات الجراحة: اضطراب هيموديناميكي – فقدان دم كبير أو مستمر – علامات أو موجودات تقترح الخباثة

- معظم كتل المبيض الحميدة تزول خلال 2 أشهر لذلك يعاد الـ US خلال 3-6 شهور
- حتى النساء بعد سن الضهي مع كيسات بسيطة لا عرضية ≥ 15 يعاد الايكو مع CA 125 كل 3-6 شهور
- إذا لم يتم تحديد منشأ الكتلة مبيضي أو رحمي بالإيكو نجري MRI
- CT يفيد في تحديد وجود نقائل لسرطان المبيض
- إذا وجدت كتلة مبيض صدفية على CT مجرى لسبب آخر هضمي مثلاً، الخطوة التالية هي التقييم بالـ US
- الواسمات الورمية تطلب فقط إذا الـ US يتماشى مع تنشؤ مبيضي

وسائل منع الحمل

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: سناء العبد الله

أ.د. بشار الكردي



تصنيف وسائل منع الحمل

وسائل دائمة التأثير:

- ✕ ربط البوقين عند الأنثى
- ✕ ربط الاسهرين عند الذكر

وسائل مؤقتة التأثير:

- ✕ وسائل منع الحمل الطبيعية
- ✕ الوسائل الحاجزية
- ✕ موانع الحمل الفموية
- ✕ الأجهزة داخل الرحم (اللؤلؤ)

وسائل منع الحمل الطبيعية

- الطريقة المعتمدة على التقويم
- قياس حرارة الجسم القاعدية
- الجماع المبتور
- تحديد الإباضة بالاعتماد على مخاط عنق الرحم

الوسائل الحاجزية:

- عند الذكر (الواقي الذكري)
- عند الأنثى (الواقي الأنثوي – الحجاب المهبل – القبعة العنقية – الاسفنجة المهبلية)

موانع الحمل الفموية المركبة:

- معدل الفشل (0.1%)
- آلية التأثير الأساسية هي تثبيط الإباضة
- موانع الحمل الفموية المركبة مكونة من الأستروجين والبروجيستيرون
- جرعة الأستروجين المعيارية في الحبة 50 مكغ
- جرعة الأستروجين المنخفضة 30-35 مكغ (الأشيع حالياً)
- أقل جرعة من الأستروجين لتكون الحبة فعالة هي 10 مكغ

نماذج موانع الحمل الفموية المركبة تقسم إلى:

- I. أحادية الطور: نفس تركيز البروجسترون والأستروجين في جميع المضغوطات
 - II. ثنائية الطور وثلاثية الطور: كل مضغطة تحوي نفس تركيز الاستروجين ويختلف تركيز البروجسترون
- حاليا يوصى بموانع الحمل الفموية المركبة أحادية الطور لأنها أقل آثار جانبية وخاصة بالنسبة لتقلبات المزاج المرافقة وتحتاج التزام أقل من قبل المريضة مقارنة بنموذج ثنائية وثلاثية الطور

موعد البدء بالموانع الفموية:

- عند الطمث: اليوم الأول من الطمث
- بعد الإسقاط: مباشرة بحال كان الحمل في الثلث الأول بعد أسبوع بحال كان في الثلث الثاني
- بعد الولادة: 6-8 أسابيع

ملاحظة:

بحال نسيان مضغطة واحدة: يجب ان تؤخذ عند تذكرها وتوصى السيدة بإكمال باقي الظرف حتى نهايته

بحال نسيان مضغطين:

- إذا كانت بالأسبوع الأول من الظرف توصى باستخدام مانع حمل اسعافي بحال حدث جماع غير موقى مع متابعة الظرف
- بحال كانت في الأسبوع الثالث من الظرف توصى بإكمال الظرف مع تخطي أسبوع Placebo الموجود في الظرف والبدء بظرف جديد مباشرة
- مضادات الاختلاج - الصادات وخاصة Rifampicin تقلل من فعالية موانع الحمل الفموية

موانع الحمل الفموية الحاوية على بروجسترون فقط يوجد عدة أشكال دوائية لها:

- موانع فموية POP
- غرسات Implanon – Norplant
- الحقن Net EV – DMPA

الأجهزة داخل الرحم (اللولب)

I. اللولب النحاسي: يمنع حدوث التحشيش (آلية التأثير الأساسية)

- فعال لمدة عشر سنوات (Cut380A)
- الوقت الأمثل لوضعه خلال عشرة أيام الأولى من الدورة الطمثية أو بعد ست أسابيع من الولادة

II. اللولب الهرموني: أمثلة (Progestasert – MIRENA)

- MIRENA يحوي على 52 ملغ ليفونورجستريل فعال لمدة خمس سنوات
- له فوائد علاجية بحال غزارة الطمث - عسرة الطمث - أدينوميوز

نقاط هامة:

- خطر حدوث الحمل الهاجر لدى مستخدمات اللولب أقل مما هو عليه لدى السيدات غير مستخدمات لوسائل منع الحمل
- معدل حدوث الداء الحوضي الالتهابي لدى مستخدمات اللولب مماثل لما هو عليه لدى مستخدمات الموانع الفموية والغرسات
- استخدام اللولب لا يسبب زيادة بحدوث خمج بفايروس HIV

التعقيم الجراحي لدى الأنثى

ربط البوقين ليتم الاجراء عند التقاء الثلث القريب من أنبوب فالوب مع الثلث المتوسط

يوجد عدة تقنيات مستخدمة:

Pomeroy's method (failure rate 0.4%)

Irving - Uchida (very low failure rate)

Laposcopic Sterilization (0.2 – 1.3 %)

Hysteroscopic Tubal Block: Cauterization (30%)

الحمل على ندبة القيصرية

إشراف

إعداد

أ.د. نذير ياسمينه

طالبة الدراسات العليا: عبير أبو القصب



الحمل الهاجر

- انغراس البويضة الملقحة خارج التجويف الرحمي.
- أشيع أماكن الحمل الهاجر (البوق خاصة في منطقة المجل بنسبة 90%)
- الحمل على ندبة القيصرية هو حالة نادرة من حالات الحمل الهاجر حيث ينغرس كل من كيس الحمل والزغابات والمشيمة أو جزء منها في عضلية الندبة السابقة.
- يشكل csp ما نسبته 1\2000 سابقاً – 1\531 ممن لديهن ندبة قيصرية قد يحصل لديهن حمل هاجر عليها.
- قد يحدث بعد إلقاح طبيعي أو IVF عند نقل الاجنة.
- العمر الحملي عند التشخيص يتراوح بين 5 – 12 أسبوع.

الأسباب وعوامل الخطورة

- الداء الحوضي الالتهابي
- التدخين
- العمر فوق 35
- وجود مرض منتقل بالجنس
- وجود التصاقات بسبب جراحات حوضية سابقة
- تعدد القيصريات - فاصل زمني قصير بين القيصرية الأخيرة والحمل اللاحق وطريقة خياطة جرح القيصرية قد يلعب دوراً في تشكيل القيلة البرزخية
- قصة سابقة لحمل هاجر
- وجود قصة ربط بوقين أو إعادة وصل للبوقين بعد ربط
- استخدام أدوية الإخصاب وعلاجات العقم مثل IVF
- في حال حدوث حمل بوجود لولب داخل الرحم

الأعراض والعلامات

- نزف مهبلي خفيف غير مؤلم أو مع وجود ألم حوضي
- غثيان وإقياء مع تشنجات بطنية حادة
- الدوار والتعب

- معظم مريضات الحمل الهاجر على الندبة لا تظهر عليهن أعراض محددة كالسابق والتشخيص يعتمد على تمييز وجود كيس الحمل على مستوى ندبة القيصرية إما بالإيكو المهبلّي أو الرنين ومع ذلك الحساسية لتشخيصه منخفضة.

التشخيص

- اختبار الحمل والفحص الحوضي والإيكو (الوسيلة التشخيصية الأولى).
- زيادة نسبة تشخيص الحمل الهاجر على الندبة يعود لزيادة نسب القيصرات وزيادة طرق التشخيصية.
- معايير التشخيص بالإيكو المهبلّي (RCOG):

- 1- تجويف رحمي فارغ أو قناة عنقية مع بطانة مرئية.
- 2- توضع كيس الحمل أو كتلة مختلطة صدوياً على مستوى البرزخ الأمامي أو على مستوى عيب ندبة القيصرية.
- 3- نقص في سماكة عضلية الرحم بين جدار المثانة والكيس أو تقطّع في عضلية الوجه الأمامي للرحم.
- 4- الدوبلر يظهر تدفقاً عالي السرعة ومنخفض المقاومة حول كيس الحمل.
- 5- شكل مثلثي لكيس الحمل المتواجد في الجدار الأمامي للرحم.

الرنين المغناطيسي:

- 1- يعتبر وسيلة تشخيصية أخرى في بعض الحالات ونشاهد نفس معايير الايكو.
- 2- يمكن أن يعطينا قياس لحجم الآفة وبالتالي يساعد في تقييم استئطاب إعطاء MTX ونسبة نجاحه.
- 3- يقيم درجة تدخل المشيمة.

التشخيص التفريقي

- الإسقاط العفوي: الكيس بمستوى العنق ويظهر عديم التروية بالدوبلر
- الحمل العنقي: ضمن القناة العنقية مع سلامة العضلية بين الرحم والمثانة

- ورم الأرومة الغازية
- تعشيش واطئ لحمل داخل الرحم

الاختلاطات

- في حال عدم التشخيص الباكر قد تحدث نتائج كارثية تتمثل ب تمزق الندبة مع نزف غزير قد تصل لاستئصال رحم.
- خطر حدوث مشيمة ملتحمة.
- نسبة تكررها بالحمول اللاحقة 3-5%

أنماط الحمل الهاجر على الندبة

- يعتمد التصنيف على: موقع وشكل الأنسجة الحملية – مظاهر التدفق الدموي – ثخانة الطبقة العضلية في مستوى شق القيصرية والمحدد ب 3 ملم (الأهم)
- تصنيف سابق: نمط داخلي – نمط خارجي.

النمط الأول:

- 1- انغراس الأنسجة الجنينية بشكل جزئي في ندبة القيصرية مع توضع معظمها أو جزء منها ضمن التجويف الرحمي.
- 2- ظهور كيس الحمل بشكل مشوه ومتطاول والنهاية السفلية له بشكل حاد.
- 3- سماكة العضلية بين كيس الحمل والمثانة < 3 ملم
- 4- الدوبلر: تدفق دموي منخفض المقاومة ضمن الطبقة الغازية على مستوى الندبة

النمط الثاني:

- 1- انغراس الأنسجة الجنينية بشكل جزئي في ندبة القيصرية مع توضع معظمها أو جزء منها ضمن التجويف الرحمي.
- 2- ظهور كيس الحمل بشكل مشوه ومتطاول والنهاية السفلية له بشكل حاد.
- 3- سماكة العضلية بين كيس الحمل والمثانة => 3 ملم
- 4- الدوبلر: تدفق دموي منخفض المقاومة ضمن الطبقة الغازية على مستوى الندبة.

النمط الثالث:

- 1- انغراس الأنسجة الجنينية بشكل كلي في الطبقة العضلية لندبة القيصرية مع تبارزها للخارج إلى المثانة.
- 2- تجويف رحمي وقناة عنقية فارغين.
- 3- ترقق العضلية بين كيس الحمل والمثانة بشكل ملحوظ أو حتى غيابها => 3 ملم
- 4- الدوبلر : تدفق دموي منخفض المقاومة ضمن الطبقة الغازية.

العلاج

- التدبير الترقبي: يشترط عدم وجود فعالية قلبية لكن يوجد خطر كبير للمشيمة المنزاحة – وجود فعالية قلبية هناك عدد هام من المريضات يعاني من تمزق رحمي ونزف غزير وبالتالي استئصال رحم.
- العلاج الدوائي بالميثوتريكسات: يعتبر كخيار أول لمرضى الحمل الهاجر الندي مع $HCG > 100000$ وحدة دولية التتر بسبب نسب النجاح العالية والاختلاطات الأقل.
- التجريف بعد تصميم الشريان الرحمي.
- تجريف باطن الرحم الموجه بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن.
- استئصال ندبة القيصرية تنظيرياً.
- فتح البطن: في حال كون المريضة غير مستقرة.

الاندومتریوز (الانتباز البطاني الرحمي)

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: فاطمة حاج رسلان

أ.د. خالد مرعشلي



يُعرَّف

على أنه تواجد غدد بطانة الرحم والسدى خارج تجويف الرحم وهو عملية شائعة وغير خبيثة، يمكن أن تتراوح الأعراض من الدرجة الخفيفة الى الشديدة. وهو مرض التهابي حميد يعتمد على هرمون الاستروجين ويصيب النساء بمختلف الأعمار.

ذروة انتشار الانتباز البطاني الرحمي لدى النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 25 و35 سنة.

تصنيف آفات بطانة الرحم في الحوض

■ صفاقي سطحي

- **مبيضي:** ورم دموي محاط بلحمة المبيض المزدوجة، يصاب كلا المبيضين في ٣/١ الحالات.
- **متسلل بعمق:** يتشكل الانتباز البطاني الرحمي العميق الارتشاحي على عمق يزيد عن 5 مم في البيرتوان عمومًا في الحاجز خلف المهبل، والمستقيم، والقولون السيني المستقيمي، والمثانة، والحالب، الأربطة الرحمية والمهبل.

الأماكن الأكثر شيوعاً لتواجده

- المبيض (67 بالمائة)
- الأربطة الرحمية العجزية (46 بالمائة)
- الحفرة المبيضية (32 بالمائة)
- رتج دوغلاس (30 بالمائة)
- المثانة (21 بالمائة)

العوامل المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالانتباز البطاني الرحمي

- التعرض المطول للإستروجين الداخلي.
- إعاقة تدفق الدورة الشهرية (على سبيل المثال، الحالات الشاذة لمولر).
- التعرض للدي إيتيل سلبسترون في الرحم.
- الطول الأكبر من 68 بوصة.
- انخفاض مؤشر كتلة الجسم.

■ التعرض لإساءة جسدية و / أو جنسية شديدة في مرحلة الطفولة أو المراهقة والاستهلاك العالي للدهون غير المشبعة.

الأعراض الأكثر شيوعاً

80 ٪ يعانون من الألم

25 ٪ مصابات بالعقم

20 ٪ مصابات بورم بطانة الرحم (كتلة المبيض)

الفحص الفيزيائي

يشمل المبيض عند الفحص المهبلي، والعقيدات في القبو الخلفي، والكتل المتعلقة بالملحقات، وثبات حركة او الوضع الجانبي لعنق الرحم أو الرحم.

النتائج المخبرية

لا توجد نتائج مخبرية مرضية لانتباز بطانة الرحم. ولكن يمكن أن يرتفع تركيز مستضد سرطان المصلي 125 (CA) عند النساء المصابات بالانتباز البطاني الرحمي (أي أكبر من 35 وحدة / مل) ومع ذلك لا يتم طلبه بشكل روتيني.

التصوير

تشمل نتائج التصوير التي توحى بانتباز بطانة الرحم في الحوض أكياس المبيض (أورام بطانة الرحم) وعقيدات الحاجز المستقيمي المهبلي، وعقيدات المثانة.

يُنصح الأطباء باستخدام التصوير (الصدوي أو التصوير بالرنين المغناطيسي) في التشخيص لكن النتيجة السلبية لا تستبعد الانتباز البطاني الرحمي، وخاصة آفات الصفاق السطحي

التشخيص النهائي

عن طريق التقييم النسيجي لآفة تم أخذ خزعة منها أثناء الجراحة (تنظير البطن).

عادة يمكن استخدام مزيج من الأعراض والعلامات ونتائج التصوير لإجراء تشخيص افتراضي غير جراحي للانتباز البطاني الرحمي وكذلك يمكن استخدام العلاج التجريبي.

مراحل التصنيف الجراحي للمرض

المرحلة الأولى:

يتميز الحد الأدنى من المرض بانزراعات معزولة وعدم وجود التصاقات ملحوظة.

المرحلة الثانية:

الانتباز البطاني الرحمي الخفيف يتكون من انغراسات سطحية يقل مجموعها عن 5 سم وتنتشر على الصفاق والمبيض. لا توجد التصاقات كبيرة.

المرحلة الثالثة :

يُظهر المرض المعتدل انغراسات متعددة، سطحية وعميقة التوغل. قد تكون التصاقات حول انبوب فالوب وحول المبيض واضحة.

المرحلة الرابعة:

المرض الشديد يتميز بوجود عدة انغراسات سطحية وعميقة، بما في ذلك أورام بطانة الرحم المبيضية الكبيرة. عادة ما توجد التصاقات غشائية وكثيفة. لا ترتبط مرحلة الانتباز البطاني الرحمي بحدوث أو شدة أعراض الألم.

علاج الألم الحوضي المزمن في الإندوميترئوز

NSAIDS كخط أول للعلاج

- مع موانع الحمل الفموية ويفضل الإبقاء بالشكل المستمر في حال وجود آلام دورية طمثية
- يفضل موانع الحمل الفموية المركبة في حال عدم وجود مضاد استطباب وفي حال وجود مضاد استطباب لاستخدام الاستروجين تعطى المركبات البروجستينية.
- يتم إعادة تقييم بعد 3-4 أشهر من العلاج المشترك.
- يتم البدء بموانع حمل مركب يحوي 20 ميكرو غرام إيتينيل استراديول.

البروجستينات

- نورتيندرون اسيتات: 5 ملغ يوميا ويمكن رفع الجرعة إلى 15 ملغ باليوم
- ميدروكسي بروجسترون اسيتات: يعطى 150 ملغ حقن عضلي كل 3 أشهر او 104 ملغ حقن تحت الجلد كل 3 أشهر
- داينوجست: 2 ملغ فمويا يوميا أو مشاركة مع الاستراديول يعطى عند النساء التي لا تحتمل النورتيندرون، أعلى ثمنًا
- زرعات الايتونوجيستريل
- اللولب الهرموني (ليفونورجيستريل)

شادات GnRH

- نافاريلين إنشاقى بجرعة 200 ميكرو غرام مرتان يوميا.
- لوبرايد اسيتات بجرعة 3.75 ملغ حقن عضلي شهريا.
- بجرعة 11.25 ملغ حقن عضلي كل 3 أشهر

مضادات GnRH

- يتم ضبط الجرعات بشكل أسهل من شادات elagolix فمويا
- متوفرة بجرعة 150 ملغ مرة يوميا تؤخذ لمدة سنتين
- أو بجرعة 200 ملغ مرتين يوميا لمدة 6 أشهر

العلاج الجراحي للألم الحوضي المزمن

- استمرار الألم رغم العلاج الدوائي
- وجود مضاد استطباب للعلاج الدوائي أو رفضه من قبل المريضة

الخيارات المتاحة:

- محافظ: تخريب الآفة أو اجتثاثها.
- استئصال رحم مع أو بدون ملحقات حسب عمر المريضة والحالة الإنجابية لها.
- العلاج الهرموني طويل الأمد قبل الجراحة (أكثر من 6 أشهر) يقي من عسرة الطمث الثانوي للاندوميتريوز ولكن لا يقي بشكل واضح من الألم غير الطمثي وعسرة الجماع لكن المعالجة الطبية الداعمة قبل الجراحة غير مستطبة بغرض تحسين الجراحة
- لم تظهر فائدة لتخريب العصب الرحمي العجزي في العلاج الجراحي للاندوميتريوز

قد يكون قطع العصب قبل العجزي مفيد في ألم الخط الناصف ولكن له تأثيرات جانبية مثل الإمساك وسوء الوظيفة البولية في حالات الألم المعند يستخدم مثبطات الأروماتاز

قصور المبيض الباكر

إشراف

إعداد

أ.د. هيثم عباسي

طالبة الدراسات العليا: كريستين القبق



الضهي

يعرف الضهي الفيزيولوجي بانقطاع مستمر للطمث، ويشخص بشكل راجع لسيدة عانت من انقطاع طمث مستمر لمدة 12 شهر دون وجود سبب مرضي أو فيزيولوجي، متوسط العمر لحدوثه 51.4 سنة.

حدوث الضهي بعمر أقل من 40 عام يصنّف بأنه غير طبيعي. وتدعى هذه الحالة: قصور المبيض الباكر، أو قصور المبيض البدئي.

قصور المبيض الباكر

متلازمة قصور المبيض الباكر تضم طيف واسع من اضطراب وظيفة المبيض وإما أن يتظاهر ب:

- 1- قصور المبيض الباكر الخفي: تراجع السيدة غالباً بقصة صعوبة في حدوث الحمل والسبب اضطراب استجابة المبيض للمنبهات القندية الداخلية أو خارجية المنشأ على الرغم من وجود دورات طمثية منظمة متنبأ بها.
- 2- قصور المبيض الباكر الصريح: تعاني السيدة من شكوى دورات غير منتظمة تتراوح بين قلة طموث أو انقطاع طمث أو تراجع بشكوى نقص خصوبة ومخبرياً يلاحظ ارتفاع في مستوى FSH وانخفاض بمستوى الاستراديول.

ملاحظة

يجب الانتباه أن قصور المبيض الباكر ليس حالة مشابهة لتحدد مخزون المبيض وتعرف الحالة الأخيرة:

سيدة بعمر أكبر من 40 سنة مع نقص في مخزون المبيض (نقص مستويات AMH مع أو بدون نقص استجابة المبيض للتحريض) (طفل ابنوب).

التظاهرات السريرية

1. اضطراب في الدورة الطمثية: العرض الأشيع الذي تراجع به السيدة ولا يوجد اضطراب طمثي محدد أو منبئ بحدوثه.

فقد يكون الاضطراب بشكل انقطاع طمث بشكل حاد أو تعاني السيدة قلة طموث لفترات طويلة قبل حدوث انقطاع الطمث الدائم

2. أعراض نقص الاستروجين: الهبات الساخنة، جفاف المهبل، الهشاشة العظمية، زيادة حدوث احتشاء العضلة القلبية والسكتة الدماغية.

الفحص السريري

غالبا السيدات المصابات لديهن صيغة صبغية سوية XX46 وكان لديهن بلوغ طبيعي ولا يوجد علامات مميزة، اذ 70% من الحالات مجهولة السبب. ولكن قد توجد يكشف الفحص: (سلعة درقية، زيادة تصبغ الجلد، ضمور المهبل، علامات متلازمة تورنر).

الآلية الإمراضية

70% من الحالات مجهولة السبب ولكن في حال تمت دراسة الجينوم البشري بشكل كامل 35% منهن لديهن اضطراب صبغي وتقسم الآلية الامراضية لمجموعتين:

- 1- قصور مبيض الباكر مع نقص في مخزون المبيض.
- 2- قصور المبيض الباكر مع مخزون مبيضي سوي.

التشخيص

مخبريا

قصور المبيض الباكر الصريح: ارتفاع مستويات FSH لمستويات الضهي (≤ 70 وحدة / ل) مع مستويات الاستراديول ≤ 80 بيكو غرام / مل. في حال كانت السيدة تعاني من انقطاع طمث يتم سحب العينة بشكل عشوائي أما في حالة قلة الطموث يتم سحبها في اليوم الثالث للدورة الطمثية.

التشخيص التفريقي

- كل الحالات المسببة لقلة الطمث أو انقطاع الطمث:
- اختبار الحمل.

- اضطراب الوظيفة الدرقية.
- فرط بروتين الدم.

لذا لتشخيص الحالة يتم سحب التحاليل التالية:

اختبار حمل / ES / FSH / PRL / TSH.

المعالجة

- توصيات ACOG العلاج بالاستروجين لكل السيدات لإنقاص خطورة هشاشة العظام، والخطورة القلبية الوعائية ولمعالجة أعراض نقص الاستروجين (الهبات الساخنة، ضمور المهبل، نقص الرضى الجنسي)
- مدة المعالجة حتى عمر حدوث الضهي الفيزيولوجي / 51.4 سنة /
- نوع المستحضر: أما الغرسات أو الحلقات المهبليّة أو الاستروجين الفموي مع ضرورة العلاج المرافق بالبروجسترون لسيدات مع رحم سليم.
- السيدات المراجعات بشكوى نقص خصوبة يوصى بعدم استخدام محرضات الإباضة الكلوميدين سيترات أو المنبهات القنطرية لعدم اثبات فعاليتها.

المتابعة

توصي ACOG بإجراء مسح وظائف الكظر لكل السيدات المشخص لهن هذه الحالة بإجراء اختبار كشف اضرار قشر الكظر و اضرار الانزيم 21 الفا هيدروكسيلاز . وإجراء اختبار الكورتيزول الساعة 8 صباحاً، لأن 3 % من السيدات سيطورن قصور كظر بدئي وهي حالة مميتة.

حالات ما قبل الإرجاج والإرجاج

إعداد

إشراف

طالب الدراسات العليا: عبد المعطي النادر

أ.د. هيثم عباسي



- ◆ تساهم اضطرابات فرط التوتر الشرياني أثناء الحمل في نسبة كبيرة من مراضة ووفيات الأمهات والولدان حول الولادة، حيث تم إحصاء أكثر من 70000 وفاة والدية سنويا بسببها.
- ◆ حوالي 10-15% من الوفيات الوالدية ترتبط بشكل مباشر بما قبل الإرجاج والإرجاج.
- ◆ وهي يمكن أن تؤدي لدى الأم إلى انفكك المشيمة الباكر، التخثر المنتشر داخل الأوعية، القصور الكلوي، القصور الكبدي، النزف في الجملة العصبية المركزية، والسكتة الدماغية .
- ◆ أما عند الجنين والوليد فهي يمكن أن تؤدي إلى تحدد النمو، الخداج، وموت الجنين حول الولادة.
- ◆ لقد أبلغت مراكز السيطرة على الأمراض مؤخرا أن ما قبل الإرجاج /الإرجاج هو ثالث الأسباب المسؤولة عن المراضة الوالدية في الولايات المتحدة، ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى النزف في الجملة العصبية المركزية.

التصنيف والتعريف

❖ التعريف:

وقوع حديث لارتفاع الضغط الشرياني بالإضافة لبيلة بروتينية أو سوء وظيفة الأعضاء أو كليهما بعد الأسبوع 20 من الحمل.

❖ التصنيف:

وضع التصنيف العام لاضطرابات فرط التوتر الشرياني في تقرير مجموعة العمل حول ارتفاع التوتر الشرياني أثناء الحمل في عام 2000، وتم تبني هذا التصنيف من قبل الكلية الأمريكية للمختصين بالتوليد وأمراض النساء في عام 2002.

التصنيف العام لارتفاع التوتر الشرياني أثناء الحمل:

⊕ ما قبل الارجاج/ الارجاج (ارتفاع التوتر الشرياني مع بيلة بروتينية مميزان للحمل).

⊕ ارتفاع التوتر الشرياني المزمن.

⊕ ارتفاع التوتر الشرياني مع حالة ما قبل إرجاج مضافة.

⊕ ارتفاع التوتر الشرياني الحولي أو العابر.

ما قبل الإرجاج والإرجاج

- يعرف ما قبل الإرجاج بأنه متلازمة مميزة للحمل تتظاهر في النصف الثاني من الحمل بارتفاع توتر شرياني وبيلة بروتينية.
- يعتبر المعياران التاليان أساسيين لتشخيص حالة ما قبل الإرجاج:
- فرط توتر شرياني: الضغط الشرياني الانقباضي أكثر أو يساوي 140 ملم زئبق أو الضغط الشرياني الانبساطي أكثر أو يساوي 90 ملم زئبق، في سيدة كان الضغط الشرياني لديها طبيعياً، وذلك بعد الأسبوع العشرين من الحمل.
- بيلة بروتينية: التي تعرف على أنها وجود أكثر من 300 ملغ من البروتين في بول 24 ساعة.
- عادة ما يتوافق ذلك مع نتيجة +1 أو أكثر من البروتين في فحص البول التقليدي.
- تصنف متلازمة ما قبل الإرجاج إلى شكل خفيف وشكل شديد، وذلك حسب درجة ارتفاع التوتر الشرياني، مقدار البيلة البروتينية، ودرجة إصابة الأعضاء الأخرى.
- يظهر الجدول التالي المعايير النوعية لتشخيص ما قبل الإرجاج الشديد:

• ارتفاع توتر شرياني شديد (الانقباضي أكثر أو يساوي 160 ملم زئبق أو الانبساطي أكثر أو يساوي 110 ملم زئبق) عند الراحة، وذلك عند قياس الضغط الشرياني مرتين بفواصل ساعات على الأقل.	• بيلة بروتينية شديدة (5 غ على الأقل في بول 24 ساعة أو نتيجة في فحص +3 في فحص البول المعياري لعينتين بفواصل ساعات).
• شح البول (أقل من 500 مل / 24 ساعة).	• اضطرابات دماغية أو بصرية.
• ألم شرسوفي أو في الربع العلوي الأيمن.	• وذمة رئة أو زرقة.
• اضطرابات الوظائف الكبدية (ارتفاع الخماثر الكبدية).	• نقص الصفائح.
• تحدد النمو الجنيني.	

تدبير حالة ما قبل الإرجاج أثناء الولادة

- يدبر ما قبل الإرجاج في أثناء الولادة بتحريض المخاض أو السماح للمخاض العفوي بالاستمرار ما لم تكن هناك استطببات توليدية للولادة القيصرية كالفشل في تقدم المخاض، تأثر الجنين، أو المجينات غير القمية.
- يراقب كل من الأم والجنين بحذر في أثناء المخاض والولادة.
- إن أهم نقطتين ينبغي التركيز عليهما في الأم هما الوقاية من الاختلاجات والسيطرة على فرط التوتر الشرياني.

- إذا كان الجنين يعاني من نقص النمو أو إذا حدث انفكاك المشيمة فقد يبدي تخطيط نظم القلب الجنيني علامات تباطؤ متأخر، ببطء قلبي، أو علامات أخرى للتألم الجنيني تتطلب الولادة القيصرية.
- وفي معظم الحالات يمثل التخدير فوق الجافية الطريقة المختارة لإجراء الولادة القيصرية أو تسكين الألم في أثناء المخاض إلا في حال وجود اضطراب في التخثر.

الوقاية من الاختلاجات

- يعتبر تحري درجة استثارة الجهاز العصبي المركزي أمراً مهماً نظراً لخطورة حدوث الاختلاجات وما يرافقها من مراضة ووفيات في بعض الأحيان.
- تمثل المنعكسات الوترية المحيطية، بخاصة المنعكس الداغصي والمنعكس الدابري، أكثر علامات تدهور الحالة العصبية استخداماً.
- قد يشكل الصداع الشديد، الرمع المستمر، أو إيجابية علامة شفوستك في المريضة التي تعاني من حالة ما قبل الإرجاج أعراضاً أو علامات بداية للإرجاج.
- تعطى المعالجة الوقائية من الاختلاجات في معظم المريضات اللاتي يعانين من حالة ما قبل الإرجاج في أثناء المخاض، ويستمر إعطاؤها لمدة ساعة بعد الولادة.
- لقد أكدت الدراسات العشوائية أن سلفات المغنيزيوم تشكل الدواء المختار لمعالجة نوب الإرجاج والوقاية منها نظراً لفعاليتها وتوافقها مع نقص المراضة عند الوليد.
- يعتبر كل من الطريقتين العضلي والوريدي فعالين في الوقاية، ولكن الحقن العضلي قد يؤدي إلى ألم شديد.
- تتراوح المستويات العلاجية المقبولة بين 4.8 و 9.6 ملغ/دل، ولكن ينبغي عدم السماح لتركيز المغنيزيوم بالارتفاع لأكثر من 8 غ/دل وذلك لتجنب حدوث التأثيرات السمية.
- لا تطرح شاردة المغنيزيوم إلا عن طريق الكليتين، وبذلك فإن مراقبة الإدرار البولي عن كثب تعتبر أمراً أساسياً.
- قد يؤدي فرط جرعة المغنيزيوم إلى عقابيل شديدة، وحتى إلى الوفاة.
- ولذلك ينبغي ألا يعطى المغنيزيوم إلا بواسطة مضخة وريدية مجهزة بألية أمان مضادة للعطب بحيث لا يمكن أن تحدث أي أخطاء عند تسريب الدواء (كأن تعطى دفعة وريدية من الدواء بشكل غير مقصود).

- يعتبر التقييم المتكرر للإدرار البولي، المنعكسات الوترية العميقة، وسرعة التنفس إجراءات هامة في تحري علامات التسمم بالمغنزيوم.
- يمكن أن يدعم هذا التقييم السريري بالمعايرة المتكررة لمستويات المغنزيوم في المصل أو بتحري إشباع الشرياني بوساطة مقياس الأكسجة النبضي.
- قد تشاهد التأثيرات السمية للمغنزيوم حتى في المريضة التي تبدو وظيفتها الكلوية طبيعية.
- يعالج التسمم بالمغنزيوم بإيقاف تسريب الدواء وإعطاء 10 مل من غلوكونات الكالسيوم 10% عن طريق الوريد، مع البدء بتدابير الإنعاش عند اللزوم.

المعالجة بخافضات الضغط الشرياني

- ❖ إذا تجاوزت مستويات الضغط الشرياني 160 ملم زئبق بالنسبة للضغط الانقباضي أو 105-110 ملم زئبق بالنسبة للضغط الانبساطي فإن تطبيق العلاج الفوري يصبح أمراً واجباً.
- ❖ حين يصل الضغط الشرياني إلى هذه المستويات في حالة ما قبل الإرجاج الشديدة فإن ذلك يمثل نوبة حادة يجب أن تعالج بشكل فوري.
- ❖ تهدف المعالجة بخافضات الضغط الشرياني في حالة ما قبل الإرجاج الشديدة إلى تخفيض الضغط الشرياني بحكمة للوقاية من نزوف الجملة العصبية المركزية.
- ❖ وبشكل عام ينبغي ألا يخفض الضغط الشرياني إلى القيم الطبيعية أو إلى أقل من 90 / 140 ملم زئبق.
- ❖ وينبغي دائماً اتقاء الحذر وعدم تخفيض الضغط الشرياني لأكثر من اللازم أو أسرع من اللازم، حيث يمكن لأي منهما أن يؤدي إلى نقص جريان الدم الرحمي المشيمي وبالتالي إلى التألم الجنيني.
- ❖ إن أكثر الأدوية سلامة وفعالية في السيطرة السريعة على ارتفاع الضغط الشرياني الشديد المرافق لحالة ما قبل الإرجاج هي الهيدرالازين واللابيتالول.
- ❖ ينبغي أن يتألف الطبيب مع الاستعمال الخلالي لهذه الأدوية في هذا الاستطباب، إضافة إلى اختلاطاتها المحتملة. ومن بين هذين الدوائين فإن الهيدرالازين يعتبر الأكثر استعمالاً حيث يتفوق على اللابيتالول نظرياً بأنه موسع مباشر للأوعية، لا يؤدي إلى التشنج القضيبي، ولا يعتبر مضاد استطباب بوجود قصور القلب.
- ❖ لقد استعمل النيفديبين عن طريق الفم بنجاح، حيث تم البدء به بجرعة 10 ملغ عن طريق الفم تكرر كل 30 دقيقة عند الضرورة.

متلازمة المبيض متعدد الكيسات (التشخيص والعلاج)

إشراف

إعداد

أ.د. هيثم عباسي

طالب الدراسات العليا: شامان الحديد



متلازمة المبيض متعدد الكيسات هي المتلازمة الغدية الصماوية الأكثر شيوعا في سن النشاط التناسلي حيث تصيب 4-12% من السيدات.

أغلب الإصابات تكون في سن النشاط التناسلي لكن في حالات نادرة قد تحدث الإصابة قبل البلوغ ويؤهب لذلك عوامل الخطر التالية:

- نقص وزن الولادة
- البلوغ الكظري المبكر
- البدانة مع الشواك الأسود

ويكون تشخيص هذه المتلازمة صعبا في فترة ما قبل البلوغ.

الأعراض من الأشيع إلى الأقل شيوعا

- نقص الخصوبة 75%
- فرط الأندروجينية المثبت سريريا أو مخبريا 70%
- شح الطمث 50%
- البدانة 50-80%
- النزف الرحمي الشاذ.

معايير التشخيص

وضعت معايير روتردام عام 2003 التي تشترط وجود معيارين من أصل ثلاثة معايير لتشخيص متلازمة المبيض متعدد الكيسات وهي:

1. اضطراب الإباضة مثل قلة الطمث أو انقطاع الطمث.
 2. مظاهر فرط الأندروجين المثبتة سريريا مثل الشعرانية والحادثة الذكرية أو مخبريا أن يكون يكون عيار للتستوسترون بين 70-150 نانوغرام/دل.
 3. مظهر المبيض متعدد الكيسات المثبت صدويا (وجود 10-12 كيسة يتراوح قطرها بين 2-9 ملم) في مبيض واحد أو المبيضين أو وجود مبيض كبير الحجم أكبر من 10 ملم.
- وذلك بعد استبعاد بقية الأسباب مثل فرط تصنع الكظر الخلقي ومتلازمة كوشينغ.

التغيرات الهرمونية في متلازمة المبيض متعدد الكيسات:

تنقص الهرمونات التالية:	تزداد الهرمونات التالية:
Fsh	الاندروجينات
البروجسترون بسبب حالة اللا إباضة	الهرمون الملوتن LH
الغلوبيولين الرابط للهرمونات الجنسية	ESTRONE
HDL	البرولاكتين في بعض الحالات
	الأنسولين بسبب المقاومة للأنسولين
	Amh
	الكوليسترول والدهون الثلاثية

تدبير متلازمة المبيض متعدد الكيسات:

يعتمد التدبير على التركيز على المشكلة التي راجعت بها المريضة والخطوة الأولى هي إنقاص الوزن

تدبير اضطراب الدورة الطمثية:

يتم استخدام موانع الحمل الحاوية على البروجستينات ذات التأثير الاندروجيني الطفيف والتي تشمل بروجستينات الجيل الثالث كال norgestimate و desogestrel والبروجستينات الحديثة كالديروسيبرينون.

تدبير اللاإباضة:

جمعية امراض الغدد الصم اقترحت تحريض الإباضة بالكومفين سيترات أو الليترازول، وجدت الدراسات الحديثة أن التحريض بالليترازول ترافق مع معدلات ولادات حية أعلى ومعدلات إباضة أعلى من التحريض بالكومفين سيترات عند مريضات متلازمة المبيض متعدد الكيسات.

تدبير مقاومة الأنسولين:

ترافق استخدام الميتفورمين مع انقاص معدلات الاندروجين عند النساء البدينات والنحيلات، حتى أن 40% من السيدات المصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات تحدث لديهن الإباضة بشكل عفوي على الميتفورمين لوحده.

تدبير الشعرانية:

يجب استخدام مانعات الحمل الفموية المركبة لمدة 6 أشهر في حال لم تحدث الاستجابة
يمكن اضافة السيبرونولاكتون وتبقى مشابهات ال gnrh الخط الأخير للحالات المعقدة.

عقابيل الإصابة بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات على المدى البعيد:

- الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية.
- الإصابة بالداء السكري من النمط الثاني في 10% من الحالات.
- سرطان باطن الرحم.
- سرطان الثدي.
- اضطرابات المزاج.
- المتلازمة الاستقلابية.
- متلازمة توقف التنفس الانسدادي بسبب السمنة.

فقر الدم والحمل

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: هبة السعيد

أ.د. ديمة عدوان



التعريف

- يعد فقر الدم مشكلة عالمية وله تأثيرات سلبية على كل من الأم والجنين ولذلك يجب كشفه ومعالجته.
- يعرف فقر الدم عند الحامل: $Hb > 11$ غ/دل في كل من الثلثين الأول والثالث و $Hb > 10.5$ غ/دل في الثلث الثاني من الحمل .

الوبائيات

- يصل معدل حدوث فقر الدم 30% من السيدات في سن النشاط التناسلي , وتصل هذه النسبة حتى 40% من السيدات الحوامل .
- يعد فقر الدم بعوز الحديد أشيع سبب لفقر الدم في العالم , وقد تنقص مخازن الحديد بدون حدوث فقر دم , وهو ما قد يحدث بنسبة 45% من السيدات الحوامل .

أسباب فقر الدم

- الفيزيولوجي:
 - السبب الأشيع لفقر الدم خلال الحمل.
- فقر الدم بعوز الحديد:
 - السبب الثاني الأكثر شيوعاً
- أمراض دموية:
 - تلاسيميا.
 - فقر دم منجلي
 - تكور كريات وراثي.
- عوز الفولات:
 - أشيع سبب لفقر الدم كبير الكريات وخاصة في الحميات الفقيرة بالبروتينات الحيوانية (الخضراوات الطازجة والبقوليات)

○ الحاجة اليومية: 400-800 ميكروغرام.

• عوز فيتامين B12:

• اعتلال الدم المناعي الذاتي.

• قصور الدرق.

• أمراض الكلية المزمنة.

اختلالات فقر الدم

• على الأم:

○ يساهم فقر الدم في 20% من الوفيات الوالدية في العالم الثالث كسبب مباشر أو غير مباشر.

○ (PPH, الصدمة، إنتان، فشل قلبي في الأسبوع 30-32).

• على الجنين:

○ عادة ما يولد الجنين بقيم خضاب طبيعي مع مخازن فارغة، ولكن قد يتطور لديه فقر دم خلال فترة الوليد.

○ وفي حال فقر الدم الشديد يولد الطفل مع فقر دم.

المسح خلال فترة الحمل

• يجرى CBC للسيدات الحوامل في الثلث الأول ويعاد في الأسبوع 24-28 حملي .

تقييم فقر الدم

• يجب تشخيص فقر الدم الفيزيولوجي (بالاستبعاد)

• يجب تحري فقر الدم بعوز الحديد :

○ تكون كل المناسب منخفضة MCV,MCH,MCHC,Ferritin

○ ترتفع قيم TIBC و Red cell distribution

- وجود فقر دم كبير الكريات لا ينفيه لأن كبر الكريات تظاهر بعيد لعوز الحديد.
- الفيريتين > 30 : لا يؤكد عوز الحديد وبالتالي يجب إجراء معالجة فورية وإعادة التقييم بعد 2-3 أسابيع لتجنب التكلفة العالية للتحاليل الأخرى.
- الفيريتين < 30 : نفي فقر الدم بعوز الحديد.
- صغر كريات شديدة: يقترح تلاسيميا.
- كبر كريات < 100 : يقترح عوز B12 أو فولات أو انحلال .

التدبير

- الوريدي:
 - مرضى التحال.
 - أسوء الامتصاص.
 - فقر الدم الشديد.
 - الحوامل في الأسابيع الثمانية الأخيرة.
 - الحوامل ما بعد الثلث الأول اللواتي لا يستطعن تحمل الحديد الفموي .
 - عدم ارتفاع أرقام الخضاب والفيريتين بشكل جيد بعد المعالجة الفموية
- نقل الدم:
 - فقر دم شديد بعد نزف فعال.
 - وجود إنتان مرافق.
 - فقر الدم المعند.

النزف التوليدي الكتلي

- يعرف حسب الـ RCOG بالنزف بعد الولادة < 2000 مل، ويختلف حسب حجم الأم

“Rule of 30”

30% loss in blood volume = moderate shock

- Systolic BP fall by 30mmHg
- Heart rate rise by 30 beats/min
- Respiratory rate rise by 30 breaths/min
- Urine output <30ml/hr
- *Haemoglobin (hematocrit) drop by 30%*

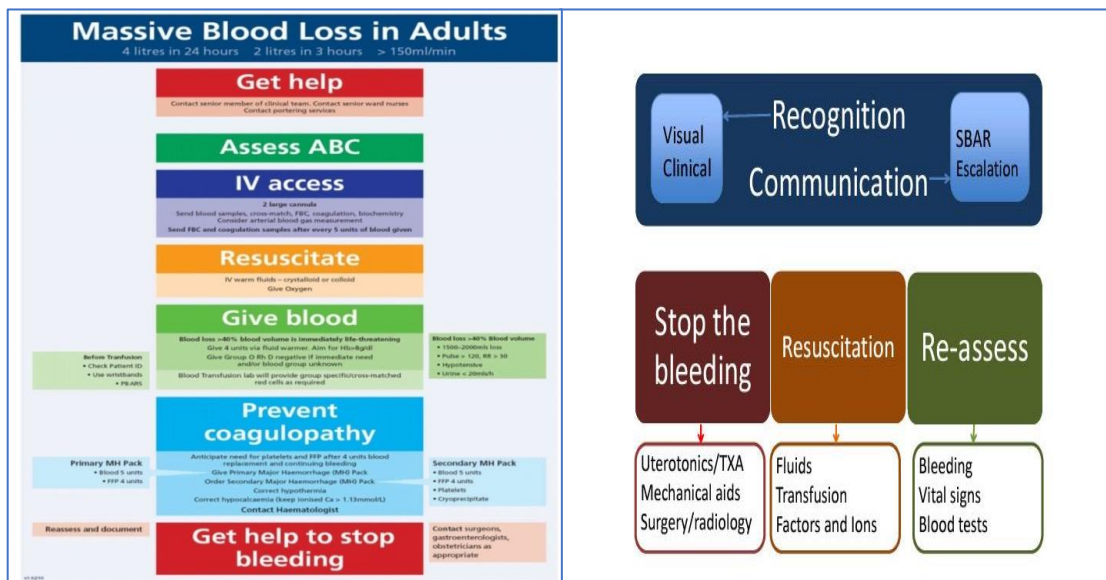
الفحوصات الدموية

○ غازات دم شرياني.

○ LDH

○ Hct / HB

التدبير



الأدينوميوز

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: نور الشربعي

أ.د. صلاح شيخة



مقدمة

هو عبارة عن تواجد بطانة الرحم (غدد + لحمية) داخل عضلية الرحم مما يؤدي إلى ضخامة في الرحم.

يصيب 20-35% من النساء.

التشريح المرضي

يوجد نوعين للأدينوميوز

1. الأدينوميوز المنتشر: يؤدي إلى ضخامة معممة غير منتظمة في كامل الرحم.
2. الأدينوميوز الموضع.

الآلية الإمراضية

غير معروفة حتى الآن ولكن يوجد نظريتان كبيرتان لتفسير الأدينوميوز.

الأولى: انغلاف بطانة الرحم داخل العضلية.

الثانية: بقايا أجنبية مولر.

- بعض الدراسات أظهرت أن منطقة الوصل Junction Zone والتي تفصل بين الطبقة العضلية تحت البطانة عن العضلية الخارجية هي التي تلعب دور في الآلية الإمراضية وتظهر هذه المنطقة على MRI على شكل منطقة عاتمة.
- الأستروجين والبروجسترون قد يلعبوا أيضاً دور في الإمراضية حسب بعض الدراسات.
- بعض الدراسات اقترحت أنه يوجد إنتاج للأستروجين من نسيج الأدينوميوز.
- الأدينوميوز غالباً يترافق مع أمراض نسائية أخرى مثل الورم الليفي والإندومتريوز.

عوامل الخطورة

- 1- النساء أكبر من 40 سنة.
- 2- عديدات الولادة.

بعض الدراسات أظهرت أن الأدينوميوز يترافق مع زيادة خطر حدوث سرطان باطن الرحم وسرطان الدرق.

بعض الدراسات أثبتت أن الأدينوميوز يترافق مع زيادة خطر الولادات المبكرة والإسقاطات.

الأعراض السريرية

- 1- نزف طمثي غزير مع عسرة طمث (الأعراض النموذجية).
- 2- الألم الحوضي المزمن (أقل تواتر).
- 3- ثلث النساء يكونوا لا عرضيين.
- عسرة الطمث تحدث بسبب النزف الحاصل ضمن البطانة المهاجرة داخل عضلية الرحم.
- النزف الطمثي الغزير يحدث بسبب زيادة سطح الرحم.

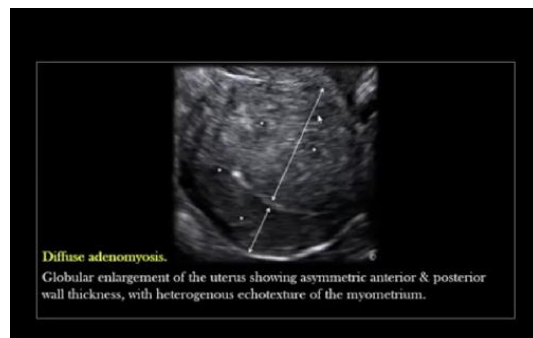
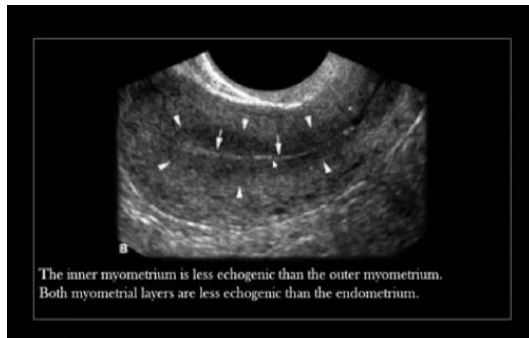
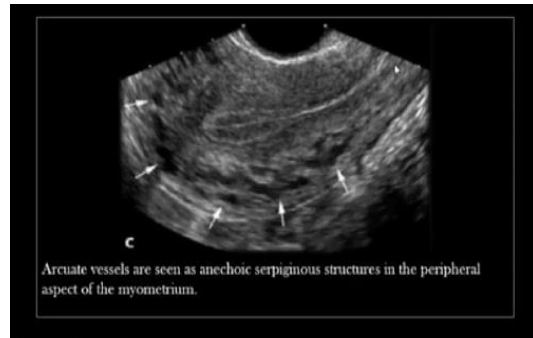
التقييم

- 1- القصة المرضية: السوابق المرضية والجراحية والدوائية والأعراض.
- 2- الفحص الحوضي: بالجنس نلاحظ رحم متضخم متحرك أقل قساوة من الورم الليفي ولا يتجاوز حجمه 12 أسبوع حملي.
- 3- الفحوص المخبرية: Bhcg عند النساء في سن النشاط التناسلي عند الشك بالحمل، CBC لمعرفة قيم الخضاب بسبب النزف الغزير.
- 4- التصوير الشعاعي:

- الإيكو المهبل (الخط الأول):

الموجودات الشعاعية نشاهد ما يلي:

- ضخامة غير متناظرة في العضلة الرحمية (الجدار الخلفي للرحم أكثر ضخامة من الأمامي).
- كيسات ضمن العضلية (تكون عالية الصدى).
- شقوق خطية عالية الصدى تنتشع من بطانة الرحم.
- فقدان الحدود الواضحة لبطانة الرحم.
- زيادة عدم تجانس عضلية الرحم.



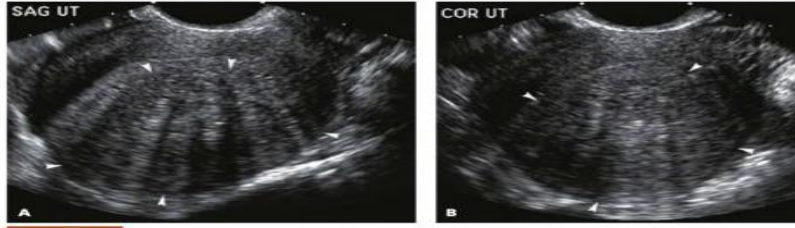


Figure 26.2.1
Focal adenomyosis with irregular shadowing. A: Sagittal (SAG UT) and B: coronal (COR UT) transvaginal views of the uterus demonstrate that the posterior aspect of the uterus is enlarged and heterogeneous (arrowheads). Multiple areas of shadowing emanate from the heterogeneous posterior myometrium.

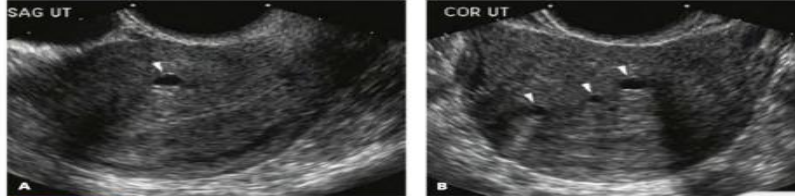


Figure 26.2.2
Focal adenomyosis with myometrial cysts. A: Sagittal (SAG UT) and B: coronal (COR UT) transvaginal views of the uterus demonstrate that the anterior aspect of the uterus is thickened and has numerous small myometrial cysts (arrowheads).

377

Myometrium

363

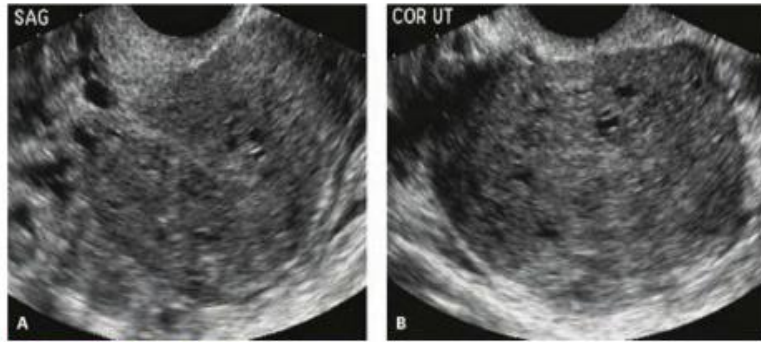


Figure 26.2.3 Click on the blue icon to view the video.
Diffuse adenomyosis. A: Sagittal and B: coronal transvaginal views demonstrate a diffusely enlarged uterus that is heterogeneous in echotexture and filled with innumerable small cysts.

- المرنان MRI:

يحتفظ به فقط للنساء اللواتي يرغبن بالعلاج الجراحي المحافظ للتفريق بين الورم الليفي والأدينوميوز الموضع.

حساسية ونوعية المرنان هي 77 و 89 % على الترتيب مقارنة مع 72 و 81 % للإيكو المهبلي.

- لا نلجأ لخزعة بطانة الرحم أبداً في التشخيص لأن المرض على حساب عضلية الرحم.
- نلجأ للخزعة فقط عند ترافق الأدينوميوز مع سماكة بطانة الرحم والشك بكارسينوما باطن الرحم.

التشخيص

التشخيص الأكيد يتم فقط بالتشريح المرضي بعد استئصال الرحم.

العلاج

- 1- استئصال الرحم عن طريق البطن أو المهبل أو التنظير.
- 2- العلاج الهرموني: للنساء التي ترغب بالإنجاب.
 - لولب ليفونورجستريل (بعض الدراسات أثبتت أنه ينقص من سماكة منطقة الوصل وغزارة الطمث وعسرة الطمث بعد 6 أشهر من الاستخدام).
 - دينوجيست.
 - GNRH Antagonist (elagolix)
 - مثبطات الأروماتاز.
- 3- تصميم الشريان الرحمي: عند النساء التي أنهت حياتها الإنجابية، عند وجود مضاد استطباب للجراحة، عند فشل العلاج الهرموني.

الغثيان والإقياءات الحملية

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: صفاء محفوض

أ.د. هيثم عباسي



المقدمة

- يتم تشخيص الغثيان والإقياءات الحملية من بدئها خلال الثلث الحلي الأول وبعد نفي الأسباب الأخرى للغثيان والإقياء.
- الإقياءات الحملية المفرطة: هي عبارة عن غثيان وإقياءات حملية مطولة تترافق مع الثلاثي:
 - ❖ خسارة أكثر من 5% من وزن السيدة قبل الحمل
 - ❖ تجفاف
 - ❖ اضطراب الشوارد

الحدوث

- تكون الأعراض شديده لدى 0.3-3% من الحوامل.
- تم إجراء دراسة ترقبية في عام 2016 وشملت 800 سيدة:
 - ❖ 57% عانين من غثيان
 - ❖ 27% عانين من غثيان وإقياء.

السير الطبيعي للأعراض

- عادة ما يكون بدء الأعراض بين الأسبوعين الحليين الخامس والسادس مع ذروة حدوث خلال الأسبوع الحلي التاسع
- عادة ما تزول الأعراض خلال الأسابيع الحلية 16-20 أسبوع حلي.
- 60% من السيدات يصبحن لا عرضيات بعد 6 أسابيع من بدء الغثيان.
- في 15-20% من الحالات قد تستمر الأعراض حتى الثلث الحلي الثالث.
- وقد تستمر حتى الولادة في 5% من الحالات.

عوامل الخطورة

- الحمل المتعددة.
- الحمل الرحوي.

- عدم استخدام السيدة للفيتامينات المتعددة قبل الإِسبوع الحِملِى السادس أو في فترة التخطيط للإنجاب.
- حرقَة الفؤاد والقلس المعدي المريئى.
- الخروسات.
- السيدات غير الحوامل اللواتي عانين من غثيان وإقياء عند استخدامهن للمركبات الحاوية على إستروجين.
- دوار السفر.
- الشقيقة.
- الحمل بجنين أنثى.
- قصة عائليه للإقياءات الحملية المفرطة.
- ☒ يعتبر التدخين والكحول من عوامل الحماية من الإصابة بالغثيان والإقياء خلال الحمل.

الآلية المرضية

- التبدلات الهرمونية:
 - ❖ ارتفاع الاستروجين
 - ❖ ارتفاع البروجسترون
 - ❖ ارتفاع الحائة القندية المشيمائية البشرية
- B-HCG
- هذه الهرمونات تسبب:
 - ارتخاء العضلات الملساء مما يسبب بطء في الافراغ المعدي المعوي.
 - ارتخاء المعصرة السفلية للمري.
- العوامل النفسية: الاضطرابات التحويلية- الشدة
- اضطرابات الحركية المعدية المعوية.
- الإصابة بالملوية البوابية.

التظاهرات السريرية

- غثيان وإقياء
- خسارة الوزن (أكثر من 5% من الوزن قبل الحمل أو أكثر من 3 كيلو غرام)
- هبوط ضغط انتصابي

- علامات سريرية للتجفاف
- الإلحاح (فرط إفراز اللعاب)

التشخيص التفريقي

- الحمل المتعدد
- الحمل الرحوي
- ما قبل الإرجاج، HELLP، تشحم الكبد الحلي الحاد (البدء متأخر).
- التهاب البنكرياس.
- الشقيقة.
- فرط نشاط جارات الدرق خلال الحمل.

أنظمة التشخيص

- نظام Motherisk-PUQE
- نظام Rhodes
- (يُقيمان الأعراض خلال الـ 12 ساعة الماضية)
- نظام PUQE المعدل (الأعراض خلال الثلث الأول بأكمله)

Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) score

	1 point	2 points	3 points	4 points	5 points
Duration of nausea in the past 12 hours	0	≤1 hour	2 to 3 hours	4 to 6 hours	>6 hours
Number of vomiting episodes in the past 12 hours	0	1 to 2	3 to 4	5 to 6	≥7
Number of episodes of dry heaves in the past 12 hours	0	1 to 2	3 to 4	5 to 6	≥7

Total score 4 to 6: mild nausea and vomiting of pregnancy. Total score 7 to 12: moderate nausea and vomiting of pregnancy. Total score ≥13: severe nausea and vomiting of pregnancy.

Modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index

Circle the answer that best suits your situation from the beginning of your pregnancy	
	Points
1. On average in a day, for how long do you feel nauseated or sick to your stomach?	
Not at all	1
≤1 hour	2
2 to 3 hour	3
4 to 6 hour	4
>6 hour	5
2. On average in a day, how many times do you vomit or throw up?	
I did not throw up	1
1 to 2 times	2
3 to 4 times	3
5 to 6 times	4
≥7 times	5
3. On average in a day, how many times do you have retching or dry heaves without bringing anything up?	
None	1
1 to 2 times	2
3 to 4 times	3
5 to 6 times	4
≥7 times	5

Total score (sum of replies 1, 2, and 3): Mild NVP, ≤6; moderate NVP, 7-12; severe NVP, ≥13.

الاستقصاءات:

الاستقصاءات الأولية:

- الوزن
- قياس الضغط والنبض
- الفحوص المخبرية
- تقييم عيوشية الجنين
- التقييم الصدوي التوليدي بواسطة الإيكو (عدد الاجنة- الحمل الرحوي).

عند إجراء الفحوص المخبرية قد نشاهد:

- اضطراب الشوارد (انخفاض البوتاسيوم والصوديوم والمغنزيوم)، في حال كان المغنزيوم أقل من 0.8 ميلي مكافئ/لتر هذا يؤدي إلى مقاومة على هرمون جارات الدرق (PTH) مما يؤدي إلى نقص الكالسيوم.
- ارتفاع الهيماتوكريت
- ارتفاع خمائر الكبد: ALT, AST في 50% من الحالات وارتفاع البيلروبين (لكن لا يتجاوز ال 4).

- ارتفاع أميلاز وليباز المصل: (10-15%)
- ارتفاع البولة والكرياتينين في المصل: ترتفع البولة في حالات انخفاض التجفاف أما الكرياتينين يرتفع فقط في حال نقص معدل الرشح الكبي الكلوي GFR
- وظائف الدرق: تبدي فرط نشاط درق خفيف يعود إلى ارتفاع ال B-HCG.
- فحص بول وراسب: يبدي ارتفاع في الكثافة النوعية للبول في حالات نقص حجم الدم, ويمكن أن نشاهد بيلة كيتونية في الحالات الشديدة .

التدبير

حسب ال ACOG Practice Bulletin No.189: Nausea and Vomiting of pregnancy 2018(NVP)

يجب ان تتم المعالجة حسب شدة الاعراض:

1. غثيان دون إقياء.
2. إقياء دون تجفاف.
3. إقياء مع تجفاف.

تدبير الغثيان دون إقياء:

- تغيير النظام الغذائي: وجبات صغيرة كل ساعتين-تجنب المهيجات مثل الرطوبة, الغبار, الأماكن المزدحمة.....-؛ إضافة الزنجبيل إلى النظام الغذائي للحامل.
- المعالجات الدوائية الأساسية:
- ❖ البيردوكسين Pyridoxine (فيتامين B6): 10-25 ملغ فموي كل 6-8 ساعات (الجرعة العظمى 200 ملغ/اليوم)
- ❖ الدوكسيلامين-بيردوكسين: 10 ملغ دوكسيلامين مع 10 ملغ من البيردوكسين 2-4 مضغوطات /اليوم.
- معالجات أخرى:
- ❖ العلاج بالإبر الصينية أو تدليك النقطة P6 (ويوجد أساور معصمية ضاغطة أيضاً) كما في الصور أدناه.
- ❖ التنويم المغناطيسي.

تدبير الاقياء بدون تجفاف:

- الخط الأول: دوكسيلامين- بيرودكسين
- الخط الثاني: مضادات الهيستامين H1 (Diphenhydramine-Meclozine-Dimenhydrinate)
- الخط الثالث: مضادات الدوبامين (Metoclopramide-promethazine prochloperazine)
- الخط الرابع: مضادات السيروتونين (Ondansetron- granisetron).

تدبير الاقياء مع تجفاف:

- تصحيح السوائل والشوارد وريدياً
- الفيتامينات والمعادن
- مضادات الإقياء
- الحماية

تصحيح السوائل والشوارد وريدياً:

- المعالجة البدئية من خلال إعطاء 2 لتر من محلول رينغر لاكتات خلال 3-5 ساعات.
- يمكن استخدام السيروم الملحي معتدل التوتر لعلاج نقص الصوديوم في المريضات اللواتي يعانين من نقص حجم مع عدم وجود أعراض وصوديوم مصل أكثر من 120 ميلي مكافئ /لتر.
- بعد المعالجة البدئية بالرينغر لاكتات، نضيف ديكستروز 5% مع 0.45% سالين مع 20 ميلي مكافئ من كلوريد البوتاسيوم بمعدل 150 مل / الساعة وذلك في حال كانت قيم بوتاسيوم المصل ضمن الطبيعي.
- أما في حال كانت قيم البوتاسيوم بين 3-3.4 ميلي مكافئ /لتر نضيف 10-20 ميلي مكافئ من البوتاسيوم 4-2 مرات /اليوم (20-80 ميلي مكافئ /اليوم).
- يجب تجنب استخدام المحلول السكري خلال المعالجة البدئية وذلك تجنباً لحدوث اعتلال الدماغ فيرنكه في حال إعطاء الديكستروز لسيدات يعانين من نقص فيتامين B1.
- يفضل إعطاء السيروم الملحي على السيروم السكري خلال المعالجة البدئية للمريضات اللواتي يعانين من نقص البوتاسيوم (لأن الديكستروز يسبب ارتفاع الأنسولين مما يفاقم من نقص البوتاسيوم من خلال إدخاله إلى داخل الخلية).
- يجب مراقبة الصبيب البولي مع الحفاظ عليه بمعدل 100 مل / الساعة.

الفيتامينات والمعادن:

- التيامين (فيتامين B1): يتم إعطاء 100 ملغ وريدياً خلال المعالجة البدئية بالسوائل من ثم يتم إعطاء 100 ملغ /اليوم وريدياً لمدة 2-3 أيام.
- الفيتامينات المتعددة: 10 مل وريدياً (تحتوي على 150 مكغ من فيتامين K) لا يستطب إعطاء جرعات إضافية من فيتامين K إلا في حال وجود استطباب سريري لعلاج فرط الخثار.
- حمض الفوليك: 0.6 ملغ يتم إضافتها إلى لتر واحد من السوائل /اليوم.
- فيتامين B6: 25 ملغ في كل لتر.
- الفوسفور: 20-40 ميلي مول / اليوم من فوسفات الصوديوم أو فوسفات البوتاسيوم.
- المغنيزيوم والكالسيوم:

- يعتبر نقص المغنيزيوم السبب الرئيسي لنقص الكالسيوم لذلك نبدأ أولاً بتصحيح نقص المغنيزيوم من خلال إعطاء 2 غ (16 ميلي مكافئ) من سلفات المغنيزيوم وريدياً في محلول 10% خلال 10-20 دقيقة، متبوعة ب 1 غ (8 ميلي مكافئ) في 100 مل / الساعة.

- في حال بقاء مستويات الكالسيوم منخفضة بالرغم من تعويض المغنيزيوم، نقوم بإضافة 1-2 غ من غلوكونات الكالسيوم في 50 مل من محلول ديكستروز 5% خلال 10-20 دقيقة.

مضادات الإقياء:

- Ondansetron: 4-8 مغ دفشاً وريدياً كل 8 ساعات.
- حسب الـ ACOG يجب الأخذ بعين الاعتبار نسبة الفوائد: مضار إعطاء هذا الدواء قبل الـ 10 أسابيع حمليه بسبب الزيادة الطفيفة في خطر الإصابة بالتشوهات الخلقية.
- Dimenhydrinate: 50 ملغ وريدياً / 4-6 ساعات.
- Metoclopramide: 5-10 ملغ وريدياً / 8 ساعات.
- Promethazine: 12.5-25 ملغ وريدياً / 4-6 ساعات.

الحالات المعقدة

تقترح الـ ACOG التحري عن الإصابة بالملوية البوابية عند السيدات اللواتي لم يستجبن للمعالجة.

تشمل المعالجة:

- Chlorpromazine 20-50 ملغ وريديا او عضليا /4-6 ساعات (في حالات محدده مثل وجود مضاد استطباب لاستخدام الستيروئيدات القشرية)
- الستيروئيدات القشرية:
- ❖ METHYLPREDNISLONE 16 ملغ/وريديا/8 ساعات لمدة 2-3 أيام.
- ❖ HYDROCORTISONE 100 ملغ / وريديا /12 ساعة لمدة 2-3 أيام، ثم ننتقل الى Prednislone 40 ملغ فمويا ليوم واحد، ثم 20 ملغ / اليوم لمدة 3 أيام، ثم 5 ملغ / اليوم لمدة 7 أيام.
- التغذية الوريدية: نستمر بها حتى تصبح السيدة قادرة على تناول 1000 كيلو كالوري / اليوم فمويًا.

النزوف التناسلية الشاذة

إشراف

إعداد

أ.د. صلاح شيخة

طالبة الدراسات العليا: زينة شيخ زين



التعريف

أي نزف خارج أوقات الدورة الفيزيولوجية الطبيعية، واضطراب في انتظام أو تواتر الدورات أو كمية النزف أثناء الدورة. ويكون النزف طمثي (أثناء الدورة الطمثية) أو رحمي (خارج أوقات الدورة الطمثية). ويشكل 80 % من أسباب النزوف الطمثية يتضمن النزوف التناسلية الوظيفية والبنوية، بسبب فيزيولوجي أو عضوي أو دوائي.

تصنيف الأسباب حسب العمر

- عند الولادة: سحب الأستروجين الوالدي
- مرحلة الطفولة حتى 10 سنوات: الأجسام الأجنبية، الرضوض، الانتانات، أورام المبيض
- مرحلة البلوغ: اللاباضة، اضطرابات التخثر، الانتانات، اختلالات الحمل
- مرحلة النشاط التناسلي: اللاباضة، موانع الحمل الفموية، اختلالات الحمل، الانتانات، اضطرابات غدية، البوليبيات والأورام الليفية
- مرحلة ما حول سن الضهي: اللاباضة، البوليبيات والأورام الليفية، سرطانة العنق وسرطانة باطن الرحم مرحلة بعد الضهي: التهاب المهبل والبطانة الضمورية، المعالجة الهرمونية المعیضة، سرطان باطن الرحم.

Figo – 2011:

Etiopathology of AUB

Classification of AUB (FIGO-2011)			
Structural causes (PALM)		Nonstructural systemic causes (COEIN)	
• Polyp	AUB-P	Coagulopathy	AUB – C
• Adenomyosis	AUB-A	Ovulatory dysfunction	AUB – O
• Leiomyoma	AUB-L	Endometrial	AUB – E
– Submucosal myoma	AUB-L SM	iatrogenic	AUB – I
– Other myoma	AUB-LO		
• Malignancy and hyperplasia	AUB-M	Not yet identified	AUB – N

التشخيص

يتم تشخيص النزف التناسلي الوظيفي بنفي الآفات البنيوية مع اختبار حمل سلبي.

السبب

80% لا إباضة، 20% مع إباضة.

الآليات الفيزيولوجية للنزف

■ نزف الاختراق (تمشيح) الأستروجيني:

يحدث عند التعرض المستمر للأستروجين وحدث تكاثر للخلايا البطانية غير المتميزة وبدون كمية كافية من البروجسترون لدعم البطانة، يحدث سقوط للبطانة ونزوف عشوائية غير منتظمة

■ نزف سحب الأستروجين:

يحدث عند الهبوط المفاجئ لمستويات الأستروجين مثال: استئصال المبيضين ثنائي الجانب مع المحافظة على الرحم، إيقاف مفاجئ للأستروجين الخارجي، ونزف ماقبل الإباضة أثناء الدورة الطبيعية

■ نزف الاختراق (تمشيح) البروجستروني :

يحدث بوجود نسبة بروجسترون \ أستروجين مرتفعة مثال مانعات الفموية البروجستينية وذلك بسبب ضمور البطانة

■ نزف سحب البروجسترون:

حصرا في البطانة التكاثرية المتعرضة للأستروجين الداخلي أو الخارجي.

التقييم السريري

- القصة السريرية المفصلة
- القصة الطمثية: موعد ومدة آخر دورة طمثية، مدة وكمية النزف الطمثي
- خصائص ومظاهر النزف الدموي (لون، رائحة، ضائعات...)
- تقدير كمية النزف الطمثي
- السوابق الدوائية (مانعات الحمل الفموية)
- السوابق المرضية: اضطرابات الدرق، الأدوية المزمنة

- الفحص السريري: الطول، الوزن، العلامات الحيوية، توزع الشحوم مشعر تانر، الفحص المشترك بالجس، فحص عنق الرحم بالسبيكيلوم.
- اختبار الحمل، خضاب، لطاخة عنق الرحم وزروعات
- وظائف الغدة الدرقية والبرولاكتين والفحوص التخثرية
- عيار البروجسترون باليوم 22-24 يجب أن يكون أعلى من 3 نانوغرام \ دل ليؤكد التشخيص
- الايكو المهبلي، تنظيف باطن الرحم
- خزعة باطن الرحم عند المريضات بعد عمر 45 سنة

أسباب النزف بعد سن الضهي

Table 13.8	
Cause of Postmenopausal Bleeding	Percentage
Endometrial atrophy (MC)	60–80%
Estrogen Replacement therapy	15–25%
Endometrial Polyps	2–12%
Endometrial hyperplasia	5–10%
Endometrial cancer	10%

العلاج

يهدف العلاج إلى السيطرة على النزف ومنع النكس والحفاظ على الخصوبة

■ الحالات المزمنة:

مراقبة أو دوائية

■ الحالات الحادة:

- مع بطانة متسمة:

جرعة عالية من البروجسترون (ميجيسترول 20-40 ملغ) فموي أو (ميدروكسي

بروجسترون أسيتات 10-20 ملغ) مستمر بدءا من أول يوم للدورة

- مع بطانة مترققة:

جرعة عالية من الأستروجين المقترن 25 ملغ كل 4 ساعات لمدة 24 ساعة حتى يتوقف النزف

■ العلاج الجراحي:

في حال فشل العلاج المحافظ

يوجد خيارين: اجتثاث بطانة الرحم، واستئصال الرحم (الخط العلاجي الأخير في حال فشل الدوائي)

استطبابات اجتثاث بطانة الرحم:

- فشل العلاج الدوائي
- عدم الرغبة بالحفاظ على الوظيفة الإنجابية
- رحم طبيعي الحجم أو بحجم أقل من 10 أسابيع حملية
- أورام ليفية صغيرة
- تجنب الجراحة الكبرى.

انبثاق الأغشية المبكر

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: روان البرتاوي

أ.د. هيثم عباسي



تعريف

- ★ PROM: مصطلح يدل على انبثاق الأغشية قبل بدء التقلصات الرحمية.
- ★ PPRM: مصطلح يدل على انبثاق الأغشية قبل (37) أسبوع حملي. وهي مسؤولة أو مرتبطة ب 3/1 الولادات المبكرة والخداج.

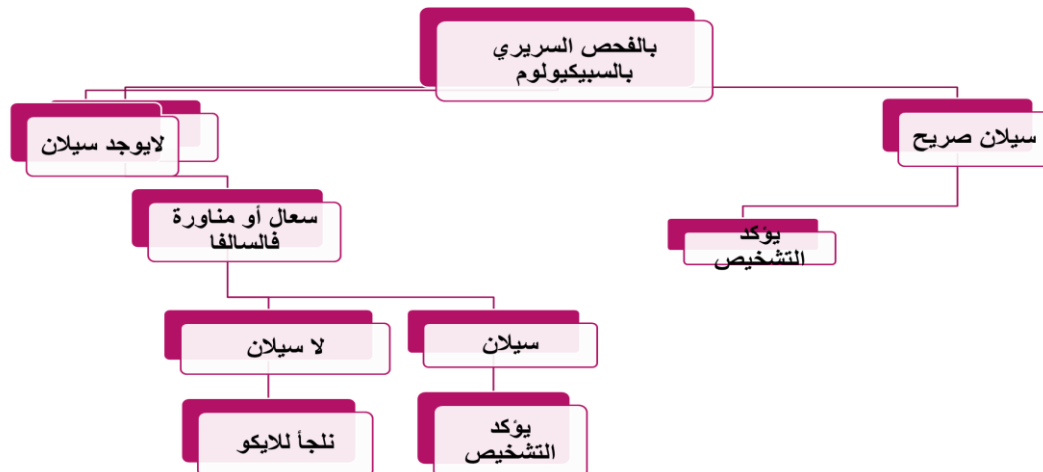
عوامل الخطورة لحدوثه

- انتانات السبيل التناسلي
- قصة سابقة لحدوث المخاض الباكر أو Prom
- قصور عنق رحم
- قصة حمل حالي متعدد
- وجود اجراء غازي سبب التمزق (بزل السائل الأمنيوسي، الجراحات المجراة على الجنين)
- التدخين
- استسقاء سائل أمنيوسي
- رضوض

التظاهرات السريرية

الشكوى الرئيسية: خروج مفاجئ لدفقة من سائل رائق من المهبل مستمر أو متقطع.

التشخيص



► الفحص السريري:

- يتم الفحص بالسبيكيلوم المعقم مع تجنب الفحص الإصبعي لأنه يزيد احتمالية حدوث إنتان باطن رحم ويمكن أن يحرض المخاض.
- السيلان الصريح للسائل الأمنيوسي من العنق يثبت التشخيص وإذا كان غير مشاهد خلال الفحص نطلب من المريضة أن تسعل أو تقوم بمناورة فالسالف. كما يمكن أن نشاهد درجة من الاتساع والامحاء.

► الايكو (3 حالات)

1. كمية السائل الطبيعية $AFI < 7$ سم أو زائدة $AFI > 24$ سم: ① نفي التشخيص ② إرسال المريضة للمنزل في حال عدم وجود مخاض فعال
2. كمية السائل على الحدود الدنيا AFI بين (6-7 سم): نلجأ للاختبارات الكيميائية
3. قلة سائل أمنيوسي: $AFI \geq 5$ سم أو $MVP > 2$ سم يؤكد التشخيص

► الاختبارات الكيميائية

◆ بروتين مشيمي	◆ IGFBP1	◆ PAMG1
◆ اختبار منزلي	◆ اختبار التسرخس	◆ الفا فيتوبروتين

► PAMG1 (Placental Alpha Microglobulin):

- يفرز من الخلايا الساقطية وهو اختبار سريع يتم بواسطة أشرطة كاشفة ولا يتأثر في حال وجود سائل منوي أو دم.
- آلية الإجراء: ماسحة عقيمة توضع ضمن المهبل لدقيقة ثم نضعها بأنبوب يحوي محلول لدقيقة ثم نضع الشريط الكاشف داخل الأنبوب، تظهر النتيجة خلال 5-10 دقائق.
- حساسية الاختبار (99) % . والنوعية (100) %.

► IGFBP1 (Insulin –Like Growth Factor Binding Protein)

- يفرز من الخلايا الساقطية والخلايا المشيمية ولا يتأثر الاختبار بوجود بول أو سائل منوي أو كميات قليلة من الدم ويتم الاختبار أيضا عن طريق أشرطة كاشفة ويكون إيجابي عند ظهور خطين
- PAMG1 أكثر دقة من IGFBP1 لتشخيص انبثاق الأغشية الباكر.

تدبير انبثاق الأغشية الباكر عند تمام الحمل (prom)

- انبثاق الأغشية الباكر عند تمام الحمل يقترح حث المخاض ما لم يكن هناك مضاد استطباب للولادة المهبلية
- وفي حال وجود مضاد استطباب نقوم بالولادة القيصرية أسرع ما يمكن ونقوم بتوليد المريضة لنخفض من خطر الإنتان عند الأم والجنين

من ميزات تحريض المخاض لدى مريضات انبثاق الأغشية الباكر عند تمام الحمل مقارنة بالتطور العفوي:

- ◆ تقصير المدة بين انبثاق الأغشية وولادة الجنين.
- ◆ انخفاض نسبة إصابة الأم بالتهاب السلى.
- ◆ انخفاض نسبة قبول الوليد في وحدة العناية المركزة.

► التدبير الفعال:

حث المخاض بالأكسيتوسين: عند السيدات اللواتي ليس لديهن مضاد استطباب للولادة المهبلية يقترح الحث بالأكسيتوسين دون تحضير مسبق للعنق حيث بالأكسيتوسين أسهل للمعايرة وأرخص ثمنًا من البروستاغلاندينات التي أظهرت الدراسات أنه لا يوجد فائدة أكبر عند البدء باستخدامها عند استخدام الأكسيتوسين ولو كان العنق غير ناضج.

► التدابير البديلة في حال كان العنق غير ناضج:

- بالرغم إننا لا نقوم بإنضاج العنق في حالات PROM تمام الحمل لكن بعض الممارسين يختارون استخدام البروستاغلاندين E1 وE2 ⇔ Misoprostol (E1) مفضل.
- اعطاؤه: مع مهلي: 25 mcg نعيد الجرعة كل (3-6) ساعات مع فموي: 25 mcg كل ساعتين.

بغض النظر عن طريقة الإعطاء نستمر بالجرعات حتى ينضج العنق أو يصبح المخاض فعال أو بعد أخذ 5 جرعات متتالية.

► التدبير المحافظ أي التطور العفوي:

- المرشحات: النساء الحوامل اللواتي حملهن غير مختلط يمكن أن يفضلن التدبير المحافظ ولكن يجب التأكد من صحة الجنين وعدم وجود علامات انتان أو تعقي سائل أمنيوسي
- مدة التدبير المحافظ: بالدراسات تبين أنه بعد 24 ساعة من المراقبة تزيد نسبة الإنتان الأمنيوسي لذلك اعتبرت 24 ساعة هي الحد النهائي.

▶ الصادات الوقائية:

- استخدام الصادات الوقائية في انبثاق الأغشية الباكر في تمام الحمل يجب تجنبه بسبب إمكانية تطور سلالات مقاومة من GBS، حيث وجدت دراسة أجريت لمقارنة بين إعطاء الصادات الوقائية أو عدم إعطائها أنه لا يوجد نتائج مهمة في إنقاص الانتان الأمنيوسي.
- اختبار مسح إيجابي للـ GBS لا يستثني المعالجة المحافظة ولكن نوافق معظم المنظمات التي تنصح بتحريض المخاض عند هؤلاء المرضى.
- وعلي أي حال عندما تكون نتيجة الزرع إيجابية للـ GBS نعطي الأم صادات وقائية لنقل من خطر الانتان لدى حديثي الولادة.

تدبير تمزق الأغشية الباكر قبل تمام الحمل (pprom)

- نستند في التدبير على عدة عوامل:
 - 1- العمر الحملي.
 - 2- وجود أو غياب الانتان عند الأم والجنين.
 - 3- وضعية الجنين وحالته.
 - 4- حالة رئتي الجنين حسب العمر الحملي.
 - 5- حالة عنق الرحم بالفحص البصري.
 - 6- توافر مستوى مناسب من الرعاية لحديثي الولادة.
- يجب الموازنة بين الولادة المبكرة والمخاطر المرتبطة بـ Pprom مثل (الانتان داخل الرحم، انفكاك المشيمة الباكر، انسداد السرر، انضغاط السرر) حيث أن الولادة الفورية تكون مناسبة بمثل هذه الحالات.
- بحال عدم وجود اختلاطات الحمل قبل 34 أسبوع حملي تراقب عن كثب مع انتهاء الحمل بنهاية الأسبوع 34 حملي.

► العلاج الترقيبي

1 الستيروئيدات:

- تطبيق الستيروئيدات بين الأسبوع 23 حتى 33+6 أيام من الحمل يقي من (متلازمة الضائقة التنفسية، التهاب الأمعاء والكولون النخري)
- بالإضافة لتطبيق كورس ستيروئيدات بين الأسبوعين 34-36+6 أيام عند النساء اللواتي يتم تدبيرن بشكل ترقيبي ولم يتلقين كورس ستيروئيدات سابق والولادة متوقعة بعد أكثر من 24 سا وأقل من 7 أيام.

2 التحري عن الانتان:

- ✘ زرع بول ماسح لكل المرضى
- ✘ مسحة مهبل لتحري GBS ماسح لكل المرضى
- ✘ مسحة عنق الرحم لتحري الكلاميديا HCV, HSV, HIV, عند النساء عاليات الخطورة أو اللواتي شخصت اصابتهم خلال الثلث الأول من الحمل , النساء أقل من 25 سنة.

كورس الصادات الوقائية لل P prom

Azithromycin 1gram oral عند القبول +

Ampicillin 2g IV every 12 hours/48 hours

متبوع ب: Amoxicillin 500 mg oral every 8 hours for 5 days

3 موقوفات المخاض:

الهدف إطالة أمد الحمل ل 48 ساعة حتى تأخذ الستيروئيدات مفعولها، ولا تعطى أكثر من 48 ساعة ولا بحال وجود مخاض فعال (اتساع أكبر من 4سم) أو أي موجودات تقترح التهاب المشيمة والسلى 0

► تداخلات غير مثبتة

- البروجيسترون: لم يطيل فترة الكمون بالإضافة لأن البروجيسترون المهبلي يزيد نسبة الانتان
- سلفات المغنيزيوم: بين الأسبوعين 24-32 لحماية الجهاز العصبي

ملخص التدبير، بحال الأم والجنين مستقرين مع عمر حمل:

- أقل من 34 أسبوع ➔ علاج ترقبي.
- أكثر من 37 أسبوع ➔ تحريض مخاض.
- بين 34 و 37 أسبوع ➔ نفضل الولادة الفورية على الترقب بحال عمر الحمل معروف بدقة
أما إذا كان غير معروف بدقة ننتظر حتى س 36-37 حسب تقديرنا.

الوقاية بالحمول اللاحقة

- بروجيسترون وقائي
- قياس طول عنق الرحم مع اجراء تطويق قبل الاسبوع 24 اذا كان طوله أقل من 2،5 سم
- الكشف عن الانتانات الغير عرضية قبل الأسبوع 20 وعلاجها

تنظير عنق الرحم الكبير (تشخيص وعلاج)

إشراف

إعداد

أ.د. نذير ياسمينه

طالب الدراسات العليا: علي صالح



تنظير عنق الرحم المكبر هو إجراء تشخيصي يستخدم فيه منظار عنق الرحم لإعطاء صورة واضحة مكبرة تساعد في تحري آفات المهبل وعنق الرحم والفرج والشرح. المبدأ الذي يقوم عليه تنظير عنق الرحم المكبر، أنّ الآفات السرطانية وما قبل السرطانية تمتلك صفات خاصة من حيث الحواف واللون وشكل الأوعية، وبالتالي إنّ تحري هذه الآفات يوفر إمكانية التشخيص والعلاج المناسب.

المسح عن سرطان عنق الرحم

أدى المسح عن سرطان عنق الرحم إلى إنقاص نسبة وقوع والوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم.

الإجراءات التشخيصية المستخدمة في المسح هي: لطاخة بابانيكولا والاختبار التشخيصي للفيروس الحليمومي البشري (HPV testing) أو كلاهما.

التوصيات

يستطب المسح عن سرطان عنق الرحم عند كل النساء اللواتي لديهن عنق رحم (B1) (بمعنى آخر يستثنى النساء المصابات بتشوهات مولرية كمتلازمة MRKH وغياب عنق الرحم الخلقي.. الخ)

1- عند النساء > 21 سنة سوّيات المناعة والملاعرضيات لا يستطب المسح عن سرطان عنق الرحم مهما كان سن بدء النشاط الجنسي لديهنّ (نسبة وقوع سرطان عنق الرحم بعمر من 15 ل 20 سنة > 0.1 / 100,000 في الولايات المتحدة الأمريكية)

2- عند النساء من 21 ل 65 سنة:

- (حسب 2018 USTSPF): يبدأ المسح بعمر 21 سنة بإجراء لطاخة كل 3 سنوات حتى عمر ال 30 سنة ثم إما HPV test كل خمس سنوات أو لطاخة كل 3 سنوات أو لطاخة و HPV test معاً كل خمس سنوات
- حسب (2020 ACS): يبدأ المسح بعمر 25 سنة بإجراء لطاخة كل 3 سنوات، أو HPV test كل خمس سنوات، أو لطاخة و HPV Test معاً كل خمس سنوات.
- لا تختلف التوصيات سواء كانت السيّدة ملحقّة بلقاح سرطان عنق الرحم أم لا.

3- النساء < 65 سنة:

- بالنسبة للنساء اللواتي لديهن نتائج مسح سابقة طبيعية ولا توجد عوامل خطورة لسرطان عنق الرحم فإن العمر الذي يتم فيه إيقاف المسح غير مؤكد. بعض آراء الخبراء تقترح الاستمرار بالمسح حتى عمر 74 سنة.
- النساء مع نتائج مسح سابقة غير معروفة أو غير الخاضعين للمسح سابقا يستطعن إجراء اللطاخة وال HPV test معاً سنوياً ل 3 سنوات ثم يتم مبادعة فترة المسح لكل 5 سنوات بعد سن ال 70 سنة.

4- النساء العرضيات يجب ان يخضعون للطاخة كجزء من التقييم السريري بغض النظر عن نتائج المسح السابقة.

استطبابات تنظير عنق الرحم المكبر

- لا يعتبر تنظير عنق الرحم المكبر اداة مسح فعالة عندما يستخدم لوحده.
- يستطع إجراء تنظير عنق الرحم المكبر في النتائج غير الطبيعية للطاخة عنق الرحم أو HPV testing او عندما توجد موجودات شاذة بالفحص العياني لعنق الرحم.
- تقييم آفات الفرج والمهبل والعنق الواضحة بالتأمل او المجسوسة باليد
- في البلدان الفقيرة بالموارد بعد نتيجة غير طبيعية للطاخة عنق الرحم حيث يتم إجراء تنظير للعنق بعد تلويحه بحمض الخل او محلول لوغول ومن ثم أخذ عينات من الآفات المشتبهة
- بالمشاركة مع المعالجة الموضعية لآفات عنق الرحم الخبيثة، للتأكد من الإزالة التامة للآفات وتحري وجود آفات اخرى وتقييم الاستجابة للمعالجة كوسيلة ترصد.

مضادات الاستطباب

- 1- التهاب عنق الرحم: ينصح بمعالجة التهابات عنق الرحم الفعالة قبل إجراء تنظير عنق الرحم لان الالتهاب والانتان قد يعيقان التقييم الدقيق للشذوذات البشروية في عنق الرحم. الانتان المهبلي ليس مضاد استطباب لكن معالجته قبل إجراء التنظير تسمح بجعل الإجراء أكثر راحة للمريضة.
- 2- الاضطرابات النزفية والأدوية المضادة للتخثر: لا تعتبر مضاد استطباب مطلق للإجراء، حيث غالباً ما يكون الإجراء خفيف حتى بوجود هذه الاضطرابات. من الممكن إيقاف بعض

الادوية قبل الاجراء (إيقاف جرعة ال apixaban الصباحية) وذلك بعد مراجعة المريضة للطبيب الأخصائي المشرف على حالتها تلك.

3- الحمل:

- لا تجرى الخزعة الا عند الشك بسرطان غازي فقط.
- عواقب الخزعة المخروطية قد تكون وخيمة في حال وجود حمل
- الحمل يجعل من تمييز الافات الشاذة وما قبل الشاذة صعبا بسبب التغيرات الفيزيولوجية وزيادة التوعية المرافق للحمل.

4- المثبتين مناعيا:

- المرضى المثبتين مناعيا (تعداد العدلات > 500 كرية / مكرو لتر) قد يصبحون عرضي لتجرثم الدم نتيجة الاجراء لذلك من المفضل تجنبه عندهم

تشرح النسيجي

- ظاهر عنق الرحم مغطى بظهارة رصفية شائكة.
- باطن عنق الرحم مبطن بظهارة أسطوانية غدية.
- منطقة الوصل الشائكي الاسطواني (SCJ) تقع بمستوى الفوهة الظاهرة لعنق الرحم
- المنطقة الانتقالية (transformation zone) تقع بين الوصل الشائكي الاسطواني (SCJ) وما تبقى من البشرة الشائكة وتحوي خلايا جنينة التي ربما تكون بشكل خاص ضعيفة المقاومة للانتان بفيروس HPV وبالتالي تكون أكثر عرضة للاستحالة الورمية.

الأدوات والمعدات

- في بداية الإجراء ، يجب على الطبيب ضبط المسافة بين العدستين لضمان الرؤية الجيدة
- يجب وضع المنظار حوالي 30 سم من النسيج الذي يتم استقصاؤه . غالبية مناظير العنق لها بعد محرق (طول بؤري) يبلغ 30 سم يعطي للطبيب الذي يقوم بالتنظير بالحيز الكافي والمساحة المناسبة للوصول إلى عنق الرحم بشكل مريح .
- تختلف المناظير حسب الشركة المصنعة ، ويمكن أن يتراوح التكبير من 3.5x إلى 30x. في المناظير التقليدية ، يتم تحريك رأس منظار بشكل أقرب وأبعد من المريض وبالتالي تغيير البعد البؤري و تغيير التكبير . الأنواع المتطورة من مناظير العنق التي توفر

التصوير بالفيديو تقوم بضبط تلقائي للتكبير ، اعتمادًا على مدى قرب المنظار من المريض وذلك بالاعتماد على البعد البؤري .

- بشكل عام ، نستخدم تكبيرًا بمقدار 15 ضعفًا لعنق الرحم والمهبل و 3.5 إلى 7.5 أضعاف لتقييم الفرج .
- يجب أن يبدأ الفحص بضوء أبيض منخفض الطاقة للحصول على رؤية شاملة لعنق الرحم. يمكن التغيير بين أعدادات الطاقة والإضاءة. يساعد الضوء الأخضر في تحديد شذوئات الأوعية الدموية.

الإمدادات والأدوات الأخرى

- تشمل أدوات الخزعة والمحاليل اللازمة للفحص (كحمض الخل) أو لضبط النزف (كمحلول مونسيل).
- قبل بدء الفحص، يجب أن تكون جميع المعدات والإمدادات اللازمة متاحة بسهولة لطبيب التنظير، ويجب أن يتواجد مساعد طوال الإجراء.

التحضير للإجراء (procedure preparation)

- 1- مراجعة القصة المرضية والسجل الطبي للمريضة:
 - يجب مراجعة السجل الطبي للمريضة وخصوصًا تلك المتعلقة بنتائج الخزعات السابقة أو التدخلات على العنق
 - يجب السؤال عن نتائج اللطاخات السابقة وقصة ثاليل تناسلية أو سوابق افات ما قبل سرطانية.
 - القصة التوليدية (عدد الولادات السابقة ونوع الولادة.. الخ) والطمثية (موعد اخر دورة طمثية ووجود نزف رحمي أو تناسلي شاذ أو نزف عقب الجماع... الخ) والسؤال عن أخذ لقاح الـ HPV ، كل ذلك يجب أخذ معلومات تفصيليه عنه.
 - السؤال عن التدخين والقصة الدوائية (مضادات تخثر... الخ) والحالة المناعية هو امر هام أيضا .

2- الإجراء محتمل من قبل المريضة والتسكين غير مطلوب غالبا

- الاجراء غير مؤكد للتشخيص ويجب إثبات التشخيص بالفحص النسيجي

3- الموافقة المستنيرة: يجب أخذ الموافقة المستنيرة بعد شرح الإجراء للمريضة وتسجيل ذلك في السجل الطبي.

الإجراءات والتدخلات (procedures and interventions)

1- إعادة اللطاخة واختبار HPV:

- تعاد اللطاخة واختبار HPV إذا كان الفاصل الزمني بين التنظير و اللطاخة الاساسية أكثر من 6 أسابيع. لأن الافات منخفضة الدرجة قد تكون شفيت مع الزمن. علاوة على ذلك فإن الربط بين نتيجة المسحة الحالية اثناء التنظير مع نتائج الفحص العياني والتشريح النسيجي قد تساعد في وضع التشخيص الدقيق.

2- يتم فحص عنق الرحم والمهبل أولاً تحت التصوير بضوء ساطع، دون تطبيق المحاليل. إذا كان الرؤية غير واضحة بسبب (مخاط، دم، إفرازات ... الخ)، يمكن استخدام القطن المنقوع في محلول ملحي لتنظيف العنق.

- يجب أن يبحث الطبيب عن السمات / النتائج التالية ويحددها:

➤ مناطق التقرح والتآكل

➤ المناطق التي يكون فيها سطح عنق الرحم غير منتظم (يكون سطح عنق الرحم أملس

عادةً)، حيث قد يمثل ذلك مناطق من النسيج الورمي الآخذ بالانقسام

➤ الطلوان الأبيض

➤ الآفات المصطبغة

➤ مناطق النمو الزائد

- قد تكون التقرحات أو التآكلات ناتجة تنشؤ عنقي، ولكنها قد تكون أيضاً بسبب الرض أو الانتان. غالباً ما يمكن الفحص العياني من تحديد التشوهات ولكن يجب أخذ خزعة من أي شذوذ يتم اكتشافه.

3- الفحص المجهري:

- يجب فحص كامل العنق ولكن يجب ان يكون التركيز على منطقة الوصل والمنطقة الانتقالية

- الاختلاف في امتصاص الضوء من قبل الخلايا الحرشفية بالمقارنة مع الخلايا الغدية، حيث تساعد تلك الخاصية على التمييز بين أنواع الخلايا. تتميز الخلايا الحرشفية في عنق الرحم بمظهر رمادي-وردي ناعم، والخلايا الغدية الاسطوانية لباطن عنق الرحم لها مظهر مرصوف بالحصى باللونين الوردي والأحمر.

- استخدام الفلتر الضوئي الاخضر أو الازرق يساعد في تمييز الأوعية.

- استخدام حمض الخل:

➤ استخدام حمض الأسيتيك (حمض الخل) - يتم فحص عنق الرحم أولاً بدون محلول ثم بعد تطبيق (محلول حمض الخل 3 _ 5 %). يتم تطبيق حمض الخل بسخاء على عنق الرحم باستخدام قطعة قطن. بعد 30 إلى 60 ثانية، يعمل المحلول على تجفيف الخلايا بحيث تعكس الخلايا ذات النوى الكبيرة نسبياً أو الكثيفة (على سبيل المثال، خلايا الحؤول، وخلايا خلل التنسج، والخلايا المصابة بفيروس الورم الحليمي البشري) الضوء وبالتالي تظهر بيضاء بالفحص بالمنظار. يشار إلى هذا باسم aceto-white change."

➤ لا تتأثر الأوعية الدموية والخلايا العمودية ولكن تسهل رؤيتها بعد ظهور المناطق البيضاء.

➤ عادة ما يحدث تلاشي لتأثير حمض الخل بعد ثلاث دقائق، وبالتالي، يجب إعادة استخدام حمض الأسيتيك، حسب الحاجة، بعد هذا الوقت.

➤ في حالة تجمع حمض الخل المفرط في المهبل، يجب إزالته باستخدام مسحات جافة لأنه يمكن أن يسبب تهيجاً ويزعج المريضة.

- إذا لم تظهر أي آفات بعد تطبيق حمض الأسيتيك، فيمكن تطبيق محلول مخفف من Lugol أو Schiller على عنق الرحم والمهبل للمساعدة في الكشف عن الآفات الشاذة.
- يتكون محلول Lugol من 5 غ من اليود و 10 غ من يوديد البوتاسيوم في 100 مل من الماء المقطر. الامتصاص المنتظم لمحلول لوغول من قبل ظهارة العنق سيؤكد انطباع طبيب التنظير بأنه لا توجد شذوذات.

- سوف تمتص الخلايا المحتوية على الغليكوجين اليود وتصبح بنية داكنة. لن تمتص (الخلايا غير الحاوية على الغليكوجين مثل الخلايا العمودية أو الغدية الطبيعية، والآفات عالية الدرجة، والعديد من الآفات منخفضة الدرجة) اليود وتبقى صفراء فاتحة وبالتالي يمكن تمييزها بسهولة عن الأنسجة الطبيعية لأخذ الخزعات أو لأغراض علاجية.
- بفص يحب فحص الثلث العلوي للمهبل وأقبية المهبل بشكل دقيق.

الموجودات (findings)

- يشار موقع الافة نسبة لعقارب الساعة
- غالبا يتناسب الشكل العياني للافة مع شدة الانتشار
- لا يوجد شكل عياني يعتبر واسم مؤكد لسرطان العنق

■ من الافات الشاذة المشاهدة:

1. المناطق البيضاء بعد وضع حمض الخل: حيث الافات مع حواف حادة sharp تميل لان تكون عالية الدرجة من الخبائة بينما الافات مع حواف منتشرة diffuse تميل لان تكون منخفضة الدرجة.

2. الاشكال الوعائية الشاذة: الموزاييكية _ التنقط (يجب تمييزها عن تلك المحدثة نتيجة التهاب عنق الرحم) _ اشكال شاذة للأوعية (التي يتغير قطرها او مسارها بشكل مفاجئ، او تلك التي تنتهي بشكل مفاجئ، وتلك التي تشبه الحلزون او الضمة _ التي تشبه دبوس الشعر تترافق غزو مجهري أو غزو صريح)

في حال وجود دليل على وجود انتان يجب معالجة الانتان بعد تحديد العامل المسبب او معالجته تخبرياً.

الخزعات

■ يتم الحصول على خزعات عنق الرحم باستخدام أدوات خزعة طويلة قادرة على الوصول إلى عنق الرحم كأداة Kevorkian لخزعة عنق الرحم (الأكثر استخداماً). كمية الأنسجة التي تتم إزالتها من 1 إلى 2 مم تقريباً. ويشار إلى هذه الخزعات باسم punch biopsy. ولا يستخدم التخدير الموضعي بشكل روتيني في خزعات عنق الرحم وخزعات أعلى المهبل، حيث المحتمل أن يكون المخدر مؤلماً مثل الخزعة. قد يؤدي حقن المخدر أيضاً إلى تخريب الظهارة، مما يجعل اكتشاف الآفة أكثر صعوبة. يتم تصنيف الخزعات بشكل فردي وفقاً لموقعها على عنق الرحم كما لو كانت مأخوذة من وجه الساعة (على سبيل المثال، الخزعة في الساعة 2:00 أو 10:00) ويتم وضع كل عينة خزعة في حاوية معينة تحتوي على مثبت دائم للأنسجة المخزعة.

■ يوصي ASCCP بإجراء خزعات مستهدفة من جميع مناطق aceto-white والحصول على ما لا يقل عن اثنتين وما يصل إلى أربع خزعات. في المرضى الذين لديهم مخاطر منخفضة للإصابة بسرطان عنق الرحم (LSIL ود HPV 16/18 سلبي) وليس لديهم آفة مرئية في التنظير المهبل، لا يوصى بالخزعات غير المستهدفة (العشوائية).

■ بعض المراكز تعتمد على أخذ خزعتين عشوائيتين مع ECC في حال عدم وجود افات ظاهرة.

■ يستطب أخذ خزعات باطن العنق بالترتيب من الامام إلى الخلف.

- يستخدم محلول الكبريت في حال حدوث نزف وقد يستطب استخدام الدكة.

تجريف باطن عنق الرحم

- ال ECC (تجريف باطن عنق الرحم) يسمح باخذ عينة من باطن عنق الرحم ويجرى تبعاً للتوصيات الإرشادية لـ ASCCP 2019
- نجري ECC في التنظير المهبلي لجميع المرضى غير الحوامل في الزيارة الأولى. يتم تشخيص ما يقرب من 5 إلى 15 % من المرضى الذين يعانون من CIN عالي الدرجة بناءً على ال ECC فقط. تشير بعض البيانات إلى أن ECC يزيد من حساسية الفحص، خاصة عند المرضى الأكبر سناً.
- بالإضافة إلى ذلك، قد يأخذ ECC عينة من الخلايا من " ما يدعى ال skipping lesions" (أي الآفات غير المتجاورة) التي تعتبر نموذجية للأورام الغدية.
- لا يجرى ال ECC في المرضى الحوامل.
- يجب جمع العينات وتصنيفها كعينة منفصلة عن العينات الأخرى التي تم الحصول عليها (مثل الخزعات). غالباً ما تُرى قطرة من المخاط والدم في فوهة العنق بعد ال ECC، ويجب اشتمالها في العينة.
- نتيجة غير كافية ولا يمكن تفسيرها على أنها نتيجة سلبية. في مثل هذه الحالات، إذا كانت النتيجة قد تؤثر على التدبير السريري، فيجب إعادة أخذ العينات.

التوثيق

- يجب توثيق نتيجة التنظير (رؤية المنطقة السليمة أو لا، الآفات وشكلها ومكانها، وجود مناطق بيضاء بعد وضع حمض الخل، شدوذات الأوعية...الخ) في السجل الطبي للمريضة.

متابعة follow up

- يطلب من المريضات تجنب الجماع لمدة 48 ساعة بعد أخذ خزعات من عنق الرحم لتقليل الأذية الرضية لعنق الرحم والتي قد تؤدي إلى حدوث نزيف. يجب إعطاء المرضى تعليمات شفوية ومكتوبة حول كيف ومتى سيحصلون على نتائجهم.

- يجب على الطبيب مراجعة نتائج التشريح المرضي ونتائج التنظير مع مراعاة عمر المريضة؛ الحالة الطبية ونتائج المسحات السابقة، ونتائج اختبار HPV، وتاريخ قبل وضع خطة التشخيص وخطة العمل.

الاضطرابات complications

تشمل المضاعفات المحتملة النزيف أو الإنتان في موضع الخزعة. النزيف الشديد امر نادر الحدوث. بالنسبة للنزيف، يكون الإجراء الأول عادةً هو تطبيق كبريتات الحديد (محلول Monsel) مع مسحات قطنية صغيرة أو كبيرة على مناطق الخزعة. إذا لزم الأمر، يمكن أيضاً استخدام الضغط المستمر باستخدام قطعة قطن مبللة ببنترات الفضة. في حالات نادرة من النزيف الحاد، يمكن دك المهبل للضغط على عنق الرحم. يتداخل محلول كبريتات الحديد وبنترات الفضة مع التقييم النسيجي ل عينة الخزعة، لذلك لا ينبغي استخدام هذه المواد إلا بعد أخذ جميع الخزعات. قد يتظاهر الإنتان على شكل ألم حوضي بعد الإجراء، أو إفراز قيحي، أو نزيف غير طبيعي. يجب تقييم المريضة من أجل التهاب عنق الرحم عبر فحص الحوض وإجراء الاختبارات للكشف عن الانتان العنقي. نتعامل مع هؤلاء المرضى بنفس طريقة علاج التهاب عنق الرحم غير المحدد (على سبيل المثال، العلاج الأحادي أزيثروميسين، أو العلاج أحادي الليفوفلوكساسين والدوكسيسيكليين، أو الميترونيدازول المشترك). يتم تضمين إنتان السيلان البني المحتمل في العلاج التجريبي إذا كان المريض في خطر متزايد للإصابة بالعدوى.

الفعالية efficiency

- لا يجوز استخدام تنظير عنق الرحم كوسيلة مسح لوحده.
- قدرة تنظير عنق الرحم على كشف الافات الخبيثة وما قبل الخبيثة تعتمد على التدريب والخبرة للطبيب الذي يقوم بالتنظير.
- النتيجة الاهم بالنسبة للطبيب الذي يقوم بالتنظير هي قدرته على كشف وجود الافات الخبيثة واخذ الخزعات الشكل الصحيح.

المريضة الحامل

إذا كان هناك أي احتمال للحمل، فيجب إجراء اختبار الحمل قبل الإجراء. إذا كان الحمل ممكناً وكانت حالة الحمل غير مؤكدة، يجب معاملة المريضات كما لو كن حوامل. إذا تم إجراء التنظير أثناء الحمل، من حيث التوقيت، فإن من المفضل إجراؤه في وقت مبكر من الثلث الثاني من الحمل (12 إلى 15 أسبوع حملي). بشكل عام، قد تنزف خزعات عنق الرحم بشكل أكبر أثناء الحمل، نقوم بإجراء خزعة للمرضى الحوامل فقط إذا كانت هناك مظهر سريري بالتنظير لمرض عالي الدرجة أو غازي. لا يتم إجراء تجريف باطن عنق الرحم في المرضى الحوامل بسبب الأذية الرضية المحتملة لكيس الحمل والنزيف الغزير.

الإجهاضات المتكررة (تدبير – تشخيص)

إعداد

إشراف

طالبة الدراسات العليا: أسيل السويركي

أ.د. بشار الكردي



التعريف

هو حدوث الزوال العفوي لمحصول الحمل قبل أن يصبح الجنين قابل للحياة أي تحت الأسبوع 24 مرتين متتاليتين أو أكثر ولا يشمل الحمل العنقودي أو الحمل خارج الرحم.

الوقوع

- 15% من النساء الحوامل تعرضن لإجهاض لمرة واحدة في حياتهن.
- 2% من النساء الحوامل تعرضن لإجهاض لمرتين متتاليتين في حياتهم.
- 0,4 إلى 1% من النساء الحوامل تعرضن ل 3 اجهاضات متكررة في حياتهم.

كلما قل العمر الحملي كلما زادت فرصة حدوث الإجهاض حيث جنين:

- ب 6 أسابيع وما دون تكون نسبة الإجهاض 60%.
- من 6 أسابيع ل 10 أسابيع نسبة الإجهاض 15%
- أكثر من 10 أسابيع نسبة الإجهاض 2 ل 3%.

عوامل الخطر والإمراضية

خسارة الحمل السابق:

بالحمل الأول تكون نسبة حدوث الإجهاض 15% بعد حدوث إجهاض واحد تكون نسبة الإجهاض 20% للحمل التالي.

بعد إجهاضين تصبح نسبة الإسقاط 30% ثم 33%.

عدة عوامل أخرى تؤثر بنسب الإجهاض:

سبب حدوث الإجهاض السابق يؤثر على الإجهاض التالي مثال (الحوامل للطفرة الجينية 22:22 translocation سيحدث لها إجهاض 100% أما الحوامل للطفرة الجينية 13:14 translocation سيحدث لها إجهاض بنسبة 25%).

العمر الحملي والفترة بين الحمل مثال (عندما يحدث للسيدة إسقاط بعمر حملي 8 أسابيع وما دون عند التخطيط للحمل القادم لا يؤخذ بالاعتبار المدة الزمنية ما بين الإسقاط السابق والعمر التالي بينما عند حدوث إسقاط لدى سيدة بعمر حملي ما بين 14 و 19 أسبوع وحدث حمل تالي

خلال 3 شهور أو أقل فستزيد نسبة الإسقاط للحمل التالي. أما عند حدوث الحمل التالي بعد 9 أشهر فما فوق فستقل نسبة الإسقاط للحمل التالي).

عمر السيدة يؤثر على الإسقاطات (عمر السيدة بين 20 ل 30 نسبة الإسقاط 17%، عمر السيدة 35 نسبة الإسقاط 20%، عمر السيدة 40 نسبة الإسقاط 40%، عمر السيدة 45 نسبة الإسقاط 85%).

تعدد الولادات يزيد من نسبة الإسقاطات.

يجب الأخذ بعين الاعتبار العمر الحولي لدى السيدة وقت حدوث الإجهاض لأنه غالباً ما يتكرر الإجهاض بنفس العمر الحولي كل مرة.

العامل الرحمي:

التشوهات الرحمية: أشيعها الحجاب الرحمي والأسوء إنذاراً وكلما زاد طول الحجاب كلما زاد الإنذار سوء

الإمراضية للحجاب المهبلي غير مفهوم بشكل واضح ولكن ربما بسبب سوء التروية الدموية للحجاب وبالتالي يؤدي إلى سوء التعشيش و حدوث الإجهاض.

الورم الليفي: الورم الليفي تحت البطانة يعيق التعشيش الطبيعي بالإضافة للبطانة المغطية للورم الليفي تكون غير مهيئة للتعشيش بالإضافة إلى أن الورم الليفي يفرز سايتوكينات تؤثر على حدوث تقلصات رحمية تؤدي إلى الإجهاض.

الأدينوميوز: وجدت دراسات إحصائية أن النساء مع رحم أدينوميوز تزيد لديهن نسبة الإسقاطات المتكررة.

بوليبات البطانة: لا توجد أي علاقة تشير لحدوث إسقاطات متكررة بسبب البوليبيات.

الالتصاقات داخل الرحم: تؤدي إلى حدوث إسقاطات متكررة بسبب سوء البطانة وبالتالي سوء نمو المشيمة

السبب المهم لحدوث التصاقات داخل الرحم هو الكورتاج وخاصة بعد أربع أسابيع من الولادة.

قصور عنق الرحم: يؤدي إلى حدوث إسقاطات متكررة بالثلث الثاني.

سوء جهازية البطانة الرحمية: الأستروجين والبروجسترون يهيئون البطانة للحمل، أي خلل في مستقبلات الأستروجين والبروجسترون يؤدي إلى حدوث الإسقاطات المتكررة.

العامل المناعي

متلازمة أضداد الفسفوليبيد: تشكل 5 ل 15% من الإسقاطات المتكررة يتم الكشف عنها عن طريق تحليل عيار أضداد الكارديوليبيد وأضداد الذئبة الخثرية، نقوم بعلاجها عن طريق الأسبيرين والهيبارين.

العامل الغدي

الداء السكري: الغير مضبوط وخاصة عند تحليل خضاب سكري أكثر من 8% يزيد فرصة حدوث الإسقاطات المتكررة والتشوهات الجنينية. والآلية الإمراضية المتعلقة بارتفاع السكر والمرض الوعائي المرافق.

المبيض متعدد الكيسات: في دراسة إحصائية وجدت علاقة إحصائية ما بين حدوث الإسقاطات المتكررة ومرضى ال pco الآلية الإمراضية المتعلقة بارتفاع هرمون LH والتستسترون والأندروستنديون ما يؤثر على البطانة بشكل سيئ بالإضافة للمقاومة للأنسولين حيث وجدوا أن العلاج بالميتفورمين يحسن من نسبة الإسقاطات المتكررة.

أضداد وأمراض الدرق: بعض الدراسات وجدو الزيادة في الإسقاطات المتكررة عند ارتفاع أضداد البيروكسيداز أو التايروغلوبين حتى مع وجود سواء درقي بالإضافة لحدوث نقص خصوبة وفشل تعشيش مرافق لأمراض الدرق المناعية. بالإضافة لأن الضبط السيء لقصور أو فرط نشاط الدرق يترافق مع زيادة في حدوث الإسقاطات المتكررة.

ارتفاع البرولاكتين: التركيز الطبيعي لهرمون البرولاكتين يحافظ على سير الحمل بشكل طبيعي، الدراسات الإحصائية وجدو ارتفاع البرولاكتين يترافق مع حدوث إسقاطات متكررة، والعلاج بالبروموكريبتين.

العامل الجيني

مسؤول عن 50% من نسبة الإسقاطات بالثلث الأول.

ANEUPLOIDY يزيد خطر حدوث الصيغة الصبغية كلما زادت الاسقاطات

إعادة ترتيب الكروموسومات: أشيع سبب لحدوث الاسقاطات المتكررة هو الازفاء المتوازن.

العوامل الخثارية والأهبة للخثار

الخثرات في الشرايين الحلزونية والمسافة بين الزغابات بالوجه المشيمي الأموي يؤدي لحدوث سوء دوران جنيني مشيمي وبالتالي حدوث الاسقاطات و iugr والانسمام الحملي والانفكاك المشيمي.

طفرة العامل v leiden، طفرة البروثرومبين، نقص بروتين S بالمقارنه مع نقص بروتين C والانتني ثرومبين حيث لا يؤثر على الاسقاطات.

نقص عامل هيجمان العامل 12: يزيد من نسبة حدوث الاسقاطات المتكررة.

الأسباب البيئية الكيميائية

تؤثر بعض العوامل مثل الزئبق والفورمالدهايد وصبغة الالنين والبيبنزين على حدوث الاسقاطات عند التعرض لها بكميات كبيرة.

العامل الذكري

وجود خلل بالكروموسومات للنطاف وسوء الأشكال لأقل من 4% يؤدي لحدوث الاسقاطات المتكررة.

الانتانات

الليستريا و monocytogenes والتكسوبلازموز والفيروس المضخم للخلايا والحلأ التناسلي البدني يؤدي لحدوث اسقاط لمرة واحدة.

- الزوجين المكتشف لديهم خلل بالكروموسومات بأحد الزوجين أو بالجنين المجهض يجب أن يخضعوا لاستشارة وراثية.
- التشوهات الرحمية القابلة للإصلاح الجراحي مثل الحجاب الرحمي والورم الليفي والالتصاقات داخل الرحم يجرى لها اصلاح جراحي لتحسين نسبة الاسقاطات المتكررة.
- للنساء مع اسقاطات متكررة مجهولة السبب، لاينصح بالبروجسترون المهبلي.
- لاينصح بالعلاج المناعي او الكورتيكوستيروئيدات لعلاج الاسقاطات المتكررة مجهولة السبب

- ينصح بعلاج السيدات مع ارتفاع بروتولاكتين.
- النساء مع اسقاطات متكررة عندما تصبح حامل تكون معرضة بشكل أكبر لحدوث iugr ومخاض باكر.

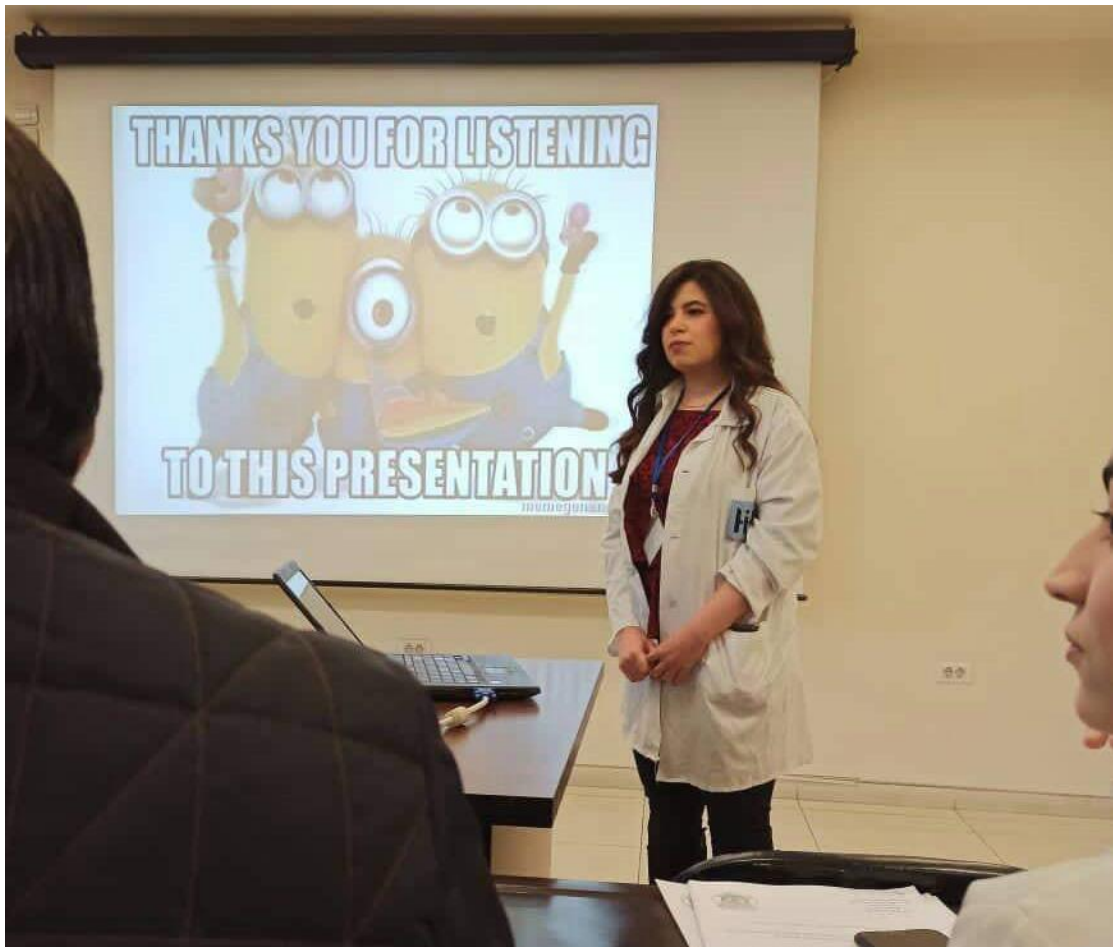
تطبيق البلازما الغنية بالصفائح في أمراض النساء والتوليد

إشراف

إعداد

أ.د. هيثم عباسي

طالبة الدراسات العليا: سارة جنيات



يشمل الطب التجديدي فرعًا ناشئًا جديدًا من العلوم الطبية التي تشمل الاستعادة الوظيفية للأنسجة أو الأعضاء الناتجة عن الإصابات الشديدة أو الأمراض المزمنة. حاليًا هناك تقنيتان متنافستان يمكنهما إصلاح الأنسجة التالفة واستعادتها، وهي البلازما غنية بالصفائح الدموية (PRP) والعلاجات القائمة على الخلايا الجذعية (SC) -

History of PRP

تم تطوير هذه التقنية لأول مرة في سبعينيات القرن الماضي واستعملت أول مرة في إيطاليا في عام 1987 في عملية قلب مفتوح. بدأ استعمال العلاج بالبلازما الغنية بالصفائح يكتسب شعبيته في تسعينيات القرن الماضي. وتم تطبيقه على العديد من المجالات الطبية كعمليات التجميل وطب الأسنان والطب الرياضي والتحكم بالألم.

Uses of PRP in medicine

تستعمل البلازما الغنية بالصفائح في كل الاختصاصات التالية: الجلدية والجراحة التجميلية وطب الأسنان وطب العظام وإعادة تأهيل الجهاز العضلي الهيكلي والنسائية حيث في الولايات المتحدة، يقدر استخدام البلازما الغنية في الصفائح في أمراض النساء والتوليد على وجه التحديد في أكثر من 100000 حالة سنويًا.

Platelet rich plasma

تشتق البلازما الغنية بالصفائح من الدم الكامل لنفس الفرد، حيث يتم إجراء طرد مركزي لإزالة الكريات الحمر.

- يتم سحب 30 مللى دم من المريض ويتم توزيعهم على أنابيب تحتوي على مادة مانعة للتجلط مثل سيترات الصوديوم أو سيترات ديكستروز.

في النهاية سوف نحصل من 30 مللى دم كامل من المريض حوالي من 3 - 5 مللى بلازما بها صفائح دموية مركزة.

درجة الحرارة الموصى بها أثناء المعالجة هي 21 درجة مئوية -24 درجة مئوية لمنع تنشيط الصفائح الدموية أثناء الطرد المركزي للدم.

- يتم عمل فصل بالسنتريفيوج على سرعة منخفضة ولمدة بسيطة لفصل الصفائح الدموية عن باقى خلايا الدم بحيث تكون الصفائح الدموية عائمة في البلازما ولا يجب زيادة سرعة السنتريفيوج او الزمن لان ذلك سوف يؤدي الى ترسيب الصفائح الدموية مع باقى خلايا الدم لتصبح البلازما.

PRP types

بعد الطرد المركزي للدم الكامل، يمكن الحصول على أربع مستحضرات. تم اقتراح هذه الأنواع أو التصنيف من قبل (Ehrenfest et al. 2009)، اعتماداً على محتوى الخلية وكثافة الفبرين

PRP composition

تحتوي الصفائح الدموية على تركيز عالي من السيتوكينات وعوامل النمو المخزنة داخل حبيبات ألفا.

كما تحتوي على أكثر من 35 من عوامل النمو تشمل عامل النمو المشتق من الصفائح الدموية PDGF، وعامل النمو الشبيه بالأنسولين IGF 1 او IGF 2، وعامل النمو البطاني الوعائي VEGF، وعامل تكوين الأوعية الدموية المشتق من الصفائح الدموية PDAF، وتحويل عامل النمو بيتا TGF-، وعامل نمو الخلايا الليفية FGF، وعامل نمو البشرة EGF، وعامل نمو النسيج الضام CTGF، والإنترلوكين 8. IL 8 بالإضافة إلى عوامل النمو GFs، تحتوي الصفائح الدموية على مواد أخرى مثل الفبرونيكتين، السفينجوزين 1-الفوسفات، إلخ ... التي تساعد في التئام الجروح.

PRP Mechanism of action

تم اشتقاق نظرية طريقة العلاج هذه من عمليات الشفاء الطبيعية حيث أن أول استجابة للجسم لإصابة الأنسجة هي إرسال الصفائح الدموية إلى المنطقة المصابة. حيث أن الصفائح الدموية تعزز الشفاء وتجذب الخلايا الجذعية إلى موقع الإصابة.

PRP in Gynecology

على الرغم من نشر عدد قليل من المقالات حول تطبيق البلازما الغنية بالصفائح لدعم التئام الجروح وتجديد الأنسجة الخاصة بأمراض النساء مقارنة بالمجالات السريرية الأخرى، إلا أن PRP ليس جديداً في تخصصنا حيث استخدم في علاج حالات التصلب الحزازي والناصور المثاني المهبلي وقرحات عنق الرحم وقصور المبيض الباكر وفشل الانغراس المتكرر وترقق بطانة الرحم والسلس البولي الجهدي وسوء الوظيفة الجنسية واستخدم لتجديد ظهارة المهبل.

الاثار الجانبية لحقن البلازما

لا يوجد اثار تم رصدها بالفعل لان المادة المستخدمة هي مادة طبيعة من جسم الشخص المريض نفسه، ويعتبر الألم الناتج عنها ألم بسيط ومقبول، ومن الممكن أن يحدث احمرار فقط في المكان المحقون ولكن سرعان ما يزول.

في حالة إذا تم الحقن في الشعيرات الدموية يحدث "زرقان" في اماكن الحقن قد تدوم لأسبوع او اكثر، وذلك نتيجة نزف في الشعيرات الدموية تحت الجلد وعلاجها تزول تلقائيا خلال اسبوع وكلما كان الطبيب على دراية بذلك، كلما استطاع تجنب ذلك.

مضادات استطباب حقن PRP

- المرضى المصابين بعدوى مثل بفيروس الهربس أو بعض الحبوب التي تؤدي الى التهاب الجلد.
- المريض الذي يعاني من أورام تنتشر عن طريق الوعاء الدموي.
- الأشخاص الذين يعانون من نقص في عدد الصفائح الدموية عن المعدل الطبيعي.
- الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الكبد مثل التهابات الكبد الوبائية لان مركبات الدم تكون في تلك الحالة غير صالحة للحقن.
- الأشخاص الذين يتناولون أدوية المسكنات التي تعمل على الصفائح الدموية وتعطل عملها، في تلك الحالة يجب التوقف عن تناول المسكن قبل الجلسة 10 ايام و10 أيام بعدها.
- الأشخاص المستخدمين لحقن الكورتيزون، يمكن عملها بعد شهر من توقف الحقن.
- الأشخاص الذين لديهم أنيميا أى معدل الهيموغلوبين أقل من 10 غ/دل.

- الأشخاص المتناولين للكحول لان الكحول في تلك الحالة سيؤثر على الخلايا ويوقف عملها، لذلك يجب الانتظار 4 أسابيع بعد التوقف عن تناول الكحول.
- الاشخاص الذين يمرون بوعكات صحية نتيجة عدوى لان مركبات الجسم بها خلل فى حالاتهم.
- الحوامل والمرضعات يمكنهم الخضوع لمثل هذه العمليات بعد انتهاء فترات الحمل والرضاعة.

هل حقن البلازما مؤلم أم لا؟ وهل يحتاج إلى تخدير عام أم موضعي أم يجرى بدون تخدير؟

يعتمد على حساسية المريضة، وقدرتها على تحمل الألم، ويمكن استخدام مخدر موضعي قبل عشر دقائق قبل البدء بالإجراء.

متى تبدأ السيدة بالشعور بالتحسن؟

معظم السيدات يشعرون بتحسن مباشر بعد حقن البلازما، وهناك حالات لا تشعر بالتحسن الملحوظ والواضح، وغالبا تستخدم حقنة واحدة، وقد تكرر بعد عدة أسابيع، وقد تعاد حسب رغبة المريضة ولا عدد محدد للحقن.

هل الإجراء يحتاج إلى إجازة من العمل أو من أعمال المنزل والعناية بالأطفال أو استقبال الضيوف والتصرفات والأعمال الروتينية؟

لا يحتاج إلى راحة، وتستطيع المرأة أن تتابع يومها كالمعتاد.

هل الإجراء يمنع المرأة من ممارسة العلاقة الجنسية مباشرة؟

لا يمنعها أبداً، ولكن يفضل لها الراحة لمدة أربع وعشرين ساعة.

Conclusions

تعد البلازما الغنية بالصفائح الدموية طريقة علاجية مبتكرة كونها رخيصة الثمن وبسيطة وسهلة الاجراء وآمنة وفعالة. تمت تجربته في العديد من مجالات الطب وأثبتت فعاليتها. في

دراسات أمراض النساء لا تزال الدراسات قليلة وتجريبية أو سلسلة من الحالات. وبالتالي يتضح لنا ان ال PRP هو ثورة في عالم الطب ومن المكتشفات التي ستجعل بالتأكيد الفرص في العلاج والشفاء عالية بنسبة أكبر، وهذا ما نأمله من الطب ومعجزاته التي لا تعد كي يصبح المجتمع في صحة أفضل.