



سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور
مشخصات نشر
مشخصات ظاهری
شابک
وضعیت فهرست نویسی
یادداشت
عنوان دیگر
موضوع
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
رده بندی کنگره
رده بندی دیوبی
شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی

اویسی، زهرا، ۱۳۶۹ -
بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقا و مورد
زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲
Williams obstetrics/ Mc.Graw Hill/2022/
ترجمه و تلخیص زهرا اویسی، مریم اسماعیل پور.
تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
۱۷۲ص: مصور، جدول.
۲۵۲۰،۰۰۰ ریال: 978-622-8243-21-4-4
فیبا
کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Williams obstetrics, 26th. ed, 2022 " به ویراستاری
اف.گری کانینگهام... [او دیگران] است.
آبستنی و زایمان.
تومورهای تروفوبلاستی--Trophoblastic tumors
آبستنی و زایمان--Obstetrics
پزشکی زنان--Gynecology
تومورهای تروفوبلاستی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Trophoblastic tumors -- Examinations, questions, etc.
آبستنی و زایمان -- آزمون‌ها
Obstetrics -- Examinations, questions, etc.
پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Gynecology -- Examinations, questions, etc.
بروز رسانی و ادیت به همراه اضافه نمودن سوالات ۱۴۰۲ با پاسخ تشریحی در مبحث
اسماعیل پور، مریم، ۱۳۶۵ -
کانینگهام، اف. گری--Cunningham, F. Gary
ویلیمز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان
۲۸۰RC
۹۹۳/۶۱۶
۹۱۵۱۳۴۵
فیبا

کتاب بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه
سوالات آزمون ارتقا و مورد زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲
Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022
ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا اویسی
پاسخدهی به سؤالات دکتر مریم اسماعیل پور
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۲۱-۴
تیراژ: ۱۰۰ جلد
بهاء: ۲۵۲،۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

بیماری‌های تروفوبلاستیک

جفت، سزارین و VBAC

خلاصه درس به همراه

مجموعه سوالات آزمون ارتقا و مورد زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲

Williams Obstetrics / Mc. Graw Hill / 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر زهرا اویسی

رتبه برتر آزمون مورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

پاسخدهیبه سوالات

دکتر مریم اسماعیل‌پور

رتبه ۲ مورد تخصصی ۱۳۹۸

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



فهرست مطالب

فصل ۱۳: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD).....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	۳۷
فصل ۳۰: زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان.....	۵۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۰.....	۱۲۱
فصل ۳۱: زایمان سزارین قبلی.....	۱۲۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱.....	۱۴۷

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD)

فصل ۱۳

Williams: Section 13

تعریف: اصطلاح GTD (بیماری تروفوبلاستیک حاملگی) برای توصیف گروهی از بیماری‌ها که با پرولیفراسیون تروفوبلاستی غیرطبیعی مشخص می‌شوند استفاده می‌شود.
مهم: تروفوبلاست HCG تولید می‌کند در نتیجه سنجش این هورمون پیتیدی در سرم برای تشخیص و درمان GTD و نظارت بر سیر آن ضرورت دارد.

انواع GTD بر اساس پاتولوژی:

(I) مول فرم هیداتی که خصوصیت آن **وجود پرز** است و جفت‌های شدیداً ادماتوز و نابالغ هستند. شامل موارد زیر می‌باشند:

(A) خوش‌خیم: ۱- مول هیداتی فورم کامل ۲- مول هیداتی فورم ناقص

(B) بدخیم: مول **مهاجم**: به این علت بدخیم است که به داخل میومتر نفوذ می‌کند و ساختار آن را تخریب می‌کند و می‌تواند متاستاز بدهد.

(II) نئوپلاسم‌های تروفوبلاستیک **بدخیم** غیر مولار که فاقد ویلی هستند که شامل موارد زیر هستند:

(A) کوریوکارسینوما

(B) تومور تروفوبلاستیک محل جفت (PSTT)

(C) تومور اپیتلوئید تروفوبلاستیک

نکته: این ۳ گروه از طریق نوع تروفوبلاستی که شامل می‌شوند طبقه‌بندی می‌شوند.

انواع بدخیم بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، GTN یا نئوپلازی **پابرجای** تروفوبلاستیک حاملگی Persistent/ malignant gestational trophoblastic dis. نامیده می‌شوند که شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- مول مهاجم



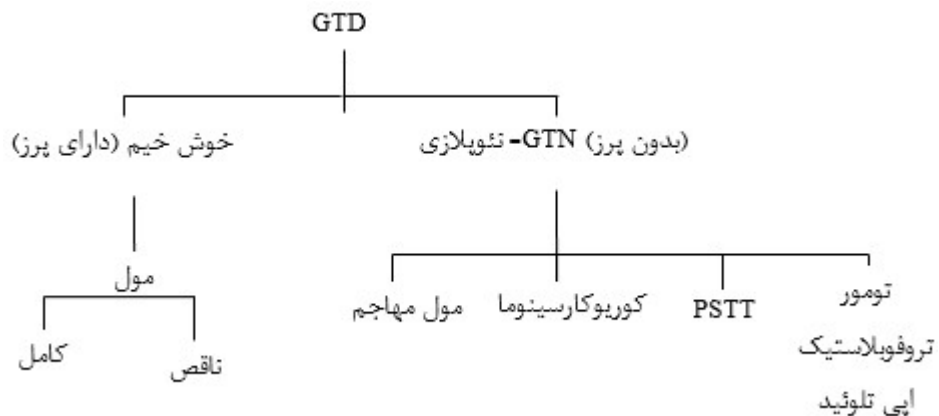
۲- کوریوکارسینوما

۳- تومور تروفوبلاستیک محل جفت

۴- تومور تروفوبلاستیک اپی تلوئید

این بدخیمی‌ها هفته یا سال‌ها بعد از هرگونه حاملگی ممکن است رخ بدهد اما غالباً به دنبال مول هیداتید فورم روی می‌دهند.

نکته خیلی مهم: سطح β -hCG Serum + یافته‌های بالینی جهت تشخیص و درمان این بدخیمی‌ها به کار می‌رود. و از تأیید پاتولوژی استفاده نمی‌شود به همین دلیل انواع GTN اغلب به عنوان یک گروه شناسایی و درمان می‌شوند



Hydatidiform Mole – Molar Pregnancy

• یافته کلاسیک بافت‌شناسی حاملگی مولار:

(۱) ادم استرومای ویلوس

(۲) پرولیفراسیون تروفوبلاست.

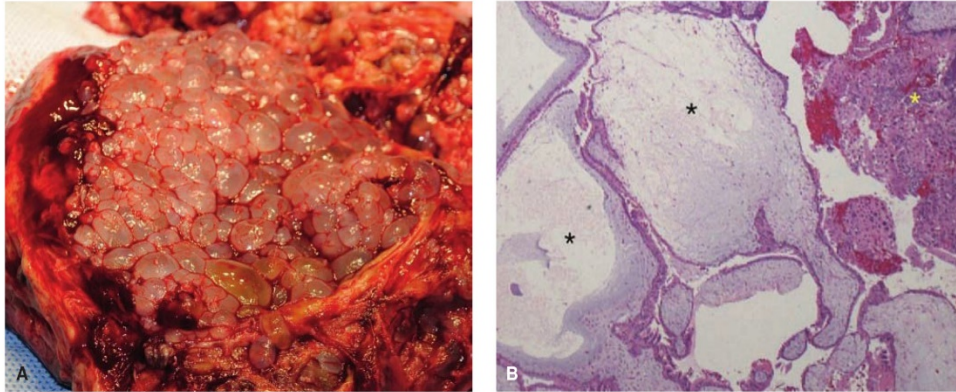


FIGURE 13-1 Complete hydatidiform mole. A. Gross specimen with characteristic vesicles of variable size. (Photograph contributed by Dr. Sasha Andrews. Reproduced with permission from Patel S, Roberts S, Rogers V, et al [eds]: Williams Obstetrics Study Guide, 25th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2019.) B. Low-magnification photomicrograph shows generalized edema and cystern formation (black asterisks) within avascular villi. Haphazard trophoblastic hyperplasia is marked by a yellow asterisk on the right. (Reproduced with permission from Dr. Erika Fong.)

نکته مهم: GTN ها غالباً به دنبال مول هیداتنیفورم کامل رخ می دهند.

نکته: هر دو فرم مول معمولاً حفره رحم را پر می کنند ندرتاً ممکن است شکل حاملگی لوله ای یا فرم های دیگر EP نیز باشند.

فصل ۳۰

Williams: Section 30

زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان

سزارین به معنی به دنیا آوردن جنین از طریق لاپاروتومی و سپس هیستروتومی است. به مواردی که رحم پاره شده و جنین را از حفره شکم خارج می‌کنیم یا به موارد بارداری اکتوپیک شکمی اطلاق نمی‌شود.

- هیستروتومی در زنی که به تازگی جان خود را از دست داده و یا انتظار می‌رود به زودی جان خود را از دست دهد صورت می‌گیرد که به این حالت سزارین پس از مرگ (پست مورتوم) یا حول و حوش مرگ (پری مورتوم) گفته می‌شود.

Cesarean Delivery & Peripartum Hysterectomy

- سزارین هیستریکتومی: زمانی که حین C/S، هیستریکتومی نیز انجام شود.
- پست پارتوم هیستریکتومی: اگر هیستریکتومی طی مدت کوتاهی بعد از زایمان رخ دهد.
- پری پارتوم هیستریکتومی: یک ترم وسیع‌تر است که هر دو مورد فوق را شامل می‌شود.

نکته مهم: در اغلب موارد، هیستریکتومی کامل انجام می‌شود اما هیستریکتومی سوپراسروییکال هم یک Option است و معمولاً آدنکس‌ها را خارج نمی‌کنیم. در اکثر موارد هیستریکتومی ساده یا نوع یک صورت می‌گیرد. با وجود این:

۱- در زنان مبتلا به سرطان مهاجم سرویکس

۲- پلاسن‌تایپرکرتا که به سمت دیواره جانبی لگن گسترش یافته‌اند.

هیستریکتومی رادیکال انجام می‌شود و پارامتر و بخش پروگزیمال واژن برداشته می‌شود.



اندیکاسیون های سزارین:

TABLE 30-1. Some Indications for Cesarean Delivery

Maternal

Prior cesarean delivery
Abnormal placentation
Maternal request
Prior classical hysterotomy
Unknown uterine scar type
Prior uterine incision extension
Uterine incision dehiscence
Prior full-thickness myomectomy
Genital tract obstructive mass
Invasive cervical cancer
Prior trachelectomy
Permanent cerclage
Prior pelvic reconstructive surgery
Prior significant perineal trauma
Pelvic deformity
HSV or HIV infection
Cardiac or pulmonary disease
Cerebral aneurysm or arteriovenous malformation
Pathology requiring concurrent intraabdominal surgery
Perimortem cesarean delivery

Maternal-Fetal

Cephalopelvic disproportion
Failed operative vaginal delivery
Placenta previa or vasa previa
Placental abruption

Fetal

Nonreassuring fetal status
Malpresentation
Macrosomia
Congenital anomaly
Abnormal umbilical cord Doppler study
Thrombocytopenia
Prior neonatal birth trauma

HIV = human immunodeficiency virus; HSV = herpes simplex virus.

نکته ۱: بیش از ۸۵ درصد سزارین ها به چهار دلیل صورت می گیرند:

(۱) C/S قبلی



۲) دیستوشی یا توقف لیبر

۳) دیسترس شدید جنینی

۴) نمایش غیرطبیعی جنین

علل افزایش میزان C/S در آمریکا:

- ۱- زنان کودکان کمتری را به دنیا می‌آورند و در نتیجه درصد بیشتری از زایمان‌ها مربوط به زنان نولی‌پار هستند که در آنان احتمال زایمان سزارین بیشتر است.
- ۲- میانگین سن مادران در حال افزایش است و در زنان مسن‌تر و به ویژه زنان مسن‌تر نولی‌پار، احتمال C/S بیشتر است.
- ۳- امروزه از پایش الکترونیک جنین در سطح گسترده استفاده می‌شود که با افزایش میزان C/S در ارتباط است. در اغلب موارد، نگرانی در مورد FHR غیرطبیعی یا غیراطمینان‌بخش منجر به پایین آوردن آستانه C/S می‌شود.
- ۴- امروزه اغلب جنین‌های دارای نمایش بریج، از طریق C/S به دنیا می‌آیند.
- ۵- کاهش میزان زایمان ابزاری
- ۶- شیوع چاقی به نحو چشمگیر در حال افزایش است و چاقی احتمال زایمان C/S را افزایش می‌دهد.
- ۷- میزان زایمان C/S در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی افزایش یافته است اما از میزان القای لیبر در این بیماران کاسته شده است.
- ۸- کاهش میزان VBAC
- ۹- فناوری کمک باروری افزایش یافته و با میزان بالاتر سزارین همراه است.

خطرات سزارین:

۱- مورتالیتی و موربیدیتی مادری:

میزان مرگ و میر و شیوع عوارض مادری در تمام C/s ها از جمله C/S تکراری در مقایسه با زایمان‌های طبیعی از جمله VBAC افزایش می‌یابد.

برنامه‌ریزی زایمان برای خانمی که سابقه C/S دارد بایستی هنگام مشاوره پیش از بارداری و مجدداً در مراقبت‌های اوایل بارداری انجام شود.

عوامل اقتصادی، پرسنلی و پزشکی قانونی ممکن است بر روند تصمیم‌گیری برای انجام TOLAC تأثیر بگذارد.

– نکته مقایسه خطرات TOLAC با ERCD:

خطرهای مادری:

۱. ۲۰۰۴: خطر ترانسفوزیون و عفونت در TOLAC بیشتر است.
۲. هیستریکتومی یا ترانسفوزیون خون در TOLAC نصف گروه ERCD می‌باشد. ولی در یک مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.
۳. پارگی رحم و عوارض مرتبط با آن در TOLAC آشکارا افزایش پیدا می‌کند.
۴. میزان مطلق موربیدیتی مادری شدید و مرگ و میر اندک است با این وجود در TOLAC خطر پارگی رحم، خونریزی شدید، پس از زایمان همراه با ترانسفوزیون و موربیدیتی ترکیبی مادری بیشتر از ERCD بود.
۵. انواع پارگی رحم:
 - کامل: تمام لایه‌های دیواره رحم دچار پارگی و جداشدگی می‌شوند.
 - ناقص (uterine dehiscence): عضله رحم جدا می‌شود اما صفاق احشایی دست نخورده باقی می‌ماند (پارگی ناقص، گسیختگی رحم نیز نامیده می‌شود).
 - این خطرها باید جایگاه اندکی در تصمیم‌گیری داشته باشند چون میزان مطلق خطر آن‌ها کم است.



نکته قابل توجه این است که در مقایسه با TOLAC موفقیت‌آمیز خطر این عوارض عمده در موارد تلاش شکست خورده برای زایمان واژینال ۵ برابر بیشتر بوده است.

خطرهای نوزادی:

- ۱- مورتالیتت نوزادی در TOLAC افزایش می‌یابد.
- ۲- انسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک در TOLAC افزایش می‌یابد.
- ۳- خطر مطلق تاکی پنه گذرای نوزادی در ERCD اندکی بیشتر است. با وجود این میزان استفاده از ونتیلاسیون با کیسه و ماسک در نوزادان به دنیا آمده پس از TOLAC بیشتر از ERCD بود.
- ۴- در نوزادان متولد شده با TOLAC در مقایسه با نوزادان به دنیا آمده با ERCD تفاوت معنی‌داری از نظر امتیاز آپگار دقیقه پنجم یا بستری شدن در واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان وجود نداشت. همکاران گرامی جدول ۳-۳۱ ویلیامز به دقت مطالعه شود.

TABLE 31-3. Complications in Women with a Prior Cesarean Delivery Enrolled in the Study by the NICHD FMU, 1999–2002

Complication	TOLAC	ERCD	Odds Ratio (95% CI)	p value
	n = 17,898 No. (%)	n = 15,801 No. (%)		
Maternal				
Uterine rupture	124 (0.7)	0	NA	<.001
Uterine dehiscence	119 (0.7)	76 (0.5)	1.38 (1.04–1.85)	.03
Hysterectomy	41 (0.2)	47 (0.3)	0.77 (0.51–1.17)	.22
Thromboembolic disease	7 (0.04)	10 (0.1)	0.62 (0.24–1.62)	.32
Transfusion	304 (1.7)	158 (1.0)	1.71 (1.41–2.08)	<.001
Uterine infection	517 (2.9)	285 (1.8)	1.62 (1.40–1.87)	<.001
Death	3 (0.02)	7 (0.04)	0.38 (0.10–1.46)	.21
Perinatal				
Antepartum stillbirth ^a				
37–38 weeks	18 (0.4)	8 (0.1)	2.93 (1.27–6.75)	.008
≥39 weeks	16 (0.2)	5 (0.1)	2.70 (0.99–7.38)	.07
Intrapartum stillbirth ^a	2	0	NA	NS
Term HIE ^a	12 (0.08)	0	NA	<.001
Term neonatal death ^a	13 (0.08)	7 (0.05)	1.82 (0.73–4.57)	.19

^aDenominator is 15,338 for the TOLAC group and 15,014 for the ERCD group.
 CD = cesarean delivery; CI = confidence interval; ERCD = elective repeat cesarean delivery; HIE = hypoxic ischemic encephalopathy; NA = not applicable; FMU = Maternal-Fetal Medicine Units Network; NICHD = National Institute of Child Health and Human Development; NS = not significant; TOLAC = trial of labor after cesarean delivery.

* Trial of Labor در زنان با سابقه سزارین قبلی ریسک کدام یک از عوارض زیر را بالا نمی‌برد؟ (بورد ۹۴)



الف) مرگ پریناتال
ب) مرگ مادری
ج) هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی د) عفونت رحمی

پاسخ: ب

* کدام یک از عوارض مادری و جنینی در TOLAC (try of labor after cesarean) در مقایسه با سزارین تکراری الکتیو بیشتر دیده می‌شود؟ (اصفهان ۹۴)
الف) تاکی پنه موقت نوزاد
ب) ترومای هنگام تولد
ج) عفونت رحم د) مرگ مادر

پاسخ: ج

فاکتورهای مؤثر در کارآزمایی لیبر:

۱- کارآزمایی لیبر بعد از سزارین C/S (TOLAC) Trial of Labour after C/S با هدف دستیابی به VABC در صورتی که C/S طی کارآزمایی نیاز باشد کارآزمایی ناموفق لیبر (Failed trial of Labar) نامیده می‌شود.
۲- C/S تکراری (ERCD = Elective repeat Cesarear delivery) شامل C/S برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی به علت شروع دردهای زایمانی یا هر اندیکاسیون دیگر است
توصیه 2017 ACOG: اکثر زنان دارای سابقه سزارین که سزارین آنان با انسیزیون هیستروتومی عرضی تحتانی صورت گرفته است کاندیدای آزمون لیبر محسوب می‌شوند و در صورت مناسب بودن وضعیت باید با آنان در مورد گزینه‌های TOLAC و ERCD مشاوره شود. همچنین ACOG اعلام کرده که زایمان در منزل جزء کنتراندیکاسیون‌های TOLAC است.