

با نگاه خدا

طبابت هنر است،
هنر با همگی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	قادری، الهه، ۱۳۷۰- بزرگمهر، بهنوش، ۱۳۷۳ ژنیکولوژی عمومی B: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Berek & Novak's gynecology 2025 17th edition / ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: مهدخت منشی؛ بهنوش بزرگمهر تهران: کاردیا، ۱۴۰۵. ۲۰۶ص: مصور، جدول. ... مجموعه PRO levels OB/GYN 2025.
مشخصات نشر مشخصات ظاهری فروست شابک	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ ریال الهه شهزادی فیبا
مدیر تولید و برنامه ریزی وضعیت فهرست نویسی یادداشت عنوان دیگر موضوع	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Berek & Novak's gynecology, 17th. ed, 2025" اثر جاناتان اس برک است. بیماری‌های زنان نواک. پزشکی زنان -- Gynecology زنان -- بیماری‌ها -- Women -- Diseases پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Women -- Examinations, questions -- etc. برک، جاناتان Berek, Jonathan S. نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۵۷ م. Novak, Emil ۱۰۱RG ۱/۴۱۸ ۱۰۰۵۰۸۷۳ فیبا
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	

ژنیکولوژی عمومی B- خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال
ژنیکولوژی عمومی B- خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال
ترجمه و تلخیص و پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر الهه قادری و دکتر بهنوش بزرگمهر	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال
ناشر: انتشارات کاردیا	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال
صفحه آرا: رزیدنت یار - مهشید چگینی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال
طراح و گرافیست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۸۹-۱ شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۴۲۰-۴ بهاء: ریال

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

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

www.residenttvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ژنیکولوژی عمومی B

از مجموعه

PRO LEVELS
OB/GYN 2026

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

۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵

Berek & Novak's Gynecology /17th edition

ترجمه و تلخیص و پاسندهی به سوالات



دکتر الهه قادری

متخصص زنان و زایمان

۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

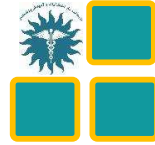
عضو هیئت علمی دانشگاه ایران

دکتر بهنوش بزرگمهر

متخصص زنان و زایمان

۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

عضو هیئت علمی دانشگاه ایران



سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش ناممحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاکران درگاهت و مقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار) با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



به نام آفریدگار جان و فرد

کتاب حاضر با هدف تسهیل مطالعه و مرور مطالب مورد نیاز رزیدنت‌های زنان و زایمان برای آزمون‌های ارتقا و مورد تخصصی تهیه شده است. ممتوای این مجموعه حاصل ترجمه و تلخیص بخش‌های منتخب از کتاب برک و نواک، بوده و تلاش شده است مطالب ضروری و پرکاربرد به شکلی منسجم، روان و قابل استفاده در مرورهای آموزشی گردآوری شوند. با توجه به حجم گسترده منابع اصلی، نیاز به مجموعه‌ای خلاصه و هدفمند برای مرور نکات کلیدی همواره احساس می‌شود. از این رو، در تدوین این کتاب سعی شده است ضمن مفظ دقت علمی، از پرداختن به جزئیات غیرضروری پرهیز شود تا مطالعه مطالب برای دستیاران ممتره آسان‌تر و اثربخش‌تر باشد. البته این مجموعه جایگزین منابع اصلی نیست، بلکه تلاشی است برای منظم‌تر کردن مسیر مطالعه و کمک به مرور مطالب ضروری و پرکاربرد. امید است این مجموعه بتواند به عنوان ابزاری کمکی در کنار منابع اصلی، در ارتقای دانش علمی و آمادگی هرچه بیشتر همکاران گرامی برای آزمون‌های تخصصی مورد استفاده قرار گیرد. بی‌شک این اثر خالی از اشکال نیست؛ لذا از تمامی اساتید و همکاران بزرگوار فواہشمنده با نظرات و انتقادات سازنده خود، ما را در بهبود چاپ‌های بعدی یاری فرمایند.

با آرزوی موفقیت برای همکاران عزیز

دکتر الهه قادری و دکتر بهنوش بزرگمهر

فهرست مطالب



۱۱.....	فصل ۱۳ - اندومتریوز.....
۳۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....
۳۷.....	فصل ۱۵ - عفونت‌های تناسلی - ادراری و بیماری‌های آمیزشی.....
۵۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۵.....
۷۱.....	فصل ۱۶ - بیماری‌های داخل اپی تلیومی سرویکس، واژن و ولوو.....
۹۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶.....
۱۱۵.....	فصل ۱۷ - تمایلات جنسی و اختلال عملکرد جنسی.....
۱۳۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۷.....
۱۴۱.....	فصل ۱۸ - یائسگی.....
۱۵۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸.....
۱۶۱.....	فصل ۱۹ - بیماری‌های خوش خیم پستان.....
۱۸۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹.....

اندومتريوز

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

تعریف: حضور بافت آندومتر (غدد و استروما) در خارج از رحم
شایع ترین نقاط ابتلا به اندومتريوز احشاء لگنی و صفاق می باشند.

اپیدمیولوژی:

- اغلب در زنان سنین باروری دیده می شود.
- میزان شیوع آن ۱۰٪ می باشد (در سنین باروری).
- اگرچه اغلب در سنین باروری گزارش شده اما در نوجوانان و زنان یائسه تحت هورمون درمانی هم دیده شده است.

عوامل خطر:

- * منارک زودرس
- * سیکل قاعدگی کوتاه
- * هیپرمنوره
- * BMI پایین (کاهش شاخص توده بدنی)
- * نولی پاریته
- * ناهنجاری های انسدادی مولرین
- * تولد زودرس و وزن کم زمان تولد
- * تغذیه با شیر خشک در نوزادی (Formula feeding)
- * تماس با دی اتیل استیل بسترول (DES)
- * اندومتريوز در اقوام درجه اول
- * تماس با دی اکسین یا بی فنیل کلرینه (PCB)

عوامل محافظت کننده:

- مولتی پاریته
- شیردهی



- تماس با دخانیات در دوران جنینی
- بالا بودن BMI
- افزایش نسبت کمر به باسن
- ورزش
- رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزی

نکته: استفاده قبلی از روش‌های جلوگیری از بارداری یا IUD با افزایش خطر اندومتریوز ارتباطی ندارد. در مورد استعمال دخانیات، ارتباط آن با اندومتریوز نامشخص است (برخی مطالعات کاهش خطر و برخی عدم ارتباط را نشان داده‌اند).

ارتباط اندومتریوز با سرطان:

خطر سرطان تخمدان ۱,۹ برابر افزایش می‌یابد که این افزایش به ویژه در سرطان تخمدان نوع سلول شفاف (۳,۴ برابر) و نوع اندومتریوئید (۲,۳ برابر) دیده می‌شود. همچنین اندومتریوز با افزایش خطر سرطان تیروئید و افزایش بسیار جزئی (۴ درصدی) سرطان پستان در ارتباط است. نکته بسیار مهم این است که اندومتریوز باعث کاهش خطر سرطان دهانه رحم (Cervical Cancer) می‌شود

اتیولوژی: چهار نظریه جهت پاتوژنز اندومتریوز مطرح شده

(۱) کاشته شدن نابه‌جای بافت آندومتر: این نظریه پس زدن خون قاعدگی از لوله‌های رحمی طی خونریزی قاعدگی را علت اندومتریوز می‌داند. یافته‌های زیر از این نظریه حمایت می‌کنند:

- وجود سلول‌های آندومتر در مایع دیالیز زنانی که طی قاعدگی دیالیز می‌شوند.
- اندومتریوز بیشتر در قسمت‌های dependent لگن دیده می‌شود (تخمدان‌ها - کلدوساک‌ها - رباط‌های یوتروساکرال - خلف رحم و رباط‌های پهن).

- زنانی که فواصل قاعدگی آن‌ها کوتاه‌تر است و مدت خونریزی بیشتر است با احتمال بیشتری دچار قاعدگی رتروگرید می‌شوند و در معرض بیشتر اندومتریوز هستند.

(۲) متاپلازی سلومیک: تغییر شکل اپی تلیوم سلومی به بافت آندومتر به عنوان مکانیسمی جهت پیدایش اندومتریوز مطرح شده است.

(۳) فرضیه القاء: طبق این نظریه نوعی عامل بیوشیمیایی اندوزن (که ناشناخته است) باعث القاء سلول‌های تمایز نیافته صفاقی و تبدیل آن‌ها به آندومتر می‌شود.

(۴) تئوری سلول‌های بنیادی (Stem Cells):

طبق این نظریه، سلول‌های بنیادی آندومتر ممکن است پس از قاعدگی رتروگرید روی صفاق کاشته شوند، یا این که سلول‌های بنیادی (مثلاً از مغز استخوان) به طور غیرطبیعی به سمت بافت نابجای آندومتر جذب (Recruit) شوند.»

• عوامل ژنتیک:

- اندومتریوز در اثر ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی ایجاد می‌شود. این عوامل ژنتیکی به واریانت‌های ژنتیکی ژرم لاین (رده زایا) و سوماتیک تقسیم‌بندی می‌شوند.

• واریانت‌های رده زایا: باعث استعداد ژنتیکی ابتلا به اندومتریوز می‌شوند اما فقط عامل ۵۰ درصد موارد بیماری است.



دلایل ارثی بودن اندومتریوز:

- تجمع خانوادگی اندومتریوز
- اثر موسس در جمعیت ایسلند
- ابتلای هم‌زمان در دوقلوهای مونوزیگوت
- شروع علائم در سن مشابه در خواهران مبتلای غیر دوقلو
- افزایش شیوع اندومتریوز در بستگان درجه اول
- شیوع ۱۵ درصدی یافته‌های MRI مبنی بر اندومتریوز در بستگان درجه اول زنان مبتلا به مراحل ۳ یا ۴ بیماری
- القای اندومتریوز شبه انسانی در موش‌ها از طریق فعال‌سازی آلل انکوژنیک K-ras
- **اگر یکی از بستگان درجه اول مبتلا باشد احتمال اندومتریوز ۷ برابر افزایش می‌یابد.**
- وراثت چند عاملی برای اندومتریوز مطرح شده است.

• تغییرات سوماتیک:

سلول‌های اپی تلیال کیست‌های اندومتریوزی بر پایه متیلاسیون ژن فسفوگلیسرات کیناز منوکلونال هستند اما غدد اندومتری طبیعی پلی کلونال هستند. آنالیز DNA در اندومتریوز آنپلوئیدی را نشان نداده است. در مطالعه‌ای در اندومتریوز، آدنوکارسینوم تخمدان و اندومتر طبیعی تریزومی کروموزوم‌های ۱ و ۷ و منوزومی ۹ و ۱۷ گزارش شده است.

مطالعات جدید نشان می‌دهند که ضایعات اندومتریوزی و همچنین بافت اندومتر طبیعی در زنان مبتلا، حاوی جهش‌های سوماتیک راه انداز سرطان (Cancer-driver mutations) مانند ARID1A، KRAS، PIK3CA و PPP2R1A هستند. این جهش‌ها منحصراً در بخش اپیتلیال ضایعات دیده می‌شوند و در سرطان‌های تخمدان مرتبط با اندومتریوز (سلول شفاف و اندومتریوئید) نیز وجود دارند که این موضوع نشان دهنده منشأ کلونال مشترک آنهاست.

عوامل ایمنولوژیک و التهاب:

با توجه به اینکه همه خانم‌های مبتلا به قاعدگی رتروگرید دچار اندومتریوز نمی‌شوند احتمال تغییر سیستم ایمنی در مبتلایان به اندومتریوز وجود دارد.

ممکن است اندومتریوز در اثر کاهش پاکسازی ایمنولوژیک سلول‌های اندومتری زنده از حفره لگن رخ دهد. اندومتریوز ممکن است از کاهش پاکسازی سلول‌های اندومتری مایع صفاقی به واسطه کاهش فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی (NK) و یا کاهش فعالیت ماکروفاژها ایجاد شود. البته پایین بودن فعالیت سلول‌های NK در بیماران مبتلا به اندومتریوز شدیداً مورد اختلاف نظر (Controversial) است؛ چرا که برخی مطالعات هیچ کاهشی را در فعالیت این سلول‌ها نشان نداده‌اند. اندومتریوز با التهاب تحت بالینی صفاق در ارتباط است و با افزایش حجم مایع صفاقی، افزایش تعداد گلبول‌های سفید مایع صفاقی، سیتوکین‌های التهابی، فاکتورهای رشد و مواد افزایش دهنده آنژیوژنز مشخص می‌شود.



فعالیت بالای ماکروفاژهای صفاقی در زنان دچار اندومتريوز ممکن است باعث کاهش تحرک اسپرم و افزایش فاگوسیتوز اسپرم و تداخل در باروری شود و این کار را احتمالاً از طریق ترشح TNF انجام می‌دهد. TNF کاشت لگنی اندومتريوز را هم تسهیل می‌کند. اندومتر نابه‌جا استروژن ترشح می‌کند. در بافت‌های اندومتريوزی غیرفعال شدن ۱۷-بتا استرادیول مختل می‌شود که به علت دوز کم ۱۷ بتا هیدروکسی استروئید دهیدروژناز دو است که در بافت اندومتر طبیعی در پاسخ به پروژسترون بروز می‌کند. وضعیت التهاب تحت بالینی لگن مرتبط با اندومتريوز در گردش خون سیستمیک نیز منعکس می‌شود. افزایش غلظت CRP، آمیلوئید سرمی A، TNF- α ، پروتئین کوفاکتور غشایی ۱، اینترلوکین ۶، اینترلوکین ۸، گیرنده کموکین ۱ در خون بیماران اندومتريوزی دیده می‌شود.

علائم بالینی:

کاهش باروری، دیس منوره، دیس پارونی، درد مزمن لگنی. اندومتريوز حتی در بیماری پیشرفته ممکن است بدون علامت باشد. - اندومتريوز ممکن است با علائم گوارشی مثل تهوع، استفراغ، سیری زودهنگام، نفخ، اتساع شکم و تغییر عادات دفع مدفوع همراه باشد. - نوعی تغییر حرکتی مشخص اسپاسم آمپول واتر - دوازدهه که معادل تشنج در دستگاه عصبی روده است همراه با رشد بیش از حد باکتری‌ها در اکثر زنان مبتلا به اندومتريوز گزارش شده است. مدت زمان بین شروع علائم و تشخیص جراحی بین ۱۲-۸ سال است. میزان تأخیر در تشخیص در زنان دارای درد و ناباروری به ترتیب ۶ و ۳ سال است. این تأخیر طولانی چندعاملی است و به دلایلی نظیر فقدان علائم اختصاصی، عدم وجود بیومارکرهای حساس و اختصاصی، عدم آگاهی کافی و از همه مهمتر علائم (symptom normalization) عادی انگاری رخ می‌دهد. • درد: شروع درد چند سال بعد از منارک مطرح کننده اندومتريوز است. درد اغلب قبل از قاعدگی شروع می‌شود و تمام طول قاعدگی ادامه دارد و اغلب دوطرفه می‌باشد گاهی با کمردرد همراه است. شدت درد لگن با شدت اندومتريوز ارتباطی ندارد. حتی اندومتريوز جزئی می‌تواند درد لگنی ایجاد کند. - شیوع دیس منوره در افراد مبتلا به اندومتريوماي تخمدان نسبت به اندومتريوز سایر مناطق کمتر است. اندومتريوما را می‌توان مارکری از شدیدتر بودن ضایعات عمقی در نظر گرفت. ضایعات عمقی با درد لگن، علائم گوارشی و دفع دردناک همراه هستند. - ارتباط قوی بین ضایعات کولدوساک خلفی و دیس پارونی گزارش شده است. - درد شدید لگن و دیس پارونی شدید ممکن است با اندومتريوز زیر صفاقی عمقی مرتبط باشند. ارتباط نزدیکی بین میزان عصب‌گیری ضایعات اندومتريوزی و علائم درد وجود دارد. **ناباروری:** بین اندومتريوز و ناباروری ارتباط وجود دارد. از جمله عللی که رابطه علت و معلولی بین اندومتريوز و ناباروری را مطرح می‌کنند عبارتند از:

۱- افزایش شیوع اندومتريوز در زنان نابارور (۳۳٪) در مقابل افراد بارور (۴٪)

۲- کاهش میزان باروری ماهانه در زنان مبتلا به اندومتريوز جزئی تا خفیف نسبت به زنان با ناباروری بدون توجیه



- ۳- اثر منفی اندومتریوما بر تخمک‌گذاری خودبه‌خودی
 - ۴- ارتباط دوز - اثر: ارتباط منفی بین مرحله r-ASF اندومتریوز و میزان باروری ماهانه و میزان بارداری تجمعی
 - ۵- کاهش میزان باروری بعد از تلقیح اسپرم اهدایی به زنان مبتلا به اندومتریوز جزئی تا خفیف نسبت به زنان فاقد اندومتریوز
 - ۶- کاهش میزان باروری بعد از تلقیح اسپرم همسر به زنان مبتلا به اندومتریوز جزئی تا خفیف نسبت به زنان فاقد اندومتریوز
 - ۷- کاهش میزان لانه‌گزینی جنین بعد از IVF در زنان مبتلا به اندومتریوز نسبت به زنان دارای ناباروری لوله‌ای
 - ۸- افزایش میزان باروری ماهانه و بارداری تجمعی بعد از برداشت جراحی اندومتریوز جزئی تا خفیف
- در مواردی که اندومتریوز متوسط تا شدید است درگیری تخمدان‌ها وجود دارد و بیماری باعث چسبندگی شده که مانع تحرک لوله - تخمدان و برداشت تخمک شده این نوع اندومتریوز با ناباروری همراه است.
- ارتباط بین اندومتریوز جزئی یا خفیف با ناباروری مورد اختلاف نظر است.

سقط در سه ماهه اول: مطالعات و مرورهای سیستماتیک جدید نشان می‌دهند که شواهد تایید شده‌ای مبنی بر ارتباط بین اندومتریوز و افزایش خطر سقط خودبه‌خودی وجود دارد و اکثر مطالعات جدید این افزایش خطر را تایید می‌کنند.

• اختلالات اندوکراین:

اندومتریوز با اختلالات زیر در ارتباط است:

- ۱- عدم تخمک‌گذاری
- ۲- تکامل غیرطبیعی فولیکولی همراه با اختلال رشد فولیکول
- ۳- کاهش میزان استرادیول در مرحله قبل از تخمک‌گذاری
- ۴- اختلال الگوی ترشح LH Surge
- ۵- لکه‌بینی قبل از قاعدگی
- ۶- سندرم فولیکول لوتئینیزه پاره نشده
- ۷- گالاکتوره و هیپرپرولاکتینمی

اندومتریوز خارج لگنی: اغلب بدون علامت است در مواردی که درد یا توده قابل لمس به صورت دوره‌ای در خارج از لگن تظاهر کند باید اندومتریوز خارج لگنی را مد نظر داشت.

شایع‌ترین بیماری خارج لگنی اندومتریوز دستگاه گوارش به ویژه کولون است که علائم آن عبارتند از: درد شکم و پشت، اتساع

شکم، خونریزی دوره‌ای از رکتوم، یبوست، انسداد روده.

ضایعات اگر حالب را درگیر کنند می‌توانند باعث دیزوری و هماچوری شوند.

ضایعات اندومتریوزی دیافراگم باعث درد دوره‌ای مثانه می‌شوند.

ضایعات اندومتریوزی ریه باعث نوموتوراکس، هموتوراکس یا هموپتیزی طی قاعدگی می‌شوند.

اندومتریوز نافی به شکل توده و درد دوره‌ای تظاهر می‌کند.



معاینه بالینی:

اکثر زنان در معاینه بالینی طبیعی هستند. علی‌رغم اینکه نشانه‌های اندومتريوز در ولو و واژن و سرویکس نادر است باید این نواحی معاینه شوند.

وجود سوراخ تنگ سرویکس از عوامل خطر اندومتريوز است.

دیگر نشانه‌های اندومتريوز عبارتند از:

وجود ندول‌هایی در رباط یوتروساکرال

وجود ندول در کلدوساک

جابه‌جایی لترال سرویکس در نتیجه اسکار یوتروساکرال

تورم دردناک دیواره رکتواژینال

بزرگی کیستیک و یک طرفه تخمدان

کاهش تحرک تخمدان‌ها و لوله‌ها در مرحله انتهایی بیماری

ثابت ماندن رحم در حالت رتروورسیون

در مواردی که ندولاریته رباط رحمی - خاجی در جریان قاعدگی از نظر بالینی به اثبات رسیده باید احتمال اندومتريوز عمقی (عمیق‌تر از ۵ میلی‌متر زیر صفاق) در دیواره رکتواژینال همراه محو شدن کلدوساک و یا اندومتريوز کیستیک تخمدان مطرح شود. در این موارد گاهی ضایعات آبی رنگ در واژن در معاینه با اسپکولوم دیده می‌شوند.

روش‌های تصویربرداری:

هیچ یک از روش‌های تصویربرداری به اندازه کافی در تشخیص اندومتريوز دقت ندارند که بتوان آن‌ها را جایگزین تشخیص چشمی با جراحی و بیوپسی کرد و در نتیجه روش استاندارد اصلی برای تشخیص لاپاراسکوپی و مشاهده ضایعات و بیوپسی از ضایعات مشکوک است.

• سونوگرافی:

- اولین اقدام تصویربرداری سونوگرافی ترانس واژینال است.

- در تشخیص اندومتريوز صفاقی ارزیابی ندارد.

- در تشخیص اندومتريوما و ندول عمقی قابل اعتماد است.

- یافته‌های تیپیک اندومتريوما در TVS: نمای اکوژنیسیته شیشه مات مایع کیست، یک تا چهار حفره‌ای بودن کیست و فقدان جزء جامد

- نقش اصلی TVS پیگیری تشخیصی اندومتريوز، تشخیص حضور اندومتريوما یا ندول اندومتريوزی عمقی است. در صورت شناسایی

اندومتريوما یا ندول عمقی در TVS همیشه باید بررسی دقیق از نظر سایر ضایعات اندومتريوزی (صفاقی و عمقی) انجام شود.

- در موارد شناسایی اندومتريوما باید با اسکن سونوگرافی با یا بدون سنجش CA125 جهت شناسایی موارد نادر سرطان اقدام کرد. اگرچه

در حضور اندومتريوما هم CA125 افزایش می‌یابد.

فقدان اندومتريوز در TVS، وجود اندومتريوز عمقی یا صفاقی را رد نمی‌کند و با توجه به علائم بیمار و یافته‌های معاینه باید بررسی بیشتر

و لاپاراسکوپی تشخیصی مد نظر باشد.

CT و MRI: اقدام اولیه تشخیصی نمی‌باشند و جهت کسب اطلاعات بیشتر یا تأییدی کاربرد دارند.



نتیجه منفی MRI وجود اندومتریوز صفاقی را رد نمی‌کند چون این ضایعات فقط در صورتی قابل شناسایی هستند که هموراژیک باشند، اندازه بیشتر از ۵ میلی‌متر داشته باشند یا با چسبندگی وسیع آناتومی طبیعی را بهم زده باشند. هیستروسالپینگوگرافی: به عنوان روش تشخیصی اولیه به کار نمی‌رود. وجود نقص پرشدگی با اندومتریوز ارتباط دارد. اگر شواهد بالینی دال بر اندومتریوز عمقی باشد باید درگیری روده، مثانه، حالب مورد ارزیابی قرار گیرد (CT، MRI، اوروگرام، باریم انما، سونو (ترانس رکتال، ترانس واژینال و کلیوی).

سته‌های خون و سایر مارکرها: اگرچه هنوز هیچ آزمایش خونی اختصاصی جهت تشخیص قطعی اندومتریوز تأیید نشده است، اما در دهه اخیر تمرکز اصلی تحقیقات بر روی بررسی میکرو RNA بزاقی (Salivary miRNA) به عنوان یک روش تشخیصی غیرتهاجمی بوده است. یک امضای بزاقی شامل ۱۰۹ میکرو RNA با دقت تشخیصی بسیار بالا (ارزش اخباری مثبت ۹۵٪ و ارزش اخباری منفی ۸۷٪) برای تشخیص اندومتریوز معرفی شده است. این تست غیرتهاجمی بسیار امیدوارکننده است و می‌تواند نیاز به لاپاراسکوپی‌های تشخیصی غیرضروری را به شدت کاهش دهد.

- مقدار CA125 در زنان مبتلا به اندومتریوز متوسط تا شدید افزایش می‌یابد و در زنان مبتلا به بیماری خفیف یا جزئی طبیعی است.
- طی قاعدگی افزایش CA125 هم در زنان اندومتریوز و هم در زنان طبیعی دیده می‌شود.
لاپاراسکوپی: به استثناء مواردی که ضایعات اندومتریوز در واژن یا مناطق دیگر قابل مشاهده است لاپاراسکوپی روش استاندارد جهت مشاهده لگن و اثبات تشخیص قطعی است.
زمان خاصی از سیکل جهت لاپاراسکوپی تعیین نشده است.

یافته‌های لاپاراسکوپی:

ضایعات صفاقی، اندومتریوما، اندومتریوز عمقی که با عمق حداقل ۵ میلی‌متر سطح صفاق نفوذ کرده. اکثر بیماران دارای کیست‌های اندومتریوزی تخمدان یا اندومتریوز عمقی مبتلا به بیماری صفاقی نیز هستند.

اندومتریوز صفاقی:

یافته مشخصه در لاپاراسکوپی وجود ضایعات پودر سوخته یا شبیه گلوله روی سطوح سروزی صفاق است. این ضایعات به صورت ندول‌های سیاه، قهوه‌ای تیره یا آبی رنگ یا کیست‌های حاوی خونریزی قدیمی که درجات متغیری از فیبروز آنها را احاطه کرده، دیده می‌شوند (شکل ۲-۱۳).

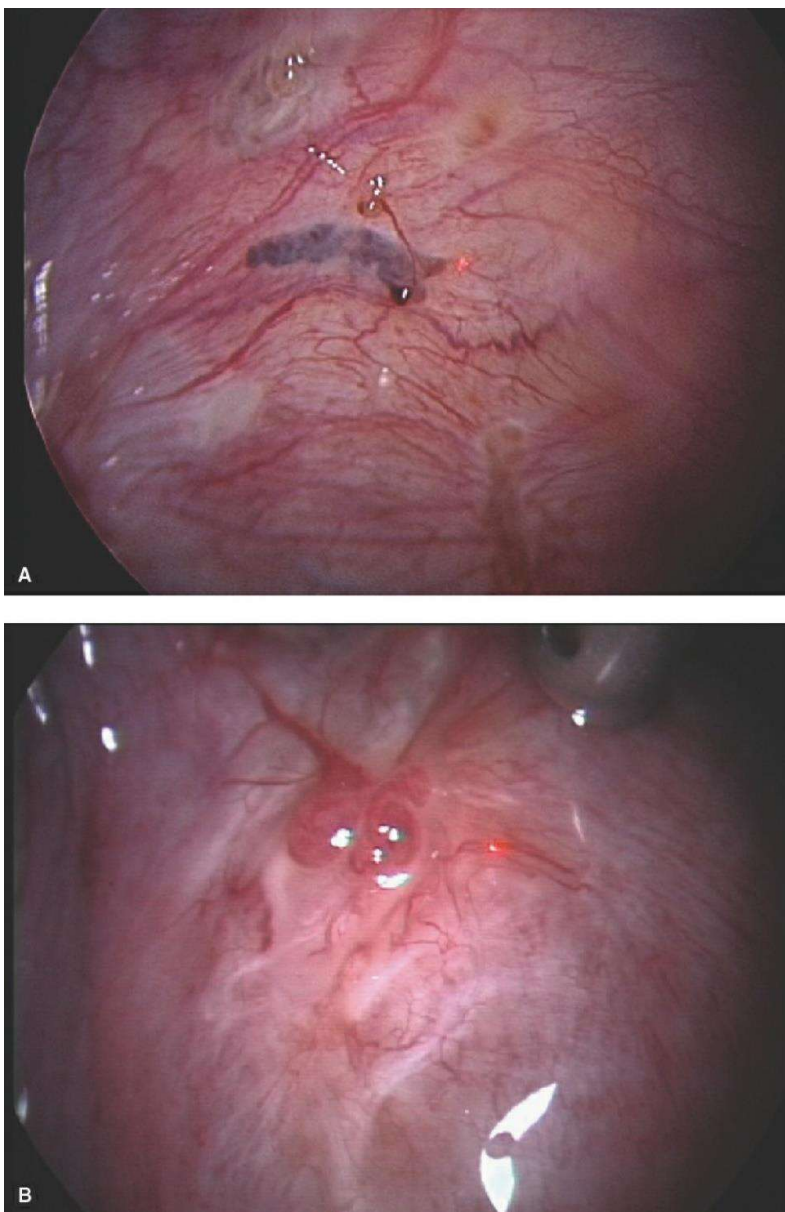


FIGURE 13-2 Typical and subtle endometriotic lesions on peritoneum. **A:** Typical black-puckered lesions with hypervascularization and orange polypoid vesicles. **B:** Red polypoid lesions with hypervascularization. (Photographs from Dr. Christel Meuleman, Leuven University Fertility Center, Leuven University Hospitals, Leuven, Belgium.)

ضایعات اندومتریوز صفاقی ممکن است به صورت ایمپلنت‌های قرمز رنگ (پتشی، وزیکولر، پولیپوئید، خونریزی دهنده، شبیه شعله قرمز)، وزیکول‌های سروزی یا شفاف، پلاک‌های سفید یا اسکار، تغییر رنگ صفاق به رنگ زرد - قهوه‌ای و چسبندگی‌هایی زیر تخمدان دیده می‌شود.

اندومتریوز عمقی:

در لاپاراسکوپی اندومتریوز عمقی ممکن است نمایی شبیه اندومتریوز جزئی داشته باشد در نتیجه شدت بیماری کمتر از حد واقعی تخمین زده شود. کاهش اندازه کلدوساک در زنان دچار اندومتریوز عمقی مؤید این است که این ضایعات از سپتوم رکتواژینال ایجاد نشده‌اند بلکه از فضای داخل صفاقی منشأ گرفته‌اند.

اندومتریوز تخمدانی:

تشخیص با مشاهده سطح هر دو تخمدان امکان‌پذیر می‌گردد. البته در مراحل پیشرفته که چسبندگی وسیع است این کار مشکل است. کیست‌های اندومتریوزی بزرگ تخمدان (اندومتریوماها) اغلب در سطح قدامی قرار دارند و حاوی مایع غلیظ و چسبنده قهوه‌ای رنگ هستند. انجمن طب تولیدمثل آمریکا بیوپسی و برداشت کیست اندومتریوز را جهت تأیید تشخیص لازم می‌داند اگر این کار امکان‌پذیر نباشد معیارهای تشخیصی کیست اندومتریوزی عبارتند از:

- ۱- قطر کیست کمتر از ۱۲ سانتی‌متر
- ۲- وجود چسبندگی به دیواره جانبی لگن یا رباط پهن
- ۳- وجود اندومتریوز در سطح تخمدان
- ۴- وجود مایع شکلاتی غلیظ درون کیست

بیماری منحصر به تخمدان فقط در یک درصد موارد دیده می‌شود و اغلب همراه با اندومتریوز گسترده لگنی یا روده‌ای است.

تأیید هیستولوژیک:

مثبت بودن نمونه تشخیص اندومتریوز را تأیید می‌کند اما منفی بودن نمونه اندومتریوز را رد نمی‌کند. در تمام موارد اندومتریومای تخمدانی (بدون در نظر گرفتن اندازه و قطر آن) و اندومتریوز عمقی، انجام بیوپسی و تأیید بافت‌شناسی برای رد کردن موارد نادر بدخیمی الزامی و توصیه شده است. در موارد اندومتریوز صفاقی (Superficial)، اگر چه مشاهده چشمی معمولاً کافی است، اما ایده‌آل این است که حداقل از یک ضایعه تأیید بافت‌شناسی (هیستولوژیک) گرفته شود». از نظر میکروسکوپی ایمپلنت‌های اندومتریوز شامل غدد و استرومای اندومتر با یا بدون ماکروفازهای پر از هموسیدرین هستند (شکل ۶-۱۳).

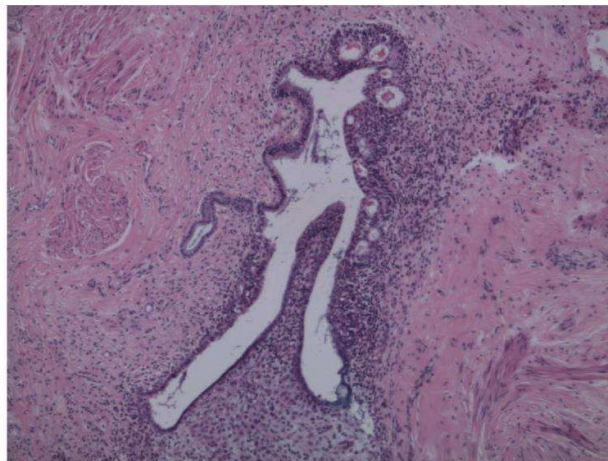


FIGURE 13-6 Histologic appearance of endometriosis: endometrial glandular epithelium, surrounded by stroma in typical lesion and clear vesicle.



اندومتریوز عمقی: نوع خاصی از اندومتریوز لگنی است که با نوارهای پرولیفراتیو غدد و استروما در بافت متراکم متشکل از اجزای فیبر و عضله صاف مشخص می‌شود.

اندومتریوز میکروسکوپی:

به صورت حضور غدد و استرومای اندومتر در صفاق لگنی است که از نظر ماکروسکوپی کاملاً طبیعی است. اندومتریوز میکروسکوپی در عود آن متعاقب درمان اهمیت دارد. بر اساس مطالعات صفاقی که از دید ماکروسکوپی طبیعی است به ندرت حاوی اندومتریوز میکروسکوپی است. **تغییرات خود به خود:** در ۳۰ تا ۶۰ درصد موارد اندومتریوز به صورت یک بیماری پیشرونده تظاهر می‌کند. پیشرفت بیماری بستگی به نوع ضایعه دارد. مطالعات نشان داده‌اند که حدود یک سوم بیماران مبتلا به اندومتریوز عمقی (Deep Endometriosis) دچار پیشرفت بیماری می‌شوند. اما در مقابل، کمتر از ۲۵ درصد از اندومتریوماها (کیستهای تخمدان) افزایش حجم پیدا می‌کنند و اکثر آنها با گذشت زمان ثابت مانده یا حتی نشانه‌هایی از پسرفت (Regression) نشان می‌دهند. **پیشگیری اولیه:** هیچ راهکاری در پیشگیری اندومتریوز ارائه نشده است. - گزارش شده افرادی که در سن پایین فعالیت‌های هوازی داشته‌اند کمتر مبتلا به اندومتریوز می‌شوند. - شواهد کافی وجود ندارد که OCP سبب محافظت در برابر ایجاد اندومتریوز شود.

اصول درمان اندومتریوز:

- درمان بر اساس شرایط هر فرد و مشکل بالینی ایجاد شده انجام می‌شود.
- در بیشتر زنان دارای اندومتریوز حفظ عملکرد باروری باید مد نظر باشد.
- بر اساس نظر WHO، جراحی برای اندومتریوز باید جراحی تولیدمثلی باشد.
- بیماران مبتلا به اندومتریوز علامت‌دار با داروهای ضد درد، هورمون‌ها، روش‌های جراحی، تکنیک‌های کمک باروری درمان می‌شوند.
- درمان اندومتریوز صرف نظر از علائمی که ایجاد می‌کند باید مد نظر باشد چون ۶۰-۳۰ درصد بیماران طی یک سال بعد از تشخیص پیشرفت می‌کنند.
- اندومتریوز یک بیماری مزمن همراه با عود زیاد بعد از هورمون درمانی و جراحی است.
- درمان اندومتریوز خارج از دستگاه تناسلی بستگی به محل آن دارد و در صورت امکان اکسیژن کامل درمان انتخابی است اگر امکان‌پذیر نبود درمان طبی طولانی مدت صورت می‌گیرد.
- علی‌رغم درمان طبی یا جراحی ممکن است درد ادامه یابد این موارد باید به کلینیک درد ارجاع شوند.
- در بیماران علامت‌داری که تصویربرداری آنها منفی است و در حال حاضر قصد بارداری ندارند، می‌توان درمان تجربی (Empirical treatment) شامل مسکن‌ها و قرص‌های OCP یا پروژستین را حتی بدون نیاز به لاپاراسکوپی تشخیصی آغاز کرد.