



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

موضوع

نظرپور، محمدجواد، ۱۳۷۰-

تروما اطفال، اختلالات پوستی ژنیتالیا، ناباروری مردان: کتاب جامع آمادگی اورولوژی به همراه سوالات ارتقاء و پورد ۱۴۰۲: / 2021/12th.ed Campbell-Walsh-Wein Urology ترجمه و تلخیص محمدجواد نظرپور.

پاسخ‌دهی به سوالات فرشاد قلیپور، حسین فوزی‌فر.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.

۱۴۸ ص: : (مصور(رنگی).

:978-622-5603-58-5 ریاال۳۱۰۰۰۰۰

فیبا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب " " Campbell-walsh-wein urology, 12th. ed, 2020 به ویراستاری آلن ج. واین... (او دیگران] است.

اورولوژی - Urology

کودکان -- زخم‌ها و آسیب‌ها - Children -- Wounds and injuries

پوست -- بیماری‌ها - Skin -- Diseases

عقمی مردان - Infertility, Male

اورولوژی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - Urology -- Examinations, questions, etc.

کودکان -- زخم‌ها و آسیب‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

-- Wounds and injuries -- Examinations, questions, etc.Children

پوست -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

Skin -- Diseases -- Examinations, questions, etc.

عقمی مردان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

Infertility, Male -- Examinations, questions, etc

واین، آلن ج. Wein, Alan J.

کمبل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱ م. Campbell, Willis C. (Willis Cohoon), 1880-1941

والش، پاتریک، ۱۹۲۸ - م.

Walsh, Patrick C.

۸۷RC

۶/۶۱۶

۹۲۸۹۵۹۲

فیبا

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت‌یار**

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۵۸-۵

۳۱۰،۰۰۰ تومان

کتاب: تروما اطفال، اختلالات پوستی ژنیتالیا، ناباروری مردان -

برگرفته از کتاب **Campbell-Walsh-Wein Urology Edition12**

ترجمه و تلخیص: دکتر محمدجواد نظرپور

پاسخ‌دهی به سوالات: دکتر فرشاد قلی‌پور و دکتر حسین فوزی فر

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: **رزیدنت‌یار - منیرالسادات حسینی**

طراح و گرافیسیت: **رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی**

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

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

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تروما اطفال، اختلالات پوستی ژنیتالیا، ناباروری مردان

کتاب جامع آمادگی اورولوژی به همراه سوالات ارتقاء و بورڈ ۱۴۰۲
Campbell- Walsh-Wein UROLOGY 12th Ed 2021

ترجمہ و تلخیص:

دکتر محمدجواد نظریور

رتبه دوم آزمون بورڈ تخصصی ۱۴۰۱
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پاسخ دہی بہ سوالات:

دکتر فرشاد قلی پور

رتبه بورڈ تخصصی ۱۳۹۹
استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر حسین فوزی فر

دارای بورڈ تخصصی رشته اورولوژی



فهرست مطالب

فصل ۵۲: تروما سیستم ادراری تناسلی در اطفال	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۵۲	۵۱
فصل ۵۹: بیماری پوستی ژنیتالیا خارجی	۵۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۵۹	۱۰۷
فصل ۶۶: ناباروری مردان	۱۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۶	۱۴۱

Pediatric Genitourinary Trauma

آسیب کلیه

اپیدمیولوژی:

آسیب کلیه شایع ترین فرم آسیب سیستم ادراری - تناسلی کودکان است. به چند دلیل آسیب کلیه هنگام تروما در اطفال به نظر می رسد شایع تر از بالغین است زیرا کلیه اطفال با چربی پری رنال کمتر و عضلات ضعیف تر دیواره شکم محافظت می شود. همچنین کلیه اطفال نسبت به بالغین پایین تر بوده و در نتیجه کمتر توسط دنده ها محافظت می شود. نفرکتومی برای تروما اطفال به ندرت انجام می شود. شایع ترین دلایل تروما کلیه اطفال تصادفات وسایل موتوری، سقوط از ارتفاع، تصادفات با دوچرخه و آسیب های مرتبط با ورزش هستند. آنومالی های مادرزادی مثل هیدرونفروز و UPJO سه تا پنج برابر بیشتر از بالغین در CT اسکن هایی که برای تروما انجام می شود وجود دارند با این حال واضحاً مشخص نیست که آیا این آنومالی ها خطر آسیب کلیه در هنگام تروما را افزایش می دهند یا خیر.

تظاهرات بالینی:

تروما بلانت شایع ترین علت آسیب کلیه اطفال با تصادفات وسایل نقلیه موتوری، سقوط از ارتفاع، آسیب های ورزشی و ... است. آسیب سایر ارگان ها به دنبال کبد، طحال، سر یا آسیب های ارتوپدیک در ۵۰٪ موارد تروما بلانت کلیه اطفال دیده می شود. در معاینه بالینی تندر نس یا اکیموز پهلو در آسیب های شدید کلیه می تواند رؤیت شود. تاکی کاردی و افت فشار خون در صورت از دست دادن خون زیاد می تواند دیده شود هر چند در اطفال تون سمپاتیک ممکن است فشار خون را طولانی تر از بالغین حتی با وجود از دست دادن خون زیاد، نرمال نگه دارد، بنابراین افت فشار خون نشانه و علامت کمتر قابل اعتماد است.



هماچوری میکروسکوپیک یا گروس در تروما کلیه می‌تواند دیده شود هر چند فقدان هماچوری به تنهایی رد کننده آسیب جدی کلیه نیست.

اندیکاسیون تصویربرداری کلیه:

در بالغین وجود هماچوری گروس یا هماچوری میکروسکوپی همراه با هایپوتنشن ($SBP < 90$) اندیکاسیون‌های ارزیابی تروما سیستم ادراری - تناسلی هستند. در کودکان وجود هماچوری ممکن است نشانه‌ای با حساسیت کمتر برای آسیب کلیه باشد. مکانیسم آسیب فاکتور مهم پیشگویی کننده آسیب کلیه در اطفال است. آسیب‌هایی با مکانیسم high velocity یا deceleration شدید مانند سقوط از ارتفاع بیشتر از ۱۰ feet، تصادفات وسایل نقلیه موتوری با سرعت بالا و آسیب شکم یا فلانک با جسم خارجی اندیکاسیون‌های ارزیابی آسیب سیستم ادراری - تناسلی در کودکان است. هنگامی که چهار کرایتریبا هماچوری، هایپوتنشن، آسیب همراه و مکانیسم آسیب به عنوان اندیکاسیون‌های انجام تصویربرداری استفاده می‌شوند، حساسیت ۹۸٪ آسیب‌های significant سیستم ادراری - تناسلی شناسایی می‌شوند. زخم‌های ناشی از گلوله به شکم نیاز به ارزیابی تروما سیستم ادراری - تناسلی دارند. علاوه بر آن زخم نافذ نزدیک کلیه مثل فلانک، نواحی بالای شکم یا نواحی تحتانی قفسه سینه نیاز به تصویربرداری برای ارزیابی تروما کلیه دارد. در گایدلاین‌های یوروتروما توسط AUA و EAU توصیه به تصویربرداری برای ارزیابی تروما کلیه در موارد هماچوری گروس، هماچوری میکروسکوپیک و فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه، آسیب‌های rapid deceleration، ضربه significant پهلو و در نهایت آسیب‌های همراه یا شواهد بالینی مشکوک (شکستگی دنده، اکیموز پهلو، آسیب شکمی همراه، آسیب نافذ شکم) می‌شود.

درمان‌های پوستی:

درمان مدیکال ضایعات پوستی شامل طیف وسیعی از ترکیبات موضعی و سیستمیک می‌باشد. ترکیبات و داروهای سیستمیک شامل آنتی‌بیوتیک‌ها، ضدقارچ‌ها، ضدویروس‌ها، ضدالتهاب‌ها و ضدخارش‌هاست. عدم آشنایی اورولوژیست‌ها با ضایعات پوستی ناحیه ژنیتالیا ممکن است باعث افزایش بی‌رویه استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها برای این ضایعات شود. مصرف عوامل ضدالتهابی مخصوصاً گلوکوکورتیکوئیدها نیز نیاز به توجه کافی دارند. برای درمان کوتاه مدت ضایعات پوستی (≥ 3 هفته) نظیر درماتیت تماسی آلرژیک، تک دوز صبحگاهی کورتون تجویز می‌شود تا سرکوب محور هیپوفیز - هیپوتالاموس - آدرنال به حداقل برسد. به طور کلی پردنیزولون کورتون انتخابی است. زیرا هزینه پایین، طول مدت عملکرد متوسط و اشکال دوز متفاوت دارد. درمان طولانی مدت با کورتون سیستمیک باعث ایجاد عوارض جانبی مختلف شامل استئوپروز، ایجاد کاتاراکت، هایپرتنشن، چاقی، هایپرگلاسمی، نکروز آسپتیک سر فمور، ایمونوساپرشن و تغییرات خلقی می‌شود.

درمان‌های موضعی به ۵ کلاس کلی تقسیم می‌شوند:

(۱) امولینت‌ها (۲) ضدالتهاب‌ها (۳) آنتی‌بیوتیک‌ها (۴) ضدقارچ‌ها (۵) عوامل کموتراپی



TABLE 59.1

Primary Cutaneous Lesions

PRIMARY LESION	DESCRIPTION
Flat	
Macule	A circumscribed, flat discoloration that may be brown, blue, red, or hypopigmented
Elevated, Solid	
Papule	An elevated, solid lesion up to 0.5 cm in diameter of variable color. Papules may become confluent to become plaques
Nodule	A circumscribed, elevated solid lesion >0.5 cm in diameter
Plaque	A circumscribed, elevated , superficial, solid lesion >0.5 cm in diameter
Fluid-Filled	
Vesicle	A circumscribed collection of free fluid ≤0.5 cm in diameter
Bulla	A circumscribed collection of free fluid >0.5 cm in diameter
Pustule	A circumscribed collection of leukocytes and free fluid (pus)
Wheal (hive)	A firm erythematous plaque resulting from infiltration of the dermis with fluid (may be transient)

From Habif TP: *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, Edinburgh, 2004, Mosby.

TABLE 59.2

Secondary Cutaneous Lesions

SECONDARY LESION	DESCRIPTION
Scale	Excess dead epidermal cells that are produced by abnormal keratinization and shedding
Crust	A collection of dried serum and cellular debris (a scab)
Erosion	A focal loss of epidermis. Erosions do not penetrate below the dermoepidermal junction and they heal without scarring
Ulcer	A focal loss of epidermis and dermis, which heals with scarring
Fissure	A linear loss of epidermis and dermis with sharply defined, vertical walls
Atrophy	A depression in the skin resulting from thinning of the epidermis or dermis
Scar	An abnormal formation of connective tissue implying dermal damage

From Habif TP: *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, Edinburgh, 2004, Mosby.

اپیدمیولوژی:

ناباروری در حدود ۱۵ درصد زوجین شیوع دارد و باعث شده حدود $\frac{1}{6}$ افراد بدون فرزند باشند. انتظار می‌رود که مرد و زن به یک اندازه در ناباروری نقش داشته باشند. شرح حال: در جدول ۶۶-۱ تشخیص نهایی در یک مرکز ناباروری را نشان می‌دهد:

TABLE 66.1

Distribution of Final Diagnoses From a Male Infertility Clinic

CATEGORY	NUMBER	%
Immunologic	121	2.6%
Idiopathic	1535	32.6%
Varicocele	1253	26.6%
Obstruction	720	15.3%
Normal female factor	503	10.7%
Cryptorchidism	129	2.7%
Ejaculatory failure	95	2.0%
Endocrinologic	70	1.5%
Drug or radiation	64	1.4%
Genetic	56	1.2%
Testicular failure	52	1.1%
Sexual dysfunction	32	0.7%
Pyospermia	25	0.5%
Cancer	20	0.4%
Systemic disease	15	0.3%
Infection	10	0.2%
Torsion	5	0.1%
Ultrastructural	5	0.1%
TOTAL	4710	100.0%

From Sigman M, Lipshultz LI, Howards SS: Office evaluation of the subfertile male. In Lipshultz LI, Howards SS, Niederberger CS, editors: *Infertility in the male*, ed 4, New York, 2009, Cambridge University Press, p 153-176.



در بررسی ناباروری برای رسیدن به نتیجه مناسب حتماً باید هر دو زوج بررسی شوند و گرفتن شرح حال برای رسیدن به تشخیص نهایی لازم است. در بهترین شرایط احتمال باروری در یک سیکل ۳۸ درصد، در سه سیکل ۶۸ درصد، در شش سیکل ۸۱ درصد و در ۱۲ سیکل ۹۲ درصد است. بنابراین زوج‌هایی که به دنبال درمان ناباروری بعد از یک تا دو ماه از قطع روش‌های ضدبارداری هستند توصیه می‌شود چند ماه دیگر به تلاش ادامه دهند مگر این که شرایط دیگری وجود داشته باشد.

منطقی است با وجود آگاهی از این که تعدادی از زوجین ممکن است در ماه‌های آینده صاحب فرزند خواهند شد، ارزیابی ناباروری بعد از ۶ ماه شروع شود. سؤال مهم که پرسیده شود این است که زوجین چه میزان رابطه جنسی دارند - به طور کلی پارامترهای سمن بعد از یک تا دو روز از دوری به پیک می‌رسند و سپس کاهش می‌یابند. این تصور که به منظور جمع کردن اسپرم مناسب و کافی مدت طولانی از رابطه پرهیز شود نه تنها کمک کننده نیست بلکه باعث کیفیت بدتر اسپرم‌ها می‌شود. برای بررسی بهتر سمن، نمونه باید یک تا دو روز بعد از آخرین انزال برای آزمایشگاه فرستاده شود. برای افزایش احتمال باروری، انجام مقاربت روزانه حوالی تخمک‌گذاری بهترین استراتژی است.

سن زنان یک فاکتور بسیار مهم در تعیین پتانسیل باروری زوجین و تعیین استراتژی درمان آنهاست. از آنجا که تأثیر سن مردان بر روی پتانسیل باروری به خوبی روشن نشده و همچنین سن بالای مردان به نظر می‌رسد که تأثیر کم روی پارامترهای سمن و DNA اسپرم دارد، مردان می‌توانند در سنین بالاتر صاحب فرزند شوند. سن زنان یک فاکتور پیشگویی کننده مهم در پتانسیل باروری است مخصوصاً اگر از روش‌های کمک باروری استفاده می‌شود. به طور کلی پتانسیل باروری در سنین بالای ۳۵ سال در خانم‌ها کاهش می‌یابد.

مورد مهم دیگر در ناباروری این است که زوجین سابقه داشتن فرزند از همین همسر یا همسر قبلی دارند زیرا داشتن فرزند نشان‌دهنده فانکشنال بودن بلوغ جنسی فرد بوده و برخی نگرانی‌ها درباره اختلالات مادرزادی را از بین می‌برد. شرح حال از سابقه بیماری‌های سیستمیک و جراحی مهم است زیرا مواردی از آنها باعث اختلال باروری می‌شوند مثل دیابت و MS که باعث اختلال انزال می‌گردند.

حتی قبل از شروع کموتراپی، کانسر اثر منفی بر روی اسپرماتوژنز دارد مخصوصاً اگر کانسر از منشأ بیضه باشد. آزواسپرمی ممکن است نشان‌دهنده کانسر باشد و پزشک در مردان آزواسپرم باید کانسر بیضه را مد نظر قرار دهد. جراحی‌هایی از قبیل TURP و سایر جراحی‌های minimally invasive پروستات و RPLND باعث ایجاد اختلال انزال می‌شوند. جراحی هرنیورافی مخصوصاً اگر همراه با تعبیه مش باشد ممکن است باعث انسداد وازدفران شود. برای ارزیابی ناباروری از عبارت مخفف TICS در شرح حال گیری