



مبحث: ژنیکولوژی کودکان و نوجوانان

A stethoscope with a black tube and silver chest piece is positioned on a white surface. The background is a solid teal color. The text is centered on the white surface.

ژنيکولوژی کود کان و نوجوانان

- مشکلات ژنیکولوژیک دختران پیش از بلوغ و نوجوانان از زنان بزرگسال متفاوت است



در اخذ تاریخچه ژنیکولوژیک از کودکان موارد زیر باید مد نظر قرار گیرند:

- توصیف کودک از علایم
- اصطلاحات محاوره ای (توسط مادر)
- وسعت علایم کنونی نسبت به قبل
- تاریخچه از مادر
- علایم خارش، درد، سوزش، قرمزی یا راش
- محل علایم (ولو یا وستیبول واژینال)
- یبوست، علایم ادرای، دیزوری خارجی، نشست ادرار
- ترشحات واژینال، خونریزی واژینال
- زمان شروع علایم، تعداد دفعات، مدت، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده علایم
- وسعت اختلال در فعالیت های روزانه (از جمله پیش از مدرسه / مدرسه)
- درمان های قبلی و اثربخشی آنها، درمان های خانگی
- بهداشت (دفعات استحمام، باورهای فرهنگی و توصیه های قبلی در مورد حمام)
- تاریخچه تولد
- تاریخچه مشکلات طبی قبلی (سلامت عمومی، بیماری های مزمن، بستری، جراحی، ایمن سازی، آلرژی)
- سابقه سوء رفتار



گروه سنی
پیش از بلوغ

خونریزی در گروه سنی پیش از بلوغ

- بروز هر گونه خونریزی قبل از نه سالگی نیاز به ارزیابی دارد
- متارک به طور معمول هنگامی رخ میدهد که رشد پستان های یک دختر نوجوان به مرحله سه یا چهار رسیده باشد
- بروز خونریزی در غیاب تکامل پستان باید مورد بررسی قرار گیرد

تشخیص

افتراقی

تشخیص افتراقی خونریزی واژینال پیش از بلوغ

- طی چند روز اول زندگی به علت قطع سطوح بالای استروژن مادری ممکن است خونریزی واژینال مختصری رخ دهد
- علل ولوار و علل خارجی: **ولویت همراه با خراشیدگی ، تروما (آسیب straddle، سو رفتار جنسی) لیکن اسکروز، کوندیلوما، مولوسکوم کونتازیوزوم (زگیل آبکی)، پرولاپس پیشابراه**
- علل واژینال: **واژینیت، جسم خارجی در واژن . تروما (سو، رفتار، دخول)، تومور واژینال**

تشخیص
افتراقی

تشخیص افتراقی خونریزی واژینال پیش از بلوغ

- علل رحمی: بلوغ زودرس
- علل تخمدانی: تومور سلول گرانولوزا- تومور ژرم سل
- استروژنهای برونزا: موضعی- خوراکی
- احتمال سوء رفتار باید همیشه در دخترانی که هر گونه علائم ولو واژینال (خصوصا خونریزی) دارند در نظر گرفته میشود

ضایعات ولو

تشخیص افتراقی خونریزی واژینال پیش از بلوغ

- تحریک ولو موجب خارش همراه با خراشیدگی ، ماسره شدن پوست ولو، شقاق و خونریزی میشود
- سایر علل خارجی قابل مشاهده خونریزی شامل پرولاپس کوندیلولوم ، لیکن اسکروز یا مولوسکوم کونتازیوزوم هستند
- پرولاپس پیشابراه ممکن است به طور حاد یا یک توده حساس ظاهر نماید که گاهی شکننده بوده یا کمی خونریزی می کند
- این ضایعه در دختران آفریقایی-آمریکایی شایعتر بوده و ممکن است با یک توده واژینال اشتباه شود

ضایعات ولو

- درمان معمول از طریق استفاده از استروژنهای موضعی صورت میگیرد
- برخی اکسیژیون جراحی اولیه را پیشنهاد میکنند
- با مشاهده کوندیلوم باید بی درنگ به سوء رفتار جنسی شک کرد
- اگر چه وجود کوندیلوم طی چند سال اول زندگی ممکن است مطرح کننده اکتساب عفونت **hpv** مادری در دوران پری ناتال باشد
- در حضور لیکن اسکروز پیش از بلوغ خراشیدگی و خونریزی از پوست نیز سبب خونریزی خارجی میشود

فضایعات ولو

■ هر چند لیکن اسکروز در زنان یائسه شناسایی میشود این بیماری در قبل از بلوغ نیز دیده میشود و ممکن است توسط پزشکانی که با این بیماری آشنایی ندارند تشخیص داده نشود

بیماری مولوسکوم





جسم خارجی

- وجود جسم خارجی در واژن یکی از دلایل شایع ترشحات واژینال (چرکی یا خونی) است
- شایع ترین اجسام خارجی یافت شده در واژن تکه های دستمال توالت هستند
- وجود جسم خارجی در واژن ممکن است نشانه سوء رفتار جنسی باشد

بلوغ زودرس

- خونریزی واژینال در غیاب سایر ویژگی های ثانویه جنسی ممکن است ناشی از بلوغ زودرس باشد
- با این وجود شروع جوانه زدن پستان ها یا رشد موهای پوبیس با احتمال بیشتری قبل از خونریزی واژینال اتفاق می افتد
- توصیه میشود که در دختران سفید پوست زیر هفت سال و دختران آفریقایی- آمریکایی زیر شش سال که دارای رشد پستانی یا موی پوبیس هستند بررسی بلوغ زودرس انجام گیرد

تروما

- تروما باعث خونریزی تناسلی میشود
- باید یک تاریخچه دقیق از والدین یا پرستار و خود کودک گرفته شود زیرا اغلب تروماهای ناشی از سوء رفتار جنسی مورد توجه قرار نمی گیرد
- به طور کلی صدمات زینی که با تروماهای تصادفی رخ می دهند نواحی قدامی و طرفی ولو را درگیر می سازد
- در حالی که صدمات نفوذی به همراه ضایعات فورشت یا ضایعات گسترش یافته به داخل حلقه بکارت با احتمال کمتری در نتیجه تروماهای تصادفی هستند

سوء رفتار

جنسی

■ در ارزیابی سوء رفتار جنسی یافته های تناسلی به صورت زیر طبقه بندی میشوند:

- ۱- یافته هایی که در نوزادان ثبت میشوند یا به طور شایع در کودکانی مشاهده میشوند که تحت سوء رفتار قرار نگرفته اند
 - ۲- یافته هایی که از نظر تروما یا تماس جنسی توافق نظری در مورد تفسیر آنها وجود ندارد
 - ۳- یافته های ناشی از تروما یا تماس جنسی
- در اغلب موارد سوء رفتار جنسی کودکان با صدمات حاد تظاهر نمی یابند بلکه همراه با یافته های طبیعی یا غیر اختصاصی تناسلی می باشند

سایر علل

- تومورهای واژینال از علل جدی اما نادر خونریزی واژینال هستند
- شایع ترین تومور واژینال در سنین قبل از بلوغ رابدومیوسارکوم است که با خونریزی و توده ای شبیه خوشه انگور همراه است
- تومورهای تخمدانی دارای فعالیت هورمونی می توانند باعث تکثیر اندومتر و خونریزی شوند تجویز استروژن نیز موجب خونریزی میشوند

تشخیص خونریزی در
گروه سنی پیش از
بلوغ

تشخیص خونریزی در گروه سنی پیش از بلوغ
معاینه: اگر در معاینه دستگاه تناسلی خارجی یا داخلی بخش دیستال
واژن، علت واضحی برای خونریزی مشاهده نشد باید تحت بی‌هوشی
با واژینوسکوپی، واژن و سرویکس را به طور کامل رؤیت کرد
تصویربرداری: در صورت شک به یک توده تخمناهی یا واژینال،
سونوگرافی لگن می‌تواند اطلاعات مفیدی در خصوص ظاهر
تخمدان‌ها (سایز و حجم طبیعی پیش از بلوغ، رشد فولیکولی، کیستیک
یا توپر بودن) و اندازه و شکل رحم فراهم نماید. رحم پیش از بلوغ با
نسبت یکسان سرویکس و فوندوس و طول $2\frac{3}{5}$ - ۳ سانتی‌متر و عرض
 $1\frac{0}{5}$ سانتی‌متر ظاهر مشخصی دارد. فوندوس رحم با تحریک
استروژنی بزرگ شده و به ظاهر پس از منارک تبدیل می‌شود که در
آن اندازه فوندوس بزرگ‌تر از سرویکس است.



درمان خونریزی در
گروه سنی پیش از
بلوغ

سونوگرافی باید اولین مطالعه تصویربرداری باشد.

درمان خونریزی در گروه سنی پیش از بلوغ

درمان خونریزی پیش از بلوغ با توجه به علت آن انجام می گیرد اگر ترشح خونی ناشی از ولوواژینیت غیراختصاصی بوده و با وجود درمان ادامه پیدا کند ممکن است ارزیابی بیشتر جهت رد وجود جسم خارجی ضرورت یابد درمان ضایعات پوستی (تحریک مزمن) و لیکن اسکروز غالباً به استفاده از استروئیدهای موضعی و درمان نگهدارنده نیاز دارد درمان تومورهای تخمدان و واژن باید از طریق مشاوره با متخصص لونکولوژی صورت گیرد



علل توده‌های لگنی بر حسب فراوانی و گروه سنی عبارتند از:
- شیرخوارگی: کیست‌های عملکردی تخمدان، تومورهای
ژرم سل

- پیش از بلوغ: کیست‌های عملکردی تخمدان، تومورهای
ژرم سل

- نوجوانی: کیست‌های عملکردی، بارداری، تراتوم کیستیک
خوش خیم/سایر تومورهای ژرم سل، ناهنجاری‌های
انسدادی واژینال یا رحمی، تومورهای اپی تلیال تخمدان

- دوران باروری: کیست‌های عملکردی، بارداری،
فیبروئیدهای رحمی، تومورهای اپی تلیال تخمدان

- حوالی یائسگی: فیبروئیدها، تومورهای اپی تلیال تخمدان،
کیست‌های عملکردی

- پس از یائسگی: تومورهای تخمدان (بدخیم یا خوش خیم)،
کیست‌های عملکردی، اختلالات روده (تومور بدخیم یا
ضایعات التهابی)، متاستازها.



توده های لگنی در
گروه سنی پیش از
بلوغ

توده های لگنی در گروه سنی پیش از بلوغ

توده لگنی ممکن است منشأ ژنیکولوژیک (رحمی، تخمدانی، اذنکسی)، ادراری یا روده ای داشته باشد.

در کودکان توده های تخمدانی واقع در شکم، ممکن است با سایر توده های شکمی (نظیر تومور ویلمز یا نوروبلاستوم) اشتباه گرفته شوند. درد حاد غالباً با پیچ خوردگی همراه است. رباط تخمدانی در اثر واقع شدن این تومورها در داخل شکم طویل شده و تخمدان را مستعد پیچ خوردگی می سازد. قبل از بلوغ احتمال پیچ خوردگی تخمدان بیشتر است. علایم پیچ خوردگی شامل شروع حاد درد شکمی شدید همراه با تهوع و استفراغ است.



تشخیص توده های
لگنی در گروه سنی
پیش از بلوغ

تشخیص توده های لگنی در گروه سنی پیش از بلوغ

سونوگرافی ابزار سودمندی جهت تشخیص تومورهای تخمدانی است. تصویربرداری های اضافی نظیر CT اسکن، MRI یا سونوگرافی داپلر، جهت تایید تشخیص کمک کننده هستند. مشاهده کیست های تک حفره ای و چند حفره ای نیاز به اقدام خاصی ندارد، در حالی که یافتن یک جزء توپر، به دلیل خطر بالای تومور ژرم سل، بررسی جراحی را الزامی می سازد.



تشخیص افتراقی

کمتر از دو درصد بدخیمی‌های تخمدان در کودکان و نوجوانان بروز می‌کنند. تومورهای تخمدان، مسئول یک درصد کل تومورهای بدخیم در این گروه سنی هستند. تومورهای ژرم سل یک دوم تا دو سوم نئوپلاسم‌های تخمدان را در افراد زیر ۲۰ سال تشکیل می‌دهند. ۳۵ درصد کل نئوپلاسم‌های تخمدان در دوران کودکی و نوجوانی بدخیم هستند. در دختران زیر نه سال، حدود ۸۰ درصد از نئوپلاسم‌های تخمدان بدخیم می‌باشند. تومورهای ژرم سل در کودکان و نوجوانان مسئول حدود ۶۰ درصد نئوپلاسم‌های تخمدان هستند (در مقایسه با ۲۰ درصد در بالغین). از کل توده‌های تخمدانی ثابت شده با جراحی در کودکان و نوجوانان، فقط ۶ درصد موارد بزرگی تخمدان، نئوپلاسم بدخیم و ۱۰ درصد نئوپلاسم‌ها، بدخیم هستند. در زنان زیر ۲۰ سال توده‌های غیرنئوپلاستیک دو سوم کل توده‌ها را تشکیل می‌دهند. در دختران زیر ۱۰ سال، ۶۰ درصد توده‌های غیرنئوپلاستیک و دو سوم توده‌های نئوپلاستیک خوش خیم هستند. کیست‌های عملکردی فولیکولی ممکن است در دوران جنینی، نوزادی و قبل از بلوغ رخ دهند و ندرتاً با بلوغ جنسی زودرس همراه

درمان توده های
لگنی در گروه سنی
پیش از بلوغ

- کیست های تک حفره ای تقریباً خوش خیم هستند و ظرف ۶-۳ ماه پسرفت میکنند بنابراین نیازی به جراحی ندارند
- در این موارد تحت نظر گرفتن دقیق بیمارپیشنهاد می گردد (اگر چه خطر پیچ خوردگی تخمدان وجود دارد)
- حفظ بافت تخمدان در بیماران دارای تومور خوش خیم یک ارجحیت محسوب میشود
- جراحی زودهنگام یک توده عملکردی ممکن است به چسبندگی های تخمدانی و لوله ای منجر شده و قابلیت باروری فرد را درآینده تحت تاثیر قرار دهد

درمان توده های
لگنی در گروه سنی
پیش از بلوغ

■ توده های با مشخصات زیر به دلیل بالا بودن احتمال نئوپلاسم در آنها به عمل جراحی نیاز دارند:

توده های توپر بزرگتر از هشت سانتی متر و توده های در حال رشد

بیماری های ولو در گروه سنی پیش از بلوغ

بیماری های ولو در گروه سنی پیش از بلوغ

بیماری های ولو در دوران نوزادی

در همه نوزادان دختر باید دستگاه تناسلی خارجی به دقت مشاهده شده و جهت تعیین باز بودن سوراخ بکارت و تشخیص مقعد سوراخ نشده اقدام به وارد کردن آهسته پروب به داخل واژن و مقعد نمود. انواع گوناگونی از پرده بکارت در نوزادان دیده می شود که عبارتند از: پرده بکارت ایمپرفوره، پرده بکارت دارای سوراخ کوچک، پرده بکارت غربالی، نوارهای hymenal و پرده بکارت با سوراخ مرکزی در قدام، خلف یا در وسط.

تومورهای مادرزادی ولو شامل همانژیوم های توت فرنگی شکل (ضایعات عروقی نسبتاً سطحی) و همانژیوم های بزرگ غاری شکل هستند. درمان این ضایعات مورد بحث است و پسرفت خودبخودی در بسیاری از این ضایعات روی می دهد.

بیماری های ولو در دوران کودکی

علائم ولو و واژن مانند سوزش محل، سوزش ادرار، خارش یا راش نشانه های شایع اولیه ای در بین کودکان هستند که به متخصص زنان گزارش می شوند.

ولوواژینیت، شایع ترین مشکل ژنیکولوژیک در کودکان است.



- نزدیک بودن واژن به مقعد باعث رشد بیش از حد باکتری ها و ایجاد ولویت اولیه و واژینیت ثانویه میشود
- عفونت قارچی در کودکان پیش از بلوغ که آموزش توالت دیده اند ناشایع است
- وستیبول ولوار غیر استروژنیزه مختصری قرمز بوده و ممکن است با عفونت اشتباه شود
- علاوه بر این ترشحات اطراف و زیر پره پوس ممکن است شبیه تکه های ولویت کاندیدایی باشد. در دختران پیش از بلوغ ناحیه ولو مستعد تحریک با مواد شیمیایی است

- لیکن اسکروز که علت آن به خوبی شناخته نشده است ظاهری به شکل کاغذ سیگار داشته و در اطراف ولو و مقعد با یک نمای شبیه سوراخ کلید انتشار می یابد
- درمان آن در کودکان نیز همانند بزرگسالان است
- این بیماری ممکن است هنگامی که کودک وارد مراحل آدرناک و هنارک میشود پسرقت نماید
- استفاده از استروئیدهای موضعی بسیار قوی در کودکان نیز مانند بالغین موثر بوده است

■ جهت پیشگیری از عود چسبندگی درمان با یک نرم کنند موضعی اندیکاسیون دارد

■ پرولاپس پیشابراه ممکن است موجب درد حاد، خونریزی یا ایجاد توده شود

■ در صورت وجود هر نوع شکایت ولو واژینال در یک کودک خردسال باید بلافاصله احتمال سوء رفتار جنسی مدنظر قرار گیرد

■ عفونتهای منتقله از راه جنسی ممکن است در دوران پیش از بلوغ رخ دهند

- هر چند بروز کوندیلوهای ولو قبل از ۳-۲ سالگی ممکن است به دلیل انتقال از مادر به کودک طی زایمان واژینال یا توسط زگیل های موجود بر روی دست پرستار باشد با این وجود باید احتمال سوء رفتار جنسی در همه کودکان دارای زگیل تناسلی مدنظر باشد
- زخم های غیر مقاربتی ولو ممکن است در دختران نوجوان و دوران قبل از بلوغ مشاهده شوند که غالباً با علایم سیستمیک همراه بوده و مطرح کننده یک بیماری ویروسی هستند
- ویروس هرپس سیمپلکس - سیفلیس و بیماری بهجت می توانند سبب ایجاد زخم های ولو و یا آفت تناسلی شوند

بیماری های مربوط به
واژن در گروه سنی
پیش از بلوغ

- ترشح واژینال قبل از بلوغ همیشه به دلیل التهاب و تحریک
- در دختران پیش از بلوغ ولو محل اولیه عفونت و سپس واژینیت
- در بالغین اول واژینیت سپس ولویت
- در دختران با سوء استفاده جنسی: کشت روتین جهت شناسایی
سوء رفتار جنسی مورد تردید است اما برای دختران واژینال باید
کشت واژن برای گنوره و کلامیدیا صورت گیرد
- درمان: رعایت بهداشت- تمیز کردن ناحیه- استروژن موضعی و
آنتی بیوتیک وسیع الطیف

بیماری های مربوط به
واژن در گروه سنی
پیش از بلوغ

- شروع نسبتاً حاد ترشح واژینال و ولوواژینیت به احتمال زیاد یک باکتری منفرد علت بیماری است
- ترشح واژینال پایدار یا رنگ خونی یا قهوه ای بدون سایر ضایعات خارجی واضح: جسم خارجی - شستشوی واژن - واژینوسکوپی

گروه سنی نوجوان

خونریزی غیرطبیعی در سنین نوجوانی

طی ۲-۵ سال اول پس از منارک، بیشتر سیکل‌های قاعدگی فاقد تخمک‌گذاری هستند. با این وجود این سیکل‌ها نسبتاً منظم بوده و بین ۲۱ تا ۴۵ روز روی می‌دهند، برخلاف بزرگسالان که سیکل‌های آن‌ها به طور معمول ۲۱ تا ۳۸ روزه است. یک الگوی ± 10 روزه و یک سیکل ۲۱ تا ۴۵ روزه ظرف دو سال بعد از منارک برقرار می‌گردد. میانگین مدت قاعدگی $4/7$ روز بوده و در ۸۹ درصد سیکل‌ها هفت روز طول می‌کشد. میانگین مقدار خونریزی در هر سیکل ۳۵ میلی لیتر است. جزء عمده ترشحات قاعدگی، بافت اندومتر است.

پارامترهای سیکل قاعدگی طبیعی در نوجوانان عبارتند از:

- فراوانی سیکل‌های قاعدگی ۲۱-۴۵ روز
- تغییرات از یک سیکل به سیکل دیگر: کمتر از بزرگسالان
- مدت خونریزی: ۴ تا ۸ روز
- حجم خونریزی: ۴ تا ۸۰ میلی لیتر

تشخیص اختراقی
فونریزی غیرطبیعی در
نوجوانان

- سیکل های طولانی تر از ۴۲ روز کوتاه تر از ۲۱ روز و خونریزی بیش از هفت روز غیرطبیعی هستند
- خصوصا اگر دو سال از هتارک گذشته باشد
- وقوع خونریزی در یک اینتروال ۹۰ روزه حتی در سال اول بعد از هتارک غیرطبیعی است
- دخترانی که سیکل های قاعدگی آنها به طور مداوم خارج از محدوده طبیعی است یا دخترانی که سیکل های آن ها قبلا منظم بوده و اکنون دچار بی نظمی است باید از نظر قاعدگی غیرطبیعی مورد ارزیابی قرار گیرند

عدم تفمگذاری

خونریزی بدون تخمک گذاری به خصوص پس از یک دوره طولانی آمنوره می تواند بسیار مکرر، طولانی یا شدید باشد. فیزیولوژی این پدیده مربوط به شکست مکانیسم فیدبکی است که در آن افزایش سطوح استروژن منجر به افت FSH و متعاقب آن افت سطوح استروژن می شود. در سیکل های فاقد تخمک گذاری، ترشح استروژن (در غیاب اثر مقابله کننده پروژسترون) ادامه می یابد و در نتیجه آن، تکثیر اندومتر رخ می دهد که رشد ناپایدار و ریزش ناکامل اندومتر را در پی خواهد داشت. نتیجه بالینی آن خونریزی نامنظم، طولانی و شدید است.

هرچه سن در زمان منارک کمتر باشد تخمک گذاری منظم زودتر برقرار می شود. مدت زمان طول کشیده از منارک تا هنگامی که ۵۰ درصد سیکل ها توأم با تخمک گذاری شوند، در صورت وقوع منارک قبل از ۱۲ سالگی، یک سال، در ۱۲/۹-۱۲ سالگی، سه سال و در ۱۳ سالگی یا بالاتر، ۴/۵ سال است.



بیماری‌های همراه با عدم تخمک گذاری و خونریزی
غیرطبیعی عبارتند از:

(۱) اختلالات مربوط به خوردن (بی اشتتهایی عصبی، پرخوری
عصبی)

(۲) فعالیت ورزشی شدید

(۳) بیماری‌های مزمن

(۴) عدم کفایت تخمدان / نارسایی زودرس تخمدان

(۵) سوء مصرف الکل و سایر داروها

(۶) استرس

(۷) بیماری تیروئید (هیپوتیروئیدی، هیپرتیروئیدی)

(۸) دیابت ملیتوس

(۹) سندرم‌های فزونی آندروژن (سندرم تخمدان پلی
کیستیک)



فونریزی مرتبط با بارداری

- در صورت مراجعه یک دختر نوجوان به علت خونریزی غیرطبیعی باید احتمال بارداری در نظر گرفته شود
- سقط خودبه خودی- بارداری نابه جا- هول

هورمونهای برونزا

علت خونریزی غیرطبیعی به همراه مصرف هورمون معمولاً بسیار متفاوتتر از زمانی است که فرد هورمون مصرف نمی‌کند. ضدبارداری‌های خوراکی در ۳۰-۴۰ درصد افراد با خونریزی breakthrough در اولین سیکل مصرف همراه هستند. خونریزی به دلیل فراموشی قرص‌ها نیز رخ می‌دهد. راه حل این مشکل، تأکید بر مصرف مداوم قرص است.

همه اشکال روش‌های پیشگیری از بارداری هورمونی از قرص‌های ترکیبی و مینی پیل تا برچسب‌های ضدبارداری، حلقه‌ها، IUD و ضدبارداری‌های تزریقی و کاشت‌تی با خونریزی غیرطبیعی همراه هستند. اگرچه مکانیسم خونریزی مرتبط با این روش‌های هورمونی به خوبی ثابت نشده است اما ممکن است اندومتر آتروفیک یا عوامل مرتبط با آئریوزنز درگیر باشند که با توجه به آن گزینه‌هایی جهت درمان مطرح می‌شود. سایر علل موضعی خونریزی مانند سرویسیت و اندومتریس نیز ممکن است در هنگام هورمون درمانی، دیده شوند.



اختلالات هماتولوژیک

- شایعترین پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدوویوپاتیک و سپس بیماری فون ویلبراند
- مخصوصا در نوجوانانی که دچار خونریزی حجیم میشوند باید از نظر اختلالات انعقادی بررسی شوند

عفونتها

- خونریزی نامنظم یا خونریزی پس از مقاربت ناشی از سرویسیت کلامیدیایی
- در نوجوانان شایعتر از هر سنی
- در نوجوانان فعال از نظر جنسی غربالگری از نظر کلامیدیا

سایر مشکلات
آندوکراین یا سیستمیک

- اختلال عملکرد تیروئید - کبد - هیپرپرولاکتینمی
- اختلال آندروژنی شایعترین اختلال اندوکراین در زنان ۱۰-۵ درصد

- سندرم **pcO** کلاسیک- هیپرآندروژنی عملکردی تخمدان یا هیپرپلازی مادرزادی آدرنال از نوع نسبی با شروع دیررس همگی ممکن است در دوران نوجوانی دیده شوند
- حتی در زنان مبتلا به اختلالات خفیف نیز باید مداخلات درمانی صورت گیرد زیرا این اختلالات پیشرو دیابت نوع دو- سرطان آندومتر- بیماری های مغزی عروقی هستند
- در صورت شناسایی زودهنگام و درمان مناسب تغییرات آندروژنی نسبتاً برگشت پذیر هستند

- آکنه - هیرسوتیسم و قاعدگی های نامنظم اغلب در نوجوانان به اشتباه طبیعی تلقی میشوند اما در واقع ممکن است از تظاهرات هیپرآندروژنی باشد
- علائم مقاومت به انسولین باید مورد ارزیابی و درمان قرار گیرد

علل اناتومیك

- ناهنجاری های انسدادی کاهل یا نسبی سیستم تناسلی به طور معمول طی دوران نوجوانی ظاهر میشوند
- ناهنجاری های کمپلکس مولرین نظیر سپتوم های مسدود کننده طولی واژن و یا رحم دو گانه ممکن است باعث هماتوکولپوس یا هماتومترا شوند
- اگر این ناهنجاریهای انسدادی یک خروجی کوچک به بیرون داشته یا بعدا ایجاد شده باشند به جای توده لگنی یا علاوه بر آن به صورت ترشح مداوم تیره قهوه ای تظاهر می یابند

تشخیص خونریزی
غیرطبیعی در سنین
نوجوانی

تشخیص خونریزی غیرطبیعی در سنین نوجوانی

معاینه: یک معاینه فیزیکی کلی دقیق می‌تواند علایم فزونی آندروژن نظیر اکانتوز نیگریکانز یا رشد موهای ترمینال غیرطبیعی در روی صورت، قفسه سینه/اطراف هاله پستان یا بر روی شکم را آشکار نماید. در بیماران فعال از نظر جنسی، دچار درد شدید یا دارای ناهنجاری آناتومیک باید معاینه کامل لگنی صورت گیرد.

بیمارانی که از نظر جنسی فعال هستند بهتر است از جهت گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس تحت بررسی قرار گیرند. برای نوجوانانی که سابقه عدم تخمک گذاری دارند، کسانی که منکر فعالیت جنسی می‌شوند و کسانی که برای بررسی‌های پیگیرانه مراجعه می‌کنند می‌توان معاینه ژنیکولوژیک محدودی انجام داده و آن را با سونوگرافی لگن کامل ساخت.



بررسی آزمایشگاهی

بررسی‌های آزمایشگاهی: در صورت بروز خونریزی غیرطبیعی در هر نوجوانی باید آزمایش بارداری انجام گیرد علاوه بر این بررسی‌های آزمایشگاهی باید شامل این موارد باشند: شمارش کامل سلول‌های خونی همراه با شمارش پلاکت، آزمایش‌های غربالگری جهت اختلالات انعقادی و اختلالات پلاکتی، آزمایش‌های تیروئیدی.

بررسی STD ممکن است به وسیله روش‌های گسترش DNA بر نمونه ادرار یا نمونه سرویکس انجام شود. بررسی سیتولوژی سرویکس برای نوجوانان خصوصاً در ویزیت اورژانسی برای خونریزی مفرط مناسب نیست.

مطالعات تصویربرداری

- در صورت مثبت بودن آزمایش بارداری جهت تایید یک بارداری زنده داخل رحمی و رد سقط خودبه خودی یا بارداری نابه جا استفاده از سونوگرافی ممکن است ضرورت یابد
- سونوگرافی از لگن در موارد شک به وجود شک به وجود توده لگنی ناکافی بودن معاینه و مورد نیاز بودن اطلاعات اضافی سودمند است
- سایر مطالعات تصویر برداری در ارزیابی های اولیه اندیکاسیون ندارند اما ممکن است در موارد خاص مفید باشند

مطالعات تصویربرداری

- چنانچه سونوگرافی نتواند ضایعه را تشخیص دهند **MRI** می تواند در تعیین حدود آناتومیک این ناهنجاری ها کمک کننده باشد:
- سپتوم واژینال - سپتوم رحمی - دوپلیکاسیون رحم یا آژنزی واژن
- لاپاراسکوپی می تواند در تشخیص آناتومی غیرطبیعی به کار رود
- **CT** اسکن در تشخیص ناهنجاری های داخل شکمی غیرتناسلی سودمند است

در صورت بروز موارد زیر باید به اختلال خونریزی دهنده شک کرد:

- خونریزی قاعدگی شدید از زمان منارک
- سابقه خانوادگی اختلال خونریزی دهنده
- سابقه شخصی هر یک از موارد زیر:
 - خونریزی از بینی در سال گذشته
 - کوفتگی بزرگتر از دو سانتی متر بدون آسیب دیدگی
 - خونریزی جزئی از زخم
 - خونریزی دهانی یا گوارشی بدون ضایعه اناتومیک
 - خونریزی شدید یا طولانی بعد از کشیدن دندان
 - خونریزی غیرمنتظره بعد از عمل جراحی
 - خونریزی از کیست تخمدان
 - خونریزی نیازمند انتقال خون
 - خونریزی پس از زایمان به خصوص نوع تاخیری بعد از ۲۴ ساعت
- عدم پاسخ به درمان مرسوم منوراژی



درمان خونریزی
غیرطبیعی در سنین
نوجوانی

درمان خونریزی غیرطبیعی در سنین نوجوانی
درمان خونریزی غیرطبیعی مرتبط با بارداری، اختلال عملکرد
تیروئید، اختلالات کبدی و هماتولوژیک یا سندرم فزونی آندروژن
شامل درمان بیماری زمینه‌ای است.

- قرص‌های ضدبارداری در درمان سندرم‌های فزونی آندروژن،
اختلالات خونریزی دهنده ارثی و عدم تخمک گذاری مفید هستند.
- درمان با مفنامیک اسید و سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی
باعث کاهش خونریزی قاعدگی می‌شود.

- تراناکزامیک اسید (یک عامل آنتی فیبرینولیتیک) در کاهش
خونریزی قاعدگی مؤثرتر از NSAIDها است.

پس از انجام آزمایشات مناسب و رد تشخیص‌های اختصاصی بسته
به تظاهرات بالینی و سایر عوامل (نظیر نیاز به پیشگیری از بارداری)
می‌توان درمان انتظاری یا هورمونی را در نظر گرفت.



عدم تفمگزاری:
فونریزی ففیف

■ در نوجوانان دچار خونریزی خفیف با سطوح هموگلوبین کافی و عدم اختلال در فعالیتهاى روزمره را میتوان به صورت زیر درمان نمود: **رسم چارت قاعدگی های بعدی - اطمینان خاطر دادن به بیمار- پیگیری دقیق و تجویز مکمل آهن**

عدم تفمگذاری: فونریزی نفیف

چنانچه بیماری که خونریزی شدید یا طولانی مدت داشته دچار کاهش واضحی در خونریزی شود، لزوماً به معنای عدم نیاز به درمان نیست. این نوع خونریزی متناوب مشخصه خونریزی توأم با عدم تخمک گذاری است و ممکن است در غیاب درمان همچنان ادامه پیدا کند.

هورمون درمانی جهت بیمار دچار آنمی خفیف سودمند است. اگر بیمار خونریزی شدید نداشته و کتراندیکاسیونی برای مصرف استروژن ندارد می‌توان به همان روشی که جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌شود، قرص های ترکیبی LD را تجویز نمود. ارزیابی مجدد باید بعد از ۳-۶ سیکل صورت گیرد.



اگر در سابقه پزشکی یا خانوادگی بیمار نکته قابل توجهی که مانع از مصرف این قرص‌ها شود وجود نداشته باشد، جهت درمان خونریزی غیرطبیعی در نوجوانان استفاده از قرص‌های ضد بارداری ترکیبی به دلایل زیر مناسب هستند:

۱. حدود ۴۰ درصد دختران دبیرستانی در آمریکا دارای تجربه فعالیت جنسی می‌باشند.

۲. نوجوانان به طور معمول تا ماه‌ها پس از شروع فعالیت جنسی در پی استفاده از روش‌های طبی ضد بارداری بر نمی‌آیند.

۳. حداقل ۸۰ درصد بارداری‌های نوجوانان، ناخواسته هستند.

۴. حدود یک چهارم از بارداری‌های نوجوانان در آمریکا با سقط خاتمه می‌یابند.

۵. تقریباً ۱۱ درصد دختران نوجوان در آمریکا قبل از ۲۰ سالگی زایمان می‌کنند.



مصرف ۵-۱۰ میلی گرم در روز مدر و کسی پروژسترون استات برای ۱۰-۱۳ روز هر یک تا دو ماه از ساخته شدن بیش از حد اندومتر و ریزش نامنظم آن به دلیل تحریک بی وقفه استروژن جلوگیری می کند. این درمان باید به طور منظم مورد ارزیابی مجدد واقع شده و با تجویز آهن خوراکی همراه شود. بلوغ نهایی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمندان معمولاً موجب تثبیت قاعدگی های منظم می شود مگر این که وضعیت زمینه ای مانند هیپراندروژنی وجود داشته باشد



خونریزی حاد با مقدار
متوسط

- بررسی اولیه یک نوجوان دچار خونریزی قاعدگی شدید مستلزم بررسی ناپایداری همودینامیک و علائم هیپوولمی است
- در نوجوانان اختلالات ساختاری بسیار نادرتر از زنان سنین باروری است

عوامل خونریزی

- اختلال انعقادی - اختلال تخمگذاری - علل اندوهتری - یاتروژنیک و سایر علل
- بیماران با وضعیت پایدار و خونریزی حاد که نیاز به بستری شدن ندارند: درمان هورمونی (استروژن وریدی - ضد بارداری های ترکیبی خوراکی - پروژستین های خوراکی)
- با هورمون درمانی در عرض چند روز خونریزی متوقف میشود باید دوز دارو را به تدریج کم کرده یا آن را قطع نمود تا خونریزی رخ دهد

عوامل خونریزی

- در اولین سیکل قاعدگی بعد از قطع دارو بروز خونریزی شدید مورد انتظار است
- با مصرف روزانه قرص های LD و ادامه آن به مدت ۳-۶ سیکل می توان این عارضه را کنترل نمود

درمان اورژانسی

درمان اورژانسی

تصمیم به بستری کردن بیمار بستگی به میزان خونریزی و شدت آنمی دارد. مقدار واقعی اتلاف خون حاد ممکن است به حد کافی در شمارش اولیه خون منعکس نشود اما در ارزیابی سریال هموگلوبین آشکار می‌گردد. علت منوراژی حاد ممکن است یک اختلال انعقادی اولیه باشد. بنابراین اندازه‌گیری فاکتورهای انعقادی و هموستاز از جمله غربالگری جهت اختلال انعقادی باید برای هر نوجوان دچار منوراژی حاد انجام گیرد.

به طور کلی ترانسفوزیون خون ضرورت ندارد مگر این که بیمار دچار ناپایداری همودینامیک باشد. در بیماران دچار خونریزی ناشی از عدم تخمک گذاری، معمولاً با هورمون درمانی می‌توان از مداخلات جراحی (دیلاتاسیون و کورتاژ، هیستروسکوپی یا لاپاراسکوپی) جلوگیری نمود.



بیماران بستری

- ۱- پس از تثبیت وضعیت بیمار در صورت مسجل شدن تشخیص عدم تخمکگذاری- هورمون درمانی معمولاً خونریزی را کنترل خواهد کرد
- ۲- هورمون درمانی به طور معمول در عرض ۲۴-۱۲ ساعت موثر واقع میشود

بیماران بستری

۳- در صورت عدم تاثیر درمان استروژنی باید بیمار را مجددا ارزیابی کرده و در تشخیص مطرح شده تجدید نظر نمود

شکست هورمونی مطرح کننده یک علت موضعی برای خونریزی است. در این صورت می توان از سونوگرافی لگن برای بررسی علل آناتومیک خونریزی یا جهت بررسی وجود لخته های داخل رحمی که ممکن است سبب اختلال در انقباض رحمی شده و اپیزود خونریزی را طولانی سازد استفاده کرد

بیماران بستری

۴- در صورت شناسایی لخته های داخل رحمی تخلیه آن ها با ساکشن کورتاژ

داروهای یوتروتونیک مثل میزوپروستول نیز میتوانند مفید باشند
تامپوناد داخل رحمی با سوند فولی F26 و بالون ۳۰ میلی لیتری
ممکن است ضرورت پیدا کند

اشکال دیگر درمان مثل تخریب اندومتر یا لیزر یا کرایوتراپی به دلیل
نگرانی در مورد باروری آینده در نوجوانان مناسب نیستند

در صورت کنترل خونریزی توسط استروژن وریدی یا خوراکی، باید رژیم به تدریج کاهش یابنده درمان هورمونی تجویز گردد. هورمون درمانی بعدی با قرص‌های ضدبارداری ترکیبی، IUD لوونورژسترلی، درمان پروژستینی و درمان‌های غیرهورمونی مفید هستند. داروهای ضدفیبرینولیتیک نظیر تراناکزامیک اسید که برای درمان خونریزی شدید حاد کاربرد دارند، خونریزی مزمن را ۵۵-۳۰ درصد کاهش می‌دهند.

به طور کلی دستیابی به سیکل‌های منظم توأم با تخمک‌گذاری و باروری طبیعی متعاقب آن، در زنان جوانی که یک اپیزود خونریزی غیرطبیعی را تجربه می‌کنند، دارای پیش‌آگهی خوبی است. در افراد مبتلا به اختلالات انعقادی، ادامه مصرف قرص‌های ضدبارداری، استفاده از تراناکزامیک اسید یا دسموپرسین داخل بینی کمک کننده است. IUD لوونورژسترلی با کاهش ۹۰ درصدی خونریزی شدید، می‌تواند در نوجوانان مناسب باشد.

IUD لوونورژسترلی، خط اول درمان طبی برای درمان خونریزی شدید در زنان نیازمند جلوگیری از بارداری است.

سرکوب طولانی مدت قاعدگی

در بیمارانی که دچار بیماری‌های طبی زمینه‌ای نظیر اختلالات انعقادی یا بدخیمی‌های نیازمند به شیمی درمانی یا ناتوانی تکاملی هستند، ممکن است ایجاد آمنوره درمانی طولانی مدت با سرکوب قاعدگی از طریق رژیم‌های درمانی زیر ضرورت یابد:

۱. مصرف مداوم روزانه پروژستین‌های خوراکی شامل نوراتیندرون، نوراتیندرون استات یا مدروکسی پروژسترون استات
۲. رژیم‌های ترکیبی مداوم (غیردوره‌ای) استروژن و پروژستین‌های خوراکی یا سایر اشکال ترکیبی استروژن/پروژسترون (برچسب، حلقه واژینال) که سبب خونریزی withdrawal نمی‌شوند
۳. ترکیبات طولانی اثر پروژستین‌ها (DMPA) همراه با استروژن یا بدون آن
۴. آنالوگ‌های GnRH همراه با پشتیبانی استروژن یا بدون آن
۵. سیستم لوونورژسترل داخلی رحمی (IUS)



توده های لگنی در
سنین نوجوانی

در نوجوانان دچار درد لگنی تشخیص کلاسیک: پارگی کیست تخمدان
توده ادنکس همیشه منشا تخمدانی ندارد
درد حاد شدید یا متناوب: پیچش - پارگی داخل صفاقی - خونریزی به
داخل بافت تخمدانی
علائم توده تخمدانی در حال رشد: یبوست - درد مبهم - سیری
زودهنگام - تکرر ادرار - انسداد حالب -

تشخیص توده های
لگنی در سنین نوجوانی

■ گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی

■ تست بارداری

■ CBC

■ تومورهای مارکرها مثل الفافیتوپروتئین و **HCG** از ژرو سلها آزاد شوند
و در تشخیص قبل از جراحی و پیگیری بعدی مفید است

■ شک به آپاندیسیت: سونوگرافی-CT-MRI

توره تفمدانی

- خطر نئوپلاسم بدخیم در نوجوانان کمتر از کودکان خردسال
- نئوپلاسم اپی تلیال در سنین بالاتر شایعتر
- در اولین دهه عمر تومورهای ژرم سل شایعترین تومور و در نوجوانی کمتر
- تراتوم سیستم رسیده شایعترین تومور نئوپلاستیک در کودکان و نوجوانی

کیست‌های عملکردی تخمدان در نوجوانان ممکن است به طور اتفاقی حین معاینه فیزیکی یافت شوند یا با درد ناشی از پیچش، نشت یا پارگی همراه باشند. کیست‌های پاراتیوبال نشانگر بقایای جنینی بوده و ممکن است با کیست‌های تخمدانی اشتباه شوند. آن‌ها معمولاً بدون علامت هستند اما ممکن است با پیچش آدنکس همراه باشند. درمان پیچش باید به جای اوو فورکتومی شامل رفع پیچش باشد. اندومتریوز در نوجوانان نیز دیده می‌شود اما شیوع آن کمتر از بزرگسالان است. ۷۰ درصد نوجوانانی که به درمان طبی درد لگن و دیس منوره پاسخ نمی‌دهند، دارای اندومتریوز هستند. اگرچه اندومتریوز در زنان جوان دارای ناهنجاری‌های انسدادی تناسلی (احتمالاً در اثر قاعدگی رتروگراد) رخ می‌دهد اما در بیشتر نوجوانان دچار اندومتریوز، ناهنجاری‌های انسدادی دیده نمی‌شود. اندومتریوز در زنان جوان می‌تواند ظاهری آتیبیک (شامل ضایعات وزیکولر یا غیرپیگمانته، دریچه‌های صفاقی و چروکیدگی) داشته باشد.



۲. توده‌های رحمی

ناهنجاری‌های رحمی در نوجوانی نادر هستند. لیومیوم‌ها اغلب در این سنین یافت نمی‌شوند. ناهنجاری‌های انسدادی رحمی-واژنی در دوران نوجوانی در زمان منارک یا کمی پس از آن بروز می‌نمایند. ناهنجاری‌هایی که ممکن است یافت شوند عبارتند از: پرده بکارت ایمپرفوره، سپتوم عرضی واژن، آئرنزی واژن همراه با رحم طبیعی و اندومتر عملکردی، دویلیکاسیون واژن همراه با سپتوم طولی انسدادی و شاخ‌های رحمی مسدود شده. علایم همراه عبارتند از: درد دوره‌ای، آمنوره، ترشح واژینال یا توده واژنی، لگنی یا شکمی (برای مثال توده ناشی از هماتوکولپوس یا هماتومترا).

۳. توده‌های التهابی

در ایالات متحده، ۲۰ درصد موارد PID مربوط به نوجوانان است. بنابراین در نوجوانی که با درد لگنی مراجعه می‌کند ممکن است یک توده التهابی یافت شود که از اجزای زیر تشکیل شده باشد: کمپلکس توبوواژین، آبسه توبوواژین، پیوسالپنکس یا هیدروسالپنکس.



خطر PID به وضوح با خطر ابتلا به STD مرتبط است و روش‌های
ضد بارداری ممکن است آن را کاهش (کاندوم‌های لاتکس) یا
افزایش دهند (IUD).

۴. بارداری

در نوجوانان همیشه باید بارداری را به عنوان یک علت توده لگنی
در نظر گرفت. بارداری نابه جا ممکن است با درد لگنی و توده
آدنکسی همراه باشد. همانند بیماران با سن بالاتر، در نوجوانان نیز
کیست‌های پارااوارین و توده‌های غیرژنیکولوژیک ممکن است به
صورت یک توده لگنی یا شکمی، تظاهر نمایند.



درمان توده‌های لگنی در سنین نوجوانی

توده‌های کیستیک تک حفره‌ای بدون علامت به طور محافظه کارانه درمان می‌شوند زیرا احتمال بدخیمی در آن‌ها ناچیز است. چنانچه بر اساس نشانه‌های موجود یا عدم قطعیت در تشخیص، درمان جراحی ضرورت یابد، به حداقل رساندن خطر ناباروری ناشی از چسبندگی‌های لگنی باید مورد توجه قرار گرفته و جهت حفظ بافت تخمدان حداکثر تلاش ممکن انجام شود.

در صورت وجود توده یک طرفه بدخیم (حتی در صورت متاستاز) به جای جراحی رادیکال، درمان باید شامل اووفورکتومی یک طرفه باشد.

