



آمادگی جهت آزمون
بورد و ارتقاء ۱۴۰۵
زنان

تألیف

دکتر محبوب سرگزی طاغذی
جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی
دارای بورد تخصصی

۸.....	مقدمه
۹.....	✓ فصل ۱: سیتولوژی دهانه رحم: ارزیابی سلول‌های غدهای غیرمعمول و بدخیم
۹.....	مقدمه
۹.....	اصطلاحات
۹.....	شیوع
۱۲.....	منشا آتاتومیک AGC
۱۲.....	ریسک بیماری پیش بدخیمی یا بدخیمی
۱۲.....	بافت‌شناسی در بیماران مبتلا به AGC
۱۳.....	ارتباط بین زیرگروه AGC و بافت‌شناسی بعدی
۱۴.....	فراوانی یک ناهنجاری سیتولوژیک سیگفرشی همزمان
۱۴.....	عوامل خطر برای بیماری بدخیم یا پیش بدخیم
۱۴.....	ژنوتیپ
۱۵.....	سن بالا
۱۵.....	AGC-NOS پایدار
۱۵.....	ارزیابی اولیه
۱۹.....	بررسی اولیه برای سیتولوژی AGC با احتمال نئوپلازی، آدنوکارسینوم درجا با آدنوکارسینوم
۲۱.....	خلاصه و توصیه‌ها
۲۲.....	REFERENCES
۲۵.....	✓ فصل ۲: غربالگری سرطان دهانه رحم: سیتولوژی و HPV
۲۵.....	مقدمه
۲۵.....	اجزای گزارش سیتولوژی و HPV
۲۵.....	مرور کلی
۲۶.....	کفایت نمونه دهانه رحم
۲۶.....	(Cervical specimen adequacy)
۲۶.....	۱- مناسب برای ارزیابی
۳۰.....	شاخص‌های کیفیت
۳۱.....	۲- نمونه نامطلوب برای ارزیابی
۳۲.....	یافته‌ها
۳۲.....	سلول‌های آندومتر با ظاهر خوش خیم
۳۴.....	انواع دیگر بدخیمی
۳۴.....	یافته‌های غیر نئوپلاستیک (عفونت یا التهاب)
۳۵.....	HPV
۳۷.....	مدیریت نتایج

۴۱	ملاحظات ویژه
۴۱	سلول‌های آندومتر با ظاهر خوش خیم (BEC)
۴۱	نتایج مثبت HPV
۴۴	ملاحظات ویژه
۴۴	خلاصه و توصیه‌ها
۴۶	REFERENCES

۴۹	فصل ۳: خونریزی پس از زایمان: مدیریت پزشکی با حداقل تهاجم
۴۹	مقدمه
۴۹	ارزیابی اولیه بیمار
۵۷	در مقایسه با دارونما، اسید ترانکسامیک
۶۱	انجام ماساژ و فشردگی رحم
۶۱	افزایش تزریق اکسی‌ژن
۶۲	تجویز داروهای رحمی اضافی
۶۲	سایر داروهای یوتروتنیک
۶۵	خونریزی بیش از ۱۵۰۰ میلی‌لیتر با خونریزی بیش از حد مداوم
۶۶	فیبرینوژن
۶۶	سایر
۸۰	خونریزی بیش از ۱۵۰۰ میلی‌لیتر با خونریزی بیش از حد مداوم مقاوم به مداخلات پزشکی و کم تهاجم
۸۲	خلاصه و توصیه‌ها
۸۶	REFERENCES

۸۹	فصل ۴: خونریزی پس از زایمان: رویکردهای مدیریتی نیازمند لاپاراتومی
۸۹	مقدمه
۸۹	ارزیابی شکم در لاپاراتومی
۸۹	اقدامات موقت برای تثبیت بیماران از نظر همودینامیک ناپایدار
۹۸	مدیریت مبتنی بر علت‌شناسی
۱۰۳	بازرسی پس از لاپاراتومی
۱۰۴	نقش هیستریکتومی
۱۰۸	نقش آمبولیزاسیون
۱۰۸	خلاصه و توصیه‌ها
۱۱۰	REFERENCES

۱۱۳	فصل ۵: توده Adnexal: ارزیابی و مدیریت در دوران بارداری
۱۱۳	مقدمه
۱۱۳	شیوع
۱۱۳	معرفی بیمار
۱۱۴	انواع توده‌های آدنکس در بیماران باردار
۱۱۶	تشخیص

۱۱۸.....	ارزیابی تشخیصی.....
۱۲۱.....	جراحی.....
۱۲۷.....	شیمی درمانی.....
۱۲۷.....	پیش آگهی.....
۱۲۷.....	خلاصه و توصیه‌ها.....
۱۲۹.....	REFERENCES.....

۱۳۱.....	فصل ۶: Massive Transfusion Protocol
۱۳۱.....	مقدمه.....
۱۳۱.....	تعاریف و اصطلاحات.....
۱۳۳.....	اپیدمیولوژی.....
۱۳۴.....	داده‌ها برای جمعیت‌های خاص بیماران.....
۱۳۵.....	رویکرد به حجم و جایگزینی خون.....
۱۳۸.....	نظارت آزمایشگاهی.....
۱۳۹.....	عوارض.....
۱۴۵.....	خلاصه و توصیه‌ها.....
۱۴۶.....	REFERENCES.....

۱۴۹.....	فصل ۷: دیستوشی شانه: تشخیص، مدیریت و پیامد حین زایمان
۱۴۹.....	مقدمه.....
۱۴۹.....	پاتوفیزیولوژی.....
۱۵۱.....	شیوع.....
۱۵۱.....	تشخیص.....
۱۵۱.....	مدیریت.....
۱۵۳.....	انتخاب مانور برای آزاد کردن شانه.....
۱۵۴.....	شرح مانورها برای آزادسازی شانه‌ها.....
۱۶۰.....	مانورهای ثالثیه.....
۱۶۱.....	مانورهای دیگر.....
۱۶۲.....	آخرین اقدامات.....
۱۶۴.....	مستندات.....
۱۶۴.....	عوارض.....
۱۶۵.....	کاهش خطر عوارض.....
۱۶۵.....	خلاصه و توصیه‌ها.....
۱۶۹.....	REFERENCES.....

دوستان عزیز و همکاران گرامی

خداوند را شاکریم که فرصت نگارش اثری ارزشمند را به مدد همکاری انتشارات آرتین طب، به ما عطا کرد. Up to date یک پایگاه اطلاعاتی پزشکی است که به عنوان قابل اعتمادترین منبع پاسخ به سوالات پزشکی به شمار می‌آید. این پایگاه اطلاعاتی با استفاده از اطلاعات مبتنی بر شواهد به پزشکان در زمینه نحوه درمان بیماران و بهترین تصمیم‌گیری بالینی یاری می‌رساند.

Up to date یکی از زیر مجموعه‌های بخش پزشکی **ولترز کلوور** است. طی یک پژوهش مشخص شده است که زمانی که پزشکان از راهنمایی‌های Up to date بهره می‌برند نتیجه بهتری در زمینه درمان دریافت می‌نمایند. جهت آشنایی پزشکان و دستیاران تخصصی با این منبع علمی ارزشمند طی سال‌های گذشته فصول برگزیده آن به عنوان منابع آزمون‌های ارتقا، گواهینامه و دانشنامه معرفی شده است. اثر پیش رو ترجمه روان فصول انتخابی آزمون ۱۴۰۵ می‌باشد که با توجه به ضیق وقت دستیاران امکان مطالعه سریع و مرور آن را فراهم می‌کند. از آنجا که هر تالیفی خالی از اشکال نمی‌باشد مفتخریم که دریافت کننده پیشنهادات و انتقادات شما عزیزان باشیم. از خداوند منان توفیق روزافزون همه پزشکان و داوطلبان آزمون را خواهانیم.

محبوب سرگزی طاغذی



سیتولوژی دهانه رحم: ارزیابی سلول‌های غده‌ای غیر معمول و بدخیم

مقدمه

سلول‌های غده‌ای غیر معمول (AGC) در سیتولوژی دهانه رحم معمولاً از اپیتلیوم غده‌ای اندوسرویکس یا آندومتر منشأ می‌گیرند. آن‌ها یافته‌ای کمتر شایع نسبت به سلول‌های سنگفرشی غیر طبیعی هستند. بیماران مبتلا به AGC نیازمند ارزیابی بیشتر برای بررسی پیش بدخیمی دهانه رحم، رحم و به ندرت تخمدان و لوله فالوپ دارند. ارزیابی بیماران مبتلا به سیتولوژی دهانه رحم که سلول‌های غده‌ای غیر معمول و بدخیم را نشان می‌دهند، در اینجا بررسی شده است. استراتژی‌ها و تکنیک‌های غربالگری سرطان دهانه رحم، تفسیر نتایج سیتولوژی دهانه رحم، پیگیری سایر نتایج غیر طبیعی سیتولوژی و مدیریت نئوپلازی دهانه رحم به طور جداگانه مورد بحث قرار گرفته‌اند.

اصطلاحات

اصطلاحات برای گزارش سیتولوژی دهانه رحم توسط سیستم Bethesda در سال ۱۹۸۸ استاندارد شد. این سیستم چندین بار مورد بازنگری قرار گرفته است (جدول ۱). اصطلاح مورد استفاده برای طبقه‌بندی AGC به شرح زیر است:

• سلول‌های غده‌ای غیر معمول

زیر مجموعه‌هایی از جمله اندوسرویکال (AEC)، آندومتریال یا نامشخص (NOS) وجود دارد. این

اصطلاح جایگزین اصطلاح قبلی (سلول‌های غده‌ای غیر معمول با اهمیت نامشخص (AGUS)) شده است. این اصطلاح نباید با اصطلاحات مربوط به ناهنجاری‌های سلول سنگفرشی، که شامل سلول‌های سنگفرشی غیر معمول با اهمیت نامشخص (ASC-US) می‌شود، اشتباه گرفته شود.

• Atypical glandular cells, favor neoplastic

آندوسرویکال تنها زیرگروه است. این نامگذاری برای نمونه‌هایی است که ویژگی‌هایی را نشان می‌دهند که نشان دهنده آدنوکارسینوم است، اما برای تفسیر آدنوکارسینوم کافی نیست.

- آدنوکارسینوم آندوسرویکال درجا (AIS)
- آدنوکارسینوم

سلول‌های آدنوکارسینوم ممکن است به عنوان آندوسرویکال، آندومتر، خارج رحمی یا NOS طبقه‌بندی شوند.

شیوع

ناهنجاری‌های غده‌ای در کمتر از ۱ درصد از نمونه‌های سیتولوژی دهانه رحم یافت می‌شوند، که بیشتر در بیماران بالای ۴۰ سال دیده می‌شود (به عنوان مثال، ۱،۱ تا ۲،۴ در هر ۱۰۰۰ نفر در سنین ۴۰ تا ۶۹ سال در مقابل ۰ تا ۰،۸ در هر ۱۰۰۰ نفر در بیماران جوان‌تر).

در مقابل، یافته‌های سیتولوژی سنگفرشی غیرطبیعی (سلول‌های سنگفرشی غیرمعمول یا ضایعه داخل اپیتلیالی سنگفرشی) شایع‌تر هستند و در بیماران ۱۵ تا ۲۹ سال شیوع بیشتری دارند.

داده‌های کمی در مورد AGC در دوران بارداری یا پس از زایمان وجود دارد. بر اساس داده‌های موجود، به نظر می‌رسد میزان بروز AGC و نئوپلازی قابل توجه در زنان باردار در مقایسه با بیماران غیرباردار با سن مشابه، مشابه یا بیشتر باشد.

جدول ۱- سیستم طبقه‌بندی Bethesda برای سیتولوژی دهانه رحم.

Bethesda 2014 classification system for cervical cytology

Specimen type
Indicate conventional smear (Pap smear), liquid-based preparation (Pap test), versus other
Specimen adequacy
- Satisfactory for evaluation (describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, eg, partially obscuring blood, inflammation, etc) - Unsatisfactory for evaluation (<i>specify reason</i>) - Specimen rejected/not processed (<i>specify reason</i>) - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (<i>specify reason</i>)
General categorization (<i>optional</i>)
- Negative for intraepithelial lesion or malignancy - Other: see "Interpretation/results" (eg, endometrial cells in a woman older than 45 years) - Epithelial cell abnormality: see "Interpretation/results" (specify "squamous" or "glandular," as appropriate)
Interpretation/results
Negative for intraepithelial lesion or malignancy
(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the "General categorization" above and/or in the "Interpretation/results" section of the report—whether there are organisms or other non-neoplastic findings)
Non-neoplastic findings (<i>optional to report</i>)
Non-neoplastic cellular variations: - Squamous metaplasia - Keratotic changes - Tubal metaplasia - Atrophy - Pregnancy-associated changes Reactive cellular changes associated with: - Inflammation (includes typical repair) - Lymphocytic (follicular) cervicitis - Radiation - Intrauterine contraceptive device (IUD)

ادامه جدول ۱ - سیستم طبقه بندی Bethesda برای سیتولوژی دهانه رحم.

▪ Glandular cells status posthysterectomy
Organisms ▪ <i>Trichomonas vaginalis</i> ▪ Fungal organisms morphologically consistent with <i>Candida</i> spp ▪ Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis ▪ Bacteria morphologically consistent with <i>Actinomyces</i> spp ▪ Cellular changes consistent with herpes simplex virus ▪ Cellular changes consistent with cytomegalovirus
Other ▪ Endometrial cells (in a woman older than 45 years) (also specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")
Epithelial cell abnormalities ▪ Squamous cell • Atypical squamous cells ◦ Of undetermined significance (ASC-US) ◦ Cannot exclude HSIL (ASC-H) • Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) (encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN-1) • High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) (encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN-2 and CIN-3) ◦ With features suspicious for invasion (<i>if invasion is suspected</i>) • Squamous cell carcinoma ▪ Glandular cell • Atypical ◦ Endocervical cells (NOS or specify in comments) ◦ Endometrial cells (NOS or specify in comments) ◦ Glandular cells (NOS or specify in comments) • Atypical ◦ Endocervical cells, favor neoplastic ◦ Glandular cells, favor neoplastic • Endocervical adenocarcinoma in situ • Adenocarcinoma ◦ Endocervical ◦ Endometrial ◦ Extrauterine ◦ Not otherwise specified (NOS)

Other malignant neoplasms (specify)
Adjunctive testing
Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician
Computer-assisted interpretation of cervical cytology
If case examined by an automated device, specify the device and result
Educational notes and comments appended to cytology reports (optional)
Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included)

Pap: Papanicolaou; HPV: human papillomavirus; CIN: cervical intraepithelial neoplasia; CIS: carcinoma in situ.

منشا آتاتومیک AGC

تقریباً تمام سلول های AGC از اندوسرویکس یا اندومتر منشأ می گیرند، اما گاهی اوقات، ارزیابی بیشتر منجر به تشخیص بیماری در محل دیگری می شود. سرطان تخمدان/لوله فالوپ شایع ترین محل خارج رحمی است و در ۰٫۱ تا ۰٫۶ درصد از بیماران مبتلا به AGC گزارش شده است. به ندرت، AGC نشانه ای از یک بدخیمی غده ای مخفی از یک عضو غیرزنانه مانند روده بزرگ، پستان یا معده است. پولیپ های آندومتر و متاپلازی لوله رحم نمونه هایی از اختلالات خوش خیم رحم هستند که با AGC مرتبط بوده اند.

بافت شناسی در بیماران مبتلا به AGC

ارزیابی بافت شناسی بیماران مبتلا به AGC ممکن است یافته های طبیعی یا ضایعات سنگفرشی یا غده ای را شناسایی کند. توزیع بافت شناسی در مطالعات زیر نشان داده شده است:

۱. دو بررسی متون علمی شامل تقریباً ۴۳۰۰ بیمار مبتلا به AGC (یا سلول های غده ای غیرمعمول با اهمیت نامشخص [AGUS]) برای نمونه های ارزیابی شده با استفاده از طبقه بندی بتسدا قبل از سال ۲۰۰۱ (یافته های خوش خیم را در ۶۴ تا ۷۱ درصد موارد گزارش کردند. ناهنجاری ها شامل موارد زیر بودند:

ریسک بیماری پیش بدخیمی یا بدخیمی

AGC در سیتولوژی دهانه رحم تقریباً در ۳۰ درصد موارد با بیماری پیش یا بدخیم مرتبط است. با این حال، میزان بالاتری (مثلاً بیش از ۵۰ درصد) گزارش شده است. جالب توجه است که بسیاری از ضایعات یافت شده در ارزیابی هیستولوژی، به جای غده ای از نوع سنگفرشی هستند.

Squamous cervical intraepithelial neoplasia (CIN) ۲۰ تا ۲۸ درصد، شامل:

- CIN- درجه پایین (CIN 1) ۹ درصد
- CIN-درجه بالا (CIN 2,3) ۱۱ درصد
- آرسینوم سنگفرشی دهانه رحم - ۰٫۳ تا ۱٫۰ درصد
- آدنوکارسینوم درجا دهانه رحم (AIS) ۳ تا ۴ درصد
- آدنوکارسینوم دهانه رحم - ۱ تا ۲ درصد
- هیپرپلازی آندومتر - ۱ درصد
- آدنوکارسینوم آندومتر - ۲ تا ۳ درصد

متون در بیماران مبتلا به AGC تشخیص داده شده است، ممکن است به دلیل حساسیت پایین تر سیتولوژی دهانه رحم برای تشخیص دیسپلازی و بدخیمی غددی اندوسرویکس نسبت به تشخیص بدخیمی سنگفرشی باشد. این حساسیت کمتر به عوامل متعددی نسبت داده شده است:

- تشخیص بین سلول های سنگفرشی درجه بالا و سلول های غده ای برای سیتوپاتولوژیست دشوار است.
- سلول های اندومتر، سلول های اندوسرویکس واکنشی، متاپلازی لوله ای و اندومتریوز دهانه رحم ممکن است AIS را تقلید کنند.
- ضایعات ممکن است به دلیل کوچک بودن یا قرار گرفتن در بالای کانال اندوسرویکس دیده یا نمونه برداری نشوند.
- دلیل دیگر تشخیص کمتر از حد، وجود سلول های اندوسرویکس حداقلی است که ارزیابی آنها دشوار است.
- همچنین AGC با بافت شناسی های کمتر شایع، از جمله سرطان آدنواسکواموس دهانه رحم و کارسینوسارکوم رحم (که قبلاً به عنوان تومورهای بدخیم مخلوط مولرین شناخته می شد) مرتبط بوده است.

ارتباط بین زیرگروه AGC و بافت شناسی بعدی

زیرگروه سیتولوژیک تا حدودی پیش بینی کننده تشخیص بافت شناسی است. به عنوان مثال،

۱. در مطالعه ای روی ۴۶۰ بیمار مبتلا به AGC در سیتولوژی، شایع ترین بافت شناسی بر اساس زیرگروه عبارت بود از:

- AGC-NOS در ۱۰,۲ درصد موارد با آدنوکارسینوم آندومتر مرتبط بود.
- AGC-Endocervical (AEC) در ۵,۹ درصد موارد با آدنوکارسینوم مهاجم دهانه رحم، در ۲,۴ درصد موارد با AIS و در ۵,۳ درصد موارد با CIN 2 & 3 مرتبط بود.

۲. یک مطالعه ملی در سوئدی شامل ۱۴۶۲۵ بیمار با AGC گزارش شده در اولین نمونه سیتولوژی دهانه رحم آنها بود که تا ۱۵,۵ سال پیگیری شدند. در این مطالعه، AGC توسط انجمن سیتولوژی بالینی سوئد طبقه بندی شد و از زیرشاخه های AGC استفاده نشد. در پیگیری نمونه سیتولوژی AGC ظرف شش ماه، بافت شناسی های زیر مشاهده شد:
- کارسینوم سنگفرشی دهانه رحم - ۰,۳ درصد
- آدنوکارسینوم دهانه رحم - ۰,۹۹ درصد

بیماران مبتلا به AGC تا 15/5 سال همچنان در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان دهانه رحم نسبت به بیمارانی با سیتولوژی طبیعی بودند، که بیشترین خطر در عرض 3/5 سال مشاهده شد و سپس با گذشت زمان کاهش یافت. در مقایسه با بیمارانی با سیتولوژی شاخص طبیعی، این خطرات در ۰/۵ تا ۳/۵ سال ۲۴ برابر، در ۳/۵ تا ۶/۵ سال ۱۰ برابر و در ۱۰,۵ تا ۱۵,۵ سال ۴/۸ برابر بود. بیماران مبتلا به AGC در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به آدنوکارسینوم نسبت به کارسینوم سنگفرشی بودند.

جالب توجه است که تا ۱۰/۵ سال، بیماران مبتلا به AGC در مقایسه با بیماران مبتلا به ضایعه داخل اپیتلیالی سنگفرشی درجه بالا (high grade squamous intraepithelial lesion)، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان دهانه رحم (اعم از آدنوکارسینوم یا سنگفرشی) بودند و این خطر از ۱۰/۵ سال به ۱۵/۵ سال قابل مقایسه شد. یکی از محدودیت ها این است که این مطالعه بیماران را از نتیجه سیتولوژی اولیه به بعد پیگیری کرد، اما اطلاعاتی در مورد نتایج سیتولوژی بعدی ارائه نداد.

در یک بررسی گذشته نگر از ۲۳۸ بیمار مبتلا به سرطان آندومتر، ۵۰ نفر (۲۱ درصد) پاپ اسمیر غیرطبیعی داشتند و ۱۷ نفر از ۵۰ نتیجه غیرطبیعی، AGC بودند. با تهاجم سرطان آندومتر به استرومای دهانه رحم همبستگی داشت.

میزان پایین تر ناهنجاری های غددی در مقایسه با ناهنجاری های سنگفرشی دهانه رحم که در بررسی های