



# خونریزی های دستگاه تناسلی دوران کودکی و قبل از بلوغ

جمیله ملکوتی ، عضو هیئت علمی گروه مامائی  
دانشکده پرستاری و مامائی تبریز



خونریزی در

نوزاد بیشتر به دلیل هورمون‌هایی

است که در دوران بارداری از جفت ترشح و از

طریق بند ناف به بدن جنین می‌رسد. چون جنین

مونث مینیاتور یک آدم بزرگ است که رحم دارد،

و تحت تأثیر این هورمون‌ها قرار می‌گیرد لذا

بعد از بدنیآ آمدن به دلیل قطع این هورمون‌ها

سطح آندومتریش پیدا کرده و ممکن است دو

پایه روز اول تولد یک مقدار خیلی کم خونریزی

داشته باشند که کاملاً فیزیولوژیک است



# VAGINAL BLEEDING IN CHILDREN

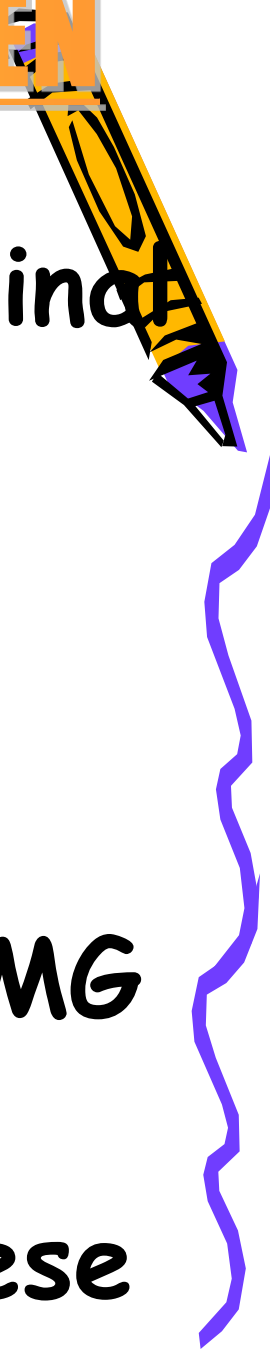
How common is the problem?

Why are we worried when vaginal bleeding occur in kids & young girls ?

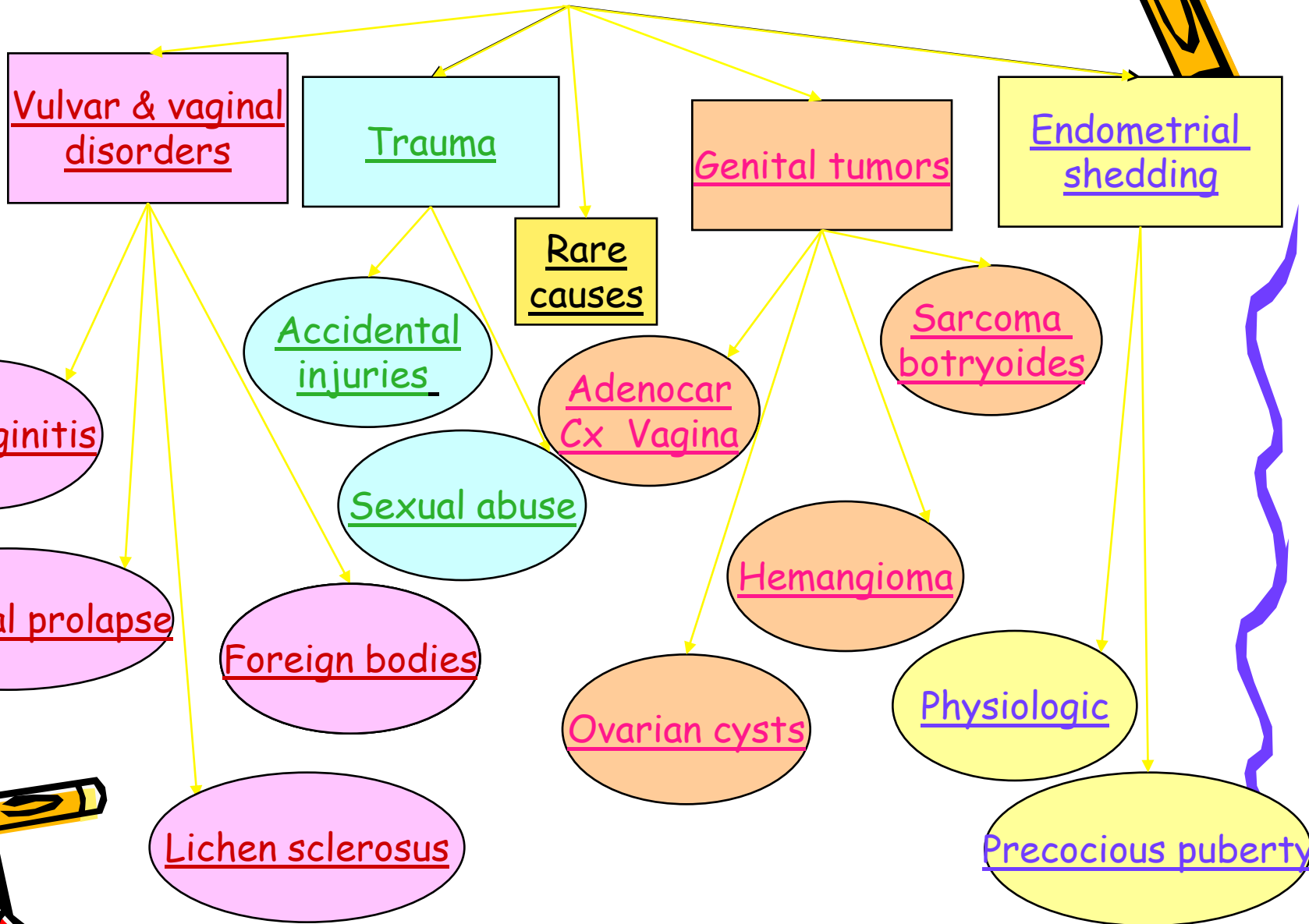
Could it be a presentation of serious underlying causes?

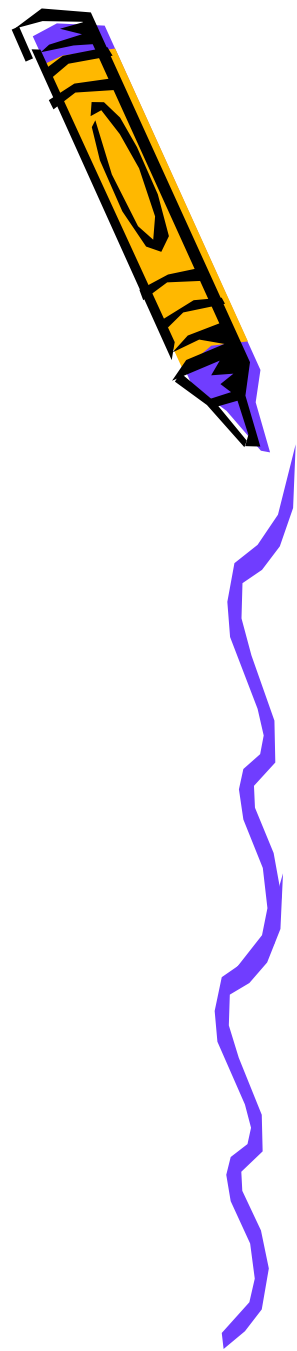
What are the causes of VBPMG ?

How to evaluate & manage these cases ?



# CAUSES OF VAGINAL BLEEDING IN CHILDREN





Vaginal bleeding in young girls is rare.

Among 33 cases observed during a 21 year period:

**Vaginal foreign bodies** (10 cases, 30%)

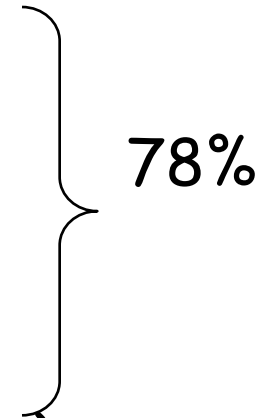
**Vaginitis** (10 cases, 30%) Local

**Local causes**

3 cases of **benign vulvar tumors** (9%)

3 cases of **malignant vaginal tumors** (9%)

3 cases ⇒ **idiopathic ( premature menarche )**



# ۱- خونریزی

- تشخیص افتراقی

- ضایعات ولو (تحریک ولو - پرولاپس پیشابراه - کوندیلوماها - لیکن

اسکروزیس)

- جسم خارجی

- بلوغ زودرس

- تروما (آسیبهای استرادال یا زینی شکل نواحی قدامی و طرفی ولو را درگیر میکنند در حالیکه آسیبهای نفوذی همراه با ضایعات فورشت و یا ضایعات گسترش یافته به داخل هایمن با احتمال کمتری ناشی از تروماهای حادثه ای هستند.)

- سوء استفاده جنسی

- سایر علل (رابدومیوسارکوم یا سارکوم بوتیروئید شایعترین تومور واژن در

گروه سنی قبل از بلوغ است که با خونریزی ویک توده

شبهه انگور تظاهر می کند.)



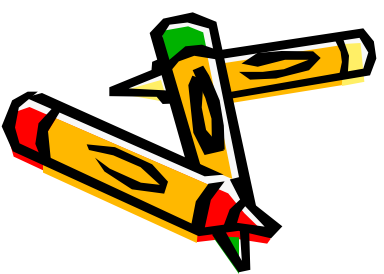


**Trauma. This patient sustained a straddle injury. As shown here, straddle injuries generally spare the hymen.**





**Vulvitis can present with pruritus, burning, or perianal and perivaginal erythema. It is commonly associated with poor hygiene.**







**FIGURE 3.** Rhabdomyosarcoma. This girl presented with prepubertal bleeding and no signs of secondary sexual development. Vaginoscopy revealed a lesion attached to the cervix, which is seen here protruding through the vagina.



# EVALUATION OF PREPUBERTAL GIRLS WITH VAGINAL BLEEDING

## 1-Complete History

Duration & Quantity

Previous attacks

Associated vaginal discharge or itching

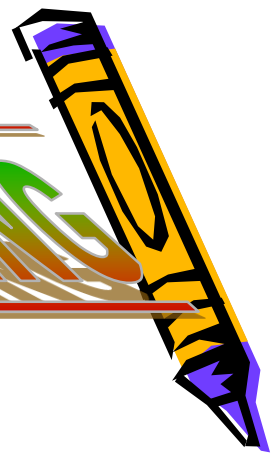
Urinary symptoms

Medical illness &

Recent URTI

Medications (AB., Hormonal preparations)

Family hx



Requires comprehension of the normal PP unestrogenized

Requires an understanding of the techniques of the physical examination in PP girls

anatomy

General exam  $\Rightarrow$  growth, signs of puberty, skin inspected for dermatological dis,

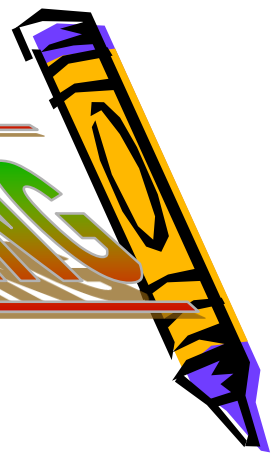
Abdominal palpation for masses

Inspection of the underwear

Genital exam  $\Rightarrow$  supine frog legged position  
or knee chest position



# EVALUATION OF PREPUBERTAL GIRLS WITH VAGINAL BLEEDING



## 3-Investigations

- MSU : Midstream Specimen of Urine
- TFT: Thyroid function tests
- ,FSH, LH, cbc
- U/S , MRI



Use of the hysteroscope in ped gyn for Dx of vaginal hg and injury



The commonest indications for vaginoscopy in pediatric gynecology are vaginal bleeding, injury and suspected foreign body

The resectoscope with its small diameter, magnification and continuous fluid irrigation  $\Rightarrow$  ideal for endoscopic evaluation of vaginal disorders in babies and virgins

Biopsy and coagulation can be performed



# CONCLUSIONS



Local lesions of the genital tract are the most common cause of vaginal bleeding during the prepubertal period (74%)

Precocious puberty is the second most common cause of premenarcheal vaginal bleeding (25%)

Although rare, malignant neoplasms of the genital tract must be considered

Vaginoscopy using the hystroscope is very helpful in the evaluation of young girls with vaginal bleeding



# گروه سنی دوران نوجوانی

- خونریزی غیر طبیعی

- عفونتها

- مسائل آندوکراین یا سیستمیک

- علل آناتومیک

- توده های لگنی

- اختلالات و مسائل مربوط به ولو



# خونریزی غیر طبیعی



- قاعدگی طبیعی (۲۱-۴۲ روزه)
- عدم تخمک گذاری ( مکرر، طولانی مدت و یا شدید)
- خونریزی مرتبط با حاملگی
- هورمونهای برونزا
- اختلالات هماتولوژیک
- عفونتها
- سایر مسائل اندوکرین یا سیستمیک
- علل آناتومیک





## حالات همراه با عدم تخمک گذاری و خونریزی غیر طبیعی



- اختلالات مربوط به غذا خوردن  
(آنورکسیا نوروزا- بولیمیا نوروزا)
- فعالیت فیزیکی بیش از حد
- بیماریهای مزمن
- بی کفایتی/نارسایی زودرس تخمدان
- سوء مصرف الکل یا سایر داروها
- استرس
- بیماریهای تیروئید (هیپو و هیپر تیروئیدی)
- دیابت شیرین
- سندرمهای فزونی آندروژن (سندرم تخمدان پلی کیستیک)



## علل آناتومیك

ناهنجاریهای پیچیده مجرای مولرین  
مانند سپتوم های طولی مسدود کننده واژن یا  
رحم دوگانه میتوانند سبب هماتوکولپوس یا  
هماتومتری شوند.



## عفونت ها

□ کلامیدیا (خونریزی نامنظم یا پس از نزدیکی)  
در نوجوانان فعال از نظر جنسی باید غربالگری روتین از  
نظر کلامیدیا انجام شود.

در بیماران مبتلا به عفونتهای حاصل از ارگانوسمهای  
آمیزشی منوراژی ممکن است اولین نشانه عفونت باشد.



## مسائل آندوکراین یا سیستمیک

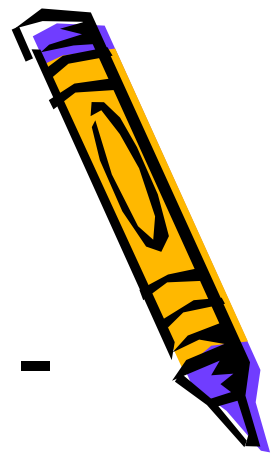


- اختلال عملکرد تیروئید
- اختلال عملکرد کبد
- هیپرپرولاکتینمی
- سندرم تخمدان پلی کیستیک و یا هیپرپلازی مادرزادی -
- فوق کلیه (شایعترین اختلالات آندوکراین در زنان که در ۱۰-۵ درصد زنان دیده می شود).



# تشخیص

- گرفتن شرح حال
- معاینه (نشانه های فزونی آندروژن)
- بررسی تست های آزمایشگاهی
- مطالعات تصویر برداری (سونوگرافی - MRI)



# درمان

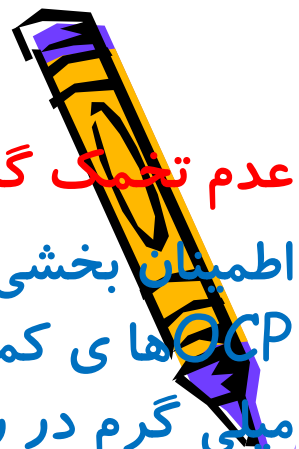


– اختلالات خونری دهنده باید در جهت برطرف کردن اختلال زمینه ای صورت گیرد.

– درمان با مفنامیک اسید و سایر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAID ها) سبب کاهش خونریزی قاعدگی می شوند. مشاهده شده که ترانکسامیک اسید (داروی آنتی فیبرینولیتیک) در کاهش خونریزی قاعدگی موثرتر از NSAID ها است.



## عدم تحمل گذاری: خونریزی خفیف



اطمینان بخشی مکرر-پیگیری دقیق و تامین آهن مکمل به بهترین نحو درمان می شوند. از OCP های کم دوز هم می شود استفاده کرد. تجویز مدروکسی پروژسترون استات ۱۰-۵ میلی گرم در روز به مدت ۱۳-۱۰ روز هر ماه از ساخته شدن بیش از حد آندومتر و ریزش نامنظم آن در اثر تحریک بلامنازع استروژنی جلوگیری می کند.

**خونریزی حاد و با مقادیر متوسط:** بیماران با خونریزی حاد اما با وضعیت ثابت نیازمند بستری شدن در بیمارستان نیستند. برای توقف خونریزی کارآمد نیازمند مقادیری از هورمون‌ها که حاوی مقادیر بیشتر از OCP های موجود در مونوفازیک های ترکیبی است (هر ۶ ساعت به مدت ۷-۴ روز) بعد از این مدت دارو بطور ناگهانی یا یکمرتبه قطع می شود تا خونریزی withdrawal برقرار گردد. سپس از طریق درمان با OCP های ترکیبی با دوز پایین و (یکبار در روز) و ادامه آن به مدت ۶-۳ سیکل قاعدگی خونریزی منظم بروز و این عارضه کنترل می شود.



# درمان اورژانس



بستری بر اساس میزان خونریزی فعلی و میزان کم خونی دارد.  
منوراژی حاد ممکن است اختلال اولیه سیستم انعقادی باشد (بررسی سیستم انعقادی  
و هموستاز)

بیماران بستری نیازمند اقدامات زیر هستند:

۱- در صورت تشخیص نهایی عدم تخمک گذاری باید با درمان هورمونی خونریزی را  
کنترل کرد.

۲- استروژن کنژوگه به میزان ۲۵-۴۰ میلیگرم داخل وریدی هر ۶ ساعت معمولاً موثر  
است.

۳- اگر استروژن موثر نباشد باید بیمار مجدداً "مورد ارزیابی قرار گرفته واز سونوگرافی  
برای شناسایی علل غیر معمول خونریزی مانند لیومیوم های رحمی یا هیپرپلازی  
آندومتر یا وجود لخته داخل رحمی استفاده کرد.

۴- اگر لخته های رحمی شناسایی شوند باید از کورتاژ ساکشنی یا D&C برای تخلیه لخته ها  
استفاده کرد.

اگر با تجویز داخل وریدی یا خوراکی استروژن خونریزی کنترل شود برای تثبیت وضعیت  
آندومتر باید درمان خوراکی با پروژستین شروع شود و به مدت چند روز ادامه یابد.





# سرکوب طولانی مدت قاعدگی

- ۱- پروژستینها مانند نوراتیندرون ، نوراتیندرون استات یا مدروکسی پروژسترون استات ، بر پایه مصرف مداوم روزانه
- ۲- رژیمهای ترکیبی پیوسته (غیر سیکلیک ) متشکل از استروژن و پروژستینهای خوراکی (قرصهای پیشگیری حاملگی) بدون خونریزی withdrawal (هفته پلاسبو)
- ۳- ترکیبات طولانی اثر پروژستینها ( DMPA ) با یا بدون استروژنهای همزمان
- ۴- آنالوگهای GnRh با یا بدون پشتیبانی استروژنی
- ۵- سیستم داخل رحمی لوونورژسترول ( IUS )



# توده های لگنی

– **تظاهرات:** ممکن است بدون علامت و یا دارای علائم حاد یا مزمن باشد. هنگامیکه یک نوجوان با درد لگنی مراجعه می کند حتی اگر یافته های سونوگرافی موید وجود یک کیست فولیکولی ساده و مقادیر فیزیولوژیک مایع لگنی (که به احتمال زیاد نمی توانند باعث درد لگن شوند) باشند، تشخیص کلاسیک در این موارد “**پارگی کیست تخمدان**” است .



# تشخیص



- مطالعات آزمایشگاهی باید شامل:
- تست حاملگی-شمارش کامل خون-تومور مارکرها(مانند آلفا فتوپروتئین و hCG -
- سونوگرافی برای ارزیابی توده های لگنی
- MRI یا CT در موارد مشکوک به آپاندیسیت یا سایر وضعیت های غیر ژنیکولوژیک
- **تشخیص افتراقی:** توده های تخمدانی-توده های رحمی- توده های التهابی-حاملگی



# درمان

• توده های کیستیک تک حفره ای بدون علامت با روش محافظه کارانه درمان می شوند چون احتمال بدخیمی در آنها اندک است.

• در صورت وجود توده تخمدانی بدخیم یک طرفه حتی اگر تومور متاستاز داده باشد، درمان باید شامل اووفورکتومی یکطرفه باشد.

• در مورد PID برای تأیید تشخیص از لاپاروسکوپی استفاده شود. درمان طبی درناژ می باشد.



# درمان توده های لگن در دوران قبل از منارک و در دختران نوجوان

