

تغییرات خوش خیم سرویکس براساس گزارش پاپ اسمیر، شامل این موارد می باشد: تغییرات عفونی و تغییرات واکنشی

۱ - تغییرات عفونی: شامل موارد تریکوموناس، کاندیدا، واژینوز باکتریال، اکتینومایس و یا ویروس هرپس می باشد.

در مورد تغییرات عفونی، در صورت وجود علائم بالینی بیمار درمان و پیگیری می شود و در غیر این صورت، تا دوره بعدی اسمیر بیمار نیاز به پیگیری ندارد.

تریکوموناس: واژینیت تریکومونایی از طریق انتقال جنسی انگلی تأثیرگذار به نام تریکومونا واژینالیس ایجاد می شود. در اغلب موارد با واژینوز باکتریال همراه است.

علائم بالینی: عوامل ایمنی موضعی و اندازه ناحیه گرفتار ظهور علائم را تعیین می کنند. علائم ممکن است با کوچک بودن ناحیه مبتلا بسیار خفیف تر باشد، و اغلب واژینیت تریکومونایی بدون علامت است.

❖ واژینیت تریکومونایی با ترشح فراوان، چرکی و بدبوی واژن همراه است و ممکن است با خارش ولو نیز همراه باشد

❖ ترشحات ممکن است از واژن سیلان یابد

❖ در بیماران با تراکم بالای ارگانیسم، نقاط اریتم دار واژن و سرویکس شبیه توت فرنگی ممکن است مشاهده شود

درمان:

۱ - مترونیدازول، داروی انتخابی در درمان واژینیت تریکومونایی است. هم دوز واحد (۲ گرم خوراکی) و هم دوزهای متعدد (۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز) بسیار موثرند.

۲ - شریک جنسی بیمار نیز باید درمان شود.

۳ - ژل مترونیدازول، اگرچه در درمان BV بسیار موثر است، نباید در درمان واژینیت تریکومونایی مورد استفاده قرار گیرد.

۴ - زنانی که به درمان اولیه پاسخ ندهند، باید با مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز تحت درمان قرار گیرند. در صورتی که درمان مکرر نیز موثر نباشد، باید با دوز واحد ۲ گرم مترونیدازول یک بار در روز به مدت ۵-۳ روز تحت درمان قرار گیرند.

کاندیداز:

کاندیدا آلبیکانس مسئول ۸۵ تا ۹۰ درصد عفونت های قارچی واژن است. سایر انواع کاندیدا مانند کاندیدا گلابراتا و کاندیدا تروپیکالیس نیز می توانند در ولو و واژن ایجاد علائم نمایند.

عواملی که زنان را در معرض پیدایش کاندیداز علامت دار قرار می دهند عبارتند از: مصرف آنتی بیوتیک ها، حاملگی و دیابت که از طریق مکانیسمی تراکم لاکتوباسیل ها و دیگر فلورها را کاهش داده و به قارچ ها اجازه رشد می دهند. حاملگی و دیابت هر دو با کاهش ایمنی سلولی همراه بوده و این امر به شیوع بیشتر کاندیداز کمک می کند.

علائم بالینی:

❖ ترشحات به صورت پنیر دلمه بسته یا غلیظ و سفید و فراوان است، اما این ترشح همیشه در کاندیداز علامت دار وجود ندارد و گاهی اوقات ممکن است رقیق و آبکی باشد

❖ علامت اصلی کاندیداز، خارش، تحریک و یا هر دو است. خارش ممکن است در ناحیه واژن یا ولو کاملاً شدید باشد و تحریک ممکن است با دیزوری و دیس پارونی همراه باشد

درمان:

۱ - فرآورده های ضد قارچی موضعی از جنس آزول شایع ترین درمان موجود برای کاندیداز می باشد و شامل قرص ها، شیاف ها و

کرم های مایکونازول، کلوتریمازول و بوتوکونازول به مدت ۱ تا ۷ روز است. معمولاً ۲ تا ۳ روز طول می کشد تا علائم برطرف شود.

۲ - داروی خوراکی ضد قارچ، فلوکونازول در یک دوز واحد ۱۵۰ میلی گرمی (به نظر می رسد در مقایسه با آزول های موضعی در درمان کاندیداز خفیف تا متوسط، به همان اندازه موثر باشد. باید به بیماران توصیه نمود که علائم تا ۲ یا ۳ روز برطرف نمی شوند، به نحوی که انتظار درمان های اضافی نداشته باشند. برای بیماران که علائم شدید دارند، ممکن است دوز اضافی ۱۵۰ میلی گرمی، ۷۲ ساعت پس از دوز اولیه تجویز شود).

۳ - قرص واژینال نیستاتین به مدت ۱۴ روز

۴ - درمان کمکی با یک استروئید موضعی ضعیف، مانند کرم هیدروکورتیزون ۱٪، ممکن است در تسکین برخی از علائم تحریکی خارجی، مفید واقع شود.

واژینوز باکتریال:

واژینوز باکتریال (BV) شایع ترین علت واژینیت در زنان سنین باروری است. این یک اختلال فلور طبیعی واژن است که منجر به از بین رفتن لاکتوباسیل های سازنده پراکساید و غالباً رشد بیش از حد باکتری های بی هوازی می شود.

علائم بالینی:

◀ بوی شبیه ماهی در واژن، که به خصوص پس از مقاربت احساس می شود
 ▶ ترشحات واژن خاکستری بوده، لایه نازکی از دیواره واژن را می پوشاند

درمان:

مترونیدازول، آنتی بیوتیکی با فعالیت کم بر روی لاکتوباسیل ها، داروی انتخابی درمان BV است که در رژیم های زیر تجویز می شود:

- ۱ - دوز خوراکی ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز
- ۲ - ژل مترونیدازول، ۰.۷۵٪، یک اپلیکاتور (۵ گرم) داخل واژن ۲ بار در روز به مدت ۵ روز
- ۳ - مترونیدازول ۲ گرم خوراکی در یک دوز
 کلیندامایسین نیز در رژیم های زیر موثر است:
- ۱ - کرم کلیندامایسین ۲٪ یک اپلیکاتور (۵ گرم) داخل واژن، هنگام خواب به مدت ۷ روز
- ۲ - کلیندامایسین خوراکی، ۳۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز
- ۳ - اوول کلیندامایسین، ۱۰۰ میلی گرم داخل واژن به هنگام خواب به مدت ۳ روز

اکتینومایکوز:

اکتینومایسین از عوامل ناشایع عفونت دستگاه تناسلی فوقانی است. عفونت فعال اکتینومایکوز معمولاً به صورت چند میکروبی است و سایر ارگانیسم های بیهوازی غالباً در آن دخالت دارند. اکتینومایکوز از علت های نادر عفونت لگنی است که ثانویه به کاشته شدن ارگانیسم از سایر منابع عفونی داخل شکمی و یا انتشار خونی اکتینومایسین در دستگاه تناسلی فوقانی، رخ می دهد. علاوه بر این، عفونت صعودی اکتینومایکوز لگنی در حضور IUD گزارش شده است.

کولونیزاسیون دستگاه تناسلی تحتانی توسط اکتینومایسین غالباً در استفاده کنندگان IUD و یا در حضور سایر اجسام خارجی دیده می شود. شیوع کولونیزاسیون با افزایش مدت زمان استفاده از IUD افزایش می یابد.

درمان:

در مواردی که کولونیزاسیون ارگانیسم با انجام اسمیر مورد شک قرار می گیرد، ثابت نشده است که درمان با آنتی بیوتیک ها بتواند به طور موثری باعث ریشه کن شدن اکتینومایسین از دستگاه تناسلی تحتانی شود. توصیه های فعلی شامل برداشتن IUD در موارد مشکوک به کولونیزاسیون و تکرار اسمیر ۶ هفته بعد، برای تأیید پاک شدن محیط از کولونیزاسیون اکتینومایکوز و جایگزینی دوباره IUD، می باشد.

۲ - تغییرات واکنشی: شامل التهابات، آتروفی، تغییرات ناشی از اشعه، کراتینیزاسیون و تغییرات ناشی از IUD است.

التهاب یا Inflammation: التهاب دهانه رحم یا سرویسیت، به معنای تورم بافت دهانه رحم است و می تواند از خفیف تا شدید متغیر باشد. بسته به شدت التهاب، ممکن است تا زمان دریافت نتیجه پاپ اسمیر که نشان دهنده وجود التهاب است، بیمار متوجه وضعیت خود نباشد. علائم التهاب دهانه رحم عبارتند از: خونریزی غیرطبیعی واژن، تغییر رنگ یا بدبو شدن ترشحات واژن، دیس پارونی، درد واژن و فشار لگن. بعضی از انواع التهاب دهانه رحم به صورت خودبه خود برطرف می شوند، در حالی که انواع دیگر نیاز به درمان دارند.

اتیولوژی:

◀ شایع ترین علت التهاب، عفونت است. با این حال معمولاً آزمایش های بیشتر برای تعیین نوع عفونتی که باعث التهاب شده است، ضرورت دارد

◀ التهاب دهانه رحم همچنین ممکن است در اثر قرار دادن pessary, cervical cap یا دیافراگم، آلرژی به اسپرم کش ها یا لاتکس در کاندوم و یا قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی باشد

◀ بیماری های منتقله از راه جنسی (STD) نیز ممکن است علت التهاب دهانه رحم باشند. شایع ترین آنها کلامیدیا، سوزاک، تبخال تناسلی، HPV و تریکوموناز می باشد

◀ باکتری ها و یا رشد بیش از حد باکتری های طبیعی در دهانه رحم نیز ممکن است علت التهاب دهانه رحم باشند.

درمان:

برای بسیاری از موارد التهاب، درمانی وجود ندارد. در صورت عدم وجود علائم التهاب و عدم STD مشکوک، بایستی اسمیر ۴ تا ۶ ماه بعد تکرار شود و در صورت وجود مجدد التهاب، تست های دیگر برای تعیین علت التهاب انجام گردد. برای موارد شدید التهاب سرویکس یا مواردی که التهاب همچنان ادامه دارد، بررسی سرویکس به طریق کولپوسکوپی لازم است.

پیشگیری:

در حالی که برخی از انواع التهاب سرویکس قابل پیشگیری نیست، اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از برخی از انواع التهاب وجود دارد که عبارتند از: اجتناب از رابطه جنسی در سنین پایین، محدود کردن تعداد شرکای جنسی، اجتناب از مواد محرک شیمیایی موجود در تامپون ها و دوش های واژینال و قرار دادن مناسب دیافراگم در واژن.

واژینیت آتروفیک: در نتیجه پاپ اسمیر زنانی که وارد دوران یائسگی شده اند، معمولاً تغییرات آتروفیک گزارش می شود. این به علت کاهش تولید هورمون استروژن توسط تخمدان ها می باشد که نتیجه طبیعی یائسگی است. فقدان استروژن باعث می شود دیواره های واژن قرمز و تحریک شده به نظر برسند که واژینیت آتروفیک نامیده می شود.

این حالت ممکن است در طول بارداری و شیردهی و یا تمام حالاتی که غلبه پروژسترون وجود دارد، ایجاد شود. در زنان شیرده بعد از برگشت سیکل قاعدگی، سطح استروژن افزایش می یابد و تغییرات آتروفیک بهبود می یابد.

علائم:

مقاربت دردناک (دیس پارونی)، خشکی، خارش و خونریزی غیرطبیعی وجود دارد. اگر اوروتلیوم تحت تأثیر قرار گیرد (آتروفی اوروژینیتال) بیماران ممکن است از احساس فوریت دفع ادرار شکایت داشته باشند. مخاط رنگ پریده است و چین های واژن قابل مشاهده نیستند. واژن خشک و غیر قابل انعطاف می شود.

درمان:

استفاده از استروژن های موضعی یا سیستمیک تغییرات بافت بیمار را به حالت عادی برمی گرداند و سبب رهایی از علائم بیماری می شود. در صورت تجویز استروژن به صورت موضعی (کرم واژینال)، ممکن است طرح جذب نامنظم باشد و آثار سیستمیک غیر قابل پیش بینی بروز کند. بهتر است به جای به کار بردن طولانی مدت این کرم ها، از روش تجویز سیستمیک استفاده شود. در صورت استفاده از استروژن موضعی، استفاده از مقدار کم آن توصیه می شود (یک گرم استروژن کنژوگه اصلی روزانه به مدت ۱ تا ۲ هفته).

زنانی که نمی خواهند یا نمی توانند از استروژن استفاده کنند، می توانند از لوبریکانت های واژینال برای درمان علامتی بیماری استفاده کنند.

نکته: تکرار پاپ اسمیر ۳ تا ۶ ماه بعد این اطمینان را می دهد که تغییرات ایجاد شده در پاپ اسمیر فقط به علت فقدان استروژن است.

کراتینیزاسیون:

چون کراتینیزاسیون از ویژگی های فیزیولوژیک اپی تلیوم سنگفرشی سرویکس نیست، وجود هرگونه گرایشی در این جهت باید مسئله ای غیرطبیعی تلقی گردد. اما باید توجه داشت که درجاتی از کراتینیزاسیون کانونی گاهی در غیاب سایر اختلالات، قابل مشاهده هستند. هیپرکراتوز و پاراکراتوز، معمولاً در نمای ظاهری به صورت پلاک هایی برجسته و سفید رنگ (لکوپلاکی) در portio قابل مشاهده هستند. در دید میکروسکوپی، در ناحیه هیپرکراتوز یک لایه ضخیم کراتینی، گلیکوژن ناچیز داخل اپی تلیومی و فقدان آتپپی سیتولوژیک، قابل مشاهده هستند. این اختلال به جزء در موارد پروسیدنوتا (پرولاپس رحم که در آن سرویکس از مدخل واژن به بیرون راه می یابد)، اختلال شایعی نیست.

پاراکراتوز که شایع ترین اختلال بروز کننده به صورت ضایعات سرویکال سفید رنگ است، ویژگی های مشابهی با کراتینیزاسیون دارد، اما در پاراکراتوز احتباس هسته های پیکنوتیک در لایه کراتینی نیز دیده می شود. هیچ گونه شواهدی که دال بر پیش بدخیم بودن هیپرکراتوز یا پاراکراتوز باشد یا نشان دهد که این حالات زمینه ساز بدخیمی هستند، وجود ندارد. با وجود این، ضایعات سفید سرویکس را نمی توان تنها با مشاهده ظاهری تشخیص داد. گاهی اوقات کراتینیزاسیون سلول های سنگفرشی سرطان به صورت یک ناحیه سفید آشکار می شود. بنابراین باید از تمام ضایعات سفید سرویکس کولپوسکوپی بیوپسی به منظور تشخیص بافتی به عمل آید.

تغییرات ناشی از اشعه و تغییرات ناشی از IUD: در این موارد، بررسی تشخیصی کافی است و نیاز به درمان خاصی نمی باشد.