



# بیست و یکمین کنگره بین المللی انجمن متخصصین زنان و زایمان ایران

۲۱ الی ۲۴ خرداد ۱۴۰۴ تهران مرکز همایش های بین المللی برج میلاد

**رویکردی نوین به مهمترین چالش های رشته زنان و زایمان  
همراه با ارائه آخرین پیشرفت های علمی روز دنیا**

همراه با: نمایشگاه تخصصی تجهیزات  
پزشکی و دارویی در حوزه زنان

**همراه با ۲۰ امتیاز بازآموزی  
برای متخصصین زنان و زایمان**

جهت ثبت نام در کنگره به سامانه آموزشی مداوم  
به آدرس: [ircme.ir](http://ircme.ir) مراجعه فرمایید.  
شناسه برنامه: ۲۳۲۵۸۷



هماهنگی نمایشگاه: ۰۹۱۲۷۱۴۹۳۵۶

دبیرخانه اجرایی: مرکز همایش های مهتاد ۸۸۲۴۹۷۷۵ - ۲۱

۰۶-۸۸۳۰۹۵۶۴-۲۱

دبیرخانه علمی: انجمن متخصصین زنان و زایمان ایران

[www.naigo2025.ir](http://www.naigo2025.ir)



## نقش تومورمارکرها در کانسره های تخمدان

**Dr. Soheila Aminimoghaddam**

بهتر است به جای تومورمارکر، کلمه بیومارکر استفاده شود. اگر چه تومورمارکهای جدید مانند TP<sub>53</sub> ، Cell free DNA و.... در مراکز تحقیقاتی استفاده می شود ولی در تومورهای تخمدان اپی تلیال استفاده از تومورمارکها مانند CA125 ،CEA ،HE4 ،ROMA ،CA19-9 بیشتر در فالوآپ استفاده می شود. ولی در تومورهای Germ cell تخمدان استفاده از AFP ،HCG ،LDH بعنوان کمک تشخیصی و نیز فاکتورهای پروگنوستیک کاربرد دارد. در تومورهای استرومایی گنادال تخمدان مثل تومور گرانولوزا از Inhibin-B و AMH در فالوآپ می توان استفاده نمود.



## Twin Pregnancy: Opportunity or Threat?

**Fatemeh Tara: Professor of Perinatology, Mashhad University of Medical Sciences, Iran**

Twin pregnancy has always been a subject of great interest in maternal-fetal medicine. With the increasing prevalence of twin gestations—especially due to the rise in assisted reproductive technologies—we face a multidimensional challenge: should twin pregnancy be seen as an opportunity to fulfill family goals and address fertility issues, or as a threat to maternal and neonatal health?

From an optimistic perspective, twin pregnancies may shorten the overall duration of fertility attempts and offer a higher chance of live birth, particularly in older women or couples dealing with infertility. In some cultures, twins are also regarded as a special blessing, enhancing their perceived value.

However, from a clinical standpoint, twin gestations carry significantly higher risks. These include preterm birth, preeclampsia, intrauterine growth restriction (IUGR), twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS) in monochorionic pregnancies, and increased rates of cesarean delivery. Furthermore, neonatal complications such as prolonged NICU admission, neurodevelopmental impairment, and higher perinatal mortality contribute to the overall burden on healthcare systems.

Psychosocial and financial challenges should not be overlooked either. Parents of twins often face higher levels of stress and anxiety, in addition to the substantial costs of caring for two infants simultaneously.

Ultimately, whether a twin pregnancy is an opportunity or a threat depends on individualized perspectives and risk assessments. Comprehensive counseling, close surveillance, informed decision-making in assisted reproduction, and early referral to specialized care are essential to optimize outcomes. In this context, perinatologists play a pivotal role in risk stratification, anticipatory guidance, and evidence-based management of multiple gestations, ensuring that opportunities are maximized while threats are mitigated.





## Dr.Nahid Eftekhari

Because of the close anatomical relationship between the urogenital and female reproductive systems, urological complications frequently arise during gynecological surgeries. In fact, a significant proportion of iatrogenic urinary tract injuries occur in these procedures. Key risk factors include prior pelvic surgeries, endometriosis, gynecologic malignancies, pelvic radiation, ureteral abnormalities, and adhesions.

Among urinary tract injuries, bladder damage is the most common and is typically detected and repaired immediately, leading to minimal complications. Conversely, ureteral injuries—most often affecting the distal third of the ureter—are less likely to be recognized right away and can have severe consequences, including life-threatening complications or permanent kidney damage. To minimize the risk, surgeons should prioritize clearly identifying the ureter during procedures. Early detection and management of urological injuries are crucial to preventing serious outcomes.





## Dr.Shahrzad Moeinoldini

Cesarean section (CS) is one of the most frequently performed surgical procedures worldwide. In recent decades, its prevalence has risen significantly in many developed countries, raising concerns about its increasing use. According to the World Health Organization (WHO), the optimal CS rate is around 15%. While cesarean incisions typically heal without major complications, some cases result in a cesarean scar defect—also known as isthmocele, niche, diverticulum, or pouch—which was first identified by Poidevin in 1961 as a wedge-shaped defect in the uterine wall.

Isthmocele is characterized as a hypoechoic area within the myometrium of the lower uterine segment, at least 1 mm deep, indicating an interruption in the myometrial continuity at the site of a previous CS scar. Its prevalence is difficult to determine, ranging from 24% to 70% with transvaginal ultrasound and from 56% to 84% with sonohysterography (SHG). While some cesarean scar defects may be asymptomatic, they can also cause various gynecological symptoms, including abnormal uterine bleeding, dysmenorrhea, chronic pelvic pain, dyspareunia, and infertility. Additionally, they pose potential obstetrical risks, such as ectopic pregnancy, uterine rupture, and placental complications like placenta accreta. Management of isthmocele could be surgical treatment including hysteroscopic resection laparoscopic, abdominal, robotic, vaginal repair or Hormonal treatment in those who do not wish to become pregnant .



## Dr. Abbas Aflatonian

Infertility is defined as the failure to achieve pregnancy after 12 months of regular unprotected sexual intercourse. Approximately 85% of infertile couples have an identifiable cause. The most common causes of infertility are ovulatory dysfunction, male factor infertility, and tubal disease. The remaining 15% of infertile couples have “unexplained infertility.” Lifestyle and environmental factors, such as smoking and obesity, can adversely affect fertility. Ovulatory disorders account for approximately 25% of infertility diagnoses; 70% of women with anovulation have polycystic ovary syndrome. Infertility can also be a marker of an underlying chronic disease associated with infertility. Clomiphene citrate, aromatase inhibitors such as letrozole, and gonadotropins are used to induce ovulation or for ovarian stimulation during in vitro fertilization (IVF) cycles. Adverse effects of gonadotropins include multiple pregnancy (up to 36% of cycles, depending on specific therapy) and ovarian hyperstimulation syndrome (1%–5% of cycles), consisting of ascites, electrolyte imbalance, and hypercoagulability. For individuals presenting with anovulation, ovulation induction with timed intercourse is often the appropriate initial treatment choice. For couples with unexplained infertility, endometriosis, or mild male factor infertility, an initial 3 to 4 cycles of ovarian stimulation may be pursued; IVF should be considered if these approaches do not result in pregnancy. Because female fecundity declines with age, this factor should guide decision-making.



## "سرطان تخمدان IC: چالش باروری در آستانه طوفان درمانی"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمینه: بیماران جوان مبتلا به سرطان تخمدان مرحله IC، پس از جراحی با کاهش ذخیره تخمدانی و دغدغه حفظ باروری مواجهند.

روش ها: ارزیابی چندوجهی گزینه ها شامل: انجماد جنین/تخمک، تخمک اهدایی، پیوند بافت تخمدان (با احتیاط)، و مداخلات هورمونی.

یافته های کلیدی:

- خطر عود بیماری با حفظ تخمدان، وابسته به نوع تومور، درجه، و وضعیت جهش های BRCA است.
- روش های نوین (اگزوزوم تراپی، سلول های بنیادی خون قاعدگی) هنوز در فاز تحقیقاتی و غیرقابل توصیه بالینی هستند.
- PGT راه حل طلایی برای جلوگیری از انتقال جهش های ارثی به نسل بعد.

پیام پایانی: "تعادل بین امید باروری و پیشگیری از عود، نیازمند نگاه مولکولی و پایش مادام العمر است."





## "لاپاراسکوپي: نگهبان باروري در تومورهای ژرم سل تخمدان (مرحله IA)"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمینه: جراحی محافظه کارانه در بیماران جوان مبتلا به تومورهای کم خطر تخمدان (IA - Germ Cell).

روش ها: لاپاراسکوپي با مزایای کاهش چسبندگی، حفظ حداکثری بافت سالم، و نمونه برداری دقیق.

یافته های کلیدی:

- فروزن سکشن حین عمل، ستون تصمیم گیری برای حفظ/برداشت تخمدان.
- ادنکسکتومی یک طرفه بدون استیجینگ گسترده، در تومورهای IA کافی است.
- پیش آگهی باروري پس از حفظ یک تخمدان:  $< 80\%$  موفقیت با پایش AMH.
- پیام پایانی: "لاپاراسکوپي نه تنها درمان که سفیر امید برای مادران آینده است."



## "انتقال تخمدان: نقشه فرار از اشعه در سرطان سرویکس IIB"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمینه: رادیوتراپی لگنی، تهدید جدی برای عملکرد تخمدان در بیماران جوان.

روش ها: ترانس پوزیشن لاپاراسکوپیک تخمدان ها به خارج از میدان تابش.

یافته های کلیدی:

- موفقیت عملکردی: ۶۰-۸۰٪ با جابجایی به قدام دیواره شکم.

- عوارض کلیدی: اختلال خون رسانی (۲۰٪) و چسبندگی (۱۵٪).

- IVF پس از عمل، گزینه غالب برای دستیابی به بارداری.

پیام پایانی: "با جابجایی تخمدان ها، زمان را برای باروری خریداری می کنیم!"



## "شیمی درمانی و باروری: نبرد نابرابر در لنفوم هوچکین و سرطان پستان +BRCA"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمانه: اثرات تخریب کننده شیمی درمانی بر ذخیره تخمدانی بیماران زیر ۳۵ سال.

راهکارها:

- قبل از شیمی درمانی: فریز تخمک/جنین + GnRH Agonists.

- پس از شیمی درمانی: پایش AMH، روی آوری به تخمک اهدایی یا رحم جایگزین.

یافته های کلیدی:

- کاهش ۵۰-۷۰٪ ذخیره تخمدانی پس از رژیم های حاوی سیکلوفسفامید.

- کیفیت تخمک ها حتی پس از بهبودی، هرگز به پایه بازنمی گردد.

- بیماران +BRCA، آسیب پذیری مضاعف در برابر سمیت تخمدانی دارند.

پیام پایانی: "انجماد پیش گیرانه\*\*، تنها سپر نجات در برابر توفان شیمی درمانی است."





## "تومور بوردرلاین تخمدان: هنر ظریف توازن بین حفظ باروری و کنترل بیماری"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمینه: مدیریت تومورهای Low Malignant Potential در زنان مجرد خواهان فرزندآوری.

استراتژی:

- سیستکتومی vs اووфорکتومی یک طرفه؟ انتخابی مبتنی بر ریسک عود (۳۰٪ vs ۱۰٪).

- بی نیازی از استیجینگ در ضایعات IA بدون شک به صفاق.

یافته های کلیدی:

- انجماد تخمک پیش از جراحی، بیمه باروری در صورت نیاز به جراحی گسترده.

- موفقیت ART پس از حفظ تخمدان: مشابه جمعیت عمومی.

- بررسی BRCA حتی در بوردرلاین با سابقه فامیلی مثبت.

پیام پایانی: "در بوردرلاین ها، جراحی محافظه کارانه پایان راه نیست؛ آغاز پایش مادام العمر است."



## "تراکلیکتومی رادیکال: انقلاب در حفظ باروری سرطان سرویکس IB2"

**Dr.Marziyeh Zamanian**

زمینه: خواست بیماران جوان برای حفظ رحم علی‌رغم تومورهای  $<2\text{cm}$ .

روش: تراکلیکتومی شکمی/واژینال + انتقال تخمدان (در صورت نیاز به رادیوتراپی).

یافته‌های کلیدی:

- معیارهای سختگیرانه: تومور  $>4\text{cm}$ ، عدم درگیری پارامتریوم، حاشیه جراحی سالم.

- محدودیت اصلی: ریسک عود موضعی (۱۵-۲۰٪) و نارسایی سرویکال در بارداری.

پیام پایانی: "تراکلیکتومی، پل امید بین شفا و مادری است؛ اما تنها برای بیماران منتخب!"



## Genital Herpes Simplex Virus (HSV) Management

### Dr.Sima.aziz Mohammadi

Genital herpes, primarily caused by herpes simplex virus type 2 (HSV-2) and increasingly by type 1 (HSV-1), is a globally prevalent sexually transmitted infection. Effective management relies on prompt antiviral therapy to reduce symptom severity, lesion healing time, and viral shedding. First-episode infections should be treated within 72 hours using oral antivirals such as valacyclovir, acyclovir, or famciclovir. For complicated or disseminated cases, intravenous acyclovir is recommended.

Recurrent infections are common, particularly with HSV-2, and can be managed with either episodic or daily suppressive antiviral therapy, tailored to the patient's needs. Suppressive therapy not only decreases outbreak frequency but also lowers transmission risk, especially important in discordant couples. Special considerations are necessary for HIV-infected individuals, who may experience more severe or resistant infections.

Patient counseling on asymptomatic viral shedding and preventive strategies is essential for comprehensive care. Though current treatments do not eradicate the virus, they significantly improve patient quality of life and public health outcomes





## Dr.Nahid Radnia

کیسهای مورد بحث در پانل پرولاپس ارگانهای لگنی به شرح زیر میباشد:

۱-خانمی ۷۰ ساله G4P4 با سابقه ۴ بار NVD به علت خروج توده از واژن و بی اختیاری ادراری فوریته مراجعه نموده . همسر ایشان فوت شده و از نظر SEX غیر فعال بوده است. در معاینه هر سه کمپارتمان  $STAGE \geq 2$  بوده است ، توسط همکار ارولوژیست جراحی لاپاراسکوپیک ساکروکولپوسکوپی قرار گرفته است. ۳ ماه پس از جراحی مراجعه نموده که هنوز علایم وی برطرف نشده است. در معاینه کمپارتمان آپیکال STAGE I پا آنتریور و پوسترئور همانند قبل است. نظر شما در این ارتباط چیست؟

۲-خانمی ۴۸ ساله به علت پرولاپس تحت ساکروکولپوسکوپی قرار گرفته . در ارزیابی قبل از عمل UDS نرمال بوده است اما پس از عمل دچار بی اختیاری ادراری شده است و الان از این شکل شاکی است. نظر شما در این بیمار چیست؟ آیا جراحی صحیح بوده؟ آیا UDS بدون مشکل قبل از عمل بیمار را از ایجاد مشکلات بعد از عمل گارانتی می کند؟ علت ایجاد این مشکل چیست؟

۳-خانم ۵۸ ساله G5P5 به علت بی اختیاری ادراری MIX مراجعه کرده است. شکایتی از خروج توده با مشکلات SEX ندارد. در معاینه پرولاپس STAGE 2 آنتریور و پستریور دارد. توسط یکی از همکاران تحت جراحی A-PR به روش قدیمی قرار گرفته است. پس از عمل مراجعه نموده که نه تنها مشکل وی برطرف نشده است ، در حال حاضر دیگر نمی تواند SEX داشته باشد. نظر شما چیست؟ آیا این بیمار باید جراحی می شد؟ برای بی اختیاری ادراری وی چه می شود کرد؟

۵-خانمی ۴۶ ساله با سابقه ۲ بار زایمان طبیعی به علت بی اختیاری ادراری با سرفه و عطسه و هنگام تغییر پوزیشن به یکی از همکاران متخصص زنان مراجعه کرده و تحت ترمیم کولپورافی قدامی خلفی به روش قدیمی و کلی سوچور زده شده است. یکسال پس از عمل مراجعه کرده و ذکر میکند بی اختیاری ادراری فرق نکرده دیسپارونی و مشکل در SEX دارد و احساس میکند گاهی توده ای از واژن خارج میشود. در معاینه واژن کاملاً تنگ است و C:0 و D:-3 میباشد.

به نظر شما چه اقدام اشتباهی برای بیمار انجام شده؟ و از ابتدا چکار باید برای وی انجام میشد؟

الان چکار باید کرد؟



## Multifetal pregnancy reduction and selective termination

### Dr.Somayeh Khanjani

- Description – Multifetal pregnancy reduction (MPR) is a procedure in which the overall number of fetuses in the gestation is reduced by terminating one or more fetuses mostly chosen randomly, but with consideration of technical factors(.

- Procedure rationale – The primary justification for MPR is that the "take home" baby rate per pregnancy is increased by increasing the gestational age at birth and birth weight, thus reducing morbidity and mortality from preterm birth. The risks for some maternal complications, such as preeclampsia, are also reduced. Economic and psychological impacts of multiple gestation on families also play a role .

- Indications – MPR should be offered in triplet and higher order gestations, where a substantial reduction in early as well as late preterm birth has been demonstrated. It may also be considered in twin pregnancies, where a reduction in primarily late preterm birth has been demonstrated. Reduction to a singleton may have additional advantages for women with comorbidities or a history of adverse pregnancy outcomes and may be also considered for monochorionic diamniotic (MCDA) twins

- Procedure and timing – MPR is usually performed between 10+0 and 13+6 weeks of gestation but can be performed later in gestation. Local laws and regulations, chorioamnionicity, and fetal screening/testing results by both invasive testing and ultrasound affect the timing and choice of procedure. Preprocedure chorionic villus sampling does not increase postprocedural loss rates and offers assurance of chromosomally normal non-reduced fetus(es). Sonographic assessment of fetal growth and development prior to the procedure is also advised.

Fetal location – The fetus(es) chosen for MPR is generally closest to the anterior uterine wall and/or the fundus, as these sites are most accessible to transabdominal needle insertion. We inject potassium chloride into the thorax, which causes asystole, but other drugs can be used.

### Selective termination

- Description and rationale – Selective termination (ST) is a procedure in which one or more specific fetuses of a multifetal gestation are terminated due to a confirmed or suspected chromosomal, structural, or genetic abnormality that has been identified by ultrasound examination or by definitive fetal diagnostic testing .

- Procedure – The procedure is performed under ultrasound guidance and varies with the chorionicity of the pregnancy. Techniques include potassium chloride injection into the thoracic cavity (ideally intracardiac, performed for dichorionic fetuses) and cord occlusion (for monochorionic fetuses). Loss rates after ST depend on starting and finishing numbers.





## Dr.Amirhossein Abedi

ورزش تأثیرات مثبتی بر سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) دارد. برخی از فواید ورزش برای این سندروم عبارتند از:

- **بهبود حساسیت به انسولین:** مقاومت به انسولین یکی از ویژگی های کلیدی PCOS است. ورزش می تواند به افزایش حساسیت بدن به انسولین و تنظیم سطح قند خون کمک کند.
- **کاهش استرس و بهبود خلق و خو:** فعالیت بدنی منظم می تواند به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند و خلق و خو را بهبود بخشد.
- **کمک به کاهش وزن:** زنان مبتلا به PCOS معمولاً با افزایش وزن مواجه هستند. ورزش منظم می تواند به کاهش وزن و تنظیم هورمون ها کمک کند.
- **کاهش سطح تستوسترون:** ورزش می تواند سطح تستوسترون را کاهش دهد، که به کاهش علائم PCOS مانند آکنه و رشد موهای زائد کمک می کند.
- **کاهش کلسترول و بهبود سلامت قلب:** زنان مبتلا به PCOS بیشتر در معرض کلسترول بالا و مشکلات قلبی هستند. ورزش می تواند سطح کلسترول را کاهش دهد و سلامت قلب را بهبود بخشد.

برای بیماران مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)، یک برنامه ورزشی مناسب شامل ترکیبی از تمرینات هوازی، قدرتی و انعطاف پذیری است. برخی از تمرینات پیشنهادی عبارتند از:

- **تمرینات هوازی:** ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در هر جلسه، پیاده روی سریع، دویدن، شنا و دوچرخه سواری به بهبود حساسیت به انسولین و کاهش وزن کمک می کنند.
- **تمرینات قدرتی:** ۲ تا ۳ روز در هفته، وزنه برداری، تمرینات مقاومتی و حرکات با وزن بدن (مانند اسکوات و شنا) برای افزایش توده عضلانی و تنظیم هورمون ها مفید هستند.
- **تمرینات HIIT:** در هر جلسه ورزش هوازی با شدت ۹۵٪ حداکثر توان برای ۲ دقیقه و سپس ۳ دقیقه استراحت و تکرار ۴ بار برای یک جلسه ورزشی، ۲ تا ۳ بار در هفته، تمرینات تناوبی با شدت بالا (HIIT) به سوزاندن کالری بیشتر در مدت زمان کوتاه کمک کرده و تأثیر مثبتی بر تنظیم هورمون ها دارد.
- **یوگا و پيلاتس:** ۳۰ تا ۶۰ دقیقه، ۲ تا ۳ بار در هفته، این تمرینات به کاهش استرس، بهبود انعطاف پذیری و تنظیم عملکرد هورمونی کمک می کنند.



«از هیپوکسی تا فلج؛ جایگاه هیپوکسی در بین علل فلج مغزی کودکان و راههای درمان زودهنگام»

## Dr.Mohammad zonuzirad

فلج مغزی (Cerebral Palsy - CP) گروهی از اختلالات حرکتی دائمی اما غیرپیشرونده است که در اثر آسیب به مغز در مراحل اولیه رشد ایجاد می‌شود. این آسیب می‌تواند قبل از تولد، حین تولد یا در سال‌های اولیه زندگی رخ دهد. با وجود تحقیقات گسترده، علل دقیق فلج مغزی در بسیاری از موارد ناشناخته باقی می‌ماند، اما عوامل خطر متعددی شناسایی شده‌اند که می‌توانند در بروز آن نقش داشته باشند.

عوامل مؤثر قبل از تولد مسئول تقریباً ۸۰٪ موارد فلج مغزی هستند. این عوامل می‌توانند بر رشد مغز جنین تأثیر منفی بگذارند از جمله عفونت‌ها- اختلالات ژنتیکی- هیپوکسی پری ناتال.

آسیب‌های مغزی حین تولد، شامل طیف وسیعی از اختلالات عصبی از جمله انسفالوپاتی ایسکمیک هیپوکسیک (HIE)، خونریزی داخل بطنی (IVH) و آسیب ماده سفید (WMD) هستند که می‌توانند منجر به عوارض طولانی‌مدت مانند فلج مغزی، تأخیر تکاملی و اختلالات شناختی شوند. در این مجال به بررسی نقش حیاتی مراقبت‌های تکاملی نوزادی (NDC) و مداخلات زودهنگام در بهینه‌سازی پیامدهای عصبی در نوزادان مبتلا به آسیب‌های مغزی حین تولد می‌پردازیم. با تأکید بر شواهد علمی و آمار، نشان داده خواهد شد که چگونه رویکردهای جامع و زودهنگام می‌توانند به کاهش شدت آسیب، ارتقاء انعطاف‌پذیری عصبی و بهبود کیفیت زندگی این نوزادان کمک کنند.

آسیب‌های مغزی حین تولد یکی از چالش‌برانگیزترین مسائل در طب نوزادان است که می‌تواند پیامدهای مخربی بر رشد و تکامل کودک داشته باشد. این آسیب‌ها که اغلب ناشی از کمبود اکسیژن یا جریان خون به مغز هستند، در نوزادان نارس و نیز نوزادان ترم (رسیده) اتفاق می‌افتند. بار مالی و اجتماعی ناشی از این آسیب‌ها بر خانواده‌ها و سیستم‌های بهداشتی قابل توجه است. با این حال، پیشرفت‌ها در درک پاتوفیزیولوژی آسیب‌های مغزی نوزادی و همچنین توسعه رویکردهای نوین مراقبتی، امیدهای جدیدی را برای بهبود پیامدهای این نوزادان ایجاد کرده است. مراقبت‌های تکاملی نوزادی (NDC) و مداخلات زودهنگام، دو ستون اصلی در این رویکردهای نوین محسوب می‌شوند.

آسیب‌های مغزی حین تولد: انواع و شیوع

آسیب‌های مغزی حین تولد شامل چندین نوع عمده هستند:

\* انسفالوپاتی ایسکمیک هیپوکسیک (HIE): این آسیب که ناشی از کمبود اکسیژن و خون به مغز است، شایع‌ترین علت آسیب مغزی در نوزادان ترم است. شیوع HIE در نوزادان ترم حدود ۱.۵ تا ۲.۵ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده تخمین زده می‌شود و منجر به ۱۵ تا ۲۰ درصد مرگ و میرهای نوزادی و ۲۵ تا ۳۰ درصد فلج مغزی می‌شود (Volpe, 2017).

\* خونریزی داخل بطنی (IVH): عمدتاً در نوزادان نارس، به ویژه آنهایی که وزن تولد بسیار پایین دارند، رخ می‌دهد. شیوع IVH در نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم می‌تواند تا ۳۰-۴۰٪ باشد. درجات بالاتر IVH با افزایش خطر هیدروسفالی و فلج مغزی مرتبط است (Ballabh, 2010).

\* آسیب ماده سفید (WMD) یا لکومالاسی اطراف بطنی (PVL): این آسیب نیز بیشتر در نوزادان نارس دیده می‌شود و با آسیب به الیگودندروسیت‌های در حال بلوغ مشخص می‌شود. WMD اصلی‌ترین علت فلج مغزی اسپاستیک و تأخیرهای تکاملی در نوزادان نارس است (De Vries & Benders, 2018).

مراقبت‌های تکاملی نوزادی (NDC)

مراقبت‌های تکاملی نوزادی یک رویکرد جامع و فرد محور است که بر اساس اصول Neuroprotection و Family-centered care بنا شده است. هدف NDC، به حداقل رساندن استرس و بهینه‌سازی محیط و ارتقای کیفیت زندگیست.

نتیجه‌گیری

آسیب‌های مغزی حین تولد چالش‌های پیچیده‌ای را در پی دارند، اما با رویکردهای نوین مراقبتی می‌توان پیامدهای عصبی این نوزادان را به طور چشمگیری بهبود بخشید. مراقبت‌های تکاملی نوزادی با ایجاد یک محیط حمایتی و بهینه‌سازی تجربیات نوزاد، و مداخلات زودهنگام با استفاده از درمان‌های هدفمند مانند هیپوترمی و توانبخشی عصبی (Neurohabilitation)، ستون‌های اصلی در این رویکرد هستند. سرمایه‌گذاری در این حوزه‌ها نه تنها به نوزادان کمک می‌کند تا به حداکثر پتانسیل تکاملی خود دست یابند، بلکه بار مالی و اجتماعی ناشی از ناتوانی‌های طولانی‌مدت را نیز کاهش می‌دهد. برای دستیابی به بهترین نتایج، همکاری چند رشته‌ای بین متخصصان زنان و زایمان، نوزادان، نورولوژیست‌ها، توانبخشان، و خانواده‌ها ضروری است.

\*متخصص بیماریهای کودکان و پژوهشگر پسادکتری علوم اعصاب تکاملی و دبیر انجمن پزشکان کودکان ایران



## Overview of Menopause

**Dr Nahid Sohrabi**

Menopause is a natural biological process marking the end of a woman's reproductive years, typically occurring between the ages of 45-55. It begins after 12 consecutive months without menstruation, due to the decline in ovarian follicular activity. The presentation outlines different phases, including perimenopause-a transitional period characterized by irregular cycles and hormonal fluctuations-and primary ovarian insufficiency (POI), a condition where menopause occurs before age 40. It details the hormonal changes during perimenopause, such as increased FSH and fluctuating estradiol levels. Various factors influencing the timing of menopause are discussed, including genetic, lifestyle, and environmental influences. While early menopause can be triggered by smoking, chemotherapy, or undernutrition, factors such as oral contraceptive use and socioeconomic status appear not to affect its onset. Management of POI includes Menopausal Hormone Therapy (MHT) to mitigate risks like osteoporosis and cardiovascular disease. The presentation also addresses contraceptive needs during perimenopause, emphasizing the continued risk of ovulation. Common symptoms such as vasomotor instability (hot flashes), mood changes, sleep disturbances, and genitourinary symptoms are listed alongside long-term consequences of estrogen deficiency, including bone loss, cardiovascular issues, and cognitive decline. Diagnostic strategies are primarily clinical but may include hormonal assays and imaging. The presentation concludes with lifestyle interventions to potentially delay menopause onset and recommendations for health maintenance during this phase of life .



## Cell-free DNA test screening

**Dr.Maryam Moshfeghi**

Department of Endocrinology and Female Infertility, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran , Iran

Prenatal screening for trisomy 21 (Down syndrome), trisomy 18 (Edwards syndrome), trisomy 13 (Patau syndrome), and selected sex chromosome aneuploidies can be performed using next-generation sequencing of cell-free DNA (cfDNA) in maternal blood. Compared with serum biomarker/ultrasound screening for the common aneuploidies, the main advantages of cfDNA screening include higher detection rates (DRs) and fewer false-positive results (thus fewer unnecessary invasive procedures for diagnostic genetic testing). cfDNA was initially a secondary trisomy 21 screening test, and was also used as a secondary screening test for trisomy 18 and trisomy 13. An invasive procedure (chorionic villus sampling [CVS] or amniocentesis) to obtain samples for diagnostic genetic testing (eg, karyotype or microarray) should be offered to confirm all screen-positive test results. Results will be available sooner if CVS is performed, but amniocytes are more accurate when fetal-placental discordancy is present. Diagnostic testing is particularly important if pregnancy termination is being considered based on these results. For disorders in which definitive diagnosis will not affect the decision to continue the pregnancy or pregnancy management, the parents' choice to delay diagnostic testing until after delivery, or even later, is also reasonable.





## Prenatal Screening for Down syndrome

**Dr.Maryam Moshfeghi**

Department of Endocrinology and Female Infertility, Reproductive Biomedicine Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran

Relevant professional societies recommend offering prenatal screening for Down syndrome as early as 10 or 11 weeks of gestation to all pregnant individuals. It should be clear that testing is voluntary. A screen-positive result means the fetus is at increased risk of Down syndrome. The combined test includes both sonographic determination of NT and measurement of two biochemical marker levels in serum: pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A), which is reduced in Down syndrome, and free-beta or total human chorionic gonadotropin (hCG), which is increased two-fold in Down syndrome. In most patients, both ultrasound and biochemical marker screening are performed at 11+0 to 13+6 weeks of gestation. For patients in whom early diagnosis is the priority, the combined test is the best available biochemical marker-based screening test for Down syndrome. Since it does not include measurement of second trimester alpha-fetoprotein (AFP). The quadruple test measures the level of the biochemical markers AFP, unconjugated estriol (uE3), hCG, and dimeric inhibin A (DIA) in maternal serum. For patients who first present for prenatal care in the second trimester, the quadruple test is the best available biochemical marker-based screening test for Down syndrome.



## Radiofrequency in urogynecology

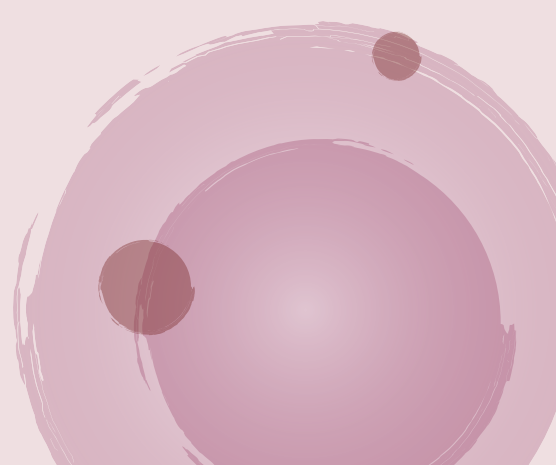
Dr.Maryam Hajhashemi

Non-ablative radiofrequency works by delivering controlled electromagnetic energy to the **deeper dermal and submucosal tissues** without disrupting the surface epithelium. The energy induces **uniform tissue heating** (typically 40–45°C), triggering a **cascade of regenerative responses**:

- **Collagen denaturation and remodeling:** Heat stress activates fibroblasts and promotes neocollagenesis (type I and III).
- **Elastogenesis:** Enhanced production of elastic fibers improves tissue elasticity.
- **Angiogenesis:** Improved microcirculation enhances oxygenation and nutrient delivery.
- **Neuromuscular stimulation:** Enhances pelvic floor tone and may improve sexual sensation.
- **Mucosal hydration:** Indirect stimulation of mucosal glands via vascular and collagen support.

**Advantages:** No epithelial damage, minimal to no downtime, low risk of infection or scarring.

But [‘vaginal rejuvenation’] isn’t a medical term; it’s a marketing term,” Quite the contrary, the FDA stated, so-called vaginal rejuvenation “procedures use lasers and other energy-based devices to destroy or reshape vaginal tissue. These products have serious risks and don’t have adequate evidence to support their use for these purposes. We are deeply concerned women are being harmed





## Dr. Behnaz Ghavami

Abdominal cerclage has become an increasingly important intervention for women with cervical insufficiency, particularly when transvaginal cerclage has failed or is anatomically unfeasible. Recent advances, especially in minimally invasive surgery, have shifted the preferred approach from open laparotomy to laparoscopic abdominal cerclage (LAC). LAC offers significant benefits, including reduced operative morbidity, shorter hospital stays, and similar or improved neonatal outcomes compared to the open technique. Current guidelines now recommend considering abdominal cerclage after a single failed vaginal cerclage, reflecting evidence that this approach can significantly reduce the risk of recurrent preterm birth.

In cases complicated by preterm premature rupture of membranes (PPROM), clinical decision-making focuses on balancing the risks of infection against the potential for pregnancy prolongation. Management strategies are tailored to gestational age, maternal and fetal condition, and the presence of infection or labor, with close monitoring essential for optimal outcomes. The use of laparoscopic techniques has enabled safer and more effective placement and, when necessary, removal of the cerclage, with neonatal survival rates reported at 95–98% and minimal surgical complications.

There is also a growing emphasis on multidisciplinary care, involving maternal-fetal medicine specialists, neonatologists, and minimally invasive surgeons to individualize treatment plans. Enhanced perioperative protocols and improved patient selection are contributing to better maternal and neonatal results. In summary, laparoscopic abdominal cerclage is now considered a first-line option for selected patients, providing durable cervical support and optimizing perinatal outcomes in challenging clinical scenarios.



## TUMS treatment of recurrent vaginitis and Cervicitis

**Dr. Ameneh Abiri**

RF and CO<sub>2</sub> laser therapies effectively treat recurrent vaginitis by improving vaginal tissue health and microecology. CO<sub>2</sub> laser promotes collagen remodeling, enhances blood flow, and restores mucosal integrity, reducing bacterial vaginitis recurrence from 36.67% to 8.33% when combined with conventional treatment. RF similarly improves elasticity, moisture, and pH balance while strengthening pelvic support. Both modalities increase lactobacilli colonization and restore vaginal barrier function.

For menopausal symptoms, these therapies address GSM-related dyspareunia and discharge through tissue rejuvenation. Diagnosis requires differential evaluation of atrophic vaginitis, infections (BV, candidiasis, STIs), dermatologic conditions (lichen sclerosus), and pelvic floor dysfunction.

Recurrent candidiasis management involves fluconazole induction (150mg every 72h×3) followed by 6-month weekly maintenance. Chronic discharge with negative tests requires ruling out non-infectious causes (allergies, cervical ectopy) and lifestyle modifications.

Recurrent BV treatment includes extended metronidazole regimens (oral 500mg bid×10-14 or vaginal gel twice weekly×3-6 months) with adjunctive boric acid suppositories.

Safety considerations:

- Minor transient side effects (spotting, discomfort)
- Rare risks of scarring or sensory changes
- FDA cautions about long-term evidence gaps
- Require experienced clinician administration

These minimally invasive, hormone-free options demonstrate significant clinical benefits but warrant careful patient selection and follow-up. CO<sub>2</sub> laser shows

particularly  
reducing vaginitis recurrence

strong

evidence

for





## **Surgical Management of Female Urinary Incontinence**

### **Dr.Samira Sohbaty**

Urinary incontinence (UI) significantly impacts women's quality of life, with surgical interventions offering effective solutions for various subtypes. Surgical management primarily targets stress urinary incontinence (SUI) and, less commonly, refractory urge urinary incontinence (UUI) or mixed UI.

For SUI, the preferred surgical procedure for most females remains the mid-urethral sling (MUS) procedure, comprising retropubic (TVT) and transobturator (TOT) approaches. MUS procedures demonstrate high success rates, with improvements in both objective and subjective outcomes.

Alternative surgical options for SUI include autologous fascial slings, which are particularly considered in cases of prior mesh erosion, infection, or in patients desiring non-mesh solutions. While effective, they are more invasive, requiring an abdominal incision for graft harvest, and may have a longer recovery period.

Burch colposuspension for SUI, once a cornerstone, is now largely reserved for cases of concomitant prolapse repair or when sling procedures are contraindicated, showing comparable long-term efficacy to MUS but with higher morbidity.

Urethral bulking agents are minimally invasive, suitable for SUI cases with intrinsic sphincter deficiency or who are not candidates for more invasive surgery, offering temporary relief and often requiring repeat injections.

For refractory UUI or overactive bladder unresponsive to conservative and pharmacological treatments, sacral neuromodulation (SNM) and botulinumtoxinA (Botox) injections into the detrusor muscle are established surgical interventions.

In conclusion, surgical management of female UI is diverse, with MUS remaining the primary intervention for SUI, while SNM and Botox offer viable options for refractory UUI. Emphasizing patient-centered care through counseling, careful assessment of individual anatomy, comorbidities, and personal preferences is crucial for optimizing surgical outcomes.

**Key Words:** urinary incontinence, mid-urethral sling, fascial slings, Burch, Urethral bulking agents, SNM, botulinumtoxinA



## **Laparoscopy in Pregnancy: Challenges, Safety, and Surgical Considerations with a Focus on Ovarian Torsion in the Second Trimester**

**Dr. Mania Kaveh**

Laparoscopy in pregnant patients is increasingly recognized as a safe and effective surgical approach when non-obstetric intervention is required, including for acute pathologies such as ovarian torsion. This presentation addresses the evidence-based principles, technical modifications, and safety protocols necessary to optimize outcomes in this unique population.

Key elements include timing of intervention—favoring the second trimester—safe techniques for entry and trocar placement, and adjustment of intra-abdominal pressure (8–12 mmHg) to minimize maternal-fetal risk. We emphasize patient positioning (left lateral tilt), fetal monitoring, and intraoperative considerations such as the use of open (Hasson) or modified Veress techniques based on gestational age and uterine size.

A clinical case of ovarian torsion 25 weeks gestation is presented to demonstrate decision-making, operative strategy, and postoperative care, including fetal assessment and thromboprophylaxis.

The session highlights that, with appropriate expertise, laparoscopic surgery during pregnancy can offer reduced morbidity, faster recovery, and better visualization, without compromising maternal or fetal safety.



## عنوان: مدیریت زایمان زودرس در بارداری‌های دوقلو: از پیش‌بینی تا درمان

**Dr.Tabatabaei**

زایمان زودرس (PTB) چالش اصلی در بارداری‌های دوقلو است که عامل بیش از ۶۰٪ این تولدها و افزایش ۵ برابری مرگ‌ومیر نوزادی است. پاتوفیزیولوژی منحصر به فرد آن، که عمدتاً ناشی از اتساع بیش از حد رحم است، نیازمند رویکردهای مدیریتی متمایز از بارداری‌های تک‌قلو می‌باشد.

غربالگری و پیش‌بینی: اندازه‌گیری روتین طول سرویکس با سونوگرافی واژینال (TVS-CL) بین هفته‌های ۱۸-۲۴ به عنوان مؤثرترین ابزار در زنان بدون علامت شناخته می‌شود (سرویکس کوتاه > ۲۵ میلی‌متر). در زنان علامت‌دار، تست فیبرونکتین جنینی (fFN) ارزش پیش‌بینی‌کنندگی بالاتری برای زایمان قریب‌الوقوع دارد.

درمان زایمان زودرس حاد: هدف اصلی، توکولیز کوتاه‌مدت (۴۸ ساعت) برای فراهم کردن فرصت جهت تجویز کورتیکواستروئیدهای آنته‌ناتال است. داروهایی نظیر نیفدیپین و آتوسیبان به دلیل پروفایل عوارض جانبی بهتر، گزینه‌های ارجح هستند. تجویز یک دوره بتامتازون بین هفته‌های ۲۴ تا ۳۴ برای کاهش عوارض نوزادی (RDS، IVH) یک استاندارد مراقبتی است، هرچند شواهد در دوقلوها کمتر قطعی است.

استراتژی‌های پیشگیری: پروژسترون واژینال در دوقلوهای با سرویکس کوتاه ممکن است مفید باشد (توصیه NICE). با این حال، استفاده روتین از سرکلاژ، پساری و استراحت مطلق به دلیل عدم وجود شواهد کافی مبنی بر اثربخشی، توصیه نمی‌شود.

نتیجه‌گیری: مدیریت موفق زایمان زودرس در دوقلوها مستلزم درک عمیق از عوامل خطر، استفاده هدفمند از ابزارهای غربالگری، و کاربرد هوشمندانه و مبتنی بر شواهد مداخلات درمانی و پیشگیرانه است.



## Dr.Kobra Tahermanesh

Diagnostic and operative hysteroscopy are both minimally invasive procedures that are widely used today for examining and treating intrauterine issues. During diagnostic hysteroscopy, a thin, flexible or rigid tube with a camera is inserted through the cervix to examine the uterine cavity for abnormalities such as polyps, fibroids, or adhesions. On the other hand, surgical hysteroscopy involves the use of electrical current and specialized instruments to remove or treat these abnormalities found during the diagnostic procedure. With technological advancements, instruments have become more delicate and safer, allowing both procedures to be performed on an outpatient setting. They are considered highly safe and effective for diagnosing and treating various uterine conditions. With hysteroscopy, many patient problems in terms of diagnosis and treatment have been facilitated, reducing the need for hysterectomy or more invasive procedures, while also leading to a faster recovery period.



## Fertility Preservation in Oncologic Treatments

Dr.Aghdas Ebadi Jamkhane

### General Recommendations

- **Specialized Counseling:** Consultation with a reproductive specialist who has a deep understanding of the patient and couple's medical history is recommended before considering fertility-sparing treatment and pregnancy
- **Goal of Fertility-Sparing Surgery:** The aim is to enable patients to achieve natural or assisted pregnancies while preserving their uterus and using their own or donated oocytes
- **Multidisciplinary Team Collaboration:** Fertility-sparing surgery and treatment planning should be performed exclusively by teams with strong collaboration between gynecologic oncologists and reproductive medicine specialists
- **Pathological Review:** An expert pathological review is recommended for all patients if the diagnosis and associated treatment could impair fertility
- **Surgical Documentation:** A detailed description of the initial surgery, including the use of an endobag, assessment of the upper abdomen, and other surgical specifics, should be provided
- **Patient Selection:** The main steps for selecting patients for fertility-sparing treatment should follow a structured framework

**management and treatment of borderline ovarian tumors:** Diagnosis and Hidden Invasion Assessment so Some tumors initially diagnosed as borderline may later be identified as invasive cancer, If full surgical staging was not performed initially, a second surgery may be required.

Fertility Preservation For unilateral borderline ovarian tumors in fertility-preserving patients Recommended procedures are Salpingo-oophorectomy (removal of one ovary), pelvic washings, omental biopsy, and peritoneal lesion biopsy and For mucinous tumors, appendectomy is also advised. Retrospective studies indicate a higher risk of cyst rupture with laparoscopy compared to laparotomy. Complete



staging is more feasible with laparotomy, but recurrence rates appear similar between techniques. Chemotherapy is not routinely recommended for borderline tumors unless invasive lesions are detected. Some studies suggest chemotherapy may be beneficial for Stage III or IV disease, but definitive evidence is lacking. Monitoring includes periodic imaging and clinical examinations, though no specific modality is strongly preferred. Studies indicate that fertility-sparing surgery followed by pregnancy does not increase mortality risk due to disease progression.



## Dr.Tahmineh Ezazi

مدیریت بیماران مبتلا به پارگی پیش از موعد کیسه آب (PPROM)

مدیریت بیماران با PPRM بر اساس عوامل متعددی انجام می شود، از جمله:

- سن بارداری
  - وجود یا عدم وجود عفونت مادر یا جنین
  - شروع یا عدم شروع زایمان یا جدا شدن جفت
  - وضعیت قرارگیری جنین
  - الگوی نوار قلب جنین (NST)
  - وضعیت دهانه رحم
  - دسترسی به مراقبت های مناسب نوزادی
  - بیماران ناپایدار (نیاز به زایمان فوری)
- زایمان سریع و فوری زمانی توصیه می شود که یکی از موارد زیر وجود داشته باشد:
- عفونت داخل رحمی
  - جدا شدن جفت
  - افت عملکرد قلب جنین
  - خطر بالای افتادن بند ناف
- بیماران پایدار با سن بارداری کمتر از ۳۴ هفته
- در بیماران پایدار (مادر و جنین) با PPRM قبل از ۳۴ هفتگی:
- مدیریت انتظاری پیشنهاد می شود (Grade 2C)
- اقدامات پیشنهادی:

- تزریق کورتیکواستروئیدها برای کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از زایمان زودرس (Grade 1A)
- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به شکل زیر (Grade 1A):
- آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت به مدت ۴۸ ساعت
- سپس آموکسی سیلین ۸۷۵ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت ۵ روز
- یک دوز آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی در زمان بستری شدن
- پروفیلاکسی در حین زایمان برای GBS در صورت مثبت بودن تست یا نامعلوم بودن آن و نزدیک بودن زایمان
- بستری بیمار تا زمان زایمان برای پایش مستمر و بهینه
- بیماران پایدار با سن بارداری ۳۴ هفته یا بیشتر
- در این بیماران:
- زایمان پیشنهاد می شود (Grade 2C)
- در مواردی که تعیین سن بارداری دقیق نیست، مدیریت انتظاری تا ۳۶ تا ۳۷ هفتگی پیشنهاد می شود.
- پیامدها (Outcome)
- خطرات برای جنین و نوزاد بیشتر از مادر است.
- میزان مرگ و میر و عوارض در نوزادان ناشی از PPRM افزایش می یابد.



## بارداری های آینده

- سابقه PPRM یک عامل خطر قوی برای تکرار در بارداری های بعدی است.
- اندازه گیری طول دهانه رحم و در صورت کوتاه بودن آن، استفاده از پروژسترون واژینال یا سرکلاژ می تواند به بهبود نتیجه بارداری کمک کند.
- غربالگری عفونت های بی علامت و درمان آنها یا استفاده از آنتی بیوتیک به صورت تجربی، اثربخشی در پیشگیری از PPRM را نشان نداده اند.



## Management of Abnormal Uterine Bleeding (AUB) in Adolescents

**Dr mina bakhshali bakhtiari**

Abnormal uterine bleeding (AUB) is a common gynecologic issue in adolescents, defined as excessive or irregular menstrual bleeding outside normal cycles. The most frequent cause is **anovulatory bleeding** due to the immature hypothalamic-pituitary-ovarian axis, especially during the first 1–2 years post-menarche. Other contributing factors include systemic illnesses, medications, weight changes, and excessive exercise.

### Severity Classification:

- **Mild:** Prolonged or frequent menses with normal to slightly low hemoglobin.
- **Moderate:** Frequent, heavy menses with mild anemia ( $Hb \geq 10$  g/dL).
- **Severe:** Heavy bleeding with  $Hb < 10$  g/dL, possible hemodynamic instability.

### Management Goals:

- Stabilize hemodynamics
- Correct anemia
- Restore normal menstrual patterns
- Prevent recurrence and long-term complications (e.g., anemia, infertility, endometrial cancer)

**Initial Evaluation** includes ruling out pregnancy, infections, and other systemic or hematologic causes (e.g., von Willebrand disease).

**Iron Supplementation** is essential for all anemic patients.

### Hormonal Management:

- **Mild cases:** Observation, reassurance, and iron. Hormonal therapy (progestin or combined oral contraceptives) is optional.
- **Moderate cases:** Hormonal therapy is first-line, either **combined estrogen-progestin** (preferred for active bleeding) or **progestin-only** (for



contraindications to estrogen). Tranexamic acid is an option for those declining hormones.

- **Severe cases:** Hospitalization may be required. Management involves high-dose **combined oral contraceptives**, IV estrogen if unstable or unresponsive, and possibly **hemostatic agents** (e.g., tranexamic acid). Surgical intervention (D&C) is rare and a last resort.

### **Long-Term Maintenance:**

After stabilizing acute bleeding, patients may continue oral contraceptives, progestins, or choose **LNG-IUD** or **depot medroxyprogesterone** for ongoing control and contraception.

### **Monitoring:**

Patients should track cycles using a menstrual calendar or smartphone app. Close follow-up is essential, especially for those treated for severe bleeding or with an underlying bleeding disorder.



## Dr.Banafsheh Tajbakhsh

Uterine fibroids

### RISK FACTORS:

Reproductive and endocrine factors:


- 1. Parity
- 2. Early menarche
- 3. Hormonal contraception
- 4. Other endocrine factors
- 5. Obesity
- 6. Diet, alcohol, and smoking
- 7. Genetics

*Other factors :*

- 1. Race/ethnicity
- 2. Stress/major life events
- 3. Hypertension
- 4. Diabetes
- 5. Uterine infection

### CLINICAL FEATURES:

- The majority of myomas are small and asymptomatic
- Heavy or prolonged menstrual bleeding
- Bulk-related symptoms :
  1. Pelvic pressure or pain
  2. Urinary tract or bowel issues
  3. Venous compression
- Other pain or discomfort issues :

- 
1. Painful menses
  2. Painful intercourse
  3. Fibroid degeneration or torsion
    - Infertility or obstetric complications
    - Prolapsed fibroid
    - Endocrine effects

#### *ROLE OF EXPECTANT MANAGEMENT :*

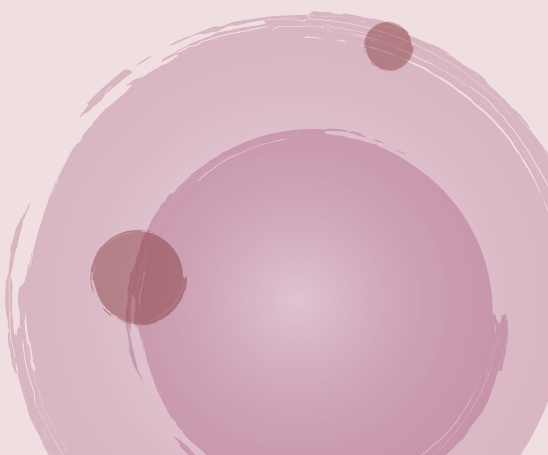
Candidates :

- Asymptomatic
- Attempting pregnancy
- With lesions that are stable in size as demonstrated by serial imaging studies for one year
- Peri- or postmenopausal
- With uteri less than 12 weeks in size (not palpable abdominally)

#### *Components of expectant management :*

- History
- Physical examination
- Imaging: Typically, with pelvic ultrasound
- Laboratory studies : Assessment for anemia.
- The optimal time interval for such evaluation or repeat imaging is not known.
- In patients with no other symptoms or concerns, yearly evaluation is reasonable

#### *Expectant management is not appropriate if :*

- Anemia worsens despite iron and vitamin supplementation
  - If transfusion is required for treatment of anemia
  - If the patient requires emergency evaluation for either anemia or heavy uterine bleeding
  - If imaging raises suspicion for uterine sarcoma
- 



## Abdominal pregnancy

**Dr.Marzieh Mehrafza**

Abdominal pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy in which the pregnancy implants within the peritoneal cavity, exclusive of the fallopian tubes, ovaries, broad ligament, and cervix. It is further classified as early ( $\leq 20$  weeks of gestation) or advanced ( $> 20$  weeks of gestation). Risk factors for abdominal pregnancy are extrapolated from data on tubal ectopic pregnancy and include tubal factor infertility and higher number of embryos transferred during in-vitro fertilization (IVF). Abdominal pregnancy is associated with high maternal and fetal morbidity (eg, maternal hemorrhage, fistula formation, fetal malformation) and mortality. However, some abdominal pregnancies may continue to a viable gestation and successful pregnancy outcomes have been reported. Patients with abdominal pregnancy should be transferred, whenever possible, to a tertiary care hospital in which a multidisciplinary care team (eg, maternal-fetal medicine, neonatology, gynecology oncology specialists), a variety of treatment options (eg, uterine artery embolization [UAE]), and blood bank services are available. Mehr Fertility Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran



## Ovarian ectopic pregnancy

### Dr. Marzieh Mehrafza

An ovarian ectopic pregnancy (OEP) is a rare form of ectopic pregnancy that is implanted completely or partially within the ovarian parenchyma. A recent systematic review identified only 82 case reports of OEP in the international literature between 2011 and 2022. Although non-invasive diagnosis of ectopic pregnancy at other sites, such as tubal ectopic pregnancy (TEP) or Cesarean scar pregnancy, has improved in recent years, OEP is still detected mostly at emergency surgery. OEP accounts for 1–3% of ectopic pregnancies and 0.03–0.09% of all pregnancies. The reported incidence of OEP appeared to be increasing up to the mid-1990s, but has since remained stable. Surgical treatment was advised for all OEPs, due to the recognized risk of rapid blood loss in the case of rupture. Surgery was performed by the on-call clinical team with expertise in minimally invasive surgery. The surgical diagnosis of OEP was made when a pregnancy was seen to have implanted on or within the ovary. Indications for surgery for TEP were presence of a live embryo, high or rising hCG, hemoperitoneum, worsening abdominal pain and the patient's choice. ART has been reported as a risk factor for OEP. Mehr Fertility Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran





## **Abnormal uterine bleeding in non-pregnant Women: Terminology, evaluation, diagnosis and management**

**Dr.Mahbod Ebrahimi**

Abnormal uterine bleeding (AUB), refers to uterine bleeding with abnormal quantity, duration, or schedule, is a common gynecologic concern of women in wide range of ages. AUB can be caused by structural uterine pathologies (polyp, adenomyosis, leiomyoma, malignancy and hyperplasia), coagulopathy, ovulatory dysfunction, endometrial causes, iatrogenic causes, disorders of hemostasis.

An ovulatory uterine bleeding, as a diagnosis of exclusion, is a subset of AUB characterized by noncyclic menstrual blood flow that occurs when sex steroid production is not synchronized. It can present with either oligomenorrhea or amenorrhea or with prolonged bleeding. Immaturity of the hypothalamic-pituitary-ovarian (HPO) axis is the most common cause of anovulatory uterine bleeding in adolescents and perimenopausal women. Heavy or prolonged uterine bleeding, the most common presenting symptom in patients with endometrial hyperplasia or carcinoma, can result in anemia, interfere with daily activities. It may also be a sign of an underlying bleeding disorder. In patients involving with heavy uterine bleeding the main management goals are: correction or treatment of the underlying primary etiology, prevention of an episode of acute uterine bleeding requiring urgent evaluation, Prevention or treatment of anemia and iron deficiency, establishment of a regular bleeding pattern (or amenorrhea), prevention or treatment of endometrial hyperplasia/carcinoma.

Postmenopausal bleeding refers to any uterine bleeding in a menopausal patient (not included the expected cyclic bleeding that occurs in patients taking combined cyclic postmenopausal hormone therapy). As it is the cardinal sign of endometrial carcinoma, all postmenopausal patients with unanticipated PMB should be evaluated for endometrial hyperplasia/carcinoma. More commonly, however, the cause of bleeding in such patients is the result of a benign condition, such as endometrial polyps or atrophy.

The timing of initiating treatment of AUB should be individualized; the patients who are hemodynamically unstable (tachycardia, hypotensive, orthostatic) should be transported to the

emergency department for stabilization and hospitalization before proceeding with additional evaluation. By contrast, in patients who are hemodynamically stable and not interfering with daily activities, it may be appropriate to delay initiation of treatment until results of diagnostic testing are available. For this subgroup, the initial treatment modalities can be suggested in the outpatient setting.

Many treatment modalities for AUB also provide contraception. However, for patients trying to conceive, or those desiring pregnancy in the near future, some treatments should be avoided. Some treatments (estrogen-progestin contraceptives) are contraindicated in patients with certain comorbidities (elevated risk of venous thromboembolic disease and/or arterial thrombotic events). The important management points would be the patient preferences regarding, as well as access to, medical versus surgical and short-term versus long-term therapy.

For patients who prefer to avoid hormonal therapies or in whom medical therapy is contraindicated or unsuccessful, surgical management (endometrial ablation, uterine curettage, and uterine artery embolization) may be performed; hysterectomy is reserved for patients who strongly desire definitive surgical management.



## حفظ باروری در سرطان تخمدان

**Dr.Ashraf Moeini**

پیشرفت در تشخیص و درمان، پیش آگهی را در سرطان های تخمدان بهبود بخشیده است، به خصوص در دختران نوجوان و خانم های سن باروری. در نتیجه بهبود در تشخیص و درمان زودرس درصد بیماران جوانی که در اثرات سرطان تخمدان زنده می مانند رو به افزایش است. بیشتر سرطان های تخمدان در سنین بعد از یائسگی رخ می دهد ولی هنوز تعداد قابل توجهی از خانم ها در سنین باروری مبتلا به سرطان تخمدان می شوند و حدود ۱۲٪ بیماران جوان تر از سن ۴۴ سال می باشند. در طی سالیان اخیر توجه زیادی به حفظ باروری در این بیماران شده است، چون بیشتر درمان ها منجر به ناباروری این بیماران از طریق نارسائی زودرس تخمدان شده که به علت داروهای سیتوتوکسیک در کموتراپی می باشد. لذا قبل از شروع درمان باید جهت حفظ باروری با این بیماران مشاوره شود.

انتخاب برای حفظ باروری در بیماران سرطان تخمدان شامل فریز اوسیت، جنین و فریز بافت تخمدان می باشد و در این بیماران فریز تخمک و جنین درمان استاندارد است. فریز بافت تخمدان بهترین انتخاب برای دختران قبل از بلوغ و بیمارانی است که باید به طور اورژانس درمان را شروع کنند و فرصت برای تحریک تخمک گذاری ندارند. در بیماران کانسر تخمدان حفظ باروری بسیار محدود است. جراحی باید به دقت بررسی شود و شامل یک تیم Multidisciplinary می باشد که ریسک عود کانسر را ارزیابی نماید. حفظ باروری در این بیماران بستگی به Stage بیماری، نوع، محل کانسر دارد، بنابراین این تیم متشکل از ژنیکولوگ جنرال، انکولوژیست زنان، جنین شناس، مدیکال انکولوژیست، تیم جراحی و آندوکرینولوژیست باروری می باشد که کمک به حفظ باروری بیماران نموده و کیفیت زندگی آینده را بهبود بخشد.

فریز بافت تخمدان یک انتخاب صحیح نخواهد بود چون ریسک انتشار و عود سلول های سرطانی را کاملاً حذف نمی کند. تخمدان مصنوعی و IVF اوسیت ها انتخاب بسیار خوبی در این بیماران است که نیاز به تحقیقات بیشتر در آینده دارد.



## مدیریت میوم از نوجوانی تا سالمندی

### Dr.Ashraf Moeini

میوم های رحمی شایع ترین تومورهای خوش خیم لگن در خانم هاست و ممکن است به حدی بزرگ شوند که باعث تغییر دادن حفره رحم شوند. اگر چه خوش خیم باشند به طور شایع باعث به وجود آمدن علائم شدید مثل خونریزی شدید و نامرتب و طولانی قاعدگی و آنمی می شوند. همچنین با اختلالات مدیکال متعددی مثل ناباروری، سقط مکرر و زایمان زودرس در ارتباط می باشند و این عوارض کلینیکی باعث اثرات منفی در سلامت بیمار می شود.

ریسک فاکتورهای آن شامل نولی پاریتی، منارک زودرس، افزایش تعداد قاعدگی ها، تاریخچه دیسمنوره، تاریخچه فامیلی مثبت، چاقی و سن (پیک شیوع ۴۰-۵۰ سالگی) می باشد.

تعدادی از بیماران بدون علامت بوده و به طور تصادفی در معاینه کلینیکی یا تصویربرداری تشخیص داده می شوند و نیاز به درمان ندارند. درمان میوم متفاوت است. اهداف درمان Individualized می باشد و بر اساس شدت علائم، سایز، محل میوم، سن بیمار، نزدیک بودن به سن یائسگی و باروری آینده بیمار می باشد.

انتخاب درمان بستگی به سن بیمار، حفظ باروری، تمایل بیمار به نوع درمان می باشد و درمان شامل درمان Expectant، درمان طبی، درمان جراحی، آمبولیزاسیون شریان رحمی یا تکنیک های Ablative می باشد. درمان طبی برای بیماران دارای علامت که درمان غیر جراحی را انتخاب می کنند و خواهان حفظ باروری می باشند، درمان ارجح است. به طور کلی هدف اصلی درمان بهبود علائم شامل از بین بردن خونریزی غیر طبیعی، درد و علائم فشاری و افزایش شانس باروری می باشد.



## Interplay of Uterine Myoma, Menopause, and Malignancy: Diagnostic and Therapeutic Challenges

**Dr.Atiyeh Javaheri**

### **Abstract:**

**Background:** Uterine myomas (fibroids) are the most common benign tumors of the female reproductive system, often presenting during the reproductive years. While typically regressive after menopause due to declining estrogen levels, their persistence or growth in postmenopausal women raises concerns about potential malignant transformation or coexistence with uterine malignancies, such as leiomyosarcoma or endometrial carcinoma.

**Objective:** This study aims to explore the clinical implications of myoma behavior in perimenopausal and postmenopausal women, highlight red flags for malignancy, and discuss diagnostic strategies to differentiate benign from malignant uterine masses.

**Methods:** A review of current literature combined with analysis of a series of cases involving postmenopausal women presenting with symptomatic myomas or abnormal uterine bleeding. Diagnostic modalities evaluated include transvaginal ultrasound, MRI, and endometrial sampling, alongside surgical outcomes and histopathological findings.

**Results:** While the majority of postmenopausal myomas remain benign, key clinical indicators such as rapid growth, postmenopausal bleeding, and atypical imaging features warrant further investigation. Malignancy, though rare, was detected in a subset of patients, underscoring the importance of vigilant assessment.

**Conclusion:** Differentiating between benign myomas and malignant uterine tumors in menopausal women remains a clinical challenge. A multidisciplinary approach integrating imaging, pathology, and individualized patient factors is essential for timely and appropriate management.

**Keywords:** Myoma, Menopause, Leiomyosarcoma, Uterine Malignancy, Postmenopausal Bleeding

If you have a specific study or data to include (e.g., from your hospital or research), I can customize the abstract accordingly.

### **You said:**

please a abstract in congress about myoma , menopause and malignancy from pubmed and uptodate database





Selective estrogen/progesterone modulators (e.g., raloxifene, tibolone) may offer safer alternatives [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/).

- **Malignancy risk:** Fibroid enlargement after menopause—without HT—is a red flag for possible leiomyosarcoma; additional risk includes postmenopausal bleeding and imaging features suspicious for sarcoma . However, concurrent leiomyomas do not worsen endometrial carcinoma prognosis [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/).
- **Malignancy risk factors:** Age > 50, rapid growth, tamoxifen use, pelvic irradiation, and hereditary syndromes warrant careful investigation .

### **Conclusion:**

Although menopause generally leads to fibroid regression, vigilant assessment is essential when fibroids persist, grow, or cause bleeding—especially without HT. Posterior risk stratification should include patient history, imaging (US/MRI), endometrial sampling, and cautious consideration of hormone therapy. Shared decision-making on HT and management of symptomatic fibroids—using both pharmacological (e.g., SPRMs, aromatase inhibitors) and surgical/minimally invasive options—is crucial.

### **Keywords:**

Uterine leiomyoma, menopause, hormone therapy, leiomyosarcoma, postmenopausal bleeding, risk stratification



## بررسی رفتار بالینی میوم رحم در دوران یائسگی: چالش های تشخیصی و احتمال بدخیمی

**Dr.Atiyeh Javaheri**

### چکیده:

#### زمینه و هدف:

میوم های رحمی (فیبروم ها) شایع ترین تومورهای خوش خیم دستگاه تناسلی زنان هستند که در اکثر موارد در دوران باروری بروز می کنند و معمولاً پس از یائسگی به دلیل کاهش سطح هورمون های استروژن و پروژسترون دچار تحلیل می شوند. با این حال، در مواردی میوم ها در دوران یائسگی پایدار مانده یا رشد می کنند که این مسئله می تواند نگرانی هایی در مورد بدخیمی یا وجود هم زمان تومورهای بدخیم رحم مانند لئیومیوسارکوم یا سرطان آندومتر ایجاد کند.

#### روش بررسی:

این مطالعه با استفاده از منابع معتبر علمی از جمله PubMed و UpToDate به بررسی مطالعات جدید در مورد رفتار میوم در زنان یائسه، تأثیر درمان جایگزینی هورمونی، و تمایز آن ها از تومورهای بدخیم پرداخته است. همچنین، عوامل خطر، راهکارهای تصویربرداری، و معیارهای بالینی برای شناسایی موارد مشکوک به بدخیمی مرور شده اند.

### یافته ها:

- در بیشتر موارد، میوم ها پس از یائسگی تحلیل می روند؛ اما در مواردی خاص، به ویژه در صورت رشد سریع یا بروز خونریزی پس از یائسگی، باید به احتمال بدخیمی توجه شود.
- درمان جایگزینی هورمونی (HT)، به ویژه استروژن بدون پروژستین، می تواند باعث رشد میوم شود. استفاده از داروهای تعدیل کننده گیرنده های استروژن مانند رالوکسیفن یا تیبولون گزینه های ایمن تری محسوب می شوند.
- ویژگی های تصویربرداری غیرطبیعی، سن بالا، سابقه تابش لگنی، استفاده از تاموکسیفن و برخی سندروم های ژنتیکی از عوامل خطر مهم برای بدخیمی هستند.
- وجود هم زمان میوم با سرطان آندومتر در مطالعات اخیر تأثیری بر پیش آگهی بیماری نداشته است.

### نتیجه گیری:

گرچه اکثر میوم ها پس از یائسگی تحلیل می روند، در موارد با رشد سریع یا بروز علائم جدید باید ارزیابی دقیق انجام شود. تصویربرداری پیشرفته (سونوگرافی ترانس واژینال و MRI)، نمونه برداری آندومتر و در صورت لزوم جراحی تشخیصی از ارکان

تشخیص افتراقی بدخیمی هستند. تصمیم‌گیری در مورد درمان باید با در نظر گرفتن شرایط فردی بیمار، علائم بالینی و خطرات احتمالی صورت گیرد.

### واژگان کلیدی:

میوم رحمی، یائسگی، هورمون‌تراپی، لئیومیوسارکوم، خونریزی پس از یائسگی، بدخیمی رحم



## Investigating Side Effects of Energy-Based Devices and Exosomes in Medical

**Dr. Ara Omranipour.**

Energy-based devices (EBDs), such as lasers, radiofrequency, and ultrasound, are widely used in aesthetic and medical treatments due to their versatility. However, side effects like burns, scarring, pigmentation changes, and pain present challenges for clinicians and patients. Risk factors include skin type, incorrect device settings, and operator expertise. Inadequate training and failure to follow safety protocols are primary causes of complications. Inappropriate device selection based on patient characteristics can worsen outcomes. This study highlights that standardizing training and implementing stricter protocols can reduce errors. Closer monitoring of device settings and patient conditions is also critical. Raising awareness among practitioners and patients about EBD risks is essential. Developing advanced technologies with fewer side effects could enhance treatment safety. Further research is recommended to optimize the use of these devices .

Regarding exosomes, these biological carriers are valued in medical and aesthetic treatments for their role in cellular signaling. However, they can cause inflammatory reactions, hypersensitivity, and unpredictable long-term effects. Poor quality or unclearly sourced exosomes and the lack of production standards contribute to complications. Stricter quality control and standardized processes are necessary to mitigate risks. This research underscores the need for greater awareness of exosome-related dangers.





## تحول در درمان های زنان با تکنولوژی های انرژی محور: لیزر یا RF؟

**Dr.Maryam Elchi**

امروزه، لیزر درمانی به عنوان یک رویکرد نوآورانه و کم تهاجمی جایگاه خود را در بسیاری از بیماری های حوزه زنان و زایمان به ویژه سرطان پیدا کرده است.

نوع برهمکنش لیزر-بافت به انتخاب دقیق پارامترهای لیزر همچون طول موج، چگالی توان/ انرژی، زمان و الگوی پرتودهی و نیز ارزیابی بافت هدف بستگی دارد که در تعیین پروتکل های درمانی و دز نوری مؤثرند. عدم شناسایی مناسب هر یک از این پارامترها سبب عدم حصول نتیجه درمانی مورد نظر و یا آسیب به بافت خواهد شد.

از اینرو، رعایت استانداردهای ملی و بین المللی مانند ANSI، IEC و ISO، استفاده از دستگاه های دارای تأییدیه های بین المللی مانند FDA یا CE و کالیبراسیون دوره ای منظم، و نیز بکارگیری تجهیزات حفاظتی مناسب و رعایت دستورالعمل های ایمنی، چارچوبی جامع برای پیشگیری از آسیب های لیزری فراهم می آورد و در اثربخشی درمان مؤثر است.

در ایران، نهادهای قانون گذار مانند سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر رعایت این استانداردها نظارت دارند و مراکز درمانی و شرکت های تولید کننده و وارد کننده این تجهیزات، ملزم به دریافت تأییدیه از آنها می باشند.

در این میان، نقش کلیدی انجمن های علمی در به روز رسانی دانش فنی و آگاهی بخشی به پزشکان با برگزاری دوره های آموزشی تخصصی در زمینه کاربری لیزر، چگونگی پایش عوارض احتمالی و کاهش مخاطرات آن، تدوین دستورالعمل ها و ایجاد Registry ملی بسیار چشمگیر است.



## polycystic ovary syndrome (PCOS) in adolescents

### Dr.Zahra Heidar

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common cause of infertility in women [1], frequently becomes manifest during adolescence, and is primarily characterized by ovulatory dysfunction and hyperandrogenism. The syndrome is heterogeneous clinically and biochemically. It encompasses a spectrum of variably associated clinical features:

- Cutaneous signs of hyperandrogenism (eg, hirsutism, moderate-severe acne)
- Menstrual irregularity (eg, oligo- or amenorrhea, or irregular bleeding)
- Polycystic ovaries (one or both)
- Obesity and insulin resistance

The diagnosis of PCOS has lifelong implications with increased risk for metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, obstructive sleep apnea, endometrial hyperplasia, and, possibly, cardiovascular disease and endometrial carcinoma [2-5]. PCOS should be considered in any adolescent female with a chief complaint of hirsutism, treatment-resistant acne, menstrual irregularity, or obesity.

The cause of PCOS is unknown. Considerable evidence suggests that it arises as a complex trait with contributions from both heritable and nonheritable intrauterine and extrauterine factors.

Treatment for PCOS in adolescents is directed at the major clinical manifestations, which are:

- Abnormal uterine bleeding – Oligo-amenorrhea or excessive bleeding
- Cutaneous hyperandrogenism – Primarily hirsutism and persistent acne
- Obesity and insulin resistance



## Vaginal laser therapy for gynecologic conditions: re-examining the controversy and where do we go from here

**Dr. Taraneh Mohageri**

Despite significant controversy, vaginal laser therapy continues to be used for treatment of many gynecologic and pelvic conditions including vaginal atrophy, vaginal dryness, dyspareunia, urinary incontinence and pelvic pain.

In May of 2020 the American Urogynecology Society published its consensus statement on vaginal energy-based devices (EBD) . Focusing mostly on GSM they stated that *“For patients experiencing vaginal atrophy (VVA) and dyspareunia associated with medical menopause it was agreed that EBD therapy has demonstrated short-term efficacy. The benefits associated with fractional laser treatment for menopausal dyspareunia last up to 1 year, and CO2 and Er:YAG laser may improve VVA for 1 year”* (Alshiek, p.289). They also concluded that EBD has a beneficial effect on sexual function in the short-term, whereas longer duration is unknown]. The authors noted that adverse events include vaginal discharge, vaginal spotting immediately after treatment, bacterial vaginosis, urinary tract infection and mild discomfort at the sight of treatment, scarring and burning . However, they also emphasized that serious adverse events are ‘infrequent’ when used to treat women with menopausal dyspareunia and atrophy, and that EBD therapies have a ‘favorable safety profile

Gynecologists are now challenged by the conflicting opinions and limited evidence relating to the use of laser energy in the vagina. Although the marketing of vaginal lasers continues, most manufacturers, in accordance with FDA guidance, no longer make marketing claims for the treatment of vaginal atrophy, dryness, dyspareunia or incontinence. When considering expert opinions, the peer-reviewed literature and specialty society guidance, one must thoughtfully consider the fact that not all lasers are the same and that their efficacy is not proven in most vaginal conditions.



## Urinary incontinence

### Dr.Maryam Deldar

Urinary incontinence, the involuntary leakage of urine, is common and undertreated. It is estimated that nearly **50** percent of adult women experience urinary incontinence, yet only **25** to **61** percent of symptomatic community-dwelling women seek care.

Patients may be reluctant to initiate discussions about their incontinence and urinary symptoms due to **embarrassment**, lack of knowledge about treatment options, and/or fear of surgery.

**Risk factors** for urinary incontinence include obesity, vaginal parity, older age, and family history.

The **major clinical types** of urinary incontinence are **stress urinary incontinence** (SUI; leakage with maneuvers that increase intra-abdominal pressure), **urgency urinary incontinence** (sudden urgency followed by leakage), **mixed urinary incontinence** (symptoms of both stress and urgency), and **overflow incontinence**. "**Overactive bladder**" is a term that describes a syndrome of urinary urgency, with or without incontinence. **Other etiologies** for urinary incontinence in women include other less common urologic or gynecologic disorders (urogenital fistulas, cancer), neurologic diseases (multiple sclerosis), and potentially reversible causes [medications].

The **initial evaluation** of urinary incontinence includes **characterizing** and **classifying** the type of incontinence, identifying underlying conditions ( neurologic disorder or malignancy) that may manifest as urinary incontinence, and identifying potentially **reversible causes** of incontinence.

This evaluation includes a thorough **history**, **urinalysis**, and **physical examination** when appropriate.

A **bladder stress test** is used to diagnose SUI.

**Postvoid residual (PVR) volume** and urodynamic testing are not required for initiation of treatment.

**Referral to a specialist** is indicated in a minority of cases: incontinence with abdominal/pelvic pain or hematuria in the absence of UTI, suspected vesicovaginal fistula, abnormal physical examination findings (pelvic organ prolapse beyond the hymen), new neurologic symptoms in addition to urinary and/or bowel incontinence or suspected overflow incontinence.

**\*\* Women with three or more culture proven UTIs in a year or at least two in six months warrant referral to a specialist.**



## Dr.Roya shahriyaripour

- **Hysteroscopy ( INDICATION AND CONTRAINDICATION & complication)**

To identify the cause of abnormal uterine bleeding, infertility, or other gynecological issues .To remove polyps, fibroids, or other growths from the uterus. To take a sample of the uterine lining for examination. To remove misplaced or problematic intrauterine devices,The hysteroscope is inserted through the cervix into the uterus. The uterus is filled with fluid or air to help visualize the lining. The doctor can view the inside of the uterus on a screen. Tools can be passed through the scope to remove tissue, perform biopsies, or perform other treatment . Mild cramping, bleeding, or shoulder pain are common after the procedure. More serious complications, such as infection, bleeding, or damage to the cervix, are rare but possible.





## Dr.Noshin Ghalandarpour

**دیابت بارداری** نوعی از دیابت است که در دوران بارداری، معمولاً در سه‌ماهه دوم یا سوم، بروز می‌کند. این وضعیت زمانی رخ می‌دهد که بدن قادر به تولید انسولین کافی برای پاسخ‌گویی به نیازهای فزاینده دوران بارداری نباشد، که در نتیجه سطح قند خون افزایش می‌یابد. اگرچه معمولاً پس از زایمان برطرف می‌شود، اما در صورت مدیریت نشدن می‌تواند سلامت مادر و جنین را به خطر بیندازد. زنان مبتلا به دیابت بارداری در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده هستند، و نوزادان آن‌ها ممکن است با عوارضی مانند وزن زیاد هنگام تولد، زایمان زودرس، و کاهش قند خون پس از تولد روبرو شوند.

تشخیص دیابت بارداری معمولاً از طریق آزمایش‌های غربالگری قند خون بین هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری انجام می‌شود. کنترل این بیماری شامل پایش منظم سطح قند خون، رعایت رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی منظم، و در برخی موارد استفاده از انسولین است. با مراقبت‌های مناسب و اصلاح سبک زندگی، بیشتر زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌توانند بارداری سالمی را پشت سر بگذارند و نوزاد سالمی به دنیا بیاورند. تشخیص زودهنگام و درمان مؤثر نقش مهمی در کاهش عوارض این بیماری دارد.

علاوه بر کنترل قند خون و اصلاح رژیم غذایی، آموزش و حمایت روانی نیز در مدیریت دیابت بارداری بسیار اهمیت دارد. معمولاً زنان باردار تحت نظر تیمی متشکل از متخصص زنان، متخصص غدد، متخصص تغذیه و مربی دیابت قرار می‌گیرند تا برنامه‌ای متناسب با وضعیت آن‌ها برای کنترل قند خون تدوین شود. به این زنان توصیه می‌شود وعده‌های غذایی متعادل با کنترل مصرف کربوهیدرات داشته باشند و با انجام ورزش‌های ایمن دوران بارداری مانند پیاده‌روی یا یوگای بارداری فعال بمانند.

پس از زایمان، دیابت بارداری اغلب از بین می‌رود، اما پیگیری‌های پس از زایمان اهمیت زیادی دارد. لازم است سطح قند خون مادر بین ۶ تا ۱۲ هفته پس از زایمان بررسی شود و در ادامه نیز به‌طور منظم پایش شود، چرا که خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده همچنان وجود دارد. همچنین ممکن است نوزادان مادران مبتلا به دیابت بارداری، پس از تولد نیاز به بررسی سطح قند خون و سایر آزمایش‌های سلامت داشته باشند.

در مجموع، دیابت بارداری با رویکردی مناسب قابل کنترل است. با مراقبت‌های پزشکی مستمر، سبک زندگی سالم و پایش دقیق، بیشتر زنان می‌توانند بارداری موفق‌تری را تجربه کنند و از عوارض احتمالی جلوگیری نمایند.



## زایمان زودرس و راه های پیشگیری

**Dr.Noshin Eshraghi**

مقدمه:

زایمان زودرس یکی از مهم ترین علل مرگ و میر نوزادان و اختلالات تکاملی سیستم نورولوژیک نوزادان است.

روش های پیشگیری :

• اندازه گیری طول سرویکس با سونوگرافی ترانس واژینال در سه ماهه دوم (۲۴-۱۶ هفته) جهت شناسایی احتمال زایمان زودرس توصیه می شود.

پروژسترون واژینال

• در حاملگی تک قلو با طول سرویکس کمتر از ۲۵mm ، پروژسترون واژینال می تواند خطر زایمان زودرس را کاهش دهد .

• در حاملگی های دوقلو، اثر آن هنوز قطعی نیست و انجام سرکلاژ یا استفاده از پساری در مرحله بررسی تحقیقاتی می باشد.

سرکلاژ (Cerclage)

سرکلاژ معمولاً بین ۱۴-۱۲ هفته بعد از نتیجه غربالگری سه ماهه اول انجام می شود.

اندیکاسیون ها

• حاملگی تک قلو با سابقه زایمان زودرس خودبه خودی یا سقط در سه ماهه دوم همراه با طول سرویکس کوتاه می باشد.

این اقدام می تواند نه تنها میزان زایمان زودرس را کاهش دهد، بلکه مورتالیتی و موربیدیت نوزادان را تا حد قابل توجهی کاهش دهد .

• در مطالعات انجام شده انجام سرکلاژ در حاملگی دوقلویی با نتایج متفاوتی گزارش شده است.

پساری (Pessary)

یک حلقه سیلیکونی است که با تغییر زاویه سرویکس می تواند از زایمان زودرس جلوگیری کند اندیکاسیون آن حاملگی تکقلو با طول سرویکس کوتاه است، که به خاطرنتابج متناقض پیشنهاد می شود تنها در قالب مطالعات کنترل شده استفاده شود .

- در حاملگی دوقلویی با طول سرویکس کوتاه، ممکن است مؤثر باشد، گرچه برخی مطالعات جدید نشان می دهند که سرکلاژ ممکن است بهتر باشد .
- کورتیکواستروئیدها برای بلوغ ریه جنین

#### اندیکاسیون ها

- ACOG توصیه می کند یک دوره کورتیکواستروئید (مانند بتامتازون یا دگزامتازون) بین ۲۴-۳۴ هفته برای زنانی که زایمان درعرض ۷ روز آینده محتمل است، پیشنهاد می کند..
- تجدید دوز توصیه نمی شود مگر اگر بیش از ۱۴ روز از اولین دوز گذشته باشد و احتمال زایمان در کمتر از ۷ روز وجود داشته باشد .

#### سولفات منیزیم برای نوروترانپکشن جنین

- سولفات منیزیم که پیش تر به عنوان توکولیتیک مصرف می شد، اکنون به منظور محافظت عصبی جنین (کاهش فلج مغزی) در موارد زایمان قبل از ۳۲-۳۴ هفته استفاده می شود .
- مطالعات متعدد و متآنالیزها نشان داده اند که سولفات منیزیم باعث کاهش فلج مغزی متوسط تا شدید (کاهش ۴.۲٪ در مقابل ۷.۳٪) می شود.

#### مدیریت خطر زایمان زودرس

۱. غربالگری طول سرویکس از ۱۶-۲۴ هفته بارداری
۲. در صورت کوتاهی سرویکس و سابقه زایمان زودرس انجام سرکلاژ
۳. در صورت کوتاهی سرویکس بدون سابقه زایمان زودرس: استفاده از شیاف پروژسترون
۴. تجویز کورتیکواستروئید مناسب (بتامتازون/دگزامتازون) اگر زایمان طی ۷ روز پیش بینی می شود
۵. تجویز سولفات منیزیم اگر احتمال زایمان > ۳۲ هفته باشد
۶. پساری می تواند جایگزینی در مراکز پژوهشی یا مطالعات بالینی باشد، مخصوصاً در بارداری های دوقلو

۷. اقدامات تکمیلی: تسکین درد، آنتی‌بیوتیک (در پاره شدن زودرس ممبران‌ها)، توکولیز کوتاه‌مدت جهت اثرگذاری کورتیکواستروئید و انتقال به مرکز تخصصی

#### نتیجه‌گیری

استفاده آگاهانه از کورتیکواستروئیدها، سولفات منیزیم و سرکلاژبر اساس سابقه زایمان زودرس و طول سرویکس، طبق توصیه‌های *UpToDate* و *ACOG*، می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و اختلالات عصبی‌شان را کاهش دهد.



## **The effect of intrauterine resuscitation and maternal hyperoxygenation on perinatal and maternal outcome**

**Dr. Azin Alavi**

Intrauterine Resuscitation is a set of emergency interventions to improve fetal oxygenation during labor that triggered by signs of fetal distress on fetal heart rate (FHR) monitoring. Goals included restore uteroplacental perfusion and Prevent fetal hypoxia and acidosis and Avoid emergency delivery when possible for Intrapartum management of category III FHR pattern Data from National Institute of Child Health and Human Development.

The following resuscitative measures are aimed at improving uteroplacental perfusion and fetal oxygenation. Multiple interventions are generally applied simultaneously;

Reposition the patient onto their left or right side , try a knee-chest or all fours position to relieve possible cord compression. Administer an intravenous (IV) fluid bolus (eg, 500 to 1000 mL of Lactated Ringer or normal saline solution). Glucose-free solutions should be used because acute maternal glucose infusion can cause fetal hyperglycemia, metabolic acidosis, and neonatal hypoglycemia. Discontinue uterotonic drugs to improve utero-placental-fetal blood flow, which is reduced during contractions. Administer a tocolytic (eg, terbutaline 250 mcg subcutaneously) if the category III FHR pattern persists after discontinuation of uterotonic drugs or in the absence of their use, unless abruption is suspected. Uterine relaxation may improve blood flow and, in turn, fetal oxygenation. Uterine relaxation may also be induced with one or two doses of IV nitroglycerin (50 mcg). If maternal hypotension secondary to recent epidural dosing is identified, administering an alpha-adrenergic

agonist (such as phenylephrine or ephedrine) and an IV fluid bolus is corrective and will improve utero-placental-fetal blood flow. The administration of opioids intrathecally may induce a tetanic uterine contraction leading to transient fetal bradycardia. Uterine hypertonus may be reversed with one or two doses of IV nitroglycerin (50 mcg).

Maternal oxygen supplementation has no role in fetal resuscitation in parturients with normal respiratory function. It is only appropriate when treating maternal hypoxemia.

When the mother is not hypoxemic, the underlying causes of fetal hypoxemia need to be addressed (eg, maternal hypotension or hypovolemia, cord compression, tachysystole, abruption) because maternal oxygen administration will not correct fetal acidemia. The results of systematic review and meta-analysis suggest that peripartum maternal oxygen supplementation is not associated with a clinically relevant improvement in the UA pH or other neonatal outcomes.

Maternal hyperoxygenation has a positive effect on the FHR in the presence of suspected fetal distress during the second stage of labor. Prolonged oxygen use should be limited given lack of proven benefit and potential risk of harm. ACOG recommend Use only when there is evidence of fetal hypoxia and WHO is not recommended Routine use in labor.





## Toward Ethical Marketing of Modern Vaginal Intervention Technologies: A Policy and Practice Perspective

Dr.NASRIN CHANGIZI

### Background:

Consumer interest in minimally invasive gynecologic interventions has driven the widespread promotion of technologies such as fractional lasers, radiofrequency (RF) devices, platelet-rich plasma (PRP), and stem-cell therapies. These are marketed for genitourinary syndrome of menopause (GSM), stress urinary incontinence (SUI), and postpartum pelvic floor laxity. Despite their potential, marketing practices often exceed the level of scientific evidence, relying on emotionally persuasive language and vague regulatory references like “FDA-cleared” or “CE-marked,” which may not apply to specific indications.

### Challenges:

Many promotional claims are based on small-scale, uncontrolled studies with limited follow-up. In many low- and middle-income countries, including our own, devices are introduced through commercial channels with minimal academic involvement or oversight. As a result, technologies are consumed widely without contributing to local data, safety surveillance, or evidence-based guidelines.

### Policy Recommendations:

To ensure responsible use and protect patient safety, the following actions are essential:

1. **Scientific Alignment** – Promotional materials must transparently report study designs, sample sizes, duration of follow-up, and adverse events.
2. **Regulatory Review** – Advertising content should be pre-approved by national health authorities, particularly for direct-to-consumer messaging.
3. **Training and Credentialing** – Clinicians should receive standardized, independent certification before performing or promoting procedures.
4. **Ethics and Transparency** – Health institutions must disclose conflicts of interest and submit device contracts for ethics committee review.

### Conclusion:

As modern vaginal technologies become more integrated into clinical care, marketing must be grounded in ethical, evidence-based practice. A coordinated national strategy balancing innovation, regulation, and education is vital to promote public trust, prevent harm, and ensure equitable access for all women.



## نقش تغذیه و ورزش در نوجوانان چاق دچار PCOS

**Dr.Fatemeh Forozanfard**

همه میدانیم که خط اول درمان در PCOS، تغییر سبک زندگی و هدف از تغییر سبک زندگی در درجه اول کاهش وزن می باشد.

میزان اسیدهای چرب آزاد و  $TNF-\alpha$  در بافت چربی افزایش پیدا می کند و می تواند سبب ایجاد مقاومت به انسولین خصوصا چاقی شکمی ( فرم آندروئید) شود.

کاهش وزن در همه افراد و خصوصا بیماران PCOS بسیار مشکل است زیرا سطوح انسولین و گلوکز در بیماران دچار مقاومت به انسولین، نوسانات بیشتری نسبت به جمعیت عمومی دارد و این نوسانات می تواند منجر به هیپوگلیسمی و رفتارهای تغذیه ای خاصی مثل Carbohydrate craving شود.

اصلاح الگوی خوردن در یک نوجوان و رعایت وعده ها و میان وعده های غذایی و هم چنین کاهش مصرف Fast Food ها می تواند در کنترل وزن یک نوجوان بسیار موثر باشد.

مصرف صبحانه با کاهش کالری روزانه و بهبود حساسیت به انسولین، بسیار مهم و موثر می باشد.

رژیم های غذایی مختلفی جهت کاهش وزن پیشنهاد شده اند که برتری هیچ یک بر دیگری بطور کامل اثبات نشده است. مثل رژیم کم کربوهیدرات، رژیم با اندکس گلیسمیک پائین، رژیم کم چربی، رژیم پر پروتئین، رژیم مدیترانه ای، رژیم DASH، رژیم Fasting متناوب و ...

در این بین رژیم مدیترانه ای و DASH بیشتر از بقیه مورد تاکید قرار گرفته است.

ورزش و فعالیت فیزیکی نه تنها می تواند باعث کاهش وزن شود بلکه با تغییر در ترکیب بدن می تواند باعث بهبود چاقی شکمی و مقاومت به انسولین شود.

در بین ورزش ها، ترکیب ورزش های ائروبیک متوسط و ورزش های مقاومتی بیشتر از سایر موارد توصیه شده اند.

در صورتی که رژیم غذایی و ورزش، کاهش وزن مناسبی برای فرد ایجاد نکند، می توان از داروهایی مثل متفورمین و یا آگونیست گیرنده  $GLP1$  و یا از روش های جراحی Bariatric استفاده کرد.



## پیشگیری و تشخیص زود هنگام آسیب های سیستم ادراری در اعمال جراحی ژنیکولوژی

### Dr.Leila Pournali

آگاهی کامل از آناتومی در پیشگیری از آسیب های سیستم ادراری حین اعمال جراحی زنان بسیار ضروری است. در موارد چسبندگی های شدید احشا لگنی ، دایسکشن شارپ و دقیق بافتها همراه با باز کردن رتروپریتون و مشخص کردن مسیر حالب لگنی در پیشگیری از بروز این آسیبها بسیار کمک کننده است. لمس حالب به تنهایی فقط در نشان دادن محل حالب کمک کننده است ولی برای تشخیص سلامت آن کافی نیست.

به منظور تشخیص این آسیبها حین جراحی ، بررسی آناتومیک و استفاده از سیستم اسکوپ بسیار کمک کننده هستند. بسیاری از صاحب نظران معتقدند در اعمال جراحی بزرگی مثل هیسترکتومی بهتر است سیستم اسکوپ به صورت روتین جهت اطمینان از سلامت مثانه و حالبها انجام شود.

در صورت تشخیص آسیب مثانه یا حالب حین عمل و اصلاح این آسیب ها در همان زمان بهترین پروگنوز برای بیمار متصور خواهد بود.

در صورت عدم تشخیص این آسیب ها حین جراحی احتمال بروز موربیدیتی و مورتلیتی افزایش می یابد، از جمله این عوارض سپسیس ، آسیب کلیه ، فیستولهای وزیکو واژینال و حتی فوت بیمار می باشند.

در صورت آسیب مثانه ترمیم در دو لایه با نخ دیر جذب توصیه میشود. در مواردی که آسیب در محل

قاعده مثانه یعنی تریگون باشد باید مشاوره اورولوژی انجام شود و در مورد نیاز به تعبیه کتترهای حالبی

تصمیم گیری شود. پرکردن رتروگرید مثانه جهت بررسی کفایت ترمیم توصیه نمی شود. به طور روتین

انجام سیستوگرافی قبل از خارج کردن سوند فولی بعد ترمیم مثانه توصیه نمیشود. این روش در

موارد آسیبهای وسیع و یا ترمیم هایی که تحت تنش بافتی انجام شده اند و یا سوند فولی زودتر خارج شده

است جهت اطمینان از ترمیم کافی انجام می شود.

اکثر آسیبهای حالب با ترمیم حالب بر روی کتتر دبل جی قابل انجام است مگر در مواردی که به علت احتمال تنگی بعدی نیاز به یورترونئوسیتوستومی باشد.

در حقیقت تشخیص و درمان حین عمل سبب کاهش عوارض و بهبود نتایج می شود.

اکثر موارد این آسیبها حین عمل قابل تشخیص هستند. در صورت عدم تشخیص حین عمل ، در طی

دوهفته اول بیمار با علائم تب و لرز ، تهوع و استفراغ ، درد شکم و پهلوی ، کاهش حجم ادرار ، هماچوری

پایدارویا خروج ادرار از واژن مراجعه خواهد کرد.

سی تی اسکن با کنتراست وریدی و کلیشه های تاخیری در تشخیص دقیق محل آسیب بعد جراحی بسیار کمک کننده است. سایر روشهای تشخیصی مانند سونوگرافی یا IVP بعنوان بررسی های تصویربرداری اولیه میتوانند کمک کننده باشند.



## Dr.Somayeh Moradpanah

**Patients diagnosed with gynecological and breast cancer undergo multimodal treatments leading to estrogen deprivation and vaginal damage in case of radiotherapy, resulting in significant impairments of vulvo-vaginal function. Non-ablative intravaginal CO2 laser is a promising technique for VVA (vulvo-vaginal atrophy) in breast cancer, gynecological and other pelvic cancer survivors. there's no strong evidence to directly link laser or RF treatments to increased risk of recurrence in women with a history of breast or uterine cancer. RPR (likely referring to autologous platelet-rich plasma) combined with pelvic floor muscle training is an approach for treating stress urinary incontinence and potentially other pelvic floor issues. While stem cell and PRP injections in the pelvic floor have shown promising results for various conditions like pelvic floor disorders (PFD), there is limited evidence of tumor formation at the injection site. No specific reports of tumor formation directly linked to stem cell or PRP injections have been widely published. However, the potential for tumor formation, especially with pluripotent stem cells, remains a concern in regenerative medicine.**



## **Dr.Mohammad Taghi Majnon**

**This presentation explores the critical relationship between maternal diabetes—both gestational (GDM) and pre-gestational (PGDM)—and the increased risk of congenital heart defects (CHDs) in offspring. CHDs are the most common birth anomalies, affecting nearly 1% of live births, and maternal hyperglycemia is a well-documented teratogenic factor influencing fetal cardiac development.**

**The presentation begins by differentiating between GDM, which develops during pregnancy, and PGDM, which includes pre-existing type 1 or type 2 diabetes. Both conditions disrupt embryonic development, particularly during the first trimester when the fetal heart forms. Mechanistically, elevated maternal blood glucose can induce oxidative stress, cause abnormal gene expression, and interfere with the migration and function of cardiac neural crest cells—processes essential for normal heart formation.**

**Common CHDs associated with maternal diabetes include transposition of the great arteries (TGA), tetralogy of Fallot (TOF), ventricular septal defects (VSD), and atrioventricular septal defects (AVSD). These risks are higher in PGDM cases compared to GDM.**

**Early screening for diabetes and timely fetal echocardiography (typically between 18–22 weeks) are crucial for identifying at-risk pregnancies. Tight glycemic control before and during pregnancy significantly reduces the incidence of CHDs. The presentation emphasizes the importance of preconception counseling, individualized glucose management plans, and multidisciplinary care involving obstetricians, endocrinologists, and pediatric cardiologists.**

**In conclusion, maternal diabetes is a modifiable risk factor. With early intervention, effective screening, and collaborative care, the risk of CHDs can be greatly reduced, leading to improved outcomes for both mother and child.**





## ORADS در توده های آدنکس

Dr.Setareh Akhavan

لگن خانمها را میتوان به سه قسمت تقسیم کرد. قدامی، میانی و خلفی

قسمت قدامی شامل مجرای ادرار، مثانه، پاوچ و زیکیوتترین و سپتوم و زیکوواژینال است. در قسمت میانی رحم، واژن، لوله های فالوپ، تخمدانها و هایگامانهای لارژ قرار دارند. در قسمت خلفی پاوچ رکتیوتترین، فضای رکتوسرویکال، سپتوم رکتوسرویکال، توروس رحم و رکتوم قرار دارند.

توده های آدنکس که شامل توده های تخمدان، لوله فالوپ و بافت های همبندی مجاور است از مسائل شایع زنان است که ممکن است به شکلهای مختلف بروز کند. بعنوان مثال میتواند ایجاد درد و فشار لگنی کند یا کاملاً بیعلامت باشد و بطور تصادفی در معاینه لگنی و یا تصویربرداری تشخیص داده شود.

سونوگرافی اولین روش تصویربرداری و تشخیصی میباشد اما آیا سونوگرافی بطور قطع میتواند توده های خوش خیم را از موارد بدخیم تفکیک کند؟ در مواردی فالوآپ بیمار با روشهای دیگر تشخیصی ضرورت پیدا میکند.

سیستم کلسیفیکاسیون جامعی در مورد توده های آدنکس وجود ندارد. دو سیستم که بطور شایع استفاده میشوند عبارتند از:

۱. Ovarian-Adnexal Reporting and Data System (O-RADS)

۲. International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)

O-RADS سونوگرافی فقط باید در مورد توده های آدنکس بکار رود. اوردز سونوگرافی در اصل سه جز دارد: واژه خاص، طبقه بندی میزان خطرو گایدلاین درمانی.

واژه خاص در اصل توصیف کننده ای است که برای برآورد نمودن خطر مالیگننسی توده آدنکس بکار میرود. زمانی که O-RADS 1 گفته میشود تخمدان نرمال است و در اوردز ۲ خطر بدخیمی کمتر از یک در صد و در سه، این خطر از یک تا کمتر از ده درصد برآورد میشود. در اوردز چهار خطر ده تا کمتر از پنجاه درصد و در اوردز پنج، خطر مالیگننسی پنجاه یا بیش از پنجاه درصد است.

در موارد بدخیمی، توصیف اختصاصی توده برای تعیین بهترین نوع درمان لازم است و البته در این موارد طرح مسئله در جلسات چند تخصصی مفید میباشد تا روش مناسب درمانی اعم از جراحی، کموتراپی و احیاناً رادیوتراپی بکار گرفته شود.

با توجه به اینکه در مطالعات محدودیت ارزش سونوگرافی در ارزیابی قبل عمل نشان داده شده است ، MRI برای بررسی دقیقتر و کاملتر بکار میرود و O-RADS MR بطور شایع برای تعیین روش درمانی توده های تخمدان بکار میرود.

جراحیهای غیر قابل توجیه و بیجا سبب افزایش موربیدیت و افزایش مدت اقامت بیمارستانی و همچنین صرف هزینه های بیشتر میگردد. بعلاوه در سنین باروری ، مسائل مبط به حفظ باروری هم اهمیت ارزیابی قبل جراحی را بیشتر مینماید. در اوردز ام ار ۵ خطر بدخیمی تا ۹۶ درصد در مطالعات برآورد شده است و این خود اهمیت ام آر آی را در ارزیابی توده های مشکوک آدنکس در سونوگرافی را نشان میدهد.



## Echogenic bowel in fetal ultrasound

**Dr.Fatemeh Bahadori**

فلوشیپ پزیناتولوژی، دانشیار گروه زنان مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

در حدود ۰.۲٪-۱.۴٪ موارد در سونوگرافی انومال در هفته ۱۸-۲۰ دیده میشود. بصورت افزایش اکوژنیسیته روده ها بیشتر از اکوی کبد و مشابه اکوی استخوان تعریف شده است. بصورت فوکال، مولتی فوکال یا منتشر میتواند دیده شود. میتواند بصورت توده اکوژن در داخل روده ویا جدار اکوژن روده تشخیص داده شود.

حتما در زمان تشخیص باید با پروپ که فرکونسی کمی (کمتر از ۵ MH) (دارد تایید شود، چراکه با فرکونسی بالا افزایش اکوژنیسیته میتواند کاذب ایجاد شده باشد. همچنین باید کلید Harmoni در وضعیت off باشد.

به چهار گرید تقسیم بندی میشود.

گرید ۱: اکوژنیسیته مشابه کبد

گرید ۱: اکوژنیسیته کمی بیشتر از کبد و کمتر از استخوان

گرید ۲: بطور متوسط هایپراکوتر از کبد و یا مشابه استخوان

گرید: خیلی بیشتر از اکوژنیسیته کبد یا بیشتر از اکوژنیسیته استخوان

اکثر موارد پروگنوز خوبی دارد ولی در ۳۵ در صدموارد میتواند با مشکلات جدی همراهی کند، بخصوص زمانی که روده اکوژن ایزوله نباشد.

علل ایجاد کننده:

اختلالات کروموزومی: شایعترین علت تریزومی ۲۱ میباشد. موارد دیگر شامل تریزومی ۱۸، ۱۳، منوزومی X، سندرم کلاین فیلتر و موزایسم کروموزومی میباشد.

ناهنجاریهای جنینی: شایعترین موارد شامل انومالیهای قلبی عروقی، کلیه و مجاری ادراری، گوارشی میباشد.

خونریزیهای داخل امنیون

پریتونیت مکنونیومی، بیماری Hirschsprung's

کاهش رشد جنین

عفونتهای مادرزادی: سایتومگالوویروس و توکسوپلاسموزیس

موارد دیگر مانند سندرم جنین الکل و الفا تالاسمی هموزایگوس

خلاصه ارزیابی ها در برخورد با روده اکوژن

## مشاوره با والدین در مورد غربالگری اختلالات کروموزومی

سندرم داون شایعترین اختلال کروموزومی در نوزادان متولد شده میباشد. اگر تشخیص و ختم بارداری داده نشه حدود ۱/۵۰۰ نوزادان متولد شده سندرم داون خواهند بود.

امروزه شایعترین متد غربالگری cell free DNA میباشد.

اصول کلی مشاوره :

اطلاعات با کیفیت بالای کمی در مورد خطرات شخصی و خانوادگی غربالگری وجود دارد.

اثرات روحی نامطلوب شامل

۱- ترس از کشف ابتلای جنین؛

۲- اضطراب در مورد عوارض احتمالی ناشی از مداخلات تشخیصی، به ویژه خطر اندک از دست دادن جنین سالم مرتبط با روش؛

۳- اضطراب در مورد دسترسی به ختم بارداری، در صورت تمایل

اکثر بیماران هنگامی که نتیجه آزمایش غربالگری را دریافت می کنند که نشان دهنده افزایش خطر آنیوپلوئیدی است، مضطرب می شوند، حتی اگر نتیجه قطعی تشخیص را تایید نکرده نباشد. اضطراب ممکنست، زمانی کاهش یابد که یک روش تشخیصی، جنین سالم را نشان دهد ، اما بیمارانی که نتیجه غربالگری مثبت کاذب را تجربه می کنند ، کمتر احتمال دارد که غربالگری را در بارداری بعدی انتخاب کنند.

۴- بیماران همچنین ممکن است در مورد احتمال نتیجه اطمینان بخش کاذب (منفی کاذب، یعنی غربالگری افزایش خطر برای جنین مبتلا را تشخیص نداد) اضطراب داشته باشند

مشاوره

اصول کلی

اصل کلیدی هنگام مشاوره، ارائه اطلاعات کامل و قابل فهم است که به آنها امکان می‌دهد بر اساس ارزش‌ها، باورها و مسائلی که برایشان مهم‌تر است، در مورد غربالگری و آزمایش‌های تشخیصی بالقوه تصمیمات آگاهانه بگیرند.

باید تاکید شود که هر آزمایشی داوطلبانه است و اجباری نیست.

مشاوره باید بدون فشار یا اجبار در مورد تصمیم بیمار باشد تا بیماران بتوانند خطرات، محدودیت‌ها و مزایای غربالگری و تشخیص قبل از تولد را با مسائل مربوط به بزرگ کردن کودکی با ناهنجاری کروموزومی در مقابل خاتمه بارداری یا واگذاری کودک برای فرزندخواندگی (البته این گزینه براحتی در ایران در دسترس نمیباشد) یا ادامه بارداری با قبول مشکلات نوزاد آینده، تصمیم‌گیری کنند.

می‌توان اطلاعات اولیه در مورد غربالگری و تشخیص قبل از تولد را به صورت جداگانه یا در یک جلسه گروهی داده شود. اطلاعات کتبی با اطمینان از اینکه بیماران درک روشنی از تمام مسائل مربوطه دارند، توصیه می‌شود. ارجاع به یک مشاور ژنتیک یا یک متخصص ژنتیک پزشکی، می‌تواند برای رسیدگی به نگرانی‌های بیماران مفید باشد و فرآیند تصمیم‌گیری آنها را برای آزمایش تشخیصی تسهیل کند.

نکات خاص برای مشاوره

بحث‌ها و تصمیم بیمار برای انتخاب یا رد غربالگری باید در پرونده پزشکی او ثبت شود.

- تفاوت بین آزمایش غربالگری و آزمایش تشخیصی.
- گزینه آزمایش تشخیصی به جای غربالگری.
- گزینه عدم انجام هیچ آزمایشی.
- پیامدهای غربالگری و تشخیص پیش از تولد.
- شرح عملکرد آزمایش‌های غربالگری و تشخیصی موجود، شامل محدودیت‌ها و میزان تشخیص سندرم داون و سایر ناهنجاری‌های کروموزومی.
- خطرات مربوط به روش آزمایش تشخیصی.
- پتانسیل شناسایی سایر اختلالات کروموزومی (به عنوان مثال، ناهنجاری‌های کروموزوم جنسی، ریزحذف‌ها، تریزومی‌های اتوزومی نادر)، بسته به آزمایش غربالگری یا تشخیصی انتخاب شده.

● اطلاعاتی در مورد مدت زمان لازم برای به دست آوردن نتایج از آزمایش غربالگری و تشخیصی.

● پیامدهای داشتن فرزند مبتلا به سندرم داون.

● میزان تشخیص تریزومی‌های رایج غیر از سندرم داون و پیامدهای داشتن فرزند با یکی از این ناهنجاری‌های دیگر.

● اطلاعاتی در مورد گزینه بارداری پس از تشخیص، شامل مدیریت بارداری و زایمان، مراقبت‌های کودکان و منابع و خدمات موجود برای خانواده‌های دارای فرزند مبتلا.

● اطلاعاتی در مورد گزینه خاتمه بارداری و فرزندخواندگی و مشکلات نوزاد آینده.

خطر قبلی برای سندرم داون

خطر قبلی برای سندرم داون در فرزندان به سن و سابقه مادر بستگی دارد:

● بیماری که سابقه شخصی یا خانوادگی (از جمله پدر) سندرم داون ندارد.

● خطر بر اساس سن مادر در تاریخ مورد انتظار زایمان محاسبه می‌شود.

● بیماری که سابقه سندرم داون ناشی از سه نسخه جداگانه از کروموزوم ۲۱ در بارداری قبلی دارد. سندرم داون در این موارد به دلیل یک رویداد پراکنده به نام عدم انفصال کروموزومی در تشکیل سلول‌های تخمک یا اسپرم است. عدم انفصال کروموزومی ۹۵ درصد از موارد سندرم داون را تشکیل می‌دهد و با افزایش سن مادر بیشتر اتفاق می‌افتد. اعضای خانواده در معرض خطر بیشتری نیستند زیرا عدم انفصال کروموزومی یک ویژگی ارثی نیست.

● هنگامی که مادر در زمان تشخیص تریزومی ۲۱ کمتر از ۳۵ سال سن دارد، خطر عود تقریباً ۱ درصد است که بیشتر از خطر سندرم داون مرتبط با سن مادر برای این گروه سنی است.

● وقتی مادر در زمان تشخیص تریزومی ۲۱ بدون جدا شدن کروموزوم‌ها، ۳۵ سال یا بیشتر سن داشته باشد، خطر عود، خطر مرتبط با سن مادر است

● بیماری با سابقه بارداری قبلی یا یکی از اعضای خانواده مبتلا به سندرم داون ناشی از بازآرایی یا جابجایی نامتعادل کروموزومی. تقریباً ۴ درصد از موارد سندرم داون به دلیل بازآرایی کروموزومی است. شایع‌ترین جابجایی که باعث سندرم داون می‌شود، جابجایی رابرتسونی است که شامل کروموزوم‌های ۱۴ و ۲۱ می‌شود.



• والدین فرزندی که دارای جابجایی سندرم داون است، باید تحت آنالیز کروموزومی خون محیطی قرار گیرند تا از نظر جابجایی متعادل ارزیابی شوند. جابجایی‌ها در فرزندان می‌توانند جدید یا خانوادگی باشند.

در صورت خانوادگی بودن، خطر عود به جنسیت والد حامل بستگی دارد (۱۰ تا ۱۵ درصد برای زنان حامل و ۲ تا ۵ درصد برای مردان حامل).

در صورت جدید بودن، خطر عود بر اساس سن مادر در تاریخ مورد انتظار زایمان، اگر کمتر از ۳۵ سال باشد، خطر عود تقریباً ۱ درصد است. اگر  $\geq 35$  سال باشد، برابر با خطر مرتبط با سن در EDD است.

• بستگان درجه یک والدین ناقل باید تحت آزمایش کروموزوم خون محیطی قرار گیرند تا مشخص شود که آیا این بازآرایی را به ارث برده‌اند یا خیر. در صورت به ارث رسیدن، فرزندان آنها در معرض خطر جابجایی نامتعادل قرار خواهند گرفت (۱۰ تا ۱۵ درصد برای زنان ناقل و ۲ تا ۵ درصد برای مردان ناقل).

• بیماری با سابقه بارداری قبلی یا یکی از اعضای خانواده مبتلا به سندرم داون موزاییک. فرد موزاییک بیش از یک نوع رده سلولی دارد (مثلاً  $XX/47XX+21$ ). موزاییکیسم معمولاً به عنوان یک خطای پس از زیگوت در تقسیم سلولی میتوزی رخ می‌دهد و بنابراین ارثی نیست. اعضای خانواده در معرض خطر بیشتری نیستند.

• خطر عود، خطر مرتبط با سن مادر است.

کاندیداهای غربالگری پیش از تولد

کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا (ACOG) توصیه می‌کند غربالگری آنیوپلوئیدی به همه افراد باردار در اوایل بارداری ارائه شود

ACOG همچنین بیان می‌کند که همه افراد باردار، صرف نظر از سن مادر، باید این گزینه را داشته باشند که یک روش تهاجمی برای آزمایش تشخیصی اولیه انتخاب کنند.

کاندیداهای آزمایش تشخیصی

آزمایش تشخیصی یک انتخاب معقول برای افراد باردار در هر سنی است که در معرض خطر بالای بارداری فرزندی مبتلا به سندرم داون (یا سایر آنیوپلوئیدی‌ها) هستند، مانند افراد بارداری که:

• آزمایش غربالگری مثبت برای یکی از تریزومی‌های رایج یا سایر ناهنجاری‌های کروموزومی شناسایی شده.

• سابقه باردای قبلی با تریزومی جنین.

- گزارش حداقل یک ناهنجاری ساختاری ماژور یا دو ناهنجاری مینور جنین در بارداری فعلی.

- جابجایی کروموزومی، وارونگی یا آنیوپلوئیدی در مادر یا پدر .

آزمایش تشخیصی همچنین یک انتخاب معقول برای افراد بارداری است که در معرض خطر بالایی نیستند اما موارد زیر را دارند:

- تمایل به داشتن قابل اعتمادترین اطلاعات در مورد کاریوتیپ جنین.

- تمایل به انجام تجزیه و تحلیل ژنتیکی جامع که هم آنیوپلوئیدی کروموزومهای اتوزومال و هم کروموزومهای جنسی و انواع مختلف تعداد کپی پاتولوژیک را تشخیص دهد.



## MEDICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

### TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

#### Dr.Nafiseh Saghafi

The treatment of endometriosis depends on two categories:

1. Pelvic pain

2. Infertility

- Treatment for endometriosis can be expectant and can involve one or a combination of medical treatments, conservative or definitive surgery, or a combination of medical and surgical treatments. Expectant management generally is reserved for patients without significant symptoms and for those approaching menopause. However, even those with few symptoms benefit from treatment aimed at preventing progression of the disease.
- Because endometriosis normally regresses after menopause, due to the marked decrease in ovarian estrogen production, perimenopausal women with mild symptoms may choose expectant management or treatment limited to nonnarcotic analgesics, for the short term. Young women with significant symptoms generally will require more aggressive medical or surgical treatment.

#### Medical Treatment

- Women with pelvic pain, suspected endometriosis, and no other indication for surgical treatment can be managed effectively with empiric medical treatment without establishing a surgical diagnosis. Initial empiric medical therapy usually involves treatment with NSAIDs and oral contraceptives (OCs; combined or progestin only). If treatment with NSAIDs and OCs does not significantly improve pain, second- and third line medical therapies or laparoscopic surgery is employed.

#### Traditional medical therapies

- Traditional medical therapies have been based on Sampson's theory (retrograde menstruation) and on the simple premise that ectopic endometrium may be respond to treatment the same way as normal endometrium. Object of treatment:

reduce cyclic menstruation → decreasing peritoneal seeding, and to suppress the activity of the endometrium reduce ovarian estradiol production → atrophy of endometriotic lesions (the most effective treatment for pain)

#### New treatment strategies

- Our growing understanding of the pathogenesis of endometriosis at the molecular level is now beginning to suggest new treatment strategies:

NSAIDs - Combined OCs - Progestins - GnRH Agonists - GnRH Antagonist - Danazol - Aromatase Inhibitors- Future Therapeutics (Hormonal) - Nonhormonal and Investigational - Postoperative Medical Therapy

- **TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED INFERTILITY:** Ovarian Stimulation and ART, Ovarian Stimulation and Assisted Reproductive Technology.



## Postpartum Hemorrhage (PPT)

**Dr.Nafiseh Saghafi**

Postpartum, retrospective estimation also can be informative. The blood volume of a pregnant woman with normal pregnancy-induced hypervolemia usually rises by 50 percent. However individual increases range from 30 to 60 percent, that is, 1500 to 2000 mL for an average-sized woman (Pritchard, 1965). The equation to calculate blood volume is shown in Table 42-1. It is axiomatic that a normal pregnant woman tolerates, without any decrease in postpartum hematocrit, blood loss at delivery that approaches the volume of blood that was added during pregnancy. Thus, if blood loss is less than the pregnancy-added volume, the hematocrit remains the same acutely and during the first several days postpartum. It then rises as nonpregnant plasma volume levels return during the next week or so. Whenever the postpartum hematocrit is lower than one obtained on admission for delivery, blood loss can be estimated as the sum of the calculated pregnancy-added volume plus 500 mL for each 3-volume-percent decline of the hematocrit.

Low Risk Type and Screen	Medium Risk Type and Screen	High Risk Type and Cross
Admission Factors		
No previous uterine surgery	Prior cesarean, uterine surgery, or multiple laparotomies	Two or more medium risk factors
Singleton pregnancy	Multiple gestation	Placenta previa/low lying
previous births $\geq 4$	prior births $< 4$	Suspected accreta spectrum
EFW $< 4000$ g	History of PPH	Platelets $< 70,000$
BMI $< 40$	Large Myomas ( $> 5$ cm)	Active bleeding
No bleeding disorder	EFW $\geq 4000$ g	Known coagulopathy
No history of PPH	BMI $\geq 40$	
Hematocrit $< 30\%$		
Polyhydramnios		





For patients at low risk of PPH,

- Either Oxytocin alone Or oxytocin plus a second medication (eg, tranexamic acid, misoprostol, methylergometrine)
- Or carbetocin alone (where available)
- Is an acceptable approach for reducing the risk of PPH.
- The author's preference is to administer oxytocin plus either misoprostol or tranexamic acid, even in low-risk patients

For patients at high risk of PPH

- Administering oxytocin plus a second medication) eg ,tranexamic acid misoprostol ,or methylergometrine)
- Or carbetocin alone) where available) rather than oxytocin alone
- Use of a combination of medications or carbetocin alone results In a lower incidence of PPH than oxytocin alone.
- And appears to reduce the need for additional uterotonic medications or blood transfusion compared with oxytocin alone.
- The author's (based in the United States) preference is to use oxytocin plus either misoprostol or tranexamic acid.

Annex 2: WHO recommendations: Uterotonics for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage

1-1 The use of oxytocin (10 IU, IM, IV) is recommended for the prevention of PPH for all births	Recommended
1-2 The use of carbetocin (100 micrograms, IM, IV ) is recommended for the prevention of PPH for all births in contexts where its cost is comparable to other effective uterotonics.	Context-specific recommendation
1-3 The use of misoprostol (either 400 micrograms or 600 micrograms PO) is recommended for the prevention of PPH for all births.	Recommended
1-4 The use of ergometrine/ methylergometrine (200 ,micrograms IM, IV )is recommended for the prevention of PPH in contexts where hypertensive disorders can be safely excluded prior to its use.	Context-specific recommendation
1-5 The use of a fixed-dose combination of oxytocin and ergometrine (5 IU, 400 micrograms, IM) is recommended for the prevention of PPH in contexts where hypertensive disorders can be safely excluded prior to its use	Context-specific recommendation

TRANEXAMIC ACID	• synthetic analogue of the amino acid lysine	
	• inhibits fibrinolysis by reducing the binding of plasminogen and tissue plasminogen activator (tPA) to fibrin	
	• Labeled indications	• cyclic heavy menstrual bleeding
		• oral procedures in patients with hemophilia
		• An antifibrinolytic drug is useful because hyperfibrinolysis and fibrinogen depletion are common in the early stages of major postpartum bleeding, an alternative way to support hemostasis

### **PPH risk assessment tools and risk-based preparation**

- **Planning and intervention for selected groups of high-risk patients**
- **Choice of birth facility for patients identified as high-risk prenatally**
- **PPH management protocols**
- **Massive transfusion protocol and algorithm**



## مروری اجمالی بر قوانین انتظامی در حیطه پزشکی

Dr.Nafiseh Saghafi

چرا مردم از پزشکان شکایت می کنند ؟ اگر بیمار آسیب ببیند ممکن است شکایت کند ولی اگر آزرده شود حتما شکایت می کند .

❖ عوامل رفتاری : رابطه بین پزشک و بیمار یکی از عوامل مهم در امر رضایت و یا گله مندی بیمار از پزشک خود است . زمانی که بیمار به دنبال اقدام درمانی دچار عارضه می شود آزرده خاطر می شود عکس العمل غیر منطقی کادر درمان به بدتر شدن اوضاع و بروز شکایت منجر می شود

❖ عدم تفهیم : عدم آگاهی بیمار و همراهان وی از ماهیت بیماری ، عدم آگاهی بیمار و همراهان بی از روند درمان ، عدم آگاهی بیمار و همراهان غیر از عوارض احتمالی ناشی از اقدامات درمانی و تشخیصی . پزشک در مورد بهبود بیماری نباید اطمینان صددرصد بدهد

❖ مسائل مالی : در ماده ۱۰ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی در حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی چنین آمده است : شاغلان حرفه های پزشکی مکلف هستند تعرفه های خدمات درمانی مصوب را رعایت کنند . با وجود پایین بودن حق ویزیت پزشکان، ولی باز بسیاری از بیماران ناراضی هستند . در حال حاضر بین میزان هزینه درمان در مراکز دولتی و خصوصی اختلاف قابل توجهی وجود دارد

### ❖ عامل رشته تخصصی :

۱. انجام اقدامات درمانی خارج از حیطه تخصصی : تا زمانی که بیمار دچار عارضه نشود کسی با پزشک کاری ندارد ولی زمانی که بیمار آسیب دیده از پزشک شکایت می کند آنگاه اولین سوالی که توسط مراجع رسیدگی کننده ، مطرح می گردد : تخصص پزشکی و میزان آشنایی با نحوه و تکنیک عمل مربوطه است.

۲. دخالت سایر همکاران : در بررسی بسیاری از پرونده های پزشکی ارجاع شده به مراجع انتظامی و دادگاه ها رد پای از فرد یا افرادی از کادر درمان مشاهده می گردد. با اظهار نظرهای بی مورد و بعضاً مغرضانه خود، بیمار یا همراهان وی را تحریک به شکایت نموده اند .

وضعیتی را در نظر بگیرید که بیمار در یک مرکز درمانی دچار شوک سپتیک بعد از عمل جراحی زنان شده است . در این وضعیت خانواده وی دچار استرس روحی - روانی بسیار شدیدی خواهند بود و در بسیاری از موارد همراهان بیمار به صورت ناخودآگاه سعی در یافتن علت و در نتیجه مقصری برای عفونت بیمار شان هستند که معمولاً اولین در دسترس

از طریق نفر پزشک معالج است در این شرایط کوچکترین اشتباهی از طرف کادر درمان و اظهار نظر بیجای ایشان باعث طرح شکایت و مشکلات بعدی خواهد شد

۳. عدم معاینه دقیق بیمار : \*عدم اخذ شرح حال کامل \*عدم انجام معاینه کامل \*عدم انجام آزمایشات و مشاورات لازم \*تشخیص غلط \*در نهایت درمان نادرست \*نتیجه : شکایت از پزشک معالج

**عدم انتخاب صحیح بیمار از طرف پزشک :** پزشک باید بیماری را جهت درمان بپذیرد که توانمندی علمی و عملی درمان وی را داشته باشد در غیر این صورت باید دست از غرور خود برداشته و توقع مالی را به کناری نهد و بزرگوارانه بیمار را جهت درمان مقتضی به همکاران با تخصص لازم و یا مراکز و بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی راهنمایی کند : ۱. پزشک تخصص لازم برای درمان بیماران را دارد ۲. پزشک تخصص لازم برای درمان بیمار را دارد ولی بیمار مشکل شخصیتی یا روانی دارد مثلاً بیماری که چند بار رینوپلاستی کرده

**قصور در مراقبت های پزشکی در حین و بعد از عمل جراحی :** ۱. در اتاق عمل ۲. در بخش

**مدیریت نادرست در مراکز درمانی :** کم تجربگی افرادی که پست های مدیریتی را در مراکز درمانی بر عهده دارند. مثال : رئیس بیمارستان ، مدیر بیمارستان ، مسئول فنی بیمارستان ، رئیس بخش ، سوپروایزر

نقص مدیریت در به کار گماردن افراد فاقد صلاحیت علمی و عملی لازم در درمانگاه ، بیمارستان و نیز اتاق عمل ، عامل دیگری برای ایجاد یک حادثه و در نتیجه ایجاد آسیب در بیماران می باشد :

۱. استفاده از پرستاری که دوره لازم جهت تزریق داروهای شیمی درمانی را نگذرانده است.

۲. استفاده از بهیار به جای پرستار در بخش : (تجویز دوز اشتباه انسولین) .

۳. استفاده از پرستاری که دوره های ICU care را نگذرانده است ( در بخش های مراقبت ویژه ) .

۴. استفاده از کادر بی تجربه و یا کم تجربه در اتاق عمل

بی توجهی به سطح فرهنگی ، سنن و آداب قبیله ای و ایلی ، خانوادگی و از همه مهمتر اعتقادات مذهبی بیماران از دست رفتن اعتماد عمومی به حرفه پزشکی

**پاسخ هیجانی به نتیجه درمان ناموفق یا عوارض غیر منتظره :** زمانی که بیمار فوت می کند همراهان واکنش های از جمله شکستن شیشه ، فحاشی به کادر درمان و ... از خود نشان می دهند. اگر کادر درمان نتواند برخورد منطقی و عاقلانه داشته باشند، منجر به شکایت می شود .

مثال: پارگی کیسه آمنیوتیک خانم باردار در هفت ماهگی ( حاملگی بعد از سالها ناباروری )

**قصور پزشکی و علل شایع آن :**

✓ قصور پزشکی چیست ؟

✓ چه موقع می‌گوییم فردی مرتکب قصور شده است ؟

✓ چه موقع گفته می‌شود طبیب مرتکب قصور پزشکی شده است ؟

✓ انواع قصور پزشکی کدام است ؟

**برای اطلاق لفظ " قصور پزشکی " : فرد باید بیمار پزشک باشد و در واقع پزشک مراقبت پزشکی و درمان وی را پذیرفته باشد . پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیار های پزشکی قابل پذیرفتن نمی باشد و یا به طور شایع تر اعمالی را که به عنوان اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام می داد ، انجام نداده باشد . در نتیجه انجام عملی که نباید انجام می شد و یا انجام ندادن کاری که باید انجام می گرفت ، بیمار متحمل آسیب شده باشد .**

### انواع قصور پزشکی:

❖ بی مبالائی : پزشک از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار و بیماری او جزو اعمال پذیرفته شده ضروری بوده اند غفلت نموده است یعنی اموری که لازم بوده انجام دهد انجام نداده است .

❖ بی احتیاطی : طبیب ، جراح یا سایرین با انجام اقداماتی در اثر بی توجهی و بی دقتی دچار اشتباه شده اند و در نتیجه بیمار دچار آسیب شده است ( کارهایی انجام داده اند که نباید انجام می شد .

❖ عدم مهارت : ناتوانی در انجام اموری تخصصی که توانایی یا کارایی خاصی لازم دارند . عدم مهارت ممکن است ناشی از تازه کاری و کم تجربگی باشد و یا ناشی از عدم بهره وری کافی از دانش پزشکی . عدم مهارت ممکن است عملی باشد و یا علمی .

به بیان دیگر عدم مهارت یعنی : عدم آشنایی متعارف به اصول و نکات ضروری علمی و فنی کار معین

❖ عدم رعایت نظامات دولتی : منظور نظامات خاص مربوط به صاحبان حرفه های پزشکی و رشته های وابسته است . این نظامات خاص شامل دستور العمل وزارت بهداشت و درمان ، قوانین و آئین نامه های نظام پزشکی و بخشنامه های مراکز علمی و درمانی و هر گونه قانون، مصوبه و آیین نامه و بخشنامه و دستور العملهایی که از طرف قانونگذار یا مقامات صلاحیتدار در امور پزشکی وضع گردیده، می باشد. عمل نکردن به هر کدام را عدم رعایت نظامات دولتی می گویند .

### خلاصه یک پرونده به عنوان مثال :

خانم ۲۱ ساله -G1 که در ساعت 5 am به دلیل درد زایمان بستری شده پس از گذشت یک ساعت از فول شدن بیمار به دلیل زایمان نکردن به متخصص زنان اطلاع داده اند در معاینه به عمل آمده :

Rupture /ceph/AS -2 Station TV:full/100%/



با وجود Station منفی ، برای بیمار ۷ بار وکیوم انجام می دهد که ناموفق بوده و سپس در حالی که قلب جنین افت کرده بیمار را به اتاق عمل می برد . C/S انجام می شود و به علت اینکه از قبل به اتاق عمل اطلاع وضعیت بیمار اورژانس را نداده است در نتیجه در زمان انجام سزارین متخصص بیهوشی حضور نداشته است . بعد از آمادگی اتاق عمل ، سزارین اورژانس انجام شده و نوزاد با آپگار پایین به دنیا می آید . بلافاصله نوزاد به بخش نوزادان منتقل می شود ولی متأسفانه با تمام اقدامات انجام شده ، نوزاد دچار CP می شود .

نتیجه کارشناسی پرونده : \* در Station منفی وکیوم گذاری ممنوع است . \* پس از ۲ بار وکیوم ناموفق باید C/S انجام شود . در موارد وجود بیماران اورژانس بایستی با اتاق عمل هماهنگی انجام شود.

نوع قصور : بی احتیاطی - بی مبالاتی - عدم مهارت

### شرایط عدم قصور در امور پزشکی :

\* خدمات پزشک قانونی باشد \* قصد درمان داشته باشد (عدم سوء نیت) \* اقدامات اخلاقی و مشروع باشد

\* موازین علمی پزشکی در انجام اقدامات رعایت شده باشد \* برائت نامه گرفته باشد

**به طور خلاصه :** اقدامات پزشکی باید مبتنی بر موازین علمی و قانونی و اخلاقی باشند . در غیر اینصورت ولو از بیمار رضایت یا برائت نامه هم گرفته شده باشد باز هم پزشک و کادر پزشکی مسئول خواهند بود .



## محدودیت رشد جنینی (Fetal Growth Restriction)

Dr.Farzaneh Palizban

محدودیت رشد جنینی (FGR) زمانی اطلاق می شود که جنین به دلیل علل پاتولوژیک به رشد مورد نظر داخل رحمی نرسیده باشد.

شایع ترین دلایل آن هایپوکسی جفتی و کمبود تغذیه ای به دلیل نارسایی جفت می باشد. هر چند که میزان آن در جوامع مختلف فرق می کند ولی میزان آن حدوداً ۱۰٪ تخمین زده می شود.

FGR به دو دسته اصلی تقسیم می شود: FGR قرینه و غیر قرینه.

در FGR غیر قرینه به نظر می رسد که کاهش اکسیژن و مواد تغذیه ای مثل گلوکز و سایر مواد مغزی و کمبود انرژی دلیل اصلی می باشد و در آن دور سر در نمودار بالاتری به نسبت وزن نوزادی می باشد. این نوزادان نسبت دور سر به بدن افزایش یافته دارند و معمولاً این نوزادان رشد کاهش یافته در تریمستر سوم (بعد از ۳۲ هفته) دارند که این دسته **head sparing** هم نامیده می شوند که ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد را شامل می شوند.

برعکس در FGR قرینه نوزادان دور سر کوچک، وزن کم و قد کوتاه دارند که ۲۰ درصد موارد را شامل می شوند. در این گروه تعداد سلول ها کاهش یافته است و اندازه سلول طبیعی است.

شایع ترین علت این موارد، اختلالات ژنتیکی و مشکلات کروموزومی می باشد.

علل FGR (محدودیت رشد داخل رحمی) به چهار دسته کلی جنینی - مادری - جفتی - محیطی تقسیم می شود.

غربالگری قبل از زایمان

موارد زیر به تشخیص قبل از زایمان نوزادان درگیر کمک کننده است:

۱. شرح حال دقیق مادری، سابقه خانوادگی و سابقه قبلی (SGA یا FGR)

۲. معاینه دقیق مادری و Fundal Height

۳. سونوگرافی جنینی: سونوگرافی سریال جنینی برای تخمین رشد جنین و اندازه گیری ۴ مورد بیومتریک: قطر پای پریتال - دور سر - دور شکم - طول فمور نوزادان که این چهار مورد می تواند وزن جنین را تخمین می زند.

۴. سونوگرافی داپلر جنینی: (مخصوصاً شریان نافی)

فلوی شریان نافى بازتاب جریان خون مادري مى‌باشد. در شرايط نرمال مقاومت در شريان نافى با افزايش GA کاهش مى‌يابد، ولى در شرايط نارسايى جفت، ممکن است مقاومت افزايش و فلوى دياستول کاهش يابد.

#### پيشگيرى:

کم کردن ريسک فاکتورها، مهم‌ترين راه پيشگيرى FGR محسوب مى‌شود، از جمله:

بهبود تغذيه، قطع مصرف سيگار و پروفيلاکسى مالاريا

تغذيه: شامل افزايش مصرف گروه‌هاى غذايى خاص / رژيم کم نمک

اقدامات بعد از تولد نوزادان مبتلا به FGR:

اين نوزادان در معرض انواع مشکلات هستند از جمله:

مشکلات تنفسى مثل ديسترس تنفسى، فشار بالاي شريان ريوى و خونريزى ريوى، بيمارى مزمن ريوى،

آسفيکسى، خونريزى داخلى بطنى،

انتروکوليت نکروزان

نارسايى کليوى

رتينوپاتى پره ماچوريتى

ايکتر

پلى سيستمى و پان سيتووينى

هايپوترمى

هايپوگليسمى

و عفونت مى باشند.

مشکلات درازمدت:

مشکلات عصبى- تکاملى مثل CP و مشکلات شناختى و رفتارى مشکلات در يادگيرى مهارت‌هاى اجتماعى سندرم کارديو متابولىک- قلبى- ريسک بيشتر مشکلات روان پزشکى مثل اسکيزوفرنى، افسردگى- اضطراب- اختلال دوقطبى- آلزایمر و همچنين بلوغ زودرس- تخمدان پلى کيستيک- کاهش طول عمر و مشکلات ايمنى مى باشد.



## Fertility-preserving approach for cesarean scar pregnancy

**Dr.Samaneh Rokhgireh**

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare and potentially serious condition characterized by implantation of the gestational sac within the scar of a previous cesarean section. Increasing rates of cesarean deliveries have contributed to a rising incidence of CSP, leading to significant clinical concern regarding treatment options and outcomes. Effective management of CSP is crucial not only to preserve maternal health and prevent complications but also to maintain reproductive potential. Treatments typically range from medical management, including the use of methotrexate (MTX), to various surgical interventions such as hysteroscopy and uterine artery embolization (UAE).

The combination of local and systemic MTX administration has shown favorable outcomes in treating CSP. In some cases MTX treatment followed by hysteroscopy indicating a reliable method for managing types II of CSP while preserving fertility.

UAE serves as an essential intervention for CSP, aiming to reduce blood supply to the area and thereby minimize hemorrhage during subsequent procedures.

Hysteroscopic surgery as a Surgical Intervention has become a preferred technique for CSP management due to its minimally invasive nature and effectiveness. Studies have indicated that hysteroscopic tissue removal is associated with low costs, rapid recovery, and a low incidence of complications, especially for type I CSP .

In conclusion Management of cesarean scar pregnancy requires a multidisciplinary approach to balance effective treatment with the preservation of reproductive potential. Current evidence suggests that both medical and surgical options, including MTX, UAE, and hysteroscopic interventions, offer promising outcomes when properly applied. However, careful consideration of risk factors and patient characteristics is essential for optimizing treatment success and minimizing complications.



## TUBAL ECTOPIC PREGNANCY & MANAGEMENT

**Dr.Mahnaz Ahmadi**

حاملگی خارج رحمی یعنی رشد و نمو ساک بارداری در محلی غیر از حفره آندومتر. به طور معمول ۹۵ درصد حاملگی ها در لوله های رحمی رخ می دهد. برای تشخیص حاملگی خارج رحمی متخصص می بایست به احتمال EP و ریسک فاکتورهای آن آگاهی داشته باشد و با توجه به علایم بیمار اعم از Serial b-sub HCG و TVS به تشخیص برسد و روند بیماری را پیگیری و درمان نماید.

روش های درمان EP :

- Expectant Management
- Medical Management
- Surgical Management