



سرشناسه	وفایی، ایمان، ۱۳۶۵ - پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۲ - فاطمه زمانی
عنوان و نام پدیدآور	اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص/ ترجمه و تلخیص ایمان وفایی.
مشخصات نشر	تهران : کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۲۹۶ص. : مصور، جدول.
شابک	۶۲۱۰۰۰۰ ریال: 2-06-5560-622-978
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 21st. ed, c2020" به ویراستاری رابرت کلیگمن... ا. دیگران است.
موضوع	پزشکی کودکان -- کلیه‌شناسی Pediatric nephrology پزشکی کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric nephrology -- Examinations, questions, etc کودکان -- بیماری‌های کلیوی Pediatric urology کودکان -- بیماری‌های کلیوی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric urology -- Examinations, questions, etc. اورولوژی Urology ادرار -- اندام‌ها -- بیماری‌ها -- تشخیص Urinary organs -- Diseases-- Diagnosis کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. Kliegman, Robert نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان RJ476 ۹۲۶۱/۶۱۸ ۹۱۷۶۴۰۵ فیبا ۲۰/۰۱/۱۴۰۲ ۹۱۷۵۵۰۷
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	
تاریخ درخواست	
تاریخ پاسخگویی	
کد پیگیری	

درسنامه: اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2020(edition 21)" است.

ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار - منیره امیری مقدم

طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۰۶-۲

۶۲۱،۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ ، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی

اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص

Nelson Text Book Of Pediatrics 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر ایمان وفایی

بورده تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل
رتبه برتر آزمون فوق تخصص اطفال

گردآوری و پاسندهی به سوالات:

دکتر فاطمه زمانی

۵ درصد بورده تخصصی ۱۴۰۱ کشور
دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

- فصل ۵۵۲ - آنومالی‌های مادرزادی و دیس‌ژنزی کلیه‌ها..... ۱۱
- سوالات و پاسخنامه فصل آنومالی مادرزادی و دیس‌ژنزی کلیه‌ها..... ۲۳
- فصل ۵۵۳ - عفونت‌های مجاری ادراری..... ۲۵
- سوالات و پاسخنامه فصل عفونت‌های مجاری ادراری..... ۴۵
- فصل ۵۵۴ - VUR ریفلاکس مثانه به حالب..... ۴۹
- فصل ۵۵۵ - انسداد مجاری ادراری..... ۶۱
- سوالات و پاسخنامه فصل انسداد مجاری ادراری..... ۸۹
- فصل ۵۵۶ - ناهنجاری‌های مثانه..... ۹۱
- فصل ۵۵۷ - مثانه نوروپاتیک..... ۱۰۱
- سوالات و پاسخنامه فصل مثانه نوروپاتیک..... ۱۰۷
- فصل ۵۵۸ - اختلالات ادرار کردن..... ۱۰۹
- سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات ادرار کردن..... ۱۲۳
- فصل ۵۵۹ - ناهنجاری آلت تناسلی و پیشابراه..... ۱۲۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ناهنجاری آلت تناسلی و پیشابراه..... ۱۳۷
- فصل ۵۶۰ - اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم..... ۱۳۹
- سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم..... ۱۵۷
- فصل ۵۶۱ - آسیب به دستگاه ادراری تناسلی..... ۱۵۹
- فصل ۵۶۲ - سنگ ادراری..... ۱۶۵
- سوالات و پاسخنامه فصل سنگ ادراری..... ۱۷۳
- بخش ۲۴: اختلالات ژنیکولوژیک در شیرخواران و کودکان..... ۱۷۵
- فصل ۵۶۳ - شرح حال‌گیری و معاینه بالینی..... ۱۷۵

فصل ۵۶۴ - ولوواژینیت	۱۸۱
سوالات و پاسخنامه فصل ولوواژینیت	۱۹۳
فصل ۵۶۵ - خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ	۱۹۵
سوالات و پاسخنامه فصل خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ	۲۰۱
فصل ۵۶۶ - مشکلات پستانی	۲۰۳
فصل ۵۶۷ - PCO و هیرسوتیسم	۲۱۹
سوالات و پاسخنامه فصل PCO و هیرسوتیسم	۲۲۷
فصل ۵۶۸ - نئوپلاسم‌های ژنیکولوژیک در نوجوانان، روش‌های پیشگیری از HPV	۲۲۹
فصل ۵۶۹ - آنومالی‌های مولرین و ولوواژینال	۲۴۱
سوالات و پاسخنامه فصل آنومالی‌های مولرین و ولوواژینال	۲۵۱
فصل ۵۷۰ - مراقبت‌های ژنیکولوژیک در دختران نیازمند	۲۵۳
فصل ۵۷۱ - FGM- دستکاری اندام تناسلی زنانه	۲۵۷
اطلس آموزشی و مرور	۲۵۹

آنومالی‌های مادرزادی و دیس ژنزی کلیه‌ها

فصل ۵۵۲

Section 552

- (۱) مقدار ادرار نرمال در نوزاد 50 cc/hr است.
- (۲) مقدار GFR در نوزاد 25 cc/min/m^2 است.
- در ۳ ماهه اول این مقدار ۳ برابر می‌شود.
- (۳) آژنزی کلیه ← عدم تکامل کلیوی است.

۱. آژنزی یک طرفه:

- ✓ یک مثال VACTER می‌باشد (نقایص مهره‌ای، آنوس سوراخ نشده، بیماری مادرزادی قلبی، TEF، نقایص کلیوی و اندام)
 - ✓ در آژنزی یک کلیه، حالب و همی‌تریگون مثانه وجود ندارد. کلیه سمت مقابل به صورت جبرانی هیپرتروفیک می‌شود و ریفلاکس ادراری دارد.
 - ✓ مثال دیگر سندرم راکی تانسکی است. که به صورت آپلازی واژن، اختلال تکامل رحم، با تخمدان‌های نرمال، آنومالی‌های اسکلتی، آژنزی یک طرفه کلیه و آنومالی اسکلتی می‌باشد.
- نکته:** سندرم Zinner همانند راکی تانسکی در جنس مذکر است که به صورت آژنزی یک طرفه کلیه و یک کیست وزیکول سمینال یک طرفه و کیست اپیدیمال و اتساع حالب دارد. اکثراً در نوجوانی ظاهر می‌شود.

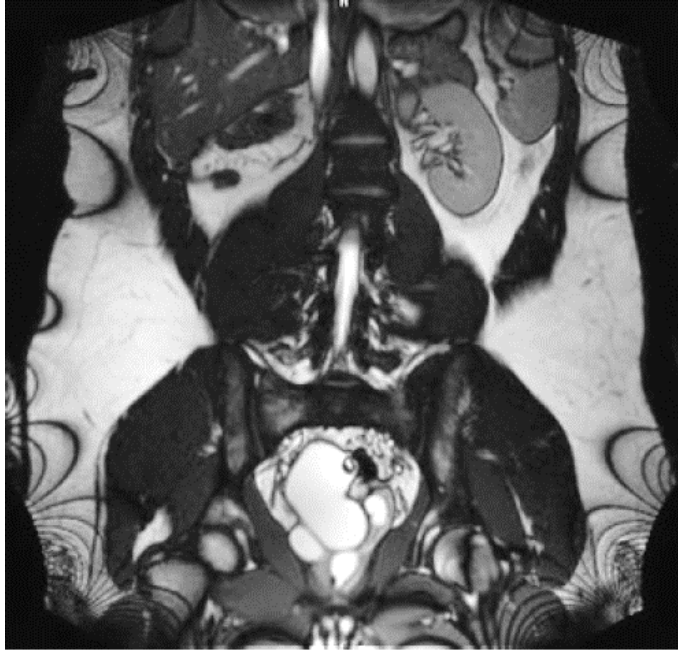


FIG. 552.1 Zinner syndrome; 17 yr old male with regressed right multicystic dysplastic kidney and dilated ectopic distal ureter draining into seminal vesicle cyst.

تشخیص آژنزی کلیه با سونوگرافی یا اوروگرافی ترشچی (VCUG) می باشد (بورد ۹۵).
اگر تشخیص آژنزی کلیه توسط سونوگرافی تأیید شد باید یک تصویربرداری فانکشنال مثل اوروگرام MR یا اسکن کلیوی انجام داد.

۲. آژنزی دوطرفه کلیه:

مثال این مورد سندرم Potter است که چهره کارکتریستیک دارد: فاصله دو چشم زیاد، چین اپی کانتال ↑، بینی پهن، چانه عقب کشیده، گوش پایین، الیگوهیدرآمینوس، عدم وجود مثانه و کلیه ها در سونوگرافی است. هیپوپلازی ریه نیز مشهود است.

UTI (۱)

در ۳ دسته تقسیم می‌شود:

پیلونفریت: درد شکمی + پشت + فلانک + تب بیش از 39° ، حتی می‌تواند تب تنهاترین علامت آن باشد. اگر عفونت به پارانشیم کلیه‌ها منتشر شود پیلونفریت گویند.

اگر بدون درگیری پارانشیم باشد پیلیت گویند.

نکته: تب در پسران < 24 ساعت و در دختران < 48 ساعت طول می‌کشد.



FIG. 553.1 Acute pyelonephritis seen as an area of decreased perfusion by CT scan done for abdominal pain and fever in a child who subsequently was shown to have no reflux by VCUG.

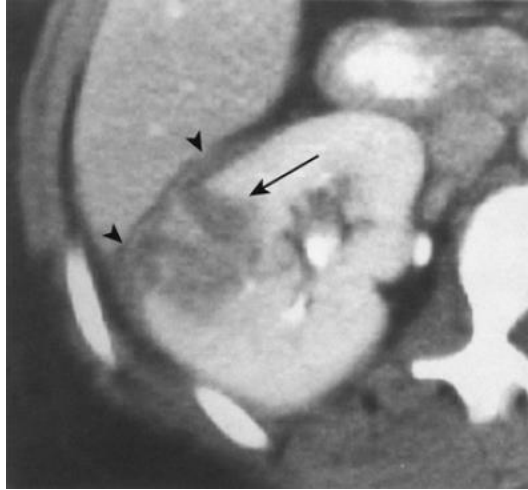


FIG. 553.2 Acute pyelonephritis with focal mass formation. The kidney shows a rounded heterogeneous mass (*arrow*) with a poorly defined margin. Inflammatory changes in the adjacent perinephric fat and renal fascial thickening (*arrowheads*) are also present.

نفرونیای لوبار حاد، توده کلیوی می باشد که توسط یک عفونت حاد بدون تشکیل مایع، ایجاد می گردد.
اولین مرحله در تشکیل آبسه کلیه باشد.

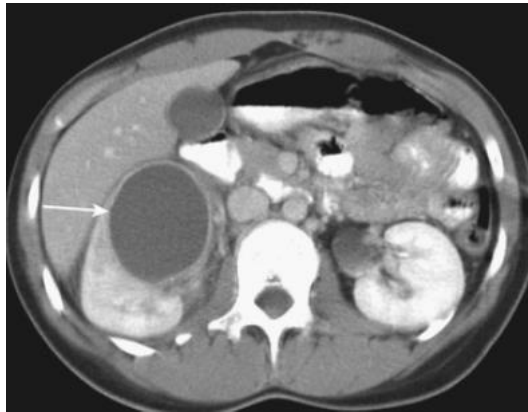


FIG. 553.3 Right renal abscess (*arrow*) shows a thick wall and low density (30 HU). Inflammatory stranding is present in the perinephric fat.

علائم عبارتند از:

تب، درد پهلو

نکته: مهم ترین مسأله‌ای که در درگیری اورولوژی مثانه نوروپاتیک همراه با نقایص لوله عصبی رخ می‌دهد عبارتند از: بی‌اختیاری ادرار، UTI، هیدرونفروز به خاطر ریفلکس وزیکواورترال، DSD (دیس‌سینرژی) دترسور - اسفنکتر، پیلونفریت و تخریب عملکرد کلیه. ارزیابی حجم ادرار باقی مانده، VCUG، سونو کلیه در این افراد صورت می‌گیرد.

آسیب کلیه:

علائم بالینی:

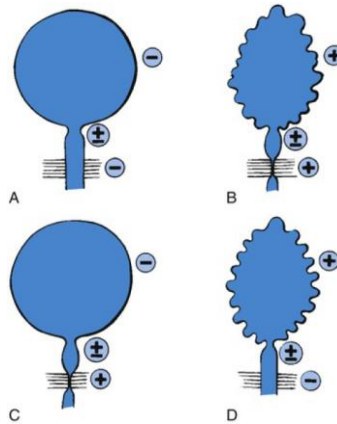


FIG. 557.1 Grouping of neuropathic bladder dysfunction according to the innervation, tonicity, and coordination of the detrusor and sphincters described by Guzman. This grouping is based on data from imaging studies, cystometrography, and electromyography of the sphincters. Patients in group B are at risk of developing reflux and hydronephrosis. For guidance in the treatment of incontinence, group A patients benefit from procedures that increase outlet resistance, group B patients from anticholinergics or bladder augmentation surgery, and group C patients from intermittent catheterization. Group D patients require both increased outlet resistance and pharmacologic or surgical bladder enlargement. Most patients require intermittent catheterization to empty.



اصولاً وقتی مثانه فشار می‌دهد باید اسفنکتر شل شده تا ادرار صورت گیرد.
در DSD هم مثانه و هم اسفنکتر در حالت منقبض هستند.

پس:

- (۱) فشار مثانه بالا ← جدار مثانه هیپرتروفیک ← باعث ریفلاکس می‌شود.
- (۲) ریفلاکس باعث هیدرونفروز می‌گردد.

درمان:

- (۱) ↓ فشار مثانه با داروهای آنتی‌کولینرژیک مثل اکسی بوتیلین
- (۲) کاتتریزاسیون متناوب مثانه هر ۳-۴ ساعت
- (۳) اگر ریفلاکس وجود دارد AB می‌دهیم:

* اگر CIC مشکل باشد یا داروهای آنتی‌کولینرژیک تحمل نشود و زیکوستومی پوستی انجام می‌شود.

سم بوتولینوم نیز می‌توان به شرح ذیل استفاده کرد:

- (۱) تزریق داخل مثانه که باعث کاهش هیپرتونسیته مثانه برای تقریباً ۶ ماه می‌شود.
 - (۲) تزریق داخل عضله اسفنکتر
- ریفلاکس‌های گرید I و II می‌توان از CIC + آنتی‌کولینرژیک نتیجه گرفت. در موارد شدیدتر ترمیم به روش جراحی یا اندوسکوپیک انجام می‌شود. که به دنبال آن از CIC متناوب + آنتی‌بیوتیک استفاده می‌شود.
- حتی برای مثانه کوچک از وصله نیز استفاده می‌شود.
(augmentation enterocystoplasty)
وصله از روده

که در کودکان بزرگتر با ریفلاکس بالا، UTI و هیدرونفروز همراه CIC انجام می‌شود.

بی‌اختیاری ادراری:

- ✓ در حدود سن ۴-۵ سالگی مورد توجه قرار می‌گیرد (نلسون ۲۰۲۰).
- ✓ تشخیص با سونو، VCUG و مطالعات یورودینامیک شامل اندازه‌گیری ظرفیت مثانه است.
- تون مثانه نرمال، مثانه کمپلینانس کافی دارد ← CIC هر ۳-۴ ساعت
- در صورت انقباضات ناپایدار ← داروهای آنتی‌کولینرژیک مثل اکسی بوتیلین، تولترودین
- اگر بی‌اختیاری اسفنکتر باشد ← α آدرنرژیک‌ها تجویز کنیم.

۱. هیپوسپادیاس:

باز شدن مجرا در سطح و نترال پنیس را گویند.

انواع:

- | | |
|---|---------------------------|
| (۱) گلانولار ← متا روی گلنس است. | (۲) کورونال |
| (۳) ساب کورونال | (۴) mid penile (وسط پنیس) |
| (۵) پنواسکروتال (مابین پنیس و اسکروتوم) | (۶) اسکروتال یا پرینه آل |



FIG. 559.1 Varying forms of hypospadias. **A**, Glanular hypospadias. **B**, Subcoronal hypospadias. Note the dorsal hood of foreskin. **C**, Penoscrotal hypospadias with chordee. **D**, Perineal hypospadias with chordee and partial penoscrotal transposition. **E**, Megameatal variant of hypospadias diagnosed following circumcision; note absence of hooded foreskin. **F**, Complete penoscrotal transposition with scrotal hypospadias.



- بررسی کاریوتایپ در نوع mid penile و نوع پروگزیمال همراه با کریپتواریکیڈیسم باید انجام شود.
 - در نوع پنواسکروتال باید VCUG انجام شود (ارتقاء ۹۲).
- عوارض هیپوسپادیازیس درمان نشده عبارتند از: دفورمیتی جریان ادرار - اختلال جنسی ثانویه به انحنای پنیس، نازایی، تنگی مثالت

درمان:

- (۱) نوزاد نباید ختنه گردد. زیرا پوست foreskin برای جراحی ترمیم لازم است.
- (۲) ترمیم در ۶-۱۲ ماهگی باید انجام شود.
- (۳) به جز نوع پروگزیمال بقیه در یک مرحله جراحی می‌شوند.

۲. کوردی بدون هیپوسپادیاس ← (نباید ختنه بشود).

انحنای پنیس حین نعوذ به خاطر پوست ناکافی آلت تناسلی مانع نعوذ طبیعی می‌شود. مجرا نرمال است.

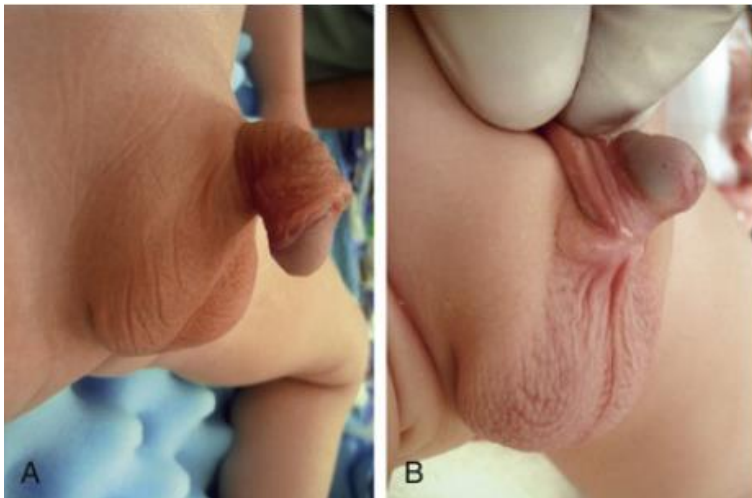


FIG. 559.2 A and B, Two examples of chordee without hypospadias. Note hooded foreskin and normal location of urethral meatus.

درمان: یورتروپلاستی در ۶ ماهگی توصیه می‌شود. خمیدگی پنیس که ناشی از رشد بیش از حد یا هیپوپلازی جسم کوریودال اکثراً مادرزادی بوده و ترمیم جراحی در ۶ تا ۱۲ ماهگی توصیه می‌شود.

• عواملی که در تشکیل سنگ دخیل هستند:

(۱) ↓ حجم ادرار

(۲) ↓ Ca، ↓ Na، ↓ اگزالات و ↓ اورات

(۳) ↓ pH ادرار

(۴) ↓ سیترات

عوامل مهارکننده تشکیل سنگ: سیترات / Mg / دی فسفونات

Table 562.1

Classification of Urolithiasis

CALCIUM STONES (CALCIUM OXALATE AND CALCIUM PHOSPHATE)*

Hypercalciuria
 Absorptive: increased Ca absorption from gut; types I and II
 Renal leak: decreased tubular reabsorption of Ca
 Resorptive
 Primary hyperparathyroidism (rare in children)
 Iatrogenic
 Loop diuretics
 Ketogenic diet
 Corticosteroids
 Adrenocorticotrophic hormone administration
 Methylxanthines (theophylline, aminophylline)
 Distal renal tubular acidosis, type 1 (calcium phosphate)
 Hypocitraturia—citrate most important inhibitor of Ca crystallization
 Vitamin D excess
 Immobilization
 Sarcoidosis
 Cushing disease
 Hyperuricosuria
 Heterozygous cystinuria
 Hyperoxaluria (calcium oxalate)
 Primary hyperoxaluria, types 1 and 2
 Secondary hyperoxaluria
 Enteric hyperoxaluria



CYSTINE STONES

Cystinuria

STRUVITE STONES (MAGNESIUM AMMONIUM PHOSPHATE)

Urinary tract infection (urea-splitting organism)
Foreign body
Urinary stasis

URIC ACID STONES

Hyperuricosuria
Lesch-Nyhan syndrome
Myeloproliferative disorders
After chemotherapy
Inflammatory bowel disease

INDINAVIR STONES

MELAMINE

NEPHROCALCINOSIS

* Most common.

• علائم:

- (۱) هماچوری (سنگ کلیه) + درد فلانک که به اسکروتوم یا لابیا انتشار دارد.
- (۲) سنگ مثانه ← بی علامت
- (۳) سنگ پیشابراه ← دیزوری

• تشخیص:

۱. بهترین روش تصویربرداری CT (شکم و لگن) بدون کنتراست است (ارتقاء).

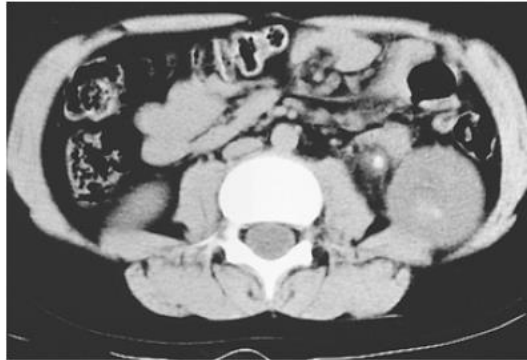


FIG. 562.1 Noncontrast CT scan of the midabdomen in a male infant with cystinuria shows a left-sided calculus at the ureteropelvic junction with proximal hydronephrosis.

پیک سنی در ۴ و ۸ سالگی است.

اتیولوژی:

وولولیت: خارش ژنیتالیا، سوزش - قرمزی - راش وولو از علائم آن است.
واژینیت: التهاب واژن است، با ترشحات با یا بدون بو و خونریزی بروز می‌کند.
ولوواژینیت: علائم توأم هر دو را دارد.

شرح حال ذیل باید ذکر شود:

- (۱) مسائل بهداشتی (شستشو از عقب به جلو)
- (۲) اطلاعات در مورد برخورد با مواد محرک شیمیایی (صابون حمام، کف حمام، پودرهای لباسشویی، استخر شنا، حوضچه‌های آب گرم).
- (۳) شرح حال اسهال اخیر، خارش اطراف مقعد یا خارش شبانه
- (۴) سؤال در مورد امکان ورود جسم خارجی به واژن

نکته: علل ولوواژینیت به علل موارد ذیل است:

- نبود اثرات استروژنی در واژن باعث آتروفی و pH قلیایی می‌شود.
- بهداشت ضعیف پرینه
- نزدیکی مقعد به واژن
- عدم وجود موانع جغرافیایی به دلیل عدم وجود موهای پوبیس، مسطح بودن لایبیا



FIG. 564.1 Labial adhesions.

Table 564.1

Specific Vulvar Disorders in Children

CONDITION	PRESENTATION	DIAGNOSIS	TREATMENT
Molluscum contagiosum (Fig. 564.8)	1- to 5-mm discrete, skin-colored, dome-shaped, umbilicated lesions with a central cheesy plug	Diagnosis usually is made by visual inspection.	The disease generally is self-limited and the lesions can resolve spontaneously. Treatment choices in children may include cryosurgery, laser, application of topical anesthetic and curettage, podophyllotoxin, and topical silver nitrate. Use of topical 5% imiquimod cream and 10% potassium hydroxide has been reported with similar effects.
Condyloma acuminata	Skin-colored papules, some with a shaggy, cauliflower-like appearance	Diagnosis usually is made by visual inspection. Biopsy should be reserved for when the diagnosis is in question. Human papillomavirus DNA testing is not helpful.	Many lesions in children resolve spontaneously, “wait and see” often utilized in children (60 days). Topical treatment with imiquimod cream and podophyllotoxin is the most studied (daily qhs 3 times/wk \times 16 wk, wash 6-10 hr after application). General anesthesia is usually required for surgical/ablative procedures (cryotherapy, laser therapy, electrocautery); reserve for symptomatic or large lesions. Other treatments have been utilized in adults, including trichloroacetic acid, 5-fluorouracil, sine catechins, topical cidofovir, and cimetidine. The efficacy and safety of these treatments in children has not been established.
Herpes simplex	Blisters that break, leaving tender ulcers	Visual inspection confirmed by culture from lesion.	<i>Infants:</i> Acyclovir 20 mg/kg body weight IV q8 hr \times 21 days for disseminated and central nervous system disease or \times 14 days for disease limited to the skin and mucous membranes. <i>Genital/mucocutaneous disease:</i> Age 3 mo–2 yr: 15 mg/kg/day IV divided in q8h \times 5-7 days. Age 2-12 yr (1st episode): Same as above or 1,200

آنومالی‌های مولرین و ولوواژینال

فصل ۵۶۹

Section 569

اپیدمیولوژی:

آنومالی‌های مولرین شامل اختلالاتی در چند قسمت و یا تمام قسمت‌ها از جمله لوله‌های فالوپ، رحم، سرویکس و واژن می‌باشد.

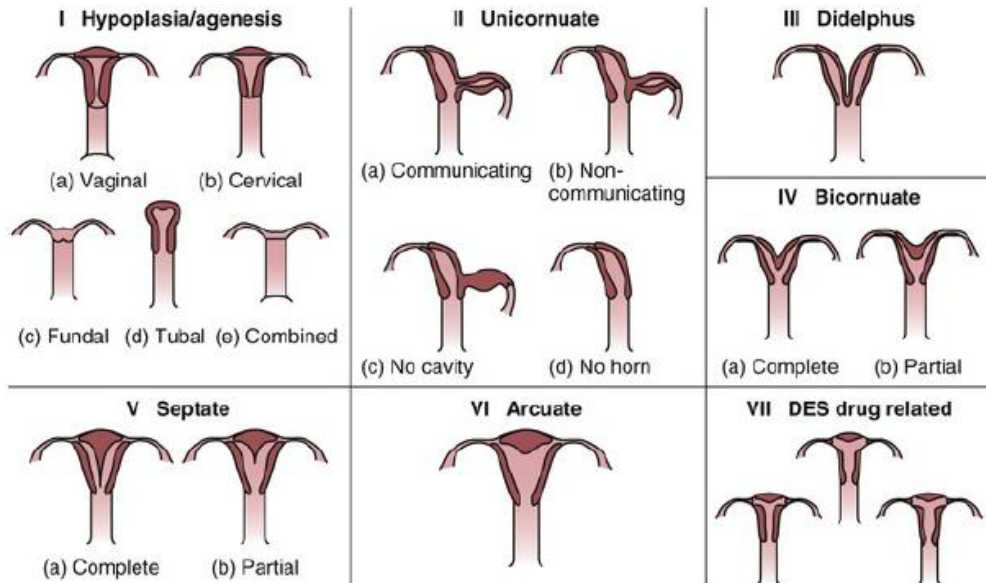


FIG. 569.2 Classification system of müllerian duct anomalies developed by the American Society of Reproductive Medicine.

علائم بالینی:

آنومالی‌های ولوواژینال و مولرین در مقاطع زمانی مختلف رخ می‌دهد.



اکثر آنومالی‌ها از دوران تولد دیده می‌شود.
می‌تواند به صورت ظهور علائم در زمان تولد رخ دهد.
علائم می‌تواند به صورت توده لگنی به صورت علامتدار یا بدون علامت باشد.
توده‌ای که در دهانه واژن باشد می‌تواند باعث انسداد خروجی واژن به طور کامل یا نسبی گردد.
در یک نوجوان می‌تواند به صورت دردهای دوره‌ای (متناوب) که همراه با آمنوره اولیه باشد یا علائم
بیمار چند ماه بعد از شروع منارک تظاهر کند.
در حالی هم می‌تواند بیمار کاملاً بدون علامت باشد و با عوارضی مثل سقط، از دست دادن حاملگی یا
زایمان زودرس، مراجعه کنند.
در برخی از آنومالی‌ها، انسداد در اثر هایمن پرفوره نشده، سپتوم عرضی واژن، آئزری دیستال واژن،
Non-communicating rudimentary horn رخ می‌دهد.
این حالت باعث تجمع خون قاعدگی شده که هیدرومتر و کولیپوس گویند.

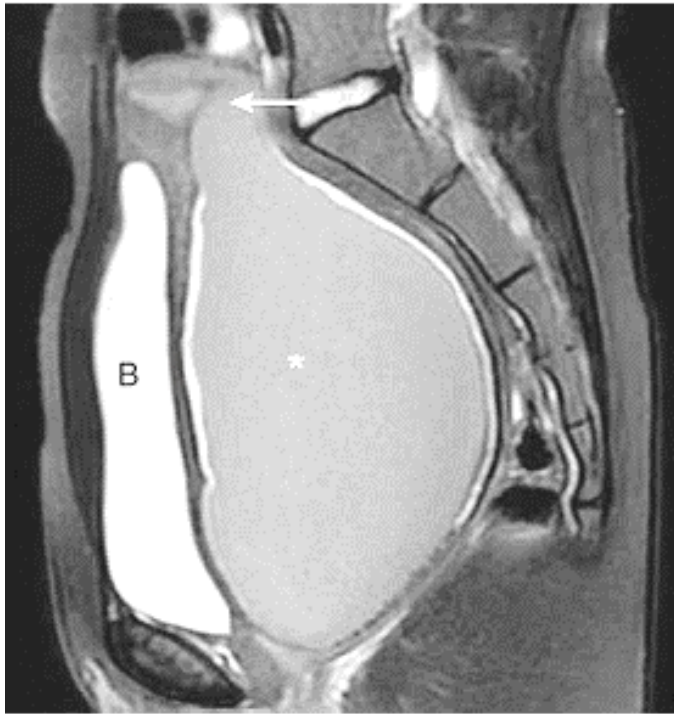


FIG. 569.3 Sagittal MRI of pelvis showing large-volume hematocolpos (asterisk). B, bladder; arrow, hematometra.

FGM

عوارض:

- (۱) خونریزی
- (۲) عفونت زخم، کزاز، گانگرن
- (۳) عفونت‌هایی مثل HIV و HBV
- (۴) علائم ژنیکولوژیک مثل اسکارهای دردناک، کیست‌های کلیتوریس، UTI مکرر
- (۵) مشکلات قاعدگی و ناباروری
- (۶) افزایش خونریزی بعد از زایمان، تروما به پرینه

درمان FGM:

در موارد حاد به صورت ارزیابی از دست دادن خون، سپسیس، احتباس ادراری است. درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها، مسکن‌ها، توکسوئید کزاز، سوند گذاری ادراری باید انجام گردد.

Table 571.2

Factors That Influence Whether or Not a Child May Have FGM

<p>RISK FACTORS Mother or sister cut Isolated mother Grandmother influential Little information and discussion about FGM</p> <p>PROTECTIVE FACTORS Discussing with husband or friend Knowing the law has been implemented TV, global debate, media Men's attitude and knowledge Knowing an uncut person</p>
--



جدول فوق کلیدهایی است که ریسک فاکتورها و فاکتورهای حفاظت کننده از FGM می باشند. برای کشف FGM برخی موارد کلیدهایی تشخیصی هستند که ظن پزشک را به سمت FGM می برد، UTI مکرر با وولوواژینیت می باشد، به خصوص زمانی که مادر خودش نیز تحت FGM بوده و از طرف شوهر حمایت نمی شود.

پزشک می تواند با کولپوسکوپ FGM را اثبات کند.