



سرشناسه	وفایی، ایمان، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و مورد تخصصی/ ترجمه و تلخیص ایمان وفایی.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۲۴۲ص. : مصور، جدول.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۱۶-۳
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 22st. ed, c2024" به ویراستاری رابرت کلیگمن... [دیگران] است.
موضوع	پزشکی کودکان -- کلیه‌شناسی Pediatric nephrology پزشکی کودکان -- کلیه‌شناسی -- 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 RJ۴۷۶ ۹۲۶۱/۶۱۸ ۹۱۷۶۴۰۵ فیپا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

درسنامه: اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2024(edition22)" است.	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۱۶-۳
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	۷۰۹۰۰۰ تومان
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷، ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۸

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اورولوژی و ژنیکولوژی در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورڈ تخصصی

Nelson Text Book Of Pediatrics 2024

ترجمہ و تلخیص



دکتر ایمان وفایی

بورڈ تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل

رتبه ۲ کشوری فوق تخصص کودکان

دستیار فوق تخصص ریه کودکان

فهرست مطالب



فصل ۵۷۴ - آنومالی‌های مادرزادی و دیس ژنزی کلیه‌ها.....	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل آنومالی مادرزادی و دیس ژنزی کلیه‌ها.....	۲۱
فصل ۵۷۵ - عفونت‌های مجاری ادراری.....	۲۳
سوالات و پاسخنامه فصل عفونت‌های مجاری ادراری.....	۳۵
فصل ۵۷۶ - VUR ریفلاکس مثانه به حالب.....	۴۱
فصل ۵۷۷ - انسداد مجاری ادراری.....	۴۹
سوالات و پاسخنامه فصل انسداد مجاری ادراری.....	۷۷
فصل ۵۷۸ - ناهنجاری‌های مثانه.....	۸۱
فصل ۵۷۹ - مثانه نوروپاتیک.....	۸۷
سوالات و پاسخنامه فصل مثانه نوروپاتیک.....	۹۳
فصل ۵۸۰ - اختلالات ادرار کردن.....	۹۵
سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات ادرار کردن.....	۱۱۱
فصل ۵۸۱ - ناهنجاری آلت تناسلی و پیشابراه.....	۱۱۵
سوالات و پاسخنامه فصل ناهنجاری آلت تناسلی و پیشابراه.....	۱۲۷
فصل ۵۸۲ - اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم.....	۱۲۹
سوالات و پاسخنامه فصل اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم.....	۱۴۷
فصل ۵۸۳ - آسیب به دستگاه ادراری تناسلی.....	۱۴۹
فصل ۵۸۴ - سنگ ادراری.....	۱۵۵
سوالات و پاسخنامه فصل سنگ ادراری.....	۱۶۵

بخش ۲۳: اختلالات ژنیکولوژیک در شیرخواران و کودکان

فصل ۵۸۵ - شرح حال گیری و معاینه بالینی.....	۱۶۷
فصل ۵۸۶ - ولوواژینیت.....	۱۷۳
سوالات و پاسخنامه فصل ولوواژینیت.....	۱۸۳
فصل ۵۸۷ - خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ.....	۱۸۵
سوالات و پاسخنامه فصل خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ.....	۱۹۱
فصل ۵۸۸ - مشکلات پستانی.....	۱۹۳
فصل ۵۸۹ - PCO و هیرسوتیسم.....	۲۰۵
سوالات و پاسخنامه PCO و هیرسوتیسم.....	۲۱۱
فصل ۵۹۰ - نئوپلاسم‌های ژنیکولوژیک در نوجوانان، روش‌های پیشگیری از HPV.....	۲۱۳
فصل ۵۹۱ - آنومالی‌های مولرین و ولوواژینال.....	۲۲۳
سوالات و پاسخنامه فصل آنومالی‌های مولرین و ولوواژینال.....	۲۳۳
فصل ۵۹۲ - مراقبت‌های ژنیکولوژیک در دختران نیازمند.....	۲۳۵
فصل ۵۹۳ - FGM دستکاری اندام تناسلی زنانه.....	۲۳۹

آنومالی‌های مادرزادی و دیسژنری کلیه‌ها

(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.

تشخیص آژنزی کلیه با سونوگرافی یا اوروگرافی ترشچی (VCUG) می‌باشد (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 اپی‌کانتال ↑، بینی پهن، چانه عقب کشیده، گوش پایین، الیگوهیدرآمینوس، عدم وجود مثانه و کلیه‌ها در سونوگرافی است. هیپوپلازی ریه نیز مشهود است.



Fig. 574.2 Stillborn infant with renal agenesis exhibiting characteristic Potter facies.

نکته: در جنس مذکر شایع تر است. ARDPK:DDx، دیسپلازی کیستیک کلیه، اروپاتی انسدادی، هیپوپلازی کلیه و دیسپلازی مدولاری. اکثر این نوزادان به علت هیپوپلازی ریه فوت می کنند.

۳. آدیسیپلازی کلیوی فامیلیال:

در خانواده هایی که آژنزی کلیه، دیسپلازی کلیه، کلیه مولتی سیستیک یا ترکیبی رخ می دهد. حالت اتوزومال غالب دارد.

بنابراین خویشاوندان درجه اول افراد مبتلا به دیسپلازی یا آژنزی کلیه باید غربالگری شوند.

بنابراین سؤال این است که آیا افراد دارای یک کلیه باید از ورزش های تماسی اجتناب کنند؟

(۱) دلیل گروه موافق این است که هر انسان ارگان های منفرد دیگر مثل طحال، قلب و کبد هم دارد.

(۲) دلیل گروه مخالف این است که کلیه طرف مقابل هیپرتروفیک بوده و توسط دنده ها محافظت نمی شود.

(۳) آکادمی اطفال می گوید که ارزیابی فردی برای ورزش های تماسی، برخوردی انجام گردد.

۴. Multi Cystic Dysplastic Kidney (MCDK)

✓ تمام کلیه دیسپلاستیک و اکثر بافت آن کیستیک شده است.

✓ کارکرد ندارد.

VUR ری فلاکس مثانه به حالب

VUR در اثر جریان معکوس ادرار از مثانه به سمت حالب و کلیه گفته می شود. ری فلاکس باعث انتقال باکتری از مثانه به مجاری ادراری فوقانی می شود که فرد را مستعد پیلونفریت می کند.

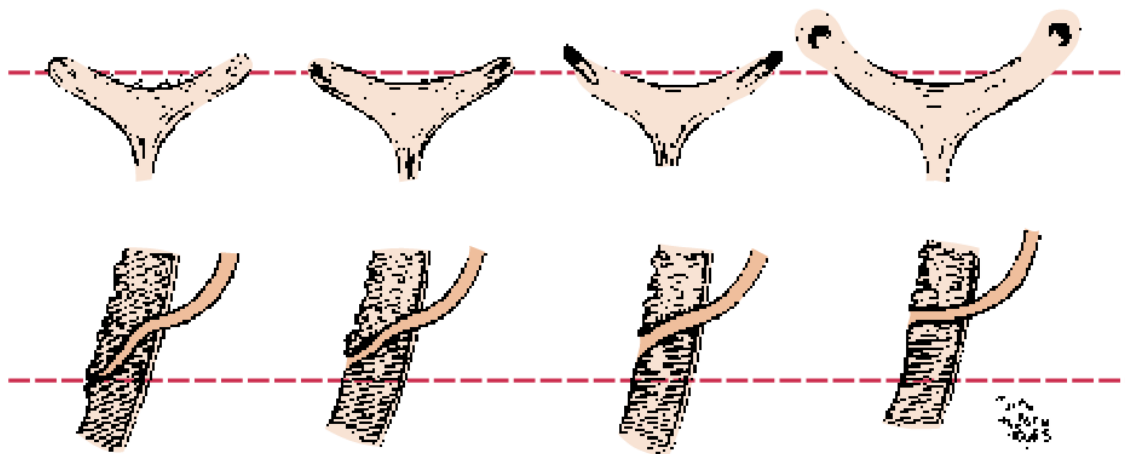


Fig. 576.1 Normal and abnormal configuration of the ureteral orifices. Shown from left to right, progressive lateral displacement of the ureteral orifices and shortening of the intramural tunnels. Top, Endoscopic appearance. Bottom, Sagittal view through the intramural ureter.

این موارد باعث ایجاد اسکار می گردد.

در کودکان مبتلا به UTI، تب دار ریسک آسیب به کلیه ۳ برابر بیش از کودکان فاقد ری فلاکس است.

اسکار ژنرالیزه کورتکس باعث HTN وابسته به رنین، نارسایی کلیه، ESRD، اختلال رشد جسمی و موربیدیتی در زنان حامله می شود.

اسکار در اثر ری فلاکس امکان دارد در زمان تولد وجود داشته باشد یا در غیاب عفونت، اگر هماهنگی مثانه اسفنکتر وجود نداشته باشد در زمان ادرار کردن وجود داشته باشد، ایجاد می گردد.

ری فلاکس نفروپاتی یکی از شایع ترین علل HTN در کودکان است.

ری فلاکس در غیاب عفونت و فشار بالای مثانه (PUV یا مثانه نوروپاتیک) باعث آسیب کلیوی نمی شود.



طبقه‌بندی:

شدت ریفلاکس بر اساس VCUG از I تا V طبقه‌بندی می‌شود.

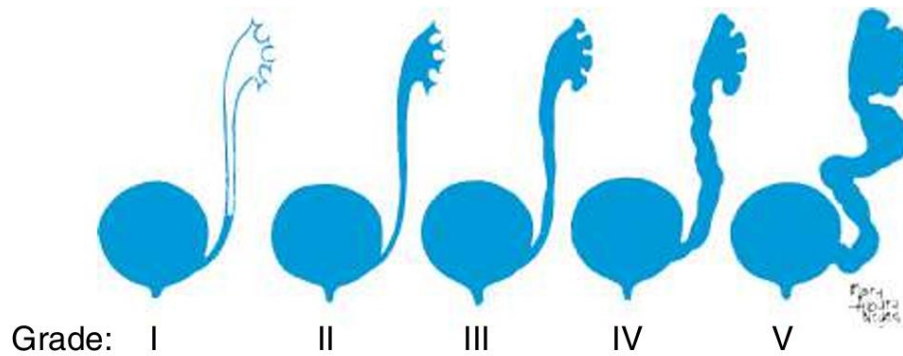


Fig. 576.2 Grading of VUR. Grade I: VUR into a nondilated ureter. Grade II: VUR into the upper collecting system without dilation. Grade III: VUR into a dilated ureter and/or blunting of the calyceal fornices. Grade IV: VUR into a grossly dilated ureter. Grade V: massive VUR, with significant ureteral dilation and tortuosity and loss of the papillary impression.

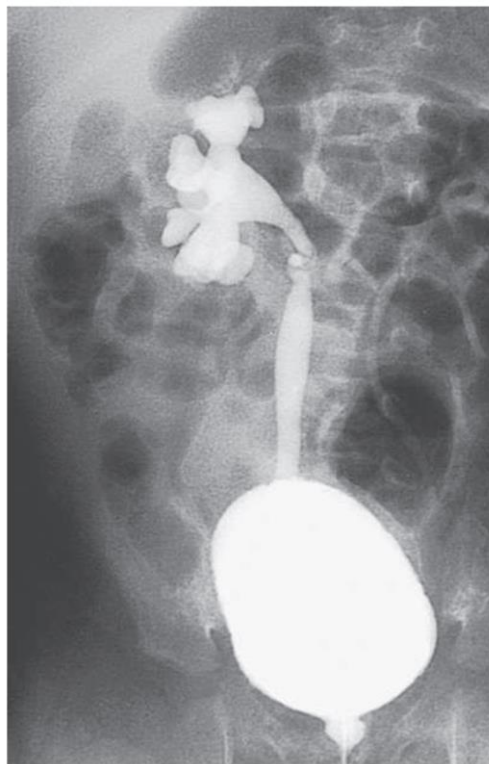


Fig. 576.3 VCUG showing grade IV right VUR.

اگر ریفلاکس خیلی شدید باشد مثانه بیش از حد متسع می‌شود که به این حالت سندرم مگاسیستیک مگایورتر گویند و در پسرها بیشتر است و یک یا دوطرفه است.

ناهنجاری‌های مثانه

۱. اکستروفی مثانه

- مثانه به طور کلاسیک از جدار شکم بیرون زده است.
- ناف به پایین کشیده شده و شاخه‌های پوبیک در خط وسط از هم جدا شده است.



Fig. 578.1 Classic bladder exstrophy in a newborn male. The bladder is exposed in the midline, the umbilical cord is displaced caudad, the penis is epispadiac, and the scrotum is broad.

- اپی‌سپادیازیس کامل با دورسال کوردی. در دختران نیز وجود دارد.
- پرولاپس رکتوم وجود دارد، مقعد در هر ۲ جنس به جلو جابجا شده است.
- بی‌اختیاری ادرار کامل است. امکان قد کوتاه‌تر در این موارد وجود دارد.
- معمولاً مجاری ادراری فوقانی نرمال است.
- درمان: مثانه باید با پوشش پلاستیکی حفظ شود.
- از گاز وازلینه و هرگونه گاز برای پوشش باید جلوگیری کرد.
- برای درمان باید ۱-۲ هفته صبر کرد تا یک تیم اورولوژیست + بیهوشی بیاید.
- از تماس با لاتکس جلوگیری شود.
- اپی‌سپادیازیس در ۱-۲ سالگی ترمیم شود.
- بازسازی گردن مثانه در ۳-۶ سالگی انجام شود.



عواقب اکستروفی مثانه:

اگر درمان نشود، بی‌اختیاری ادراری کامل و افزایش شیوع کانسر مثانه به صورت آدنوکارسینوم است. دفورمیتی ژنیتال در هر ۲ جنس ناتوانی جنسی ایجاد می‌کند (به خصوص مردان). جدایی کامل شاخه‌های پوبیس باعث راه رفتن به صورت Broad-based gait می‌شود که کاراکتریستیک این بیماری است.

در اکستروفی مثانه کلاسیک، معمولاً مجاری ادراری فوقانی در زمان تولد، نرمال است.

بیماران با اکستروفی مثانه دچار VUR می‌شوند و باید پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی دریافت کنند.

ظرفیت مثانه به وسیله سیستم اسکوپ زیر بیهوشی هر ۱۲-۲۴ ماه کنترل می‌شود.

آخرین مرحله بازسازی شامل موارد ذیل است:

ایجاد عضله اسفنکتری برای کنترل مثانه و اصلاح VUR.

در این زمان کودک ۳-۶ ساله است.

ظرفیت مثانه، حداقل ۸۰ تا ۹۰ سی سی باید باشد و کودک باید کنترل اسفنکتر مقعدی را پیدا کند.

نلسون ۲۰۲۰:

بازسازی یک مرحله‌ای اکستروفی مثانه شامل بستن مثانه، بستن دیواره شکم، ترمیم اپی‌سپادیاس در پسران است.

بعد از جراحی، مجاری ادراری فوقانی شیرخوار از نظر هیدرونفروز، عفونت مانیتور شود.

پروگنوز طولانی مدت:

کنترل اکستروفی مثانه شامل موارد ذیل است:

✓ بررسی مجاری ادراری فوقانی از نظر ظاهر و عملکرد، UTI، توانایی کنترل ادرار، عملکرد نعوظی، عملکرد جنسی و باروری در سنین بالاتر.

✓ از لحاظ عملکرد، گردن مثانه بازسازی شده حین ادرار کردن مثل یک کودک طبیعی شل نمی‌شود و این بیماران باید با مانور والسالوا ادرار کنند.

در موارد ذیل جراحی بازسازی برای کسب کنترل ادرار نیاز می‌باشد:

(۱) کودکانی که بیش از یک سال بعد از بازسازی گردن مثانه همچنان بی‌اختیاری دارند.

(۲) آن‌هایی که به دلیل ظرفیت کم مثانه، بازسازی گردن مثانه انجام نمی‌شود.

در برخی موارد می‌توان از تزریق دکسترانومر یا میکروسفر پلی‌دی متیل سیلوکسان به داخل گردن مثانه برای کنترل ادرار به دست آید.

انتخاب‌های درمان به شرح ذیل است: (از نظر سؤالی ارزشی ندارد.)

(۱) سیستم پلاستی تجمعی ← ظرفیت مثانه افزایش می‌یابد.

(۲) ساختن یک مثانه جدید از روده بزرگ و کوچک

(۳) قرار دادن یک اسفنکتر مصنوعی با Augmentation Cystoplasty احتمالی (بزرگ کردن مثانه با وصله)

(۴) یورتروسیگموئیدوستومی

(۵) جراحی Mainz II

اختلالات ادرار کردن

۱. فرمول ظرفیت مثانه به اونس:

فرمول ظرفیت مثانه تا سن ۱۴ سالگی عبارتند از:

$$30 \times (2 + \text{سن کودک}) = \text{ظرفیت مثانه به سی سی}$$

- در سن ۲-۴ سالگی کودک آماده رفتن به توالت است.

- دختران به طور مشخص کنترل مثانه را از پسران زودتر کسب می کنند.

۲. بی اختیاری روزانه:

در سن ۵ سالگی ۹۵٪ کودکان در برخی ساعات طی روز خشک هستند و ۹۲٪ کاملاً خشک هستند.

• شایع ترین علت بی اختیاری روزانه مثانه بیش فعال است.

Table 580.1 Causes of Urinary Incontinence in Childhood

Overactive bladder (urge incontinence or diurnal urge syndrome)
Infrequent voiding (underactive bladder)
Voiding postponement
Detrusor-sphincter discoordination
Nonneurogenic neurogenic bladder (Hinman syndrome)
Vaginal voiding
Giggle incontinence
Cystitis
Bladder outlet obstruction (posterior urethral valves)
Ectopic ureter and fistula
Sphincter abnormality (epispadias, exstrophy; urogenital sinus abnormality)
Neuropathic
Overflow incontinence
Traumatic
Iatrogenic
Behavioral
Combinations

• بی اختیاری ادراری در کودکان مبتلا به یبوست/بی اختیاری مدفوع شایع است.



• ارزیابی U/A و U/C، اندازه‌گیری باقیمانده ادراری، سونو کلیه و ... نیاز است.

نکات مهم در شرح حال‌گیری عبارتند از:

- ✓ الگوی بی‌اختیاری مثل تکرر ادرار، تعداد دفعات نشت ادرار روزانه و شبانه
- ✓ حجم ادرار دفع شده در اپی‌زودهای بی‌اختیاری
- ✓ جریان مداوم ادرار به صورت پرفشار و قوی
- ✓ احساس عدم تخلیه کامل مثانه
- ✓ ثبت زمان ادرار کردن
- ✓ سایر مشکلات اورولوژیک عبارتند از: UTI، ریفلاکس، اختلالات نورولوژیک یا تاریخچه خانوادگی دوپلیکاسیون
- ✓ عادات روده‌ای: یبوست، انکوپرزیس
- ✓ سابقه سوء استفاده جنسی
- ✓ معاینات فیزیکی: قد کوتاه، HTN، کلیه‌ها یا مثانه بزرگ، یبوست، چسبندگی لبیا، اکتوپی حالب، آنومالی‌های ساکروم یا ناحیه پشت ساکرال

چه ارزیابی‌هایی در بی‌اختیاری روزانه باید انجام گردد:

(همکاران گرامی این قسمت در آسکی KFP به صورت تیک زدن سؤال می‌آید)

- ☐ U/A، U/C (در صورت وجود اندیکاسیون)
- ☐ جدول ثبت زمان و حجم ادرار
- ☐ حجم ادرار باقی مانده بعد از ادرار کردن
- ☐ نمره حاصل از پرسشنامه شکایت اختلال ادرار کردن

اختلالات و آنومالی‌های محتویات اسکروتوم

کریپتواریکی‌دیسم (بیضه‌های نزول نکرده):

عدم وجود بیضه قابل لمس در اسکروتوم یکی از چهار مورد ذیل است:

(۱) نشانه بیضه نزول نکرده

(۲) فقدان بیضه

(۳) retractile testis

(۴) بیضه آتروفیک

اپیدیمیولوژی:

کریپتواریکی‌دیسم شایع‌ترین اختلال تمایز جنسی در پسران است.

نزول بیضه در ماه هفتم تا هشتم بارداری رخ می‌دهد.

۵۰٪ از موارد کریپتواریکی‌دیسم در ۳ ماه اول عمر، به صورت خودبه‌خودی نزول می‌کند.

نکته: نزول خودبه‌خودی testisها ثانویه به افزایش تستسترون در دو ماه اول عمر رخ می‌دهد که این زمان باعث رشد قابل توجه penis می‌شود.

نکته: اگر بیضه‌ها تا سن ۴ ماهگی نزول نکنند، نزول نخواهد کرد.

در ۱۰٪ موارد کریپتواریکی‌دیسم دوطرفه است.

کریپتواریکی‌دیسم ممکن است ثانویه به فتق اینگوینال ترمیم شده باشد.

پاتوژنز:

بیضه در هفته ۷-۸ بارداری در داخل شکم تکامل می‌یابد.

در هفته ۱۰-۱۱ بارداری، سلول لایدیک، تستسترون تولید می‌شود.

در هفته ۳۲-۳۶ بیضه به وسیله گوبرناکولوم در جای خود ثابت می‌گردد، فرایند نزولش آغاز می‌شود.

علائم بالینی:

✓ بیضه‌های نزول کرده در دسته ذیل طبقه‌بندی می‌شود:

(۱) شکمی (قابل لمس نیست)

(۲) peeping (شکمی بوده و با فشار به بخش فوقانی کانال اینگوینال می‌آیند).



۳) اینگوینال

۴) لغزنده که با ایجاد فشار به داخل اسکروتوم می‌آید ولی فوراً برمی‌گردد.

۵) اکتوپیک: به صورت اینگوینال سطحی، به ندرت پرینتال

عواقب کریپتواریکیدیسم:

- ۱) اختلال تکامل جنسی: در نوزاد مذکر که بیضه‌های دوطرفه نزول نکرده است، باعث شک می‌شود.
- ۲) در یک پسر با هیپوسپادیس پروگزیمال یا میانه پنیس و بیضه نزول نکرده اختلال جنسی وجود دارد.

عواقب کریپتواریکیدیسم:

- ۱) رشد ضعیف بیضه
 - ۲) بدخیمی بیضه
 - ۳) هرنی همراه
 - ۴) تورشن بیضه نزول نکرده
 - ۵) اثرات روانی بیضه خالی
- بافت بیضه نزول نکرده در بدو تولد نرمال است ولی تغییرات پاتولوژیک تا ۶-۱۲ ماهگی آشکار می‌شود.
- نکته:** در زمان بلوغ هیچ اسپرم زنده‌ای داخل بیضه وجود ندارد.
- در طول مدت این تغییرات پیشرفت کرده و بعد از ۷-۴ سالگی دیده می‌شود.
- نکته:** خطر بروز تومور ژرم سل در یک بیضه نزول نکرده، ۴ برابر جمعیت عادی است.
- نکته:** اگر ارکیوپکسی قبل از ۱۰ سالگی انجام شود، خطر بدخیمی کمتر است (نلسون ۲۰۲۴).
- پیک سنی برای بروز تومور بیضه ۴۵-۱۵ سالگی است.
- سمینوما شایع‌ترین تومور است که در بیضه نزول نکرده رخ می‌دهد.
- بعد از ارکیوپکسی ۶۵٪ از تومورهای بیضه تومورهای غیر سمینوما هستند.
- اگر ارکیوپکسی قبل از ۲ سالگی انجام گیرد، بروز تومور بیضه بعد از ارکیوپکسی ناشایع است.
- نکته:** اکثراً یک هرنی اینگوینال غیرمستقیم در کنار بیضه نزول نکرده مادرزادی وجود دارد.
- تورشن و انفارکتوس بیضه نزول نکرده شایع نمی‌باشد.
- بیضه نزول نکرده بالا رفته:
- بیضه‌ای که در کیسه اسکروتوم آمده ولی در سن ۱۰-۴ سالگی، بیضه‌ها داخل اسکروتوم نمانده، بیضه نزول نکرده اکتسابی گویند.
- اگر در معاینه بیضه قابل لمس نباشد، تست صابون مفید است.
- این افراد سابقه retractile testis دارند که در نتیجه رفلکس کرماستریک است.
- اکثر پسران بالای یک سال رفلکس کرماستریک دارند. در معاینه در حالت frog leg باید باشد که در این صورت به راحتی بیضه داخل یک بیضه قرار می‌گیرد.

شرح حال گیری و معاینه بالینی

بخش ۲۳: اختلالات ژنیکولوژیک در شیرخواران و کودکان

همکاران گرامی بخش ۲۳ از فصول مهمی می باشد که اخیراً اساتید محترم طراح سؤال، سؤالات مختلفی را از این مبحث طرح می کنند، بنابراین خواندن خلاصه مفید و مختصر از این بخش به شما در کسب نتیجه برتر کمک کننده خواهد بود.

معاینه ژنیکولوژیک:

بر اساس سن صورت می گیرد. عادت ماهیانه، بر اساس سن همراه با سایر علائم حیاتی باید چک شود.

نوزادان:

متخصص زنان باید ژنیتالیای دخترانه را بررسی کند تا از باز بودن واژن اطمینان حاصل کند.

متخصص کودکان باید موارد ذیل را بررسی کند:

(۱) ژنیتالیا آمبیگوس

(۲) هایمن ایمپرفوره

(۳) اختلالات اوروژنیتال

(۴) توده های شکمی

(۵) هرنی اینگوینال

اثرات ذیل مربوط به استروژن بوده و طبیعی است:

(۱) ترشحات سفید از واژن

(۲) برجستگی لایبیا ماژور

نکته: خونریزی واژینال در اثر ریزش آندومتر رخ می دهد به دلیل پسرفت هورمون های مادری است.

نکته: اگر خونریزی شدید باشد یا بعد از یک ماهگی ادامه داشته باشد، در این صورت نیاز به ارزیابی بیشتر دارد.



انواع هایمن‌ها از جمله ایمپرفوره یا میکروپرفوره در دوران نوزادی نیاز به درمان ندارند.

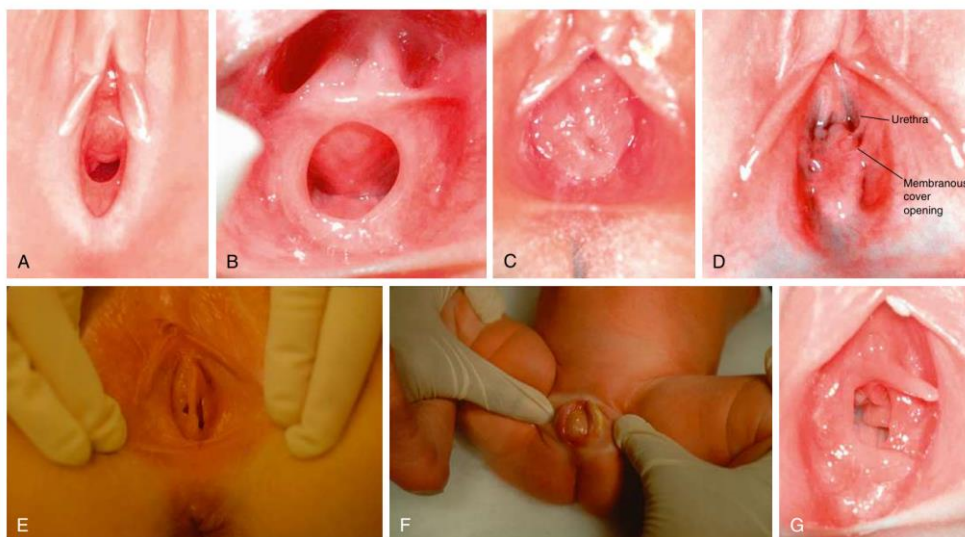


Fig. 585.1 Types of hymens. A, Crescentic. B, Annular. C, Redundant. D, Microperforate. E, Septated. F, Imperforate. G, Hymeneal tags. (A–F from Perlman SE, Nakajima ST, Hertweck SP, eds: Clinical Protocols in Pediatric Adolescent Gynecology. Parthenon Publishing Group, 2004; G, from McCann JJ, Kerns DL [eds]: The Child Abuse Atlas. St Louis: Evidentia Learning, 2021, www.childabuseatlas.com.)

نکته: مالفورماسیون‌های کلیوی که در همراهی آنومالی‌های مولرین دیده می‌شود با آنومالی‌های هایمن ارتباطی ندارند.

نکته: موکوکولپوس چیست؟

ترشحات واژن است که در پشت خروجی هایمن تجمع می‌کند.

معاینه کلیتوریس:

اگر بزرگتر از ۶ میلی‌متر باشد نیاز به بررسی دارد.

CAH یکی از موارد خطرناک می‌باشد که منجر به دهیدراتاسیون و اختلالات آب الکترولیت می‌گردد.

در نوزادان قطر تخمدان‌ها کمتر از یک سانتی‌متر و حجم آن حدوداً 1 cm^3 است.

کیست‌های کوچک در سونوگرافی نشانه فولیکول‌های تخمدان است.

کیست‌های بزرگ (بیش از ۴-۵ سانتی‌متر) یا کیست‌ها با آناتومی کمپلکس خطر تورشن تخمدان، خونریزی، تومور تخمدان را بالا می‌برد.

اگر کیست تخمدان در دوران نوزادی در حال بزرگ شدن باشد، یا بهبود نیابد باید مشاوره انجام گردد.

در صورت وجود اختلال در تنفس یا باعث انسداد گوارشی شود نیاز به دکمپرسیون دارد که ممکن است با آسپیراسیون سوزنی صورت گیرد اما توصیه نمی‌شود.

□ شیرخواران و دختران قبل از بلوغ:

در طول دوره شیرخوارگی، رحم از نظر اندازه پسرقت می‌کند، ولی تا ۵۶ سالگی به اندازه زمان تولد نمی‌رسد.

خونریزی واژینال در کودکان قبل از بلوغ

همکاران گرامی یکی از مباحث بسیار مهم و ۱۰۰٪ امتحانی است، و امکان مطرح شدن در امتحان و آسکی وجود دارد.

نکته بسیار مهم:

خونریزی واژینال در شیرخواران و کودکان قبل از سن بلوغ همواره نیاز به بررسی دارد. در اولین هفته زندگی به علت کاهش استروژن مادر در گردش خون نوزاد می‌باشد که باعث ریزش اندومتر شده و باعث خونریزی نوزاد می‌گردد.

علل شایع عبارتند از:

- ولوواژینیت، بیماری پوستی، جسم خارجی داخل واژن، پرولاپس اورترال
- علل کمتر شایع عبارتند از: استروژن اگزورژن و اندروژن
- اکثر خونریزی واژینال در کودکان ایدیوپاتیک هستند ولی اکثر موارد در اثر ولوواژینیت هستند.
- ولوواژینیت
- در اثر انتقال تنفسی و دهانی، مدفوعی و تماس جنسی است. با ترشحات واژینال خونی - سروزی که با تحریک ولوو همراه است.
- از نظر فاکتورهای آناتومیک موارد ذیل وجود دارد:
- لابیای کامل تکامل یافته به عنوان یک مانع محافظت کننده می‌باشد.
- واژنی که تحت اثرات استروژن کم قرار دارد در معرض عفونت بالایی قرار دارد.

چه مواردی ولوواژینیت اختصاصی را کاهش می‌دهد؟

- (۱) شستشوی مرتب دست‌ها
- (۲) بهبود بهداشت پرینه: شستشو از جلو به عقب، استفاده از دستمال مرطوب بعد از دفع مدفوع، تمیز کردن ژنیتالیا بعد از حمام
- (۳) دوری از محرک‌های موضعی، مواد شیمیایی، صابون‌های معطر
- (۴) استفاده از امولینت‌های ملایم موضعی



نکته: در موارد عودکننده از آنتی بیوتیک باید استفاده کرد.

لیکن اسکروز:

کلیدهای ذیل به تشخیص کمک کننده است:

- التهاب مزمن
- خارش شدید
- از دست دادن ساختار نرمال
- نازک شدن و سفید شدن پوست ناحیه پری آنال و ولو
- ظاهر ساختار

برای تشخیص بیوپسی پوست باید انجام شود.

درمان: اولین قدم کورتون با دوز بالا (کلوبتازول) برای ۴ هفته و تا بهبود علائم بالینی و سپس کاهش دوز دارو.

جسم خارجی واژن:

ترشحات خونی و بدبو می باشد.

درمان شناسایی سریع و خروج جسم خارجی

عوارض:

(۱) عفونت ادراری عودکننده

(۲) مشکلات پوستی

(۳) پرفوراسیون واژن یا تشکیل فیستول

اگر جسم خارجی قابل مشاهده باشد با سرم شستشو می توان خارج کرد.

اگر قابل مشاهده نباشد، باید زیر بیهوشی واژینوسکوپی گردد.

پرولاپس اورترال:

بیرون زدگی مخاط اورترا از منفذ خروجی است که باعث ایجاد توده شکننده می شود.

اتیولوژی ها عبارتند از:

- استروژن کم
- بیماری های نوروماکولار
- آنومالی اورترا
- نقایص فاسیا
- تروما
- افزایش مزمن فشار داخل شکم (مانور والسالوا)

نئوپلاسم‌های ژنیکولوژیک در نوجوانان، روش‌های پیشگیری از HPV

مقدمه:

- (۱) شایع‌ترین بدخیمی در کودکان و نوجوانان مربوط به تخمدان‌ها هستند. علائم به صورت توده در شکم و لگن، درد حاد یا مزمن در قسمت پایین شکم و یا مشکلات قاعدگی می‌باشد.
- (۲) در این بیماران بررسی‌های ذیل انجام یابد:
 - ✓ معاینه فیزیکی
 - ✓ تست‌های آزمایشگاهی: تست‌های حاملگی از راه ادرار
 - سطح هورمون‌ها
 - مارکرهای تومورها
 - تصویربرداری: سونوگرافی شکمی روش ارجح تصویربرداری ارجح اولیه است.

تشخیص‌های افتراقی به شرح ذیل است:

- تومورهای ژنیکولوژیک
- وضعیت‌های التهابی
- تومورهای سایر ارگان‌ها
- اشکالات فیزیولوژیک و فانکشنال تخمدان
- عفونت‌ها

نکته: ۳۳-۹٪ نئوپلاسم‌های تخمدان در کودکان و نوجوانان بدخیم هستند.

در بین بدخیمی‌های ژنیکولوژیک، تومور ژرم سل، به طور شایع می‌باشد.

نکته: عوارض رادیوتراپی عبارتند از:

- نازایی
- سقط خودبه‌خودی
- IUGR
- آسیب واژن، مثانه، حالب‌ها، پیشابراه، رکتوم
- کوتاهی واژن، تنگی واژن، فیستول مجاری ادراری و اسهال



نئوپلاسم‌های تخمدان:

۱. کیست‌های تخمدانی نوزادی و کودکی:

نکته: در تمام نوزادان سالم و شیرخواران و دختران قبل از بلوغ فولیکول‌های نرمال و کیست‌های فیزیولوژیک تخمدان قابل مشاهده هستند.

نکته: در دوران جنینی، فولیکول‌ها در اثر وجود استروژن مادری است که به وسیله سونوگرافی جنینی قابل شناسایی هستند.

کیست‌های ساده به طور خودبه‌خود برطرف می‌شوند.

* به خاطر احتمال تورشن تخمدانی و از بین رفتن تخمدان، باید قبل از رخداد چنین حوادثی از سیستم‌های لاپاراسکوپی با گاید سونوگرافی، آسپیره کردن و رفع تورشن اقدام کرد.

علائم توده‌های تخمدانی به شرح ذیل است:

از بدون علامت بودن تا علائمی چون تهوع، استفراغ، تکرر ادرار یا احتباس ادرار متفاوت است.

نکته: شایع‌ترین عارضه کیست‌ها: تورشن تخمدان‌ها است. این حالت منجر به از دست دادن تخمدان‌ها می‌گردد.

کیست‌های ذیل نیاز به ارزیابی فوری دارند:

(۱) کیست‌های بزرگ: $4-5 \text{ cm} <$

(۲) کیست‌های با مشخصه کمپلکس که به صورت سطح مایع - لخته، دبری، اجزاء جامد، دبری می‌باشند.

(۳) کیست در دوران قبل از منارک

۲. کیست‌های عملکردی:

در طی سیکل قاعدگی، یک فولیکول غالب تشکیل شده و اندازه آن بزرگ شود و بعد از تخمک‌گذاری، این فولیکول تبدیل به کورپوس لوتئوم یا جسم زرد می‌شود.

اگر این حالت دچار خونریزی شود، کورپوس لوتئوم هموراژیک نام می‌گیرد.

درمان:

(۱) انتظاری: اکثر این کیست‌ها کمتر از 5 cm اندازه دارند و در سونوگرافی‌های انجام شده طی ۶-۸ هفته بهبود می‌یابد.

از OCP برای سرکوب رشد فولیکول‌ها استفاده می‌گردد.

(۲) کیست‌هایی که بیش از ۳ سیکل باقی بمانند، فیزیولوژیک نیستند و نیاز به ارزیابی دارند.

۳. تراتوم‌ها:

شایع‌ترین نئوپلاسم تخمدان در کودکان و نوجوانان کیست‌های بالغ (کیست درموئید) است.

کیست‌های درموئید دارای خصوصیات ذیل هستند:

(۱) بافت‌های اکتودرمال: پوست، مو، غدد سباسه، بافت نورواکتودرمال

(۲) بافت مزودرمال: عضله، استخوان، غضروف، چربی، دندان

(۳) بافت اندودرمال: تیروئید، بزاقی، تنفسی، گوارشی

FGM دستکاری اندام تناسلی زنانه

FGM^۱

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 593.2	Factors That Influence Whether or Not a Child May Have FGM
RISK FACTORS Mother or sister cut Isolated mother Grandmother influential Little information and discussion about FGM	
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	

جدول فوق کلیدهایی است که ریسک فاکتورها و فاکتورهای حفاظت‌کننده از FGM می‌باشند.



برای کشف FGM برخی موارد کلیدهای تشخیصی هستند که ظن پزشک را به سمت FGM می‌برد، UTI مکرر با وولوواژینیت می‌باشد، به خصوص زمانی که مادر خودش نیز تحت FGM بوده و از طرف شوهر حمایت نمی‌شود. پزشک می‌تواند با کولپوسکوپ FGM را اثبات کند.