الموجز الإرشادي عن أمراض النساء

Lecture Notes on Gynaecology

المحتويات

الطبعة الأولى 1995

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

©مركز تعريب العلوم الصحية - ACMLS

ردمك : ISBN 0-632-02126-8

www.acmls.org

ص. ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053دولة الكويت

تليفون : 965-5338610/1/2 +

فاكس : 965-5338618/9+

المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية
أكمل - الكويت

الموجز الإرشادي عن أمراض النساء

تأليف
الدكتورة جوزفين بارنز
ترجمة
الدكتور حافظ والي

سلسلة الموجزات الإرشادية

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويات

الصفحة

المترجـم ـــ أ

مقدمة الأمين العام ـــ جـ

مقدمة الطبعة السادسة ـــ هـ

1 ـ تشريح الجهاز التناسلي للأنثى ـــــــــــــــــــــــــــــــ 1

2 ـ التكوين الجنيني لأعضاء الحوض ـــــــــــــــــــــــــــــ 23

3 ـ فسيولوجيا المسلك التناسلي الأنثوي ـــــــــــــــــــــــ 33

4 ـ مريضة أمراض النساء ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ 43

5 ـ حالات الفرج ـــ 53

6 ـ حالات عنق الرحم ـــ 65

7 ـ حالات جسم الرحم ـــ 77

8 ـ حالات المبيضين ـــ 95

9 ـ علم الأورام في أمراض النساء ـــــــــــــــــــــــــــــ 111

10 ـ اضطرابات الطمث ـــ 119

11 ـ خمجيات المسلك التناسلي الأنثوي ـــــــــــــــــــــــــ 137

12 ـ الأمراض المنقولة جنسياً ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ 157

13 ـ انتباذ البطانة الرحمية بالحوض ـــــــــــــــــــــــــــ 167

14 ـ تغير وضع الرحم وتدلي المسلك التناسلي ـــــــــــــــــ 175

15 ـ البوليات وعلاقتها بأمراض النساء ـــــــــــــــــــــــ 191

16 ـ المشاكل الجنسية ـــ 197

17 ـ العقم ـــ 201

18 ـ تقصي سرطان عنق الرحم ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ 219

19 ـ موانع الحمل ـــ 227

20 ـ التعقيم ـــ 241

21 ـ إنهاء الحمل ـــ 249

الصفحة

22 ـ مضاعفات الحمل ——— 255
23 ـ دراسة الغدد الصماء السريرية ——— 273
24 ـ جراحات أمراض النساء (مضاعفات قبل وبعد العملية) ——— 289

المترجم

الدكتور حافظ والي أحمد عطا الله

* مواليد القاهرة عام 1947.
* بكالوريوس طب القاهرة 1971.
* ماجستير في التشريح (أجنة) 1976.
* دكتوراه في التشريح 1981.
* ماجستير في طب الأطفال 1985.
* عين معيداً بقسم التشريح بكلية طب القصر العيني من 1974 - 1982

ثم مدرساً بنفس القسم من 1982 - 1987.

ثم أستاذاً مساعداً من 1987 - 1992.

ثم عين بدرجة أستاذ في عام 1992 ولايزال يشغل نفس الدرجة.

تقديم الأمين العام
للمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

يسعى المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية لزيادة حجم الإنتاج الفكري العربي وذلك بتشجيع عمليات التأليف والترجمة باللغة العربية في المجالات الطبية المختلفة.

والكتاب الذي بين أيدينا هو أحد إنتاجات المركز المترجمة عن الناشر العالمي «بلاكويل»، وهو من المؤلفات الهامة لأنه يعالج أحد المواضيع الهامة في الطب وهو «أمراض النساء».

والكتاب مقسم إلى أربعة وعشرين فصلاً، تشرح المؤلفة في البداية تشريح الجهاز التناسلي الأنثوي بشكل تفصيلي مع إدراج الأشكال التوضيحية، تتطرق بعدها إلى التكوين الجنيني لأعضاء الحوض وعلاقته بالصبغيات.

ويتطرق الكتاب إلى وظائف المسلك التناسلي الأنثوي بالتفصيل بالإضافة إلى إدراج الفحص البدني والإستقصاءات المخبرية وغيرها للتعرف على الخلل في هذه الوظائف، ثم يتابع بعد ذلك أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي بما فيها الأورام كسرطان الرحم وغيره وكذلك الأمراض المنقولة عبر الممارسة الجنسية، مع ذكر الإستقصاءات المخبرية وغيرها، بالإضافة إلى طرق العلاج لكل مرض على حدة.

وتستطرد المؤلفة في شرح طرق موانع الحمل المتعددة والعمليات الجراحية التي يتطلبها بعض هذه الموانع، ثم تتطرق إلى طرق إجهاض الحمل والأسباب الداعية لإجرائها. وتكرس المؤلفة فصلاً كاملاً لدراسة الغدد الصماء وعلاقتها السريرية بأمراض النساء، ثم تختتم كتابها بشرح العمليات الجراحية المتعلقة بأمراض النساء والمضاعفات الناجمة بعد الجراحة.

وفقنا الله وإياكم في دفع عجلة التأليف والتعريب قدماً لإثراء المكتبة العربية بالمزيد من المؤلفات وأعمال الترجمة في المجالات الطبية المختلفة.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور عبد الرحمن عبدالله العوضي

مقدمة الطبعة السادسة

نبعت فكرة إعداد الطبعة السادسة من كتاب Lecture Notes on Gy-naecology نتيجة الإحتياج لمثل هذه النوعية من الكتب. ولقد طرأ منذ صدور الطبعة الأولى في عام 1966 تطور كبير في أساليب التدريس وفي ممارسة طب أمراض النساء.

وقد كانت الطبعة الأولى عبارة عن ثمرة مجموعة من المحاضرات التي تم تدريسها لطلاب السنة الأخيرة من دراسة الطب. ونظراً لأن الطلاب يمضون وقتاً قصيراً في دراسة التوليد وطب أمراض النساء فقد استبدل الإختبار النهائي في عديد من كليات الطب بأسلوب التقييم المستمر للطالب ولذلك فقد تم استبعاد نمط أسئلة الإختبار على العينات.

ولقد أفاد التقدم العلمي الكبير الذي حدث في العلوم الطبية في تقدم ممارسة طب أمراض النساء الذي أصبح أكثر قرباً من الإتجاه الطبي والعلمي وأدى إلى تجنب العديد من التدخلات الجراحية التي كانت تعتبر من أساسيات أمراض النساء.

وقد تمت مراجعة معظم فصول الكتاب الأصلية كما أضيفت عدة فصول جديدة لتحديث الكتاب حتى يصبح مرجعاً مستفيضاً في علم أمراض النساء. وإنه لمن دواعي سروري أن أجد هذا الكتاب في متناول طالب الطب الذي كتب له الكتاب بصفة خاصة وفي يد أفراد هيئة التمريض والتوليد وكل العاملين في مجال رعاية الأمومة وتنظيم الأسرة وقد وجد هذا الكتاب مجالاً واسعاً ليس فقط في هذه الدولة (بريطانيا) ولكن العديد من الدول الأخرى.

وقد تم إعداد هذه الطبعة بالتعاون بين المؤلفين فقد أتى هذا الكتاب كثمرة التعاون بين المؤلفين ودار «بلاكويل» للمطبوعات العلمية وقد أدى هذا التعاون إلى الإتفاق على كل الموضوعات التي تم التطرق إليها وإننا لنشعر بالإمتنان للدكتور «دروكير» الذي قام بمراجعة البروفات.

وإننا لنتقدم بالشكر للناشرين الذين طلبوا منا إعداد هذه الطبعة الجديدة ولمساعدتهم في إخراجها بهذه الصورة.

جوزفين بارنز
جيوفري تشامبرلين

الفصل الأول

تشريح الجهاز التناسلي للأنثى

قد تبدو دراسة التشريح مادة جامدة لطالب العلوم السريرية بعد أن انتهى من دراستها منذ عدة سنوات. إلا أن هناك بعض المعلومات التشريحية الهامة اللازمة لتفهم بعض أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي وعلاجها بواسطة أطباء أمراض النساء.

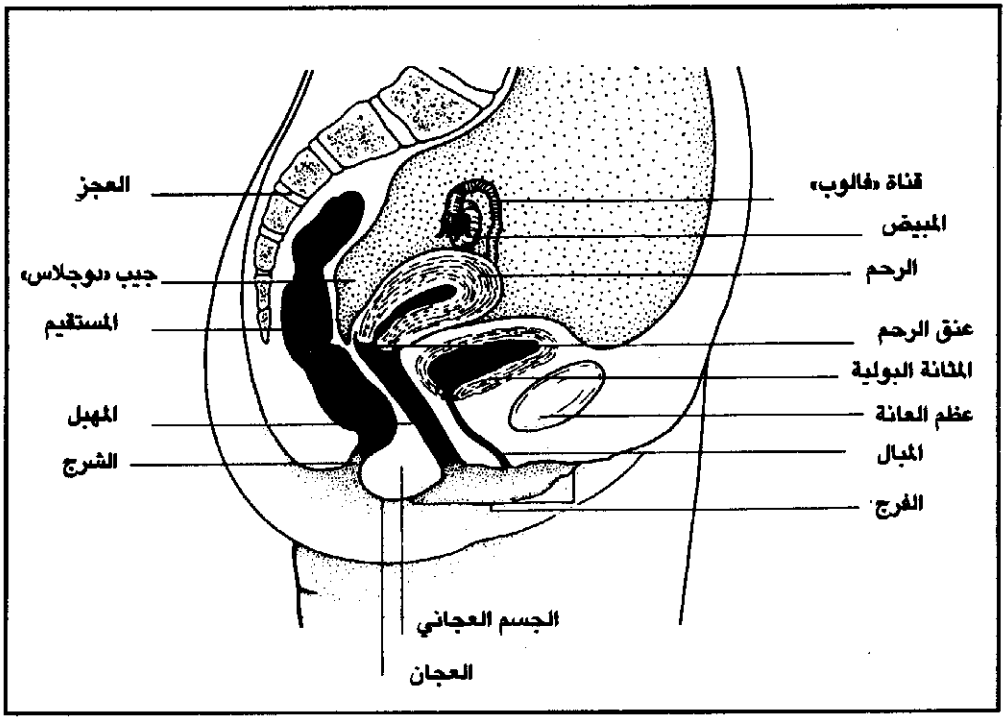
المبيض

يوجد مبيضان بالحوض؛ واحد على كل من جانبي الرحم بجوار قناة فالوب. ويرتبط كل مبيض بالسطح الخلفي للرباط العريض بواسطة طية بريتونية تعرف بمساريقا المبيض (Mesovarium) وتمر خلالها الأوعية الدموية والليمفية وإمداده العصبي. ويتصل المبيض بالجهة الخلفية للرحم بواسطة حبل ليفي عضلي يسمى بالرباط المستدير للمبيض وهو يمثل بقايا موجهة غدد التناسل (Gubernaculum).

والمبيض عبارة عن عضو منكمش باهت اللون ويصل حجمه إلى حجم السلامية الطرفية للإبهام إلا أن المبايض تتفاوت بدرجة كبيرة في حجمها في الإناث المختلفة بل وحتى في نفس الأنثى وتصل مقاييسه التقريبية إلى 3.5 - 5 سم في الطول و2.5سم في العرض و1.5سم في السُمك ويتراوح وزن كل مبيض بين 5 - 10 جرامات ويظهر الشكل العام للمبيض بداخل الحوض في شكل 1.

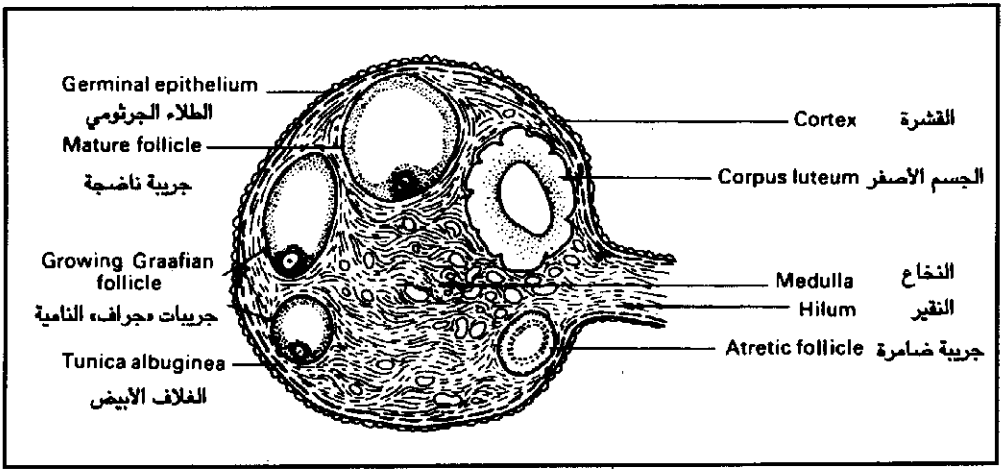
تركيب المبيض:

يتركب المبيض من جزئين رئيسيين هما القشرة والنخاع (شكل 2) ويحتوي على عدد كبير من البويضات المدعمة بالنسيج الضام.



شكل 1

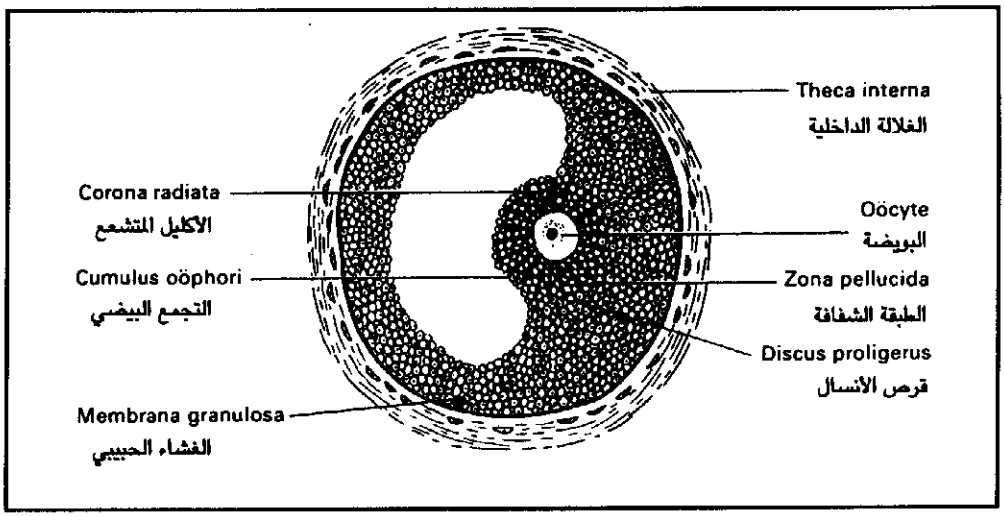
منظر عام لأعضاء الحوض



شكل 2

نسيج المبيض الطبيعي

ويغطي السطح الخارجي للمبيض بطبقة واحدة من النسيج الطلائي المربع والذي يعرف بالنسيج الطلائي الجرثومي (Germinal Epithelium) وتختفي هذه الطبقة غالباً في الإناث البالغات ويوجد تحتها المحفظة الليفية للمبيض والتي تعرف بالغطاء الأبيض (Tunica Albuginea) وهي طبقة وقائية من النسيج الليفي الضام. وتحتوي قشرة المبيض على آلاف الجريبات الأولية التي يتكون كل منها من البيضة (Oogonium) وطبقة واحدة من الخلايا الحبيبية وهي خلايا متميزة بإفراز الهرمونات ويتراوح قطر الجريبة الأولية بين 0.25 - 1مم. وأثناء كل دورة طمثية يتم نضوج عدة جريبات أولية لتصبح جريبات جرافية (Graafian Follicles) (شكل 3). وتتكاثر الخلايا الحبيبية وتقوم بإفراز سائل شفاف يعرف بالسائل الجريبي مما يدفع البويضة إلى أحد جوانب الجريبة ويصل قطرها إلى 0.1مم وتسمى الخلية الناضجة (Oocyte) وتحاط بطبقة شفافة (Zona Pellucida) يغطيها خلايا حبيبية تعرف بالأكليل المتشعع (Corona Radiata) وتبرز الخلية المبيضية الناضجة وطبقة الخلايا الحبيبية إلى داخل الجريبة حيث تعرف بإسم قرص الأنسال (Discus Protigerus). وتبطن الجريبة بمزيد من الخلايا الحبيبية لتكون الغشاء الحبيبي (Membrana Granulosa). وتبدأ خلايا النسيج الأساسي الموجودة خارج الغشاء الحبيبي في التميز مكوّنة خلايا مفرزة للهرمونات وتعرف بالغلالة الداخلية (Theca Interna) أما خلايا النسيج الأساسي الموجودة بالخارج فتكون محفظة كاذبة تعرف باسم الغلالة الخارجية (Theca Externa) وهل لا تلعب دوراً في إفراز الهرمونات.



شكل 3

جريبة «جراف» الناضجة

ويصل قطر الجريبة الناضجة إلى 20مم وتنفجر عند التبويض لتخرج الخلية المبيضية الناضجة محاطة بالأكليل المتشعع ويعرف ذلك بالإباضة (Ovulation). وتكتمل عملية الإنقسام الإنتصافي (Meiosis) بالخلية المبيضية الأولية بعد الإباضة مباشرة وتستبعد البويضة الجسم القطبي الأولي (1st. Polar Body) مما يؤدي إلى انتصاف عدد الكروموزومات بالنواة من 46 إلى 23 وبالتالي يحتوي كل من الخلية المبيضية الأولية والجسم القطبي الأول على العدد النصفي للكروموزومات (23). وعند الإخصاب تتحد الخلية المبيضية الأولية مع الحيوان المنوي الذي يحتوي أيضاً على العدد النصفي للكروموزومات (23) وتصبح الخلية المبيضية الثانوية لها 46 كروموزوم وتعرف بالبويضة تم تستبعد البويضة الجسم القطب الثانوي (2nd.Polar Body) لتصبح البويضة المخصبة (Zygote). كما ينقسم أيضاً الجسم القطبي الأولي ليصبح هناك ثلاثة أجسام. أما إذا لم يتم إخصاب البويضة الأولية فإنها تنكمش وتتلاشى بسرعة. وعند ذلك تنهار جريبة «جراف» وتبدأ الخلايا في الإصفرار وتصبح الخلايا الحبيبية خلايا صفراء (Luteal Cells) والغلالة الداخلية خلايا غلالية صفراء (Theca Lutein Cells) ويبرز الجسم الأصفر (Corpus Luteum) المتكون على سطح المبيض الذي يتميز بشكله المسنن ولون خلاياه الأصفر والتي تفرز الأستروجين والبروجستيرون. وإذا لم يتم تلقيح البويضة يضمر الجسم الأصفر في خلال عشرة أيام ويحدث نزيف قليل إلى التجويف وتتحلل الخلايا تحللاً شفافاً (Hyaline degeneration) ويتكون الجسم الأبيض (Corpus Albicans). أما عند حدوث الحمل فينمو الجسم الأصفر ليصل قطره إلى حوالي 3سم ويستمر لمدة تتراوح بين 80 و 120 يوماً ثم يتحلل تدريجياً.

وتحتوي مبايض الأنثى حديثة الولادة على حوالي 2 مليون بويضة وتصبح بعد عمر 15 عاماً حوالي 500.000 ثم بضعة مئات عند سن 50 عاماً. وينتج فقد الخلايا الجرثومية عن ضمور بعضها أثناء وقت الإباضة الشهرية. فالعديد من الجريبات تنمو ولكنها لا تتمزق ولا يتكون الجسم الأصفر ويتم امتصاص السائل تدريجياً في هذه الحالة وتنكمش الجريبة لتكون الجسم الليفي (Corpus Fibrosum).

علاقات المبيض:

يوجد المبيض بتجويف الصفاق (البريتون) ويرتبط بالجهة الخلفية للرباط العريض (Broad Ligament) الذي يكوّن العلاقة الأمامية للمبيض. وتميل قناة

«فالوب» على المبيض لتصبح على الجهة الأنسية والعلوية والوحشية له. ويقع المبيض بالحفرة المبيضية حيث يحده من الخلف الصفاق الذي يغطي الجدار الخلفي للحوض الحقيقي وخلفه الشريان والوريد الحرقفي المشترك (Common Iliac). وينقسم الشريان الحرقفي المشترك عند هذه النقطة إلى الشريان الحرقفي الخارجي والداخلي وغالباً ما يكون المبيض بالقرب من الأوعية الحرقفية الداخلية. يدخل الحالب إلى الحوض أمام انقسام الشريان الحرقفي المشترك وبالتالي يعتبر من العلاقات الخلفية المباشرة للمبيض. أما على الجانب الوحشي للمبيض فيوجد الجدار الوحشي للحوض حيث توجد العضلة السادّة الداخلية (Obturator Internus) والعصب والأوعية السادّة. وعلى الجانب الوحشي لذلك يوجد قاع الحُق ومفصل الفخذ. وفوق قناة «فالوب» والمبيض توجد عروات الأمعاء. ويكون المبيض على الجانب الأيسر بجوار القولون الحوضي والمساريقا الخاصة به أما على الجانب الأيمن فيكون المبيض بجوار الأعور والزائدة الدودية إذا امتدت إلى الحوض.

والرباط البوقي الحوضي (Infundibulo-pelvic) عبارة عن طية مزدوجة من الصفاق متصلة بالنهاية الخارجية للرباط العريض وتحتوي على الأوعية الدموية والليمفية والأعصاب المبيضية.

قناة «فالوب»

تعتبر قناة «فالوب» من وجهة نظر علم الأجنة جزءاً من الرحم وهي قناة البيض (Oviduct) التي تنقل البويضة من المبيض إلى الجزء الوحشي للتجويف الرحمي وغالباً ما يتم التلقيح في القناة وهي تتكون من أربعة أجزاء:

1 ـ الجزء داخل الجداري (Interstitial) أو الذي يمر بجدار الرحم ويصل طوله إلى 1 - 2 سم وحوالي 1مم في القطر.

2 ـ البرزخ (Isthmus) وهو جزء ضيق يوجد بالقرب من الرحم ويصل طوله إلى 2 - 3 سم ويتراوح قطره بين 1 ، 2 مم.

3 ـ القارورة (الأنبورة) (Ampulla) وهي متسعة ذات جدار رقيق ومنحني ويصل طولها إلى 5 سم.

4 ـ البوق (Infundibulum) وهو النهاية الخارجية للقناة ويشبه النفير مع زوائد

سرخسية الشكل تسمى بالأهداب وتحيط بالفتحة الخارجية للقناة أي الفتحة البطنية. ويتميز أحد هذه الأهداب بالطول ويمتد إلى المبيض ويعرف بالهدب المبيضي (Fimbria Ovarica) وتساعد هذه الأهداب على تثبيت الفتحة البطنية على الجريبة الناضجة بالمبيض.

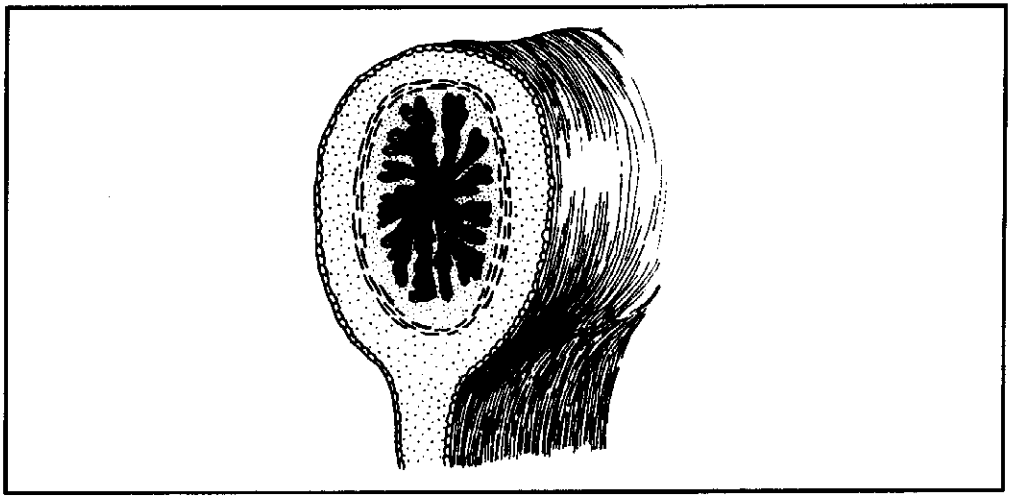
تركيب قناة «فالوب»:

تتركب القناة من ثلاث طبقات:

1 ـ الطبقة المصلية الخارجية وتتكون من الصفاق وهي تغطي كل القناة بإستثناء الجزء داخل الجداري ومساحة صغيرة حيث يرتبط بها الرباط العريض.

2 ـ الطبقة العضلية وتتكون من طبقة طولية خارجية وأخرى دائرية داخلية من العضلات الملساء.

3 ـ هناك طبقة رقيقة من النسيج الضام تفصل الطبقة العضلية عن المخاطية التي تبطن القناة وتنثني إلى عدة طيات طولية أو غضون (Rugae) وتتكون هذه الغضون من لب من النسيج الضام مغطى بنسيج طلائي عمودي طويل. وعند الجزء الداخلي من القناة ينثني النسيج الطلائي ليكون ثلاث أو أربع طيات فقط وتكون الخلايا الطلائية أصغر حجماً (شكل 4).



شكل 4
تشريح قناة فالوب

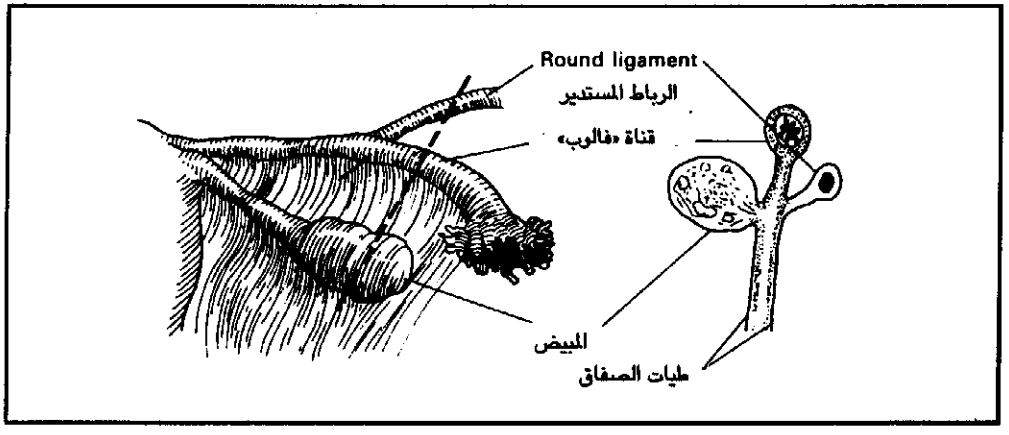
أنسجة قناة «فالوب»:

توجد ثلاثة أنواع أساسية من الخلايا:

1 ـ خلايا هدبية (Ciliated Cells).
2 ـ خلايا إفرازية (Secretory Cells) قد تكون كمثرية الشكل وعلى شكل الدمبلز.
3 ـ خلايا بينية (Intercalary Cells) وهي خلايا ذات أنوية طويلة ضيقة منحشرة بين الخلايا الأخرى وهناك تغييرات دورية في النسيج الطلائي أثناء الدورة الطمثية. ففي أثناء المرحلة الجريبية أو التكاثرية من الدورة الطمثية تزيد الخلايا في الطول والنشاط.

علاقات قناة «فالوب»:

توجد أمام قناة «فالوب» قمة المثانة والجيب الصفاقي الرحمي المثاني أما فوقها فتوجد لفات من الأمعاء بالإضافة إلى الأعور على الجانب الأيمن والقولون الحوضي على الجهة اليسرى ويوجد خلفها المبيض وجيب «دوجلاس» (الجيب الرحمي المستقيمي) ومحتوياته. أما على الجانب الوحشي للقناة فيوجد جدار الحوض الوحشي والصفاق الذي يغطي العضلة السادّة الداخلية والأعصاب والأوعية السادّة (شكل 5) ويوجد أسفل قناة «فالوب» محتويات الرباط العريض بما فيها التفاغر بين الشرايين المبيضية والرحمية وضفيرة من الأوردة تقوم بتجميع الدم



شكل 5
علاقات قناة «فالوب»

إلى الوريد الرحمي والمبيضي والأوعية الليمفية وعقدة لمفية تقع بالقرب من عنق الرحم وضفيرة من الأعصاب وعقدة عصبية عنقية وبعض البقايا الجنينية فوق المبيضية وجار المبيضية وقناة «جارتنر» (Gartner's duct) (قناة الكلية المتوسطة).

وظائف قناة «فالوب»:

ولقناة «فالوب» وظائف مركبة فهي تمتص بنشاط البويضة إلى قارورتها حيث يتم التلقيح. ويلعب الإفراز الأنبوبي الذي يحتوي بالإضافة لمكونات أخرى على اللاكتات والبيروفات والبيكربونات دوراً هاماً في تقوية الحيوان المنوي. وتظل البويضة بعد التلقيح في القناة لمدة ثلاثة أيام حيث تمر بالمراحل المبكرة للانقسام وهي تعتمد أثناء ذلك الوقت على إفرازات القناة أساساً بالإضافة للأكسجة والتغذية وإزالة نواتج الأيض من خلال سائل قناة البيض وهي تنتقل إلى الرحم بتأثير حركة الأهداب في طلائية القناة بالإضافة لتقلصات عضلات القناة وتنغرس البويضة بعد ما يقرب من $5\frac{1}{2}$ يوم من التلقيح.

الرحم

الرحم (شكل 6) هو عبارة عن عضو عضلي مجوف يقع في مركز الحوض الحقيقي ويغطي أغلب سطحه بالصفاق وهو يتكون من الأجزاء التالية:

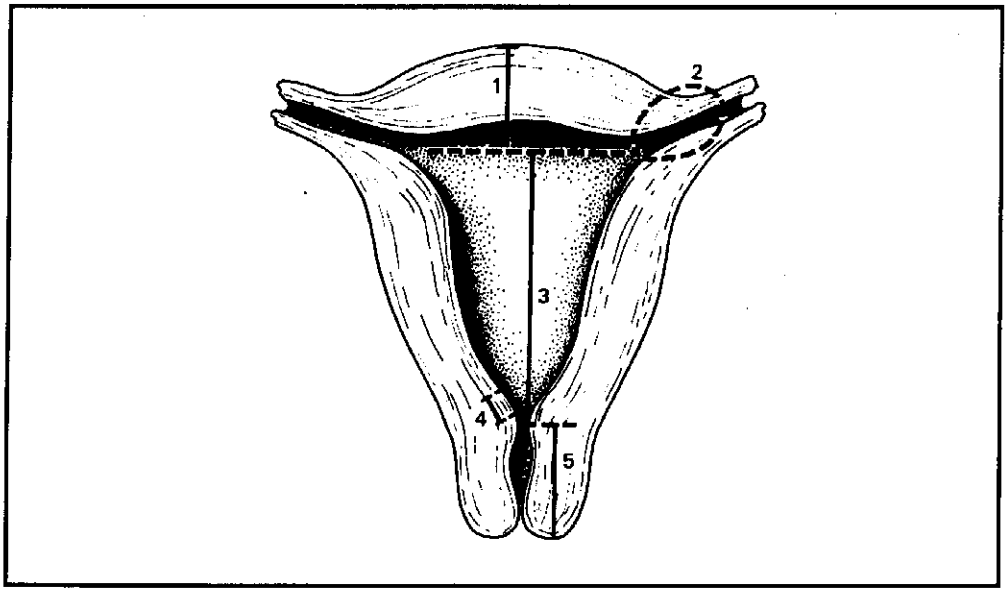
1 – القبو (Fundus) وهو الجزء الموجود فوق فتحتي قناتي «فالوب».

2 – القرن (Cornu) وهو الجزء الذي تفتح فيه قناة «فالوب».

3 – الجسم (Body) وهو الجزء الرئيسي من تجويف الرحم.

4 – البرزخ (Isthmus) وهو الجزء السفلي الضيق من الجسم ويحاط من أعلى بالفوهة (os) الداخلية النسيجية ومن أسفل بالفوهة التشريحية الداخلية للرحم.

5 – عنق الرحم (Cervix) ويمتد من الفوهة الداخلية النسيجية إلى الفوهة الخارجية التي تفتح إلى المهبل.



شكل 6 : الـرحـم

القياسات

تصل قياسات الرحم في المرأة عديمة الولادة إلى حوالي 9 سم في الطول و6 سم في العرض و4 سم في السمك ويصل وزنه إلى حوالي 50 جراماً.

ويتغير حجم وشكل الرحم أثناء حياة الأنثى ففي الطفولة يكون عنق الرحم أكثر طولاً من جسمه ولكن عند البلوغ تنمو عضلات الرحم ليصل الرحم إلى الحجم البالغ وبعد الولادة يصبح الرحم أكبر حجماً. أما عند سن اليأس وبعد ذلك فيضمر جسم الرحم بدرجات متفاوتة.

تركيب الرحم

يغطي جسم الرحم وقبوه بالصفاق باستثناء أماكن ارتباط الأربطة العريضة وهناك طبقتين من العضلات الملساء؛ طبقة طولية رقيقة خارجية تتصل مع تلك التي تغطي قناة «فالوب» والمهبل وطبقة داخلية مرتبة بشكل حلزونيات مائلة كما يوجد نسيج ليفي بين الألياف العضلية. ويتصف النسيج الطلائي المكوّن لبطانة الرحم على الطبقة العضلية مباشرة دون وجود طبقة تحت مخاطية فاصلة.

ولا يتعدى طول البرزخ أكثر من 5مم ويقع بين جسم الرحم بداية من الفوهة الداخلية النسيجية حيث تقل حساسية البطانة الرحمية للتأثير الهرموني إلى الفوهة الداخلية التشريحية الموجودة عند الحرف العلوي لعنق الرحم. أما في رحم الحامل فيكون البرزخ أكبر حجماً وهو يلعب دوراً مع الجزء فوق المهبلي من عنق الرحم في تكوين القطاع السفلي (Lower Segment) للرحم أثناء الولادة.

ولعنق الرحم قناة مغزلية يوجد ثلثها فوق مستوى ارتباط المهبل بينما يبرز ثلثيها إلى المهبل ويتكون عنق الرحم أساساً من نسيج ليفي ونسيج مرن كما يحتوي الجزء العلوي على عضلات ملساء تتخذ شكلاً دائرياً لتكوّن الفوهة الداخلية أو مصرّة (Sphincter) الرحم وتبطن القناة العنقية بنسيج طلائي عمودي ينثني ليكون عدة طبقات طولية وعدة طيات مائلة كما توجد لها غدد متعددة التشعب تنغرس بعمق إلى العنق وتقوم هذه الغدد بإفراز مخاط عنق الرحم.

ويغطي الجزء المهبلي من العنق نسيج طلائي حرشفي يتصل مع النسيج الطلائي للمهبل ويقع مكان الإتصال بين النسيج الطلائي العمودي والحرشفي عند الفوهة الخارجية في الإناث عديمات الحمل (Nulliparous).

علاقات الرحم:

يغطي جسم وقبو الرحم بالصفاق الذي ينعكس من الأمام على السطح العلوي للمثانة عند مستوى الفوهة الداخلية ويكون الصفاق هنا مرتبطاً بشكل بسيط على عكس ارتباطه بقوة على بقية أجزاء الرحم بدرجة تشكل صعوبة في إزالته من على سطح عضلة الرحم. وأمام جسم الرحم يوجد الجيب الرحمي المثاني والمثانة والتي عند امتلاءها يصبح الرحم في وضع رأسي. وعلى جانبي الرحم توجد الأربطة العريضة ومحتوياتها التي ترتبط بجانب الرحم والأربطة المستديرة وهي عبارة عن حبال ليفية عضلية تحتوي على أوعية دموية وليمفية ويمر الرباط المستدير خلال القناة الإربية (Inguinal Canal) ملتصقاً بجدارها.

ويمر الصفاق من خلف الرحم إلى جيب «دوجلاس» الذي يختلف عمقه في الإناث المختلفات وهو يحتوي على الأمعاء الرفيعة والغليظة التي تفصل الرحم عن المستقيم، ويغطي عنق الرحم من الجهة الخلفية فقط فوق مستوى ارتباط المهبل وعلاقاته كما يلي:

فوق مستوى ارتباط المهبل:

ـ ***من الأمام:*** ينفصل عنق الرحم عن المثانة بنسيج ضام لين ويمر الرباط العاني العنقي (الرحمي المثاني) على جانبي قاعدة المثانة إلى الأمام ليرتبط بخلف العانة.

ـ ***من الجهة الوحشية:*** يمر الحالب على الجهة الوحشية لعنق الرحم على بعد 0.5 إلى 1سم منه كما يمر فوق الحالب الشريان الرحمي الذي ينقسم عند مستوى الفوهة الداخلية إلى فرع صاعد وآخر نازل ويمد الأخير عنق الرحم والجزء العلوي من المهبل. وتصاحب الشريان الرحمي الأوردة الرحمية كما توجد على الجانب الوحشي لعنق الرحم غدة لمفية وعقدة عصبية بالقرب من قاعدة الرباط العريض. ويرتبط الرباط الرئيسي أو الرباط العنقي المستعرض أو رباط «ماكنرودت» (Mackenrodt's Ligament) بالجانب الوحشي لعنق الرحم فوق المهبلي وبالقبو الوحشي للمهبل.

ـ ***من الخلف:*** يغطي عنق الرحم فوق المهبلي بالصفاق الذي يكوّن الحدود الأمامية لجيب «دوجلاس» وتمر الطيّات الرحمية العجزية من الجهة الخلفية لعنق الرحم وذلك لتحيط بالمستقيم وترتبط بالجهة الأمامية للعجز.

أسفل ارتباط المهبل:

يبرز عنق الرحم إلى المهبل مكوناً أربعة قباب (Fornices).

ـ القبو الأمامي وهو الأقصر ويفصل عنق الرحم عن جدار المهبل وقاعدة المثانة.

ـ القبوان الوحشيان: ويحدهما من الجهة الوحشية جدار المهبل الذي ترتبط به الأربطة الرئيسية.

ـ القبو الخلفي وهو أعمق القباب ويحده من الخلف الجدار المهبلي الذي يفصله عن جيب «دوجلاس» ومحتوياته.

دعامات الرحم

والدعامات الرئيسية للرحم هي الأربطة التي ترتبط بالعنق فوق المهبلي وهذا يُمكّن قبو الرحم من حرية الحركة ليتمدد إلى أعلى في اتجاه البطن أثناء الحمل،

وتمتد على الجانبين الدعامات الأساسية أي الأربطة العنقية المستعرضة أو الرئيسية التي تمتد على العضلات العجانية ومن الخلف يربط الرباط الرحمي العجزي بين العنق والجزء السفلي من الرحم مع الجزء العلوي للعجز. وتثبت الأربطة المستديرة قبو الرحم للأمام أما الأربطة العريضة فلا تلعب دوراً في تدعيم الرحم إذ أنها عبارة عن طيات صفاقية فقط.

المهبل

وهو عبارة عن قناة عضلية ليفية تمتد من دهليز الفرج إلى عنق الرحم الذي يرتبط حوله مكوناً القباب.

تركيب المهبل:

يصل طول الجدار الأمامي للمهبل إلى 10 سم وطول الجدار الخلفي إلى 15 سم وله القدرة على الإتساع بدرجة كبيرة كما يحدث أثناء الولادة، وفي الحالة الطبيعية تتلامس الجدران الأمامية والخلفية ليتخذ المهبل شكل شق يشبه حرف H.

ويتكون المهبل من ثلاث طبقات:

1 ـ طبقة خارجية من النسيج الضام الذي تتصل به الأربطة وتحتوي على الأوعية الدموية والليمفية والأعصاب.

2 ـ طبقة عضلية تتكون من طبقة طولية خارجية وطبقة دائرية داخلية.

3 ـ طبقة طلائية تتكون من نسيج طلائي حرشفي مصفف يحتوي على الجليكوجين في البالغات.

ويتكون النسيج الطلائي من ثلاثة طبقات: طبقة قاعدية (Basal Layer) وطبقة وظيفية (Functional Layer) وطبقة قرنية (Cornified Layer) ويتعرض النسيج الطلائي لتغييرات دورية أثناء الدورة الطمثية بالإضافة للتغييرات المتميزة التي تحدث أثناء الحمل. ويتعرض النسيج الطلائي للضمور أثناء سن اليأس ولذلك فإن المسحات المأخوذة من الإناث بعد سن اليأس تحتوي على نسبة كبيرة من الخلايا القاعدية ولا توجد خلايا غدّية في الطلائية المهبلية ولذا يجب عدم استخدام

إصطلاح مخاطية المهبل (Vaginal Mucosa). والإفرازات المهبلية في الإناث البالغات حمضية ببا هاء 4 إلى 5. وهي عبارة عن الإفرازات العنقية والخلايا الطلائية الساقطة والإرتشاح من الطلائية المهبلية وعصويات «دودرلين» وهي عصويات لبنية تكوّن حمض اللبنيك (Lactic Acid) من الجليكوجين في الخلايا الطلائية.

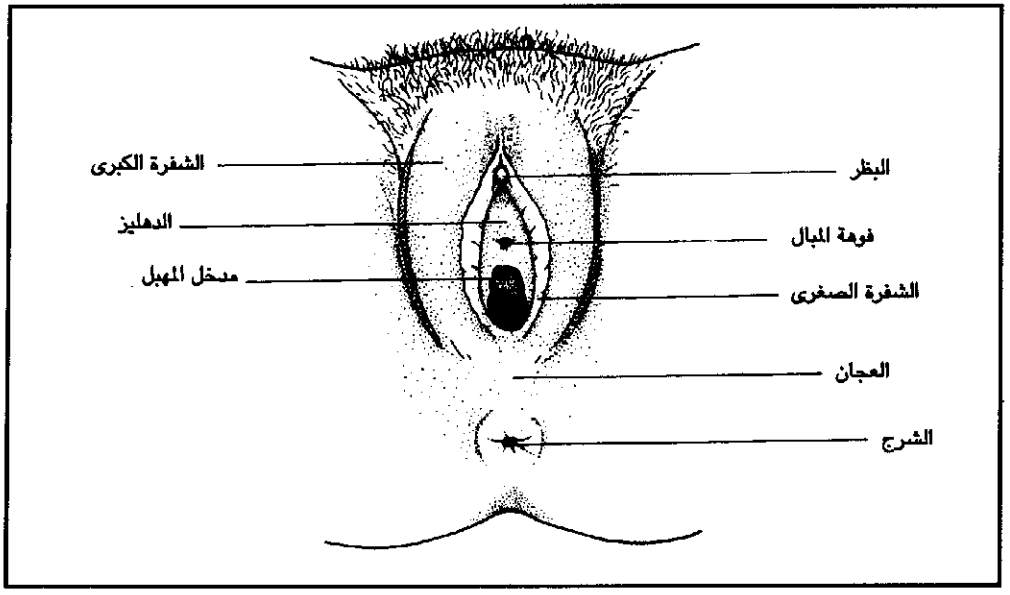
علاقات المهبل:

يلامس جدار المهبل الأمامي المثانة ومجرى البول ويكوّن النسيج الفاصل بينهم الحاجز المثاني المهبلي. أما الجدار الخلفي فيوجد خلفه صفاق جيب «دوجلاس» بالجزء العلوي أما الجزء السفلي فيوجد خلفه المستقيم الذي ينفصل عنه بالحاجز المستقيمي المهبلي والجسم العجاني، وعلى الجانبين توجد الأربطة الرئيسية والعضلات العاصرة الشرجية التي ترتبط بالمهبل.

الفرج

الفرج (شكل 7) أو الأعضاء التناسلية الخارجية الأنثوية تتضمن القمة التناسلية (Mons Veneris) والشفرتان الكبيرتان (Labia Majora) والبظر (Clit-oris) والشفرتان الصغيرتان (Labia Minora) والدهليز (Vestibule) وغدد «بارثولين» وغشاء البكارة (Hymen). والقمة التناسلية عبارة عن وسادة دهنية توجد على الإرتفاق العاني وتغطى بالجلد الذي ينمو عليه الشعر عند البلوغ. وتتكون ***الشفرتان الكبيرتان*** من طيتين جلديتين تحيطان بفتحة المهبل وتحتوي كل شفرة كبيرة على نسيج دهني والرباط المستدير للرحم الذي يمر خلال القناة الإربية وينتهي بالجزء العلوي للشفرة الكبرى. ويغطي جلد الشفرة الكبيرة بالشعر بعد البلوغ. أما البظر فيحتوي على نسيج إنتصابي ويرتبط القوس العاني بساقيه (Crura) وتمتد طيات من جلد الشفرتين الصغيرتين لتكون قلفة البظر. وتتكون الشفرتان الصغيرتان من طيتين رقيقتين من الجلد وتحتوي على نسيج ليفي والعديد من الأوعية الدموية التي تكوّن النسيج الإنتصابي ويحتوي الجلد على غدد شحمية. لكنه لا يحتوي على جريبات شعرية وتمثل مكان الإلتقاء بين الجلد الحقيقي والطلائية الحرشفية المبطنة للدهليز والمهبل، والدهليز هو المنطقة الموجودة بين الشفرتين الصغيرتين حيث يفتح المهبل والصماخ الخارجي للمبال وقناتي غدد

«بارثولين» والصماخ الخارجي للمبال هو الفتحة الخارجية للمبال التي تغطي بطلائية حرشفية وتفتح على الحافة الخلفية للصماخ قنوات «سكيني» (Skene's ducts) والغدد المبالية الخلفية أما قنوات ليتريه (Littre's duct) فتوجد على جانبي الصماخ.



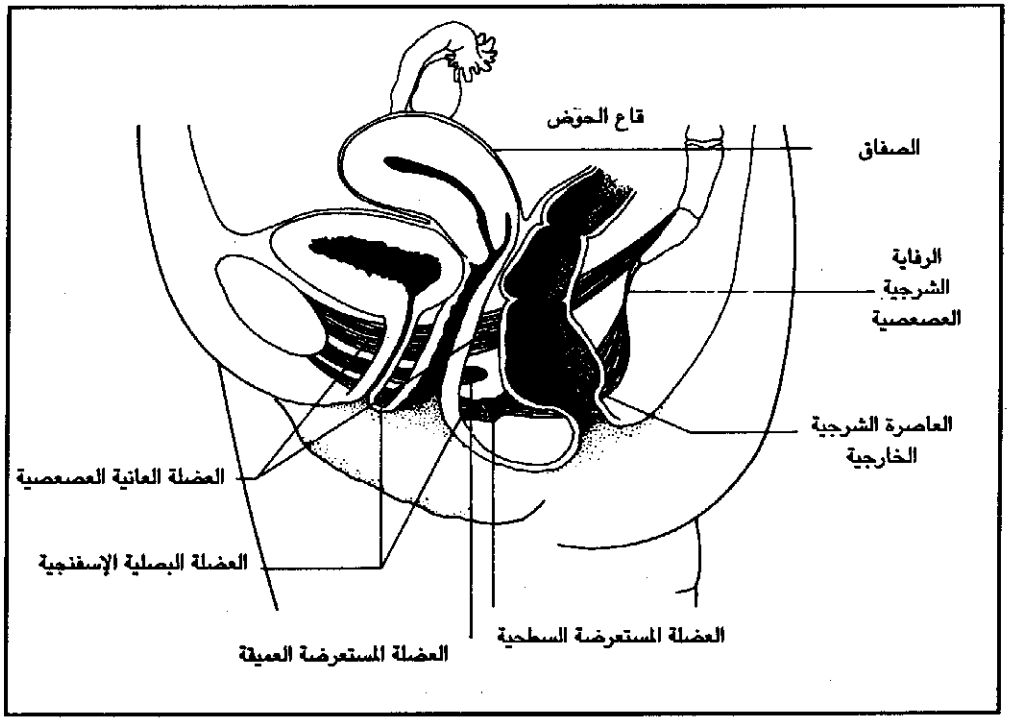
شكل 7 : الفرج

وتتكون غدد «بارثولين» (الغدد الدهليزية الكبرى) من غدد متشعبة مركبة تبطن قنواتها بطلائية إنتقالية ويصل حجم كل غدة إلى حجم حبة البازلاء ويشبه تركيبها تركيب الغدد اللعابية. وتنغرس الغدة في الجزء الخلفي من كهف الدهليز وهو عبارة عن كتلة من النسيج الإنتصابي الموجود بالشفرة الصغرى، ويصل طول القناة إلى حوالي 2 سم وتفتح بالدهليز عند التصال غشاء البكارة بالشفرة الصغرى بين الثلثين الأماميين والثلث الخلفي. ويكون إفرازها مخاطياً عديم اللون ويتم الإفراز أساساً نتيجة الإثارة الجنسية.

وغشاء البكارة عبارة عن طية هلالية أو دائرية من الطلائية الحرشفية والنسيج الضام الذي يحتفظ بمدخل المهبل مغلقاً جزئياً ويختلف شكل غشاء البكارة وحجمه في الإناث المختلفات وهو يتمزق أو يمط عند الجماع أما الولادة فتزيل أغلب أجزاءه وتتبقى بعض الزوائد الجلدية التي تعرف بالحليمات الشفرية (Caranculae Myrtiformes) .

الحجاب الحوضي

يتكون الحجاب الحوضي (شكل 8) من العضلات والنسيج الضام الذي يسد جزئياً الفتحات الموجودة بين عظام الحوض ويدعم أعضاء الحوض وهو يتكون من الآتي: اللفافة الحوضية (Pelvic Fascia) وهي طبقة سميكة من اللفافة الموجودة على السطح العلوي للعضلة رافعة الشرج على كل من الجانبين وهي تمتد على الجهة الوحشية مع اللفافة التي تغطي العضلة السادّة الداخلية وأنسياً مع الأغمدة اللفافية لأعضاء الحوض المختلفة. ويزداد النسيج الضام سمكاً ليكون الأربطة التي تحتوي على ألياف عضلية ملساء ونسيج مرن والأربطة الأساسية على كل جانب هي: الرباط الرئيسي أو الرباط العنقي المستعرض الذي يمتد من الجدار الوحشي للحوض إلى عنق الرحم فوق المهبل والقبو المهبلي الوحشي والرباط العاني العنقي أو الرباط الرحمي المثاني الذي يمتد من خلف الإرتفاق العاني إلى الجزء الأمامي لعنق الرحم فوق المهبل ويمتد الرباط الرحمي العجزي من العجز إلى الجهة الخلفية لعنق الرحم فوق المهبل والقبو المهبلي الخلفي وتعتبر رافعة الشرج (Le-vator Ani) العضلة الأساسية بالحجاب الحوضي وهي تتكون من ثلاثة أجزاء



شكل 8
الحجاب الحوضي

هي: العانية العصعصية (Pubo-coccygeus) والحرقفية العصعصية (Ilio-coccygecs) والوركية العصعصية (Ischio-coccygeus). وهذه الطبقة العضلية تحيط بالمهبل وتدعم المثانة وتندغم بعض أليافها بالجدار المهبلي والجسم العجاني، والمستقيم، ويتكوّن الحجاب البولي التناسلي (Urogenital diaphragm) أو الرباط المثلث من ثلاثة طبقات؛ الطبقة العليا عبارة عن اللفافة العليا للرافعة الشرجية والطبقة السفلى هي اللفافة السفلية وتحيط اللفافتان بالعضلة العجانية المستعرضة العميقة وعاصرة المبال.

ويتكوّن الجسم العجاني من كتلة هرمية الشكل من النسيج الليفي الذي تندغم فيه ألياف الرافعة الشرجية والعضلة العجانية المستعرضة العميقة والعضلات العجانية السطحية فيما عدا الوركية الكهفية.

وتتكون العضلات العجانية السطحية من أربعة عضلات على كل جهة:

1 ـ البصلية الكهفية أو العاصرة المهبلية (Sphincter Vaginae) التي تمتد من الجسم العجاني لتحيط بفتحة المهبل وترتبط بالنسيج الانتصابي لبصلة الدهليز.

2 ـ الوركية الكهفية (Ischio-cavernosus) وهي تمتد من الحرف السفلي للعظم الوركي إلى بصلة الدهليز.

3 ـ العضلة العجانية المستعرضة السطحية (Superf. Transverse Perineal m.) التي تمتد من الجسم العجاني لتتجه وحشياً وترتبط بالجزء الخلفي من الفرع الوركي العاني.

4 ـ العاصرة الشرجية الخارجية (External sphincter Ani) وهي تنشأ من الجسم العاني ولها جزئين؛ الجزء السطحي ينتشر حول الشرج ويندغم بالعصعص أما الجزء العميق فيحيط بالقناة الشرجية وتغطى العضلات العجانية السطحية بطبقة من اللفافة العميقة التي تفصلها عن اللفافة السطحية والجلد الموجود بمنطقة العجان.

الحالب بالحوض الأنثوي

والحالب عبارة عن قناة عضلية تبطن بنسيج طلائي إنتقالي وتؤدي تقلصات العضلات الملساء إلى دفع البول من حوض الكلية إلى المثانة يلتصق الحالب بالصفاق الذي يغطيه أثناء مروره إلى الحوض. وعند وصول الحالب إلى الحوض

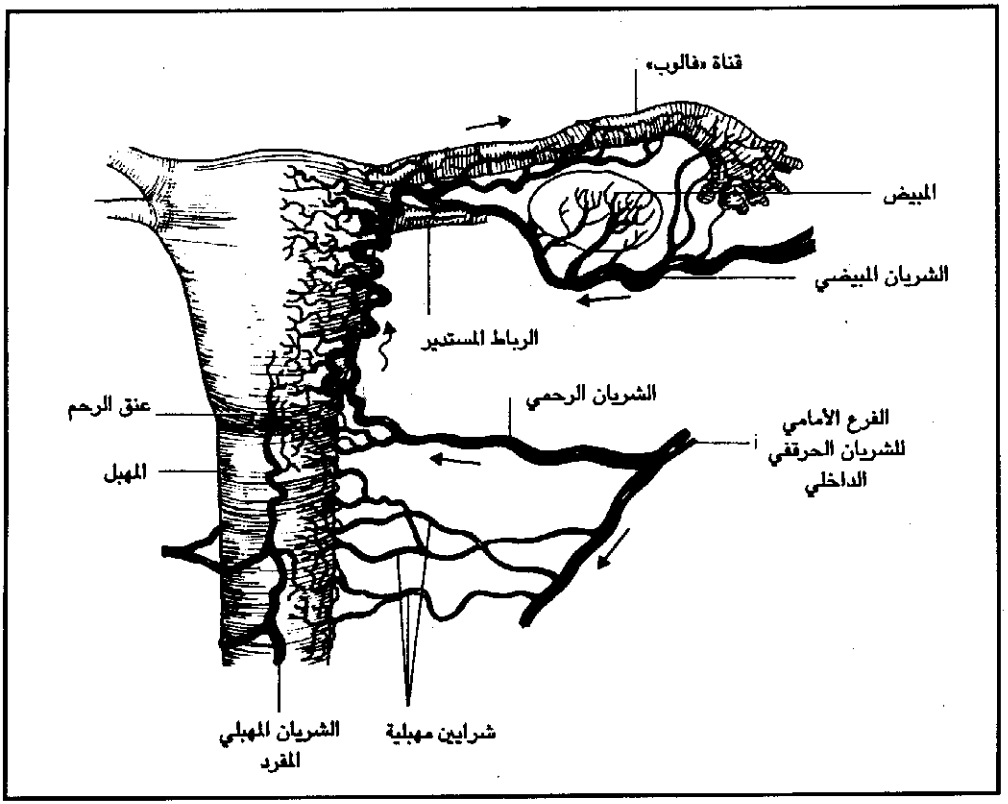
يمر أمام انقسام الشريان الحرقفي المشترك الذي يقع أمام المفصل العجزي الحرقفي. وتمر الأوعية الدموية المبيضية أمام الحالب في هذه المنطقة وعلى الجهة اليسرى يوجد الحالب خلف مساريقا القولون الحوضي ويمر لأسفل ليصل إلى قاع الحوض حيث يمر أمام الأوعية الحرقفية الداخلية، وعندما يصل الحالب إلى قاع الحوض يمر إلى الأمام في الإتجاه الأنسي حيث يوجد على الجانب الوحشي للمستقيم ويدخل الرباط الوحشي للمستقيم ثم يمر خلال الرباط الرئيسي (المستعرض العنقي) (Transverse Cervical) حيث يقع على بعد 1 سم تقريباً من عنق الرحم عند مستوى الفوهة الداخلية ثم يدخل الحالب إلى الغمد اللفافي الذي يمتد إلى اللفافة التي تغطي المثانة حتى يدخل الحالب إلى المثانة ويتلقى الحالب إمداده الدموي في الحوض من الشريان الحرقفي الداخلي والشريان الرحمي والشريان المثاني السفلي.

المثانة البولية والمبال الأنثوي

المثانة عبارة عن عضو عضلي مجوف يعمل كمخزن للبول ويغطي الصفاق الجزء العلوي أو القبو وقاعدة المثانة أو المثلث المثاني وهو عبارة عن منطقة مثلثة ملساء يفتح فيها الحالبين على الجانبين من الخلف والصماخ الداخلي للمبال بالوسط عند الجزء السفلي. وتبطن المثانة بطلائية إنتقالية ويتكون جدارها من ألياف عضلية ملساء ذات ترتيب مركب وتغطيها طبقة من النسيج الخلالي اللين. ويمثل المبال الأنثوي الجزء الغشائي من المبال الذكري ويصل طوله إلى 4 سم بالبالغات ويوجد أمام المهبل مباشرة وهو مبطن بطلائية إنتقالية تتداخل مع طلائية الفرج الحرشفية عند الصماخ الخارجي. وتنثني الطلائية لتكون طيات يوجد تحتها ضفيرة وريدية تحت طلائية وتتكون الطبقة العضلية من ألياف عضلية ملساء طولية متداخلة وتمتد إلى عضلية المثانة ولا توجد عاصرة داخلية محددة تشريحياً وتكون الألياف العابرة البصلية الكهفية والوركية الكهفية التي تحيط به العاصرة الإرادية. ويمر أعلا ذلك المبال بين العضلتين العانيتين الشرجيتين والأجزاء الأمامية الداخلية من رافعة الشرج ويأتي الإمداد الدموي للمثانة من الشرايين المثانية العلوية والسفلية بينما يصل الإمداد الدموي للمبال من الشريان المثاني السفلي والشريان المهبلي والفرجي الداخلي وتوجد ضفيرة وريدية تصب بالأوردة الحرقفية الداخلية. أما الإمداد العصبي فيرد من الضفيرة الخثلية (Hypo-gastric Plexus) وتفتح بالمبال غدد أنبوبية بسيطة أكثرها تميزاً هي غدد «سكيني»، أو غدد المبال الخلفية التي تفتح بالخلف داخل الصماخ الخارجي مباشرة.

الإمداد الشرياني لأعضاء الحوض

ينشأ الشريان المبيضي (شكل 9) من الجهة الأمامية لجانبي الأبهر أسفل الشريان الكلوي ثم يمر على جدار البطن الخلفي خلف الصفاق ليعبر أمام الحالب ماراً على حرف الحوض ليدخل الرباط القمعي الحمضي حيث يمد المبيض ثم يدخل الرباط العريض كي يمد قناة «فالوب» ويتفاغر مع الفروع الصاعدة من الشريان الرحمي.



شكل 9

شرايين الحوض

ينقسم الشريان الحرقفي الداخلي إلى قسمين. القسم الأمامي يمتد ليصبح الشريان الخثلي المغلق والذي يمثل الشريان السرّي أثناء الحياة الجنينية ويعطي القسم الأمامي الشريان المثاني العلوي والسفلي والشريان الرحمي والشريان المهبلي والشريان الفرجي الداخلي والشريان السادّ والشريان المستقيمي المتوسط

والشريان الألوي السفلي. أما القسم الخلفي فيعطي الشريان الحرقفي القطني والشرايين العجزية الوحشية والشريان الألوي العلوي.

والشريان الرحمي هو وعاء ملتوٍ يمر بقاع الرباط العريض ليصل إلى جانب الرحم عند مستوى الفوهة الداخلية حيث يعطي الشريان العنقي بينما يدور الشريان الرئيسي لأعلى بين طبقتي الرباط العريض ويعطي فروعاً عديدة للرحم ويتفاغر مع الشريان المبيضي. هذا ويتفاغر الشريانان الرحميان عبر خط منتصف الرحم.

يقوم الشريان المهبلي بإمداد الجزء العلوي من المهبل والذي غالباً ما يتلقى أيضاً إمداداً دموياً من الشريان الرحمي. أما الشريان الفرجي الداخلي فهو الفرع الطرفي من القسم الأمامي للشريان الحرقفي الداخلي ويغادر الحوض خلال الحز العجزي الوركي ويمد الفرج والجزء السفلي من المهبل وينتهي بأن يصبح الشريان الظهري للبظر.

تصل الشرايين الفرجية السطحية والعميقة كفروع من الشريان الفخذي وهي تمد الجزء الأمامي من الفرج.

التجميع الوريدي من أعضاء الحوض

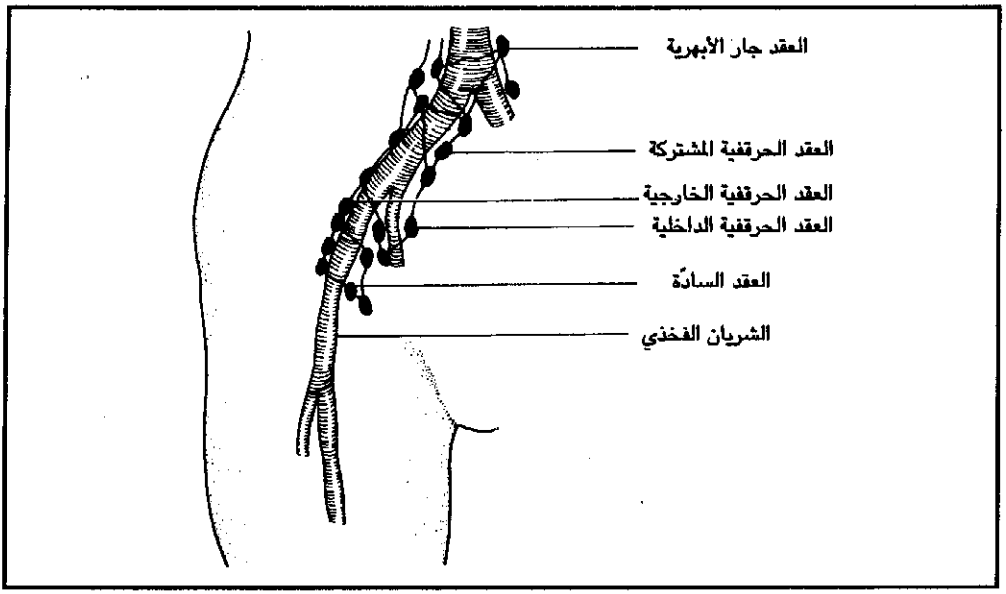
تماثل أوردة الحوض الشرايين وتحمل نفس الأسماء فيصب الوريد المبيضي الأيمن بالوريد الأجوف السفلي بينما يصب الوريد المبيضي الأيسر بالوريد الكلوي الأيسر ويبدأ كل وريد كضفيرة من الأوردة تعرف بالضفيرة المحلاقية (Pam-piniform Plexus) توجد بين طبقات الرباط العريض. ويوجد تفاغر كبيرة بين الأوردة حول كل أعضاء الحوض كما أنها تتواصل مع الجهاز البابي من خلال الأوردة المساريقية السفلية.

التجميع الليمفي من أعضاء الحوض

تصب الأوعية الليمفية الواردة من المبيض وقناة «فالوب» مثل الأوعية الدموية بالعقد الليمفية الموجودة أمام الأبهر. ويصب أيضاً قبو الرحم ومبيض الجهة الأخرى بنفس النمط (شكل 10). وقد يتجمع الليمف من جسم الرحم مع الأوعية المبيضية إلى العقد الموجودة أمام الأبهر كما يصب أيضاً بالعقد الموجودة بالرباط

العريض وبالعقد الحرقفية الداخلية والخارجية. ومن هنا يتجه الليمف المتجمع إلى العقد أمام الأبهرية. كما أن هناك أيضاً تجمع ليمفي بالأربطة المستديرة يتجه إلى العقد الإربية.

ويتجمع الليمف من عنق الرحم إلى عقدة الرباط العريض على الجانبين والعقد الحرقفية الداخلية والسادّة وبالتالي إلى العقد الحرقفية المشتركة والخارجية بالإضافة إلى الليمف الذي يتجه مع الأربطة الرحمية العجزية إلى العقد الليمفية أمام العجزية ويتجه الليمف المتجمع إلي العقد أمام الأبهرية. كما أن هناك أيضا تجمع ليمفي بالأربطة المستديرة يتجه إلي العقد الإربية.



شكل 10

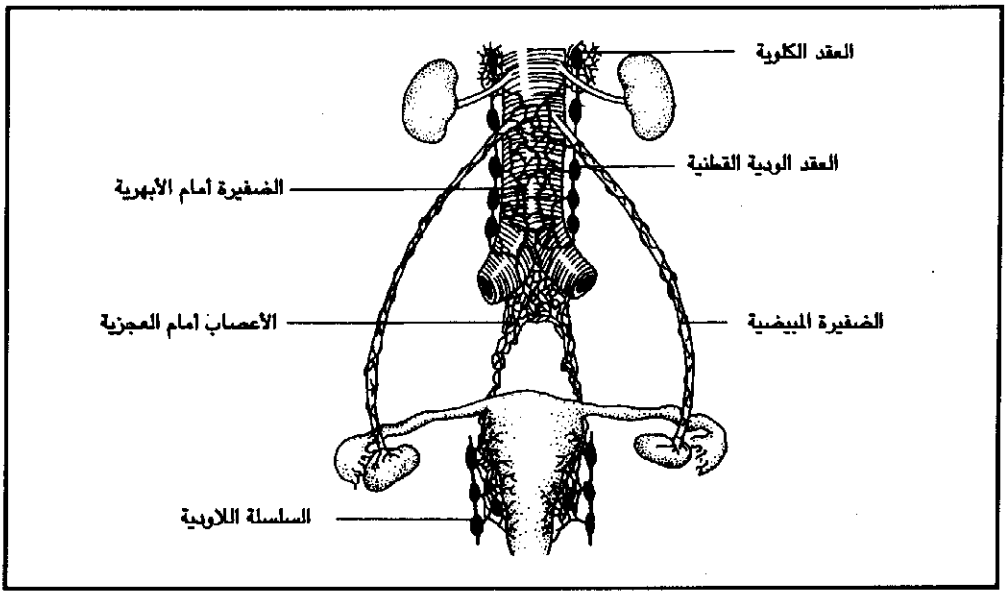
الأوعية الليمفية للحوض

ويتجمع الليمف من عنق الرحم إلي عقدة الرباط العريض على الجانبين والعقد الحرقفية الداخلية والسادّة وبالتالي إلى العقد الحرقفية المشتركة والخارجية بالإضافة إلى الليمف الذي يتجه مع الأربطة الرحمية العجزية إلى العقد الليمفية أمام العجزية ويتجه الليمف المتجمع من الفرج إلى العقد الليمفية الإربية السطحية والعميقة وإلى العقد الفخذية العميقة والسطحية وهناك أيضاً بعض الأوعية الليمفية التي تتجه إلى العقد الليمفية الحرقفية الخارجية والداخلية ووتفاغر الأوعية الليمفية

القادمة من الفرج بدرجة كبيرة عند خط المنتصف. أما بالنسبة للمهبل فتتجه الأوعية الليمفية من الجزء العلوي مع عنق الرحم أما الجزء السفلي فتتجه أوعيته الليمفية مع أوعية الفرج.

الإمداد العصبي لأعضاء الحوض

يتم إمداد قناة «فالوب» والمبيض بالأعصاب الودية واللاودية التي تصاحب الأوعية المبيضية ويكون التوزيع العصبي من العصبين الظهريين 10 و 11 ومن العصبين الظهريين 11 و 12 للقناة (شكل 11).



شكل 11
أعصاب الحوض

ويتلقى الرحم أعصاباً ودية من الضفيرة أمام العجزية التي تقع بين إنقسام الأبهر البطني أمام العجز ويمر العصب الخثلي للأمام حتى الضفيرة جار المستقيمية والضفيرة الموجودة عند قاعدة الرباط العريض وهناك أعصاب حركية وأخرى حسية وتنشأ الأعصاب الحركية من ظ 12 إلى ق 2 والأعصاب الحسية من ظ 12 إلى ق 1 ويلتحق بالضفيرة الحوضية أعصاب لا ودية بالإضافة لأعصاب

حركية وحسية من ع2 ، 3 ، 4 ويمد الجزء الأمامي من الفرج العصب الفرجي الذي يضم المكونات الحركية والحسية وينشأ من ع2 ، 3 ، 4 وهو يصاحب الشريان الفرجي الداخلي إلى القناة الفرجية حيث يعطي العصب المستقيمي السفلي الذي يوزع إلى العاصرة الشرجية الخارجية والجزء السفلي للقناة الشرجية والجلد المحيط بالشرج.

ويعطي العصب الفرجي بعد أن يغادر القناة الفرجية العصب الظهري للبظر ويعرف بقية العصب بعد ذلك بالعصب العجاني وهو يستقبل الإحساس من الشفرات الكبرى والصغرى ومن العجان والثلث السفلي للمهبل ويمكن حصره بحقن المخدر الموضعي إلى القناة الفرجية والذي يعرف بالحصر الفرجي (Pu-dendal Block) أما الفروع العضلية فتقوم بتغذية العضلات العجانية السطحية وتتغذى أيضاً العضلات رافعة الشرج والعصعصية والعاصرة الشرجية الخارجية بالفروع العضلية للعصب العصعصي الرابع.

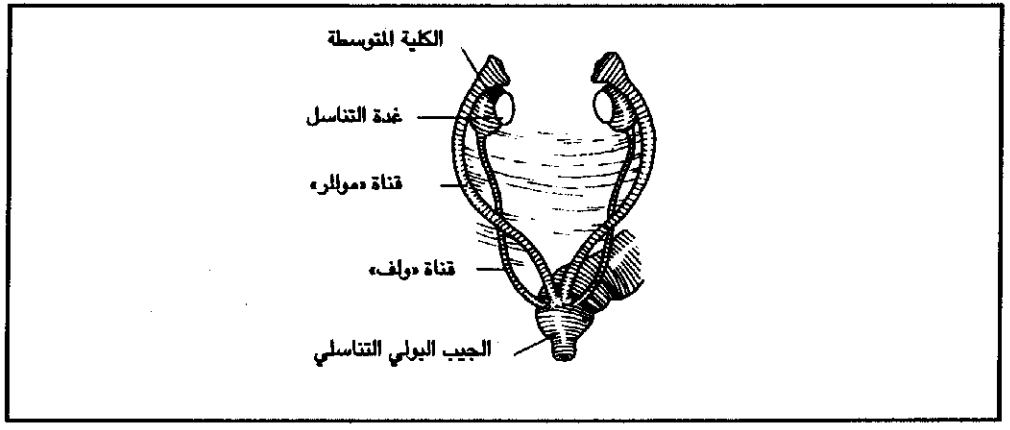
****

الفصل الثاني

التكوين الجنيني لأعضاء الحوض

المبيض

تنشأ الخلايا الجرثومية الأولية من الأديم الداخلي (Endoderm) للكيس المحي (Yolk sac) وتنمو في العرف التناسلي (Genital ridge) الموجود بالجزء العلوي لجدار البطن الخلفي على الجانب الأنسي للكلية البدائية الثانية (Mes-onephros). وبالإضافة لهذه الخلايا الجرثومية يشارك في التكوين الأديم المتوسط الموجود بالعرف والبطانة الجوفية التي تغطيه (شكل 12) وينمو النسيج الطلائي للداخل ليكوّن الحبل التناسلي وتتضاعف الخلايا الجرثومية البدائية بسرعة حتى حوالي 14 أسبوعاً من الحمل ويوجد ما يقرب من سبعة ملايين بويضة في كل مبيض. وعند هذه المرحلة تمر البويضة بالمرحلة الأولية للانقسام وتظل ساكنة كما هي حتى يتم التبويض بعد عدة سنوات تالية.



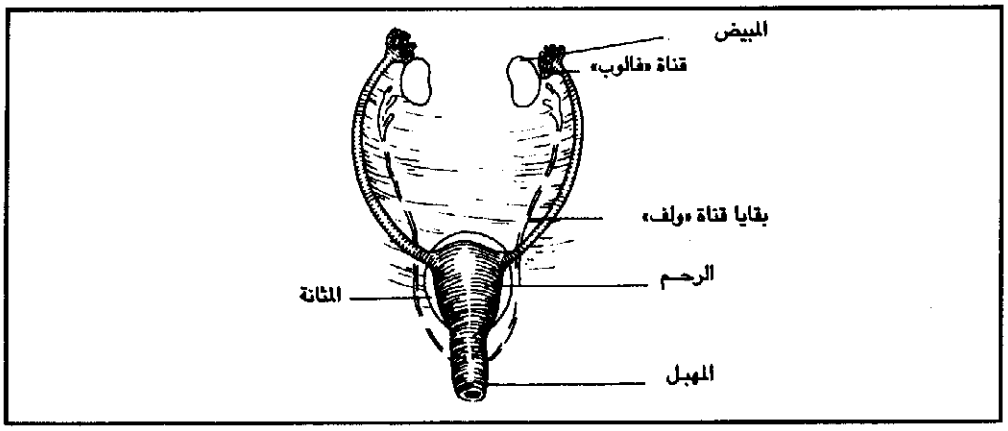
شكل 12
تكوين المسالك التناسلية (1)

ويتصل كل مبيض بكل من جانبي الرحم وبالتالي بالطية الإربية بواسطة موجه غدة التناسل (Gubernaculum) ومع نمو الجذع ينجذب المبيض لأسفل في

إتجاه الحوض وبالتالي يرتبط موجه غدة التناسل بالرحم فيصبح الجزء الموجرد بين المبيض والرحم هو الرباط المبيضي المعلق (Ovarian Suspensory lig.) أما الجزء المتجه إلى المنطقة الإربية فيصبح الرباط المستدير (Round lig.) الذي غالباً ما يرتبط عند نهايته السفلية إلى العظم العاني ولكنه قد يتجه إلى الشفرة الكبرى.

الرحم والقنوات:

توجد قناة «موللر» (Mullerian Duct) (القناة جار قناة الكلية المتوسطة) على الجانب الوحشي لقناة الكلية المتوسطة وتصل إلى الجيب البولي التناسلي عند حوالي الأسبوع التاسع (شكل 13). وتتحد النهايات السفلية لقناتي «موللر» لتكون الرحم وعنقه والجزء العلوي من المهبل وتظل الأجزاء الأخرى منفصلة لتصبح قناتي «فالوب» وقد يؤدي عدم إكتمال إتحاد قناتي موللير إلى حدوث درجات مختلفة من العيوب الرحمية.



شكل 13
تكوين المسالك التناسلية (2)

المهبل

ينمو الجيب البولي التناسلي للداخل ليتحد مع قاع قناتي «موللر» التي تنمو لأسفل عند الصفيحة المهبلية (Vaginal plate) ويوجد ذلك عند الإتصال بين الثلثان العلويان والثلث السفلي للمهبل حيث يوجد أسفل ذلك غشاء البكارة ويتحول المهبل إلى قناة عند 18 أسبوع من الحياة الجنينية. وقد لا يكتمل أحياناً تحوّل المبيض إلى

قناة تصبح الطفلة بمهبل غير مفتوح يتراكم خلفه الدم عندما تبدأ الدورة الطمثية مما يؤدي إلى تجمع الدم بالمهبل (Haematocolpos).

الأعضاء التناسلية الخارجية:

ينقسم المجمع (Cloaca) إلى جيب بولي تناسلي بالأمام والشرج الأولي (Proctodeum) بالخلف والذي يتحد من أعلى مع المستقيم. ويوجد أمام الجيب البولي التناسلي الحدبة التناسلية كما يتكون على جانبيه الطيات التناسلية.

وعند الأسبوع العاشر من عمر الحمل يكوّن الجزء الأمامي من الجيب البولي التناسلي المثانة والمبال وتصبح الحدبة التناسلية البظر وتكوّن الطيات التناسلية الشفرتين الصغيرتين وعلى جانبيهما تتكون الشفرتين الكبيرتين من الطيات المغطاة بالجلد.

عيوب التكوين الوراثية

المبيض

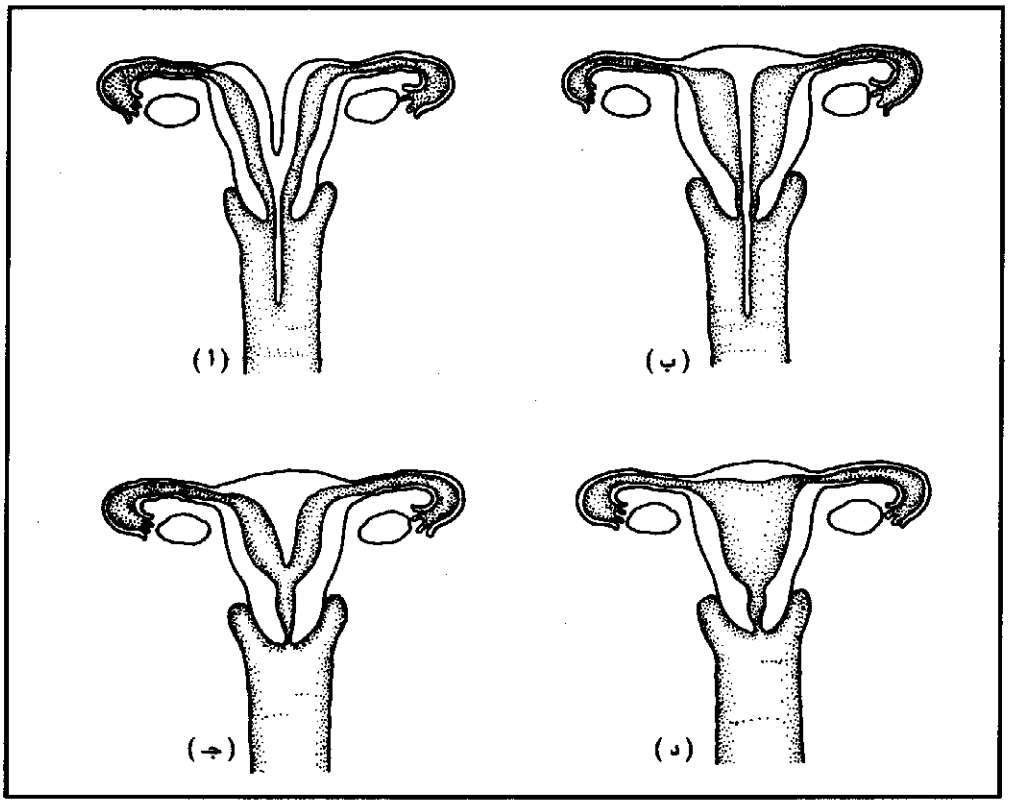
يحدث عدم تخليق (Agenesis) المبيضين في متلازمة «ترنر» (Turner's Syndrome) حيث يكون النمط الصبغي OX وتكون المريضة سلبية الصبغية مع وجود رحم ومهبل. وقد يصاحب فشل تكون أحد المبيضين فشل تكوين الكلية والحالب والرحم وقناة «فالوب» على نفس الجهة. وقد توجد مبايض إضافية.

قناة «فالوب»:

قد يحدث فشل تكوّن قناة مع فشل تكوّن نصف الرحم ليكوّن النصف الآخر رحم وحيد القرن (Unicornuate). وقد توجد رتوج (Diverticula) بالقنوات وقد توجد فتحات إضافية وأهداب كاملة عند الحرف المقابل للارتباط المساريقي.

الرحـم

يتكون الرحم من قناتي «مـوللر» جـار قناة الكلية المتوسطة اللتـان تلتحمـان سوياً وتتجوف ويفسر منشأ الرحم من الجانبين ظهور بعض العيوب الرحمية التي تحدث بشكل معروف (شكل 14).



شكل 14

العيوب الخلقية بالرحم

(أ) رحم مزدوج الجسم (Didelphys): إزدواج الرحم كله ووجود حاجز مهبلي.

(ب) رحم وحيد الجسم (Delphys): تجويف رحمي مزدوج وعنقه مزدوج وحاجز مهبلي.

(جـ) رحم بحاجز جزئي (Subseptus) إنقسام جزئي للرحم مع عنق رحمي ومهبل مفرد.

(د) رحم مقوس (Arcuatus): توجد نقرة على قمة الرحم المفرد وعنق الرحم والمهبل مفردين.

إنعدام تنسج الرحم (Uterine Aplasia) :

قـد يحـدث فـشل كلي في تكوين قناتي «مـوللر» مما يؤدي إلى تغـيب قناتي

«فالوب» والرحم والثلث العلوي من المهبل بينما يكون الفرج طبيعياً مع وجود إنخساف يمثل الجزء السفلي من المهبل وكنتيجة لذلك يوجد ضهى (Am-enorrhoea) أولي وعندما يقوم المبيضان بأداء وظائفهما بصورة كاملة تكون المظاهر الجنسية الثانوية طبيعية تماما.

قلة تنسج الرحم (Uterine Hypoplasia) :

قد يكون الرحم ضامراً أو جنينياً أو رضيعي الحجم وغالباً ما يكون الرحم الضامر عبارة عن عقيدة صغيرة أو كيس مجوف مندم الوظيفة ويصاحبه ضهي أولي وقد يشخص كإنعدام رحمي. ويتراوح حجم الرحم الجنيني بين 2 و 6سم والرحم الرضيعي يكون صغير الحجم عند تمرير مجس والبطانة الرحمية قليلة بغدد غير نشطة وغالباً ما تكون الدورات الطمثية نادرة أو يوجد ضهي أولي.

تغيب قناة «موللر» على جانب أو وجود عيوب في تكوينها:

وغالباً ما يصاحب تغيب واحدة من قناتي «موللر» تغيّب أو عيوب خلقية بالكلية والحالب على نفس الجهة. ويكون الرحم وحيد القرن كما يؤدي عدم إكتمال النمو إلى رحم وحيد القرن مع قناة «فالوب» ورباط مستدير ضامرين على الجانب الآخر.

فشل إلتحام قناتي « موللر»:

وهذا هو أكثر العيوب الخلقية بالرحم وقد قسّمت هذه العيوب إلى درجات:

- رحم سنداني (Anvil Uterus): يفشل تكوّن قبو الرحم ويصبح الرحم متفلطح القمة أو رضيعي الحجم.
- رحم مقوس (Arcuate Uterus): حيث يوجد انخساف بدلا من الامتلاء عند القبو ويكون الرحم رضيعياً أو مقوساً.
- رحم حاجزي أو تحت حاجزي (Septal or Subseptal Uterus): حيث يكون الرحم طبيعياً من الجهة الخارجية ولكن تجويفه ينقسم من الداخل طولياً بحاجز كامل أو جزئي.

- رحم ثنائي القرنين (Bicornuate Uterus): تلتحم الأجزاء السفلية للقناتين تاركة قرنين رحميين منفصلين وقد يكون عنق الرحم والمهبل واحداً أو مزدوجاً.
- رحم مزدوج (Duplex Uterus): حيث يكتمل نمو وتكوّن نصفي الرحم وكل نصف له عنقه وغالباً ما يوجد أيضاً حاجز طولي مهبلي.
- أرحام ضامرة (Rudimentary Uteri): قد تكون منفصلة وموجودة في أكياس من الفتوق الإربية. وقد يصاحب عيوب الرحم ضمور لقناتي «موللر» وقد يؤدي ذلك إلى احتباس الدم الطمثي (Cryptomenorrhoea) والتجمع الدموي بداخل الرحم (Haematometra) وقد تكون الفوهة الداخلية غير كاملة.

المهبل

وغالباً ما يوجد حاجز طولي بالمهبل كنتيجة لعدم إكتمال إلتحام قناتي «موللر» والجيب البولي التناسلي بالجزء العلوي من المهبل وقد تكون هذه الحواجز غير كاملة وقد يؤدي الحاجز المتكوّن عند مدخل المهبل إلى إحتباس الطمث وتجمع الدم بداخل الرحم. وقد يتمثل الجزء السفلي من المهبل في حبل صلب مع تجمع الدم الطمثي بالمنطقة العلوية ونادراً ما يفتح المبال بالمهبل وقد يفتح أحياناً الحالب بالجزء العلوي من المهبل مما يؤدي إلى تسرب البول منذ الولادة (وهذا نوع من سلس البول الحقيقي) وقد يحدث خطأ في تشخيص الكلية الحوضية على أنها ورم مبيضي.

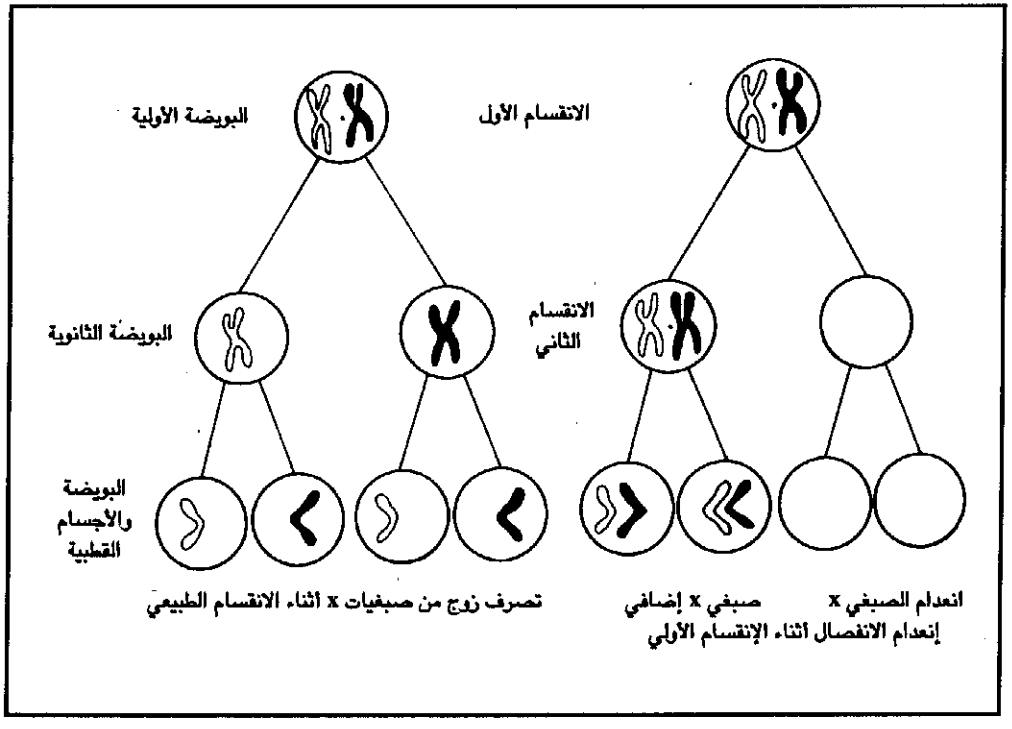
الصبغيات

يوجد بالإنسان الطبيعي 46 صبغي (Chromosome) منها 44 صبغي جسدي (Autosome) وصبغين جنسيين ويوجد نصف هذا العدد أي العدد النصفي (Haploid) في الأمشاج أي بالبويضة والحيوان المنوي وبذلك تتم استعادة العدد الأصلي عند الإخصاب.

وتكون الصبغيات الجنسية في الأنثى الطبيعية xx وفي الذكر الطبيعي yx وفي الأنثى يتكون المبيضين نظراً للجنس الأنثوي وتحمل كل البويضات صبغي x

بينما يحمل نصف عدد الحيوانات المنوية الصبغي x ويحمل النصف الآخر الصبغي y وبالتالي تكون السلالة إما xx أي إناث أو yx أي ذكور.

وتنشأ عيوب الصبغيات الجنسية أساساً من عدم الانفصال (شكل 15). وعند إنقسام البويضة الأولية يفشل الصبغيان في الإنفصال وبالتالي قد تحتوي البويضة على صبغيين متكررين أو منعدمة لهذان الصبغيان وينعدم الصبغيان من الجسم القطبي أو على الصبغيين وبالتالي ينتج عن التلقيح بالحيوان المنوي الذي يحتوي على "x" أو "y" أنماط غير طبيعية مثل "xxx"أو "yxx" أو "ox" ولم يوصف نمط "oy" إذ يبدو أن هذا النمط لا يسمح بالحياة. ويعتبر ما سبق وصفاً مبسطاً إذ قد تحدث بعض العيوب المركبة مثل الفسيفساء (Mosaicism) أو أشخاص بنمط صبغي مختلط. وتنتج متلازمة «داون» (Down's Syndrome) (المنغولية) في الحالات التي تعتمد على العمر عن عدم إنفصال الصبغ الجسمي رقم "21" مما يؤدي إلى تثلث "21" (Trisomy 21) أما المنغولية العائلية نادرة الحدوث فتنتج عن انتقال موضع الصبغي الجسمي إلى موضع صبغي آخر غالباً رقم 14.



شكل 15
إنعدام الانفصال أثناء الانقسام

دراسة صبغيات الجنس ـ التحديد النووي للجنس

يظهر شكل عصا الطبلة في حوالي 5 من كل 200 خلية بيضاء عديدة الأنوية في الإناث الطبيعيات. ويمكن دراسة الخلايا بمسحة من الخد أو خلايا الدم البيضاء لتحديد الكروماتين (Sex Chromatin). وتوجد الخلايا موجبة الكروماتين في الإناث الطبيعية والخلايا سلبية الكروماتين في الذكور الطبيعيين وتحتوي الخلايا التي تم الحصول عليها على بقعة داكنة تعرف بجسم «بار» (Barr body) عند وجود صبغيين "x" ولذا فيدل وجود جسمين من «البار» على وجود ثلاثة صبغيات "x".

متلازمة «ترنر» (Turner's Syndrome)

وفي هذه الإناث يوجد النمط "xo" ولذا فهن سلبيات الكروماتين وهن إناث مصابات بإنعدام تكون مبيضي ويوجدن بنسبة تصل 3 في كل 10.000 ولادة مكتملة المدة.

وتظهر مثل هذه الحالات على شكل ضهى أولي رغم وجود الرحم والمهبل ولكن لا يحدث نمو للثديين مع انعدام أو وجود قليل من شعر العانة مع قصر الطول وتفلطح الرقبة وإتساع الزاوية الحاملة بالذراعين (Carrying angle) وقد يوجد أيضاً تضيق الأبهر وعيوب خلقية بالكليتين. وتحتوي غدد التناسل على خيوط رفيعة من النسيج الضام بدون أي بويضات.

الأنثى الفائقة (Super Female)

لهن نمط صبغي xxx أو حتى xxxx والبعض يكن إناث طبيعيات ولكنهن لا يستطعن الولادة. أما البعض الآخر فيحدث لهن ضهي ثانوي وتأخر عقلي وغالباً ما يكن عقيمات وهن موجبات الكروماتين.

متلازمة «كلينفلتر» (Klinefelter's Syndrome)

وهم نكور بنمط yxx وعلى غير المتوقع يكونون طوال القامة ومصابون بالعقم وبخصيتين ليفيتين صغيرتين وقد يوجد تضخم بالثديين وتأخر عقلي وهم موجبي الكروماتين.

الأسباب الأخرى لحالات إنعدام وضوح الجنس (Intersex)

التأنث الخصوي (Testicular Feminization) أو إنعدام الحساسية للأندروجين ويتميز ذلك بنمو الثدي وتغيب أو قلة شعر الإبط والعانة وتغيب الرحم وغالباً ما يوجد مهبل قصير للغاية أما غدد التناسل فتكون خصيتين وقد توجد بداخل البطن أو بداخل فتوق إربية أو بالشفرتين الكبيرتين ويكون هؤلاء سلبيي الكروماتين yx وتكون هذه المتلازمة عائلية وتنتقل عبر الخط الأنثوي. أما بالخناث الحقيقية (True Hermaphrodites) فتوجد كلا من أنسجة الخصية وأنسجة المبيض. أما متلازمة الكظرية التناسلية (فرط تنسج الكظرية الخلقي) (Adrenogenital Syndrome) فهي حالة متوارثة كصفة متنحية مندلية والإناث الرضع اللاتي يولدن بهذه المتلازمة تكون أعضاء التناسل بهن مبهمة رغم أنهن موجبات الكروماتين xx. ويكون العيب الأساسي هنا هو عوز تكوين الكورتيزول، غالباً بسبب عوز هيدروكسيلاز 21 والذي يؤدي بالتالي إلى فرط تكوين هرمون موجة القشرة (ACTH) وتضخم القشرة الكظرية، ويتضخم البظر وتلتحم الشفرتان وبعض هؤلاء الرضع يكونون مفتقدي الأملاح مما يسبب مخاطر مرضية كثيرة خلال الأسبوع الأول من الحياة.

وقد يحدث التذكر في البالغين نتيجة زيادة تكوين التستوسيترون في ورم الكظرية أو ورم التذكر بالمبيض.

التجنس الأنثوي

يرتبط تكون الجنس الأنثوي بالتغييرات الطبيعية والنفسية التي تحدث عند البلوغ (انظر جدول 1).

ففي أثناء فترة الرضاعة ترتبط الأنثى الرضيعة بأمها التي تعتبر محور حياتها ومع نموها تبدأ في الإحساس بالغيرة من العلاقة الطبيعية بين الأب والأم لدرجة أنها تعتبر أمها كالسيدة مريم العذراء أو كالساحرة.

وعند اقتراب البلوغ تتنبه الفتاة للتغييرات الطبيعية التي تحدث في جسمها وتتقزز من شكل التوزيع الدهني لجسمها وقد تروض أنوثتها مما يؤدي إلى فقد الشهية (القهم) العصبي (Anorexia nervosa) الذي كثيراً ما يلاحظ في الفتيات أثناء مرحلة البلوغ. وقد تتغير علاقة الفتاة بأمها أثناء فترة البلوغ وكثيراً ما يحدث

طور تمرد المراهقة (Adolescent Rebellion). وكثيراً ما يتلازم ذلك مع مخاطر العلاقة الجنسية الأولى مع فتى. وقد يكون سبق إخبارها منذ الطفولة أن المنطقة التناسلية منطقة محرمة مما قد يؤدي إلى الإحساس بالذنب عند ممارسة أية علاقة تناسلية.

وتمر أغلب الفتيات بهذه المرحلة لتصبحن نساء بالغات لتحقيق العلاقة الجنسية الطبيعية من خلال الزواج والإنجاب. إلا أن هناك العديد من المشاكل أثناء هذه المرحلة وقد يؤدي الجنس في طور المراهقة إلى الحمل وبالتالي إلى الإجهاض أو الولادة أثناء عمر المراهقة، وقد يتوقف النمو الجنسي الطبيعي لفتاة ربما بسبب زيادة حرص الأب والأم وبالتالي يؤدي إلى صعوبة تحقيق علاقة مناسبة أثناء الحياة البالغة.

جدول 1: التعرف على الجنس

الجنس	الذكر	الأنثى
الجيني	الصبغيات yx	الصبغيات xx
غدد التناسل	أنسجة الخصية	أنسجة المبيض
الهرموني		
الهرمونات بالدورة الدموية	تستوستيرون	استروجينات
حساسية نهايات الأعضاء	تستوستيرون	استروجينات
شكل المخ	النواة أمام البصرية الأنسية كبيرة نسبياً	النواة أمام البصرية الأنسية صغيرة نسبيا
شكل أعضاء التناسل الداخلية	خصيتين	مبيضين
شكل أعضاء التناسل الخارجية	قضيب صفن	بظر شفرات مهبل
الخصائص الجنسية الثانوية		الثديين التوزيع الدهني
	نمط ذكري للشعر	نمط أنثوي للشعر
التعريف النوعي	ذكر	أنثى
الجنس الاجتماعي	ذكري	أنثوي
الدورالجنسي بالمجتمع	يعيش كذكر	تعيش كأنثى

****

الفصل الثالث

فسيولوجيا المسلك التناسلي الأنثوي

يعمل المسلك التناسلي الأنثوي كجهاز واحد لتسهيل عملية التكاثر الجنسي نظراً لأن الجنين ينمو إلى مرحلة ناضجة نسبياً داخل الرحم قبل خروجه، لذلك فإن أغلب وظائف المسلك التناسلي تتعلق بالإخصاب والاحتفاظ بالحمل وعملية خروج الرضيع بعد اكتمال الحمل.

ولقد تم تقسيم هذا الفصل إلى الأعضاء المختلفة لتسهيل الدراسة، إلا أنه في الحقيقة تعمل كل هذه الأعضاء كجهاز واحد إذ أنها تتناظم وترتبط مع بعضها البعض بدرجة كبيرة.

المبيض

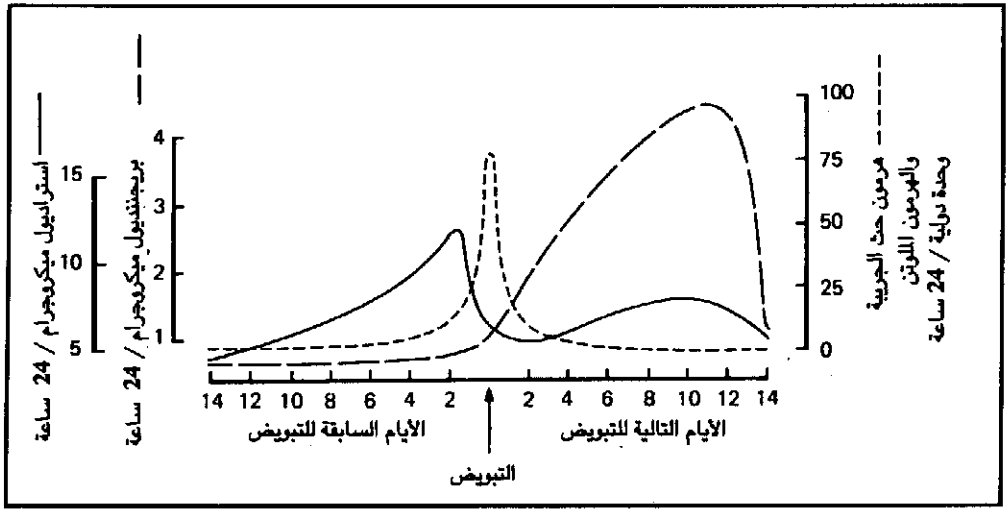
تبدأ الجريبة الأولية الآخذة في النضوج في تكوين جريبة «جراف» (Graafian Follicle). ففي كل دورة طمثية تتجه ما يربو عن عشرون من هذه الجريبات الأولية إلى السطح ويبرز بعضها من خلال جدار المبيض. وتقوم إحداهما أو بعضها بإضعاف الطبقات الأخرى من الجريبة التي تعاني من الإقفار وعندما يبلغ قطر الجريب 20مم يتسرب السائل الجريبي والبويضة إلى الخارج وتلتصق البويضة على السطح الخارجي للمبيض (يلاحظ أن الجريبات لا تنفجر) أما جريبات «جراف» الأخرى فتأخذ في الضمور تدريجياً، ويسبق هذه التغييرات تزايد مفاجيء في الأستروجين من أنسجة كل الجريبات مما يسبب تدفق الهرمون الملوتن (Lutenizing hormone) من النخامية لبدء التبويض.

يتم إلتقاط البويضة بواسطة قناة «فالوب» وهي ليست بعد بويضة إذ أنها مازالت تحتوي على 46 صبغي إذ يتم الإنقسام الإنتصافي بعد إختراق الحيوان المنوي وغالباً ما يتم ذلك في النهاية الوحشية لقناة «فالوب» وعندما ينتج الجسم القطبي الثاني يصبح عدد الصبغيات في نواة البويضة 23 والتي تكون مع

الصبغيات الـ 23 الموجودة بالحيوان المنوي المتمم الطبيعي للنوع المحتوي على 46 صبغي. ويصاحب عملية التبويض تغيير المخاط العنقي ليصبح أقل لزوجة ويتكون بكميات كبيرة، وتساعد هذه الظاهرة في التعرف على موعد حدوث التبويض بواسطة التغييرات التي تحدث في المخاط الذي يظهر عند مدخل المهبل. وقد يحدث في بعض الأحيان نزيف مهبلي نتيجة إنخفاض تركيزالأستروجين الذي يؤثر على البطانة الرحمية. وتوتفع درجة الحرارة القاعدية بحوالي 0.6 درجة مئوية نتيجة تأثير البروجستيرون على كل عضلات الجسم.

وهناك ما يقرب من سبعة ملايين خلية جرثومية في كل مبيض عند 15 أسبوع من الحياة داخل الرحمية ثم ينخفض هذا العدد إلى مليونين عند الولادة ونصف مليون عند البلوغ. ومن هذه الـ 500.000 بويضة الموجودة بالمبيض عند بدء الإحاضة يتم إنطلاق حوالي 400 عند التبويض أثناء دورة الحياة التناسلية أما بقية البويضات فتضمر ويكون معدل فقد البويضات هو نفسه تقريباً سواء كان التبويض حادثة أم لا. ويحدث اليأس (Menopause) عند عدم توفر الجريبات للتبويض وبالتالي عدم تكوين الأستروجين. وتقوم أنسجة سُدى المبيض بتكوين الهرمونات الذكرية أساساً والتي يتم أيض بعضها في الدهن الموجود بأطراف الجسم لتكوين الأستروجينات.

ويتم التحكم في التبويض بواسطة هرمونات المبيض بالإضافة للهرمونات الناتجة من النخامية وتحت المهاد (شكل 16).



شكل 16

المستويات الهرمونية قبل وبعد التبويض

والمجموعتان الرئيسيتان من هرمونات المبيض هما الإستروجينات والبروجستيرونات.

الإستروجينات (Oestrogens)

ويتم إنتاجها بواسطة الجريبة الآخذة في النضوج بكميات تزيد تدريجياً أثناء التبويض إلى أن تصل إلى الذروة قبل التبويض مباشرة ويتم إنتاج الإستروجينات بالأشكال التالية:

- إستراديول (Oestradiol) وهو شكل نشط.
- إسترون (Oestrone) وهو حامل نسبياً ويظهر غالباً بعد سن اليأس.
- إستريول (Oestriol) وهو محدود النشاط ولكنه يتكون بكميات كبيرة أثناء الحمل في الإنسان.

الوظائف التي تؤديها الإستروجينات هي:

- الحث على نمو المهبل والرحم وقنوات البيض (Oviduct).
- تسهيل تكوين الجريبات الأولية.
- تثبيط إفراز هرمون حث الجريبات (FSH) من المبيض.
- زيادة النشاط الانقباضي لعضلة الرحم.
- الحث على نمو الثديين مع تكاثر القنوات.
- المساعدة على تكلس العظام
- المساعدة في توزيع الدهن بالنمط الأنثوي
- المساعدة في توزيع الشعر بالنمط الأنثوي.

ويقوم سُدى المبيض بتكوين الأندروجينات(Androgens) والأندروستنيديون (Androstenedione) والتستوستيرون (Testosterone). ثم يتم تخليقها إلى الإستروجين في المبيض وطرفياً في الأنسجة الدهنية بالجسم. ويتم أيض الإستروجينات بواسطة الكبد وبالارتباط بحمض الجلوكورونيك. ويتم إخراج ما يقرب من ثلثي الإستروجينات في البول وحوالي 10٪ في البراز أما الباقي فيتم أيضه في تكوين المواد الأخرى.

البروجستيرونات (Progestogens)

يتكون هذا الهرمون بواسطة الجسم الأصفر بكميات كبيرة كل دورة بعد التبويض.

ووظائف *البروجستيرونات هي:*

1 ـ إحداث التغييرات الإفرازية بالبطانة الرحمية السابق حثها بالإستروجينات.
2 ـ زيادة نمو عضلة الرحم
3 ـ زيادة النشاط الإفرازي لقناتي «فالوب».
4 ـ زيادة الحركة بقناتي «فالوب».
5 ـ تكوين المناطق الغدّية بالثديين.

يتم تكوين البروجستيرون بواسطة سُدى المبيض بكيمات قليلة أما القدر الأكبر فيتكون من الجسم الأصفر بعد التبويض ويتم أيضه في الكبد بالتحول إلى بريجناندیول ويتم إخراج حوالي خُمس البروجستيرون المتكون بطريق البول.

الهرمونات موجهة القند النخامية:

يعتبر كلاً من هرمون حث الجريبة والهرمون الملوتن جليكوبروتينات ذائبة يتم إنتاجها بواسطة الفص الأمامي للنخامية.

ويزيد هرمون حث الجريبة في النصف الأول من الدورة وينخفض إنتاجه عندما يرتفع مستوى الإستروجين، ويتم إنتاج الهرمون الملوتن كمضغة في منتصف الدورة حيث غالباً ما يقوم بالحث على التبويض ويستطيع أداء ذلك فقط عند إكتمال نضج الجريبة بالإستروجينات.

الرحم

الوظيفة الرئيسية للرحم هي توفير كيس وقائي لحماية الجنين الآخذ في النمو وكمكان لإنغراس المشيمة لتصبح محطة التبادل مع الجنين داخل الرحم. وبعد 38 أسبوعاً يصبح الرحم هو العامل النشط المسؤول عن ولادة الجنين.

ويبطن الرحم ببطانة رحمية يتم سقوطها إذا لم يحدث إنغراس للكيسة الأريمية (Blastocyst) في الأيام الأخيرة من كل دورة طمثية ويحدث ذلك كل أربعة أسابيع من 15 إلى 45 عام من العمر بالتقريب.

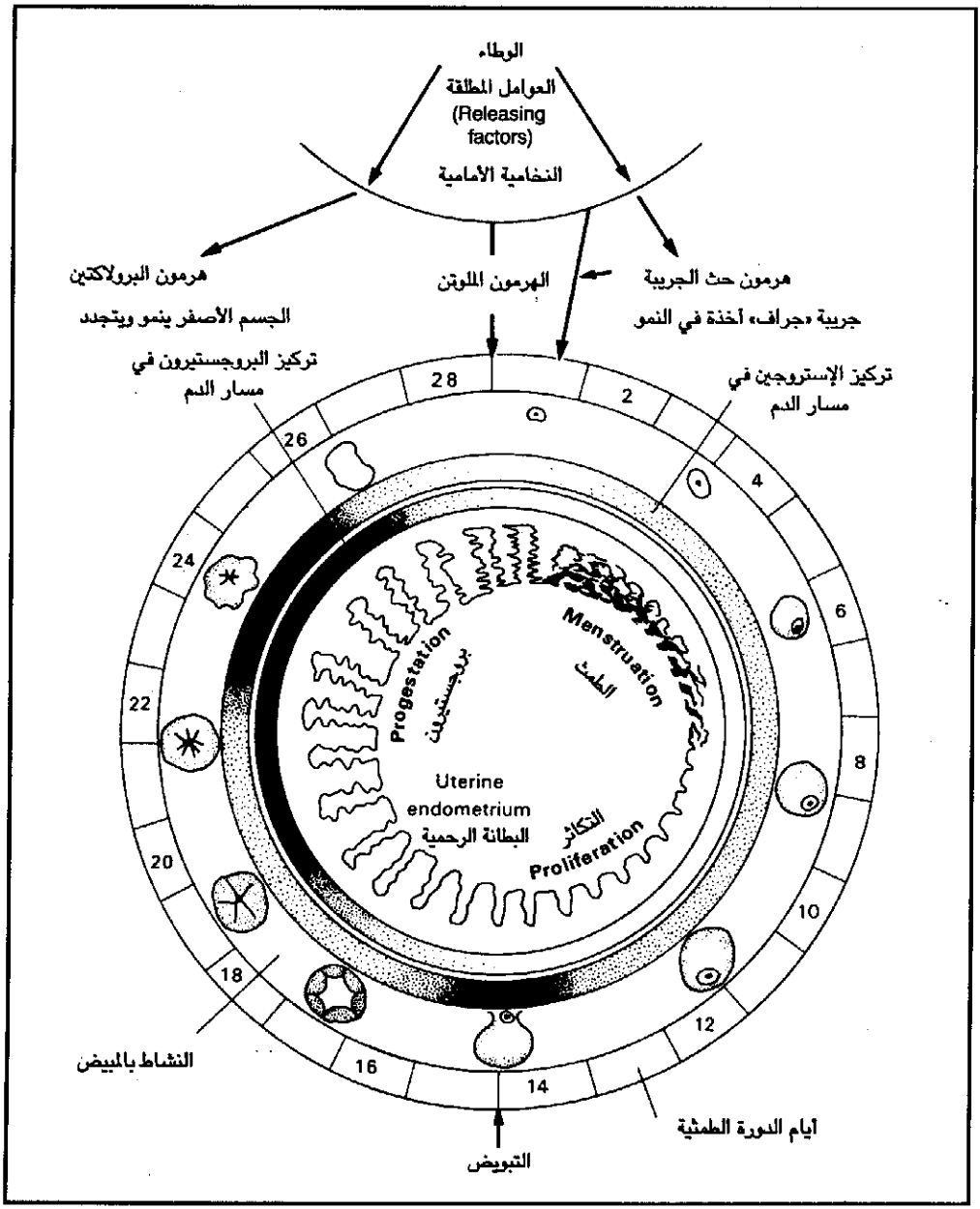
الدورة الطمثية:

يؤدي الفصل المشترك للوطاء (Hypothalamus) والنخامية الأمامية (Ant.pituitary) والمبيضين إلى تخليفة وإنتاج الإستروجين ثم الإستروجين والبروجستيرون من المبيضين ويؤدي ذلك بالتالي إلى التغييرات العديدة التي تحدث بالبطانة الرحمية مما يسبب الطمث عندما يتوقف الجسم الأصفر عند تكوين الهرمونات وتتم الأحداث الرئيسية للدورة الطمثية الطبيعية (شكل 17) إبتداء من نهاية الطمث كمايلي:

تمر البطانة الرحمية بعد نهاية الطمث بمرحلة قصيرة من السكون حيث تتكون بطانة الرحم أي الغشاء المخاطي الرحمي من غدد أنبوبية بسيطة مع سُدي دعامية تحتوي على العديد من الأوعية الدموية والتي من أهمها الشرينات الحلزونية وهي عبارة عن أوعية نهائية تحيط بالغدد. وتقع البطانة الرحمية على عضلة الرحم مباشرة حيث تكون مرتبطة بها ارتباطاً وثيقاً لدرجة تعوق إزالة الطبقة القاعدية بالمكشطة وتحتوي هذه الطبقة على النهايات الصماء للغدد الأنبوبية مما يسمح بعملية التجدد بعد الطمث أو بعد الولادة وهذه الطبقة غير ذات حساسية للتأثير الهرموني بالمقارنة بالطبقات السطحية وبالتالي تظل دون تغيير أثناء مراحل الدورة الطمثية.

أما الطبقة المتوسطة أو الإسفنجية فلها تكوين أكثر ليونة مما يساعد على الانفصال خلال هذه الطبقة عند سقوط البطانة الرحمية. وتغطي الطبقة السطحية أو الطبقة المترابطة بنسيج طلائي عمودي مهدب وتتصل هذه الخلايا مع الخلايا التي تبطن غدد البطانة الرحمية.

تصبح البطانة الرحمية في مرحلة السكون أو بعد الطمث رقيقة السمك والغدد مستقيمة والسُدى مترابط ولا وعائي. وتقوم النخامية الأمامية بإفراز هرمون حث الجريبة والهرمون الملوتن مما يؤدي إلى نمو جريبة «جراف» وإفراز الإستروجين.



شكل 17

رسم تخطيطي لتوضيح الدورة الطمثية وتنسج البطانة الرحمية

ونتيجة لذلك تدخل البطانة الرحمية المرحلة الجريبية أو التكاثرية فتنمو غدد بطانة الرحم وتصبح ملتوية بحيث تظهر بشكل متعدد كما يظهر السُدى أكثر خلوية.

وينمو الجسم الأصفر بعد التبويض تحت تأثير الهرمون الملوتن المفرز من النخامية الأمامية ويقوم بإفراز الأستروجين والبروجستيرون لتدخل البطانة الرحمية مرحلة التلوتن التي كثيراً ما تسمى بالمرحلة الإفرازية أو قبل الطمثية أو البروجستيرونية أو الساقطة الكاذبة. تكون البطانة الرحمية أثناء هذه المرحلة سميكة مخملية باهتة ويمكن تمييز طبقاتها الثلاث. ويظهر الجليكوجين في الخلايا المبطنة للغدد وأيضاً بالإفراز الذي يملأ الغدد أثناء هذه المرحلة.

فإذا ما تم تلقيح البويضة تستمر بطانة الرحم في النمو لتصبح ساقط الحمل فتتورم خلايا السُدى وتصبح الغدد قليلة نسبياً.

وإذا لم توجد البويضة الملقحة يحدث الطمث عند 14 يوماً بعد التبويض إذ يحدث عند البداية تقلص شديد في الشرينات يليه نزيف. تظهر شروخ وتشققات في البطانة الرحمية التي تمتلىء بالخلايا المستديرة ويتم سقوطها نتيجة الإنفصال خلال طبقتها الإسفنجية، ويبدأ تجدد البطانة الرحمية بسرعة لتتكرر الدورة.

ويتكون التدفق الطمثي من الدم وخلايا الدم الحمراء والبيضاء وخلايا البطانة الرحمية المنزاحة ومخاط خلايا عنق الرحم والمهبل، ولا يحتوي الطمث في الحالة الطبيعية على جلطات إلا أنه قد يتجلط بداخل التجويف الرحمي ثم تتحلل الجلطات بإنزيمات تحلل الفيبرين ليتم تدفق الدم في حالة سائلة، هذا بالإضافة إلى إنطلاق الهيبارين من الخلايا البدينة الموجودة بالبطانة الرحمية.

وتصل كمية الطمث الكاملة في الحالة الطبيعية إلى حوالي 50 مل إلا أن ذلك موضع اختلاف كبير من إمرأة إلى أخرى فالبعض يفقدن كمية قليلة تصل إلى 6 مل فقط والبعض الآخر يفقدن كمية كبيرة تصل إلى 170 مل وقد تنتج التجلطات عندما تزيد كمية الفاقد.

وتختلف الدورة الطمثية نفسها في النساء إذ أن لكل امرأة نمطها الطبيعي الخاص بها ويعتبر تباين الدورة من 21 إلى 35 يوم في حدود الطبيعي إلا أن الطمث في الأغلبية يتم كل 28 يوم مع اختلاف يومين أو ثلاثة، وتتراوح مدة التدفق في الحالة الطبيعية من 2 إلى 7 أيام حيث يكون على شكل دم واضح في البداية ثم يأخذ شكل الإفراز البني اللون.

قنـاة « فـالـوب »

تعتبر الوظيفة الرئيسية لقناة «فالوب» هي نقل الحيوان المنوي من التجويف الرحمي إلى المنطقة التي توجد بها البويضة ثم لتمر البويضة الملقحة إلى الرحم، وتقل التقلصات الذيلية لقناة «فالوب» تحت تأثير الإستروجين خلال الأيام السابقة للتبويض وقد ينعكس إتجاه التقلصات في بعض الأحيان مما يسهل مرور الحيوان المنوي عبر القناة حيث يسبح في الخبايا (Crypts) الموجودة بين الثنايا المخاطية المبطنة للقناة.

وعند اندفاع البويضة إلى خارج الجريبة تلتصق البويضة بسطح المبيض حيث تأتي أهداب القناة لتلامسه وتحيط بالمبيض ويؤدي الجذب البسيط إلى تحرك البويضة الملقحة إلى داخل القناة وبالتالي فلا يوجد عبور خلال الصفاق إذ تتجه البويضة مباشرة إلى تجويف القناة، ونتيجة للحركة التقلصية الثابتة الناتجة عن عضلية القناة والتيار الناتج من الأهداب يتحرك السائل الصفاتي بصفة مستمرة من تجويف الصفاق عبر قناة «فالوب» إلى تجويف الرحم.

وتمر البويضة الملقحة بثبات عبر قناة «فالوب» خلال 4-5 أيام حيث تنضج لتصبح كيسية أريمية وفي بعض الأصناف تبقى البويضة الملقحة لمدة يومين أو ثلاثة عند الإتصال البرزخي الأنبوري أما في الإنسان فلا توجد مثل هذه المنطقة.

وتتلقى البويضة الملقحة كل التغذية أثناء مرورها خلال قناة «فالوب» من سائل قناة البيض تحت تأثير الأستروجين ثم يزيد ذلك بدرجة كبيرة تحت تأثير البروجستيرون ويزيد تركيز عديد السكريات المخاطي وكذلك أيونات الكالسيوم اللازمة لوظيفة الخلايا العضلية.

الفرج والمهبل

والمهبل عبارة عن أنبوب مغلق طبيعياً إذ يتلاقى جداره الأمامي والخلفي ولا توجد بجداره غدد مخاطية ولذلك لا يوجد إفراز مهبلي إذ أن أي إفراز يأتي من المدخل التناسلي يكون عبارة عن ارتشاح من المهبل مختلطاً مع إفرازات الغدد المخاطية المبطنة للقناة العنقية.

وتتقارب الشفتان في الحالة الطبيعية وفي الوضع الجانبي الأيسر المفرط ومع فصل الساقين يستطيع الهواء الدخول إلى المهبل ليظل مفتوحاً ويشكل الوضع الملائم الذي يستخدم لفحص الجدار الأمامي للمهبل.

وعند وقت الجماع يحدث امتلاء وعائي للبظر وللأوعية الدموية الموجودة بالشفتان الصغيرتان وهناك العديد من نهايات الأعصاب الحسية في هذه المنطقة مما يساعد على الإستجابة للنشاط أو الحث الجنسي. وتقوم الغدد العرقية الموجودة بالشفرتان الكبيرتان بإفراز العرق كما تزيد كمية الارتشاح عبر جدار المهبل بالإضافة لزيادة إفراز المخاط من غدد «بارثولين» ويؤدي كل ذلك إلى زيادة السائل الذي يتم إفرازه وتنقبض العضلات الإرادية للفرج والمهبل وتساعد على اتساع الجزء العلوي من المهبل أثناء القبض على القضيب بالجزء السفلي من المهبل.

وتكون الاستجابة الجنسية للمرأة في أغلب الأحوال أبطأ من الاستجابة الجنسية للرجل إلا أن مستوى الاستجابة للمرأة يمكن أن يستمر لمدة أطول عن الرجل الذي غالباً ما يفقد الرغبة الجنسية بعد القذف مباشرة.

وعند نهاية الحمل يتمدد المهبل والفرج للسماح بمرور الرضيع الذي يصل محيط رأسه إلى حوالي 35 سم. ويساعد حث الإستروجين على زيادة الوعائية بينما يؤدي إرتفاع مستويات البروجستيرون إلى إرتخاء العضلات وزيادة السائل في النسيج الضام وتحدث مثل هذه التغييرات أثناء الحمل بحيث يستطيع المهبل تمرير الرضيع من خلاله ذو الحجم الطبيعي أثناء الولادة. أما العجان والجلد المغطي للعويكشة (Fourchette) والمكون من طلائية حرشفية متصففة فليس له المقدرة على التمدد ليسمح بمرور الرأس وبالتالي يكون معرضاً للتمزق.

****

الفصل الرابع

مريضة أمراض النساء

تحتاج أغلب النساء خلال حياتهن لفحص أمراض النساء في بعض الأحوال وقد يكون ذلك أثناء عمل المسح الروتيني والذي يُحث في الوقت الحالي على إجرائه لكل النساء وكذلك لوصف الأسلوب الأمثل لمنع الحمل أو للتحري عن وجود بعض أعراض معينة أو للحالات التي تم تحويلها لإستشارة طبيب أمراض النساء. وسيتم التعرض هنا لفحص أمراض النساء تحت ثلاثة عناوين أساسية هي التاريخ الطبي والفحص البدني والفحص الموضعي والإستقصاءات.

التاريخ الطبي

من الأفضل الإستفسار عنه بأسلوب مرتب حتى لا تحذف أي أعراض هامة تتعلق بالأعضاء التناسلية هذا ويفضل غالباً السؤال بأسلوب موجه لأن المرأة نفسها قد لا تكون على علم بأهمية بعض الأعراض كما أنها قد تتغاضى عن ذكر الأعراض التي سببت بعض المشاكل مثل الصعوبات التي تطرأ أثناء الزواج وسيرد فيما يلي الأسلوب الأمثل للسؤال عن التاريخ الطبي.

1 ـ ***معلومات شخصية***: الاسم والعمر وتاريخ الميلاد ومتزوجة أم عزباء أو أرملة أو مطلقة أو منفصلة والمهنة الماضية والحالية وعدد ساعات العمل وأسلوبه ومهنة الزوج.

2 ـ ***العَرَض الرئيسي***: الذي تشكو منه ومدته وتردده.

3 ـ ***التاريخ الولادي***: عدد مرات الأحمال السابقة وتواريخها وطريقة نهاية كل حمل وأسلوب أية ولادة بعد حمل مكتمل المدة والولادات المبكرة والإملاص والإجهاض والحمل المنتبذ، حدوث حمل أو ولادة أو نفاس غير طبيعي، أوزان المواليد لكل الأطفال والحالة الصحية الحالية لكل منهم.

4 ـ ***الطمث***: عمر بداية الطمث والمدة التقريبية لكل فترة والمدة اعتباراً من اليوم الأول للطمث حتى اليوم الأول للطمث التالي وتقدير كمية الفاقد وطبيعته. أي تغيير طرأ حديثاً من زيادة أو قلة وتاريخ آخر فترة وأي ألم مصاحب للطمث وعلاقته ببدء النزيف وكذلك وجود أي أعراض أخرى مصاحبة للطمث مثل القيء والإغماء والصداع.

5 ـ ***الإفراز المهبلي***: خصائص الإفراز هل مخاطي أم قيحي ولونه وكميته وقد يكون الإفراز ذو رائحة كريهة وقد يسبب تقرحاً أو تهيجاً وقد يكون دموي الصبغية.

6 ـ ***التبول***: التردد صباحاً ومساءً والإحساس بالألم أثناء التبول ورسوب البول فقد يوجد سلس بولي ملح إذا ما حدث سلس بولي أثناء الحاجة الملحة للتبول في ظروف غير مواتية، وقد يكون سلس توتري عندما يحدث السلس أثناء المجهود مثل الكحة أو الحزق.

7 ـ ***الأمعاء***: إنتظام الأمعاء واستخدام الملينات وأي الأنواع يستخدم، ووجود تاريخ للبواسير أو ألم أو صعوبة عند التبرز أو نزيف من الأمعاء.

8 ـ ***تاريخ الزواج***: أي ألم أثناء الجماع أو صعوبة في الجماع واستخدام موانع كفترة الأمان أو الجماع المتقطع.

9 ـ ***تاريخ أي أمراض شديدة أو عمليات***: ويجب أن يتضمن الاستفسار عن الدخول للمستشفى بالتواريخ والاسم والعنوان لكل مرة.

وقد يكون التقرير المكتوب من المستشفى غير مفيد خاصة بالنسبة لبعض الأعراض مثل العقم.

10ـ ***الحالة الإجتماعية***: حالة المنزل والعمل.

11 ـ ***التاريخ العائلي***: الحالة الصحية وأسباب الوفاة للأب والأم والأخوة وتاريخ أي مرض عائلي أو وراثي.

12 ـ ***العلاج السابق*** للشكوى الحالية: وكل العقاقير التي تم تناولها حديثاً خاصة المهدئات وأقراص منع الحمل والهرمونات والمضادات الحيوية.

وقد يكون الاستفسار عن تاريخ أمراض النساء يسيراً عندما تكون الشكوى مباشرة ولا يجب إهمال الأهمية النفسية للأعراض ولذا يجب توفير الوقت للمريضة

لوصف أعراضها وما تشعر به، وذلك حتى يتسنى تحديد الشكوى وهل المريضة تضخم الشكوى أم تقلل من درجتها، وفي العديد من النسوة قد توجد صعوبة في الإستفسار عن التفاصيل الدقيقة عن حياتهن وهذا يتطلب بعض التقرب والتدقيق أما النقاط الأخرى فسيرد ذكرها أثناء شرح الفحص البدني.

الفحص البدني

يتم أولاً فحص المظهر العام للمرأة؛ هل طويلة أم قصيرة؟ وهل هي زائدة الوزن أم ناقصة الوزن أم نحيفة؟ وهل تبدو متوترة أو مريضة؟.

ويتم الفحص بالترتيب لأجهزة الجسم المختلفة مع الاهتمام الخاص بالجهاز التناسلي ويجب أن تفحص الأغشية المخاطية لوجود فقر الدم كما يجب فحص الثديين في كل حالة.

وعند وجود أعراض لها علاقة بالقلب أو الرئتين مثل ضيق التنفس أو الكحة يجب فحص كلاهما جيداً بالإضافة إلى قياس ضغط الدم لكل الحالات.

فحص البطن

يجب أن تقوم المريضة بتفريغ مثانتها قبل فحص البطن والحوض ويجب كشف البطن إمتداداً من الحافة الضلعية حتى العانة أثناء إستلقاء المريضة بشكل مريح يسمح بالإسترخاء ويستخدم غطاء أو بطانية لتغطية الأماكن غير المطلوبة ويتم فحص البطن بالنظر لمعرفة أماكن التجمع الدهني أو النحافة أو تخططات الحمل وللكشف عن أي امتلاء أو أورام واضحة ثم يلي ذلك الجس السطحي لاختبار وجود أي إيلام موضعي أو تيبس، كما يتم الجس العميق للتأكد من وجود أي ورم وللبحث عن وجود تضخم في أي من الأحشاء مثل الكبد أو الطحال أو الكليتين أو الرحم أو المبيضين ويمكن القرع على البطن فإذا ما وجدت أورام بوسط البطن فستؤدي إلى أصمية القرع، وعند وجود استسقاء بالبطن يلاحظ وجود أصمية متنقلة في الجانبين مع منطقة رنانة بوسط البطن وقد يساعد التسمع (Auscultation) على تحديد الأحشاء الجوفاء مثل المعدة أو الأمعاء حيث يمكن سماع أصواتها.

فحص الحوض

يجب فحص النساء الناشطات جنسياً أو اللاتي قمن بولادة أطفال مهبلياً. وتقوم العديد من النساء غير المتزوجات واللاتي لا يمارسن الجماع بإستخدام الحشو الداخلي وذلك يتطلب عمل الفحص المهبلي برفق، ويتم الفحص من المستقيم عند وجود غشاء بكارة سليم. ويمكن عمل فحص جيد باليدين باستخدام المستقيم إلا أن وجود تقلصات بالعضلات قد يعوق الجس بدرجة كافية، ويمكن في أغلب الأحيان عمل الفحص المهبلي بإستخدام إصبع واحد وذلك لتجنب أي شعور بعدم الارتياح أو حدوث تقلص عضلي، ويتم وضع اليد الأخرى على البطن فوق الارتفاق العاني ويفضل استخدام القفازات المطاطية التي تستخدم لمرة واحدة.

ويتم فحص الفرج بالنظر لاكتشاف وجود أية تورمات أو تقرحات أو التهابات موضعية. كما يفحص بالنظر المبال لاكتشاف وجود أي التهاب أو لحيمات ويطلب من المريضة أن تكح أو أن تحزق لملاحظة وجود أي تدل أو سلس البول التوتري.

ويعتبر الفحص بالمنظار المهبلي جزءاً هاماً من فحص أمراض النساء وإذا ما تم تجنبه نظراً لصغر فتحة المهبل يعتبر الفحص غير كامل.

ويتكون المنظار ثنائي الصمامات (منظار «كاسكو» أو «برووير») من طرفين يرتبطان ببعضهما وقد تم تصميمه بأحجام مختلفة كما تم تصميمه بشكل مطاطي للاستخدام لمرة واحدة. أما منظار «سيم» أو منقار البطة فيعتبر كمبعد للجدار الخلفي للمهبل وبذلك يوضح منظر عنق الرحم وجدار المهبل الأمامي، ويتكون منظار «فرجسون» من أنبوب ليساعد على كشف عنق الرحم، ومن المهم أثناء تمرير المنظار أن تتذكر أن اتجاه المهبل هو لأعلى وللخلف وتساعد تدفئة المنظار بدرجة قليلة (وليس بشدة) على جعل الفحص أكثر يسراً وإراحة للمريضة.

وعند الرغبة في أخذ عينة للفحص من مسحة لعنق الرحم أو الإفرازات المهبلية لدراسة الخلايا فمن الأفضل تمرير المنظار قبل عمل أي فحص يدوي. وقد يتم الفحص باليدين في الوضع الظهري أو الجانبي الأيسر. وذلك طبقاً لما يفضله أطباء أمراض النساء، وفي أي الحالات يجب تجنب تعريض المريضة لغير اللازم وذلك بتغطيتها بأغطية أو بطانية خفيفة، ويمكن تزليق إصبع السبابة بعد ارتداء القفاز وإدخاله برفق إلى المهبل كما تجب ملاحظة حالة جدار المهبل ويتم جس عنق الرحم لتحديد درجة ليونته إذ أنه يكون ليناً أثناء الحمل والكشف عن وجود أي

تمزقات أو سلائل أو تقرحات، أما اليد الأخرى فيتم وضعها على أسفل البطن ليتم جس الرحم بين اليدين وذلك لتحديد حجمه ودرجة صلابته وشكله وحركته ولوجود أي أورام أو إيلام عند الضغط. ويتم الآن توجيه الإصبع الموجود بالمهبل إلى احد القبوان الوحشيان ثم إلى الآخر على أن تتابع ذلك اليد الموجودة على البطن للكشف عن وجود أي تضخم أو إيلام بالقناتين أو المبيضين، ثم يمرر الإصبع بداخل المهبل إلى القبو الخلفي للكشف عن وجود أي تورم في جيب «دوجلاس» ويتم بعد ذلك سحب الإصبع وفحصه لوجود أي نزيف أو إفرازات.

وغالباً ما يكون الفحص المستقيمي ذو فائدة في فحص أمراض النساء إلا أن بعض المريضات يعتبرنه أكثر جزء مضن من الفحص كله. ويسمح الفحص المستقيمي باستخدام اليدين بالكشف عن الرحم والقناتين والمبيضين عند استحالة إجراء الفحص المهبلي بل قد يكون من الأيسر جس الرحم المنقلب أو أي تورم في جيب «دوجلاس» أو لاكتشاف وجود أية منطقة صلبة نتيجة وجود التهاب أو أي نمو خبيث في مجاورات الرحم. كما يجب الوضع في الاعتبار احتمال وجود أي مرض بالمستقيم نفسه.

الفحص الموضعي والإستقصاءات

يتضمن فحص أمراض النساء العديد من الفحوص والإستقصاءات وسيرد فيما يلي أكثر الفحوص استخداماً.

الـــدم:

يجب قياس مستوى الهيموجلوبين قبل إجراء أية عملية مهما كانت صغيرة كما يجب قياسه كذلك في حالات غزارة الطمث والنزيف الرحمي الشديد وكاختبار روتيني في الفترة المبكرة من الحمل. ويعتبر فقر الدم واحداً من أكثر الحالات حدوثاً في النساء البالغات وباستثناء الظروف الطارئة يجب أن يتم علاج ذلك قبل إجراء الجراحة وقد يلزم إجراء عدّ الدم الكامل في بعض الحالات، هذا وقد يصاحب إضطرابات الدم إستعداد نزفي مما يستدعي إجراء عد للصفائح الدموية وسرعة النزف وسرعة التجلط وفي الزنجيات يجب عمل اختبار المنجلية وقد توجد خلة ثلاسيمية لمن هن من أصل من الشرق الأوسط أو من شواطيء البحر المتوسط

ويمكن تشخيص ذلك بالتحليل الكهربي (Electrophoresis) الذي يوضح زيادة الهيموجلوبين الجنيني (هيموجلوبين «جـ»). كما يمكن عمل الإختبارات المصلية للزهري مثل اختبار «كان» و.V.D.R.L أو اختبار التجلط الدموي للولبيات الشاحبة بشكل روتيني في الحمل وفي غير الحمل عند الارتياب في وجود المرض.

ويزيد معدل سرعة الترسيب في بعض الإلتهابات المزمنة مثل السل والأمراض الخبيثة وأثناء الحمل وعند وجود فقر الدم الشديد.

البول:

يتم إختبار البول بصفة دائمة خاصة للألبومين والسكر وعند الإرتياب في وجود إلتهاب بالمسالك البولية يتم أخذ عينة من منتصف تيار البول وإرسالها إلى المعمل للفحص المجهري وعمل مزرعة متضمنة المسح لوجود بيلة عصوية، هذا بالإضافة للاختبارات الخاصة مثل فحص الكرات البيضاء في حالات التهاب الكلوة والحويضة المزمن.

دراسة الخلايا:

تتضمن دراسة الخلايا المتقشرة (Exfoliative Cytology) في أمراض النساء الفحص المجهري للخلايا المتقشرة من طلائيات المسلك التناسلي وقد أصبح لها مدى متسع ويمكن الحصول على عينة بالسحب بممصة من القبو الخلفي للمهبل ويكشط عنق الرحم بملوق «آير» الخشبي أو بكشط جدران المهبل وتتضمن استخدامات دراسة الخلايا ما يلي:

تقييم الإفراز الهرموني للإستروجينات والبروجستيرون وتحديد التبويض مما يفيد في دراسة الاضطرابات الصماء.

تشخيص وتقييم العلاج في بعض الالتهابات مثل المشعرة المهبلية (Tri-chomonas vaginitis) وسُلاق المهبل (Vaginal Thrush)، وفي التشخيص المبكر للآفات الخبيثة وقبل الخبيثة فقد تستخدم دراسة خلايا عنق الرحم لتشخيص السرطان الموضعي أو سرطان عنق الرحم الغازي والجدير بالذكر أن سرطان عنق الرحم يمكن أن ينعدم إذا ما قامت كل امرأة تعدت 25 عاماً بعمل مسح منتظم لعنق

الرحم (الفصل 6) وقد توجد الخلايا السرطانية بالعينة المأخوذة من القبو الخلفي للمهبل سرطان بطانة الرحم أو قناة «فالوب» أو المبيض. كما يجب فحص الإفراز المهبلي تحت المجهر مباشرة للمشعرة أو المبيضات ويجب إرسال العينات إلى المعمل في وسط «ستيوارت» للإنتقال ولذلك لعمل المزيد من الفحص وعمل المزرعة وتحديد الحساسية لأي مُمْرِض (Pathogen) ينمو بالمزرعة.

الإستقصاءات المرضية الأخرى:

الهرمونات: قد يلزم قياس المستويات الهرمونية في الدم والبول في عديد من الحالات.

دهون الدم: قد يلزم قياس الكولستيرول ودهون البلازما في النساء اللاتي يتناولن أقراص منع الحمل ولمن تم لهن إزالة المبيضين والنسوة بسن اليأس وفيمن فيهن اضطرابات بالغدة الدرقية.

الفحص الهستولوجي للبطانة الرحمية ويعتبر واحداً من أهم وأفيد الاستقصاءات في حقل أمراض النساء. ويمكن أخذ عينة البطانة الرحمية بالعيادة الخارجية أو بغرفة الفحص بإستخدام مكشطة العينات أو شفاط «قابرا». وهذا يسمح بالفحص الهستولوجي لعينة من البطانة الرحمية وقد يكفي ذلك للأغراض التشخيصية كما في مثل حالات إنعدام الخصوبة. ويعتبر الكشط الكامل فحصاً لمحتويات الرحم ولذلك يفضل إجراءه في العديد من الحالات.

الاستقصاءات الأخرى

يتم عمل منظار البطن بإدخال جهاز خاص يعرف بمنظار البطن (Laparo-scope) ومجهز بإضاءة ومنظار مقرب إلى تجويف الصفاق بعد إدخال غاز إلى الصفاق باستخدام ثاني أكسيد الكربون أو أوكسيد النيتروز، ويسمح المنظار بمشاهدة الرحم والقناتين والمبيضين وكل محتويات البطن وهذا يفيد في استقصاء أسباب الألم بالحوض والعقم أو اضطرابات الغدد الصماء وفي تشخيص الأورام أو الحمل المنتبذ.

كما يمكن اختبار انفتاح القنوات (Tubal Patency Test) بحقن صبغة خلال عنق الرحم، هذا بالإضافة لإمكانية إجراء العمليات المختلفة (انظر الفصل 24)، ويماثل ذلك عملية تنظير جيب «دوجلاس» التي يتم من خلال فتحة صغيرة بالقبو الخلفي للمهبل ولكنها لا تسمح بمشاهدة أعضاء الحوض أو المحتويات الأخرى بالبطن.

يعتبر الفحص المنظاري المهبلي (Colposcopy) أحد طرق فحص عنق الرحم بالتكبير ويمكن استخدامه لدراسة خلايا عنق الرحم بالتكبير ويمكن استخدامه لدراسة خلايا عنق الرحم إذ يمكن أخذ العينات بدقة من الأماكن موضع الارتياب (انظر فصل 24).

ويعتبر تنظير الرحم (Hysteroscopy) أحد الطرق التي تسمح بمشاهدة تجويف الرحم مشاهدة مباشرة وذلك بعد أن يتم ملء التجويف بالغاز أو السائل قبل المشاهدة كما يمكن إزالة السلائل أو إجراء التعقيم بكي الفتحات الرحمية لقناتي «فالوب» ويتم اللجوء لاستقصاء الأعضاء الأخرى عند وجود أعراض تتعلق بذلك أو عند وجود صعوبة في تشخيص أمراض الحوض. ويستخدم منظار المثانة (Cystoscopy) عند وجود أعراض تتعلق بها مثل التردد وألم التبول وسلس البول التوتري أو البيلة الدموية كما يتم عمل ذلك قبل علاج بعض الحالات مثل سرطان الرحم عند وجود تشعب إلى المثانة، وفي بعض الأحيان يستخدم تصوير الحويضة الرجوعي (Retrograde Pyelography) مع منظار المثانة.

وقد يساعد تصوير الحويضة الوريدي في تشخيص أورام الحوض وفي حالات الارتياب في وجود التهاب بالمسالك البولية هذا هذا بالإضافة لفائدتها قبل عمليات الاستئصال التي تتم في الحوض مثل عملية «ڤيرتيم» لاستئصال الرحم. كما يمكن استقصاء حالة الأمعاء في حالات آلام الحوض الغير واضحة الأسباب أو عند وجود أعراض تتعلق بالمستقيم أو الشرج بالإضافة لأنه يعتبر فحصاً هاماً للرحم والمتعلقات والأجزاء جار الرحمية وقد يضيف المنظار المستقيمي بعض المعلومات، ويمكن اللجوء للمنظار السجمي عند الارتياب في وجود آفات بالجزء السفلي من الأمعاء فوق المستقيم.

وقد تساعد الحقنة الشرجية بالباريوم في التشخيص التفريقي لبعض الحالات وفي استبعاد وجود آفة بالقولون كما تساعد وجبة الباريوم عند متابعتها إلى المنطقة اللفائفية الأعورية في حالات وجود أعراض غير واضحة على الجهة اليمنى.

ويمكن تصوير الأوعية الليمفية الحوضية بحقن مادة معتمة الإشعاع إلى الأوعية الليمفية بالساق وبالتالي تقوم بتحديد التجميع الليمفي للطرف السفلي والحوض ويساعد ذلك على إكتشاف وجود ثانويات بالغدد الليمفية نتيجة لوجود ورم خبيث بالحوض.

فائق الصوت (Utlrasound):

يتزايد استخدام فائق الصوت بأساليبه المختلفة في أمراض النساء. إلا أن الفائدة الرئيسية تكون في الكشف عن أورام الحوض مثل كيسة المبيض أو الليفوم، ويمكن تفريق كيسة خبيثة من أخرى حميدة بواسطة:

1 ـ زيادة عدد الفجوات (Locules).

2 ـ زيادة سمك نسيج الفواصل مع وجود مناطق صلبة.

3 ـ إنعدام انتظام المحفظة.

وبإستخدام فائق الصوت يمكن قياس حجم الورم بدقة وتشخيص وجود أورام في المبيض الآخر كما يمكن إكتشاف الليفومات وتفريقها عن كيسات المبيض حيث يعتبر ذلك أحد المصاعب الإكلينيكية وكما يساعد فائق الصوت على مناظرة تقدم التبويض إذ يمكن الكشف عن جريبة ذات ماسح انصرافي مرتفع اعتباراً من اليوم العاشر للدورة ويمكن تحديد النمو بشكل غير متغلغل بالمسح اليومي، وعندما تصل الجريبة إلى 20 مم تكون على وشك التبويض ويكون ذلك الوقت هو الأمثل للحصول على البويضات لعمل التلقيح الصناعي كما يمكن مشاهدة جريبة «جراف» بالمبيض بعض التبويض.

ويمكن بإستخدام فائق الصوت مشاهدة رحى عدارية (Hydatidiform mole) إذ تعكس الحويصلات الموجات تاركة صورة لمجموعة من الإنعكاسات نصف الدائرية المتعددة والتي تشبه إلى حد ما الفقاعات عندما تشاهد من جانب واحد وغالباً ما ينعدم وجود الجنين، كما يمكن مشاهدة القرص الجنيني في المراحل المبكرة من الحمل اعتباراً من الأسبوع السادس بعد اليوم الأول للدورة الطمثية الأخيرة ومشاهدة الأنسجة الجنينية بعد سبعة أسابيع كما يمكن تمييز البويضة التالفة عند وجود كيس بدون جنين ويمكن إعادة المسح بعد اسبوع إذا ما استمر وجود الكيس الفارغ وعند ذلك يتم الفريغ.

ولا يلعب فائق الصوت دوراً في تشخيص الحمل المنتبذ (Ectopic preg-nancy) فقد يتم إدخال امرأة إلى المستشفى بألم أسفل البطن ونزيف مهبلي مع وجود منطقة إيلام بالحوض ويوضح فائق الصوت هذه المنطقة ككيسة منفصلة عن الرحم إلا أن الدم الطليق في جيب «دوجلاس» أكثر ترجيحاً لتشخيص الحمل المنتبذ.

التصوير بالرنين المغنطيسي:

عند تعريض الجسم لحقل مغنطيسي قوي يتم تقطيب الإلكترونات حول كل بروتون مكوناً لأيون الهيدروجين، وعند تمرير موجات الراديوم يتم دخول الطاقة إلى تردد الراديو من البروتونات المبعدة ويمكن توضيح قطاعات عرضية للجسم في سلسلة من القياسات نظراً لاختلاف تركيز أيونات الهيدروجين في الأنسجة المختلفة.

يتباين العظم جيداً مع الأنسجة اللينة التي يسهل تمييزها أيضاً من السائل ويمكن مشاهدة أورام الحوض بسهولة بهذه الطريقة كما يمكن مشاهدة تغلغل الأورام من البطانة الرحمية وعنق الرحم أو من المبيض في القطاعات العرضية المختلفة مما يساعد على تحديد درجات هذه النموات قبل التدخل الجراحي. وتتوفر أجهزة الصدى المغنطيسي في بعض المستشفيات ولكن استخدامها ينتشر تدريجياً.

****

الفصل الخامس

حـــالات الفـــرج

تعتبر هذه الحالات معقدة نسبياً نظراً لتعرض الفرج للأمراض التي قد تصيب الجلد عامة بالإضافة لبعض الأمراض الخاصة وسيتم مناقشة ذلك تحت العناوين الآتية:

1 ـ استقصاء أسباب وعلاج حكة الفرج.

2 ـ أسباب تورم الفرج.

3 ـ أسباب تقرح الفرج.

4 ـ الأمراض الخبيثة للفرج.

حَكّة الفرج

تعتبر حكة الفرج (Pruritus Vulvae) من الأعراض الشائعة ويمكن تعريفها بأنها حدوث تهيج بالفرج بدرجة تؤدي إلى الحكة. والأسباب الرئيسية لذلك هي:

- إفرازات مهبلية مهيجة خاصة تلك التي تصاحب الإصابة بالمشُعرة المهبلية أو داء المبيضات (الكانديدا) (انظر الفصل 11).
- الحكّة العامة مثل تفاعلات العقاقير واليرقان ومرض «هودجكن» والبولينا.
- أمراض الجلد التي تصيب الفرج وتتضمن الصدفية والالتهاب الجلدي الزهمي
- البيلة السكرية مثل داء السكري الذي غالباً ما يؤدي إلى الإصابة بالالتهابات الفطرية.

الطفيليات:

قد يظهر الجرب وقمل العانة على شكل تهيج فرجي وقد يؤثر داء المبيضات على جلد الفرج وقد تؤثر الفطور البشروية على المنطقة الإربية والفرج وقد تتخذ شكلاً وبائياً.

وقد تسبب الحكة الشرجية الناتجة عن الإلتهاب الفطري تهيّج الفرج، وقد تهاجر الديدان الخيطية (Entrobius Vermicularis) للأمام لتسبب حكة الفرج.

الحساسية:

قد تؤدي الحساسية لبعض العقاقير أو الكيماويات إلى حكة الفرج وهي تتضمن الصابون والمطهرات التي قد تفرط المرأة في استخدامها بهدف النظافة والتعقيم والمنظفات المستخدمة في غسيل الملابس الداخلية وموانع الحمل التي تتكون من المطاط وقد تؤدي المراهم التي تحتوي على بنزوكين وأميثوكين إلى تفاعلات شديدة، وقد يؤدي استخدام المرهم الدي يحتوي على اللانولين إلى فرط الحساسية في بعض النساء بينما يؤدي إلى ذلك مبيد الحيوانات المنوية في البعض الآخر.

حالات العوز:

قد يصاحب فقر الدم بعوز الحديد مع إلتهاب اللسان والأظافر ملعقية الشكل وتضخم الطحال حكة الفرج. كما يعتبر عوز الفيتامينات الشديد خاصة عوز فيتامين « أ » ومجموعة «ب» كما يحدث في النسوة كبار السن من أحد الأسباب الهامة، وكثيراً ما يحدث في متلازمة بعد استئصال المعدة اللاكلوريدية وحكة الفرج مع إسهال مزمن هذا بالإضافة إلى فقر الدم الخبيث.

البيلة السكرية:

تعتبر حكّة الفرج أحد الأعراض الهامة للداء السكري غير المعالج إلا أنها يمكن أن تحدث في البيلة السكرية بأي سبب آخر ويعتبر اختبار تحمل الجوكوز

(G.T.T) إحد الإستقصاءات الهامة اللازمة وغالباً ما تؤدي البيلة السكرية إلى تهيّج الفرج نتيجة الإصابة بالفطريات، وقد تحدث إصابة الفرج بالفطريات دون وجود البيلة السكرية ويستلزم لذلك العلاج بالعقاقير المبيدة للفطريات التي تؤدي إلى تحسن سريع في الحال.

الحثل الطلائي المزمن (Chronic Epithelial Dystrophy):

وتطلق هذه التسمية على حالات تنكس الفرج التي تحدث كثيراً في النساء بعد اليأس وقد يصاحب ذلك بعض التهيج والتقرح ويمكن تمييز نوعان من تلك الحالات هي: الطلوان والحزاز التصلبي الضامر.

طلوان الفرج (Leukoplakia):

يعتبر طلوان الفرج من الحالات الهامة ولكن القليلة الحدوث والتي تحدث في الفرج خاصة وهي تشبه إكلينيكياً طلوان اللسان، ويظهر طلوان الفرج على شكل زيادة في السمك وتضخم في جلد الفرج ولكنه لا يصيب المهبل وتتسبب طبقة الكيراتين المتضخمة في ظهور بقع بيضاء ومن هنا أتى الاسم وغالباً ما تنتشر الآفة لتمتد من الفرج إلى المنطقة الإربية وحول الشرج وقد تظهر بعض التشققات وتعتبر هذه الحالة قبل سرطانية إذ تميل إلى الرجوع بعد الإزالة الجراحية للفرج.

ويعقد التشخيص على أخذ عينة من الفرج حيث يظهر تزايد في السمك وزيادة في عمق طبقة الكيراتين كما تتضخم الحليمات القاعدية وتنغمس بعمق إلى الأدمة وتنتشر الكرات البيضاء بالأدمة.

الحزاز التصلبي الضامر (Lichen sclerosus vel atrophicus):

وهي حالة ضمور جلد الفرج وغالباً ما تشاهد في النساء بعد سن اليأس. وهي تختلف عن الطلوان في أنها حالة من الضمور ولا تمتد لأكثر من جلد الفرج نفسه، وعند فحص العينة تتضح رقة سمك كل طبقات الجلد ونقص طبقة الكيراتين وتسطح الحليمات القاعدية كما يوجد تغيّر زجاجي في الأدمة التي تنتشر بها الخلايا الليمفاوية (Lymphocytes).

أسباب نفسية:

وتعتبر الحالات التي لا يتضح بها أي أسباب كحالات نفسية أو عصبية إلا أن التقصي الدقيق سوف يوضح سبباً لحكّة الفرج في أكثر من 90٪ من تلك الحالات. ويجب التفريق بين الحكّة الحقيقية وتقرّح الفرج والذي يعتبر أحد الأعراض كثيرة الحدوث وتنتج غالباً عن إلتهاب المهبل وحالات العوز والضمور بعد سن اليأس.

إستقصاءات حكّة الفرج:

ويجب أن تتضمن ما يلي:

- معرفة التاريخ الطبي بعناية بما في ذلك استخدام أية مادة قد تؤدي إلى حدوث أي من أنواع الحساسية.
- الفحص الميكروبيولوجي للإفرازات المهبلية ولكشطات من جلد الفرج للآفات بما فيها الإلتهابات الفطرية.
- عد دم كامل
- اختبار الوجبة الجزيئية.
- اختبار تحمل الجلوكوز
- عينة من جلد الفرج.

العلاج:

تشعر المرأة في أغلب الأحيان بحساسية شديدة وخجل من هذه الأعراض ولذا غالباً ما تتأخر في طلب النصح وكثيراً ما يؤدي العلاج الذاتي إلى سوء الحالة ولا يجب البدء في أي علاج دون الفحص الكامل وعمل كل الإستقصاءات إذ ان أي علاج بدون تأكيد التشخيص يعني إغفال خطورة بعض الحالات مثل السرطان المبكر أو البيلة السكرية. ويمكن التوصل إلى السبب الحقيقي في كل حالة تقريباً عند عمل الإستقصاءات كاملة وقد يستعان بإخصائي الأمراض الجلدية في الحالات المتعثرة ويوجه العلاج أساساً للسبب فالحالات الباطنية مثل البيلة السكرية وفقر الدم واللاكلوريدية يجب أن تتلقى العلاج المناسب ويجب إصلاح العوز الغذائي وقد يتطلب ذلك جرعات كبيرة من الفيتامينات.

ويجب علاج الإلتهابات الفطرية بالجنطيان البنفسجي والميكوستاتين وكلوتريمازول والمبيدات الفطرية الأخرى.

وقد يستجيب الطلوان والحزاز التصلبي إلى المراهم والكريمات التي تحتوي على الهيروكورتيزون ويعتبر كريم الهيدروكورتيزون 1٪ أحد الوصفات المفيدة. وفي الحالات التي لا يظهر بها تحسن يتم اللجوء إلى الاستئصال الفرجي ويجب توفي الحيطة عند استخدام المسكنات الموضعية خاصة البنزوكين والأميثوكين نظراً لاحتمال حدوث حساسية حادة.

تورمات الفرج

هناك العديد من الحالات التي تؤدي إلى الشكوى من تورم الفرج ويمكن تقسيم هذه الحالات كما يلي:

حالات تصيب الفرج:

- ***خلقية***: وقد تكون عبارة عن تضخم البظر أو الشفرتين الصغيرتين بدرجة كبيرة مما يسبب عدم الارتياح أو التوتر وذلك يستلزم إجراء جراحة تجميلية.

- ***وعائية***: مثل تدلي الأوردة من الفرج وغالباً ما يتزايد ذلك أثناء الحمل وعند استمرارها بعد الولادة يمكن علاجها جراحياً. ومنها وذمة الفرج.

- ***كييسات*** (Cysts): وقد تحدث في البظر أو في غشاء البكارة، وكثيراً ما تتكون كييسات زهمية (Sebaceous) في جلد الفرج وقد تكون متعددة في بعض الأحيان وقد تلتهب مرة أخرى.

- ***الالتهابات والدمامل والجمرات***: وقد تصيب الفرج خاصة في المرضى بالبيلة السكرية والداء السكري.

- ***الإصابة***: قد تؤدي إصابة الفرج إلى حدوث ورم دموي والذي قد يحدث أيضاً تلقائياً بعد الولادة.

- ***القرح الأولية*** (انظر التقرح).

- ***اللقومات*** (Condylomata): وهناك ثلاثة أنواع هي اللقومات المؤنفة والمليساء المعدية و اللقومات العريضة.

- ***اللقومات المؤنفة*** (C.Acuminata) (ثولول فيروسي) وغالباً ما تكون متعددة وتؤثر على الفرج والمنطقة الشرجية وفي بعض الأحيان المهبل وعنق الرحم، وقد تظهر على شكل سويقي أو لاطيء أو أورام متفرعة تنمو عنقودياً لتتخذ شكل القرنبيط ويمكن علاج اللقومات الصغيرة بمس راتين البودوفللين 25٪. أما اللقومات الكبيرة فتتم إزالتها جراحياً بالكي الحراري تحت تأثير المخدر الكلي.

- ***المليساء المعدية*** (Molluscum Contagiosum): وتظهر على شكل ثؤلولات سرية متعددة على الفرج ويتم علاجها مثل علاج اللقومات المؤنفة.

- ***اللقومات العريضة*** (C. Lata): وتتخذ شكل أورام ثؤلولية متفلطحة القمة رمادية أرجوانية وهي أحد مظاهر الزهري الثانوي.

هذا بالإضافة للأورام الحميدة الأخرى التي تتضمن الليفوم والشحموم والحليموم والبطانوم الرحمي.

- ***أورام غدة «بارثولين»***: وأكثر هذه الأورام هي كيسة قناة «بارثولين» وخراج «بارثولين» ويظهر كلاهما على شكل أورام في أماكن غدد «بارثولين» ويكون الخراج الحاد مؤلماً وبه إيلام مع أعراض عامة وكثيراً ما ينشق الخراج تلقائياً ولكنه يميل لتكرر الحدوث.

ويجب علاج كلاً من الكييسات أو الخراريج بواسطة التوخيف (Marsupi-alization) حيث يتم إستئصال قطعة بيضاوية من الجلد المغطي للتورم وبالقرب من فتحة القناة. يتم تفريغ محتويات الكيسة أو الخراج وحياكة الحروف إلى حروف الجلد بواسطة قصابة رقيقة، ويسمح ذلك بالتفريغ الكافي كما يتم الاحتفاظ بوظيفة الغدة في العديد من الحالات. ويجب عمل مزرعة للخراج والبحث عن وجود المكورات البنية في المبال وعنق الرحم نظراً لأن بعض خراريج «بارثولين» قد تكون بسبب المكورات البنية (Gonorrhoea).

- ***أسباب مهبلية ورحمية***: قد تعاني المريضة التي تشكو من تورم بالفرج من تدلي أو من سليلة أو إنقلاب الرحم أو من كيسة مهبلية.

- ***أسباب إربية***: قد يظهر تورم المنطقة الإربية في الشفرة الكبيرة وبالتالي بالفرج وتتضمن هذه الأسباب الفتق الإربي ووجود ورم أو تدلٍ بالرباط أو قيلة قناة «نَكْ» (Nuck).

حالات تصيب المبال:

كثيراً ما يحدث لحيم المبال (Caruncle) في النساء بعد سن اليأس ويظهر ذلك على شكل تورم حاد الإيلام أحمر لامع بالقرب من الحرف الخلفي للفتحة المبالية، وتتضمن أعراضه ألم التبول ونزيف وألم أثناء وبعد الجماع والعلاج هو استئصال اللحيم بالكي الحراري.

قد يظهر تدلي المبال بشكل حاد أو مزمن ليتضمن كل المبال وليس الحرف الخلفي للفتحة المبالية وقد تشبه أعراضه هنا أعراض اللحيم المبالي فإذا كانت المراضة شديدة يتم استئصال الجزء المتدلي من المبال وإصلاحه.

وقد يظهر الرتج على شكل تورم بالفرج مع ألم التبول وتقطر البول ويتم العلاج باستئصال الرتج جراحياً.

أما سرطان المبال فهو نادر الحدوث وقد يظهر بألم التبول وألم عام ونزيف واحتباس بولي حاد في بعض الأحيان ويكون العلاج عبارة عن غرس النمو بإبر الراديوم وإزالةالغدد الليمفية الإربية أو بجراحة ممتدة تتضمن غرس الحالبين بعد استئصال المثانة والمبال.

قرح الفرج

قد تؤدي العديد من الحالات، خاصة ذات الإلتهاب، إلى تقرح الفرج وأهم تلك الحالات هي ما يلي:

التقرح المتكرر للفرج وكثيراً ما يكون ذو علاقة بالطمث وقد تصاحب ذلك تقرحات دورية بالفم؛ مرض «بهجت» (Behcet's) وسببه غير معروف ويتضمن العلاج المطهرات والهرمونات والثيتامينات وقد يساعد الكورتيزون في بعض الحالات.

أما القَرْح الأولي فيبدأ كعقيدة وسرعان ما يتحول إلى قرحة صغيرة غير مؤلمة وغالباً ما تتضخم الغدد الإربية ويتم التشخيص عند وجود الحلزونات من الكشوط باستخدام الإضاءة بخلفية مظلمة والعلاج هو علاج الزهري.

والقُريح (Chancroid) أو القرحة اللينة فتسببها عدوى عصويات «دُكريى»

(Ducrey's Bacillus) وتتكون بعد الجماع بيومين أو ثلاثة. وتسبب قرحاً عديدة حادة مؤلمة على الشفرتين والمدخل وتحاط القرح بتورم كما تتضخم الإربية وقد تتقيح ويمكن مشاهدة عصويات «دكريى» في الصديد المأخوذ من القرح أو الغدد الليمفية والعلاج يتضمن علاجاً موضعياً لتخفيف الألم والإحتقان ويعتبر السلفوناميد ذو تأثير في العديد من الحالات. وقد يكون الميكروب حساساً للستربتوميسين أو التتراسيكلين.

الحبيبوم الليمفي الإربي (Lymphogranuloma Inguinale): وينتشر بين الجنس الأسود وينتج عن فيروس وهو يبدأ كعقيدة على الفرج والتي قد تتقرح ويمتد الإلتهاب خلال الأوعية الليمفية ليؤثر على الفرج والغدد الإربية مما يؤدي إلى جسوء مع جيوب مفرزة وقد يتأثر المستقيم أيضاً مؤدياً إلى تضيق مما قد يخطأ كسرطان وتزيد الحمضات (Eosinophilia) واختبار «فري» (Frei test) الذي يتكون من حقن داخل أدمي لمستضد خاص يكون موجباً وقد يحدث تغيير سرطاني في بعض الحالات طويلة الأمد.

الحبيبوم الإربي (Granuloma Inguinale): وهو أيضاً فيروسي ويحدث أساساً في الجنس الأسود بالولايات المتحدة وجزر الهند الغربية، وهي تشبه الحبيبوم الليمفي إكلينيكياً إلا أن العقد الإربية لا تتقيح رغم تضخمها، ويعتمد التشخيص على كشف أجسام «دونوڤان» (Donovan Bodies) في الصديد المأخوذ من القرح ويتم العلاج بالسلفوناميد والستربتومايسين والتتراسيكلين إلا أن الاستجابة قد تكون غير جيدة وكثيراً ما ينتج تندب شديد.

قد يؤثر الحلأ البسيط (Herpes Simplex) على الفرج ويمتد ليؤثر على المهبل والمبال والقناة الشرجية وعنق الرحم، وينتج عن العدوى بڤيروس الحلأ الآدمي (Herpes virus hominis) وينتقل جنسياً وتبدأ الإصابة بتقشر حويصلات صغيرة تتقرح فيما بعد وتستمر الإصابة الأولى من بضعة أيام إلى شهر ويميل تكرر الإصابة بالمرض إلى الحدوث رغم انتهاء العدوى عبر شهور أو سنوات ويمكن التأكد من التشخيص بعزل فيروس الحلأ الآدمي من السائل الموجود بالحويصلات وقد يحدث التهاب سحائي أو التهاب بالمخ بصورة نادرة في البالغين وأحياناً في مواليد النساء اللاتي يحملن العدوى أثناء الحمل. ويتكون العلاج من دهان الأماكن المصابة بمحلول 5٪ من أيدوكسيريدين في ثنائي ميثيل السلفوكسيد ويجب دهان الأماكن المصابة 4 مرات يومياً لمدة أربعة أيام. كما يمكن إعطاء عقاقير ضد الفيروسات مثل أسيكلوفير (زوفيراكس) بالفم أو موضعياً.

أما آكلة الفم (Noma) فهي نادرة الحدوث الآن وهي حالة من التقرح المواتي التي تحدث في الأطفال النحفاء المصابين بالحميّات الخاصة الحادة.

كما يندر حدوث سل الفرج وغالباً ما يكون ثانوياً لسل الأمعاء ويظهر في شكلين: الشكل التضخمي الذي يتخذ شكل داء الفيل للفرج والشكل التقرحي الذي يظهر على شكل تقرحات وجيوب. ويتم العلاج باستخدام العقاقير المضادة للسل وعند وجود الإصابات الشديدة يمكن عمل استئصال بسيط للفرج.

الأمراض الخبيثة بالفرج

قد تحدث في الفرج الأمراض الخبيثة الآتية:

ظهاروم حرشفي (squamous Epithelioma)
سرطان غدي (Adenocarcinoma).
سرطان داخل طلائي (مرض «باون») (Intra - epithelial carcinoma "Bowen's disease")
القرحة القارضة (سرطان الخلية القاعدية) (Basal cell carcinoma)
ملانوم خبيث (Malignent Melanoma)
سرطان غدة «بارثولين»
سرطان المبال (انظر ما سبق).
أورام خبيثة ثانوية وهي نادراً ما تحدث وتتضمن السرطان المشيمائي.

الظهاروم الحرشفي:

وهو أكثر الأورام الخبيثة حدوثاً بالفرج رغم أنه ليس بالورم الشائع، ويحدث أساساً في كبار السن بين 50 و 80 سنة وبمعدل حدوث يصل إلى 60.

المراضة:

يظهر النمو الأولي بالشكل المميز للظهاروم الحرشفي حيث يتخذ شكل قرحة ذات حواف مرتفعة وقاعدة صلبة، وقد توجد عدة إصابات أولية إذ يتأثر أحياناً

الجانب الداخلي لكل من الشفرتين الصغيرتين مكوناً ما يعرف بسرطان القبل (Kissing Cancer) وقد يحدث النمو في البظر أيضاً.

أسلوب الإنتشار:

قد يتمد النمو بالإنتشار المباشر أو بتلامس أجزاء أخرى من الفرج فقد تصيب الجزء السفلي من المبال أو من المهبل بل وقد تمتد أيضاً إلى الشرج.

أما الإنتشار الثانوي فيتم أساساً بواسطة الأوعية الليمفية وأول مجموعة من الغدد تتعرض لذلك هي المجموعة الإربية السطحية. نظراً لغزارة التجميع الليمفي من الفرج تميل الغدد للتأثر على الجهتين. وسهل إنتشار سرطان البظر إلى الغدد الإربية والفخذية بما فيها غدة «كلوكيه» (Cloquet) الموجودة بالقناة الفخذية.

وقد يتم الإنتشار أيضاً إلى الغدد الحرقفية ثم في النهاية إلى الغدد الأبهرية. وفي الحالات التي لم يتم علاجها قد تتفكك الغدد بالمنطقة الإربية لتكون كتلة متقرحة كمئية من النمو السرطاني.

المظاهر الإكلينيكية:

يبدأ سرطان الفرج على شكل عقيدة صغيرة غالباً ما تصعب ملاحظتها بواسطة المريضة حتى تنمو في الحجم وتتقرح مؤدية إلى حدوث إفرازات ونزيف. ونظراً لأنها تميل إلى النمو على السطح الداخلي للشفرتين الصغيرتين في النساء المتقدمات في السن فقد تظل دون ملاحظة باستثناء عدم الإرتياح والتقيح حتى تصل إلى مرحلة متقدمة. والعلاقة بالطلوان غير مؤكدة فقد لوحظ في العديد من الحالات تزامل الطلوان وتهيّج الفرج مع السرطان، وتتضخم الغدد الإربية دائماً ولكن من المستحيل الجزم بأنها تحتوي على نموات ثانوية دون أخذ عينة.

التشخيص التفريقي:

يعتبر تفريق السرطان من الأسباب الأخرى لتورم الفرج أو تقرحه ومن الأورام الخبيثة الأخرى مشكلة رئيسية. وكقاعدة آمنة يجب عمل كل الإستقصاءات بما فيها أخذ عينة لكل تورمات أو تقرحات الفرج.

العلاج

يتم علاج سرطان الفرج باستئصال الفرج جذرياً (Radical Vulvectomy) ويجب أن يتضمن ذلك تشريح كل الغدد الإربية العميقة والسطحية كما يقوم بعض الجراحين بإزالة الغدد الحرقفية أيضاً. ويتم استئصال الفرج باتساع بما في ذلك كتلة النسيج المحتوي على الغدد. ويتطلب ذلك جهداً كبيراً لتغطية مساحة كبيرة من الجلد. ويمكن تعجيل الالتئام باستخدام التطعيم الجلدي (Skin grafts) في بعض الحالات. وقد يتضمن الاستئصال المتسع للنموات المتقدمة إزالة الجزء السفلي من المبال والمهبل والقناة الشرجية. وفي الحالات القابلة للجراحة أمكن تحقيق معدل شفاء 5 سنوات لحوالي 70٪. ويعتمد المصير جزئياً على تأثر الغدد الليمفية من عدمه.

العلاج الإشعاعي:

يعتبر سرطان الفرج مقاوماً للإشعاع نسبياً بينما تكون الأنسجة الطبيعية المحيطة ذات حساسية للإشعاع، ولهذا السبب لا يعتبر العلاج الإشعاعي كخط دفاع أول ضد سرطان الفرج، وقد يستخدم العلاج عالي الفولت للحالات التي عاودها المرض.

الشوكوم الغدي (Adeno - acanthoma)

وقد ترى أحياناً بالفرج وغالباً ما تكون حؤول (Metaplasia) الخلايا الحرشفية من سرطان غدي. وهي تميل إلى انخفاض الخبث ولذا يمكن علاجها بالاستئصال الموضعي الممتد.

السرطان داخل الطلائي:

وفي هذا النوع من السرطان تكون الخلايا الخبيثة محدودة بطبقة من البشرة مع انعدام الانتشار إلى الأنسجة السفلية وعدم وجود انتشار خارج المنطقة وتمتلىء الطبقة كلها بالخلايا السرطانية.

المظاهر الإكلينيكية:

قد تأتي المريضة بتهيج أو تقرّح بالفرج ويكون الشكل مثل الطلوان أو قد توجد منطقة حمراء مع حدود ساعية (Serpiginous) وقد تظل ساكنة لسنوات أو قد تتخذ شكل السرطان الغازي ويعتمد التشخيص على أخذ عينة من الفرج.

ويتم العلاج باستئصال متسع للوصول إلى حرف من الجلد السليم والطلائية السليمة.

القرحة القارضة (سرطان الخلية القاعدية)

وهي ورم نادر الحدوث بالفرج ومثل أي مكان آخر بالجسم قد تظهر على شكل قرحة محدودة دون إمتداد إلى الأنسجة التي تحتها ويتم التشخيص بأخذ عينة ويتكون العلاج من استئصال موضعي حتى حرف من الجلد الطبيعي ويمكن علاج القرحة القارضة (Rodent Ulcer) بالراديوم أيضاً.

الميلانوم الخبيث:

وهو ورم شديد الخبث ولكنه لحسن الحظ نادر الحدوث وقد يظهر على شكل عقيدة ميلانينية أو ورم سويقي والعلاج الأمثل هو الاستئصال الجذري للفرج دون أخذ عينة سابقة أما الحالات التي بها انتشار شديد فيمكن علاجها بالراديوم أو بحبيبات الذهب.

سرطان غدة «بارثولين»:

وهو ورم سرطاني نادر بالفرج وهو يتخذ شكل كتلة صلبة في منطقة الغدة ويكون أكثر صلابة مما يميزة عن كيسة «بارثولين»، ويتم العلاج بالاستئصال الجذري للفرج بتشريح الغدة على الجانبين.

****

الفصل السادس

حـــالات عنـــق الـــرحـــم

عنق الرحم هو القناة التي تصل المهبل ببرزخ وجسم الرحم حيث تمر خلاله الحيوانات المنوية ليتم التلقيح الطبيعي كما يحدث اتساعه عند الولادة ليسمح بمرور الرضيع والمشيمة.

ولعنق الرحم نوعين من النسيج الطلائي هما الطلائي العمودي (Columnar ep.) الذي يبطن القناة العنقية ويمتد إلى الغدد التي تفرز المخاط وبالحبيبات. الطلائية الحرشفية (Squamous ep.) التي تغطي الجزء المهبلي وتتصل مع طلائية المهبل نفسه.

إلتهاب عنق الرحم

قد يكون التهاب عنق الرحم حاداً أو مزمناً

التهاب عنق الرحم الحاد:

وغالباً ما يحدث نتيجة السيلان الحاد وفي حمى النفاس والالتهابات الحادة الأخرى بالمسلك التناسلي (انظر فصل 11).

التهاب عنق الرحم المزمن:

قد يتبع الالتهاب الحاد ولكنه يتخذ شكل تآكل عنقي إلا أن أغلب التآكلات العنقية لا يصاحبها التهاب.

الشتر العنقي الخارجي (Cervical Ectropion):

والشتر العنقي الخارجي هو الحالة التي تتغيب فيها الطلائية الحرشفية من جزء من عنق الرحم المهبلي، غالباً حول الفوهة الخارجية حيث تحل محلها الطلائية العمودية ومناطق متناثرة من النسيج الحبيبي وقد توجد أيضاً غدد مفرزة للمخاط.

الشتر الخارجي الخلفي: يوجد النسيج الطلائي العمودي على الجزء المهبلي من عنق الرحم في المرأة التي لم يسبق لها الولادة حيث يمكن أن يشاهد كمنطقة حمراء محددة بوضوح تحيط بالفوهة الخارجية وغالباً ما تكون بدون أعراض إلا أنها قد تظهر على شكل زيادة في الإفراز المخاطي وعندما تصاب بالالتهاب بعد الجماع قد يصبح الإفراز مخاطياً متقيحاً.

الشتر العنقي الخارجي المكتسب: قد يتكون تآكل بعنق الرحم في النساء اللاتي يتناولن أقراص منع الحمل المختلطة (C.O.C.) لاحتمال تأثير الإستروجين الذي يسبب تكاثر الطلائية العمودية.

وغالباً ما ينتج الشتر العنقي الخارجي نتيجة الولادة ولكنه يلتئم في أغلب الحالات خلال بضعة أشهر وقد ينشق عنق الرحم أثناء ا لولادة ويبدو الشتر الخارجي كمنطقة حمراء على شكل شفة وقد يصاحب تآكل عنق الرحم أو التهاب عنق الرحم المزمن تكون سليلة مخاطية.

الأعراض:

قد يوجد الشتر الخارجي لعنق الرحم أو الالتهاب المزمن بعنق الرحم بدون أعراض ولكن قد يحدث ما يلي:

إفراز مهبلي: وغالباً ما يكون مخاطياً إلا عند وجود تآكل مخموج فيصبح مخاطياً متقيحاً. وقد تنتج إفرازات منصبغة بالدم بين طمثية أو نزيف بعد الجماع ولكن يجب أن تؤدي هذه إلى الارتياب في وجود الأورام الخبيثة دائماً.

وقد يصاحب الإفرازات حدوث تهيّج وتقرّح بالفرج.

كما تتضمن الأعراض أعراض مبالية مثل التردد وألم التبول والتهاب المثانة المتكرر وقد يصاحب ذلك التهاب بمثلث المثانة نظراً للارتباط الليمفي بين عنق الرحم والمثانة.

وقد يتخذ الألم شكل الألم العجزي بأسفل الظهر أو ألم أثناء الجماع بعمق أو ألم في أي من الحفرتين الحرقفيتين.

إنعدام الخصوبة: وقد ينتج إذا أصبحت إفرازات عنق الرحم مانعة لاختراق الحيوانات المنوية (انظر فصل 17)، إلا أن تآكل عنق الرحم كثيراً ما يوجد في النساء الحوامل.

التشخيص:

يتم التشخيص بمشاهدة عنق الرحم بواسطة المنظار المهبلي حيث يظهر الشتر الخارجي على شكل منطقة حمراء مرتفعة على الجزء المهبلي، ورغم أنها لا تفرك إلا أنها قد تنزف عند ملامستها ويجب أخذ مسحة عنقية قبل البدء في أي علاج.

علاج الشتر الخارجي لعنق الرحم:

لا يحتاج الشتر العنقي الخارجي المكتشف مصادفة والذي لا يسبب أعراضاً إلى أي علاج ولكن يتم عمل دراسة خلوية سنوياً. أما الحالات ذات الأعراض مثل الإفرازات فيمكن علاجها بالكي (كي كهربي أو حراري) أو بالتبريد حيث يتم إدخال مجس إلى داخل عنق الرحم ويثلج عند -56° لمدة دقيقتين. ويمكن عمل الكي السطحي بالعيادة الخارجية. أما الكي العميق فيتطلب التخدير ويمكن عمله أثناء الجراحة مثل جراحة التوسيع والكشط (D & C) ويجب تخدير المريضة من إحتمال حدوث بعض النزيف والإفرازات بعد إجراء الكي كما يجب تحذيرها من ممارسة الجماع لمدة 10-14 يوماً.

السليلة العنقية

تعتبر السليلة العنقية (Cervical Polyp) من أكثر الأورام التي تحدث في عنق الرحم وهي غالباً ما تنشأ بداخل القناة العنقية وغالباً ما تكون حميدة، وتظهر على شكل ورم أحمر لامع ليّن متباين الحجم إذ قد يظهر بعضها عند الفرج، وهي تميل لأن تسبب إفرازات قد تكون منصبغة بالدم مع نزيف بعد الجماع.

ويتضمن العلاج أخذ مسحة عنقية وإزالة السليلة بالإمساك بها بالجفت حتي تنقطع. ويجب أن يتم عمل قطاعات نسيجية من أية سليلة تتم إزالتها وذلك لفحصها حيث يتكوّن أغلبها من غدد مفرزة للمخاط مع سُدى دعامي.

سرطان عنق الرحم

يبدأ سرطان عنق الرحم في أغلب الأحيان من الطلائية الحرشفية ولذا فهي تعتبر أساساً كسرطان حرشفي. أما نوع الخلايا العمودية فينشأ الغدد العنقية بداخل القناة العنقية حيث يعرف ذلك بالسرطان داخل العنقي وقد ينشأ ذلك أيضاً عن التغير الخبيث في سليلة مخاطية عنقية.

المسببات:

يحدث سرطان عنق الرحم في المجموعة التي يتراوح أعمارها بين 45-55 عاماً إلا أنه قد وجد أيضاً في النساء الأصغر والأكبر من ذلك وهي نادرة الحدوث في العذارى وقد افترض أن الجماع يزيد من إحتمال حدوث ذلك، كما أن الجماع منذ السن المبكرة أي في الفتيات من عمر العاشرة وتعدد المشاركة الجنسية قد يكون من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث سرطان عنق الرحم فيما بعد. كما افترض أيضاً أن الإلتهاب بفيروس الثؤلول (Wart Virus) قد يكون من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المرض وهو أكثر حدوثاً في الزنجيات ولكنه قليل الحدوث في نساء اليهود والعرب، وقد يلعب ختان الذكور والقواعد العامة للعذرية قبل الزواج وصحة الجماع دوراً في ذلك، ولذا فالمرض أكثر حدوثاً في الطبقات الاجتماعية المنخفضة حيث يلعب الوعي الصحي والنظافة دوراً. وهناك علاقة مباشرة مع الحمل إذ أن 90٪ من المريضات قد سبق لهن إنجاب أطفال ولذلك فإن إصابة عنق الرحم التي تصاحب الولادة والالتهاب المزمن لعنق الرحم قد تكون من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بسرطان عنق الرحم.

المراضة:

تتكون أغلب النموات من ظهاروم حرشفي ينشأ من الاتصال الحرشفي العمودي.

وحوالي 5٪ من الأورام عبارة عن سرطانات خلايا عمودية ناشئة من داخل القناة العنقية وقد يظهر السرطان المتغلغل بعنق الرحم كقرحة بالجزء المهبلي، وفي الحالات المتقدمة تحل محل عنق الرحم كتلة متقرحة فطرية الشكل من النمو تكون مثبتة بالأجزاء المحيطة.

وقد يكون انتشار النمو انتشاراً مباشراً حيث يمتد إلى القبوات المهبلية والمثانة وفي بعض الأحيان يمتد إلى جسم الرحم وقد ينتج عن هذا النمو سور مثاني مهبلي وقد يؤدي الإنتشار للرباط العريض إلى انسداد النهايات السفلية للحالبين بالإضافة إلى احتمال تآكل أحد الأوعية الدموية الكبيرة مما يؤدي إلى النزيف الشديد.

وقد يمتد الانتشار الليمفي إلى العقد الحرقفية والسادّة والعجزية والإربية وجار الأبهرية. أما الانتشار بطريق مسار الدم فهو يحدث في المراحل المتأخرة نسبياً وقد يؤدي إلى انتشارات ثانوية بالرئتين والعظام والأماكن الأخرى.

وقد تحدث الوفاة في كثير من الأحيان من سرطان عنق الرحم حتى إذا كان النمو محدداً داخل الحوض الحقيقي وقبل حدوث انتشارات بعيدة.

الأعراض:

تبدأ أعراض سرطان عنق الرحم عندما يصبح سطح النمو متقرحاً ولذلك فإن الأعراض تكون متأخرة في الظهور خاصة في النموات داخل العنقية، والعرض الرئيسي هو إفراز مائي ذو رائحة كريهة غالباً ومنصبغة بالدم. وقد يزيد ذلك بالملامسة بعد الجماع أو الدش المهبلي أو إدخال الحجاب المهبلي، وغالباً ما يصبح النزيف شديداً فيما بعد وبشكل مستمر فتصاب المريضة بفقر الدم بصورة سريعة، أما الأعراض البولية فقد تكون على شكل التردد البولي وقد يحدث ناسور مثاني مهبلي ويوريمية أما الألم فهو من الأعراض المتأخرة وإذا ما بدأ يصبح شديداً وغير محتمل ويمتد من الحوض وأسفل الظهر إلى الساقين وقد يحدث فقد للشهية وضعف عام أما فقدان الوزن فهو ليس قاعدة.

العلامات الجسمية:

في الحالات المبكرة يجس عنق الرحم صلباً وينزف عند ملامسته، ويتقرح عنق الرحم فيما بعد ويصبح هشاً ويمكن غرس مجس إلى أنسجته. أما في الحالات المتقدمة فيمتلىء قبو المهبل بكتلة متقرحة وتنفصل قطع من النمو على إصبع الفحص وقد يؤدي الفحص إلى حدوث نزيف شديد، وفي النموات داخل العنقية يجس عنق الرحم كبرميلي الشكل وتحتوي مسحة عنق الرحم على خلايا خبيثة واضحة.

التشخيص:

يعتمد التشخيص أساساً على أخذ عينة من عنق الرحم حيث يجب أن يتم أيضاً كشط وقطع داخل عنق الرحم. ويفضل أخذ عينة مخروطية لتتضمن كل الإتصال الحرشفي العمودي وأغلب القناة العنقية، وتتضمن الطرق الثانوية أو الجانبية للتشخيص مايلي: إختبار «شيللر» (Schiller's test) الذي يتكون من دهان عنق الرحم بمحلول يود «شيللر» (اليود جزء واحد، يوديد البوتاسيوم جزءان وماء مقطر حتى 300 جزء). عند ذلك ينصبغ عنق الرحم الطبيعي إذ يحتوي على الجليكوجين باللون البني أما المناطق غير الطبيعية فلا تنصبغ، وتكمن أهمية ذلك في تحديد مناطق عنق الرحم التي يجب أخذ عينة منها أما الاختبار نفسه فهو ليس ذو أهمية تشخيصية، وقد يستخدم فحص المنظار المهبلي (Colposcope) لمشاهدة عنق الرحم بدقة حيث يمكن تكبير عنق الرحم بدرجة كبيرة.

التشخيص التفريقي:

ويتم أساساً للتفريق عن تآكل عنق الرحم وقد يتخذ السلّ شكلاً تكاثرياً ليشبه السرطان إكلينيكياً رلا أنه نادر الحدوث ومن الأفضل أخذ عينة للفحص في كل الحالات ذات الارتياب قبل بدء العلاج.

التقسيم الدولي لمراحل سرطان عنق الرحم:

وسيتم سرد ذلك هنا ولكن ليس بالتفصيل كما يلي:

مرحلة 0 : سرطان داخل طلائي (سرطان في موضعه)، يظل النمو بداخل الطبقة الطلائية.

مرحلة 1 : سرطان محدد إكلينيكياً بعنق الرحم.

مرحلة 2 : امتد النمو إلى المهبل ولكن بالثلثين العلويين فقط أو إلى جار الرحم ولكن ليس إلى جدار الحوض.

مرحلة 3 : امتد النمو إلى الثلث السفلي من المهبل أو إلى جار الرحم بالإضافة إلى جدار الحوض الوحشي.

مرحلة 4 : إنتشار النمو إلى ما يبعد الحوض أو امتداده إلى المثانة أو إلى المستقيم وتجدر الرشارة إلى أن هذا التقسيم تقسيم إكلينيكي إذ وجد أن 20٪ من مرحلة 1 أثناء الجراحة بها انتشارات إلى العقد الليمفية.

السرطان الموضعي (Carcinoma in situ):

وهو يمثل مرحلة ما قبل التغلغل، ويتميز في البداية بوجود خلل في تنسج الخلايا المبطنة في أعمدة. ثم ترتيب الخلايا بشكل غير نمطي خلال الطبقة الطلائية والإنقسام التفتلي غير المنتظم بأنوية الخلايا الطلائية، وغالباً ما تنعدم الأعراض والعلامات الطبية إذ يتخذ عنق الرحم شكلاً طبيعياً أو يتخذ شكل تآكل بعنق الرحم. وقد يظل السرطان الموضعي غير متغلغل لعدة سنوات بل وقد يتقهقر أحياناً ويندمل. وغالباً ما يحدث في النساء الناشطات جنسياً ويندر حدوثه في العذارى وتتميز المراحل المبكرة بالتغلغل المجهري ويمكن مشاهدة عدد قليل من الخلايا السرطانية تهاجم الطبقات العميقة وهناك ريبة في احتمال وجود علاقة بين التهابات الحوض بالحلأ والسرطان الموضعي.

علاج السرطان الموضعي:

يمكن تشخيص أغلب الحالات عند وجود خلايا سرطانية مريبة أو واضحة في مسحة عنق الرحم. ومن الأفضل أن يتم فحص كل هذه الحالات بالمنظار المهبلي للتعرف على الخلايا الطلائية غير الطبيعية. كما يجب أخذ عينة مخروطية وإزالة القناة العنقية على أن يكون حرفها ماراً خلال الأنسجة الطبيعية، وفي الحالات

التي قد يبدو فيها أن كل الأنسجة غير الطبيعية قد أزيلت بالعينة المخروطية تجب متابعة المريضة بسلسة من المسحات العنقية بصورة منتظمة كما يمكن السماح بحدوث الحمل مستقبلاً وكبديل للعينة المخروطية يمكن استئصال أماكن الارتياب باستخدام شعاع الليزر مع منظار المهبل المكبر الذي يسمح بالتحكم الدقيق في تدمير الأنسجة.

أما في النساء اللاتي لا يرغبن في إنجاب أطفال بالمستقبل وفي من بهن أعراض أخرى مثل نزيف الطمث يتم استئصال الرحم كليّة مع الاحتفاظ بالمبيضين وقد يمكن إجراء الاستئصال الرحمي مهبلياً في بعض الحالات الملائمة وتجب إزالة قبو المهبل مع الرحم في كل الطرق العلاجية المستخدمة.

علاج السرطان المتغلغل:

يعتمد اختيار العلاج على عوامل عدة تتضمن العمر والحالة العامة للمريضة ومدى ونوعية الرصابة وخبرة ومصادر وتفضيل كل من طبيب أمراض النساء وطبيب الأشعة العلاجية. ومن الأفضل أن يتم إستشارة كل من طبيب أمراض النساء وطبيب الأشعة العلاجية معاً في كل الحالات لاختيار أفضل أسلوب للعلاج بعد دراسة الاعتبارات والعوامل الخاصة بكل حالة. ويجب بذل كل الجهد لتحسين الحالة العامة للمريضة فقد يتطلب فقر الدم علاجاً طويلاً كما يجب تحديد وظيفة الكلى بواسطة قياس بولينا الدم وتصوير الحويضة الوريدي وكثيراً ما يوجد التهاب بولي يتطلب العلاج.

ومن المهم عمل فحص تحت المخدر لتحديد المدى الإكلينيكي للنمو وعمل كشط وأخذ عينة. كما يجب عمل فحص مستقيمي لاستبعاد امتداد الورم إلى المستقيم نفسه كما يسهل بذلك تحديد امتداد النمو في جار المبيض أكثر من التحديد بالفحص المهبلي. ومن المهم عمل منظار المثانة لاستبعاد انتشار الورم إليها.

العلاج الإشعاعي:

وهو يعتبر أول خط هجومي لأغلب الحالات والعلاج المفضل للنموات المتقدمة أو في المريضات ذوات المخاطر. ولا يمكن استخدام ذلك إذا ما انتشر المرض إلى

المثانة نظراً لإحتمال تكوّن ناسور، ويتم وضع الراديوم بأساليب مختلفة أكثر شيوعاً هو أسلوب «ستوكهولم» أو أحد تعديلاتها إذ يتم وضع أنبوب يحتوي على 50 ملجم من الراديوم بالرحم كما يتم حشو صندوقين بيضاويين أو مفلطحين يحتويان على 60 ملجم إلى المهبل. ويجب الحرص على إعطاء أقل جرعة من الراديوم إلى المستقيم ويترك الراديوم لمدة 22 ساعة وغالباً ما يتم وضعه ثلاث مرات في الأسبوع الثاني بعد جلسة العلاج الأولي وفي الجلسة الثالثة التي تحين بعد أسبوعين من الثانية. وتلجأ العديد من مراكز العلاج الإشعاعي في الوقت الحالي إلى استخدام «السيزيم» (Caesium) وهو نظير مطلق لأشعة الجاما بنصف عمر يصل إلى حوالي 33 عام. و«السيزيم» أقل تكلفة من «الراديوم» وأكثر أمناً في الاستخدام، والبديل الآخر هو استخدام «الكاثيترون» (Cathetron) وهو عبارة عن وعاء فارغ يتم غرسه وربطه في مكانه ويتم إطلاق الإشعاع من مصادر الكوبلت الشديدة القوة ويتم وضع الجهاز في وحدة مغلقة واطلاق الإشعاع بالتحكم الآلي لتجنب المخاطر على العاملين.

وقد يستخدم «السيزيم» قبل الجراحة أو مع العالج بأشعة «إكس» على جدار الحوض الوحشي. أما الأساليب المتقدمة للإشعاع مثل الكوبلت والمنشط الذري فقد يستخدم في الحالات المتقدمة من المرض لإعطاء إشعاع على الحوض كله.

الجراحة

يلائم العلاج الجراحي كل حالات المرحلة 2,1 ويعتقد أغلب الجراحين أن أفضل النتائج يمكن الحصول عليها إذا ما أتبعت الجراحة بعلاج أولي بالإشعاع. وفي بريطانيا تعتبر عملية «ڤيرتيم» (Wertheim) لاستئصال الرحم جذرياً من البطن أفضل العمليات حيث تتم فيها إزالة الرحم والقنوات والمبايض والأربطة العريضة وجار الرحم والنصف أو الثلثين العلويين من المهبل والغدد الليمفية الموضعية وتعتبر عملية «شوتا» (Schauta) عملية مماثلة لذلك ولكن يتم إجراءها مهبلياً وتستخدم بتوسع في أوربا ولكن في القليل من المراكز ببريطانيا.

إزالة أحشاء الحوض (Pelvic Exentration):

يتم في بعض الحالات المتقدمة إجراء جراحة متسعة باعتبارها الأمل الوحيد لشفاء المريضة، وهذه الجراحة محددة للمريضات اللاتي يتمتعن بحالة صحية جيدة

فقط وبمرض ممتد إلى المثانة والمبال والنسيج الضام والعقد الليمفية الموضعية. وتتكون إزالة الأحشاء الأمامية من استئصال الرحم وملحقاته والمهبل والمثانة والمبال ويتم زرع الحالبين بالقولون أو بإحدى لفات اللفائفي التي تستخدم كمثانة بديلة تفتح على جدار البطن. أما إزالة الأحشاء الخلفية فتتم بإزالة الرحم وملحقاته والمهبل والقولون النازل والمستقيم. ويلائم ذلك النموات الخلفية التي تمتد إلى القولون والمستقيم. أما في الإزالة الكلّية فيتم إجراء كل من العمليتين معاً ويعمل بالمريضة لفائفية كمثانة وفتح قولونية.

نتائج العلاج:

ويتم أفضل تقييم بالمتابعة لخمس سنوات حيث يتضح في أغلب المراكز العلاجية أن معدل الشفاء يصل ما بين 70-80٪ للمرحلة 1 وأقل بحوالي 10٪ في حالات المرحلة 4. ويتضح من ذلك أهمية التشخيص المبكر والعلاج ومن المؤسف أن العديد من النساء لا يلجأن للعلاج إلا عندما تصبح حالة المرض متقدمة.

مضاعفات العلاج:

هناك العديد من المضاعفات التي تلي العلاج الإشعاعي أو الجراحي. فقد يؤدي العلاج الإشعاعي إلى التهاب المسالك البولية والتهاب الكلوة والحويضة الصاعد والفشل الكلوي أو إلى خراج الحوض.وقد تبين أن التهاب المستقيم بسبب الراديوم يسبب بعض المشاكل. وقد إنخفضت مخاطر استئصال «ڤيرتيم» للرحم إلى 1 أو 2٪ بين الأيدي الخبيرة، وبالإضافة إلى المضاعفات المعروفة كعملية كبيرة بالبطن فإن هناك مخاطر الناسور الحالبي التي تظهر في 8٪ من المريضات اللاتي أجريت لهن استئصالات «ڤيرتيم» الرحمي بعد العلاج الإشعاعي

العلاج الملطف (التلطيف):

عند عدم توفر أي أسلوب لشفاء المريضة من السرطان يجب عمل كل شيء يساعد على راحة المريضة أثناء أسابيعها أو أشهرها الأخيرة. ومن الرحمة حدوث الوفاة بسبب اليوريمية أو النزيف إلا أن العديد من النساء قد يعانين من الألم

الشديد غير المحتمل بالمراحل الأخيرة من المرض ولذا تستخدم المسكنات بطلاقة وبكميات كافية لتسكين الألم. وقد يستخدم حقن داخلي قرابى للكحول المطلق أسفل الفقرة القطنية الأولى لتسكين الألم لبضعة أشهر رغم احتمال حدوث سلس المثانة أو المستقيم. وقد يستخدم قطع الحبل الشوكي في بعض حالات الألم غير المحتمل وعند وجود ألم مستقيمي شديد قد يلزم عمل فتحة قولونية (Colostomy).

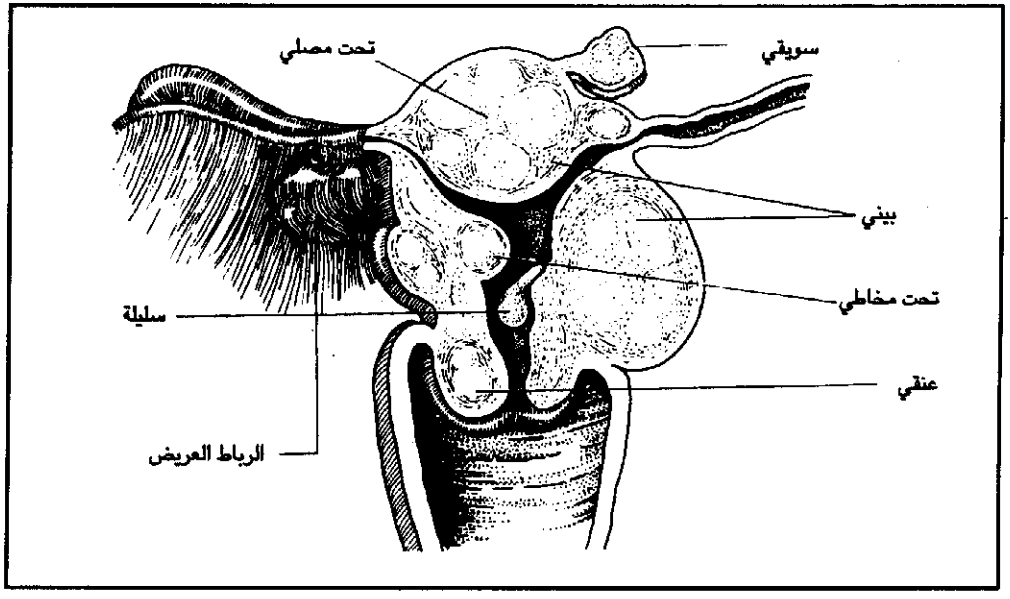
****

الفصل السابع

حـــالات جســـم الرحـــم

الليفومات الرحمية

تعتبر الليفومات الرحمية (Uterine Fibroids) (شكل 18) هي أكثر أورام الحوض شيوعاً على الإطلاق، وإطلاق اسم «الليفوم» عليها تعتبر في الحقيقة ليس من الصواب نظراً لأنها ورم عضلية الرحم ومن الأفضل وصفها بالعضلوم الرحمي (Uterine Myoma) أو العضلوم الأملس الرحمي (Leiomyoma) أو الليفو ـ عضلوم الأملس الرحمي (Fibroleiomyoma).



شكل 18
الرحم المصاب بالليفومات

المراضة:

ينشأ هذا الورم من عضلية الرحم وينمو ببطء رغم إحتمال سرعة النمو المفاجيء مع التنكس، ويتكون الورم من عضلات ملساء مع كمية متفاوتة من النسيج الضام. وتوجد محفظة كاذبة من العضلات الرحمية المحيطة المنضغطة.

ويميل نمو الورم إلى التوقف بعد سن اليأس، وقد تكون الليفومات مفردة أو متعددة فقد إزيل ما يربو عن مئتين من رحم واحد ولها قوام أكثر صلابة من أنسجة الرحم المحيطة رغم أن الليفوم المتنكس قد يكون ليّناً وكيسي القوام ويتباين حجمها من نبتة صغيرة الحجم إلى ورم يصل وزنه إلى 50 رطل أو أكثر.

وسبب الليفومات غير معروف ولكنها قليلة الحدوث قبل عمر 30 عام وتميل للحدوث في عديمات الولادة أو النساء العقيمات نسبياً. وينتشر حدوثها في الزنجيات وقد يلاحظ أحياناً حدوثها عائلياً، ولم تثبت نظرية تسببها بزيادة الإستروجين بل ولم توضح أية نظرية أخرى سبب حدوثها.

الموضع:

يمكن تقسيم الليفومات طبقاً لموضعها في الرحم إلى تحت مصلية (sub-serous) وبينية (Interstitial) وتحت مخاطية (submucous). وتقع الليفومات تحت المصلية تحت الغلالة الصفاقية مباشرة وقد تصبح سويقية نتيجة لطردها من جدار الرحم. ونادراً ما يحدث التواء للسويقة بل ونادراً ما ينفصل الليفوم تحت المصلي من الرحم ويكتسب إمداداً دموياً جديداً من المساريقا حيث يعرف بالليفوم الطفيلي (Parasitic Fibroid). وقد تنمو الليفومات تحت المصلية أيضاً بين طبقات الرباط العريض لتنمو مكوّنة ورماً خارج صفاقي ذو حجم كبير.

أما الليفومات البينية فتوجد في جدار الرحم وبالعنق أيضاً حيث يكون الليفوم مفرداً في أغلب الأحوال.

ويوجد الليفوم تحت المخاطي تحت البطانة الرحمية حيث يكون معرضاً للتقرح وقد يتم طرده مسبباً سليلة ليفية (Fibroid Polyp) قد تمر في النهاية خلال القناة العنقية.

التنكسات:

تفتقر الليفومات للأوعية الدموية إذ أنها تنمو بصورة تفوق إمدادها الدموي وقد يؤدي ذلك إلى بعض ولكن ليس التنكسات. ويشاهد التنكس الزجاجي (Hya-line Degeneration) في كل الليفومات ما عدا الصغيرة منها. وقد يحدث النخر العقيم نتيجة فقر الإمداد الدموي ويمكن بالفحص النسيجي مشاهدة الخلايا العضلية للورم مفتقدة تركيبها المميز حيث تبدو «كخلايا شبحية».

ويلي التنكس الزجاجي تنكساً كيسياً (Cystic Degeneration) حيث تتفتت الأنسجة لتكون سائل وتظهر فراغات كيسية في الورم وقد تكون الفراغات الكيسية صغيرة متراصة مثل قرص أو نخروب العسل.

التنكس المخاطي (Myxomatous degeneration): وفي هذه الحالة النادرة تتنكس ألياف الورم لتكون نسيجاً مخاطياً. التنكس الشحمي والتكلسي (Fatty deg. and Calcification): قد يؤدي النخر الجزئي إلى ظهور الدهن في نسيج الليفوم. وقد يترسب الكالسيوم في هذه المناطق الدهنية ليتكون ليفوم متكلس أو «حجر الرحم». وتظهر مثل هذه الأورام في أشعة إكس، وهي ذات أهمية في علم الآثار حيث أنها وجدت في المومياوات المصرية. كما أنها ذات أهمية في الطب الشرعي عند محاولة تدمير جثة ميت ويحدث التكلس أساساً في النساء بعد اليأس.

التنكس الشعيري (Telangiectatic d.) والوعاءوم الليمفي (Lym-phoangioma) وفي هذين النوعين من التنكس يصبح الليفوم مائلاً إلى الإحمرار وبه أوعية دموية أو أوعية لمفية.

أما التنكس الأحمر (Red deg.) أو النخر الحيوي (Necrobiosis) فيحدث غالباً أثناء منتصف الحمل أو النفاس ولكنه يمكن أن يحدث بدون الحمل عندما يوشك الطمث على الحدوث، ويظهر الورم بالعين المجردة مثل اللحم النيء الأحمر أما بالفحص النسيجي فيظهر نخراً شديداً بخلايا الورم مع تغلغل كرات الدم الحمراء بدرجة كبيرة، ومن المحتمل أن يكون سبب ذلك هو تأثر الإمداد الشرياني أو التجميع الوريدي بخثار.

التنكس الغرني (Sarcomatous Degeneration): يعتبر الغرن من الأورام التي يندر حدوثها بالرحم إلا أن أكثر الأماكن التي ينشأ منها هو الليفوم، لكن الليفومات كثيرة الحدوث والغرن نادر الحدوث ولذا فإن نسبة حدوث الغرن منخفضة جداً.

المظاهر الأكلينيكية لليفومات:

تعتمد أعراض الليفومات على حجمها وموقعها بالرحم وعلاقتها بالنسبة للتجويفي الرحمي، وقد لا تسبب الليفومات الصغيرة وبعض الليفومات الكبيرة أي أعراض إذ يتم اكتشافها أثناء الفحص الروتيني أو أثناء الحمل. والأعراض الرئيسية لليفومات هي ما يلي:

قد يمكن جس الورم بواسطة السيدة نفسها أو بواسطة الطبيب المعالج. الإحساس بالألم غير مألوف ولكنه يصبح شديداً في حالات التنكس الأحمر. قد يصاحب طرد السليلة الليمفومية ألم مغصي، وقد يؤدي التفاف الليفوم تحت المصلي إلى ألم بالبطن مع علامات طارئة حادة.

وغالباً ما تؤثر أعراض الضغط على المثانة إما بالضغط المباشر أو بانحشار كتلة الليمفومات في تجويف الحوض ولذا فقد يحدث احتباس بولي حاد وقد يكون ذلك أول الأعراض، وقد تسبب الأورام الكبيرة تدل وتورم بالساقين رغم أن ذلك قد يكون دليلاً على وجود سرطان، وقد تحدث اضطرابات هضمية مع عسر الهضم وانتفاخ البطن. وقد يؤدي الضغط على المستقيم إلى الإمساك رغم ندرة حدوث ذلك.

أما في الاضطرابات الطمثية خاصة النزيف الطمثي أي الزيادة التدريجية في مدة أيام الطمث وفي كمية الدم المفقود فقد يحدث نزيف شديد وتقصر المدة بين فترات الطمث ويؤدي فقر الدم الناتج إلى الإنهاك والخفقان وألم بالصدر. وغالباً ما يدل النزيف الرحمي الشديد غير المنتظم على وجود ليفوم تحت مخاطي أو سليلة ليفومية، ولكن ذلك قد ينتج عن مرض مضاعف مثل اعتلال الرحم النزيفي أو السرطان ولذا فقد يحدث فقر الدم بسرعة شديدة.

وقد يؤدي النزيف بداخل الليفوم إلى ألم بالبطن مع زيادة في حجم الورم، ونادراً ما يحدث التهاب في الليفوم الكيسي مع تكون خرّاج ويتحوّل الورم إلى كيس كبير من الصديد وترتفع درجة حرارة المريضة وتظهر علامات الالتهاب الحاد بالحوض.

التشخيص:

يعتمد تشخيص الليفومات على اكتشاف كتلة صلبة مستديرة أو متفصصة متصلة بالرحم، وقد يمكن جس الورم من البطن أو قد يمكن جسّه فقط بالفحص

باليدين. وغالباً لا يحدث إيلام عند ملامسة الليفوم وقد يكون متحركاًولكن الليفوم العنقي أو ليفوم الرباط العريض غالباً ما يكون مثبتاً ويمكن جس جسم الرحم مفصولاً عنه.

ويكون التشخيص التفريقي من الأسباب الأخرى للتضخم الرحمي ومن أورام الحوض الأخرى. وبالتالي يمكن إخطاء ليفوم كيسي ليّن كحمل رغم أن الضهى لا يحدث مع الليفوم بإستثناء اليأس، وقد يؤدي الانتباذ البطاني الرحمي وفرط التنسج العضلي الرحمي إلى تضخم الرحم المتساو ولكن قد يستحيل تمييز ذلك من الليفومات حتى تتم إزالة الرحم.

وقد يؤدي التضخم المزمن لقناتي «فالوب» وأورام المبيضين إلى حدوث كتل بالحوض يصعب تمييزها إكلينيكياً عن الليفومات. وقد يفيد فائق الصوت في التشخيص.

العلاج:

يكون علاج الليفومات أساساً بالجراحة ويتكوّن من استئصال الرحم أو استئصال الليفوم، ويمكن ترك الليفومات الصغيرة التي لا تسبب أعراضاً إذا ما تم تشخيصها أثناء الحمل مع وضع المريضة تحت الملاحظة. أما الأورام الآخذة في النمو أو التي يصل حجمها إلى حجم حمل 12 أسبوع فمن الأفضل إزالتها وعند الارتياب في التشخيص يجب عمل جراحة استكشافية.

الاستئصال الرحمي Hysterectomy:

يعتبر الاستئصال الرحمي هو العلاج الأمثل والعملية المفضلة في النساء اللاتي تخطى عمرهن 40 عام وفيمن لا ترغبن في إنجاب أطفال آخرين. والأفضل هو استئصال الرحم الكلي مع إزالة عنق الرحم والإبقاء على المبيضين إذا كانا صحيحين ويمكن إجراء ذلك بطريق البطن أو من المهبل. والاستئصال الرحمي من البطن هو الأسلوب الأمثل في النساء عديمات الولادة (Nulliparous) وفي حالات الأورام كبيرة الحجم وعند وجود أمراض أخرى بالحوض مثل انتباذ البطانة الرحمية والتهاب القنوات.

ويمكن الحصول على نتائج ممتازة بالاستئصال الرحمي المهبلي إذ أنها العملية المفضلة عند وجود ليفومات صغيرة مع تدلي الرحم وتعتبر هذه العملية ملائمة للنساء عديدات الولادة إذ تتميز بتجنب ندبات البطن.

إستئصال الليفوم (Myomectomy):

ويلزم ذلك في الحالات الآتية:

- عندما تكون المرأة أقل من 40 عاماً.
- عند وجود الرغبة في الإنجاب والاحتفاظ بالوظيفة الطمثية.
- عندما لا يوجد مرض بالقناتين أو المبيضين يحتمل أن يعوق أو يمنع الحمل

ويتم إجراء استئصال الليفوم خلال قطع بالبطن في أغلب الحالات رغم إمكانية عمل استئصال الليفوم مهبلياً عند وجود ليفوم تحت مخاطي مفرد خاصة إذا ما كانت بارزة من خلال عنق الرحم.

ويتم أثناء العملية تخليص الليفومات من محافظها بجدار الرحم، وينصح عامة بفتح التجويف الرحمي لاستبعاد وجود ليفوم تحت مخاطي أو سليلة بطانية، ويتم إصلاح الرحم مع العناية بالإرقاء، وقد يكون النزيف شديداً ولذا فلا يسمح بإجراء العملية حتى يتم علاج فقر الدم ويجب توفير الدم لنقله «عند اللزوم» وليس هناك مشكلة في عدد الليفومات لاستئصالها إذ قد زيل ما يربو عن مئتين في عملية واحدة إلا أن وجود ليفوم في الرباط العريض أو عنق الرحم قد يشكل بعض الصعوبات الفنية بالعملية.

وهناك إحتمال رجوع الليفومات بعد استئصالها وقد يصعب السيطرة على بعض الأعراض التي تصاحب ذلك مثل النزيف الطمثي ومن غير المنطقي إجراء عملية استئصال الليفومات دون الحصول على موافقة كتابية على الاستئصال الرحمي نظراً لاحتمال وجود بعض المصاعب التي تنشأ أثناء العملية.

علاقة الليمفومات بالولادة:

غالباً ما يصاحب الليفومات عقم إلا أن تلازم ذلك ليس كامل الوضوح. فقد يتم اكتشاف الليفومات في الرحم أثناء العملية إلا أن هناك ميول لنمو الليفومات في النساء العقيمات.

وقد تؤثر الليفومات على الحمل بعدة طرق فهناك ميل لحدوث الإجهاض والولادة المبكرة. وقد ينتج سوء المجئ بسبب انعدام تنظيم التجويف الرحمي وقد يؤدي وجود ليفوم بالقطاع السفلي من الرحم إلى إعاقة الولادة. وقد يحدث خمول رحمي أثناء الولادة بالإضافة لحدوث نزيف بعد الولادة لاحتجاز المشيمة.

وقد يحدث تنكس أحمر بالليفوم أثناء الحمل وفي أغلب الأحوال بين الأسبوع العشرين والأسبوع الثامن والعشرين من الحمل ويصاحب ذلك ألم شديد بالبطن وقئ مع ارتفاع طفيف بالحرارة، ولكن قلما يتأثر الحمل بذلك، ويعتمد التشخيص على جس ورم صلب شديد الإيلام يبدو كجزء من الرحم الحامل ولكنه يختلف عنه في القوام ويساعد فائق الصوت في تأكيد التشخيص.

ويكون التشخيص التفريقي من حالات ألم البطن الأخرى في منتصف الحمل مثل التواء الليفوم أو الأورام المبيضية والتهاب الحويضة أو التهاب الزائدة الدودية الحاد. والعلاج يكون في هذه الحالات تخفظياً بالراحة بالفراش والمسكنات والغذاء الخفيف حتى تتلاشى الأعراض في خلال بضعة أيام. ويتم إجراء عملية استكشاف البطن عند وجود ارتياب في التشخيص أو عندما لا تتلاشى الأعراض، ويجب عدم استئصال الليفوم أثناء الحمل إلا في حالة وجود ليفوم تحت مصلي سويقي، وإذا ما تم عمل قيصرية بسبب الليفومات يجب أيضاً تجنب إزالتها نظراً لتوقع حدوث نزيف شديد قد يصعب السيطرة عليه.

وتنمو الليفومات أثناء الحمل بزيادة حقيقية في الحجم جزئياً ونظراً للزيادة الوعائية والتورم. وبعد الولادة تنكمش الليفومات مع الرحم ونادراً ما يحدث تنكس أحمر أثناء النفاس.

العضال الغدي الرحمي

العضال الغدي (Adenomyosis) أو الانتباذ البطاني الرحمي (Uterine Endometriosis) هو الحالة التي توجد بها الغدد البطانية في الرحم بأماكن غير الأماكن الطبيعية أي كبطانة لتجويف الرحم، ويمكن تمييز ثلاثة أنواع:

- العضال الغدي أو الانتباذ البطاني الرحمي الداخلي حيث تتواجد البطانة الرحمية بين الألياف العضلية للرحم.

- الانتباذ البطاني الرحمي الخارجي حيث تترسب البطانة الرحمية على السطح الصفاقي.

- الانتباذ البطاني الرحمي السُدي (Stromatous Endometriosis) النادر الحدوث وهو عبارة عن حالة سرطانية بالرحم.

وعندما يُطلق لفظ الانتباذ البطاني الرحمي على الرحم فإن ذلك يعني العضال الغدي الرحمي أما عندما يحدث الورم البطاني الرحمي في عضلية الرحم فإن ذلك يعرف بالعضلوم الغدي (Adenomyoma).

المراضة:

يظهر الرحم متضخماً ككل ويبدو متليفاً، ويوضح الفحص النسيجي وجود رواسب من البطانة الرحمية بين الياف عضلية الرحم وقد يكون ذلك منتشراً أو محدوداً، ويختلف العضلوم الغدي المحدود عن الليفوم بعدم وجود محفظة، وقد تحتوي السليلة الرحمية على الياف عضلية وغدد بطانية رحمية لتكوّن سليلة غدّية عضلية، والغدد الموجودة بالانتباذ البطاني غير نشطة إذ أنها تنشأ من الطبقة القاعدية للبطانة الرحمية وقد يحدث نزيف مع الطمث ولكن في قليل من الحالات وهذا يختلف عن الانتباذ البطاني الرحمي الخارجي والذي كثيراً ما يحدث به نزيف مع الطمث مما يؤدي إلى تكون كيسات.

الأعراض:

يحدث المرض أساساً في النساء بين 30 و 40 سنة وقد يتلازم المرض مع العقم، والعرض الرئيسي هو غزارة الطمث مع التزايد التدريجي في التدفق الطمثي وكثيراً ما يحدث ألم طمثي مكتسب واحتقان قبل طمثي مع ألم بالحوض وقد يؤدي تضخم الرحم إلى الإحساس بالثقل في الحوض وتردد التبول.

العلامات الجسدية:

بالفحص يتبين تضخم الرحم وقلما يتعدى حجمه حجم الرحم في حمل 12 أسبوع ويكون الرحم متحركاً ومتضخماً ككل إلا إذا كانت هناك ليفومات بالإضافة

لذلك ويكون التشخيص التفريقي عن الأسباب الأخرى لتضخم الرحم مع أو بدون غزارة الطمث.

فالحمل يسبب ضُهى (Amenorrhoea) مع ليونة الرحم بالإضافة للعلامات الأخرى للحمل.

الليفومات: قد يصعب التمييز عن ليفوم قبوي مفرد ولكن الرحم يكون متضخماً بشكل غير منتظم في أغلب الأحوال.

فرط التنسج العضلي (Myohyperplasia) (قلة انكماش الرحم المزمنة والتليف الرحمي) مما يؤدي إلى تضخم الرحم ككل نتيجة الزيادة في النسيج العضلي دون ترسبات من البطانة الرحمية وغالباً ما يحدث ذلك في النسوة سابقات الحمل ويؤدي ذلك إلى غزارة الطمث عندما يبدأ بعد الولادة.

علاج العضال الغدي :

العلاج الباطني:

ويكون العلاج الباطني أساساً بالهرمونات ولكن لا يجب استخدامه إلا بعد أن يتم التأكد من التشخيص وطبقاً لطبيعة الآفة وقد يكون ذلك صعباً.

ويمكن استخدام الستيرويدات البروجستيرونية بجرعات متزايدة فمثلاً يستخدم نور إثيستيرون (بريمولوت ن) بدءاً بـ 10ملجم يومياً وتتزايد الجرعة حتى 40 ملجم يومياً. وقد يفضل الدانازول (الدانول) بجرعة أولى 200 ملجم يومياً وتتزايد حتى 400 ملجم بل وحتى 800 ملجم إذا لم يتم السيطرة على النزيف، ويتم إعطاء العلاج لمدة ستة أشهر وقد توجد أعراض جانبية مثل زيادة الوزن واحتجاز السوائل والنزيف الرحمي غير المنتظم.

العلاج الجراحي:

يعتبر الاستئصال الرحمي من البطن أو من المهبل هو العلاج الشافي الأكيد والعلاج الأمثل لأغلب الحالات، أما في النساء صغيرات العمر اللاتي يرغبن في الاحتفاظ بالرحم فيمكن عمل جراحة تحفظية لهن حيث يتم استئصال جزء من الرحم وإعادة إصلاحه.

رأبُ الرحم (Utriculpoplasty) :

قد تؤدي هذه العملية إلى حدوث تراجع مؤقت للأعراض ويسمح بالحمل، وتتم إزالة جزء مخروطي من الرحم ويعاد تركيب جسم الرحم.

السلائل الرحمية

ويطلق لفظ سليلة (Polyp) على الورم ذا السويقة، وهناك أنواع عدة تظهر بالرحم.

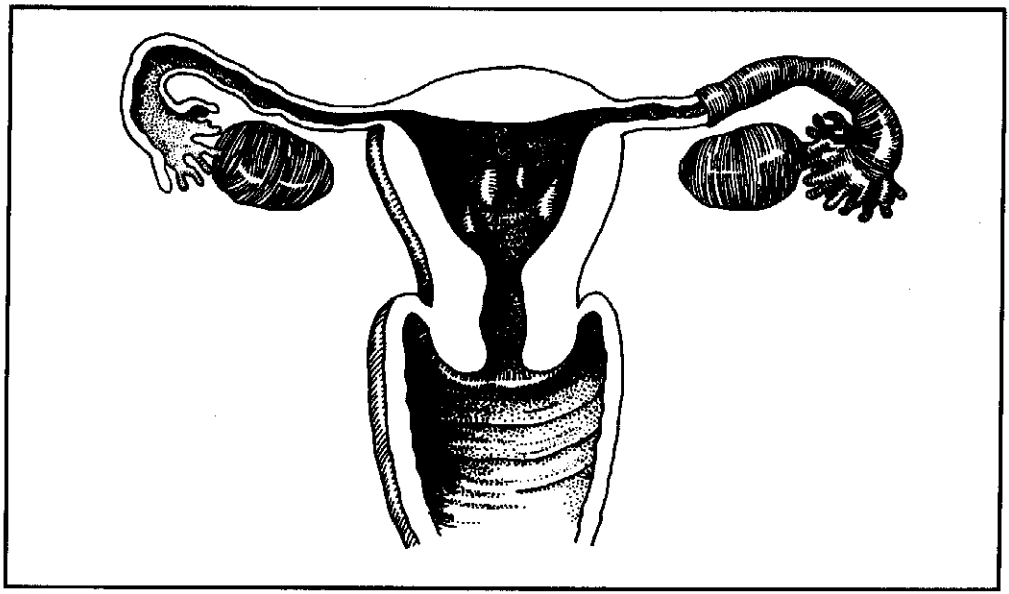
السليلة الليفومية (Fibroid Polypus):

وهي عبارة عن ليفوم (عضلوم) تم طرده بواسطة العضلية الرحمية وقد يوجد بالقناة العنقية أو بالمهبل، وكثيراً ما يحدث ألم رحمي مغصي أثناء عملية الطرد وتتسبب هذه الأورام في حدوث نزيف شديد ممتد مما يؤدي إلى فقر الدم الشديد وفي أحوال نادرة قد يحدث انقلاب قبو الرحم للداخل بشكل مزمن، ويجب وضع ذلك في الاعتبار أثناء عمل أي إجراء مع السليلة الليفومية التي تبرز إلى المهبل، ويمكن إزالة السليلة الليفومية بالقطع خلال سويقتها باستخدام المقص، أما السليلة الليفومية الموجودة بتجويف الرحم فيمكن استئصالها أو عمل استئصال رحمي.

السليلة البطانية الرحمية (Endometrial Polypus):

كثيراً ما تحدث تبارزات البطانة الرحمية لتكون سلائل ولذا فقد تكون هذه الأورام مفردة أو متعددة (شكل 19). وغالباً ما توجد عدة سلائل بطانية مع اعتلال الرحم النزيفي (Metropathia Haemorrhagica) (فرط التنسج الكيسي) (فصل 3).

والأعراض الرئيسية تكون في صورة نزيف رحمي غير منتظم أو النزف الرحمي (Metrorrhagia). ويعتمد التشخيص على استكشاف التجويف الرحمي بالملقط الإسفنجي والمكشطة، ويجب إزالة كل السلائل وإجراء فحص نسيجي لها نظراً لاحتمال حدوث تغير خبيث بها.



شكل 19
سلائل بطانية

السليلة الغدية (Adenomatous Polypus):

وهي أقل حدوثاً عن الأنواع الأخرى من السلائل الرحمية وتتخذ نفس شكل السليلة الليفومية إلا أن هذه الأورام غالباً ما تكون أكثر ليونة وتظل بداخل التجويف الرحمي ونادراً ما تبرز من خلال القناة العنقية، ويوضح فحص الأنسجة وجود عضلات رحمية مع الغدد البطانية الرحمية، وغالباً ما يتم علاجها بالاستئصال الرحمي إلا أنه يمكن إزالتها بالكشط وإذا كانت كبيرة فبالاستئصال الرحمي.

السليلة المشيمية (Placental Polypus):

ويطلق هذا على وجود قطعة من النسيج المشيمائي بداخل الرحم بعد الولادة أو الإجهاض، وتتخذ هذه القطعة شكل السليلة نتيجة الإتصال الذي يتكون مع جدار الرحم بنمو الخلايا الليفية والأوعية الدموية، وغالباً ما تكون الشكوى عبارة عن نزيف مستمر بعد الولادة أو الإجهاض ولكن في بعض الحالات لا تتضح أعراض

الحمل وتكون الشكوى الرئيسية هي النزيف، والعلاج هو إزالة السليلة وكشط الرحم وقد يصاحب هذه العملية نزيف شديد.

السليلة الخبيثة (Malignant Polypus):

قد يحدث تغير خبيث في السليلة العنقية أو البطانية مما يؤدي إلى السرطان أو في سليلة ليفومية مما يؤدي إلى الغرن، وقد يتخذ ورم الأديم المتوسط المختلط النادر شكل السليلة، وهنا تكمن أهمية الفحص النسيجي لكل السلائل الرحمية والاستقصاء لكل الحالات التي يوجد بها سلائل بعناية وحرص.

سرطان جسم الرحم

(سرطان البطانة الرحمية)

ينشأ سرطان جسم الرحم من البطانة الرحمية أو من سليلة بطانية، وهو على الأرجح أقل حدوثاً من سرطان عنق الرحم ليكوّن حوالي ثلث إلى نصف حالات سرطان الرحم ككل.

المسببات:

يحدث هذا النمو غالباً في النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 50 و 60 عاماً ويندر حدوثه في أقل من 40 عام ولكنه ليس نادراً في النساء كبيرات السن وفي أغلب الحالات يبدأ بعد سن اليأس ولكنه يميل لأن يحدث مع المراحل المتأخرة من سن اليأس وقد يستمر الطمث في النساء اللاتي يعانين من هذا المرض بعد عمر 50 عام. وقد يصاحب ذلك بطانة رحمية زائدة التأثر بالإستروجين وفرط التنسج الغدي، وقد يتلازم ذلك مع ورم مبيضي مفرز للإستروجين (متوسطوم مؤنث) (Feminizing Mesenchymoma) (فصل 8). ويرجح حدوث النزيف الشديد مع اليأس لمدة طويلة إلى حدوث سرطان فيما بعد.

وحوالي نصف النساء اللاتي يصبن بهذا المرض يكن عديمات الولادة أو عقيمات كما توجد ليفومات في حوالي 20٪ منهن، وهناك زيادة ملحوظة في نسبة حدوث المرض بالنساء ذوات البيلة السكرية والبدينات، وقد يوجد التهاب بطاني شيخوخي وتقيح بطاني، وقد يحدث المرض في النساء اللاتي يتعرضن لليأس الصناعي بالذرّة أو العلاج الإشعاعي وقد يكون تزامنهما مصادفة بعد إجراء اليأس الصناعي لعلاج حالة خبيثة مثل فرط التنسج اليأسي للبطانة الرحمية.

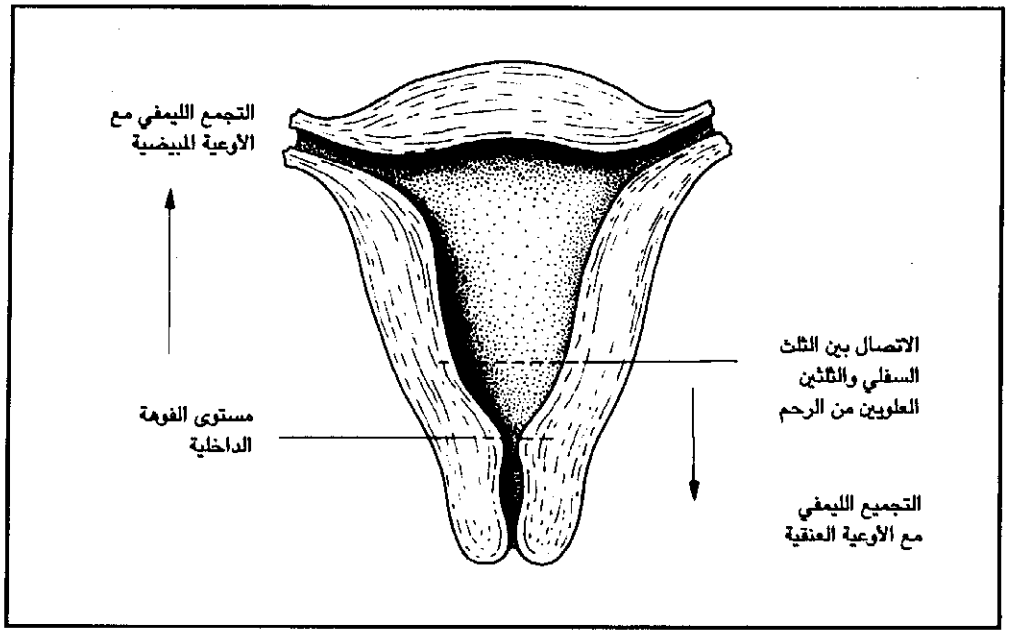
المراضة:

يتكون هذا النمو أساساً من سرطان غدّي يتفاوت من الكشم (Anaplasia) إلى التمييز الجيد والحؤول الحرشفي ليس نادراً ويوصف النمو الذي يكون حرشفياً في الأساس أو كلية بأنه شوكوم غدي وقد يكون متغلغلاً أو متكاثراً أو يكون منشأه من سليلة بطانية، وقد يحدث تقيح داخل رحمي أو نزيف داخل رحمي عندما يكون عنق الرحم ضيقاً.

وقد يحدث الانتشار بطريق مباشر فيملأ النمو تجويف الرحم ويتغلغل إلى الغلالة العضلية وقد يحدث الانتشار إلى عنق الرحم أو إلى الرباط الصفاقي العريض، وقد يمتد النمو بالإنتشار الليمفي إلى المبيضين والجزء العلوي من المهبل (شكل 20)، وقد تصاب العقد الليمفية بالانتشاربالطرق المختلفة مثل العقد جار الأبهريةعبر الأوعية الليمفية المبيضية والعقد الحرقفية عبر الأوعية الليمفية الرحمية، وقد تحمل الأوعية الليمفية الموجودة بالرباط المستدير النموات إلى العقد الإربية، وقد يحمل الانتشار بتيار الدم النموات إلى الأجزاء المختلفة من الجسم مثل الرئتين والكبد وفي الحالات المتقدمة بالعظام.

الأعراض:

غالباً ما يكون العرض الرئيسي هو النزيف الرحمي أو وجود إفرازات منصبغة بالدم. ***ويجب اعتبار اي نزيف بعد سن الياس على انه بسبب سرطان الرحم حتى يثبت العكس***، وهذه قاعدة رئيسية في أمراض النساء ***ويجب عمل استقصاءات كاملة لأية حالة بها نزيف غير منتظم بعد سن الياس***، ولا توجد علامات جسدية توضح وجود سرطان بالرحم والذي قد يحدث في رحم صغير أو كبير الحجم.



شكل 20
التجميع الليمفي لجسم الرحم

التشخيص:

يعتمد التشخيص على الفحص النسيجي لما يتم كشطه بالكشط التشخيصي ويجب الحذر من اختراق الرحم الذي قد يكون صغير الحجم وهشاً.

الخلويات:

تلعب دراسة الخلايا دوراً هاماً في التشخيص المبكر خاصة عند عمل مسح للنسوة الصحيحات واللاتي لا يشتكين من أعراض مرضية. وقد توجد الخلايا السرطانية في مسحات الخلايا المتقشرة والموجودة بالقبو الخلفي للمهبل.

ولا تعتبر دراسة الخلايا طريقة تشخيصية محددة لسرطان بطانة الرحم كما تعتبر بالنسبة لسرطان عنق الرحم.

تقسيم المراحل:

يتم التقسيم المرحلي الأكلينيكي لسرطان البطانة الرحمية (اللجنة الدولية لأمراض النساء والولادة) كما يلي:

المرحلة 0: فحص نسيجي مريب للسرطان المتغلغل ولكن غير مؤكد.

المرحلة 1: سرطان محدد جسم الرحم.

المرحلة 2: الامتداد إلى عنق الرحم.

المرحلة 3: الامتداد إلى خارج الرحم ولكن بداخل الحوض الحقيقي.

المرحلة 4: التغلغل إلى المثانة أو المستقيم أو الامتداد إلى خارج الحوض الحقيقي.

العلاج:

لسنوات عديدة خلت كان علاج سرطان البطانة الرحمية هو الإستئصال الكلي للرحم مع استئصال القناتين والمبيضين إلا أن العديد من الجراحين لم يقتنع بنتائج هذا العلاج الذي يعطي معدل الشفاء لخمس سنوات لحوالي 65٪ فقط. وقد استخدم العلاج الإشعاعي أولياً في عدة مراكز ويماثل ذلك علاج سرطان عنق الرحم بإستخدام الراديوم والسيزيوم أو «الكاثيترون» طبقاً للإمكانيات المتوفرة، ثم يلي ذلك استئصال رحمي ممتد وإزالة الجزء العلوي من المهبل وتشريح العقد الليمفية الموضعية. وكمرادف لذلك يمكن عمل إشعاع للقبو المهبلي بعد العملية لمنع الرجوع بالقبو والذي لا يندر حدوثه.

ويمكن اللجوء إلى العلاج الإشعاعي وحده في بعض الحالات مثل المرضى كبار السن أو عند وجود مرض آخر شديد مثل الانسداد التاجي.

ويبدو أن للبروجستيرونات تأثير مثبط لنمو أو لامتداد سرطان البطانة الرحمية.

ويمكن حقن ميدروكسي البروجستيرون (ديپو ـ پروڤيرا) 100ملجم كتحضير أولي للجراحة، وقد تستخدم جرعات أكبر للتسكين ولكن قد تحدث آثار جانبية، وقد

يعطي الديبو ـ بروفيرا بالحقن العضلي العميق بجرعة تتراوح بين 400 و1000 ملجم أسبوعياً، وعند حدوث استجابة جيدة يمكن خفض الجرعة إلى 400 ملجم شهرياً.

الأورام الأخرى للرحم

غرن الرحم (Sarcoma of the Uterus):

ويعتبر غرن الرحم ورم نادر يحدث إما في النساء صغيرات العمر أو بعد سن اليأس، وقد ينشأ النمو في الليفوم إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن الليفومات شائعة الحدوث بينما يندر حدوث غرن الرحم وقد ينشأ الغرن أيضاً من عضلة الرحم أو نسيجه الضام، وهناك نوع خاص هو النوع البطاني الرحمي والذي يعرف بالإنتباذ البطاني الرحمي السُدّي (Stromatous Endometriosis) وهنا يكون الرحم متضخماً ككل وتتغلغل حبال تشبه سُدى البطانة الرحمية إلى النسيج العضلي، وقد تمتد إلى الأربطة العريضة وتتغلغل إلى الأوعية الدموية والأوعية الليمفية والتي يتم جذبها مثل الخيوط عند إزالة الرحم.

وكل أنواع الغرن الرحمي شديدة الخبث والأعراض الرئيسية هي النزيف وألم البطن مع النمو السريع للرحم، والعلاج يتم بالاستئصال الرحمي مع إزالة كل من القناتين والمبيضين وغالباً ما تكون العملية متأخرة في إجراءها فتحدث الوفاة من الثانويات. إلا أنها تستحق الإجراء لتسكين الألم وتجنب النزيف. والعلاج الإشعاعي غير مُجد إلا في حالات انتباذ البطانة الرحمية السُدية.

أورام الأديم المتوسط المختلطة (Mixed Mesodermal Tumours):

وهي أورام رحمية نادرة كانت تعد كنوع من أنواع غرن الرحم، وهي تتكون من خلايا الأديم المتوسط المختلطة التي تنشأ من قنوات «موللر» وقد توجد خلايا عضلية بدائية أو النسيج المخاطومي أو الغضروف أو الغدد.

وقد تظهر على شكل نموات سلائلية قد تملأ الرحم أو تحتل عنق الرحم وقبو المهبل. ويحدث النوع الأخير في الأطفال وكان يعرف بالغرن العنقودي (Sar-coma Botyroides) أو الغرن الشبيه بالعنب نظراً لشكلها.

والأعراض والعلامات هي النزيف الذي قد يستمر مع ظهور كتلة سليلية بعنق الرحم أو المهبل مع تضخم الرحم.

والعلاج يكون جراحياً بالاستئصال الكلي للرحم أو باستئصال أحشاء الحوض في الحالات المتقدمة والأورام المهبلية، ورجوع الورم كثير الحدوث وقد يحدث انتشار بتيار الدم ولذا فمستقبل المرض سيء.

السرطان المشيمائي (Choriocarcinoma):

وهو ورم خبيث نادر بالرحم يلي الحمل إما برحى عدارية (Hydatidiform mole) أو إجهاض أو حمل مكتمل وقد تم وصفه في مضاعفات الحمل المبكر بالفصل 22.

****

الفصل الثامن

حالات المبيضين

يشكل تقسيم الأورام المبيضية بعض الصعوبات نظراً لإختلاف طبيعتها ونظراً للغموض الذي يحيط بمنشأها فبعض أسباب تضخم أو تورم المبيض لا تشكل نموات جديدة بل كيسات ممتلئة وهي تتضمن ما يلي:

الكيسات الممتلئة بالمبيض

1 ـ كيسات جريبية تتكون من جريبات «جراف» غير المزقة.

2 ـ كيسات الجسم الأصفر.

3 ـ كيسات نزفية بإستثناء إنتباذ البطانة الرحمية.

4 ـ كيسات القراب الملوتن.

5 ـ كيسات المحتويات الجرثومية.

كما قسمت أيضا النموات الجديدة بالمبيض بعد إدخال بعض التعديلات والتبسيط طبقاً للتوصيات التي قررت بواسطة المجموعة العلمية للتنسج المرضي وتقسيم الأورام المبيضية بواسطة منظمة الصحة العالمية (1963) وقد اعتمد ذلك على لجنة السرطان لأطباء النساء والولادة الدولي في 1961.

1 ـ كيسات مصلية (Serous Cystomas):

(أ) كيسة غدية حلمية مصلية «حميدة».

(ب) كيسة غدية حلمية مصلية تكاثرية، وغالباً ما تكون خبيثة.

(جـ) كيسة غدية سرطانية مصلية.

2 ـ كيسات مخاطية (Mucinous Cystoma):

(أ) كيسة مخاطية «حميدة».

(ب) كيسة غدية مخاطية تكاثرية وغالباً ما تكون خبيثة.
(جـ) كيسة غدية سرطانية مخاطية.

3 ـ **حليموم سطحي (Surface Papilloma)**:

4 ـ **سرطان حليمومي سطحي (Surface Papillary Carcinoma)**.

5 ـ **أشباه أورام البطانة الرحمية (Endometrioid Tumors)**. (أو انتباذ البطانة الرحمية. الفصل 13).

6 ـ **سرطان غدي (Adenocarcinoma)** دون إنعدام تميز التركيب.

7 ـ **سرطان غير مميز (Undifferentiated Carcinoma)**

8 ـ **ورم الكلية المتوسطة (Mesonephric)** الحميد أو الخبيث.

9 ـ **ليفوم غدي (Fibroadenoma)**.

10 ـ **ورم «برينر» (Brenner tumour)**.

11 ـ **أورام الأنسجة الرخوة (Soft tissue tumors)** غير محددة للمبيض فقط.

12 ـ **ورم غدومـاني (Adenomatoid T.)**. أو ورم المتوسطة ويحدث أيضاً في قناتي «فالوب» والرحم.

13 ـ **ورم الخلية الجرثومية (Germ Cell Tumour)**.

(أ) نتشوم (ورم إنتاشي) (Dysgerminoma).

(ب) ورم جيب الأديم الداخلي أو السرطان الجنيني (Embryonal Carcinoma).

(جـ) سرطان مشيمائي (Chorion Carcinoma) وأحياناً ما يكون أولياً بالمبيض.

(د) مسخوم صلب (Solid Teratoma).

(هـ) كيسات جلدانية (Dermoid Cysts).

(و) سلعة مبيضية (Struma Ovarii) وغالباً ما تتلازم مع مسخوم حميد.

(ي) سرطاوي (Carcinoid) (ورم أليف الفضة "Argentaffinoma").

14 ـ **أريمية القند (Gonadoblastoma)**.

15 ـ **ورم اللحمة المتوسطة** (متوسطوم "Mesenchymoma").

(أ) ورم خلايا القرابة المحببة (Granulosa - theca cell tumour).

(ب) ورم الأرومات المذكرة (Androblastoma).

(جـ) ورم اللحمة المتوسط غير محدد الخلايا.

(د) ورم الخلايا المختلطة، أرومة مخنثة أنثوية (Gynandroblastoma).

16 ـ **أورام الخـــلايا الدهنوية (Lipiod Cell Tumours)**؛ أورام الكظرية الساكنة.

17 ـ **أورام الأديم المتوسط المختلطة** وهي تشابه تلك الموجودة بالرحم.

18 ـ **أورام مبيضية نقيلية** وتنشأ من أغلب الأورام بما فيها السرطان والليمفوم وسرطان الدم وورم «كروكنبرج».

المظاهر المرضية والأكلينيكية لأورام المبيض الشائعة

الكيسات الجريبية

وهي تتكون من جريبات «جراف» غير الممزقة وغالباً ما يحتوي أي مبيض طبيعي على واحدة أو أكثر، وهي ليست سرطانية وتميل إلى الاختفاء بامتصاص السائل ونادراً ما يتعدى قطرها 5سم، وقد توجد كيسات جريبية متعددة في بعض الحالات، فيحتوي المبيض في اعتلال الرحم النزيفي على كيسات جريبية مع فرط تنسج كيسي للبطانة الرحمية، وفي متلازمة المبيض متعدد الكيسات (Polycystic Ovary) يوجد فرط تنسج لسُدى المبيض مع كيسات جريبية متعددة، ويماثل ذلك ما يحدث في مرض التكيس الصلبي للمبيض حيث تكون الغلالة البيضاء سميكة بدرجة تعوق التبويض مما يؤدي إلى تكوّن كيسات جريبية متعددة ويسمى المبيض بالمبيض ذو الكيسات الصغيرة (Small Cystic Ovary) وتبطن الكيسات الجريبية بطبقة أو أكثر من الخلايا المتحببة باستثناء الكيسات القديمة التي تتنكس فيها الطبقة المتحببة، فقد تكون هناك صعوبات في تمييز الكيسة الغدّية المصلية الصغيرة.

كيسات الجسم الأصفر:

وهي تبطن بخلايا صفراء تنشأ من الطبقة الحبيبية وقد يصل الجسم الأصفر للحمل إلى 3سم أو أكثر في القطر وقد يبدو كيسياً، وقد يظل أحياناً بعد الحمل ويصبح كيسياً مسبباً ضهى يليله النزيف وقد يحدث نزيف إلى الجسم الأصفر مما يسبب ألماً وأعراضاً وعلامات تشبه تلك التي تظهر أثناء الحمل المنتبذ (فصل 22).

الكيسات النزفية:

قد يحدث الكيس النزفي أو الدميوم المبيضي من نزيف إلى داخل جريبة «جراف» أو الجسم الأصفر، وقد تظهر الأعراض بشكل حاد مما يتطلب عمل الإستكشاف ومن المهم تمييز مثل هذه الحالة لأنها تتطلب إزالة المبيض مما قد يكون بدون داع في النساء صغيرات السن.

كيسات القريبة الصفراء (Theca Lutein Cysts):

توجد كيسات القريبة الصفراء في الرحى العدارية والسرطان المشيمائي وقد يحدث نفس التضخم بسبب حقن موجهات القند (Gonadotrophins) ويتضخم كلا المبيضين ليصل قطر كل منهما إلى 10سم أو أكثر ويحتوي على كيسات متعددة تبطن بخلايا صفراء، وفي حالة الرحى العدارية يعود المبيض إلى حالته الطبيعية بعد إزالة الرحى العدارية.

الكيسات الجرثومية الاشتمالية (Germinal Inclusion Cysts):

كيسات المحتويات الجرثومية هي عبارة عن كيسات مجهرية تتكون من نموات داخلية للطلائية الجرثومية وتتميز بوجود فراغات كيسية مجهرية في سدى المبيض وهي ليست ذات مغزى مرضي أو أكلينيكي.

النموات الجديدة

الكيسة المصلية (Serous Cystoma)

ويسمى هذا الورم «بالمصلي» نظراً لأن السائل الموجود به غني بالبروتين ويشبه مصل الدم (Serum) وتسمى حلمية أو حليمية نظراً لأنها تحتوي غالباً على نموات حلمية تتكون من لب من النسيج الضام تغطيه خلايا مكعبة تشبه تلك التي تبطن الكيسة، وفي كل الكيسات الكبيرة توجد دائماً الحليمات والتي تنمو بسرعة في بعض الحالات لتملأ الحوصلة تقريباً وتتخذ شكل الورم الصلب، وكثيراً ما

يحدث تحول خبيث كما يوجد أحياناً عدد من الكيسات على الجانبين وليس من اليسير التشخيص الهستولوجي وقد يتم التشخيص إعتماداً على المسار الاكلينيكي للحالة. وقد توجد في هذه الأورام أجسام «سَموما» (Psammoma Bodies) أو كتل صغيرة من مواد متكلسة غير معروفة المنشأ.

الكيسة المخاطية أو الكيسة الغدية المخاطية الكاذبة (Pseudomucinous Cystadenoma)

وهي أكثر النموات الجديدة الحقيقية شيوعاً بالمبيض وسميت بذلك لأن محتوياتها تتكون من سائل كثيف هو عبارة عن مخاطوم كاذب وبروتين عديد التسكر يختلف عن المخاط فقط في تفاعله مع حمض الخليك، وفي الحقيقة فالمخاط يعتبر هو الإفراز الحقيقي لبطانة هذه الأورام أما التغيير إلى مخاطوم كاذب فيحدث للإفرازات داخل الكيسية. وتعتبر الكيسة حميدة إلا أنه يقال أن التغير إلى خبيث يحدث في حوالي 5٪. وتنمو الكيسة الحميدة ببطء وقد تصل إلى حجم كبير جداً إذ أنه تمت إزالة ورم يصل وزنه إلى 328 رطلاً. وهي غالباً ما تكون متعددة المساكن وكل مسكن مبطن بطلائية عمودية طويلة قد تكون مهدبة وقد تتكاثر لتكوّن طيات حلمية ويمكن مشاهدة خلايا كأسية بين الخلايا الطلائية. ومنشأ هذه الأورام غير محدد ونظراً لتشابه الخلايا مع مخاطية داخل عنق الرحم فقد تنشأ من بقايا طلائية «موللر» بالمبيض، وكمنشأ بديل من بقايا طلائية المعي الخلفي وهي أيضاً خلايا عمودية مخاطية الإفراز تحمل إلى المبيض أثناء الحياة داخل الرحمية.

المخاطوم الصفاقي الكاذب (Pseudomyxoma Peritonii):

وهي حالة نادرة بينما الأورام المخاطية الكاذبة أكثر شيوعاً. قد يحدث ذلك عندما تتسرب وتنتشر محتويات الكيس إلى تجويف الصفاق، تتكاثر الخلايا الطلائية المبطنة للكيسة وتؤدي إلى استسقاء مخاطي كاذب حيث يمتلئ كل تجويف الصفاق بمادة مخاطية كثيفة. وقد تنشأ هذه الحالة أيضاً من القيلة المخاطية بالزائدة الدودية ولذا فيمكن حدوثها بالذكور والإناث.

سرطان المبيض:

برغم أن سرطان المبيض الأولي هو أقل حدوثاً من سرطان الرحم إلا أنه يشكل سبباً هاماً من أسباب الوفيات في النساء وطبقاً لبعض التقارير فهناك نحو 2000 وفاة سنوياً من سرطان المبيض في بريطانيا وويلز، وقد يكون سرطان المبيض كيسياً ناشئاً في الغالب من كيسة حميدة أو صلبة، وقد يكون السرطان الصلب حلمياً أو سرطاناً غدياً أو سرطاناً غير متميز أو قد ينشأ في أحد الأورام المبيضية الخاصة مثل ورم الخلية المحببة أو النتشوم

إنتشار سرطان المبيض:

يعتبر طريق إنتشار المبيض أساساً إلى تجويف الصفاق عامة وإلى الثرب الكبير وصفاق جيب «دوجلاس» بصفة خاصة، وكثيراً ما يحدث استسقاء وغالباً ما تكون الأورام الخبيثة موجودة على الجهتين، ويؤدي الانتشار بالأوعية الليمفية إلى تأثر الغدد الأبهرية والانتشار بدرجة أكبر يؤدي إلى تأثر الغدد فوق الترقوية، أما الانتشار الدموي فهو غير مألوف وتحدث الوفاة من المضاعفات الناتجة من الثانويات الصفاقية الكثيفة (جدول 2).

الليفوم الغدي والليفوم بالمبيض:

وهو ورم حميد يشكل حوالي 3٪ من أورام المبيض، وقد ينشأ من النسيج الضام بسُدى المبيض وهو ورم صلب عديم المحفظة قد يوجد على الجهتين وقد ينمو إلى حجم رأس الجنين، وتنضغط أنسجة المبيض الطبيعية ولكن الورم لا يتخللها ويوضح الفحص النسيجي تكوّن هذا الورم الحميد من نسيج ضام ليفي يشبه سُدى المبيض ومن مظاهر هذه الأورام تلازمها مع الاستسقاء وفي أحيان نادرة مع قيلة صدرية وقيلة تامورية ويعرف هذا التلازم بمتلازمة «ميج» وقد يحدث أيضاً مع ورم «برينر» أو ورم الخلايا المحببة أو الخلايا القريبية. وعند إزالة الورم تختفي الارتشاحات من التجاويف المصلية.

جدول 2: تقسيم مراحل سرطان المبيض الأولى

مرحلة	I.	النمو محدد بالمبيض
	I. أ	النمو محدد بمبيض واحد ولا يوجد استسقاء (1) المحفظة متمزقة (2) المحفظة غير متمزقة
	I. ب	النمو محدد بكلا المبيضين ولا يوجد استسقاء (1) المحفظة متمزقة (2) المحفظة غير متمزقة.
	I. جـ	النمو محدد بمبيض واحد أو بالمبيضين ويوجد استسقاء وخلايا خبيثة بالسائل (1) المحفظة متمزقة (2) المحفظة غير متمزقة
مرحلة	II	يتضمن النمو مبيضاً واحداً أو المبيضين مع امتداد للحوض.
	II. أ	إمتداد أو نقيلات للرحم و/أو القنوات و/أو المبيض الآخر
	II. ب	التغلغل إلى الأنسجة الأخرى للحوض.
مرحلة	III	النمو يتضمن مبيضاً واحداً أو المبيضين مع نقيلات متسعة داخل الصفاق.
مرحلة	IV	النمو يتضمن مبيضاً واحداً أو المبيضين مع نقيلات بعيدة
نوعيـــة خاصة		حالات غير مكتشفة والتي يعتقد أنها سرطان مبيضي

ورم «برينر»:

وهو ورم نادر يحدث غالباً في النساء بعد سن اليأس وغالباً ما يكتشف مصادفة عند تشريح الجثث (Autopsy) نظراً لبقاؤه لمدة بحجم صغير وبدون أعراض، وهو يظهر بشكلين رئيسيين: الشكل الصلب ويتكون من أعشاش من الخلايا الطلائية التي تشبه الطلائية الأنتقالية وهي محاطة بنسيج ليفي كثيف، الشكل الكيسي وينتج عندما تتكون تجاويف بالأعشاش الطلائية في هذا الشكل قد يتبع الكيسة الغدية المخاطية الكاذبة إذ قد يظهر المخاط الكاذب في المناطق المتكيسة، وقد توجد أورام «برينر» في الكيسة الغدية المخاطية الكاذبة، وقدتحدث متلازمة «ميج».

الكليوم المتوسط:

وهو ورم غير شائع يتميز بوجود مكونات كبيبية ونبيبات يُبطن بخلايا مسمارية الشكل وقد يكون الورم حميداً أو خبيثاً ويوجد في كل الأعمار وليس فقط بالمبيض ولكن أيضاً بعنق الرحم والمهبل والرباط العريض أي عبر خط قناة الكلية المتوسطة.

أورام الخلية الجرثومية:

وتضم هذه المجموعة أورام الخلايا الجرثومية البدائية وأكثرها هي النتشوم والمنيوم (Seminoma) وتنشأ هذه الأورام النادرة من الخلايا الجنسية البدائية غير المتميزة حيث توجد أورام متماثلة نسيجياً على شكل نتشوم بالمبيض ومنيوم بالخصية، وهي تتكون من خلايا طلائية مرتبة في أسناخ (Alveoli) مفصولة بحواجز من النسيج الليفي تتخللها خلايا مستديرة تشبه الخلايا الليمفاوية (Lym-phoctes)، وتكون الخلايا الطلائية كبيرة ومستديرة أو متعددة الأضلاع وتشبه الخلايا النطفية. وقد تحدث هذه الأورام في صغار العمر وهناك احتمال التحول إلى الخباثة في كلا الجنسين ويقال أنها تحدث في الأشخاص ذوي الغدد التناسلية الرضيعية وفي الذكور ذوي الخصي غير النازلة إلا أن الورم يحدث أيضاً في الأشخاص ذوي الحالة الطبيعية. ومن المظاهر الأخرى تلازم زيادة إخراج موجهة القند بدرجة تؤدي إلى إيجابية اختبار الحمل. وقد يحدث ورم جيب الأديم الباطن أو السرطان الجنيني مع النتشوم، وتتضمن هذه المجموعة أيضاً السرطان المشيمائي الأولي أو المشيمائي الطلائومي بالمبيض، وغالباً ما يحدث السرطان المشيمائي بالرحم بعد الحمل أو الرحى العدارية ولكن في أحيان نادرة يكون الورم أولياً في المبيض إلا أن الامتداد الثانوي إلى المبيض من النمو الرحمي هو أكثر حدوثاً.

أما المسخوم الصلب فهو ورم مبيضي يندر حدوثه وغالباً ما يكون صلباً ويحتوي على العديد من الأنسجة البدائية من أديم ظاهر وأديم متوسط وأديم باطن وتتمثل كلها في صورة كتل من الخلايا الجنينية لكل الأنواع بشكل نسيجي شاذ، وهذا الورم شديد الخبث وقد توجد أورام تشابه ذلك في الخصية والمنصف والمنطقة الكلوية.

المسخوم الجلداني أو الحميد:

وهو ورم شائع من أورام المبيض إذ يشكل حوالي 15٪ من كل أورام المبيض ويحدث أساساً بين 20 و40 عام من العمر إذ أنه أكثر الأورام شيوعاً في هذه المجموعة العمرية، وقد يفسر ذلك بأن هذا الورم يتكون من بويضة غير ملقحة بطريق التوالد العذري ولذلك يحدث عند قمة الفترة التناسلية وغالباً ما تكون هذه الأورام متعددة وموجودة على الجانبين.

ويتكون الورم الجلداني من كيسة سميكة الجدار قلما يتعدى قطرها 15سم ولا تتلاصق بالأجزاء المحيطة ولذا فكثيراً ما يحدث لها إلتواء وتبطن الكيسة بطلائية حرشفية وتحتوي على إفراز دُهني سميك يشبه الزهم (Sebum) وتحتوي الكيسة على حلمة أو نقطة عقيدية يخرج منها الشعر وتوجد بجدار الكيسة غدد زهمية وجريبات الشعر وأسنان وغضروف وطلائية معدية معوية ونسيج عصبي وقد يوجد أيضاً نسيج درقي، وقد يحدث أحياناً تحوّل خبيث على شكل طلاءوم حرشفي أو سرطان جنيني في أحد مكونات الورم.

والسُدى المبيضي (Struma Ovarii) أو الدراق المبيضي هو عبارة عن مسخوم حميد يتكون أساساً من نسيج درقي يقوم بسحب اليود وقد يسبب فرط الدرقية في بعض الأحيان.

أما الورم السرطاوي أو ورم أليف الفضة فهو نادر جداً بالمبيض وعند وجوده يتخذ نفس المظاهر التي تحدث عند وجوده في مكان آخر بالجسم وقد تكون هذه الأورام خبيثة في بعض الأحيان.

أريمية القند:

يحدث هذا الورم في غدد التناسل غير الطبيعية وفي الأشخاص سلبيي الكروماتين الجنسي وهو يتكون من خلايا جرثومية كبيرة تشبه خلايا النتشوم وخلايا صغيرة مثل الخلايا الحبيبية وقد يتضح بها نشاط هرموني وقد تصبح خبيثة.

ورم اللحموم المتوسط للحبال الجنسية أو المتوسطوم:

تنشأ هذه الأورام من اللحموم المبيضي المتوسط وتفرز هرمونات الستيرويدات، وقد تحدث أنواع مختلطة.

ورم الخلايا المتحببة (Granulosa Cell Tumour):

تشبه الخلايا المكوّنة لهذا الورم الخلايا المتحببة إذ تكون عديدة الأضلاع وذات نوايا شديدة الانصباغ وتميل للتصفف الوردي ويمكن مشاهدة فراغات

واضحة وأجسام «كال ـ إكسنر» (Call-Exner Bodies) بينها كما تمر خطوط من النسيج الضام بين الخلايا المتحببة ويقسم تصفف الخلايا الورم إلى ثلاثة أنواع رئيسية: الجريبوم (Folliculcama) عند تصفف الخلايا في جريبات والاسطوانوم (Cylindroma) عندما تقسم خطوط النسيج الضام الخلايا إلى أعمدة اسطوانية والنوع المنتشر (Diffuse Type) حيث تتراص الخلايا في أعمدة صلبة، وقد يحدث تغير خبيث.

وقد تحدث أورام الخلايا الحبيبية في أي عمر، ففي الرضع والأطفال الصغار قد تؤدي إلى البلوغ المبكر مع نزيف رحمي إلا أن ذلك يعتبر سبباً نادراً لذلك إذ يعتبر تكويني المنشأ في أكثر من 90٪ من الحالات ولا يصاحبه مرض عضوي، وفي النساء البالغات قد تسبب أورام الخلايا الحبيبية نزيفاً رحمياً شديداً غير منتظم نتيجة فرط إستروجينية البطانة الرحمية غالباً من النوع الاعتلالي الرحمي ولذا فلا يجب إغفال أورام المبيض في مثل هذه الحالات. وفي النساء بعد سن اليأس يكون سبب النزيف هو «إستعادة شباب» (Rejuvenation) الرحم والفرج والمهبل ويوجد فرط إستروجينية للبطانة الرحمية وقد يحدث خبث يؤدي إلى سرطان الرحم.

الورم القرابي أو الصفروم الليفي القرابي الخلوي (Thecoma):

وهو ورم صلب قد لا يتعدى 2سم في الحجم وقد يصل حجمه إلى رأس الجنين وهو يشبه الليفوم وقد تحدث متلازمة «ميج»، وتتناثر بين خلايا النسيج الليفي مناطق دهنية صفراء تظهر في القطاعات المصبوغة بصبغات النسيج الدهني، وهذه المناطق هي عبارة عن خلايا القرابة الصفراء وقد يحدث أيضاً ورم الخلايا المحببة المختلطة أو ورم قرابي.

ويحدث الورم القرابي أساساً في النساء أكثر من 30 سنة ويظهر على شكل كتلة بالحوض أو نزيف رحمي أو كلاهما وقد يحدث إستسقاء بالبطن وإرتشاح جنبوي وهناك احتمال كبير لحدوث سرطان البطانة الرحمية مع الورم القرابي.

الأرومة المذكرة أو ورم «ستيريولي ـ ليدج» (Androblastoma):

وكثيراً ما يسمى بالمذكاروم (Arrhenoblastoma): ويسبب هذا الورم النادر تذكر (Virilization) النساء إلا أنه تجدر الإشارة إلى ندرة حدوث الورم

بالمقارنة بالتذكر الذي قد يحدث من أسباب أخرى عديدة مثل فرط تنسج الكظرية، وهذا الورم كامن الخبث وقد يكون كيسياً أو صلباً وتتكون خلاياه من اللحيمومات المتوسطة غير المتميزة وقد تتصف في شكل نبيبات مثل الخصية.

أنواع مختلطة:

قد توجد أنواع مختلطة من أورام اللحم المتوسط بالمبيض ولكنها نادرة الحدوث.

أورام الخلايا الشحمانية:

وتتكون هذه الأورام من خلايا دهنية وغالباً ما تكون محبة الإنصباغ بالأيوسين وتتلازم مع التذكر وتعرف هذه الأورام أيضاً بأورام الكظرية الكامنة أو الأرومة المذكرة.

الأورام المبيضية النقيلية:

يعتبر المبيض، نظراً لغزارة إمداده الدموي، أحد الأماكن الشائعة للأورام الخبيثة النقيلية ويعتبر السرطان هو الأكثر شيوعاً وقد يكون الورم الأولي في أي مكان بما في ذلك الرحم والمبيض والثدي والمسلك المعدي المعوي وتكوّن الأورام النقيلية بالمبيض خلايا تماثل النمو الأولي.

ويستثنى من ذلك إلى حد ما ورم «كروكنبرج» والذي هو أقل حدوثاً من السرطان الثانوي، ويتضخم المبيضين بأورام صلبة على الجانبين قد يصل حجمها إلى حجم رأس الجنين وتتميز هذه الأورام نسيجياً بوجود خلايا «الخاتم المنقوش» (Signet Ring) وهي خلايا يحدث فيها تنكس مخاطي بحيث تدفع النواة إلى أحد جوانب الخلية بقطرات المخاط وقد يكون النمو الأولي لايزال مجهرياً وغالباً ما يكون بالمعدة أو القولون أو البنكرياس ويأتي التساؤل عما إذا كانت أورام «كروكنبرج» أولية في المبيض إذ سبق أن عاش بعض المرضى حتى 11 عاماً بعد إزالة أورام «كروكنبرج» برغم وجود نمو أولي مجهري بطئ النمو في أي مكان بالمسلك المعدي المعوي.

الورم جار المبيضي أو كيسة الرباط العريض:

وهو ليس ورماً مبيضياً في الأساس ولكن يتم اعتباره كذلك لاستكمال المجموعة نظراً لظهوره اكلينيكياً كتورم مبيضي وغالباً ما يكون على شكل كيسة وحيدة الغرفة تنشأ من البقايا الجنينية بالقرب من المبيض أو بين طبقات الرباط العريض وهي تبطن بطبقة واحدة من الطلائية المكعبة أو العمودية وتحتوي على سائل مصلي نقي وقد تبرز نتوءات سلائلية صغيرة من الطلائية إلى تجويف الورم الذي يكون حميداً وقد تصل إلى حجم كبير ويمكن أن تجس عند أو فوق مستوى السرة ،نظراً لرقة جدار الورم وموقعه خارج الصفاق بالرباط العريض فقد يشكل ذلك بعض المصاعب الفنية أثناء الاستئصال الجراحي.

المظاهر الأكلينيكية لأورام المبيض

لا يسبب الورم المبيضي أية أعراض دون حدوث مضاعفات حتى يبلغ حجماً كبيراً بدرجة تجعل المريضة تشعر به أو حتى يكتشف بالمصادفة أثناء الفحص الروتيني أو أثناء الحمل ويعتبر نمو الأورام المبيضية سواء كانت حميدة أو خبيثة حتمياً ولكن بدرجة تدريجية وذلك يستدعي إزالة الكيسات الكبيرة بسرعة. ولا يتأثر الطمث غالباً إلا في حالة الأورام المفرزة للهرمونات.

وتعتمد العلامات الجسدية على حجم الورم وحرية حركته وعلاقته بالأجزاء المحيطة به وتميل الأورام الصغيرة التي يصل حجمها إلى حجم البيضة الكبيرة إلى البقاء في القبو الوحشي على أي جانب ويمكن جسّها باليدين على أي من جهات المبيض. وإذا ما كان الورم قابلاً للحركة فإنه يميل عند تضخمه إلى الانزلاق لجيب «دوجلاس» أو للجيب الرحمي المثاني إذا كان الرحم منقلباً وبالتالي يظهر كورم بخط المنتصف وبتزايد التضخم يصبح الورم بطنياً بالمنتصف وتميل الكيسة الكبيرة لأن تنزاح فوق حرف الحوض عندما يصبح تجويف الحوض ضيقاً وبالتالي تتخذ شكل ورم بطني بمنتصف البطن.

ويكون التشخيص التفريقي لورم صغير من الأورام التي يمكن جسها بالقبو الوحشي مثل موه البوق (Hydrosalpinx) أو تقيح البوق (Pyosalpinx) أو حتى القولون الممتلئ أو أورام الأمعاء عندما يمكن جسّها، ويجب تفريق الأورام المتوسطة التي تقع أمام أو خلف الرحم من المثانة الممتلئة والحمل والليفوم الرحمي، ويجب

تفريق الأورام الكبيرة من الاستسقاء (الذي قد يصاحب وجود الورم) ومن الأورام البطنية الكبيرة مثل الغرن خلف الصفاقي أو موه الكلى (Hydronephrosis).

فائق الصوت: يوضح فحص فائق الصوت للحوض حجم المبيضين ووجود جريبات «جراف» ويساعد على إمكانية تحديد حجم الورم.

مضاعفات أورام المبيض

أهم مضاعفات أورام المبيض هي:

الالتواء، النزيف، التمزق، الالتهاب، الانحشار، التغير الخبيث، الحمل.

الالتواء (Torsion):

غالباً ما يحدث الالتواء في السويقة في الأورام الصغيرة المتحركة وهو أكثر عرضة للحدوث في الكيسات الجلدانية وقد يؤثر ذلك على الكتلة جار الرحمية فيحدث موه القناة وقد تسبب في البداية ألماً بأسفل البطن على جانب واحد ولكن إذا حدث التواء بدرجة تؤدي إلى إعاقة الدورة الدموية للورم خاصة التجميع الوريدي فإن الورم يصبح ممتلئاً بالدم ويؤدي ذلك إلى حدوث حالة طارئة حادة بالبطن، وبالتالي فيوجد ألم شديد وحمى ونبض سريع وصدمة وفرط الكرات البيضاء وقد يحدث أيضاً قئ وإسهال، وقد يحدث ذلك أثناء الحمل أوالنفاس.

ويكون التشخيص التفريقي من أي من حالات الحوض الحادة وتحت الحادة وتتضمن المضاعفات الأخرى لأورام المبيض والتواء أو تنكس أحمر لليفوم الرحمي والحمل المنتبذ مع أو بدون موه دموية بالحوض والتهاب الزائدة الحوضية والتهاب قناة «فالوب».

النزيف:

يسبب النزيف إلى ورم المبيض ألماً يشبه بصفة عامة الألم الناتج عن الالتواء ولكن بدرجة أقل ويتضخم الورم ويصبح أكثر إيلاماً وفي أحيان نادرة يؤدي تمزق أوعية السطح إلى نزيف داخل صفاقي وإغماء كما يحدث في تمزق الحمل المنتبذ.

التمزق:

قد تتمزق الكيسة المبيضية من تلقاء نفسها أو نتيجة إصابة مثل ضربة على البطن أو الجماع. وقد تشعر المرأة بأن شيئاً قد تمزق وقد يوجد ألم وقيء وعلامات إثارة الصفاق.

الخمج:

قد يؤدي تغلغل الجراثيم من الأمعاء أو من القنوات الملتهبة إلى حدوث خمج وقد يتكون خراج بالحوض.

الانحشار (Incarceration):

قد يحدث انحشار ورم المبيض في الحوض خلف الرحم ويؤدي إلى احتباس البول، ويجب تمييز الحالة من انحشار الليفوم أو الرحم المنقلب الحامل وقد يحدث احتباس البول أيضاً مع الموه الدموية بالحوض (انظر الحمل المنتبذ فصل 22).

الورم الكبير جداً:

ويؤدي الورم الكبير إلى حدوث أعراض امتلاء البطن وزيادة الضغط بداخل البطن ويؤدي ذلك إلى عسر الهضم وفقد الشهية وضيق التنفس وتورم الساقين.

التغير الخبيث:

وقد يحدث ذلك عند أي عمر ولكنه أكثر حدوثاً بعد سن اليأس إلا أن الأورام في الأطفال الصغار غالباً ما تكون خبيثة وتتضمن أعراض التغير الخبيث النمو السريع للورم وامتلاء البطن الذي يدل على حدوث الاستسقاء وألم على شكل وجع وإيلام. ويعتبر تورم الساقين كدليل على التغير الخبيث باستثناء الأورام الحميدة كبيرة الحجم وعند جس الورم الخبيث نجده مثبتاً وعقيدياً وقد يكون على الجانبين مع وجود استسقاء، وقد يكون سائل الاستسقاء منصبغاً بالدم.

الحمل:

قد يتم إكتشاف ورم المبيض لأول مرة عند الفحص الروتيني أثناء الحمل، وقد يحدث التواء السويقة إما أثناء الحمل أو أثناء النفاس وغالباً ما يكون تأثير الورم على الحمل بدرجة قليلة إلا إذا ما حدث انحشار، وفي أغلب الأحوال يرتفع الورم ليدخل تجويف البطن أثناء تضخم الرحم وفي بعض الأحيان قد يقع الورم بالحوض تحت الجزء المجيئي مما يسبب سوء المجئ وتعسر الولادة أو يحدث تمزق أثناء الولادة.

علاج أورام المبيض

يتكون علاج أورام المبيض من الإزالة الجراحية بعد تشخيص الورم مباشرة. ويستثنى من ذلك وجود مبيض متكيس لا يتعدى 5سم في القطر، وحتى في الحالات التي يبدو فيها الورم خبيثاً مع وجود الاستسقاء يجب إجراء استكشاف البطن، وقد يلازم الاستسقاء الأورام الحميدة مثل الليفوم وحتى عند وجود النقيلات لا يعتبر المصير بدون أمل، إذ تمكن إزالة الكتل الثانوية الموجودة بالثرب وإذا ما تمت إزالة الورم الأولي تتقهقر الثانويات أحياناً، ومن الأفضل إزالة الورم المبيضي حتى ولو كان كبير الحجم بشكل سليم، وتحمل عملية بزل الورم دائماً مخاطر انتشار محتوياته وتلويث التجويف الصفاقي.

وغالباً ما يمكن فصع (Enucleation) الأورام الحميدة الصغيرة وإعادة إصلاح الجزء الطبيعي المتبقي من المبيض بواسطة عملية إستئصال الكيسة المبيضية وتفضل مثل هذه الجراحة التحفظية في النساء اللاتي تعرضن أثناء فترة الحمل والولادة.

ويجب علاج سرطان المبيض بالجراحة التي تتضمن إجراء استئصال كلي للرحم والقناتين والمبيضين إلا أنه يمكن ترك أحد المبيضين إذا كان سليماً وطبيعياً في النساء صغيرات السن، وفي الحالات المتقدمة تجب إزالة أكبر قدر من صفاق الحوض وعند وجود انتشار لأكثر من المبيض يجب استئصال الثرب الكبير ويجب البحث عن وجود نقيلات صفاقية ويتضمن ذلك تلك الموجودة على السطح السفلي للحجاب الحاجز، ويمكن عمل استكشاف أو منظار بعد ثلاثة لستة شهور من العملية الأولى وذلك للتأكد من خلو التجويف الصفاقي من أية ترسبات ثانوية من

الورم. وحتى في الحالات المتقدمة يتم تحسن المصير بعد الإزالة الجراحية لكتل الورم الرئيسية.

ويكون العلاج الإشعاعي على شكل إشعاع للبطن وهو يعطي نتائج غير مؤكدة في علاج الحالات المتقدمة، وينطبق نفسي الشيء على استخدام النظائر داخل الصفاق وغالباً ما يستخدم الذهب النشط إشعاعياً.

أما العلاج الكيميائي بالعقاقير السامة للخلية فيعطي نتائج أكثر أملاً وهناك أنواع من العقاقير مازالت تحت الاختبار، ويقال أن السيسبلاتين (Cisplatin) وهو مركب من البلاتين يعطي أفضل النتائج ويتم إعطاؤه في محلول وريدي ويكرر كل أربعة أسابيع، وفي بعض المحاولات تم إعطاء السيسبلاتين مع الكلورامبيوسيل (فصل 9).

والمصير العام لسرطان المبيض سيء إذ يصل معدل الحياة لمدة 5 سنوات إلى 10 إلى 35٪ فقط.

أورام المبيض أثناء الحمل:

عند إكتشاف ورم مبيضي حميد في أثناء المراحل المبكرة من الحمل فمن المناسب تأجيل العملية حتى 14 أسبوع شريطة عدم وجود أو ظهور أعراض طارئة نظراً لاحتمال حدوث الإجهاض عند إجراء العملية في الأسابيع المبكرة من الحمل، كما يمكن ترك الورم الذي يتم اكتشافه بعد 28 أسبوع، فإذا لم يكن مسبباً لعسر للولادة فمن الأفضل الانتظار حتى تتم الولادة ثم يزال الورم في مراحل النفاس المبكرة. ويتم عمل القيصرية إذا ما سبب الورم تعسر الولادة ولكن لا يجب إجراءها أساساً بهدف إزالة الورم فقط.

****

الفصل التاسع

علم الأورام في أمراض النساء

أصبح علاج المرض الخبيث متعدد الجوانب نظراً للتطور السريع الذي طرأ في هذا المجال وقد تطور علم أمراض النساء فأصبح ليس فقط سلسلة من العمليات الجراحية إلا أن الجراحة مازالت تشكل الأسلوب الرئيسي في علاج الآفات المبكرة خاصة عندما يكون الورم محدوداً ويمكن استئصال الأنظمة التجميعية كليّة.

تنتشر العديد من أورام الحوض بطرق محددة مثل الأوعية الليمفية وقد استخدم لذلك العلاج الإشعاعي في الماضي، فعندما تمر الأيونات المشعة خلال الأنسجة بأسلوب يمكن السيطرة عليه تقوم بتدمير الخلايا ناشطة الإنقسام بدرجة أكبر من الخلايا الطبيعية ويكون التمييز دقيقاً إذ أن الهدف هو تدمير النسيج الخبيث مع المحافظة على النسيج الطبيعي ويعتمد العلاج الكيميائي للسرطان على استخدام المواد السامة التي تؤثر على الخلايا وقت إنقسامها، ولذا يتأثر السرطان ذو الخلايا ناشطة الإنقسام أكثر من الأنسجة الطبيعية. إلا أن خلايا الجسم الطبيعية ناشطة الإنقسام مثل الموجودة بنخاع العظم وبالخصيتين تتأثر أيضاً بالعقاقير الكيميائية، وبالتالي ينخفض إنتاج الخلايا البيضاء مما يؤدي إلى حدوث خمجيات إضافية تلي هذا العلاج، وإذا كانت المرأة حاملاً يتأثر جنينها بهذا الأسلوب من العلاج.

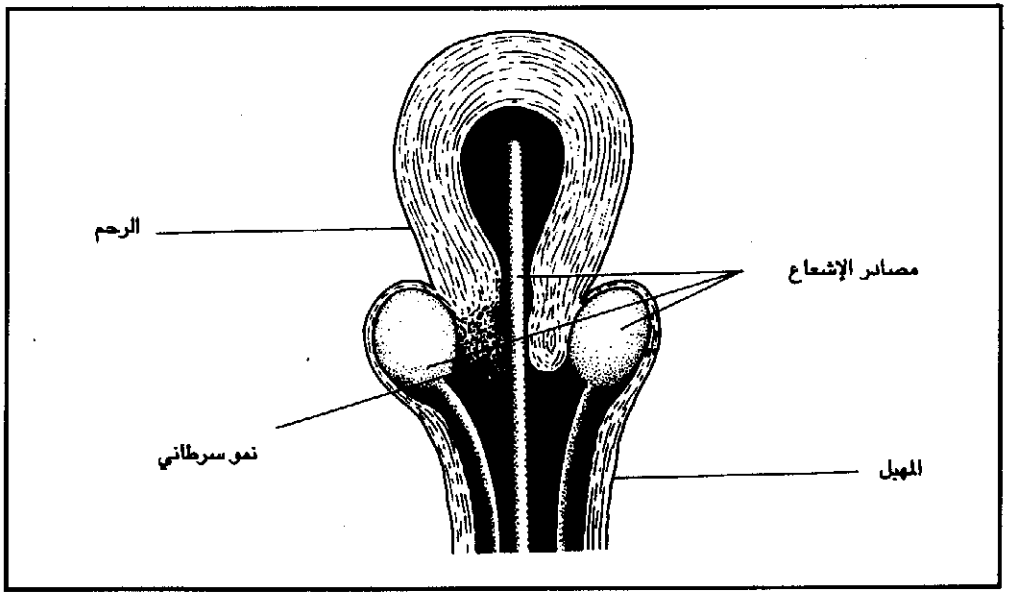
سرطان عنق الرحم

تعتبر الجراحة هي أفضل أسلوب لعلاج النموات المحددة بعنق الرحم نفسه (مرحلة 1) أو التي لها امتدادات بسيطة أكثر من ذلك (مرحلة 12) (انظر فصل 6).

يتم الاستئصال الجذري للرحم وعنقه والأنابيب والمبايض والنسيج جار الرحمي والأوعية الليمفية التي تجمّع هذه المنطقة (العقد الحرقفية العامة والداخلية) والثلث العلوي من المهبل، وبذلك يمكن إزالة الخلايا الخبيثة دون حدوث رجوع

للسرطان وقد يؤدي العلاج إلى حدوث بعض المضاعفات مثل تأثر الحالب والمثانة مما يؤدي إلى حدوث ناسور فيما بعد كما يصبح المهبل قصيراً مما يشكل صعوبة في الجماع.

ويعتبر العلاج الإشعاعي علاجاً جيداً لسرطان عنق الرحم نظراً لإمكانية وضع مصادر الإشعاع بالقرب من عنق الرحم، وينص قانون المربع المقلوب على أنه كلما اقترب مصدر الطاقة من المستقبل كلما زادت جرعة الطاقة المستقبلية لقوة المربع، فإذا ما أمكن وضع مصادر الإشعاع في الجزء العلوي من المهبل مقابلاً لعنق الرحم فإنها تكون على بعد ملليمترات من الخلايا الخبيثة ، ومن الأفضل علاج الورم وانتشاره إلى الأنسجة جار الرحمية بالراديوم أو السيزيوم 137 الموضعي (شكل 21)، أما خارج هذه المنطقة فالأفضل هو الإشعاع الخارجي على الجدار الجانبي للحوض.

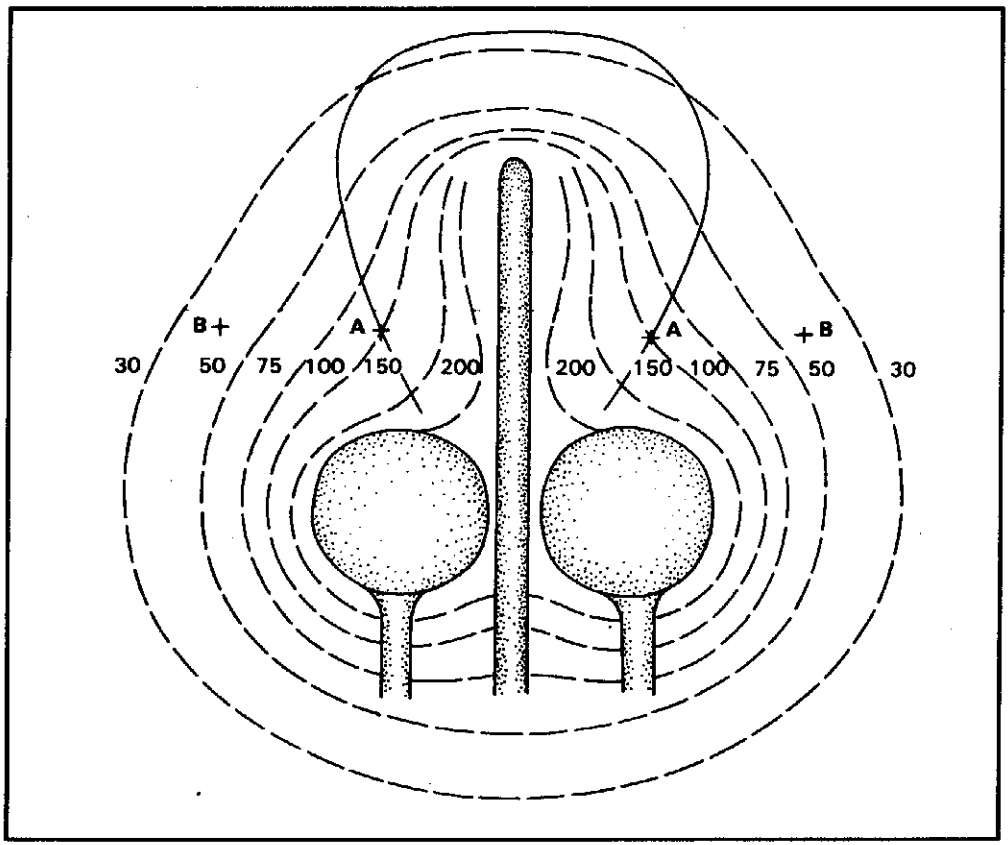


شكل 21

موضع الراديوم داخل الرحم والقبو بالنسبة لسرطان عنق الرحم مرحلة 12

وعند وضع إشعاع موضعي بالمهبل والرحم فإن ذلك يتطلب جرعة كافية لتدمير الورم (6000 إلى 8000 راد) عند النقطة أ (انظر شكل 22)، وتقع هذه النقطة على بعد 2سم من خط المنتصف و2سم فوق القبو الوحشي. كما توجد كمية

صغيرة من الإشعاع عند النقطة ب (B) (5سم من خط المنتصف عند نفس المستوى)، أما الإشعاع الخارجي فيجب أن يوجه 5000-7000 «راد» إلى جدار الحوض الجانبي ولا تعطي جرعة كبيرة لجدار البطن. ويمكن تحقيق ذلك بتحريك المصدر الخارجي للإشعاع فوق قوس متمركز على المنطقة المحدد بها مكان الورم، وتتلقى المناطق السطحية إشعاعاً أقل كلما تباعدت عن مركز القوس.



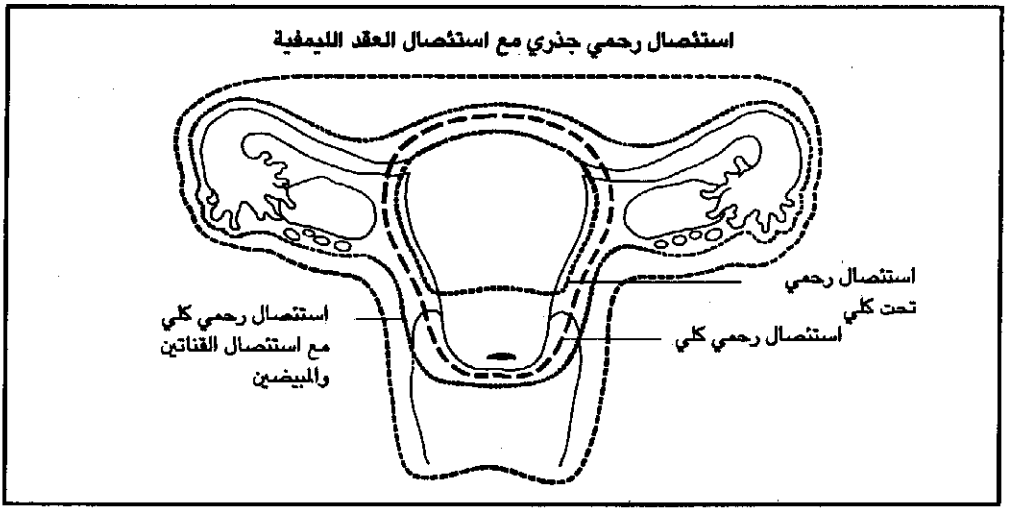
شكل 22

منحنيات الجرعات التي تنشأ من مصادر الراديوم في الرحم والمهبل

وهناك مجال ضيق لاستخدام العلاج الكيميائي لسرطان عنق الرحم إلا أنه يتم علاج بعض الحالات قبل الخبيثة بالعقاقير المضادة للفيروسات مثل فيروس الحليمات الآدمية 16 و18 التي تلازم العديد من آفات عنق الرحم قبل الخبيثة ويمكن وضع هلام إنترفيرون (Interferon) على عنق الرحم كل بضعة أيام لمدة 6 أسابيع.

سرطان البطانة الرحمية

وهو سرطان بطئ الإنتشار وغالباً ما تستخدم لذلك الجراحة ويكفي في المراحل المبكرة من سرطان البطانة الرحمية عمل استئصال رحمي كلي مع استئصال القنوات والمبايض (شكل 23)، وإذا ما امتد الورم إلى الثلث السفلي من الرحم أو اخترق عضلية الرحم فإن ذلك يتطلب عملية جذرية مع استئصال العقد الليمفية بالحوض وإجراء تشريح كلي للأنسجة الموجودة بين العقد الليمفية والرحم.



شكل 23: أنواع الاستئصال الرحمي

وقد يستخدم العلاج الإشعاعي بشكل وقائي أو شفائي، فيستخدم بشكل وقائي قبل العمليات بوضع أنبوب من الراديوم أو السيزيوم داخل تجويف الرحم لتقليل حجم الورم. ويتم الإشعاع المهبلي بعد العملية بواسطة جهاز خاص أو بمصادر راديوم كمحاولة لمنع حدوث ثانويات جدار المهبل، ويستخدم الإشعاع الخارجي بعد العمليات إذا ما تبين من الفحص المرضي للعينة المستأصلة أن الورم يفتقر إلى التمايز أو إذا تبين تغلغل الورم إلى الثلث الخارجي من عضلية الرحم.

وغالباً ما يستخدم العلاج الكيميائي لسرطان البطانة الرحمية الذي يستجيب للهرمونات في بعض الأحيان، والأورام التي تستجيب هي تلك التي لها مستقبلات للإستروجين وهي غالباً ما تكون جيدة التمايز، وتستطيع ضدات الإستروجين مثل «التاموكسيفين» أن تعوق المستقبلات الطرفية بينما تستطيع البروجستوجينات مثل «ميدروكسي البروجستيرون» أن تؤثر في استجابة مستقبلات الإستروجين بالنسيج السرطاني.

ويُزعم أيضاً أن البروجستيرون يستطيع تثبيط نمو التراسيب الثانوية، ولذا فقد تستخدم «أسيتات ميدروكسي البروجستيرون» أو «17 الفاهيدروكسي البروجستيرون» عند وجود مثل هذه التراسيب الثانوية.

سرطان المبيض

غالباً ما ينتشر سرطان المبيض عبر الجوف العام (Transcoelomic) حيث تمر تجمعات من الخلايا من منطقة إلى أخرى بتجويف الصفاق وأغلب الأورام تكون طلائية.

وغالباً ما يكون العلاج الأولي جراحياً بمجرد التأكد من التشخيص ويتم تحديد المرحلة أثناء الاستكشاف الجراحي حيث تتم إزالة المبيضين والرحم والأنابيب ومن الأفضل استئصال الثرب نظراً لأنه أحد الأماكن التي يكثر فيها حدوث الثانويات التي قد تؤدي إلى الاستسقاء، وقد يتم أحياناً إجراء الجراحة التحفظية (بإزالة مبيض واحد فقط) إذا كان المرض محدداً بهذا المبيض وعينة المبيض الآخر تبدو طبيعية وترغب المرأة في الاحتفاظ بالمقدرة التناسلية. إلا أنه من الأفضل وضع المخاطر في الاعتبار وإزالة المبيض الآخر إذا ما كانت العائلة مكتملة.

وفي النهاية الأخرى للمدى التقسيمي يتم علاج الأورام المنتشرة بعمليات تصغير حجم الأورام حيث تجرى لإزالة الكتل الكبيرة من النسيج السرطاني رغم أن الجراح يعلم بأنه يترك بعض الأجزاء السرطانية، ويساعد ذلك في استخدام العلاج الكيميائي بتقليل كمية النسيج الميت الذي تجب إزالته بواسطة الجسم.

ويلعب الإشعاع دوراً ضئيلاً في علاج سرطان المبيض وإذا ما انتشر الورم عبر تجويف الصفاق فإن ذلك يعني تعريض كل تجويف البطن للإشعاع وقد يؤدي ذلك إلى حدوث تأثير سيئ على الكبد وعلى الفقرات القطنية التي تحتوي على آخر الأنسجة بانية الدمويات في جسم الفقرات كما أن الأمعاء الدقيقة تكون حساسة جداً للعلاج الإشعاعي ومازال البعض يستخدم أحياناً جسيمات الذهب المشع (Au198)، ويتم حقنها في معلق حيث تنتشر باتساع خلال تجويف الصفاق مما يساعد على تواجد مصادر متعددة من الإشعاع ناشطة لمدة بضعة أيام. ولكن مما يدعو للأسف أن بعد الجراحة تتكون بتجويف الصفاق جيوب من الالتصاقات تحتوي على سائل مما يؤدي إلى انعدام توزع الذهب النشط وتستطيع جسيمات

ألفا وبيتا المنبعثة من هذه المصادر أن تخترق حتى 4مم فقط ولذا فعندما تكون رواسب السرطان المتبقية سميكة فلن يمكن تغلغل الإشعاع إلى السُمك كله.

ومن الأفضل عمل جراحة ثانوية بعد أي أسلوب من أساليب علاج سرطان المبيض، ويعكس ذلك عدم دقة الفحص الإكلينيكي لتحديد الورم، وقد يلجأ بعض الجراحين لعمل منظار البطن إلا أن ذلك يوفر قدراً محدوداً من الرؤية لتجويف الصفاق نظراً للالتصاقات التي تلي الجراحة السابقة. وغالباً ما يتم الفتح للمشاهدة، وقد يتم إزالة الكتل المختلفة نظراً لأنها قد تكون أصغر بعد العلاج الكيميائي.

والأكثر استخداماً هو العلاج الكيميائي شريطة وجود إمداد دموي جيد بأنسجة المبيض الباقية، وقد تمت تجربة أغلب العقاقير الكيميائية العلاجية ويعتبر «السيكلوفوسفاميد» واحداً من أفضل العقاقير المستخدمة. ولسوء الحظ فإنه قد يسبب عوز كرات الدم البيضاء وسقوط الشعر إلا أنه يعتبر أفيد العقاقير السامة للخلايا لسنوات عديدة. ويعطي «السيسبلاتين» نتائج جيدة وأحياناً يتم استخدامه مع «الأدرياميسين»، ولسوء الحظ فإن العقار الأول له تأثير سام على الكلية ولذا يجب أن يسبق استخدام العقار حقن «المانيتول» كمدر للبول أثناء إعطاء «السيسبلاتين». وغالباً ما يتم استخدام المزيج وريدياً مرة كل شهر لعدة دورات. ونتائج المتابعة لخمس سنوات تصل إلى 50٪ بعد استخدام «السيسبلاتين» ومزج عقاقير أخرى معه. ويعتبر ذلك تقدماً في علاج سرطان المبيض والذي كان يعطي نتائج غير جيدة في السابق.

السرطان المشيمائي

وهو ورم شديد الخباثة جداً ينشأ من الأورمة الغاذية المخلوية (Syn-cytiotrophoblast)، وقد تحدث نقيلات في مراحل مبكرة عبر الدم وغالباً يحدث بعد الرحى العدارية في الحمل، والجراحة ليست مجدية لذلك. وعندما يتم تشخيص الحالة غالباً ما يكون الورم قد انتشر بإتساع من المكان الأصلي للورم بالرحم وقد يتم إستئصال الرحم إذا ثبت عدم تأثير العلاج الكيميائي أو إذا ما استمر النزيف المهبلي، ولا يستخدم العلاج الإشعاعي نظراً لأن النسيج الأورمي غير حساس للإشعاع.

أما العلاج الكيميائي فهو ذو تأثير جيد في هذه الحالة، وأكثر العقاقير تأثيراً هو «الميثوتركسات» الذي يعطي بجرعات كبيرة لمدة خمسة أيام ويكرر أسبوعياً حتى يتم إعطاء أربع دورات. وقد يحدث انخفاض في الخلايا البيضاء والصفائح ولذا يجب عمل مناظرة دموية، وكثيراً ما يتم مزج «الأكتينوماسين D» مع «الميثوتركسات» إلا أن هذا أيضاً يسبب تثبيطاً أكثر لنخاع العظم، وإذا ما انخفض عدد الخلايا البيضاء لأقل من $10x1^9$ لكل لتر أو الصفائح لأقل من $10x50^9$ لكل لتر فيجب مد الفترات بين دورات العلاج.

ويمكن مناظرة الاستجابة للعلاج بقياس موجهة القند المشيمائية الآدمية (hCG) في البول، ولا يتطلب ذلك قياس مستوى الدم إذ لا توجد موجهة القند المشيمائية الأدمية بدرجة كبيرة بالدم في هذه المرحلة ولذا يعتبر اختبار البول كافياً.

وعندما يقل نشاط المرض فيما بعد تستخدم مستويات موجهة القند المشيميائية الآدمية بالمصل. وغالباً ما يستمر العلاج حتى تصبح مستويات موجهة القند المشيمائية طبيعية لمدة تصل إلى أربعة أسابيع ويلي ذلك متابعة المريضة شهرياً لمدة ثلاثة أشهر تم متابعتها كل ثلاثة أشهر لمدة عامين فإذا لم يحدث ارتجاع للورم اعتبر الشفاء كاملاً.

ويحظر الحمل في هذه النساء حتى يتم التأكد من الشفاء. والسبب جزئياً في ذلك هو زيادة موجهة القند المشيمائية الآدمية مما يتداخل مع المتابعة ويساعد على غموض تقييم الحالة. إلا أنه لا توجد شواهد أن الحمل يؤثر على مصير المريضة.

****

الفصل العاشـــر

إضطـــرابـــات الطمث

يمكن تعريف الطمث بأنه إفراز دموي يتدفق من الرحم على فترات تصل إلى أربعة أسابيع في النساء أثناء فترة التكاثر ويسبق ذلك عامة عملية التبويض.

ويحدث أول طمث أو بدء الطمث عند عمر 13 عام ويستمر الطمث أو الفترة الشهرية حتى سن اليأس الذي يتم عند حوالي 50 عام.

وقد تظهر أعراض عدة أثناء الدورة الطمثية، فقد تعاني العديد من النساء من ألم بالبطن أو بالحوض عند وقت التبويض والذي يعرف بألم التبويض، ويحدث أثناء مرحلة التلوتن احتجاز السوائل مع زيادة بالوزن ووزمة حقيقية، وقد يصبح الثديان ممتلئان ومؤلمان مع زيادة في قياسات الخصر. وقد تحدث بعض الاضطرابات النفسية مع اكتئاب وتوترات عاطفية ويعرف ذلك بمتلازمة التوتر قبل الطمثي، وقد تشفى هذه الأعراض بعد يوم أو يومين من الطمث وقد تشحب العديد من النساء أثناء التدفق الطمثي.

ويوضح منحنى درجة حرارة الجسم القاعدية تغييرات مميزة أثناء الدورة الطمثية وتكون درجة حرارة الجسم القاعدية منخفضة نسبياً أثناء المرحلة بعد الطمثية والجريبية، وعند التبويض يحدث انخفاض طفيف يليه ارتفاع إلى 0.5° مئوية، ويظل ذلك إلى حوالي 48 ساعة قبل الطمث حيث ينخفض درجة الحرارة القاعدية إلى مستواها السابق، ويبدو أن ارتفاع درجة الحرارة ينتج عن تأثير البروجستيرون ولا يحدث دون حدوث التبويض.

وقد يحدث طمث منعدم التبويض في الفتيات الصغيرات وعند سن اليأس وأيضاً بعد الولادة، حيث تنمو الجريبة دون حدوث تبويض ودون تكوّن الجسم بالجسم الأصفر ويحدث النزيف من البطانة الرحمية المتكاثرة ولكن دون تغيير في درجة حرارة الجسم القاعدية وعموماً يكون النزيف منعدم التبويض بدون ألم.

يتم بدء الطمث عند حوالي 13 سنة قد يحدث قبل أو بعد ذلك ويجب أن يكون الطمث قد استقر عند 17 سنة، وغالباً ما تكون الدورة غير منتظمة عند البداية وكثيراً ما تحدث دورات منعدمة التبويض ولذا يكون النزيف في البداية بدون ألم وأحياناً لأمد طويل.

وغالباً ما يحدث اليأس عند حوالي 50 سنة ولكنه قد يحدث في عمر مبكر عن ذلك وحتى عند 35 سنة ويجب أن يكتمل اليأس عند 55 سنة، وفي اليأس الطبيعي تصبح الفترات الطمثية نادرة مع تدفق أسود أو أسود بني يقل تدريجياً حتى يتوقف تماماً. ويعتبر النزيف غير المنتظم أو الشديد أو لمدى طويل من الأعراض غير الطبيعية والتي تتطلب إستقصاء كامل وتعاني حوالي 60٪ من النساء في سن اليأس من الاحتقان الدافئ وهو عبارة عن اضطرابات حركية وعائية يصاحبها الإحساس بالحرارة في الوجه والعنق مع العرق في بعض الأحيان وقد يحدث مثل هذه الأعراض مرة أو مرتين يومياً أو أكثر من ذلك في بعض الأحيان وقد يسبب ذلك الضيق في بعض النساء وفي البعض قد تمر هذه الأعراض دون الشعور بها. وقد تتسبب هذه الأعراض في التوتر العصبي والقلق، وقد تكتسب بعد النساء الزيادة في الوزن، وقد يكون سن اليأس في البعض رحمة وبركة نظراً لأنه يحدد نهاية فترة الإنجاب، ويحدث في سن اليأس تقهقر في حجم أعضاء الحوض.

الضهى

قد يكون الضهى (Amenorrhoea) أولياً أي أن الطمث لم يبدأ حتى عمر 17 سنة أو ثانوياً.

الضهى الأولي:

ويجب تفريق الضهى الأولي من احتباس الطمث عند وجود انسداد لتدفق الطمث والذي غالباً ما يحدث نتيجة وجود غشاء بكارة غير مثقوب وهو في الحقيقة حاجز يوجد داخل غشاء البكارة وغالباً ما يكون التكوين الجسماني بشكل طبيعي، وعند الفحص بالنظر إلى الفرج يمكن مشاهدة غشاء يميل إلى الزرقة بارزاً يوجد داخل غشاء البكارة مباشرة وقد توجد دورات من ألم البطن وقد تجس كتلة من البطن تمثل الرحم المتلئ وتجمع الدم بجدار الرحم. ويسهل جس الكتلة من

المستقيم ويتكون العلاج من قطع الحاجز وتفريغ الدم المحتجز بالرحم بالضغط فوق العانة. ويتطلب ذلك العناية الفائقة لتجنب حدوث الإلتهاب، فإذا تم تجنب الالتهاب يحدث الطمث والحمل بشكل طبيعي شريطة عدم وجود أي عيوب خلقية أخرى.

وقد يكون الضهى الحقيقي نتيجة أسباب عديدة من بينها ما يلي:

- الضهى الفسيولوجي: ويحدث قبل البلوغ وبعد اليأس وأثناء الحمل والرضاعة.

- الضهى النفسي والوطائي والبيئي: وقد يحدث بعد الصدمة النفسية الشديدة أو نتيجة التغييرات في الطقس أو في الحمل الكاذب وهو كثيراً ما يحدث في الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و 22 سنة واللاتي يتركن منازلهن في هذه الأعمار وغالباً ما تُرى في الطالبات وطالبات التمريض ولكن الشفاء التلقائي هو القاعدة، وقد يحدث لبعض النساء ضهى ثانوي بعد توقف موانع الحمل بالفم.

أمراض النخامية:

قد ينشأ دنف النخامية أو مرض «سيموند» (Simmond's Disease) من فشل النخامية الكلي بعد تلاشي الغدة أو تدميرها بالعلاج الإشعاعي وقد تؤدي بعض الأورام إلى إتلافها، وفي متلازمة «شيهان» (Sheehan's Syndrome) ينتج دنف النخامية من نزيف بعد الولادة الشديد كما يحدث فشل في إدرار اللبن وضهى والمظاهر الأخرى لفشل النخامية، وقد يلي النزيف بعد الولادة متلازمة «كياري فرومل» (Chiari-Frommel Syndrome) حيث يحدث الضهى وثر اللبن (Ga-lactorrhoea) وذلك نتيجة زيادة إفراز «البرولاكتين» وقد يكون ذلك بسبب غدوم أو غدوم مجهري ولكن قد يحدث أيضاً بدون وجود أورام.

ويعتبر القهم العصبي (Anorexia Nervosa) أحد الأسباب الهامة التي قد تسبب الضهي في النساء صغيرات العمر وقد تؤدي إلى تلف النخامية وبالتالي إلى ضهى وعقم مستديم، وغالباً ما يلاحظ توقف الدورات الطمثية قبل أن يتضح فقدان الوزن.

وقد تكون متلازمة الكظرية التناسلية خلقية أو مكتسبة وتتلازم مع فرط تنسج أو ورم الكظرية ويتضح ذلك في شكل التذكر مع الضهى ويزيد إفراز «17 أوكسو ستيرويد» مع انخفاض مستوى إفراز الكورتيزول.

مرض الدرقية:

تلعب الدرقية التي تؤدي وظيفتها بشكل طبيعي دوراً هاماً للطمث، وقد يؤدي فرط الدرقية إلى الضهي إلا أن كل إضطرابات الدرقية قد تتسبب في ضهى أو نزيف شديد، ويؤدي إصلاح وظيفة الدرقية إلى الطمث الطبيعي.

أمراض المبيضين:

قد يوجد إنعدام تنسج أولي للمبيضين في متلازمة «تيرنر» وقد يحدث فشل مبيضي تلقائي مبكر دون وجود مرض مما يسبب اليأس المبكر، ويتوقف المبيض عن الإستجابة لموجهة القند النخامية التي قد يتم إخراجها بكميات كبيرة أو حتى بشكل طبيعي.

وقد يؤدي التعقيم بإزالة المبيضين جراحياً أو بالتعريض للإشعاع إلى الضهى، ويعتبر الإتلاف الشديد للمبيضين نتيجة الالتهابات أو الأورام سبباً آخر ويؤدي المذكروم المبيضي إلى التذكر مع حدوث ضهى.

وتتكون متلازمة «شتين ليفينثال» (Stein-Leventhal Syndrome) أو متلازمة المبيض متعدد الكيسات من فرط تنسج سُدى المبيضين مما يؤدي إلى زيادة سمك الغلالة البيضاء وتكون كيسات جريبية عديدة ويتلازم ذلك مع السمنة والضهى والتشعر والعقم.

الضهى الرحمي:

قد يوجد إنعدام خلقي للرحم أو المهبل أو نقص تنسج رحمي مع انعدام القدرة على الإستجابة لهرمونات المبيض، وقد يحدث تلف للبطانة الرحمية بسبب مرضي مثل السل أو الالتهاب الشديد بعد الولادة، وقد تتلف البطانة الرحمية من الراديوم الموضوع بداخل الرحم.

الأمراض العامة:

قد يحدث الضهى في أي مرض مُضعف خاصة في السل الرئوي وليس

بالضرورة مع إصابة أعضاء الحوض، ويحدث في المراحل الأخيرة من الأمراض مثل مرض «أديسون» واليوريمية بسبب مرض كلوي. وقد يحدث الضهى أيضاً في النساء اللاتي يعشن تحت ظروف غذائية سيئة مثل ما يحدث في القَهَم العصبي وقد تسبب السمنة أيضا الضهى وقد تستعيد النساء صغيرات السن زائدات السمنة الوظيفية الطمثية الطبيعية بعض خفض وزنهن.

استقصاء الضهى الأولي:

يتم أخذ التاريخ المرضي ويجب أن يتضمن ذلك التاريخ العائلي مثل ماضي التأنث الخصوي (Testicular Feminization) الذي قد تعاني منه إناث أخريات بالعائلة وهذا بالإضافة إلى التاريخ الشخصي.

الفحص الطبي:

يجب أن يبدأ الفحص الطبي بتسجيل طول الجسم فإذا كان القياس أقل من 147 عند عمر 16 سنة فهناك إحتمال انعدام التنسج المبيضي (متلازمة «تيرنر») أو عوز النخامية الكلي كما يجب تسجيل وزن الجسم، ثم يلي ذلك فحص عام لمظاهر تكوّن الخصائص الجنسية الثانوية.

ويجب أن يلي ذلك فحص الحوض ويتم فحص الفرج بالمشاهدة للتأكد من فتح المدخل وذلك لاستبعاد وجود احتباس طمثي أو تغيب المهبل الخلقي أو انسداد المهبل كما يحدث في التأنث الخصوي ويجب أن يستتبع ذلك بفحص المستقيم للتأكد من وجود الرحم واستبعاد وجود أي كتل بالحوض.

الاستقصاءات الخاصة:

أخذ عينة من الخد وعد أيدي الطبلة في الكرات البيضاء ذات النوايا عديدة الأشكال لتحديد إيجابية الصبغية وبالتالي تكون "xx" أو سالبة الصبغية وبالتالي فمن المحتمل أن تكون "xo" أو "xy". وفي الحالات التي بها ريبة يتم عمل دراسة كاملة للصبغيات لاستبعاد التزيُّق (Mosaicism).

وعند وجود تغييرات تذكرية يزيد إفراز «17 ـ أوكسوستيرويدات» عن المعدل الطبيعي في حالات المتلازمة الكظرية التناسلية الخلقية أو المكتسبة ويمكن إستبعاد ورم الكظرية بإختيار تثبيط «الدكساميثازون» وقد يلزم إجراء استقصاءات أخرى للمستويات الهرمونية في الحالات الغامضة وفي بعض الأحوال النادرة من المهم عمل استكشاف أو منظار بطني كطرق حديثة للاستقصاء تساعد التشخيص في العديد من الحالات.

العلاج:

إذا ما كان تكوّن البنت بشكل طبيعي مع رحم ومهبل طبيعيين فإنها تكون موجبة الكروماتين وغالباً ما يكون التشخيص هو تأخر البلوغ، ومن المفضل لمثل هذه الحالة انتظار الأحداث إذ لم يحدث الطمث في البعض حتى 19 أو 20 سنة. ونقطة التعارض في إعطاء الهرمونات لإحداث الطمث احتمال تثبيط التبويض.

وللمصابات بسبب خطير يكون الهدف الرئيسي هو استعادة الوظيفة الطبيعية بقدر المستطاع وذلك رغم عدم وجود احتمال للإنجاب لإمكانية توفير حياة طبيعية بقدر الإمكان.

أما حالات متلازمة «تيرنر» (إنعدام التنسج المبيضي) فغالباً ما يكون بهن وتراء العنق (Web Neck) واتساع الزاوية الحاملة وقد يكون هناك تضييق بالأبهر ويكون النمط الصبغي فيهن xo ويكن سالبات الكروماتين.ويلزم لمثل هذه الحالات علاج طويل المدى بالهرمونات من الإستروجين والبروجستيرون كما تلزم لهن الملاحظة الدقيقة نظراً لاحتمال حدوث السرطان الرحمي.

وفي التأنث الخصوي تكون غدة التناسل هي الخصية ولكنها تقوم بإفراز الأستروجين نتيجة عيب في إنتاج البروجستيرون وتجب إزالة الغدة التناسلية غير الطبيعية التي قد توجد في فتق إربي ويتم عمل مهبل صناعي للسماح بالجماع كما يجب العلاج بالإستروجين والبروجستيرون رغم عدم إمكانية حدوث طمث.

أما في حالات الانعدام الخلقي للمهبل والرحم فغالباً ما يكون المبيضين طبيعيين ويتم عمل مهبل صناعي للتمكن من الجماع.

ويتم علاج متلازمة الكظرية التناسلية بواسطة الكورتيزون حيث يمكن استعادة الوظيفة الطبيعية والخصوبة. وتعتبر أورام الكظرية خبيثة كامنة وتجب إزالتها. كما يجب علاج أي عيوب بإفراز النخامية.

الضهى الثانوي:

استقصاء الضهى الثانوي:

يعتبر الضهى كعرض وليس كمرض ويحدث بشكل فسيولوجي أثناء الحمل والرضاعة وعند اليأس، وقد يحدث اليأس بشكل مبكر حتى عمر 35عام، ويعتبر الضهى عرضاً ذو مغزى عند تغيب الطمث لمدة 12شهراً أو أكثر دون وجود أية مسببات فسيولوجية ورغم ذلك فإن العديد من النساء يشعرن بالاهتمام بهذا العرض وغالباً ما يأتين للاستشارة وطلب الاستقصاء والعلاج للضهى حتى قبل مدة 12 شهراً.

ويجب الاستعلام عن التاريخ المرضي بما في ذلك التاريخ العائلي وشكل التورد الساخن (Hot Flushes) قد تؤدي بعض العقاقير مثل «الرسربين» و«الديجوكسين» و«الفينوثيازين» والهرمونات بما فيها موانع الحمل بالفم إلى الضهى وقد يكون التغير في وزن الجسم مثل السمنة أو فقدان الوزن السريع ذو مغزى هام.

وتعتبر العديد من النساء اللاتي تشتكين من ضهى ثانوي في الحقيقة حالات من الضهى الأولي إذ يحدث لهن نزيف نتيجة انخفاض كمية الهرمونات وذلك بعد المحاولات المخفقة لإحداث الطمث بالهرمونات.

ويجب أن يتضمن الفحص الطبي قياس الطول والوزن وضغط الدم وملاحظة المظاهر الجنسية الثانوية كما يتم فحص الثديين لمظاهر الحمل أو إفراز اللبن كما يجب فحص الحوض لاستبعاد الحمل (فمن الممكن حدوث إخصاب أثناء فترة الضهى) ولتحديد حجم وموضع الرحم واستبعاد وجود أورام بالحوض.

وتتضمن الإستقصاءات الخاصة ما يلي:

ـ أشعة إكس على الصدر والحفرة النخامية، واختبار تحمل الجلوكوز، اختبار الحمل، اختبارات وظيفة الدرقية (الثيروكسين ومنسوب ارتباط T3 ومنسوب الثيروكسين الطليق وهرمون حث الدرقية)، وفحص بول 24 ساعة لـ «17 ـ أوكسوستيرويدات»، اختبار تثبيط الدكساميثازون، قياس كل من هرمون حث الجريبة والهرمون الملوتن والأستراديول والبرولاكتين في المصل، ويجب تكرار ذلك على فترات أسبوعية لمدة أربعة أسابيع وذلك لتحديد وظيفة النخامية والمبيضين.

ويفيد الفحص تحت المخدر في تحديد أعضاء الحوض لتحديد تضخم المبيضين والقنوات ولقياس تجويف الرحم، وقد يساعد أيضاً الفحص الجراحي في مشاهدة أعضاء الحوض وأخذ عينة من المبيضين.

علاج الضهى الثانوي.

وعلاج الضهى الثانوي هو علاج السبب إذا أمكن اكتشافه ويعتمد العلاج إلى حد ما على وجود الرغبة في الإنجاب من عدمها.

يحدث في الضهى الوطائي أو البيئي شفاء تلقائي واستعادة الطمث الطبيعي في الأغلبية خلال 6 إلى 18 شهراً، ويجب أن يوضع في الاعتبار احتمال وجود القَهَم العصبي نظراً لأن الدورة الطمثية تتوقف قبل أن يتضح فقد الوزن، ولا يجب المبادرة بالعالج حتى يتم استعادة وزن الجسم إلى الحالة الطبيعية، وفي حالات البدانة الشديدة قد يؤدي فقد الوزن إلى استعادة الطمث الطبيعي.

وقد يوضح قياس المستوى الهرموني زيادة «البرولاكتين» ويكون العلاج هنا باستخدام «البروموكريبتين» (بارلوديل) 2.5ملجم يومياً لمدة ثلاثة أيام ثم 2.5ملجم مرتين يومياً لمدة ستة أشهر.

وفي الحالات التي بها توتر حيث يستمر الضهى لعدة أشهر خاصة بعد توقف أقراص منع الحمل يمكن أن يقرر العلاج كمايلي: تعطى سترات الكلوميفين بجرعة 50ملجم يومياً لمدة 5 أيام وغالباً ماتحدث الاستجابة ويستمر الطمث طبيعياً.

وتتميز حالات اليأس المبكرة بانخفاض مستويات الإستروجين ويؤدي ارتفاع مستوى هرمون حث الجريبة لأعراض مثل التورد الساخن والضمور المهبلي ويمكن تحسين ذلك بإحداث الطمث صناعياً بإستخدام بعض المستحضرات مثل «السيكلو-بروجينوفا» الذي يتكون من 21 يوماً من «فالبرينات الإستراديول» مع إضافة «الليفونورجستريل» في آخر 10 أيام من العلاج.

وقد تتطلب حالات العقم مع الضهى استقصاء وعلاج مركب، فاللاتي لم يستجبن للكلوميفين قد يلزم لهن علاج تحت التحكم الهرموني الدقيق بواسطة موجهات القند.

أما في حالات متلازمة المبيض متعدد الكيسات فقد تبين أن الاستئصال

الجزئي للمبيضين لا يعطي نتائج جيدة ويفضل لمثل هذه الحالات استخدام الكورتيزون (البريدنيزون) والذي قد يستخدم أيضاً في حالات الضهى الذي يلازم متلازمة الكظرية التناسلية.

أما عوز الطمث (Hypomenorrhoea) فيعني قلة الفاقد أثناء الدورات الطمثية أما قلة الطمث (Oligomenorrhoea) فتعني قلة عدد الدروات الطمثية وأسباب وإستقصاءات وعلاج ذلك تماثل الضهى الثانوي وهناك العديد من النساء اللاتي يفقدن كمية قليلة من الطمث أو تحدث لهن الدورات الطمثية على فترات متباعدة، والبعض يشتكين من قلة الطمث وفرط التشعر ويمكن تحسن حالاتهم بإستخدام «الكيبروتيرون» (أندروكيور) 50ملجم يومياً مع «إثينيل الأستراديول» 0.05ملجم يومياً لمدة ثلاثة أسابيع كل أربعة أسابيع إلا أنه قد تحدث بعض العوارض الجانبية مع هذا العلاج.

ألم الطمث

يحدث ألم الطمث (Dysmenorrhoea) أو الألم المصاحب للطمث في ثلاثة أشكال رئيسية:

1 ـ ألم طمثي أولي تقلصي أو داخلي.
2 ـ ألم طمثي ثانوي أو احتقاني أو مكتسب.
3 ـ ألم طمثي غشائي.

الألم الطمثي التقلصي "Spasmodic Dysmenorrhoea":

وهو شكوى شائعة، وتشعر أغلب النساء بعدم الارتياح عند بداية الطمث أما الألم الطمثي فيكون شديداً أثناء الساعات أو الأيام الأولى من الفترة الطمثية وقد يكون الألم مستمراً أو تقلصياً مثل المغص وغالباً ما يصاحب ذلك قيء وإغماء وصداع وتوعك، ويُحس الألم في الحوض والجزء السفلي من الظهر وقد يمتد إلى الساقين ولا يبدأ الألم عند بداية الطمث حيث غالباً ما تكون الدورات عديمة التبويض والألم الطمثي التقلصي يكون أكثر حدوثاً بالنساء غير المتزوجات أو النساء المتزوجات عديمات الخصوبة، ويقل الألم تدريجياً بعد سن 25 ليختفي بعد سن 30،

ولأغلب النساء اللاتي يعانين من الألم الطمثي حياة كامنة تفتقر إلى الهواء النقي والرياضة البدنية.

المسببات:

من المحتمل أن يكون سبب الألم الطمثي هو إقفار ناتج عن الانقباضات القوية لعضلية الرحم أثناء الأيام الأولى من الطمث، ونادراً ما يكون هناك سبب مرضي وقد لوحظ دائماً تزامل انقلاب الرحم، وغالباً ما يكون الرحم جيد التكوين (وليس به عوز تكويني كما كان يعتقد سابقاً).

وهناك شواهد توضح أن النساء اللاتي يعانين من الألم الطمثي الأولي بهن إنخفاض بعتبة الألم (Pain Threshold) وقد يكون سبب ذلك هو التوتر العاطفي أو ملل أو سأم العمل الروتيني. وغالباً ما يساعد الحمل والولادة على شفاء هذه الحالة لاحتمال زيادة الوعائية الدموية للرحم الحامل وبالتالي فهو لا يعاني من الإقفار.

الاستقصاء:

يجب التعرف على التاريخ الطبي مع الاهتمام بتحديد درجة ومدة الألم وتصرف المريضة تجاهه ونظام الطمث عامة. كما يجب إجراء الفحص الطبي لاستبعاد أي آفة وفي أغلب الحالات لا يوجد أي شيء غير طبيعي.

العلاج:

ويمكن تلخيصه كما يلي:

1 – العناية بالحالة الصحية عامة والغذاء وعادات الأمعاء وفقر الدم وحالة المعيشة والعمل، والعمل على تغيير نمط الحياة الروتيني والعادات السيئة، والصحة الطمثية هامة وقد يساعد أخذ حمام دافيء يومياً أثناء الطمث.

2 ـ وتكفي المسكنات البسيطة لعلاج العديد من الحالات فقد يستخدم «الأسبرين» و«الباراسيتامول» و«الكوديين» أو الأمزجة منها وفي العديد من الحالات

يمكن تسكين الألم بإعطاء «حمض الميفينياميك» (بونستان) بجرعة 500ملجم ثلاثة مرات يومياً، ولابد من تجنب «الفيناسيتين» والمركبات التي تحتوي عليه نظراً لمخاطر تلف الكلى وقد تؤدي «الأمفيتامينات» إلى الإدمان ولذا لابد من تجنبها أيضاً، ولنفس السبب لابد من تجنب «المورفين» و«البيثيدين» مهما كانت شدة الألم.

3 ـ وقد يعطى العلاج الهرموني بأشكال مختلفة، وقد تعطى مستحضرات ممزوجة مثل الموجودة في موانع الحمل بالفم وذلك لتثبيط التبويض وبالتالي يؤدي إلى الطمث بدون ألم، وتفضل أقراص منع الحمل ذات الجرعات المنخفضة رغم أن بعض النساء يعترضن على تناولها، ويمكن تناول أقراص منع الحمل اعتباراً من اليوم الخامس للدورة الأولى ولمدة 21 يوم مع التكرار بعد 7 أيام بدون علاج.

وقد يعطى الإستروجين منفرداً على شكل «إثنيل إستراديول» 0.05 ملجم مثلً وذلك لمرة واحدة يومياً اعتباراً من اليوم الخامس من الطمث لمدة 20 يوماً، كما يمكن إعطاء «البروجستيرون» على شكل «ديدروجيستيرون» (دوفاستون) 10ملجم مرتان يومياً اعتباراً من اليوم الخامس وحتى اليوم 25 من الدورة ولا يسبب ذلك تثبيط التبويض.

ويمكن الحصول على أفضل تأثير بالهرمونات التي تثبط التبويض وتعطى لبضعة أشهر طالما أنها لا تسبب في آثار جانبية، وقد يستمر التحسن بعد توقف العلاج ربما نتيجة زيادة الأوعية الدموية بالرحم.

4 ـ ويعتبر توسيع عنق الرحم علاجاً تقليدياً ويؤدي إلى التسكين في بعض الحالات رغم أنه غالباً ما يكون تسكيناً مؤقتاً، ويمكن عمل ذلك عند وجود سبب آخر لتوسيع عنق الرحم كما في حالات العقم أو تآكل عنق الرحم ويجب الحرص على عدم إتلاف عنق الرحم لتجنب لا كفاية (Incompetence) الفوهة الداخلية وبالتالي الإجهاض المتكرر.

5 ـ قد يتم قطع العصب الودي الحوضي في الحالات الشديدة غير المحتملة إلا أن ذلك نادراً ما يتم اللجوء إليه في الممارسة الفعلية.

6 ـ استئصال الرحم لا يجرى البتة خاصة أن هذا النوع من ألم الطمث يحدث في النساء صغيرات العمر.

الألم الطمثي الثانوي أو الاحتقاني أو المكتسب: (Congestive Dysmenorrhoea):

وهو نادر الحدوث قبل سن 25 وغير شائع قبل سن 30.

الأعراض:

يبدأ الألم قبل الطمث بحوالي 3 إلى 4 أيام أو أسبوع وقد يتحسن أو يسوء عندما يبدأ النزيف ويحس الألم بالحوض والظهر ويسوء مع المجهود وقد توجد أعراض أخرى مثل النزيف الطمثي أو العقم أو ألم الجماع.

ولا يحدث هذا النوع من ألم الطمث دون وجود سبب بدني والسببين الرئيسيين هما التهاب الحوض المزمن (الفصل 11) وانتباذ البطانة الرحمية؛ ولكنه قد يحدث أيضاً مع انقلاب الرحم المكتسب مع تدلي المبيضين أو مع الليفومات.

الألم الطمثي الغشائي (Membranous Dysmenorrhoea):

وهذا النوع غير شائع، ويتخذ شكل ألم شديد مع سقوط كل البطانة الرحمية الساقطة عند الطمث كقالب واحد وقد يحدث ذلك في كل دورة أو في بعض الأحيان فقط، وإذا ما كان الألم شديداً فقد يشابه الحالات الطارئة الحادة للبطن، وبمجرد مرور القالب يقل الألم ويستمر الطمث بشكل طبيعي، وفي الأنواع الخفيفة من هذه الحالات تمر شدفات كبيرة من البطانة الرحمية والتي قد تكون مسؤولة عن بعض الحالات من ألم الطمث التقلصي، وقد يصعب العلاج أحياناً، ويمكن العلاج بالإستروجين حيث يعطى 0.05 ملجم إثينيل إستراديول مرتين يومياً أو موانع الحمل بالفم يومياً وذلك اعتباراً من اليوم الخامس حتى اليوم السادس والعشرين من الدورة. وقد يساعد في العالج عمل التوسيع والكحت بصورة متكررة، وقد يعتبر استئصال الرحم هو الطريق الوحيد للعلاج في حالات الألم غير المحتمل في النساء كبيرات السن.

التوتر قبل الطمثي

غالباً ما يحدث التوتر قبل الطمثي (Premenstrual Tension) في النصف الثاني من الحياة الطمثية بعد عمر الثلاثين، فتتكون الأعراض الرئيسية من التهيج والأرق والاكتئاب والإنهاك وامتلاء البطن والوذمة مع احتجاز السوائل وتزايد الوزن، وقد تؤثر الوذمة على الثديين مما يؤدي إلى الألم بالثدي (Mastalgia) وقد يحدث صداع نصفي أثناء هذه المرحلة أو عند بدء الطمث. وغالباً ما تظهر هذه الأعراض قبل الطمث بحوالي 7 إلى 10 أيام بعد أن تتم مرحلة التلوتن وفي هذه الفترة تصبح النساء أكثر تعرضاً للحوادث ويزيد معدل الانتحار، وبعض النساء اللاتي يعانين من التوتر الطمثي بهن اكتئاب داخلي يميل للتزايد في هذا الوقت.

ويبدأ العلاج بتوضيح الحالة وطمأنة المريضات وإذا ما كان احتجاز السوائل يسبب مشكلة فيتم إعطاء بعض مدرّات للبول مثل «الفروسيميد» 20-40 ملجم يومياً لمدة 3 أيام لمرة واحدة.

ويكشف عدم تفهم مسببات هذه المتلازمة التضارب في العلاج الذي يوصف لمثل هذه الحالات والذي يعتبر كمحاولات فقط.

وقد يساعد العلاج الهرموني في علاج بعض الحالات، فتساعد أقراص منع الحمل في علاج الحالة عندما يكون تنظيم الحمل مرغوباً في نفس الوقت، ويبدو أن البروجستوجينات (فصل 23) تعطي أفضل النتائج ويمكن إعطاؤها بالفم على شكل «نورإثيستيرون» و«ديدروجستيرون» أو «ميدروكسي بروجستيرون». ويوصي البعض بإستخدام البروجستيرون الطبيعي (سيكلوجيست) على شكل حَمْولات (Suppositories) مستقيمية أو مهبلية بينما يفضل البعض إعطاء البروجستوجينات لمدة 10 أيام إعتباراً من اليوم 15 للدورة، كما يمكن أيضاً استخدام «الدانازول».

وقد أوصت بعض الدوائر العلاجية باستخدام «البيريدوكسين» (ڤيتامين ب$_6$) و«البروموكريتبين».

ويمكن علاج الصداع النصفي باستخدام طرطرات «الإرجوتامين» 1ملجم بالفم كل ساعتين أو 0.5 إلى 1 ملجم بالحقن، وهناك العديد من المستحضرات المختلفة من الإرجوتامين في شكل أقراص أو حقن أو حمولات وقد يساعد في البعض تناول «الفينيتوين» 100ملجم مرتين إلى أربع مرات يومياً، وقد يعطي «الكلونيدين» (ديكسريت) 0.025 ملجم في جرعات من قرصين مرتين يومياً إلا أن

ذلك يجب أن يعطى قبل بدء حالة التوتر المتوقع حدوثها بثلاثة أيام.

وتتطلب حالات الاكتئاب أثناء المرحلة قبل الطمثية، أما الحالات الشديدة فتتطلب العلاج النفسي.

النزيف الرحمي غير الطبيعي

يعني غزارة الطمث (Menorrhagia) زيادة كمية الدم المفتقد مع الطمث المنتظم وقد يكون ذلك بنيوياً أو مكتسباً، أما النزف الرحمي (Metrorrhagia) فهو النزيف غير المنتظم أو المستمر من الرحم أما تعدد الحيض (Ploymenorrhoea) فيعني تكرار وغالباً غزارة الطمث. أما فوق الطمث (Hypermenorrhoea) (النزيف بين الطمثي) فيعني النزيف الرحمي غير الطمث الطبيعي.

وتتضمن مسببات النزيف الرحمي غير الطبيعي ما يلي:

آفات عنق الرحم: سلائل، سرطان، تآكل وعائي.

آفات جسم الرحم: التهاب البطانة الرحمية، السل، الليفومات، السلائل، انتباذ البطانة الرحمية، فرط تنسج عضلية الرحم، السرطان و أورام الأديم المتوسط المختلطة والغرن.

آفات المبيض: الأورام مفرزة الإستروجين، وانتباذ البطانة الرحمية والالتهاب المزمن.

مضاعفات الحمل: الإجهاض والحمل المنتبذ، والرحى العدارية، والسرطان المشيمائي.

أجسام غريبة بالرحم: موانع الحمل داخل الرحمية (.I.U.C.D).

قد يؤدي العالج بالهرمونات المبيضية خاصة في النساء أثناء اليأس وبعد اليأس إلى النزيف، وقد يحدث نزيف انقطاعي مع البروجستيرونات الصناعية التي تعطى لموانع حمل بالفم أو لعلاج إضطرابات الحوض.

وقد يحدث الميل للنزيف غير الطبيعي في قلة الصفائح الحمراء واعتلالات الدم الأخرى، وقد يصاحب فرط أو عوز الدرقية غزارة الطمث أو النزيف غير

المنتظم. الأسباب النفسية البدنية مثل الصدمات العاطفية الشديدة قد تؤدي إلى نزيف غير منتظم، وقد تؤدي غزارة الطمث أو النزيف الرحمي إلى فقر الدم، وتفقد بعض النساء كمية كبيرة من الدم أثناء الطمث وينتج فقر الدم، وينخفض مستوى الهيموجلوبين في النساء عن الرجال بين أعمار 15 و50 عام ويعزي هذا الاختلاف إلى الدم الذي يفقد وعوز الحديد الناتج عن الطمث والحمل والولادة.

نزيف الاعتلال الوظيفي الرحمي
(Dysfunctional Uterine Bleeding)

ويعرف ذلك بحدوث نزيف شديد غير منتظم من الرحم رغم انعدام وجود الحمل أو الخمج أو الإصابة أو الأورام أوالعلاج الهرموني، ولذا فيجب استبعاد هذه الحالات قبل اعتبار هذا النزيف بسبب الاعتلال الوظيفي الرحمي، ويمكن تقسيم هذه الأسباب طبقاً للأعمار كما يلي:

من وقت الولادة حتى 18 عام:

قد يحدث طمث للإناث الرضيعات أثناء الأسبوع الأول من الحياة، وهذا قلما يكون ذو أهمية وغالباً ما تكون كمية الدم المفقودة قليلة جداً، وغالباً ما يكون ذلك بسبب سحب (Withdrawal) الإستروجينات المشيمية.

قد يحدث البلوغ المبكر نتيجة النضج المبكر للمبيضين في أغلب الحالات وفي حالات نادرة قد يوجد ورم الحبيبية بالمبيض (الفصل 8)، وفي هذه الأحوال ينمو الثديان وشعر العانة والإبط ويحدث نزيف من البطانة الرحمية وقد يصاحب ذلك تبويض في بعض الأحيان، وعند استبعاد وجود ورم بالمبيض يسمح بالنمو طبيعياً ويتم تحذير الأم والأب من احتمال حدوث الحمل، ويعتبر ورم الأديم المتوسط المختلط (الغرن العنقودي) (Sarcoma Botryoides) (انظر فصل 7) أحد الأسباب النادرة جداً لحدوث النزيف بالأطفال وقد يحدث السرطان الغدي بالمهبل في البنات بمرحلة البلوغ اللاتي تلقت أمهاتهن «ستيلبستيرول» (D.E.S.) أثناء الحمل.

ويعتبر النزيف عند البلوغ أو فرط الطمث عند البلوغ (Puberty Menorrhagia) مثالاً لنزيف الاعتلال الوظيفي الرحمي، وقد تحدث فترات طويلة من

النزيف غالباً ما تكون بدون الألم وتصاب الفتاة بفقر الدم ويوضح فحص البطانة الرحمية وجود نمط منعدم التبويض أو فرط التنسج. ويتضمن العلاج التخلص من السبب العضوي وعلاج فقر الدم عند وجوده وغالباً ما ينجح العلاج الهرموني.

ويجب البدء بإستروجين مثل «الإثينيل إستراديول» 0.05 ملجم يومياً إعتباراً من اليوم الخامس للنزيف، ويمكن زيادة الجرعة لإيقاف النزيف، ثم يضاف بعد 10 أيام بروجستيرون مثل «نوراثيستيرون» (بريمولوت N) بجرعة تصل إلى15 ملجم يومياً لمدة 10 أيام حيث يستمر الإستروجين أيضاً أثناء ذلك، وعند توقف العلاج يحدث النزيف مع سقوط البطانة الرحمية حيث يعرف ذلك بالكشط الطبي (Med-ical Curettage) والذي يماثل الطمث الطبيعي، ويجب إعطاء العلاج لمدة 3 إلى 6 دورات تالية وغالباً ما يعود الطمث طبيعياً، أما عند فشل ذلك فيجب عمل الكشط.

النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و 40 سنة:

ويعتبر نزيف الإعتلال الوظيفي الرحمي غير شائع في هذه المجموعة وأغلب سبب للنزيف غير الطبيعي يكون مضاعفات الحمل، ونادراً ما يلي تعقيم القنوات نزيف غير طبيعي. ومن المفضل عمل كشط تشخيصي لهذه المجموعة وأن يوضع في الاعتبار دائماً إحتمال وجود مرض خبيث.

النساء اللاتي تخطين 40 عاماً من العمر:

ويعرف هنا النزيف بأنه حول اليأسي (Perimenopausal) وقد تحدث هنا كل الأسباب العضوية للنزيف بما في ذلك المرض الخبيث ولذا يلزم هنا التشخيص الدقيق بما في ذلك الكشط، وفي الحالات التي ليس بها سبب عضوي يمكن مشاهدة ثلاثة أنماط رئيسية بالبطانة الرحمية عند الفحص الهستولوجي.

1 ـ قد تكون البطانة الرحمية ضامرة ويحدث النزيف نتيجة نشع الدم خلال البطانة الرقيقة للرحم.

2 ـ قد تحدث إزالة غير منتظمة من البطانة الرحمية، إذ تعتل الآلية الطبيعية للطمث مما يؤدي إلى إزالة غير كاملة للبطانة الرحمية، ويوضح الفحص الهستولوجي للكشط الذي يمكن عمله في اليوم الأول من النزف نمطاً مختلطاً من البطانة

المتكاثرة المفرزة مع احتمال وجود سلائل بطانية.
3 ـ فرط تنسج البطانة الرحمية والذي قد يحدث في الغدد أو السُدى أو كلاهما.

ويعتبر اعتلال الرحم النزفي (فرط التنسج الكيسي) كثير الحدوث في نساء اليأس. ولكن ذلك قد يحدث في المراهقة وفي النساء البالغات أيضاً. وغالباً ما يوجد ضهى يتبعه نزيف طويل الأمد من البطانة الرحمية مفرطة الإستروجينية، ويحتوي المبيضين على كيسات جريبية دون نسيج ملوتن، كما يشاهد نمطاً مشابهاً لذلك في حالات الأورام المفرزة للإستروجين واللحموم المؤنث للمبيض (فصل 8).

ويعتبر اعتلال الرحم النزفي تشخيصاً مرضياً وليس تشخيصاً إكلينيكياً ويعتمد على التغيرات التي تميز ذلك بالبطانة الرحمية.

علاج نزيف الاعتلال الوظيفي الرحمي:

لا يجب البدء في أي علاج دون التوصل إلى التشخيص الدقيق باستثناء البنات الأقل عمراً من 18 سنة والمصابات بنزيف البلوغ، ويعتبر العلاج الهرموني العشوائي ذو خطورة بالغة نظراً لاحتمال وجود ورم خبيث خفي، ويجب أن تتضمن الاستقصاءات فحص الخلايا الموجودة بمسحات من عنق الرحم والمهبل مع عمل كشط كامل ويمكن التوصل لتشخيص في أغلب الحالات، بل تشفى بعض الحالات أيضاً بالكشط، ويفيد العلاج الهرموني في التحكم في النزيف الذي يثبت أنه ناتج عن الاعتلال الوظيفي للرحم وتفيد البروجستيرونات الصناعية في هذا المجال، فيمكن إعطاء «النوراثيستيرون» بالفم بجرعة 15 ملجم يومياً لمدة 10 أيام ليلي ذلك نزيف الإنخفاض الهرموني الذي يماثل الطمث الطبيعي ويمكن إعطاء الهرمون لمدة 10 أيام أخرى اعتباراً من اليوم الخامس عشر للدورتين أو الثلاث دورات التالية.

وقد تستجيب النساء اللاتي يحدث لهن نزيف منعدم التبويض ويرغبن في الحمل إلى العالج بسترات الكلوميفين حيث تعطى جرعة أولى 50 ملجم يومياً لمدة خمسة أيام اعتباراً من اليوم الثالث من الطمث ثم تتم زيادة الجرعة حتى 200 ملجم يومياً.

وقد يعالج النزيف الطمثي الوظيفي باستخدام موانع الحمل بالفم في النساء اللاتي لا يرغبن في الحمل، وكبديل للعلاج الهرموني يمكن إعطاء حمض «الأمينوكابروويك» (إبسيكابرون) في جرعات من 3جم أربعة مرات يومياً أثناء الطمث

ويتوفر على شكل مسحوق فوّار يتم تناوله بالماء، وتقلل الأثامسيلات (ديسينين) من حدوث فقد الدم الشعيري وتؤخذ على جرعات من 500 ملجم أربعة مرات يومياً في أوقات النزيف الشديد، وقد يساعد الدانازول (الدانول) 200 ملجم يومياً لمدة ستة أشهر رغم وجود بعض التأثيرات الجانبية مثل زيادة الوزن أو الضهى. ويجب وضع الاستئصال الرحمي في الاعتبار وذلك في الحالات الشديدة من النزيف في النساء اللاتي تتعدى أعمارهن 40 عام.

النزيف بعد اليأس

ويعرف النزيف بعد اليأس (Postmenopausal Bleeding) بأنه نزيف المسلك التناسلي الذي يحدث بعد عام أو أكثر من إكتمال اليأس ويعتبر ذلك أحد الأعراض الشديدة نظراً لأنه قد يدل على وجود مرض خبيث في النسلك التناسلي وفي الحقيقة يجب افتراض أن كل امرأة لديها نزيف بعد اليأس بها سرطان حتى يثبت العكس بالاستقصاء الكامل الدقيق.

والأسباب الرئيسية لنزيف بعد اليأس تتضمن مايلي:

الفرج: السرطان، اللحيمة أو السرطان المبالي (نادر). ويجب استبعاد النزيف الشرجي أو البيلة الدموية.

المهبل: السرطان، الالتهاب المهبلي خاصة «الشيخوخي» أو الالتهاب المهبلي الضموري، وقد تؤدي الأجسام الغريبة مثل الفرازج إلى التقرح.

عنق الرحم: السرطان (وقد يكون داخل عنق الرحم)، والسليلة.

جسم الرحم: السرطان، الغرن، أورام الأديم المتوسط المختلطة، السليلة، ليفوم تحت مخاطي، التهاب بطاني شيخوخي.

قناة فالوب: السرطان.

المبيض: الأورام المؤنثة، أورام الخلايا الحبيبية والقريبية.

العلاج الهرموني: قد يلي النزيف إعطاء الإستروجينات لتخفيف أعراض اليأس بعد أن يتوقف العالج ولكن لا يجب اعتبار ذلك سبباً للنزيف ولابد من عمل استقصاء كامل بما في ذلك دراسة الخلية والكشط.

****

الفصل الحادي عشر

خمجيات المسلك التناسلي الأنثوي

المسلك التناسلي السفلي

نظراً لأن الثلثين السفليين لعنق الرحم يبرزان إلى المهبل فيمكن اعتبار خمجيات كلا العضوين معاً خاصة وأن الطلائية الحرشفية لعنق الرحم تتعرض لنفس خمجيات المهبل وقد يحدث خمج مهبلي ثانوي في حالات خمجيات عنق الرحم ويكون العرض الرئيسي هو الإفراز المهبلي والذي قد يكون مهيّجاً أو كريهاً.

استقصاء الإفراز المهبلي:

يتكون إستقصاء الإفراز المهبلي من التعرف على التاريخ المرضي والفحص البدني والاستقصاءات المتخصصة.

ويتم التعرف على التاريخ المرضي عبر خطوط عامة مع العناية بتجديد وقت حدوث الإفرازات وخصائصه وعلاقته بالجماع وبالحمل وباستخدام موانع الحمل أو الفرازج.

ويلي ذلك الفحص العام كما يجب اختبار البول للسكر والأسيتون.

ومن الأفضل عمل منظار مهبلي قبل عمل الفحص باليدين، ويتم الفحص بالنظر لكل من الفرج والمبال وغدد «بارثولين»، وعند الارتياب في وجود خمج المكورات البنية يتم بتنظيف صماخ المبال بقطعة من القطن الصوفي الجاف ويُضغط على المبال لاستخراج الصديد وتؤخذ عينة بمسحة مبالية ويتم إرسالها للفحص في وسط «ستيوارت» الانتقالي، ويمرر المنظار المهبلي لفحص جدار المهبل وعنق الرحم وأخذ مسحة من عنق الرحم، ويتم أخذ عينة من الإفراز المتجمع بالقبو المهبلي الخلفي بواسطة ماسحة أو قطارة أو عروة من السلك ويتم وضع العينات في وسط «ستيوارت» ويرسل لعمل مزرعة، ويتم عمل معلق بمحلول ملحي وذلك لفحصه

مجهرياً للمشعرة وداء المبيضات. ويتم فحص عنق الرحم بالمشاهدة وذلك لاكتشاف وجود تآكل أو شتر خارجي أو سليلة أو سرطان، وفي حالة الارتياب في المكورات البنية يتم أخذ مسحة إضافية من القناة العنقية بعد تنظيف الفتحة الخارجية بقطن صوفي جاف.

ومثلما يحدث في الأعراض الأخرى، يلزم في حالة الإفراز المهبلي عمل تشخيص دقيق قبل المبادرة بالعلاج، ولا يجب أخذ العلاج عشوائياً نظراً لاحتمال وجود مرض خطير مثل الأمراض التي تنتقل جنسياً أو السرطان.

وقد يؤدي العلاج غير السليم إلى حدوث التهاب كيميائي مزمن بالمهبل والذي قد يتطلب علاجه شهوراً عدة.

التهاب المهبل (Vaginitis):

للمهبل في المرأة البالغة آليته الدفاعية ضد الخمج فالإفراز الطبيعي للمهبل حمضي ببا هاء (pH) حوالي 4 ويتكوّن من خلايا طلائية حرشفية ساقطة تحتوي على الجليكوجين والجراثيم خاصة عصويات «دوديرلين» وهي عصويات كبيرة موجبة «الجرام»، وعصويات «دودرلين» هي عصويات لبنية وهي تحوّل الجليكوجين إلى حمض اللبنيك هذا بالإضافة إلى إفراز عنق الرحم الذي يكون قاعدياً في الحالة الطبيعية وبعض الارتشاح من الطلائية المهبلية وتوجد الغدد مفرزة المخاط بالمهبل في 10 إلى 15٪ من النساء.

وفي الأطفال قبل البلوغ لا توجد الآلية الوقائية الحمضية وقد يخمج المهبل بعديد من الكائنات التي تتضمن المكورات العقدية والمكورات الرئوية وفي الأطفال الضعفاء قد توجد بعض الكائنات الأخرى مثل الأشريكية القولونية والمكورات العنقودية والمبيضة البيضاء أو المشعرة المهبلية وفي الأطفال قد يحدث خمج مهبلي بالديدان الخيطية والمكورات البنية بعد اغتصابهن من قبل شخص بالغ مريض.

وقد يتسبب وجود جسم غريب في التهاب المهبل بالأطفال ونادر ما يمكن الحصول على تاريخ مرضي واضح في البالغين، وقد يتسبب وجود الأجسام الغريبة في حدوث التهاب مهبلي بالبالغين أيضاً بما في ذلك الفرازج "Pessaries" التي تستخدم لعلاج التدلي (فصل 14) والحجاب "Diaphragm" والدحسات "Tampons" فقد تترك دحسة بداخل المهبل بعد الطمث إما لعدم تذكر ذلك أو

لوضع دحسة أخرى دون إزالة الموجودة من قبل، ويؤدي ذلك إلى إفراز كريه منصبغ بالدم.

والأسباب الرئيسية للالتهاب المهبلي في النساء البالغات هي:

1 ـ الإلتهاب بكائنات خاصة مثل المشعرة المهبلية "Trichomonas Vaginalis" أو داء المبيضات "Candidiasis" أو المستدمية المهبلية "Haemophilus Vaginalis" أو المفطورة الآدمية "Mycoplasma Hominis" وغير ذلك.
2 ـ نتيجة التهاب عنق الرحم.
3 ـ التهاب مهبلي كيميائي نتيجة الدش المهبلي أو بإستخدام الفرازج للعلاج أو منع الحمل.
4 ـ أجسام غريبة: الدحسات والفرازج والأجسام الأخرى.

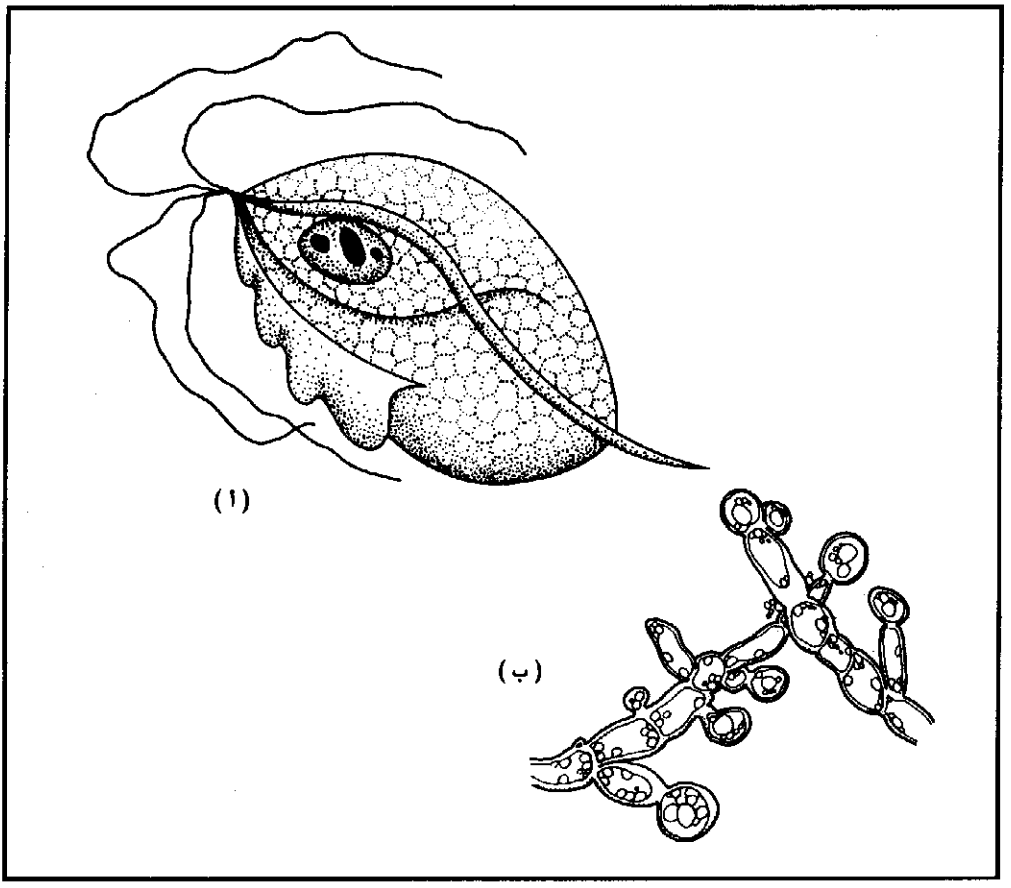
المشعرة المهبلية

تقدر العدوى بكائن المشعرة المهبلية بحوالي 8 إلى 15٪ من النساء المتزوجات في المملكة المتحدة، ولذا فإن هذا النوع من الخمج منتشر بدرجة كبيرة نسبياً، وتتم العدوى تناسلياً ولكنها قد تحدث في العذارى ولكن بصورة نادرة وقد وصفت بأنها المرض التناسلي السابع.

والمشعرة المهبلية (شكل 24) كائن أولي "Protozoon" سوطي يصل طوله إلى 15 ميكرومتر وعرضة إلى 10 ميكرومتر وله غشاء متلفف وأربعة أسواط ويمكن مشاهدته بسهولة تحت المجهر وهو يصيب المهبل أساساً ولكنه قد يسبب التهاب المبال وعنق الرحم وغدد «بارثولين» أيضاً.

الأعراض:

والعرض الرئيسي هو إفراز مهبلي مهيّج، ويحدث غالباً بشكل مفاجئ بلون أصفر يميل إلى الخضرة وبه رغاوي وتتباين كميته بدرجة كبيرة وفي الحالات الحادة يصبح المهبل متقيحاً ويحدث ألم شديد أثناء الجماع كما يحدث تردد بولي وألم عند القبول، وقد يتخذ المرض شكلاً مزمناً مع حدوث تفاقمات قبل وبعد الطمث كما تحدث دورات متكررة من التهيج البولي وقد يؤدي المرض إلى حجب التهابات أخرى مثل المكورات البنية.



شكل 24

(أ) المشعرة (Trichomonas) (ب) داء المبيضات (Monilia)

ويعتمد التشخيص على التعرف على الكائن وأفضل أسلوب لذلك هو فحص قطرة طازجة من الإفراز مع قطرة من محلول الملح مباشرة تحت المجهر حيث يمكن مشاهدة المشعرات وهي تسبح بطلاقة، كما توجد أيضاً خلايا صديدية ونوعيات أخرى من الكائنات بالإضافة إلى الحرشفية المهبلية. وإذا ما لزم عمل مزرعة معملية وعمل حساسية يتم إرسال مسحات إلى المعمل بوسط «ستيوارت» الانتقالي نظراً لحساسية المشعرة للجفاف والبرودة.

ويتكون العلاج من إعطاء الميترونيدازول (الفلاجيل) حيث غالباً ما يبدأ العالج بجرعة 200 ملجم ثلاثة مرات يومياً لمدة 7 أيام. فإذا لم يؤثر ذلك يتم تناول جرعات كبيرة تصل إلى 800 ملجم في الصباح و1200 ملجم في المساء لمدة يومين أو 2 جم كجرعة واحدة، ولا توجد أهمية للعلاج الموضعي إلا في الحالات التي بها تقرح

والتهاب شديد بالمهبل حيث يساعد العلاج الموضعي فيتم تنظيف المهبل بمحلول بيروكسيد الهيدروجين ومسحة وتجفيفه بالقطن الصوفي. وقد تتطفل المشعرة على المسلك التناسلي الذكري ولكن غالباً ما لا تتسبب في أي أعراض باستثناء تكرار حدوث العدوى للزوجة، وقد لوحظ حدوث ألم أثناء التبول بالذكور في 15٪ من الرجال المصابين بالمشعرة، ولذا يجب أن يتم علاج الزوج بالمترونيدازول سواء وجدت أعراض أم لا.

وتصل نسبة الشفاء لأكثر من 80٪ في النساء إذا ما تم تجنب العدوى مرة أخرى وقد تلزم دورة أخرى من العلاج في بعض الحالات.

داء المبيضات المهبلية:

وهو أحد الاضطرابات المهبلية التي تنتج عن الإصابة بالمبيضات (شكل 24) والتي تعرف أيضاً بالمبيضة البيضاء (Candida Albicans)، وهي كائن يشبه الخميرة يصيب المهبل والفرج، وكثيراً ما تحدث المُبيضة المهبلية أثناء الحمل وفي النساء اللاتي يتناولن موانع الحمل بالفم وفي النساء المصابات بالبيلة السكرية وقد يحدث بعد تناول المضادات الحيوية مثل البنسللين والستربتوميسين والتتراسيكلين والتي تدمر الطاعمات الطبيعية الموجودة بالمهبل (عصويات «دودرلين»).

الأعراض:

يكون العرض الرئيسي هو وجود إفراز مهبلي أبيض سميك مع تهيّج الفرج، ويعتمد التشخيص على وجود بقع سميكة بيضاء بالمهبل وهي تترك مناطق نازفة عند تقشيرها، وعند فحص الإفراز تحت المجهر يمكن مشاهدة خيوط أفطورية كاذبة وتجمعات من المسمات الأريمية ويمكن عمل مزرعة للكائن.

العلاج:

ويكون علاج مبُيضات المهبل على شكل فرازج وكريمات، وهي تتضمن النيستاتين (نيستان) وأمفوتيريسين (منجيلين) وميكونازول (جينو ـ داكترين، مونيستات) وناتاميسين (بيمافيوسين) وكلوردانتوين (سبوروستاسين) وكل هذه العقاقير تستخدم مرتين يومياً لمدة 14 يوم، أما كلوتريمازول (كانستين) فيتميز بأنه

يستخدم لمدة ستة ليال متتالية فقط وبالتالي فأغلب المريضات يمكن أن يستكمل علاجهن. أو على شكل أقراص مهبلية 200 ملجم كل مساء لمدة 3 ليال أو على شكل قرص مهبلي 400ملجم لمرة واحدة، ويمكن إستخدام فرازج نترات الأكونازول (أكوستاتين، جينو ـ بيفاريل) على ثلاثة ليال متتالية، وفي الحالات المستعصية أو عند عدم رغبة المريضة في إستخدام الفرازج أو الكريم يمكن دهان المهبل بمحلول مائي للجنتيانا البنفسجية 1٪، وعندما تتكرر العدوى يجب الارتياب في وجود مصدر للعدوى مثل وجود الكائن بالأمعاء، ويمكن إستخدام العلاج بالفم أقراص النيستاتين 500.000 وحدة 4 مرات يومياً لمدة 7 أيام.

وقد يحدث أحياناً التهاب مهبلي بالنساء البالغات بسبب الخمج بالجراثيم إلا أن ذلك أكثر حدوثاً في البنات قبل المراهقة وفي النساء بعد اليأس ويمكن التعرف على الجراثيم بعمل المزرعة حيث يوجد بها الأشريكية القولونية والجاردينيللا، ويمكن علاج ذلك بيود البوفيدون (بيتادين) على شكل فرازج أو هلام مهبلي، فرازج فلوراكوين، نيوميسين (تامبوقاجان N)، كريم السلفا الثلاثية (سيلترين) أو أسي چيل. أما الإصابة بالمتدثرة (Chlamydia) فتسبب التهاب مبالي في الذكور وقد ينتقل جنسياً إلى النساء وغالباً لا يسبب أية أعراض، ولكنه قد يؤدي إلى إفراز مهبلي في بعض الأحيان، ويجب أن تتم معالجة النساء اللاتي يعاشرن الرجال المصابين بالالتهاب المبالي باستخدام التتراسيكلين (يحظر استخدامه أثناء الحمل) ويعتبر «دينيكلو»، قرص واحد يومياً لمدة 21 يوم أحد العقاقير الشافية.

متلازمة الصدمة الإنتانية (Septic Shock Syndrome):

قد تعاني بعض النساء اللاتي يستخدمن الدحسات من صدمة سامة شديدة نتيجة امتصاص الجراثيم من المهبل، وغالباً ما توجد العنقوديات الذهبية بالمهبل فإذا ما تم حجز نزول الطمث فتمكن هذه الجراثيم من تكوين المستعمرات بسرعة في دم الطمث، وقد تسبب بعد الدحسات شديدة الامتصاص سحجات صغيرة بالجزء العلوي من المهبل وعنق الرحم. مما يؤدي إلى مرور العنقوديات وسمومها إلى الدورة الدموية من خلال هذه السحجات ويتسبب ذلك في صدمة إنتانية.

وغالباً ما يتم التشخيص بفحص المرأة وهي في صدمة ويوجد تاريخ مرضي لإستخدام دحسات شديدة الإمتصاص إذا ما كانت تستخدم دحستان في نفس الوقت أو ترك الدحسات لمدة طويلة أكثر من اللازم.

ويتم العلاج باستخدام المضادات الحيوية الممتدة المفعول بالحقن العضلي أو بالفم بالإضافة إلى المترونيدازول الذي تعطى شرجياً أو وريدياً، وإذا ما كانت الصدمة شديدة مع اتساع الأوعية الطرفية فيجب إعطاء المحاليل وريدياً مع مناظرة ذلك بخط الدم الوريدي المركزي (CVP) كما يجب إزالة أي دحسات مهبلية ومنع استخدامها لبضعة أشهر وذلك لتسهيل نزول الطمث في كل فترة وغالباً ما يلتئم المهبل وعنق الرحم بسرعة.

الالتهاب المهبلي الكيميائي (Chemical Vaginitis):

قد يكون سبب التهيّج المهبلي هو استخدام المواد الكيميائية لعمل الدش المهبلي أو لمنع الحمل، وقد ينتج الالتهاب المهبلي إما عن استخدام محلول شديد التركيز أو من الحساسية للمحلول، وقد توضع بللورات برمنجنات البوتاسيوم أحياناً إلى المهبل كمحاولة للإجهاض مما قد يتسبب في حدوث تقرح شديد مع نزيف شديد يعرف بخطورته.

التهاب المهبل بعوز الإستروجين (Hypo-Oestrogenic Vaginitis):

وغالباً ما يشاهد ذلك في النساء بعد اليأس رغم أن ذلك قد يلي استئصال المبيضين أو إحداث اليأس الصناعي بالراديوم أو أشعة إكس في النساء الأصغر عمراً.

ويعتبر التهاب المهبل بعوز الإستروجين حالة ضمورية حيث تصبح طلائية المهبل ملساء ورقيقة ولامعة وقد توجد أنزفة صغيرة تحت مخاطية وتختفي عصويات «دودرلين» من الإفراز المهبلي ويحدث التهاب ثانوي بالجراثيم الأخرى التي تنتشر مكونة إفرازاً قيحياً مع تقيّح المهبل والفرج.

الأعراض:

وهي عبارة عن إفراز مائي وردي اللون أو منصبغ بالدم والذي أحياناً ما يكون إفرازاً قيحياً مع تقيح المهبل والفرج ووجود ألم أثناء الجماع، وقد يتأثر الفرج بالتغيرات الضمورية فيصبح المدخل ضيقاً لدرجة تجعل الجماع ليس فقط مؤلماً ولكن من المستحيل آليا.

ويعتمد التشخيص على العلامات الطبية الموجودة بالمهبل والفرج الضامرين مع وجود أنزفة تحت مخاطية، وقد يكون الفحص مؤلماً ويجب عمل مسحة لتجديد الجراثيم الموجودة وإذا كان الإفراز منصبغاً بالدم فيجب علاج الحالة كحالات النزيف بعد اليأس وعمل كل الاستقصاءات اللازمة لاستبعاد سرطان الرحم (فصل 8) حتى في الحالات التي يبدو أن النزيف فيها ناتجاً عن التهاب المهبل إذ قد يوجد السرطان بالجزء العلوي من المسلك التناسلي.

العلاج:

ويهدف العلاج هنا إلى التخلص من الخمج وإلى استعادة الحالة الطبيعية لطلائية المهبل، ويمكن بدء العلاج باستخدام الفرازج أو الهلامات المعقمة مثل فرازج حمض اللبنيك، وقد يفيد «الأسيچيل» في بعض الحالات، كما يجب إعطاء الإستروجين بالفم وموضعياً، ومن المهم الوصول بالجرعة إلى أدنى درجة لتجنب حدوث نزيف من الرحم عند توقف تناول الإستروجين، ويمكن استخدام العلاج الموضعي على شكل فرازج تحتوي على الإستروجين أو على شكل «داينيسترول» كريم ثلاثة مرات أسبوعياً، وتتطلب حالات الألم أثناء الجماع نتيجة ضيق المدخل توسيع جراحي وقص عجاني.

الأجسام الغريبة:

يتم علاج الأجسام الغريبة الموضوعة بالمهبل بإزالتها، ويمكن علاج الإفراز الكريه بعمل دش مهبلي باستخدام حمض اللبنيك 1٪ أو معلقة واحدة من الخل على الوعاء. وغالباً ما يستعيد المهبل حالته الطبيعية بسرعة بعد إزالة الجسم الغريب.

التهاب عنق الرحم:

التهاب عنق الرحم الحاد:

ويحدث في حالات داء المكورات البنية الحاد (السيلان) وفي حُمى النفاس عند وجود التهاب عام بالطلائية الرحمية، وفي حالات التهاب عنق الرحم بالمكورات البنية يلتهب عنق الرحم ويتورم مع وجود كمية كبيرة من الإفراز لصديد يميل إلى

اللون الأخضر من القناة العنقية، وغالباً ما توجد علامات أخرى للمرض مثل التهاب المبال الحاد والتهاب غدد «بارثولين» والتهاب البطانة الرحمية والتهاب القنوات (انظر فصل 5) وقد يؤدي إفراز التهاب عنق الرحم الحاد إلى التهاب المهبل.

ويعتمد التشخيص على أخذ مسحة من القناة العنقية بعد أخذ مسحة من الفوهة الخارجية بقطن صوفي جاف ويتم فحص المسحات المأخوذة من الإفرازات لوجود مكورات ثنائية داخل خلوية سالبة الجرام كما يجب عمل مزرعة، والمكورات الثنائية شديدة الحساسية للجفاف ولذا يجب إرسال المسحات إلى المعمل في وسط «ستيوارت» الإنتقالي.

ويوجه العلاج للمكورات البنية وذلك بإعطاء البنسلين ويمكن إعطاء جرعة واحدة من 2.4 مليون وحدة من بروكين البنسلين أو حقن جرعات متعددة من مليون وحدة من البنسلين البللوري، ويمكن تجربة المضادات الحيوية الأخرى إذا كانت الجراثيم مقاومة للبنسلين، وتقل مخاطر حجب (Masking) الزهري باستخدام البنسلين إذا تم عمل الاختبارات المصلية للزهري بعد 3 شهور و6 شهور.

التهاب عنق الرحم المزمن:

غالباً ما يتأثر عنق الرحم في الالتهابات المزمنة للمسلك التناسلي العلوي وسيتم دراسة ذلك بالتفصيل في الفصل 6.

المسلك التناسلي العلوي

غالباً ما يكون تجويف المسلك التناسلي فوق مستوى عنق الرحم معقماً إلا أن الإلتهابات يمكن أن تنتشر بسرعة ويمكن أن تقسم طبقاً لأسماء الأعضاء رغم احتمال انتشار الالتهاب إلى الأجزاء المحيطة فتعرف التهاب قنوات «فالوب» وجار الرحم أو المبيضين بالتهاب القناة وجار الرحم والمبيض إلا إذا تم العلاج الفوري.

التهاب القنوات:

قد يمتد الالتهاب إلى قناتي «فالوب» بثلاث طرق هي:

الالتهاب الصاعد من المهبل خلال عنق الرحم والرحم، الامتداد من صفاق الحوض، وامتداد الإلتهاب بطريق الدم والطريق الأخير هو أكثر الطرق لامتداد السل.

ويمكن وصف التهاب قنوات «فالوب» بالحاد وتحت الحاد والمزمن.

التهاب القنوات الحاد:

ويظهر الإلتهاب بالمكورات البنية بصورة مثالية فيسبب التهاب حاد بالقنوات مع انتشار ذات النوايا عديدة الأشكال بالجدار، وتنغلق الفوهة البطنية لكل قناة بانقلاب الأهداب للداخل، وقد ينتهي الالتهاب تاركاً القناة تالفة بسبب التليف أو قد ينتهي الالتهاب بتكون الصديد حيث يتكون تقيح القناة وتصبح القناة متضخمة وممتلئة بالصديد وذلك نظراً لأن النهاية البطنية الخارجية للقناة رقيقة الجدار بالنسبة للنهاية البرزخية الداخلية، وعندما يتأثر المبيض يتكون خراج بالقناة والمبيض وغالباً ما يحدث ذلك على الجانبين وتصبح الغلالة الصفاقية مائلة للإحمرار وقد تحدث التصاقات بالأعضاء المحيطة، وقد تتفاقم الحالة مؤدية إلى تكون الصديد بالحوض وخراج بالحوض بل وقد تتفاقم الحالة أكثر من ذلك لتؤدي إلى التهاب صفاقي عام.

وقد ينتج التهاب القناة الحاد بسبب أنواع أخرى من الجراثيم، فقد يحدث من التهاب النفاس الذي قد يلي الولادة أو الإجهاض خاصة الإجهاض الإجرامي. وقد يحدث الالتهاب بعد عمليات الحوض وقد يسببه وجود أجسام غريبة بالرحم أو سرطان عنق الرحم وقد لوحظ حدوث التهابات شديدة بالحوض مع صدمة جرثومية في النساء اللاتي يستخدمن بعض أنواع من الدحسات أثناء الطمث.

المظاهر الإكلينيكية:

يوجد ارتفاع كبير بدرجة الحرارة إذ تصل إلى 40 درجة مئوية والنبض سريع ورائحة النفس نتنة وقد يحدث قيء كما يوجد ألم شديد بأسفل البطن وغالباً ما يوجد إفراز مهبلي قيحي قد يكون منصبغاً بالدم كما يوجد تردد بولي مع إفراز كميات صغيرة من البول المركز ويصبح أسفل البطن مؤلماً وصلباً وممتلئاً، يتم وضع المريضة على الظهر مع ثني الساقين وبالفحص المهبلي يوجد إيلام شديد وألم عند

تحريك عنق الرحم وقد يظهر الرحم ثابتاً كما يمكن جس أورام على الجانبين شديدة الريلام على جانبي الرحم أو خلف جيب «دوجلاس». ويوضح الدم فرط الدم الكرات البيضاء حتى 25000 كرة بيضاء في كل مم$^{-3}$ مع 90٪ أو أكثر من ذات الخلايا عديدة الأشكال.

وقد يتكون خراج بالحوض ويظهر كورم متموج بالمهبل أو المستقيم وقد يتمزق تقيح القناة مسبباً صدمة والتهاب صفاقي كلي.

وقد يمكن عزل المكورات البنية من الصديد ومن عنق الرحم أو من المبال، وقد يحجب الخمج الثانوي بالجراثيم الأخرى الخمج الأصلي في بعض الحالات.

وأغلب الجراثيم التي توجد في النفاس والالتهابات التي تلي الإجهاض هي العقديات والعنقوديات والأشريكية القولونية وقد تحدث التهابات خطيرة بالمطثية «الولشية» أو التكزز ويؤدي ذلك إلى الإنتانمية (الإنتان الدموي) أكثر من التهاب القنوات.

التشخيص التفريقي:

ويجب تفريق التهاب القنوات الحاد من الحالات الآتية:

التهاب الزائدة الحاد: وجود ماض لألم بوسط البطن يستقر فيما بعد بالجهة اليمنى وغالباً ما تكون الحرارة منخفضة ولا يوجد تاريخ لالتهابات تناسلية أو أثناء الحمل وقد يحدث التهاب القنوات كنتيجة لالتهاب الزائدة الدودية ويتكون خراج بالحوض.

الحمل المنتبذ: حيث يوجد ألم شديد وقيء مع احتمال حدوث صدمة نتيجة فقدان الدم وتهيج الصفاق وغالباً ما تكون درجة الحرارة غير شديدة الارتفاع وفرط الكرات البيضاء ليس كبيراً.

مضاعفات ورم مبيضي مثل الالتواء او التمزق او الخمج: وقد يحدث في مثل هذه الحالات ألم وقيئ ولكن لا يوجد تاريخ مرضي لالتهاب أو ارتفاع بدرجة الحرارة وفرط الكرات البيضاء ليس شديداً وغالباً ما يوجد ورم على أحد الجانبين (فصل 8).

التهاب الكلوة والحويضة الحاد: وفي هذه الحالة لا توجد كتلة بالحوض ولا يوجد فرط شديد بالكرات البيضاء ويحتوي البول على خلايا صديدية وجراثيم.

الإنسداد المعوي: ويمكن تفريقه بانعدام ارتفاع الحرارة وفرط الكرات البيضاء وامتلاء البطن ككل. ولا توجد كتلة بالحوض إلا إذا كان سبب الإنسداد المعوي هو وجود ورم بالحوض.

العلاج:

يجب أن يكون العالج تحفظياً في المراحل الحادة ولذا فمن المهم التوصل إلى التشخيص الدقيق، ويجب إدخال المريضة إلى المستشفى حيث تشعر بالراحة أكثر عند الجلوس بالفراش مستريحة على عدة وسائد ويساعد ذلك على تحديد الالتهاب بالحوض وتستخدم الأساليب العامة مثل التدفئة للبطن وإعطاء المحاليل والمسكنات مثل البيثيدين والمورفين في حالات الألم الشديد، ويجب أخذ عينات من القناة العنقية والمبال وإرسالها للمعمل لعمل مزرعة واختبار حساسية قبل بدء العلاج كما يتم قياس الهيموجلوبين وعدد الكرات البيضاء بما في ذلك العد التفريقي.

ويبدأ العلاج باستخدام المضادات الحيوية المتسعة المدي مثل الأموكسيسيللين مع المترونيدازول لمقاومة الجراثيم سالبة الجرام كل ستة ساعات وقد تعطى الجرعة الأولى بالحقن العضلي أو الوريدي ويجب أن يستمر العلاج بالمضادات الحيوية بجرعات مرتفعة لمدة أسبوعين على الأقل وقد يستخدم في بعض الحالات مزيج من مضادان حيويان ويعتمد اختيار المضادات المستخدمة على نتائج حساسية الجراثيم التي تم عزلها والاستجابة للعلاج وحساسية المريضة لأي من هذه المضادات ومن المهم الراحة بالفراش وإحلال السوائل المفتقدة بالمحاليل كما يساعد أيضاً تسكين الألم.

وإذا ما نجح العلاج تكون الاستجابة جيدة جداً حيث تنخفض الحرارة ويختفي الألم وتتحسن الحالة العامة للمريضة ومن المهم أن يستمر العلاج لمدة 14 يوماً على الأقل مع وضع المريضة تحت الملاحظة حتى تختفي كل الأعراض والعلامات إلا أن هناك احتمال استمرار الالتهاب بشكل مزمن والعقم.

دواعي استخدام الجراحة:

تتطلب الحالات التي لا تستجيب للعلاج التحفظي أوالتي لا يتأكد تشخيصها إجراء جراحة خاصة عند الارتياب في وجود حمل منتبذ غير متمزق، فإذا ما تبين

من الجراحة وجود التهاب حاد بالقنوات فيجب أن يتم أخذ عينات لعمل مزرعة ونزح التجمعات الصديدية الموجودة. ويمكن نزح خراج الحوض بعمل فتحة بالقبو الخلفي للمهبل ويتم فتح الخراج ونزح الصديد ويجب تثبيت منزح بعمل غرزة بقصابة ملساء ويسهل إزالة المنزح بعد ما يقرب من أسبوع نظراً لامتصاص القصابة.

التهابات الحوض الشديدة:

قد تعرض بعض المريضات بحالة شديدة من التهاب الحوض أو ثقب الزائدة الدودية وقد تحدث صدمة جرثومية مع انخفاض ضغط الدم ودرجة الحرارة وفشل كلوي منذر.

ويجب علاج مثل هذه الحالات في العناية المركزة ويتم بداية بجرعات كبيرة من المضادات الحيوية التي تعطى بالحقن بعد عمل الاستقصاءات الميكروبيولوجية المناسبة بما في ذلك أخذ مسحات ومزرعة للدم. ومن المهم الإبقاء على سوائل الجسم والكهارل وقد يلزم عمل ديال صفاقي (Peritoneal Dialysis) وقد يحدث فشل تنفسي وقلبي ويتطلب ذلك العناية الفائقة وقد يحدث أيضاً خثار داخل وعائي ممتد مما يؤدي إلى النزيف.

التهاب القنوات تحت الحاد (Subacute Salpingitis):

ويشبه التهاب القنوات الحاد في تماثل الأعراض والعلامات ولكن بدرجة أقل نسبياً فدرجة الحرارة لا تتعدى 38 إلى 39 درجة مئوية والألم أقل شدة. وغالباً ما تحدث سورات متكررة من وقت لآخر إلا أن بعض هذه الحالات ناتجة عن عودة الالتهاب مرة أخرى والعلاج أساساً يكون مثل علاج التهاب القنوات الحاد بالراحة بالفراش وتسكين الألم والمضادات الحيوية، ويمكن إعطاء إنفاذ حراري بموجات قصيرة (Short-wave Diathermy) بين السورات ويجب تحذير المريضة من احتمال زيادة الألم أثناء العلاج بصفة مؤقتة، وتعتبر الجراحة ذات أهمية في بعض الحالات التي تحدث بها سورات تحت حادة.

التهاب القنوات المزمن:

ويتخذ التهاب القنوات المزمن أشكالاً عدة وبالتالي يعطي أشكالاً إكلينيكية مختلفة وأغلب الحالات تلي الخمجيات الحادة وتحت الحادة ولكن أحياناً لا يوجد تاريخ مرضي لذلك ويبدو أن الالتهاب البسيط قد يصبح مزمناً.

وتتباين مراضة الحالة من التلفيف العام وزيادة سمك القنوات (وقد يسمى ذلك أحياناً بالالتهاب القنوات البرزخي العقدي (Salpingitis Isthmica nodosa) والانتباذ البطاني للقنوات (Endosalpingiosis) أكثر من الالتهاب إلى خراج مزمن بالقناة والمبيض على الجانبين وبين هاتين الحالتين قد يوجد موه القناة عندما تكون القناة ممتلئة بالسائل النقي أو تعدد الالتصاقات بالحوض مع انسداد القنوات وتعدد الكيسات بالمبيض.

كما تتباين أيضاً الأعراض فالعديد من الحالات لم يتم تشخيصها حتى تشكو المرأة من العقم حيث يتبين انسداد قنوات «فالوب» أو وجود موه القنوات المزمن وفي مثل هذه الحالات يشفى الالتهاب تاركاً قنوات تالفة.

وغالباً ما تعاني المرأة المصابة بالتهاب مزمن بالقنوات والمبايض من ألم مزمن بالحوض وتكون المريضة نحيفة وغالباً ما تفقد الوزن وهي تشكو من ألم مستمر بأسفل الظهر يتزايد أثناء الأيام الثلاثة أو الأربعة السابقة للطمث وغالباً ما يقل بتدفق الطمث وقد يصاحب ذلك ألم الطمث الاحتقاني وألم بالحوض في نفس الوقت وغالباً ما يكون الطمث شديداً ويحدث الطمث على فترات قصيرة وربما كل 3 أسابيع، وتتضمن الأعراض الأخرى ألم التبويض وألم الجماع العميق وإفراز مهبلي مخاطي تقيحي مستمر وعقم. وغالباً ما يتضح انقلاب الرحم عند الفحص مع جس كتل مؤلمة تمثل القنوات والمبايض الملتهبة التي قد توجد خلف الرحم وملتصقة به وبالتالي يظهر الرحم مثبتاً.

ويكون التشخيص التفريقي أساساً من انتباذ البطانة الرحمية بالحوض (فصل 13) والذي يعطي نفس الصورة الإكلينيكية ولكن بدون إفراز قيحي وبدون تاريخ مرضي لالتهاب حاد وقد يساعد استكشاف البطن الجراحي إلى التشخيص السليم، وقد يعطي سل الحوض صورة إكلينيكية مماثلة ولكن غالباً ما يكون بدون ألم أو ألم الطمث، وقد يشكل وجود ليفومات منحشرة (فصل 7) وأورام المبيض خاصة إذا كانت على الجانبين صعوبة في التشخيص.

العلاج:

من المعروف أن علاج التهاب الحوض المزمن يكون صعباً، وتجب محاولة العلاج أولاً بشكل تحفظي يهدف إلى القضاء على الخمج النشط وتسكين الأعراض ولذا يمكن بدء العلاج بإستخدام المضادات الحيوية مثل الأموكسيسللين 250 ملجم ثلاث مرات يومياً أو كوتريموكسازول قرصان مرتان يومياً ويمكن مزج ذلك مع ميترونيدازول 200 ملجم ثلاث مرات يومياً، ويجب أن يستمر العلاج لمدة أسبوعين إلى ستة أسابيع حيث يعتمد ذلك على الاستجابة للعلاج وإذا ما ساءت الحالة قبل أو أثناء الطمث يمكن إعطاء المضاد الحيوي أثناء الدورة ولمدة ستة دورات.

ويساعد الإنفاذ الحراري بالموجات القصيرة في العديد من الحالات رغم احتمال تزايد الألم في البداية كما تجب التغطية باستخدام المضاد الحيوي.

ويمكن التحكم في الألم بالمسكنات البسيطة وقد تساعد مضادات الإلتهاب على تحسن الحالة شريطة استخدامها لمدة محدودة كما يمكن إعطاء التربسين والكيموتربسين (كيمورال) 100.000 وحدة يومياً لمدة عشرة أيام.

وقد يصبح النزيف الطمثي غير محتمل ولكن يمكن تثبيط الطمث في بعض الحالات باستخدام النوراثيستيرون في جرعات تصل إلى 40 ملجم يومياً لمدة ستة أشهر أو دنازول (دانول) 400ملجم يومياً لمدة ستة أشهر أيضاً ولا يؤدي ذلك إلى التحكم في الطمث فقط ولكن يؤدي أيضاً إلى التحسن بصفة دائمة عند استعادة الدورة. والعلاج الجراحي يلعب دوره في عندما يفشل العلاج التحفظي، وقد تكون العمليات شاقة بسبب الإلتصاقات الكثيفة، وتجب إزالة الرحم وقناتي «فالوب» ويمكن ترك المبيضين إذا كانا بحالة جيدة أو منغمسان بداخل التصاقات كثيفة.

سل القنوات

رغم الإنخفاض في معدل الوفيات بسبب السل عامة لازالت توجد حالات من سل الجهاز التناسلي الأنثوي والتي يتصادف وجودها أحياناً في عيادات أمراض النساء.

ويحدث خمج الأعضاء التناسلية الداخلية بالمتفطرة السلية (My-cobacterium Tuberculosis) دائماً بشكل ثانوي لبؤرة خمجية في زي مكان

بالجسم وبالجرثوم الخاص بالإنسان، وغالباً ما تكون الإصابة الأولية بالرئتين ولكن قد تحدث بغدد البطن أو المسالك البولية أو الصفاق أوالعظام. وقد يعتبر وجود تاريخ مرضي لذات الجنب (Pleurisy) أثناء فترة المراهقة ذو مغذي في العديد من الحالات.

وتتغير المراضة العامة للإصابة المتفطرة السلية بالأماكن التشريحية للمرض في الأعضاء التناسلية الأنثوية، وبالتالي فالسل الدخني (Miliary T.B.) الذي يتضمن الجسم كله قد يوجد على السطح الصفاقي للرحم وقنوات «فالوب». قد يتخذ المرض في الأعضاء التناسلية شكل الإنتشار الدخني كمرض جبني (Caseous) مع تكلس القنوات والمبايض أو كتليف.

وتعتبر قنوات «فالوب» أكثر الأماكن تعرضاً للإصابة إذ تتأثر في 100٪ من الحالات. وتبدأ العدوى في الطلائية وقد تمتد عبر العضلية الرحمية إلى الصفاق حيث تتكون حدبات دخنية، وقد يوجد في بعض الحالات التهاب بسيط مع تليف ويؤدي ذلك إلى تزايد سمك القنوات وتكون الجيبات والرتوج الإضافية، ويوضح الهستولوجي وجود حدبات تتكون من خلايا عملاقة وخلايا شبه طلائية وخلايا مستديرة. وفي الحالات الأكثر خطورة من سل القنوات يتكون صديد جبني وتتحول القناة إلى كيس أنبوبي من الصديد السلي، وقد يحدث التكلس في المادة الجبنية، وفي الحالات الشديدة قد تحدث التصاقات بالأمعاء وتنتج نواسير، وغالباً ما يصاب المبيض أيضاً في حالات التهاب القنوات السلي.

وتتأثر البطانة الرحمية في حوالي 85٪ من الحالات وتوجد الحدبات في الطبقة المكتنزة في أغلب الحالات المتقدمة تتلف البطانة الرحمية كليّة ويحل محلها صديد جبني يؤدي إلى إنتان بطاني سلي.

وغالباً ما يصيب السل التناسلي المرأة البالغة التي يتراوح عمرها بين 20 و40 عاماً وتتباين الأعراض تبعاً لخطورة المرض، وفي الحالات الخفيفة تكون الشكوى الرئيسية هي العقم وقد يظهر المرض على شكل نزيف رحمي غير منتظم بينما يحدث في الحالات الشديدة تلف كلي بالبطانة الرحمية مما يؤدي إلى الضهي مع إفراز أبيض مستمر من الرحم وقد يوجد في الحالات الشديدة ألم بالحوض مع وجود كتل متلاصقة كبيرة بالحوض وقد يتخذ المرض في أحوال نادرة شكلاً حاداً مع ارتفاع في درجة الحرارة وعرق ليلي واعتلال وفقدان الوزن وقد يلي ذلك انتشار دخني للمرض.

ويعتمد التشخيص على اكتشاف وجود المتفطرة السلية بالأنسجة المصابة، وفي أغلب الحالات يتم فحص الكشطات حيث يتم فحصها هستولوجياً باستخدام صبغة «زيل نيلسن» (Ziehl-Neelsen). كما يتم عمل مزرعة من البطانة الرحمية، وفي حالات الريبة يجب عمل هاتين الطريقتان من الإستقصاءات، ويجب إخضاع الجراثيم لإختبارات الحساسية للستربتوميسين وحمض الباراأمينو سالسليك والريفامبيسين والأيزونيازيد، ويكفي التشخيص الهستولوجي للتشخيص وتوضح بعض الحالات صورة هستولوجية مميزة رغم سلبية الإختبار الميكروبيولوجي.

العلاج:

من البديهي أن كل الحالات التي تثبت إصابتها بالسل في الحوض يجب أن تتلقى العلاج بشكل كاف حتى عند انعدام الأعراض أو إذا كانت الشكوى من العقم فقط. ويعتبر خط العلاج الأول هو المضادات الحيوية والعقاقير الكيميائية العلاجية وقبل بدء العلاج يجب البحث عن وجود بؤرات نشطة من السل في أي مكان آخر بالجسم.

العلاج الباطني:

ويتكون من تناول أيزوبينازيد 100 ملجم ثلاثة مرات يومياً مع ريفامبيسين 300 ملجم يومياً بالفم. ويمكن تناول ذلك بشكل ممزوج من الريفينياه (Rifinah) مرة واحدة يومياً ويجب مزج ذلك مع البيرازيناميد (زيناميد) 20 إلى 30 ملجم/كجم مقسمة على ثلاثة جرعات وبعد شهر من العالج يجب عمل إختبارات وظائف الكبد وكذلك حمض البوليك بمصل الدم. وعندما يحيد أي إختبار عن الطبيعي يجب تغيير البيرازيناميد إلى إثامبيوتول (ميامبيوتول) بجرعة واحدة يومياً بالفم من 15ملجم/كجم. وقد يؤثر الإثامبيوتول (ميامبيوتول) على الرؤية ولذا لا يجب أن يستمر تناوله لأكثر من ثمانية أسابيع، وفي نفس الوقت يعطي بريدنيزولون 20 ملجم يومياً لمدة أسبوع واحد ثم 15 ملجم يومياً لمدة أسبوع تالي ثم 10 ملجم يومياً لمدة أسبوعين ويجب أن يستمر العالج بالرفيناه لمدة ستة أشهو ويجب تقييم نتائج العلاج بأخذ عينة أو كشط من البطانة الرحمية قبل الطمث وتقيم في نفس الوقت حالة أي كتل موجودة بالحوض، وتجب متابعة المريضة سنوياً بأخذ عينة من البطانة الرحمية لمدة خمس سنوات لاستمرار العلاج عندما تتطلب الحالة ذلك.

العلاج الجراحي:

تستدعى بعض الحالات استخدام العلاج الجراحي مثل استمرار نشاط المرض بعد محاولات كافية من العالج الباطني وفي الحالات التي بها كتل جبنية كبيرة بالحوض أو عند تكوّن ناسور وقد يلزم إجراء عدة جراحات لعلاج النزيف الطمثي أو الليفومات و تتضمن الجراحة استئصال كل الأعضاء المتأثرة وقد تشكل الالتصاقات الكثيفة بعض الصعوبات أثناء الجراحة، كما تجب تغطية الجراحة بالعلاج ضد السل.

المصيـر:

تعتبر نتائج العلاج ممتازة سواء كان بالعلاج الكيميائي أو المزيج من العلاج الكيميائي والعلاج الجراحي، أما مصير الحمل في المستقبل فليس جيداً رغم إمكانية الحمل بشكل ناجح بعد العلاج الباطني لسل الحوض، وقد يحدث إجهاض متكرر أو حمل منتبذ ولكن الحمل نفسه ليس بدون مخاطر إذ أن هناك احتمال لاستعادة نشاط المرض بعد الولادة مع الإنتشار لخارج الحوض أحياناً، وتتطلب مثل هذه الحالات عناية فائقة ومزيداً من العلاج الباطني أثناء فترة ما بعد الولادة.

التهاب جار الرحم الحوضي

قد يحدث التهاب بالنسيج الضام الذي يحيط بأعضاء الحوض والموجود حول عنق الرحم بصفة خاصة أما في نفس الوقت مع التهاب قنوات «فالوب» والمبيضين أو بشكل منفرد. وغالباً ما يمر الالتهاب عبر التهتكات التي تحدث في عنق الرحم أثناء الولادة أو عمليات الحوض بما في ذلك الإجهاض الإجرامي وقد يكون الالتهاب حاداً أو تحت حاد أو مزمناً على جهة واحدة أو على الجهتين.

ويؤدي الالتهاب الحاد إلى ألم بالحوض وارتفاع بدرجة الحرارة وتثبيت الرحم. وقد يحدث تقيح ويتجمع الصديد إلى المهبل أو المستقيم أو فوق رباط «بوبارت» (Poupart's Ligament) وبالجس يتضح أن الرحم ثابت وقد يكون مائلاً إلى إحدى جهات الحوض أو يحاط بحلقة من النسيج الضام الملتهب.

ويتضمن العلاج تسكين الألم والمضادات الحيوية وتدفئة الحوض إذ تبين أن الإنفاذ الحراري بالموجات القصيرة ذو فائدة.

التهاب الوريد الخثاري الحوضي

قد يحدث التهاب الوريد الخثاري الحوضي بعد حمى النفاس (خاصة الإصابة بالعقديات اللاهوائية) وجراحات الحوض خاصة التي يتم فيها التشريح العميق لجار الرحم. وتتضمن الأعراض ارتفاع طفيف بدرجة الحرارة واعتلال الجسم مع ارتفاعات حادة بدرجة الحرارة عندما تنطلق صمات صغيرة. أما العلامات الطبية فقليلة وقد يمتد الالتهاب الوريدي الخثاري إلى الوريد الحرقفي والوريد الحرقفي المشترك وقد يحدث انصمام رئوي كبير.

التهاب البطانة الرحمية

قد يحدث التهاب البطانة الرحمية الحاد نتيجة التهابات النفاس وبعد الإجهاض، وتكون الأعراض الرئيسية هي إفراز منصبغ بالدم من الرحم ولكن نظراً لإصابة القنوات والمبايض في أغلب الحالات فتوجد أعراض وعلامات التهاب الحوض.

وباستثناء السل فنادراً ما يحدث التهاب البطانة الرحمية المزمن نظراً لأن الإزالة المنتظمة للبطانة الرحمية أثناء الطمث تساعد في القضاء على الالتهاب، وقد يحدث التهاب البطانة الرحمية المزمن في حالات الالتهابات المزمنة بأعضاء الحوض. ويمكن تمييز ذلك هستولوجياً بوجود الخلايا المصلية في سُدى البطانة الرحمية ويكون العرض الرئيسي هو غزارة الطمث.

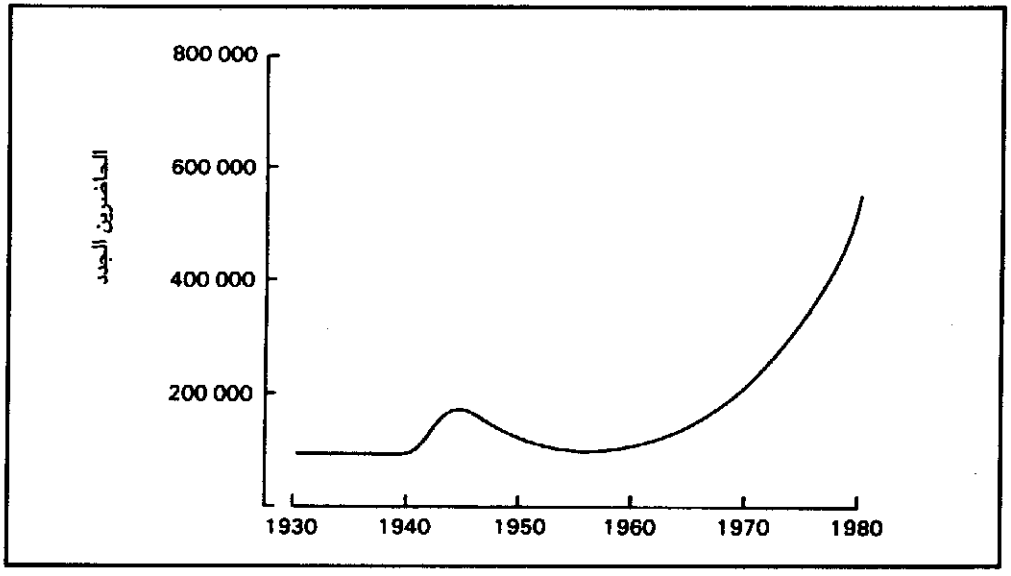
****

الفصل الثاني عشر

الأمـــراض المنقـــولـــة جنسيـــا

ترجع الزيادة في نسبة حدوث الأمراض المنقولة جنسياً ليس فقط إلى الزيادة في الإتجاهات التحررية تجاه الجماع الجنسي في أغلب المجتمعات الغربية ولكن أيضاً نتيجة لكفاءة المراكز العلاجية في حصر وإحصاء الحالات، ويوضح شكل 25 التزايد في نسبة المراجعين لعيادات الأمراض التناسلية في السنوات الأخيرة.

وغالباً ما ترى الأمراض المنقولة جنسياً في العيادات الخارجية الخاصة للطب البولي التناسلي (والتي كانت تعرف سابقاً بعيادات الأمراض التناسلية). ومن المهم إلقاء الضوء على هذه الأمراض نظراً لارتباطها بعيادات أمراض النساء أيضا.



شكل 25
المراجعون الجدد لعيادات الأمراض التناسلية

ويجب أن تتوفر في هذه العيادات الخدمات اللازمة لفحص وعلاج الشريك الجنسي للمريض بهذا المرض إذ لا جدوى بالطبع من علاج أي من الزوج أو الزوجة دون الآخر فأيهما يقوم بنقل العدوى إلى الآخر أو يكون عرضة للعدوى، ومن النادر حضور الزوجين إلى العيادة مما يشكل بعض المصاعب في عمل إجراءات الاستقصاءات اللازمة لكليهما في نفس الوقت، ويشكل المرشدين والمستشارين الخبراء بالعيادات الخاصة جزءاً هاماً من العلاج لمثل هذه الحالات إذ يؤدي العلاج الناجح إلى انخفاض انتشار هذا المرض بالمجتمع ويجب أن يقوم بذلك أيضاً طبيب أمراض النساء في عيادات أمراض النساء.

وهناك مرضان جنسيان أساسيان وهما الزهري (Syphilis) ومرض المكورات البنية (السيلان) (Gonorrhoea)، وقد أمكن السيطرة على مرض الزهري ولكن مازال مرض المكورات البنية منتشراً، وقد كانت تضاف إلى قائمة الأمراض الجنسية أعداد كبيرة من الحالات التي كانت تعرف بأنها تنتقل جنسياً خلال القرن الماضي وقد تمتد هذه القائمة إذا ما اعتبرنا أن بعض السرطانات قد تنتقل جنسياً وقد سبق التعرض لسرطان عنق الرحم في الفصل 6.

الزهـري

وهو يعتبر أخطر الأمراض التي تنتقل جنسياً إلا أنه قد أصبح نادراً نسبياً في الوقت الحاضر نتيجة العلاج الناجح بإستخدام المضادات الحيوية التي تقضي على اللولبية الشاحبة (Treponema pallidum) هذا بالإضافة إلى طول مدة الملامسة اللازمة لحدوث المرض.

الأعراض والعلامات:

قد تظهر حليمة صغيرة (Papule) بعد بضعة أسابيع من العدوى على الشفرتين الصغيرتين أو الكبيرتين أو على العويكشة (Fourchette) وغالباً ما تكون غير مؤلمة وتتشقق بعد ما يقرب من عشرة أيام إلى قرحة صلبة ذات حافة منقلبة للداخل مميزة تعرف بالقَرْح (Chancre) تتميز بأنها لا تنزف وإذا ما ترك يلتئم القرح بعد بضعة أسابيع مع قليل من التليف تاركاً تضخم العقد الليمفية بالمناطق الإربية دون اندماجها ببعضها البعض.

ويأتي الزهري الثانوي (Secondary Syphilis) بعد بضعة أشهر بطفح جلدي وتقرح بالمخاطية عامة، أما الزهري الثالثي (Tertiary Syphilis) فيتميز بأعراض قلبية وعائية وعصبية.

الاستقصاءات:

يتم عمل مسح للحليمة أوالقرحة وفرد الإفراز على شريحة ويوضح الفحص المجهري باستخدام المجال المظلم وجود اللولبيات.

أما في الزهري الثانوي فتساعد الإختبارات المصلية والتي ليست ذات جدوى في المرحلة الأولية، وهذه الإختبارات مركبة ولكنها تتكون ببساطة من (معمل أبحاث الأمراض الجنسية) (VDRL) و(راجنة المصل السريعة) (Rapid Plasma Re-agin)، وهذه الإختبارات ليست قاطعة للزهري ولكنها تكشف عن وجود الأجسام المضادة حيث يمكن بعد ذلك تأكيد التشخيص باختبار إمتصاص الأجسام المضادة للولبيات المضئ (FTA, Flourescent Triponeal Antibody Absorption Test) أو اختبار تثبيت اللولبيات (TPI; Triponaema Immobilization Test) إذ أن هذه الاختبارات محددة وتؤكد التشخيص الحقيقي للإصابة بالزهري.

العلاج:

ويتم بإعطاء البنسلين 2-4 مليون وحدة في جرعتين بالعضل تكرر بعد أسبوع فإذا كانت اللولبيات مقاومة للبنسلين فيمكن استخدام التتراسيكلين 500 ملجم أربعة مرات يومياً لمدة 15 يوماً.

ويجب أن تستمر متابعة المرضى بعد ثلاثة وستة وإثنى عشر شهراً وقد تظل الإختبارات المناعية إيجابية لمدة طويلة بعد القضاء على العدوى.

السيلان

وهو مرض شديد الخمجية ينتشر جنسياً يسببه مكورات ثنائية (Dip-ococci) سلبية الجرام تنتشر بسرعة لتصبح داخل خلوية.

الأعراض والعلامات:

تهاجم المكورات البنية عنق الرحم والمبال وغدد «بارثولين».

عنق الرحم: يتكون إفراز مهبلي متكرر كريه لونه أبيض مائل إلى الاصفرار.

المبال: يؤدي التهاب المبال إلى ألم التبول خاصة عند فتح المبال أثناء بداية التبول.

غدد «بارثولين»: تلتهب أحياناً على جانب واحد فقط وتؤدي إلى تكون خرّاج وقد يؤدي امتداد الخمج لأعلى إلى التهاب القنوات وتنتج عن ذلك الإصابة بالعقم.

الاستقصاءات

عندما تتضح الأعراض والعلامات السابقة يتم أخذ مسحة من داخل عنق الرحم وغدد «بارثولين» والمبال وذلك بعد الدلك لاستخراج الإفرازات، والمكورات البنية ذات حساسية للحرارة ولذا يجب إما توفر أطباق أجار دموية دافئة بالعيادة ليتم نقلها إلى المعمل مباشرة لعمل المزرعة.

ومن المهم عمل مزرعة للحساسية لأن العديد من المكورات ذات حساسية للمضادات الشائعة الاستخدام، ويجب عمل اختبار للزهري في نفس الوقت إذ أن علاج المكورات البنية قد يؤدي إلى حجب أعراض الزهري دون التخلص من كل اللولبيات.

العلاج:

تستجيب أغلب المكورات البنية إلى الجرعات العالية من البنسلين (بنسلين ج 4.8 مليون وحدة). أما إذا كانت الجراثيم مقاومة للبنسلين فيمكن إستخدام الأمبسلين أو الكيفالوسبورين وقد تفيد أيضاً حقنة واحدة من 4جم ستربتوميسين في الحالات التي تقاوم البنسلين، وإذا ما تزثر المسلك التناسلي العلوي كما يحدث في خمس المرضى يجب أن يستمر العلاج لعدة أيام حتى تختفي الأعراض، وكثيراً

ما تكوّن الجراثيم الأخرى مستعمرات بالمهبل وعنق الرحم بالإضافة للمكورات البنية مما يتطلب علاجاً إضافياً. ومثال ذلك هو المشعرة التي تتطلب المترونيدازول وهي لا هوائيات تنشط مع العدوى الرئيسية.

الحبيبوم الإربي
Granuloma Inguinale

وهي حالة تنتقل جنسياً وتوجد غالباً في المناطق الإستوائية.

الأعراض والعلامات:

تظهر كتلة غير مؤلمة على الفرج تتشقق لتكون قرحة تمتد بسرعة مما يميزها عن الزهري، وتتأثر الغدد الإربية في المراحل المبكرة وغالباً ما تتفتت مكونة خراريج بالمنطقة الإربية.

الاستقصاءات

يتضح عند فحص الإفراز مجهرياً وجود ميكروبات مثل الكلبسيلة (Kleb-siella) بداخل الخلايا.

العلاج:

تتراسيكلين 500 ملجم أربعة مرات يومياً لمدة ثلاثة أسابيع.

الحبيبوم الليمفي التناسلي
Lymphogranuloma Venerum

الأعراض والعلامات:

تظهر حليمة صغيرة على الفرج تتحول بعد أسبوعين إلى قرحة غير مؤلمة

وغالباً ما تتأثر العقد الليمفية في هذه الحالة حيث تتلاصق مع بعضها ومع الجلد الذي يغطيها وغالباً ما تؤدي إلى نواسير، وقد تنتقل العدوى إلى المستقيم والقناة الشرجية وقد يؤدي الإنسداد الليمفي الناتج عن التليف إلى داء الفيل (El-ephantiasis).

الاستقصاءات:

وجود جراثيم تشبه المتدثرة في الإفرازات، وتفيد الإختبارات المصلية للتألق المناعي (Immunofluorescence).

العلاج:

تترسيكلين 500 ملجم أربعة مرات يومياً لمدة ثلاثة أسابيع ويمكن استخدام سلفاميثوكسازول 1جم أربعة مرات يومياً لمدة ثلاثة أسابيع.

القريح
Chancroid

يظهر ورم صغير مؤلم بالفرج يؤدي بعد ذلك إلى قرحة مؤلمة، وتتضخم العقد الليمفية وتصبح مؤلمة ولكن القليل منها هو الذي يتأثر إلا أنها غالبا ما تتقيح.

الاستقصاءات:

وجود جراثيم تشبه المستدمية في الإفراز المأخوذ من النسيج المريض.

العلاج:

سلفاميثوكسازول 1جم أربعة مرات يومياً لمدة ثلاثة أسابيع.

المتدثرة
Chlamydia

المتدثرة هي واحدة من أكثر الجراثيم التي يتم عزلها من الأشخاص الذين يراجعون عيادات طب المسالك البولية التناسلية.

الأعراض والعلامات:

وهي تتباين بدرجة كبيرة وغالباً ما يوجد إفراز مهبلي قد يكون مائياً أو مخاطياً قيحياً من الالتهاب الثانوي. وغالباً ما يميل عنق الرحم إلى الاحمرار مع تآكل ملتهب وقد يوجد التهاب بقناتي «فالوب» مما يؤدي إلى الإنسداد وحدوث إلتهاب صفاقي قليل الحدة في جيب «دوجلاس» مما يؤدي إلى حدوث إلتصاقات، كما تحدث إلتصاقات أيضاً ببقية البطن خاصة بمنطقة الكبد وقد يؤدي ذلك إلى ألم حاد بالبطن مما يحجب التشخيص الحقيقي.

الاستقصاءات:

المتدثرة جرثوم صغير سلبي الجرام داخل خلوي غالباً ما يكتشف بالتألق المناعي المجهري، وتساعد المزرعة على التعرف عليها، ومن المهم استقصاء حساسيتها للمضادات الحيوية نظراً لأن العديد من أنواعها به مقاومة للمضادات الحيوية.

العلاج:

تتراسيكلين 500 ملجم أربعة مرات يومياً لمدة 21 يوماً وإذا كانت مقاومة له يمكن استخدام مضاد حيوي آخر مثل الإرثروميسين.

الجاردنيريلا Gardnerella

وهو كائن لا هوائي يوجد كمطاعم (Commensural) بالمهبل وهي ترتبط بالالتهابات المنقولة جنسياً.

الأعراض والعلامات:

وجود إفراز مهبلي يتشابه مع المشعرة مع رائحة كريهة جداً. وقد تكون الرائحة فقط هي التي تأتي بالمريضة إلى الطبيب وقد يوجد في الحالات الشديدة هرش وألم أثناء الجماع.

الاستقصاءات:

قد لا تظهر الجراثيم في العينة ولكنها تنمو جيداً في وسط ثاني أكسيد الكربون أو على أطباق آجار الدم. وتظهر الخلايا المميزة بهيولى (Cytoplasm) مترقط حيث ترى بها مجموعات الجراثيم.

العلاج:

مترونيدازول 200 ملجم ثلاثة مرات يومياً لمدة سبعة أيام وتينيميدازول 2 جم لمرة واحدة ونظراً إصابة نسبة كبيرة من الأزواج بنفس الجرثومة من الأفضل علاجهم أيضاً في نفس الوقت.

عدوى ڤيروس عوز المناعة الآدمي (الأيدز)
Human Immuno-Defeciency Virus

يتسبب الفيروس الخلفي (Retrovirus) أو فيروس عوز المناعة الآدمي في متلازمة عوز المناعة المكتسب حيث يتمكن الڤيروس من دمج نفسه إلى حمض ديسوكسي الريبونيكليك العائل ولذا يتكاثر عندما تتكاثر الخلايا وقد تؤدي الإصابة إلى:

حامل بدون أعراض (HIV carriers).
أيدز (AIDS)
مكونة الأيدز (AIDS Related Complex).

ويدل وجود الأجسام المضادة على استجابة الجسم فقط وليس بالضرورة الوقاية الكاملة. وتنتقل العدوى خلال ملامسة سوائل الجسم المريضة مع سوائل

جسم المُستقبل (Recipient)، ولذا فالمني الذي يحتوي على فيروس الأيدز لا يسبب العدوى للمرأة إذا كانت طلائية المهبل وعنق الرحم سليمة، أما إذا تلامس مع تشققات في الطلائية أثناء الجماع فيمكن أن ينتقل الأيدز. كما تسمح أيضا التشققات في مخاطية الشرج بانتقال العدوى. كما يمكن انتقال الخمج أيضاً عن طريق نقل الدم ونواتج الدم المستخدمة. أما طريق العدوى الأخطر فهو باستخدام الإبر المشترك في تعاطي العقاقير المخدرة حيث يمكن انتقال الخمج من الشخص المريض إلى الآخر عند انعدام التعقيم.

وأغلب النساء ينتقل إليهن الخمج عن طريق الدم أو نواتج الدم أو سوء استخدام الحقن الوريدي. أما القلة فينتقل إليهن الخمج من الزوج الذي انتقل إليه الخمج من الآخرين.

الأعراض والعلامات:

الصورة الواضحة تماماً للأيدز هي الالتهابات المتكررة بأجزاء متعددة من الجسم مع ضعف المقاومة للالتهابات الفيروسية والجرثومية الأخرى وخاصة تأثر الجلد والرئتين وغالباً ما توجد أمراض غير مميزة مثل الإجهاد والإنهاك الجسماني أو فقد وزن الجسم والإسهال لمدة طويلة والسعال المستمر وتورم الغدد بالعنق والإبط.

الاستقصاءات:

يدل اكتشاف وجود الأجسام المضادة بالمصل على التقاط الخمج إما في الحاضر أو الماضي ولكن لا توضح الحالة الراهنة للمرض.

العلاج:

لا يوجد علاج للأيدز، ويجب توفير العلاج التدعيمي وقد يأتي العلاج في المستقبل كما يلي:

1 ـ منع دخول الفيروس إلى الخلية.

طعم (Vaccine).
محصر للمستقبل (Receptor Blocker).
2 ـ إحصار تضاعف الڤيروس.
مثبطات بوليمراز حمض الديسكوكسي ريبونيكليك.
حصر تخليق بروتين الفيروس
3 ـ تحسين وظائف الخلايا المناعية.
زراعة نخاع العظم.
الليمفوكين (Lymphokine).

من المهم أن يتضمن العلاج الوقائي الحذر لكل من يلامس النساء المريضات بالأيدز. ويتطلب فحص أو إجراء الجراحات لتلك المريضات إتخاذ الإحتياطيات الزائدة حتى يمكن تجنب تعرض العاملين في هذا المجال للمرض، ويجب معاملة كل سوائل الجسم الناتجة للمرض بطريقة خاصة وكذلك كل الضمادات أوالمسحات التي تلامس سوائل الجسم.

وإذا ما تعرض الجلد لسوائل الجسم المريضة لا تحدث العدوى إلا إذا وجد تشقق بجلد المريضة أوالطبيب ويجب الحرص من التعرض لأية إصابة بالإبر أو المشارط الحاملة للميكروب.

وتلعب الإجراءات القانونية التي تتخذها الحكومات لمنع انتشار مرض الأيدز دوراً هاماً في منع انتشار هذا المرض.

****

الفصل الثالث عشر

انتباذ البطانة الرحمية بالحوض

Pelvic Endometriosis

التعريف:

يطلق تعبير «انتباذ البطانة الرحمية» على الحالة التي توجد فيها البطانة الرحمية بمكان غير بطانة التجويف الرحمي، ويمكن تقسيم ذلك إلى انتباذ البطانة الرحمية الخارجي حيث يكون الانتباذ خارج الرحم وانتباذ البطانة الرحمية الداخلي أو الغدوم العضلي الرحمي (Uterine Adenomyosis) حيث توجد البطانة الرحمية في الجدار العضلي للرحم ويعتبر انتباذ البطانة الرحمية الداخلي من الحالات الحميدة للرحم بينما يعتبر انتباذ البطانة الرحمية السُدى من الأورام الخبيثة للرحم (فصل 7).

ويعتبر انتباذ البطانة الرحمية مرض النساء أثناء النصف الثاني من الحياة التناسلية أي اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 45 إلا أنه قد يحدث في نساء العشرينات. ومن المؤكد أنه يعتمد على الهرمونات المبيضية خاصة الإستروجين كما يميل للتراجع عند اليأس أو قبل ذلك، وأكثر نسبة لحدوث المرض تكون في النساء اللاتي ليس لهن أطفال أو القليل من الأطفال ويؤدي الحمل المكتمل إلى تراجع النمو رغم أن الإجهاض لا يؤدي إلى ذلك ويبدو أن هذا المرض هو أكثر حدوثاً في الأوروبيات.

المراضة:

يتباين حجم انتباذ البطانة الرحمية من حجم رأس الدبوس إلى الكيسة الكبيرة التي تمتلئ بمادة مقطرنة حيث تعرف بكيسة الشيكولاته (Chocolate

(Cyst)، وتتضمن المظاهر الهستولوجية الأساسية وجود الغدد البطانية والسُدى والخلايا المنسجة التي تترسب مع حبيبات الهيموسدرين. وينزف النسيج مثل البطانة الرحمية ولكن دون تسرب الدم مما يؤدي إلى تكون الكيسة ويتكون النسيج الليفي حول مناطق الدم المحتبس وقد يحدث تغلغل إلى الأنسجة المحيطة مثل الأمعاء، وقد تؤدي التمزقات والتسربات من الكيسات المتقطرنة بالمبيضين إلى مزيد من الالتصاقات الكثيفة بالأنسجة المحيطة لدرجة أن الحالات المتقدمة من انتباذ البطانة الرحمية قد تؤدي إلى حالة الحوض المتجمد (Frozen Pelvis).

الأماكن:

غالباً ما يحدث انتباذ البطانة الرحمية بأنسجة الحوض الحقيقي والبطن أسفل السرة ولكن سبق أن لوحظ وجوده في أماكن شاذة مثل الجنبة والحجاب الحاجز والذراع والساق والكلية إلا أن هذه الحالات نادرة جداً ولا يلزم التعرض لها هنا.

المبايض:

تعتبر المبايض أكثر الأماكن التي يحدث فيها المرض والذي قد يتخذ شكل كيسات بطانية متعددة تحتوي على الدم أو كيس مقطرن كثيف التلاصق بالأنسجة المحيطة ولا يوضح الفحص الهستولوجي دائماً وجود غدد بطانية نموذجية إذ قد تتلف هذه الغدد في الكيسات الكبيرة، وغالباً ما تكون الكيسات التي يصل قطرها لأكثر من 10 إلى 12 سم شديدة الالتصاق مما يشكل صعوبة في إزالتها سليمة وغالباً ما تتمزق أثناء محاولة فصلها.

صفاق الحوض:

قد يصاب صفاق الحوض بما في ذلك الصفاق الذي يغطي الرحم وقناتي «فالوب» والمبطن الرحمي المثاني وجيب «دوجلاس»، وغالباً ما تظهر الترسيبات الصفاقية والتي من المحتمل أن تكون ثانوية لانتباذ البطانة الرحمية بالمبيض في شكل عقيدات سوداء متناثرة وتسبب انكماش سطح الصفاق، وقد تتكون التصاقات

صفاقية مع المبيضين والسطح الخلفي للرحم مما يسبب تثبيته في وضع منقلب.

الأربطة الرحمية:

وغالباً ما يحدث في الأربطة الرحمية العجزية وقد تمتد الآفة إلى الحاجز المستقيمي المهبلي وتتغلغل إلى المهبل، وهذه الترسيبات قد تشاهد في القبو المهبلي الخلفي لتأخذ شكل العيون السوداء، وقد يوجد انتباذ البطانة بالرباط المستدير بداخل تجويف البطن أو يتخذ شكل ورم بالمنطقة الإربية عند تأثر النهاية الإربية للرباط.

الأمعاء:

قد يتغلغل انتباذ البطانة الرحمية بالأمعاء الرفيعة والغليظة والزائدة الدُودية والمستقيم وأكثر المضاعفات لذلك هو تليف جدار الأمعاء مما يؤدي إلى التضييق وبالتالي للانسداد، أما النزيف من الأمعاء فهو قليل الحدوث.

المسالك البولية:

قد يحدث انتباذ البطانة الرحمية بالمثانة مما يؤدي إلى البيلة الدموية وألم أثناء التبول وقد يؤدي الامتداد للحالبين إلى انسداد التدفق الكلوي.

جدار البطن:

قد يحدث انتباذ البطانة الرحمية بشكل منعزل عند السرة مما يؤدي إلى النزيف إذا ما حدث تقرح، كما يحدث أيضاً في الندبات بعد جراحات الرحم والقنوات خاصة عمليات استئصال العضلوم أو الرحم حيث يتم فتح تجويف الرحم وفي مثل هذه الحالات لابد من تجنب انتشار محتويات الرحم إلى الجرح البطني.

العجان والهبل:

قد يشاهد انتباذ البطانة الرحمية في الندبات العجانية وفي جدار المهبل.

المضاعفات:

توجد الليفومات في رحم ما يقرب من 40٪ من حالات انتباذ البطانة الرحمية بالحوض. كما قد توجد اعتلالات وظيفية بالرحم مثل فرط التنسج الكيسي للبطانة الرحمية كما قد يوجد أيضاً الغدوم العضلي (انتباذ البطانة الرحمية الداخلية). وقد تتلازم أيضاً سلائل الرحم في بعض الحالات.

الأعراض:

تتباين أعراض انتباذ البطانة الرحمية طبقاً لأماكن ونشاط المرض. والأعراض النموذجية التي تحدث في انتباذ البطانة الرحمية بالمبيضين هي كما يلي:

1 ـ **الألم:** وتوجد ثلاثة أنواع من الألم، ألم الطمث وألم التبويض وألم الجماع. وألم الطمث يكون من النوع الاحتقاني ويبدأ قبل حدوث الطمث ببضعة أيام أو أسبوع ويسكن بعد أن يستقر تدفق الطمث ويحس الألم بالحوض وأسفل الظهر، وقد يكون الميتلشمرز (Mittelschmerz) أو ألم التبويض شديداً في بعض الأحيان وتميل الدورة الطمثية لأن تكون قصيرة بحيث يستمر ألم التبويض دون سكون إلى مراحل قبل الطمث والطمث، وغالباً ما يُحس ألم الجماع عميقاً بالحوض وينتج عن الضغط على المبيضين والحاجز المستقيمي المهبلي.

2 ـ **العقم:** وقد يكون الشكوى الرئيسية نظراً لتباين الإحساس بالألم وغالباً ما تكون القنوات مفتوحة أما المبيضين فمن المحتمل أن يكونان متضخمين.

3 ـ **اضطرابات الطمث:** وغالباً ما تكون على شكل غزارة الطمث إما بسبب الاضطراب المبيضي أو بسبب وجود ليفومات وقد تحدث دورات طمثية قصيرة وفترات طويلة الأجل من النزيف.

4 ـ **الاعتلال الصحي العام:** قد تشكو مريضات انتباذ البطانة الرحمية من عدم الارتياح خاصة وقت الطمث حيث قد ترتفع درجة الحرارة نتيجة تدفق بعض الدم الطازج إلى الأماكن المصابة.

وقد تتضمن أعراض انتباذ البطانة الرحمية أيضاً البيلة الدموية وألم التبول والانسداد المعوي وألم التبرز وتميل الأورام المحددة كالتي توجد بالندبات إلى التورم وتصبح مؤلمة أثناء المرحلة الطمثية، وقد تتمزق كيسة الشيكولاته في بعض

الأحيان مسببة أعراض وعلامات الحالة الحادة للبطن والحوض.

العلامات الطبية:

والصورة الإكلينيكية النموذجية هي انقلاب الرحم الثابت مع تلاصق المبايض المتضخمة المؤلمة وقد تجس الترسبات في الحوض كعقيدات مؤلمة وقد يلزم عمل منظار لتنظير البطن لتأكيد التشخيص فالعديد من الحالات لا يتم تشخيصها إلا بالجراحة الاستكشافية والتي ربما يتم إجراؤها بهدف استئصال الليفومات الرحمية.

التشخيص:

ويعتمد على معرفة التاريخ المرضي بعناية وفحص المريضة، فإذا ما تم ذلك يمكن التوصل إلى التشخيص السليم في العديد من الحالات.

ويكون التشخيص التفريقي مما يلي:

التهاب الحوض المزمن (انظر الفصل 11) هو الحالة التي تشبه بدرجة كبيرة حالات انتباذ البطانة الرحمية حيث تتماثل الأعراض وتكون على شكل ألم طمثي قبلا بداية الطمث وغزارة الطمث والعقم وألم الجماع، وقد يوجد مع إنتان المزمن ماضي إلتهاب المكورات البنية أو إجهاض نتن وانسداد بالقنوات. وفي العديد من الحالات يتم التشخيص فقط أثناء الجراحة. وغالباً ما تتلازم ليفومات الرحم مع انتباذ البطانة الرحمية إلا أن التشخيص التفريقي يكون صعباً.

سرطان المبيض مع نقائل متعددة بصفاق الحوض (انظر الفصل 8).

حالات البطن والحوض الحادة:

يجب وضع تمزق كيسة الشيكولاته بالمبيض كأحد الأسباب التي تؤدي إلى حالات الحوض المرضية الطارئة.

الانسداد المعوي خاصة إذا كان مزمناً أو متقطعاً في النساء بين 30 و 45

عاماً قد يؤدي إلى الارتياب في وجود انتباذ البطانة الرحمية.

أورام بالسرة وبالمنطقة الاربية وبندبات البطن.

وتميل الأورام التي يسببها انتباذ البطانة الرحمية إلى التضخم وتسبيب الألم في الأيام التي تسبق حدوث الطمث.

وقد يؤدي انتباذ بطانة الرحم بالمثانة إلى البيلة الدموية في وقت الطمث.

العلاج:

يتم علاج انتباذ البطانة الرحمية بالحوض أساساً بشكل تحفظي لثلاثة أسباب رئيسية هي:

- أنه غالباً ما يحدث أثناء فترة التوالد.
- أنه لا يصبح خبيثاً.
- أنه يميل للتراجع عند اليأس.

التشخيص:

من المهم أن يستقر التشخيص قبل البدء في أي علاج باطني أو جراحي، ولهذا فيجب عمل منظار جراحي مبدئي للتأكد من التشخيص عند الارتياب حيث يسمح ذلك بالتوصل إلى التشخيص بدقة لطبيعة ومدى الآفة ولاكتشاف أي مراضة أخرى. ويمكن علاج الآفات الصغيرة بالكي الكهربي خلال المنظار الجراحي.

العلاج الهرموني:

وهو علاج ناجح في العديد من الحالات، ويجب التشخيص أولاً بالمنظار الجراحي إذا ما وجدت كيسات شيكولاتية تجب إزالتها.

ويعتبر الدانازول الآن هو الهرمون الأكثر استخداماً ٠انظر أيضاً الفصل 23)، ويقوم الدانازول بتثبيط إفراز موجهة القند النخامية وسوف يثبط الطمث أيضاً عند إعطاءه بجرعة كافية، والجرعة المبدئية تكون 400 ملجم يومياً بجرعات

مقسمة وتتزايد إلى 800 ملجم يومياً ويجب أن يعطي العلاج لمدة 6 شهور وقد توجد أعراض جانبية مثل تأثيرات تذكرية بسيطة مثل العُد (Acne) والتشعر وإكتساب الوزن نتيجة إحتجاز السوائل. ومن المهم التأكد من أن المرأة ليست في حالة حمل وإذا لم تكن يجب التنبيه أن الدانازول ليس له تأثير مانع للحمل.

والبديل هو البروجستيرون مثل النورإثيستيرون (بريمولوت N) بدءاً من اليوم الخامس للطمث بجرعة مقدارها 10 ملجم يومياً لتزيد إلى 40 ملجم يومياً. وقد يحدث غثيان وقيء وتزايد للوزن واحتجاز للسوائل، والهدف هنا هو تثبيط الطمث لمدة 6 شهور وإذا ما كان نزيف توقف الهرمون يشكل مشكلة يعطى الإستروجين على شكل إثينيل إستراديول 0.05 ملجم يومياً لمدة 21 يوم كل 28 يوم.

وكثيراً ما تحدث أعراضٌ جانبية مع العلاج بهذين الهرمونين ولكن في بعض المريضات قد يحدث تراجع لبعض الآفات ويصبح الحمل محتملاً رغم احتمال تأخر التبويض لعدة أشهر بعد العلاج.

الجراحة:

تلزم الجراحة في الحالات التي توجد بها كتل بالحوض وفي حالات التمزق الحاد لكيسة أو في أي مضاعفات بالبطن مثل الانسداد المعوي حيث يمكن إجراء جراحة تحفظية تهدف أساساً إلى ترك بعض النسيج المبيضي الطبيعي ويتم استئصال كل مناطق انتباذ البطانة الرحمية أو الكي بالحرارة الكهربية.

أما في الحالات غير المحتملة الشديدة خاصة في النساء اللاتي لا يرغبن في الإنجاب فتلزم الجراحة الجذرية فقد يتم إجراء استئصال رحمي لحالات فرط الطمث الشديد وألم الطمث وعند وجود ليفومات أو غدوم عضلي وقد تتم إزالة القنوات والمبايض.

أما العلاج الإشعاعي في شكل عمل يأس صناعي فقلما يستخدم نظراً لأن نتائج العلاج الهرموني والجراحي أفضل.

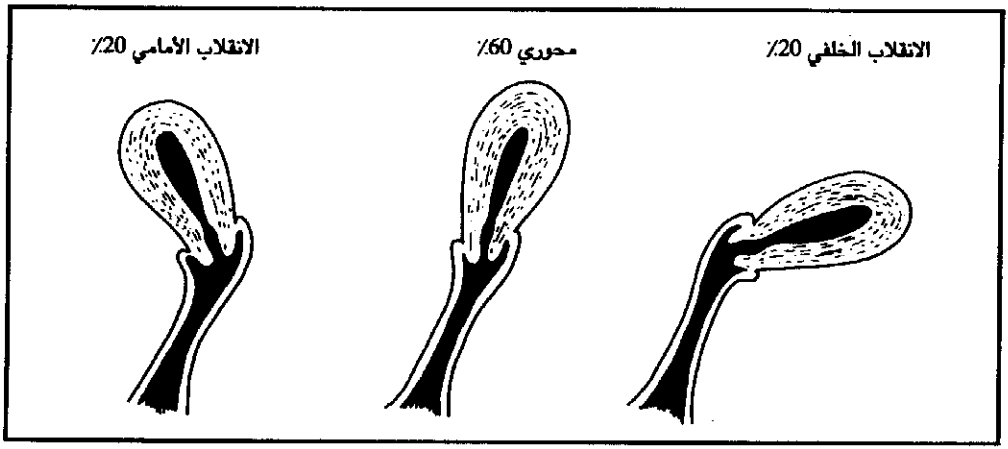
****

الفصل الرابع عشر

تغير وضع الرحم

وتدلي المسلك التناسلي

يقع الرحم في المرأة البالغة بمركز الحوض وفي الأغلبية في وضع الانقلاب الأمامي (Anteversion) أي يكون قبو الرحم متجهاً للأمام وجسم الرحم مائلاً للأمام مكوناً زاوية قائمة على عنق الرحم (شكل 26).



شكل 26
موضع الرحم

ويعتبر هذا الوضع الرحمي عند وقوف المرأة في الوضع التشريحي (الوقوف إنتباه) إلا أن الفحص المهبلي يتم أثناء وضع استلقاء المرأة في الوضع الظهري، عند ذلك غالباً ما ينزوي جسم الرحم للخلف ليتخذ موضعاً محورياً أي في نفس خط المحور الطولي للمهبل. ولذا فرغم أن الوضع التشريحي لأربعة أخماس الأرحام يكون الانقلاب للأمام وخمس الأرحام الأخرى في وضع الانقلاب للخلف ففي وضع الفحص يكون 40٪ منقلباً للأمام و40٪ محورياً (Axial) و20٪ منقلباً للخلف. وأهم

ما يبقى على موضع الرحم هو الأربطة العنقية المستعرضة أو الرئيسية والأربطة الرحمية العجزية وترتبط هذه الأربطة بالجزء فوق المهبلي من عنق الرحم تاركاً جسم الرحم حر الحركة في كل الإتجاهات ويتمكن من النمو أثناء الحمل، ويستطيع الرحم الطبيعي تغيير موضعه عند امتلاء المثانة أو المستقيم أما الدعامة الثانية للرحم فهي قاع الحوض.

الانقلاب الخلفي للرحم
Retroversion of The Uterus

وهنا يتجه قبو الرحم إلى الخلف وغالباً ما يصاحب ذلك انثناء خلفي بحيث يتخذ الرحم وضع الميل إلى الخلف.

الأسباب:

ويظهر انقلاب الرحم للخلف في 20٪ من النساء بشكل طبيعي والذي يتضح عندما يصل جسم الرحم إلى حجمه البالغ، وفي مثل هذه الحالات يكون قبو المهبل الأمامي غير عميق ويميل الرحم المنقلب للخلف الوراثي أن يستعيد وضعه بعد الولادة.

أما انقلاب الرحم الخلفي المكتسب فينتج عن أربعة مجموعات رئيسية من الأسباب:

1ـ انقلاب الرحم الخلفي النفاسي وينتج عند سقوط الرحم النفاسي للخلف إلى جيب «دوجلاس» بعد الولادة وفي بعض الحالات تحدث عودة تلقائية للانقلاب الأمامي.

2 ـ التدلي (Prolapse): وغالباً ما يحدث انقلاب الرحم الخلفي عندما يتدلى الرحم نتيجة لضعف دعاماته، وغالباً ما يرى انقلاب الرحم الخلفي في الرحم المسن حتى بدون تدلي حيث يسقط جسم الرحم إلى الخلف.

3 ـ التثبيت بواسطة الالتصاقات في وضع الانقلاب الخلفي وغالباً ما تحدث الالتصاقات نتيجة التهاب القنوات (فصل 11) وانتباذ الرحمية (فصل 13)

والأمراض الخبيثة خاصة سرطان المبيض (فصل 8).

4 ـ الإزاحة بواسطة ورم. وتتضمن الأورام التي قد تزيح الرحم للخلف الليفومات الرحمية أو الأورام المبيضية في الجيب الرحمي المثاني أو المثانة الممتلئة.

الأعراض:

لا يتسبب انقلاب الرحم الخلفي في أي أعراض دون حدوث مضاعفات، وقد يلزم اتخاذ قرار لإبلاغ المرأة عن وجود انقلاب الرحم الخلفي، وإذا ماتم إبلاغها يجب توضيح أهمية ذلك خاصة في النساء اللاتي تحدث لهن أعراض عصبية.

وتتضمن الأعراض المحتمل حدوثها ما يلي:

ألم أثناء الجماع بسبب الضغط على المبايض المتدلية ويتضح ذلك في بعض حالات الانقلاب الخلفي الرحمي المكتسب.

غزارة الطمث ويجب الحذر في نسبه إلى الانقلاب الخلفي الرحمي إذ ليس بالضرورة أن يؤدي إصلاح الانقلاب إلى إقلال النزيف.

العقم: هناك بعض الحالات من العقم يكون المظهر الوحيد بها هو انقلاب الرحم الخلفي وقد يسبب ذلك اتجاه عنق الرحم للأمام وعدم تمنيته أثناء للجماع وهناك العديد من الحالات التي يلي فيها إصلاح انقلاب الرحم الخلفي حدوث الحمل.

الإجهاض المتكر: وهناك بعض الحالات من الإجهاض المتكرر التي يبدو فيها أن انقلاب الرحم الخلفي هو السبب الرئيسي حيث يلي إصلاح انقلاب الرحم حدوث حمل ناجح.

ألم الظهر وهو عرض تقليدي لانقلاب الرحم إلا أنه قلما يحدث نتيجة وضع الرحم وحده.

التشخيص:

يتم تشخيص انقلاب الرحم الخلفي بالفحص باليدين ويعتمد ذلك على العلامات الطبية الثلاث التالية:

1 ـ عنق الرحم متجه إلى الأمام.
2 ـ يجس جسم الرحم من خلال القبو الخلفي حيث يقع بجيب «دوجلاس».
3 ـ جسم الرحم غير موجود بموضعه الطبيعي، ويجب أن يتم الفحص بعد تفريغ المثانة والمستقيم.

العلاج:

ويتخذ الاتجاهات التالية: (1) لا علاج (2) علاج تحفظي باستخدام الفرازج (3) الجراحة.

اللاعلاج: ويقرر ذلك في حالات انقلاب الرحم الخلفي الذي لا يتسبب في أعراض ويكتشف وجوده أثناء الفحص الروتيني، ويؤدي الإصلاح الجراحي لانقلاب الرحم الخلفي بسبب الأعراض الوظيفية مثل ألم الطمث التقلصي أو غزارة الطمث إلى نتائج غير جيدة.

العلاج الفرزجي (Pessary Treatment): وقد يستخدم إذا ما كان انقلاب الرحم الخلفي يبدو مسؤولاً عن العقم أو الإجهاض المتكرر، والفرازج المستخدمة لهذا الغرض تكون من النوع الصلب أو نوع «هودج» (Hodge Pessary) المطاطي، ومن المهم وضع الرحم في وضع انقلاب الرحم الأمامي قبل تثبيت الفرزجة وقد لا يكون ذلك سهلاً.

الإحلال اليدوي (Manual Replacement): ويتم عمل ذلك بإدخال إصبع أو إصبعين إلى القبو الخلفي للمهبل وإزاحة جسم الرحم لأعلى إلى خارج جيب «دوجلاس»، وبوضع اليد الأخرى فوق العانة يمكن جذب القبو الرحمي للأمام أثناء إزاحة عنق الرحم للخلف باستخدام الأصابع الموجودة بالمهبل ثم يتم إدخال الفرزجة حيث توضع بشكل مريح بين القبو المهبلي الخلفي وجدار المهبل الأمامي فوق الفتحة المبالية.

ونترك الفرزجة بمكانها لمدة تتراوح بين شهر وثلاثة شهور ثم يتم إزالتها والفحص لمعرفة هل سيسقط الرحم للخلف مرة أخرى وتعود الأعراض أم لا.

ويتكون العالج الجراحي من التعليق البطني وتستخدم لذلك جراحتان هما:

1 ـ تقصير الأربطة المستديرة من داخل الصفاق.

2 ـ جراحة «جليام» (Gilliam's Operation) حيث يتم جذب عروة من الرباط المستدير على الجانبين للجهة الوحشية من العضلة المستقيمة وحياكتها بالسطح الداخلي للغمد المستقيمي الأمامي وقد يتم إجراء هذه الجراحة بواسطة منظار البطن.

الانثناء الأمامي للرحم
Anteflexion of The Uterus

قد ينتج الانثناء الأمامي الحاد للرحم عن الأورام التي تحدث فوقه مما يؤدي إلى إزاحته إلى الأمام. ويعتبر الرحم القوقعي من الحالات النادرة التي ينثني فيها الرحم بصورة حادة إلى الأمام بحيث يتجه عنق الرحم إلى الأمام بصورة تماثل الانقلاب الخلفي للرحم، وقد تظهر الفوهة الخارجية لعنق الرحم على شكل ثقب صغير وتظهر الحالة كمسبب لآلام الطمث والعقم ويتكون العلاج أساساً من توسيع عنق الرحم.

التدلي Prolapse

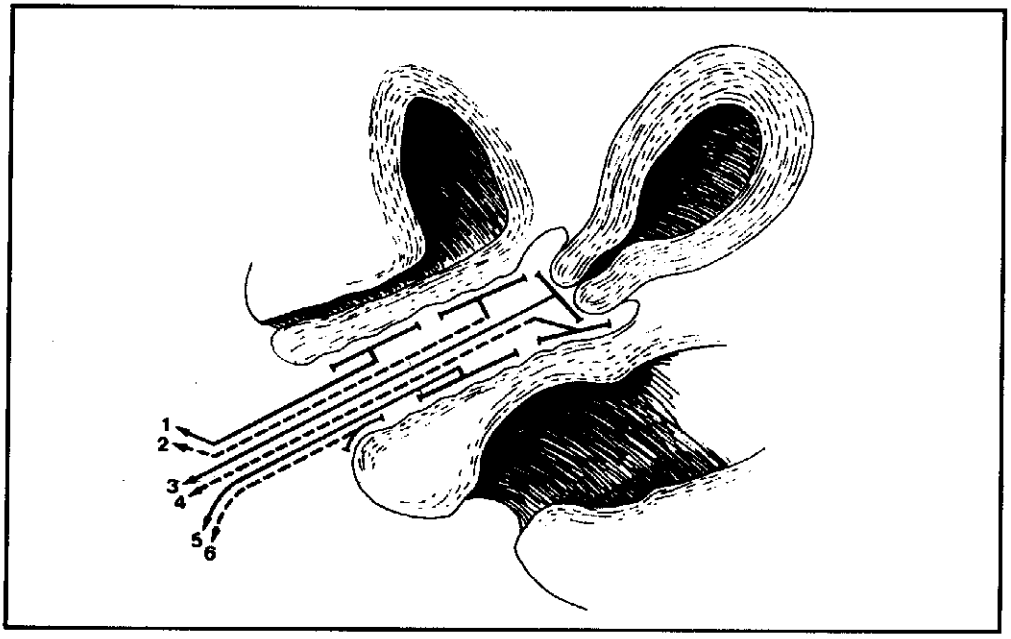
والتدلي هو عبارة عن حالة مركبة يحدث فيها نزول (تدلي) أعضاء الحوض الأنثوية نتيجة ضعف الأجزاء التي تعمل على تثبيتها بموقعها وينطبق وصف التدلي عامة على الدرجات الشديدة من النزول الرحمي حيث يبرز الرحم كلية من فتح المهبل (شكل 27).

ويعتبر التدلي التناسلي حالة شائعة الحدوث في النسوة اللاتي ولدن الأطفال برغم وجود نمط خاص يحدث في النسوة اللاتي لم يلدن سابقاً. وغالباً لا يتضح التدلي حتى سن اليأس أو بعد حدوث انكماش وضعف عام لدعائم أعضاء الحوض، هذا ويعتبر التدلي نادر الحدوث في الزنجيات.

الشكل التشريحي

يماثل التدلي الفتق إذ أنه عبارة عن بروز جزء من محتويات البطن من خلال

فتحة بالأجزاء الدعامية ويحدث البروز بين رافعتي الشرج وفي الحالات الشديدة من خلال فتحة المهبل.



شكل 27

نوعيات التدلي

1 ـ انخلاع الرحم 2 ـ قيلة مثانية 3 ـ نزول عنق الرحم والرحم 4 ـ قيلة معوية 5 ـ قيلة مستقيمية 6 ـ عوز العجان

التدلي الرحمي (الرحمي المهبلي):

ويمكن تقسيمه إلى ثلاثة درجات:

الدرجة الأولى: وبها تدلي الرحم مع انثناء خلفي ولكن دون أي انثناء خلفي للقبوة ويظل عنق الرحم بداخل الجزء العلوي للمهبل.

الدرجة الثانية: وفيها يصل عنق الرحم إلى الفرج عند الحزق ولكن لا يبرز منه.

الدرجة الثالثة أوالتدلي الكامل (Procidentia) وفيه يتدلى عنق الرحم وجزء من أو كل الرحم إلى خارج فوهة المهبل، وواقعياً غالباً ما تظل قبوة الرحم بداخل المهبل ولكن مع تلازم انقلاب المهبل وتتكون الغلالة الخارجية للتدلي من كل الجدار

المهبلي المقلوب ومعه الرحم والمثانة والجيب الرحمي المثاني كما يستطيل بدرجة كبيرة جيب «دوجلاس» وجزء من المستقيم وقد يحتوي جيب «دوجلاس» المتدلي على عراوي من الأمعاء مكوناً قيلة معوية.

وفي الحالات المزمنة تحدث تغيرات ثانوية إذ تُفقد المطيات الطبيعية للمهبل ويصبح سطحه أملساً ولامعاً، وقد يؤدي الاحتقان والوذمة إلى زيارة سمك الجدار المهبلي كما قد تظهر بعض التقرحات في الأجزاء السفلية من التدلي خاصة الفوهة الخارجية لعنق الرحم.

ويحدث التدلي الرحمي نتيجة ضعف واستطالة الأربطة التي تعمل على تثبيت الرحم في مكانه الطبيعي وهذه الأربطة هي الأربطة الرئيسية (العنقية المستعرضة) والأربطة الرحمية العجزية ويعتبر الضعف الخلقي لهذه الأربطة من العوامل الهامة التي غالباً ما تكون السبب في التدلي الرحمي مع بروز عنق الرحم وانقلاب المهبل في النسوة اللاتي لم يلدن، وقد يكون الرحم وبعض حالات التدلي صغيراً مع استطالة الجزء فوق المهبلي من عنق الرحم بدرجة تجعل تجويف الرحم عند قياسه بالمجس الرحمي من الفوهة الخارجية طويلاً نسبياً.

وتعتبر القيلة المثانية (Cystocele) فتق مثاني ينتج عن ضعف اللفافة المهبلية والعانية العنقية مما يسبب نزول قاعدة المثانة ثم تكون جيب يحتوي على بول ثمالي (زائد) وقد يصل حجم القيلة المثانية إلى حجم كبير وتحتوي على كمية كبيرة من البول.

أما انخلاع المبال فهي حالة ينزاح فيها المبال لأسفل وللخلف وغالباً ما يتسع ويحدث ذلك نتيجة تلف أو ضعف الرباط المثلث.

والقيلة المستقيمية (Rectocele) هي تدلي الجزء السفلي من الجدار الخلفي للمهبل نتيجة ضعف أو انفراج رافعات الشرج مما يؤدي إلى بروز المستقيم إلى المهبل، وفي تدلي الجدار الخلفي قد يوجد عوز في الجسم العجاني مع بروز جزء من القناة الشرجية إلى المهبل، وغالباً ما ينتج عوز العجان عن عدم كفاية حياكة التمزقات العجانية بعد الولادة أو فشل التئام هذه التمزقات وتعتبر القيلة المعوية أو فتق جيب «دوجلاس» تدلي الجزء العلوي من جدار المهبل الخلفي ويضم الفتق صفاق جيب «دوجلاس» مع عروة من الأمعاء، وقد تحدث القيلة المعوية مصاحبة للأنواع الأخرى من التدلي التناسلي كما تحدث أيضاً في التدلي الذي يلي عملية الاستئصال الرحمي من البطن أو عن طريق المهبل.

الأعراض:

تتباين أعراض التدلي التناسلي وقد لا تحمل أي علاقة بالعلامات الطبية التي تظهر عند الفحص، وغالباً ما يعتمد ذلك على درجة الجذب على أربطة الحوض وهناك العديد من النسوة اللاتي بهن درجة كبيرة من التدلي ولكن بل أي شكوى لعدة أعوام بينما قد تشكون الأخريات اللاتي بهن درجات بسيطة من التدلي، وتميل الأعراض إلى الزيادة مع النشاط اليومي بينما تقل الأعراض عند الاستلقاء وأكثر الشكاوى شيوعاً هي الشعور بالامتلاء في المهبل أو بوجود كتلة أو جزء يبرز إلى الخارج وقد تكون هذه الكتلة البارزة عبارة عن الرحم أو قيلة مثانية أو قيلة معوية أو مزيج منهما.

قد يوجد احساس بالتثاقل أو تحميل بالظهر وأسفل البطن طوال اليوم ويقل هذا الإحساس مع الراحة، وقلما يحدث ألم بالظهر نتيجة التدلي نفسه ولكن نتيجة الجذب على الأربطة الرحمية العجزية.

ويعتبر الإفراز المهبلي شكوى شائعة في النسوة اللاتي بهن تدلي، وقد يحدث ذلك نتيجة احتقان عنق الرحم أو تمزق خمجي أو قرحة على السطح الخارجي لعنق الرحم في حالات التدلي الكامل أو في تآكل عنق الرحم، وقد يوجد إفراز مصبوغ بالدم عند وجود تقرح، وقد تحدث صعوبة في الجماع إذا كان عنق الرحم بارزاً أو مستطيلاً بدرجة كبيرة.

أما الأعراض البولية فتتباين أنماطها وأكثر هذه الأعراض شيوعاً هو تكرر التبول خاصة نهاراً فقط عند وجود قيلة مثانية أو قيلة مبالية. أما التكرر الليلي فيحدث عند وجود إلتهاب بالمثانة البولية.

ينتج إلحاح التبول (Urgency) عن ضعف الية مصرّة المثانة من السلس المُلح في بعض الحالات فتصبح المرأة غير قادرة على التحكم في البول عند إحساسها بالرغبة في التبول. كما أن بعض النسوة يشتكين من رُسابة البول (Pre-cipitancy) وقد تكون هناك صعوبة في تفريغ المثانة بصورة كاملة وتضطر المرأة إلى دفع التدلي إلى أعلى بإصبعها قبل أن تستطيع إكمال عملية التبول، ونادراً ما يحدث احتباس بولي نتيجة شد المبال.

قد يكون السلس التوتري (Stress Incontinence) بسيط أو شديد، ويعتبر السلس التوتري البسيط شائعاً في النساء حتى بدون وجود أي تدل إذ تتسرب كمية

قليلة من البول أثناء الإجهاد أو الحزق أو الكحة أوالعطس عندما تكون المثانة ممتلئة ويظهر هذا العرض عند الإرتفاع المفاجئ للضغط بداخل البطن، أما في الحالات الشديدة فإن السلس يحدث في أقل مجهود حتى عند المشي أو صعود درجات السلم.

والإصابة الرئيسية تكون في هذه الحالات في عنق المثانة مع التدلي وتعتبر الولادة هي أكثر العوامل المؤدية لذلك وقد يعزي ذلك إلى تلف دعامات المبال وعنق المثانة أثناء الولادة وقد لا يظهر السلس التوتري إلا بعد سن اليأس حيث تبدأ العضلات الملساء الموجودة بعنق المثانة والمبال في الضمور، وقد يحدث السلس في النسوة عديمات الولادة أو بعد استئصال الرحم، وتتضمن الأسباب الأخرى المؤدية إلى السلس البدانة والكحة المزمنة والأمراض المضعفة وأورام البطن وخمجيات المسالك البولية.

أعراض المستقيم: تشكو العديد من النسوة اللاتي بهن تدلي من الإمساك وقد يؤدي ذلك إلى البواسير، وقد يكون عرض الإمساك نتيجة وجود صعوبة في تفريغ المستقيم بصورة كاملة نتيجة بروزه إلى المهبل، وقد يلاحظ البعض عند الراحة عند الجلوس على سطح صلب إذ أن جدار المهبل الموجود على القيلة المستقيمية يبرز لأسفل بين الشفرتين، ومع تقدم العمر تضمر الشفرتين وتصبحان أقل حماية ويصبح المهبل المتدلي معرضاً للإصابة.

العلامات الطبية:

يجب أن يتم فحص المرأة أولاً وهي مستلقية على ظهرها والركبتين مرتفعتان لأعلى ومبعدتان وأن يطلب منها أن تحزق وأن تكح ويمكن أثناء ذلك دعم الشرج لتجنب أي تسرب لا إرادي للغازات أوالبراز، وفي حالات الريبة أوالشك يُطلب منها الوقوف أو المشي لمسافة قصيرة قبل فحص التدلي ومن على الفراش، ويتم اختبار درجة التدلي بوضع إصبع في المهبل، والأفضل عند وجود شكوى من السلس التوتري أن يتم الفحص أثناء وجود كمية من البول بالمثانة ويمكن بعد ذلك دعم المبال وعنق المثانة باستخدام إصبعين وتوضيح أن ذلك يتحكم في السلس.

التشخيص التفريقي:

لا يشكل تشخيص التدلي أي صعوبة ولكن من ا لصعب تحديد ما إذا كان يمثل الشكوى الرئيسية للمريضة وفي بعض الحالات تتباين الأعراض والعلامات الطبية وينطبق ذلك عند وجود أعراض مثل ألم الظهر وتكرر التبول أو عدم ارتياح البطن.

ويجب تفريق التدلي من الحالات التالية:

كيسات مهبلية أو حول مبالية وهي تشابه القيلة المثانية أو القيلة المستقيمية ولكن الكيسات تحتوي على سائل نقي ولا يمكن ردها أو إرجاعها بالضغط.

أورام عنق الرحم أو المهبل التي تبرز من الفرج مثل السليلة الكبيرة الممتدة من عنق الرحم أو أحياناً الانقلاب المزمن لقبو الرحم خصوصاً مع وجود سليلة ليفومية.

وقد يشابه رتج المبال أو اللحيمة المبالية أوالتدلي المبالي القيلة المبالية.

قد يتسبب أي من دوالي أوردة الفرج أو البواسير أوالتدلي المستقيمي في حدوث أعراض مماثلة لأعراض التدلي.

وقد يؤدي التهاب المثانة والأعراض المثانية إلى حدوث أعراض مماثلة لأعراض القيلة المثانية.

وقد يعطي التهاب المهبل مع احتقان المهبل إحساساً خاطئاً بالامتلاء مثل الذي تشعر به مريضة التدلي.

وقد يعزى ألم الظهر في النسوة إلى أسباب عدة ولكن قلما ينتج عن التدلي ومن المحتمل أن يؤدي الضغط الناتج عن ورم البطن كبير الحجم أو الاستسقاء (الحبن) إلى بروز جدران المهبل والتي تعود لوضعها الطبيعي بعد إزالة الورم أو الاستسقاء.

ويجب تفريق السلس التوتري من المسببات الأخرى لسلس البول مثل السلس الملُح والسلس الناتج عن الأمراض العصبية، ويحدث سلس كبر العمر بدون حدوث أي توتر وقد يوجد ناسور بين المثانة أو المبال أو الحالب وبين المهبل وقد يكون مثل هذا الناسور صغيراً بدرجة تتطلب إجراء فحصوات دقيقة.

التجنب:

تعتبر الولادة من أهم المسببات المؤدية إلى حدوث التدلي الذي يحدث أساساً في النسوة الحوامل ولذا فإن العناية الفائقة بالولادة تلعب دوراً هاماً فيجب على المرأة أثناء الولادة تجنب الحزق أوالضغط لأسفل قبل الاتساع الكامل لعنق الرحم إذ أن محاولة الولادة قبل اكتمال اتساع عنق الرحم أو الضغط بقوة على قبو الرحم إلى إتلاف الدعامات الرحمية كما يجب عدم إطالة المرحلة الثانية من الولادة بدون داع فقد يمنع شق العجان واستخدام الجفت السفلي التدلي المهبلي ويجب إصلاح شقوق العجان والتمزقات العجانية على شكل طبقات وبعناية ومن الأفضل تشجيع القيام المبكر وأداء التدريبات الملائمة بعد الولادة لمنع حدوث التدلي.

ويمكن منع تدلي القبو بعد استئصال الرحم بربط الأربطة الرئيسية والرحمية العجزية مع قبو المهبل.

وقد يؤدي الاستئصال الرحمي تحت الكلّي إلى تدلي القبو بدرجة أكبر من الاستئصال الرحمي الكلي والذي يعتبر الأمثل.

العلاج:

قد يكون علاج التدلي جراحياً أو مُلطفاً ويلعب العلاج الطبيعي دوراً في بعض الحالات المنتقاه. وتعتمد أفضل عملية للإصلاح على درجة نزول المكونات المختلفة للمسلك التناسلي بالإضافة لقرار وخبرة الجراح ويقوم العديد من الجراحين باستئصال الرحم مهبلياً عند العلاج للتدلي وتعتبر هذه الجراحة المفضلة عندما يصاحب التدلي غزارة الطمث أو وجود ليفومات رحمية صغيرة وقد يفضل الاستئصال الرحمي المهبلي في حالات التدلي الرحمي والجراحة المهبلية الأخرى هي الرفو المهبلي الأمامي (Ant. Colporraphy) والرفو المهبلي العجاني الخلفي (Post. Colpoperineorraphy) وغالباً ما يضاف لذلك بتر عنق الرحم وتقصير وربط الأربطة الرئيسية وتعرف هذه الجراحة بجراحة «فوثرجيل» أو «مانشستر» ومسببات بتر عنق الرحم هي:

1 ـ غالباً ما يكون عنق الرحم معتلاً ومخموجاً.
2 ـ إستطالة الجزء فوق المهبلي من عنق الرحم.
3 ـ يكون إصلاح قبو المهبل أفضل بعد حياكة عنق الرحم.

4 ـ تتم إزالة الجزء المحتمل حدوث سرطان به فيما بعد.

وقد لا يتم بتر عنق الرحم في النسوة صغيرات السن اللاتي قد يرغبن في الحمل وفي الحالات التي لا يوجد بها تدلي القبو المهبلي.

وقد يتم عمل جراحات بالبطن مع إصلاح التدلي مثل التعليق الرحمي البطني عند وجود انقلاب شديد للخلف، وقد تتطلب الحالة إجراء استئصال رحمي بطني عند وجود ليفومات كبيرة ويتم إصلاح التدلي في نفس العملية الجراحية أو فيما بعد وقد تؤدي إزالة الأورام الكبيرة إلى شفاء أو تحسن التدلي ويمثل السلس التوتري مشكلة جراحية فقد يحدث مع أو بدون التدلي وهو يعتبر واحداً من أصعب الأعراض في أمراض النساء التي يمكن علاجها، ويجب أن يتم عمل إختبارات بولية كاملة قبل المبادرة بإجراء الجراحة وقد يتضمن ذلك تحليل بول منتصف التيار البولي لاستبعاد وجود أي خمج ويجب عمل تصوير للحويضة بالزرق الوريدي وتصوير المثانة أثناء التبول وقد يساعد منظار المثانة ومنظار المبال على استبعاد أية إصابة موضعية وفي النسوة بعد اليأس يجب علاج الالتهاب المهبلي الضموري باستخدام الإستروجين موضعياً مثل كريم دينسترول، وقد يفيد مقياس المثانة في تحديد ضغط المثانة وقد تؤدي المحاولات الأولية من العلاج الطبيعي على شكل تدريبات قاع الحوض و«الفارادية» إلى تحسن الأعراض واستعادة المرأة القدرة على استخدام عضلات حوضها.

ويتكون العلاج الجراحي من عملية إصلاح تهدف إلى رفع المبال ودعاماته وقد يكون الطريق عبر المهبل أو من خلال جدار البطن ويعتمد ذلك على درجة ارتخاء الأربطة وخبرة الجراح فإذا ما تم استخدام الطريق المهبلي فيتم عمل الجراحة على عنق المثانة وإصلاح التدلي إذا تطلب ذلك أو إجراء استئصال رحمي من المهبل ويعتبر هذا الطريق الأكثر استخداماً وإن كان ليس دائماً يؤدي إلى شفاء الأعراض، أما الجراحة بطريق البطن فتستخدم فيها عدة أساليب: يمكن فتح كهف «ريتزيس» وحياكة وتثبيت عنق المثانة والمبال بعظام العانة والارتفاق العاني («مارشال» و«مارشيتي»)، حياكة عُلاقة لفافية من جدار البطن أو اللفافة العريضة حول المبال (عُلاقة «ألدريدج»، عُلاقة «ميللين») ويمكن حياكة عُلاقة من شبك النايلون حول المبال وربطها بجدار البطن الأمامي «كاسار- موير»، وقد يتم تعليق الأنسجة جار المبالية بواسطة 3 أو 4 غرز على الجانبين «بُرش».

يعتبر التجهيز للجراحة ذو أهمية كبيرة. يجب تحديد الحالة العامة للمريضة وإعطاء العلاج المناسب للبدانة أو الكحة المزمنة وعلاج التهابات الفم وقد يلزم علاج

أية أمراض قلبية وعائية أو داء سكري بسيط إذ أنها تنتشر في النساء منتصفات الأعمار.

وقد تحدث تقرحات مهبلية نتيجة تعرض النسيج المهبلي للخارج في حالات التدلي أو من ارتداء الفرزجة الحلقية لمدة طويلة، لذا تجب إزالة الفرزجة وعلاج المريضة بالمستشفى بالراحة في الفراش مع ادخال التدلي.

وكثيراً ما تحدث أخماج بالمسالك البولية ولابد من معالجتها ويعالج السلس المُلح وتوتر عضلة المثانة البولية بمضادات التقلص.

وقد يؤدي الضمور المهبلي في النسوة بعد اليأس إلى تأخر الالتئام وهذا يتطلب علاج قبل جراحي بالإستروجينات بالفم وبالفرازج أو على شكل كريم داينيستريول.

والعناية بعد الجراحة تشبه تلك التي تلي أية جراحة كبرى وتفضل الحركة المبكرة والتنفس بعمق وقيام المريضة مبكراً من الفراش وتساعد المشطفات والغسول في التغلب على صعوبات التبول والتبرز وتعطي الملينات حسبما تتطلب الحالة.

وتتضمن مضاعفات بعد الجراحة في أول أسبوعين بعد العملية ما يلي:

ـ المضاعفات الصدرية التي تحدث مع التخدير.

ـ احتجاز البول وخمج المسلك البولي ويتطلب احتجاز البول غالباً عمل قثطار وقد يمكن التغلب على احتجاز البول في بعض الحالات باستخدام جرعة واحدة من برونيد الديستجمين 0.5 ملجم (أوبريتيد) ويجب علاج خمج المسلك البولي، ويجب قثطار مستقر إذا تم عمل تشريح عميق بأنسجة العجان أثناء الجراحة، ويمكن استخدام قثطار مبالي (قثطار «فولي») أو فوق عجاني (بانارمو) ويجب تفريغ المثانة بإستمرار لمدة تتراوح بين 3، 5 أيام ويتم ربطها بين الحين والآخر لاستعادة الإحساس بامتلاء المثانة ويعطى أحد العقاقير الكيميائية أثناء وضع القثطار لمنع حدوث خمج بالمسالك البولية.

وكثيراً ما يحدث إنتان موضعي ولكن قلما ينتشر الخمج مسبباً التهاب صفاق الحوض والتهاب حول الرحم.

وقد يحدث نزيف أولي أو تفاعلي أو ثانوي وقد يلزم نقل دم وفي حالات النزيف الثانوي أو التفاعلي يجب إعادة حياكة المهبل أو عنق الرحم لإيقاف النزيف

وقد يلزم عمل حشو بالمهبل وذلك بداخل غرفة العمليات وقد يحدث خثار بأوردة الحوض وانصمام رئوي وقد تحدث التصاقات في المهبل ويجب تسليكها برفق باستخدام الإصبع بعد سبعة أيام من العملية والمضاعفات المتأخرة هي:

قد يظل الإفراز المهبلي لبضعة أسابيع وفي بعض الحالات يكون ذلك نتيجة النسيج الحبيبي المتكون في الندبات ويمكن علاج ذلك بنترات الفضة وقد لا تمتص الغرز المستخدمة في الإصلاح.

وتتضمن المضاعفات البولية التردد البولي نتيجة توتر المثانة أو الخمج المزمن وقد يظل السلس التوتري بالرغم من الجراحة الدقيقة ونادراً ما يتكون ناسور مثاني مهبلي أو مبالي مهبلي.

وكثيراً ما يحدث ألم الجماع نتيجة ترك المهبل صغير الحجم إذ يجب الحرص على تضييق محيط المهبل خصوصاً إذا تم الإصلاح الخلفي بعد جراحة الجدار الأمامي، وقد ينتج ألم الجماع أيضاً من عدم استخدام المهبل نتيجة الخوف وقد يحدث أيضاً ضمور كبر السن في مجموعة الأعمار التي تجرى لها عمليات الإصلاح.

العلاج الملطف:

ابتكرت أنواع عديدة من الفرازج والدعامات للتدلي ويكون استخدامها كعلاج ملطف أو مؤقت فقط أما العالج الشافي المؤكد هو عملية الإصلاح الجراحي ومع الأساليب الحديثة للجراحة والتخدير يمكن اجراء جراحات لأغلب حالات التدلي.

* دواعي استخدام الفرازج هي:

- أثناء الحمل
- بعد الولادة مباشرة أو أثناء الرضاعة.
- عندما يكون الحمل مطلوباً في المستقبل القريب.
- في المريضات غير اللائقات طبياً لإجراء الجراحة
- في المريضات اللاتي يرفضن الجراحة أو يرغبن في تأجيل الجراحة لأسباب عائلية.

عيوبه: قد تحدث تقرحات بالمهبل وعنق الرحم بالرغم من العناية، ومن الممكن بعد عدة أعوام أن تشكل إزالة الفرزجة المهملة صعوبة نظراً لانحشارها بجدار المهبل وقد يحدث سرطان بالرحم في أحوال نادرة.

والفرزجة الحلقية المطاطية تتلائم جيداً حول عنق الرحم وتتجه للأمام قليلاً وتستقر بين القبو الخلفي وجدار المهبل الأمامي وهذه الفرزجة تدعم تدلي القبو بواسطة شد الجدار المهبلي أما القيلة المثانية فتتدعم بها مباشرة ولكنها أقل نجاحاً في السيطرة على القيلة المستقيمية وإذا ما وجد قصور شديد بالعجان فقد تنزلق الفرزجة أو تقع للخارج.

طرق تثبيت الفرزجة: يتم فحص المريضة ويعاين المهبل وعنق الرحم باستخدام المنظار المهبلي وعند وجود إفرازات أو تآكل بعنق الرحم يجب الاستقصاء عن ذلك وعلاجه قبل إدخال الفرزجة.

ويجب اختيار المقاس المناسب ولذلك تستخدم الحلقات الملائمة لاستخدام حجاب مناسب وتصنع الفرازج في أحجام تدريجية من 50 وحتى 120 ملم.

ويمكن تليين الفرزجة المطاطية بوضعها في ماء ساخن لبضعة دقائق ثم تضغط الفرزجة لتأخذ شكل بيضاوي أو شكل "8" ويتم إدخالها بعد دفع العجان قليلاً ثم تدفع حافة الفرزجة بقوة إلى القبو الخلفي وتُقابل الفرزجة برفق بحيث ينحشر حرفها السفلي بجدار المهبل الأمامي ويطلب من المريضة أن تسعل وأن تمشي قليلاً للتأكد من راحتها، ويتم إعطاء تعليمات للمريضة للعودة كل 6 شهور للتنظيف أو لتبديل الفرزجة.

تغيير الفرزجة: تتم إزالة الفرزجة بلف الإصبع تحت الحلقة وجذبها للخارج فإذا كان حجمها صحيحاً والفرزجة بحالة جيدة فيمكن تعقيمها ووضعها مرة أخرى أما إذا كانت غير مناسبة فيمكن استخدام فرزجة جديدة وتجب معاينة عنق الرحم والمهبل مرة أخرى لاستبعاد أية تقرحات أو إفرازات قبل إدخال الفرزجة مرة أخرى.

وهناك حالات قليلة تفشل فيها الفرزجة الحلقية في السيطرة على التدلي ولا يمكن إجراء جراحة لها، ولهذه الحالات توجد أدوات أخرى مثل فرزجة الكأس والجذع (Cup & Stem) التي تتكون من كاس من «الڤولكانيت» أو المطاط مع جذع

ترتبط به شرائط يتم ربطها مع حزام، وتتم إزالتها في الليل لتنظيفها ولذا فإن احتمال التقرح يكون أقل. ولكن العديد من النساء كبيرات السن قد يجدن صعوبة في استخدامها والبديل هي الفرزجة الرّفية (Shelf Pessary) التي ابتكرها سير «جيمس يونج سيمبسون» وهي تلائم القبو المهبلي، ويصنع الكأس والجذع من «الڤولكانيت» مع جذع للإزالة وتتم إزالتها للتنظيف كل 3 ـ 6 شهور.

العلاج الطبيعي:

وهذا العلاج له مجال محدود ولكن هام خصوصاً في النسوة صغيرات العمر بعد ولادات حديثة حيث تتأثر أساساً جدران المهبل وقاع الحوض وهذا العلاج هو أقل تأثيراً في التدلي القبوي، ويتم في هذا العلاج عمل تدريبات لتقوية عضلات قاع الحوض وذلك تحت إشراف إخصائي العلاج الطبيعي وقد يضاف إلى ذلك الفارادية لعضلات قاع الحوض وقد يساعد هذا العلاج أحياناً في تحسين السلس التوتري.

مصير الأحمال التالية بعد إصلاح التدلي:

قد يتحقق حمل ناجح بعد إصلاح التدلي ولكن إذا تم بتر عنق الرحم فقد يؤدي ذلك إلى حدوث الإجهاض.

ويوصى بعمل القيصرية في أغلب الحالات خصوصاً عند وجود ضيق بعنق الرحم أو إذا أجرى إصلاح كبير للقبو أو عند إجراء عملية للسلس التوتري الشديد.

ويسمح بالولادة عن طريق المهبل في بعض الحالات ويجب عمل شق بالعجان ثم إصلاحه بعناية على شكل طبقات.

****

الفصل الخامس عشر

البوليات وعلاقتها بأمراض النساء

تستقر المثانة بتجويف الحوض عندما تكون فارغة ولكنها ترتفع لأعلى إلى البطن عندما تمتلئ، ويقوم إخصائي أمراض النساء بمعالجة مشاكل البوليات الناجمة عن المثانة البولية والمبال. كما يجب أن يحيط علماً بالجزء العلوي من المسالك البولية رغم أن الذي يتولى معالجة مشاكلها هو إخصائي المسالك البولية.

عسر البول Dysuria

تؤدي إثارة المثلث المثاني أو المبال إلى الشعور بالألم أثناء مرور البول، وفي البداية يحدث ذلك عند بداية ونهاية تدفق البول عندما تتمدد وترتخي الأنسجة ثم يمتد الشعور بالألم بعد ذلك ليصبح أثناء عملية التبول كلها ويوصف الألم بأنه ملهب (Burning) أو وخزي موضعي ثم يتحول الألم بعد انتهاء التبول إلى وجع غائم (dull ache) بمنطقة أعلى العانة.

وغالباً ما تكون إثارة المثلث المثاني أو المبال بكتيرية نتيجة صعود الخمج من المهبل أوالفرج ويجب أخذ عينة من منتصف تيار البول وفحصها لكشف الخلايا والجراثيم من أي مريضة تشكو من عسر البول، كما يجب عمل فحص مهبلي وأخذ مسحة من منطقة أعلى المهبل والمبال.

زيادة التردد البولي

يتم تفريغ المثانة للعديد من الإشارات التي تتكون بالتدريب الإجتماعي. وزيادة التردد البولي غالباً ما تعني زيادة في إثارة المثانة والناتج غالباً عن الخمج البولي، ولذا يجب عمل الفحوص السالف ذكرها.

قد تؤدي بعض المسببات إلى نقص سعة المثانة كما أن القلق في حد ذاته يزيد من التردد البولي.

سلس البول

نعتبر أن المرأة تعاني من سلس البول عندما يتسرب منها البول لا إرادياً وأنواع سلس البول الرئيسية هي:

السلس الحقيقي (True Incontinence):

يتسرب البول باستمرار دون أية علاقة لتغيرات الضغط وهذا يعني تخطي آليات التحكم الطبيعية وقد يوجد ناسور في بعض الحالات.

والنواسير قد تكون:

خلقية: وتحدث عندما يفتح الحالب في قمة المهبل وغالباً ما يتم تشخيصها أثناء الطفولة.

رضحية: بعد ولادة مهبلية عسرة أو جراحية.

خبيثة: سرطان عنق الرحم.

إصابة جراحيةبعد إجراء استئصال رحمي من البطن عندما يتهتك الحالب عند حرف الحوض أو بجزءه السفلي عند مروره إلى المثانة بجوار المهبل وعنق الرحم، العلاج الإشعاعي قد يؤدي إلى تلف بالحالب والمثانة بدرجة تؤدي لتكون ناسور.

الخمج: ونادراً ما يفتح خراج الحوض على الحالب ثم يفتح كذلك على المهبل ويتواصل كلاهما من خلال تجويف الخراج الملتئم.

وأغلب النواسير في المملكة المتحدة تكون بعد العلاج الإشعاعي أو الإصابة أثناء الجراحة.

السلس التوتري:

وهو تسرب البول لا إرادياً أثناء ارتفاع الضغط بداخل البطن غالباً بعد نوبة من السعال أو العطس دون حيطة المرأة، وفي أغلب الحالات تكون عضلات قاع الحوض ضعيفة بعد الولادة وفي ثلث الحالات تعاني العضلة المثانية من التوتر.

وغالباً يوضح الفحص المهبلي في حالات السلس التوتري وجود تفكك أو انخلاع بالمبال ونزول عنق المثانة وقيلة مثانية وقد يوجد أيضاً ضعف بجدار المهبل الخلفي ولا يستبعد مثل هذا الفحص وجود توتر بالعضلة المثانية ولذلك يجب عمل بعض الاستقصاءات البسيطة قبل عمل الإصلاح الأمامي.

التصوير القياسي للمثانة:

لقياس التغييرات التي تحدث في الضغط داخل المثاني يتم إمرار قثطار مطاطي لأعلى المبال حتى المثانة ويتم إدخال قثطار مغطي ببالونة إلى المستقيم وبالتالي يتم طرح التغيرات التي تحدث في ضغط البطن (تغيرات الضغط داخل المستقيم) من التغيرات داخل المثانية للحصول على التغيرات الحقيقية بالمثانة نفسها يمرر محلول إلى المثانة وتشعر أغلب النسوة بإحساس الرغبة في التبول عند حجم حوالي 100 مل وعند 400 مل تكون الرغبة قوية أما بعد ذلك فيصبح الإحساس بغيضاً، ويؤدي فرط حساسية المثانة غير الطبيعي مثل الذي يصاحب الخمج إلى إحساس المرأة بالرغبة في التبول عند أحجام من المحلول أقل من ذلك.

وغالباً ما ينعدم انقباض عضلية المثانة أثناء الملء حتى الوصول إلى المدى الأقصى من سعة المثانة، وعند حدوث أي انقباض في مستوى أحجام أقل من ذلك فإن هذا يدل على توتر العضلية المثانية والعلامات الأخرى التي تدل على ذلك هي:

- إرتفاع الضغط المبالي في الراحة
- فرط الإنقباضات القوية بالمثانة.

وعلى النقيض توضح اللاكفاية المبالية ما يلي:

- إنخفاض ضغط المبال عند الراحة.
- عدم القدرة على إيقاف التبول عند منتصف تيار البول.
- لا زيادة إرادية في ضغوط المبال.

ومن المهم التفرقة بين ضعف عنق المثانة مع السلس التوتري وتوتر عضلية المثانة مع السلس المُلح إذ أن الأول يفضل علاجه جراحياً أما الآخر فطبياً.

علاج السلس التوتري:

ويتم عمل ذلك باستعادة عضلات قاع الحوض ورفع قاعدة المثانة والمبال إلى أعلى، وإذا كان هناك سقوط شديد فمن الأفضل عمل إصلاح أمامي مهبلي (انظر الفصل 14).

ولاستعادة الوظيفة في الحالات التي ليس بها سقوط يساعد تعليق عنق المثانة من أعلى بدرجة كبيرة وقد يتم ذلك بخياطة عنق المثانة بالجهة الخلفية للإرتفاق العاني (عملية مارشال ـ مارشتي ـ كرانتز) أو بحياكة الجزء العلوي الوحشي من المهبل بالأربطة الحرقفية الإربية (التعليق القبوي لـ «برش» "Burch Colposuspension").

وقد تم استخدام العديد من أنسجة الجسم وأنسجة من خارجه لعمل هذه الجراحة واختيرت شرائط من اللفافة العريضة أو الغمد المستقيم أو مواد صناعية خاملة مثل الديسكون وقد جُرب أيضاً وتر ذيل الكنغر نظراً للاعتقاد المشكوك فيه بقوته وكل هذه العمليات لها تفسيرها وتعتبر ذات مزايا جيدة ولكن ليس منها ما هو مثالي.

علاج توتر عضلية المثانة:

ويعتمد ذلك بدرجة كبيرة على خلفية المريضة.

- تجب معرفة نمط تناولها للسوائل وإعطاء النصح اللازم.
- يجب استبعاد الخمج البولي وعلاجه إن وجد.
- قد يصاحب نقص الإستروجينات في مريضات بعد اليأس إلحاح أو تردد. حين ذلك يجب إعطاء جرعة قليلة من الإستروجين موضعياً أو شمولياً.

وقد يلزم العالج النفسي لتكوين نمط مستقر من العادات البولية. وكثيراً ما تكون مثاقب المثانة (Bladder Drills) مفيدة إذا تم تدريب من يستطيع ذلك.

وتستطيع العقاقير المضادة لإفراز الكلولين (Anticholinergics) تقليل التقلص بجدار المثانة:

بروباثين "Probanthine"، بروبانثيلين "Probantheline"
إيميبرامين "Imipramine" ، أوكسبيتينين "Oxubutynin".

توجد في أجزاء عديدة من المملكة المتحدة مراكز متخصصة في البوليات تضم فوق تمريض متمرسة على دراسة وقياس المشاكل البولية خصوصاً في النساء كبيرات السن ويمكن لمثل هؤلاء المتخصصين التوجه إلى الأماكن المختلفة لتدريب النساء على استخدام مثاقب المثانة في منازلهن.

الاحتباس البولي
Urinary Retention

وهو أقل شيوعاً بالنساء بالمقارنة بالرجال ولكنه قد يلي النوبات الحادة.

بعد الولادة المهبلية: نتيجة وذمة عنق المثانة بعد الجذب الشديد بعد الجراحات المهبلية أو البطنية الحوضية، نتيجة التقلص الانعكاسي الناتج خصوصاً بعد إصلاح الجدار الأمامي.

عند اليأس: قد يحدث اعتلال بولي إنسدادي نتيجة نقص الإستروجين ويجب أن يتم العلاج هنا بواسطة التعامل مع السبب الأولي، وفي المرحلة الحادة قد يسمح التفريغ البولي المستمر بشفاء الحالة، ويتم ذلك غالباً بقثطار فوق عانى حيث يتم تجاوز مكان الخمج الكامن بالمبال. كما أنه من الممكن ربط القثطار على فترات للسماح بمرور البول عبر المبال دون إزالة القثطار ومن ثم استعادة سيطرة المرأة على التحكم.

وقد تتطلب احتباسات البول المزمنة توسيع المبال جراحياً ويمكن إجراء ذلك بالعيادات الخارجية مع استخدام كريمات مخدرة موضعياً.

ونادراً ما تلزم مواد الإحصار الأدرينالية (ألفا) إذا استمر التقلص.

****

الفصل السادس عشر

المشاكل الجنسية

تعتبر المشاكل الجنسية من المشاكل الشائعة ولكن نظراً لحساسية هذه الموضوعات فإن مداها أصبح أكثر وضوحاً في الأونة الأخيرة نتيجة المناقشات والأحاديث الصريحة فقد تجد العديد من النسوة صعوبات في كشف النقاب عن المشاكل الجنسية للطبيب أما أغلب الرجال فينكر وجود أية مشاكل ولذلك فمن المهم تفهم الاختلافات الموجودة في الاستجابة الجنسية عند الرجال والنساء والعوامل النفسية العميقة بخلفياتها.

ويجب أن يتضمن التاريخ المرضي لأمراض النساء استفسارات منفصلة واضحة عن الأمور الجنسية ويمكن ربط ذلك مع استخدام موانع الحمل أو العقم.

والنساء اللاتي لهن شكوى من العقم قد لا تكون لديهن علاقة زوجية سعيدة، وقد توجد شكوى واضحة من ألم أثناء الجماع أي جماع مؤلم وفي هذه الحالة يجب البحث عن السبب وعلاجه.

ويوضح الفحص الطبي وخصوصاً الفحص المهبلي دلائل إضافية مع زيادة فرصة الاستفسار من المريضة، ومن المهم استبعاد أي شيء غير طبيعي أو أية حالة مرضية قد تؤدي إلى جماع مؤلم أو عسر جماع قبل الكشف عن احتمال وجود مشاكل نفسية جنسية (Psycho-sexual).

عسر الجماع

قد يكون عُسر الجماع (Dyspareunia) أو الجماع الجنسي المؤلم نتيجة عدة مسببات وقد يتباين في درجته من مجرد عدم ارتياح بسيط إلى ألم شديد يجعل الجماع غير محتمل.

المسببات

يعتبر غشاء البكارة الصلب السميك غير الممزق أكثر المسببات وقد يؤدي وجود حاجز مهبلي إلى ألم ولكن غالباً ما يؤدي إلى انسداد وبالتالي صعوبة الاختراق. أما انعدام وجود المهبل فهو نادر وغالباً ما يلاحظ قبل محاولة الجماع إذ أن الاختراق يكون مستحيلاً.

وقد يؤدي التهاب أو خمج الفرج والمبال وغدد «بارثولين» والمهبل إلى تقرح وألم كما يحدث في اللحيمة المبالية.

وتتسبب ندبات شق العجان (Episiotomy) أو رفاية العجان والمهبل (Col-poperineorraphy) في تضييق المهبل أو قد تظل مؤلمة وتسبب إيلاماً، وقد يصبح المهبل قصيراً بعد استئصال الرحم خصوصاً بعد إجراء جراحة جذرية، وقد يحدث عُسر الجماع العميق (Deep Dyspareunia) نتيجة وجود آفات مؤلمة في تجويف الحوض مما يسبب ألماً عند الاختراق العميق وهذه الآفات تتضمن التهاب عنق الرحم والالتهاب جار الرحمي والالتهاب البوقي المزمن والانتباذ البطاني الرحمي والأمراض الخبيثة التي تصيب الرحم والمبيضين وقد يؤدي أحياناً الانقلاب الخلفي للرحم خصوصاً عندما يصاحبه تدلي المبيضين إلى ألم عند الضغط العميق وذلك بالرغم من عدم وجود أي مرض وقد يحدث ضمور للفرج والمهبل بعد اليأس مع انكماش عام بالأنسجة وتصبح الطلائية المهبلية رقيقة ويصبح المهبل جاف الملمس نظراً لنقص الإفرازات، وقد تلي مثل هذه التغيرات التعرض للإشعاعات والاستئصال الجراحي للمبيضين.

وقد يؤدي أي مما سبق إلى حدوث تشنج مهبلي حيث تحدث تقلصات فردية للعضلات فتعوق حدوث الجماع. وقد يحدث التشنج المهبلي دون أي سبب مرضي واضح وبالتالي فقد يكون نتيجة مشكلة نفسية جنسية.

العلاج:

يعتمد العلاج على السبب فغشاء البكارة الصلب يمكن توسيعه بالموسعات أو قد يتطلب التوسيع والجذب تحت تأثير المخدر. فإذا كان العجان متصلباً فإنه يتطلب بضع العجان وفي كل الحالات يجب تدريب المرأة على توسيع الفوهة يدوياً ولكن بعض النساء يرفضن ذلك بشدة.

يجب علاج التهاب الفرج والتهاب المهبل والالتهابات الأخرى.

قد يتطلب العجان المشدود بعد شق العجان أو رفايته قطعه وخياطته مرة أخرى وقد تلزم عسر الجماع العميق الناتج عن آفة بالحوض عملية استكشاف للتأكد من التشخيص، ومن المهم استشارة النسوة اللاتي يتقرر لهن عمليات كبرى تخص النشاط الجنسي في المستقبل.

ويجب علاج ضمور بعد اليأس باستخدام الإستروجين إما بطريق الفم أو على شكل فرازج موضعية أو كريمات.

المشكلات الجنسية النفسية

تماثل تعقيدات الاستجابة الجنسية تعقيد الجنس البشري نفسه إذ تنشأ العديد من المشاكل من فشل الإتصال بين الزوجين ولذا ينصح بلقاء كل منهما وكشف مشاعرهما وتعاني العديد من النسوة من إحباط عميق منغرس منذ الطفولة ضد ملامسة أو الإمساك بالفرج أو المهبل وقد يصاحب ذلك الافتقار إلى المعلومات التشريحية والخوف من أن المهبل قد يصاب أو أن يتمزق.

وهناك توقعات غير واقعية تنشأ من أسطورة تفيد أن الإثارة (Arousal) والإيغاف (Orgasm) متزامنين وقد يؤدي الخوف من الجماع أو الحمل إلى حدوث التشنج المهبلي (Vaginismus).

وتنشأ المشاكل الرئيسية في الرجل من العنانة (Impotence) التي قد تكون أولية أو ثانوية والقذف المبكر (Premature Ejaculation) أو فشل القذف وضعف الشهوة الجنسية نتيجة مرض عضوي أو اكتئاب وقد تنتج العنانة عن إصابة بالعمود الفقري أو مرض عصبي بما في ذلك الاعتلال العصبي السكري أو الكحولي وبفعل بعض العقاقير مثل مضادات فرط ضغط الدم ومضادات الاكتئاب.

وقد تؤدي مشاكل الحياة اليومية مثل مشاكل الإسكان والافتقار إلى الخصوصية والخلافات المستمرة إلى مشاكل جنسية بحيث تنتج دورة من الغضب والاستياء.

وبعض المشاكل الجنسية يمكن حلها عن طريق التفسيرات البسيطة والمشورة والعلاج وأهم العوامل هو استعداد الزوجين لتقبل المعاونة، ومن المهم في حالة فشل الطرق البسيطة إحالة الزوجين لجهة أخرى مثل استشاري الحالات النفسية الجنسية، كما يمكن الحصول على المساعدة من مستشاري توجيه الزواج أو من معالجي الجنس.

فسخ الزواج
Annulement of Marriage

يمكن حل الزواج بالطلاق أو الفسخ في بعض الأحوال ويتم تقديم التماس بحل الزواج إلى المحاكم المختصة في البلاد المختلفة ومن وجهة نظر علم أمراض النساء فإن المبررات هي «الرفض المتعمد أو عدم القدرة» على إتمام الزواج وفي مثل هذه الحالات يتم تعيين مراقب إبطال الزواج لفحص الزوجين، وفي حالة المرأة يقوم المراقب بإعطاء شهادة تفيد عذريتها أو أنها لم تمارس جماع جنسي طبيعي وأنه ليست بها أية إعاقة تمنع إتمام الزواج وإمكانية علاج أية إعاقة إن وجدت.

****

الفصل السابع عشر

العقـــم

Infertility

يعتبر العقم موجوداً عندما لا يحدث حمل حتى عام كامل يتم أثناءه الجماع بدون عوائق على شكل متكرر.

مسببات العقم

زوجيـــة

قد توجد صعوبة آلية في الجماع مع اختراق غير كاف يصاحبه عدم قدرة الذكر على استمرار الإنتصاب، كما قد توجد فترات من التباعد بحيث أن الجماع لا يحدث في الفترات ذات الخصوبة المرتفعة.

الذكـر:

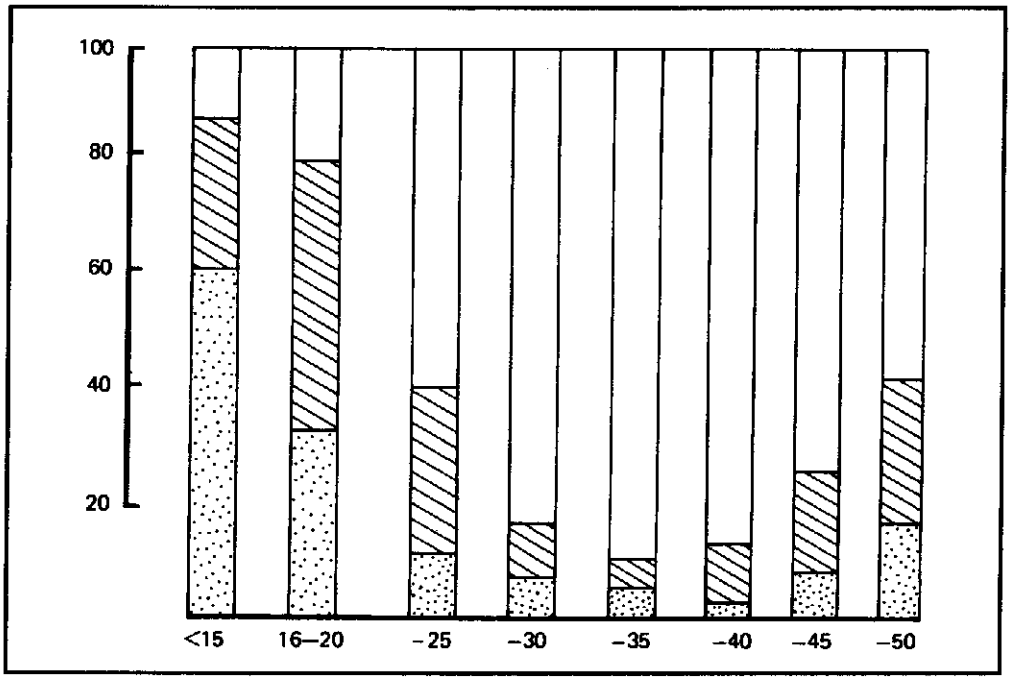
وهذه المسببات تضم:

- العنانة (Impotence).
- القذف المبكر (Premature Ejaculation).
- اللانطفية (Azoospermia).
- قصور في عدد الأنطاف (Oligozoospermia).

الأنثى:

وهذه المسببات تضم:

- غشاء البكارة سليم؛ فقد تشكو المرأة من العقم عندما يكون زواجها غير مكتمل.
- تشوهات خلقية بالمهبل.
- عيوب خلقية بعنق الرحم.
- عيوب خلقية بالرحم والتشوهات الخلقية وسليلة البطانة الرحمية والتهاب البطانة الرحمية الدرني والانقلاب الخلفي للرحم.
- عيوب خلقية بقناتي «فالوب»: وقد تتلف القناتين نتيجة الخمج وتنغلق أو تنسد جزئياً.



شكل 28

تأثير العمر على التبويض
دورة طبيعية
دورات ذات مرحلة أصفرية قصيرة
دورة عديمة التبويض

- عيوب خلقية بالمبيضين: قد لا يحدث تبويض أو قد يحدث على فترات متباعدة وغير منتظمة مع دورات غير تبويضية وطمث متباعد أو انتباذ

البطانة الرحمية. ويعتبر العمر عاملاً هاماً بالنسبة للخصوبة إذ تقل الخصوبة بعد عمر 35 سنة كما تتأثر الخصوبة بالأمراض والاعتلالات العامة والبدانة وعوز الدرقية وأمراض أخرى مثل الداء السكري أو التهاب الكلوة المزمن.

استقصاءات الزوجين العقيمين

التاريخ المرضي من الزوجة:

- العمر والوظيفة وطول مدة الزواج وموانع الحمل المستخدمة أو تجنبات الحمل والنشاط الجنسي السابق.
- سير الأحمال السابقة بما في ذلك الإجهاض.
- سيرة الطمث: تاريخ بدايته والدورة ومدة التدفق الطمثي وعسر الطمث، ألم التبويض والتغيرات الحديثة في الدورة.
- وجود إفرازات وخصائص هذه الإفرازات وكميتها وسواء يصاحب ذلك إثارة أو تقرح.
- الأمراض السابقة خصوصاً الدرن، وحدوث ذات الجنب أو الأمراض الخطيرة الأخرى.
- الجراحات السابقة خصوصاً البطن والجراحات المهبلية.
- تكرار الجماع ووجود أية صعوبات وعلاقة الجماع بأيام الخصوبة.
- الاستقصاءات السابقة والمعالجات التي أجريت بخصوص العقم.

فحص الزوجة:

يتم إجراء فحص عام يضم التكوين الجسماني وشواهد الاعتلالات الصماوية أو أمراض القلب والرئة.

- فحص البطن ووجود ندبات أو أورام.
- الفحص المهبلي وحالة الفرج ووضع واتجاه عنق الرحم وكذلك وضع

وحجم وحركة الرحم ووجود تضخم رحمي.

- تحسس الزوائد وتضخم وسُمك القنوات والمبيضين.
- الفحص بالمنظار المهبلي للكشف عن حالة عنق الرحم ووجود أي عيوب خلقية ونوعية إفراز عنق الرحم وعلاقته بوقت الدورة الطمثية.

السيرة من الزوج:

- العمر والوظيفة وهل تتطلب التغيب عن المنزل وطول مدة الزواج وطول مدة العقم.
- الزواج السابق والأبوة لأية ذرية.
- سيرة النكاف (Mumps) مع إلتهاب خصوي (Orchitis) وتاريخ أية إصابات بالأعضاء التناسلية أو جراحات لفتق أو قيلة دوالية وظهور أي مرض هزالي حديث.

فحص الزوج:

- للبنية الجسمانية عامة وفحص طبي عام، فحص الأعضاء التناسلية ووجود مبال سفلي (Hypospadias).
- جس الخصيتين وتحديد حجمهما وقوامهما وعلاقة حجمها بالنماذج المثالية المحددة من قبل منظمة الصحة العالمية.

الإستقصاءات الخاصة:

إختبار بعد الجماع (Post-coital Test):

ويتم ذلك في خلال يوم من التبويض إذ يتم توجيه الزوجين لعمل جماع في خلال اثنتي عشرة ساعة قبل إجراء الاختبار ويجب على الزوجة عدم الاستحمام خلال هذه الفترة، يتم سحب مخاط عنق الرحم تحت الرؤية المباشرة وذلك من قناة عنق الرحم ويتم فحصه تحت المجهر لوجود أكثر من خمسة أنطاف نشطة متحركة

في مجال التكبير العالي.

وقد يعني انعدام الأنطاف وجود قصور في الزوج أو صعوبة آلية في الجماع أو نقص بإفرازات عنق الرحم، وقد تدل الأنطاف عديمة الحركة على عداء مخاط عنق الرحم أو أن الاختبار تأخر بعد الجماع أو سوء توقيت إجراء الاختبارات ولم يتم إجراءها عند وقت الجماع.

ويدل وجود الكريات البيضاء على وجود التهاب بالبروستاتا أو الحوصلات المنوية، أو خمج بعنق الرحم.

التحليل المنوي:

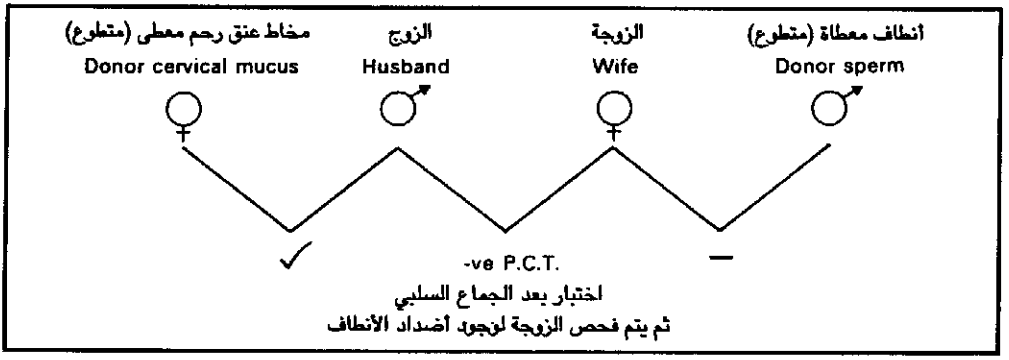
وأفضل تحليل منوي يتم عمله على عينة استمناء يدوي (Masturbation) على أن يتم الفحص في خلال ساعتين من الحصول على العينة.

ويتضمن التحليل حجم السائل المنوي وعدد الأنطاف بكل ملليلتر والعدد الكلي للأنطاف المعيبة ولحركة الأنطاف أهمية إذ أن الأنطاف القادرة على التلقيح هي الأنطاف ذات الحركة المستقيمة الخاطفة ويجب أن تكون 20 مليون نطفة على الأقل مع عدد كلي لا يقل عن 100 مليون ويجب أن لا يتعدى عدد الأنطاف المعيبة 20٪ ولا يجب الاعتماد على عد الأنطاف لمرة واحدة فقط. وفي حالات اللانطفية يجب البحث عن السبب إذ قد يكون نتيجة قصور القندية الأولي عندما يكون مستوى الهرمون موجه القند مرتفعاً، أو قصور القندية الثانوي عند انخفاض مستوى الهرمون موجه القند وفي الحالة الأخيرة قد يكون هناك فرط إفراز البرولاكتين الناتج غالباً عن ورم بالنخامية ولكن من الممكن أن يكون نتيجة استجابة للبروموكريبتين، اما المسببات الأخرى للانطفية فقد تكون نتيجة انعدام الأوعية الناقلة أو انسداد البربخ.

أضداد الأنطاف (Sperm Antibodies):

قد يستخدم اختبار تلامس مخاط عنق الرحم (Cervical Mucus Contact Test) للكشف عن أضداد الأنطاف فيتم مزج مخاط عنق الرحم النقي مع الأنطاف على شريحة زجاجية ويتم فحصها تحت المجهر وتظهر في حالات عداء الأنطاف

ظاهرة «الارتجـاف» أو تراص الرأس إلى الرأس أو الذيل إلى الذيل وقـد يوضـح اختبار عداء الأنطاف التبادلي (Cross Hostility Test) باستخدام مني معطى (متطوع) ومخـاط عنق رحم مـعطى (مـتطوع) إذا كـان الزوج أو الزوجـة يكوّنان أضداداً كافية أم لا (انظر شكل 29)، ويمكن الكشف عن وجود الأضداد مبكراً في المصل الطرفي.



شكل 29
الأضداد (Antibodies)

لوحة الحرارة القاعدية (Basal Temperature Chart):

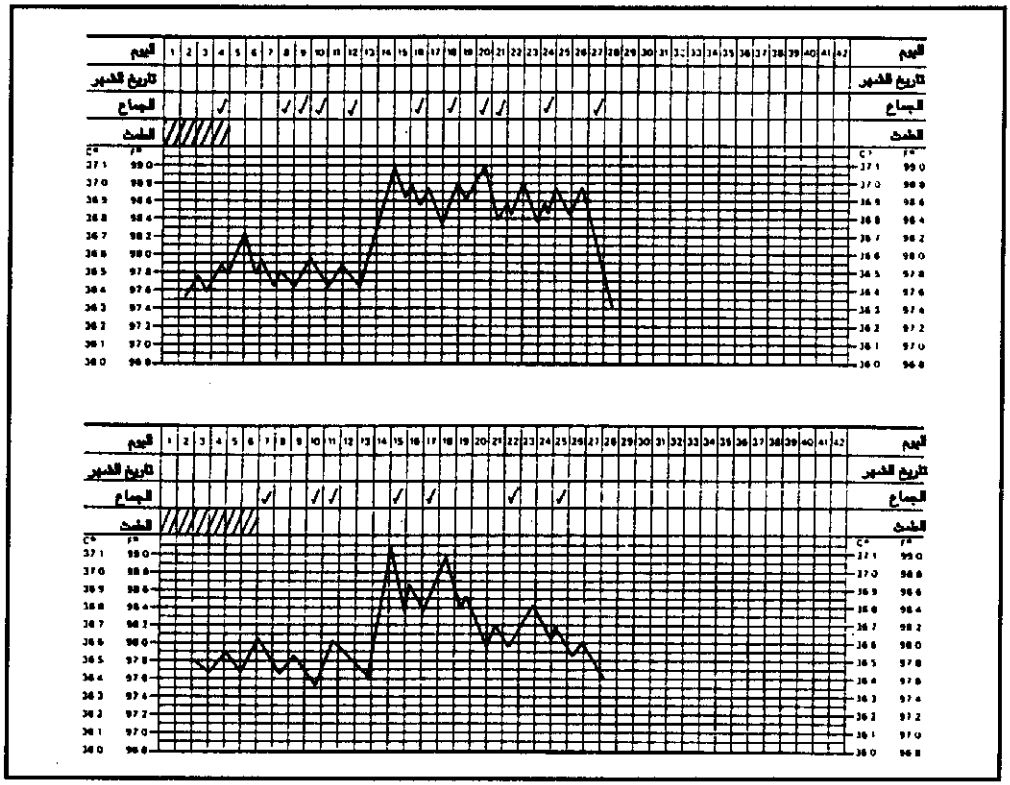
يجب أن تحتفظ الزوجة بلوحة توضح درجة حرارتها القاعدية لمدة تصل إلى 3 شهور ويفضل قياس درجة الحرارة في الصباح قبل مغادرة الفراش وللوحة البيانية علاقة بالتبويض عندما يكون التبويض منتظماً (انظر شكل 30) ولكن علاقة الحرارة بالتبويض تكون أقل وضوحاً عندما يكون التبويض غير منتظم.

فحص البطانة الرحمية:

ويمكن الحصول عليها بخزعة البطانة الرحمية القابرا (Vabra endometial Biopsy) أو بالكشط الكامل ويبدو أن توسيع عنق الرحم قد يساعد في بعض الحالات كما يساعد الكشط على الفحص الكامل للبطانة الرحمية واستبعاد وجود أية سليلة.

ويجب أن يتم فحص البطانة الرحمية أثناء المرحلة قبل الطمثية من الدورة ويجب أن يتم فحص البطانة الرحمية أثناء المرحلة قبل الطمثية من الدورة ويجب أن

يوضح الفحص النسيجي وجود تغيرات إفرازية مع دلائل على التبويض، ويتم استبعاد الدرن بالفحص النسيجي وعمل مزرعة.



شكل 30

درجة حرارة الجسم القاعدية

اختبار انفتاح القنوات (Tubal Patency Test):

يمكن اختبار انفتاح القنوات تحت الرؤية المباشرة باستخدام منظار جوف البطن يتم إدخال منظار جوف البطن بعد عمل استرواح صفاقي بثاني أكسيد الكربون لمعاينة الرحم والقنوات والمبيضين بعناية، ويتم زرق محلول الميثيلين الأزرق بواسطة قُنى بعنق الرحم وبالحظ مرور الصبغ وعندما تكون القنوات مفتوحة تتدفق الصبغة خارجة من النهاية المخملية للقناة إلى جيب «دوجلاس»، ويمكن تحديد انسداد القنوات وكذلك وجود التصاقات، كما يمكن مشاهدة موه القناة حين امتلائها بالصبغة، وقد يلي اختبار انفتاح القنوات عمل كشط للحصول على عينة من البطانة الرحمية.

وقد يتم عمل تصوير للرحم والقنوات لتقييم وتحديد مكان ودرجة الانسداد بالقنوات ولتوضيح أي تشوهات خلقية بتجويف الرحم خصوصاً أنها قد لا تظهر من خلال منظار جوف البطن.

وقلما يستخدم الآن اختبار نفخ ثاني أكسيد الكربون لانفتاح القنوات نظراً لمخاطر الانصمام وخمج الحوض الذي قد يلي ذلك.

علاج العقم

من المؤكد أن الزوجين الذين يبحثان عن النصح الطبي للعقم يكونان قلقين ويوليان هذه الشكوى اهتماماً كبيراً وبالتالي تجب مساعدتهما حتى عندما تكون فترة العقم قصيرة نسبياً، وقد تتطلب الاستقصاءات الكاملة ما يقرب من ستة أشهر ولذا فلا يجب التعجل فيها.

حوالي 25 إلى 30٪ من النساء اللاتي يلجأن إلى النصح الطبي للعقم يحملن أثناء إجراء الاستقصاءات والعلاج وهناك عدة طرق للعلاج أثبتت نجاحها وذلك طبقاً للحالة الموجودة.

إصلاح صعوبات الجماع:

تجب إزالة أو توسيع غشاء البكارة السليم وقد يتطلب العجان المشدود بَضعه، ورغم أن وجود الحاجر المهبلي (Vaginal Septum) سواء كان مستعرضاً أم طولياً قد يسبب صعوبة قليلة إلا أنه من الواجب إزالته ويمكن تدريب المرأة على استخدام الموسعات المهبلية لتستعيد الثقة كما قد تساعد أيضاً المزلقات الجراحية (Surgical Lubricants) في تسهيل الجماع.

أساليب تحسين إفرازات عنق الرحم:

عندما تكون إفرازات عنق الرحم قليلة أو مفرطة اللزوجة قد يؤدي تناول الإستروجين خلال الأيام العشرة الأولى من الدورة إلى تحسن الحالة فيتم إعطاء 0.01 إلى 0.02 مجم إثينيل الإستراديول لمدة 10 أيام ابتداء من اليوم الأول من

الدورة، ولا يجب أن تزيد الجرعة عن ذلك خوفاً من حدوث نزيف انسحابي (With-drawal Bleeding) وتثبيط التبويض ويجب على الزوجين تكرار الجماع طبقاً لرغبتهما من اليوم 12 حتى اليوم 19.

ويجب علاج أي تآكل خمجي بعنق الرحم بالكي الكهربي أو الجراحة بالتبريد.

عداد النطفة وعنق الرحم:

بالرغم من أن التبويض وتكوين الأنطاف يكون طبيعياً فقد يتضح وجود أضداد بالزوج والزوجة ويمكن استخدام الستيرويدات في بعض الحالات.

آفات جسم الرحم:

غالباً ما تنجح إزالة السليلات الرحمية عند الكشط.

- يجب استئصال الليفومات.
- يتم إصلاح الانقلاب الخلفي للرحم بالتثبيت الأمامي عند عدم ظهور مسبب آخر للعقم.
- قد يوضح منظار جوف البطن والاستكشاف الجراحي حالات أخرى مثل انتباذ البطانة الرحمية والالتصاقات حول القنوات.

آفات القنوات:

يمكن عمل جراحات لاستعادة انفتاح القنوات ووظيفتها في حالات تلف القنوات بالخمج وتتضمن هذه الجراحات فغر البوق عند انسداد النهاية البطنية وغرس القناة عند انسداد البرزخ إذ يتم قطع القناة وإعادة غرسها بالرحم وتحديد البوق عند قطع الالتصاقات حول القناة.

والنتائج مخيبة للآمال إذ رغم أن انفتاح القنوات يتم استعادته بسهولة إلا أن القناة تكون صلبة بدرجة تعوق التمعج وقد يؤدي الخمج إلى تكون التصاقات تثبتها

بالأعضاء المحيطة بها وبالتالي فإن النهاية المخملية لا تستطيع الحركة بطلاقة على سطح المبيض لتلتقط البويضات (الخلايا المبيضية).

وقد تصبح القنوات بعد الجراحة قصيرة بحيث تمر البويضة الملقحة عبر القناة خلال فترة زمنية قصيرة وغير كافية لاستعداد البطانة الرحمية حتى تستقبل البويضة الملقحة. ولذا فإن نتائج رأب البوق بعد الخمج تتراوح نسبة نجاحها بين 20 و40٪ وأفضل النتائج تأتي بعد إعادة التفاغر بعد عمليات التعقيم حيث أن تقارير الجراحين تشير إلى معدل نجاح يتراوح بين 30 و50 ٪ ويمكن تحسين النتائج بدرجة كبيرة ورفع نسبة النجاح إلى 75٪ باستخدام الجراحة المجهرية في بعض المراكز العلمية.

وبالرغم من النتائج غير المشجعة فإن بعض النسوة تجرى لهن هذه الجراحات رغم ضعف الأمل في حدوث الحمل.

آفات المبيضين:

نظراً لأن التبويض هو أحد الأسس الهامة بالنسبة للخصوبة فلابد من التأكد من حدوثه ويمكن التأكد من ذلك عن طريق الاحتفاظ بلوحة درجة حرارة الجسم القاعدية أو الحصول على بطانة رحمية إفرازية بالكشط أو بخزعة من البطانة الرحمية وقد يوضح قياس بروجستيرون المصل أثناء مرحلة الاصفرار (التلوتن) من الدورة قصوراً شديداً مما يدل على عدم حدوث التبويض.

ويتطلب انعدام التبويض إجراء المزيد من الاستقصاءات مثل قياس المستويات الهرمونية بالدم فيمكن قياس مستويات هرمون حث الجريبة والهرمون الملوطن والإستراديول والبرولاكتين على فترات أسبوعية ويستخدم منظار جوف البطن في الكشف عن ضمور المبيضين أو تعدد كيسات المبيضين مثل متلازمة تكيسات المبيض أو انتباذ البطانة الرحمية وكل هذه الحالات تتطلب العلاج المناسب، وإذا تم عمل منظار جوف البطن أثناء مرحلة التلوتن فمن المتوقع مشاهدة الجسم الأصفر إذا حدث تبويض، وقد يتم أخذ خزعة من المبيض بواسطة منظار جوف البطن وعند ارتفاع مستوى البرولاكتين لأكثر من مرة يجب عمل صورة مقطعية أو أشعة مقطعية لاستبعاد ورم النخامية ويمكن معالجة فرط البرولاكتين باستخدام البروموكريبتين (بارلوديل) 2.5 ملجم يومياً لمدة ثلاثة أيام ثم 2.5 ملجم مرتين يومياً لمدة تتراوح بين ثلاثة وستة شهور أو لأطول من ذلك.

وقد توضح حالات الإخفاق المبيضي الأولي أو الثانوي مستويات مرتفعة من هرمون حث الجريبة ومستويات منخفضة من الإستروجين وفي هذه الحالات يستحيل تحريض التبويض ولكن يجب إعطاء المريضة الإستروجين الإحلالي إذا ما أرادت ذلك.

ويمكن معالجة حالات إخفاق التبويض مع انخفاض مستوى هرمون حث الجريبة والهرمون الملوتن بإستخدام موجهات القند ويمكن استخراجه من بول النساء في اليأس.

وتضم موجهات القند الآدمية اليأسية (Human Meuopausal Gon-adotrophins) موجهات القند ذات نسب مرتفعة من هرمون حث الجريبة (FSH) وهو أقوى المستحضرات وهو يباع تحت اسم بيرجونال (Pergonal).

وتعتبر موجهات القند الآدمية اليأسية أكثر المستحضرات المستخدمة ولكن يجب إعطاءها بحرص وعناية خوفاً من فرط الحث الذي قد يؤدي إلى تعدد التبويض وبالتالي لتعدد الحمل. وتستخدم موجهات القند في بعض المراكز المتخصصة حيث يمكن المناظرة بقياسات الإستروجين ويتم الحصول على النتائج في خلال نفس اليوم وتعكس مستويات الإستروجين بالمصل تأثير موجهات القند على المبيض.

تعطى 150 وحدة دولية من موجهات القند لمدة يومين اعتباراً من اليوم الثامن للدورة ويتم زيادة الجرعة يومياً خلال النصف الأول من الدورة طبقاً لمستويات الإستروجين كل يوم وفحص الموجات فوق الصوتية للمبيض الذي يوضح عدد وحجم الجريبات التي تنمو لتصل لمرحلة التبويض، وعندما تكون الإستجابة كافية يتم زرق موجهة القند المشيمائية الآدمية (HCG) والتي تماثل عمل الهرمون الملوتن (LH).

وبمجرد التوصل إلى نمط مقنع من الجرعات خلال دورة واحدة يمكن تكرار ذلك في دورات أخرى حتى ستة دورات من العالج حتى يتحقق الحمل.

وقد يلزم أحياناً استخدام هرمون إطلاق الهرمون الملوتن (LHRH) لحث إنتاج الهرمون الملوتن من الفص الأمامي للغدة النخامية ويتم ذلك بالزرق الوريدي، أما في المرضى خارج المستشفى فيتم ذلك بسهولة عن طريق استخدام مضخة نقالة يتم ارتدائها حول الخصر أو تحمل على الكتف وتضخ نفخات من LHRH إلى الدوران، ويمكن علاج حالات الإخفاق المبيضي ذات المستويات المتدنية من هرموني FSH وLH وبمستوى طبيعي للإستروجين باستخدام عقار سترات الكلوميفين

(كلوميد وسيروفين) بجرعة تصل إلى 50 ملجم يومياً لمدة 5 أيام اعتباراً من اليوم الثالث من الطمث ويجب توفر لوحة درجة الحرارة القاعدية للاستدلال على التبويض أو قياس المستويات الهرمونية، ويجب تكرار العلاج بشرط حدوث الطمث والتأكد من عدم حمل المرأة، وفي حالة فشل الدورة العلاجية الأولى يمكن إجراء دورات أخرى باستخدام 100 ملجم يومياً ثم العلاج باستخدام 200 ملجم يومياً لدورات ثلاث تالية، ويجب فحص المرأة بانتظام تحسباً لحدوث فرط حث المبيضين، وعموماً فإنه ليس من الحكمة الاستمرار لأكثر من ستة أو سبعة أشهر ولكن بعض النسوة يحملن بعد توقف العلاج، كما استخدم الكلوميفين أيضاً مع HCG لحالات قصور مرحلة التلوتن ولقد أوصى البعض باستخدام كل من: تاموكسيفين (نولڤادكس) 10 ملجم مرتان يومياً لمدة أربعة أيام اعتباراً من اليوم الثاني من الدورة وسيكلوفينيل (ريهيبين) 100 ملجم مرتان يومياً لمدة عشرة أيام اعتباراً من اليوم الأول من الطمث وذلك لعلاج انعدام التبويض رغم أنه اتضح أن كلاهما ليس أفضل من الكلوميفين بالنسبة لهذا الغرض.

علاج العقم الذكري

عندما يتضح وجود عوامل تؤثر في العقم بالذكر يتم علاج ذلك على مرحلتين:

1 ـ معالجات أقل تدخلاً (Less Invasive Treatment).
2 ـ معالجات أكثر تخصصية.

المرحلة الأولى:

يجب أن تستمر المرحلة الأولى لمدة ثلاثة شهور، وخلال هذه الفترة يجب فحص عينتين أخرتين للتوصل إلى أفضل عدد من الأنطاف.

وفي هذا الوقت قد يلزم إجراء بعض التعديل في أسلوب حياة الرجل فمثلاً يؤدي فرط الإجهاد وفرط التدخين وتناول الكحوليات إلى انخفاض عدد الأنطاف، ويؤدي كل من الداء السكري غير المحكوم وفرط ضغط الدم والبدانة إلى قلة الخصوبة، وعند ارتفاع درجة حرارة الصفن فمن الحكمة ارتداء سروال قصير مثل

سراويل الملاكمين حتى يسمح بتدلي الخصيتين في جو أقل حرارة.

ويتطلب توقيت الجماع بعض التوضيح حتى يستطيع الرجل إنتاج أفضل مني في وقت التبويض.

ويمكن علاج أية قيلة دوالية تسبب ارتفاع درجة حرارة الصفن بالربط وغالباً ما يتحصن عدد الأنطاف في ثلاثة أرباع الرجال الذين يعالج بهم القيلة الدوالية.

المرحلة الثانية:

تعتمد العلاجات التخصصية على نتائج الإستقصاءات، ويتطلب انخفاض عدد الأنطاف مع إنخفاض مستوى FSH والتستوستيرون العلاج بهرمونات الحث كما سيتضح لاحقاً.

وفي حالة عدم وجود عوز هرموني فلا يحبذ العلاج الهرموني ولكن من الواضح أن الكلوميفين (25 ملجم يومياً لمدة 25 يوم) قد يفيد حتى في وجود مستويات طبيعية لـ FSH، ورغم أن التستوستيرون (200 ملجم أسبوعياً لمدة 20 أسبوعاً) قد يثبط عملية الإنطاف مؤقتاً إلا أنه عند التوقف تحدث زيادة ارتدادية في مستويات الإنطاف، وقد تستخدم الأندروجينات الأخرى بجرعات علاجية أقل ولكنها ذات فائدة محدودة، ورغم أن نقص البرولاكتينيمية نادرة في أغلب الذكور فيجب استخدام البروموكربتين في حالة وجوده.

وقد يصاحب تأخر الخصوبة أحياناً زيادة نسبة حدوث التهاب البروستاتا المزمن، وقد يساعد العلاج بجرعة منخفضة من المضاد الحيوي لفترة طويلة في إزالة هذا السبب الكامن (مثل الإرثروميسين 250 ملجم).

ويجب فحص أضداد الإنطاف في بلازما الذكر وعند وجودها يمكن علاجها بالتثبيط المناعي باستخدام الكورتيزول ولكن الجدير بالذكر أن هذا العلاج له تأثيرات جانبية كبيرة خصوصاً على الجهاز الهضمي والهيكل العظمي، وقد تم وصف أسلوب غسل الأنطاف (Sperm Washing) ولكن بنتائج مختلفة يتم جرف وغسل الأنطاف المقذوفة في محلول ملحي متعادل الفوسفات وتعليقه (Re-suspended) للتمنية الصناعية (Artificial Insemination). ويهدف ذلك إلى إزالة الأضداد من على سطح الأنطاف.

وبوجه عام فإن تدابير العوامل الذكرية للعقم غير مبشرة ويتراوح معدل النجاح فيها بين 20 و 40٪.

التمنية الصناعية:

تستخدم التمنية الصناعية من الزوج (A.I.H) في الحالات التي تشكل فيها العنانة والقذف المبكر صعوبات، كما تستخدم كذلك في حالات قلة الأنطاف، ويمكن تدريب المرأة على عمل التمنية باستخدام قلنسوة عنق الرحم أو زراقة، وفي بعض الحالات التي يكون الزوج فيها عقيماً قد يوضع في الاعتبار التمنية الصناعية بمني متبرع (Donor Insemination) وذلك بواسطة الطبيب ويجب أن يتم بعد استشارة الزوجين (لا يجب اتباع هذا الأسلوب إذ أنه يتنافى مع الشريعة الإسلامية ويؤدي إلى خلط الأنساب «المترجم»).

المتبرعون:

يجب توفر الإمكانيات لجمع بنك للأنطاف بعينات من المتبرعين الشباب الذين ثبتت خصوبتهم، ويجب توفر نوعيات كافية من المتبرعين لاختيار الصفات المطلوبة من طول ولون الشعر والجنس التي يتم تسجيلها على مني معطى.

العينات:

يتم الحصول على العينات بالاستنماء اليدوي وتقسم غالباً إلى عينات في أنابيب حجمها حوالي 0.5 مل بحيث أن متوسط المتبرع يملأ ستة إلى عشرة أنابيب عند كل قذف ويتم تخزين هذه الأنابيب في النيتروجين السائل بعناية ويتم فحص هذه العينات كل عامين للتأكد من سلامتها.

مني المتبرع والأيدز:

حتى وقت قريب كان المني الطازج المستخدج من متبرع هو الأفضل نسبياً لتحقيق الحمل، وإحدى المشاكل الكبرى للتمنية الصناعية في الوقت الحاضر هي

خطورة التلوث بالأيدز وبالتالي فإن كل وحدات التمنية الصناعية تقوم حالياً بفحص متبرعيها لوجود أضداد فيروس عوز المناعة الآدمي عند وقت الحصول على العينات.

وبعد ذلك يتم تجميد العينات وتتم إعادة فحص المتبرع بعد ثلاثة شهور لاكتشاف حضانته للأيدز وقت تقديمه للعينة، فإذا كان الاختبار الثاني سلبياً يمكن استخدام العينة في التمنية ولكن نسبة حدوث الحمل تكون أقل من نسبته عند استخدام مني طازج.

الطريقة:

تستلقي المرأة في وضع الفحص ويتم إدخال منظار المهبل لكشف عنق الرحم وتتم التمنية غالباً إلى القناة العنقية بمنى تم فك تجميده حديثاً ولا يستخدم أكثر من 0.5 مل من المني حتى لا يحدث ألم نتيجة امتلاء القناة بكمية أكثر من ذلك.

كشف المتبرع (Disclosure of Donor):

هناك العديد من التغيرات التي تحدث بالمجتمع والتي تتطلب حرية أكثر في الحصول على معلومات وأحد هذه التغيرات التي قد تحدث في المستقبل هو رغبة الأطفال الناتجين عن الحمل بمني متبرع في التعرف على المتبرع وإذا ما سمح بذلك فإنه من الواجب الحصول على موافقة المتبرع على ذلك قبل إعطاء أول عينة منوية وبالتالي فمن الأفضل التكتم والاحتفاظ بالمعلومات عن المتبرع أو المُستقبل بصورة منفصلة ولكن مع إمكانية التوصل إليها.

التبني:

ويتم اللجوء إليه في حالات العقم المطلق رغم الافتقار في عدد الرضع المتاحين للتبني.

الإخصاب الصناعي (أطفال الأنابيب)
In vitro Fertilization

لقد ازداد استخدام طرق الإخصاب الصناعي بدرجة كبيرة في العقد الأخير مما أدي إلى ولادة ما يقرب من 2000 طفل بالعالم نتيجة لذلك. ويمكن اعتبار الإخصاب الصناعي أحد أساليب التصرف في حالات العقم خصوصاً فيمن بهم صعوبة في نقل الأنطاف أوالبويضة عبر قناتي «فالوب» نتيجة لتلف بها أو إنعدامها.

دواعي إجراء الإخصاب الصناعي:

مرض أو انعدام	٪ 70-50
انتباذ البطانة الرحمية	٪ 15-70
عيوب تكوين الأنطاف	٪ 20- 5
أضداد الأنطاف	٪ 5- 1
عقم ذاتي (Idiopathic)	٪ 15- 3
مني متطوع فاشل	٪ 5- 1

وغالباً ما يتم انتقاء المريضات من ذوات الأعمار الأقل من 40 عاماً وذوات علاقات ثابتة ويجب أن يكن بحالة سليمة طبياً ونفسياً وأن يكون رحم المرأة طبيعياً.

الأسلوب:

لإتمام هذه العملية من المهم التقاط البويضات ويمكن حث الدورة المبيضية في العديد من النسوة باستخدام موجهات القند قبل وقت التبويض كما يعطي أيضا LH لحث التبويض ويمكن مناطرة ذلك باستخدام ماسح فائق الصوت يومياً عندما يمكن قياس حجم الجريبة ويجب أن يصل حجم الجريبة إلى 20 مم في القطر لامكانية التقاط البويضة ويمكن إجراء ذلك من خلال منظار جوف البطن حيث يسهل التقاط عدة بويضات بنفس الطريقة والبديل هو شفط البويضة من خلال المثانة تحت رقابة ماسح فائق الصوت في البداية يتم مزج البويضات على طبق مسطح به وسط خاص مع مني مخفف مستخرج من الزوج بالاستمناء اليدوي، ويتم الإخصاب خارجياً وتحت ظروف محكمة من الحرارة والغازات الجوية، ويسمح للبيضة بالنمو

إلى مرحلة الخليتين أو الأربع خلايا وأحياناً إلى مرحلة الثماني خلايا ثم يتم إدخالها إلى رحم المرأة باستخدام قُنى دقيق بشكل لا يسبب أية إصابة.

النتائج:

تصل معدلات النجاح في مراكز الإخصاب الصناعي (IVF) إلى حوالي 20٪ من البويضات الملتقطة ويجب الحكم على نجاح العملية طبقاً لعدد المواليد الأحياء وليس طبقاً لانغراس البويضة المخصبة (الحمل الكيمائي الحيوي Bio-chemical Pregnancy بارتفاع مستويات موجهة القُند المشيمائية الآدمية).

الطرق الصناعية الأخرى:

يعتبر نمو البويضة خلال أول 40 ساعة بخارج الجسم أصعب خطوات الإخصاب الصناعي وقد استخدمت أساليب عدة للتغلب على ذلك فمثلاً عندما تكون القناتين مفتوحتين وفشلت الطرق المألوفة يمكن نقل الأنطاف بداخل قناتي «فالوب» (Gamete Intra-Falopian Transfer, GIFT) ويتم التقاط البويضة بنفس الطريقة السابقة، يمرر مني الزوج المخفف بواسطة منظار جوف البطن إلى قناة «فالوب» ثم يتم وضع بويضة أو اثنتين في نفس القناة، وقد تستغرق العملية حوالي نصف الساعة وبالتالي لا توجد مرحلة خارج الجسم في هذه الطريقة، وقد تماثلت نسبة نجاح هذه الطريقة لنسب نجاح الطرق المألوفة.

****

الفصل الثامن عشر

تقصي سرطان عنق الرحم

Screening for Cervical Cancer

يعتبر سرطان عنق الرحم من الأمراض الممكن تجنبها إذ توجد دائماً مرحلة سابقة للخبث أو الأدن (Dysplasia). ويعد عنق الرحم من الأعضاء السهلة الوصول إليها. لذا فمن الممكن الحصول بسهولة على خلايا من عنق الرحم وفحصها في المراحل السابقة للخبث وتصبح المشكلة هي التوصل لعامة النسوة اللاتي يتعرضن لحدوث سرطان بعنق الرحم حتى يمكن عمل مسح شامل.

مسح عنق الرحم في الوقت الحاضر

يهدف المسح بالمملكة المتحدة إلى فحص كل النسوة اللاتي يتعرضن لهذه الخطورة وذلك اعتباراً من خلال خمسة أعوام منذ بداية النشاط الجنسي (20-25) وحتى عمر 65 عاماً إذ أنه بعد هذا العمر يندر تكوّن سابقة الخبث.

ولا تعمل خدمة المسح لسرطان عنق الرحم بكفاءة رغم أنها لازالت تستدعي النسوة في فترات متساوية وذلك غالباً لاحتمال نمو بعض السرطانات بسرعة كبيرة ولكن عمل مسحة من عنق الرحم كل ثلاثة أعوام غالباً ما يؤدي إلى التقاط العلامات المرضية المنذرة ونتيجة إجراء المسحات كل ثلاثة أعوام فقد أمكن اكتشاف 91٪ من الحالات السابقة للخبث.

وقد أدت زيادة تردد المسح ليصبح سنوياً إلى رفع نسبة الحالات المكتشفة إلى 93٪ فقط أي أن كل هذا الجهد أدى إلى تحسن في المسح بنسبة 2٪ فقط.

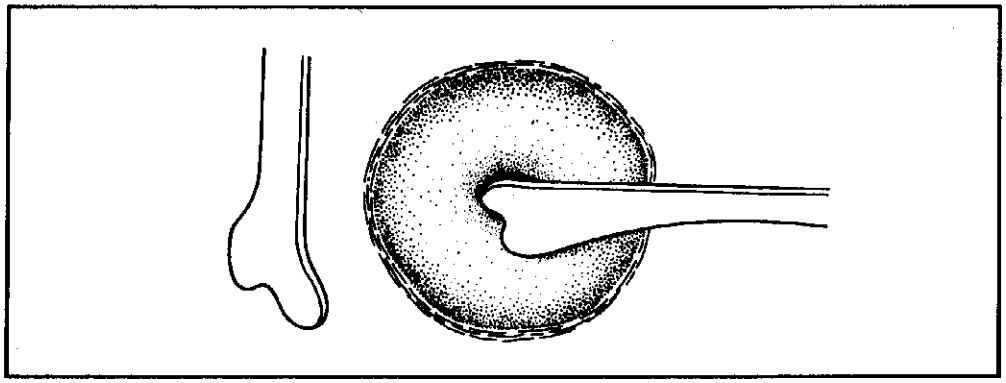
وتقدم اختبارات المسحة في أغلب الأماكن حيث تحضر المرأة للفحص الولادي أو النسوي ولذلك يمكن إجراءها في مراكز الجراحات البسيطة التي يقوم بها الممارس العام والعناية قبل الولادة وتنظيم الأسرة والعيادات المتخصصة.

ونظراً لأن متوسط عمر المجموعة التي بها الحالات السابقة للخبث يكون أكبر قليلاً من عمر مجموعة التناسل فإن أفضل مكان لعمل اختبار المسحة هو مركز الجراحات البسيطة التي يقوم بها الممارس العام حيث يتوفر نظام جيد للتسجيل وإمكانية الاستدعاء وغالباً ما يضم هذا النظام جهاز تسجيلي مبرمج يضم العمر والجنس وطرق التوصل إلى المريضات، كما يجب أن يتوفر نظام يؤكد وصول النتائج إلى المرأة بدقة ويسر وهذا يتطلب توفر ممارسين عامين متحمسين.

أخذ العينة:

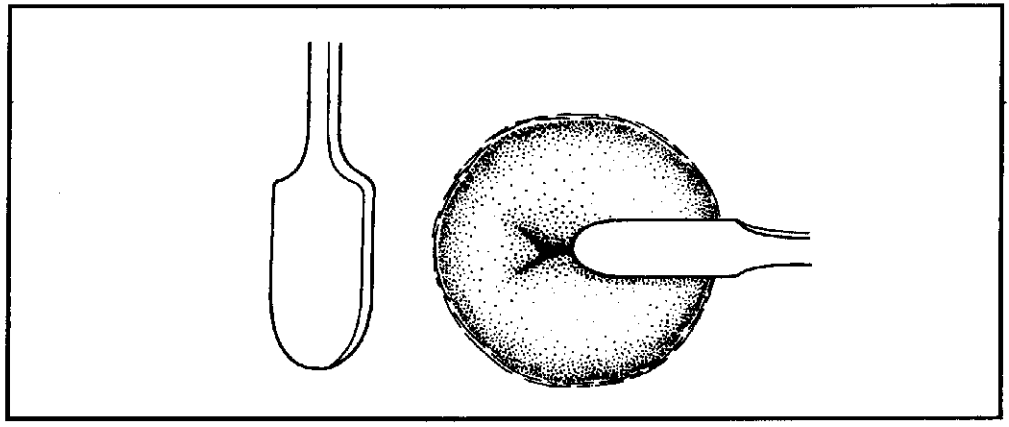
يمكن أخذ العينة بواسطة أي شخص قادر على عمل الفحص المهبلي ولذلك يمكن عمل ذلك بواسطة طبيب المستشفى أو الممارس العام أو طبيب الوحدة الصحية أو الممرضة المدربة.

بعد تبادل الحديث تستلقي المرأة على المضجع ويمرر منظار مهبلي دافيء إلى المهبل لكشف عنق الرحم، ،هناك جدل كبير حول ضرورة التقييم المهبلي الإصبعي قبل تمرير المنظار للتأكد من حسن إختيار حجم المنظار، ولكن من المحتمل أن المنظار ذو الحجم المتوسط سيكون مناسباً لأغلب النسوة اللاتي تمارسن الجماع (أي أغلب اللاتي يحضرن لعمل مسحة عنق الرحم)، وإذا ما تم عمل فحص إصبعي قبل تمرير المنظار فإن ذلك يطمئن المرأة لأن الإصبع يكون أصغر وأكثر ليونة عن المنظار ولكن يجب الحرص بعد لمس الإصبع لعنق الرحم حتى لا تزول الخلايا السطحية التي تظهر في المسحة، وعندما يتم كشف عنق الرحم تستخدم ملوَق (Spatula) لكشط كل الإتصال الحرشفي العمودي، وإذا كانت الفوهة الخارجية منتظمة يمكن تمرير النهاية المدببة لملوق «آير» (Ayre) إلى القناة وإدارتها 360° درجة (شكل 31)، أما إذا كانت فوهة عنق الرحم غير منتظمة أو متسعة فيجب استخدام النهاية غير الحادة من الملوق (شكل 32)، ورغم تطوير الملاوق الجديدة كل عام إلا أن ملوق «آير» الخشبي البسيط هو الأكثر إستخداماً، ويجب مسح المادة التي استخرجت على قمة الملوق بسرعة على شريحة زجاجية نظيفة ثم تثبيتها فوراً ومن المهم أن يستخدم المثبت بسرعة تجنباً لجفاف الخلايا في الجو، ويجب كتابة اسم المريضة ورقمها على الشريحة قبل فرد المسحة عليها حتى توضع الشريحة في المثبت أو يتم تثبيتها بالرذاذ بسرعة. ومن مزايا مزيج الكحول/ الإثير سرعة الجفاف مثبتاً الخلايا والأنوية فيمكن حفظ الشريحة بعد ذلك حتى وصولها إلى المختبر بالبريد أو بمخصوص.



شكل 31

أخذ مسحة من عنق رحمي عديم الولادة ويتضح شكل نهاية ملوق «آير»



شكل 32

أخذ عينة من عنق رحمي ولود وتتضح بالشكل النهاية الدائرية لملوق «آير»

لابد أن تتوفر لدى إخصائي الأمراض الخلوية بعض المعلومات عن المرأة حتى يمكن تدارس الموجود بعناية فمثلاً يجب معرفة:

عمر المرأة.
وظيفة المرأة.
وظيفة الزوج.
الدورة الطمثية وموعد آخر فترة طمثية.
هل المرأة حامل؟.
أي علاج هرموني (ويضم ذلك موانع الحمل بالفم).
حالة عنق الرحم.

فحص المسحة:

من الحكمة عدم أخذ المسحة أثناء الطمث حيث تطمس كرات الدم الحمراء الخلايا الطلائية الموجودة بالمسحة، ولكن عند وجود نزيف غير منتظم من آفة بعنق الرحم فلا يمكن تجنب ذلك ويجب تدوين ذلك في الملاحظات التي ترسل لإخصائي الأمراض الخلوية.

وفي المعمل تتم صباغة المسحة وفحصها بواسطة إخصائي الخلايا وعند اكتشاف أي شيء غير طبيعي يتم عرض المسحة على إخصائي الأمراض الخلوية.

وقد تنشأ نتائج سلبية كاذبة عندما يكون بالمرأة تغيرات حقيقية سابقة الخبث في الخلايا ولكن لم يتم كشف وتحديد ذلك. ورغم أن نسبة حدوث ذلك غير معروفة بدقة ولكن من النسوة اللاتي ينمو بهن سرطان عنق الرحم تتراوح النسبة غالباً ما بين 10 و 30٪ وقد يكون ذلك نتيجة لما يلي:

- خطأ في أخذ المسحة أدى إلى إرسال عينة غير كاملة أو غير ممثلة من الخلايا إلى المعمل

- خطأ في دراسة العينة في المعمل نفسه.

أما النتائج الإيجابية الكاذبة فتظهر عندما يتقرر أن المسحة بها درجة من التغير للخبيث أكثر من الموجودة فعلياً وقد يكون ذلك نتيجة:

- خطأ معملي نتيجة خطأ دراسة تغير الخلايا.
- الخمج.
- الحمل.

وهناك مصدر للخبث بعنق الرحم لا يكتشف مرضياً (الذي ينمو بالجزء العلوي من القناة العنقية) وهذه الحالات لابد من إعادة مسحها وتحويلها لعمل تنظير مهبلي.

تدريج المسحات:

قد تم التطرق إلى التدرج النمطي لمسحات عنق الرحم في الفصل السادس (تقسيم «بابانيكولاو»):

المرحلة 1: خلايا طبيعية فقط.

المرحلة 2 : خلايا التهابية مع خلايا طبيعية.

المرحلة 3: خلايا التهابية وبعض الخلايا المثيرة للريبة.

المرحلة 4: خلايا تثير الشك في الخبث.

المرحلة 5: خلايا خبيثة.

وبالإضافة لذلك يوجد تقسيم الأورام داخل الطلائية العنقية، وهو يبدأ كتقسيم تدريجي خلوي لتقسيم الخلايا التي تظهر بالخزعة النسيجية. وقد تطور التقسيم حديثاً إلى تقسيم نسيجي لتدريج التغيير في الطلائية وكذلك الذي يوجد بالخزعة. ويستخدم بعض إخصائي الأمراض الخلوية حالياً تقسيم الأورام داخل الطلائية العنقية ويجب تسجيل التقسيم المستخدم في التقارير، وفي النهاية فإن وصف التغيرات التي تحدث في الخلايا تكون ذات قيمة أكثر من الأرقام التي تستخدم بالطرق المختلفة.

كفاءة مسح عنق الرحم:

لو كان مسح عنق الرحم كامل التأثير لتم القضاء تماماً على سرطان عنق الرحم ولكن، حوالي 2000 امرأة تموت سنوياً من هذا المرض في المملكة المتحدة مما يتطلب المزيد من العناية، وهذا وتقل نسبة الوفيات الناتجة عن سرطان عنق الرحم في البلدان الأخرى التي تولي برامج مسح عنق الرحم المكثفة عناية أكثر مما توليها المملكة المتحدة.

ولكن لا يوجد برنامج مسحي يستطيع الحصول على نجاح كامل في القضاء على المرض نظراً لما يلي:

- قد لا يكون المسح في متناول كل المعرضين للمرض.
- قد توجد نتائج سلبية كاذبة.
- قد يفقد المسح على فترات حالة سريعة التقدم المرضي.
- قد يتقرر علاج خاطيء نتيجة المسح.
- قد يكون العلاج نفسه خاطئاً نتيجة المسح.

والمسح في المملكة المتحدة ليس موحداً بل يعتمد على توفر الفرصة حيث يتم عمل المسح في الأماكن التي تحضر إليها المرأة والطريقة الوحيدة لنجاح المسح عو عمل برنامج متكامل مع أجهزة إستدعاء ومراجعة غير الحاضرين وتتضح أهمية ذلك من دراسة حديثة أجريت في أبردين أوضحت أن 90٪ من النسوة اللاتي توفين لم يحضرن لعمل أي مسحة من عنق الرحم.

وتعتبر الحالات سريعة النمو نادرة الحدوث وقد تحدث بدون شك رغم ظهور المسحة بشكل طبيعي خلال ما يقرب من عام مضى ولكن ذلك ليس دائم الحدوث.

فوائد مسح عنق الرحم:

من الواضح أن برنامج المسح سوف يخدم على المستوى الفردي وعلى مستوى المجتمع من حيث الفائدة المادية. فعلى المستوى الأول يتحقق ذلك بزيادة متوسط العمر عند النساء وتجنب التعاسة والمراضة التي تصاحب العلاج الجراحي الجذري والعلاج الإشعاعي وعلى مستوى المجتمع فإن إعطاء الأولوية لبرنامج مسح عنق الرحم يؤدي إلى توفير الأموال لتوجيهها إلى أماكن أخرى.

ويجب تقييم الفوائد المختلفة التي تعود على المجتمع من برنامج مسح عنق الرحم ويتضح ذلك من نسبة أخذ المسحات في الجدول رقم 3.

جدول رقم 3:

المدة	نسبة التقاط المسحات الموجبة	عدد المسحات الماخوذة خلال العمر تقريبا	التكلفة التقريبية للمسح (بالمليون جنيه استرليني)
كل 5 أعوام وتمتد إلى	84	10	35
كل 3 أعوام وتمتد إلى	91	17	55
كل عام	93	51	65

وأما الفوائد المادية التي تعود على المجتمع كنتيجة لنجاح برنامج مسح عنق الرحم فهي تجنب التكاليف الكبيرة التي يتكلفها علاج الحالات المتقدمة من السرطان واستفادة المجتمع من إنتاج هؤلاء الأفراد الذين تكتب لهم الحياة.

وبالإضافة لما سبق هناك كذلك فوائد نفسية لبرنامج مسح عنق الرحم:

- إدخال الطمأنينة إلى قلوب أغلب النساء اللاتي ليس بهن تغير سابق الخبث بعنق الرحم.
- إدخال الطمأنينة على القلة من النساء اللاتي بهن تغير سابق الخبث بعنق الرحم في مرحلة مبكرة جداً.
- تجنب العلاج الجذري إذا ما تم اكتشاف الحالة في مرحلة مبكرة.

وأما عيوب البرنامج فهي:

- الخوف من اكتشاف ورم سرطاني وقد يبدو هذا غير منطقي ولكنه واقعي بالنسبة لمعظم البشر.
- القلق والتوتر الناتج أثناء انتظار النتائج.
- الخوف الناتج من ظهور نتائج إيجابية خاطئة.

الإستنتاج:

يعتبر برنامج مسح عنق الرحم غير كامل الكفاءة كما يجب أن يكون في المملكة المتحدة ولتحقيق مسحة كل ثلاث أعوام لـ 20 مليون امرأة معرضة لمخاطر سرطان عنق الرحم لابد من عمل برنامج مسح آخر أكثر تنظيماً.

****

الفصل التاسع عشر

مـــوانع الحمـــل

مـوانع الحـمل هي اسـتخـدام الأسـاليب المخـتلفـة لتـجنب حـدوث الحـمل مع استمرار حدوث الجمـاع ومانع الحمل المثالي يجب أن يؤمن عدم الأذى ولا يعوق المتعة لأي من الطرفين. ويجب التمييز بين تنظيم الأسرة الذي يعتبر أمر شـخصي ويتطلب نسـبـة قليلة من الفشل من جـهـة وبين تنظيم التـعـداد السكاني القـومي أو العالمي حيث الاحتياج لسهولة الاستخدام والملائمة والرخص في السعر حتى لا يقل مستوى الأمان المقبول.

ويتم الحكم على مـسـتـوى الفشل بواسطة منسب «بيـرل» وهو عـدد النسـاء اللاتي يمارسن جـمـاعـاً منتظمـاً ويصـبـحن حوامل في خـلال عام من بين 100 زوج يستخدمون هذه الطريقة.

وسيتم التعرض لكل من التعقيم (الفصل 20) وإنهاء الحمل (الفصل 21) وهما طريقتان لتنظيم الأسرة في الفصول التالية.

ويمكن تلخيص الطرق المختلفة التي تستخدم كما يلي:

الطرق المستخدمة بواسطة الأنثى:

- حبوب منع الحمل المزوجة (الإستروجين والبروجستيرون).
- حبوب الصباح التالي (Morning after Pills).
- حبوب البروجستيرون فقط ـ الحبوب الصغيرة (Minipills).
- موانع الحمل الهرمونية بالزرق.
- موانع داخل الرحم (I.U.C.Ds).

ـ حواجز لسد عنق الرحم:

ـ الحجاب أو القلنسوة الهولندية (Dutch Cap).
ـ قلنسوة عنق الرحم.
ـ فرزجة القبو.
ـ مبيدات الأنطاف الكيميائية.
ـ الفرازج الذائبة.
ـ الكريمات.
ـ المستحضرات الرغوية.
ـ الجيلاتينات والإسفنجات الطبية.
ـ شريحة C (C. Film).
ـ التشطيف (Douching).

الطرق المستخدمة بواسطة الذكر:

ـ الغمد أو الرِفال أو الحرف الفرنسي (Condom).
ـ الانسحاب أو الجماع التحفظي (Coitus Reservatus).

الطرق المستخدمة بواسطة كلا الزوجين:

ـ جماع بدون اختراق.
ـ الامتناع المستديم أو الدوري (فترة الأمان).

حبوب منع الحمل
Oral Contraceptives

الحبوب المختلطة (Combined Pills):

يصل عدد النساء اللاتي يستخدمن الحبوب في المملكة المتحدة إلى المليون وهناك مدى شاسع للحبوب (انظر الجدولين 4 و 5)، تتكون أغلب حبوب منع الحمل من خليط من الإستروجين والبروجستيرون حيث تعطى لمدة 21 يوماً من الأيام

الثمانية والعشرين، ومن المرجح أن الحبة تثبط عملية التبويض حيث تتدخل في فعل الهرمونات المُطلقة لموجهة القُند فتعدل البطانة الرحمية وتمنع الإنغراس (Implanta-tion) كما تجعل الإفراز العنقي اكثر لزوجة وأقل استعداداً للاختراق بواسطة الأنطاف.

جدول 4 : الحبوب المختلطة:

نوع الحبوب	المستحضر	المُصنع	الإستروجين (ميكروجرام)	البروجستيرون (ملجم)
إثينيل إستراديول/ نورإيثيستيرون (Ethinyloestradiol/ Norethisterone)	لويسترون 20	بارك ـ دافيس	20	1†
	لويسترون 30	بارك ـ دافيس	30	1.5†
	بريفينور*	سينتكس	35	0.5
	أوفيسيمين*	أورثو ـ سيلاج	35	0.5
	نيوكون 35/9	أورثو ـ سيلاج	35	1
	نوريمين*	سينتكس	35	1
	مينوفلار (ED)	شيرنج	50	1†
	جينوفلار 21	شيرنج	50	3†
	أنوفلار 21	شيرنج	50	4†
إثينيل إستراديول/ ليفونورجيستريل (Ethinyloestradiol/ Levenorgestrel)	ميكروجينون 30*	شيرنج	30	0.15
	أوفرانيت	ويث	30	0.15
	أيوجينون 30	شيرنج	30	0.25
	أوفران 30	ويث	30	0.25
	أيوجينون 50	شيرنج	50	0.5 نورجستريل
	أوفران	ويث	50	0.25
ميسترانول/ نورإيثيستيرون (Mestranol/ Norethisterone)	نورينيل -1	سينتكس	50	1
	أورثو ـ نوفين 50/1	أورثو ـ سيلاج	50	1
إثينيل إستراديول/ بروجستيرونات أخرى (Ethinyloestradiol/ Other Progestogen)	مارفيلون*	أورجانون	30	0.15 (ديسوجستريل)
	كونوفا 30	جولد كروس	30	2 (أثينوديول داياسيتات)
	فيمودين	شيرنج	30	
	مينيلين	أورجانون	50	0.075 (جستودين) 2.5 (لينوإستريتول)

* مصدق عليه من رابطة تنظيم الأسرة. † على شكل نورإيثستيرون أسيتات

جدول 5: الحبوب ذات الأطوار الثنائية والثلاثية (Biphasic & Triphasic Pills)

نوع الحبوب	المستحضر	المُصنع	الإستروجين (ميكروجرام)	البروجستيرون
إثينيل إستراديول/ نورإيثيستيرون	بينوفم*	أورثو ـ سيلاج	35	0.5 (7 أقراص)
			35	1 (14 قرص)
	سينفاز	سينتكس	35	0.5 (7 أقراص)
			35	1 (9 أقراص)
			35	0.5 (5 أقراص)
	تراينوفم	أورثو ـ سيلاج	35	0.5 (7 أقراص)
			35	0.75 (7 أقراص)
			35	1 (7 أقراص)
إثينيل إستراديول/ ليفونورجيستريل	لوجينون* (ED) أيضاً*	شيرنج	30	0.05 (6 أقراص)
			40	0.075 (5 أقراص)
			30	0.125 (10 أقراص)
	تراينورديول*	ويث	30	0.05 (6 أقراص)
			40	0.075 (5 أقراص)
			30	0.125 (10 أقراص)

* مصدق عليه من رابطة تنظيم الأسرة.

المميزات:

تعتبر حبوب منع الحمل أكثر الطرق المؤثرة في تنظيم النسل بشرط اتباع التعليمات الخاصة بها وتناولها بانتظام، وليس لهذه الطريقة علاقة بتوقيت الجماع، وكثيراً ما تشفى النساء اللاتي تعانين من عسر الطمث فيقل الألم ويقل التدفق مع استخدام الحبوب كما يحدث الطمث على فترات منتظمة كل أربعة أسابيع ويرتفع مستوى هيموجلوبين الدم وتقل نسبة حدوث فقر الدم.

التاثيرات الأيضية:

قد يتقهقر تحمل السكر وقد تحدث زيادة في البروتينات الدهنية قليلة الكثافة

(LDLP) والكوليسترول والحديد المصلي والنحاس المصلي وعاملاً VII و IX لتخثر الدم والفيبرينوجين الدائر بالدم.

التاثيرات الجانبية:

يحدث احتجاز للماء وزيادة في الوزن وقد يحدث نزيف متقطع (Break-through Bleeding) أثناء الدورة الأولى وبعد ذلك إذا كانت كمية الهرمون قليلة جداً، وقد يحدث انصمام خثاري ولكن ذلك مع الجرعة الكبيرة من الإستروجين وكذلك قد يظهر تصبغ جلدي مثلما يحدث في كلف الحمل (Chloasma Gravidarum) أو حبوب الشباب وقد تصاب القليل من النسوة باكتئاب.

وهناك دلائل قليلة على أن الحبوب مسرطنة (Carcinogenic) لعنق الرحم أو الثديين وتُظهر النساء اللاتي يأخذن الحبوب نسبة حدوث أقل لسرطان المبيض والبطانة الرحمية.

موانع الاستعمال:

يعتبر الانصمام الخثاري هو أخطر المساوىء إذ قد يؤدي إلى خثار الشريان التاجي أو لإصابات وعائية مخية ولابد من تجنب استخدام الحبوب في النساء اللاتي لهن سيرة التهاب وريدي خثاري ودوالي بالساقين وأمراض بالقلب وتتزايد المخاطر في النسوة اللاتي تزيد أعمارهن عن 35 عاماً خصوصاً البدينات وشرهات التدخين كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار وجود سيرة عائلية لمرض خثاري.

وهناك خطر آخر للحبوب وهو تلف الكبد إذ لا يجب إعطاء الحبوب للنساء اللاتي يعانين من مرض بالكبد بما في ذلك التهاب كبدي خمجي والحمى الغدية، ولا يجب اعطاء الحبوب كذلك للنسوة ذوات الماضي مع سرطان الثدي.

وتكون النساء اللاتي يتناولن الحبوب أكثر تعرضاً لمخاطر الخثار والانصمام أثناء فترة النقاهة بعد إجراء الجراحات، ومن الأفضل إيقاف استخدام الحبوب لمدة ستة أسابيع على الأقل قبل إجراء الجراحات الحتمية وأن توقف الحبوب أيضاً في حالات المرض أو الحوادث التي تتطلب التثبيت وعدم الحركة.

ويجب عدم إعطاء الحبوب للنساء اللاتي يعانين من مرض الخلية المنجلية ذات الجينات SS أو SC (ولكن ليس للخلة المنجلية (Trait) أو ذات الجينات AS).

التعارض مع العقاقير (Drug Interaction):

قد تلعب بعض العقاقير دوراً في عملية امتصاص وأيض أو كفاءة حبوب منع الحمل، وتضم هذه العقاقير الفينيتوين والباربيتيوريات والعقاقير المضادة للدرن والمضادات الحيوية، وقد تلزم زيادة العوامل خافضة سكر الدم بينما يزيد تأثير الستيرويدات القشرية مع استخدام الحبوب، وقد تحتاج النساء اللاتي تعانين من الصرع وتتناولن علاجاً مضاداً له إلى مضاعفة الجرعة الطبيعية من حبوب منع الحمل لمنع نزول الدم ولتحقيق أكبر قدر من الأمان.

وصف الحبوب:

يجب التعرف بعناية على التاريخ الطبي والفحص مع التركيز على بعض النقاط مثل شراهة التدخين الذي قد يزيد من مخاطر الحبوب ويجب أن يتضمن الفحص قياس ضغط الدم ووزن الجسم ويتم فحص الثديين والقلب والبطن والكشف عن وجود دوالي بالساقين. ويتم أيضاً فحص الحوض لاستبعاد وجود بعض الحالات مثل الليفومات الرحمية التي يتعارض وجودها مع استخدام الحبوب.

وغالباً ما يعتمد الاختيار على تفضيل الطبيب لنوعية معينة إذ أن قائمة الأقراص المتوافرة طويلة وتضم العديد من الأنواع وبصفة عامة فإن الحبوب ذات 20 ميكروجرام تكون أقل تأثيراً وقليلاً ما تستخدم حالياً الحبوب ذات 50 ميكروجرام، ولذلك فإن الإختيار يقع ما بين الحبوب التي تضم 30 أو 35 ميكروجرام ليتم تناولها باستمرار أو كنوع من الحبوب ذات الأطوار الثنائية أو الثلاثية.

وتبدأ أول دورة لاستخدام الحبوب اعتباراً من اليوم الأول من الطمث ويتم تناولها لمدة 21 يوماً مع 7 أيام بدون حبوب يحدث خلالها النزف الانسحابي (Withdrawal Bleeding) هذا وقد تحدث بعض التأثيرات الجانبية مثل غثيان في الصباح وإيلام بالثديين ونزف بسيط أثناء الدورة الأولى، وقد يناسب النظام ثلاثي الدورات بعض النساء حيث يتم إعطاء حبوب ذات 35 ميكروجرام مع درجة متفاوتة من البروجستيرون وذلك لمدة 21 يوم ثم يلي ذلك 7 أيام بدون حبوب يحدث أثنائها النزف، ويلائم ذلك بعض النساء وقد يساعد من يعانين من الصداع النصفي (الشقيقة) أوالصرع وكذلك اللاتي يضطررن للسفر لفترات طويلة.

حبوب الصباح التالي:

قد تمنع الهرمونات المبيضية المستخدمة بجرعات كبيرة بعد الجماع وقبل الانغراس حدوث الحمل، ويستخدم لذلك مستحضرات مختلطة تحتوي على 50 ميكروجرام من إثينيل الإستراديول و250 ميكروجرام من الليفونورجيستريل (أوڤران أو أيجينون 50) (Ovran or Eugynon 50).

يتم إعطاء حبتين ثم يتكرر ذلك بعد 12ساعة وأهم التأثيرات الجانبية هي الغثيان والقيء ويجب إعطاء العلاج في خلال 72 ساعة من الجماع عديم الحيطة (Unprotected) وفي خلال ثلاثة أيام من التبويض المتوقع حدوثه، وقد تكون الفترة التالية مبكرة أو متأخرة ويجب فحص المرأة لحدوث حمل إذا لم يحدث الطمث.

حبوب البروجستيرون فقط (Progestogen - Only Pills):

قد يستخدم البروجستيرون لمنع الحمل بالفم وهو يعمل غالباً عن طريق تثبيط التبويض ولكن من خلال تأثيره على مخاط عنق الرحم والبطانة الرحمية (جدول 6).

جدول 6: حبوب البروجستيرون فقط

نوع الحبوب	المستحضر	المُصنع	الإستروجين (ميكروجرام)	البروجستيرون ملجم
نورإيثيستيرون	ميكرونور*	اورثو - سيلاج	_	0.35
Norethisterone	نوريداي*	سينتكس	_	0.35
ليفونورجيسترول	ميكروفال*	ويث	_	0.03
Levonorgestrel	نورجستون*	شيرنج	_	0.03
	نيوجيست*	شيرنج	_	0.075 (نورجيستريل)
إثينوديول داي استيتات Ethynodiol Diacetate	فيميولين*	جولدكروس	_	0.5

* مصدق عليه من رابطة تنظيم الأسرة.

موانع الحمل الزراقية
Injectable Contraceptives

وتتكون أكثر الأنواع استخداماً من بروجستيرون يعطى بالزرق العضلي أو زرعات تحت جلدية وهي ليست الخيار الأول لمنع الحمل ولكنها كثيراً ما تستخدم في البلاد النامية وفي المملكة المتحدة عندما تكون الطرق الأخرى غير ملائمة أو لا يمكن استخدامها.

يعطى ديبوميدروكسي بروجستيرون الأسيتات («ديبو ـ بروفيرا» -"Depo-Provera") بجرعة تصل إلى 150 ملجم تتكرر كل 12 أسبوع أو 90 يوماً، ويعطى نورإيثيستيرون أوينانثات (نوريستيرات) "Noristerat") بجرعة تصل إلى 200 ملجم كل 8 أسابيع.

وتتضمن الآثار الجانبية زيادة الوزن والنزف غير المنتظم والضهى ولا يجب إعطاء هذه النوعية حتى ستة أسابيع بعد الولادة، ولقد أصبحت الزرعات تحت الجلدية غير متوفرة في المملكة المتحدة.

الوسائل داخل الرحمية

استمر استخدام الوسائل داخل الرحمية منذ نهاية القرن الماضي وتعتبر أفضل المبتكرات هي حلقة «جرافينبرج» (Grafenberg's Ring) المكونة من الفضة والذهب والتي يتم إدخالها إلى الرحم.

وقد استخدمت حديثاً وسائل مكونة من المطاط وقد تم وصف العديد منها وأفضلها هو لولب «ليبيس» (Lippes Loop)، وقد تم إحلال هذا اللولب في المملكة المتحدة بآخر يحتوي على النحاس كما تضم بعض الأنواع لب من الفضة وبه نحاس أقل على الأذرع المستعرضة، وقد أدت بعض المشكلات الطبية الشرعية إلى سحب عدد من منع الحمل داخل الرحمية وتتوفر في المملكة المتحدة الأنواع التالية من الوسائل:

اللوالب النحاسية:

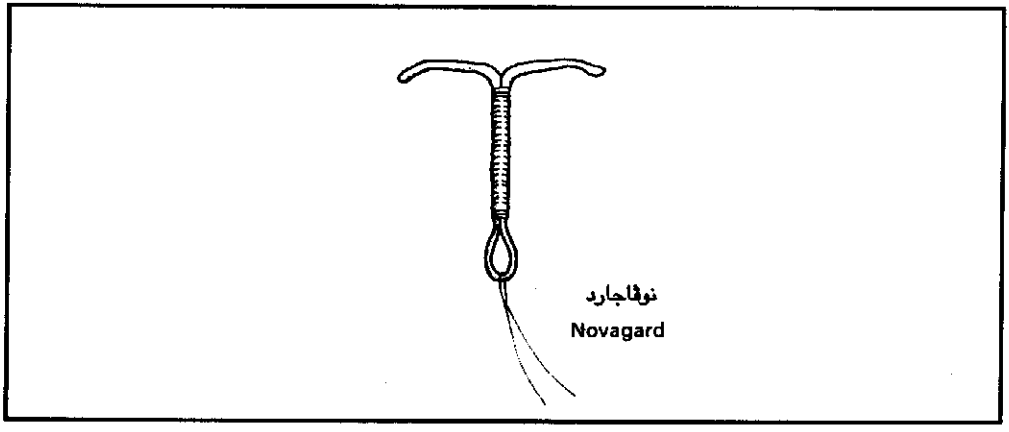
ـ مالتيلود (Multiload)

ـ نحاس 250 (Cu 250).

ـ نحاس 250 قصير (CU 250 short).
ـ نحاس 375 (Cu 375).

اللوالب النحاسية ذات اللب الفضي:

ـ نوفاجارد (شكل 33) (Novagard).
ـ نوفا ـ ت (Nova-T).
ـ أرثوجين ـ ت (Orthogyne - T).



شكل 33
لولب نوفاجارد داخل الرحمي

المميزات:

تعطى المبتكرات داخل الرحمية وقاية دائمة ولا تتطلب أي تعاون من أي من الزوجين وبإعتبار عدم وجود مضاعفات يمكن للولب أن يظل بداخل الرحم لمدة تصل إلى خمسة أعوام.

العيوب:

يتطلب إدخال اللولب داخل الرحمي طبيب أو ممرضة متمرسين. وقد يحدث بعض الألم أو النزيف عند إدخاله للمرة الأولى، وقد يزيد تدفق الطمث وقد تطول مدته.

المضاعفات:

قد يمر اللولب إلى الخارج دون ملاحظة ذلك وخصوصاً أثناء الطمث، وقد يحدث خمج بالحوض وتجب الحيطة في النسوة عديمات الولادة حيث تزيد احتمالات الرفض والطرد، قد يحدث اختراق للرحم ويتسرب اللولب إلى تجويف الصفاق، وإذا ما حدث ذلك بلولب نحاسي فتجب إزالته فوراً إما بمنظار جوف البطن أو بالجراحة ولا توجد أية دلائل على أن اللوالب داخل الرحمية مسرطنة، وعند اختفاء الخيط لابد من عمل استقصاءات لتحديد مكان اللولب وقد يتم ذلك باستخدام فائق الصوت. ونظراً لأن اللوالب قد «تهاجر» إلى أعلى البطن فهذا يتطلب إجراء مسح شامل.

موانع الإستعمال:

لا يجب إدخال المبتكر داخل الرحمي أثناء وجود خمج بالحوض أو مع وجود ليفومات رحمية أو سرطان بالأعضاء التناسلية أو بالنسوة اللاتي تعانين من نزيف غير طبيعي أو فرط طمثي.

طريقة الإدخال:

يتوفر اللولب في عبوة معقمة مع تعليمات الإدخال، ويجب أن يتم ذلك مع اتخاذ احتياطات التعقيم اللازمة وأفضل توقيت للإدخال هو عند نهاية الطمث أو بعد 6 إلى 8 أسابيع من الولادة. يتم كشف عنق الرحم وجذبه بملقاط منفرد السنون ويمرر مجس إلى الرحم لقياس طوله ويتم وضع اللولب بالمُدخل (Introducer) ويُدخل اللولب ثم يسحب المُدخل وتقص خيوط النايلون. ويجب تدريب المرأة على التعرف على الخيوط، وقد يحدث إغماء وعائي حائري (Vasovagal Attack) عند إدخال اللولب نتيجة شد عنق الرحم، وغالباً ما تستجيب هذه الحالة للتوقف عن إدخال اللولب وخفض رأس المرأة لأسفل وقلما يلزم الإنعاش.

موانع الحمل بعد الجماعية (Post-Coital Contruception):

قد يستخدم المبتكر داخل الرحمي لمنع الحمل عن طريق إعاقة الانغراس، ويجب إدخاله في خلال خمسة أيام من الجماع عديم الحيطة ويجب متابعة المرأة

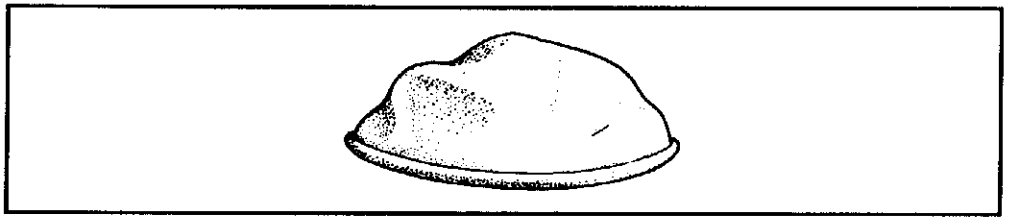
بعد ذلك للتأكد من حدوث الطمث ويعتبر ذلك أسلوباً طارئاً ولكن عند حدوث الطمث يمكن ترك اللولب كمانع حمل مستديم

الحمل:

سجل معدل الحمل مع اللوالب النحاسية ما يقرب من 1.4 لكل 100 امرأة/ عام، وعند حدوث حمل فلابد من استبعاد حدوث حمل منتبذ، وإذا كان ذيل اللولب ظاهراً فتجب إزالته بالجذب برفق على الخيط أما إذا لم يوجد ذيله فلابد من تحديد موضع اللولب بفائق الصوت، ويمكن ترك اللولب بداخل الرحم أثناء الحمل ولكن مع تكرار الفحص لتجنب حدوث مضاعفات أو اكتشافها في مرحلة مبكرة.

موانع الحمل العازلة
Barrier Contraception

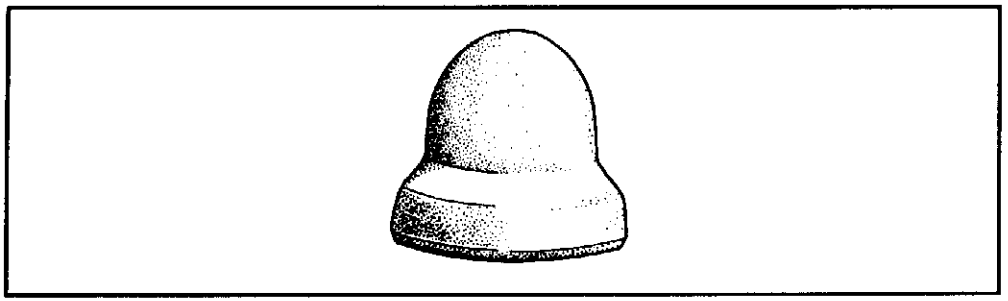
وأكثرها كفاءة هي الحِجَاب (Diaphragm) الذي يتكون من حلقة زنبركية بقبوة مطاطية (شكل 34) وله مقاسات مختلفة ويمكن التوصل لدرجة من الأمان باستخدام هلام أو كريم مبيد الأنطاف معها.



شكل 34: الحجـــاب

ويجب إختيار المقاس المناسب وتتدرب المرأة على طريقة تركيبه وإزالته ويجب أن تستخدم معه مبيد الأنطاف وأن تتركه لمدة ست ساعات بعد آخر جماع ويفضل عودتها بعد ستة شهور أو بعد حدوث ولادة لمراجعة المقاس المناسب لها.

وقد يتعذر وجود مقاس مناسب من الحجاب عند وجود تدل أو انقلاب خلفي للرحم، وعند ذلك يكون البديل هو قلنسوة عنق الرحم (Cervical Cap) التي تتكون من قبوة أو قلنسوة مطاطية أو مرنة تسد القبو المهبلي (شكل 35).



شكل 35
قلنسوة عنق الرحم

موانع الحمل الكيميائية

وهي تتكون أساساً من مادة عازلة أو مبيد أنطاف كيميائي أو مزيج منهما وهي متوفرة وسهلة الاستخدام وتتكون من كريمات ووهلامات وفرازج قابلة للذوبان ومستحضرات رغوية ولكن معدل فشلها مرتفع نسبياً.

وتتوفر أيضاً الإسفنجة المرنة التي تتشبع بمبيد الأنطاف ولكنها أقل تأثيراً من الحجاب.

الطرق المستخدمة بواسطة الذكور

الغمد (The Sheath):

يعتبر الغمد أو الرفال أو الحرف الفرنسي أحد الطرق الشائعة الإستخدام لمنع الحمل، وللحصول على أقصى درجة من الأمان يمكن إستخدام مانع حمل كيميائي تحسباً لتمزق الغمد أو سقوطه، ورغم أن بعض الأزواج لا يحبذ من استخدامه إلا أنه يمنع انتشار الأمراض الجنسية.

الجماع التقطعي (Coitus Interruptus):

وهو أقدم الطرق وأكثرها انتشاراً، حيث ينسحب الذكر قبل القذف مباشرة. ولكن لا يمكن الاعتماد على هذه الطريقة دائماً كما أنها قد تعوق الاستمتاع الكلي

لدى الزوجين وقد تؤدي إلى حدوث حمل غير مرغوب فيه أحياناً، أما الجماع التحفظي فيتم فيه اختراق المهبل ولكن بدون قذف.

الطرق المستخدمة بواسطة كلا الزوجين

فترة الأمان أو تنظيم الأسرة الطبيعي:

يتم التبويض نظرياً مرة واحدة فقط في كل دورة طمثية ولذا فهناك بعض أيام من المتوقع أثناءها أن تكون المرأة عقيمة، ويمكن تحديد هذه الأيام بطرق مختلفة:

ـ طريقة التقويم (Calendar Method) التي تعتمد على تحديد فترة الخصوبة من الدورات السابقة.

ـ طريقة درجة الحرارة القاعدية التي تعتمد على ملاحظة أي ارتفاع في درجة الحرارة القاعدية التي تلي التبويض وقَصر الجماع على الفترة التي تبدأ بعد ثلاثة أيام من التبويض وحتى الدورة التالية.

طريقة «بيلينجز» (Billings):

وهي تعتمد على تعليم المرأة ملاحظة التغيرات التي تطرأ على مخاط عنق الرحم والتي تحدث أثناء التبويض والتي تتوافق مع أقصى درجات الخصوبة، ولكن ما يعيب فترة الأمان هو عدم أمانها إذا كان الطمث غير منتظم وكذلك بعد الولادة أو الإجهاض وعند اقتراب سن اليأس.

****

الفصل العشـــــرون

التعقيـــــم

والتعقيم (Sterilization) عبارة عن عملية يتم فيها سد الممرات التي تحمل الأعراس (Gametes) بصفة مستديمة.

النصائح اللازمة للتعقيم

يعتبر التعقيم من الخطوات الهامة في حياة أي رجل أو امرأة. وبالطرق الحديثة يجب أن يعتبر بلا ارتجاع رغم أن ارتجاع التعقيم من الممكن حدوثه في بعض الحالات في كل من الذكور والإناث، وتعتمد النتائج جزئياً على الطريقة المستخدمة ويتطلب ذلك المزيد من الجراحة ولكن النجاح غير مضمون حتى بالأيدي الخبيرة.

ولكل ذلك فالنصيحة والمشورة (Counselling) لهما دور كبير هنا كما يجب أخذ إقرار مكتوب ولكن إقرار الزوج الآخر أصبح غير لازماً من الوجهة القانونية ولكن من الأفضل الالتقاء بالزوجين معاً وتوضيح كل العواقب التي تلي العملية ولقد اتضح أن الرغبة في التعقيم قد تكون صرخة بشرية للشكوى من الزواج نتيجة قصور منع الحمل ويجب أن يوضح في إقرار التعقيم مخاطر الفشل التي تختلف مع اختلاف الطرق إذ تزيد نسبة حدوث الحمل المنتبذ مع تعقيم المرأة ، ولا يمكن لفتاة يقل عمرها عن 16 عاماً أن تقرر عمل تعقيم أو أن يصر أبويها على ذلك. وينطبق ذلك أيضاً على الأشخاص المتخلفين عقلياً بدرجة تعوق فهمهم لمعنى ونتائج العملية ومثل هذه العمليات لا تتم الآن في المملكة المتحدة إلا بعد الحصول على موافقة قاضي المحكمة العليا.

تعقيم الأنثى

إن أسهل الأماكن التي يُسد عنها المسلك التناسلي في الأنثى هو قناتي «فالوب»، وهي تقع بداخل تجويف الصفاق في مكان غائر ولذلك فإن التوصل إليها يتطلب عملية أكثر من تلك التي تتم لتعقيم الرجل ولكن استخدام منظار جوف البطن أدى إلى الاستغناء عن القطوع الجراحية الكبيرة إلا أنها لازالت تعتبر عملية بداخل تجويف الصفاق وتتطلب استخدام التخدير الكلي في أغلب الحالات.

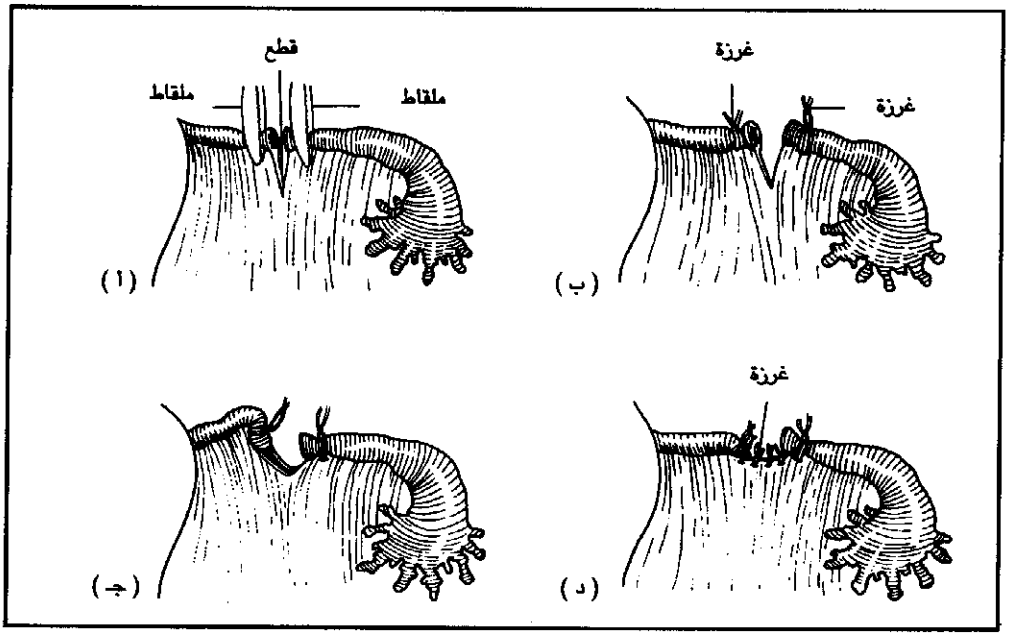
الطريقة:

القطع الجراحي والربط:

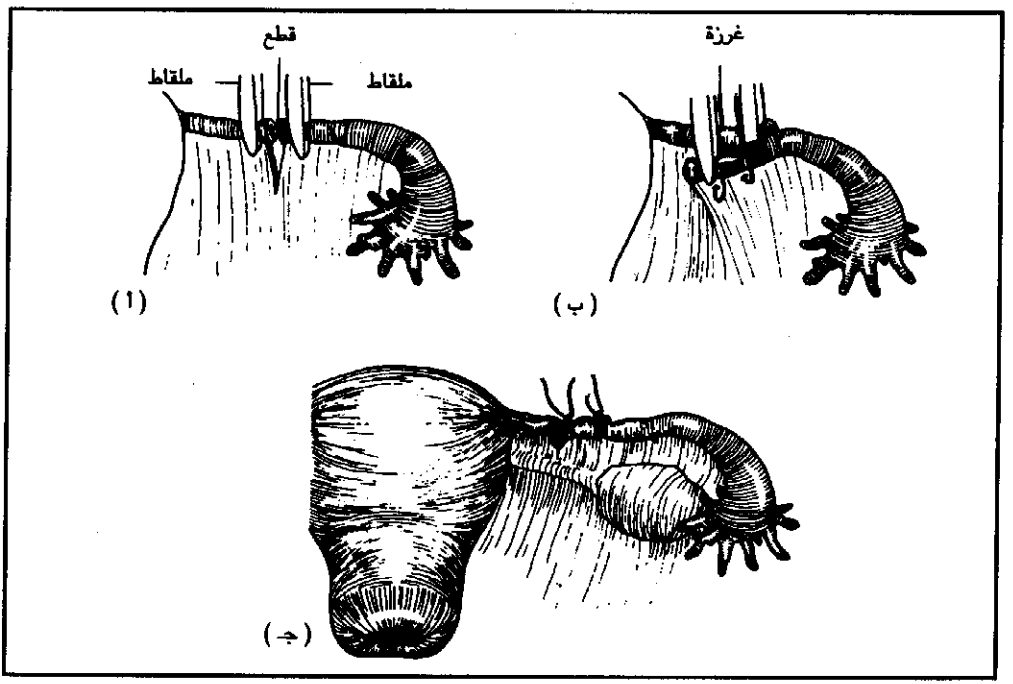
ويمكن عمل ذلك بعد فتح البطن تحت تأثير المخدر الكلي والإرخاء، ويجب عمل الاستعدادات اللازمة للبقاء بالمستشفى لمدة أربعة أو خمسة أيام.

وفي هذه العملية يتم قطع كل قناة وفصلها ويتم دفن النهاية الأنسية تحت السطح الصفاقي (شكل 36) وتعتبر عملية القطع الجراحي أكثر الطرق المستخدمة هذه الأيام أثناء عمل القيصرية عند فتح البطن ويصل معدل الفشل إلى حوالي 0.1 لكل 100 امرأة/عام.

ويمكن عمل جراحة بطنية أقل (فتح بطني صغير "Mini-lap") بواسطة الجراح المتمرس إذ يتم عمل قطع مستعرض طوله 5سم بمنطقة أعلى العانة وتفصل العضلات المستقيمة لتسمح بإدخال منظار ثنائي الصمامات إلى تجويف الصفاق، ومن خلال ذلك يتم البحث عن كل قناة من قناتي «فالوب» وجذبها لأعلى وإجراء الجراحة بها حيث يتم قطعها وتشبيك النهايتين بحيث تنفصل (شكل 37)، ويتم إجراء هذه العملية غالباً بالدول النامية حيث لا يتوفر بسهولة منظار جوف البطن ويصل معدل الفشل لهذه العملية إلى 0.2 لكل 110 امرأة.



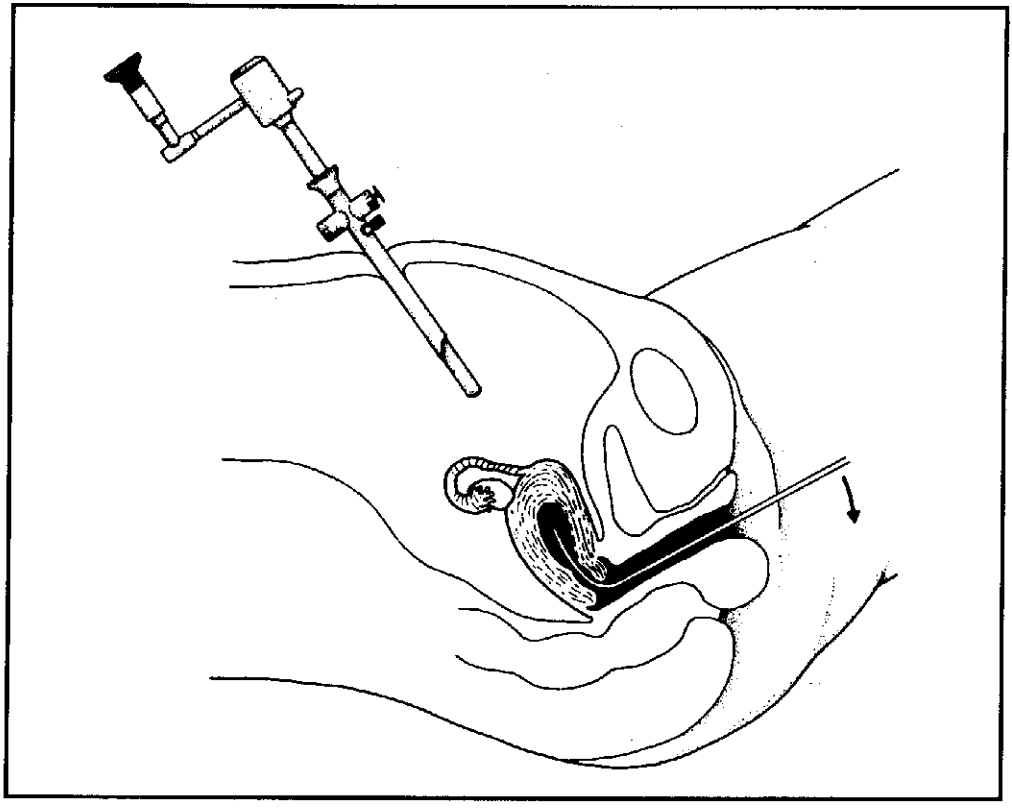
شكل 36: تعقيم الأنثى. (أ) يتم قطع كل قناة من قناتي «فالوب» بين ملقاطين وتفتح قمة الرباط العريض (ب) يتم ربط كل نهاية مقطوعة من القناة. (جـ) يتم دفن النهاية الأنسية بين الطبقة الأمامية والخلفية للرباط العريض. (د) يتم غلق الرباط العريض بحيث تفصل النهاية الأنسية بصورة مستديمة عن النهاية الأنسية



شكل 37: عند فتح البطن يتم ربط كل قناة بملقاطين وتقطع بينهما، (ب) يتم تشبيك النهايتين المقطوعتين وتمر الغرزتين خلال القشرتين المتطابقتين من الرباط العريض تحت الأنابيب. (جـ) تُشد الغرز وترفع وترفع الملاقط وبالتالي فإن لكل قناة منطقتين متهتكتين مربوطتين ومنفصلتين وتتجهان في اتجاهات مختلفة ومنفصلتين بمسافة 3 سم من تجويف الصفاق

التعقيم بمنظار جوف البطن:

تجري هذه العملية من خلال قطع صغير ولكن لها نفس مخاطر الجراحة الأكبر، ويجب إجراءها فقط بواسطة المتمرسين في التنظير والمتخصصين في جراحات أمراض النساء نظراً لاحتمال فتح البطن عند حدوث أية مضاعفات ولكن هذه المضاعفات نادرة الحدوث وغالباً ما يتطلب التعقيم بمنظار جوف البطن البقاء لنهاية نفس اليوم أو لليلة واحدة بالمستشفى ويلزم لذلك تخدير كامل مع ارتخاء عضلي كامل وتتم إمالة منضدة الجراحة لتصبح رأس المرأة مائلة لأسفل ويمرر غاز ثاني أكسيد الكربون من خلال إبرة بصمام إلى تجويف الصفاق، وعندما تمتلىء بعد حوالي لترين أو ثلاثة يتم وخز جدار البطن من خلال طية من طيات الجلد بالجزء السفلي من السرة باستخدام مبذل ومن خلال ذلك يمرر المنظار ويحرك لرؤية أعضاء الحوض (شكل 38).



شكل 38

منظار جوف البطن يكشف أعضاء الحوض

يتم سد القناة بواحدة من الطرق الثلاث التالية:

1 ـ *الإنفاذ الحراري احادي او ثنائي القطبية*: يستخدم لكي قناة «فالوب» ويتم ذلك في مكانين على بعد 1 سم بالجزء البرزخي من القناة ويؤدي التجلط الحراري إلى قتل الأنسجة وإيقاف أي تدفق عبر الأوعية الدموية ويؤدي التليف الناتج إلى سد الأنابيب، كما تترك بقايا القناة مفصولة بمسافة تصل إلى بضعة سنتيمترات ويتم ذلك على الجهتين وتعتبر هذه الطريقة ذات تأثير جيد وإن كانت هناك خطورة قليلة من إتلاف أي من الأعضاء المجاورة مثل الأمعاء كما أنه من الصعب جداً إعكاس العملية.

2 ـ *المشبك الآلي*: (هلكا ـ كليمنس وفيلشي) "Hulka-Clemens, Filshie" يتم تركيبه على كل قناة وهو قد يكون مشبكاً مزوداً بزنبرك أو من اللدائن وذو مقبض.

3 ـ *الحلقة المرنة* (حلقة «فالوب Falope»): ويمكن تركيبها على كل قناة من خلال منظار جوف البطن، يتم جذب طية من القناة إلى أعلى وتزلق عليها الحلقة المطاطية التي تضيق على عنق الطية، ويؤدي ذلك إلى تنخر القناة عند نقطة التضييق مما يباعد بين نهايتي الطية.

وبعد سد القناة تتم معاينة الحوض ويزال المنظار كما تزال أكبر كمية ممكنة من الغاز من تجويف الصفاق ويرفع المبذل ويتم وضع مشبك أو غرزة عند الطية السرية. ويصل معدل الفشل في التعقيم بمنظار جوف البطن إلى حوالي 0.2 لكل 100 امرأة / عام.

طرق اخرى:

أجريت محاولات للتعقيم من خلال الرحم بدون التخدير وذلك عن طريق منظار رحمي وتمرير قثطارات مع التحكم بفائق الصوت خلال التجويف الرحمي وقناتي «فالوب» ومن خلال هذه القثطارات يمكن زرق نوعيات من الراتنجات المطاطية سريعة التيبس أو يمكن عن طريقها عمل كي كهربائي أو حراري أو بالتثليج الجراحي باستخدام مسابير رفيعة مبردة ولكن لم تؤد أي من هذه الطرق إلى نتائج يُعتد بها.

أسباب الفشل:

بالرغم من هذه العمليات فقد يحدث الحمل في حوالي 2 إلى 4 من كل ألف حالة بالمملكة المتحدة ويتم أحياناً عمل صورة رحمية بوقية بعد 16 أسبوع من العملية للتأكد من انسداد القنوات، ولكن ليس من الحكمة إجراء ذلك قبل هذه المدة خوفاً من تأثير ضغط الصبغ التي يتم زرقه على الأنسجة التي تلتئم مما قد يسبب ناسوراً بين الأجزاء المسدودة من القناة.

وقد تفشل عمليات التعقيم نظراً لما يلي:

1 ـ قد تكون المرأة لديها بالفعل بويضة مخصبة بالرحم وقت إجراء العملية ولذا يفضل أغلب أطباء النساء إجراء العملية خلال الأسبوعين الأولين من الدورة كما يفضل العديد أيضاً إجراء كشط رحمي في نفس الوقت.

2 ـ رغم تركيب المشبك السادّ أو الحلقة بطريقة صحيحة إلا أن هناك احتمال انفصالها أو فكها بعد غلق البطن وإذا لم يتم حبس طية جيدة من القناة خلال الحلقة قد لا تنسد وتنفصل تماماً، وقد ينفتح المشبك مرة أخرى تحت تأثير ضغط الأنسجة وإن كان ذلك أقل احتمالا مع مشبك «فيلشي» المنقاري ونادراً ما تنكسر مشابك التعقيم وعند ذلك يكون ليس لها تأثير على سد قناة «فالوب» وتجب إزالة أجزائها من البطن.

3 ـ قد لا تنفصل نهايتي القناة ويتكون ناسور صغير بين النهايات المتقاربة مُجاوزة للجزء المسدود، وقد يسمح ذلك بمرور الأنطاف رغم أن احتمال مرور البويضات المخصبة يكون أقل مما قد يؤدي إلى حدوث حمل منتبذ.

4 ـ قد يتم وضع المستخدم في سد القناة في مكان خاطيء لذا يجب عمل التعقيم بمنظار جوف البطن عند توفر الرؤية الجيدة للجراح إذ أن عدم توفر الرؤية قد يؤدي إلى وضع المشبك على الرباط المستدير أمام قناة «فالوب».

ويجب أن يقوم الجراح قبل إجراء العملية بتوضيح نسبة الفشل الصغيرة التي قد تحدث وأن يسجل هذه التوضيحات في السجلات الطبية.

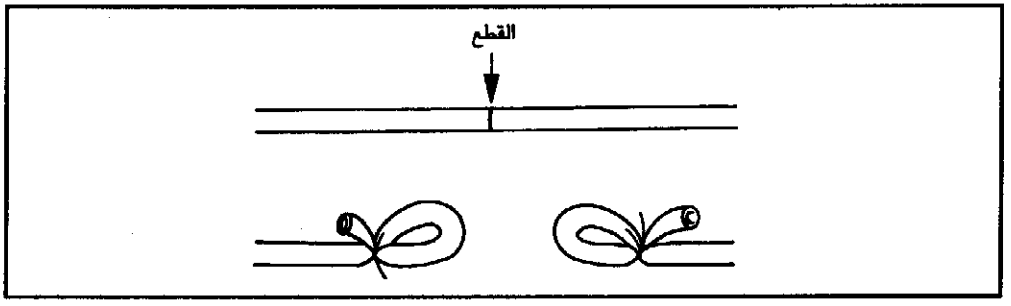
تعقيم الذكر

يتم الإحصار بقطع كل وعاء ناقل عند الإرب، وتعتبر هذه العملية أقل من العملية الجراحية التي تتم بالمرأة إلا أنها تحمل معها توترات نفسية أكبر إذ يشعر الرجال بالخوف من فقد الرغبة الجنسية وقلة الرجولة ويكمن ذلك في الخلفية العقلية للرجل ويرفض النقاش فيها وبعد العملية ينتج نفس حجم المني تقريباً من غدة البروستاتا وتنعدم الأنطاف فقط. أما بالنسبة للجماع فيكون كما هو مثل قبل إجراء العملية.

الطريقة:

يتم إجراء العملية غالباً تحت تأثير المخدر الموضعي في مكان يسمح بالراحة لمدة ساعة بعد الجراحة، ولذا غالباً ما يتم إجراء العملية في غرفة عمليات العيادة الخارجية بالمستشفيات المحلية.

ولا يكفي قطع أو استئصال قطعة من القناة لأنه من الصعب سد أية قناة تشريحية فعندما تقابل مخاطية بمخاطية أخرى يتكون ناسور غالباً ويلي ذلك إعادة التفاغر وبالتالي فيجب قطع القناة وقلبها للجهة العكسية (شكل 39).



شكل 39

تعقيم الذكر، يتم قلب النهايات المقطوعة للوعاء الناقل إلى العكس وتربط للتأكد من أن النهايات المفتوحة ليست فقط مفصولة ولكنها أيضاً في اتجاهات عكسية

وينصح بالراحة لتجنب حدوث دميوم، ومن الأفضل إرجاء الجماع لمدة أسبوع لتجنب أي ألم مكان الجرح ويجب أن تستمر الطرق الأخرى التي كانت تستخدم لمنع الحمل وذلك لمدة ثلاثة أشهر بعد العملية على الأقل حتى يتم التخلص

من الأنطاف المتبقية بالقنوات، ويمكن تعجيل ذلك بغسل الوعاء والحويصلة المنوية بـ20 مل من الماء المعقم أثناء العملية وقبل الربط، ويجب على الرجل أن يقذف مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً بعد الجراحة وذلك لطرد آخر الأنطاف، ويجب عمل تحليل منوي بعد العملية بشهرين فإذا كان سلبياً وتلاه تحليل مني سلبي آخر عند ذلك يمكن الجماع دون الحيطة. وهناك معدل فشل يتراوح بين 0.01 و 0.4 لكل مائة امرأة / عام.

****

الفصل الحادي والعشرون

إنهـــاء الحمـــل

كان الإجهاض يُجرى منذ قرون طويلة، وهناك ثلاثة عوامل جعلت الإجهاض آمناً في الآونة الأخيرة:

1 ـ التدريب الأفضل للطبيب على تشريح ووظيفة المسلك التناسلي الأنثوي.
2 ـ التخدير الكلي.
3 ـ أدت مواد التعقيم والمعقمات إلى تقليل الخمج.

الموقف الدولي

تختلف إمكانية إنهاء الحمل في الدول المختلفة حسبما تمليه الأديان، فلا يقبل إنهاء الحمل طبقاً لتعليمات الدين الإسلامي والمذهب الكاثوليكي من الدين المسيحي وغيرهما من الأديان الأخرى الموجودة بالعالم، وفي الحقيقة يتم إنهاء الحمل بشكل غير قانوني في كل أنحاء العالم دون إعتبار للشريعة وقوانين البلاد. وقد يستخدم إنهاء الحمل في بعض البلدان كطريقة من طرق برنامج منع الحمل، وفي البلدان التي كانت خلف الستار الحديدي استخدمت ثلث النساء إنهاء الحمل كطريقة أولية (أساسية) لمنع الحمل، وليس الحال كذلك في أغلب بلدان العالم الغربي لأن إنهاء الحمل له العديد من المضاعفات بالمقارنة بالطرق الأخرى لمنع الحمل.

الموقف في بريطانيا

حدثت، تغيرات كثيرة في إنهاء الحمل منذ إصدار قانون الإجهاض عام 1967 (والذي لا يسري في أيرلندا الشمالية)، فقبل ذلك كان يجري إنهاء للحمل

طبقاً لقانون كل حالة حيث يوصي الطبيب بأن استمرار الحمل قد يؤدي حالة الأم الصحية والذهنية، ومنذ قانون الإجهاض تم وضع قيود لذلك وأصبح لا يصرح بالإجهاض إلا عند وجود أربعة دواع محددة ويجب أن توضح بشهادة مسبقة بواسطة طبيبين بعد فحص المرأة وهذه الدواعي هي:

1 ـ إذا ما كان إستمرار الحمل يحمل عدة مخاطر على حياة المرأة أكثر مما إذا تم إنهاء الحمل.
2 ـ إذا ما كان استمرار الحمل سوف يعود بالأثر الضار على صحة وعقلية المرأة أكثر مما إذا تم إنهاء الحمل.
3 ـ إذا كان استمرار الحمل سوف يعود بالأثر الضار على صحة وعقلية طفل (أطفال) أسرة المرأة الحامل أكثر مما إذا تم إنهاء الحمل.
4 ـ خطورة تعرض الجنين لعيوب صحية وعقلية تؤدي إلى إعاقة شديدة وبالإضافة لذلك يمكن لطبيب واحد أن يوصي بإنهاء الحمل في الحالات الطارئة فقط وذلك لإنقاذ حياة المرأة أو المحافظة على صحتها.

تستخدم دواعي مختلفة بإنجلترا وويلز وذلك بالنسب التالية:

الحياة	٪ 0.3
الصحة	٪ 90
أطفال آخرين	٪ 8.6
عيوب	٪ 1.0
حالات طارئة	٪ <0.01

تتم أغلب إنهاءات للحمل في انجلترا قبل الأسبوع الثاني عشر من الحمل (84.1٪) ويتم في القليل بعد الأسبوع العشرين (1.5٪) ويسمح القانون أيضاً بإنهاء الحمل حتى عندما يصل الحمل إلى 28 أسبوع، ويجب الإبلاغ عن إنهاء الحمل القانوني بواسطة الجراح وذلك إلى قسم الصحة التابع له في كل من انجلترا واسكتلندا وويلز.

الطرق

يجب فحص أية امرأة تأتي بطلب إنهاء الحمل بعناية وحرص وقد يكون الممارس العام المختص بالعائلة ملماً بظروف العائلة أكثر من طبيب المستشفى ويجب أن توضع في الاعتبار بدائل الإجهاض وهي:

- التبني
- وضع الصفل مع أبوين بديلين للتربية (Foster Parents)
- أبوين لرعاية الطفل.

وغالباً لا يقبل أي من ذلك وتفضل الأم أن تستمر في الإجهاض وغالباً ما يقوم الممارس العام بإرسالها لإخصائي أمراض النساء للحصول على المشورة الثانية وللتوقيع على الجزء الأول من التوصية بعد الإجهاض.

وفي المستشفى قد يوافق الإخصائي على رأي الممارس العام ويوقع على الجزء الثاني من التوصية ثم يتم فحص المرأة استعداداً لإجراء العملية تحت تأثير المخدر ويتم التوصل إلى موافقة على الأسلوب الذي سيتم استخدامه لمنع الحمل تجنباً لحدوث حمل غير مرغوب فيه وقد تأتي العديد من النساء كحالات يومية خصوصاً أثناء الأسابيع الأولى من الحمل (قبل 10 أسابيع)، ويجب أن يُجرى إنهاء الحمل في مستشفى عام أو بعيادات مصرح لها بهذا الغرض.

الإجهاضات المبكرة:

يستخدم التفريغ الهوائي لشفط الرحم في حالات إنهاء الحمل في حالات الحمل حتى 12 أسبوع إذ يمرر قثطار مجوف معدني أو مطاطي خلال عنق الرحم بعد توسيعه برفق. ويؤدي الضغط السالب بعد ذلك إلى إزالة محتويات الرحم ثم يُجرى كشط رقيق للتأكد من أن الرحم قد أصبح فارغاً وهذه الطريقة لها أعلى معدل نجاح وأقل معدل من المضاعفات.

مضاعفات الإنهاء المبكر للحمل:

النزيف:

نظراً لأن الرحم يكون أثناء الحمل كثير الوعائية شديد الإحتقان، يؤدي فصل تلاصق الكيس والمشيماء إلى فقد كمية كبيرة من الدم وغالباً ما يتم زرق الإرجومترين وريدياً لمساعدة عضلية الرحم على التقلص لتضييق الأوعية الدموية التي تمد جدار الرحم.

الثقب:

عند ثقب الرحم يجب فتح البطن فوراً لإصلاح الرحم.

الخمج:

يتم أثناء الحمل التغلغل وتمرير الآلات المستخدمة عبر منطقة كامنة الإنتان (الجزء العلوي من المهبل) ثم إلى منطقة معقمة (تجويف الرحم)، لذا يقوم الجراح بتنظيف الجزء العلوي من المهبل بأحد المطهرات مثل كلورهيكسيدين قبل البدء. ويندر حدوث الخمج ولكن إذا ما حدث ذلك يجب علاج ذلك بحزم باستخدام المضادات الحيوية تجنباً لإمتداد الخمج إلى القنوات مما يؤدي إلى العقم.

الإنهاء غير الكامل:

يؤدي ذلك إلى احتجاز نواتج الحمل مما يؤدي إلى النزيف وهذا يتطلب إعادة تفريغ الرحم.

مضاعفات نفسية:

من الطبيعي أن العديد من النساء يشعرن بالحزن والأسى بعد الإنهاء المبكر للحمل وإذا كان الإجهاض إرادياً يزول هذا التأثر في خلال بضعة أسابيع أو شهور أما إذا كانت المرأة قد أجبرت على ذلك فإن الشعور بالحزن والأسى قد يستمر لفترات أطول وقد يلزم العلاج النفسي لما يقرب من 25٪ من هذه الحالات.

الحمل التالي:

غالباً ما لا يحدث أي تأثير لإنهاء الحمل على الحمل بعد ذلك فإذا ما تم توسيع عنق الرحم إلى القطر المناسب (غالباً لأقل من 8مم فقط) لا تحدث أي لاكفاية "Incompetence" بعنق الرحم بعد إنهاء الحمل في مرحلة مبكرة.

إجهاض الفترة المتوسطة من الحمل:

يصبح إنهاء الحمل بعد 12 أسبوعاً من الحمل أكثر صعوبة.

البروستاجلندينات (Prostaglandins):

يمكن حث الرحم على الانقباض بإعطاء البروستاجلندينات (PGE_{2a}) داخل السلى أو خارج السلى أو بالزرق الوريدي ولكن أكثر الطرق المستخدمة هي داخل السلى (Intra-amniotic)، يتم عمل بزل سلي مع التعقيم الكامل وتسحب كمية تصل إلى 20 مل من السائل السلي ويزرق مكانها 40 ملجم من (PGE_{2a}) و20 مل من محلول مشبع باليوريا إلى داخل التجويف السلي، يعمل الأول على انقباض الرحم أما الآخر فيتلف المشيمة مما يؤدي إلى انخفاض سريع في مستويات البروجستيرون وبالتالي يجعل عضلية الرحم أكثر تأثراً بالبروستاجلندينات.

ويلي ذلك ولادة مصغرة وتتم الولادة غالباً في غضون 10 إلى 20 ساعة ولكن هذه العملية تكون مؤلمة ولذلك يجب التغلب على ذلك بالمسكنات وقد يلزم تفريغ الرحم في حالات كثيرة.

البضع الرحمي (Hysterotomy):

إذا لم تتوفر البروستاجلندينات يتطلب الحمل الذي تعدى 12 أسبوعاً الإنهاء الجراحي ويتم عمل قيصرية مصغرة ونظراً لانعدام وجود جزء سفلي (Lower segment) فيجب أن يكون البضع رأسياً.

المضاعفات:

النزيف: وهو نادر الحدوث بعد إنهاء الحمل بالبروستاجلندينات لأن الرحم ينقبض بعد الولادة المصغرة، ولكن عنق الرحم قد يتمزق نظراً لأن الولادة غير محكومة وقد يؤدي ذلك إلى النزيف، وغالباً ما تحتجر المشيمة في إنهاء الحمل بين 14 و 18 أسبوعاً وقد تتطلب الإزالة تحت تأثير التخدير الكلي ولا يعتبر النزيف مشكلة كبرى بعد بضع الرحم لأنه إجراء جراحي يتحقق فيه الإرقاء عند وقت العملية.

الخمج: وهو قليل الحدوث بعد أي من طريقتي الإجهاض في الفترة المتوسطة من الحمل ويجب تجنبه كما في أية ولادة مصغرة أو عملية جراحية.

المشكلات النفسية: وتكون أكثر بعد الإجهاض أثناء الفترة المتوسطة من

الحمل فالمرأة تكون قد استمرت في الحمل لمدة أطول وأصبح الجنين أكثر تكويناً ولذلك فإن الحالة تكون أكثر حساسية وتتطلب الحرص الشديد في التعامل وقد يرغب البعض في دفن الجنين طبقاً للعقائد الدينية وهذا الموقف يتطلب المزيد من الحرص في التعامل.

المضاعفات في الحمل التالي: قد يتأثر الحمل بعد الإجهاض أثناء الفترة المتوسطة من الحمل، إذ قد يتسبب عنق الرحم الذي سبق توسيعه في لا كفايته وإنتهاء متكرر للحمل أثناء الفترة المتوسطة بولادة مهبلية وقد تتسبب ندبة فتح الرحم الرأسية في مشكلة لأنه معرض للفتح أثناء الحمل التالي بالمقارنة بالقطع المستعرض الذي يجرى بالجزء السفلي من الرحم.

استخراج الطمث (Menstrual Extraction):

في بعض الأماكن من العالم الغربي وخصوصاً الولايات المتحدة الأمريكية استخدم البعض إنهاء الحمل ذاتياً وقد استمدت هذه الطريقة من استخراج الطمث وفي هذه الطريقة تقوم المرأة بتمرير قثطار صغير خلال عنق الرحم باستخدام منظار مهبلي ومرآة وعند دخول القثطار إلى تجويف الرحم يتم توصيله بزراقة كبيرة فيتمكن الضغط السالب من إزالة البطانة الرحمية في اليوم الأول من الطمث. ونظرياً تسمح هذه الطريقة باختصار كل فترة الطمث إلى ساعات بدلاً من أيام، ولكن نادراً ما يكون الاستخراج كلياً وبالتالي يستمر الطمث لبعض الوقت، وقد تؤدي هذه الطريقة إلى مضاعفات مثل الخمج والإصابة نتيجة الخطأ في وضع القثطار.

ومن استخراج الطمث ابتكرت طريقة إنهاء الحمل ذاتياً فإذا ما تغيبت الفترة الطمثية تستطيع المرأة تمرير قثطار بعد بضعة أيام من الفترة الطمثية المتأخرة ثم يتم عمل الضغط السالب بنفس الطريقة، وتؤدي هذه الطريقة إلى إيقاف الكيس النامي وإلى استخراج الجنين أحياناً.

وفي أي من الأحوال لن يُستكمل الحمل بعد محاولة إنهاء الحمل ذاتياً.

وتعتبر هذه الطريقة من أخطر الطرق ولم يشع استخدامها في أوروبا حتى الآن.

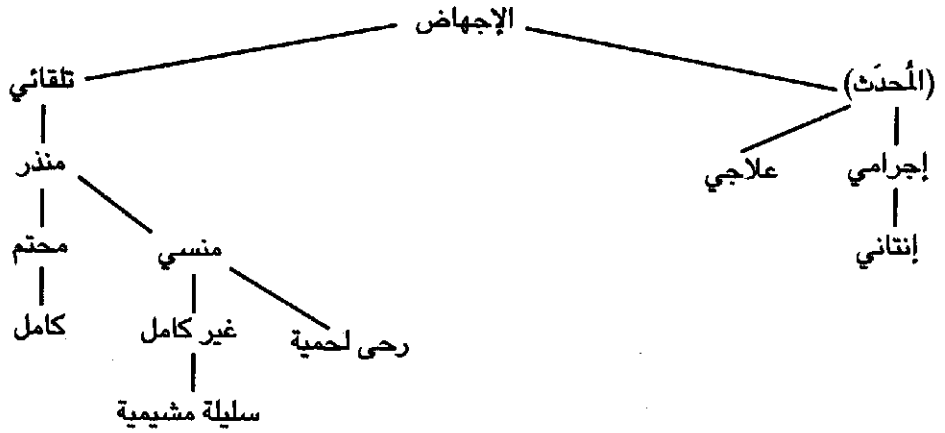
****

الفصل الثاني والعشرون

مضاعفات الحمل المبكر

الإجهاض

قد يعرّف الإجهاض بأنه إخراج نواتج الحمل قبل اكتمال 28 أسبوعاً من الحمل، وقد يساعد التقسيم البسيط التالي على تفهم المصطلحات المستخدمة.



مسببات الإجهاض التلقائي:

وتنقسم هذه المسببات إلى مسببات أمومية وجنينية وأبوية أو وراثية أحياناً.

مسببات أمومية:

وقد تكون عامة أو موضعية.

المسببات العامة:

قد يؤدي أي مرض حاد تصاحبه حمى خصوصاً عند وجود إنتانيمية (Sep-ticaemia) مع خمج بالجنين أو المشيمة، وقد يؤدي الزهري غير المعالج إلى

إجهاض متأخر بعد 20 أسبوعاً، وقد يستمر الحمل التالي إلى مدة أطول حتى تتم ولادة رضيع حي مصاب بزهري خلقي وقد يؤدي أيضاً كل من فرط ضغط الدم الشديد ومرضى الكلى مثل التهاب الكلوة المزمن والتهاب الكلوة والحويضة المزمن مع تدهور وظيفة الكلى إلى إجهاض متأخر، وأما الداء السكري وقصور الدرقية واعتلالات الغدد الصماء الأخرى فهي مسببات مريبة وقد يؤدي إلى الإجهاض أيضاً كل من الإصابات مثل السقوط أو الحوادث أو الضرب على البطن أوالعمليات الجراحية أو حتى الجماع وقد تلعب الصدمات العاطفية دوراً في ذلك.

وقد يؤدي تناول بعض العقاقير خصوصاً الإرجوت والكينين والرصاص إلى الإجهاض ورغم أن تأثيراتها مريبة إلا أنها تحمل مخاطر التسمم بدرجة كبيرة.

المسببات الموضعية:

وتتضمن الأورام التي تصيب أعضاء الحوض خصوصاً الليفومات الرحمية وأيضاً العيوب الخلقية بالرحم وتزحزح الرحم خصوصاً الإنقلاب الخلفي للرحم. وتعتبر لا كفاية الفوهة الداخلية لعنق الرحم والتي تعمل كمصرّة للرحم مسؤولة عن الإجهاض المتكرر أو المعتاد، وقد يكون ذلك وراثياً وقد يصاحب ذلك عيوب خلقية بالرحم أو عيوب مكتسبة نتيجة ولادة متعسرة أو عمليات جراحية بما في ذلك من توسيع لعنق الرحم وإدخال آلات معدنية إلى عنق الرحم أو بتر عنق الرحم أو المحاولات غير الدقيقة لعمل الإجهاض.

وقد اعتُبر عوز الهرمون أيضاً أحد مسببات الإجهاض خصوصاً عوز البروجستيرون، والأدل على ذلك أن الجسم الأصفر يقوم بإنتاج الإستروجين والبروجستيرون اللازمين بالتأكيد لتثبيت الجنين، وتقوم المشيمة بعد ذلك بالقيام بوظيفة الجسم الأصفر كغدة صماء في الوقت ما بين 84 و120 يوماً من الحمل. ويعتبر عوز الجسم الأصفر نظرياً المسؤول عن النزف في المراحل المبكرة من الحمل وفي الإجهاض، ولكن نجاح استمرار الحمل بعد الاستئصال الجراحي للجسم الأصفر عند الأسبوع السادس من الحمل يشكك في الدور الذي يلعبه هذا الجسم الأصفر في إبقاء الحمل، وقد يساعد قياس مستويات الإستروجين والبروجستيرون في البلازما عند توفر ذلك، كما تساعد دراسة خلايا المهبل أيضا أيضاً كدليل على المستوى الهرموني.

وقد اعتبر عوز حمض الفوليك أيضاً كمسبب للإجهاض ولذلك فقد يساعد تناول حمض الفوليك بجرعة 20 ملجم يومياً في بعض الحالات.

مسببات جنينية:

وأهم المسببات الجنينية للإجهاض هي العيوب الخلقية والعيوب الوراثية وعيوب المشيمة والانغراس المعيب كما يزداد الميل لحدوث الإجهاض التلقائي في حالات الحمل المتعدد.

العيوب الخلقية:

قد يظهر فحص الصبغيات في نواتج الإجهاض التلقائي وجود عيوب شديدة في كثير من الحالات فقد تحتوي الخلايا على عدد 69 أو 92 صبغي (التثلث أو التربع). ويعتبر ذلك سبباً شائع للإجهاض، ففي العديد من حالات الإجهاض يتضح فشل الجنين في النمو أو أنه قد تم امتصاصه وفي مثل هذه الحالات يحدث الإجهاض غالباً عند حوالي 8 أسابيع وعندما يكتمل الإجهاض يتضح أن كيس السلي ليس به جنين، وفي حالات أخرى توجب عيوب جسيمة بالجنين.

عيوب المشيمة:

قد يوضح فحص النسيج المشيمي في حالات الإجهاض درجات من التنكس العُداري (Hydatidiform Degeneration).

الانغراس الفاشل:

قد يحدث الانغراس في مكان غير مناسب بالرحم. وتؤدي المشيمة المنزاحة إلى الإجهاض في بعض الحالات وقد يحدث الانغراس في الأخريات عند القرن الرحمي أو في الجزء البيني من القناة، وتنتهي أغلب هذه الحالات بإجهاض تلقائي ولكن نادراً ما يتمزق القرن الرحمي مسبباً حالة تماثل حالة تمزق الحمل المنتبذ وقد تحدث نفس الصورة عند الانغراس في قرن الرحم الضامر.

توافق الأبوين:

هناك افتراض يقول بأنه في الحالات التي يحدث فيها إجهاض يميل عدد الأنطاف في الذكور إلى الإنخفاض مع نسبة كبيرة جداً من الأشكال غير الطبيعية، ولكن من الصعب إثبات ذلك ويبدو أنه من غير المؤكد مقدرة الأنطاف غير الطبيعية على تلقيح البويضة، ويجب أن يوضع في الاعتبار احتمال وجود عوامل وراثية، ومن المعروف وجود جينات مميتة في المملكة الحيوانية ولكن وجود مثل ذلك مازال غير

مؤكد في جينات الإنسان . ومن المحتمل أن تلعب العوامل الوراثية دور في الزوجين الذين يعانون من عقم غير مفسر أو أن الزوجة تعاني من مرات متتالية من الإجهاض بدون سبب واضح.

ومن غير المعروف للآن لماذا لا يتم طرد كل الأجنة من الرحم، فمن المحتمل وجود نوع من الحصر المناعي نتيجة الأضداد الدائرة والتي تقوم بحماية الجنين من الخلايا الليمفية الأمومية، فإذا ما كان هناك توافق مناعي بين الأب والأم قد يتوقف تكون هذه الأضداد فلا يحدث إحصار مناعي ولذا يجب فحص أية حالة من الإجهاض المتكرر فتحدد مجموعات الدم للأبوين وتحديد التوافق فإذا كان هناك توافق يتم زرق الخلايا الليمفية لتكوين أضداد الحصر وبالتالي تقوي الانغراس.

تكرر الإجهاض التلقائي:

تم عمل قياسات مختلفة لتكرر الإجهاض التلقائي وقد تأكد حدوث حالة في كل 17 وقد يكون حالة لكل خمسة أو أكثر من الإجهاض التلقائي.

المظاهر المرضية للإجهاض وطريقة التصرف فيه:

الإجهاض المنذر:

والعرض المميز هنا هو النزيف الرحمي الذي تسبقه أعراض وعلامات الحمل أي الضهى والغثيان والقيء وتضخم وألم الثديين وتكرر التبول وغالباً ما يكون النزيف بكمية قليلة وحتى عندما يكون النزيف بكمية كبيرة مع مرور تجلطات فيمكن أن يستمر الحمل. ولا يوجد ألم في أغلب الحالات باستثناء ألم بسيط بالظهر مع الإحساس ببعض التقلصات الرحمية المؤلمة.

وبالفحص قد يوجد نشاط بالثديين وعنق الرحم مغلق ولكن الرحم متضخم بحجم يتمشى مع مدة الضهى وقد يجس نبض في قبوات المهبل.

ويتجه التشخيص إلى الإجهاض المفقود عندما يكون الرحم أقل حجماً مما هو متوقع وإلى الحمل المنتبذ عندما يكون الإحساس بالألم يسبق النزيف وإلى نزيف رحمي اعتلالي الوظيفة مع تغيب علامات الحمل.

ومن المهم معرفة استمرار الحمل بصورة طبيعية، ويوضح الفحص بفائق الصوت وجود الجنين ويمكن قياس موجهة القند المشيمائية بالدم أو البول فتساعد على تأكيد التشخيص ويجب عمل هذه الاختبارات عند وجود أي شك في التشخيص، وأول طريقة للعلاج هو الراحة بالفراش حتى يتوقف أي نزيف ولبضعة أيام بعد ذلك ويمكن إعطاء مهديء مثل ديازيبام 2 ملجم ثلاثة مرات يومياً ومازال التساؤل عن فائدة إعطاء البروجستيرون يدور فقد افترض البعض نقص البروجستيرون كمسبب للإجهاض ولكن دون دلالات قوية ولا يفيد إعطاؤه بعد حدوث النزيف، وقد يؤدي البروجستيرون إلى احتجاز الجنين الميت أو غير الطبيعي وبالتالي يتسبب في إجهاض مفقود، وقد تؤدي البروجستيرونات الأندروجينية (الذكرية) إلى تذكّر الجنين الأنثى.

وعند وجوب إعطاء البروجستيرون يمكن زرقة على شكل هيدروبروجستيرون هيكسانوات (بروليوتون ديبو) 250 ملجم أو 500 ملجم ويكرر ذلك على فترات أسبوعية أو ديدروجسيترون (دوفاستون) 15 إلى 30ملجم بالفم يومياً، ويجب أن يستمر العلاج لمدة 16 أسبوعاً من الحمل على الأقل، ويظل محور العلاج الرئيسي هو الراحة والمهدئات، ويجب الاحتفاظ بأي شيء يتسرب من المهبل لمعاينته، ويجب على المريضة بعد توقف النزيف أن تتجنب الإجهاد والسفر، كما يجب تجنب الجماع على الأقل حتى 12 أسبوعاً من الحمل.

الإجهاض المحتم (Inevitable Abortion):

ويتميز بالنزيف والألم وقد يحدث تسرب للسائل السلي أيضاً وبالفحص يتبين أن فوهة عنق الرحم الداخلية متسعة ويمكن جس نواتج الحمل بالقناة العنقية وعند ذلك يكون الإجهاض حتمياً.

العلاج:

يفضل إدخال المريضة إلى غرفة العمليات وعمل تفريغ للرحم بالنسبة للحالات التي يحدث فيها إجهاض محتم قبل 12أسبوع، أما بعد ذلك فمن الأفضل أن يترك الإجهاض ليتم تلقائياً مع الاستعداد لتفريغ الرحم بعد ذلك عندما يكون الإجهاض غير كامل وإذا كان النزيف شديداً يمكن إعطاء إرجومترين 0.5 ملجم بالزرق العضلي أو 0.25 ملجم بالزرق الوريدي.

الإجهاض غير الكامل (Incomplete Abortion):

وهو يطلق على الإجهاض عندما يحتجز جزء من نواتج الحمل بداخل الرحم، وقد يلتصق النسيج المشيمي أو المشيمة بجدار الرحم مكوناً سليلة رحمية، وهنا قد توجد سيرة إجهاض سابق أو قد يلاحظ أن نواتج الحمل غير كاملة ويكون الغرض الرئيسي هو استمرار الدم بعد فترة من الضهى ويجب تفريق التشخيص من الإجهاض المنذر والحمل المنتبذ والنزيف الرحمي اعتلالي الوظيفة. ويمكن استخدام فائق الصوت لتوضيح التشخيص في الحالات المريبة والعلاج هنا هو التفريغ الرحمي بغرفة العمليات.

طريقة تفريغ الرحم في حالات الإجهاض غير الكامل:

يتم نقل المريضة إلى غرفة العمليات ويجب عمل نقل دم للمريضة عند وجود نزيف شديد مسبب لفقر الدم، ويجب إعطاء المضادات الحيوية في حالات الإنتان ومن الأفضل أن يبدأ ذلك قبل العملية بحوالي 12 إلى 24 ساعة، يتم تخدير المريضة ووضعها في وضع الانسداح (Lithotomy Position)، يتم عمل فحص باليدين للتأكد من وضع وحجم الرحم ومن عدم استمرار الحمل. يتم توسيع عنق الرحم ببطء ولا مكان هنا لاستخدام موسعات كبيرة خوفاً من إتلاف عنق الرحم وتمزقه وما يلي ذلك من لا كفاية ولذا يكفي التوسيع هنا إلى رقم 8 «هيجر» (8مم) أو إلى 10 على الأكثر، ويفضل تفريغ نواتج الحمل باستخدام مكشطة مجوفة متصلة بجهاز شفط ويمكن استخدام المكشطة المعدنية بحرص وذلك للتأكد من أن الرحم قد أصبح فارغاً تماماً، وتتضمن مخاطر العملية ثقب الرحم والخمج الذي قد يؤدي إلى إلتهاب الأبواق والإنتانيمية والنزيف والانصمام الهوائي ويمكن زرق الإرجرمترين لوقف النزيف أما عند حدوث نزيف شديد غير محكوم فيمكن عمل حشو للرحم والمهبل بالشاش ويترك ذلك لمدة تتراوح بين 12و24 ساعة.

الإجهاض الكامل (Complete Abortion):

في الإجهاض الكامل تخرج كل نواتج الحمل إلى المهبل ويصبح الرحم فارغاً، ويوجد قليل من النزيف والرحم صغير الحجم وعنقه مغلق أو مفتوح قليلاً، فإذا ما تم التأكد من أن الإجهاض كامل فإن العلاج يكون عبارة عن راحة بالفراش لبضعة أيام، أما عند وجود أي شك فمن الأفضل عمل تفريغ رحمي.

الإجهاض المنسي (Missed Abortion):

يحدث الإجهاض المنسي عندما يموت الجنين داخل الرحم أو يفشل في النمو وتظل نواتج الحمل محتجزة. وفي بداية الإجهاض المنسي يكون النزيف إلى داخل التجويف السلي أولاً الذي يصبح مملوءاً بجلطة دموية صفائحية وفي النهاية تتكون رحى لحمية أو لحيمية. وتكون الأعراض في البداية كأعراض الحمل ثم تقل الأعراض فيختفي الغثيان ويصبح الثديين أكثر ليونة ويظهر إفراز مهبلي بني غامق، وبالفحص يتبين أن عنق الرحم مغلق والرحم أصغر حجماً مما هو متوقع ويصبح اختبار الحمل سالباً في غضون 7 إلى 10 أيام.

ويجب التفريق عن رحى القناة والإجهاض غير الكامل أو الكامل والنزيف الرحمي الاعتلالي الوظيفي ويساعد في التشخيص فائق الصوت.

ويتكون العالج أساساً من تفريغ الرحم إذا كان الرحم أقل حجماً من حجم 12 أسبوع. أما الإجهاض المتأخر عن ذلك فيمكن حثه بإستخدام البروستاجلندينات على شكل فرازج مهبلية أو هلامات مهبلية، وهناك خطر كامن من عوز فيبرينوجين الدم في الحالات المتأخرة من الإجهاض المفقود.

الإجهاض الإنتاني (Septic Abortion):

يؤدي خمج التجويف الرحمي بعد الإجهاض إلى الإجهاض الإنتاني، وقد يحدث بعد الإجهاض التلقائي ولكن أغلب الحالات تنتج عن التدخل الإجرامي، وقد يؤدي انتشار الخمج إلى التهاب البوقين والتهاب صفاق الحوض والتهاب هللي أو التهاب الوريد الخثاري، وقد يحدث إنتانيمية وقيحيمية، والخمج بالكزاز (Tetanus) يؤدي إلى مظاهر المرض المثالية وقديكون خطيراً. والخمج بالمطثية الولشية غير نادر الحدوث في الإجهاضات الإجرامية وتتضح الصورة على شكل خمج شديد مع صدمة وتسرع قلبي، وقد يتكون الغاز في الرحم وقد يحدث انحلال دموي داخل وعائي سريع وزرام (Anuria) وتتضح صورة الصدمة الجرثومية في كل الأخماج الشديدة مع المخاطر التي تلي ذلك (الفصل 11)، وتتطلب مثل هذه الحالات العلاج القاطع ويفضل أن يتم ذلك في وحدة العناية المركزة.

يعتمد تشخيص الإجهاض الإنتاني على وجود سيرة إجهاض غالباً ما يكون إجرامياً ووجود أعراض خمج بالحوض وإنتانيمية مع ارتفاع بدرجة الحرارة

وزيادة عدد الكرات البيضاء وألم وإيلام بالحوض وإفراز عفن من الرحم مع نزيف أحياناً ويتطلب العلاج دخول المستشفى ويفضل العزل حتى يتم التعرف على طبيعة الخمج لمنع انتشاره، ويتم أخذ مزرعة من عنق الرحم ومزرعة من الدم في حالات الاعتلال الشديد، ويجب البدء فوراً في العلاج بجرعات كافية من المضادات الحيوية فيستخدم مزيج من الأموكسيسللين والكليندااميسين والمترونيدازول وقد يلزم تغيير المضاد الحيوي فيما بعد طبقاً لنتائج المزارع وحساسية الميكروبات المسببة، ولا تستخدم حالياً أمصال الموات الغازي (Gas Gangrene) إذ أن المضادات الحيوية الحديثة تكون أكثر فاعلية. وإذا ما كانت نواتج الحمل محتجزة يجب تفريغ الرحم ويجب عمل ذلك فوراً عند وجود النزيف أما فيما عدا ذلك فمن الأفضل الانتظار لبضع ساعات حتى يبدأ تأثير المضادات الحيوية.

الإجهاض الإجرامي (Criminal Abortion):

طبقاً للمعارضات والاستيناءات التي أقيمت ضد القانون الشخصي لسنة 1861 فإن أية محاولة للإجهاض سواء ذاتياً بالمرأة نفسها أو بشخص آخر يعتبر جريمة وقد يتم حثه باستخدام العقاقير أو بإمرار آلات إلى الرحم أو بإدخال أجسام غريبة مثل عرق نبات الملوخية الزلق إلى الرحم أو معاجين الصابون أو التوابل بمحاليل الصابون أو محاليل التعقيم وتكمن مخاطر الإجهاض الإجرامي فيما يلي: وقد تسبب بعض العقاقير المستخدمة تسمماً وقد تدخل بعض الميكروبات مسببة خمجاً هذا بالإضافة إلى مخاطر النزيف أو الانصمام بالهواء أو الصابون، ويجب على الطبيب الذي يتم استدعاؤه للتصرف في حالة الإجهاض الإجرامي أن يحترم ثقتها فيه وعدم إبلاغ الشرطة أو أي شخص إلا إذا كانت المرأة على وشك الموت أو تبدو كذلك، وعند ذلك يتم الإعلان عن الوفاة وإبلاغ الجهات المختصة.

الإجهاض المتكرر (Habitual Abortion):

يعتبر حدوث ثلاثة إجهاضات تلقائية متكررة إجهاضاً متكرراً، وقد يكون الإجهاض المتكرر أولياً عندما تكون المرأة لم يسبق لها ولادة أطفال أحياء أو ثانوياً وأهم أسباب الإجهاض المتكرر هي العيوب الخلقية بالرحم ولا كفاية عنق الرحم. وتأتي بعض النسوة بسلسلة من الأجنة التالفة حيث يتعرض الجنين إما لفشل النمو أو الوفاة في المراحل المبكرة من الحمل، ويعتمد التصرف في الإجهاض المتكرر على

الحمل، فإذا حدث إنذار بالإجهاض في المراحل المبكرة من الحمل فيجب على المريضة الراحة خصوصاً عند الوقت المتوقع فيه حدوث الطمث ويجب النصح بتجنب الإجهاد والجماع والسفر حتى الأسبوع الرابع عشر، وتجب مناطرة الحمل بانتظام باستخدام فائق الصوت للتأكد من وجود الجنين ونموه بشكل طبيعي، ويعتقد البعض أن الجرعات العالية من الڤيتامينات بما في ذلك حمض الفوليك تُحسن المشيمائية (Placentation) ورغم أن فائدة البروجستيرون غير مؤكدة إلا أنه إذا أعطى فيجب أن تكون الجرعة كافية ومستمرة (أنظر الإجهاض المنذر) وعموماً فإن الإجهاض المتكرر الناتج عن لا كفاية عنق الرحم يحدث بعد 12 أسبوعاً. وقد يتم التشخيص بين الحمل والآخر بالتصوير الرحمي البوقي الذي قد يوضح وجود عيب خلقي بالرحم. وقد توجد سيرة إصابة سابقة لعنق الرحم أو ولادة عسرة أو توسيع متكرر لعنق الرحم أو إجهاض إجرامي أو جراحات بعنق الرحم، وأثناء الحمل يتم وضع غرزة «شيرودكار» ويفضل ذلك عند حوالي السبوع العاشر من الحمل وتتم إحاطة عنق الرحم بغرزة من مادة لا تُمتص مثل النيلون أو السلك الصلب أو «البيرلون». وتظل الغرز في مكانها حتى 38 أسبوع من الحمل إلا إذا حدث إجهاض أو ولادة مبكرة فيتم إزالة الغرز فوراً حتى لا يتمزق الرحم، ويتم عمل غرزة «شيرودكار» للحالات التي تثبت فيها لا كفاية عنق الرحم أو بناء على سيرة إجهاضات سابقة. ويمكن إصلاح أي تمزق عميق بعنق الرحم بالرفاية بين الحمل والآخر وأما التشوهات الكبيرة بالرحم فيمكن إصلاحها جراحياً بعملية «شتراتزمان» (Stratzman's Operation).

المشورة في حالات الإجهاض:

من المهم إجراء المشورة لحالات الإجهاض في حالتين أساسيتين:

- المرأة التي حدث لها إجهاض تلقائي وكان الحمل مطلب مُلح لها والمرأة الحامل والتي لا ترغب فيه وتطلب الإجهاض العلاجي.

وقد يؤدي الإجهاض التلقائي إلى حالة من الحرمان حتى عند حدوثه في وقت مبكر، ومن المهم أن تتقبل المرأة وزوجها التفسير المقدم لما حدث وسبب الإجهاض إذا عرف وعند وجود سبب يمكن علاجه مثل الليفومات الرحمية فلابد من العلاج بأسرع وقت ممكن وإن كان من الأفضل إرجائها لحوالي ثلاثة شهور بعد الإجهاض وغالباً ما يشعر الزوجين باللهفة في الحصول على رضيع وغالباً ما يدور السؤال

حول التوقيت الملائم للمحاولة مرة أخرى وفي أغلب الحالات الطبيعية التي لا يوجد فيها سبب خطير تمكن المحاولة بمجرد حدوث دورة طبيعية للمرأة ولا يوجد ما يستدعي الانتظار لمدة بين ثلاثة وستة شهور كما كان ينصح سابقاً.

الحمل المنتبذ

يعرف الحمل المنتبذ (Ectopic Pregnancy) بأنه الحمل خارج الرحم بوجه عام وأكثر الأماكن حدوثاً هي قناة «فالوب» ولكنه قد يحدث أيضاً بشكل نادر في القرن الرحمي (انظر تحت عنوان الإجهاض) وفي المبيض وفي عنق الرحم أو ثانوياً في تجويف البطن والرباط العريض، ومن الوجهة العملية يمكن اعتبار الحمل المنتبذ بأنه حمل القناة (Tubal Pregnancy).

معدل الحدوث:

تتباين نسبة حدوث حمل القناة، فتصل نسبته في إنجلترا إلى حوالي واحد لكل 300 حمل وفي بلاد أخرى خصوصاً تلك التي تعج بالسود قد ترتفع نسبته إلى 1٪.

المسببات:

يتم إخصاب البويضة غالباً في قناة «فالوب» ثم تصل إلى الرحم في اليوم الخامس تقريباً وعند ذلك تكون الأرومة الغاذية (Trophoblast) قد نمت بدرجة تسمح بحدوث الانغراس، ويؤدي أي سبب يؤخر مرور البويضة المخصبة لتصل الرحم إلى حمل القناة.

ويعتبر الالتهاب البوقي (Salpingitis) أكثر الأسباب المؤدية لذلك ولكنه يجب ألا يكون شديداً ليسبب الانسداد الكامل للقناة ولكنه قد يتسبب في إتلاف أهداب القناة أو التواء أو ضيق القناة. كما يعتبر درن البوقين من الأسباب الهامة لأنه يؤدي إلى إتلاف القناة ولكنه يتركها مفتوحة.

وقد تؤدي العيوب الخلقية إلى حدوث خبيئات (Crypts) وارتوج (Diverticulae).

انتباذ البطانة الرحمية: قد توجد لطع من البطانة الرحمية بالقناة فتنغرس فيها البويضة.

إنغراس الجانب العكسي (Contra-Lateral Implantatioon):

قد تأتي البويضة المخصبة من أحد المبيضين لتمر إلى قناة الجانب الآخر، وبالتالي يستغرق مرورها إلى الرحم مدة أطول عن المعتاد مما يتيح زيادة نمو الأرومة الغاذية وبالتالي يحدث الانغراس بالقناة، وفي مثل هذه الحالة يكون حمل القناة على الجانب المعاكس للجانب الموجود فيه الجسم الأصفر.

الشكل المرضي:

لا يستطيع الجنين النمو بعد حجم معين بداخل القناة وتقوم الأرومة الغازية بغزو والتهام جدار القناة والأوعية الدموية مما يحتم حدوث النزيف وقد ينتهي حمل القناة بأحد الطرق التالية:

الامتصاص: من المحتمل حدوث الامتصاص لحمل القناة المبكر.

رحى القناة (Tubal mole): وهو إنهاء شائع لحمل القناة حيث يموت الجنين بداخل القناة ويحتجز مع كمية من الدم بداخلها وتشبه هذه الحالة الرحى اللحمية للإجهاض المنسي.

قيلة دموية بالحوض: ويكون هنا النزيف شديداً ويكوّن تجمعاً دموياً بتجويف الحوض وغالباً ما يصاحب ذلك إجهاض القناة فيتم طرد جزء أو كل نواتج الحمل من القناة إلى التجويف الصفاقي.

تمزق القناة: وهو النهاية المفاجئة الغالبة لحمل القناة رغم أن ذلك أقل حدوثاً من رحى القناة أو إجهاض القناة، وفي الحقيقة لا تتمزق القناة ولكن يحدث نزيف حاد داخل الصفاق نتيجة تآكل شريان وغالباً ما يكون الحمل منغرساً في برزخ القناة.

الحمل البطني الثانوي: وهذا أندر الأنواع على الإطلاق وفيه يتم طرد الجنين كُلية من القناة ويكتسب ارتباطاً ثانوياً بتجويف الصفاق ويعتبر حمل البطن

المكتمل هو أندر الحالات في ممارسة التوليد وقد رصدت حالات عديدة تمت فيها ولادة أطفال طبيعيين ومن تجويف الصفاق ولكن في كثير من الحالات تمت ولادتهم بعيوب وتشوهات كبيرة أو ماتوا قبل الولادة، وعند موت الجنين بداخل تجويف البطن يتكون الطفل المتحجر (Lithopaedion) وقد أفادت بعض التقارير عن خروج عظام جنينة من شرج الأم.

المظاهر المرضية:

تتكون الصورة التقليدية للحمل المنتبذ من ثلاثية الأعراض الآتية:

- ضهى مشابه لما يحدث في الحمل وغالباً ما يكون ذلك لمدة ستة أسابيع.
- ألم ويتميز بأنه يكون تقلصياً أو مغصياً في البداية وعلى جانب واحد غالباً ويكون ذلك غالباً نتيجة تقلص عضلية القناة.
- نزيف: عندما ينغرس الحمل بالقناة تتحول البطانة الرحمية إلى الساقط (Decidua) وعندما يموت الجنين ينفصل الساقط، وغالباً ما يكون النزيف شحيحاً وأقل من الطمث الطبيعي ولونه بني غامق.

أما **العلامات الطبية** للحمل المنتبذ الساكن فهي:

يوجد بعض النشاط بالثديين وبفحص البطن يتبين وجود إيلام بسيط فوق مكان القناة، وبالفحص باليدين يكون عنق الرحم ليناً والرحم متضخماً قليلاً وقد يوجد رشح دموي داكن من الفوهة الخارجية، وتجس القناة التي بها الحمل كتورم مؤلم على جانب من جانبي الرحم، وقد تكون العلامة المميزة هي وجود نبض شرياني على جانب واحد بقبو عنق الرحم نتيجة زيادة تدفق الدم خلال الأوعية الدموية على هذا الجانب.

ويمكن لرحى القناة أن تعطي نفس الصورة المرضية ولكن الرحى غالباً ما تجس بسهولة كتورم مؤلم بالقبو الوحشي للمهبل.

التشخيص التفريقي:

قد يخلط بين الحمل المنتبذ وبين كل ما يلي:

جسم أصفر نزفي ونزيف بداخل كيسة مبيضية صغيرة وزائدة دودية حوضية والإلتهاب البوقي والإجهاض الرحمي غير الكامل.

تتكون القيلة الدموية بالحوض من تجمع من الدم في تجويف الحوض وتتكون طبقة من الفيبرين على سطحها مكونة التصاقات قليلة بالأمعاء وتظهر على صورة ألم بالبطن والحوض ويمكن جس ورم بالبطن وبالفحص باليدين يمكن جس القيلة الدموية كورم لين غير محدد ومهما كان حجمه فإنه يزيح الرحم إلى الجهة الأخرى من الحوض ولذا يجب تفريقها من الرحم الحامل المقلوب للخلف ومن التواء أو نزيف الكيسة المبيضية ومن التقيح البوقي ومن ليفوم متنكس أو سرطان المبيض.

ويمثل تمزق الحمل المنتبذ الحاد كارثة بطنية فتصاب المريضة بالإغماء مع ألم شديد بالبطن وشحوب وصدمة عصبية ونبض سريع وانخفاض ضغط الدم وعوز للهواء وقد يتسرب الدم لمنطقة تحت الحجاب الحاجز مما يسبب ألماً بالكتف. وتكون البطن منتفخة بدرجة قليلة ومؤلمة ومتيبسة.. ولكن الرحم قد يكون متضخماً وقد يجس ورم مؤلم آخر بخلاف الرحم والتفريق هنا يكون من أية كارثة أخرى بالبطن مثل تمزق أحد الأحشاء أو الالتهاب الصفاقي الحاد. وغالباً ما تكون الصورة المرضية واضحة بدرجة تمكن من التشخيص دون أية صعوبة.

التشخيص:

ويمكن التشخيص بناء على الملاحظات المرضية بالإضافة للاختبارات المعاونة في التشخيص مثل اختبار الحمل ومنظار جوف البطن التشخيصي مع الاستعداد لفتح البطن عند مشاهدة حمل القناة أو دم بالحوض. كما يساعد كذلك فائق الصوت في استبعاد حمل القناة عند مشاهدة كيس داخل الرحم.

العلاج:

يتم علاج حمل القناة بفتح البطن وإزالة القناة المصابة في أغلب الحالات، ولكن عندما تكون القناة مفتوحة وغير تالفة فمن الممكن الحفاظ عليها وتركها لإعطاء فرصة الحمل مرة أخرى للمرأة.

وفي حالة النزيف الشديد فلابد من نقل المريضة إلى غرفة العمليات وغالباً ما

تكون محاولة الإنعاش عديمة الفائدة وتؤدي إلى زيادة النزيف ولذا يتم تجهيز التستيل الوريدي ونقل الدم بأسرع وقت ممكن ومن المحتمل جمع الدم المتسرب من تجويف الصفاق لإعادة زرقة وريدياً، ويلزم في أغلب الحالات إزالة القناة المصابة باستثناء الحالات التي ترغب الأم فيها في إنجاب الأطفال والقناة الأخرى منعدمة أو غير صالحة، ولكن مساوئ ذلك هو احتمال تكرر الحمل المنتبذ.

وقد يحدث حمل القناة وحمل داخل رحمي طبيعي في نفس الوقت.

الرحى العدارية (الرحى الحويصلية)

الرحى العدارية (Hydatidiform Mole): عبارة عن ورم حميد من المشيمة يحدث بنسبة تتراوح بين حالة في كل 2000 إلى حالة كل 2500 حمل. وقد يتواجد كلا الجزئين من المشيمة (الأرومة الغاذية الخلوية "Cytotrophoblast" التي تغطي الزغابات المشيمية والأرومة الغاذية المخلوية "Syncytiotrophoblast") بدرجات متفاوتة. وتتعرض الزغابات للتنكس الكيسي أو الموى وقد وصفت الرحى بأنها تشبه الأعناب البيضاء التي تطفو في هلامة عنبية حمراء نتيجة حدوث لبعض النزيف بداخلها. وتتباين الرحى العدارية بدرجة كبيرة في معدل النمو وفي كمية موجهة القند المشيمائية الناتجة وفي درجة غزو جدار الرحم. وفي أغلب الحالات لا يتضح وجود الجنين ولكن من المحتمل حدوث تنكس عداري بالمشيمة في حالات الإجهاض، وقد سُجلت حالات ولادة رضيع طبيعي مع رحى عدارية وتظهر هذه الحالة أكثر شيوعاً بين نساء الشرق الأقصى بالمقارنة بالمناطق الأخرى في العالم وفي هذه الأجناس يكون التحول الخبيث أيضاً أكثر شيوعاً.

المظاهر المرضية:

تشمل المظاهر المرضية الضهى الذي يليه نزيف مستمر أو متقطع كما تحدث أيضاً أعراض الحمل الأخرى مثل القيء وتغيرات الثدي وقد يكون القيء شديداً وقد يحدث أحياناً تسمم حمل، وغالباً ما يكون الرحم أكبر حجماً من التاريخ المحدد. وقد تتكون كيسات بالقراب الأصفر في المبيضين، ويزيد نزول موجهة القند المشيمائية في البول. وعموماً فإن اختبار الحمل الإيجابي في البول حتى تخفيف 200:1 يكون مؤكداً بين 6 و16 أسبوعاً وبالفحص يتبين أن الرحم متضخم ويجس

ليناً ولكن لا تجس أي أجزاء جنينية أو تتضح بأشعة إكس. وقد يمر جزء من الرحى تلقائياً وهذا يؤكد تشخيص الحالة ويساعد كذلك فائق الصوت في توضيح انعدام الجنين ولكنه غير مفيد في التشخيص التفريقي.

العلاج:

يجب تفريغ الحمل تماماً في كل الحالات. وإذا ما حدث تفريغ تلقائي فيجب شفط الرحم وكشطه بعناية، ويمكن التعامل مع الرحى السليمة بشفطها باستخدام قثطار «كارمان» ثم كشط تجويف الرحم برفق للتأكد بقدر الإمكان من إزالة الرحى كلية، ويجب إعطاء الإرجومترين لتقليل النزيف ويعتبر استخدام الشفط أكثر الطرق أماناً لتفريغ الرحم كما أنها تحمل أقل مخاطر ثقب الرحم. وتتضمن المخاطر النزيف الذي قد يكون شديداً والقيحية وثقب الرحم والإنصمام الهوائي والتفريغ غير الكامل للرحم، ويلزم عمل كشط ثاني بعد ما يتراوح بين 2 و4 أسابيع للتأكد من الإزالة الكاملة للرحى. ونادراً ما يتم فتح الرحم حالياً إلا في الحالات التي يكون فيها شك في خبث الرحى. ومن الممكن استئصال الرحم والرحى في مكانها بالنسبة للنساء اللاتي لا يرغبن في أطفال أو في حالات النزيف داخل الصفاقي مع الرحى الثاقبة.

المتابعة:

تحت متابعة المريضة وذلك بالقياس المنتظم لوحدات بيتا من موجهة القند المشيمائية الآدمية (HCG) لمدة عامين كما يجب تجنب الحمل لمدة عام على الأقل، ويجب عمل الاختبارات شهرياً في خلال الأشهر الستة الأولى ثم بعد ذلك كل شهرين، ويشير استمرار وجود HCG بعد مرور شهر واحد إلى أن التفريغ الرحمي غير كامل أو التحول للخبيث، وقد يشكل حدوث حمل طبيعي آخر صعوبة في التشخيص إذا ما تحول الاختبار السالب سابقاً إلى موجب. ويجب على المرأة أثناء فترة المعاينة أن تمتنع عن تناول حبوب منع الحمل أو استخدام وسائل منع الحمل داخل الرحمية ولذا يجب استخدام طرق العزل لمنع الحمل.

الغدوم المشيمائي المدمر (الرحى الغازية) "Invasive mole":

قد يظهر في بعض حالات الرحى العدارية نشاط أرومي غازي كبير مما يؤدي إلى اختراق الجدار الرحمي، وقد وصف لذلك ثلاثة أنواع: النوع الأول وتظهر فيه الرحى المتغلغلة البسيطة التي تسبب تضخم الرحم والنزيف مع اختبار موجب للحمل وقد يتطلب ذلك الاستئصال الرحمي والنوع الثاني تظهر فيه علامات التقهقر ويصبح اختبار الحمل سالباً، أما النوع الثالث فيتم فيه اختراق جدار الرحم والتغلغل إلى الصفاق والمنطقة جار الرحمية مما يؤدي إلى النزيف الداخلي ويكون مستوى وحيدات بيتا من HCG مرتفعاً، وتتطلب مثل هذه الحالات الاستئصال الرحمي السريع.

السرطان المشيمائي (Choriocarcinoma):

وقد سبق التطرق لهذا الورم الخبيث في الفصل التاسع، فيغزو هذا الورم جدار الرحم وتنتشر نقائله بسرعة عبر تيار الدم، ونادر ما تتكون الأورام الأولية لها بالمبيض أو الخصية كنوع من المسخوم (Teratoma).

ومن حسن الحظ فإن هذا الورم يعتبر نادراً وتكون 40٪ من الحالات تالية للرحى العدارية و37٪ تالية للإجهاض و23٪ تلي الحمل المكتمل، ويكون النزيف الرحمي هو أكثر الأعراض حدوثاً. وقد تتضح النقائل بسرعة ويتكون أغلبها بالرئتين والمهبل وقد يتسع انتشارها لتصيب الكبد والجهاز العصبي المركزي وتكون اختبارات الحمل إيجابية وتوضح القياسات المناعية المشعة مستويات مرتفعة جداً من وحيدات البيتا من موجهة القند المشيمائية.

ويعتبر السرطان المشيمائي شديد الحساسية للعقاقير السامة للخلايا وأصبحت قابلة للشفاء في أغلب المريضات.

والنساء اللاتي بهن المرض ولكن بدرجة قليلة من الخبث وتم علاجهن بعقار الميثوتركسات قد يحتفظن بخصوبتهن ويستطعن الحمل والولادة مرة أخرى.

ويعتبر قياس وحيدات البيتا من HCG بالمصل أو البول علامة للورم وبالتالي اختبار للشفاء.

ومن الأفضل إعطاء العلاج الكيميائي على شكل وحدات مخصصة للاستخدام، تعطى أمزجة من العقاقير، فالميثوتركسات هو أول خط هجومي للورم ويمكن مزجه مع الڤينكرستين أو السيكلوفوسفاميد أو الأكتينوميسين د أو المركبتوبيورين. ومع العالج الحديث أصبح من النادر الآن اللجوء إلى استئصال الرحم فيما عدا الحالات التي تكون بها أورام ضخمة تسبب نزيفاً شديداً وعندما تكون الاستجابة للعلاج الكيميائي ضعيفة ويمكن التحكم في النزيف الرحمي الشديد بوضع الراديوم أو السيزيوم بداخل التجويف الرحمي.

****

الفصل الثالث والعشرون

دراسة الغدد الصماء السريرية

تحظى دراسة الغدد الصماء السريرية بالتقدم المثير في تشخيص وعلاج العديد من أمراض النساء، وكان ذلك نتيجة التقدم الذي حدث في القياسات الدقيقة لمستويات الهرمونات وتوفر الوسائل العلاجية المختلفة خلال السنوات الأخيرة، وسيتم في هذا الفصل التعرض لطرق العلاج التي تستخدم طبقاً للتشخيص الدقيق للحالات.

الوطـــاء

يكمن مركز التحكم الرئيسي لتناسل الإنسان بداخل الوطاء (Hypo-thalamus)، كما يوجد بالوطاء أيضاً كل من السيروتونين وأمينات الكاتيكول النورأدرينالين والدوبامين، ويعمل الدوبامين كوسيط لإفراز الهرمون المطلق لموجهة القند (GNRH) وتوجد آلية تلقيم راجع للوطاء بواسطة هرمونات الإستروييدات المبيضية التي تثبط الهرمون المُطلِق وبالتالي إفراز النخامية الأمامية.

الهرمونات المُطلقة:

تمر العوامل المطلقة من الوطاء إلى الغدة النخامية الأمامية من خلال الدوران البابي النخامي، وأول ما أمكن التعرف عليه هو العامل المطلق للثيروتروبين (T.R.F.). والعامل المطلق لموجهة القند عبارة عن ببتين عشاري ذو وزن جزيئي يصل إلى 1182 وهو غالباً GNRH الذي يطلق كل من هرمون حث الجريبة والهرمون الملوطن.

الهرمونات موجهة القند:

هرمون حث الجريبة (F.S.H):

وهو بروتين سكري يذوب في الماء وله وزن جزيئي يبلغ حوالي 70.000، وهو مسؤول في الإناث عن نمو وتكوين الجريبات الأولية لتكون جريبات «جراف» وهذا الهرمون يعمل بترابط مع الهرمون الملوتن، أما في الذكور فيؤدي إلى نمو وتميز الطلائية الجرثومية.

الهرمون الملوتن (LH):

وهو بروتين سكري يذوب في الماء وله وزن جزيئي يصل إلى 40.000 وهذا الهرمون يحث عملية التبويض (بعد نضوج الجريبة بواسطة FSH) وإفراز الإستروجين من الخلايا المحبة كما يساعد على نمو وإبقاء الجسم الأصفر، ويمكن تميز تدفق LH كسابق للتبويض، وفي الرجل يحث هذا الهرمون الخلايا البينية بالخصية.

البرولاكتين:

وهو عبارة عن بروتين يذوب في الماء يصل وزنه الجزيئي إلى 26000، ولا يختلف مستواه أثناء الدورة الطمثية ولكنه هرمون متدفق إذ أن إفرازه اندفاعي يتدفق مع النظم النهاري، ويلعب البرولاكتين دوراً في الرضاعة، فالرضاعة أو حتى حث الثديين يزيد إنتاج اللبن كما أن الهرمون يثبط التبويض ولذلك فإن النساء المرضعات يكن عقيمات ولا يطمثن غالباً، وقد يكون الإفراز غير الطبيعي للبرولاكتين ناتجاً عن غدوم النخامية وقد يكون ذلك غدوم مجهري صغير أو قد يكون كبيراً بدرجة تؤدي إلى الضغط على الأعصاب البصرية، وقد يحدث فرط البرولاكتين بعد استخدام بعض العقاقير خصوصاً الفينوثيازينات، ويؤدي ذلك إلى تثبيط إفراز FSH و LH وينتج عن ذلك ضهي وثُر اللبن وقد يُثبط إفراز البرولاكتين غير الطبيعي بالبروموكربتين والليڤودوبا وكلاهما للدوبامين.

موجهة القند المشيمية (Placental Gonadotrophin):

يتم إخراج موجهة القند المشيمية في بول النسوة الحوامل ويمكن الكشف عنها في المصل بدءاً من وقت الانغراس وحتى 96 ساعة بعد الولادة، وهذا الهرمون هو عبارة عن بروتين سكري ذو وزن جزيئي يصل إلى حوالي 100.000 ويحتوي على الجلاكتوز والهكسوز وهو يحث على التلوتن ولكنه لا يحث نمو الجريبة أو التبويض في الإنسان.

وقد ابتكرت عدة اختبارات للحمل تعتمد على وجود موجهة القند المشيمائية في البول والإختبار الأكثر دقة هو المقايسة المناعية الإشعاعية لوحيدات البيتا من HCG بالدم ويستخدم هذا الاختبار أساساً لمتابعة حالات السرطان المشيمائي ولتشخيص الحمل المنتبذ (الفصل 22).

موجهة القند اليأسية الآدمية "Human Menopausal Gonadotrophin (HMG)":

يحتوي بول النساء في سن اليأس وبعد سن اليأس على كمية كبيرة من هرمون HMG الذي ينطلق عند انخفاض إنتاج الهرمونات السيترويدية من المبيضين. وتخرج المرأة في اليأس أو بعد استئصال المبيضين كمية تتراوح بين 200 و 400 وحدة دولية يومياً.

الاستخدامات السريرية للهرمون المطلق لموجهة القند:

يستخدم الهرمون المطلق لموجهة القند والمعروف عقارياً بالجونادوريلين (فرتيرال) في بعض المراكز المتخصصة في الغدد الصماء فقط وقد يعطى مرة واحدة بالزرق الوريدي كاختبار لاحتياطي النخامية حيث يلي ذلك قياس هرمونات النخامية. كما يستخدم أيضاً في علاج ضهى الوطاء الوظيفي والعقم الناتج عن الإخفاق الوطائي ويعطى بواسطة الضخ الإنقباضي المتقطع بالتسريب تحت الجلدي أو داخل الوريدي وموجهات القُند الطبيعية يجب إعطاؤها بالزرق وهي تستخدم في علاج العقم بالنسوة اللاتي بهن ضهى أو انعدام التبويض أو للإخصاب الطبيعي.

والعلاج غالباً باستخدام موجهة القند اليأسية الآدمية (HMG) من بول النساء في سن اليأس أو موجهة القند المشيمية الآدمية من بول النساء الحوامل،

وقد استخدمت أيضاً خلاصات من النخامية الآدمية عند الوفاة (HPFSH). أما خلاصات نخاميات الحيوانات فمستضدية في الإنسان ولم تعد تستخدم.

وغالباً ما تخرج موجهات القند الآدمية الطبيعية مع مواد أخرى موجهة للقند.

المواد موجهة القند الأخرى:

سترات الكلوميفين (كلوميد، سيروفين) (Clomiphene Citrate):

وهو مناظر (Analogue) لكلوريد ثلاثي الأنيسين الإستروجين (TACE) ويعتقد أنه يعمل على الوطاء بالتنافس مع الإستروجين الداخلي الذي يثبط إطلاق FSH وبالتالي يحفز إفراز FSH وLH من النخامية مما يؤدي إلى التبويض، وهو يستخدم للحث على التبويض في النسوة اللاتي بهن عقم انعدام التبويض كما يستخدم في متلازمة المبيض متعدد الكيسات وقد يستخدم أيضاً في حالات الضهى التي قد تكون كنتيجة للقهم العُصابي أو كنتيجة لإيقاف حبوب منع الحمل. وقد يكفي لذلك دورة علاجية واحدة تتكون من 50 ملجم يومياً لمدة خمسة أيام. أما العلاج لفترات أطول فيستخدم للنساء اللاتي يرغبن في الحمل. ويستخدم العقار في حالات العقم (الفصل 17) على شكل دورات علاجية طويلة بجرعات تصل إلى 200 ملجم يومياً لمدة 5 أيام إعتباراً من اليوم الثالث للطمث ولكن لا يجب إعطاؤه لأكثر من 6 إلى 7 دورات، وهناك إحتمال فرط حث المبيضين إذ تصل نسبة الحمل المتعدد إلى حوالي 7٪ من النساء اللاتي يحملن نتيجة لاستخدام هذا العقار، وتتضمن الأعراض الجانبية التورد الحار وعدم الارتياح بالثديين والحوض وزغللة بالعينين وطفح جلدي وأعراض بالجهاز العصبي المركزي.

والكلوميفين عديم التأثير في النسوة اللاتي بهن إخفاق نخامي أولي أو مبيضي أولي. وتجب الملاحظة بحرص أثناء العلاج والكشف الدوري بقياس مستويات الهرمونات، ولا يجب استخدام الكلوميفين لعلاج العقم بشكل روتيني دون استخدام الاستقصاءات الكافية ولا تجب الإطالة في استخدامه.

ويمكن دعم علاج الكلوميفين بزرق HCG (جونادوتروفون LH، برجنيل، بروفاسي) 10.000 وحدة دولية في اليوم السابع أوالعاشر بعد آخر قرص من الكلوميفين وذلك لمعاونة إسراع وتقوية مرحلة التلوطن، ويستخدم ذلك في الإخصاب الحيوي للحث على تعدد التبويض.

سترات التاموكسيفين (نولفاديكس، تاموفين، نولتام) (Tamoxifen Citrate):

التاموكسيفين هو عقار آخر يتنافس مع الإستروجين على أماكن الارتباط وله نفس التأثير المماثل للكلوميفين وقد يستخدم في نفس المجالات، وأهم استخداماته هي علاج سرطان الثدي وخصوصاً السرطانات التي تعتمد وتتأثر بالإستروجين

سيكلوفينيل (ريهيبين) (Cyclofenil):

وهذا هو أحدث عقار مضاد للإستروجين وهو يدخر حالياً للاستخدام بالمستشفيات. وتأثيراته تماثل تأثيرات الكلوميفين ويتم إعطاؤه بجرعة تصل إلى 20ملجم لمدة 10 أيام بدءاً من اليوم الثالث من الطمث يليها 20 يوم بدون عقار وذلك لمدة ثلاث دورات على الأقل.

إنهيبين (Inhibin):

وهو بروتين ببتيدي يثبط إفراز FSH ويستخدم في بعض المراكز المختصة بالغدد الصماء فقط.

بُسيرلين (سوبرفاكت) (Buserelin):

والبسيرلين هو مناظر لهرمون إطلاق موجهة القند (GNRH) الذي يثبط إفراز موجهة القند ولذا فإن هذا العقار له تأثير عزل النخامية ويستخدم في بعض مراكز الغدد الصماء لعلاج عقم إنعدام التبويض ولكنه عقار ليس متداول للاستخدام في ممارسة طب النساء وهو متوفر للإعطاء بالزرق أو على شكل بخاخة للأنف (سوبرفاكت) ويستخدم العقار أيضاً لعلاج سرطان البروستاتا المتقدم لتثبيط إفراز التستوسيترون.

بروموكريبتين (بارلوديل) (Bromocriptine) :

البروموكريبتين هو محث المستقبلات الدوبامينية التي تثبط إفراز البرولاكتين بالنسوة اللاتي بهن فرط البرولاكتينيمية وبالتالي يؤدي إلى إطلاق FSH و LH، وقد يستخدم في ضخامة النهايات لتقليل هرمون النمو بالدوران، كما يستخدم العقار أيضاً لتثبيط در اللبن بجرعة 2.5 ملجم في يوم الولادة ثم 2.5 ملجم مرتين يومياً لمدة 14 يوماً. ويجب تحذير النساء من أن التبويض قد يحدث مبكراً وبالتالي الحذر من حدوث حمل وفي هذه الحالة يجب استخدام موانع الحمل العازلة وليس الحبوب.

وقد اتضح أن البروموكريبتين ذو فائدة في النساء اللاتي بهن ضهى وثرُ اللبن وبهن مستويات مرتفعة من البرولاكتين في الدم، ويقاس البرولاكتين بالمقايسة المناعية الإشعاعية (Radio-Immuno Assay) فإذا كان المستوى أعلى من 1000 وحدة دولية فمن المحتمل وجود غدوم نخامي يفرز البرولاكتين ويجب عمل أشعة مقطعية للحفرة النخامية وقد يتطلب هذا الورم العلاج الجراحي ولكن عند وجود غدوم مجهري يمكن العلاج باستخدام البروموكريبتين. وتكون الجرعة الأولية 2.5ملجم ثم تزيد إلى 2.5 ملجم مرتين يومياً فإذا لم تكن الاستجابة كافية فيمكن زيادة الجرعة ولكن الأفضل ألا تتعدى 30 ملجم يومياً ويتم إعطاء العلاج بصفة مستمرة على أن يتم إيقافه بمجرد تأكد الحمل، ويجب ملاحظة النسوة اللاتي يحملن باستخدام البروموكريبتين أثناء فترة الحمل خوفاً من حدوث تضخم سريع بالنخامية وبالتالي الضغط على العصب البصري.

هرمونات المبيض

الإستروجينات:

يمكن وصف الإستروجين بأنه الهرمون الذي يسبب الوِدَاق (Oestrus) (الدورة النزوية) بالحيوانات في النساء يتم إنتاج الإستروجينات بكميات قليلة طوال الحياة أما أماكن الإنتاج الرئيسية فهي الخلايا المحببة والخلايا الملوتنة (الصفراء) بالمبيض وبالقشرة الكظرية ومن المشيماء أثناء الحمل، ويقوم المبيض أثناء الحياة التكاثرية بإنتاج كميات كبيرة من الإستروجين أما بعد اليأس فيقل إنتاج الإستروجين.

والتأثيرات العامة لهرمون الإستروجين على الجهاز التكاثري الأنثوي هي زيادة النمو والتعدد وأكثر التأثيرات ملاحظة تكون على عضلية الرحم والبطانة الرحمية وقنوات الثدي بالإضافة لنمو المهبل والفرج أثناء الطفولة، وبالمشاركة مع الستيرويدات الأخرى يعمل الإستروجين على إحتجاز الماء والنيتروجين والصوديوم، كما يلعب الإستروجين دوراً هاماً في عملية أيض الكالسيوم وتكوين العظام ويعتمد أيض الكولسيترول ودهون الدم على مستوى الإستروجين بالدم. وهناك تلقيم راجع للوطاء بحيث تتموج مستويات FSH و LH طبقاً لعلاقتها بمستويات الإستروجين.

وهناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن الإستروجين خصوصاً بدون مصاحبة البروجستيرونات يعمل كمادة مسرطنة للبطانة الرحمية والثدي.

الإستروجينات الطبيعية:

كل الإستروجينات الطبيعية هي عبارة عن مركبات من الستيرويد «إيسترون» (Oestrone) الذي له مجموعة ميثيل عند ذرة الكربون رقم 13 بالحلقة الستيرويدية.

الإستراديول (Oestradiol): وهو الشكل الذي يفرز عليه غالباً الإستروجين من المبيض هو ثنائي هيدروكسي الإسترين.

كما يُنتج الإيسترون أيضاً بالمبيض وهو عبارة عن كيتو ـ هيدروكسي الإسترين الإيستريول (Oestriol) هو الناتج الإخراجي النهائي وهو عبارة عن ثلاثي ـ هيدروكسي الإسترين. وأثناء الحمل تمر الستيرويدات الجنينية عبر المشيمة ليتم إخراجها بواسطة الأم على شكل إيستريول ولذا فإن قياس الإيستريول الأمومي يمكن أن يستخدم كاختيار لحالة الجنين.

والإستروجينات الطبيعية لا تذوب في الماء وتكون غير نشطة نسبياً بالفم إلا مع مزيج. وقد تعطى عن طريق الزرق ولكن تأثيرها غير مؤكد، وقد تُغرس حبيبات تحتوي على الإستراديول بالعضل في حالات عوز الإستروجين، كما تتوفر منه فرازج وكريمات للإستخدام المهبلي.

الإستروجينات الصناعية:

تم تصنيع عدد كبير من المواد الصناعية التي لها نفس الخصائص الإستروجينية. وتضم المنتجات الأولية الهيدروكربونات ثنائي ـ إيثيل الستيلبو إسترول (Diethylstilboestrol) وهيسكوإسترول (Hexoestrol) وداي إنوإسترول (Dienoestrol) وقد أشارت بعض الدوائر إلى هذه المركبات مُسرطنة ولذا قلما تستخدم في الوقت الحاضر بإستثناء كريم الداين إسترول (أورثو ـ داين إسترول) 0.01٪ الذي يستخدم لعلاج الالتهاب المهبلي الضموري.

والإيثينيل إستراديول هو عبارة عن إستروجين شبه صناعي ذو تأثير قوي وهو الإستروجين الأكثر استخداماً وهو من مكونات بعض موانع الحمل بالفم (الفصل 19).

والميسترانول (Mestranol) هو ثلاثي ميثيل الإستر إثينيل الإستراديول وهو يستخدم في بعض موانع الحمل بالفم المختلطة.

الكينيسترادول (Quinestradol) (بنتوفيس) 0.25 ملجم كبسولات هلامية تستخدم لعلاج الإلتهاب المهبلي الضموري.

الكينيسترول (Quinestrol) (رستروفيس) 4 ملجم أقراص كانت تستخدم لتثبيط در اللبن.

الاستخدامات السريرية للإستروجينات:

يمكن استخدام الإستروجينات في علاج العديد من الحالات إما منفردة أو ممزوجة مع البروجستيرونات ولكن طبقاً للقواعد التالية:

يكون الأطفال قبل البلوغ والنساء في سن اليأس أكثر حساسية لفعل الإستروجينات ولذا يجب استخدامها بجرعات منخفضة للحصول على التأثير المطلوب ويصل متوسط الجرعة المستخدمة للمرأة البالغة ذات الرحم السليم إلى 0.05 ملجم إيثينيل إستراديول مرتين يومياً. وقد يؤدي ذلك إلى حدوث نزيف انسحابي بعد أسبوعين أو ثلاثة من العالج، وتتحمل المرأة الحامل كميات كبيرة من الإستروجين. وللإستروجينات تأثيرات جانبية مختلفة أخطرها على الإطلاق هو زيادة عوامل التجلط الدموي وما تحمله من مخاطر الخثار والانصمام في الحالات المعرضة لذلك، وقد تتفاعل الإستروجينات مع بعض العقاقير التي تقلل تأثيراتها مثل بعض المضادات الحيوية ومضادات الصرع والباربيتورات وقد تستخدم الإستروجينات في الأطفال الصغار بجرعات منخفضة لعلاج بعض حالات الالتهاب المهبلي المقاوم للعلاج فيساعد على تقرّن طلائية المهبل والجرعة المستخدمة هي 0.01 ملجم على ألا تتعدى 0.02 ملجم من إيثينيل الإستراديول يومياً لمدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع.

ويمكن استخدام الإستروجين في نزيف البلوغ كمرقيء (Haemostatic) للرحم، ويبدأ العالج من اليوم الخامس بعد فترة النزيف بجرعة من إيثينيل الإستراديول مقدارها 0.05 ملجم يومياً أو مرتين يومياً لمدة 10 أيام، ثم يلي ذلك مباشرة استخدام البروجستيرون الذي يستخدم على شكل نورإيثيستيرون (بريمولوت ن) 5 مجلم ثلاثة مرات يومياً لمدة 10 أيام. ويجب أن يؤدي ذلك إلى حدوث نزيف انسحابي ثم تكرر الدورة العلاجية بعد 7 أيام حتى تكتمل ثلاثة دورات طمثية. وغالباً ما يكون النزيف مفرطاً عند البلوغ وغالباً ما يكون بلا تبويض ويتوقف ذاتياً إذ تتحسن الحالة عندما يحدث التبويض، أما إذا ما استمر النزيف

بالرغم من العلاج فإن هذا يتطلب إجراء المزيد من الاستقصاءات (الفصل 10).

وقد تستخدم الإستروجينات بالمشاركة مع البروجستيرونات في علاج الضهى الأولي بعد إجراء الاستقصاءات الكافية، وتتطلب حالات خلل تكون القند (متلازمة «ترنر») العلاج الإحلالي باستخدام الهرمونات، ويجب أن يبدأ ذلك اعتباراً من عمر 12 أو 13 عام للحث على نمو الثديين، وتتراوح الجرعة الأولى بين 0.01، 0.02 ملجم يومياً لمدة 21 يوم من الأيام الثمانية والعشرين، ويمكن زيادة جرعة الإستروجين بعد عام أو إثنين إلى 0.05 ملجم مرة أو مرتين يومياً للحث على حدوث النزيف الانسحابي، ويجب بعد حوالي 6 شهور من العلاج إعطاء البروجستيرون على شكل نور إيثستيرون 5 ملجم مرتين أو ثلاثة مرات يومياً خلال الأيام العشر الأخيرة من العلاج،فيساعد ذلك على حدوث النزيف الدوري، أما بالنسبة للعلاج الإحلالي في النسوة اللاتي بهن انعدام وظيفة المبيض فيجب أن يستمر العلاج حتى تقدم العمر.

وقد استخدمت الإستروجينات في النساء البالغات لعلاج الضهى ونزيف الإعتلال الوظيفي وللضهى الثانوي وقلة الطمث، أما حالياً فيجب قبل استخدام الهرمونات عمل فحوص واستقصاءات كاملة للهرمونات باستثناء الاعتلال الطمثي الأولي ونادراً ما تستخدم الإستروجينات حالياً لعلاج هذه الحالات فيما عدا استخدامها على شكل حبوب منع الحمل التي قد تفيد في بعض الحالات.

وفي حالات العقم التي بها نقص في إفراز مخاط عنق الرحم يمكن إعطاء إيثينيل الإستراديول بجرعة تتراوح بين 0.01 و 0.02 ملجم يومياً بمدة الأيام العشرة الأولى من الدورة.

ولقد كانت الإستروجينات تستخدم فيما مضى أثناء الحمل لعلاج العديد من الحالات المختلفة مثل الإجهاض المنذر والمتكرر وتسمم الحمل والداء السكري أثناء الحمل وكانت التأثيرات غير واضحة، ولقد لوحظ حدوث تغدم مهبلي وسرطان بالمهبل في البنات التي كانت أمهاتهن تتناولن ستلبستيرول (DES) أثناء الحمل.

كما استخدمت في الماضي الإستروجينات بجرعات كبيرة لتثبيط در اللبن وعلاج امتلاء الثدي ولكن اتضح حالياً خطورة التخثر الوريدي النفاسي الذي قد يحدث نتيجة لاستخدام الإستروجينات بجرعات كبيرة، ويمكن للنسوة اللاتي لا ترغبن في الإرضاع الثديي منع إرضاع الرضيع واستخدام البروموكريبتين بجرعة 2.5 ملجم في يوم الولادة ثم 2.5 ملجم يومياً لمدة 14 يوماً. ولا يجب استخدام أية

عقاقير الفطام الطبيعي بعد الإرضاع الثديي.

اليأس وبعد اليأس:

رغم أن الإحلال الهرموني للإستروجين لا يلزم استخدامه بشكل روتيني في نساء اليأس وبعد اليأس فإن هناك بعض الأحوال التي يلزم فيها استخدام مثل هذا العلاج، وأهم عرضين هما الأعراض الوعائية الدموية والتورد الحار والجفاف المهبلي والفرجي وقد تستخدم جرعات صغيرة من الإستروجين لفترة تصل إلى عدة أعوام لمنع تخلخل العظام (Osteoporosis).

وهناك مخاطر تكون فرط التنسج غير الطبيعي بالبطانة الرحمية والذي قد يؤدي إلى السرطان في النساء اللاتي بهن رحم سليم، ولذا يفضل لهؤلاء النسوة إعطاء الإستروجين دورياً لمد 12 يوم من الثمانية والعشرين يوماً وإضافة البروجستيرون في خلال الأيام العشرة أو الإثنى عشرة الأخيرة من العلاج ويجب توخي الحرص في النساء اللاتي لهن سيرة لمرض وعائي أو لخثار وكذلك لمن لهن سيرة لسرطان بالثدي ويجب فحص النساء اللاتي يتلقين علاج هرموني وذلك بصفة دورية مع الاهتمام بأي آفة تظهر بالثدي ويفضل بعض إخصائيي أمراض النساء فحص البطانة الرحمية بعمل خزعة بطانية رحمية كل عام.

وقد ابتكرت مستحضرات عديدة لعلاج حالات اليأس مثل إيثينيل الإستراديول رخيص السعر وسهل الاستخدام. وقد تكفي جرعة قليلة تقدر بحوالي 0.02 ملجم يومياً للتحكم في هذه الأعراض، ولكن هناك من يفضل استخدام الإستروجينات الطبيعية وهناك من يستخدم غرسات من الحبيبات المدموجة من الإستراديول، ويمكن معادلة التأثير بالاستخدام الدوري المنتظم للبروجستيرون.

وتفيد الإستروجينات في علاج الالتهاب المهبلي الضموري والالتهاب الفرجي والالتهاب المبالي والإلتهاب المثاني وقد يستخدم لذلك علاج موضعي على شكل كريم أورثوداينويسترول الذي يحتوي 0.01٪ دينويسترول، كما تحتوي المستحضرات الأخرى على إستريول (أورثو ـ جست، أوفستين) أو الإستروجينات المرتبطة (بريمارين كريم للمهبل)، وعند فشل العلاج الموضعي يمكن استخدام العلاج بالفم على شكل إيثينيل الإستراديول أو كينسترادول (بنتوفيس).

البروجستيرونات (Progestogens):

يتم إنتاج الشكل الموجود طبيعياً وهو البروجستيرون بواسطة الجسم الأصفر بالمبيض والنسيج المشيمائي للمشيمة وبكميات قليلة بواسطة القشرة الكظرية وخلايا سدى المبيض. ويتم إفرازه أساساً أثناء مرحلة التلوتن من الدورة الطمثية وأثناء الحمل.

وتتضح التأثيرات الوظيفية للبروجستيرون على الأعضاء التي سبق حثها بالإستروجين وفي الطبيعة يتم إفراز الإستروجين والبروجستيرون بواسطة كلاً من الجسم الملوتن (الأصفر) والمشيمة، والتأثير الرئيسي للبروجستيرون يكون إفرازياً فهو يحوّل المرحلة التكاثرية والجريبية بالبطانة الرحمية إلى المرحلة الإفرازية أو الملوطنة مع ظهور الجليكوجين بالخلايا الطلائية وإفراز الغدد. كما يتسبب البروجستيرون أيضاً في التغير الإفرازي بالثديين مما يؤدي إلى در اللبن. وهو يماثل الإستروجين في أنه يسبب إحتجاز الماء والصوديوم والنيتروجين.

البروجستيرونات الصناعية:

البروجستيرون غير نشط عند تناوله بالفم ولذا يجب إعطاءه زرقاً وهذا يحد من استخدامه بدون داع ولكن هناك بعض المستحضرات الصناعية التي لها نفس التأثير ويمكن أن تستخدم بطريق الفم أو بالزرق.

وتتضمن البروجستيرونات الصناعية التي تستخدم ما يلي:

النوريثيستيرون (Norethisterone) والنوريثينوردريل (Norethynordrel) وهما مشتقات الألكيل من نورتستوستيرون ـ 19 ويستخدم نوريثيستيرون كبروجستيرون فمي في «بريمولوت ـ ن». وكلاهما من مكونات موانع الحمل بالفم المختلطة. ويستخدم نوريثيستيرون أونانثات كزرق عضلي لمنع الحمل (الفصل 19).

ويعتبر النورجيستريل (Norgestrel) بروجستيرون قوي المفعول يستخدم أساساً لمنع الحمل بالفم وهو يتكون أساساً من دكسترو و ليڤونورجستريل. والليڤونورجستريل هو النشط فقط ولذا تم فصله حديثاً لاستخدامه منفرداً.

الاستخدامات السريرية للبروجستيرونات:

يؤدي البروجستيرون والبروجستوجينات إلى تغيرات إفرازية بالبطانة الرحمية التي سبق حثها بالإستروجين. وعند انسحابها يحدث كشط طبي أو تقشر للبطانة الرحمية. ولذلك يمكن استخدامها لعلاج نزيف الاعتلال الوظيفي وللتقشر غير المنتظم للبطانة الرحمية وفرط الطمث الاعتلالي الوظيفي.

وتستخدم البروجستيرونات لمنع الحمل بالفم كحبوب صغيرة يتم إعطاءها بإستمرار ويستخدم كلامن ميدروكسي البروجستيرون (ديبو - بروفيرا) ونوريثيسيترون أونانثات (نور يستيريت) كموانع حمل زرقية. كما يستخدم مع الإستروجين كمكونات لموانع الحمل بالفم وقد تستخدم لعلاج عسر الطمث.

ويلعب البروجستيرون دوراً هاماً في الإبقاء على الحمل في مراحله المبكرة وقد يستخدم في الشكل غير المذكر لعلاج الإجهاض المنذر أو المتكرر.

وقد إدُعى أن التوتر قبل الطمثي يتحسن باستخدام الديدروجيستيرون (Dydrogesterone) (دوفاستون) أثناء مرحلة التلوطن من الدورة. كما أوصى باستخدام البروجستيرون أيضاً على شكل لبوسات مهبلية وشرجية (سيكلوجست 200 إلى 400 ملجم) أثناء النصف التالي من الدورة.

واستخدمت جرعات كبيرة من البروجستيرون مثل «بريمولوت ن» حتى 40 ملجم يومياً لمدة تتراوح بين ستة وتسعة أشهر لعلاج انتباذ البطانة الرحمية، ولكن غالباً ما يتثبط الطمث وتحت آثار جانبية عديدة. ولذا يفضل استخدام الدانازول الذي يثبط إنتاج DSH وLH.

وقد يستخدم ميدروكسي البروجستيرون (بروفيرا) في سرطان البطانة الرحمية كزرق قبل الجراحة أو بجرعات كبيرة لعلاج الحالات المتقدمة أو المرتجعة.

وتتضمن التأثيرات الجانبية للبروجستيرون الغثيان والقيء واحتجاز السوائل واكتساب الوزن والترجل (Virilization) القليل والنزيف المتقطع.

دانازول (دانول) وهو مشتق 2 و 3 أيسوكسوزول المخلق من 17 - إيثينيل التستوستيرون والذي يعمل على تثبيط إفراز موجهة القند وهذا يستخدم لعلاج انتباذ البطانة الرحمية وتتراوح الجرعة المستخدمة بين 400 و800 ملجم يومياً لتثبيط الطمث وذلك لمدة ستة شهور على الأقل.

وقد وجد أن الدانازول ذو تأثير في جرعات قليلة لا تثبط الطمث في فرط الطمث وفي خمج الحوض المزمن وقد يساعد العقار أيضاً في علاج خلل تنسج الثدي.

وتتضمن الآثار الجانبية للدانازول تأثيرات أندروجينية قليلة مثل حب الشباب وتدهن الجلد واحتجاز السوائل والتشعر. وقد يحدث تورد حار وقلة في حجم الثديين وقد تحدث زيادة في الوزن وحتى 5 كجم.

التستوستيرون

التستوستيرون (Testosterone) هو الهرمون الذي تفرزه الخصية وقد تنخفض مستويات التستوستيرون في الدم بالذكور العقماء والخصاء ولكن العقم الذكري قد يصاحبه ارتفاع مستوى البرولاكتين والغدومات البرولاكتينية النخامية.

والتستوستيرون غير نشط عن طريق الفم ولكن ميثيل التستوستيرون نشط عن طريق الفم ويكون أكثر فاعلية عند اعطائه تحت اللسان، للتستوسيترون تأثير استرجالي على النساء وقد يؤدي إلى نمو غير طبيعي للشعر وتغير بالصوت ومظاهر أخرى من مظاهر التذكر.

يستخدم سيبروتيرون أستيات (أندروكيور) كضد للأندروجين في الذكور لعلاج فرط الجنسية أما في الإناث فقد يستخدم لعلاج التشعر وحب الشباب. يحتوي عقار «ديان» على 2 ملجم من السيبروتيرون و 0.05 ملجم من إثينيل الإستراديول، ويتم إعطاءهما في دورات تتكون من 21يوم بدءاً من اليوم الخامس من الدورة ثم يلي ذلك راحة لمدة 7 أيام، وللعقار تأثير مانع جزئي للحمل إلا أنه يجب استخدام طريقة أخرى من الطرق الآلية لتنظيم النسل بالإضافة لذلك.

وظيفة الدرقية

تلعب الغدة الدرقية دوراً هاماً في الدورة التناسلية والجنسية رغم أن ذلك يصعب تحديده مرضياً أو سريرياً. ومن المحتمل وجود علاقة بين التسمم الدرقي والعقم في النساء، وقد يصاحب الوذمة المخاطية فرط طمثي مع دورات منتظمة أو غير منتظمة وقد يحدث حمل لقلة من النساء المصابات بوذمة مخاطية وعند ذلك يجب زيادة الجرعة العلاجية من الثيروكسين أثناء الحمل، وقد تظهر الوذمة المخاطية

مع البلوغ المبكر أو مع الضهى وثر اللبن عند وجود فرط البرولاكتين وقد تظهر درجات بسيطة من عوز الدرقية في النساء اللاتي يشتكين من توتر قبل الطمث وأعراض اليأس وقد يلزم قياس وظيفة الدرقية في النساء اللاتي تعانين من أعراض تتعلق بأمراض النساء دون وجود تفسير واضح لهذه الأعراض.

ومن جهة أخرى يجب إعطاء هرمون الدرقية للنساء لمجرد الرغبة في انقاص الوزن كما كان يحدث في الماضي.

السيترويدات القشرية

قد يلزم استخدام الستيرويدات القشرية (Corticosteroids) في بعض حالات أمراض النساء مثل متلازمة الكظرية التناسلية وبعض حالات تعدد كيسات المبيضين (متلازمة «شتين ـ ليفينثال»). وقد توضح الاستقصاءات زيادة في 17 ـ أوكسو السيترويدات كما يجب استبعاد وجود ورم بالمبيض أو بالغدة الكظرية.

وقد يتطلب العلاج استخدام البريدنيزول 5 ملجم أو أكثر يومياً ولكن تجب الملاحظة الدقيقة عند استخدامه لمدة طويلة.

قياسات ومقايسات الهرمونات

أدى التطور في المقايسة الإشعاعية المناعية إلى إمكانية قياس المستويات بالدم والبول وقد ساعد ذلك على تطوير العلاج الهرموني وقد يتكون القياس الزساسي من قياس كل من FSH وLH والإستراديول والبرولاكتين والجلوبين الرابط للهرمون الجنسي (SHBG) في الدم.

ويساعد كل هذا في إعطاء فكرة عن الوظيفة رغم وجود اختلاف دوري في النساء اللاتي يطمثن وقد يتطلب ذلك إعادة الإختبارات على فترات أسبوعية لاستكمال صورة المستويات الهرمونية.

البروستاجلنديات

البروستاجلنديات (Prostaglandins) هي عبارة عن مواد موجودة في عدة أنسجة وبتركيز كبير بالسائل المنوي. وهي موجودة في العديد من الأنواع ولها تأثير حيوي واسع المدى، ورغم أنها ليست هرمونات حقيقية إلا أنها تعمل كمرسلات وموصلات تحث أو تثبط الاستجابات الهرمونية.

وتتكون البروستاجلنديات من أحماض دهنية غير مشبعة وهي تنقسم إلى أربعة أنواع (A و B و E و F).

والبروستاجلندين (E) الموجود بالمني الآدمي يثبط عضلية غير الحامل ولكنه يحص عضلية الرحم الحامل، أما البروستاجلندين (F) فيحث عضلية الرحم في أية حالة. وتعتبر البروستاجلنديات F2α (ألفا) والبروستاجلنديات (E_2) ذات أهمية كبيرة في طب النساء والتوليد.

ويمكن استخدام البروستاجلنديات لإحداث الإجهاض ويفضل ذلك بوجه عام بعد 13 أسبوع من الحمل، ويتم إعطاء البروستاجلندين Eα (دينوبروستون) بالطريق خارج السلى إما بزرقة واحدة أو كزرقات متعددة من خلال قثطار يمرر من خلال عنق الرحم. وبعد 16 أسبوع تعطى زرقات إضافية إلى الكيس السلي.

وقد يصاحب الزرق داخل الوريدي تأثيرات جانبية شديدة تتضمن الغثيان والقيء والإسهال والصداع والتورد كما قد يحدث ربو في الأشخاص المعرضين لذلك.

وتتوفر أيضاً الفرازج المهبلية والهلامات المهبلية للحث على الولادة والإجهاض.

****

الفصل الرابع والعشرون

جراحات أمراض النساء

(المضاعفات قبل الجراحية وبعد الجراحية)

الجراحات المهبلية والفرجية

التوسيع والكشط (Dilatation and Curettage; D & C):

وهذه هي أكثر جراحات أمراض النساء استخداماً وسوف يتم فيما يلي إعطاء نبذة مختصرة، تتكون خطوات العملية من الآتي:

يتم تخدير المريضة وتوضع في وضع الانْسِداح، ويتم تطهير الأعضاء التناسلية الخارجية والمهبل باستخدام محلول معقم وعند استخدام الكي الحراري لا يجب إستخدام المحاليل التي تدخل في تكوينها الكحوليات، يتم عمل فحص باليدين لتحديد حجم ووضع الرحم ثم يتم إدخال المنظار المهبلي إلى المهبل ويجذب عنق الرحم باستخدام ملقاطين مسننين ويمرر مجس بحذر إلى الرحم لقياس تجويف الرحم وتحديد اتجاهه ثم يتم توسيع عنق الرحم برفق بإستخدام موسعات معدنية مدّرجة وذلك حتى 8 مم في أغلب الحالات. ويستكشف تجويف الرحم بإستخدام ملقاط الإسفنج لإزالة أي سليلة ثم يتم كشط تجويف الرحم بنظام مع ملاحظة وجود أي زوائد مثل الليفومات تحت المخاطية، تحدد الكشطات وترسل إلى المعمل للفحص الهستولوجي، وفي الحالات النادرة التي يشك أن بها درن يمكن عمل مزرعة للكشطات التي تم أخذها.

ويمكن تلخيص دواعي عمل التوسيع والكشط كما يلي:

دواعي تشخيصية:

للحصول على عينة أو خزعة من البطانة الرحمية أو نسيج عنق الرحم في

الحالات المشكوك بها في تشخيص كل من:

- نزيف الاعتلال الوظيفي
- العقم.
- الضهى
- قلة الطمث
- أمراض الرحم الخبيثة.
- للاستقصاء عن العيوب والتشوهات الخلقية.

دواعي علاجية:

- لإزالة نواتج الحمل المتحجرة بعد الإجهاض.
- لعمل انهاء حمل علاجي أو شرعي.
- لإزالة السليلات والليفومات تحت المخاطية الصغيرة.
- لإزالة وسائل منع الحمل داخل الرحمية.
- لبزل وإزالة تقيح البطانية الرحمية أو الدميوم البطاني الرحمي.
- لوضع الراديوم وغيره من صور من العلاج الذري.

وقد يضاف لعملية التوسيع والكشط أي مما يلي:

- الكي.
- الخزعة.
- الاستئصال المخروطي.
- العلاج بالليزر.
- رفاية عنق الرحم.
- بتر عنق الرحم.

وقد يستخدم توسيع عنق الرحم بدون الكشط كبدء لعمل تنظير جوف البطن تنظير جوف الرحم وعمل نفخ للقنوات.

موانع الإستعمال:

أهم هذه الموانع هي الحمل والذي يجب دائماً استبعاده إلا إذا كان إنهاء

الحمل متعمداً ويجب علاج الإنتان بالمهبل وعنق الرحم والحرص في حالات مرض الحوض الالتهابي (P.I.D.) بما في ذلك الدرن.

وتتضمن عمليات الحوض الصغرى الأخرى ما يلي:

تنظير الحوض عبر المهبل (Culdoscopy) وبضع المهبل (Colpotomy) حيث يقطع المهبل خلال القبو الخلفي لفتح الصفاق وقد يستخدم بضع المهبل لتفريغ خراج بالحوض.

وقد يلزم بَضع غشاء البكارة (Hymenectomy) في حالات الحيض الخفي (Cryptomenorrhoea) أو عندما يعوق غشاء البكارة الصلب عملية الجماع.

ويتم بضع العجان في حالات تصلب أو شد العجان ويقطع الجسم العجاني ويحاك المدخل لتوسيعه واستعادة مرونته (عملية «فينتون»).

ويمكن تصنيع مهبل صناعي باستخدام طيات من الجلد والغشاء المخاطي أو بوضع قالب مغطى بطُعم جلدي من الفخذ وحياكته في التجويف بين المبال والمستقيم.

أما في بعض الحالات الموضعية بالفرج والتي قد تتطلب علاجاً جراحياً فيمكن إزالة الثؤلولات بالكي الحراري واستئصال الأورام الحميدة الأخرى.

أما علاج كيسات وخراريج غدة «بارثولين» فيتم حالياً بالتوخيف (Marsupi-alization) ويمكن علاج اللحمية المبالية بالاستئصال باستخدام الكي الحراري وقد يتطلب تدلي الغشاء المخاطي للمبال استئصال الجزء السفلي من المبال.

استئصال الفرج (Vulvectomy):

قد يلزم الاستئصال الفرجي البسيط في علاج حالات الطلوان الشديدة أو الحزاز المتصلب.

أما الاستئصال الفرجي الجذري فيتم لعلاج الأمراض الخبيثة بالفرج.

تنظير جوف البطن (Laparoscopy):

لعب تنظير جوف البطن دوراً كبيراً في أمراض النساء بعد التطور العلمي والتكنولوجي الذي تم في الإضاءة وأجهزة المناظير والعدسات.

وتعتمد الطريقة على نفخ تجويف البطن بغاز ثاني أكسيد الكربون لإزاحة الأمعاء، يتم إدخال منظار تجويف البطن ذو مصدر ضوئي بألياف زجاجية وهذا يسمح بفحص محتويات البطن وأعضاء الحوض وتتحسن الرؤية بإمالة المريضة بحيث يتجه رأسها لأسفل حتى تنزاح الأمعاء من الحوض.

وقد يستخدم تنظير جوف البطن لتشخيص العديد من الحالات خصوصاً ألم الحوض والتهابات الحوض وانتباذ البطانة الرحمية والحمل المنتبذ.

وقد يتم العلاج أيضاً من خلال منظار جوف البطن إذ يمكن قطع وفصل التصاقات الحوض وكي الترسبات الصغيرة من انتباذات البطانة الرحمية بإستخدام الكي الحراري وقد يجري تعليق أمامي للرحم بعد أن يقوم المساعد بدفع الرحم إلى الأمام وذلك باستخدام موسع يتم إدخاله إلى عنق الرحم ويلتقط لأعلى الرباط المستدير على الجانبين ويقوم المساعد بجذبها من خلال فتحتين صغيرتين فوق الأربطة الإربية وذلك لحياكة الأربطة المستديرة مع غمد العضلة المستقيمة البطنية.

كما يمكن عمل تعقيم بمنظار جوف البطن ووضع مشابك (هيلكا ـ كليمنز ـ فيلشي) على القنوات، كما تستخدم أيضاً حلقات «فالوب» "Falope"، ويمكن كي القنوات باستخدام الكي الحراري ولكنه لا يستخدم بشكل شائع نظراً لخطورة إصابة أو حرق أنسجة أخرى مثل الأمعاء.

رفو المهبل والعجان (Colpoperineorraphy):

تستخدم هذه العملية لإصلاح التدلي التناسلي وقد يصاحب ذلك بتر عنق الرحم كما في عملية «مانشيستر» أو «فوثرجيل» "Fothergill" أو قد يصاحب ذلك عمل استئصال رحمي من المهبل.

الاستئصال الرحمي من المهبل (Vaginal Hysterectomy):

قد يفضل عمل استئصال رحمي من المهبل بدون عمل إصلاح لعلاج فرط الطمث الشديد والنزيف الرحمي وفي حالات وجود ليفومات رحمية إذا كانت ليست ذات حجم كبير كما يمكن إجراء هذه العملية في بعض حالات سرطان عنق الرحم الموضعي، والنوع المشتق من هذه الجراحة هو عملية «شوتا» (Schauta) التي يتم فيها استئصال الرحم جذرياً عن طريق المهبل.

ويمكن تشريح وإزالة الكيس المبيضي أو توخيفه.

النواسير (Fistulae): يمكن التعامل مع النواسير المختلفة من خلال المهبل فيمكن من خلاله إصلاح ناسور مثاني مهبلي أو مبالي مهبلي بشرط ألا يكون ناتجاً عن مرض خبيث، ويفضل بعض الجراحين إصلاح الناسور المثاني المبلي بفتح المثانة من خلال فتح بالبطن، ويمكن أيضاً إصلاح الناسور المستقيمي المهبلي من خلال المهبل ولكن قد تتطلب بعض الحالات الشديدة عمل فتحة قولونية.

وتتطلب النواسير المصاحبة للأمراض السرطانية عمل تجويلة للبول أو فتحة قولونية وأحياناً غلق أو سد المهبل.

الجراحات البطنية

الاستئصال الرحمي يعني حرفياً إزالة الرحم ولكن عند إجراء ذلك عن طريق البطن قد يكون:

استئصال رحمي تحت كلي (غير كامل)	(Subtotal Hysterectomy)
استئصال رحمي كلي	(Total Hysterectomy)
استئصال رحمي شامل	(Pan - Hysterectomy)
استئصال رحمي ممتد	(Extended Hysterectomy)
استئصال «ڤيرتيم» الرحمي	(Wertheim's Hysterectomy)

يتم في ***الاستئصال الرحمي تحت الكلي*** (غير الكامل) إزالة جسم الرحم ويترك عنق الرحم . أما في ***الاستئصال الرحمي الكلي*** فيزال كل الرحم وعنقه وهو

الأفضل حالياً في علاج الحالات الحميدة. ومن **عيوب** الاستئصال الرحمي تحت الكلي (غير الكامل) ترك عنق الرحم الذي يعمل كمصدر للخمج أحياناً أو للتحول السرطاني، كما ترتفع نسبة حدوث تدلي القبو المهبلي بعد الاستئصال الرحمي تحت الكلي (غير الكامل).

وتشمل **دواعي** إجراء الاستئصال الرحمي الكلي وجود ليفومات والعضال الغدي وفرط الطمث الشديد ونزيف الاعتلال الوظيفي وقد تزال كفة المهبل عند وجود سرطان موضعي بعنق الرحم.

يعرّف ***الاستئصال الرحمي الشامل*** بأنه إزالة الرحم والقناتين والمبيضين، وحديثاً يفضل البعض الاحتفاظ بالنسيج المبيضي الطبيعي بقدر الإمكان في الحالات الحميدة ولكن قد يصعب ذلك عند وجود إنتان مزمن أو انتباذ كثيف للبطانة الرحمية وعند وجود أورام خبيثة بالمبيضين تتم إزالة الرحم والمبيضين.

وتعتبر ***عملية الاستئصال الرحمي الممتد*** الجراحة المختصة بعلاج سرطان البطانة الرحمية وهي عبارة عن إزالة كلية للرحم والقناتين والمبيضين وكفة المهبل، وقد تزال أيضاً العقد الليمفية الموضعية.

وقد تجرى جراحة ***استئصال «فيرتيم» الرحمي الجذري*** لعلاج سرطان عنق الرحم وهي تشمل إزالة كل من الرحم والقنوات والمبايض والأربطة العريضة ومجاورات الرحم والنصف العلوي أو الثلثان العلويان من المهبل والعقد الليمفية الموضعية ويتم إجراءها كجراحة شاملة بكلا الطريقين من البطن ومن المهبل في نفس الوقت. ويتم استئصال الليفومات الرحمية وإزالتها مع الحفاظ على الرحم وذلك إما بطريقة فتح البطن أو عن طريق المهبل، وعند فتح البطن تقشر الليفومات ويصلح الرحم ومن الممكن إزالة عدد كبير وأحجام كبيرة من الليفومات مع المحافظة على الرحم.

يستخدم **التعليق الأمامي (Ventrosuspension)** لإصلاح الانقلاب الخلفي للرحم أو للإبقاء على وضع الرحم للأمام بعد الجراحة التحفظية وقد يتحقق ذلك بتقصير الأربطة المستديرة داخل الصفاق وتفضل عملية «جيليام» (Gil-liam's) للانقلاب الخلفي للرحم حيث يتم فيها استخراج الأربطة المستديرة خارج الصفاق وربطها بغمد العضلة المستقيمة البطنية. وفي بعض حالات الانقلاب الخلفي للرحم يمكن إجراء عملية «جيليام» باستخدام تنظير جوف البطن.

جراحات قناتي «فالوب»

قد يكون الاستئصال البوقي أو إزالة القنوات جزئياً كما يحدث أثناء التعقيم وعلاج الحمل المنتبذ أو كلياً عندما يتم إزالة القناة كلها لعلاج بعض الحالات مثل الإنتان المزمن والدرن والأمراض الخبيثة، ومن الأفضل استئصال الرحم أيضاً عند إجراء استئصال بوقي كلي على الجانبين لعلاج مرض مثل الإنتان المزمن وذلك لأن إبقاء الرحم قد يؤدي إلى استمرار الأعراض.

وقد تجرى الجراحة لفتح القنوات التي أغلقت نتيجة الإنتان أو لاستعادة الخصوبة ولكن النتائج الخاصة بالخصوبة غير مشجعة رغم أن استخدام الجراحة المجهرية أدى إلى تحسن النتائج، يتم عمل قعر بالبوق في حالات إنسداد الفوهة البطنية أو القيلة البوقية حيث يتم فتح القناة، وكشف خملاتها وتدار كُفة إلى الخلف وتربط في مكانها للإبقاء على إنفتاح القناة. وإذا وجد انسداد بالبرزخ أو بالنهاية الرحمية للقناة يتم قطع القناة وتوصيلها أو إعادة غرسها بالرحم وقد تستخدم هذه الطرق لاستعادة الخصوبة بعد التعقيم.

أما تحرير البوق فهو فتح القناة بطولها أو قطع الالتصاقات حول البوقية.

جراحات المبيضين

الاستئصال المبيضي هو إزالة المبيض كلية ومن دواعي ذلك تلف كل الأنسجة المبيضية أو الخمج الشديد أو الأورام الخبيثة، أما الأورام الحميدة والكيسات فيمكن تشريحها وفصلها مع الحفاظ على النسيج المبيضي الطبيعي، وقد استخدم الاستئصال الجزئي الوتدي أو تقشير المبيض لعلاج مرض الكيسات المتصلبة ولكن قلما يتم اللجوء لذلك حالياً نظراً لوجود بدائل علاجية أفضل ولأن النتائج ليست جيدة.

أما كيسات الرباط العريض فيمكن استئصالها من بين طبقات الرباط العريض.

القطع العصبي أمام العجزي

يجرى قطع الأعصاب أمام العجزية للتغلب على الألم الشديد بالحوض وعسر الطمث ولكنه نادراً ما يتم اللجوء إليه حالياً.

الجراحات الممتدة للأمراض الخبيثة

يتم إجراء استئصال العقد الليمفية بالحوض عندما يوجد نمو أولي خبيث بالرحم يعالج بالإشعاع ولكن قلما يتم إجراء هذه العملية حالياً بعد التطور الكبير الذي حدث في العلاج الإشعاعي للعقد الليمفية.

يستخدم استئصال أحشاء الحوض في الحالات المتقدمة من السرطان عند عدم توفر علاج بديل آخر وعندما تكون الحالة العامة للمريضة تسمح بذلك.

يشمل استئصال الأحشاء الأمامية للحوض تحويل البول بغرس الحالبين في عروة من اللفائفي أو بالقولون الحوضي ثم إزالة الرحم والقناتين والمبيضين ومجاورات الرحم والمهبل والمثانة والمبال وذلك مع العقد الليمفية بالحوض.

أما استئصال الأحشاء الخلفية بالحوض فيشمل عمل فتحة قولونية أولاً ثم يلي ذلك كل من الرحم والقناتين والمبيضين والجدار الخلفي للمهبل والقولون النازل والمستقيم والقناة الشرحية.

ويشتمل استئصال الأحشاء الكلي بالحوض على العمليتين معاً ويترك بالمريضة عروة في اللفائفي للبول والفتحة القولونية للتبرز.

الفغر القولوني (Colostomy):

قد يلزم عمل فتحة قولونية مؤقتة في بعض حالات الانسداد المعوي وذلك كتحضير لإصلاح الناسور المستقيمي المهبلي أو في بعض الحالات التي تحدث فيها إصابة للأمعاء الغليظة أو المستقيم وقد يلزم عمل فتحة قولونية مستديمة في الحالات التي بها مرض خبيث متقدم بالأمعاء الغليظة.

استئصال الزائدة الدودية

يقوم بعض الجراحين باستئصال الزائدة الدودية عند فتح البطن لإجراء جراحة خاصة بأمراض النساء رغم أن استخدام القطع المستعرض يجعل الوصول إلى الأعور صعباً في العديد من النساء ونظراً لاحتمال حدوث التهاب صفاقي فمن الأفضل تجنب ذلك أثناء إجراء الجراحات بالبطن مثل استئصال الليفومات إلا إذا كانت الزائدة الدودية معتلة.

التحضير السابق للعمليات

من الأفضل بصفة عامة إدخال المريضة إلى المستشفى لإجراء جراحات أمراض النساء. وقد تزايد حديثاً استخدام الجراحات السريعة الصغرى كحالات عابرة ومثال ذلك الكشط وإنهاء الحمل وتنظير جوف البطن والتعقيم وفي بعض المراكز يتم إجراء ثلث العمليات خارجياً كحالات عابرة بدون دخول للمستشفى وقد ثبت نجاح هذا النظام خصوصاً مع النساء اللاتي لهن أطفال ولا يفضلن المبيت في المستشفى.

ومن المهم تحضير المريضة للجراحة وللتخدير ويجب التنبيه بأنها قد تظل بالمستشفى عند ظهور أية مصاعب غير متوقعة ويفضل الحصول على إقرار بالموافقة على الجراحة في اليوم السابق للعملية ومن المهم أن يصطحب المريضة شخص مسؤول إلى منزلها.

الفحص الطبي:

يتم أخذ سيرة كاملة مع الاهتمام بأي مرض أو اعتلال حديث، يحدد ويدون موعد آخر دورة طمثية ويفضل بعض الجراحين تجنب إجراء الجراحات الكبرى أثناء حدوث الطمث لأن أعضاء الحوض تكون محتقنة ومفرطة الوعائية، كما أن فحص البطانة الرحمية غالباً ما يعطي معلومات أكثر فائدة عندما يتم الفحص أثناء مرحلة ما قبل الطمث، ويجب أن يوضع في الاعتبار احتمال حدوث حمل. كما يجب الاستفسار عن العقاقير والأدوية التي تم تناولها خصوصاً الهرمونات وموانع الحمل بالفم والمضادات الحيوية والمهدئات.

ويجرى فحص عام بدءاً من الأسنان واستبعاد أية إصابات إنتانية بالفم أو بالحلق ثم يفحص القلب والرئتين ويقاس ضغط الدم ويلي ذلك فحص البطن والحوض ومعاينة الساقين لوجود دوالي.

الفحوص المتخصصة:

يفحص الهيموجلوبين في كل حالة قبل الجراحة وليس من الحكمة باستثناء الحالات الطارئة إجراء أية جراحة كبرى بمستوى هيموجلوبين أقل من 10.5جم/لتر أو جراحة صغرى بمستوى أقل من 10جم، كما يلزم أيضاً إختبار تمنجل الخلايا في النساء ذوات الأصل الأسود.

يجب فحص مسحة من عنق الرحم لكل امرأة كانت ذات نشاط جنسي.

يختبر البول لوجود الزلال (الألبيومين) والسكر، وإذا كان هناك احتمال وجود خمج مثاني تؤخذ عينة من منتصف تيار البول وترسل للفحص المعملي للكشف عن الجراثيم الموجودة كما ينصح بعمل وظائف الكلى خصوصاً عند الشك في كفاءة وظيفة الكلى، يتم تحديد مجموعة الدم والعامل الريزي (Rh) ويحفظ بالمصل في المعمل، وعند احتمال الحاجة لنقل الدم أثناء العملية يتم تجهيز الكمية اللازمة واختبار توافقها مع دم المريضة.

وتعمل أشعة على الصدر عند اللزوم ويتم تصوير الحويضة الوريدي عندما تكون الجراحة تشمل الحالبين كما في جراحة استئصال «قيرتيم» الرحمي فهناك إحتمال لوجود ازدواج حالبي. وقد تلزم استقصاءات أخرى طبقاً لنتائج الفحص ولطبيعة كل حالة وينصح بعمل رسم القلب الكهربائي خصوصاً عند الشك في وجود أي مرض بالقلب.

التجهيز التمريضي:

يجب وزن المريضة عند الدخول أو في العيادة الخارجية، اقتصرت حلاقة الفرج حالياً على قليل من الحالات إلا أن بعض الجراحين يصر عليها في الجراحات الكبرى. وأصبح التحضير المفصل للجلد غير لازم ولكن يجب ملاحظة وعلاج أية إصابات قيحية بالجلد ويجب على المريضة الاستحمام قبل ارتداء رداء

العمليات المعقم. ويلزم لحالات التدلي التي بها تقرح بالمهبل وعنق الرحم علاج قبل الجراحة يشمل إدخال التدلي وإبقاءه في مكانه باستخدام دحسات أو حشوات مبللة بمحلول مطهر مناسب وقد يساعد في النساء بعد الطمث العلاج قبل الجراحي باستخدام الإستروجين الذي يمكن اعطائه قبل الدخول على شكل إستروجين بالفم أو على شكل كريمات مهبلية.

يتم تناول وجبات خفيفة ولكن من المفضل عدم تناول أي شيء بالفم لمدة أربع ساعات على الأقل قبل العملية، كما يجب تفريغ الجزء السفلي من الأمعاء باستخدام ملين مناسب أما الحقن الشرجية والمسهلات المثيرة فلا تستخدم إلا قليلاً في الوقت الحاضر، وإذا كانت العملية تشمل القولون أو المستقيم يجب تفريغ الأمعاء وتجهيزها باستخدام سكسينيل السلفاثيازول والنيوميسين أو أي مستحضر آخر مناسب.

ومن المفروض أن يقوم إخصائي العلاج الطبيعي بزيارة كل مريض قبل الجراحة وخصوصاً الجراحات الكبرى وذلك للتدريب على عملية التنفس وتحريك الساقين خلال فترة ما بعد الجراحة.

ويجب الحصول على موافقة كتابية من المريضة على إجراء الجراحة ولابد من توقيع الطبيب على هذه الموافقة أو في بعض الحالات الاستثنائية من رئيسة التمريض، ولابد للبنات البالغات من العمر أكثر من 16 عاماً أن يوقعن على الموافقة الكتابية تحت مسئوليتهن أما بالنسبة للبنات البالغات من العمر أقل من 16 عاماً فيجب الحصول على موافقة كتابية من أبويها أو أولياء أمرها، وقد توجد بعض الصعوبات في حالات الرغبة في إنهاء الحمل بالبنات الأقل من 16 عاماً لإصرارهن على علم إبلاغ آبائهن.

وأثناء الحصول على الموافقة على إجراء الجراحة يجب إعطاء وصف تفصيلي لما سيتم في الجراحة وطبيعتها وتأثيراتها، وبالنسبة للنساء المتزوجات لا تلزم موافقة الزوج قانوناً بالمملكة المتحدة فيما يخص العمليات التي تؤدي إلى العقم مثل الاستئصال الرحمي أو التعقيم ولكن من الأفضل التشاور مع الزوج والزوجة قبل إجراء هذه العمليات. ومن الواجب توضيح أن عملية التعقيم أو قطع الوعاء الناقل قد تكون نهائية ولا يمكن استرجاع الخصوبة مرة أخرى. ونظراً لعدم فهم العديد من النساء لتشريح أعضاء الحوض فيمكن الاستعانة ببعض الصور التوضيحية لتبيان ما سيتم عمله.

العناية بعد الجراحة

لابد من فترة زمنية من النقاهة بعد أي عملية جراحية، تستطيع المريضة بعد الجراحات الصغرى مثل الكشط والتوسيع أن تعود إلى منزلها في نفس اليوم أو بعد 24 ساعة، ولكن لا يجب عليها أن تقود السيارة أو تستخدم آلات لمدة يومين أو ثلاثة بعد التخدير الكلي. ويجب تحذيرها من توقع حدوث بعض النزيف لمدة تصل إلى 14 يوماً بعد الجراحة وأن تمتنع عن الجماع أثناء ذلك، وقد توجد بعض الإفرازات لفترة طويلة وقد يحدث نزيف شديد بعد الكي الحراري العميق أو الإزالة المخروطية لعنق الرحم وقد يتطلب ذلك إعادة إدخال المريضة إلى المستشفى وإصلاح عنق الرحم.

ويجب تشجيع المريضات بعد الجراحات الكبرى مثل الاستئصال الرحمي أوالتدلي على الحركة وترك الفراش في اليوم التالي للعملية ولابد أن تبدأ تدريبات التنفس وتحريك الساقين اعتباراً من اليوم التالي للجراحة وتعتمد مدة البقاء في المستشفى على رغبة الجراح ومايراه وعلى الحالة العامة للمريضة وأغلب الحالات تترك المستشفى في غضون فترة أقل من أسبوع الباقي في غضون 12 يوماً. ولابد من فترة زمنية كافية من النقاهة قبل العودة إلى العمل والأنشطة الطبيعية، ويجب فحص المريضة بعد فترة تتراوح بين 6 و 8 أسابيع بعد العملية وتقيّم الحالة العامة للمريضة كما يتم الاستفسار عن الشعور بأية أعراض قد يكون لها صلة بالعملية ونادراً ما يتكون نسيج حبيبي أو غرز متبقية بالمهبل بعد الاستئصال الرحمي أو عمليات التدلي ويمكن استئصال الأنسجة الحبيبية بالكي الكيميائي باستخدام نترات الفضة وإزالة الغرز المتبقية، وقد يتطلب التهاب المسالك البولية العلاج ولابد من قياس نسبة الهيموجلوبين بصورة دورية عند وجود فقر دم. وفي حالة تحسن حالة المريضة يجب تشجيعها على العودة للحياة الطبيعية ويمكن ممارسة الجماع بمجرد التئام المهبل وأن تقوم المرأة بالإشارة إلى وجود أية صعوبة وإذا أزيل المبيضين قد تظهر أعراض اليأس والتي يمكن التغلب عليها باستخدام الإستروجين بشرط عدم وجود تعارض مثل أي مرض خبيث، ويجب متابعة المريضات اللاتي تم علاجهن من السرطان.

مضاعفات بعد الجراحة

تجب ملاحظة المريضة بعناية خلال أول 12 ساعة بعد العملية لكل من:

- فشل التنفس وانسداد الممرات الهوائية.
- الصدمة.
- النزيف.
- القصور القلبي.

ولا يجب تركها حتى تستعيد وعيها ويجب تسجيل معدل النبض وضغط الدم بيانياً كل ربع ساعة خلال أول ساعتين بعد العملية ثم كل ساعة خلال الساعات الأثنتى عشرة الأولى بعد الجراحة ولمدة أطول عند اللزوم، ويجب تسكين الألم باستخدام جرعات كافية من المسكنات مثل المورفين أو البيثيدين وتساعد إضافة البرومازين أوالكلوربرومارين على زيادة التأثير المسكن وتجنب القيء بعد العملية.

ويمكن تقسيم مضاعفات بعد الجراحة كما يلي:

النزيف:

- أولي (Primary) ويحدث خلال الجراحة ويتطلب نقل الدم فوراً.

- تفاعلي (Reactionary) ويحدث أثناء الفترة التالية للجراحة مباشرة وغالباً ما ينتج عن انزلاق أحد الغرز أو وجود وعاء نازف بالمهبل أو عنق الرحم، يتم إعطاء نقل الدم وتعاد المريضة إلى غرفة العمليات لمعالجة النزيف.

- ثانوي (Secondary) ويحدث بعد فترة تتراوح بين 10 و14 يوماً بعد العمليات وغالباً ما يكون من المهبل أوعنق الرحم وأحياناً من جرح البطن. وغالباً ما يلزم عمل غرز للمنطقة النازفة وعمل نقل دم في معظم الحالات، وقد يلي كي عنق الرحم بعض النزيف لمدة تتراوح بين 10 و 12 يوماً ويجب التنبيه على المريضة بأن هذا متوقع ويعتبر فقر الدم شائعاً بعد عمليات أمراض النساء وتجب معالجته ويجب التنبيه على المريضة بأن هذا متوقع ويعتبر فقر الدم شائعاً بعد عمليات أمراض النساء وتجب معالجته.

الجهاز التنفسي:

تتضمن مضاعفات التخدير الكلي التهاب الحلق والزور والرغامى والشعب

والالتهاب الشعبي الرئوي وانخماص الرئتين، ويجب عمل تمارين التنفس بعد التخدير وتعالج الأخماج الرئوية باستخدام المضادات الحيوية وقد تدل الأعراض الصدرية بعد مرور أسبوع من العملية على حدوث انصمام رئوي، وقد يكون الإحساس بالألم في منطقة الكتف ناتجاً عن تجمع الدم أوالسوائل أو الهواء أو الغازات تحت الحجاب الحاجز وغالباً ولكن ليس دائماً ما يكون على الجانب الأيمن.

الجهاز البولي:

كثيراً ما يحدث احتجاز للبول بعد عمليات أمراض النساء وقد يكون ذلكا احتجازاً كلياً أو جزئياً، وغالباً ما يحدث احتجاز كلي للبول بعد الاستئصال الرحمي وإصلاح التدلي ويجب اعتباره ناتجاً عن الإصابة أثناء العملية وقلما يحدث احتجاز نفسي بعد العمليات الصغرى مثل التوسيع والكشط.

ويتضمن علاج الاحتجاز البولي عمل قثطار فوري وفي العديد من الحالات يكفي تفريغ المثانة لمرة واحدة ولكن في أحوال أخرى تتطلب الحالة تثبيت قثطار لبضعة أيام ويفضل بعض الجراحين عمل قثطار بأعلى العانة.

أما الاحتجاز الجزئي للبول فيحدث غالباً بعد العمليات التي يتم فيها إصلاح التدلي ويجب تمرير قثطار لإخراج البول المحتجز بعد 5 أيام من العملية. ويجب استمرار عمل قثطار حتى يقل البول المتبقي إلى أقل من 200 مل.

وكثيراً ما يحدث التهاب بالمثانة والتهاب الكلوة والحويضة بعد جراحات أمراض النساء ولذا يجب فحص عينة بالقثطار أو من منتصف تيار البول ولذلك لوجود أي خمج بعد كل الجراحات الكبرى وإعطاء العالج المناسب لذلك.

وقد يحدث تثبيط للبول نتيجة انسداد الحالبين إما نتيجة الإصابة أوالربط أوالإنسداد نتيجة تجمع دموي وقد يكون ذلك انعكاسياً ويجب التصرف في هذه المضاعفات الخطيرة بحزم وسرعة وقد يحدث أحياناً سلس للبول خلال المبال بعد القثطار وفي النساء المتقدمات في العمر وغالباً ما يكون مؤقتاً أما السلس البولي المستديم فيدل على وجود ناسور.

وقد يكون الناسور البولي إما مثاني مهبلي أو حالبي مهبلي وقد يكون ذلك نتيجة حدوث إصابة أثناء الجراحة أو نتيجة تكوّن تجمع دموي أو ولادة متعسرة

كما قد يكون نتيجة مرض خبيث وقد يحدث الناسور الحالبي المهبلي بعد الجراحات خصوصاً استئصال «فيرتيم» للرحم نظراً للتشريح المتسع للحالبين.

الجهاز الهضمي:

كثيرا ما يحدث القيء خلال أول 12 أو 14 ساعة بعد التخدير، ويحدث كذلك انتفاخ بالبطن بعد عمليات البطن في كثير من الحالات ولكن ذلك قد يحدث أيضاًبعد جراحات الحوض وغالباً ما يزول الانتفاخ بعد مرور الغازات في غضون أيام.

وكثيراً ما يحدث إمساك بعد العمليات ويمكن تجنب ذلك بإعطاء ملين خفيف مثل مزيج هيدروكسيد المغنسيوم وقد يلزم لبعض المرضى ملينات أقوى من ذلك، وينتج شلل الأمعاء (Paralytic Ileus) نتيجة لانتفاخ البطن بالغازات حيث تصاب الأمعاء بالشلل وتمتليء بالسوائل والغازات، ولذا يوجد امتلاء بالبطن وقيء أحياناً وتكون المريضة متوترة وقد تصاب بالجفاف وتكون البطن منتفخة وساكنة ولا تسمع أصوات حركة الأمعاء بالتسنط.

ويشمل العلاج تمرير أنبوب «رايل» لإبقاء المعدة فارغة دائماً ويتم التستيل الوريدي ويجب إصلاح اتزان الماء والكهارل ويستمر العلاج حتى يتم استعادة صوت الأمعاء ويماثل الاتساع الحاد للمعدة شلل الأمعاء ولكن بداية الحالة تكون حادة مع انتفاخ شديد مفاجيء بالمعدة والعلاج يماثل علاج شلل الأمعاء.

وقد يحدث تفتق عند انفصال جرح البطن وتظهر محتويات البطن من خلال جدار البطن وهذا يتطلب إصلاح عاجل وقد يلي جراحة البطن ناسور برازي، أما الفتق القطعي فيحدث كمضاعفات متأخرة لجراحة البطن.

أما الالتهاب الصفاقي فقد يكون محدوداً بالحوض أو كلياً ويحدث منه ارتفاع شديد بدرجة الحرارة وتسرع بالقلب وانتفاخ بالبطن وقد يتحدد الالتهاب الصفاقي بالحوض ليكوّن خراجاً بالحوض. ومن الأعراض الشائعة لذلك الإسهال، وقد يجس الخراج من خلال المستقيم ويمكن تفريغه من خلال المهبل هذا بالإضافة لإعطاء المضادات الحيوية.

وقد يحدث الالتهاب الصفاقي الكلي بشكل تدريجي وقد يكون نتيجة نزيف إلى داخل الصفاق، ويكون ارتفاع درجة الحرارة مستمراً مع انتفاخ البطن وزيادة

في عدد كرات الدم البيضاء، ويجب هنا إعطاء المضادات الحيوية بالإضافة للعلاج المماثل لعلاج شلل الأمعاء، وقد يلزم فتح البطن وتنظيف تجويف الصفاق.

وقد يحدث انسداداً معوياً نتيجة التواء عروة من الأمعاء وذلك بعد العمليات الجراحية بالبطن مثل استئصال الرحم أو استئصال الليفومات من الرحم، وفي هذه الحالات يوجد انتفاخ مؤلم بالبطن مع زيادة ملحوظة في صوت الأمعاء ويحدث قيء قد يماثل البراز ويشمل العلاج سحب محتويات المعدة والتغذية بالزرق الوريدي وفتح البطن لفك الانسداد.

التخثر الوريدي (Venous Thrombosis):

ويوصف هنا نوعان:

الخثار الوريدي (Phlebothrombosis): وهو تخثر أولي في الأوردة ويبدأ غالباً في الأوردة العميقة بسمانة الساق والمسببات المؤدية لذلك هي الإصابة وفقر الدم والركود واستخدام الإستروجين.

إلتهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebitis) ويحدث نتيجة الخمج خصوصاً بأوردة الحوض في البداية ثم الانتشار لإصابة الأوردة الحرقفية.

وقد يلي الانصمام الرئوي (Pulmonary Embolism) الخثار وإذا كان شديداً يكون خطيراً وتؤدي الانصمامات الصغيرة إلى حدوث احتشاءات رئوية.

ويشمل تجنب الخثار والانصمام تشجيع الحركة في وقت مبكر بعد العملية وتجنب حدوث فقر الدم والخمج وعلاج ذلك في مراحل مبكرة، ويجب إيقاف استخدام حبوب منع الحمل لفترة تصل إلى 6 أسابيع قبيل الجراحات الكبرى ويمكن إعطاء ديكستران 70 أثناء وبعد العملية، أما في الحالات التي بها خثار متكون يتم في البداية إعطاء الهيبارين بالزرق الوريدي بجرعة مستمرة تتراوح بين 1500 و 2000 وحدة كل ساعة أو بالزرق الوريدي لما يعادل 10.000 وحدة دولية كل 6 أو 8 ساعات وقد يعطي هيبارين الكالسيوم تحت الجلد، أما الدنديقان (فينيندیون) فيعطى بالفم ويبدأ تأثيره بعد مدة تتراوح بين 16 و 24 ساعة. وتكون الجرعة المبدئية 200 ملجم ثم تقل إلى 100 ملجم تتراوح ما بين 50 و 100 ملجم يومياً طبقاً لوقت البروثرومبين والذي يجب المحافظة على مستواه عند 200 إلى 30٪

من الطبيعي. ويعتبر وارفارين الصوديوم البديل لذلك حيث يعطى بجرعة تتراوح بين 30 و 50 ملجم في اليوم الأول ثم يوقف في اليوم الثاني ثم تعدل الجرعة طبقاً لوقت البروثرومبين.

****

المحتويات

الصفحة

المترجـم ـــ أ

مقدمة الأمين العام ـــ جـ

مقدمة الطبعة السادسة ـــ هـ

1 ـ تشريح الجهاز التناسلي للأنثى ـــــــــــــــــــــــــــــــ 1

2 ـ التكوين الجنيني لأعضاء الحوض ـــــــــــــــــــــــــــــ 23

3 ـ فسيولوجيا المسلك التناسلي الأنثوي ـــــــــــــــــــــــ 33

4 ـ مريضة أمراض النساء ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ 43

5 ـ حالات الفرج ـــ 53

6 ـ حالات عنق الرحم ـــ 65

7 ـ حالات جسم الرحم ـــ 77

8 ـ حالات المبيضين ـــ 95

9 ـ علم الأورام في أمراض النساء ـــــــــــــــــــــــــــــ 111

10 ـ اضطرابات الطمث ـــ 119

11 ـ خمجيات المسلك التناسلي الأنثوي ـــــــــــــــــــــــــ 137

12 ـ الأمراض المنقولة جنسياً ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ 157

13 ـ انتباذ البطانة الرحمية بالحوض ـــــــــــــــــــــــــــ 167

14 ـ تغير وضع الرحم وتدلي المسلك التناسلي ـــــــــــــــــ 175

15 ـ البوليات وعلاقتها بأمراض النساء ـــــــــــــــــــــــ 191

16 ـ المشاكل الجنسية ـــ 197

17 ـ العقم ـــ 201

18 ـ تقصي سرطان عنق الرحم ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ 219

19 ـ موانع الحمل ـــ 227

20 ـ التعقيم ـــ 241

21 ـ إنهاء الحمل ـــ 249

الصفحة

22 ـ مضاعفات الحمل ——— 255
23 ـ دراسة الغدد الصماء السريرية ——— 273
24 ـ جراحات أمراض النساء (مضاعفات قبل وبعد العملية) ——— 289