

USMLE Step 2 CK

ملاحظات المحاضرة

2021

طبّ التّوليد وطبّ
النّساء

USMLE® هو برنامجٌ مشتركٌ بين اتحاد المجالس الطبية الحكومية (FSMB) والمجلس الوطني للفاحصين الطبيين (NBME) ، والذي لا يرقى ولا يشرف على هذا الإنتاج.

إيماناً بدور الشباب في نشر العلم والمعرفة ولمواكبة ركب العلوم الحديثة ، قام فريق الترجمة الطبي التابع للفريق الطبي التطوعي لمؤسسة الدندشي التعليمية "فرع جامعة القلمون الخاصة" بترجمة هذا الكتاب تحت إشراف الأستاذة الدكتورة ديمة عدوان لتوفير معلوماتٍ دقيقةٍ فيما يتعلق بالموضوع الذي تمت تغطيته اعتباراً من تاريخ نشره ، على أساس أنّ المعرفة وأفضل الممارسات تتطوّر باستمرارٍ. لا يقوم هنا المشاركون بتقديم خدماتٍ طبيةٍ ، قانونيةٍ ، محاسبيةٍ ، أو غيرها من الخدمات المهنية. إذا كانت هناك حاجةٌ إلى مشورةٍ طبيةٍ أو قانونيةٍ أو مساعدةٍ خبراءٍ أخرى ، فيجب طلب الخدمات المهنية المختصة. إلى أقصى حدٍّ يسمح به القانون ، لا تتحمل المؤسسة ولا الطبيب المشرف ولا الفريق أيّ مسؤوليةٍ عن أيّ إصابةٍ و / أو ضررٍ يلحق بالأشخاص أو الممتلكات ناشئاً عن / متعلقاً بأيّ استخدامٍ للمواد الواردة في هذا الكتاب.

حقوق النشر لمؤسسة الدندشي التعليمية 2023.

نشر من قبل مؤسسة الدندشي التعليمية ، بإدارة الأستاذ محمد المرتضى الدندشي.

البوابة ال 8 ، يعفور - دمشق ، الجمهورية العربية السورية.

الهاتف: 011 397 7701

البريد الإلكتروني: info@aldandashiedu.org

موقع المؤسسة: <http://aldandashiedu.org>

تم اعتماد المصطلحات الواردة في المعجم الطبي الموحد ، وفي مواضع أخرى تم وضع المصطلحات دارجة الاستخدام في الجامعات السورية ، وقد قام هذا العمل على مراعاة قواعد اللغة العربية ، والالتزام بالضبط الصحيح للكلمات ، وتلافي الأخطاء الشائعة.

التّعديل النهائيّ

راما الدّالّاتي
محّمّد جمال شريك

التّصميم والتّنسيق الإلكترونيّ

محّمّد جمال شريك

المتابعة والإشراف العام

حمده حنيفه
محّمّد جمال شريك

الإشراف والتّدقيق اللّغويّ والعلميّ

الأستاذة الدّكتورة ديمة عدوان

ترجمة النّص

أسامة سويد
إسماعيل الجندي
العنود الدّندشي
جودي مرتضى
حمده حنيفه
سمر سحلول
عبدالرحمن رسلان
ليال دربي
محّمّد الدّندشي
محّمّد جمال شريك
محّمّد شريف الأتاسي
نادية سحلول
هيا الجندي
وئام الدّندشي

المشاركون من خارج المؤسّسة

محّمّد بشر شمّا
يعرب التّركماني

ترجمة وتعديل الصّور

محّمّد جمال شريك

التّدقيق الأوّل

الدّكتور غزوان الزعيم

جدول المحتويات

الجزء ا: طبّ التّوليد

3	الفصل 1: الأساسيات التّوالديّة
23	الفصل 2: فشل الحمل
31	الفصل 3: الإجراءات التّوليدية
34	الفصل 4: التّدير العلاجيّ السّابق للولادة في الحمل الطّبيعيّ
43	الفصل 5: الفحوصات المخبريّة السّابقة للولادة
49	الفصل 6: نزف الحمل المتأخّر
57	الفصل 7: الإنذانات حول الولادة
69	الفصل 8: المضاعفات التّوليدية
85	الفصل 9: مضاعفات ارتفاع ضغط الدّم
93	الفصل 10: المضاعفات الطّبيّة في الحمل
109	الفصل 11: نموّ الجنين غير المتناسب
111	الفصل 12: الاختبار الجنينيّ قبل الوضع
117	الفصل 13: التّوجّه الجنينيّ في الرّحم
121	الفصل 14: المخاض الطّبيعيّ والشاذ
129	الفصل 15: التّخدير التّوليديّ
131	الفصل 16: مراقبة الجنين أثناء الوضع
139	الفصل 17: طبّ التّوليد الجراحيّ
143	الفصل 18: قضايا ما بعد الوضع

**الجزء II: طبّ النّساء**

- 151 الفصل 1: المبادئ الأساسيّة في طبّ النّساء
- 161 الفصل 2: الارتخاء الحوضيّ
- 169 الفصل 3: اضطرابات المهبل والفرج
- 177 الفصل 4: اضطرابات عنق الرّحم والرّحم
- 195 الفصل 5: اضطرابات المبيضين والبوقين
- 205 الفصل 6: التّكوّن الورميّ الأروميّ الغازيّ الحملّي
- 209 الفصل 7: الأمراض المنقولة جنسيّاً
- 213 الفصل 8: الألم الحوضيّ
- 219 الفصل 9: تنظيم الخصوبة
- 225 الفصل 10: الحياة الجنسيّة البشريّة
- 229 الفصل 11: الشذوذات الحيضيّة
- 239 الفصل 12: الاضطرابات الهرمونيّة
- 255 الفصل 13: ثدي الأنثى

تتوفّر موارد إضافيّة في
kaptest.com/usmlebookresources

الأعراض التعلیمیة

- ❑ التفريق بين اضطرابات المشيمة ونزف الحمل المتأخر، بما في ذلك انفصال المشيمة الباكر، المشيمة المنزاحة، الأوعية المتقدمة، المشيمة الملتصقة، المشيمة المنغرس، والمشيمة عميقة الانغراس.
- ❑ وصف عوامل الاختطار والانداز في تمزق الرحم

نزف الحمل المتأخر

نزف الحمل المتأخر هو نزف مهبلی يحدث بعد 20 أسبوعاً من الحمل. انتشاره 5%، ولكن عندما يحدث، فإن الخداج والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة تتضاعف أربع مرات.

- تشمل الأسباب العنقیة (المتعلقة بعنق الرحم): التآكل، السلائل، ونادراً السرطانة.
- تشمل الأسباب المهبلیة: الدوالي والانهتاكات.
- تشمل الأسباب المشیمیة: انفصال المشيمة الباكر، المشيمة المنزاحة، والأوعية المتقدمة.

التقييم المبدي. ما هي العلامات الحياتیة للمريض؟ هل نعمات قلب الجنين موجودة؟ ما هي حالة الجنين؟ ما هي طبيعة ومدّة النزف؟ هل يوجد ألم أو تقلصات؟ ما هو مكان الانغراس المشیمی؟

الاستقصاء المبدي. عدّ دمويّ شامل، الإجراءات التشخيصیة من أجل التخرّ المنتر داخل الأوعية (DIC) (فحص الصفیحات الدمویة، زمن البروثرومبين، زمن الثرومبوبلاستين الجزئی، الفبرينوجين، ديمر-دي) التّمط والتّوافق والمخّط التصوّاتي من أجل الموقع المشیمی. لا تقم أبداً بعمل فحص اصبعي أو استخدام المنظار حتّى تستبعد الدراسة بفائق الصّوت المشیمة المنزاحة.

التدبير العلاجيّ الأوّلي. أبداً بخّط وريديّ بابرّة كبيرة الثّقب؛ اذا كانت العلامات الحياتیة للأمّ غير ثابتة قم أعط سوائل متساوية التّوتر دون الدّكستروز وضع قنطرةً بوليّة لمراقبة نتاج البول. اذا كان هناك خطرٌ على الجنين أو كان عمر الحمل ± 36 أسبوعاً، فإنّ الهدف هو الولادة.

معلومات مهمّة

الأسباب الشائعة

انفصال المشیمة الباكر

یتّم ادخال امرأةٍ متكررة الحمل بالغّة من العمر 32 عاماً عند 31 أسبوعاً من الحمل إلى وحدة الولادة بعد حادث سيارة. تشكو من ظهور مفاجئ لنزف مهبلی معتدل في الساعة الماضية. إنها تعاني من ألم شديدٍ ومستمرّ في الرحم وتقلصاتٍ متكررة. نعمات قلب الجنين منتظمة عند 145 نبضة/ دقيقة. عند الكشف عليها اتّضح أنّ العجان مدئی بشكلٍ كبيرٍ

الثالوث التوليديّ

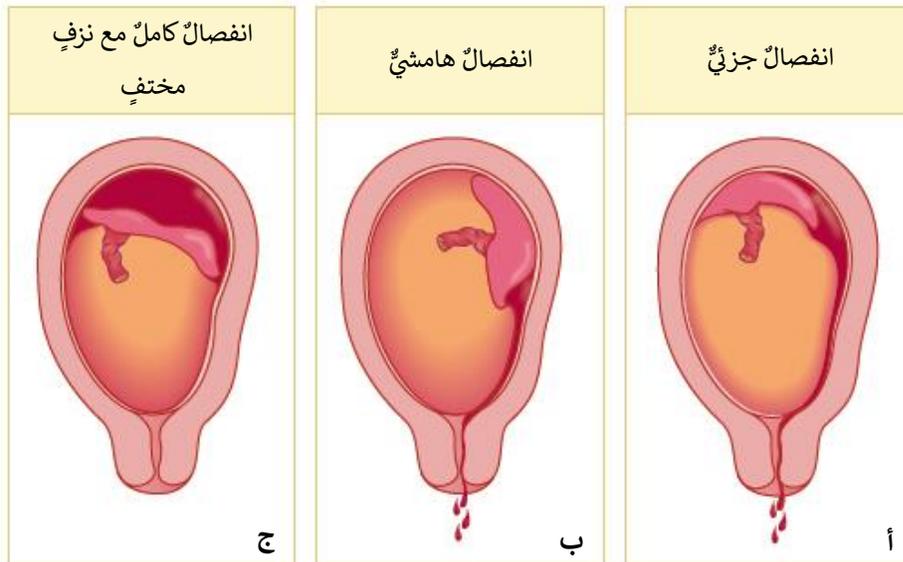
انفصال المشیمة الباكر

- نزفٌ مولمٌ في الثلث الأخير من الحمل
- انغراس المشیمة طبيعياً
- التخرّ المنتر داخل الأوعية (DIC)



في انفصال المشيمة الباكر، تكون المشيمة منغرسَةً بشكلٍ طبيعيٍّ (ليس في القطعة السّفليّة من الرّحم) منفصلاً عن جدار الرّحم قبل ولادة الجنين. يمكن أن يكون الفصل جزئياً أو كاملاً.

- الأكثر شيوعاً، يكون النزف صريحاً وخارجياً. في هذه الحالة ينسلخ الدم بين أغشية المشيمة ويخرج من المهبل.
 - الأقلّ شيوعاً، إذا ظلّ النزف مخفياً أو داخلياً، فإنّ الورم الدّمويّ خلف المشيمة يبقى داخل الرّحم، ممّا يؤدّي إلى زيادة ارتفاع قاع الرّحم بمرور الوقت.
- يعتمد التّشخيص على وجود نزفٍ مهبليّ مؤلّمٍ في أواخر التّثلث الأخير من الحمل بشكلٍ طبيعيٍّ مع وجود انغراسٍ مشيميٍّ في قاع الرّحم أو على الجدار الوحشيّ للمشيمة لكن ليس في القطعة السّفليّة من الرّحم.
- التّظاهر السريريّ. انفصال المشيمة الباكر هو السّبب الأكثر شيوعاً للنزف في أواخر التّثلث الأخير من الحمل (1% من حالات الحمل عند النضج). إنه السّبب الأكثر شيوعاً للنزف المؤلّم في أواخر التّثلث الأخير. يتمّ التّصنيف على التّحو التّالي:
- في الانفصال الخفيف، يكون النزف المهبليّ في حدّه الأدنى بدون وجود شدوذاتٍ في جهاز مراقبة قلب الجنين. ويلاحظ وجود آلامٍ موضعيّةٍ في الرّحم ومضض، مع عدم اكتمال الاسترخاء بين التّقلصات.
 - في الانفصال المعتدل، أعراض آلام الرّحم والنزف المهبليّ معتدلةً يمكن أن تكون تدريجيّةً أو مفاجئةً في البداية. يتمّ انفصال 25-50% من سطح المشيمة. قد تظهر المراقبة لقلب الجنين تسرّع القلب، أو انخفاض التّباين، أو تباطؤاتٍ متأخّرةً خفيفةً.
 - في الانفصال الشّديد، عادةً ما تكون الأعراض مفاجئةً مع استمرار آلام الرّحم بشكلٍ طعيّ. تنفصل أكثر من 50% من المشيمة. تظهر مراقبة قلب الجنين وجود تباطؤاً متأخّراً شديداً، وبطء القلب، أو حتى موت الجنين. قد تصاب بالتخثر الشّديد المنتثر داخل الأوعية.
 - يمكن بالتّصوير بفائق الصّوت رؤية الورم الدّمويّ خلف المشيمة.



الشّكل 1-6-1. انفصال المشيمة الباكر

الشّكل الأكثر شيوعاً لانفصال المشيمة الباكر يرى لدى مرضى حدث لهم انفصال سابق، فرط ضغط الدّم، ورضّ الأمّ الكليل. عوامل الاختطار الأخرى هي التدخين، تعاطي الأمّ للكوكايين، وتمزّق الغشاء الباكر.

التدبير العلاجي متغير:

- يتم إجراء الولادة القيصرية الطارئة في حالة وجود خطر على الأم أو الجنين حالما يستقر وضع الأم.
- يتم إجراء الولادة المهبلية إذا كان النرف غزيراً ولكن خاضع للسيطرة أو كان الحمل >36 أسبوعاً. إجراء بضع السلى والحث على المخاض. ضع أجهزة مراقبة لقلب الجنين خارجية لتقييم نمط معدل ضربات قلب الجنين وانقباضاته. تجنّب الولادة القيصرية اذا مات الجنين.
- يتم إجراء المراقبة المتحفظة في المستشفى اذا كانت الأم والجنين مستقرين والجنين بعيداً عن النضح، يكون النرف ضئيلاً أو متناقصاً، والانقباضات بدأت تهدأ. تأكيد انغراس المشيمة الطبيعي باستخدام التخطيط التّصوئي واستبدال الدم المفقود بالبُلوريات ومشتقات الدم حسب الحاجة.

تشمل المضاعفات ما يلي:

- الانفصال الشّديد يمكن أن يؤدي إلى صدمة نرفية مع تنخّر أنبويّ حادّ بسبب انخفاض ضغط الدم الشّديد وتخرّج منتثر داخل الأوعية بسبب إطلاق ثروموبلاستين الأنسجة في الدورة الدّموية من المشيمة الممزقة.
- رحم كوفيلير يشير إلى تسرب الدم بين ألياف عضل الرحم، تظهر مثل كدمات على السطح المشيمي.

الثّالوث التّوليديّ

المشيمة المنزاحة

- نرف في الثّالث الأخير من الحمل
- انغراس في القطعة السفلية للمشيمة
- لا يوجد ألم

المشيمة المنزاحة

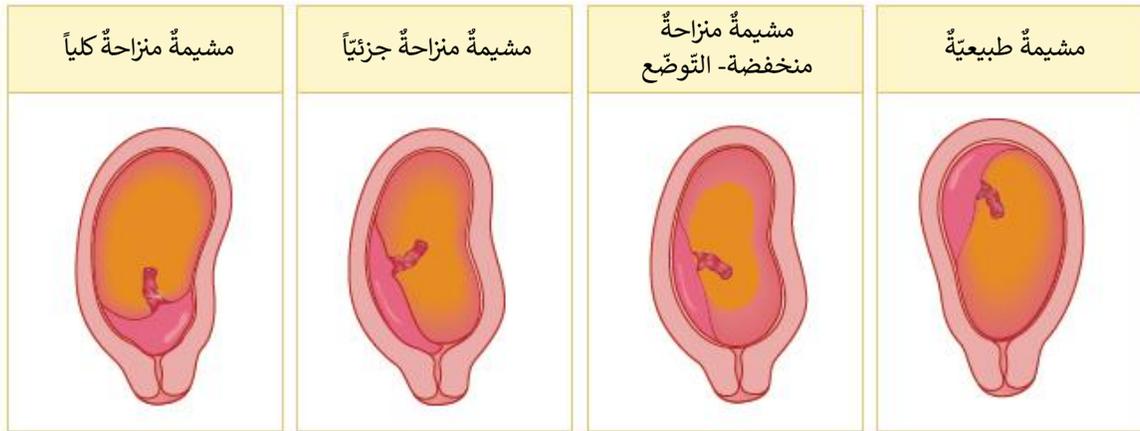
تأتي امرأة متكررة الحمل تبلغ من العمر 34 عاماً في الأسبوع 31 من الحمل إلى وحدة الولادة قائلةً أنها استيقظت في منتصف الليل في بركة من الدّماء. تنفي وجود ألم أو تقلّصات الرحم. يظهر فحص الرحم أنّ الجنين في وضعة مستعرضة. نغمات قلب الجنين منتظمة عند 145 نبضة/ دقيقة. عند معاينة المريضة العجان مدّي بشكل واضح.

تحدث المشيمة المنزاحة عندما تنغرس المشيمة في القطعة السفلية من الرحم. هذا شائع في وقت مبكر من الحمل، لكنّه لا يرتبط عادةً بالتّرف.

- عادةً ما يحدث ضمور في المشيمة السفلية المنغرسه وفرط تنسج المشيمة العلوية، ممّا يؤدي إلى هجرة المشيمة. عند نضج الجنين، تمّ العثور على المشيمة المنزاحة في 0.5% فقط من حالات الحمل.
- المشيمة المنزاحة العرضية تظهر عندما يحدث نرف مهبلّي غير مؤلم بسبب قلع الزغابات الإرسائية لمشيمة منغرسية بشكل غير طبيعيّ حيث يحدث تمديد بالقطعة السفلية من الرحم في الجزء الأخير من الحمل.

يعتمد التّشخيص على وجود نرف مهبلّي غير مؤلم في أواخر الثّالث الأخير من الحمل ويظهر فائق الصّوت التّوليديّ انغراس المشيمة فوق القطعة السفلية من الرحم. التّصنيف على النحو التّالي:

- المشيمة المنزاحة الكتيّة أو الكاملة أو المركزيّة تحدث عندما تغطي المشيمة بالكامل فوهة عنق الرحم الداخليّة. هذا هو أخطر موقع بسبب احتمالية التّرف.
- المشيمة المنزاحة جزئياً عندما تغطي المشيمة جزئياً الفوهة الداخليّة.
- المشيمة المنزاحة الهامشية أو المنخفضة عندما تكون حافة المشيمة قريبة ولكن ليس فوق الفوهة الداخليّة.



الشّكل 1-6-2. المشيمة المنزاحة

التّظاهر السريريّ. الصّورة الكلاسيكيّة هي نزفٌ غير مؤلّمٍ في أواخر الحمل، والذي يمكن أن يحدث أثناء الرّاحة أو النّشاط، فجأةً ودون سابق انذارٍ. قد تكون مسبوقّةً برضح، الجماع، أو فحص الحوض. الرّحم غير ممضٍ وغير قابلٍ للتّهيج.

عوامل الاختطار. يلاحظ انزياح المشيمة بشكل أكثر شيوعاً مع المشيمة المنزاحة السّابقة والحمل المتعدّد. عوامل الاختطار الأخرى هي تعدّد الحمل وتقدّم سنّ الأمّ.

التّديبر العلاجيّ متغيّر:

- يتم إجراء الولادة القيصرية الطّارئة في حالة وجود خطر على الأمّ أو الجنين حالما يستقرّ وضع الأمّ.
- يتم إجراء المراقبة المتحفّظة في المستشفى (الرّاحة في الفراش) في الحمل قبل النّضج إذا كانت الأمّ والجنين مستقرّين ويعيدان عن النّضج. نادراً ما يكون النزف الأوّل شديداً. تأكيد انغراس المشيمة غير الطّبيعيّ باستخدام التّخطيط التّصويّ واستبدال الدّم المفقود بالبُوريات ومشتقات الدّم حسب الحاجة.
- يتم إجراء الولادة القيصرية المقرّرة إذا كانت الأمّ مستقرّةً بعد تأكيد نضج الرّئة لدى الجنين عن طريق بزل السّلي، عادةً في الأسبوع 36 من الحمل.

يمكن أن تشمل المضاعفات:

- في حالة حدوث انزياح المشيمة على نديّةٍ سابقّةٍ في الرّحم، فقد تغزو الزغابات داخل الرّحم الطبقات العميقة من السّاقط القاعديّ وعضل الرّحم، ممّا يؤدّي إلى نزفٍ معنيدٍ يتطلّب عمليّةً قيصريةً لاستئصال الرّحم.
- يمكن أن يسبب انخفاض ضغط الدّم الشّديد نخر الغدّة النخاميّة الأماميّة (متلازمة شيهان) أو نخرًا أنبوبيًا حادًا.

معلومات مهمّة

أسباب غير شائعة

المشيمة اللصيقة بشكلٍ مرضيّ

عادةً، تغزو الزغابات المشيميّة الطبقات السّطحية من بطانة الرّحم السّاقطيّة القاعدية. عندما تغزو الزغابات جدار الرّحم بعمقٍ شديدٍ، تعرف الحالة باسم المشيمة الملتصقة، المشيمة المنغرسّة، أو المشيمة عميقة الانغراس، اعتماداً على عمق الغزو.

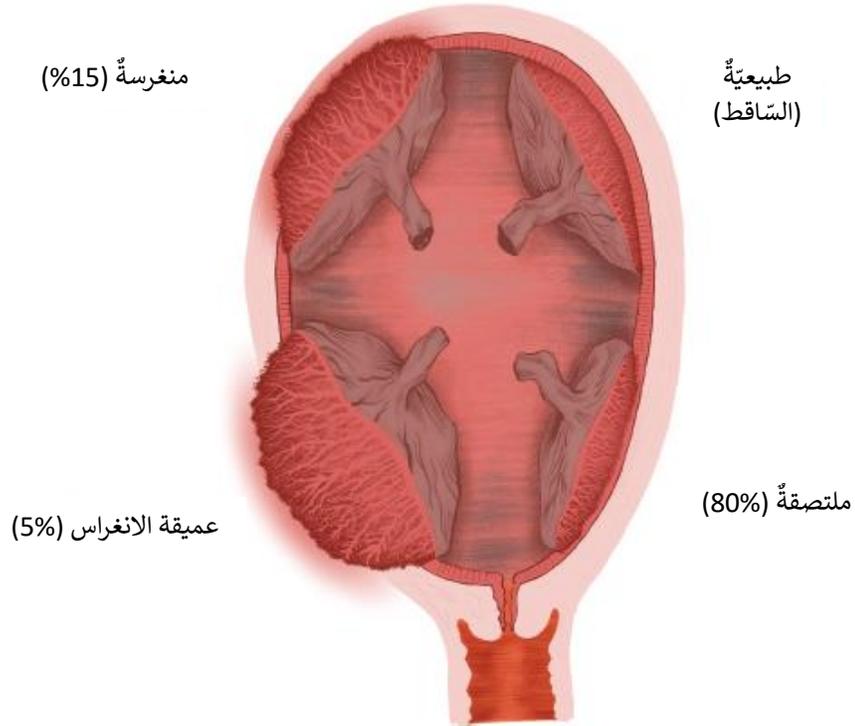
ما يقارب 1 من 2500 حالة حمل تعاني من المشيمة الملتصقة، المنغرس، المشيمة عميقة الانغراس.

- المشيمة الملتصقة (وهي الأكثر شيوعاً، 80% من الحالات) تحدث عندما تغزو الزغابات الطبقات العميقة من بطانة الرحم الساقطية القاعدية لكنها لا تخترق عضل الرحم.
- المشيمة المنغرس (15% من الحالات) تحدث عندما تغزو الزغابات عضل الرحم ولكنها لا تصل إلى السطح المصليّ الرّحمي أو المثانة.
- المشيمة عميقة الانغراس (5% من الحالات) تحدث عندما تغزو الزغابات كلّ الطّريق إلى مصليّة الرحم أو في المثانة.

الثالوث التوليدي

غزو المشيمة غير الطبيعي

- ملتصقة: في الطبقات العميقة للساقط القاعدي
- منغرس: في عضل الرحم لكن ليس بالكامل
- عميقة الانغراس: في مشيماء الرحم او المثانة



الشكل 1-3-6. المشيمة الملتصقة

الأوعية المتقدّمة

يتمّ ادخال امرأة تبلغ من العمر 21 عاماً عند 38 أسبوع من الحمل إلى وحدة الولادة عند اتّساع 6 سم مع حدوث تقلصات كل 3 دقائق. تجري بضع السلى (تمزق اصطناعي في الأغشية)، مما يؤدي إلى ظهور نزف مهبلّي أحمر فاتح بشكل مفاجئ. تتّبع جهاز مراقبة الجنين الإلكتروني، الذي أظهر في ما قبل معدّل ضربات قلب الجنين الأساسية (FHR) بمعدّل 135 نبضة/ دقيقة مع تسارع، يظهر الآن ببطء القلب بمعدّل 70 نبضة/ دقيقة. العلامات الحيوية للأُم مستقرّة مع ضغط الدّم ونبض طبيعيّين.

تحدث الأوعية المتقدّمة عندما تعبر الأوعية الجنينية في أغشية الجنين فوق فوهة عنق الرحم الداخليّة. قد تكون هذه الأوعية إمّا من مغزّ برقيّ (انغراس غلافي) للحبل السريّ أو قد تكون

الثالوث التوليدي

الأوعية المتقدّمة

- بضع السلى - تمزق الأغشية الاصطناعيّ AROM
- نزف مهبلّي غير مؤلم
- بطء قلب الجنين

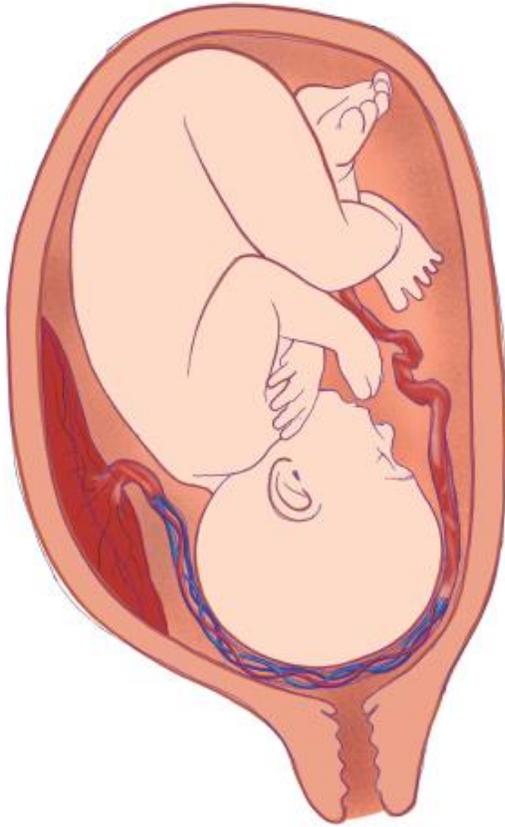


منضمّة إلى فصّ مشيميّ ملحي (إضايفيّ) بالقرص الرّئيسيّ للمشيمة. إذا تمزقت هذه الأوعية الجنينيّة، يكون النزف من الدّورة الدّمويّة الجنينيّة، وسيحدث استنزافٌ للجنين بسرعة، مما يؤدّي إلى موت الجنين.

التّشخيص. نادراً ما يتمّ تأكيد ذلك قبل الولادة، ولكن يمكن الاشتباه به عندما يكشف التّخطيط التّصوّاتيّ قبل الولادة باستخدام دوبلر الملون عن وعاءٍ يعبر الأغشية فوق فوهة عنق الرّحم الدّاخليّة. عادةً ما يتمّ تأكيد التّشخيص بعد الولادة عند فحص أغشية المشيمة والجنين.

التّظاهر السريريّ. التّالوث الكلاسيكيّ هو تمزق الأغشية ونزفٌ مهبليّ غير مؤلم، متبوعين ببطء قلب الجنين. يرى تقدّم الأوعية بشكلٍ أكثر شيوعاً مع المغرز البرقيّ للحبل السّريّ، فصوص المشيمة الملحقة، والحمل المتعدّد.

التّدير العلاجيّ. الولادة القيصريّة الفوريّة للجنين ضروريّة وإلا سيموت الجنين بسبب نقص حجم الدّم.



الشّكل 1-4-6. الأوعية المتقدّمة

تَمَرَّقُ الرِّحْمِ

تأتي امرأةٌ عدد حملها 2 وعدد ولاداتها 1 تبلغ من العمر 27 عاماً إلى وحدة التوليد لتقييم تقلصات الرحم المنتظمة في الأسبوع 34 من الحمل. كانت ولادتها السابقة عملية قيصرية طارئة في الأسبوع 32 بسبب نزفٍ من المشيمة المنزاحة. تم استخدام شقِّ الرحم الكلاسيكي بسبب دوالي القطعة السفلية من الرحم. يظهر فحص الحوض أنّ عنق الرحم مغلقٌ وطويل. أثناء تقييمها، تعاني من آلام مفاجئة في البطن، نزفٍ مهبلٍ غزير، وبطء قلب الجنين. لا يمكن الكشف عن تقلصات الرحم. رأس الجنين، الذي كان في المجيء الجنيني 1-، أصبح الآن عائماً.

الثالوث التوليدي

تَمَرَّقُ الرِّحْمِ

- نزفٌ مؤلِّمٌ في الثلث الأخير من الحمل
- بضعٌ سابقٌ بالرحم
- ارتفاع معدّل وفيات الفترة المحيطة بالولادة

تَمَرَّقُ الرِّحْمِ هو **الفصل الكامل** لجدار الرحم الحامل مع أو بدون طرد الجنين مما يعرض حياة الأم أو الجنين أو كليهما للخطر. د يكون التمرق غير مكتمل (لا يشمل الصفاق) أو كاملاً (بما في ذلك الصفاق الحشوي).

التظاهر السريري. النتائج الأكثر شيوعاً هي النزف المهبل، وفقدان إشارة معدّل ضربات قلب الجنين الالكترونية، ألمٌ بطئي، وفقدان مجيء رأس الجنين. قد يحدث التمرق قبل المخاض وكذلك أثناء المخاض.

التشخيص. يتم تأكيد التشخيص عن طريق الاستكشاف الجراحي للرحم وتحديد التمرق.

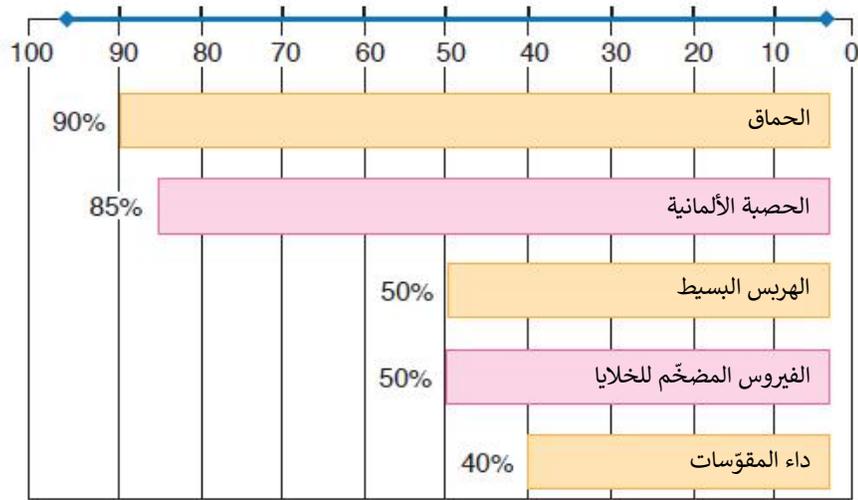
عوامل الاختطار الأكثر شيوعاً هي شقِّ الرحم الكلاسيكي السابق، استئصال الورم العضلي، والتحفيز المفرط بالأوكسيتوسين. عوامل الاختطار الأخرى هي تكرّر الولادات الكبير وتمدد الرحم الواضح.

ندبة الرحم القاعية العمودية أكثر عرضةً للتمرق بـ 20 مرةً من شقِّ القطعة السفلية. كما أنّ معدّل وفيات الأمهات والفترة المحيطة بالولادة أعلى أيضاً في تَمَرَّقِ الشَّقِّ العمودي.

التدبير العلاجي. العلاج جراحي. الولادة الفورية للجنين أمرٌ حتمي. يستطبّ إصلاح الرحم لدى الشابة المستقرة للحفاظ على الخصوبة. يتم إجراء استئصال الرحم في حالة المريضة غير المستقرة أو التي لا ترغب في مزيدٍ من الإنجاب.

الأغراض التعلیمیة

□ وصف طريق الانتقال والمضاعفات الشائعة لعداوى (أمراض معدية) الفترة المحيطة بالولادة متضمنةً العقديات بيتا الحالة للدم المجموعة B، داء المقوسات، الحمق النطاقي، الحصبة الألمانية، الفيروس المضخم للخلايا، فيروس الهربس البسيط، فيروس العوز المناعي البشري، السفلس، و التهاب الكبد B.



الشكل 1-7-1. انتشار الإيجابية المصلية IgG عند النساء الحوامل

المنقولة لاجنسياً

العقديات بيتا الحالة للدم المجموعة B

معلومات مهمة

امرأة تبلغ من العمر 20 عاماً رقم حملها 2 رقم ولاداتها 1 تم إدخالها إلى وحدة الولادة في الأسبوع الحاملي 35 في حالة مخاضٍ فعّالٍ عند اتّساع 6 سم. في الفترة السابقة للولادة لم يكن هناك شيء ذو أهمية، عدا إيجابية زرع البول في الأثلوث الأول لعقديات المجموعة B (GBS). تم إدخال طفلها الأول إلى المستشفى لمدة 10 أيام بعد الولادة بسبب التهاب رئويّ ب GBS.

الثالوث الوليدي

الإنتان الوليدي بالـ GBS

- إنتان حديثي الولادة
- خلال ساعات من الولادة
- التهاب رئوي منتشر ثنائي الجانب



العقديات بيتا الحالة للدم المجموعة B (GBS) هي جرثومة توجد بشكلٍ شائع في التّبيت الطبيعيّ للسبيل الهضمي (30% من النساء لديهن مستعمرات مهبلية لا عرضية لـ (GBS)، مع وجود الغالبية في حالةٍ حاملة متقطعةٍ أو عابرةٍ). معظم الولدان المولودين لأتهات ذوات مستعمرات سيكونوا إيجابيين الرّج. تكمن أهمية هذا بأنّ 1 من 500 وليد سيطورون عداوى سريرية خطيرة أو إبتان.

– **العدوى باكراً البدء** هو أشيع موجودة، يحدث خلال أوّل بضع ساعاتٍ إلى أيامٍ من الولادة، ويتظاهر بالتهابٍ رئويٍّ وإبتانٍ خاطفين. يكون الانتقال عادةً عمودياً من الأم إلى الوليد، مع معدّل وفياتٍ بنسبة 30% عند أو قبل 33 أسبوع لكن >5% عند الأوان.

– **العدوى متأخرة البدء** أقل شيوعاً، تحدث بعد الأسبوع الأوّل من الحياة، ويتظاهر بالتهاب السّحايا. عادةً ما تكتسب من المشفى، مع معدّل وفياتٍ 5%.

الوقاية تكون بتقليل العدوى باكراً البدء فقط. يتم إعطاء العلاج الوقائيّ بالصّادات أثناء الوضع للإبتان الوليديّ بال GBS باستخدام البنسلين G الوريديّ. إذا كانت المريضة حساسة للبنسلين، استخدم كليندامايسين أو فانكومايسين.

المرشحات لاستخدام الصّادات الوقائية يتم اختيارهنّ كالآتي:

– **بلا تحريّ:** جميع النساء اللواتي لديهن زرع بولي إيجابيّ لـ GBS أو طفل سابق مصاب بإبتان GBS سيحصلن على الوقاية أثناء الوضع. تعتمد وقاية النساء الأخريات على أيّ من التّهجين التّاليين، كلٌّ منهما سيمنع 70% من الإبتان الوليديّ.

– **التحري عبر الزرع المهبل:** يتم أخذ زرعٍ مهبليةٍ ومستقيمةٍ في الأثلوث الثالث من 36 إلى 37 أسبوعٍ حمله، وتعطى الوقاية أثناء الوضع فقط لمن لديهن زرعٍ إيجابية لـ GBS. العلاج قبل الوضع لا يعطى.

– **التحري عبر عوامل الاختطار أثناء الوضع:** لا يتم أخذ زرعٍ مهبليةٍ. تعطى الوقاية أثناء الوضع على أساس وجود عوامل اختطار: حمل خديجيّ (>37 أسبوع)، تمرّق الأغشية < 18 س، حمى أمومية (≤ 100.4 درجة فهرنهايت) (38 درجة مئوية).

معلومات مهمّة

داء المقوسات

تتم إدخال خروسٍ بعمر 26 سنة إلى وحدة التّوليد في الأسبوع الحمل 39 في طور الولادة الفعالة عند اتّساع 6 سم. خلال أثلوثها الثاني عانت من متلازمةٍ شبيهةٍ بكثرة الوحيدات. قعر الرّحم أقلّ من العمر المقدرّ بالاعتماد على الموجودات الصّدوية في الأثلوث الأوّل. الموجودات الصّدوية المتسلسلة أظهرت تحدد نمو داخل الرحم متناظر (IUGR). ولدت بوليدٍ ذكرٍ وزن 2,250 غ وتمّ تشخيصه بصغر رأس، تكلساتٍ داخل قحفية، والتهاب مشيميةٍ وشبكيةٍ.

التألوث التّوليدي

داء المقوسات الخلقي

- التهاب المشيمية والشبكية
- تكلسات داخل قحفية
- تحدد النمو داخل الرّحم IUGR متناظر

ملاحظة

تذكر أن تميّز بين التكلسات داخل القحفية مع المقوسات والتكلسات المحيطة بالبطين مع الفيروس المضخم للخلايا.

يحدث داء المقوسات بسبب طفيلٍ (المقوسات الغوندية) أشيع طرق انتقالٍ له في الولايات المتّحدة عن طريق التعرّض لبراز القطط المصابة. قد تحدث العدوى أيضاً من شرب حليب الماعز نيء أو أكل لحمٍ معدّي نيء أو غير مطبوخٍ جيّداً.

- **الانتقال العمودي** من الأم إلى الجنين أو الوليد يحدث فقط خلال وجود الطفيليات في الدم من عدوى بدئية لأنّ النتيجة مناعةً متبقية مدى الحياة.
- حتى 40% من النساء الحوامل إيجابيات المصل لـ IgG المقوسات.
- احتمال الإصابة في الأثلوث الأوّل منخفض (15%)، لكن العداوى هي الأكثر خطورة، وقد تكون مميتةً.
- احتمال الإصابة في الأثلوث الثالث عالٍ (50%)، لكن تكون العداوى غالباً لا عرضيةً.

الأهمية.

- **العدوى الجينية:** قد تتضمن التظاهرات IUGR متناظر، خبزٌ جنينيٌ لامناعي، صغر الرأس، وتكلسات داخل قحفية.
- **التظاهر الوليدي:** قد تتضمن التظاهرات التهاب المشيمية والشبكية، اختلاجات، ضخامة كبدية طحالية، ونقص الصفائح.

الوقاية تتضمن الابتعاد عن براز القطط المصابة، حليب الماعز النيء، واللحوم غير المطبوخة جيداً.

العلاج: بيريميثامين والسلفاديازين لأجل العداوى المعروفة؛ سييراميسين للوقاية من الانتقال العمودي من الأم إلى الجنين.

الثالوث التوليدي

الحماق الخلقي

- آفات جلدية "متعرجة"
- صغر المقلة
- نقص تنسج الأطراف

معلومات مهمة

امرأة تبلغ من العمر 29 سنة (عدد حملها 2 وعدد ولادتها 1) في الأسبوع الحمل 34. تشكو من تقلصاتٍ رحميةٍ كل 5 دقائق. أصيبت خلال الأيام القليلة الماضية بحويصلاتٍ حاكّةٍ منتشرةٍ على رقبتها ويبدو أنها تتطور أيضاً على صدرها وتديها. لديها حمى وتشكو من دعت (فتور).

الحماق

فيروس الحماق النطاقي (VZV) هو فيروس دنوي وهو العامل المسبب للحماق والحلأ النطاقي. ينتشر بالقطرات التنفسية، ولكنه أقل إعداءً من الحصبة أو الحصبة الألمانية. عند البلوغ، <90% من النساء منيعات.

الأهمية.

- **العدوى الجينية:** معدل العدوى عبر المشيمة منخفض بنسبة 2%، مع معدل وفاة 25%.
- **التظاهر الوليدي:** متلازمة الحماق الخلقيّة تتصف بآفات جلدية متعرجة أو بشكل "زك-زاك"، بقع جلد توتية، ضمور القرص البصري، ساد، التهاب المشيمية والشبكية، نقص تنسج الأطراف، عيوب حسية وحركية. أشدّ خطراً على الوليد يكون بحال ظهر الطفح الأمومي بين اليوم 5 قبل الوضع واليوم 2 بعد الوضع. لا يوجد أضداد IgG منفصلة.
- **العدوى الأمومية:** ستطوّر 10% من مريضات الحماق التهاباً رئوياً حماً، والذي له نسبة مراضة ووفيات مرتفعة. دور السرية يبدأ 1-2 يوم قبل ظهور الحويصلات ويستمر حتى تنقشر كل الحويصلات. تبدأ الحويصلات الحكيّة على الرأس والرقبة، وتتابع باتجاه الجذع. قد تحرض العدوى المخاض.

تتضمن الوقاية إعطاء VZIG (الغلوبولين المناعي لفيروس الحماق النطاقي) للحامل المستعدة خلال أول 96 ساعة من التعرض. يمكن إعطاء فيروس الحماق الحيّ الموهن (فاريفاكس III) لغير الحوامل أو بعد الولادة عند النساء سلبيات أضداد IgG للحماق.

العلاج: علاج مضاد فيروسات وريدي باستخدام أسيكوفير للالتهاب الرئوي الحماقي، التهاب الدماغ، أو منقوصي المناعة.

الثالوث التوليدي

الحصبة الألمانية الخلقيّة

- صمم خلقي
- ساد خلقي
- داء قلبي خلقي

معلومات مهمة

خروسٌ تبلغ من العمر 18 سنة في الأسبوع الحمل 30 وتعمل في مركز رعاية أطفال. كان لدى أحد الأطفال طفحٌ وتمّ تشخيصه على أنه حصبة ألمانية. عيار IgG المريضة للحصبة الألمانية كان سلبياً. هي تخشى من احتمال إصابة جنينها بعدوى الحصبة الألمانية.

الحصبة الألمانية



فيروس الحصبة الألمانية هو فيروس رنوي معدٍ بشدة وينتشر عن طريق القطرات التنفسية. ما يصل إلى 85% من النساء الحوامل إيجابيات مصلياً لـ IgG الحصبة الألمانية. الانتقال العمودي من الأم إلى الجنين أو الوليد يمكن أن يحدث فقط خلال فترة تفرس الدم من عدوى بدئية لأن النتيجة مناعةً متبقية مدى الحياة.

- **العدوى الجنينية:** نسبة العدوى عبر المشيمة هي <90% في أول 10 أسابيع من الحمل، لكن 5% في الأثلوث الثالث. التظاهرات قد تتضمن IUGR متناظر، صغر رأس، أو عيب تشكّل الحاجر البطني (VSD).
- **العدوى الوليدية:** متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية تتظاهر بصممٍ خلقيّ (أشيع العقابيل)، داء قلبي خلقيّ، ساد، إعاقه فكرية، ضخامة كبدية طحالية، قلّة الصّفيحات، وطفح "فطيرة التوت".
- **العدوى الأمومية:** العدوى بالحصبة الألمانية أثناء الحمل تكون بشكلٍ عامّ خفيفةً، ومنخفضة المراضة.

الوقاية تتضمن تحزّي أضداد الحصبة الألمانية IgG لكلّ النساء الحوامل. يجب على النساء الحساسات للحصبة الألمانية أن يتجنبن حالات الحصبة الألمانية المعروفة، ثم تلقّي التمنيع الفعّال بعد الولادة. لأن لقاح الحصبة الألمانية يُصنع باستخدام فيروس حيّ مُضعفٍ، يجب تجنّب الحمل بعد التمنيع لمدة شهرٍ واحدٍ.

العلاج. لا يوجد علاجٌ محدّد.

ملاحظة

تمّ استئصال الحصبة الألمانية من الولايات المتحدة؛ منذ 2004، لم يتمّ التّبلغ عن أيّ حالة

فيروس كوكساي

فيروس كوكساي هو فيروس معويّ يُعرف بداء اليد، القدم، والفم (HFMD). هوشائخ، وتعرّض له النساء الحوامل بشكلٍ متكرّرٍ، خاصةً في الصّيف والخريف. تنتشر العدوى بالطريق البرازي-الفمويّ والطريق التنفسيّ، مع كون معظم العدوى خفيفة أو لاعرضية وغالباً ما تصيب الأطفال.

- **العدوى الجنينية:** نادراً ما يعبر الفيروس المعويّ المشيمة ويسبّب مرضاً عند الجنين. لا توجد أدلّة على أنّ العدوى تسبّب زيادة إجهاضات، إملاص، أو تشوهات. الانتقال العمودي يمكن أن يحدث أثناء الولادة عند تعرّض الجنين للإفرازات الأمومية الحاوية على الفيروس.
- **التظاهر الوليدي:** حديثوا الولادة الذين يكتسبون العدوى من أمهاتهم أثناء الولادة يكونوا في خطورة عالية للإصابة بمرضٍ شديدٍ يتضمن الإنتان، التهاب الدّماغ، التهاب عضلة القلب، والتهاب رئويّ.
- **العدوى الأمومية:** معظم عداوى الفيروس المعويّ أثناء الحمل تسبّب مرضاً خفيفاً أو لا تسبّب مرضاً عند الأم. الموجودات السريرية، عندما تحدث، يمكن أن تتضمن حمى، حويصلاتٍ فموية في الفم وعلى اللسان، وأيضاً آفاتٍ على اليدين والقدمين. يمكن للعدوى في الأثلوث الثالث أن تحرّض المخاض.

الوقاية تتضمن تجنّب الأفراد مع داءٍ مشتبهٍ. الحفاظ على عادات غسيل اليدين الجيّد وارتداء الكمامة في حال عدم القدرة على تجنّب الأشخاص المصابين.

العلاج. لا يوجد علاجٌ محدّد.

معلوماتٌ مهمّة

الفيروسة الصّغيرة (بارفوفايروس) ب19

الفيروسة الصّغيرة هو فيروس دنوي يُعرف أيضاً بالداء الخامس. هو مرضٌ شائعٌ في مرحلة الطفولة يتّصف بمظهر "الخدّ المصفوع" على الوجه. عندما تحدث العدوى عند البالغين غالباً ما تكون لاعرضية أو خفيفةً. يصيب بشكل تفضيليّ الخلايا سريعة الانقسام مثل سلائف الـ RBC ويحرّز الاستماتة أو موت الخلية. تمتلك 50% من النساء الحوامل الأضداد IgG المحصّنة. الانتقال العمودي يكون عبر المشيمة في فترة تفرس الدم الأوّل.

- **العدوى الجنينية:** تقريباً كلّ وفيات الأجنة متصلة بعدوى تحدث قبل الأسبوع 20. الفيروسات الصغيرة ب19 سامةٌ لسلائف كريات الدم الحمراء الجنينية وقد تسبب فقر دمٍ جنينيّ وخزياً جنينيّ. يشاهد هذا الخبز غير المناعيّ بشكلٍ شائع أكثر مع عدوى قبل الأسبوع 32. يمكن رؤية انصبابات جنينية أو تأمورية جنينية معزولةً عابرةً تشفى عفويّاً قبل الولادة. يُعتقد أنّ هذه الانصبابات تكون بسبب التهابٍ مباشرٍ قلبيّ/ جنبيّ.
- **التظاهر الوليدي:** في حين أنّ احتمال حدوث خبزٍ جنينيّ وارد، معظم عدوى الفيروسات الصغيرة داخل الرحميّة ليس لها نتائج سلبية. لا يوجد دليلٌ على المسخية.
- **العدوى الأمومية** عدوى الفيروسات الصغيرة ب19 الأمومية خفيفة وبشكلٍ عامٍّ لا تتضمن حدوث الطفح الذي يشاهد عند الأطفال. قد تحدث آلامٌ مفصليةٌ وحمي ولكن المسار السريريّ عادةً ما يكون محدوداً ذاتياً.
- **الوقاية.** يجب أن تخضع النساء الحوامل المعرضات أو اللواتي لديهنّ أعراض عدوى فيروسات صغيرة لفحصٍ مصليّ للضداد IgG و IgM.
- إيجابية IgG وسلبية IgM تتوافق مع المناعة الأمومية لذا فإن الجنين محميّ.
- تتوافق إيجابية أضداد IgM مع العدوى الحادة ويجب أن يبدأ تقييم فائق الصدى التوليديّ بدءاً من 22 أسبوع، بحثاً عن دليلٍ على خبز الجنين بالإضافة إلى فحص دوبلر الجنين لفقر الدم.
- **العلاج.** نقل الدم داخل الرحم لعلاج فقر الدم الجنينيّ الشديّد (التداخل المتوافر الوحيد).

معلومات مهمة

فيروس زيكا

- فيروس زيكا هو فيروسة مُصغرة زوي ينقله البعوض. الانتقال العمودي عبر المشيمة؛ على الرغم، لأنّ الفيروس يمكن أن يستمر لفترة أطول في مصبل المرأة الحامل بالمقارنة مع مصبل المرأة غير الحامل، فإن الجنين معرضٌ لخطر العدوى وتشوهات الجهاز العصبيّ المركزيّ الكبرى حتّى لو كانت الأم لا عرضيّة.
- **العدوى الجنينية:** أشيع فترة لحدوث عقابيل خطيرة حول فترة الولادة يظهر أن تكون عند حدوث الإنتان في الثلثين الأوّل والثاني الحملي. الشذوذات الصدوية التي تظهر في حال الإنتان الخلقي تتضمن تحدد النموالجنيني، ضخامة البطينات، صغر حجم الرأس، والتكلسات داخل القحفية.
 - **التظاهر الوليدي:** الموجودات الوليديّة عدا عن التي ذُكرت أعلاه تتضمن الشذوذات العينية (مثل ضمور الشبكية، صغر المقلة)، فقد السمع، والشذوذات العصبية (مثل فرط المقوية، نقص المقوية، اختلاجات).
 - **العدوى الأمومية:** العلامات السريريّة الموافقة لعدوى فيروس زيكا هي الطفح البقيّ الحطاطيّ، آلام مفصلية، التهاب الملتحمة وحمي. فقط 20% من النساء المصابات يكون لديهنّ هذه الموجودات وغالباً ما تكون خفيفة. يمكن أيضاً للزيكا أن تنتقل عن طريق الجماع من دون واقٍ ذكريّ مع شخص مصابٍ حتى في حال عدم وجود أعراض.
 - **الوقاية.** يجب على النساء الحوامل في المناطق المتوطنة أتباع خطواتٍ للوقاية من عضّات البعوض. تجنّب الجماع غير المحميّ مع شريكٍ مصابٍ. يجب على النساء العرضيات أو المعرضات للزيكا القيام باختبارات الحمض النوويّ في المصل والبول واختبار IgM المصل أبكر ما يمكن خلال 12 أسبوع تالين. يجب متابعة الاختبارات الدموية الإيجابية بفائق صدى سابق للولادة ويتم تكراره شهريّاً بحثاً عن الموجودات التي ذُكرت أعلاه.
 - **العلاج.** لا يوجد علاجٌ أموميّ محدّد.



المنقولة جنسياً

الفيروس المضخم للخلايا

الثّالوث التّوليدي

الفيروس المضخم للخلايا

- أشيع متلازمة خلقيّة فيروسية
- أشيع سبب للّصم عند الأطفال
- قلّة صفيحاتٍ وحبراتٍ وليديّة

معلوماتٌ مهمّةٌ

خضعت ممرضة وحدة عناية مشددة لحديثي الولادة ذات 31 سنة لولادةٍ مهبليةٍ عفويةٍ عند الأوان غير معقّدةٍ لوليدةٍ أنثى 2,300 غ مع طفحٍ حبريٍّ منتشرٍ. تعرّضت في الأسبوع الحلميّ 12 لمتلازمةٍ شبيهةٍ بالإنفلونزا مع ألمٍ في الربع البطنيّ العلويّ الأيمن. أظهر فائق الصدى التّوليديّ أنّ التّموج الجنينيّ كان في الخطّ المئويّ الخامس فقط.

الفيروس المضخم للخلايا (CMV) هو فيروس هربسي دنوي ينتشر عن طريق إفرازات الجسم المصابة بالعدوى. تصل نسبة النساء الحوامل إيجابيات IgG المصل للـ CMV إلى 50%. يحدث الانتقال العموديّ من الأم إلى الجنين أو الوليد بشكلٍ أساسيٍّ خلال تفرس الدّم للعدوى الأوليّة. ومع ذلك، نظراً لأنّ نتيجة العدوى الأوليّة هي الاستعداد للكُمون المتبقيّ مدى الحياة، يمكن أن تحدث العدوى الجنينية مع إعادة التّنشيط.

الأهميّة.

- **العدوى الجنينية:** نسبة حدوث العدوى عبر المشيمة هي 50% في العدوى الأمومية البدئية بغضّ النّظر عن الأثلوث الحلميّ، لكن >1% مع عداوى ناكسة. قد تتضمّن التّظاهرات خزياً غير مناعيّ، IUGR، متناظر، صغر الرّأس، وتكّساتٍ مخيّة في توريّ حول البطينات.
 - **العدوى الوليدية:** من 1-2% من الولدان لديهم دليلٌ على تعرّضٍ داخلٍ رحميٍّ للـ CMV. متلازمة الـ CMV الخلقيّة هي أشيع متلازمةٍ فيروسيةٍ خلقيّةٍ في الولايات المتّحدة. CMV هو أشيع سببٍ للّصم الحسيّ العصبيّ عند الأطفال. فقط 10% من الرّضّع المصابين لديهم مرضٌ سريريّ، والذي يتضمّن حبراتٍ، بقع التّوت على الجلد، التهاب السحايا والدماغ، تكّساتٍ حول البطينات، ضخامة كبدية طحالية، قلّة الصفيحات، وديقان.
 - **العدوى الأمومية:** تعد عدوى الفيروس المضخم للخلايا أثناء الحمل بشكلٍ عامّ حالةً خفيفة، منخفضة المراضة تظهر كمتلازمةٍ شبيهةٍ بداء كثرة الوحيدات مع التهابٍ كبديّ.
- تتضمن الوقاية اتّباع الاحتياطات العالميّة مع كلّ سوائل الجسم. تجنّب نقل دمٍ إيجابيٍّ الـ CMV.
- العلاج. العلاج المضاد للفيروسات مع غانسيكلوفير.

معلوماتٌ مهمّةٌ

فيروس الهربس البسيط

تم إدخال امرأةٍ متكرّرة الولادة تبلغ من العمر 21 عاماً إلى وحدة الولادة في الأسبوع الحلميّ 39 في حالة مخاضٍ نشيطٍ عند اتّساع 6 سم. كيس الماء سليمٌ. كان لديها تاريخٌ من الهربس التناسليّ قبل الحمل. آخر فاشيةٍ لها كانت منذ 8 أسابيع. هي الآن تشكو من ألمٍ وحكّةٍ. عند الفحص كان لديها آفاتٌ موضعيةٌ، مؤلمةٌ، تقرّحية على الجدار الأيمن لمهبلها.

فيروس الهربس البسيط (HSV) هو فيروس هربسي دنوي ينتشر عن طريق التماس المخاطي الجلدي الحميم. ما يصل إلى 50٪ من النساء الحوامل موجبات مصلياً بـ IgG فيروس الهربس البسيط.

- تنتج معظم الهربس التناسلي عن HSV 2، ولكن يمكن أن تحدث أيضاً مع HSV 1.
- الانتقال عبر المشيمة من الأم إلى الجنين يمكن أن يحدث خلال تفرس الدم أثناء العدوى الأولية لكنه نادر. العدوى بـ HSV تؤهب إلى كمون متبقي مدى الحياة مع هجمات دورية معاودة. أشيع طريق للعدوى الجينية هو التماس مع الآفات التناسلية الأمومية خلال هجمة HSV معاودة.

التشخيص. التشخيص النهائي هو زرع إيجابي لفيروس الهربس البسيط من السائل المأخوذ من حويصلة ممزقة أو قرحة منضرة، ولكن هناك معدل سلبيّة كاذبة 20٪. يعتبر تفاعل البوليميراز التسلسلي PCR أكثر حساسية بمقدار 2-4 مرات وهو الأفضل للكشف عن طرح الفيروس.

الأهمية.

- العدوى الجينية: نسبة العدوى عبر المشيمة هي 50٪ في العداوى الأمومية الأولية. قد تتضمن التظاهرات الإجهاضات العفوية، IUGR المتناظر، صغر الرأس، والتكلسات المخبية.
- العدوى الوليدية: عند العبور خلال قناة ولادة مصابة بـ HSV، نسبة إصابة الوليد هي 50٪ في العدوى الأولية، لكن تكون >50٪ في العدوى التاكسة. نسبة الوفيات الولادية هي 50٪. أولئك الذين نجوا يعانون من عواقب وخيمة: التهاب السحايا والدماغ، الإعاقفة الفكرية، الالتهاب الرئوي، تضخم الكبد والطحال، البرقان، والحبوات.
- العدوى الأمومية (نوعان):

– الهربس الأولي ينتج عن تفرس الدم وله تظاهرات جهازية: حمى، وهن، ضخامة عقد لمفية، وآفات تناسلية منتشرة (المهبل، عنق الرحم، الفرج، والإحليل). العدوى الجينية عبر المشيمة واردة؛ ومع ذلك، في 3/2 من الحالات تكون العدوى خفيفة أو تحت سريرية.

– الهربس التاكس ينتج عن هجرة الفيروس من عقدة الجذر الظهري ولكنه موضعي وأقل شدة، مع عدم وجود مظاهر جهازية. تنتج عدوى الجنين فقط من المرور عبر قناة الولادة مع وجود آفات.

تشمل الوقاية إجراء عملية قيصرية في وجود آفات HSV التناسلية في وقت المخاض. (إذا تمزقت الأغشية <8-12 ساعة، فربما يكون الفيروس قد أصاب الجنين بالفعل ولن يكون للولادة القيصرية أي قيمة.)

العلاج. أسيكوفير.

معلومات مهمة

فيروس العوز المناعي البشري

امرأة متكررة الحمل تبلغ من العمر 22 سنة مدمنة سابقة على المخدرات الوريدية. تم تشخيص إصابتها بفيروس العوز المناعي البشري قبل 12 شهراً أثناء حملها السابق. خضعت لولادة مهبلية لطفلٍ موجب HIV أيضاً. هي الآن حامل مرة أخرى في الأسبوع الحمل 15.

فيروس العوز المناعي البشري (HIV) هو فيروس رنوي قهقري ينتشر عن طريق إفرازات الجسم المعدية. تعد مشاركة الإبر الملوثة، ممارسة الجنس مع شريك مصاب، وانتقال الفترة المحيطة بالولادة من أكثر طرق الانتقال شيوعاً.

يطور المريض المصاب متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز). المسار السريري من فيروس العوز المناعي البشري إلى الإيدز هو كبت مناعي تدريجي ولكن لا هوادة فيه خلال فترة سنين، يؤدي إلى الوفاة التاجمة عن العدوى الساحقة من الأمراض الانتهازية.



الأهميّة.

- **العدوى الجينية:** العدوى عبر المشيمة تحدث، لكن أهمّ طريق للانتقال العموديّ هو التماس مع المفرزات التناسليّة المصابة أثناء الولادة المهبلية. بدون العلاج الوقائيّ الأموميّ بالأزیدوثيميدين (AZT)، يكون معدّل الانتقال العموديّ بدون مخاض و قبل تمزّق الأغشية، قد تصل نسبة الإصابة المحيطة بالولادة القيصرية الانتخابية فائدة للجنين في الولادة القيصرية هي عند النساء اللواتي لديهنّ تعداد CD4 منخفض وأحمالاً فيروسية مرتفعة من RNA، مما يجعل العدوى من خلال الولادة المهبلية أكثر احتمالاً.
- **العدوى الوليدية:** عند الولادة سيكون لدى حديثي الولادة من نساءٍ إيجابيات HIV اختباراتٍ إيجابيةً لفيروس العوز المناعيّ البشريّ من عبور IgG المنفعل عبر المشيمة. يمكن لحليب الثدي المصاب بفيروس العوز المناعيّ البشريّ أن ينقل المرض إلى حديثي الولادة. يكون التقدّم من HIV إلى الإيدز عند الرضع أسرع منه عند البالغين.
- **العدوى الأمومية:** الحمل لدى امرأةٍ إيجابيةٍ HIV لا يعزّز التقدّم للإصابة بالإيدز.

تتضمّن الوقاية ما يلي:

- **الوقاية المضادة للفيروسات:** توصي خدمة الصحة العامة الأمريكية بأن يتمّ تقديم العلاج المركّب للنساء الحوامل المصابات بفيروس العوز المناعيّ البشريّ مع أدوية مكافحة-HIV للمساعدة في حماية صحتهن ومنع انتقال العدوى إلى أطفالهن. يجب على النساء الحوامل المصابات أن يأخذن علاجاً ثلاثي الأوية يتضمن زيدوفودين (ZDV) كقسم من نظامهن العلاجيّ، بدءاً من الأسبوع 14 ويستمر طوال الحمل، أثناء الوضع، وبعد الولادة.
- **طريقة الولادة:** يجب التخطيط للولادة المهبلية عند الأسبوع 39، مع اتّباع الإرشادات الآتية:
 - تجنّب بزل السلى لأطول فترة ممكنة.
 - عدم استخدام مساري الفروة الكهربائية في المخاض.
 - تجنّب الولادة باستخدام الملقط أو جهاز الاستخراج بالتخلية.
 - استخدام إنعاش وليديّ رقيق.
 - إذا كان الحمل الفيروسيّ $\leq 1,000$ نسخة/مل، تقديم الولادة القيصرية في الأسبوع 38 دون بزل السلى.
- ربّما ينبغي تجنّب الإرضاع الطبيعيّ عند النساء إيجابيات الـ HIV.
- الاحتياطات العالمية: انتبه جيداً للتعامل مع سوائل الجسم كافّة.

العلاج: العلاج المركّب الثلاثي المضاد للفيروسات HAART (علاجٌ مضادٌ للفيروسات القهقرية عاليّ الفعالية) لجميع النساء الحوامل إيجابيات الـ HIV؛ يتضمن ذلك 2 من منبّطات المنتسخة العكسية للنيوكليوتيد (NRTIs) مع NNRTI (غير منبّطات المنتسخة العكسية للنيوكليوتيد) أو مثبّط البروتياز (على سبيل المثال، زيدوفودين، لاميفودين، أو ريتونافير).

معلوماتٌ مهمّة

الإفريقيّ (السّفسلس)

تقدم امرأة متكررة الولادة تبلغ من العمر 34 عاماً للرعاية السابقة للولادة في الأثلوث الثاني. تعترف بتاريخ سابقٍ من تعاطي المخدّرات لكنّها تقول إنّها نظيفة لمدّة 6 أشهرٍ. مع حملها الثاني، تعرّضت لولادة مبسّرة في الأسبوع الحامليّ 34 لطفليّ ذكرٍ توفيّ في اليوم الأول من الحياة. تقول إنّها عند الولادة كان الطفل متورّماً مع آفاتٍ جلديّة وأنّ المشيمة كانت كبيرةً جداً. عولجت بالمضادات الحيوية لكنّها لا تتذكر الاسم أو التفاصيل الأخرى. في لائحته روتينية قبل الولادة مع هذا الحمل الحالي، وجد أنّها إيجابية اختبار VDRL (مختبر بحوث الأمراض المنقولة جنسياً).

الإفريقي سببه *اللولبية الشاحبة*، وهي جرثومة ملتوية متحركة لاهوائية ولا يمكن زرعها. لا ينتج عن الإفريقي حالة من المناعة أو الكمون؛ يمكن القضاء على العدوى عن طريق العلاج المناسب ولكن يمكن أن تحدث عودة العدوى مرة بعد مرة. ينتشر كمرضٍ ينتقل جنسياً عن طريق الاتصال الحميم بين الأغشية المخاطية الرطبة أو خلقياً عبر المشيمة إلى جنين من أم مصابة.

الأهمية.

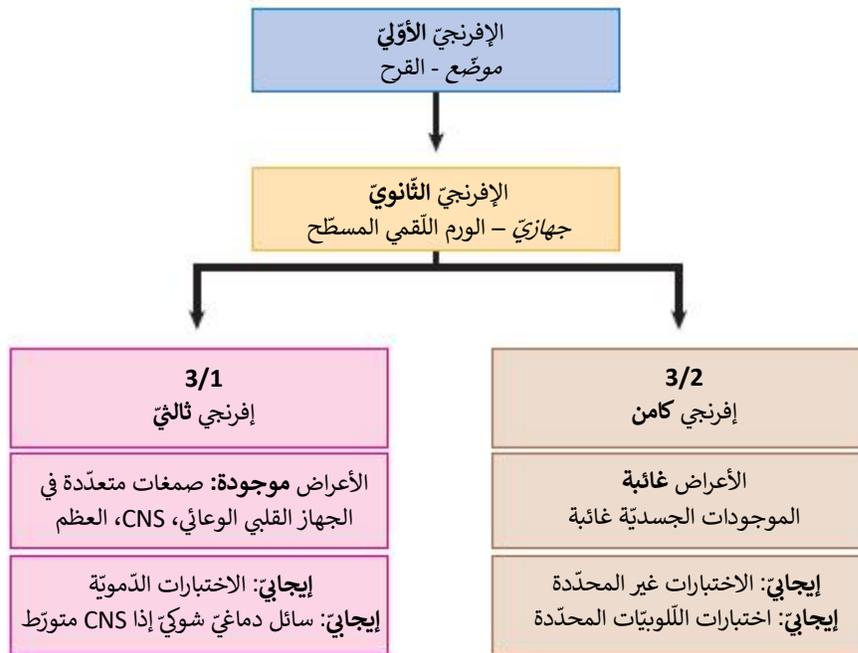
- **العدوى الجنينية:** العدوى عبر المشيمة شائعة مع نسبة انتقالٍ عموديٍّ 60% في الإفريقي الأولي والثانوي. نسبة العدوى الجنينية بالإفريقي الكامن أو التآلي تكون أقل. في الحالات غير المعالجة، التظاهرات في الإفريقي الخلقي الباكر تتضمن الخبز الجنيني غير المناعي، الجلد المعطون، فقر الدم، قلة الصفائح، وضخامة الكبد والطحال. معدلات الموت الجنيني مرتفعة، مع نسب وفياتٍ محيطة بالولادة تصل 50%. تكون المشيمة عادةً كبيرةً ومتودمةً.
- **العدوى الوليدية:** الإفريقي الخلقي المتأخر يُشخص بعد عمر 2 سنة ويتضمن أسنان "هاتشينسون"، رحي "التوت"، الظنوب "السيفي"، الأنف "السرقي"، وصمم العصب 8.
- **العدوى الأمومية (أربعة أنماط):**

- **الإفريقي الأولي** هو المرحلة الأولى بعد العدوى. تصبح الحطاطات قرحاتٍ غير مؤلمة مع حوافٍ مدوّرة (القرح) الذي يظهر 2-3 أسبوع بعد التماس مع موقع العدوى، أشبعها الفرج، المهبل، أو عنق الرحم. يكون مجهر الساحة المظلمة لنضحة الآفة إيجابياً للجرثومة الملتوية، لكن الفحوصات المصلية غير النوعية VDRL أو اختبار الزاجنة البلازمية السريع [RPR] لا يكونوا إيجابيين بعد. بدون علاج يختفي القرع عفوياً.
- **الإفريقي الثانوي** يتصف بإنتان الدم الجهازى بجراثيم الملتوية. قرابة 2-3 أشهر بعد التماس، تشاهد حتى، وهن، ضخامة عقدٍ لمفيةٍ معتممة، وطفحٌ جلديٌ بقعي حطاطي ("بقع النقود"). تظهر قماعيل عريضة خارجية التنبت (ورمٌ لقميٌ مسطحٌ) على الفرج. هذه الموجودات الجسدية تختفي عفوياً أيضاً بدون علاج. مجهر الساحة المظلمة لنضحة الورم اللقي إيجابية للجرثومة الملتوية. ستكون نتائج VDRL و RPR إيجابية، لكن يجب تأكيد تشخيص الإفريقي باختبارٍ خاصٍ باللولبيات، مثل اختبار امتصاص ضد اللولبيات التآلي (FTS-ABS) أو اختبار مقارنة التراص الدموي المكروي لأضداد اللولبية الشاحبة (MHA-TP). لا ترتبط الاختبارات الخاصة باللولبيات بنشاط المرض وتظل إيجابية على الرغم من العلاج.
- **الإفريقي الكامن** يتصف بغياب الأعراض أو الموجودات الجسدية. تبقى الاختبارات غير المحددة والمحددة لللولبيات إيجابية. حوالي 35% من الحالات تنتقل إلى الداء التآلي.
- **الإفريقي التآلي** هو مرحلة عرضية مع أعراضٍ تعتمد على الجهاز العضوي الذي يتأثر بالعقيدات الكلاسيكية التقرحية، التخرية (صمغات). قد يشمل موقع الآفة الجهاز القلبي الوعائي (التهاب الأبهري، أمهات الدم الكيسية)، الجهاز العصبي المركزي CNS (التهاب السحايا، تابسٌ ظهري، الخرف، الزنج)، أو العظام (التهاب العظم). ليست فقط اختبارات الدم إيجابية، ولكن أيضاً السائل الدماغي الشوكي سيكون إيجابياً مع إصابة الجهاز العصبي المركزي CNS.



الجدول 1-7-1. الإفرنجى فى الحمل

التّظاهر	الأوّلَى	الثّانوى
الآفة الكلاسيكية	القرح	الورم اللّقمى المسطح
امتداد المرض	موضّع	جهازى
الاختبارات المخبرية (VDRL ، السّاحة المظلمة، FTA-ABS)	(-) VDRL السّاحة المظلمة (+) FTA-ABS (+)	(+) VDRL السّاحة المظلمة (+) FTA-ABS (+)
معدّل العدوى الجنينيّة	%60	%60
الخيار العلاجى	البنسلين	البنسلين



الشّكل 1-7-2. الإفرنجى الأمومى

الوقاية تتضمّن ما يلى:

- الولادة المهبلية ملائمّة فيما تكون الولادة القيصرية لأسباب توليديّة فقط.
- اتّباع مبادئ تجنّب تعدّد الشّركاء الجنسيين، والتّشجيع على استخدام وسائل منع الحمل الحاجزيّة.

التدبير العلاجى. بيناثنين بنسلين 2.4 مليون وحدة عضليّة لمرة واحدة لضمان مستويات صادات حيويّة ملائمّة للجنين (الصّادات الحيويّة الأخرى لا تعبر الجدار المشيمى بشكل جيّد). حتّى لو كانت الحامل حسّاسةً للبنسلين، يجب الاستمرار فى إعطاء جرعة كاملة من البنسلين باستخدام نظام إزالة التّحسس الفموى فى ظلّ ظروف خاضعة للرّقابة.

متابعة العيارات المصلية فى الأشهر 1، 3، 6، 12، و 24. تخفيض العيارات أربعة أضعاف بحلول 6 أشهر؛ يجب أن تكون سلبية فى غضون 12-24 شهر.

تفاعل ياريش-هيركسهaimer مرتبطٌ بالعلاج ويحدث عند 50% من النساء الحوامل. يبدأ خلال 1-2 ساعة، يصل إلى ذروته خلال 8 ساعات، و يزول في غضون 24-48 ساعة. مترافقٌ مع حمى حادة، صداع، آلامٍ عضليّة، انخفاض ضغط الدّم، وتقلّصاتٍ رحميّة. التّدير العلاجيّ يكون بالرّعاية الدّاعمة.

معلوماتٌ مهمّةٌ

التهاب الكبد B

أثناء الفحوص المخبرية الروتينية السابقة للولادة لامرأةٍ متكرّرة الحمل بالغة من العمر 29 عاماً وجد أنّ التّيجة إيجابيّة لمستضد لالتهاب الكبد B السّطحيّ. هي ممرّضةٌ في وحدة العناية المشدّدة. تمّ إعطاؤها 2 وحدة من كريات الدّم الحمراء المُكدّسة قبل سنتين بعد مرورها بنزفٍ بعد الوضع في حملها السّابق.

فيروس التهاب الكبد B (HBV) هو فيروس دنوي ينتشر عن طريق مفرزات الجسم المصابة. مشاركة الإبر الملوّثة، ممارسة الجماع مع شريكٍ مصابٍ، والانتقال عبر المشيمة هي أشيع طرق الانتقال. يشكّل الانتقال العمودي نسبة 40% من كلّ إصابات التهاب الكبد B المزمنة. معظم عداوى الـ HBV تكون لاعرضيّة.

الأهميّة.

- **العدوى الجنينيّة:** العدوى عبر المشيمة نادرة، معظم حالاته تحدث غالباً في الأثلوث الثّالث. الطّريق الرّئيسي للعدوى الجنينيّة أو الوليديّة يكون بسبب التّعرّض أو ابتلاع المفرزات التّناسليّة المصابة عند الولادة الطّبيعيّة. لا يوجد خطورة عدوى محيطة بالولادة إذا كانت الأم موجبة الضّد السّطحيّ لـ HBV لكن سلبية المستضد السّطحيّ لـ HBV.
- **العدوى الوليديّة:** HBV الوليديّ يحدث فقط عند 10% من الأمّهات إيجابيات الـ HBsAg (المستضد السّطحيّ لفيروس التهاب الكبد B) ولكن في 80% من هؤلاء الإيجابيات لكّلٍ من HBsAg و HBeAg (مستضد غلاف فيروس التهاب الكبد B). من بين الولدان الذين يصابون بالعدوى، سيصاب 80% بالتهاب الكبد المزمن، مقارنةً بـ 10% فقط من البالغين المصابين.
- **العدوى الأموميّة (3 أنماط):**
 - **HBV لاعرضي:** يقع غالبية المرضى المصابين في هذه الفئة دون أيّ تأثيرٍ على الصّحة الأموميّة. مستضد التهاب الكبد B السّطحيّ (HBsAg) هو اختبار التّحرّي المستخدم لتحديد العدوى الموجودة ويتم الحصول عليه من جميع النساء الحوامل. يتم متابعة اختبار HBsAg الإيجابي بلوحةٍ كاملةٍ لالتهاب الكبد وتقييم إنزيمات الكبد لالتهاب الكبد الفعّال أو المزمن.
 - **التهاب الكبد الحاد:** يمكن أن تؤدّي العدوى بفيروس التهاب الكبد B الحاد والمزمن إلى ألمٍ في الرّبع العلويّ الأيمن وخمولٍ يتفاوت حسب شدّة الإصابة. تظهر الدّراسات المخبريّة ارتفاع البيليرويين وارتفاع إنزيمات الكبد. يستعيد غالبية مرضى التهاب الكبد الحاد وظائف الكبد الطّبيعيّة.
 - **التهاب الكبد المزمن:** يعتبر تلبّث الكبد وسرطانة الخلايا الكبدية أخطر عواقب التهاب الكبد المزمن.



تتضمن الوقاية:

- الولادة المهبلية ملائمةً فيما تكون الولادة القيصرية لأسبابٍ توليديّةٍ فقط.
 - تجنّب مسابر الفروة الكهربائيّة في المخاض وإبر الفروة في الحاضنة. يجب على ولدان الأمّهات إيجابيّات الـ HBsAg تلقي التّمنيع المنفعل باستخدام الغلوبولين المناعيّ لالتهاب الكبد B (HBIG) والتّمنيع الفاعل باستخدام لقاح التهاب الكبد B. الرّضاعة الطّبيعيّة مقبولةٌ بعد أن يتلقّى الوليد التّطعيم الفعّال و HBIG.
 - يجب أن تتلقّى الأمّهات السّلبيّات HBsAg المعرّضات لخطر الإصابة بالتهاب الكبد B التّمنيع المنفعل HBIG. التّمنيع الفعّال آمنٌ أثناء الحمل لأنّ العامل فيروسيّ مّيّته.
- التّديير العلاجيّ. لا يوجد علاجٌ محدّدٌ لالتهاب الكبد الحادّ؛ الإنترفيرون أو لاميفودين لالتهاب الكبد المزمن.

الجدول 1-7-2. عداوى الفترة المحيطة بالولادة

الولادة	العلاج	مدى الحياة	العقديات بيتا المجموعة B
مهبلية	بنسلين G	استعمار	داء المقوسات
مهبلية	بايريميثامين سلفاديازين	مناعة	الحصبة الألمانية
مهبلية	لا شيء	مناعة	الفيروس المضخم للخلايا
مهبلية	جانسيكوفير	كمون	الحماق / فيروس الهربس البسيط HSV
قيصريّة في حال HSV فعّال	أسيكلوفير	كمون	فيروس العوز المناعيّ البشريّ HIV
قيصرية في حال حملٍ فيروسي مرتفع	علاج بمضادات فيروسات ثلاثي	كمون	

الجدول 1-7-3. جملٌ مفتاحيّةٌ في عداوى الفترة المحيطة بالولادة

الموجودات	الموجودات	الموجودات
التهاب المشيميّة والشّبكيّة	نكّسات داخل قحفيّة	داء المقوسات +*
عيون صغيرة	أفات متعرّجة "زيك زاك"	الحماق +
داء قلبيّ خلقيّ	صمم	الحصبة الألمانية +*
تضخّم كبد، طحال	حبرات	الفيروس المضخم للخلايا +*
جلد معطون	خزب	الإفريقيّ +
لا شيء		Δ HBV، HIV، HSV

* مترافق مع تحدّد التّمود داخل الرّحم IUGR

+ انتقال عموديّ عبر المشيمة

Δ انتقال عموديّ بالولادة المهبلية

الأعراض التعلیمیة

□ وصف الاستخدام المناسب للاختبار الجنيني قبل الوضع بما في ذلك اختبار عدم الإجهاد، مؤشر السائل الأمنيوسي، الحالة الفيزيائية الحيوية، اختبار إجهاد انقباضات الرحم، وايكو دوبلر الشريان السري.

نظرة عامة

سيدة تبلغ متكررة الولادة من العمر 37 سنة مصابةً بالذبحة الحمامية حاملٌ بالأسبوع الحمل 31. لديها فرط توتر شرياني مزمن مضبوطٌ بالميثيل دوبا. تأتي إلى العيادة بشكوى أنّ الجنين لا يتحرك كالمعتاد.

الاختبارات الجنينية قبل الولادة تؤكد صحة الجنين بشكلٍ دقيقٍ لكن لا تكشف الخطر على حياة الجنين بشكلٍ جيدٍ. أشيع أسباب الاختبارات الجنينية قبل الولادة هي قلة التحركات الجنينية، السكري، الحمل المديدة، فرط التوتر الشرياني المزمن، وتحديد النمو داخل الرحم.

اختبار عدم الإجهاد

اختبار عدم الإجهاد (NST) يقوم بحساب تواتر التحركات الجنينية باستخدام جهاز قياس معدل نبض الجنين الخارجي (FHR) الذي يكشف وجود أو غياب تسارع نبض الجنين. هذا يعني الارتفاع المفاجئ بالFHR فوق الحد الأدنى لمدة > 2 دقيقة الذي لا علاقة له بالتقلصات الرحمية. المعايير تختلف حسب العمر الحمل:

• > 32 أسبوع، الارتفاع يجب أن يكون ≤ 10 نبضة/دقيقة لمدة ≤ 10 ثا

• < 32 أسبوع، الارتفاع يجب أن يكون ≤ 15 نبضة/دقيقة لمدة ≤ 15 ثا

تتوسطها الجملة العصبية الودية و تحدث دائماً كاستجابةٍ للتحركات الجنينية. تأويلها أن التسارعات دائماً مطمئنة.

• اختبار عدم الإجهاد التفاعلي يشترط وجود تسارعين خلال فترة 20 دقيقة مما يوافق المعايير أعلاه. النتيجة هذه مطمئنة وتنبأ بشكلٍ جيدٍ صحة الجنين. نسبة حدوث موت الجنين هي 3 من 1000 في الأسبوع التالي. التدبير العلاجي هو إجراء NST أسبوعي.

• يتم التشخيص باختبار عدم الإجهاد اللا تفاعلي عندما لا توافي تحركات الجنين المعايير: ويكون إما بعدد التسارعات خلال 20 دقيقة أو شدة أو مدة التسارعات. 80% من نتائج NST لا التفاعلية إيجابية كاذبة (أي أنّ الجنين ليس ناقص الأكسجة). الأسباب غير ناقصة الأكسجة تتضمن النوم الجنيني، الخداج، تأثير الأدوية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي. التدبير العلاجي يكون بالقيام بالتنبيه الاهتزازي السمعي لرى إذا أدى ذلك إلى حركة الجنين. إذا بقيت نتيجة NST لا تفاعلية بشكلٍ ثابتٍ، نقوم باختبار الحالة الفيزيائية الحيوية.



الجدول 1-12-1. اختبار عدم الإجهاد (NST)

اختبار عدم الإجهاد التفاعلي	المعايير: \leq تسارعين في 20 دقيقة: $\uparrow FHR \leq 15$ نبضة/دقيقة لمدة ≤ 15 ثا
	التقييم: النتيجة مطمئنة لصحة الجنين
	المتابعة: التكرار مرة/ مرتين أسبوعياً
اختبار عدم الإجهاد اللاتفاعلي	المعايير: عدم وجود تسارعات نبضي جنينية أو لم توافي المعايير
	التقييم: نوم، خداج، جنين مرگن؛ حماض، حياة الجنين مهددة؟
	المتابعة: التنبيه الاهتزازي السمي
	إذا ما زال لا تفاعلي: القيام باختبار إجهاد انقباضات الرحم أو الملف الفيزيائي الحيوي.

تقييم السائل الأمنيوسي

في الثلث الحمل الأخير، يعكس حجم السائل الأمنيوسي بشكلٍ معتبر التوازن بين المنتج البولي للجنين و الابتلاع الجنيني. إذا كانت كمية السائل الأمنيوسي قليلةً (قلة السائل الأمنيوسي) يجب الأخذ بعين الاعتبار وجود اضطراباتٍ بالسبيل البولي أو بالتروية الكلوية. إذا كان حجم السائل زائداً (موه السلى) يجب الأخذ بعين الاعتبار وجود مشاكلٍ تتعلق بقلة البلع عند الجنين أو باضطرابات السبيل الهضمي.

تقييم السائل الأمنيوسي بالثلث الحمل الأخير يكون باستخدام القياسات بالإيكو:

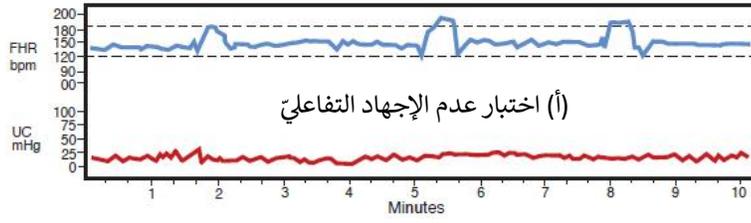
- **الجيب الأعمق الوحيد (SDP)** أو الجيب العمودي الأقصى (MVP): هو البعد العمودي (بالسنتيمتر) لأكبر جيبٍ من السائل الأمنيوسي الذي لا يحوي الحبل السري أو أي من أطراف الجنين بشكلٍ دائم. القياس الأفقي للجيب يجب أن يكون 1 سم على الأقل.
 - قلة السلى: العمق > 2 سم
 - طبيعي: العمق < 2 سم و > 8 سم
 - موه السلى: العمق < 8 سم
- **مشعر السائل الأمنيوسي (AFI)**: مشعر السائل الأمنيوسي في ال4 أرباع يقاس (بالسنتيمتر) أعماق جيب سائلٍ أمينيوسي عمودي في كلٍّ من الأرباع الأربعة في الرحم. مجموع أبعاد جيوب السائل الأمنيوسي يعرف بـAFI.
 - قلة السلى: > 5 سم
 - طبيعي: 5-24 سم
 - موه السلى: < 25 سم

الملف الفيزيائي الحيوي (BPP)

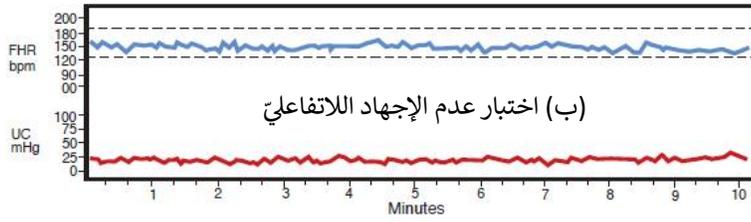
BPP الكامل يقاس خمس عناصرٍ من صحة الجنين: NST، حجم السائل الأمنيوسي، حركات الجنين العيانية، مقوية عضلات أطراف الجنين، الحركات التنفسية الجنينية. يتم قياس آخر أربع معايير باستخدام الايكو التوليدي. يتم تقييم كل عنصر بدرجة 0 أو 2، حيث أنّ الدرجة الكبرى 10 و الصغرى 0.

- **الدرجة 8 أو 10: مطمئنة** بشدة عن صحة الجنين. يكون التديير بتكرار الاختبار أسبوعياً أو حسب الاستطباب. معدّل وفاة الجنين هو 1 بال1000 في الأسبوع القادم.
- **الدرجة 4 أو 6: مقلقة.** التديير بتوليد الجنين إذا كان العمر الحملّي ≤ 36 أسبوع أو نكتر الحالة الفيزيائية الحيوية خلال 12-24 ساعة إذا كان العمر الحملّي > 36 أسبوع. الخيار البديل هو القيام باختبار إجهاد انقباضات الرحم (CST).
- **الدرجة 0 أو 2: متنبئة بنقص الأكسجة** الجنينية بشدة مع احتمالٍ ضئيلٍ للإيجابية الكاذبة. التديير هو التوليد الفوري للجنين مهما كان العمر الحملّي.

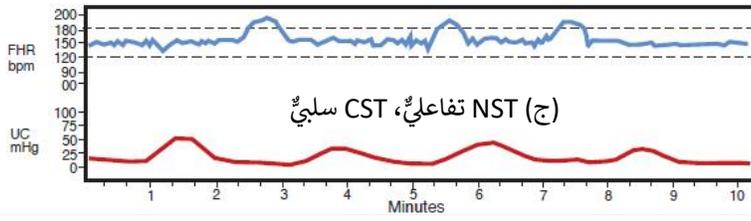
يتضمن الملف الفيزيائي الحيوي (BPP) المعدل فقط ال NST وحجم السائل الأمنيوسي. قيمته التنبؤية تقريباً مساوية للملف الفيزيائي الحيوي (BPP) الكامل.



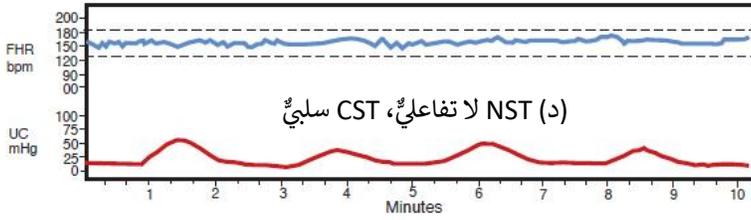
(أ) نطاق الأساس الطبيعي، ولا توجد تقلصات رحمية. وبالتالي، يمكن فقط تقييم مكون اختبار عدم الإجهاد. نظراً لوجود 3 تسارعات، فإن التقييم هو اختبار عدم الإجهاد التفاعلي. هذا رسم مطمئن.



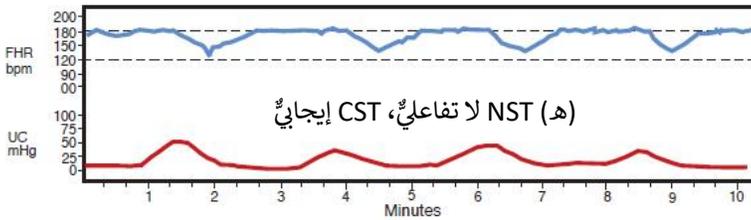
(ب) نطاق الأساس الطبيعي، ولا توجد تقلصات رحمية. وبالتالي، يمكن فقط تقييم مكون اختبار عدم الإجهاد. نظراً لعدم وجود تسارع، فإن التقييم هو اختبار عدم الإجهاد اللاتفاعلي. نظراً لأن هذا ليس رسماً مطمئناً، يجب أن تكون الخطوة التالية هي تحفيز الجنين بالاهتزاز الصوتي.



(ج) نطاق الأساس الطبيعي و4 تقلصات رحمية موجودة في 10 دقائق. وبالتالي، يمكن تقييم اختبار عدم الإجهاد NST واختبار إجهاد تقلصات الرحم CST. نظراً لوجود 3 تسارعات، وعدم وجود تباطؤ متأخر، فإن التقييم عبارة عن NST تفاعلي، CST سلبي. هذا رسم مطمئن.



(د) نطاق الأساس الطبيعي و4 تقلصات رحمية موجودة في 10 دقائق. وبالتالي، يمكن تقييم اختبار عدم الإجهاد NST واختبار إجهاد تقلصات الرحم CST. على الرغم من عدم وجود تسارع يمكن رؤيته، إلا أنه لا توجد تباطؤات متأخرة. التقييم هو NST لا تفاعلي، CST سلبي. هذا يشير إلى نوم الجنين، أو التخدير، أو خلل في الجهاز العصبي المركزي.



(هـ) نطاق الأساس مرتفع و4 تقلصات رحمية موجودة في 10 دقائق. وبالتالي، يمكن تقييم اختبار عدم الإجهاد NST واختبار إجهاد تقلصات الرحم CST. لا يمكن رؤية تسارع، ولكن توجد تباطؤات متأخرة متكررة. التقييم هو NST لا تفاعلي، CST إيجابي. هذا يوحي بشدة بحالة مهددة لحياة الجنين.

الشكل 1-12-1. رسومات جهاز مراقبة الجنين قبل الوضع الإلكتروني (EFM)

ملاحظة

كل رسومات EFM يجب أن يتم تقييمها باستخدام NST و CST. إذا وجد رسم معدل نبض الجنين FHR مكافئ تقنياً، يمكنها إذاً تقييم NST كتفاعلي أو غير تفاعلي.

إذا وجد ≤ 3 تقلصات رحمية خلال 10 دقائق، يمكننا عندها تقييم CST كسلبي أو إيجابي.



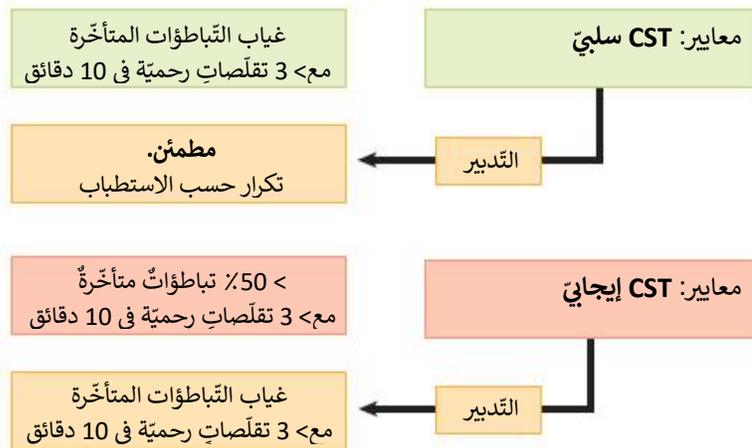
اختبار إجهاد تقلّصات الرّحم (CST)

يقوم اختبار إجهاد تقلّصات الرّحم بتقييم قدرة الجنين على تحمّل الهبوطات العابرة في الدّفق الدّمويّ الشعريّ التي تحصل مع التقلّصات الرّحميّة. يستخدم هذا الاختبار كلا جهازيّ قياس معدّل نبض الجنين الخارجيّ وقياس التقلّصات الرّحميّة ويعتمد بشكلٍ رئيسيّ على وجود أو غياب التّباطؤات المتأخّرة. وهي انخفاضاتٍ تدريجيّةٍ في معدّل النّبض الجنينيّ تحت الحد الأدنى مع مدة من نقطة البدء إلى النّقطة الأدنى قدرها ≤ 30 ثا. يكون بدء الانخفاضات حتى نهايتها متأخراً بالنسبة للتقلّصات. إذا لم يحدث 3 تقلّصات خلال 10 دقائق بشكلٍ عفويّ من الممكن أن نحقن أوكسيتوسين وريديّ أو نقوم بتحفيز الحلمة. نادراً ما يتم القيام بهذا الاختبار نظراً لكلفته و المدة المتطلّبة للمريضة للقيام به. أشيع استطبّاب لما سبق هو نتيجة الملف الفيزيائيّ الحيويّ 4 أو 6.

- يتطلب وجود CST سلبيّ غياب أيّ تباطؤات متأخّرة مع التقلّصات. هذا مطمئن بشدّة لصحة الجنين الجيدة. التّدير يكون بتكرار CST أسبوعياً. معدل حدوث وفاة الجنين هي 1 في 1000 في الأسبوع القادم.
- نتيجة الـ CST الإيجابية مقلّعة. و يتطلّب تشخيصه وجود تباطؤات متأخّرة مترافقة مع 50% على الأقلّ من التقلّصات. 50% من الـ CST الإيجابية تكون إيجابياتٍ كاذبة (أي أنّ الجنين لا يعاني من نقص الأكسجة). و تترافق مع تنوّع معدّل نبضات جنين جيّد. تترافق الـ 50% الإيجابية الحقيقيّة مع تنوّع قليلٍ أو غائبٍ. التّدير يكون بالتّوليد المباشر.
- مضادات الاستطبّاب تتضمن الحالات التي تكون فيها التقلّصات الرّحميّة خطيرة على الأم أو الجنين، شقّ رحميّ تقلديّ سابق، استئصال ورمّ عضليّ رحميّ سابق، ارتكاز المشيمة المعيب، قصور عنق الرّحم، تمزّق الأغشية البكر، و المخاض البكر.

الجدول 1-12-2. اختبار إجهاد تقلّصات الرّحم (CST)

لا يلاحظ أيّ تباطؤٍ متأخّر مع وجود 3 تقلّصاتٍ رحميّةٍ في 10 دقائق	CST سلبيّ
التّقييم: مطمئن لصحة الجنين	
المتابعة: تكرار CST أسبوعياً حسب الحاجة	
شوهدت التّباطؤات المتأخّرة المتكرّرة في وجود 3 تقلّصاتٍ رحميّةٍ في 10 دقائق	CST إيجابيّ
التّقييم: مقلق، خاصة في حال اختبار عدم إجهادٍ لا تفاعليّ	
المتابعة: التّوليد المباشر	

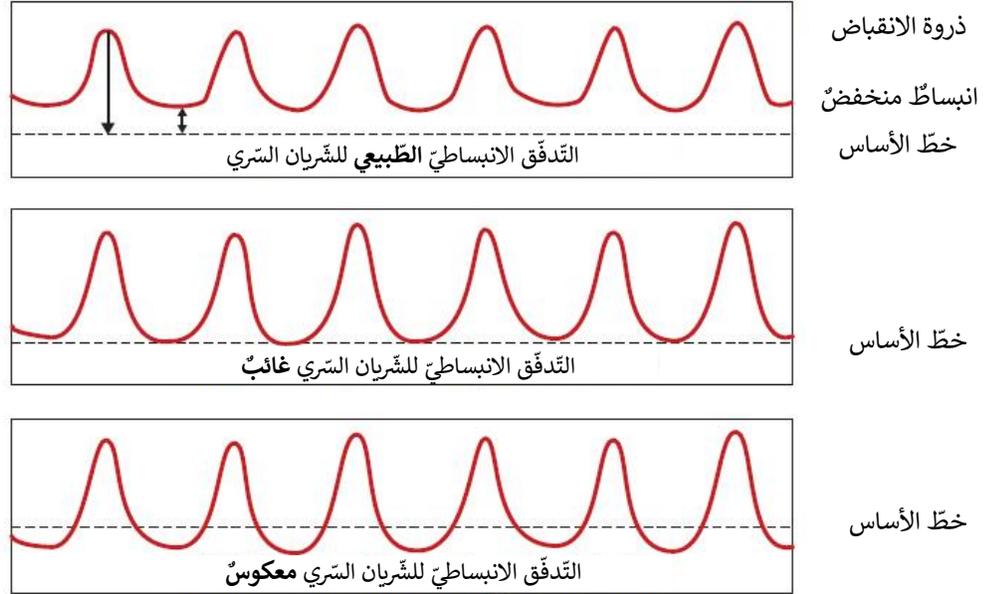


الشّكل 1-12-2. اختبار إجهاد تقلّصات الرّحم (CST)

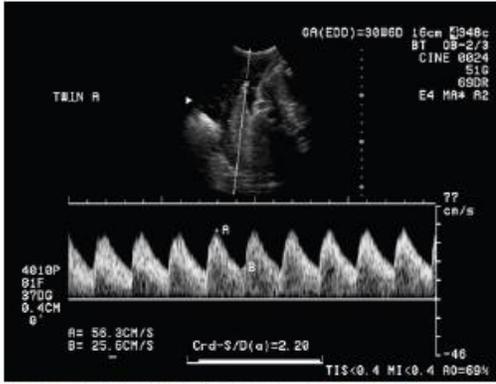
إيكو دوبلر الشريان السري

هذا الاختبار يقيس نسبة الدفق الدموي الانقباضي و الانبساطي في الشريان السري (UA). الدوران السري عادة يكون ذو مقاومة منخفضة، إذا دقق الدم الانبساطي المرتفع هو أمر متوقع. نسبة الانقباضي/الانبساطي (S/D) عادة تنخفض خلال الحمل.

هذا الاختبار يتنبأ المنتوج حول الحمل السيء فقط في حال الأجنة المصابين بتحدّد النمو داخل الرحم. الموجودات غير المطمئنة، التي قد تستوجب الحاجة للتوليد، هي غياب الدفق الانبساطي و الدفق الانبساطي المعكوس.

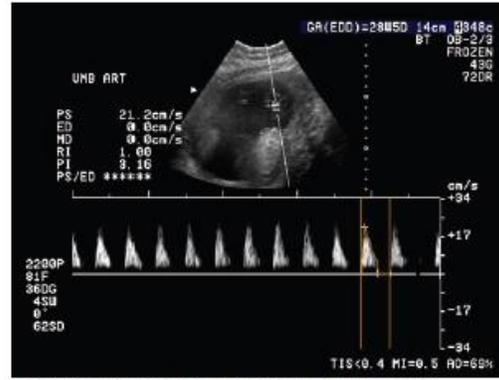


الشكل 1-12-3. نمط أمواج دوبلر الشريان السري



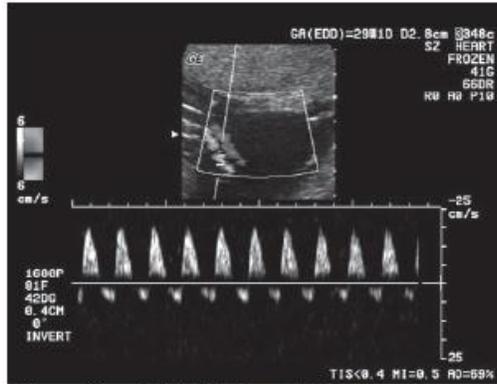
With permission, Institute for Advanced Medical Education,
www.iame.com

الشّكل 1-12-4. التّدقّ الانبساطيّ الطّبيعيّ
للشّريان السّري



With permission, Institute for Advanced Medical Education,
www.iame.com

الشّكل 1-12-5. التّدقّ الانبساطيّ الغائب
للشّريان السّري



With permission, Institute for Advanced Medical Education,
www.iame.com

الشّكل 1-12-6. التّدقّ الانبساطيّ المعكوس
للشّريان السّري

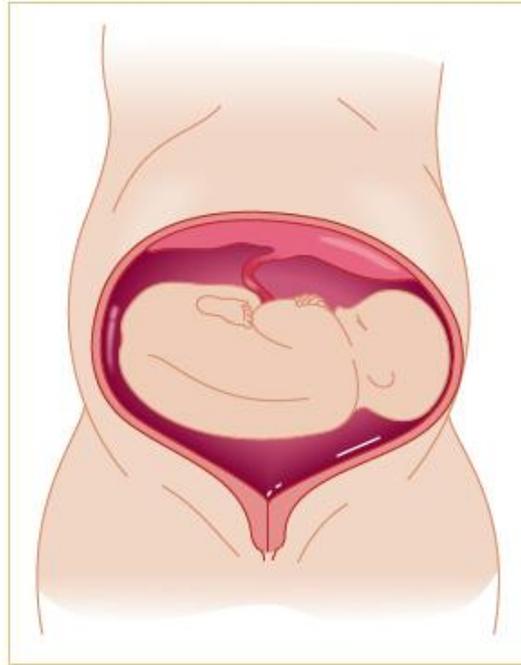
الأغراض التَّعليميَّة

□ تصنيف التَّوضعات الجنينيَّة المحتملة داخل الرَّحم و علاقتها باختلاطات المحتملة أثناء الولادة

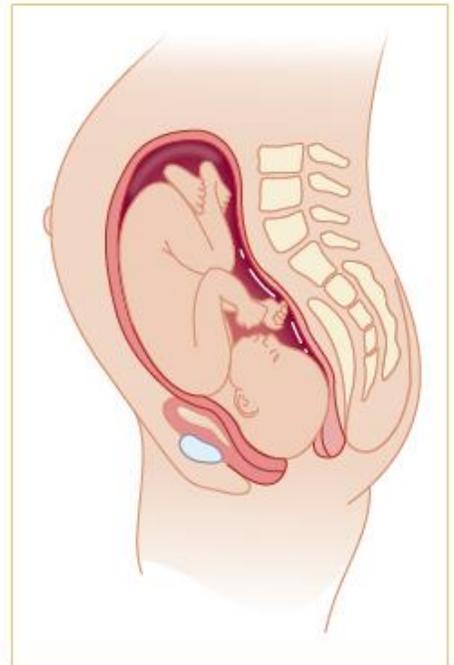
التَّوَجُّهَ في الرَّحم

توجَّه المحور الطَّولانيّ للجنين مع المحور الطَّولانيّ للرَّحم . أشيع وضعة هي الوضعة الطَّولانيَّة (99% من الأجنَّة عند تمام الحمل)

- التَّوَجُّهَ الطَّولانيّ: الجنين و الأمّ على نفس المحور العاموديّ.
- التَّوَجُّهَ المسعترض : الجنين على الزَّاوية اليمني للأمّ.
- التَّوَجُّهَ المائل : يأخذ الجنين زاوية 45° بالنسبة للأمّ .



الشَّكل ا-13-2. الوضعة الجنينيَّة المسعترضة



الشَّكل ا-13-1. الوضعة الجنينيَّة الطَّولانيَّة



معلوماتٌ مهمّةٌ

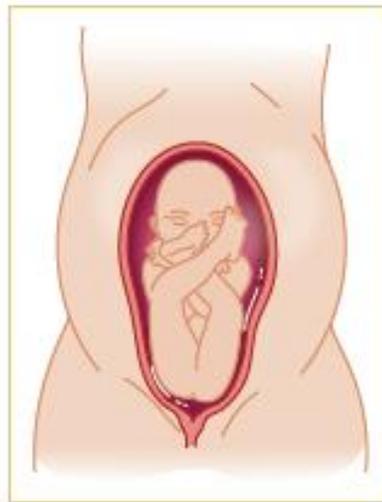
المجيء

قسم الجنين الذي يستلقي فوق مدخل الحوض. **المجيء الأشيع هو المجيء الرأسي** (96% من الأجنّة عند تمام الحمل)

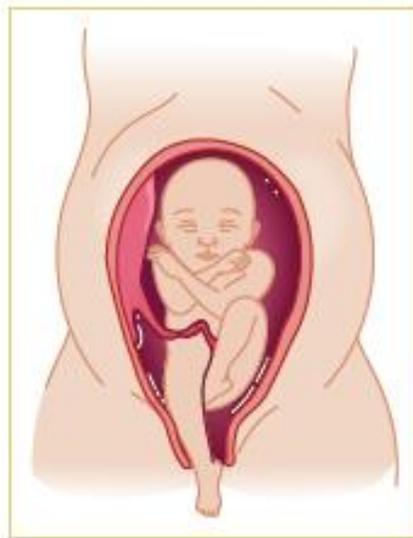
- **المجيء الرأسي**: يلد الرأس أولاً.
- **المجيء المقعدي**: تلد القدمين أو الإليتين أولاً. الخطر الرئيسي للولادة المهبلية بالمجيء المقعدي هو انفخاخ ما بعد ولادة الرأس.
- **المجيء المقعدي الصريح**: يكون الفخذين بوضعية عطفٍ و الساقين بوضعية بسطٍ . وهو النوع الوحيد من المجيء المقعدي الذي يمكن ولادته عن طريق المهبل بشكلٍ آمنٍ .
- **المجيء المقعدي التام**: يكون الفخذين و الساقين بوضعية عطفٍ .
- **المجيء المقعدي القدي**: يكون الفخذين و الساقين بوضعية بسطٍ .
- **المجيء المركب**: ولادة أكثر من عضوٍ تشريحيّ (الرأس و الطرف العلوي) .
- **المجيء الكتفي**: الكتف يلد أولاً .



الشكل 1-13-4. المجيء المقعديّ التام



الشكل 1-13-3. المجيء المقعدي الصريح



الشكل 1-13-5. المجيء المقعدي القدي

الثالوث التّوليديّ

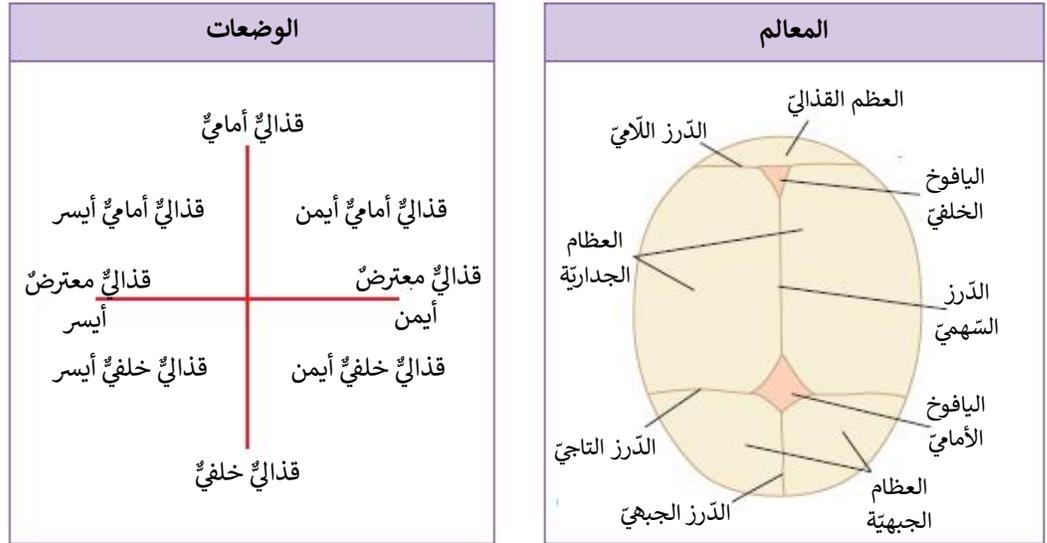
المجيء المقعدي

- **الصّريح**: الفخذين بوضعية عطفٍ، و السّاقين بوضعية بسطٍ .
- **التام**: الفخذين و الساقين بوضعية عطفٍ
- **القدي**: الفخذين و الرّكبتين بوضعية بسطٍ

الوضع

العلاقة بين القسم الجنينيّ النهائيّ المولّد و الحوض العظميّ الأمويّ . يتمّ التّعير عنه عمّا إذا كان التّوجّه الجنينيّ أماميّ أو خلفيّ، نحو اليسار أو اليمين . أشيع وضع أثناء الولادة هو الوضع القذاليّ الأماميّ .

- وضع قذاليّ: مع عطف الرّأس (مجيء رأسيّ) .
- وضع عجزيّ: مع مجيء مقعديّ .
- وضع ذقيّ: مع بسط الرّأس (مّجيء وجهيّ) .



الشّكل 1-13-6. المعالم والوضعات

الوضعة

درجة العطف – البسط لرأس الجنين في المجيء الرّاسيّ. أشيع وضعة هي القميّة .

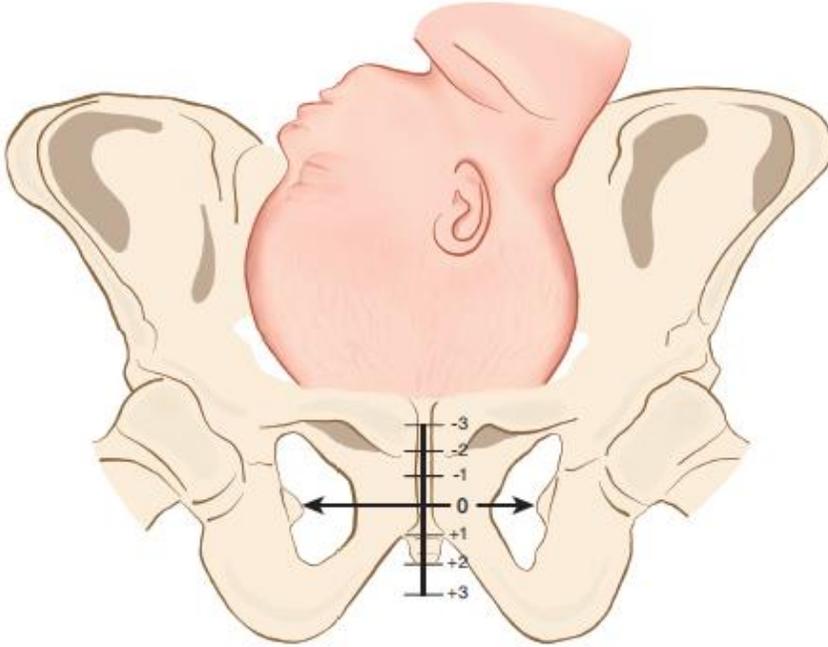
- القميّ: الرّأس بوضعيّة عطفٍ لأقصى حدّ .
- العسكريّ: الرّأس بوضعيّة عطفٍ بشكلٍ جزئيّ .
- جبهيّ: الرّأس بوضعيّة بسطٍ بشكلٍ جزئيّ .
- وجهيّ: الرّأس بوضعيّة بسطٍ لأقصى حدّ .



معلوماتٌ مهمّةٌ

مجيء الجنين

درجة نزول الجزء المولّد عبر قناة الولادة؛ يقدر بالسنتيمتر فوق أو أسفل الشّوكة الإسكيتية عند الأمّ.



الشّكل 1-13-7. محطة نزول رأس الجنين

الأعراض التعلیمیة

- ❑ القدرة على التفریق بین الضخامات الفیزیولوجیة لملحقات الرحم والضخامات الشاذة أو كتل ملحقات الرحم.
- ❑ القدرة على تعداد مسببات الكتل الحوضیة الی تحدث قبل البلوغ، قبل سنّ الإیاس، و بعد سنّ الإیاس.

الضخامات الفیزیولوجیة

الكیسات الوظيفیة

أنت امرأة بعمر 22 سنة لتقوم بفحصها السنويّ و تطلب حبوب منع الحمل. خلال فحص الحوض تمّ جسّ كتلةٍ من ملحقات الرحم متحركة ملساء طرية في الجانب الأيسر قطرها 6 سم. و أظهر الإيكو الحوضيّ داخل المهبليّ كيسة مبيضية بسيطة مدوّرة مملوءة بالسائل قطرها 6 سم بدون حواجز أو تكلسات. لا يوجد سوابق عائلية أو شخصيّة أخرى مهمّة.

أشيع سبب لكتلة كيسيّة وظيفیة في سنّ النّشاط التّناسليّ هو الكیسة الفیزیولوجیة (الكیسة الجرابیة أو اللوتينيّنة). خلال سنين النّشاط التّناسليّ يكون المبيضان فعّالين وظيفيّاً، يتمّ إنتاج كیسة بدائيّة مسيطرة (في النّصف الأوّل من الدّورة الظمئيّة) و جسم أصفر بعد الإباضة (في النّصف الثّاني من الدّورة). أيّ من هذه البنى ممكن أن تمتلئ بالسائل و تتضخّم منتجةً كیسة وظيفیة.

التشخيص التفریقيّ.

- الحمل: أشيع سببٍ لكتلةٍ حوضیةٍ في سنّ النّشاط التّناسليّ.
- كتلة مرگبة: أشيع سببٍ لكتلةٍ من ملحقات الرحم عند النّساء الشّابات هي الكیسة الجلديّة أو الورم المسخيّ الكيسيّ الحميد؛ التّشخيصات الأخرى تتضمّن ورم بطانة الرحم، الخراج المبيضيّ-البوقيّ، و سرطان المبيض.

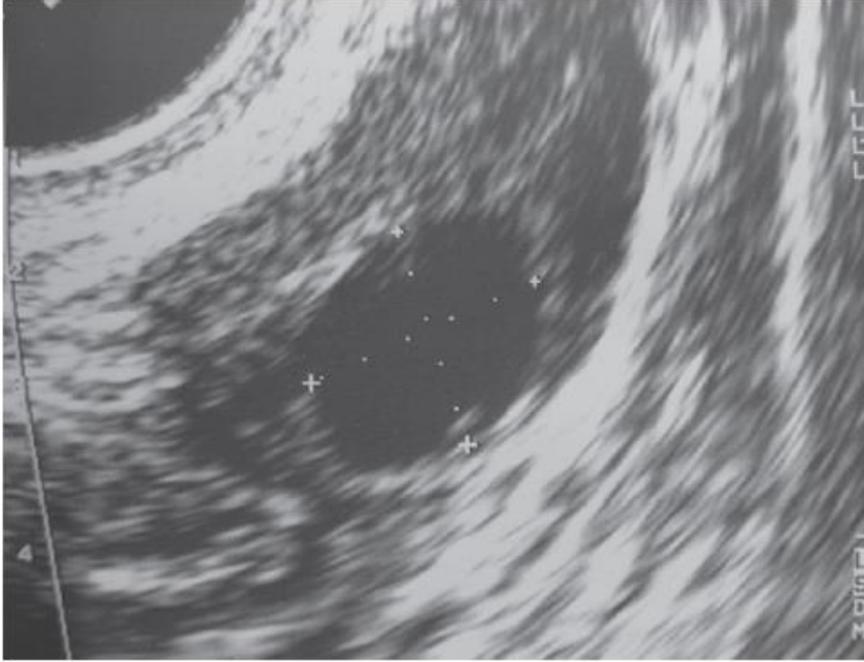
التشخيص.

- اختبار موجّهة الغدد التّناسليّة المشيمائيّة البشريّة الكميّ (β-HCG). إذا كانت النّتيجة سلبيةً نقوم بنفي الحمل.
- المخطط التّصواتيّ (الإيكو). الكیسات الفیزیولوجیة هي كتلٌ مبيضيةً بسيطّةً مملوءةً بالسائل و تكون ذات جدرانٍ رقيقةٍ، ملساء و متحركة. يكون شكل الكتلة المركّبة على الإيكو غير متوافقيّ مع الكیسة الوظيفیة.

الثالوث التّناسليّ

الكیسة المبيضية الوظيفیة

- كتلة حوضیة خلال سنين النّشاط التّناسليّ
- β-HCG سلبيّ
- المخطط التّصواتيّ (الإيكو): كیسة مبيضية بسيطة مملوءة بالسائل



الشكل II-5-1. المظهر الصّدويّ للكيسة الوظيفيّة

التّدير العلاجيّ. يكون تدير معظم الكيسات الوظيفيّة بالمراقبة، لكن تستطبّ الجراحة بحال ظهور مواصفات معيّنة.

- **المراقبة.** إذا أظهر الإيكو كيسة بسيطةً فهي غالباً حميدة، لكن تكون المتابعة الحديثة ضروريّة. يجب أن تحدث المراجعة خلال 6-8 أسابيع، لأنّه خلال هذه الفترة تختفي الكيسة بشكلٍ عفويّ. يجب تحذير المريضة أن تتوقّع حدوث ألم مفاجئ خلال فترة المراقبة، الذي يدلّ على حدوث انفتالٍ للكيسة. يمكن استخدام موانع الحمل الفمويّة لمنع حدوث كيساتٍ وظيفيّةٍ أخرى من التشكّل.
- **الجراحة التنظيريّة.** في حال كانت الكيسة < 7 سم قطراً أو كان لدى المريضة سوابق استخدام موانع الحمل الستيروئيدية، يجب القيام بتقييمٍ جراحيّ حتّى لو كان شكل الكيسة بسيطاً. عادةً لا يزيد قطر الكيسة الوظيفيّة عن 7 سم. لا يمكن للكيسات الوظيفيّة أن تتشكّل في حال كانت المريضة تأخذ موانع حملٍ فمويّةٍ لمدةٍ لا تقلّ عن شهرين لأنّ موجّهات الغدد التّناسليّة تكون مكبوحّة.

متلازمة المبيض متعدّد الكيسات PCOS

تكون على شكل ضخامةٍ مبيضيّةٍ ثنائيّة الجانب مع وجود كيساتٍ محيطيّةٍ متعدّدة (100-20 في كلّ مبيض). يكون هذا بسبب مستويات الأندروجين العالية في الدّوران و مستويات الإنسولين المرتفعة كذلك و يسبّب هذا توقّفاً في التّطور الجريبيّ في مراحل متنوّعة. و يترافق هذا مع فرط تنسّجٍ سدويّ و تشخّن في المحفظة الجريبية، و يسبّب ما سبق ضخامةً مبيضيّةً ثنائيّة الجانب. يترافق PCOS مع استخدام الفالبروات. التّدير محافظ بالنسبة للمبيضين.

للمزيد من المناقشة حول الفيزيولوجيا المرضيّة و العلاج لـ PCOS، ارجع إلى الفصل 12، الاضطرابات الهرمونيّة.

فرط تنسج القراب المبيضي

في فرط تنسج القراب المبيضي، يكون هناك أعشاشٌ من الخلايا القرابية الملوتنة مبعثرةٌ في اللحمة المبيضية، بدلاً من أن تكون متركزةً في مناطق حول الجريبات الكيسية (كما في PCOS). يتم إنتاج كمياتٍ كبيرةٍ من الأندروجينات مما يسبب حدوث مستويات إنتاج مرتفعةٍ من الإسترون المحيطي وارتفاعٍ ملحوظٍ لحدوث فرط تنسج بطانة الرحم و سرطان بطانة الرحم.

تشابه الأعراض السريرية مع أعراض PCOS؛ ولكن تكون الشعراية أكثر شدةً و يكون الاسترجال أكثر تواتراً.

- تتظاهر المريضة بدوراتٍ لا إباضية، انقطاع طمث، أو قلة طمث. معظم المرضى سيعانون من مقاومة إنسولين شديدة، مع داء سكري نمط ثاني و مرض قلبي وعائي.

- على عكس PCOS، الذي يحدث فقط خلال سنين النشاط التناسلي، فرط تنسج القراب المبيضي يمكن أن يحدث بعد سنّ الإياس.

التدبير العلاجي. التدبير يكون مشابهاً لتدبير الشعراية. تستخدم موانع الحمل الفموية لمنع إنتاج الأندروجين (عن طريق تقليل تحفيز LH للخلايا القرابية) و لتقليل نسبة الأندروجينات الحرة (عن طريق تحفيز الغلوبولين الزابط للهرمونات الجنسية).

ورم الجسم الأصفر الحلمي

ورم الجسم الأصفر الحلمي هو كتلةٌ شبيهةٌ بالورم لا تنشؤية نادرةٌ للمبيض تظهر أثناء الحمل و تتراجع تلقائياً بعد الولادة. تكون غالباً لا عرضية و تكشف صدفةً خلال التوليد بالقيصرية أو عند ربط البوق بعد الولادة. قد تكون نشطةً هرمونياً و منتجةً للأندروجينات مؤديةً إلى الاسترجال و الشعراية الأمومية و الجنينية.

الكيسات القرابية اللوتينية

هي تنسجاتٌ حميدةٌ تتحرض بسبب المستويات العالية من الهرمون المنبه للجريب FSH و ال HCG-β. تتوافق مع الحمل التوأمي و الرحوي و لكن نادراً ما تتوافق مع حملٍ أحاديٍ عادي. المسير الطبيعي لهذه الأورام هو التراجع العفوي بعد الولادة و تتطلب معالجةً محافظةً فقط.

كتلة حوضية قبل البلوغ

يتم تقييم حالة مريضةٍ عمرها 8 سنواتٍ في قسم الإسعاف بسبب ألمٍ بطنيٍ سفليٍ شديدٍ مفاجئ. تم أخذ استشارة جراحةٍ عامةٍ و تم نفي التهاب الزائدة الدودية. الإيكو الحوضي أظهر كتلةً من ملحقات الرحم صلبة غير منتظمة قطرها 7 سم. موجودات الفحص الحوضي تؤكد كتلةً من ملحقات الرحم ذات قطر 7 سم، كما يوجد مضمضٌ بطنيٍ سفليٍ لكن لا وجود لارتداد.

وجود كتلةٍ لملحقات الرحم قبل سنّ البلوغ هو أمرٌ غير طبيعي. خلال سنّ ما قبل البلوغ و ما بعد الإياس لا يمكن حدوث كيساتٍ مبيضيةٍ وظيفيةٍ لأن الجريبات المبيضية لا تعمل. لذلك نشك بوجود ورمٍ في حال رؤية أي ضخامةٍ مبيضيةٍ.

البدء المفاجئ لألمٍ بطنيٍ حاداً هو من التظاهرات التمطية لأورام الخلايا الجنسية المبيضية. هذه الأورام تنمو بسرعةٍ بشكلٍ مميزٍ و تعطي أعراضاً باكرةً، على عكس السرطانات الظهارية للمبيض التي تشخص بالمرحل المتقدمة. أورام الخلايا الجنسية المبيضية أكثر شيوعاً عند الإناث الصغار و تتظاهر بالمرحل البكرة للمرض.



التشخيص التفريقي. يجب وضع احتمال حدوث ورم الخلايا الجنسية بعين الاعتبار في حال أظهر الإيكو كتلة من ملحقات الرحم مركبة عند فتاة أو مراهقة. ويجب فحص الواسمات الورمية المصلية الآتية: لكتات ديهيدروجيناز (LDH) للورم الإنتاشي، β -HCG للسرطان المشيمائي، و ألفا-فيتوبروتين لورم جيب الأديم الباطن.

التشخيص. في المريضة قبل سن البلوغ التي لديها تظاهرات مرضية ولديها أدلة على المخطط التصواري تدل على كتلة ملحقات الرحم، ينصح بإجراء تقييم جراحي.

- **الكتلة البسيطة:** إذا أظهر الإيكو من قوام الكتلة أنها بسيطة (أي بلا حواجز أو مكونات صلبة)، يمكن تقييم هذه الكتلة من خلال الجراحة التنظيرية.
- **الكتلة المركبة:** في حال كان داخل الكتلة حواجز أو مكونات صلبة يجب إجراء جراحة بالتنظير أو بفتح البطن حسب خبرة الجراح.

الجدول II-5-1. كتلة حوضية قبل البلوغ

التشخيص الجراحي	كيسة بسيطة	جراحة تنظيرية
	كتلة مركبة	جراحة بفتح البطن
التدبير العلاجي	حميدة	استئصال كيسة متابعة روتينية
	خبيثة	استئصال مبيض و بوق أحادي الجانب، تحديد المرحلة، علاج كيميائي
الإنذار	نسبة النجاة 95% بالعلاج الكيميائي	

التدبير العلاجي.

- **الدراسة النسيجية حميدة.** يجب إجراء استئصال كيسة بدلاً عن استئصال مبيض و بوق. نظراً لعمر المريضة يجب أن يكون الهدف الجراحي باتجاه المحافظة على المبيضين. إذا كانت نتيجة تحليل الشريح المرضي للمقطع التجميدي يدل على السلامة، فلا داعي للجراحة. المراجعة تكون سنوية.
- **ورم الخلايا الجنسية.** يجب إجراء استئصال مبيض و بوق أحادي الجانب و تحديد المرحلة (خزعات صفاقية و حجابية، دراسة خلوية صفاقية، استئصال العقد اللمفاوية الحوضية و جانب الأهرية، و استئصال الثرب). جميع مرضى استئصال ورم الخلايا الجنسية يجب أن يخضعوا للعلاج الكيميائي بعد العمل الجراحي. أكثر تدبير فعال هو فينبلاستين، بليومايسين، و سيسبلاتين. المتابعة بعد الجراحة المحافظة تكون كل ثلاثة أشهر مع فحص حوضي و قياس الواسمات الورمية.

معدل النجاة الحالي هو $< 95\%$ عند مرضى ورم الخلايا الجنسية الذي تم تدبيره بالعلاج المحافظ و العلاج الكيميائي. قبل حقبة العلاج الكيميائي معظم المرضى استسلموا لمرضهم.

كتلة حوضية قبل البلوغ

كتلة مركبة

تشكو مريضة ذات 28 سنة في قسم الإسعاف من انزعاج أسفل البطن في الأيام الخمس السابقة. لا يوجد سوابق استخدام موانع حملٍ ستيررويدية. قبل سنة، الفحص الحوضي و لطاخة بابانيكولاو لديها كانا سلبيين. والآن أظهر الفحص الحوضي لديها كتلة من ملحقات الرحم متحركة غير مؤلمة قطرها 7 سم. وقام الإيكو داخل المهبل بتأكيد وجود كتلة مركبة شاذة متحركة قطرها 7 سم مع تكلسات بارزة.

عند النساء الشابات، أشيع كتلة ملحقات رحم مركبة هي الكيسة الجلدية أو الورم المسخي الكيسي الحميد (نوقش بالأسفل). التشخيصات الأخرى تتضمن ورم بطانة الرحم، الخزاج المبيضي البوقي، والسرطان المبيضي.

التشخيص التفريقي يتضمن الحمل والكيسات الوظيفية.

التشخيص. اختبار موجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية الكمي (β-HCG) يقوم باستبعاد الحمل؛ ومظهر الكتلة المركبة على الإيكو يقوم باستبعاد الكيسة الوظيفية.

التدبير العلاجي. المرضى في سن النشاط التناسلي الذين لديهم كتلة ملحقات رحم مركبة يجب أن يعالجوا جراحياً (جراحة تنظيرية أو بشق البطن، حسب خبرة الجراح).

- استئصال الكيسة. في وقت الجراحة يجب إجراء استئصال الكيسة بهدف المحافظة على وظيفة المبيض في سن النشاط التناسلي. كما يجب إجراء تقييم حذرٍ لملحقات الرحم المقابلة، لأن احتمال حدوث الكيسات الجلدية ثنائية الجانب هو 10-15% من الحالات.
- استئصال المبيض. في حال عدم القدرة على استئصال الكيسة المبيضية بسبب حجم الكيسة الجلدية، عندها يتوجب استئصال المبيض، لكن يجب دائماً أن يتم محاولة العلاج المحافظ قبل القيام باستئصال المبيض.

الورم المسخي الكيسي الحميد

الكيسات الجلدية هي أورام حميدة. يمكن لها أن تحوي أنسجة خلوية من الطبقات المنتشة الثلاث. أشيع نمط نسيجي هو لواحق الجلد من الطبقة المنتشة الخارجية (شعر، غدد زهمية)، لهذا سميت بـ"الجلدية". ممكن أن يرى نمط نسيجي هضمي، و وصف أن متلازمة الكارسينويد أصلها من الكيسة الجلدية. كما يمكن أن يرى نسيج درقي، وإذا شغلت <50% من الكيسة، فعندها يتم التعرف على حالة السلعة المبيضية.

يمكن أن تنشأ خباثة من الكيسة الجلدية بشكلٍ نادرٍ، في هذه الحالة أشيع نمط نسيجي هو السرطان شائك الخلايا، الذي لديه القدرة على الانتقال.

الثالوث النسائي

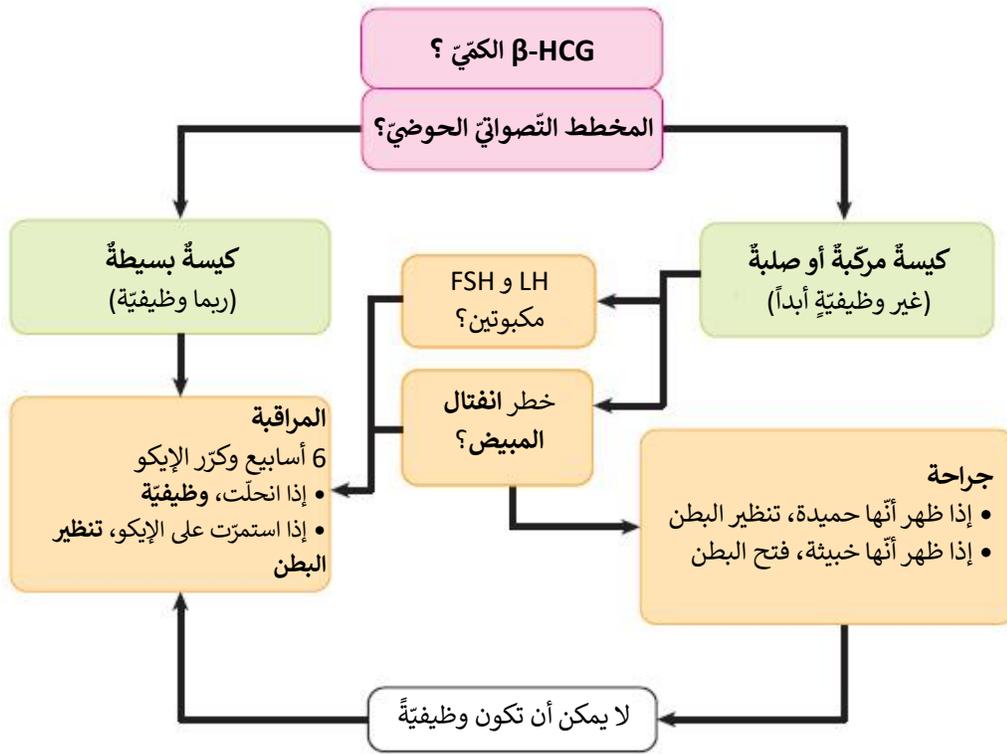
الورم الإنتاشي

- كتلة حوضية صلبة في سنين النشاط التناسلي
- β-HCG سلبي
- مستوى LDH ↑

الثالوث النسائي

الورم المسخي الكيسي الحميد

- كتلة حوضية: خلال سنين النشاط التناسلي
- β-HCG سلبي
- المخطط النصوتي (الإيكو): كتلة مركبة، تكلسات



Used with permission: Elmar Sakala, MD

الشكل II-5-2. كتلة حوضيّة قبل سنّ الإياس

كتلة ملحقات رحم مؤلمة

تمّ نقل سيّدة بعمر 31 سنة إلى قسم الإسعاف تشكو من ألم أسفل البطن مفاجئ شديد لمدة 3 ساعات تقريباً. كانت السيّدة تعمل و فجأة حدث لديها انزعاجٌ و ألم أسفل البطن تزايد بشكلٍ مستمرٍّ. أثناء الفحص تمّ كشف مضمضٍ بطيّ لكن بدون وجود ارتدادٍ للمضض، و وضع احتمال وجود كتلة ملحقات رحمٍ في منطقة رتج دوغلاس بعين الاعتبار. الإيكو أظهر كتلة ملحقات رحمٍ يسرى قطرها 8 سم مع احتمال وجود انفصال المبيض.

حدوث ألم أسفل البطن شديد مفاجئ عند وجود كتلة ملحقات رحمٍ يرجّح وجود انفصال مبيض.

التّدير العلاجيّ. يتمّ فكّ انفصال المبيض (من خلال الجراحة التّنظيريّة أو الجراحة بشقّ البطن) و تأمل المبيض داخل غرفة العمليات ليضع دقائق انتظاراً لعودة حيويّة المبيض. إذا حدثت عودة الحيويّة، يمكن القيام باستئصال الكيسة المبيضيّة مع الحفاظ على المبيض. أمّا إذا كان المبيض متنحراً، يتمّ القيام باستئصال مبيض و بوق أحاديّ الجانب.

يجب على المرضى القيام بالمراجعة الزوتينية بعد 4 أسابيع من الجراحة و من ثمّ سنويّاً. يجب التّحقّق من تقرير النّشريح المرضيّ بشكلٍ حذرٍ للتأكد من أنّ الكتلة حميدة؛ فإذا كان الأمر كذلك نستمرّ بالمراجعة الزوتينية.

الثالوث النسائيّ

انفصال المبيض

- ألم مبيضيّ مفاجئ أحاديّ الجانب
- β -HCG سلبيّ
- المخطط التّصوئيّ (الإيكو): كتلة ملحقات رحم < 7 سم

كتلة حوضية بعد سنّ الإياس

أنت امرأة بعمر 70 سنة من أجل فحصها السنوي. وشكت من انزعاج أسفل البطن؛ ولكن لا وجود لفقدان وزن أو تمدد بطن. عند القيام بالفحص الحوضي تم العثور على كتلة من ملحقات الرحم اليسرى صلبة شاذة ثابتة غير ممصّة قطرها 6 سم. فحصها في السنة السابقة كان طبيعياً.

الكتلة الحوضية بعد سنّ الإياس هي كتلة داخل الحوض شخّصت بالفترة بعد سنّ الإياس. يجب أن يكون المبيضان بعد سنّ الإياس ضامرين؛ في حال تضخماً يزداد الشكّ بالسرطان المبيضي.

سرطان المبيض هو ثاني أكثر خباثة نسائية شيوفاً، و يكون عمر 69 هو العمر المتوسط للتشخيص بهذا السرطان. هو أكثر سرطانٍ نسائيٍّ يؤدي إلى الموت (1% من النساء يموتون بسبب سرطان المبيض).

الاختبارات التشخيصية.

- آفات السبيل الهضمي. يتم القيام بالتصوير الطبقي المحوري للبطن والحوض أو إيكو الحوض مع دراسة السبيل الهضمي (حقنة الباريوم) لاستبعاد أي أمراض معوية مثل الداء الزحجي.
- آفات السبيل البولي. يتم القيام بصورة الحويضة الوريدية (IVP) لكشف أي انسدادات في السبيل البولي.

حالياً لا يوجد أي اختبار تحرر وجود السرطان المبيضي. الإيكو الحوضي ممتاز في كشف الكتل الحوضية، لكن لا يمكن التحديد من خلاله ما إذا كانت الكتلة حميدة أو لا. فقط 3% من المرضى الذين يخضعون للجراحة بشق البطن بسبب كشف كتلة حوضية عن طريق الإيكو يكون فعلاً لديهم سرطاناً مبيضي.

أكثر نظرية مقنعة للسرطان الظهاري المبيضي تقترح أن سرطان الخلية المصلية، و السرطانة الشبيهة ببطانة الرحم، و سرطان الخلية الصافية كلهم ينشؤون من نفيرو فالوب و بطانة الرحم و ليس من المبيض مباشرة.

عوامل الاختطار تتضمن جين BRCA1، السوابق العائلية الإيجابية، عدد مزار الإباضة الحياتية الكبير، العقم، استخدام بودرة التالك العجانة. العوامل المحصنة التي تتضمن الحالات التي تقلل عدد مزار الإباضة الحياتية.

- استئصال أو انسداد نفيرو فالوب: استئصال الثفير ثنائي الجانب أو ربط البوقين.
- عدد مزار الإباضة الحياتية القليل: موانع الحمل الستيروئيدية المركبة، انعدام إباضة مزمن، الإرضاع، و سنّ النشاط التناسلي القصير.

تصنيف السرطان المبيضي.

- الأورام الظهارية (80%) (أشيع نمط سرطان مبيضي نسيجي) أكثر حدوثاً عند النساء بعد سنّ الإياس. و تتضمن سرطان الخلايا المصلية، المخاطية، بريزو، الشبيهة ببطانة الرحم، و الصافية. أشيع نمط خلايا ظهارية خبيثة هو المصلية.
- أورام الخلايا الجنسية (15%) تحدث بشكل رئيسي عند المراهقات. تتضمن الورم الإنتاشي، ورم جيب خلايا الأديم الباطن، الأورام المسخية، السرطانة المشيمائية. أشيع نمط خلايا جنسية خبيثة هو الورم الإنتاشي. وهو حساس بشكل مميز للأشعة السينية.
- أورام السدى (اللحمة) (5%) نشطة وظيفياً. و تتضمن أورام الخلايا المحببة الصندوقية (التي تفرز الاستروجين و قد تسبب نزيفاً من فرط التنسج البطاني) و أورام خلايا سيرتولي و لايدغ (التي تفرز هرمون التيستوستيرون و قد تسبب متلازمات مذكرة). غالباً ما يظاها المرضى بمراحل مبكرة من المرض و يتم علاجهم إما بإزالة ملحقات الرحم المتضمنة للذين يريدون المحافظة على الخصوبة) أو باستئصال الرحم البطني الكامل و استئصال المبيض و البوق ثنائي الجانب (للمرضى العائلات المكتملة). تقوم هذه الأورام بالانتقال بشكل غير متواتر و تتطلب لاحقاً العلاج الكيماوي (فينكريستين، أكتينومييسين، و سايتوكسان)

الثالوث النسائي

السرطان المصلي

- النساء بعد سنّ الإياس
- كتلة حوضية
- CEA ↑ أو CA-125 ↑

الثالوث النسائي

السرطانة المشيمائية

- النساء بعد سنّ الإياس
- كتلة حوضية
- مستوى HCG ↑

الثالوث النسائي

ورم سيرتولي-لايدغ

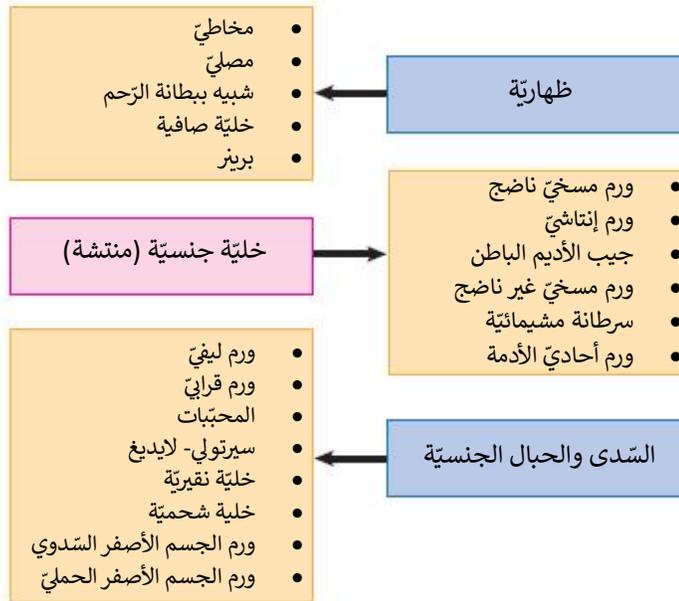
- كتلة حوضية بعد سنّ الإياس
- الأسترال
- مستوى تيستوستيرون ↑



الجدول II-5-2. الأنماط النسيجية الكلاسيكية لسرطان المبيض

النمط	النسبة	الفئة العمرية
ظهاري	80%	الأكبر عمراً
خلايا جنسية	15%	الأصغر عمراً
سدوي	5%	الكل

الأورام النقيضية هي سرطانات من أماكن بدئية أخرى غير المبيض. أشيع مصدرٍ للنقائل المبيضية هي بطانة الرحم، السبيل الهضمي، و الثدي. أورام كروكينبيرغ هي أورامٌ مفرزةٌ للمخاط من المعدة أو الثدي وتعطي نقائل للمبيض.



الثالوث النسائي نقائل سرطانة بطانية إلى المبيضين

- النساء بعد سنّ الإياس مع كتلة حوضيّة ثنائية الجانب
- نزفٌ بعد سنّ الإياس
- رحمٌ متضخمٌ

الشكل II-5-3. علم الأورام المبيضية

الواسمات الورمية.

- **CA-125** (مستضدّ السرطان 125) و **CEA** (المستضدّ السرطاني المضغّي) يجب أن يتمّ فحصهم عند وجود احتمال السرطان الظهاري المبيضي.
- **hCG، LDH،** و **البروتين الجنيني ألفا** يجب أن يتمّ فحصهم عند وجود احتمال أورام الخلايا الجنسية.
- **الإستروجين و التيستوستيرون** يجب أن يتمّ فحصهم عند وجود احتمال الأورام السدوية.

تصنيف المراحل. تحديد المراحل مهمٌ من الناحية الجراحية.

المرحلة I: الانتشار محدودٌ بالمبيضين

- IA. محدودٌ لمبيضٍ واحدٍ، المحفوظة سليمةً، الدّراسة الخلويّة سلبيةً.
- IB. محدودٌ للمبيضين، المحفوظة سليمةً، الدّراسة الخلويّة سلبيةً.
- IC. أحد أو كلا المبيضين لكن مع محفوظّة ممرّقة، الدّراسة الخلويّة إيجابيةً.

المرحلة II: الانتشار إلى الحوض.

- IIA. الانتشار إلى الرحم أو التّفيرين.
- IIB. الانتشار إلى البنى الحوضيّة الأخرى.

.IIC. الانتشار إلى الحوض مع دراسة خلوية.

المرحلة III: نقائل صفاقية أو عقد إيجابية. هذه هي أشيع مرحلة عند التشخيص.

.IIIA. نقائل صفاقية مجهولة.

.IIIB. نقائل صفاقية عيانية ≥ 2 سم.

.IIIC. نقائل صفاقية عيانية ≤ 2 سم.

المرحلة IV: نقائل بعيدة.

.IVA. تتضمن المثانة والمستقيم.

.IVB. نقائل بعيدة.

التدبير العلاجي. يجب أن تسبق الجراحة الاستكشافية الدراسات قبل الجراحة والتقييم الطي. إذا لم تظهر صورة الطي المحوري البطني أو الحوضي أي أدلة على الحين أو انتقالات إلى جوف البطن، وإذا كان الجراح ذو خبرة بالتنظير الجراحي فيمكن عندها إجراء التقييم عن طريق الجراحة التنظيرية. عند القيام بالعمل الجراحي يتم إجراء استئصال مبيض و بوق أحادي الجانب وترسل عينة من أجل المقطع التجميدي.

- **الدراسة النسيجية الحميدة:** إذا لم تكن المريضة مرشحة مناسبة للعمل الجراحي أو أن المريضة ترغب بالمحافظة على الرحم والمبيض المقابل، يكون استئصال المبيض والبوق أحادي الجانب علاجاً كافياً. إذا كانت عينة استئصال المبيض والبوق أحادي الجانب بالمقطع التجميدي حميدة وكانت المريضة مرشحة مناسبة للعمل الجراحي، فقد يتم القيام باستئصال الرحم الكامل البطني واستئصال المبيض والبوق ثنائي الجانب حتى لو كان المرض حميداً لأنّ الرحم والمبيض أماكن شائعة لحدوث الآفات عند المرأة.

- **الدراسة النسيجية الخبيثة:** في هذه الحالة، يتم القيام بإجراء مزيل للورم (التفريغ الخلوي Cytoreduction). و يجب إجراء علاج كيميائي بعد الجراحة (كاربوبلاتين و تاكسول).

يمكن قيام المريضة بالمتابعة السنوية في عيادة الطبيب لإجراء الفحص السريري في حال أظهر التقرير النهائي للتشريح المرضي أنّ ملحقات الرحم المتضخمة كانت حميدة. أما في حال أظهر التقرير وجود سرطان، فيمكن للمريضة المتابعة كل ثلاثة أشهر لأول سنتين ثم كل ستة أشهر للسنتين التاليتين مع المتابعة بإجراء تحليل الواسم السرطاني CA-125.

السرطانات الحديثة. أحد الأشكال الأخرى من سرطان المبيض هو السرطان الحدي أو كما يعرف بالأورام ذات الكمون الخبيث المنخفض. وهي تتميز بعدم قدرتها على غزو الغشاء القاعدي وكما يمكن علاجها بشكلٍ محافظ.

- **الجراحة المحافظة.** يمكن للمريضة المصابة بسرطان المبيض الحدي التي تريد أن تحافظ على خصوبتها أن تعالج بإجراء عملية استئصال مبيض و بوق أحادي الجانب مع المحافظة على الرحم وملحقات الرحم المعاكسة.

- **الجراحة العدوانية.** إذا أكملت المريضة عائلتها فيكون أكثر علاج مقبول هو استئصال المبيض والبوق ثنائي الجانب واستئصال الرحم البطني الكامل.

- **العلاج الكيماوي.** مرضى سرطان المبيض الحدي ليسوا بحاجة للعلاج الكيماوي إلا بحال وجود نقائل؛ وهذه حالة نادرة.

كتلة ملحقات رحم مع حبن

تم إحالة مريضة عمرها 65 سنة لتقييم وجود تمدد بطني و حبن و كتلة ملحقات رحم. لاحظت المريضة وجود تمدد بطن في الشهور الستة السابقة، وعند القيام بالفحص الحوضي تم العثور على كتلة صلبة شاذة في رتج دوغلاس قطرها 7 سم، وهي مجسوسة في الفحص المستقيمي المهبل.

الثالث النسائي

سرطان المبيض مع نقائل صفاقية

- النساء بعد سن الإباس مع كتلة حوضية ثنائية الجانب
- كسب وزن وقهم
- أصمبة بطنية متقلبة



الحبن هو تجمّع سوائل بطنية في جوف البرتوان، مما يؤدي غالباً لتمدد البطن. أسباب الحبن متعدّدة العوامل و تتضمن أمراض القلب\الكلى\الكبد و سرطان المبيض.

يجب دائماً وضع سرطان المبيض عند مريضةٍ تظاهرت بحبن بعين الاعتبار. على الرّغم من أنّ سببية سرطان المبيض مجهولةٌ، منع الإباضة الذي يحدث مع استخدام موانع الحمل الفموية أو الحمل يخفّض نسبة الإصابة بسرطان المبيض الظّهاري. متلازمة ميغ هو ثلوث يتألّف من الحبن، انصباب الجنب، و الورم الليفي المبيضي الحميد.

الشذوذات المخبرية و معايير التشخيص. عند مريضةٍ مصابةٍ بورم ملحقات رحمٍ و حبن، يجب إجراء صورة طبقٍ محوريّ لتقييم أعلى البطن. أشيع طريقةٍ لانتشار السرطانة المبيضية هي عن طريق الانتثار الصّفاقيّ (التّقشير) و غالباً ما يرى انتقالٌ إلى الثّرب و إلى السّبيل الهضمي. سبب موت مريضات سرطان المبيض هو انسداد الأمعاء.

التّدير العلاجي.

- تحديد المرحلة الجراحية. بعد أن يتمّ الكشف عن وجود كتلة ملحقات رحمٍ و حبن عن طريق الطّبق المحوريّ، يجب إجراء شقّ بطنٍ استقصائيّ و تحديد المرحلة الجراحية. يجب إجراء استئصال مبيضٍ و بوقٍ للمبيض المتضخّم و إرسال عينهٍ للتّقييم باستخدام المقطع التّجميدي.
- جراحة التّفريغ الوريّ. إذا تمّ تشخيص سرطانة مبيضية، يجب القيام بإجراءٍ مزيلٍ للورم (التّفريغ الخلويّ Cytoreduction) غالباً ما تتضمن هذه الجراحة استئصال المبيض و البوق ثنائيّ الجانب و استئصال الرّحم البطنيّ الكامل، استئصال الثّرب، و بشكلٍ متكرّرٍ إزالة الأمعاء.
- العلاج الكيماوي. بعد إجراء العمل الجراحيّ يجب على المرضى المرور بنظام علاج كيماويّ من ستّ مجموعاتٍ، ممّا تتضمن التاكسول و الكاربوبلاتين. و يتمّ متابعة المرضى بفحص الواسم السرطانيّ CA-125.