

## زخمهای ولو

تعدادی از STD ها شامل ویروس هرپس سیمپلکس، سیفلیس، لنفوگرانولوم و نروم و گرانولوم اینگوینال، می توانند سبب ایجاد زخمهای ولو شوند. بیماری کرون ممکن است با درگیری ولو(به صورت ایجاد آبسه، فیستول، مجاری سینوسی، ایجاد منافذ ریز و متعدد و سای انواع اسکار) همراه باشد. اگرچه درمان طبی با استروئیدهای سیستمیک و دیگر داروهای سیستمیک روش استاندارد درمان این بیماری است، ممکن است عمل جراحی برای درمان بیماری روده و بیماری ولو ضرورت پیدا کند.

## بیماری بهجت

این بیماری سیستمیک، با زخمهای تناسلی و دهانی همراه با التهاب ساختمانهای چشمی و بسیاری از تظاهرات به درستی شناخته نشده است، اما ممکن است درمانهای ضدالتهابی و سرکوبگر ایمنی موثر باشند.

## لیکن پلان

این بیماری باعث زخمهای دهانی و تناسلی می شود. به طور تیپیک، واژینیت دسکواماتیو همراه با اروزیون و وستیبول سیستمیک استوار است. موکوزیت پلازما سل، به صورت اروزیونهایی در ناحیه ولو و به ویژه وستیبول ظاهر می شود. برای دستیابی به تشخیص، بیوپسی ضرورت دارد.

## مسایل مربوط به واژن در زنان سنین باروری

ترشح واژینال یکی از علایم بسیار شایع مربوط به واژن است. حالتی که ممکن است سبب ترشح واژینال شوند، از کاندیدیاز واژن، سرویسیت کلامیدیایی و واژینوز باکتریایی تا کارسینوم سرویکس متغیر هستند.

سایر علل غیر عفونی ترشح، به شرح زیر هستند:

۱- جسم خارجی باقیمانده: تامپون، پساری

۲- وجود زخم: ناشی از تامپون، لیکن پلان، عفونت هرپس سیمپلکس

۳- بدخیمی: سرویکال، واژینال

کیستهای دارای منشا رویانی، ممکن است از اپی تلیوم - مزونفریک، پارامزوفریک و سینوس ادراری - تناسلی منشا بگیرند. کیستهای مجرای گارتر دارای منشا مزونفریک هستند و معمولاً در دیواره جانبی واژن یافت می شوند.

کیستهایی که از اپی تلیوم سینوس ادراری - تناسلی منشا می گیرند، در ناحیه وستیبول ولو قرار دارند. آدنوز واژینال(وجود غدد مفروش از اپی تلیوم در داخل واژن)، با تماس با دی اتیل استیل، ستروول در دوران زندگی داخل رحمی ارتباط دارد. در این ضایعات، بجز تحت نظر گرفتن دقیق بیمار و لمس دوره ای ضایعات(برای شناسایی ندولهایی که ممکن است به منظور رد کردن آدنوکارسینوم «سلول روشن» واژن نیازمند انجام بیوپسی باشند) درمان دیگری لازم نیست.

زنان گاهی اوقات یک ضایعه برآمده را در ناحیه واژن و ولو خود توصیف می کنند که به طور متغییر با علایم فشار یا ناراحتی همراه است. شایعترین علت این ضایعه، انواع اختلالات بافت پشتیبان واژن است. سایر ضایعات دستگاه تناسلی مانند دیورتیکولهای پیشابراه یا کیستهای رویانی، ممکن است علایم مشابهی را به وجود آورند.

## خونریزی غیرطبیعی بعد از یائیسگی

### اختلالات خوش خیم

از هورمون درمانی می توان برای درمان علایم مشکل ساز دوران یائیسگی استفاده کرد. توصیه می شود درمان با کمترین دوز موثر صورت گیرد. در غیاب هورمون درمانی، اگر بعد از یائیسگی (که به طور کلاسیک به صورت فقدان قاعدگی به مدت یک سال تعریف می شود) هر گونه خونریزی رخ بدهد، بررسی بیمار همراه با نمونه برداری از اندومتر ضرورت خواهد داشت.

در خونریزیهای دوره بعد از یائیسگی انجام پاپ اسمیر ضرورت دارد، اما باید توجه داشت که پاپ اسمیر روش تشخیصی حساسی برای کشف سرطان اندومتر نیست.

در زنانی که دارای نتایج غیرطبیعی پاپ اسمیر هستند، بدخیمی سرویکس از طریق برداشتن بیوپسی از ضایعات قابل مشاهده با چشم غیرمسلح و نیز از طریق بیوپسی با هدایت کولپوسکوپ، تشخیص داده می شود. تومورهای عملکردی تخمدان ممکن است استروژن تولید کنند و منجر به هیپرپلازی یا کارسینوم اندومتر شوند، که ممکن است باعث خونریزی گردند.

### تشخیص خونریزی غیرطبیعی در دوران یائیسگی

معاینه لگن (برای شناسایی ضایعات موضعی) و پاپ اسمیر (به منظور ارزیابی سیتولوژی ضایعات)، اولین اقدامات ضروری برای یافتن علت خونریزی بعد از یائیسگی هستند. از طریق بررسی لگن با سونوگرافی و به ویژه سونوگرافی ترانس واژینال یا سونوهایستروگرافی، می توان به علت خونریزی پی برد.

نمونه برداری از اندومتر از طریق بیوپسی سرپایی (مطبی)، هیستروسکوپی یا D&C معمولاً ضروری محسوب می شود. اگر ضخامت اندومتر در سونوگرافی ترانس واژینال کمتر از ۵ میلی متر باشد، غیرمحتمل است که بر سرطان اندومتر دلالت داشته باشد، اما برخی از صاحب نظران چنین عنوان کرده اند که صحت تشخیصی این یافته بیش از حد واقعی برآورد شده است و در نتیجه، ضخامت حدمرزی ۳ میلی متر را پیشنهاد کرده اند.

## تدابیر درمانی خونریزی غیرطبیعی دوران یائسگی

**اختلالات خوش خیم:** درمان خونریزی ناشی از واژینیت آتروفیک، بعد از اینکه سایر علل خونریزی غیرطبیعی کنار گذاشته شدند، شامل استفاده موضعی (واژینال) یا سیستمیک از استروژنها است. پولیپهای سرویکس را می توان به آسانی در مطب خارج کرد.

### هیپرپلازی اندومتر

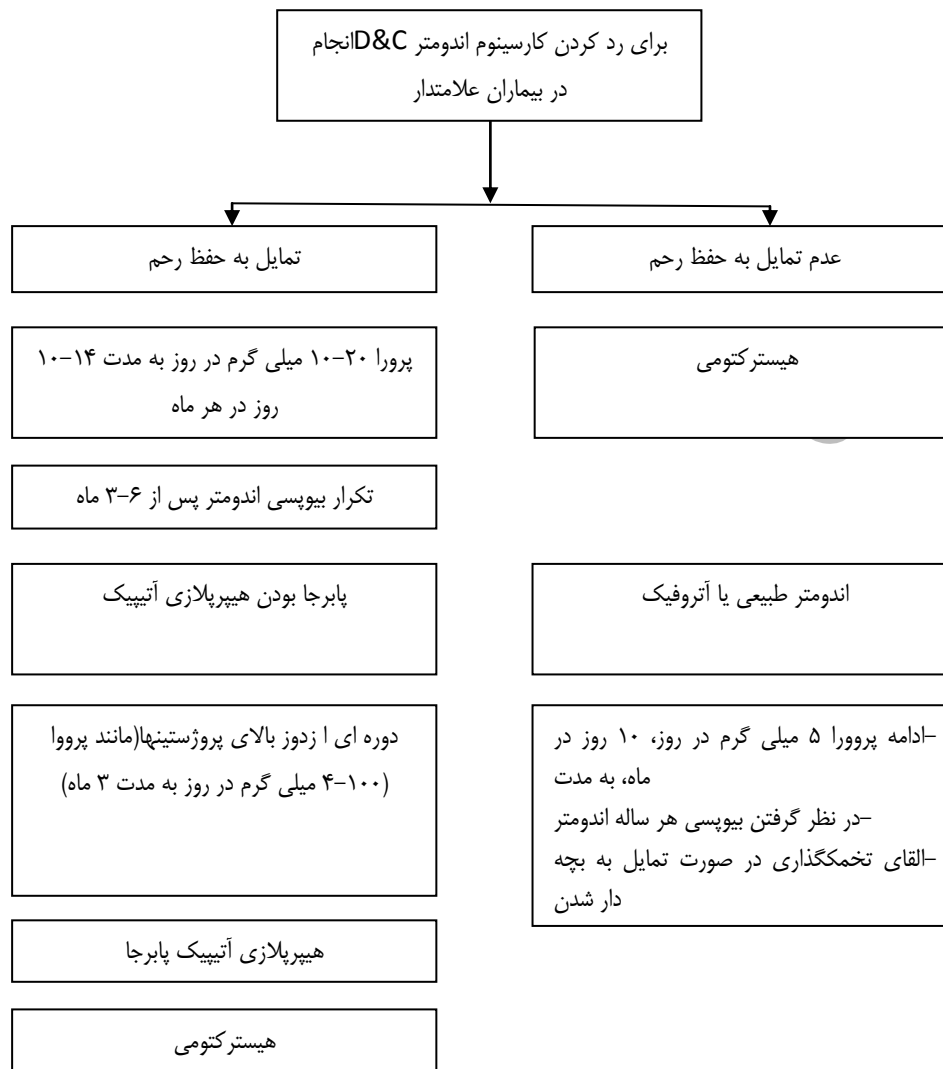
بر اساس سیستم WHO (سازمان جهانی بهداشت)، هیپرپلازی اندومتر به انواع زیر تقسیم بندی می شود: ۱- هیپرپلازی ساده، ۲- هیپرپلازی کمپلکس، ۳- هیپرپلازی آتیپیک ساده و ۴- هیپرپلازی آتیپیک کمپلکس.

حدود ۴۰-۵۰ درصد زنان مبتلا به هیپرپلازی آتیپیک، دچار کارسینوم هستند، اداره هیپرپلازی اندومتر، بر پایه آگاهی از سیر طبیعی ضایعه موجود صورت می گیرد. برای درمان هیپرپلازی آتیپیک اندومتر در زنان یائسه، هیستروکتومی توصیه می شود.

### تشخیص افتراقی توده لگنی در دوران بعد از یائسگی

توده های تخمدان: در سالهای بعد از یائسگی، تخمدانها کوچکتر می شوند. حجم تخمدان، به سن، وضعیت یائسگی، وزن و مصرف هورمونهای برونزا بستگی دارد. بزرگ بودن جثه و اندازه رحم، به ویژه در زنان یائسه، لمس و بررسی اندازه تخمدان را دشوار می سازد و سونوگرافی ترانس واژینال صحت بسیار بیشتری از معاینه فیزیکی دارد.

با توجه به افزایش بررسی لگن با سونوگرافی، مشکل جدیدی در زنان یائسه ایجاد شده است. «کشف کیست کوچک تخمدان». این یافته به ویژه در زنانی که به طور کامل فاقد علامت هستند و در آنان سونوگرافی به دلیل اندیکاسیونی مستقل از بیماریهای لگنی انجام گرفته است، مشکل آفرین است. چنین عنوان شده است که در کیستهای فاقد علامت، کوچک (با قطر کمتر از ۱۰-۵ سانتی متر)، تک حفره ای، دارای جدار نازک و همراه با میزان طبیعی CA۱۲۵، خطر بدخیمی بی نهایت اندک است و این توده ها را می توان به طور محافظه کارانه و بدون جراحی تحت پیگیری قرار داد.



## تشخیص سرطان تخمدان

توجه به سابقه پزشکی فردی و خانوادگی، به شناسایی افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به سرطان تخمدان هستند، کمک می کند. بیماران مبتلا به انواع ارثی سرطان اپی تلیال تخمدان، فقط درصد اندکی از تمام موارد را تشکیل می دهند، ۵۰-۹۵ درصد موارد سرطان تخمدان، از انواع اسپورادیک (تک گیر) هستند و در افراد مبتلا به آنها، استعداد ارثی قابل شناسایی وجود ندارد.

اندازه گیری میزان CA۱۲۵ در زنان یائسه مبتلا به توده های لگنی، ممکن است به پیشگویی افزایش احتمال بدخیمی کمک کند. شک بالای پزشک و بیمار، بهترین راه برای تشخیص سرطان تخمدان در مراحل اولیه است. علائم پایدار مانند

افزایش اندازه شکم، نفخ، خستگی، درد شکم، سوءهاضمه، ناتوانی در غذا خوردن طبیعی، تکرر ادرار، درد لگن، یبوست، درد پهلو، شروع تازه بی اختیاری ادرار یا کاهش غیرقابل توجیه وزن.

انجام معاینه فیزیکی، سونوگرافی ترانس واژینال و اندازه گیری CA۱۲۵ اقداماتی مناسب هستند. میزان طبیعی CA۱۲۵ سرطان تخمدان را رد نمی کند، تقریباً در ۵۰ درصد بدخیمیهای تخمدان در مراحل اولیه و نیز در ۲۵-۲۰ درصد سرطانهای پیشرفته، میزان CA۱۲۵ طبیعی است.

## مسایل مربوط به ولو در دوران یائسگی

تغییرات آناتومیک که در زنان یائسه رخ می دهند، شامل آتروفی لبهای بزرگ و افزایش برآمدگی لبهای کوچک هستند. اپی تلیوم پرده بکارت و ستیول نازک می شود، در پاسخ به محرومیت از استروژن، بلوغ سلولهای واژن دستخوش تغییر می شود و این مساله منجر به نازک شدن اپی تلیوم واژن می گردد. ضایعات مشکوک، به علت خطر VLN و بدخیمی، مستلزم بیوپسی ولو هستند.

## لیکن اسکروزوس

لیکن اسکروزوس شایعترین ضایعه سفیدرنگ ولو است. لیکن اسکروزوس ممکن است در هر سنی رخ بدهد، اما در دوران بعد از یائسگی و قبل از بلوغ شایعتر است. علایم شامل خارش، دیس پارونی و احساس سوزش هستند. لیکن اسکروزوس مشخصاً با کالهای چربی زیرپوستی همراه است و این کاهش به حدی است که سبب آتروفی ولو می شود. لبهای کوچک وجود ندارند یا کوچک هستند، شاخصهای آناتومیک از بین می روند، لبهای بزرگ نازک می شوند و گاهی اوقات فیموزیس پره پوس رخ می دهد.

سطح ضایعه حالت رنگ پریده و الگوی دانه دانه و درخشان دارد (ویژگیهای مشابه «کاغذ سیگار» دارد) و اغلب با شقاقها و خراشیدگیهایی همراه است. ضایعه معمولاً قرینه است و اغلب به ناحیه پرینه و ناحیه اطراف مقعد گسترش می یابد. تشخیص با بیوپسی به اثبات می رسد.

این ضایعه با استروئیدهای موضعی بسیار پر قدرت مانند کلوتازول ۰/۰۵ درصد، درمان می شود. تقریباً ۹۳ درصد بیماران پاسخ رضایت بخشی به این دارو می دهند. درمان نگهدارنده به طور شایع ضرورت پیدا می کند و کاهش تدریجی رژیم از استروئیدهای موضعی بسیار پر قدرت به انواع دارای قدرت متوسط و سپس انواع کم قدرت، به حفظ روند رمیسیون علایم کمک می کند.

مهار کننده های موعی کلسی نوری به نام پیمه کرولیموس (Pimecrolimus) و تاکرولیموس (tacrolimus) در افرادی که به استروئیدهای موضعی پاسخ نمی دهند موثر بوده اند.

## ضایعات پیش بدخیم ولو

نئوپلازی داخل اپی تلیومی سنگفرشی ولو، با بیشترین شیوع در زنان یائسه دیده می شود. اما ممکن است در طی سالهای باروری نیز رخ بدهد. خارش شایعترین علامت این ضایعه است، اما گاهی اوقات «برآمدگیهای توده ای شکل» نیز توصیف می شوند که ممکن است با کوندیلوم اشتباه شوند. بر اساس ترمینولوژی فعلی، دو نوع VIN به شرح زیر توصیف می شوند:

۱- نوع معمولی VIN که به طور تیپیک با HPV در ارتباط است و ضایعاتی را که قبلاً VIN-۲ و VIN-۳ نامیده می شدند و شامل انواع زگیلی، بازوئید و مختلط بودند، در برمی گیرد و ۲- نوع تماتیز یافته VIN.

ضایعات ممکن است حالت مجزا (مشخص) داشته باشند، اما گاهی نیز قرینه و متعدد هستند. حدود یک سوم زنان، سابقه بیماری سرویکال مرتبط با HIV یا سابقه کوندیلوم را ذکر می کنند. اکثر زنان مبتلا به VIN، سیگاری هستند. برای تایید تشخیص و ورد کردن بدخیمی، بیوپسی ضرورت دارد.

## ضایعات پیشابراه

می توان به کارونکول پیشابراه و پرولاپس مخاط پیشابراه اشاره کرد. هر دو ضایعه را می توان با فرآورده های موضعی یا سیستمیک استروژن درمان کرد. انواع متنوعی از ضایعات پوست ولو مانند کراتوزهای سبوره ای و همانژیومهای cherry (همانژیومهای پیری) با شیوع بیشتر در روی پوست افراد مسن دیده می شود.

## مسایل مربوط به واژن در دوران یائسگی

حدود ۵۰ درصد زنان یائسه دارای علائم واژینیت آتروفیک هستند. علائم عبارتند از: دیزوری خارجی، خارش، حساسیت، دیس پارونی و خونریزی ناشی از شقاقها یا زخمها. در صورتی که بیمار تمایل به استفاده از استروژن نداشته باشد یا مصرف آن کنتراندیکه باشد، ممکن است استفاده از نرم کننده های موضعی سودمند باشد. لوبریکانتهای واژینال در تمام موارد در به حداقل رساندن علائم دیس پارونی در زنان یائسه، سودمند هستند.

**سوال - خانمی ۲۱ ساله با واژینیت تریکومونایی، تحت درمان قرار گرفته ولی به درمان آغازین پاسخ نداده است جهت درمان مجدد چه توصیه ای می کنید ؟**

الف ( مترونیدازول ۵۰۰mg دو بار در روز تا ۷ روز

ب) مترونیدازول ۵۰۰mg دو بار در روز تا ۱۲ روز

ج) مترونیدازول ۱gr دوبار در روز به مدت ۷ روز

د) مترونیدازول دوز واحد ۲gr در روز به مدت ۷ روز

گزینه الف/ واژینیت تریکومونایی ترشح واژینال فراوان چرکی و بدبو دارد و امکان بروز خارش نیز وجود دارد، PH اینگونه ترشحات معمولاً بیش از ۵ است، مترونیدازول درمان انتخابی این واژینیت است. روش تجویزی یک واحدی (۲گرم خوراکی) و روش چند دوزی (۵۰۰ میلیگرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز موثر هستند) که میزان درمان در این رژیم ها ۹۵ درصد است. شریک جنسی را نیز باید تحت درمان قرار داد. اگر این درمان موثر واقع نشد باید مجدداً مترونیدازول با دوز ۵۰۰mg، دوبار در روز به مدت ۷ روز تجویز شود و اگر این درمان نیز موثر نبود باید دوز روزانه واحد، ۲g مترونیدازول را به مدت ۳ تا ۵ روز تجویز کرد

### سوال- شایع ترین محل بروز ضایعات HPV در کدام قسمت از دستگاه تناسلی است؟

الف) فورشت خلفی      ب) سرتاسر ولو      ج) واژن      د) سرویکس

گزینه الف/ معمولاً HPV همراه با بروز زگیل های تناسلی خارجی است، زگیل ها معمولاً در نواحی دستگاه تناسلی که در زمان مقاربت از بیشترین تماس برخوردارند بخصوص در ناحیه فورشت خلفی و مناطق جانبی ولو بروز می کنند.

### سوال- دختر خانمی ۱۵ ساله به علت منوراژی حاد بستری گردیده در بررسی های سریال میزان

هموگلوبین افت دارد میزان پلاکت و فاکتورهای انعقادی طبیعی، نتیجه سونوگرافی رحم و ضمام نیز نرمال گزارش شده است درمان اولیه کدام است؟

الف) OCP هر ۶ ساعت یک عدد به مدت ۷-۴ روز

ب) استروژن کونژوگه ۲۵ میلی گرم داخل وریدی هر ۶ ساعت

ج) آنالوگ های GnRh با یا بدون پشتیبانی استروژنی

د) ترکیبات طولانی اثر پروژستین ها DMPA با یا بدون استروژن های همراه

گزینه ب/ بستری کردن بیمار در چنین شرایطی بستگی به میزان خونریزی و شدت کم خونی او دارد هرچندگاهی در

میزان واقعی خون از دست رفته نشان داده نمی شود ولی بررسی سریال این مشکل را مشخص می کند. چون شدت

خونریزی زیاد بوده و باعث افت هموگلوبین گشته بررسی های انعقادی و سونوگرافی طبیعی بوده اند هورمون های درمانی

کافی است. استروژن کنژوگه ۴۰-۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت

۴۰- در جواب آزمایش پاپ اسمیر خانم یائسه ای وجود سلول های آندوسرویکال گزارش شده است

ادام بعدی چه خواهد بود؟

الف) نیاز به اقدام خاصی ندارد      ب) تکرار پاپ اسمیر

ج) کولیوسکپی      د) بیوپسی آندومتر

گزینه د/ یافتن سلول های آندومتری در پاپ اسمیر یک خانم یائسه نشان دهنده نیاز به انجام بیوپسی است زیرا حدود ۵۰

درصد از بیماران مبتلا به سرطان آندومتر دارای نتایج پاپ غیرطبیعی هستند. در بین خانم های یائسه ای که سلول های

آندومتريال طبيعي در اسمير دارند، ۶ درصد داراي سرطان آندومتر و ۱۳ درصد داراي هايپرپلازي آندومتر هستند. لازم به ذکر است که به نظر می رسد که به جای واژه آندوسرویکال می باید واژه آندومتريال در صورت سوال ذکر می شد

## ۴۴- خانمی پس از اتمام قاعدگی با درد شدید و حساسیت ناحیه لگنی، ترشحات واژینال، درجه حرارت

۳۸/۷°C مراجعه نموده است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

الف ( EP ) ب ( PID ) ج ( آبسه لگنی ) د ( تورشن کیست تخمدان )  
گزینه ب/ تشخیص PID بر اساس سه علامت است، شامل درد لگن، بروز حساسیت در هنگام تحریک سرویکس و حساسیت آدنکس ها همراه باتب. بررسی ترشحات واژینال بخش مهمی از پیگیری این بیماران است.

### سوال: کدام جمله در مورد تریکومونیا صحیح است؟

الف) فقط عفونتهای علامت دار درمان شوند  
ب ( عفونتهای علامت دار و بدون علامت باید درمان شوند  
ج ( درمان شرکای جنسی توصیه نمی گردد  
د ( واژینیت علامت دار شیوع بیشتری دارد  
گزینه ب/ احتمال بروز توده های عملکردی بعد از شروع قاعدگی بیشتر خواهد بود، در دوره نوجوانی، بروز کیست های عملکردی تخمدان شایع تر است

### سوال: مرحله پایانی PID کدامیک از موارد زیر می باشد؟

الف ( آندومتريت ) ب ( اندوسروسيست ) ج ( لکوسیتوز ) د ( آبسه لوله - تخمدانی )  
گزینه ج/ سندرم تخمدان پلی کیستیک شایع ترین علت عدم تخمک گذاری مزمن، هايپراندرؤنيسم و پرمویی می باشد. معیارهای اصلی تشخیص عبارتند از : عدم تخمک گذاری مزمن، هايپراندرؤنيسم، علایم بالینی هايپراندرؤنيسم و رد سایر علل

### سوال: کدامیک از کیستهای تخمدانی ممکن است همراه با حاملگی مولار باشد؟

الف ( فولیکولار ) ب ( جسم زرد ) ج ( تکالوتینی ) د ( درموئیدی )  
گزینه ج/ کیست های تکالوتینی جزء نادرترین کیست های عملکردی تخمدان هستند، معمولاً دوطرفه اند و در ارتباط با حاملگی مولار بروز می کنند

### سوال: خانمی ۲۸ ساله با شکایت از درد لگنی حساسیت حرکت سرویکس و آدنکسها و تب مراجعه

نموده محتمل ترین تشخیص چیست؟

الف ( سیتیت ) ب ( واژینیت ) ج ( سرویسیت ) د ( PID )  
گزینه د / درد لگن، بروز حساسیت در هنگام تحریک سرویکس و حساسیت آدنکس ها، همراه با تب.

### سوال: درمان ارجح سیفلیس چیست؟

الف) بنزاتین پنی سیلین G ب) آزیترومایسین ج) سفتریاکسون د) سیپرو فلوکساسین



**سوال:** خانمی با حاملگی حدود ۷ هفته و درد خفیف در قسمت تحتانی شکم مراجعه نموده است کدام

تشخیص افتراقی با سقط مطرح نمی باشد؟

الف) پولیپ سرویکس (ب) واژینیت

ج) حاملگی خارج از رحم (د) کارسینوم رحم

گزینه د

**سوال:** در مورد بیماری پاژه ولو کدام مورد صحیح نیست؟

الف) خارش و درد سوزشی ولو (ب) گسترش ضایعه به مونس پوبیس و کشاله ران

ج) درگیری دستگاه اداری (د) وجود کارسینوم های توام در رحم و تخمدان

گزینه د/

## بیماری های خوش خیم پستان

شرح حال : نشانه های فعلی بیماری ، مدت بیماری ، نوسانات علایم و نشانه ها ، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده.

**در بررسی مشکلات پستان توجه به این عوامل ضروری است:**

۱- خروج ترشح از نوک پستان

۲- ویژگی های ترشح ( خودبخود یا غیر خود به خود ، یک طرفه یا دو طرفه ، درگیری یک یا چند مجزا)

۳- توده پستان ( اندازه و تغییر اندازه سفتی یا نرمی ، ترکیب بافتی)

۴- درد پستان ( دوره ای یا مداوم)

۵- ارتباط نشانه ها با قاعدگی

۶- تغییر در شکل ، اندازه یا بافت پستان

۱- نتیجه بیوپسی قلبی

۲- سابقه ترومای پستان

**سئوال در مورد عوامل خطر ساز شامل:**

۱- سن بالا (۵۰٪ سرطان های پستان بعد از ۶۵ سالگی رخ می دهند)

۲- جنس

۳- شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی

۴- زایمان نداشتن یا اولین زایمان بعد از ۳۰ سالگی

۵- یائسگی دیررس ( بالای ۵۵ سال)

۶- سابقه خانوادگی سرطان بویژه قبل از یائسگی یا دو طرفه بودن

۷-تعداد بستگان درجه ۱ مبتلا و سن آنها هنگام تشخیص بیماری

۸-سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر خانواده

۹-عوامل و بیماری های ارثی افزایش دهنده سرطان پستان : ژن های BRCA<sub>۱,۲</sub>

سندرم Lifraumani ، بیماری Cawden ، سندرم اتاکسی تلانژکتازی ، سندرم پوتز جگرز

۱۰- سایر بدخیمی ها ( تخمدان ، کولون ، پروستات)

۱۱-پاتولوژی بیوپسی قبلی پستان که نشاندهنده کارسینوم درجای آتیپیک یا لوبلر یا مجرای باشد.

۱۲-جایگزینی هورمونی

۱۳-مصرف الکل

۱۴-افزایش وزن پس از یائسگی

۱۵-سابقه ابتلا به سرطان پستان