

با نام خدا

طیابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	تلیندز ۲ - Te Linde's Operative Gynecology+12th Edition 2020
عنوان و نام پدیدآور	نجیبی، شاپرک، ۱۳۶۴ - منصوری، زینب، ۱۳۶۹ - نصیری، سائنا، ۱۳۶۶
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۱
مشخصات ظاهری	۲۶۰ ص.: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۳۱-۷
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب Te Linde's Operative Gynecology+12th Edition است.
عنوان دیگر	خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی زنان تا سال ۱۴۰۰
موضوع	Te Linde's Operative Gynecology+12th Edition 2020
موضوع	جراحی در بیماری‌های پیش تهاجمی سرویکس
موضوع	جراحی بیماری پیش تهاجمی و تهاجمی وولو و واژن
موضوع	جراحی سرطان اندومتر
موضوع	جراحی کانسر سرویکس
شناسه افزوده	کانینگهام، اف. گری
شناسه افزوده	Cunningham F.
شناسه افزوده	ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶-۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان
رده‌بندی دیویی	۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۸۸۹۸۶۶۵۲

تلیندز ۲ "Te Linde's Operative Gynecology+12th Edition" است.	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: شاپرک نجیبی - سائنا نصیری - زینب منصوری	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
حروفچین و صفحه آرا: مریم مقدم سلیمی	تیراژ: ۱۵۰ نسخه
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۳۱-۷
	بهاء: ۲۷۳۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تَلیندز ۲

ترجمه و تلخیص روان و مفهومی
درسنامه به همراه سوالات

Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

ترجمه و تلخیص:

دکتر زینب منصوری

جراح و متخصص زنان و زایمان

عضو هیئت علمی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سائنا نصیری

جراح و تخصصی زنان و زایمان

بورد تخصصی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر شاپرک نجیبی

جراح و متخصص زنان و نازایی

بورد تخصصی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی تهران

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۲ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث جراحی زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

به نام خدا

در ترجمه کتاب تلیندز ۲۰۲۰ تلاش کرده‌ایم، مفاهیم را با زبانی روان و سلیس و منطبق با اصول نگارش زبان فارسی به متخصصین محترم منتقل نماییم. همچنین به منظور درک راحت‌تر مفاهیم، کلیه مطالب چندین مرتبه ویرایش شده است، قطعاً ترجمه تمامی مطالب مندرج در شکل‌ها و جداول به دلیل وجود کلمات تخصصی امکان‌پذیر نمی‌باشد (زیرا بعضی واژگان تخصصی فقط به صورت کلمه اصلی معنا دارند). سعی کرده‌ایم مجموعه حاصل را با کمترین خطا و با کیفیت علمی بالا و ظاهری مناسب و مطلوب در اختیار شما متخصصین عزیز قرار دهیم.

در پایان، تمامی گروه مترجمین این کتاب که فارغ‌التحصیل از دانشگاه تهران، بیمارستان امام خمینی می‌باشند، این کتاب را به پاس تشکر و قدردانی به تمامی اساتید گروه زنان بیمارستان امام خمینی و ریاست محترم بخش زنان استاد گرامی سرکار خانم دکتر حنطوش زاده و مدیر گروه محترم سرکار خانم دکتر قنبری تقدیم می‌کنیم، که به جز راهنمایی‌ها و آموزش‌های شبانه‌روزی اساتید محترم، این امر مهم میسر نبود.

همکاران محترم با ارسال نظرات خود پیرامون ترجمه این کتاب، به ما در رفع خطاهای احتمالی در ترجمه کمک بفرمایید.

با تشکر فراوان

فهرست

فصل ۲۲: جراحی در بیماری‌های پیش‌تهاجمی سرویکس.....	۱۱
فصل ۲۳: جراحی بیماری پیش‌تهاجمی و تهاجمی وولو و واژن.....	۳۰
فصل ۲۴: جراحی سرطان اندومتر.....	۷۰
فصل ۲۵: جراحی کانسر سرویکس.....	۱۰۹
فصل ۲۶: جراحی برای سرطان تخمدان.....	۱۸۳
فصل ۲۷: ساسپنشن‌های رأسی ترانس واژینال در پرولاپس یوتروواژینال.....	۲۲۶
فصل ۲۸: ساکروکولپوپکسی.....	۲۴۰
فصل ۲۹: کولپورافی و ترمیم انتروسل.....	۲۵۱
فصل ۳۰: معرفی بی‌اختیاری استرسی ادرار.....	۲۸۰
فصل ۳۱: کولپوکلایزیس.....	۳۱۱
فصل ۳۲: فیستول وزیکوواژینال و رکتوواژینال.....	۳۳۱



جراحی در بیماری‌های پیش تهاجمی سرویکس

فصل ۲۲ Section 22

ظهور غربالگری سرطان سرویکس منجر به شناسایی و درمان بعدی ضایعات پیش تهاجمی سرویکس شده است. این به نوبه خود منجر به کاهش سرطان سرویکس در سراسر جهان شده است. گایدلاین‌های غربالگری همچنان در حال تکامل است، اما اهمیت غربالگری همچنان باقی است زیرا دیسپلازی مداوم یا عفونت ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) با ایجاد سرطان سرویکس همراه است. درمان دیسپلازی با روش‌های ablative یا برداشتن (excisional) کلیدی برای پیشگیری از سرطان سرویکس است. انتخاب روش جراحی باید بر اساس فاکتورهای ضایعه (مانند محل، سایز و شک به بدخیمی زمینه‌ای) و همچنین فاکتورهای مربوط به بیمار (مانند سن، پاریتی و تمایل به باروری) و هزینه انجام می‌شود. در نهایت، مانند هر روش ترجیح پزشک، امکانات و مهارت در نظر گرفته شود.

روش‌های Ablative

تکنیک‌های ابلیشن (ablative) برای درمان دیسپلازی سرویکس شامل کرایوتراپی، ابلیشن با لیزر و الکتروکوتر می‌باشد. این تکنیک‌ها دیسپلازی را با تخریب بافت درمان می‌کنند. مزایای بالقوه یک رویکرد ablative شامل آسان بودن تکنیک، خطر پایین‌تر جراحی، هزینه کمتر و بهبودی سریع‌تر می‌باشد. با این حال، با توجه به اینکه هیچ پاتولوژی به دست نمی‌آید، در بیماران مبتلا به دیسپلازی در کورتاژ اندوسرویکال قبل از عمل (که نشان‌دهنده ضایعه‌ای است که فراتر از ناحیه درمان شده گسترش می‌یابد) و همچنین در بیمارانی که کولپوسکوپی آن‌ها کافی نمی‌باشد از این روش‌ها باید جلوگیری شود. روش‌های ablative همچنین در بیمارانی که کولپوسکوپی بیوپسی و سیتولوژی ناسازگار دارند که مطرح کننده نمونه‌برداری ناکافی در نمونه بیوپسی ضایعه می‌باشد و در بیماران با کنسر سرویکس مشکوک نباید انجام شود.

کرایوتراپی

کرایوتراپی برای درمان دیسپلازی از دهه ۱۹۶۰ استفاده شده است. با توجه به محدودیت‌های بالقوه تکنیک‌های ablative، این روش تا حد زیادی با روش‌های excisional مطبی در ایالات متحد جایگزین شده است.

کرایوتراپی از اکسید نیترو یا کربن دی اکسید به عنوان سرد کننده برای پایین آوردن دمای بافت زیر $^{\circ}\text{C}$ ۵۰- استفاده می‌کند. اکسید نیتروژن به عنوان سرد کننده ترجیحی در نظر گرفته می‌شود چرا که نسبت به دی اکسید کربن به دمای سردتری می‌رسد ($^{\circ}\text{C}$ ۸۹- در مقابل $^{\circ}\text{C}$ ۷۸-) که منجر به نکروز بافتی عمیق‌تری می‌شود. کاهش دمای بافتی به $^{\circ}\text{C}$ ۵۰- منجر به کریستال شدن آب درون سلولی و خارج سلولی می‌شود و باعث نکروز بافتی می‌شود. عمق هدف نکروز بافتی $\frac{3}{5}$ میلی‌متر است که منجر به درمان ۹۵٪ ضایعات داخل اپی تلیالی می‌شود. داده‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد کرایوتراپی در بیماران مبتلا به HIV کمتر مؤثر است و موفقیت آن در زنان $\text{HIV} \oplus$ به میزان کم ۳۷٪ در مقایسه با اثربخشی ۷۷-۹۳٪ در بیماران HIV منفی می‌باشد.

این روش با قرار دادن لوگل یا استیک اسید برای شناسایی ناحیه تبدیلی (transformation) شروع می‌شود. سائز پروب کرایو انتخاب می‌شود و سپس برای پوشاندن کل ناحیه transformation اعمال می‌شود. مبرد (سرد کننده) به طور مستقیم روی اکتوسرویکس و ناحیه transformation با استفاده از یک ژل روان کننده (lubricant) برای افزایش انتقال انرژی قرار داده می‌شود. حالت پایدار بین پروب و سرویکس بین ۳ تا ۵ دقیقه حاصل می‌شود.

در طول عمل، یخ قابل مشاهده تقریباً در ۵ mm از پروب دیده می‌شود. سپس ناحیه بافت درمان شده به تدریج پسرفت می‌کند و بهبود می‌یابد. برخی ترجیح می‌دهند که یک فریز دوم را انجام دهند، با این حال سودمندی فریز دوم نامشخص است و ارزیابی پاتولوژیک سرویکس پس از یک و دو عمل فریز نشان داد که یک نوبت فریز روی لیپ قدامی عدم ارجحیتی ندارد. فریز دوم را می‌توان در ضایعات خلفی در نظر گرفت زیرا عمق آسیب بافتی ممکن است با فریز دوم روی لب خلفی سرویکس افزایش یابد.

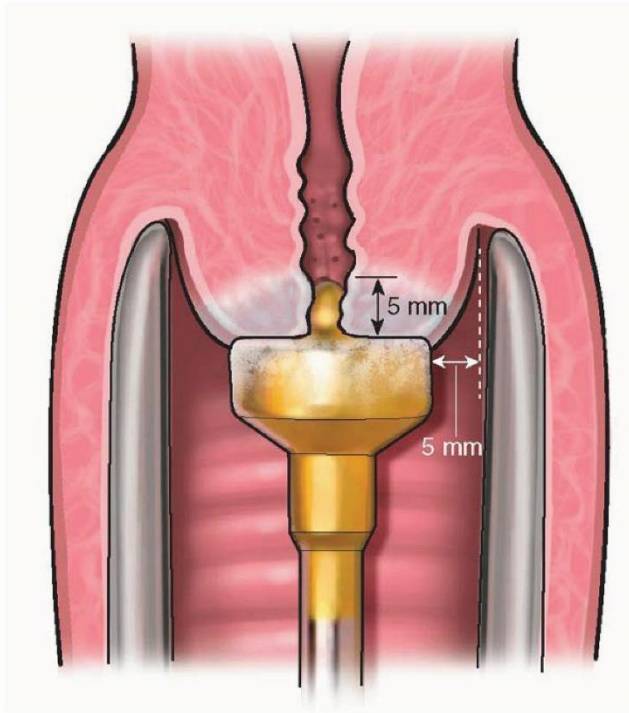


FIGURE 22.1 Cryotherapy results in destruction of local tissue, and ice should be seen extending approximately 5 mm from the probe. The entire transformation zone should be covered.

شایع‌ترین خطر کرایوتراپی، کرامپ (گرفتگی) جزئی در طی عمل می‌باشد که این به طور کلی یک عارضه جانبی محدود می‌باشد. تا ۲۰٪ از بیماران ترشح آبکی منتشر را گزارش خواهند کرد. لکه‌بینی خفیف ممکن است رخ دهد و معمولاً ۱۲ تا ۱۵ روز پس از عمل مشاهده می‌شود. استراحت لگنی برای ۲ هفته برای به حداقل رساندن خونریزی و عفونت توصیه می‌شود. عوارض طولانی مدت شامل خطر تنگی سرویکس در ۱ تا ۴٪ از بیماران می‌باشد. این عمل بر پیامدهای بارداری تأثیری ندارد. خونریزی زیاد یا عفونت کمتر از روش‌های excisional رخ می‌دهد.

لیزر درمانی با دی اکسید کربن (CO_2) یک روش ablative با استفاده از پرتو نور همسو شده با شدت بالا است که می‌توان آن را با چگالی توان بالا تنظیم کرد. انرژی لیزر باعث به جوش آمدن فوری سلول‌ها و تبخیر بافت می‌شود. مزایای لیزر CO_2 شامل درمان هدفمند ضایعه، توانایی درمان ضایعاتی که به درون واژن گسترش می‌یابد، بهبود سریع و میزان کمتر تنگی سرویکس نسبت به کرایوتراپی می‌باشد. از معایب

CO₂ شامل تجهیزات مورد استفاده هزینه‌بر، آموزش مورد نیاز برای استفاده و هزینه نگهداری لیزر می‌باشد.

برای انجام لیزر CO₂، یک اسپکولوم مات با سر لوله تخلیه دود در واژن قرار داده می‌شود و سرویکس مشاهده می‌شود. اسپکولوم‌های غیربازتابنده از پراکندگی لیزر جلوگیری می‌کنند. لوله تخلیه دود متصل می‌شود. پرینه با حوله‌های مرطوب جهت جلوگیری از آتش‌سوزی پوشانده می‌شود زیرا لیزر توسط آب جذب می‌شود. باید از پوشش‌های قابل اشتعال مانند پوشش‌های کاغذی اجتناب شود. بی‌حسی موضعی مانند لیدوکائین ۱٪ با یا بدون عوامل تنگ کننده عروقی به سرویکس تزریق می‌شود.

از کولپوسکوپ جهت بزرگنمایی سرویکس به میزان ۳ تا ۱۰ برابر استفاده می‌شود. سپس توان ورودی و اندازه نقطه تمرکز لیزر به گونه‌ای تنظیم می‌شود که چگالی آن بین ۷۵۰ تا ۱۲۵۰ W/cm² قرار بگیرد. سپس تخریب ضایعه و ناحیه تبدیلی (transformation) انجام می‌شود. عمق تخریب توصیه شده سرویکس ۷ میلی‌متر می‌باشد.

روش‌های Excisional

روش‌های excisional شامل مخروطبرداری با چاقوی سرد (CKC) (cold knife cone)، مخروطبرداری با لیزر و برداشتن با حلقه الکتریکی (LEEP) می‌باشد. این رویکرد امکان برداشتن بافت جهت تشخیص پاتولوژی را فراهم می‌سازد. علاوه بر به دست آوردن بافت، این تکنیک‌ها امکان ارزیابی وضعیت حاشیه ضایعه را نیز فراهم می‌کند.

مخروطبرداری با چاقوی سرد (Cold knife cone)

استفاده از واژه سرد برای افتراق از کوتر گرم می‌باشد. مخروطبرداری با چاقوی سرد به برداشتن محیطی دیستال سرویکس با استفاده از چاقوی جراحی اشاره می‌کند. مزایای این روش شامل برداشتن ضایعاتی است که به درون کانال اندوسرویکس گسترش می‌یابند و هیچ آرتیفکت ناشی از کوتر در حاشیه‌ها وجود ندارد که این امر اجازه ارزیابی بهتر پاتولوژیک وضعیت حاشیه‌ها را ممکن می‌کند. این روش متناسب با شکل سرویکس و موقعیت ضایعه انجام می‌شود.

برای ضایعه اکتوسرویکس برش مسطح و برای ضایعات اندوسرویکال برش استوانه‌ای‌تر انجام می‌شود. در مواردی که به دلایلی سرطان مهاجم مورد شک می‌باشد، کونیزاسیون با چاقوی سرد ترجیح داده می‌شود. در مقایسه با روش‌های LEEP، کونیزاسیون با چاقوی سرد گران‌تر است چرا که در اتاق عمل و تحت بیهوشی انجام می‌شود. همچنین خطر خونریزی بیشتر است.



این روش با معاینه زیر بیهوشی آغاز می‌شود و به دنبال آن پرپ واژن انجام می‌شود. یک اسپکولوم سنگین در واژن قرار داده می‌شود و از یک رتراکتور Deaver استفاده می‌شود تا کشش به سمت قدام ایجاد شده تا مثانه را به بالا برده و سرویکس در معرض دید قرار بگیرد. بی‌حسی موضعی تزریق می‌شود. لیدوکائین با اپی نفرین (۱:۱۰۰۰) را می‌توان مستقیماً به سطح سرویکس تزریق کرد. استفاده از اپی نفرین خونریزی حین عمل را که می‌تواند باعث اختلال دید شود را کاهش می‌دهد. به عنوان جایگزین، می‌توان از وازوپرسین رقیق استفاده کرد. معمولاً ۲۰ واحد وازوپرسین در ۵۰ سی سی سالین رقیق شده و ۱۰ تا ۱۵ سی سی از آن در سطح سرویکس تزریق می‌شود.

برخی افراد ممکن است ترجیح دهند از بیهوشی ساده استفاده کنند تا خونریزی حین عمل ماسکه نشود. تقریباً ۱۰ تا ۲۰ سی سی از لیدوکائین به طور معمول استفاده می‌شود اما قبل از استفاده از دوزهای بالاتر، وزن بیمار باید در نظر گرفته شود. سپس بخیه‌هایی به عنوان تکیه‌گاه در موقعیت ساعت ۳ و ۹ جهت کمک به دستکاری سرویکس زده می‌شود. همچنین عقیده بر این است که این بخیه‌ها می‌توانند شاخه‌های سرویکال شریان رحمی را بسته و خونریزی حین عمل و پس از آن را کاهش دهند. در هنگام قرار دادن این بخیه‌ها مهم است که خیلی عمیق یا به سمت خارج نروید زیرا می‌تواند باعث آسیب حالب یا بستن آن شود. سپس محلول لوگل روی سرویکس قرار داده می‌شود تا محل اتصال سلول‌های سنگفرشی - استوانه‌ای (SCJ) مشخص شود.

یک تیغ جراحی شماره ۱۱ برای برش سطح سرویکس به صورت محیطی استفاده می‌شود. شروع برش روی سرویکس خلفی در موقعیت ساعت ۶ روش خوبی برای بهبود دید است چون جاری شدن خون از قدام سرویکس با تأخیر صورت می‌گیرد. اگر یک تناکولوم روی سطح سرویکس برای کمک به دستکاری سرویکس یا نمونه قرار داده می‌شود، باید دور از محلی که برای خط برش در نظر گرفته شده است زده شود. به عنوان جایگزین می‌توان یک بخیه روی موقعیت ساعت ۱۲ قرار داد و از آن برای بالا بردن نمونه به سمت خارج از بستر مخروط برش استفاده کرد، همان‌طور که به عنوان راهنمای پاتولوژی در محل باقی می‌ماند. برش محیطی در استروما زده می‌شود و بافت با کلامپ‌های آلپس به سمت قدام و خلف گرفته می‌شود تا حاشیه‌های نمونه مخروطی در معرض دید قرار بگیرد و به صورت محیطی با چاقو یا قیچی بریده می‌شود تا کونیزاسیون کامل شود. به دنبال مخروط‌برداری باید یک کورتاژ اندوسرویکال (ECC) انجام شود چرا که نشان داده شده است که این کار ابزار مفیدی برای پیش‌بینی دیسپلازی باقی مانده است.

در بیماران مبتلا به آدنوکارسینوم درجا (in situ) که تمایل به بارداری دارند، ECC نسبت به وضعیت حاشیه‌ها در پیش‌بینی آدنوکارسینوم درجای باقیمانده ارجح است. مشخص شده است که ECC برای دیسپلازی باقیمانده ارزش اخباری مثبت ۱۰۰٪ و ارزش اخباری منفی ۹۴٪ در مقایسه با حاشیه‌های مخروط با ارزش اخباری مثبت ۴۷٪ و ارزش اخباری منفی ۵۷٪ دارد. اگر قبلاً بخیه‌ای گذاشته نشده باشد پس از برداشتن نمونه، به منظور جهت‌یابی پاتولوژی، نمونه علامتگذاری می‌شود. سپس می‌توان بستر مخروط را برای ایجاد هموستاز کوتر کرد. در برخی موارد این تنها مانور لازم برای دستیابی به هموستاز است.

تکنیک‌های اضافه‌تر برای دستیابی به هموستاز در بستر مخروط شامل قرار دادن بخیه، استفاده از محلول مونسل موضعی، فشار مستقیم یا استفاده از عوامل هموستاتیک قابل جذب شامل Gelfoam می‌باشد. اگر مانورهای اولیه در دستیابی به هموستاز موفق نباشد، تکنیک‌های بخیه‌ای که می‌توان مد نظر قرار داد شامل بستن running locking بستر مخروط یا بخیه‌های sturmdorf می‌باشد. برای انجام تکنیک sturmdorf، یک بخیه mattress به صورت قدامی و خلفی زده می‌شود تا مخاط جانبی سرویکس را روی بستر مخروط بکشد (شکل ۲-۲۲ و Box 22-1).

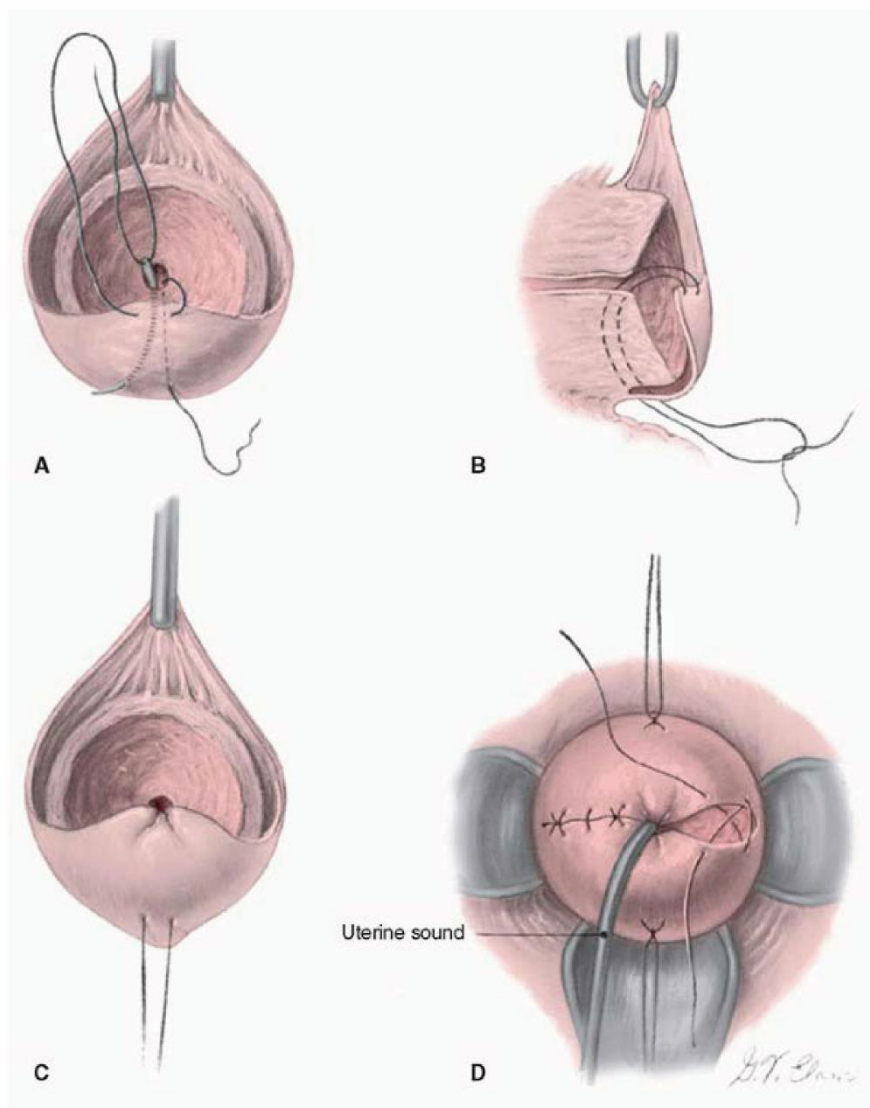


FIGURE 22.2 A: Mattress suture is placed as in Sturmdorf tracheloplasty. B: Method of action of suture in drawing the flap into the canal. C: The lower flap has been pulled into position. D: Anterior and posterior flaps have been drawn into the canal. Lateral mucosa wounds are being sutured.

BOX 22.1 STEPS OF PROCEDURE FOR COLD KNIFE CONE

- Identify squamocolumnar junction using Lugol solution.
- Perform vaginal prep.
- Place retractors for exposure.
- Inject topical anesthetic.
- Place stay sutures at 3 and 9 o'clock positions. Can use absorbable braided suture for stay sutures.
- Incise circumferentially with 11 blade, starting at 6 o'clock position.
- Place traction on specimen, and excise cone at base using scalpel or scissors.
- Perform ECC after excision of cone specimen.
- Tag specimen for pathology orientation.
- Obtain hemostasis of cone bed with cautery, Monsel solution.

برش با حلقه الکتروسرجیکال

در حالی که CKC برای دهه‌ها روش مراقبت استاندارد برای برش سرویکس بود، Prendiville در دهه ۱۹۹۰ LEEP را مطرح کرد که از همان زمان روش انتخابی برای درمان دیسپلازی شد. فایده کلیدی LEEP که باعث مقبولیت گسترده آن شد، توانایی انجام آن در بیماران سرپایی و تحت بی‌حسی موضعی بود. این روش با انجام برش با سیم الکتروسرجیکال که هموستاز عالی فراهم کرده، امکان‌پذیر می‌شود. این روش به صورت سرپایی با کاهش قابل توجه در هزینه‌ها انجام می‌شود.

انجام دادن، آموزش دادن و یاد گرفتن آن آسان است. با این حال، همه بیماران کاندیدهای مناسبی برای LEEP نمی‌باشند. آناتومی سرویکس باید برای استفاده از اندازه حلقه‌ای از پیش تنظیم شده مناسب باشد. علاوه بر این، اضطراب قابل توجه بیمار ممکن است مانع از انجام این روش در محیط مطب شود و ممکن است نیاز باشد که این روش در اتاق عمل انجام شود. به علت سهولت انجام LEEP، برخی از ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به سمت استفاده از رویکرد “see and treat” مستقیماً از پاپ اسمیر با درجه بالا (high grade) به انجام LEEP بدون بیوپسی کولپوسکوپیک می‌روند. این یک رویکرد مهم در کلینیک‌هایی با میزان بالای عدم نمایش مناسب ضایعه با منابع کم مانند کشورهای کم درآمد است. اما این امر در زنان جوان با تمایل به باروری در آینده یا ناهنجاری‌های درجه پایین در سیتولوژی قابل قبول نمی‌باشد.

جدول ۱-۲۲. مراحل انجام مخروط برداری با چاقوی سرد

- با استفاده از محلول لوگل محل اتصال سلول‌های سنگفرشی استوانه‌ای را شناسایی کنید.



- پرپ واژن را انجام دهید.
- برای ایجاد دید، رتراکتورها را قرار دهید.
- بی‌حس کننده موضعی را تزریق کنید.
- سوچور نگهدارنده را در موقعیت‌های ساعت ۳ و ۹ قرار دهید. می‌توان از نخ‌های (braided) بافته قابل جذب برای سوچور نگهدارنده استفاده کرد.
- با استفاده از تیغ شماره ۱۱ با شروع از موقعیت ساعت ۶ به صورت محیطی برش دهید.
- با انجام کشش بر روی نمونه، با استفاده از اسکالپل یا قیچی مخروط را از محل پایه ببرید.
- پس از برداشتن نمونه مخروط، کورتاژ اندوسرویکال (ECC) انجام دهید.
- نمونه را برای جهت‌یابی پاتولوژی علامتگذاری کنید.
- با استفاده از کوتر و محلول مونسل بستر مخروط را هموستاز کنید.

قبل از انجام این روش، انتخاب حلقه و تنظیم مراحل عمل برای موفقیت این روش، حیاتی است. باید برای برداشتن کل منطقه تبدیلی (transformation zone) سایز مناسب حلقه انتخاب شود. حلقه‌هایی با قطر (عرض) الکتروود از ۱۵ تا ۲۵ میلی‌متر در دسترس هستند. اندازه آن باید بر اساس سایز سرویکس، ضایعه و وسعت ناحیه تبدیلی انتخاب شود (شکل ۳-۲۲).



FIGURE 22.3 The size of the LEEP electrode should be chosen based on the transformation zone size and fertility desires. A large superficial electrode can be used for a wide transformation zone in a patient desiring fertility (*bottom*). A deeper electrode will target endocervical glands (*top*). A smaller, narrow electrode (not pictured) is also available for use in a small, narrow cervix or vagina, such as those who are postmenopausal. (Image provided courtesy of CooperSurgical, Inc.)

استفاده از الکتروود بسیار بزرگ می‌تواند خطر آسیب به دیواره‌های واژن، رکتوم و مثانه را افزایش دهد. برداشتن بافت سرویکس بیشتر از میزانی که از نظر بالینی لازم است ممکن است باعث افزایش عوارض

زایمانی شود. الکترودهای بزرگ برای ارزیابی تشخیصی آدنوکارسینوم درجا یا کارسینوم مشکوک یا در بیمارانی که تعداد فرزندان خود را تکمیل کرده‌اند مناسب‌ترین انتخاب هستند.

داروهایی که باید قبل از عمل تهیه شوند شامل استیک اسید (۵٪)، محلول لوگل برای مشاهده منطقه تبدیلی، بی‌حسی موضعی همراه با اپی نفرین، محلول مونسل که برای کنترل خونریزی پس از درمان در سرویکس قرار داده می‌شود و بتادین یا دیگر محلول‌های ضدعفونی کننده برای پرپ سرویکس می‌باشد (جدول ۱-۲۲).

TABLE 22.1 Equipment for Loop Electrical Excision Procedure

Medications	• Monsel solution • Betadine or chlorhexidine
	• Lugol solution and acetic acid • Local anesthetic such as 1% lidocaine with epinephrine or lidocaine with dilute vasopressin
Supplies	• Large cotton swabs • Insulated speculum with tubing for smoke evacuation • Single-tooth tenaculum • Spinal needle for cervical block • Multiple loops • Electrocautery

بافر بی‌حسی موضعی با بی‌کربنات هیچ نقشی ندارد، همان‌طور که در یک کارآزمایی تصادفی هیچ مزیتی برای این روش نشان داده نشد. ژنراتور الکتروسرجیکال باید بر اساس اندازه سیم حلقه و طبق گایدلاین‌های تولید کننده تنظیم شود.

در نهایت، باید سوزن گیر ۱۲ اینچی و یک فورسپس پیکاپ ۱۲ اینچی برای بیماری که نیاز به بخیه دارد، در دسترس باشد و یک نخ قابل جذب تأخیری شماره صفر (مانند ویکریل) روی سوزن یک اینچی خمیده taper-point (مترجم: سوزن round) و وسایل پک واژن برای مواردی که خونریزی بیشتر از حد مورد انتظار اتفاق می‌افتد، آماده باشد.

پس از تکمیل تمهیدات، عمل با قرار دادن یک اسپکولوم عایق شده آغاز می‌شود. عایق بودن از این نظر مهم است که واژن را از صدمات اپیتلیال محافظت می‌کند. اسپکولوم باید تا حداکثر مقدار قابل تحمل باز شود. بتادین جهت تمیز کردن سرویکس استفاده می‌شود. می‌توان یک تناکولوم یا فورسپس حلقه‌ای جهت کمک به دستکاری سرویکس در طول عمل روی سرویکس قرار داد اما باید در مکانی قرار داده



شود که با حلقه در حین برش تداخلی نداشته باشد. استیک اسید یا محلول لوگل جهت مشاهده منطقه تبدیلی قرار داده می‌شود.

بی‌حسی موضعی (با اپی نفرین) به صورت زیر اپیتلیال در سطح سرویکس تزریق می‌شود تا زمانی که بافت سفید به نظر برسد. این کار به عنوان بلوک پاراسرویکال انجام نمی‌شود. در صورت عدم اطمینان از زاویه و جهت‌گیری کانال اندوسرویکال، می‌توان برای تأیید جهت آن یک سوند را به داخل سوراخ سرویکس وارد کرد.

اندازه حلقه بر اساس آناتومی ناحیه تبدیلی و اندازه ضایعه انتخاب می‌شود. الکتروود باید قبل از تماس بافت، فعال شود. سپس الکتروود به آرامی از میان بافت عبور داده می‌شود در حالی که جریان تا زمان کامل شدن آن حفظ می‌شود. قطع جریان در طول عمل، موج برش را متوقف کرده و شروع مجدد جریان از طرف مخالف می‌تواند منجر به خونریزی در جایی شود که دو قسمت جدا شده به هم می‌رسند. به طور مشابه، فعالسازی مجدد جریان می‌تواند باعث افزایش آرتیفکت حرارتی شود. حلقه را می‌توان از یک طرف به طرف دیگر یا از بالا به پایین عبور داد. برخی ترجیح می‌دهند که برای اطمینان از بهترین ارزیابی پاتولوژیک در آن منطقه از ناحیه‌ای شروع کنند که بیشترین نگرانی را از آن بر اساس بیوپسی قبل از عمل یا ظاهر ضایعه دارند. شروع برش از بالا به پایین می‌تواند منجر به افتادن نمونه در فیلد عمل و اختلال در دید شود.

عمق برش باید بیشتر از ۵ mm و به صورت ایده‌آل حداقل ۷-۸ mm باشد تا امکان برداشتن غدد اندوسرویکال که در زیر قرار گرفته‌اند، وجود داشته باشد. نشان داده شده است که این عمق بیشتر ضایعات پیش تهاجمی را بدون افزایش خطر بی‌مورد عوارضی مانند زایمان زودرس، را برمی‌دارد. علاوه بر این اکثر موارد دیسپلازی در ناحیه SCJ یا ناحیه تبدیلی یافت می‌شوند، بنابراین برداشتن این ناحیه به صورت دست نخورده جهت ارزیابی پاتولوژیک مهم است.....

رزیدنت یار اولین استارتاپ آموزش پزشکی در کشور

مشترک ارجمند، متخصص گرامی؛

به منظور تسهیل در امر خدمات رسانی به شما یزرگواران و جهت رسیدگی سریع به مشکلات و ثبت انتقادات و پیشنهادات، همچنین به جهت خرید آسان و سریع می توانید با مراجعه به سایت و فروشگاه اینترنتی و اپلیکیشن موسسه از این امکانات بهره مند شوید.



فروشگاه اینترنتی:

در این فروشگاه تمامی محصولات و خدمات درج گردیده است. شما می توانید با مراجعه به رشته خود، از انواع محصولات حوزه نشر و توضیحاتی در خصوص آموزش و آخرین تغییرات منابع آزمون ارتقاء و مورد آگاه شوید و خرید آسان و مطمئن را تجربه کنید.



اپلیکیشن Resentyar:

در اپلیکیشن رزیدنت یار که قابل استفاده و دریافت از: ✓ ✓ Play Store APP Store می باشد، دسترسی به کتاب پیش رو بصورت رایگان و استفاده از تمامی محصولات آموزشی میسر گردیده است. روزانه در حال اضافه شدن محتوا آموزش پزشکی موثر و مدون مخصوص شما رزیدنت و متخصص گرامی خواهد بود.



آموزش:

کلاسهای حقیقی و مجازی رزیدنت یار در اپلیکیشن و یا تماس با همکاران کارشناس آموزش به راحتی میسر خواهد بود. در صورت مراجعه شما به اپلیکیشن رشته خودتان تمامی محصولات را رؤیت فرمائید.



اخبار:

در این منو آخرین اخبار و اطلاعیه های منتشر شده از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و همچنین تازه های نشر و اخبار موسسه قابل مشاهده است.



پشتیبان آنلاین:

در این منو شما می توانید تمامی سوالات، انتقادات و پیشنهادات خود را با ورود به سامانه و ثبت نام در آن، مطرح و حداکثر تا ۲۴ ساعت پاسخ خود را دریافت کنید.

در این منو در سایت می توانید سؤالات خود را مطرح کرده و همکاران ما در اسرع وقت پاسخ مناسب را به شما ارائه می نمایند.

خداوند شفادهنده است

داوطلب گرامی؛

بر خود می‌بالیم که موسسه رزیدنت یار را برای آمادگی آزمون مورد و ارتقاء خود انتخاب نموده‌اید. می‌دانید که رزیدنت یار اولین موسسه انتشارات و آموزش پزشکی دارای مجوز در کشور و اولین استارت‌آپ آموزش پزشکی کشور می‌باشد و در تمامی درسنامه‌ها در هر رشته از یک مولف و یا حداقل مولفین استفاده شده است و این امر باعث گردیده تا کتبی یک دست و بدون غلط و با محتوی بسیار قوی در اختیار شما عزیزان قرار بگیرد. کتابهای درسنامه در رزیدنت یار یک جلد کتاب الکترونیک رایگان دارد که حتماً روش استفاده از آن را از همکاران و کارشناسان واحد آموزش بخواهید.

کتابهای درسنامه در رزیدنت یار حتماً دارای یک کتاب صوتی مجزای با روشی بسیار غنی را داراست در صورت تمایل قطعاً می‌تواند کارساز و چاره‌ساز باشد.

استفاده از کتب رزیدنت یار به لحاظ استفاده از تصاویر و تشریح الگوریتم‌ها و جداول مهم و استفاده از کیس‌های آزمون شفاهی در انتهای هر کتاب و همچنین کتب مرور سریع بسیار مورد پسند متخصص این رشته قرار گرفته است امید موفقیت شما عزیزان در آزمونهای پیش رو گواهی این محتوا قوی خواهد بود. نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس ایمیل موسسه رزیدنت یار ارسال و در انتظار پاسخ مدیریت تولید باشید.

info@residenttyar.com

