

مجموعه پرسش ها و پاسخ های
تشریحی آزمون فلوشیپ

اختلالات کف لگن

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، مورد و فلوشیپ

گردآوری و تألیف:

دکتر راضیه وحدانی

جراح و متخصص زنان، فلوشیپ اختلالات کف لگن

رتبه برتر مورد تخصصی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر مریم صفی نتاج

جراح و متخصص زنان

دستیار فلوشیپ اختلالات کف لگن، دانشگاه تهران

رتبه برتر مورد تخصصی



خداوند را شاکریم که این توفیق را نصیبمان کرد که با کار گروهی و در معیت انتشارات آرتین طب کتاب پیشرو را تقدیم شما بزرگواران نمائیم. مجموعه حاضر پاسخ نامه تشریحی سوالات آزمون فلوشیپ اختلالات کف لگن ۱۴۰۴ و بر اساس آخرین مراجع اعلام شده از وزارتخانه تهیه گردیده است. از آنجا که هر تألیفی خالی از اشکال نمیباشد گروه مؤلفین بسیار مفتخر است که دریافت کننده انتقادات و پیشنهادات شما عزیزان باشد. از خداوند منان توفیق روزافزون برای تمامی خوانندگان و داوطلبان آزمونهای ارتقاء و مورد داریم.

گروه مؤلفین

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون فلوشیپ اختلالات کفۀ لکن ۱۴۰۴ ۷

lartinteb.com

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی آزمون فلوشیپ افتلالات کف لگن ۱۴۰۴

۱- خانم ۵۰ ساله G3L3 با شکایت خروج توده از واژن مراجعه کرده است. بی اختیاری ادراری و اختلال در تخلیه ادرار و مدفوع ندارد. در معاینه POPQ: Ba=+3cm TVL= 10cm, C=0, D=-3cm, BP=-1cm و تست سرفه

با اصلاح پرولاپس مثبت می باشد. کدام پساری برای اصلاح پرولاپس ارجح است؟

الف) Ring Incontinence Dish with support (ب)

ج) Gelhorn (د) Ring with support

پاسخ: ب

نواک ۲۰۲۶ فصل ۲۹ دستگاه ادراری

وسایل مکانیکی برای بی اختیاری ادرار به دو گروه پیشابراهی و واژینال تقسیم می شوند. یکی از نمونه های وسایل پیشابراهی، اینسرت پیشابراه است که داخل مجرا قرار می گیرد و قبل از ادرار کردن خارج می شود. وسایل واژینال شامل دو گروه می شود. یک: وزنه ها و مخروط های واژینال که به افزایش قدرت عضلات کف لگن کمک می کنند. دو: پساری ها پساری های متنوعی برای جلوگیری از بی اختیاری ادرار وجود دارد (incontinence pessaries)، پساری هایی که همراه با پشتیبانی (support) هستند می توانند پرولاپس ارگانه های لگنی را نیز هدف قرار دهند. (فصل ۳۳ تلیندز- اسلینگ های میدیورترال)

۲- در حین انجام سیستوسکوپی بعد از عمل جراحی رتروپوبیک کولپوساسپنشن در خانمی با بی اختیاری ادرار استرسی، متوجه ورود بخیه کولپوساسپنشن به مثانه می شوید، پارگی واضحی در مثانه رویت نمی شود. کدام اقدام صحیح است؟

الف) تعبیه مجدد سوچور کولوساسپنشن بدون توجه به سوچور قبلی

ب) برداشت بخیه قبلی، خاتمه عمل و سوندگذاری طولانی مثانه

ج) برداشت بخیه قبلی، تعبیه مجدد از محل صحیح

د) با زکردن مثانه و ترمیم محل سوچور

پاسخ: ج

تلیندز ۲۰۲۴- فصل ۳۳- اسلینگ های میدیورترال

عوارض رتروپوبیک کولپوساسپنشن (Burch):

عوارض حین عمل شامل خونریزی و ورود بخیه به داخل مثانه است. اگر خونریزی رخ دهد معمولا با کلیپس یا بخیه های به شکل ۸ قابل کنترل است. اگر بخیه از مثانه عبور کند، باید آن را برداشته و مجددا جایگذاری شود.

تحت عمل ترمیم Cystosele قرار گرفته است، اظهار می دارد که از یک ماه قبل علائم ایشان عود کرده است. با توجه به معاینه pop-Q قبل از عمل، اصلاح کدام نقطه می توانست از عود پرولاپس پیشگیری کند؟

الف) Aa ب) Ba ج) C د) Bp

پاسخ: ج

نواک ۲۰۲۶- فصل - پرولاپس اعضای لگن

در سیستم POP-Q، ۹ محل در ولو و واژن بر حسی سانتی متر نسبت به هایمن شناسایی می شوند و برای توصیف مرحله پرولاپس در پیشرفته ترین نقطه مورد استفاده قرار می گیرد. (شکل ۹-۳۰)

پارامترهای اندازه گیری شده در دیواره قدامی واژن Aa و Ba نامیده می شوند. و مقدار پیشروی نقطه Ba به میزان پرولاپس کمپارتمان قدامی بستگی دارد.

کمپارتمان آپیکال با میانی شامل نقطه C و D است. نقطه C معرف پایینترین نقطه لبه سرویکس یا کاف واژن بعد از هیستریکتومی است. نقطه D محل فورنیکس خلفی را نشان می دهد. هدف از تعیین این قطعه افتراق نارسایی ساسپنسوری از دراز شدن سرویکس است.

کمپارتمان خلفی با نقاط Ap و Bp نشان داده می شود.

در بیمار مطرح شده علاوه بر سیستموسل (Ba=+4)، پرولاپس آپیکال (C=-1) نیز دارد.

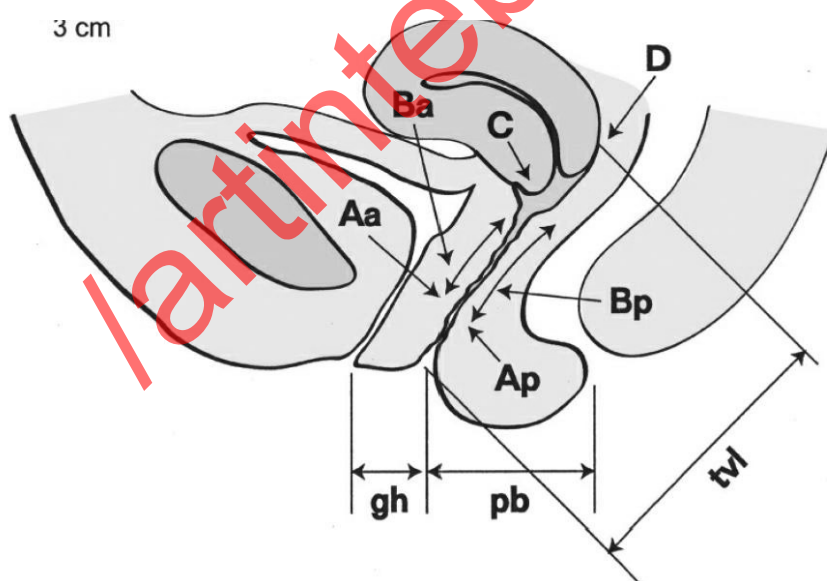


Figure 30-9 Standardization of terminology for female pelvic organ prolapse (POP-Q) classification. This diagram demonstrates the anatomic position of the POP-Q sites, including six sites involving the anterior

(Aa, Ba), middle (C, D), and posterior (Ap, Bp) compartments with the genital hiatus (gh), perineal body (pb), and total vaginal length (tvl). (Reprinted from Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-17. Copyright © 1996 Elsevier. With permission.)

پاسخ: ج

تلیندز ۲۰۲۴ فصل ۲۲ صفحه ۱۰۴

در کل، انجام سیستوسکوپی به دنبال هیستریکتومی واژینال به طور بارزی شناسایی آسیب مثانه و حالب را افزایش می دهد، اگرچه ممکن است تمام صدمات را شناسایی نکند. سیستوسکوپی یک عمل با ریسک پایین است که خصوصاً در اعمال جراحی که با ریسک بالای (۱-۲ درصد) آسیب به سیستم ادراری تحتانی همراه است مفید می باشد. بعضی جراحان ممکن است انجام سیستوسکوپی را بعد از موارد هیستریکتومی واژینال مشکل، انجام دهند (مانند دیسکسیون قدامی مشکل)، یا در موارد برداشتن آدنکس (به دلیل اینکه یک محل بالقوه آسیب به حالب در سطح لیگامان ایفندیولوپلوپیک است). به طور شایع آسیب حالب در سطح شریان رحمی (۸۰٪)، لیگامان ایفندیولوپلوپیک و کاف واژن رخ می دهد.

۷۲- خانم ۲۵ ساله که پس از زایمان واژینال با پارگی ۳C اسفنگتر آنال که ترمیم شده است، یک هفته بعد با شکایت ترشح و بازشدگی محل ترمیم مراجعه کرده است. اقدام مناسب کدام است؟
الف) ترمیم تأخیری ۲ ماه بعد

- ب) دبریدمال بافت نکروتیک جهت ترمیم خودبخودی زخم
ج) آزادسازی بافت جهت ترمیم بدون کشش بصورت همپوشانی
د) در صورت نیاز به ترمیم آمادگی کامل روده ای

پاسخ: ج

تلیندز ۲۰۲۴ فصل ۳۶ صفحات ۱۲۰ و ۱۲۱

ترمیم تأخیری OASIS

در گذشته، ترمیم OASIS باز شده به مدت چند ماه به صورت محافظه کارانه اداره می شد و تا هنگامی که بافت بهبود می یابد و التهاب فروکش می کرد، جراحی ترمیم به تعویق می افتاد. با این حال، ترمیم تأخیری با عواقب چشمگیر سلامت مادر مانند درد، بی اختیاری مدفوع و اختلال عملکرد جنسی همراه است. بنابراین، و در صورت عدم وجود عفونت، عملکرد فعالی به ترمیم زودرس تأکید دارد. با این حال، قبل از تلاش برای بستن، این مسئله مهم است که زخم را برای ترمیم آماده کرد. در تجربه ها دبریدمان زخم می توانند به صورت موفق در شرایط مطب با برداشتن تمام بافت نکروزه و بخیه زدن و به دنبال آن پک کردن و برداشتن آن با گاز آغشته به یدوفورم دوبار در روز و مراقبت شدید پرینه با sitz bath انجام شود. در صورتی که زخم عفونی شود، آنتی بیوتیک های وسیع الطیف باید تجویز شود. هنگامی که زخم عاری از اگزودا و عفونت شد، ترمیم ثانویه می تواند انجام شود. در حالی که می توان از آمادگی مکانیکی روده قبل از عمل استفاده کرد، اطلاعات محدودی در مورد ضرورت انجام این کار وجود دارد. ترمیم در اتاق عمل به شرح استاندارد ذکر شده انجام می شود. در این مورد، هر دو تکنیک انتها به انتها یا هم پوشانی، بسته به تجربه پزشک، می تواند به کار رود. ضروری است که تمام بافت ها برای ترمیم بدون کشش به اندازه کافی آزاد شوند. بعد از عمل، نرم کننده های مدفوع می تواند برای نرم نگه داشتن مدفوع به کار رود. با این حال، از ایجاد اسهال باید جلوگیری شود. استفاده معمول از آنتی بیوتیک های خوراکی با مطالعات مبتنی بر شواهد پشتیبانی نمی شود ولی، تجویز سفالسپورین داخل وریدی را در زمان ترمیم و مترونیدازول و آموکسی سیلین و کلاوونات خوراکی را برای ۵ تا ۷ روز بعد از عمل توصیه می کنیم.

الف) نقایص آناتومیک اسفنگتر آنال
 ج) اختلال دفع مدفوع
 ب) فیستولها
 د) اختلالات عصبی

پاسخ: ج

نواک ۲۰۲۵ فصل ۳۱ صفحه ۱۵۶۳

مانومتري مقعد برای بررسی انسداد دفع مدفوع سودمند است و در جریان آن حداکثر فشار در حال استراحت، حداکثر فشار فشرددگی، حس و پذیرش رکتوم و وجود رفلکس مهاری سالم رکتوآنال مورد بررسی قرار می گیرند. از مانومتري مقعد برای تعیین حداکثر فشار پایه (در حال استراحت) حداکثر فشار در حالت اعمال فشار، حس و کمپلیانس رکتوم و همچنین سالم بودن رفلکس مهاری رکتوآنال استفاده می شود. در اختلال دفع مدفوع، از این تست می توان برای تشخیص بیماری هیرشپرونک، آنیسموس استفاده کرد. افزودن EMG سطحی برای اثبات شل شدگی به رد کردن آنیسموس به عنوان علت اختلال عملکرد دفع مدفوع کمک می کند. شل نشدن اسفنگتر مقعد در هنگام دفع مدفوع و افزایش فعالیت الکتریکی EAS و پوبورکتالیس، در بیماران مبتلا به آنیسموس دیده می شود. در مقابل بیماران مبتلا به هیرشپرونک، الکترودهای سطحی افزایشی را در فعالیت الکتریکی ثبت نمی کنند. تست دفع بالون رکتال نیز می تواند تست کمکی مفیدی برای ارزیابی تخلیه رکتوم باشد و ممکن است در طی فیزیوتراپی برای تشخیص اختلال دیس سینرژیک دفع مدفوع ارزشمند باشد.

۱۰۰- دختر بچه ۱۳ ساله با شکایت از درد شکم از چند ماه پیش، مراجعه کرده است. سیکل های قاعدگی شروع نشده است. در معاینه، پرینه مختصر برجسته می باشد. تشخیص هایمن ایمپرفوره بوده و Vaginal Dimple قابل مشاهده است. در توشه رکتال Bulging دیواره قدامی قابل لمس می باشد. اقدام مناسب کدام است؟

الف) جراحی
 ج) انجام MRI لگن
 ب) تجویز OCP
 د) سونوگرافی ترانس رکتال

پاسخ: ج

تلیندز ۲۰۲۴ فصل ۴۲ صفحه ۲۱۱

آترزی تحتانی واژن

آنومالی های کلاس I همچنین آترزی تحتانی واژینال را شامل می شوند (شکل ۴A-۴۲). این آنومالی زمانی اتفاق می افتد که کانالیزه شدن قسمت مولرین از واژن که به سینوس اروژنیتال یا قسمت سینوس اروژنیتال واژن متصل می شود شکست بخورد. بیماران با درد لگن و آمنوره در سن بلوغ مراجعه می کنند. در حین معاینه فرورفتگی اندک واژینال وجود دارد که گهگاه ممکن است برجسته باشد با این حال نمای «منظره ای» که در هایمن سوراخ نشده دیده می شود در این آنومالی وجود ندارد (شکل ۴B-۴۲). یک معاینه رکتال جهت تعیین سطح انسداد کمک کننده است. با این حال انجام MRI لگنی برای بررسی سیستم ژنیتالای فوقانی و تعیین فاصله بین هماتوکولپوس و پرینه ضرورت دارد در صورتی که فاصله واژن دچار آترزی از پرینه مساوی یا کمتر از ۳ سانتی متر باشد تکنیک های کشیدن واژن به طور مستقیم انجام می شود (شکل C-H ۴-۴۲). در صورتی که فاصله بیش از ۳ سانتی متر باشد خطر تنگی پس از عمل بیشتر می شود و لازم است رویکرد تعدیل شود.