

# اختلالات بافت نرم تاثیر گذار بر بارداری و زایمان

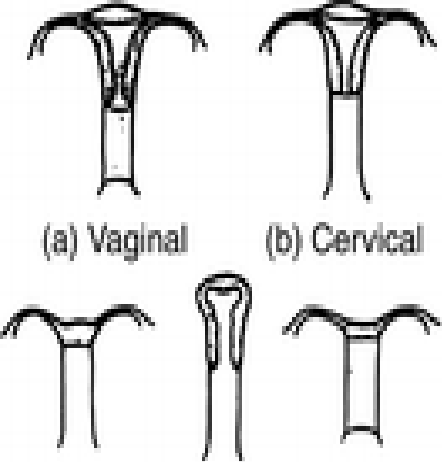
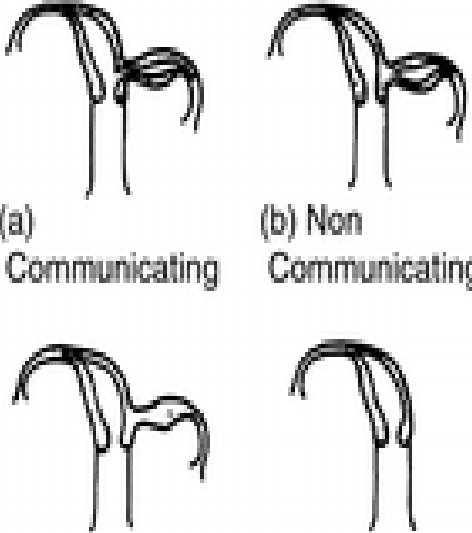
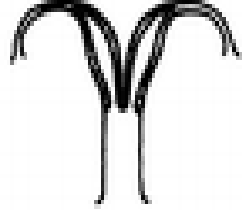
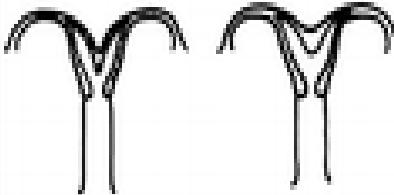
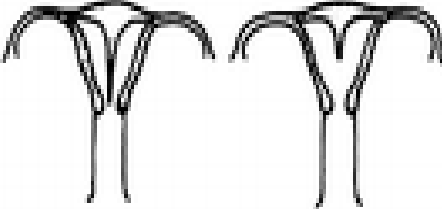
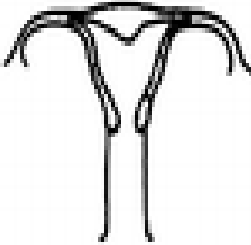
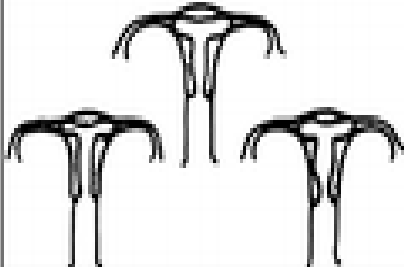


امبر یوزن رحم در هفته دهم با اتصال  
دو مجرای مولر، در خط وسط شروع  
وسپس در جهت دمی و سری  
گسترش پیدا می کند  
سپتوم به آهستگی از بین می رود و  
حفره رحم بوجود می آید. این روند  
معمولاً تا هفته بیستم کامل می  
شود.

# جدول : تقسیم بندی ناهنجاریهای مولر طبق سیستم انجمن ناباروری آمریکا

الف) واژینال ب) سرویکال پ) فوندوس رحم	۱- هیپوپلازی یا آژنزی سگمنتال مولر
ت) لوله ای ث) ناهنجاریهای مرکب	
الف) شاخ تکامل نیافته "ارتباطی" ب) شاخ "غیرارتباطی" پ) فقدان حفره اندومتر ت) فقدان شاخ تکامل نیافته	۲- رحم تک شاخ
	۳- رحم دوتایی
الف) کامل (تقسیم تا سوراخ داخلی) ب) ناقص (نسبی)	۴- رحم دوشاخ
الف) کامل (سپتوم تا سوراخ داخلی) ب) ناقص (نسبی)	۵- رحم سپتوم دار
	۶- قوسی
	۷- در ارتباط با دی اتیل استیل بسترو

# ناهنجاریهای مولرین

<p><b>I Hypoplasia/agenesis</b></p>  <p>(a) Vaginal (b) Cervical</p> <p>(c) Fundal (d) Tubal (e) Combined</p>	<p><b>II Unicornuate</b></p>  <p>(a) Communicating (b) Non Communicating</p> <p>(c) No cavity (d) No horn</p>	<p><b>III Didelphus</b></p>  <p><b>IV Bicornuate</b></p>  <p>(a) Complete (b) Partial</p>
<p><b>V Septate</b></p>  <p>(a) Complete (b) Partial</p>	<p><b>VI Arcuate</b></p> 	<p><b>VII DES drug related</b></p> 

# Imperforate hymen



# اختلال تماد رزادیو تناسلی

## هله:

۱- آترزی ولو: آترزی یک سوم تحتانی واژن و از چسبندگی ها یا اسکارهای حاصل از آسیب یا عفونت ناشی می شود.

زایمان: این اختلال ممکن است مانع قابل توجهی بر سر راه زایمان واژینال ایجاد کند. اگر چه معمولاً بر این مقاومت غلبه می کند، ولی ممکن است پارگی عمیق پرینه رخ بدهد.

چسبندگی لبهای ولو (labial fusion):

علل: آن هیپرپلازی مادرزادی آدرنال، تماس جنین با آندروژن های پرونزا و نقایص دیواره شکم پرده بکارت بدون سوراخ در اثر پابرجاماندن اتصال بین بولبهای سینوواژینال و سینوس ادراری - تناسلی

اهمیت زایمانی: این اختلال با آمنوره اولیه و هماتوکولپوس همراه و اغلب در دوران حاملگی با آن مواجه نمی شویم.

تخریب دستگاه تناسلی: در برخی از کشورها تخریب دستگاه تناسلی مونث ممنوع

حاملگی در این زنان از انسداد مجرای زایمان در اثر اسکار تا بروز عوارض حاملگی، شایع

بسیاری از این زنان تا هنگام حاملگی تمایلی به اصلاح **infibulation** ندارند؛ بنابراین توصیه شده است این کار در اواسط حاملگی با استفاده آنالترزی نخاعی انجام شود.

# تخریب دستگاه تناسلی:

اقدام دیگر: با قرار دادن انگشت های اشاره و میانی در بین سر جنین (در مرحله crowning) و بافت اسکار، در بین این انگشتان برش بدهیم .

deinfibulation در هنگام زایمان می تواند زایمان واژینال موفقیت آمیز را بدون عوارض عمده امکان پذیر سازد.

# اختلالات مادرزادی واژن:

اختلالات تکاملی واژن منفرد و طبیعی

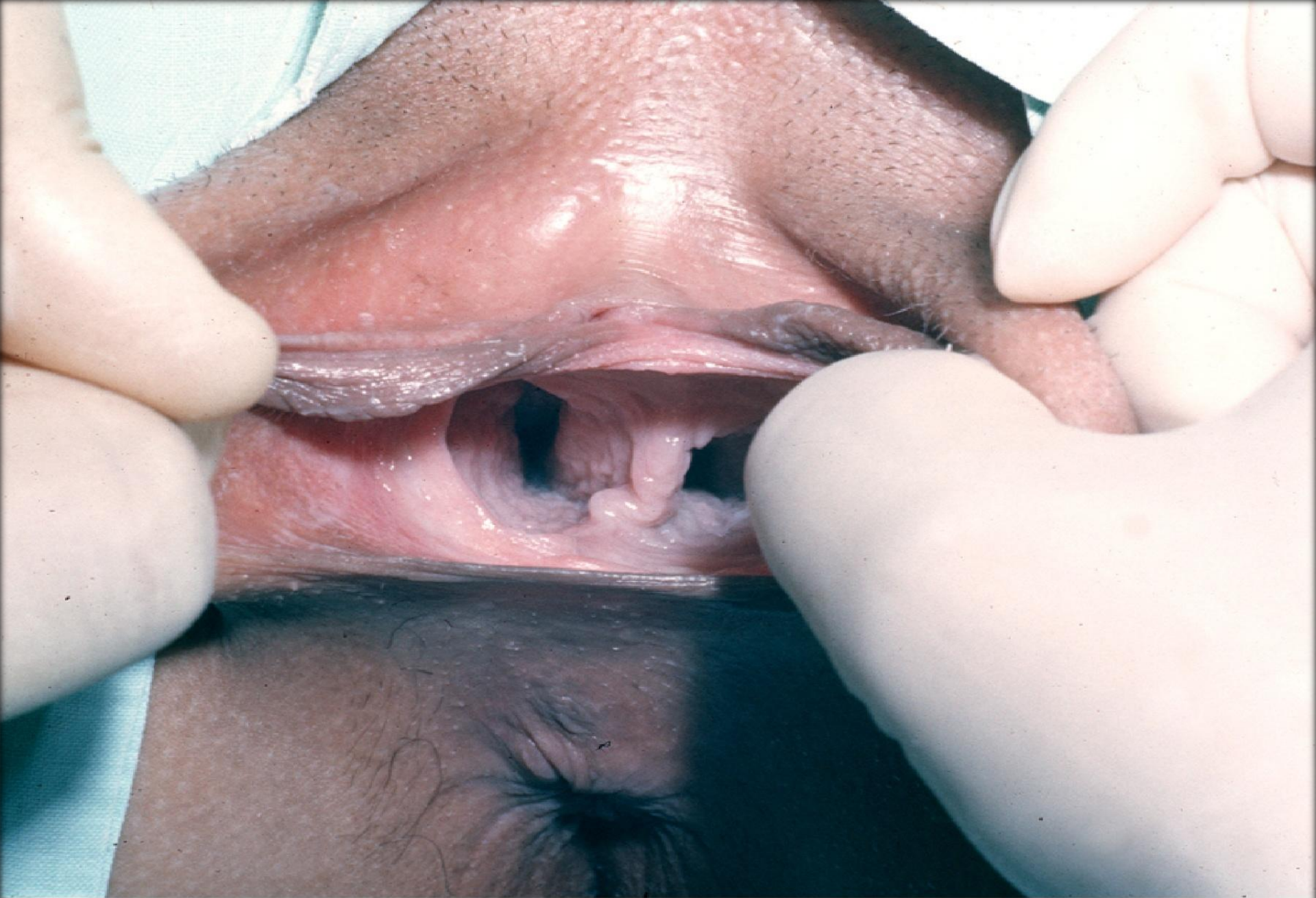
۱- آترزی: کامل یا ناکامل (نسبی)

آترزی واژن معمولاً از سندرم راکی تانسکی -  
کاستر - هاوزر و یا از سندرم عدم حساسیت  
به آندروژن یا **feminization testicular**

# اختلالات مادرزادی واژن:

۲- واژن دوگانه: افتراق از "واژن کاملاً سپتوم دار"، دشوار است. واژن دوگانه واقعی، دارای دو مدخل و هر یک از مدخلها به یک سرویکس ختم می شوند. گاهی، یکی از مدخلها "کور" است.

۳- واژن دارای سپتوم طولی: در این موارد، واژن دارای یک سپتوم طولی کامل است. ۴- واژن دارای سپتوم عرضی: بعلت "کانالیزاسیون نادرست مجرای مولر متصل شده که در معاینه لگن و یا قرار دادن تامپون تشخیص داده می شود.



**Double Vagina**

# اختلالات مادرزادی واژن:

اهمیت زایمانی: این ناهنجاریها گهگاه مانع زایمان واژینال می شوند.

آترزی: آترزی کامل واژن اگر با عمل جراحی اصلاح نشود، سد کارآمدی در برابر حاملگی

ویک سوم زنان دچار ناهنجاریهای همزمان ادراری - تناسلی

# اختلالات مادرزادی واژن:

در موارد آژنزی کامل مولر، حاملگی غیر ممکن است، اما تکنیک متسع کردن واژن در ۹۰٪ در ایجاد "واژن عملکردی" با موفقیت همراه هستند.

آترزی ناکامل، یاز تظاهرات تکامل نادرست و یا از اسکار آسیب یا التهاب

در اکثر موارد آترزی نسبی به علت نرم شدگی بافت در اثر حاملگی، در طی لیبر بر انسداد غلبه میشود.

# اختلالات مادرزادی واژن:

اهمیت زایمانی سپتومها و تنگیها:

سپتومهای طولی کامل، سبب دیستوشی نمی شوند، چون نیمی از واژن متسع می شود.

اما، سپتومهای ناکامل با نزول جنین تداخل می کنند. گهگاه، بریدن سپتوم یا انجام زایمان سزارین ضرورت پیدا می کند.

# اختلالات مادرزادی واژن:

اهمیت زایمانی: گاهی اوقات، یک سپتوم عرضی با منفذی کوچک، بخش فوقانی واژن را از بقیه مجرا جدا می کند.

در زمان لیبراین منفذ به غلط به عنوان "منفذ متسع نشده سرویکس" تشخیص داده می شود.

سربرروی سپتوم فشرده می شود و باعث می گردد سپتوم به طرف پایین برآمده شود.

اگر سپتوم پاره نشود، اعمال فشار اندک بر منفذ آن معمولاً سبب افزایش اتساع سپتوم می شود، اما گاهی اوقات انسز بون صلیبی برای زایمان

# اختلالات اکتسابی واژن:

اختلالات اکتسابی واژن ناشایع حتی بعد از تروماهای شدید، عملکرد جنسی و تولید مثلی در طولانی مدت طبیعی است.

آترزی نسبی:

آترزی ناکامل، در اثر عفونت یا تروما سبب تشکیل بافت اسکار در خلال لیپر، معمولاً فشار حاصل از عضو نمایش بر این آترزی غلبه می کند، اما گهگاه انسزیون و یا حتی زایمان سزارین ضرورت پیدا می کند.

# اختلالات اکتسابی واژن:

فیستوله‌های دستگاه تناسلی:

فیستوله‌هایی که در دوران حاملگی دیده می‌شوند احتمالاً از قبل وجود داشته در لیبرهای متوقف شده طولانی مدت، ممکن است دستگاه تناسلی بین سر جنین و لگن استخوانی فشرده شود.

فشار زود گذر اهمیت چندانی ندارد، اما فشار طولانی مدت ممکن است سبب نکروز و به دنبال آن سبب تشکیل فیستول شود.

# اختلالات مادرزادی سرویکس:

ناهنجاریهای سرویکس منفرد و طبیعی:

۱- آترزی:

ممکنه کل سرویکس تشکیل نشود. این حالت ممکن است با تشکیل ناکامل بخش فوقانی واژن یا بخش تحتانی رحم همراه باشد.

# اختلافات مادرزادی سرویکس:

۲- سرویکس دو گانه: هر یک از سرویکس های مجزا، از بلوغ مجاری مجزای مولر حاصل می شوند.

هم سرویکسهای دو گانه حقیقی و هم سرویکس های دو گانه سپتوم دار، معمولاً با سپتوم طولی واژن همراه هستند.

# اختلالات مادرزادی سرویکس:

۳- همی سرویکس (نیم سرویکس) منفرد:

این اختلال، از بلوغ یک طرفه سیستم مولر ناشی می شود.

۴- سرویکس سپتوم دار:

در این اختلال، یک سپتوم وجود دارد که حلقه عضلانی واحدی را به دو قسمت تقسیم می کند. سپتوم ممکن است محدود به سرویکس باشد، اما با شیوع بیشتر امتداد رو به پایین سپتوم رحمی و یا گستره رو به بالای سپتوم واژنی است.

# اختلالات مادرزادی سرویکس:

اهمیت زایمانی:

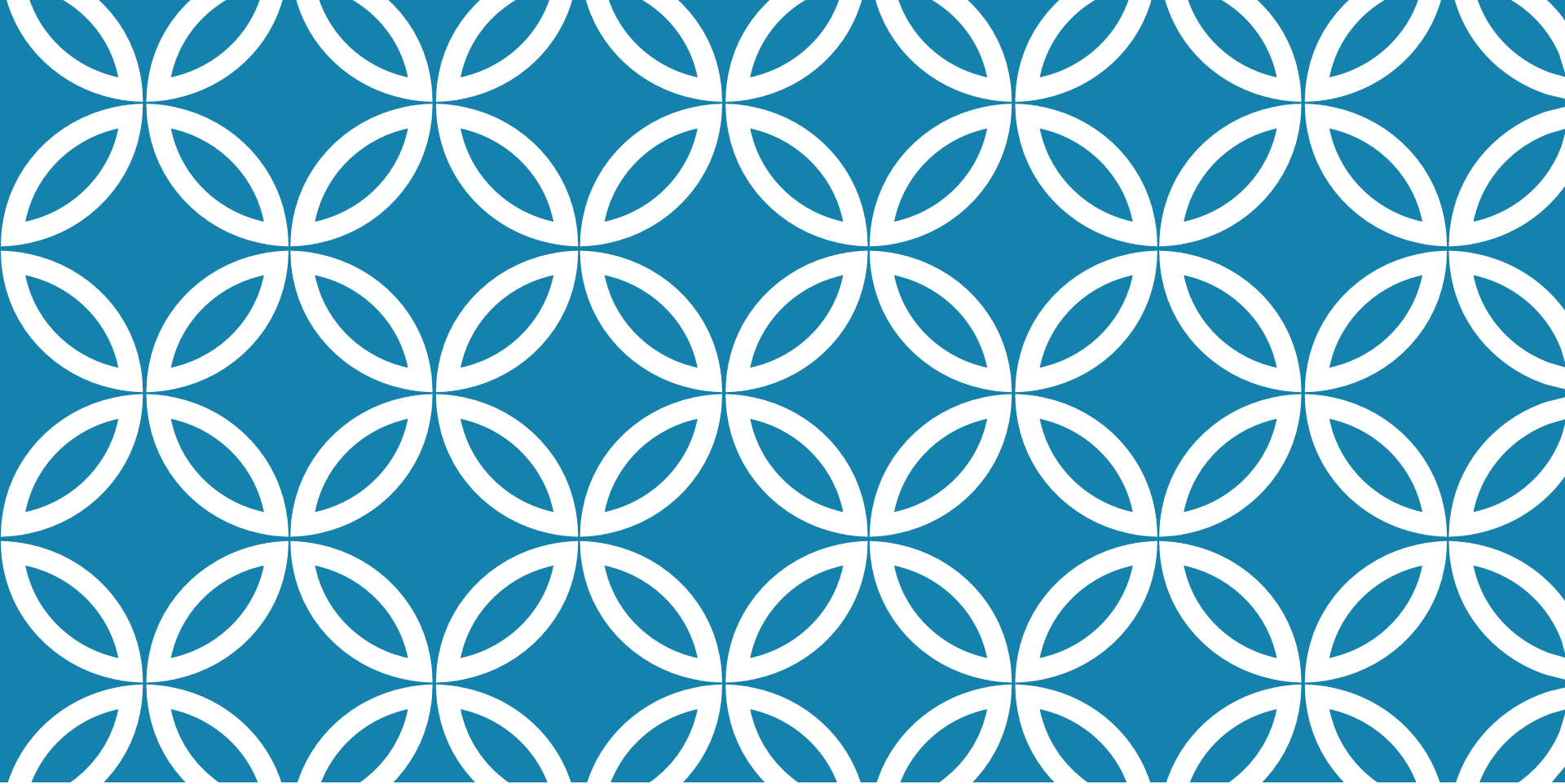
آترزی کامل سرویکس، با حاملگی مغایرت دارد.

تنگی سیکاتریسی سرویکس، ممکن است به دنبال انواع مختلفِ ترومای سرویکس رخ بدهد. چون در دوران حاملگی معمولاً نرم شدگی بافت رخ می دهد، تنگی به طور معمول در حین لیبر برطرف می شود، اما گهگاه زایمان سزارین ضرورت پیدا می کند.

# اختلالات مادرزادی سرویکس:

درمان:

سرکلاژ ترانس ابدومینال در زنان مبتلا به آترزی نسبی (ناکامل) سرویکس یا هیپوپلازی سرویکس بهترین پیش آگهی



|

# اختلافات مادرزادی رحم :

اختلافات مادرزادی همراه با این اختلال:

نقایص شنوایی:

تقریبا در یک سوم زنان مبتلا به نقایص مولر،  
نقایص اورولوژیک:

در آترزی یک طرفه رحم ناهنجاری های  
اورولوژیک در همان سمت شایع است.

# اختلالات مادرزادی رحم:

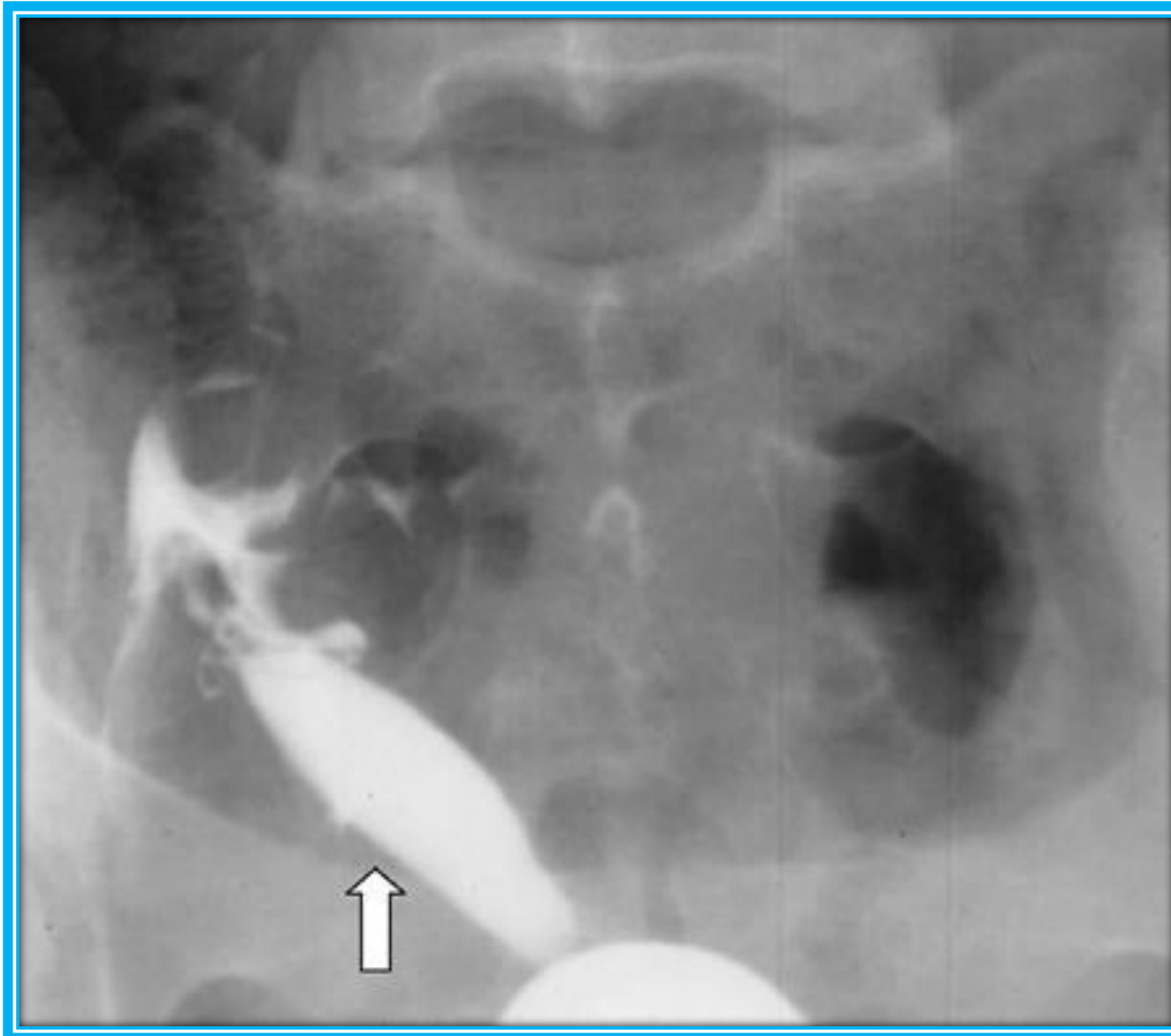
رحم تک شاخ (کلاس ۲): (شایعترین ناهنجاری رحم)  
ناباروری، اندومترئوز و دیس منوره در این  
ناهنجاری افزایش می یابد.  
لانه گزینی در "همی یوتروسی" با اندازه طبیعی  
با افزایش میزان بروز زایمان پره ترم،  
محدودیت رشد جنین، نمایش بریچ، اختلال  
عملکرد لیبر و زایمان سزارین

# NORMAL HSG

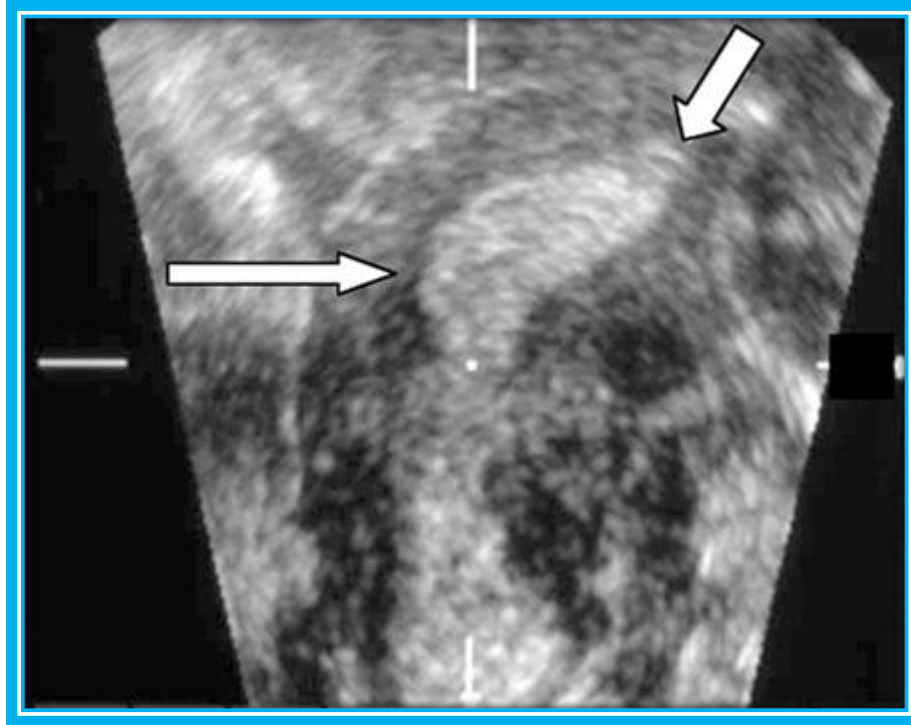
# NORMAL PELVIS



# UNICORNUATE UTERUS



# UNICORNUATE UTERUS



# اختلالات مادرزادی رحم:

رحم دوتایی (کلاس ۳):

عوارض: حاملگیهای نابه جا

حاملگی در شاخ رحمی تکامل نیافته

پارگی رحم

محدودیت رشد جنین

موارد نمایش بریچ

زایمان سزارین

موارد زایمان پره ترم

# اختلالات مادرزادی رحم:

درمان رحم دوتایی (کلاس 3):

متروپلاستی شکمی (رزکسیون سپتوم و  
ادغام فوندوسها)

# DIDELPHIC UTERUS



# اختلالات مادرزادی رحم:

رحمهای دو شاخ و سپتوم دار (کلاس ۴ و ۵):  
عوارض:

سقط (در رحم سپتوم دار بیشتر از رحم دوشاخ)  
نقایص استحاله ای اندام

پارگی رحم  
زایمان پره ترم  
قرار غیر طبیعی جنین  
زایمان سزارین

# اختلالات مادرزادی رحم:

درمان رحمهای دوشاخ و سپتوم دار (کلاس ۴ و ۵):  
جراحی رحم ممکن است سودمند باشد.  
ترمیم رحم دوشاخ، از طریق متروپلاستی ترانس  
ابدومینال و با رزکسیون سپتوم و ادغام فوندوس ها  
صورت می گیرد.  
بعد از رزکسیون موفقیت آمیز سپتوم رحمی،  
سرکلاژ ضرورت ندارد.  
به دنبال ترمیم رحم های سپتوم دار، لیبر پره ترم و  
پارگی فاجعه بار فوندوس نیز گزارش شده است.

# BICORNUATE UTERUS



# UTERINE SEPTUM



# اختلالات مادرزادی رحم:

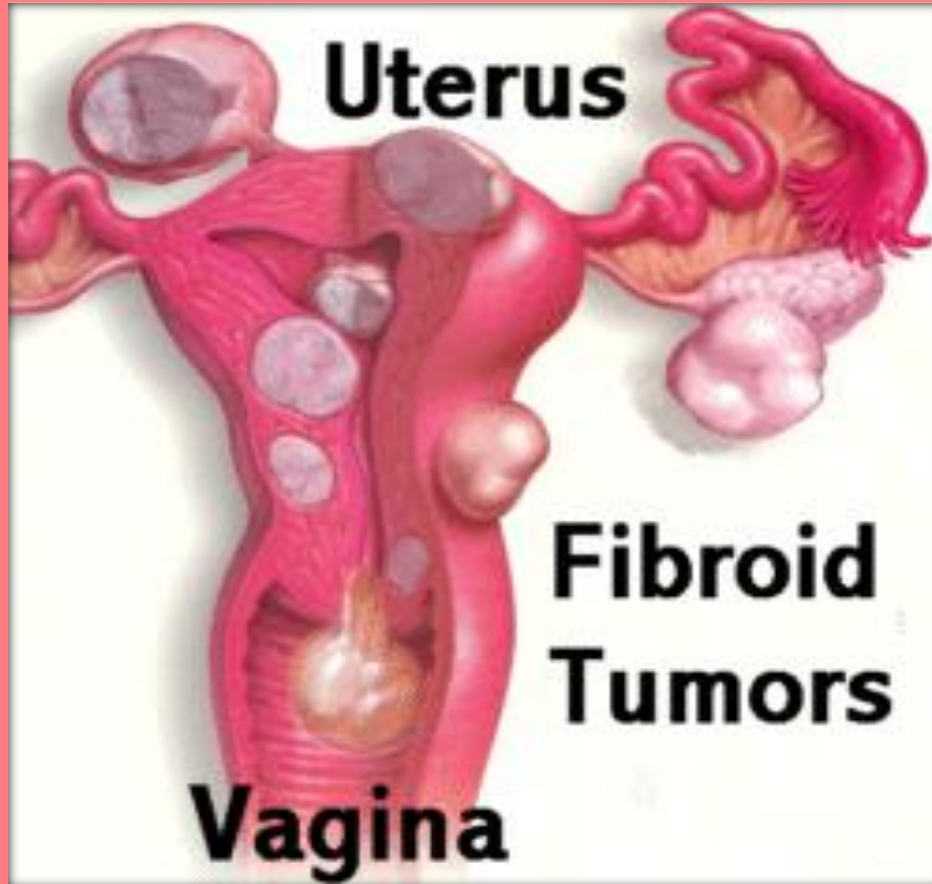
رحم کمانی (کلاس ۶):

انحراف خفیفی از رحم تکامل یافته  
طبیعی

رحم قوسی اثری بر پیامد های حاملگی  
ندارد ولی افزایش احتمال سقط سه  
ماهه دوم

و لیبر پره ترم گزارش شده

# اختلالات اکتسابی رحم (میوم):



انواع میوم ها:

(زیر مخاطی)

(زیر سروزی)

(داخل جداری)

# اختلالات اکتسابی رحم:

میوم های رحم:

تعریف: تومورهای خوش خیم عضله صاف

شیوع:

شیوع دقیق این عارضه در بارداری دقیقا مشخص نیست اما در مطالعات مختلف، نتایج مختلفی گزارش شده است. فیبروئیدها ممکن است در بیش از ۸۰٪ زنان در سنین باروری دیده شوند اگر چه فقط در ۴٪ زنان حامله از طریق سونوگرافی کشف می شود.

در زنان نولی پار (پرایمی پار) شایعتر از زنان مولتی پار است.

# اختلالات اکتسابی رحم:

تشخیص: سونوگرافی

میومها با توده های تخمدان (چه خوش خیم و چه بد خیم) و همچنین با حاملگی مولار، حاملگی نابه جا، سقط فراموش شده، اختلالات روده و حتی سر جنین اشتباه گرفته میشوند.

MRI

# اختلالات اکتسابی رحم:

خطرات: میومها در دوران حاملگی یا دوران نفاس،

گهگاه دچار انفارکتوس هموراژیک می شوند.  
(اغلب فیبروئیدهای بزرگتر از ۵ سانتی متر)  
علایم شامل:

درد کانونی همراه با حساسیت در لمس و گاهی اوقات تب کم شدت، تهوع و استفراغ از جمله این علایم می باشد. لکوسیتوز متوسط شایع است.

# اختلالات اکتسابی رحم:

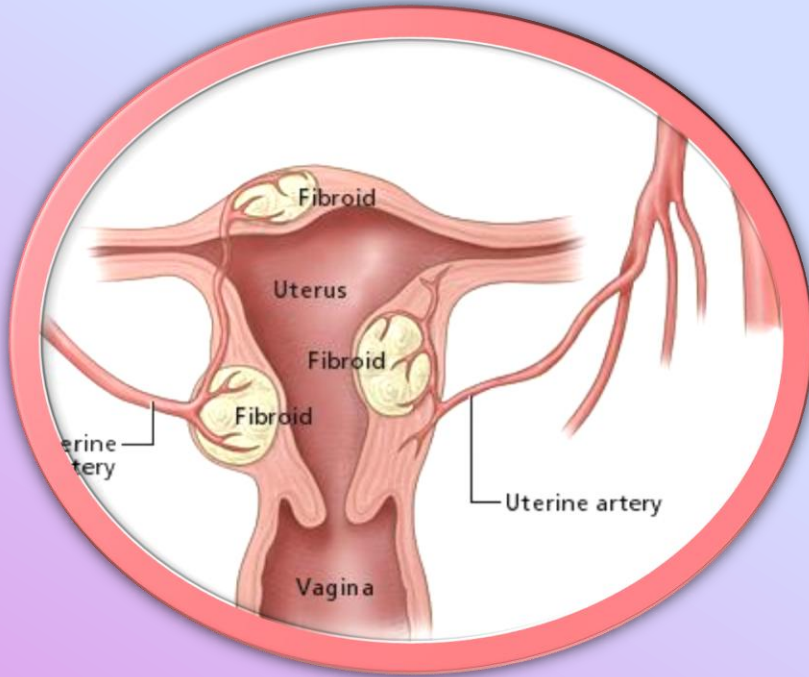
افتراق دژنرسانس میوم از:

آپاندیسیت

دکولمان جفت

سنگ حالب

پیلونفریت



راه تشخیص ← تکنیکهای تصویربرداری.

این اتفاقات معمولاً در هفته های 20-22 حاملگی اتفاق می افتد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

دو عامل با اهمیت بیشتر اندازه و محل میوم هستند.

اگر جفت در مجاورت میوم ویا

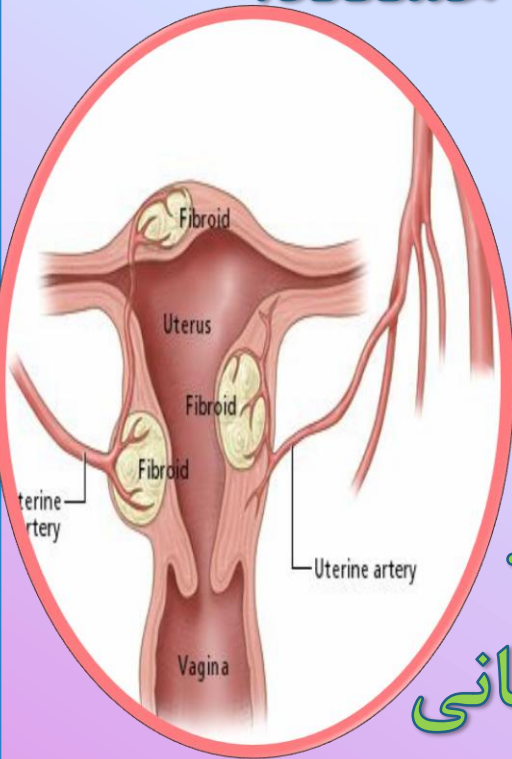
درروی میوم لانه گزینی کرده باشد، احتمال:

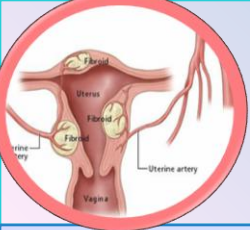
سقط، دکولمان جفت، لیبرپره ترم و

خونریزی بعد از زایمان افزایش پیدا می کند.

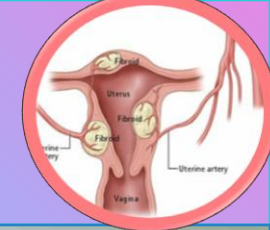
تومورهای واقع در سرویکس یا سگمان تحتانی

رحم سبب توقف لیبر





# اختلالات اکتسابی رحم:



خونریزی در هنگام زایمان سزارین محتمل و هیستریکتومی از نظر تکنیکی دشوارتر

میوم هایی که مجاور مجرای زایمانند با بزرگ شدن رحم به سمت بالا انتقال پیدا می کنند.

در بسیاری از موارد، می توان قبل از آغاز لیبر در مورد روش زایمان تصمیم گیری کرد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

از عوارض مهم دیگر:

کاهش باروری در اثر این ضایعات مشخص نشده است اما در برخی مطالعات گزارش شده است که فقط میومهای زیر مخاطی اثر منفی قابل توجهی بر باروری دارند.

دخالت احتمالی میومها در سقط زودرس .

# حاملگی بر میوم ها:

در سه ماهه اول حاملگی، میومها بدون تغییر و یا اندازه آنها افزایش

(نوعی پاسخ زودرسِ احتمالی به افزایش استروژن).

سه ماهه دوم، میومهای کوچکتر (۲-۶ سانتی متر) معمولاً بدون تغییر و یا اندازه آنها افزایش می یابد در حالیکه از اندازه میوم های بزرگتر کاسته

(احتمالاً بعلت کاهش گیرنده های استروژن).

سه ماهه سوم صرف نظر از اندازه اولیه میوم، میومها معمولاً بدون تغییر و یا اندازه آنها کاهش

(که انعکاسی از تنظیم کاهشِ گیرنده های استروژن).

# درمان:

- پس از تایید تشخیص، درمان با سیاست انتظاری (expectant management) توصیه می شود.
- درمان میومهای علامت دار، شامل آنالژزی و تحت نظر گرفتن بیمار است.
- در اکثر موارد، نشانه ها و علائم در عرض چند روز فروکش می کنند، اما التهاب ممکن است سبب تحریک لیبر شود.

# درمان:

در سابقه نازایی فیبروئیدهای ساب موزال  
از طریق هیستروسکوپ با یا بدون استفاده  
از آنالوگهای آزاد کننده هورمون  
گنادوتروپین (گوسرلین) خارج می شوند.  
در میوم های علامت دار مشاوره به بیمار در  
مورد خطرات ناشی از میومکتومی و  
میومکتومی.

# درمان میوم:

✓ به دلیل مشکلات فراوان با فیبروم های ساب موکوزال توصیه می شود که این نوع فیبروم ها قبل از باردار شدن از طریق هیستروسکوپ با یا بدون استفاده از گوسرلین (آنالوگ آزاد کننده هورمون گنادوتروپین ) برداشته شود.

➤ این که یک زن چه مدت پس از برداشتن این فیبروم ها می تواند باردار شود، دقیقا مشخص نیست.

فیبروئیدهای اینترامورال و ساب سروزال

خیلی بزرگ و علامت دار

➤ بایستی خارج شوند

# درمان:

➤ قبل از در آوردن فیبروم به خانم مشاوره داد، زیرا وجود خونریزی زیاد ممکن است ناچار به هیستریکتومی

➤ درمان با آنالوگهای آزادکننده هورمونهای گنادوتروپین قبل از جراحی ممکن است باعث کاهش خطر خونریزی در این نوع از جراحی ها شود.

# درمان:

میومکتومی داخل جداري، برای حاملگی بعدی مخاطره آمیز است.

زیرا سبب ایجاد نقصی در داخل حفره اندومتر و یا درست در مجاورت حفره اندومتر شود، در نتیجه ممکن است پارگی رحم مدتها قبل از لپبر و گاهی اوقات حتی در اوایل حاملگی رخ بدهد.

در این موارد، قبل از شروع لپبر فعال، زایمان سزارین توصیه می شود.

# درمان:

رزکسیون میومها در دوران حاملگی، عموماً باعث خونریزی شدید کتراتندیکاسیون دارد.

در برخی از موارد، درد سرکشی که از انفارکتوس و دژنراسانس ناشی می شود، درمان جراحی سریع را الزامی می سازد.

# نحوه اداره در پری ناتال:

✓ اکثر فیبروئیدها در حاملگی بدون علامت و بکمک معاینات سونوگرافی

✓ با استراحت در بستر، استفاده از آنالژزی و پگهای گرم و سرد شکم و مهارکننده های سنتز پروستاگلاندین با احتیاط، درد ناشی از فیبروئیدها معمولا پسرفت می کنند.

# اداره پری ناتال:

فیبروئید ساب سروزال پایه دار بندرت نیاز به جراحی  
پولپ فیبروئیدی در سرویکس با لیگاتور کردن،

فیبروئید ساب سروزال که با فشار در بن بست  
دوگلاس باعث اختلال در ادرار کردن شده نیاز به  
کاتتریزاسیون داشته باشد.

# اداره پری ناتال:

اگر یک فیبروئید سگمان تحتانی باعث قرار نامناسب جنین بعد از هفته ۳۶ بارداری شود، سزارین الکتیو در هفته های ۳۸-۳۹

در موارد زیر بایستی از برش سزارین در سگمان تحتانی رحم استفاده شود:

- فیبروئیدها در سگمان تحتانی رحم و یا در سرویکس -- باعث قرار نامناسب جنین و اختلال در آنگازمان سرجنین شود.

- بیمار دارای سابقه میومکتومی قبلی جهت برداشت فیبروئیدهای اینترامورال

# نحوهٔ ادارهٔ بیمار در لیبر و زایمان:

✓ ادارهٔ بیمار در طی لیبر به این مسئله بستگی دارد که آیا فیبروم باعث توقف لیبر شده است یا نه؟

✓ اگر فیبروئید در سگمان تحتانی قرار گرفته باشد و باعث توقف لیبر شود ← سزارین

✓ در LSCS (برش سگمان تحتانی رحم در سزارین) نبایستی فیبروئیدها بیرون آورده شوند.

✓ اگر فیبروئید در سگمان تحتانی نباشد و یا باعث توقف لیبر نشده باشد ← زایمان طبیعی

# پست پارتوم:

➤ اما بایستی پس از زایمان نگران خونریزی های پست پارتوم باشیم زیرا با وجود فیبروئید رحم قادر به جمع شدن نبوده و انقباضات ضعیف رحم باعث خونریزی شود.

➤ داروی اکسی توسیک و نیز ترانسفوزیون خون مورد نیاز شود.

در صورت وجود درد، استفاده از آنالژزی

# عفونت میومها در دوره بعد از زایمان:

اگر چه عفونت نفاسی لگن و میومها هر دو نسبتاً شایع هستند، میومها بندرت دچار عفونت می شوند.

در موارد عفونت لگن یا سقط عفونی میومها آلوده میشوند.

اگر میوم درست در مجاورت محل لانه گزینی جفت قرار داشته باشد و یا اگر وسیله ای مانند سوند یا کورت میوم را سوراخ کرده باشد، احتمال این آلودگی بیش از پیش افزایش می یابد.

# کیست تخمدان : شیوع :

کیست تخمدان  $\geq 6$  سانتی متر در هر ۲-۵٪ در هر ۱۰۰۰ حاملگی از ادر ۸۰ تا ادر ۳۰۰ حاملگی دیده می شود.

شایعترین کیستهای عملکردی تخمدان شامل کیستهای فولیکولارو جسم زرد (کورپوس لوتئوم).

شایعترین کیستهای جامد خوش خیم در حاملگی کیست تراتوم بالغ (کیست درموئید).

بیشتر کیستهای بدخیم از نوع اپی تلیال هستند (سیست آدنومای سروزی یا موسینی).

بین ۲-۵٪ از کیستهای تخمدان در حاملگی بدخیم هستند.

# کیست تخمدان:

بیشتر ضایعات بدون علامت اند. لمس توده در شکم و یا لگن . سونوگرافی روتین برای تشخیص ناهنجاریها و یا کنترل حیات جنین صورت می گیرد.

✓تومورهای تخمدانی منحصر به حاملگی نیز از طریق سونوگرافی و یا در هنگام زایمان سزارین، قابل شناسایی

# کیست تخمدان:

نشانه‌ها با تورشن و یا پارگی کیست خود رابه شکل درد شکم، تهوع، استفراغ و تندرینس موضعی نشان می دهد.

احتمال وقوع تورشن کیست تخمدان (بدون خونریزی

و پارگی) در زمان حاملگی و دوره نفاس بیشتر از هر زمان

دیگری است. در ۱۵-۱۰٪ از کیست‌ها دیده می شود.

سونوگرافی جهت افتراق کیست از سایر توده های لگنی انجام می پذیرد.

# کیست تخمدان در حاملگی:

بیشتر کیستهای تخمدان در تریمستر اول کورپوس لوتئوم هستند که سه چهارم بدون علامت و بیشترشان بدون درمان برطرف می شوند.

ارزیابی بیشتر یا درمان کیستهایی که در اوایل حاملگی کشف می شوند، معمولاً تا تریمستر دوم به تاخیر انداخته می شود، زیرا اکثراً برطرف می شوند.

# کیست تخمدان:

بعد از هفته ۱۶ آمنوره، کیستهای ارگانیک در موئید  
بیشتر شایع

خطرات: بعد از بدخیمی، وخیم ترین عارضه  
کیستهای تخمدان در دوران حاملگی پیچ خوردگی  
(تورسیون) یا خونریزی است.

میزان بروز این عوارض، به اندازه تومور و نیز به انجام  
یا عدم انجام لاپاروتومی پیشگیرانه در تومورهایی که  
احتمال تورسیون آنها بیشتر است، بستگی دارد.

بین ۱۵-۱۰٪ از کیست تخمدان، دچار پیچ خوردگی  
و باعث درد می شوند.

# (ادامه خطرات) کیست تخمدان :

بیشترین خطر کیستهای تخمدان، در حاملگی متوجه مادر می باشد.

کیستها بزرگ

پر زانتاسیون  
نامناسب  
جنین

افزایش  
سزارین

توقف لیبر

خطرات جنینی:

سقط خود به  
خود (۷/۴٪ بعد  
از جراحی  
انتخابی)

خطر پره ترم  
لیبر (۹٪)

# کیست تخمدان :

مشاوره قبل از حاملگی:

اگر کیست‌هایی با مشخصات زیر کشف شود  
بهتر است جراحی :

کیست‌های بزرگتر از ۵ سانتی متر

دارای محتویات اکوژن

مقاومت به درمان به مدت بیش از ۴ هفته

کیست‌های علامت‌دار.

# کیست تخمدان:

- خارج کردن تمام توده های تخمدانی بزرگتر از ۱۰ سانتی بعلت خطر قابل توجه بدخیمی، اقدامی عاقلانه است
- تومورهای ۶-۱۰ سانتی متری، باید با سونوگرافی، MRI یا هر دو، به دقت از نظر احتمال بیماری نئوپلاستیک
- اگر نئوپلاسم باشد، (کیستها حاوی سیتوم، ندول، زواید پاپیلری یا اجزای توپر) رزکسیون اندیکاسیون پیدا می کند.

# کیست تخمدان:

در اوایل حاملگی، بزرگ شدگی تخمدان با قطر کمتر از ۶ سانتی متر، معمولاً از تشکیل جسم زرد ناشی می شود.

کیست های عملکردی جسم زرد معمولاً تا هفته ۱۶ برطرف می شوند.

اگر جسم زرد قبل از هفته دهم حاملگی برداشته شود، ۲۵۰ میلی گرم ۱۷ آلفا هیدروکسی پروژسترون هر هفته تا هفته دهم تجویز می شود. یا از مدروکسی پروژسترون بصورت ۲۰ میلی گرم ۲ بار در روز نیز توصیه میشود.

کیستهای ۵ سانتی و کوچکتر باید به حال خود رها شوند و خود به خود برطرف می شوند.

# کیست تخمدان:

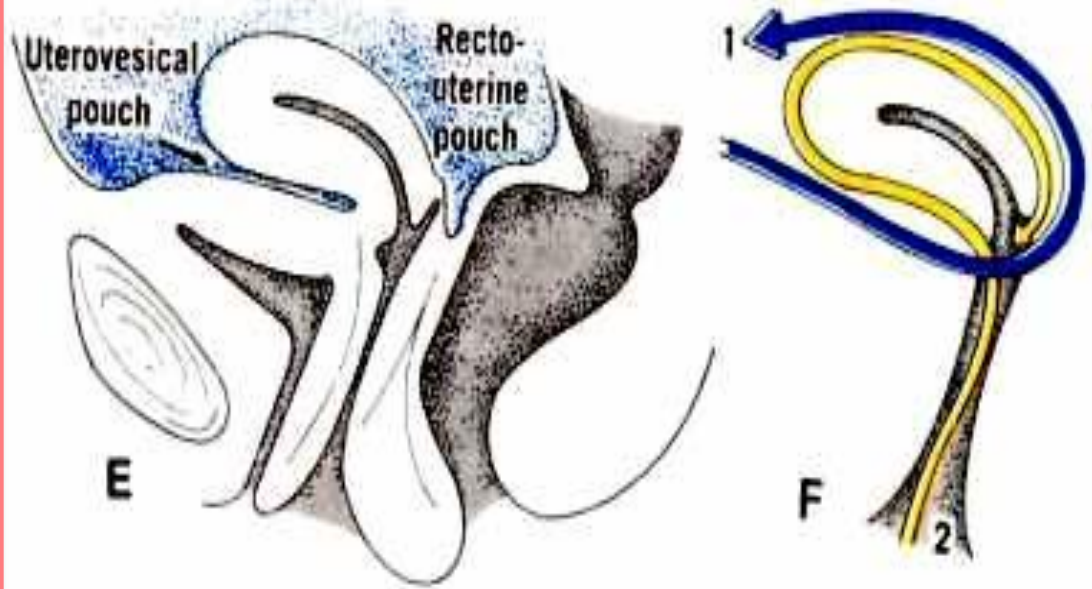
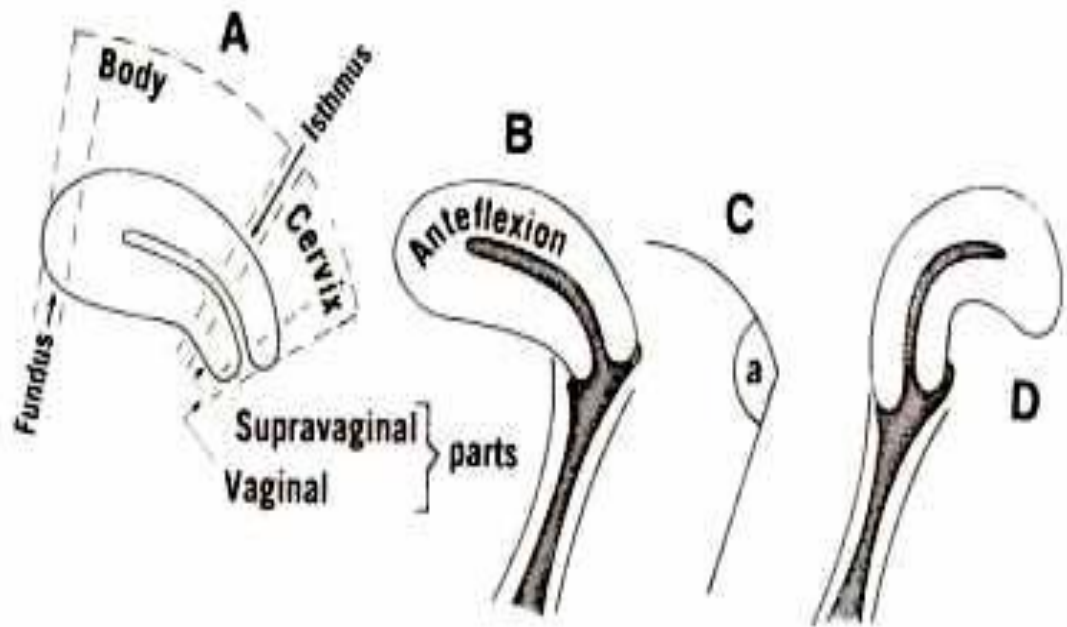
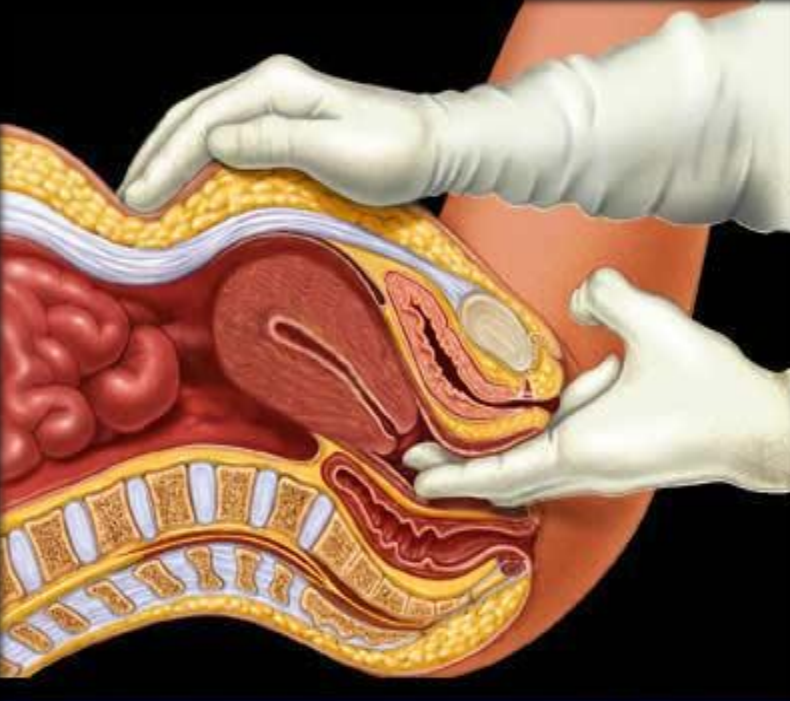
○ زمان مناسب جراحی در هفته های ۱۶-۲۰

زیرابقای حاملگی به جسم زرد بستگی ندارد و احتمال سقط کمتر است.

لیبر و زایمان: اگر کیست تخمدان باعث توقف در لیبر شود، زایمان به روش سزارین

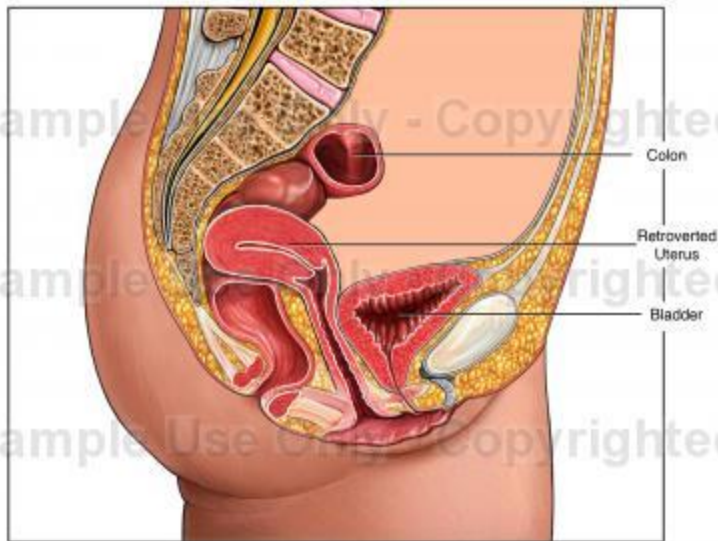
آسپیراسیون روش قابل قبولی برای رفع کیست نیست زیرا خطر بدخیمی حدود ۰.۲٪ و بهتر است کیست کاملاً برداشته شود.

انقلاب اسلامی



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Sample Use Only - Copyrighted



Sample Use Only - Copyrighted

Sample Use Only - Copyrighted

Sample Use Only - Copyrighted

Sample Use Only - Copyrighted

# اختلالات اکتسابی رحم:

آنته فلکسیون:

در جاتی از آنته فلکسیون به طور شایع در اوایل حاملگی فاقد اهمیت هستند.

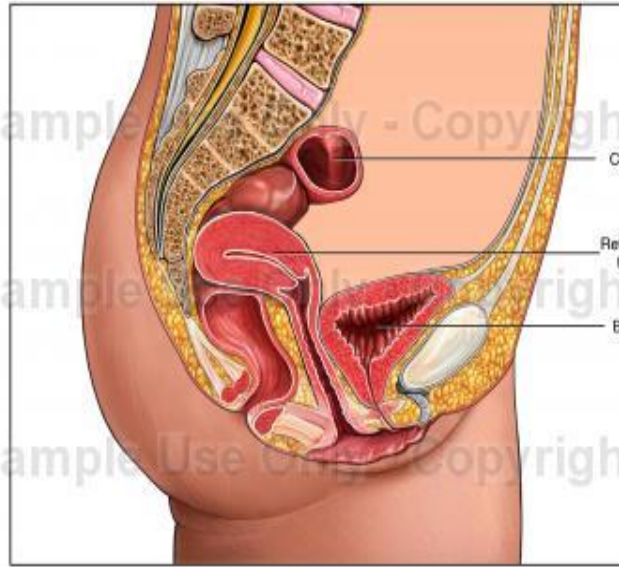
در ماههای بعدی، بویژه هنگامی که دیواره شکم بسیار ثل است، رحم ممکن است به طرف جلو بیفتد.

آنته فلکسیون چشمگیر رحم حامله بزرگ، معمولاً با دیاستاز عضلات رکتوس و شکم آویزان همراه است.

# اختلالات اکتسابی رحم:

اهمیت زایمانی:

وضعیت غیر طبیعی رحم گاهی اوقات از انتقال صحیح انقباضات جلوگیری می کند؛ از طریق اصلاح وضعیت با استفاده از binder کشکی، می توان بر این مشکل فایق آمد.



# اختلالات اکتسابی رحم:

رحم رتروورسه:

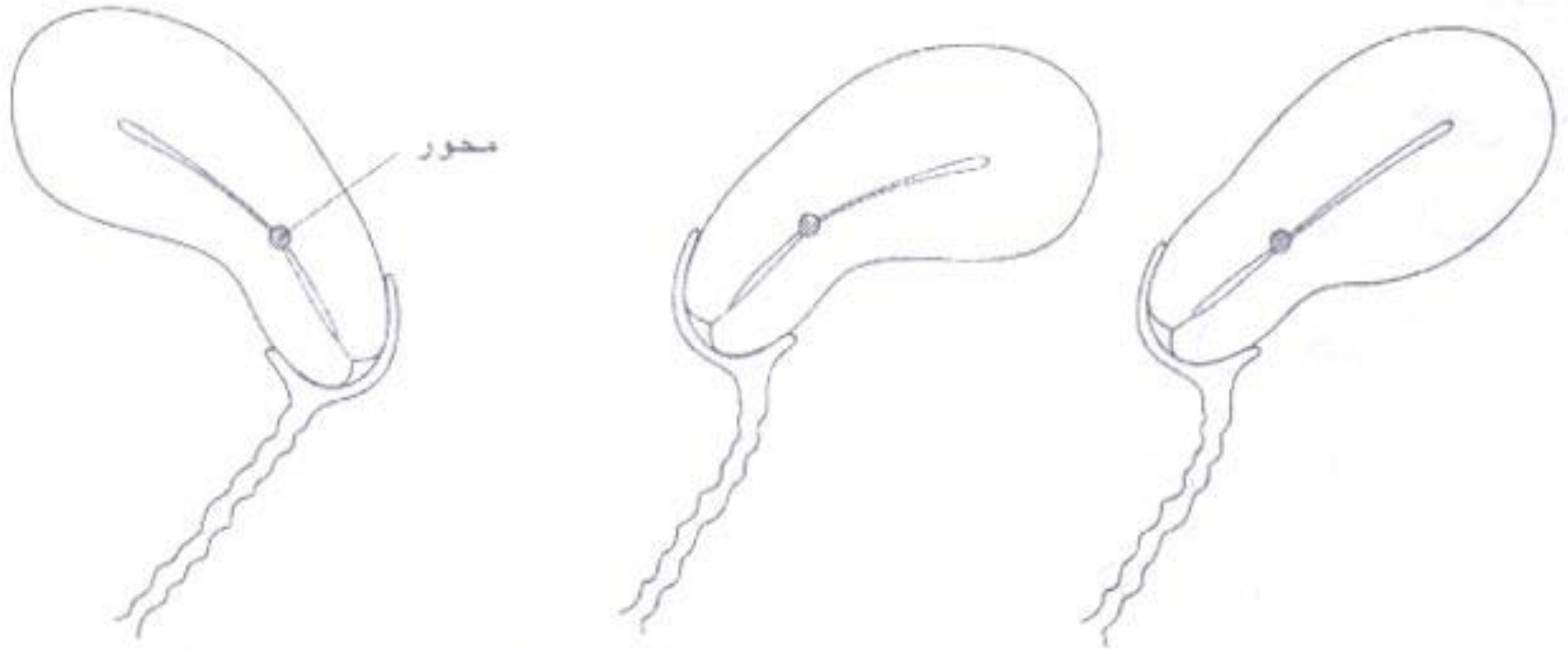
هرگاه زاویه بین محور طولی رحم و محور واژن بیشتر از

۱۸۰ درجه باشد به آن رحم رتروورسه گویند

در اکثر موارد مشکلی در حاملگی ایجاد نمی کند و هنگامیکه رحم از لگن بیرون می آید این مشکل به طور خود به خود با پیشرفت حاملگی برطرف می شود

# اختلالات اکتسابی رحم:

## رحم رتروورسه:



طبیعی

(خمیده به جلو، متعایل به جلو)

خمیده به عقب

رو به عقب

متعایل به عقب

# اختلالات اکتسابی رحم:

رحم دچار اختناق (incarceration):

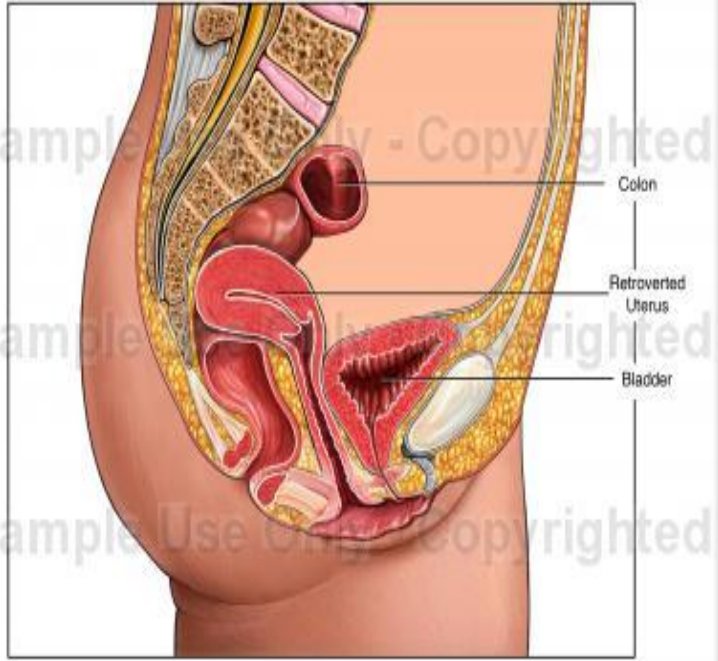
وقتی رحم حامله در یک پوزیشن رتروفلکسه و رتروورسه قرار دارد و نمی تواند از حفره لگن بیرون بیاید به آن رحم دچار اختناق گویند که در فرورفتگی ساکروم به دام می افتد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

اتیولوژی: فاکتورهای مساعد کننده  
هنوز شناخته نشده

وجود فیبروئیدها در دیواره رحم و یا  
چسبندگی رحم در ایجاد اختناق رحم  
دخالت

# اختلالات اکتسابی رحم:



درپوزیشن رتروورسه ثابت،  
سرویکس و واژن به طرف  
جلو و بالا کشیده میشود به  
طوریکه به اورترا فشار می آورد.

علائم اختناق رحم:

ناراحتی شکمی، ناتوانی در دفع طبیعی ادرار و  
احتباس حاد ادراری (Acute urinary retention)  
می باشد، که خود را به صورت فرکوئنسی و بی اختیاری  
نشان می دهد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

خطرناک اختناق رحم :

آسیب نوروماسکولار به مثانه

انسداد حالب و هیدرونفروز به همراه  
آسیب و عفونت کلیوی

نکروز ارگانهای مجاور رحم

پارگی رحم

پرژانتاسیون غیر طبیعی جنین

# اختناق رحم:

## درمان:

اصلاح وضعیت رحم و کاتتریزاسیون جهت تسکین و اصلاح احتباس ادراری توصیه می شود، تا مثانه همیشه خالی باشد و به رحم اجازه صعود به طرف بالا را بدهد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

درمان: پس از کاتتریزاسیون مثانه، می توان

در وضعیت زانو- سینه رحم را

به خارج از لگن هدایت کرد.

گهگاه، آنالژزی نخاعی یا بی هوشی عمومی ضرورت پیدا می کند.

پس از اصلاح وضعیت رحم، یک کاتتر ثابت در محل قرار داده می شود تا تون مثانه به حالت عادی برگردد.

قرار دادن "پساری" نرم به مدت چند هفته، معمولاً از اختناق مجدد (reincarceration) جلوگیری می کند.

# اختلالات اکتسابی رحم:

درمان آنتی بیوتیکی فقط در صورت وجود عفونت ادراری توصیه

بیمار را تشویق کنیم که در وضعیت Prone (دور)

بخوابد و مثانه اش را مرتب تخلیه کند، اگر قادر نباشد برای بیماریک سوند به مدت ۴۸ ساعت فیکس قرار دهیم و پس از آن با سونوگرافی چک کنیم.

# اختلالات اکتسابی رحم:

پرولاپس رحم:

سرویکس و گهگاه بخشی از جسم رحم، ممکن است به درجات متغیری در اوایل حاملگی از ولو به خارج برآمده شود.

با افزایش رشد، ممکن است رحم به قسمتهای بالاتر لگن صعود کند و سرویکس را با خود بالا بکشد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

اگر رحم در وضعیت پرولاپس شده پابرجا بماند، ممکن است در عرض ۱۴-۱۰ هفته علایم اختناق (incarceration) پدیدار شوند.

برای جلوگیری از این مساله، رحم در اوایل حاملگی جابه جا می شود و با یک پساری مناسب در وضعیت مطلوب نگه داشته میشود.

# پرو لاپس رحم:

با فیکساسیون

ساکرواسپینوس

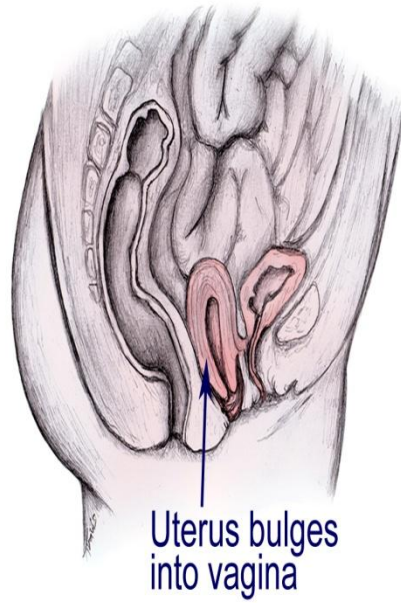
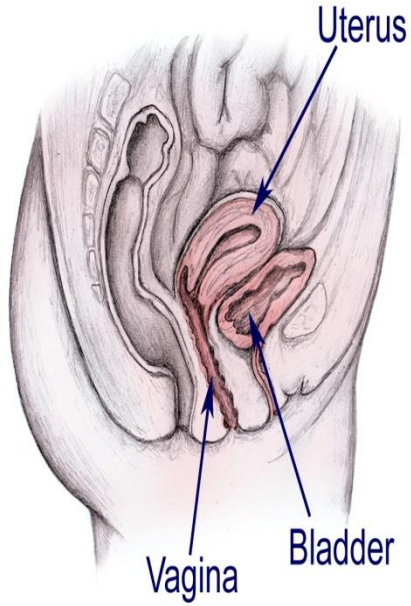
رحمی - خاجی برای

اصلاح پرو لاپس رحم

زایمان واژینال موفقیت.

Normal uterus

Prolapsed uterus



# اختلالات اکتسابی رحم:

سیستوسل و رکتوسل :

تضعیف حمایت فاسیایی بین واژن و مثانه ← سیستوسل

تضعیف فاسیای موجود بین واژن و رکتوم ← رکتوسل

عوارض:

استاز ادرار در اثر سیستوسل ، زمینه را برای ابتلا به عفونت مساعد می سازد .

حاملگی ممکن است بی اختیاری استرسی ادرار را که در ارتباط با این ضایعه وجود دارد تشدید کند:

افزایش وزن رحم      افزایش پیشرونده فشار مثانه

بسته شدن ناکامل پیشابراه



# اهمیت

**اهمیت زایمانی:** در جریان لیبر، سیستوسل یا رکتوسل ممکن است مانع از نزول طبیعی جنین شود، مگر اینکه سیستوسل یا رکتوسل تخلیه شوند و از سر راه کنار بروند.

# اختلالات اکتسابی رحم:

تورسیون (پیچ خوردن) رحم: در اکثریت حاملگی ها چرخش خفیف و بدون علامت رحم به راست، کمتر از ۴۰ درجه اما چرخش های بیش از ۴۵ درجه: در ترمستر اول با شیوع ۶٪  
در ترمستر دوم با شیوع ۲۶٪  
و در ترمستر سوم با شیوع ۴۹٪ باعث درد در ناحیه شکم در نیمه دوم حاملگی می شود.

# اختلالات اکتسابی رحم:

عوامل مساعد کننده:

در ۹۰-۸۰٪ یک فیبروئید، آنومالی های مادرزادی رحم، تورشن (پیچ خوردن) یک شاخ در رحم *didelphus*، توده آدنکس و یا سابقه ای از جراحی لگن می تواند در ایجاد تورشن نقش داشته باشد.

# اختلالات اکتسابی رحم:

**خطرات:** شوک وازوواگال در مادر و احتمال آسفیکسی در جنین (هم در نوع حادوهم در نوع مزمن) خطرات اصلی پیچ خوردن رحم می باشند. شکل هایی از درد، شکایات روده ای، علایم ادراری خونریزی، توقف لیبر همراه با تورشن تورسیون شدیدرحم که بتواند سبب توقف گردش خون رحم شود، نادر است.

# اختلالات اکتسابی رحم:

نحوه اداره یک رحم حامله دچار تورشن؟

- محافظه کارانه ای اداره می شوند.

استراحت در بستر و اصلاح وضعیت مادر  
(اصلاح پوزیشن) جهت اصلاح خود به خود  
تورشن توصیه می شود.

استفاده از آنالژزی ها در صورت نیاز.

اغلب از لاپاروتومی جهت اصلاح تورشن پو  
با این کار انتظار می رود که حاملگی به  
خوبی اداره شود.

# اختلالات اکتسابی رحم:

اگر جنین زنده باشد، به دلیل خطر بروز شوک در مادر و نیز کاهش اکسیژن رسانی به جنین، مانیتورینگ مادر و جنین می بایستی به دقت انجام شود.

گاهها به علت تورسیون شدید رحم ممکن است نیاز به هیستروتومی باشد که در این صورت می بایستی قبل از هیستروتومی، رحمی که دچار تغییر شدید وضعیت شده است از شکم خارج شود.

# اختلافات اکتسابی رحم:

نحوه زایمان:

زایمان به طریق سزارین انجام می شود  
تا در حین انجام آن، بتوانند پیچ  
خوردگی رحم را نیز برطرف کنند.

بانتشر

