



سرشناسه	اویسی، زهرا، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردها با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردها تخصصی ۱۴۰۴: Williams obstetrics Cunningham 2022 / ترجمه و تلخیص زهرا اویسی؛ پاسخدهی به سوالات صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مائده ناظم، پریا مهدوی، سحر حسینی، زهرا حاج‌محمد حسینی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۵۸ ص: مصور، جدول.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۸۶-۲
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب "Williams obstetrics, 26th. ed, 2022" به ویراستاری اف.گری کانینگهام... [و دیگران] است.
موضوع	تومورهای تروفوبلاستی Trophoblastic tumors آبستنی و زایمان Obstetrics / پزشکی زنان Gynecology تومورهای تروفوبلاستی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, et al آبستنی و زایمان -- آزمون‌ها -- Examinations پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examinations, questions, et al اسماعیل‌پور، مریم، ۱۳۶۵- کانینگهام، اف. گری Cunningham, F. Gary ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان ۲۸۰RC ۹۹۲/۶۱۶ ۹۴۸۷۲۱۴ فیپا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

کتاب بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین و VBAC: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردها زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۳ / Williams Obstetrics Cunningham 2022	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳ شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۸۶-۲ تیراژ: ۱۰۰ جلد بهاء: ۴۱۵,۰۰۰ تومان
ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا اویسی پاسخدهی به سوالات دکتر صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مائده ناظم، دکتر پریا مهدوی، دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج‌محمد حسینی ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

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 کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

بیماری‌های تروفوبلاستیک

جفت، سزارین و VBAC

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

Williams Obstetrics Cunningham 2022

ترجمه و تلخیص



دکتر زهرا اویسی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

پاسخدهی به سوالات

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

دکتر پریا مهدوی

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

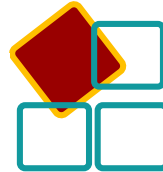
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

فهرست مطالب



فصل ۱۳: بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD).....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	۳۱
فصل ۳۰: زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان.....	۵۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۰.....	۱۰۵
فصل ۳۱: زایمان سزارین قبلی.....	۱۱۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۱.....	۱۳۳

بیماری تروفوبلاستیک حاملگی (GTD)

Gestational Trophoblastic Disease (GTD)

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 پپتیدی 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

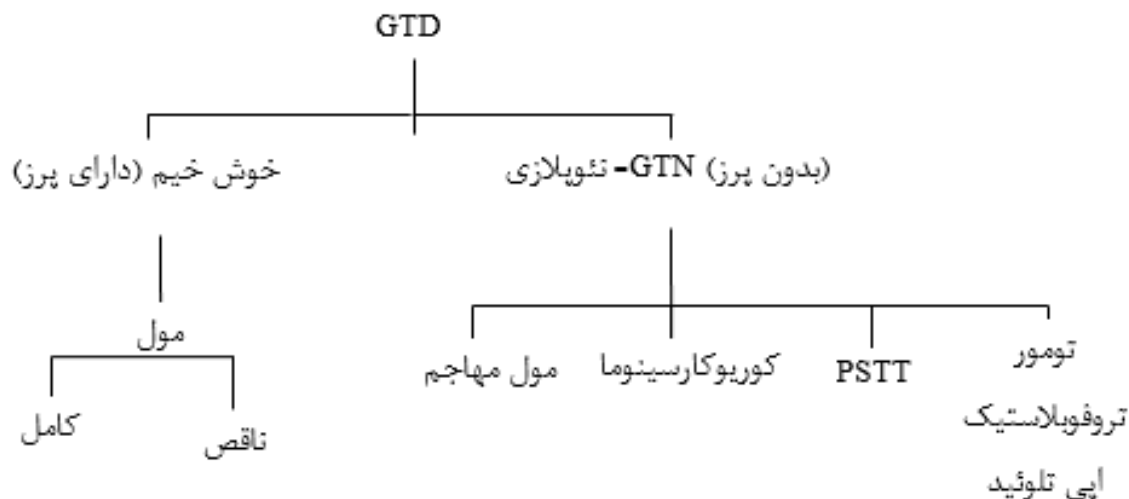
۲- کوریوکارسینوما

۳- تومور تروفوبلاستیک محل جفت

۴- تومور تروفوبلاستیک اپی تلئوئید

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

نکته خیلی مهم: سطح Serum β -hCG + 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.

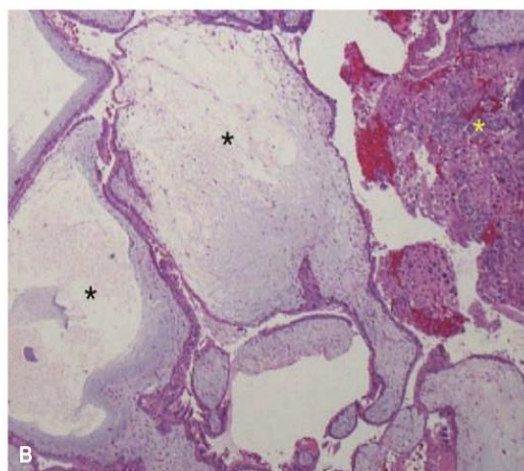
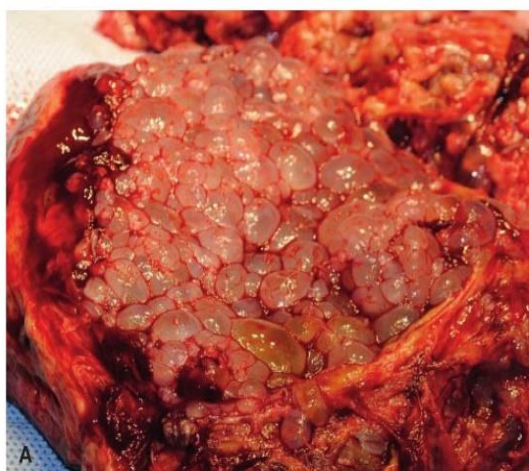


FIGURE 13-1 Complete hydatidiform mole. A. Gross specimen with characteristic vesicles of variable size. (Photograph contributed by Dr. Sasha Andrews. Reproduced with permission from Patel S, Roberts S, Rogers V, et al [eds]: Williams Obstetrics Study Guide, 25th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2019.) B. Low-magnification photomicrograph shows generalized edema and cistern 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.)

زایمان سزارین و هیستروکتومی هنگام زایمان

Cesarean Delivery and Hysterectomy at the Time of Cesarean Delivery

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 هیستروکتومی: زمانی که حین C/S، هیستروکتومی نیز انجام شود.
 - پست پارتوم هیستروکتومی: اگر هیستروکتومی طی مدت کوتاهی بعد از زایمان رخ دهد.
 - پری پارتوم هیستروکتومی: یک ترم وسیع‌تر است که هر دو مورد فوق را شامل می‌شود.
- نکته مهم:** در اغلب موارد، هیستروکتومی کامل انجام می‌شود اما هیستروکتومی سوپراسروییکال هم یک Option است و معمولاً آدنکس‌ها را خارج نمی‌کنیم. در اکثر موارد هیستروکتومی ساده یا نوع یک صورت می‌گیرد. با وجود این:
- ۱- در زنان مبتلا به سرطان مهاجم سرویکس
 - ۲- پلاسن‌ت‌پرکرتا که به سمت دیواره جانبی لگن گسترش یافته‌اند.
- هیستروکتومی رادیکال انجام می‌شود و پارامتر و بخش پروگزیمال واژن برداشته می‌شود.



اندیکاسیون‌های 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.

زایمان سزارین قبلی

Previous Cesarean Delivery

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 ترنسفوزیون 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- مورتالیتیه 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 MFMU, 1999–2002

Complication	TOLAC n = 17,898 No. (%)	ERCD n = 15,801 No. (%)	Odds Ratio (95% CI)	p value
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; MFMU = 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