



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	فرید، یاسمن، ۱۳۶۷- ژنیکولوژی عمومی A: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ / ترجمه و تلخیص یاسمن فرید؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مانده ناظم تهران: کاردیا، ۱۴۰۴. ۱۶۸: (مصور(رنگی). ۴۵۷۰۰۰ ریال: 9-144-404-622-978
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب Berek & Novak's Gynecology 2020 / 16th edition اثر جاناناس برک است. جلد دوم ترجمه و تلخیص مهدخت منشی، مریم اسماعیل پور. پزشکی زنان -- Gynecology پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری ها -- Women -- Diseases زنان -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها Women -- Diseases -- Examinations, questions, etc. اسماعیل پور، مریم، ۱۳۶۵- برک، جاناناس. Berek, Jonathan S. -- نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری های زنان نواک RG ۱۰۱ ۱/۶۱۸ ۹۱۵۸۲۰۷ فیپا
وضعیت فهرست نویسی یادداشت یادداشت موضوع	
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: ژنیکولوژی عمومی A: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴ تیراژ: ۱۰۰ جلد شابک: 978-622-404-144-9 بهاء: ۴۵۷۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر یاسمن فرید، پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: دکتر صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مانده ناظم ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ژنیکولوژی عمومی A

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2025

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Berek & Novak's Gynecology 2020 / 16th edition/

ترجمه و تلخیص



دکتر یاسمن فرید

رتبه ۵ بورد تخصصی زنان و زایمان سال ۱۳۹۸

از دانشگاه تهران

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر مائده ناظم

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست مطالب



فصل ۸ - بلوغ.....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۸.....	۳۵
فصل ۹ - ژنیکولوژی کودک و نوجوانان.....	۳۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۹.....	۵۱
فصل ۱۰ - ژنیکولوژی بزرگسالان (گروه سنی دوران تولیدمثل).....	۹۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۰.....	۱۰۹
فصل ۱۱ - فیبروئیدهای رحمی.....	۱۱۳
فصل ۱۲ - درد لگن و دیس منوره.....	۱۳۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲.....	۱۵۷

بلوغ

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

عوامل مؤثر بر زمان شروع بلوغ:

عامل اصلی، ژنتیک است. سایر عوامل مؤثر بر زمان شروع و پیشرفت تکامل بلوغی شامل موارد زیر است:

تغذیه، وضعیت عمومی سلامت، موقعیت جغرافیایی، تماس با نور و وضعیت روانی، تماس با مواد شیمیایی استروژنی، جدایی پدر و مادر، شرایط اقتصادی نامناسب.

سن منارک در کودکان نسبتاً چاق (تا ۳۰٪ بیشتر از وزن طبیعی برای سن مورد نظر)، زودتر و در کودکان مبتلا به سوء تغذیه‌ی شدید، دیرتر است. منارک در دختران مبتلا به morbid obesity به تأخیر می‌افتد.

در موارد زندگی شهری، نزدیک خط استوا و در ارتفاعات پایین تر، سن بلوغ کمتر است. در دختران نابینا، منارک زودتر رخ می‌دهد!

نقش وزن بدن روی سن منارک: قبل از شروع منارک چربی بدن حداقل باید به ۱۷٪ برسد و در دختران بالاتر از ۱۶ سال، این چربی برای شروع سیکل‌های قاعدگی منظم باید به ۲۲٪ برسد.

منارک در دختران دیابتی و دخترانی که ورزش‌های سنگین می‌کنند (حتی با وجود وزن و درصد چربی طبیعی بدن) به تأخیر می‌افتد.

سایر عوامل مؤثر بر سن شروع بلوغ (در دست تحقیق): وزن زمان تولد، افزایش وزن ناگهانی در دوره‌ی شیرخوارگی و مواجهه‌ی داخل رحمی با توکسین‌ها و استرس.

تغییرات فیزیکی در جریان بلوغ:

هرگونه انحراف تغییرات همراه با بلوغ از چارچوب زمانی خود، غیرطبیعی تلقی می‌شود.

اولین نشانه‌ی بلوغ، تسریع رشد، سپس به ترتیب ظهور جوانه‌ی پستان (که معمولاً به عنوان اولین تغییر شناسایی می‌شود)، ظهور موهای پوبیس، به حداکثر رسیدن سرعت رشد و منارک است.

در دختران تکامل بلوغی به طور تیپیک ۴/۵ سال طول می‌کشد. تغییرات بلوغ به طور میانگین در دختران در سن ۱۱ س الگی شروع می‌شود.



* مراحل تانر برای تکامل پستان:

- مرحله ۱:** به وضعیت قبل از بلوغ اشاره دارد. فقدان بافت پستانی قابل لمس، قطر آرئول عموماً کمتر از ۲ سانتی‌متر، نیپل‌ها به داخل برگشته (invert)، صاف و یا برآمده.
- مرحله ۲:** جوانه زدن پستان همراه با برجستگی قابل مشاهده و قابل لمس، بزرگ شدن و نازک شدن پوست آرئول‌ها، تکامل نیپل به درجات مختلف.
- مرحله ۳:** رشد و بالا آمدن کل پستان، زمانی که فرد می‌نشیند و از پهلوی مورد مشاهده قرار می‌گیرد، نیپل عموماً بر روی صفحه‌ی میانی بافت پستان یا بالاتر از آن قرار دارد.
- مرحله ۴:** برآمدگی آرئول و پایپلا در روی ساختار کلی پستان به صورت یک برجستگی ثانویه.
- مرحله ۵:** پستان از نظر ساختار و ابعاد به حالت «رسیده» دست می‌یابد. در اکثر زنان نیپل رنگدانه‌ی بیشتری پیدا می‌کند و غدد مونث‌گومری دور تا دور آرئول قابل مشاهده هستند. اگر فرد بنشیند و از پهلوی مورد مشاهده قرار گیرد، نیپل عموماً در پایین صفحه‌ی میانی پستان دیده می‌شود.
- تکامل کامل پستان معمولاً ۳-۳/۵ سال طول می‌کشد، ممکن است در عرض ۲ سال نیز رخ دهد یا تا زمان اولین حاملگی از مرحله‌ی چهارم فراتر نرود.
- نکته:** ساینز پستان نشان دهنده‌ی میزان بلوغ آن نیست.

* مراحل تانر برای موهای پوبیس:

- مرحله ۱:** هیچ گونه موی تحریک شده‌ی جنسی وجود ندارد اما ممکن است تعدادی موی غیرجنسی وجود داشته باشد.
- مرحله ۲:** پیدایش اولین موهای خشن، بلند و پیچ‌دار در طول لابیا ماژور
- مرحله ۳:** گسترش موهای خشن و مجعد به مونس پوبیس
- مرحله ۴:** موهایی که از نظر ضخامت و ساختار مشابه بالغین هستند، اما توزیع این موها به گستردگی موهای بزرگسالان نیست و به طور تپیک به سطح داخلی ران‌ها گسترش نمی‌یابند.
- مرحله ۵:** گسترش موها به کشاله‌های ران (در برخی گروه‌های نژادی از جمله آسیایی‌ها و بومیان آمریکا رخ نمی‌دهد).

* مراحل تانر برای بلوغ در مردان:

- مرحله ۱:** مرحله قبل از بلوغ
- مرحله ۲:** اولین نشانه آن بزرگ شدن بیضه‌هاست (طول بیضه از ۲/۵ تا ۳/۲ سانتی‌متر متغیر است)، اندازه‌ی پنیس نیز افزایش می‌یابد. موهای پیگمانته و مجعد برای اولین بار در اطراف قاعده‌ی پنیس مشاهده می‌شوند.
- مرحله ۳:** افزایش طول و قطر پنیس، تکامل بیشتر اسکروتوم، افزایش طول بیضه‌ها به ۴-۳/۳ سانتی‌متر و گسترش موهای ضخیم تر و مجعد به بالای پنیس. این مرحله اغلب با ژنیکوماستی قرینه یا غیر قرینه همراه است و برای اولین بار می‌توان اسپرم بالغ را در آزمایش ادرار شناسایی کرد.

ژنیکولوژی کودکان و نوجوانان

نکته: در اغلب موارد هنگام وقوع منارک، رشد برست در مرحله‌ی ۳ یا ۴ تانر است (بیشتر ۴).

بروز تومورهای تخمدان در گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. در نوجوانان و دخترهای جوان تومورهای ژرم سل نسبت به بزرگسالان شایع‌تر است.

ریسک PID و STD در دخترهای نوجوان بیشتر از بزرگسالان است.

طبق توصیه‌ی ACOG، ویزیت اولیه‌ی نوجوانان برای راهنمایی در مورد بهداشت باروری، غربالگری و آموزش اقدامات پیشگیرانه باید در سن ۱۳-۱۵ سالگی انجام شود. طی این ویزیت باید نوع برقراری ارتباط نوجوان با مادرش نیز بررسی گردد.

■ مراحل ویزیت و مشاوره‌ی نوجوان:

- (۱) ویزیت اول (نوجوان و والدین با هم): شرح حال از مشکل نوجوان یا نگرانی‌های اصلی، گرفتن شرح حال خانوادگی و سابقه‌ی بیماری‌های قبلی
- (۲) ویزیت دوم (با والدین): بررسی دغدغه‌های والدین، راهنمایی‌های پیشگیرانه در مورد تکامل نوجوان، رعایت اصل رازداری
- (۳) ویزیت سوم (با نوجوان): رعایت اصل رازداری، گرفتن شرح حال شامل رفتار جنسی و رفتارهای پرخطر
- (۴) قدم چهارم: معاینه‌ی فیزیکی در صورت نیاز با یا بدون حضور والدین (بر اساس تمایل نوجوان)
- (۵) ویزیت پنجم (نوجوان): خلاصه کردن یافته‌ها، مشخص کردن نقش والدین، مشخص کردن نتایج آزمایشات، ارائه‌ی راهنمایی‌های پیشگیرانه
- (۶) ویزیت ششم (نوجوان همراه با والدین): خلاصه کردن یافته‌ها و توصیه‌ها

■ بررسی روانی – اجتماعی نوجوانان (ارزیابی: HEEADSSS)

Home ← (در منزل)

Education & Employment ← (در محل کار یا تحصیل)

Eating ← (تغذیه)

Activities ← (فعالیت‌ها)

Drugs ← (داروها)



Sexuality ← S (رابطه‌ی جنسی)

Suicide/Depression ← S (افسردگی / افکار خودکشی)

Safety ← S (ایمنی)

گروه سنی قبل از بلوغ

✓ خونریزی قبل از بلوغ:

قبل از وقوع منارک (که به طور معمول در دختران زیر ۹ سال رخ نمی‌دهد)، هرگونه خونریزی باید ارزیابی گردد. درک توالی طبیعی بلوغ و سیر زمانی این وقایع، برای بررسی مناسب خونریزی بسیار اهمیت دارد. هرگونه خونریزی در غیاب تکامل پستان، نیازمند بررسی است.

✓ تشخیص افتراقی‌های خونریزی واژینال قبل از بلوغ:

در طی چند روز اول زندگی به علت قطع تماس با مقادیر بالای استروژن مادری، ممکن است خونریزی واژینال خفیفی رخ بدهد. پس از دوره‌ی نوزادی علل خونریزی عبارتند از:

سوء استفاده‌ی جنسی، بلوغ زودرس، تومورهای خوش خیم و بدخیم تخمدان (مثل تومور ژرم سل یا گرانولوزا)، ضایعات یا تومورهای وولو و واژن یا سرویکس، لیکن اسکروز، کوندیلوما، مولوسکوم کونتاژیوزوم، پرولاپس یورترا، جسم خارجی واژن، استفاده از استروژن اگزوژن (موضعی یا خوراکی)، وولویت و واژینیت.

گاهی تشخیص منشأ خونریزی (ادرار، واژن یا رکتوم) دشوار است و در این موارد باید علل ادراری خونریزی و عوامل مرتبط با GI در نظر گرفته شود.

*** نکته:** در دخترانی که دچار هرگونه علائم ولوواژینال هستند، احتمال سوء استفاده‌ی جنسی، همیشه باید مد نظر باشد.

- پرولاپس یورترا، ممکن است به صورت حاد و یک توده‌ی حساس بروز کند که گاهی شکننده است و به طور خفیف خونریزی می‌کند. این ضایعه ممکن است با توده‌ی واژینال اشتباه شود. تظاهر کلاسیک آن توده‌ای است که به صورت قرینه یورترا را احاطه می‌کند. درمان شامل استروژن موضعی یا اکسیژون اولیه با جراحی است (جدید).
- وجود کوندیلوما باید شک به سوء استفاده‌ی جنسی را برانگیزد. اما کوندیلوماهای چند سال اول زندگی ممکن است در دوران پریناتال از مادر آلوده به HPV کسب شده باشد.
- در لیکن اسکروز، خراشیدگی و خونریزی به داخل پوست (تاول‌های خونی) وجود دارد و می‌تواند به اشتباه به عنوان سوء استفاده‌ی جنسی تشخیص داده شود. علت آن ناشناخته است و نوعی بروز خانوادگی در مورد آن شناخته شده است.
- جسم خارجی: از علل شایع ترشح واژینال است که می‌تواند چرکی یا خونی باشد. گاهی اوقات می‌توان برخی اشیاء مانند اسباب‌بازی پلاستیکی را با معاینه‌ی رکتال لمس کرد و با دوشیدن آن به طرف مدخل واژن آن را خارج کرد. شایع‌ترین جسم خارجی واژن تکه‌های کوچک دستمال توالت هستند. در صورت وجود جسم خارجی واژن نیز باید حتماً احتمال سوء استفاده‌ی جنسی را مد نظر داشت.
- بلوغ زودرس: خونریزی واژینال در غیاب صفات ثانویه‌ی جنسی ممکن است نشانه‌ی بلوغ زودرس باشد. بررسی بلوغ زودرس در دخترانی که تکامل بلوغی آن‌ها زودتر از ۸ سالگی رخ داده باید انجام شود ولی طبق دستورالعمل‌های جدید در دختران سفید پوست زیر ۷ سال و دختران آفریقایی – آمریکایی کمتر از ۶ سال دچار تکامل پستان یا رشد موهای پوبیس، باید ارزیابی انجام شود.

ژنیکولوژی بزرگسالان (گروه سنی دوران تولیدمثل)

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

خونریزی های غیرطبیعی:

پس از نوجوانی سیکل های قاعدگی معمولاً ۲۱-۳۵ روزه همراه با خونریزی قاعدگی کمتر از ۷ روز هستند. با نزدیک شدن به یائسگی و عدم تخمک گذاری، طول سیکل ها نامنظم تر می شود. شایع ترین علت AUB در سنین باروری، مسائل هورموناتل است. در حال حاضر طبق توصیه ی ACOG و FIGO بهتر است به جای استفاده از واژه هایی مثل منوراژی یا منومتروراژی، برای توصیف AUB از فرکانس سیکل ها، طول مدت خونریزی و حجم خونریزی استفاده گردد. واژه ی (DUB خونریزی رحم دیس فانکشنال) هم نباید مورد استفاده قرار بگیرد.

خونریزی غیرطبیعی رحم و علل آن (PALM-COEIN)

Structural Causes	PALM
AUB-P	Polyp
AUB-A	Adenomyosis
AUB-L	Leiomyoma
AUB-M	Malignancy + Hyperplasia
Nonstructural	COEIN
AUB-C	Coagulopathy
AUB-O	Ovulatory dysfunction
AUB-E	Endometrial
AUB-I	Iatrogenic
AUB-N	Not yet classified

در تمام خانم های سنین باروری با AUB، حاملگی باید رد شود. بارداری ناخواسته در نوجوانان و خانم های بالای ۴۰ سال شایع تر است. علل آناتومیک خونریزی غیرطبیعی رحم (مثل پولیپ یا میوم)، در سنین باروری شایع تر از سایر سنین است.



✓ پولیپ آندومتر: در ارتباط با مصرف تاموکسیفن و ناباروری است، می‌تواند باعث خونریزی غیرطبیعی و دیس‌منوره شود. مثل لیومیوم‌ها، اغلب این پولیپ‌ها بی‌علامتند و بروز آن‌ها با افزایش سن در سنین باروری افزایش می‌یابد. الگوهای عروق خونی تغذیه‌کننده در سونوگرافی ممکن است به افتراق پولیپ از فیبروم‌های داخل کاویته و بدخیمی آندومتر کمک کند. تأثیر پولیپ روی باروری نامشخص است ولی برداشتن آن سبب بهبود میزان باروری در افراد نازا می‌شود. احتمال تغییرات بدخیم پولیپ‌های آندومتر در زنان غیر یائسه بسیار کم و در زنان یائسه‌ی مبتلا به خونریزی بیشتر است.

✓ آدنومیوز: می‌توان با سونوگرافی یا MRI آن را تشخیص داد و یکی از علل ساختاری AUB است.

✓ لیومیوم: شایع‌ترین تومور سیستم ژنیتال است. خونریزی شایع‌ترین علامت آن است. هر چند به نظر نمی‌رسد که تعداد و سایز میوم‌ها تأثیری بر وقوع AUB داشته باشد، ولی میوم‌های ساب‌موکوس با احتمال بیشتری باعث خونریزی می‌شوند (جدید).

✓ بدخیمی و هایپرپلازی: تماس با استروژن بلامنازع می‌تواند باعث هایپرپلازی یا کنسر آندومتر شود. AUB شایع‌ترین علامت بیماران مبتلا به کنسر سرویکس است ضایعات قابل مشاهده‌ی سرویکس حتماً باید بیوپسی شوند، زیرا سیتولوژی ممکن است در موارد تومورهای پیشرفته به علت نکروز تومور، منفی کاذب باشد.

✓ علل اندوکراین: هم هایپو و هم هایپرتیروئیدی می‌تواند باعث AUB شود. در هایپوتیروئیدی منوراژی شایع است. شایع‌ترین علت هایپرتیروئیدی قبل از یائسگی بیماری گریوز است که می‌تواند باعث اولیگو‌منوره، آمنوره و بالا رفتن سطح استروژن خون شود. اختلالات دیگر مثل اختلالات هایپوتالاموس، هایپرپرولاکتینمی، POF و اختلال هیپوفیز نیز می‌تواند باعث اختلال تخمک‌گذاری و AUB شود.

دیابت شیرین می‌تواند با عدم تخمک‌گذاری، چاقی، مقاومت به انسولین و فزونی آندروژن همراه باشد. PCOS و سایر اختلالات آندروژن هم می‌تواند باعث AUB به همراه افزایش ریسک بیماری‌های قلبی - عروقی شود.

اختلالات آندومتر:

منقبض‌کننده‌های عروقی شامل اندوتلین ۲ و پروستاگلاندین $F_{2\alpha}$ و گشاد‌کننده‌های موضعی عروقی شامل پروستاگلاندین E_2 و پروستاگلاندین I_2 هستند. کاهش منقبض‌کننده‌های عروقی و افزایش گشاد‌کننده‌های عروق، باعث تشدید خونریزی قاعدگی می‌شود. منوراژی می‌تواند اولین علامت آندومتریته با ارگان‌سیم‌های عامل STD باشد. بیماران دچار سرویسیت (خصوصاً کلامیدیایی) ممکن است دچار AUB و خونریزی پس از نزدیکی شوند.

✓ خونریزی مرتبط با هورمون‌های اگزوژن: خونریزی Break through تقریباً در ۳۰-۴۰٪ کاربران OCP در طی ۱-۳ ماه اول رخ می‌دهد و تقریباً همیشه باید با اطمینان بخشیدن و به صورت انتظاری درمان شود چون این خونریزی‌ها با گذشت هر ماه از مصرف قرص کاهش می‌یابد.

روش‌های صرفاً پروژسترونی با میزان نسبتاً بالای خونریزی اولیه‌ی نامنظم و غیر قابل پیش‌بینی همراه است. میزان آمنوره بر اساس نوع روش و در طول زمان متغیر است.

افزودن استروژن خوراکی یا OCP برای ۲۰-۱۰ روز، خونریزی مرتبط با DMPA و لوونورژسترول زیرجلدی را بهبود می‌بخشد. استفاده‌ی ۵-۷ روزه از NSAID هم منجر به کاهش خونریزی Break through می‌شود.

فیبروئیدهای رحمی

فیبروئیدهای رحمی شایع‌ترین تومورهای خوش خیم رحم و شایع‌ترین علت هیستریکتومی هستند. تومورهای منوکلونال با منشأ عضلات صاف میومتر و حاوی ماتریکس خارج سلولی از جنس کلاژن، الاستین، فیبرونکتین و پروتئوگلیکان می‌باشند.

اتیولوژی (جدید):

به خوبی شناخته نشده است. نقش تعدادی از عوامل مؤثر توضیح داده شده است و سودوکپسول عروقی در اطراف خود.

■ ژنتیک:

وضعیت‌های هایپوکسیک مثل قاعدگی می‌تواند باعث جهش در سلول‌های بنیادی عضله‌ی صاف میومتر شود. حذف شدگی، دپلیکاسیون و جابجایی در کروموزوم‌های ۶، ۷، ۱۲ و ۱۴ می‌تواند نقش داشته باشد. فاکتورهای رشد مختلف نیز می‌توانند باعث رشد فیبروم‌ها شوند. TGF- β باعث افزایش سنتز ماتریکس خارج سلولی و در نتیجه افزایش جزء فیبروز فیبروئیدها می‌شود. استروژن و پروژسترون می‌توانند باعث تأثیر بر شکل‌گیری فیبروم‌ها از طریق تنظیم فاکتورهای رشد شوند. فیبروئیدها می‌توانند توسط عوامل شیمیایی محیطی (که باعث افزایش یا کاهش رسپتورهای پروژسترون و استروژن می‌شوند) تحت تأثیر قرار گیرند.

*** نکته:** لیومیوسارکوم‌ها از دژنراسیون بدخیم میوم ناشی نمی‌شوند و این دو از نظر ژنتیکی متفاوت هستند.

■ هورمون‌ها:

استروژن و پروژسترون، رشد فیبروم‌ها را افزایش می‌دهند. وضعیت‌های افزایش مواجهه با استروژن مثل چاقی و منارک زودرس باعث افزایش بروز فیبروم‌ها و سیگار، ورزش و پاریته‌ی بالا باعث کاهش بروز آن‌ها می‌شود.

سطح استروژن و پروژسترون سرم در خانم‌های با و بدون فیبروم یکسان است. اما به علت افزایش آروماتاز در فیبروم‌ها، تولید موضعی استرادیول در این تومورها بیشتر است.

رسپتور A و B پروژسترون در فیبروم‌ها نسبت به میومتر نرمال بیشتر است و بیشترین تعداد میتوز در فیبروم‌ها در نقطه‌ی حداکثر تولید پروژسترون رخ می‌دهد.

آگونیست‌های GnRH باعث کاهش اندازه‌ی فیبروم‌ها و تجویز پروژسترون همزمان مانع کاهش اندازه‌ی آن‌ها می‌شود.

درمان با استرادیول و تنها در مدل‌های حیوانی، باعث افزایش اندازه‌ی فیبروم نمی‌شود اما بروز گیرنده‌های پروژسترون را القا می‌کند.



ریسک فاکتورهای بروز فیبروم:

- ✓ بروز فیبروم با بالا رفتن سن و در نژاد آفریقایی - آمریکایی افزایش می‌یابد و فیبروم‌ها در نژاد آفریقایی آمریکایی در سن پایین‌تری نسبت به نژاد سفید ظاهر می‌شوند.
- ✓ مواجهه بیشتر با هورمون‌های اندوزن مثل منارک زودرس قبل از ۱۰ سالگی باعث افزایش بروز می‌شود.
- ✓ سابقه‌ی فیبروم در خانواده‌ی درجه یک باعث افزایش ۲/۵ برابری بروز آن می‌شود.
- ✓ ریسک پیدایش فیبروم‌ها با هر ۱۰ کیلوگرم افزایش وزن، ۲۱٪ افزایش می‌یابد. در صورت چربی بدن بالاتر از ۳۰٪ هم ریسک افزایش می‌یابد. چاقی باعث افزایش تبدیل آندروژن‌های آدرنال به استروژن و کاهش SHBG می‌شود و همین باعث افزایش شیوع و/ یا رشد فیبروم‌ها می‌شود.
- ✓ رژیم غذایی سرشار از گوشت قرمز، گوشت گوساله و ژامبون بروز فیبروم‌ها را افزایش می‌دهد، در مقابل رژیم غنی از سبزیجات آن را کاهش می‌دهد.
- ✓ ورزش حدود ۷ ساعت در هفته نسبت به ۲ ساعت در هفته باعث کاهش بروز فیبروم می‌شود.
- * **نکته:** هیچ‌گونه ارتباط قطعی بین مصرف OCP و بروز یا رشد فیبروم‌ها وجود ندارد.
- ✓ هورمون تراپی پس از یائسگی در اکثر زنان یائسه‌ی مبتلا به فیبروم، رشد فیبروم‌ها را تحریک نمی‌کند. اگر فیبروم‌ها رشد کنند، به احتمال زیاد پروژسترون علت آن است.
- ✓ سیگار به علت کاهش تبدیل آندروژن‌ها به استروژن با مهار کردن آروماتاز، افزایش هیدروکسیلاسیون استرادیول و تحریک مقادیر بالاتر SHBG، باعث کاهش دسترسی زیستی استروژن و کاهش بروز فیبروم‌ها می‌شود.
- ✓ آسیب یا التهاب سلولی ناشی از عوامل محیطی، عفونت یا هایپوکسی باعث شروع تشکیل فیبروم می‌شود.
- * **نکته:** ارتباطی بین سابقه‌ی STD، سابقه‌ی استفاده از IUD و سابقه‌ی تماس با تالک با افزایش بروز میوم دیده نشده است. ویروس HSV نوع یک یا دو، CMV، EBV و کلامیدیا در میوم‌ها یافت نشده‌اند.

علائم:

- ✓ ارتباط فیبروم با خونریزی قاعدگی شدید، واضحاً تأیید نشده است. بنابراین علل دیگر خونریزی از جمله اختلالات انعقادی باید مورد توجه باشد. فیبروم‌های نوع صفر و یک با آنمی در ارتباطند (جدید).
- ✓ احتمال درد لگن در زنان مبتلا به فیبروم فقط اندکی بیشتر از زنان دیگر است. دژنراسیون فیبروم می‌تواند باعث ایجاد درد شود. نوع دژنراسیون (هیالین، کلسیفیکاسیون، کیستیک و هموراژیک) ارتباطی با علائم بالینی ندارد. درد ناشی از دژنراسیون، معمولاً با تحت نظر گرفتن و مسکن بهبود می‌یابد. تورشن میوم ساب سروز پایه‌دار می‌تواند منجر به درد حاد لگن شود که مستلزم مداخله جراحی باشد.
- ✓ افزایش حجم رحم در همراهی با فیبروم، با علائم ادراری ارتباط دارد. بنابراین درمان‌های کاهش دهنده‌ی سایز رحم (مثل آمبولیزاسیون شریان رحمی یا آگونیست GnRH) می‌توانند باعث بهبود علائم ادراری شوند.

درد لگن و دیس منوره

درد مزمن لگن، دردی است که بیش از ۳ ماه طول می کشد، محدود به لگن آناتومیک است و به حدی شدید است که سبب ناتوانی در عملکرد می شود و یا مراقبت های طبی را ضرری می سازد. اگرچه درد حاد در اغلب موارد با پاسخ های رفلکسی اتونوم مثل تهوع، استفراغ، تعریق و دلهره همراه است، ولی در درد مزمن لگن این پاسخ های رفلکسی وجود ندارد. درد حاد با نشانه های التهاب یا عفونت مثل تب و لکوسیتوز همراه است ولی این نشانه ها در درد مزمن وجود ندارد. در درد حاد لگن، واسطه های التهاب در پاسخ به عفونت، ایسکمی یا تحریک شیمیایی تولید می شوند. در مقابل، اتیولوژی درد مزمن لگن اغلب شامل تغییراتی در تعدیل یا تنظیم افزایشی محرک هایی است که به طور طبیعی دردناک نیستند و میزان درد متناسب با شدت آسیب بافتی نیست. استعداد ژنتیکی، فشارهای نامطلوب محیطی و هورمون ها، احتمال ابتلا به درد مزمن را افزایش می دهند و نوعی پاسخ فیزیولوژیک، احساسی و رفتاری در آن دخیل است.

تشخیص افتراقی های درد حاد لگن:

شروع سریع درد، بیشتر با پرفوراسیون یکی از احشای توخالی یا ایسکمی به دنبال تورشن سازگاری دارد. درد کولیکی یا کرامپی شدید، اغلب در ارتباط با انقباضات عضلانی یا انسداد یکی از احشاء توخالی مثل رحم، روده یا حالب دیده می شود. دردی که در کل شکم احساس می شود، نشانه ی واکنش ژنرالیزه به مایعات موجود در پریتونئ است (مثل خون، چرک یا محتویات کیست تخمدان پاره شده).

درد احشایی در ابتدا به صورت احساس مبهم، عمیق و یا لوکالیزاسیون ضعیف همراه با پاسخ های رفلکسی اتونوم، درک می شود. هنگام لوکالیزه شدن درد در ناحیه ی خاصی از شکم، به آن درد ارجاعی گفته می شود که دردی سطحی تر است و در محل انتشار عصب یا درماتوم درک می شود.

* مهم: جدول ۱۲-۲



Organ	Spinal Segments	Nerves
Abdominal wall	T12-L1	Iliohypogastric, ilioinguinal, genitofemoral
Lower abdominal wall, anterior vulva, urethra, clitoris	L1-L2	Ilioinguinal, genitofemoral
Lower back	L1-L2	
Pelvic floor, anus, perineum, and lower vagina	S2-S4; L1-L2	Pudendal, inguinal, genitofemoral, posterofemoral cutaneous
Upper vagina, cervix, uterine corpus, inner third of fallopian tubes, broad ligament, upper bladder, terminal ileum, and terminal large bowel	T11-L2; S2-S4	Thoracolumbar autonomics (sympathetics) via hypogastric plexus; sacral autonomics (parasympathetics) via pelvic nerve
Ovaries, outer two-thirds of fallopian tubes, and upper ureter	T9-T10	Thoracic autonomics (sympathetics) via renal and aortic plexus and celiac and mesenteric ganglia, aortic and superior mesenteric plexuses

اعصاب حامل ایمپالس‌های دردناک، اعضای لگن، قسمت فوقانی واژن، سرویکس، رحم و آدنکس‌ها، عصب‌گیری احشایی یکسانی با روده‌ی بزرگ، رکتوم، مثانه، قسمت تحتانی حالب و بخش تحتانی روده‌ی باریک دارند. بنابراین درد حاصل از ارگان‌های ژنیتال، دستگاه ادراری و دستگاه گوارش به درماتوم‌های یکسانی ارجاع می‌شود.

بررسی درد حاد لگن:

شرح حال دقیق، ابزار اصلی برای تشخیص صحیح است. اجزاء شرح حال شامل موارد زیر است:

زمان و خصوصیات آخرین سیکل قاعدگی

خونریزی غیرطبیعی یا ترشح

شرح حال جنسی و روش‌های جلوگیری و سابقه‌ی STD و مشکلات ژنیکولوژیک قبلی

زمان و کیفیت شروع درد

علائم مرتبط با حاملگی (آمنوره، خونریزی غیرطبیعی، تهوع، تندرns پستان‌ها)

علائم GI و ادراری

علائم عفونت

علائم مربوط به هموپریتوئن (سرگیجه، سنکوپ، دیستانسیون شکم، درد RUQ یا شانه).

تست‌های آزمایشگاهی پایه شامل موارد زیر است:

- CBC diff، U/A، تست حاملگی سرم یا ادرار، غربالگری گنوره و کلامیدیا، سونوگرافی ترانس‌واژینال لگن.