



جامعة دمشق
كلية الطب البشري

دراسة مقارنة لانتشار التهاب عنق الرحم بين الولادات وعديمات الولادة.

Comparative study of the prevalence of cervicitis between
parous and nullipara

بحث علمي أعد لنيل درجة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إشراف

رئاسة

الأستاذ الدكتور

الأستاذ الدكتور

عماد الدين التنوخي

كنعان السقا

إعداد الدكتور محمد أمجد الهندي

دمشق - ٢٠١٦

بطاقة شكر

شكراً لأمي وأبي فهما تاجي ومنارتي في كل حياتي ..
ولا يكفنيهما كل كلمات الشكر التي تعلمتها في حياتي ..
شكراً لأختي بهجة حياتي .. وزوجتي نور حياتي ..
شكراً لأساتذتي في المشفى وأساتذتي في كل مراحل حياتي ..
شكراً لأصدقائي و زملائي و أقربائي الذين أضفوا الرقي لحياتي ..
شكراً لكل من أحسن إلي و شكراً لكل من أحسنت إليه ..
شكراً لكل من أساء إلي وعذراً من كل من أسأت إليه ..
والحمد والشكر الحقيقي لله خالقي وموجد كل هؤلاء الناس في حياتي ..
الحمد لله تعالى موفقني في كل خطوة أخطوها في حياتي ..

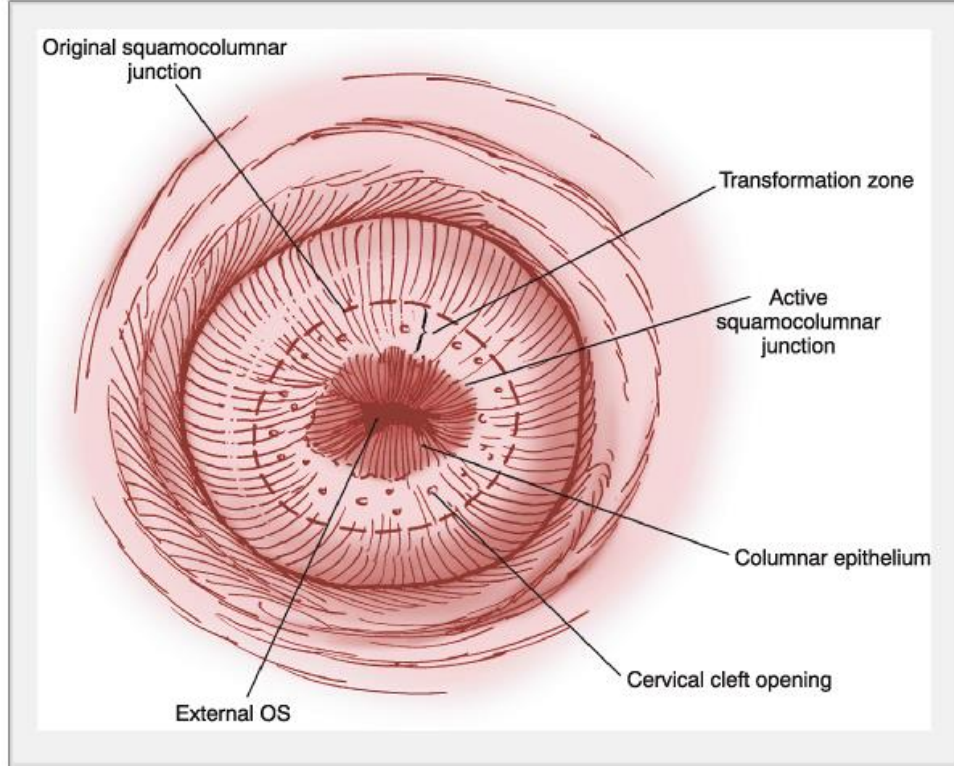
محتويات البحث

الصفحة	المحتويات
٤	القسم النظري
٥	بنية عنق الرحم النسيجية
٨	مسح آفات عنق الرحم
١١	التهابات عنق الرحم
٢٣	تأثير الحمل والولادة على ظهارة عنق الرحم
٢٧	القسم العملي
٢٨	منهج البحث
٣٢	عرض نتائج البحث
٦٩	مناقشة النتائج
٧٢	التوصيات
٧٣	المراجع
٧٧	الملاحق

القسم النظري

بنية عنق الرحم النسيجية

تتكون ظهارة عنق الرحم من بشرتين شائكة وغدية، ونشاهد فيها منطقتين مميزتين نسيجياً هما: الوصل الشائك الأسطواني والمنطقة الانتقالية.



الشكل (١) يبين ترسيمياً بنية عنق الرحم ويظهر المنطقة الانتقالية

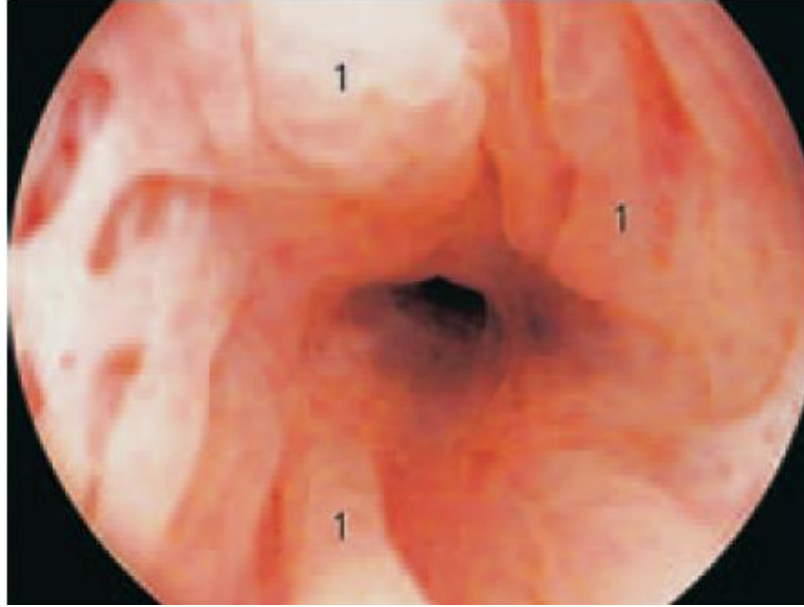
البشرة المطبقة الشائكة:

تقيس البشرة الشائكة ٠,٥ مم سماكة، ويتشكل سطحها الداخلي من محاور ضامة تتدخل ضمن البشرة على شكل أصابع، تتشكل هذه البشرة من طبقات يتدرج فيها النضج الخلوي من العمق باتجاه السطح، وهي مقاومة نوعاً ما للاستعمار الجرثومي والخمج مالم تكن مرضوضة ومتأذية (Kurman R J. ١٩٩٤).

البشرة الغدية الأسطوانية:

تتألف هذه البشرة من صف واحد من الخلايا الأسطوانية، ولا تبدو هذه البشرة عياناً لمساء كما أنها لا تأخذ مظهراً واحداً، ففي ظاهر العنق تأخذ هذه البشرة شكل حليمات بجانب بعضها

البعض، بينما تأخذ مظهر أثلام عمودية في باطن العنق وفي عمق هذه الأثلام تنغرس البشرة ضمن النسيج الضام الذي تحتها وتشكل أغصان متشعبة "شكل (٢)"، وتعطي الخبايا crypts، وبالنتيجة خلق سطح له مساحة كبيرة من الخلايا المستقبلية التي تلتصق عليها العضويات المجهرية (Faro S. ٢٠٠٦).



الشكل (٢) منظر ضمن باطن عنق الرحم يظهر التشعبات

الوصل الشائك الأسطواني:

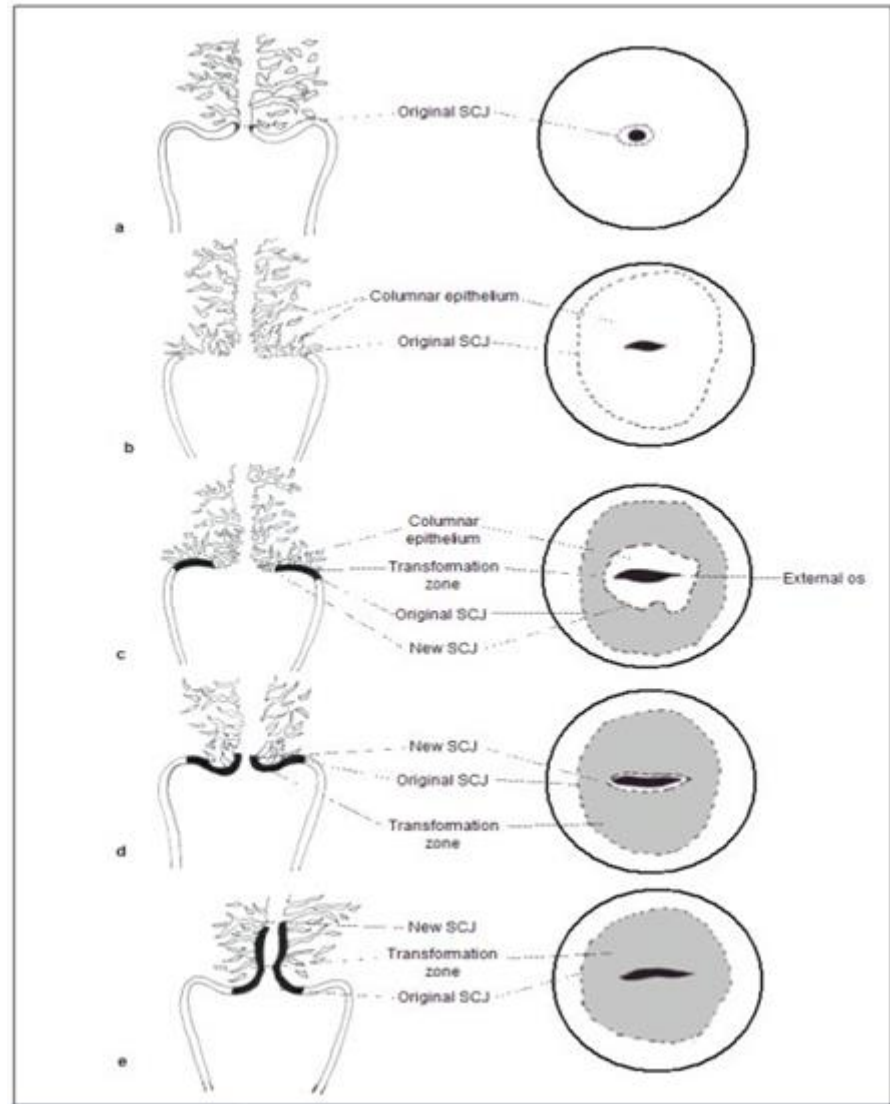
وهو خط التقاء نمطي البشرة الأسطوانية والشائكة، ويتغير موقعه تبعاً للحالة الفيزيولوجية للسيدة. تتحول لدى العديد من السيدات ظهارة باطن عنق الرحم إلى الخارج لتشكل مساحة كبيرة من الظهارة الاسطوانية على ظاهر العنق ويشار لها بالشر ectropion والتي توصف أحياناً بشكل خاطئ بالتآكل erosion (Faro S. ٢٠٠٦).

المنطقة الانتقالية (Transformation zone):

وتتألف من الظهارة الأسطوانية والشائكة، حيث تُستبدل الظهارة الأسطوانية بالظهارة الشائكة من خلال عملية الحؤول الشائك، ويتضمن سلسلة من فرط تصنع الخلايا الاحتياطية، وحؤول شائك غير ناضج، وحؤول شائك ناضج؛ مع تشكل وصل أسطواني شائك جديد. وبسبب الحؤول المستمر في بنيتها وشكلها الهندسي؛ فإن المنطقة الانتقالية معرضة بشكل خاص للحث المولد للورم، وتتساقط أكثر من ٩٠% من التنشؤات على حسابها (Kurman R J. ١٩٩٤).

علاقة تبدلات الظهارة مع العمر

عند البلوغ تنمو الظهارة الأسطوانية خارج قناة عنق الرحم وتعطي منظر يشبه الشتر وتبتعد حلقة الوصل الأسطواني الشائك عن فوهة باطن العنق، ثم تبدأ عملية الحؤول الشائك تحت تأثير حوضه المهبل بالدرجة الأولى " شكل (٣) " فتزحف حلقة الوصل باتجاه الفوهة لتدخل القناة العنقية عند سن اليأس (Faro S. ٢٠٠٦).



الشكل (٣) صورة ترسيمية لتبدلات الظهارة العنقية مع العمر

مسح آفات عنق الرحم

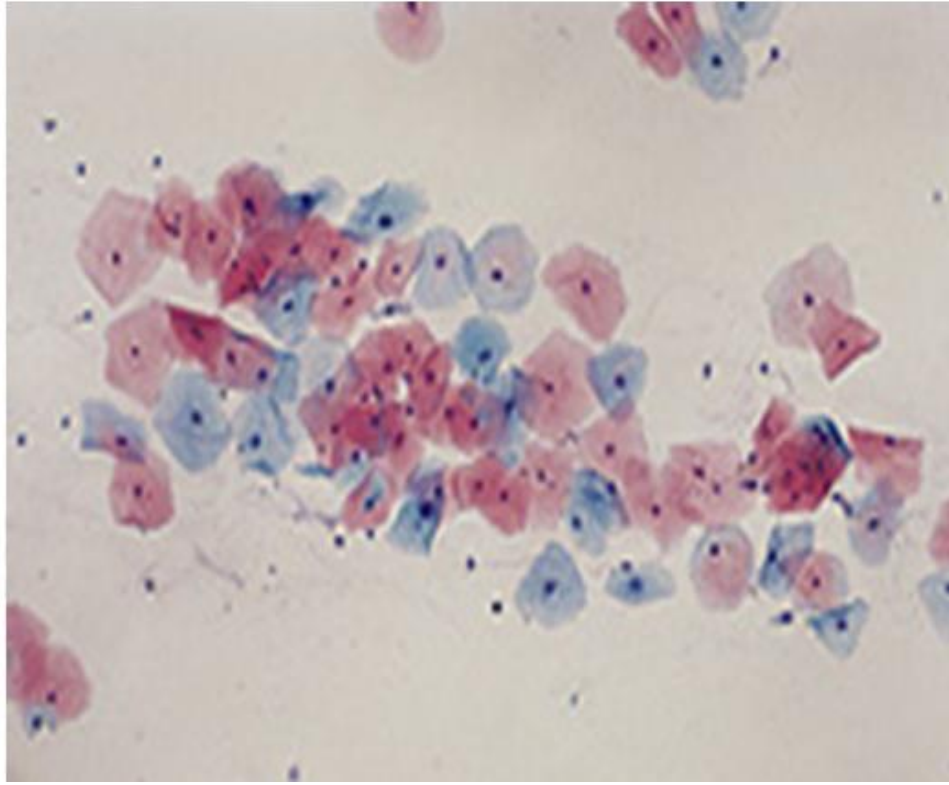
يعد الخمج بالفيرس الحليمومي البشري عامل أساسي في الانتشوات العنقية وبشكل عام فإن الإصابة بآفات إنتانية مرافقة تزيد من خطورة الإصابة بسرطان عنق الرحم (Addis IB et al., ٢٠٠٧)، ومن العوامل الأخرى المسجلة: العمر، والولادات، والحالة العائلية، والعمر عند أول جماع وعدد الشركاء (Jhingran A et al., ٢٠٠٨).

سُجّلت الولادات السابقة كعامل خطر لتطور سرطان عنق الرحم وأن الخطر يزداد بازدياد عدد الولادات، ولكن لم يتم تحديد دور هذا العامل في انتشار اللطاخة الالتهابية، وما يحمله ذلك من تأثير تآزري بينهما لتطور الآفات التنشوية في عنق الرحم (Addis IB et al., ٢٠٠٧).

ولأجل الكشف الباكر عن سرطان عنق الرحم وما يحمله لك من تحسن في إنذاره استخدمت لطاخة بابنيكولاو لمسح خلوية ظهارة عنق الرحم وأدخلت عام ١٩٤٣ من قبل جورج بابنيكولاو، وهي إجراء بسيط وسريع وغير مؤلم. تحدد وجود حديثة التهابية في عنق الرحم ونوعها إن أمكن، وكذلك أي تبدلات شاذة بالظهارة العنقية تنشوية ماقبل ورمية أو خبيثة. (Greene JF et al., ٢٠٠٠).

بهدف توحيد نتائج اللطاخات تم إقرار نظام بيتسيدا لقراءة وتسجيل تقارير اللطاخات بهدف تحسين الجودة والضبط الدقيق للموجودات.

يبين الشكل (٤) لطاخة عنق رحم طبيعية، حيث توجد الخلايا الشائكة من الطبقات السطحية والمتوسطة للظهارة، وتكون الخلايا ذات محتوى سيتوبلازمي غزير ومشعر سيتوبلازمي/نووي منخفض، وكلما نضجت الخلية باتجاه السطح يصبح السيتوبلازم متقرن ويكتسب اللون الوردي وتصغر النواة وتتكثف.



الشكل (٤) لطاخة عنق رحم طبيعية

ويعتمد نظام بيتيسدا على تحديد نمط العينة (تقليدية كانت أم سائلة) ويحدد كفايتها للتقييم كوجود منطقة الحؤول الشائك ثم تصنف النتائج بالشكل التالي :

سلبى للآفات داخل الخلوية والخباثة: (عند غياب الخباثة ينبغي ذكر ذلك بشكل خاص بغض النظر عن باقي الموجودات).

إنتان (مشعرات مهبلية، مبيضات، تغير الفلورا المتوافق مع التهاب مهبل جرثومي، شعيات).

تغيرات خلوية غير تنشؤية مثل (تغيرات خلوية ارتكاسية مرافقة لالتهاب، تشعيع).

غير ذلك: الخلايا البطانية (عند السيدات فوق سن الأربعين).

شذوذات الخلايا الظهارية:

خلايا حرشفية:

خلايا حرشفية لا نموذجية (ASC) (Atypical squamous cells)

خلايا حرشفية لا نموذجية غير محددة الأهمية (ASC- US) (Atypical squamous cells of)

(undetermined significance)

خلايا حرشفية لا نموذجية - لا يمكن استبعاد الآفات عالية الدرجة (ASC-H) (Atypical squamous cells- cannot exclude HSIL)

آفات حرشفية بشروية داخل الظهارة منخفضة الدرجة (LG-SIL) (Low-grade squamous intraepithelial lesion)

- الخمج بالفيروسات الحليمومية البشرية

- عسرة تصنع خفيفة (تنشؤات ضمن بشرة العنق درجة ١) (CIN ١)

آفات حرشفية بشروية داخل الظهارة عالية الدرجة (HG-SIL) (High-grade squamous intraepithelial lesion)

- عسرة تصنع متوسطة وشديدة وسرطانة موضعية (CIN ٢, CIN ٣, CIS)

- سرطان حرشفي (SCC) (Squamous cell carcinoma)

خلايا غدية:

خلايا غدية غير نموذجية (AGC) (Atypical glandular cells) (حدد فيما إذا كانت خلايا باطن عنق، خلايا باطن رحم، خلايا غدية غير مصنفة).

خلايا غدية غير نموذجية (Atypical glandular cells, favor neoplastic) : خلايا باطن العنق ترجح التنشؤ - خلايا غدية ترجح التنشؤ.

كارسينوما غدية موضعية لباطن العنق (AIS) (Endocervical adenocarcinoma in situ).

كارسينوما غدية (باطن العنق، باطن الرحم، خارج الرحم، غير مصنفة) (Adenocarcinoma).

تنشؤات خبيثة مختلفة.

توضع أخيراً ملاحظات واقتراحات الفاحص.

التهابات عنق الرحم

العوامل التي تجعل عنق الرحم عرضة للالتهابات:

يشكل عنق الرحم مساحة هامة للتوطن والالتصاق والغزو للعضويات المنتقلة جنسياً. إن العوامل الأساسية التي تجعل هذه العضويات ممرضة هي: مساحة واسعة من النسيج تسمح للعضوية بالالتصاق، وبيئة مساعدة على نمو وتكاثر العضوية، ووجود التهابات مساعدة أخرى تحدث تغيرات التهابية تساعد في حدوث خمج إضافي (Faro S. ٢٠٠٦).

أسباب التهاب عنق الرحم:

يمكن تقسيم أسباب التهاب عنق الرحم إلى أسباب خمجية مترافقة مع سببيات محددة وأسباب غير خمجية "غير محددة" ويظهر الجدول (١) السببيات الممكنة (Jordan JA et al. ٢٠٠٦).

الجدول (١) أسباب التهاب عنق الرحم

Inflammatory disease with specific aetiology

A. Infections

1. Bacteria

Gonorrhoea
Chlamydia
Syphilis
Tuberculosis
Donovanosis (granuloma inguinale)
Actinomycosis
Lymphogranuloma venereum
Herpes simplex
Moniliasis
Trichomonas
Schistosomiasis
Amoebiasis
Oxyuriasis
Hydatid disease

B. Inflammation associated with systemic inflammatory disease

Polyarteritis nodosa
Asymptomatic arteritis of cervix
Behçet's syndrome

C. Inflammation associated with neoplasia

Reaction to primary tumour
Postirradiation inflammation

Non-specific inflammations

A. Associated with mechanical, physical and chemical trauma

B. Associated with non-specific infections.

يمكن تقسيم العوامل المسببة لالتهاب عنق الرحم الخمجي بدورها إلى: جرثومية، وفيروسية، وطفيلية، وأولية. أما الأسباب غير الخمجية فتتضمن الأسباب الموضعية كإصلاح أذية ظهارية، أو وجود جسم داخل الرحم، أو علاج كيماوي شعاعي، أو آفات موضعية كالاندومتريوز العنقي، والالتهاب المرافق للتنشؤات. كما يمكن أن تتظاهر الآفات الالتهابية الجهازية كالتهاب المفاصل العديد العقدي ومتلازمة بهجت بالتهاب عنق الرحم (Jordan JA et al. ٢٠٠٦).

إن التغيرات التشريحية المرضية المرافقة للالتهاب في عنق الرحم هي بشكل أساسي استجابة أنسجة لانوعية، وعادة فإن تواجد الخلايا الالتهابية للحمية الطبيعية قد تؤدي لتشخيص خاطئ لالتهاب عنق الرحم. كما تختلف الاستجابة الالتهابية باختلاف السبب أحياناً وتتراوح من الحادة إلى المزمنة، ففي النمط الحاد تتظاهر بارتشاح خلايا المعتدلات بشكل ملحوظ في لحمية وظهارة العنق، وتلاحظ هذه التغيرات في الأخماج الجرثومية "التهاب عنق الرحم القحبي"، أما التغيرات الالتهابية المزمنة مع ارتشاح لمفاوي بلازمي كثيف وتشكل مركز منش فتشاهد في الخمج بالكلاميديا (Jordan JA et al. ٢٠٠٦).

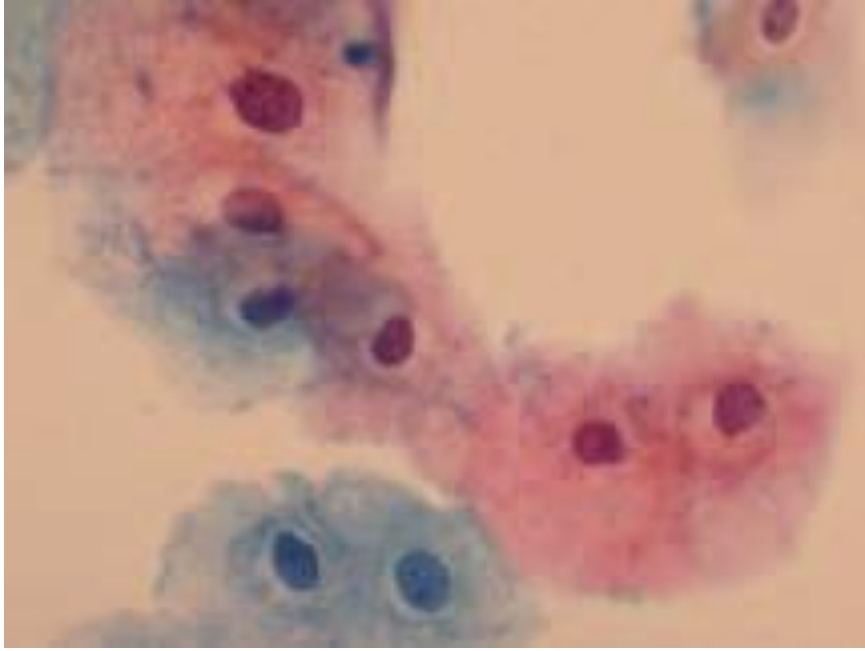
يترافق الالتهاب الحبيبيومي مع تشكل حبيبوم متخثر كما في السفلس أو السل، بينما يشاهد التهاب عنق الرحم المنخر في الخمج بفيروس الحلا التتاسلي مع تحطم الغدد واللحمة.

يمكن أن يكون الارتشاح بالعدلات والخلايا البلازمية والخلايا العرطلة للجسم الأجنبي استجابة مترافقة مع اللوب. توجد التغيرات الشكلية في الجدول (٢) (Das K et al., ٢٠٠٦).

الجدول (٢) يظهر التغيرات الشكلية في العنق الملتهب سريرياً

<i>Inflammatory reaction</i>	<i>Connective tissue response</i>	<i>Associated epithelial changes</i>
Acute e.g. gonorrhoea	Cellular phenomena: polymorphonuclear leucocytes, lymphocytes, histiocytes, epithelioid cells, giant cells	Cell degeneration and necrosis, proliferation, hyperplasia, metaplasia, cellular atypia
Chronic e.g. non-specific cervicitis	Vascular changes: capillary dilatation, capillary proliferation, endarteritis	Cysts and Nabothian follicles
Granulomatous e.g. tuberculosis, schistosomiasis	Stroma, repair: fibroblast proliferation, granulation tissue, fibrosis	

إن التغيرات الخلوية المرافقة لالتهاب عنق الرحم في اللطاخة _ بغض النظر إلى السببية _ تتظاهر بتضخم نووي صغير وتعدد نوى، وفرط كروماتين نووي معتدل، وتغلظ النواة، وتمزق النواة، ومحيط نووي أملس، وظهور النوية المسيطرة، وتفجى السيتوبلازما، ووجود تلون متعدد وهالة حول نووية "الشكل (٥)". يوجد بالإضافة للاستجابة الالتهابية تغيرات ظهارية ترميمية تلاحظ في العنق، ويمكن أن تشابه التنشؤ ضمن الظهارة نسيجياً وخلوياً، إن المزايا التي يمكن أن تفيد في تمييز الارتكاس اللانمطي عن التنشؤ ضمن الظهارة هي غياب تعدد الأشكال النووية، ووجود غشاء سيتوبلازمي محدّد بشكل جيد، وانقسام منظم للظهارة الشائكة، واقتصار الأشكال الانقسامية على الطبقات القاعدية وحول القاعدية ووجود الخلايا الالتهابية ضمن الظهارة (١٩٩٤). (Wright TC, Ferenczy A.)



الشكل (٥) التغيرات الخلوية المرافقة لالتهاب عنق الرحم، مظهر تقعر خلوي كاذب في التهاب لا نوعي

يؤدي النقرح إلى تشكل نسيج حبيبيومي، وإن بقاء العامل المحرّض قد يؤدي إلى تليف لحمي وتندب مع تشوّه خلايا باطن العنق وهذا ما يشاهد في التهاب عنق الرحم المزمن بالنيوسريا البنية.

الأخماج الجرثومية:

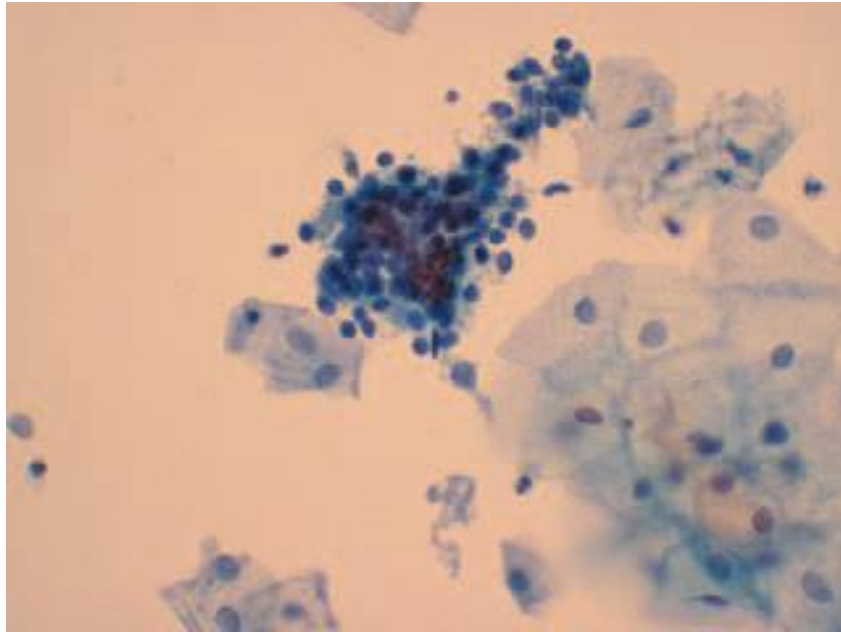
إن أهم ما يميز اللطاخة الالتهابية وجود ١٠ كريات بيض عديدات النوى أو أكثر في اللطاخة. وقد يرافق ذلك تغيرات ارتكاسية في الخلايا العنقية من ضخامة نواة وتفجى سيتوبلاسما وغيرها .

ويميز الالتهابات الجرثومية أن التغيرات الارتكاسية الخلوية تصيب غالباً الخلايا الأسطوانية .

وينظر إلى نسبة عدد الكريات البيض إلى عدد الخلايا العنقية في الساحة فإذا كانت أقل من الثلث اعتبر الالتهاب خفيفاً ، وإذا كانت بين الثلث والنصف اعتبر متوسطاً ، وإذا كانت أكثر من ثلثين اعتبر شديداً.

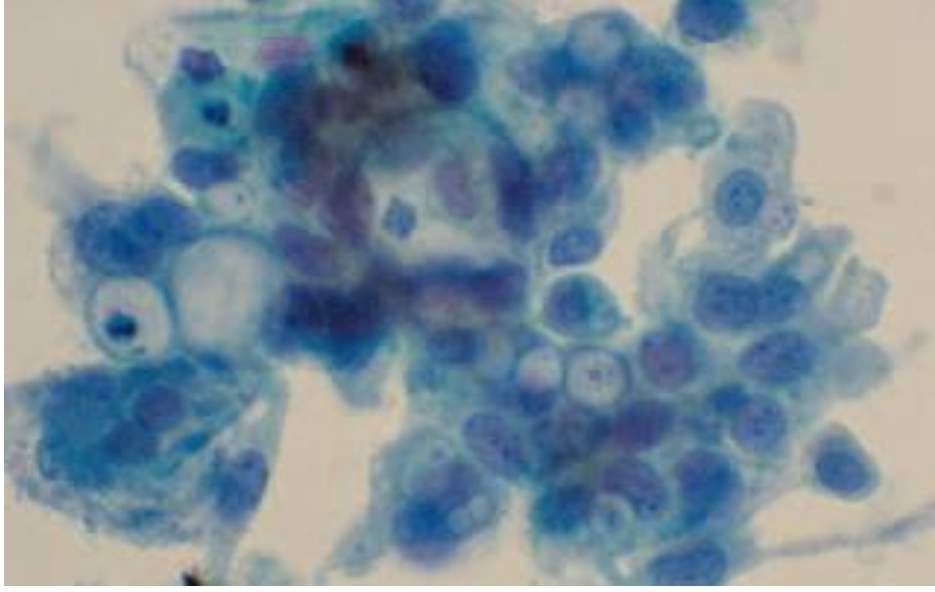
النيسر البنية: إن العامل المسبب هو النيسريا البنية وتنتقل بالتماس الصميمي، وهي مكورات ثنائية سلبية غرام، وتكون الخلايا الظهارية الأسطوانية لباطن عنق الرحم الأكثر تأهباً للخمج.

الكلاميديا: تخمج الكلاميديا الخلايا الظهارية لعنق الرحم، ونسيجياً: توجد استجابة التهابية حادة بدئية بشكل أساسي في الوصل الشائك الأسطواني في ظهارة باطن عنق الرحم مع ارتشاح منتشر لغدد باطن عنق الرحم واللحمة بخلايا بلازمية ولمفية، وتؤدي لالتهاب عنق الرحم الجريبي (الشكل ٦). (Das K et al., ٢٠٠٦).



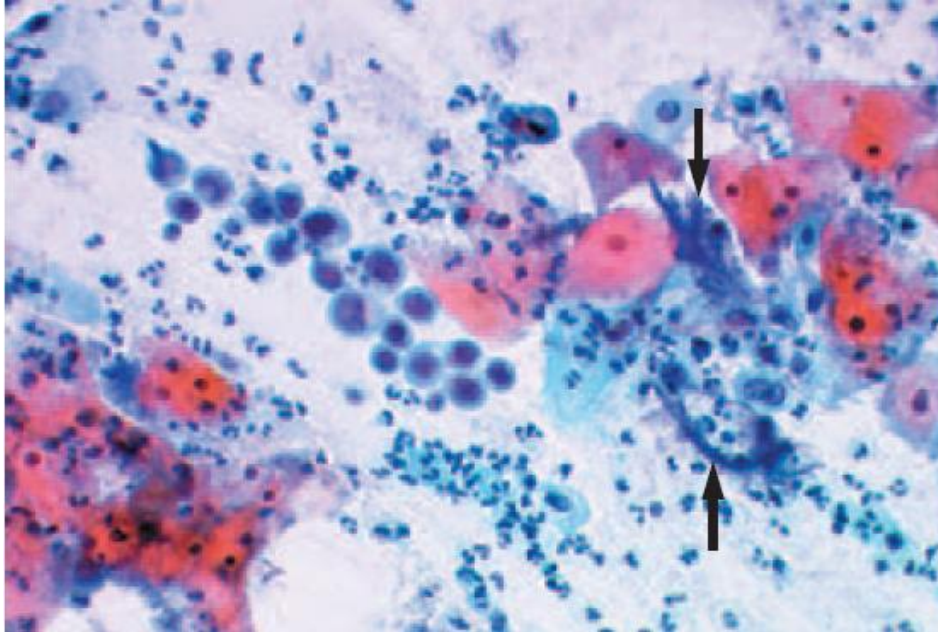
الشكل (٦) التهاب عنق الرحم الجريبي بسبب خمج الكلاميديا

تتضمن التغيرات الخلوية المرافقة لخمج الكلاميديا الفجوات ضمن السيتوبلازمية مع حواف واضحة واشتمالات حبيبية محبة للأزرق (Demay R. ١٩٩٦) "شكل (٧)".



الشكل (٧) يظهر التبدلات الخلوية التي تعكس الخمج بالكلاميديا، الفجوات ضمن السيتوبلازمية والحواف الواضحة والاشتمالات الحبيبية

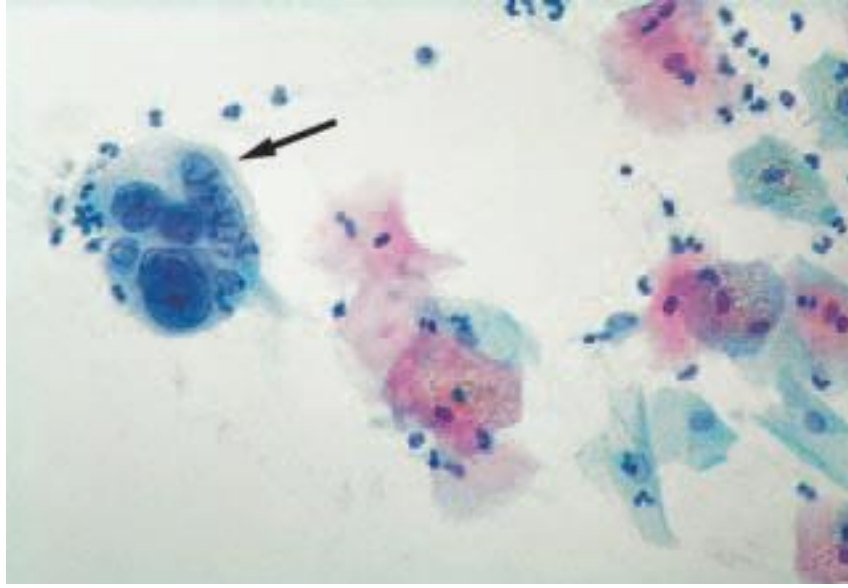
داء الشعيات Actinomycosis: تسبب الخمج الشعيات الاسرائيلية ، وهي ايجابية الغرام ، لا هوائية. تبدو الشعيات بالطاخة كعضويات متكدة غامقة خيطية محبة للأساس، وتترتب بشكل شعاعي على المحيط مترافقة مع ارتشاح التهابي حاد (Bonfiglio TA. ١٩٩٧) "شكل (٨)".



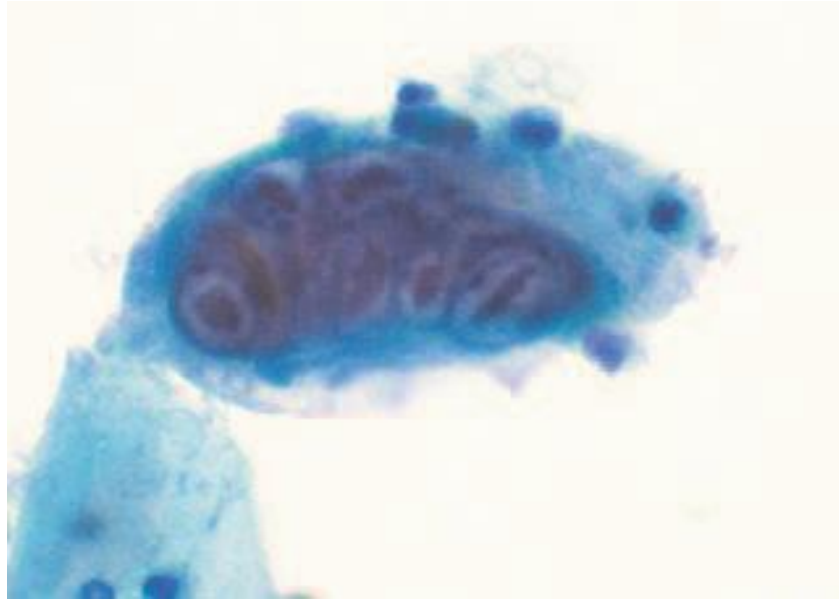
الشكل (٨) لطاخة عنقية تظهر شذوذ نووي، مع إصابة بالشعيات والتي تظهر بشكل متكسد غامقة محبة للأساس "الأسهم" مع وجود ارتشاح التهابي حاد.

الأخماج الفيروسيّة:

فيروس الحلاّ التناسلي: تظهر اللطاخة خلايا عرطلة متعددة النوى مميزة "الشكل (٩)", مع تطابق نووي، وهجرة للكروماتين، واشتمالات داخل نووية محبة للأيزين "Cowdry type A" شكل (١٠)، ويمكن أن يشاهد منظر الزجاج المغشّى للنوى المخموجة، يمكن أن يكون هناك تغيرات ترميمية وبنائية في الخلايا الشائكة. تظهر المقاطع النسيجية للحويصلات الحلقية حويصلات ضمن الأدمة فوق قاعدية مع تنكس الخلايا الأدمية والخلايا المميزة العرطلة مع الاشتمالات وهالة حول النواة (Wright TC, Ferenczy A. ١٩٩٤).



الشكل (٩) تظهر اللطاخة التبدلات الخلوية المرافقة للخمج بالحلاّ.



الشكل (١٠) حالة خمج بالحلاّ تظهر اشتمالات Cowdry type A

الفيروس الحليمومي البشري: تظهر التغيرات الخلوية باللطاخة الخلايا الملغمية المقعرة المميزة "شكل (١١)؛ حيث توجد ضخامة نووية، وبعض فرط الكروماتين، وازدواجية النواة، ومسح أو "تجوّف" مركز الخلية، وهذا يعطي المنظر المميّز (Das K et al., ٢٠٠٦).



الشكل (١١) يظهر المظهر المميز للخلايا الملغمية في سياق الإصابة بالفيروس الحليمومي البشري

الفيروس المضخم للخلايا: تكون الخلايا المخموجة ضخمة مع اشتغال ضمن نووي وحيد كبير دائري أو بيضوي، أحمر إلى القرمزي ويحاط بهالة، ويمكن مشاهدة اشتغالات سيتوبلازمية صغيرة محبة للأساس (Das K et al., ٢٠٠٦).

الأخماج الفطرية:

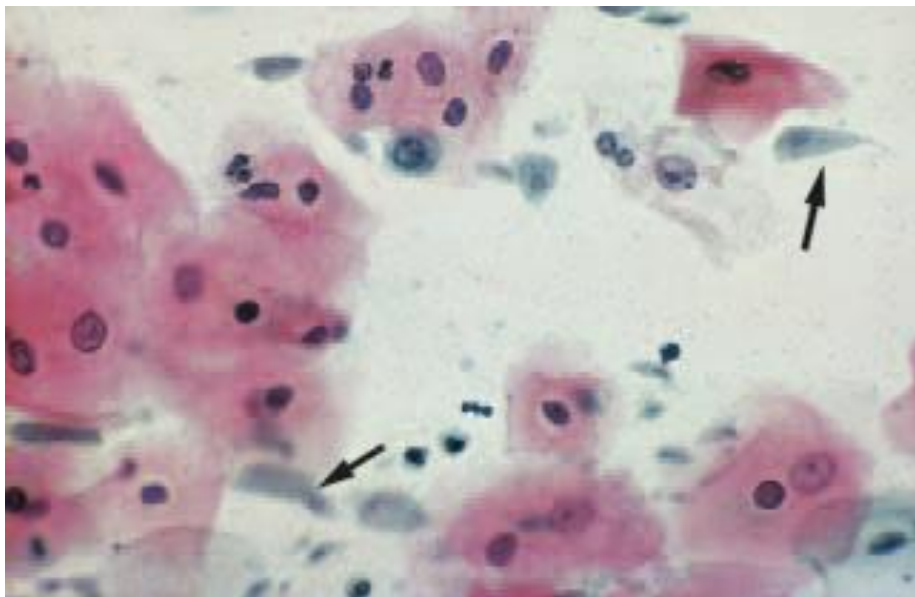
المبيضات: تظهر اللطاخة خمائر متبرعمة محبة للأيزين، رمادية إلى بنية، وأشكال خيطية من الفطور والخيطان الكاذبة "شكل (١٢)"، ومترافقة مع ارتشاح كثيف للكريات البيضاء متعددة أشكال النوى. إن التغيرات الارتكاسية اللانوعية يمكن أن تشاهد في الخلايا الشائكة كتضخم نووي، وهالات حول نووية باهتة وحطام نووي (Bonfiglio TA. ١٩٩٧).



الشكل (١٢) لطاخة عنقية تظهر أبواغ وخيطان المبيضات البيض كخطوط حمراء رفيعة

الأخماج الطفيلية:

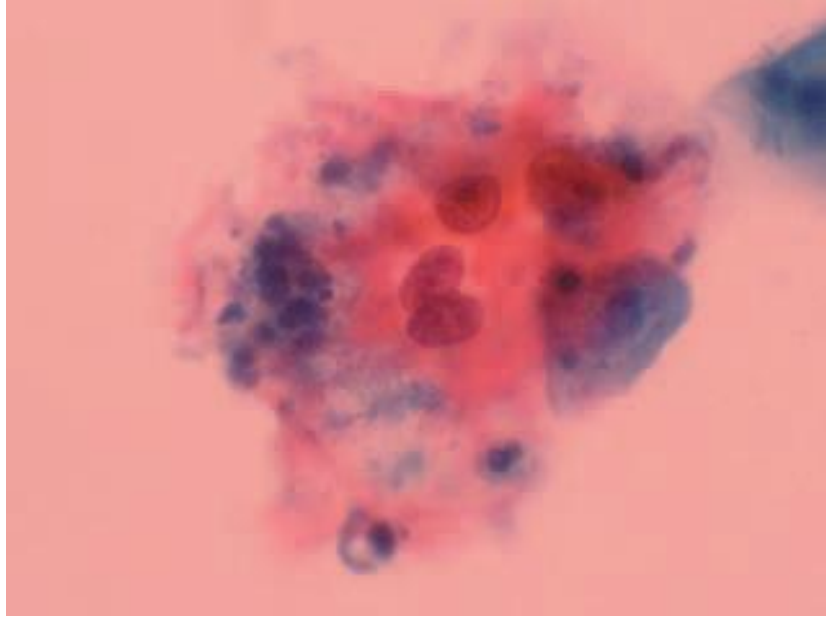
المشعرت المهبلية: تتميز البقع الالتهابية لها بنقط حمراء متعددة وكل منها هي قمة وعاء شعري تحت الظهارة تصل للسطح. تظهر العضويات كبنى صغيرة بيضوية إلى مدورة مع سيتوبلازم أزرق إلى رمادي شاحب وحبيبات حمراء ونواة طرفية لا مركزية "الشكل (١٣)"، ويرافق ذلك التهاب حاد مع تغيرات خلوية ارتكاسية كضخامة النواة والهالات حول نووية والتي تشاهد في الخلايا الشائكة (Das K et al., ٢٠٠٦).



الشكل (١٣) يظهر الخمج بالمشعرات المهبلية بالطاخة

التهاب عنق الرحم اللانوعي:

يحدث الالتهاب اللانوعي نتيجة لرض مباشر كتمزق العنق أثناء الولادة ويمكن أن يتلو إسقاط نتن أو التهاب باطن رحم نفاسي. تبدي اللطاخة ارتشاح خلوي التهابي مع تغيرات ارتكاسية في الخلايا الشائكة"شكل (١٤)".



الشكل (١٤): يظهر التهاب لا نوعي باللطاخة. يلاحظ العدلات مع خلايا شائكة تبدي تغيرات ارتكاسية

فالارتشاح الالتهابي لا يقتصر على عديدات النوى فقد تتواجد حامضات وغيرها من الكريات مما يجعلها لا نوعية ، إضافة إلى وجود مظاهر ارتكاسية خلوية دون وجود ما يشير إلى التهاب جرثومي محدد (المظاهر الارتكاسية المميزة في التهاب بالكلاميديا أو الشعيات ..) كما لاتختص المظاهر الارتكاسية بالخلايا الأسطوانية وإنما معممة وغير منتقاة أو تصيب الخلايا الشائكة وهذا الغالب.

وبسبب تنوع المظاهر الالتهابية وأشكال الكريات البيض في الالتهابات اللانوعية ، يُنظر إلى نسبة الخلايا الالتهابية المرتكسة إلى نسبة الخلايا العنقية أكثر من نسبة الكريات البيض إلى

نسبة الخلايا العنقية ، فإذا كانت أقل من الثلث اعتبر خفيفاً وإذا كانت بين الثلث والنصف اعتبر متوسطاً وإذا كانت أكثر من الثلثين اعتبر شديداً.

يحدث الالتهاب الحاد بعد استخدام الدوشات المهبلية أو المراهم، أو الأدوية المجهضة.

أما التهاب عنق الرحم اللانوعي المزمن فهو اضطراب نسائي شائع، ويعود بشكل ما إلى خمج منخفض الدرجة في بيئة عنقية مختلفة موضعياً. في العنق المصاب يتمزق بسيط فإن تعرض قناة العنق لمفرزات المهبل منخفضة الباهاء وتغير الفلورا المهبلية يقود إلى زيادة فرصة الخمج المزمن، وأيضاً فإن الالتهاب في غدد باطن العنق ينتج تغيرات بنوية "وذمة، وتليف ترميمي" والذي يعيق النزح من الغدد المخاطية ويخلق بيئة مناسبة لاستمرار الخمج (Das K et al., ٢٠٠٦).

أعراض التهابات عنق الرحم

يتظاهر التهاب عنق الرحم بطيف واسع من الأعراض تتنوع بتنوع الأفراد وتختلف شدتها من فرد لآخر بغض النظر عن العامل المسبب.

يبقى أهم الأعراض على الإطلاق هو الضائعات المهبلية الغزيرة ، ويتشارك معها نزف تالي للجماع أو ألم حوضي أو عسر جماع ... لا نستطيع أن نميز منها نوع العامل المسبب،

فلا يوجد أعراض سريرية واضحة خاصة بالالتهابات الفطرية مثلاً تميزها عن الجرثومية على أننا نستطيع أن نصنف بشكل بسيط كما يلي :

عندما يكون التهاب عنق الرحم مقتصرًا على ظاهر عنق الرحم وهو ما يكون غالباً بسبب المشعرات أو الفيروسات ، تترافق مع نزف تالي للجماع وتكون الضائعات المهبلية أقرب للصفار ومتسكة قليلاً.

أما عندما يشتمل التهاب عنق الرحم على باطنه أيضاً (الالتهاب المخاطي القحي) وهنا غالباً ما يكون المسبب المتدثرات أو النيسيريا تكون الضائعات المهبلية أكثر غزارة وأقل سماكة تترافق مع عسر جماع عميق وربما نزف تالي له .. علماً أن أكثر من ٦٠% من الحالات هنا لا عرضية ، كما تترافق غالباً بالتهاب إحليل حاد من عسرة تبول والقليل من الزحير وتعدد البيلات. ومع الذكر أيضاً أن كلا النوعين السابقين يشمل توذم عنق الرحم وهشاشته واحمراره وتضخمه بالفحص السريري وذلك بالمرحلة الحادة من التهاب عنق الرحم.

أما عند مرور الحالة إلى المرحلة تحت الحادة أو المزمنة فنتراجع الوذمة والاحتقان وتبقى الضائعات المخاطية القححية ويسود الألم في أسفل البطن والحوض كما تنخفض PH القناة العنقية لتغير PH المفرزات مما يزيد فرصة نقص الخصوبة ، ويلاحظ صلابة عنق الرحم في هذه المرحلة تمييزاً عن ليونته وهشاشته في المرحلة الحادة.

ولا توجد أعراض جهازية على الإطلاق في كلا المرحلتين الحادة والمزمنة. (Das K et al., ٢٠٠٦).

وعندما يكون فيروس الحلا البسيط هو المسبب فيغلب وجود ألم حوضي وربما فرجي أيضاً لوجود آفات بالفرج ، كما قد تظهر آفة عنقية متخرة بأكثر من ٧٥% من الحالات مؤلمة ونازفة عند تماسها ، وتشيع الأعراض الجهازية عند الخمج البدئي كالحُمى والصداع والتوعك واعتلال العقد اللمفاوية .

يكون اللقموم غير المختلط في عنق الرحم لاعرضي يتميز بأفة مسطحة ذي حدود غير منتظمة تتزف عند تماسها ، وقد يسبب حكة مع ألم. (Wright TC, Ferenczy A. ١٩٩٤).

النكس والمخاطر

تبقى احتمالات نكس التهاب عنق الرحم غير محددة بدقة وتتنوع باختلاف العامل المسبب واتباع سبيل علاجي صحيح ، ولكنها بالإجمال ليست قليلة.

وبغياب السيطرة عليها والعلاج الصحيح يتوفر سبيل لمخاطر محتملة أيضاً تختلف باختلاف العامل المسبب.

فقد يتحسن الخمج بال HPV وتراجع ٦٠ - ٧٠ % من آفاته عفويا خلال سنتين ، ولكن النكس شائع.

وتتجلى المخاطر المعروفة بحال استمرار الخمج وتطوره إلى تنشؤات عنق الرحم وسرطاناته.

كما يحدث الخمج الناكس بفيروس الحلاّ البسيط عندما يكون لدى المصاب أضرار من نفس النمط المصلي الأولي ويكون تواتر النكس أعلى بكثير إذا كانت الإصابة الأولية ب HSV ٢

حيث يصل معدل النكس بهذا النمط إلى ٨٠ - ٩٠ % خلال أول سنة وتبقى الاختلاطات العصبية أهم اختلاطات الأخماج بفيروس الحلاّ البسيط. (Das K et al., ٢٠٠٦).

إن حوالي ٣٠ % من أخماج عنق الرحم بالكلاميديا و ١٥ % من الأخماج بالنييسيريا البنية غير المعالجة تتطور إلى داء حوضي التهابي .

كما يبقى لهذه الأخماج اختلاطاتها أثناء الحمل على كل من الأم والوليد من مخاض باكر وخداج وإنتان أمنيوسي وإنتان بطانة رحم نفاسي ، والتهاب الملتحمة عند الوليد إذا انتقل إليه المرض. (Das K et al., ٢٠٠٦).

تأثير الحمل والولادة على ظهارة عنق الرحم

يملك الحمل والولادة تأثير على الظهارة العنقية والنسيج تحت الظهارة. تخضع الظهارة لتغيرات استقلابية وهرمونية متزايدة أثناء الحمل، ولذلك من غير المفاجئ التغيرات الديناميكية الحادثة.

إن الحمل هو أكثر عامل يؤثر في أنماط الظهارة المختلفة المشاهدة لدى البالغات، على الرغم من أن هذه التغيرات الظهارية وتكرارها غير محدّد بشكل دقيق.

تم وضع قاعدتين أساسيتين حول آليات العمل الفيزيولوجي في ظهارة العنق خلال الحمل اعتماداً على المراقبات بتنظير عنق الرحم المكبر:

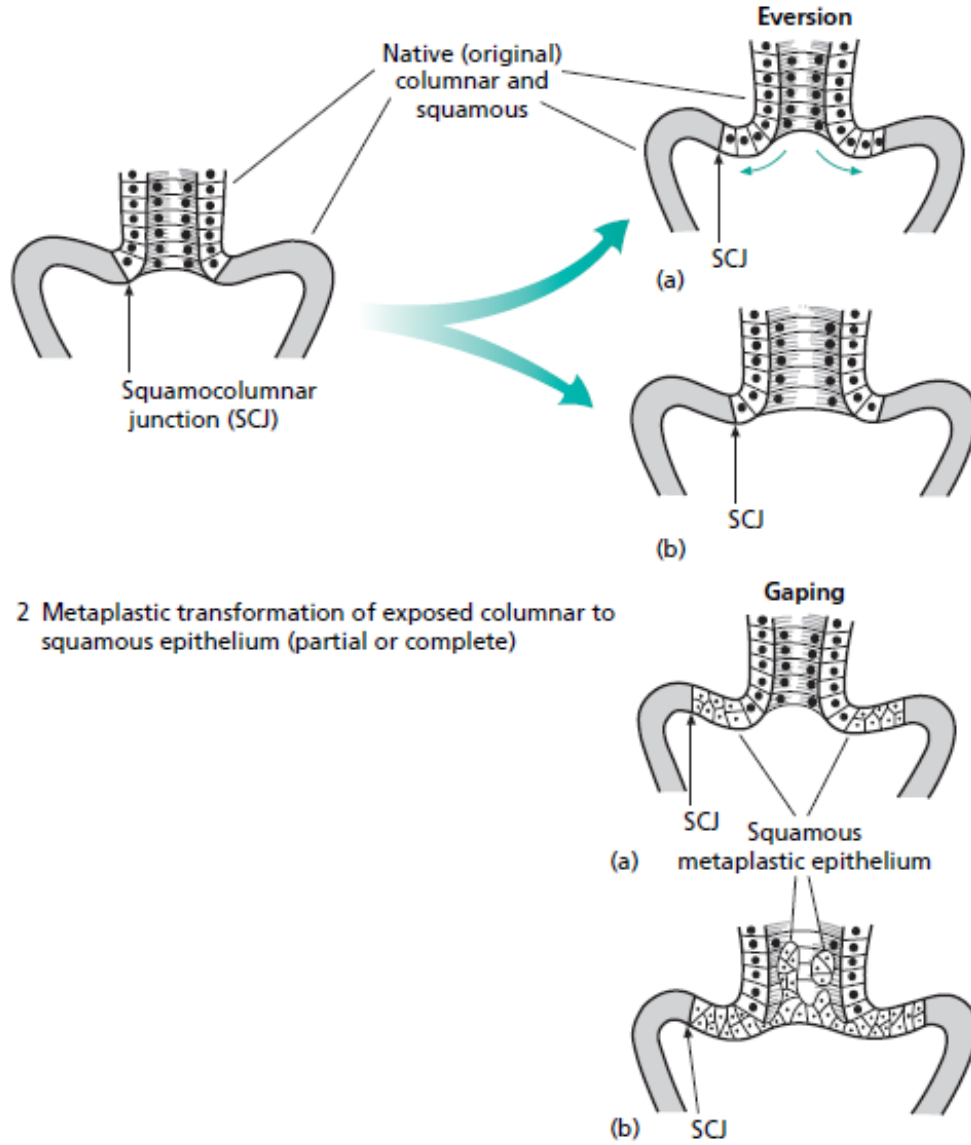
○ تقسم ظهارة باطن عنق الرحم إلى نمطين وفق الآلية وهي انقلاب ظهارة باطن قناة عنق الرحم eversion أو تشكل فجوات gaping في الفوهة الظاهرة. إن البيئة المهبليّة أو بالتحديد باهء المفرزات المهبليّة تُكسب مدخل إلى الظهارة المحمية السابقة والتي أصبحت مكشوفة حالياً.

○ يتم تزويد الظهارة المعرضة والتي هي عادة ظهارة عمودية أصلية بالمحفّز والذي يحرض تطورها لظهارة شائكة بآلية تحويلية transformation.

يعتمد تكرار وامتداد هذه التغيرات بشكل أولي على الولادات، على سبيل المثال فإن الانقلاب أشيع لدى الخروسات، بينما تشكل الفجوات أشيع لدى عديدات الولادة.

إن تشكل الظهارة الشائكة التحويلية أكثر احتمالية ليحدث في الحمل الأول مقارنة بباقي الحمل، وتؤثر طريقة الولادة أيضاً في هذه التغيرات (Singer A. ٢٠٠٦).

- 1 Increasing exposure of endocervical columnar epithelium to the vaginal secretions (acidic pH) by:
 (a) eversion (usually primigravida)
 (b) gaping (usually multigravida)



- 2 Metaplastic transformation of exposed columnar to squamous epithelium (partial or complete)

الشكل (١٥) الآليات الفيزيولوجية في عنق الرحم خلال الحمل

(Jordan JA, Singer A. ٢٠٠٦)

ظهارة عنق الرحم لدى الخروس:

تميل ظهارة باطن عنق الرحم إلى احتلال موقع ظهارة ظاهر العنق وذلك من بداية الحمل وتستمر طيلة الحمل.

الثالث الأول: تتألف من مناطق كبيرة من الظهارة العمودية والتي لا تخضع لتحول شائك، ومع تقدم العمر الحملي تصبح الآلية التحولية أكثر بالتوازي مع حدوث انقلاب ظهارة باطن العنق.

الثالث الثاني: تصبح الآلية التحولية فعالة أكثر والظهارة الشائكة تظهر فوق مناطق أكثر كلويحات ملساء.

الثالث الثالث: يستمر التحول وتلتحم الجزر والامتدادات والتي تتوقف في فترة ٣٤-٣٦ أسبوع، ويحدث نضج في هذه الظهارة.

أحياناً لا تستمر الآلية التحولية حتى نهاية الحمل وقد انتهت هذه الحالات بولادة قيصرية بسبب فشل عنق الرحم في الاتساع.

لوحظ الميل لحدوث انقلاب خفيف في الظهارة أو عدم حدوثه لدى السيدات اللاتي انتهين بولادة قيصرية. يعتقد أن الأمر يعود إلى عيوب جنينية في عنق الرحم، والتي تقود إلى أن النسيج العنقي الغدي يصبح غير مستجيب لفعل الأستروجينات، ولذلك غير قادر على الاستجابة بالانقلاب (Singer A. ٢٠٠٦).

ظهارة عنق الرحم لدى الولادات:

يخضع عنق الرحم لدى الولادات نوعاً ما لنفس التغيرات الحادثة لدى الخروسات مع بعض الاختلافات التي يمكن إجمالها بالتالي:

- يحدث تطور الظهارة الشائكة التحولية في الثلث الأخير من الحمل، بشكل معاكس للخروسات التي يحدث لديها بشكل أشيع في الثلث الثاني وبداية الثالث.
- انقلاب الظهارة: وهو أكثر احتمالية للحدوث في الثلث الأخير، ولكنه ليس بأهمية الانقلاب الحادث لدى الخروسات.
- تميل الفوهة الظاهرة لتتفتح مع تقدم العمر الحملي.
- تلاحظ مناطق التحول الشائك بشكل أقل أهمية مقارنة بالخروسات.

لتفسير سبب ضالة الانقلاب الحادث لدى الولادات أو غيابه؛ يجب السؤال عن العامل أو العوامل الأهم المسببة للانقلاب الأعظمي لدى الخروسات والذي يغيب أو ينقص لدى الولادات،

تم اقتراح أن ترتيب وفعل الألياف العضلية العنقية، والأذية الحاصلة لها لدى أول ولادة، وسبب آخر هو التبدلات الفيزيولوجية الحاصلة ضمن العنق والتي يكون من ضمنها تبدل الكولاجين والمواد القاعدية المكونة للعنق.

إن التفسيرات السابقة تم اقتراحها كسببيات محتملة لانفتاح فوهة عنق الرحم وتشكل الفجوات لدى الولادات أكثر من الخروسات.

إن مرور الجنين من خلال عنق الرحم المتوسع ينتج أذية واضحة وسهلة التمييز للظاهرة العنقية. وتكون الأذيات أوضح لدى الخروسات وأشيع (Singer A. ٢٠٠٦).

دور باهء المهبل في تحفيز التحول الشائك:

يوجد ملاحظات حول العلاقة بين الأستروجينات المهبلية والفلورا المجرية المهبلية والمنتجات الاستقلابية لها وباهء المهبل والعنق.

إن الحدوث المرتفع لمناطق التحول في المناطق المعرضة للمفرزات المهبلية يقترح وجود عامل ما في المفرزات مسؤول عن بدء التحولات، حيث لوحظ انخفاض هام في باهء مفرزات المهبل الموجودة على عنق الرحم من بداية الحمل، ويعود ذلك إلى الأستروجينات التي تشجع تكاثر ظهارة المهبل ونتيجة لذلك يزداد تركيز الغليكوجين في خلايا المهبل وعند توسفها تشجع نمو سلاسل جرثومية تنتج بيروكسد الهيدروجين وحمض اللبن والتي تساهم في خفض باهء المهبل (Jordan JA, Singer A. ٢٠٠٦).

القسم العملي

منهج البحث

عنوان البحث:

دراسة مقارنة لانتشار التهاب عنق الرحم بين الولادات وعديمات الولادة.

هدف البحث:

تحديد وجود علاقة ارتباطية بين عدد الولادات ولطاخة عنق الرحم الالتهابية لدى عينة من السيدات المراجعات لعيادة تنظيم الأسرة في مشفى التوليد الجامعي بدمشق.

أهمية البحث:

بلغت النسبة المئوية للطاخات عنق الرحم التي كانت نتيجتها التهاب لانوعي ١٨.٥% من مجمل العينة التي درست في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دراسة سابقة (د.ميادة رومية، ٢٠٠٩).

إن النسبة المئوية للطاخات عنق الرحم الالتهابية بلغت ٢٢.٣% في دراسة Al-Jaroudi, Hussain في السعودية عام ٢٠١٠.

إن السيدات مع تبدلات التهابية في لطاخة عنق الرحم عادة لا عرضيات، ويتم كشفها وتسلط الضوء عليها في إطار مسح سرطان عنق الرحم (ACOG. ٢٠٠٩).

تقسم آليات التهاب عنق الرحم إلى خمجية تترافق مع عضويات ممرضة محدّدة (جرثومية، فيروسية، فطرية، طفيلية)، وغير خمجية "لا نوعية" وهي تتضمن الالتهابات الموضعية بسبب آفات موضعية أو لولب وغيرها (Das Ket al., ٢٠٠٦).

إن التغيرات التشريحية المرضية المرافقة للآفات الالتهابية في عنق الرحم هي بشكل أساسي ارتكاس التهابي للآليات الخمجية واللاخمجية، وهي تكون متغيرة وتتراوح من الحاد إلى المزمن،

إن الخلايا الالتهابية شائعة التوارد في لطاخة عنق الرحم، وقد يؤدي الظهور الطبيعي للخلايا الالتهابية للحممة عنق الرحم إلى تشخيص خاطئ لالتهاب العنق أحياناً (Das Ket al., ٢٠٠٦).

وقد وجد أن إصابة عنق الرحم بآفات إنتانية يزيد من خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم وأن التهاب عنق الرحم يكون عامل خطر مرافق لتطور الإصابة بالفيروس الحليمومي البشري وازدياد شدتها وبقائها (Addis IB et al., ٢٠٠٧).

سُجّلت الولادات السابقة كعامل خطر لتطور سرطان عنق الرحم وأن الخطر يزداد بازدياد عدد الولادات، ولكن لم يتم تحديد دور هذا العامل في انتشار اللطاخة الالتهابية. وما يحمله ذلك من تأثير تآزري بينهما لتطور الآفات التنشؤية في عنق الرحم (Addis IB et al., ٢٠٠٧).

ستقوم هذه الدراسة بتحديد وجود ترابط بين عدد الولادات السابقة وانتشار لطاخة عنق الرحم الالتهابية في عينة من السيدات المراجعات للمشفى.

- فرضية البحث:

يوجد علاقة بين الولادات وانتشار اللطاخة الالتهابية لعنق الرحم، ويزداد هذا الانتشار بازدياد عدد الولادات.

المواد والطرائق:

نموذج البحث:

دراسة استشرافية مسحية.

مكان البحث:

الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي.

مدة البحث:

٢٠١٥ - ٢٠١٦ م.

عينة البحث:

سيدات مراجعات لعيادة تنظيم الأسرة في المشفى خلال فترة البحث، وتم الشرح للسيدات عن هذا البحث وطريقة العمل وأخذت الموافقة المسبقة منهن للدخول في البحث قبل البدء بالعمل.

اشتمل البحث (١٦١) سيدة وتوزعن بالنسبة للبحث كما يلي:

١- (١٢٨) سيدة لديها ولادات سابقة.

٢- (٣٣) سيدة لا يوجد لديها ولادات سابقة.

معايير الاستبعاد:

❖ استبعاد الفتيات.

❖ استبعاد المصابات بآفة عنقية معروفة مسبقاً.

❖ استبعاد السيدات اللاتي وصلن سن اليأس.

❖ استبعاد السيدات الحوامل.

مراحل البحث:

تم تقسيم السيدات إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تشمل السيدات اللاتي لديهن ولادات سابقة مهما كان نمط الولادة.

المجموعة الثانية: تشمل السيدات اللاتي لم يسبق لهن الولادة.

تسجيل البيانات المتعلقة بكل سيدة بطريقة الاستجواب المباشر للسيدة.

أخذ لطاخة عنق رحم: بعد شرح ظروف الإجراء للسيدة وإفراغ المثانة تم وضع السيدة بالوضعية النسائية. إدخال السبيكيلوم المناسب إلى المهبل لكشف عنق الرحم، ثم أخذت مسحة من عنق الرحم بفرشاة خاصة يسمح شكلها بأن تشمل العينة كل من باطن وظاهر العنق ومنطقة التحول، ومسحت على شريحة زجاجية ويتم التثبيت بالكحول الإيثيلي ٩٥%،

شروط إجراء اللطاخة:

- ❖ عدم وجود عمل جراحي أو تخثير على عنق الرحم خلال آخر ٣ أشهر.
- ❖ عدم استعمال الأدوية الموضعية المهبلية خلال ٤٨ ساعة.
- ❖ عدم وجود جماع منذ ٤٨ ساعة.

إرسال العينة إلى مخبر التشريح المرضي في المشفى للتحليل.

تسجيل نتيجة اللطاخة في الاستبيان.

تبويب النتائج حاسوبياً وتحليلها واستخراج النتائج.

الاعتبارات الأخلاقية:

- ✓ إن البيانات مرمزة ولن يتم ذكر ما يشير إلى السيدة وهويتها.
- ✓ إن الإجراء آمن ولا يحمل خطراً على صحة السيدة.

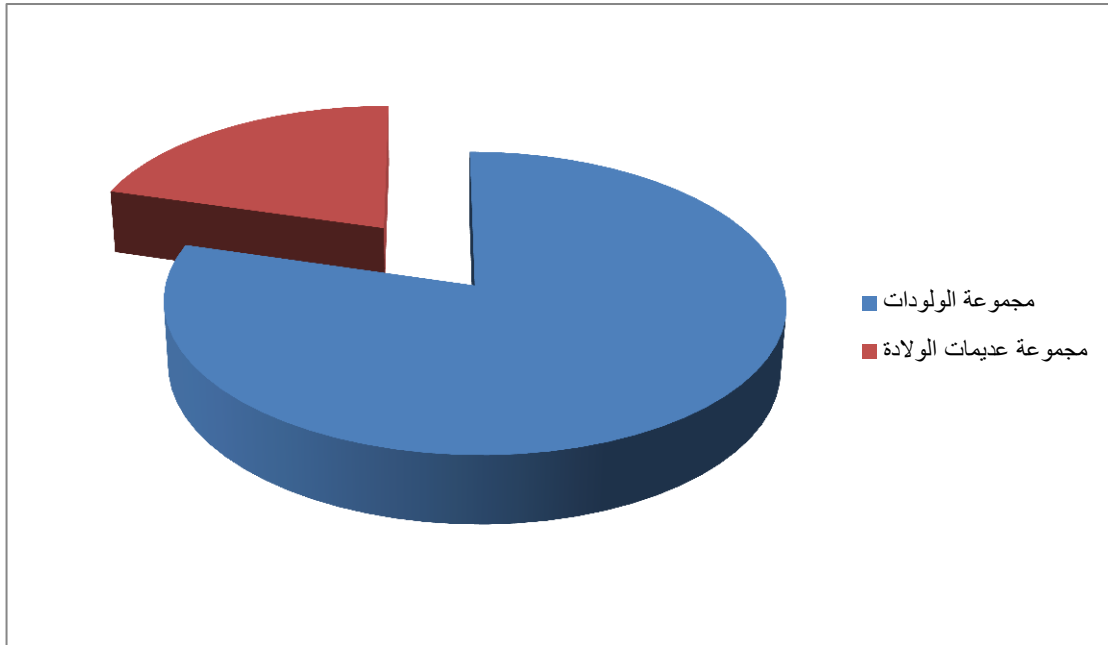
عرض النتائج

توزع عينة البحث:

بلغ عدد السيدات اللاتي استكملن شروط البحث ١٦١ سيدة. يبين الجدول (٣) التوزع حسب المجموعتين.

الجدول (٣) يبين توزع عينة البحث وفق المجموعتين المدروستين

المجموعة المدروسة	العدد	النسبة المئوية
مجموعة الولادات	١٢٨	%٧٩.٥
مجموعة عديمات الولادة	٣٣	%٢٠.٥
مجمّل العينة	١٦١	%١٠٠



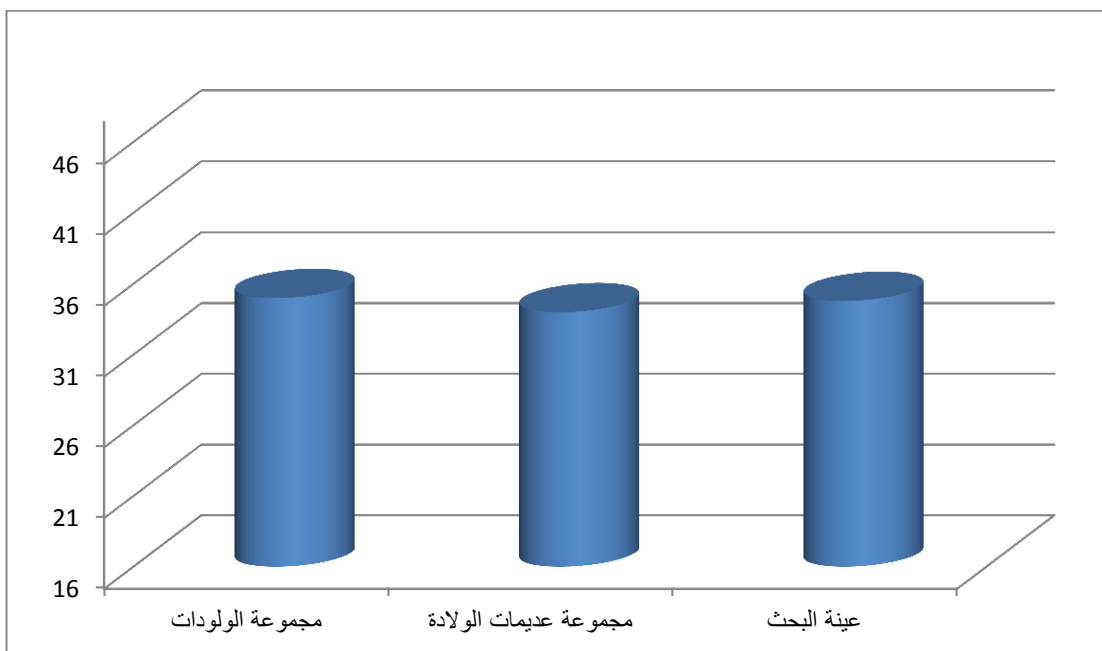
المخطط (١) يبين توزع عينة البحث وفق المجموعتين المدروستين

الاستقصاء عن المتوسط الحسابي لعمر المريضات في عينة البحث:

يبين الجدول (٤) خصائص عمر المريضات في مجموعتي البحث، ونلاحظ عدم وجود أهمية في الفرق بين المتوسطين الحسابيين للعمر في المجموعتين ($P > 0.05$).

الجدول (٤) يبين خصائص عمر المريضات في عينة البحث

المجموعة	العدد	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي
الولادات	١٢٨	١٨	٤٩	٣٥
عديمات الولادة	٣٣	١٦	٤٩	٣٤
العينة	١٦١	١٦	٤٩	٣٤.٨



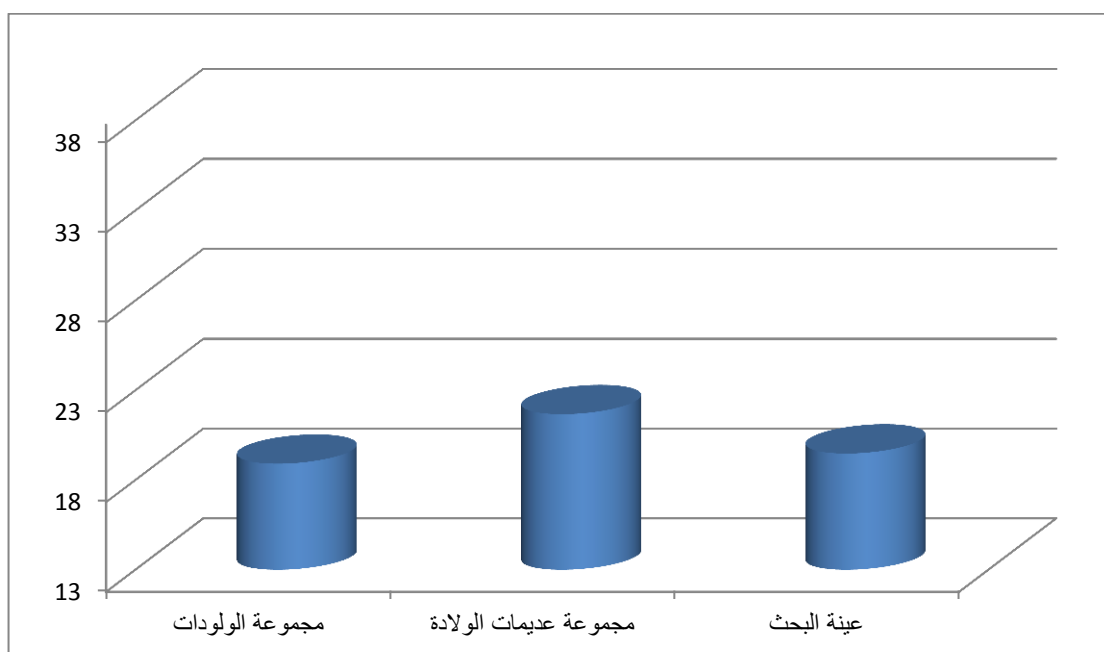
المخطط (٢) يبين مقارنة المتوسطات الحسابية لعمر المريضات حسب المجموعات

الاستقصاء عن العمر عند الزواج لدى السيدات في عينة البحث:

تم السؤال عن سن الزواج لدى السيدات في عينة البحث، ويبين الجدول (٥) النتائج المسجلة. نلاحظ من الجدول أن المتوسط الحسابي للعمر كان أعلى لدى عديمات الولادة ولكن دون فروق هامة.

الجدول (٥) يبين خصائص سن الزواج لدى السيدات في عينة البحث

المجموعة	العدد	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي
الولادات	١٢٨	١٣	٣٣	١٨.٩١
عديمات الولادة	٣٣	١٥	٣٩	٢١.٦٧
العينة	١٦١	١٣	٣٩	١٩.٤٨



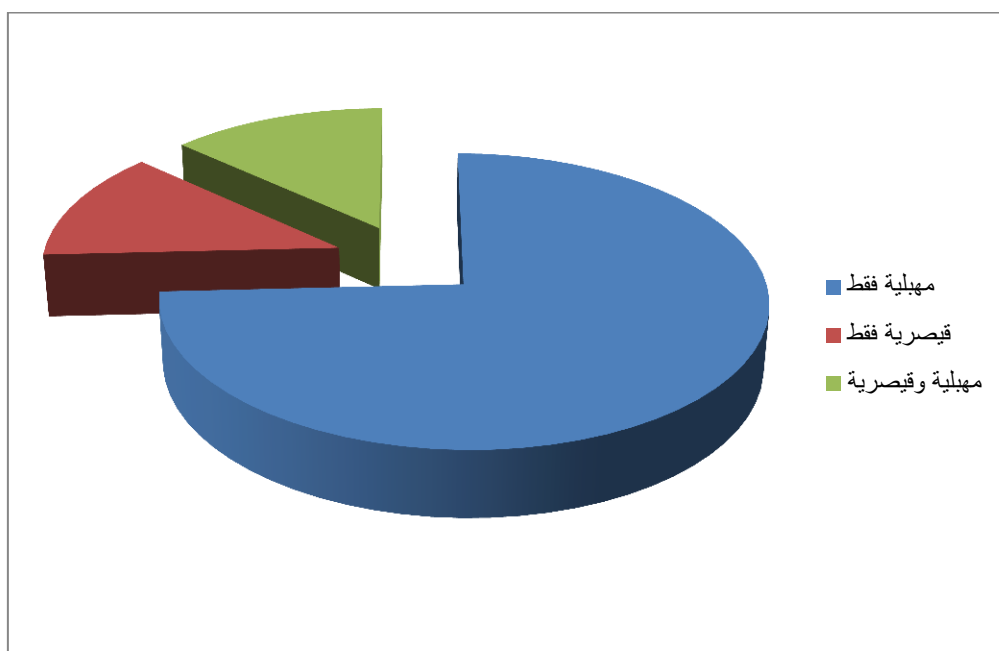
المخطط (٣) يبين مقارنة المتوسطات الحسابية لسن الزواج لدى السيدات في عينة البحث حسب المجموعات

الاستقصاء عن عدد الولادات السابقة:

بلغ المتوسط الحسابي لعدد الولادات السابقة ٣.١٩ ولادة في مجموعة الولادات، مع مجال يتراوح بين ١-٩ ولادات. وتم تبويب نمط الولادات لدى مجموعة الولادات وفق الجدول (٦).

الجدول (٦) يبين نمط الولادات السابقة في مجموعة الولادات

نمط الولادات	العدد	النسبة المئوية
مهبلية فقط	٩٥	٧٤.٢٢%
قيصرية فقط	١٦	١٢.٥%
مهبلية وقيصرية	١٧	١٣.٢٨%



المخطط (٤) يبين النسب المئوية لنمط الولادات السابقة في مجموعة الولادات

الاستقصاء عن متغيرات القصة الطبية السابقة:

في هذه الدراسة نحن لا نقوم بدراسة التهاب عنق الرحم كاملاً واستقصاء متغيراته وعوامل خطورته بل ندرس فقط الولادات كعامل خطر محتمل لالتهاب عنق الرحم .

لكن تم سؤال السيدات ما أمكن عن عوامل الخطر الأخرى ضمن الاستبيان باستثناء الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية التي تعذر الحصول على أجوبة محددة عليها من معظم السيدات.

وفيما يلي عرض لنتائجها:

السكري:

لم يكن السكري موجوداً إلا عند ٣ سيدات فقط ضمن عينة البحث كاملة كما هو موضح في الجدول (٧) حيث نلاحظ وجود سيدتين ضمن مجموعة الولادات وسيدة ضمن مجموعة عديمات الولادة .

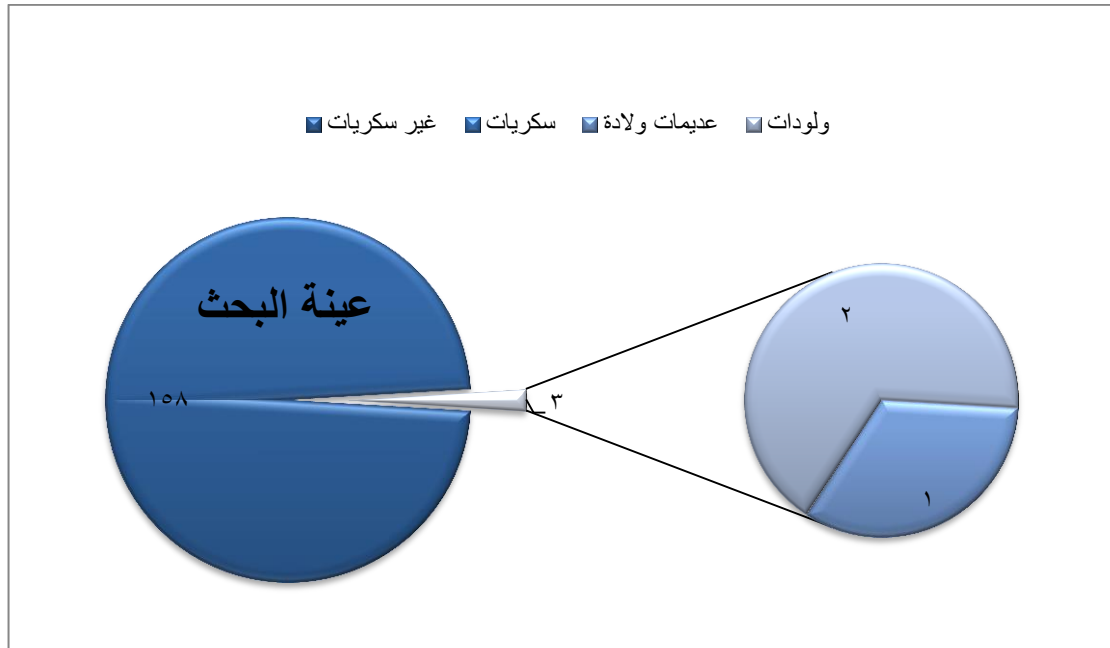
كان السكري من النمط ١ المعالج بالأنسولين في سيدتين ومن النمط ٢ المعالج بخافضات السكر الفموية في سيدة واحدة.

والملاحظة أن اللطاخات الثلاثة كانت نتائجها طبيعية .

وهذا لا ينفى دور السكري كعامل خطر في التهاب عنق الرحم ولكن عينة الدراسة تشتمل على سيدات بعمر سن النشاط التناسلي حصراً مما يقلل فرصة الحصول على مصابات بالسكري الذي يشيع انتشاره كلما تقدم العمر .

الجدول (٧) يبين انتشار السكري في عينة البحث وتوزعه على المجموعات

سكریات	غير سكریات	
٣ (١.٨٧%)	١٥٨ (٩٨.١٣%)	عينة البحث
٢ (١.٥٧%)	١٢٦ (٩٨.٤٣%)	مجموعة الولادات
١ (١.٠٦%)	٩٤ (٩٨.٩٤%)	ولادات مهبلية فقط
١ (٥.٨٩%)	١٦ (٩٤.١١%)	ولادات مهبلية وقيصرية
--	١٦ (١٠٠%)	ولادات قيصرية فقط
١ (٣.٠٤%)	٣٢ (٩٦.٩٦%)	مجموعة عديمات الولادة
--	٢٧ (١٠٠%)	مع قصة عقم
١ (١٦.٦٧%)	٥ (٨٣.٣٣%)	بدون قصة عقم



المخطط (٥) يبين عدد المريضات المصابات بالسكري ضمن عينة البحث

ارتفاع الضغط الشرياني:

سيدة واحدة فقط في عينة دراستنا كانت مصابة بارتفاع ضغط مزمن معالج بخافضاته وهي ضمن مجموعة الولادات ولادة مهبلية ،وكانت نتيجة لطاقتها طبيعية .

وهنا نؤكد مجدداً أن عينتنا اشتملت على سيدات بعمر النشاط التناسلي فقط مما قلل فرصة وجود ارتفاع الضغط الشرياني الذي يشيع انتشاره كلما تقدم العمر أيضاً.

التدخين:

يبين الجدول (٨) نتائج الاستقصاء عن انتشار عادة التدخين لدى السيدات في عينة البحث وفق المجموعات والفئات المدروسة. نلاحظ من الجدول أن التدخين أشيع في فئة عديمات الولادة. كما أن فئات "ولادات مهبلية وقيصرية" و "بدون قصة عقم" سجلت النسب المئوية الأعلى لانتشار التدخين.

الجدول (٨) يبين انتشار عادة التدخين لدى السيدات في عينة البحث

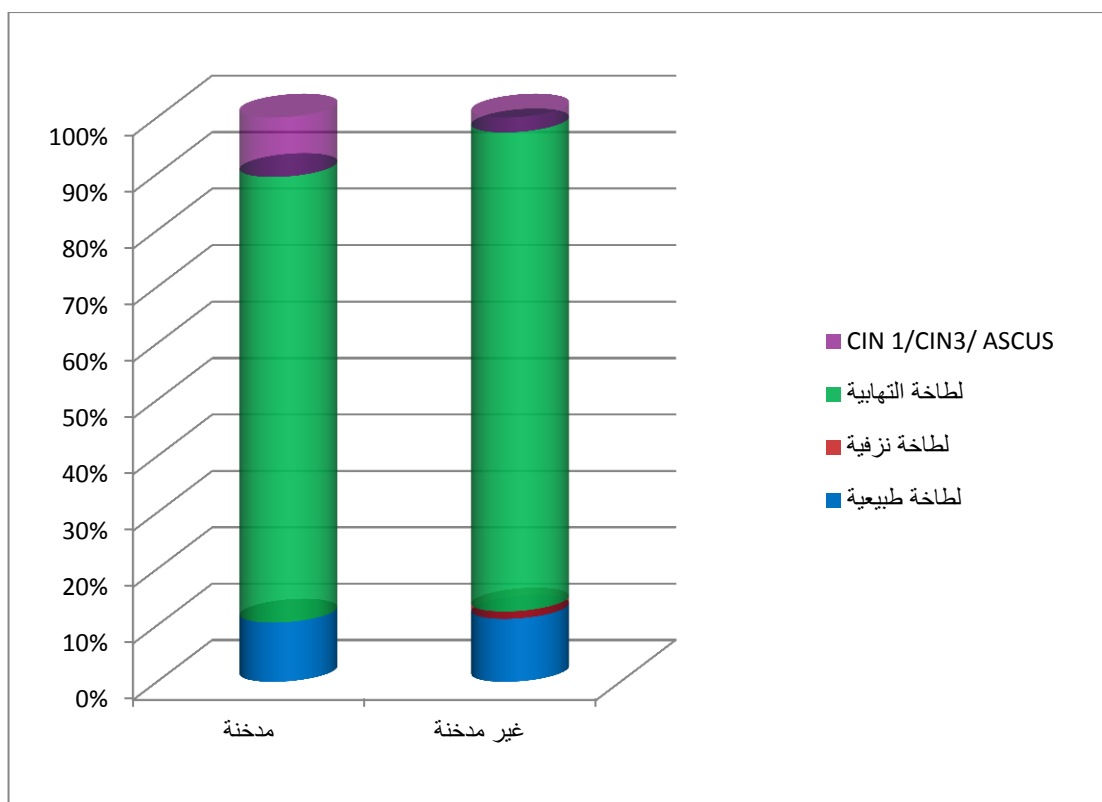
غير مدخنة	مدخنة	
١٤٣ (٨٨.٨٢%)	١٨ (١١.١٨%)	عينة البحث
١١٦ (٩٠.٦٣%)	١٢ (٩.٣٧%)	مجموعة الولادات
٨٨ (٩٢.٦٣%)	٧ (٧.٣٧%)	ولادات مهبلية فقط
١٣ (٧٦.٤٧%)	٤ (٢٣.٥٣%)	ولادات مهبلية وقيصرية
١٥ (٩٣.٧٥%)	١ (٦.٢٥%)	ولادات قيصرية فقط
٢٧ (٨١.٨٢%)	٦ (١٨.١٨%)	مجموعة عديمات الولادة
٢٣ (٨٥.١٩%)	٤ (١٤.٨١%)	مع قصة عقم
٤ (٦٦.٦٧%)	٢ (٣٣.٣٣%)	بدون قصة عقم

ويبين الجدول (٩) نتائج الاستقصاء عن ارتباط عادة التدخين بنتائج اللطاخات، حيث تم تقسيم العينة لمجموعتين مدخنة وغير مدخنة ومقارنة النسب المئوية لنتائج اللطاخات بينهما ليظهر

واضحاً أن نسبة الإصابة بعسرة التصنع أكبر عند المدخنات في الوقت الذي تتقارب فيه نسبة اللطاخة الطبيعية و نسب اللطاخات الالتهابية جرثومية كانت أم لا نوعية بين المجموعتين.

الجدول (٩) يبين توزع نتائج اللطاخات حسب وجود عادة التدخين

CIN ^١ /CIN ^٣ /ASCUS	ديتان	التهاب لانهوي	التهاب بالمشعرات المهبيلة	التهاب فطري	التهاب جرثومي	نزفية	طبيعية	
٢ %١١.١١		٥ %٢٧.٧٧	١ %٥.٥٥	١ %٥.٥٥	٨ %٤٤.٤٤		٢ %١١.١١	مدخنة
٤ %٢.٧٩	١ %٠.٦٩	٤٢ %٢٩.٣٧	١ %٠.٦٩	٦ %٤.١٩	٧٩ %٥٥.٢٤	٢ %١.٣٩	١٧ %١١.٨٨	غير مدخنة



المخطط (٦) يبين النسب المئوية لنتائج اللطاخات حسب وجود عادة التدخين

تعدد الشركاء الجنسيين:

يقصد بتعدد الشركاء الجنسيين وجود أكثر من شريك سواء في نفس الوقت أو في أوقات متتالية في الحياة. لكن ليس المقصود هنا من تعدد الشركاء الجنسيين هو وجود أكثر من شريك في نفس الوقت. وإنما فقط من تزوجت من السيدات أكثر من مرة.

معظم سيدات العينة متزوجات لمرة واحدة عدا (٦) سيدات تزوجن مرتين أي تواجد شريكين جنسيين في حياتهن وسيدة واحدة فقط تزوجت ٣ مرات .

يبين الجدول (١٠) توزيع عدد الشركاء الجنسيين على عينة البحث ويظهر توافق توزيعهم على المجموعات و تحت المجموعات.

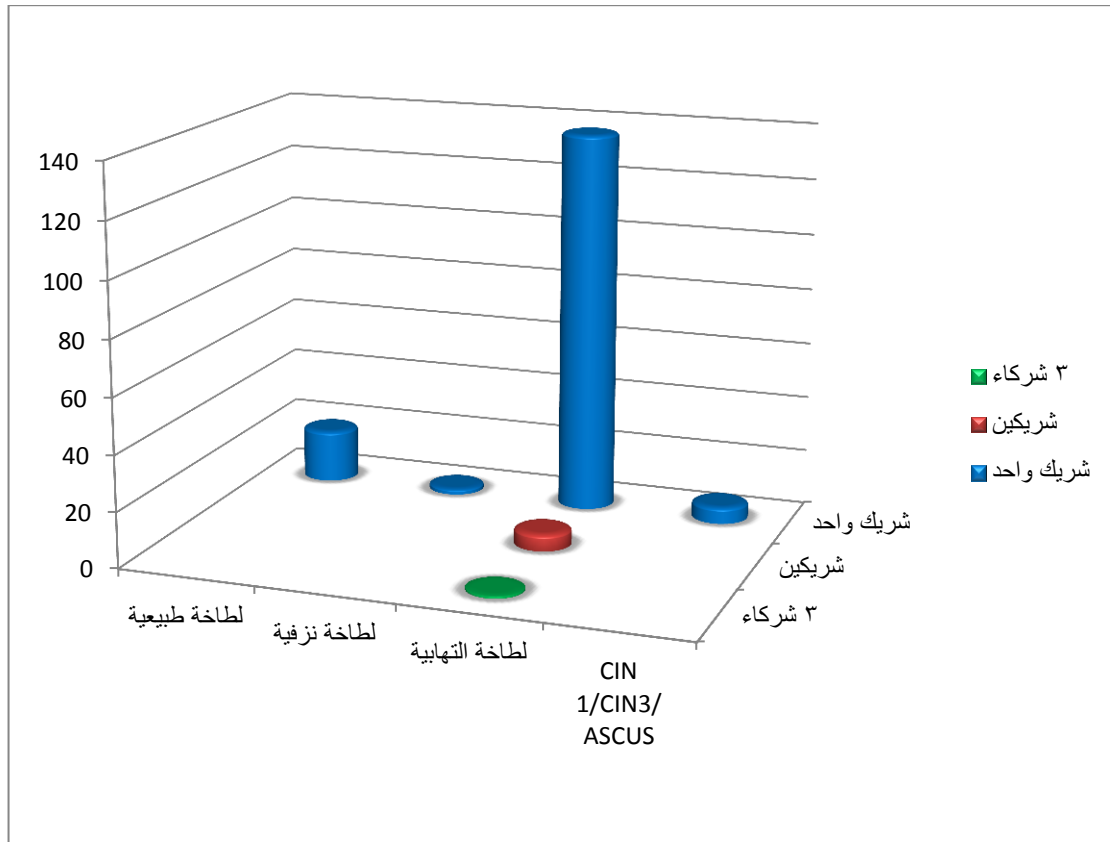
الجدول (١٠) يبين توزيع عدد الشركاء الجنسيين على عينة البحث ومجموعاتها

عينة البحث	شريك واحد	شريكين	٣ شركاء
١٥٤ (٩٥.٦٦%)	٦ (٣.٧٢%)	١ (٠.٦٢%)	
مجموعة الولادات	١٢٣ (٩٦.١%)	٥ (٣.٩%)	--
ولادات مهبلية فقط	٩١ (٩٥.٧٩%)	٤ (٤.٢١%)	--
ولادات مهبلية وقيصرية	١٧ (١٠٠%)	--	--
ولادات قيصرية فقط	١٥ (٩٣.٧٥%)	١ (٦.٢٥%)	--
مجموعة عديمات الولادة	٣١ (٩٣.٩٤%)	١ (٣.٠٣%)	١ (٣.٠٣%)
مع قصة عقم	٢٥ (٩٢.٨%)	١ (٣.٧%)	١ (٣.٧%)
بدون قصة عقم	٦ (١٠٠%)	--	--

كما يبين الجدول (١١) عدد الشركاء الجنسيين مقارنة بنتائج اللطاخات ، ويمكننا ملاحظة أن السيدات ذوات الشريكين أو أكثر لم تحظى بأي لطاخة طبيعية .

الجدول (١١) يبين عدد الشركاء الجنسيين حسب نتائج اللطاخات

شريك واحد	شريكين	٣ شركاء	
١٥٤ (٩٥.٦٦%)	٦ (٣.٧٢%)	١ (٠.٦٢%)	عينة البحث
١٩ (١٠٠%)	--	--	لطاخة طبيعية
٢ (١٠٠%)	--	--	لطاخة نزفية
١٣٧ (٩٥.١٣%)	٦ (٤.١٦%)	١ (٠.٦٩%)	لطاخة التهابية
٤٥ (٩٥.٧٥%)	٢ (٤.٢٥%)	--	التهاب لانوعي
٨٣ (٩٥.٤١%)	٤ (٤.٥٩%)	--	التهاب جرثومي
٧ (١٠٠%)	--	--	التهاب فطري
١ (٥٠%)	--	١ (٥٠%)	التهاب بالمشعرات
١ (١٠٠%)	--	--	ديدان
٦ (١٠٠%)	--	--	ASCUS/CIN ١ /CIN٣

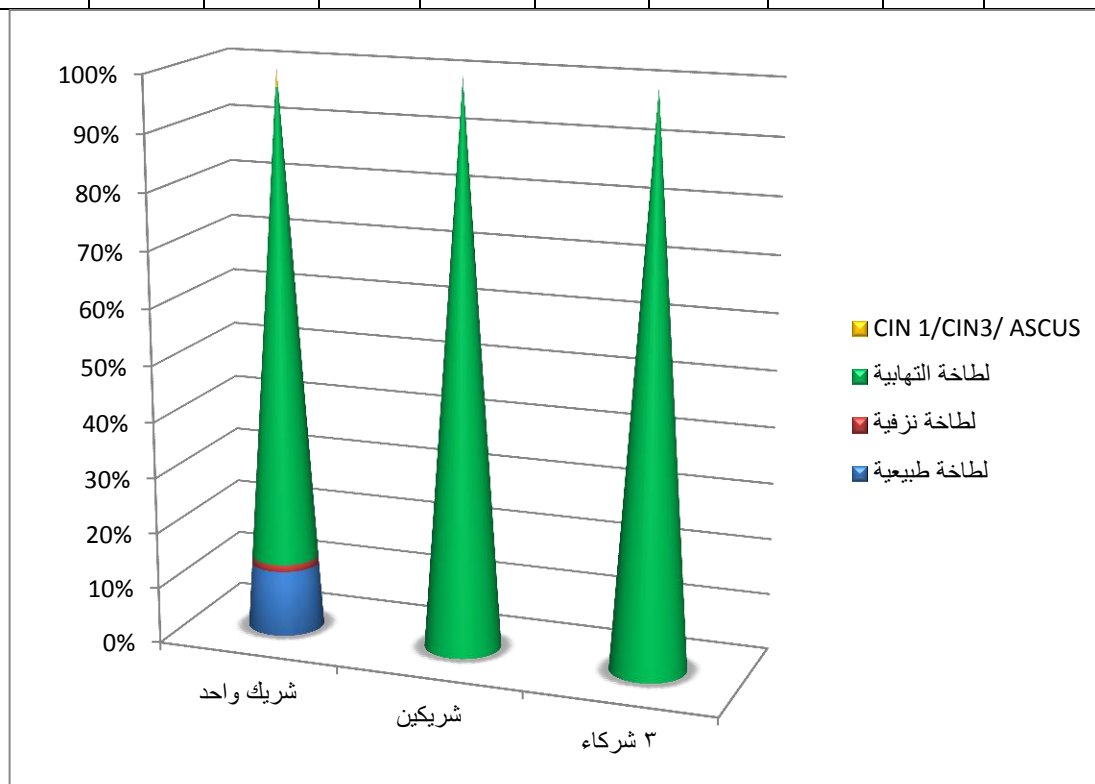


المخطط (٧) يبين ارتباط تعدد الشركاء الجنسيين بنتائج اللطاخات

وفي الجدول (١٢) تظهر توزع نتائج اللطاخات بالتفصيل بعد تقسيم عينة البحث حسب عدد الشركاء فنلاحظ أن السيدات ذوات وجود شريكين جنسيين كانت ثلث حالاتها التهاب لا نوعي متوسط وثلثي الحالات التهاب جرثومي شديد . فاللطاخة كانت التهابية في جميع حالات تعدد الشركاء الجنسيين البالغة ٧ حالات .

الجدول (١٢) يبين توزع نتائج اللطاخات حسب عدد الشركاء الجنسيين

CIN ^١ /CIN ^٣ / ASCUS	ديان	التهاب لا نوعي شديد	التهاب لا نوعي متوسط	التهاب لا نوعي خفيف	التهاب بالمشعرات المهبلية	التهاب فطري	التهاب جرثومي شديد	التهاب جرثومي متوسط	التهاب جرثومي خفيف	نزفية	طبيعية	
٦ %٣.٨٩	١ %٠.٦٤	١٦ %١٠.٣٨	٩ %٥.٨٤	٢٠ %١٢.٩٨	١ %٠.٦٤	٧ %٤.٥٤	٣٦ %٢٣.٣٧	٢٥ %١٦.٢٣	٢٢ %١٤.٢٨	٢ %١.٢٩	١٩ %١٢.٣٣	شريك واحد
			٢ %٣٣.٣٣				٤ %٦٦.٦٦					شريكين
					١ %١٠٠							٣ شركاء



المخطط (٨) يبين النسب المئوية لنتائج اللطاخات متوزعة حسب عدد الشركاء الجنسيين

وجود اللولب:

في عينة بحثنا تواجد عدد من السيدات من مستخدمات اللولب حالياً أو سابقاً .كن جميعهن ضمن مجموعة الولادات فقط .طبعاً لأن عديمة الولادة لن تستخدم اللولب .

كان أحد اللولب فقط لولب ميرينا الهرموني البروجستروني .والباقي لولب نحاسية.

يبين الجدول (١٣) توزع مستخدمات اللولب على العينة ضمن مجموعة الولادات فقط طبعاً.

الجدول (١٣) يبين توزع استخدام اللولب حالياً وسابقاً على عينة البحث

	عدم استخدام لولب	لولب حالياً	لولب سابقاً
عينة البحث	١٣٤ (٨٣.٢٢%)	١٥ (٩.٣١%)	١٢ (٧.٤٥%)
الولادات	١٠١ (٧٨.٩%)	١٥ (١١.٧١%)	١٢ (٩.٣٧%)
مهبلية فقط	٧٢ (٧٥.٧٨%)	١٣ (١٣.٦٨%)	١٠ (١٠.٥٢%)
مهبلية وقيصرية	١٥ (٨٨.٢٣%)	١ (٥.٨٨%)	١ (٥.٨٨%)
قيصرية فقط	١٤ (٨٧.٥%)	١ (٦.٢٥%)	١ (٦.٢٥%)
عديمات الولادة	٣٣ (١٠٠%)	--	--

يبين الجدول (١٤) توزع مستخدمات اللولب على نتائج اللطاخات ،حيث يتضح عدم وجود أي لطاخة طبيعية عند مستخدمات اللولب حالياً كما نلاحظ أن الالتهابات في حال استخدام لولب حالي أو سابق كان جرثومي أو لا نوعي فقط.

لكن لا نستطيع مقارنة توزع نتائج اللطاخات حسب استخدام اللولب من هذا الجدول.

الجدول (١٤) يبين توزع استخدام اللولب على نتائج اللطاخات

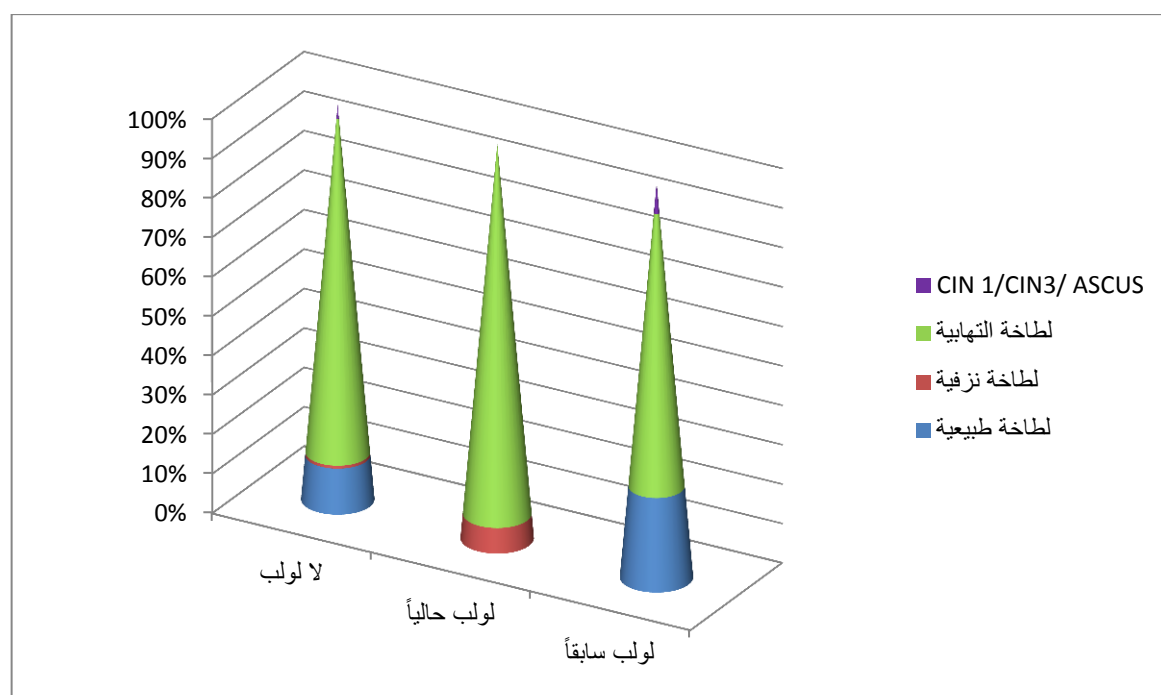
لؤلّب سابقاً	لؤلّب حالياً	عدم استخدام لؤلّب	
١٢ (٧.٤٥%)	١٥ (٩.٣١%)	١٣٤ (٨٣.٢٢%)	عينة البحث
٣ (١٥.٧٨%)	--	١٦ (٨٤.٢٢%)	لطاخة طبيعية
	١ (٥٠.٠%)	١ (٥٠.٠%)	لطاخة نزفية
٩ (٦.٢٥%)	١٥ (١٠.٤١%)	١٢٠ (٨٣.٣٣%)	لطاخة التهابية
٤ (٨.٥١%)	٧ (١٩.٤٤%)	٣٦ (٧٦.٥٩%)	التهاب لائق
٥ (٥.٧٤%)	٨ (٩.١٩%)	٧٤ (٨٥.٠٥%)	التهاب جرثومي
--	--	٧ (١٠.٠%)	التهاب فطري
--	--	٢ (١٠.٠%)	التهاب بالمشعرات
--	--	١ (١٠.٠%)	ديدان
١ (١٦.٦٦%)	--	٥ (٨٣.٣٣%)	ASCUS/CIN ١/CIN ٣

ولأننا لا نستطيع مقارنة توزع نتائج اللطاخات حسب استخدام اللولب من هذا الجدول، فقد تم تقسيم العينة ل ٣ مجموعات حسب وجود لؤلّب حالي أو سابق أو عدم استخدام أي لؤلّب مطلقاً ومقارنة نتائج لطاخات كل مجموعة وهنا نجد في الجدول (١٥) أنه لا يوجد أي لطاخة طبيعية عند مستخدمات اللوالب حالياً.

بينما تتشابه نسب مستخدمات اللوالب السابقة مع مجموعة غير المستخدمات إطلاقاً بل وتزيد نسبة اللطاخة الطبيعية، وهذا يشير إلى أن فرصة الإصابة بالتهاب عنق الرحم عند مستخدمات اللوالب تعود تماماً لقيمتها الطبيعية عند إزالة هذه اللوالب.

الجدول (١٥) يبين توزيع نتائج اللطاخات على عينة البحث حسب استخدام اللولب أو عدمه

CIN ^١ /CIN ^٣ /ASCUS	ديتان	التهاب لانهوي شديد	التهاب لانهوي متوسط	التهاب لانهوي خفيف	التهاب بالمشعرات المهبلية	التهاب فطري	التهاب جرثومي شديد	التهاب جرثومي متوسط	التهاب جرثومي خفيف	نزفية	طبيعية	
٥ %٣.٧٣	١ ٠.٧٤	١٤ %١٠.٤٤	٦ %٤.٤٧	١٦ %١١.٩٤	١ %٠.٧٤	٧ %٥.٢٢	٣٥ %٢٦.١١	٢٢ %١٦.٤١	١٧ %١٢.٦٨	١ %٠.٧٤	١٦ %١١.٩٤	لا لولب
			٣ %٢٠	٤ %٢٦.٦٦			٥ %٣٣.٣٣	١ %٦.٦٦	٢ %١٣.٣٣	١ %٦.٦٦		لولب حالياً
١ %٨.٣٣		٢ %١٦.٦٦	٢ %١٦.٦٦					٢ %١٦.٦٦	٣ %٢٥		٣ %٢٥	لولب سابقاً



المخطط (٩) يبين النسبة المئوية لنتائج اللطاخات حسب استخدام اللولب

لطاخات سابقة:

بغياض برامج المسح الدوري في بلدنا فإن كثير من السيدات في عينة بحثنا رغم اختلاف أعمارهن أجرين اللطاخة للمرة الأولى، بينما ثلث السيدات فقط كن قد أجرين لطاخات سابقة لأسباب مختلفة ، يبين الجدول (١٦) نسب السيدات اللاتي أجرين لطاخات سابقة وتوزعن على مجموعات وتحت مجموعات العينة.

الجدول (١٦) يبين انتشار وجود لطاخات سابقة لدى السيدات في عينة البحث

لا يوجد لطاخة سابقة	يوجد لطاخة سابقة	
١٠٦ (٦٥.٨٤%)	٥٥ (٣٤.١٦%)	عينة البحث
٩٠ (٧٠.٣١%)	٣٨ (٢٩.٦٩%)	مجموعة الولادات
٦٥ (٦٨.٤٢%)	٣٠ (٣١.٥٨%)	ولادات مهبلية فقط
١٠ (٥٨.٨٢%)	٧ (٤١.١٨%)	ولادات مهبلية وقيصرية
١٥ (٩٣.٧٥%)	١ (٦.٢٥%)	ولادات قيصرية فقط
١٦ (٤٨.٤٨%)	١٧ (٥١.٥٢%)	مجموعة عديمات الولادة
١٣ (٤٨.١٥%)	١٤ (٥١.٨٥%)	مع قصة عقم
٣ (٥٠.٠%)	٣ (٥٠.٠%)	بدون قصة عقم

نجد من الجدول (١٦) السابق أن المريضات في مجموعة عديمات الولادة كان لديهن سوابق إجراء لطاخة بمعدلات أعلى من مجموعة الولادات وبفارق هام إحصائياً ($P=٠.٠٢$).

كذلك نلاحظ أن فئة "ولادات قيصرية فقط" كانت الأقل من حيث سوابق لطاخة عنق رحم.

نكس الالتهاب:

يعتبر التهاب عنق الرحم ناكساً عند تكرار اللطاخة الالتهابية بعد وجود شفاء من الالتهاب الأول سواء مثبت بلطاخة طبيعية أو بزوال الأعراض على الأقل بعد أخذ كورس علاجي وعودتها في المرة التالية.

أي يشترط وجود لطاخة التهابية تتلوها طبيعية تتلوها التهابية، أو لطاخة التهابية مترافقة بأعراض يتلوها زوال للأعراض بعد تناول العلاج المناسب يتلوها عودة الأعراض مع نتيجة لطاخة التهابية جديدة.

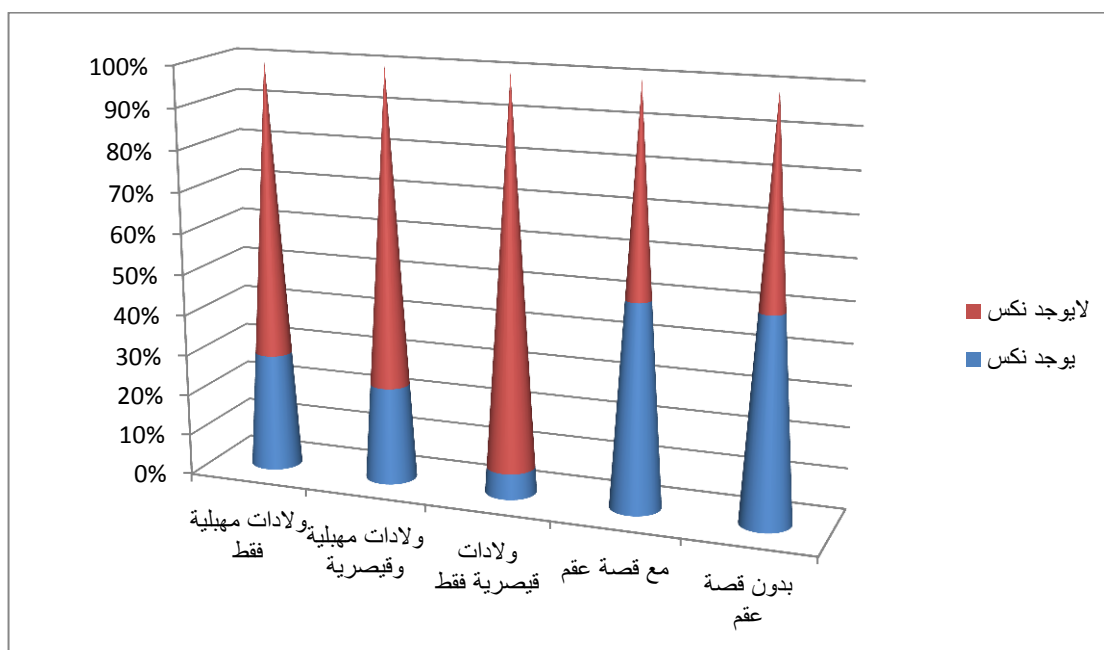
ولا يوجد معيار للتهابات الناكسة المعنونة التي تحتاج علاجاً مختلفاً كما هو حال الالتهابات المهبلية الفطرية الناكسة أو الالتهابات البولية الناكسة التي تم تعريفها بوجود ٣ أو ٤ هجمات بالسنة، لا يوجد مثل هذا المعيار في التهابات عنق الرحم ولسنا أساساً بصدد دراسة فارق البروتوكول العلاجي وإنما فقط ندرس هنا تكرار اللطاخة الالتهابية بعد الشفاء منها وفق تعريفنا المذكور آنفاً.

تم تبويب نتائج الاستقصاء عن حدوث نكس في الالتهاب في الجدول (١٧)، واعتمد النكس المعتمد على نتيجة اللطاخة.

الجدول (١٧) يبين انتشار وجود نكس للطاخة الالتهابية لدى السيدات في عينة البحث

لا يوجد نكس	يوجد نكس	
١١٢ (٦٩.٥٧%)	٤٩ (٣٠.٤٣%)	عينة البحث
٩٦ (٧٥%)	٣٢ (٢٥%)	مجموعة الولادات
٦٨ (٧١.٥٨%)	٢٧ (٢٨.٤٢%)	ولادات مهبلية فقط
١٣ (٧٦.٤٧%)	٤ (٢٣.٥٣%)	ولادات مهبلية وقيصرية
١٥ (٩٣.٧٥%)	١ (٦.٢٥%)	ولادات قيصرية فقط
١٦ (٤٨.٤٨%)	١٧ (٥١.٥٢%)	مجموعة عديمات الولادة
١٣ (٤٨.١٥%)	١٤ (٥١.٨٥%)	مع قصة عقم
٣ (٥٠%)	٣ (٥٠%)	بدون قصة عقم

نجد من الجدول السابق أن نكس اللطاخة الالتهابية كان أعلى في مجموعة عديمات الولادة وبفارق هام عن مجموعة الولادات ($P < 0.0005$).



المخطط (١٠) يبين انتشار وجود نكس للطاخة الالتهابية لدى السيدات في عينة البحث

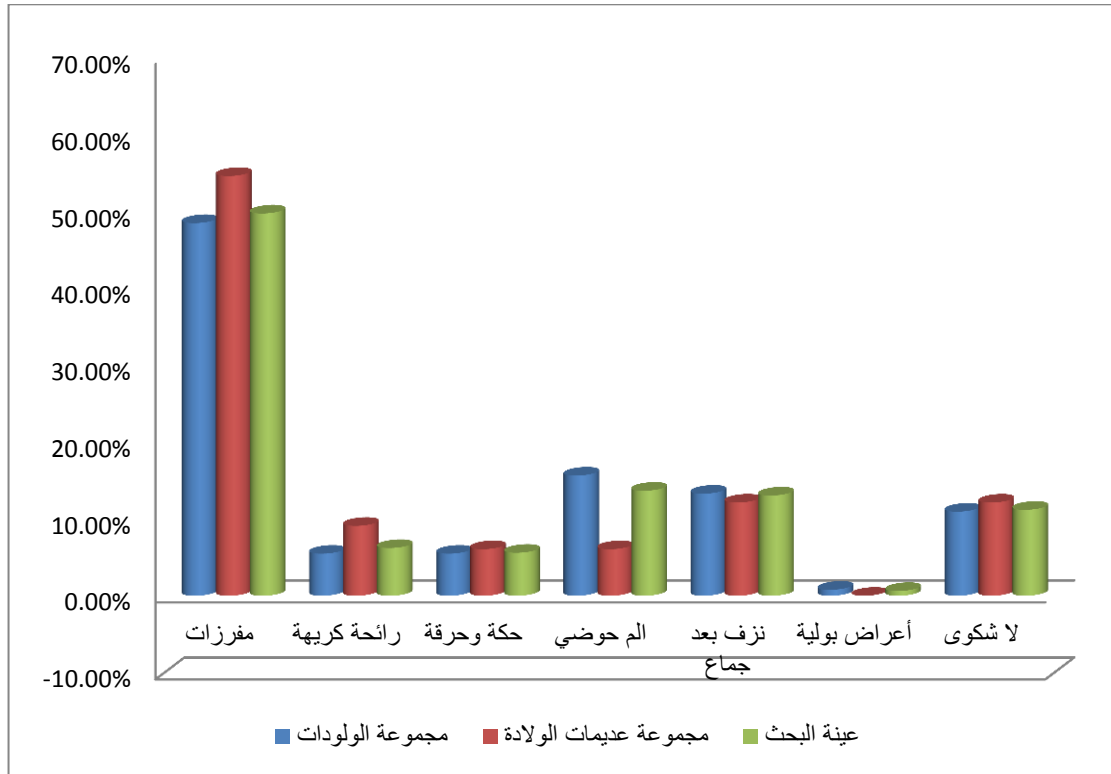
الاستقصاء عن الشكاوى السريرية لدى المريضات في عينة البحث:

الاستقصاء عن الشكاوى الرئيسية:

تم تبويب شكاوى المريضة الأساسية في الجدول (١٨) وقد كانت الشكاوى الأساسية متقاربة بين المجموعتين من دون وجود فروق هامة. وقد شكلت المفرزات المهبليّة الشكاوى الأشيع في المجموعتين وبمعدل يقارب نصف الحالات.

الجدول (١٨) يبين الشكاوى الأساسية لدى السيدات في عينة البحث

	مجموعة الولادات		مجموعة عديمات الولادة		العينة كاملة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
مفرزات	٦٢	%٤٨.٤٤	١٨	%٥٤.٥٥	٨٠	%٤٩.٦٩
رائحة كريهة	٧	%٥.٤٧	٣	%٩.٠٩	١٠	%٦.٢١
حكة وحرقة	٧	%٥.٤٧	٢	%٦.٠٦	٩	%٥.٥٩
ألم حوضي	٢٠	%١٥.٦٣	٢	%٦.٠٦	٢٢	%١٣.٦٦
نزف بعد جماع	١٧	%١٣.٢٨	٤	%١٢.١٢	٢١	%١٣.٠٤
أعراض بولية	١	%٠.٧٨	٠	—	١	%٠.٦٢
لا شكاوى	١٤	%١٠.٩٤	٤	%١٢.١٢	١٨	%١١.١٨



المخطط (١١) يبين مقارنة النسب المئوية للشكاوى الأساسية لدى السيدات في عينة البحث

أجري تحديد للشكاوى الأساسية في الفئات الفرعية، ويبين الجدول (١٩) الشكاوى الأساسية في مجموعة الولادات حسب نمط الولادة، ويظهر أن فئة الولادات القيصرية فقط كانت شكاوى المفرزات المهبليّة هي الأشيع لديها مقارنة بباقي الفئات وباقي الشكاوى، بينما كان النزف بعد

الجماع أقل لدى هذه الفئة مقارنة بباقي الفئات. كما لم تسجل أي حالة لشكوى "الرائحة الكريهة" أو "الحكة والحرقة" أو "الألم الحوضي".

كانت المراجعة الروتينية لإجراء لطاخة أشيع في فئة "الولادات القيصرية والمهبلية". أي عدم وجود أي شكوى

الجدول (١٩) يبين الشكوى الأساسية لدى السيدات في مجموعة الولادات حسب نمط الولادة

ولادات قيصرية ومهبلية (n=١٧)	ولادات قيصرية فقط (n=١٦)	ولادات مهبلية فقط (n=٩٥)	
٥ (٢٩.٤١%)	١٤ (٨٧.٥%)	٤٣ (٤٥.٢٦%)	مفرزات
٢ (١١.٧٦%)	٠ (-)	٥ (٥.٢٦%)	رائحة كريهة
١ (٥.٨٨%)	٠ (-)	٦ (٦.٣٢%)	حكة وحرقة
٢ (١١.٧٦%)	٠ (-)	١٨ (١٨.٩٥%)	ألم حوضي
٢ (١١.٧٦%)	١ (٦.٢٥%)	١٤ (١٤.٧٤%)	نزف بعد جماع
٠ (-)	٠ (-)	١ (١.٠٥%)	أعراض بولية
٥ (٢٩.٤١%)	١ (٦.٢٥%)	٨ (٨.٤٢%)	لا شكوى

أما في مجموعة عديمات الولادة فقد كانت المفرزات المهبلية هي الأشيع أيضاً، وسجلت المراجعة الروتينية (أي دون وجود أي شكوى) في ١٤.٨١% من فئة وجود قصة عقم، الجدول (٢٠).

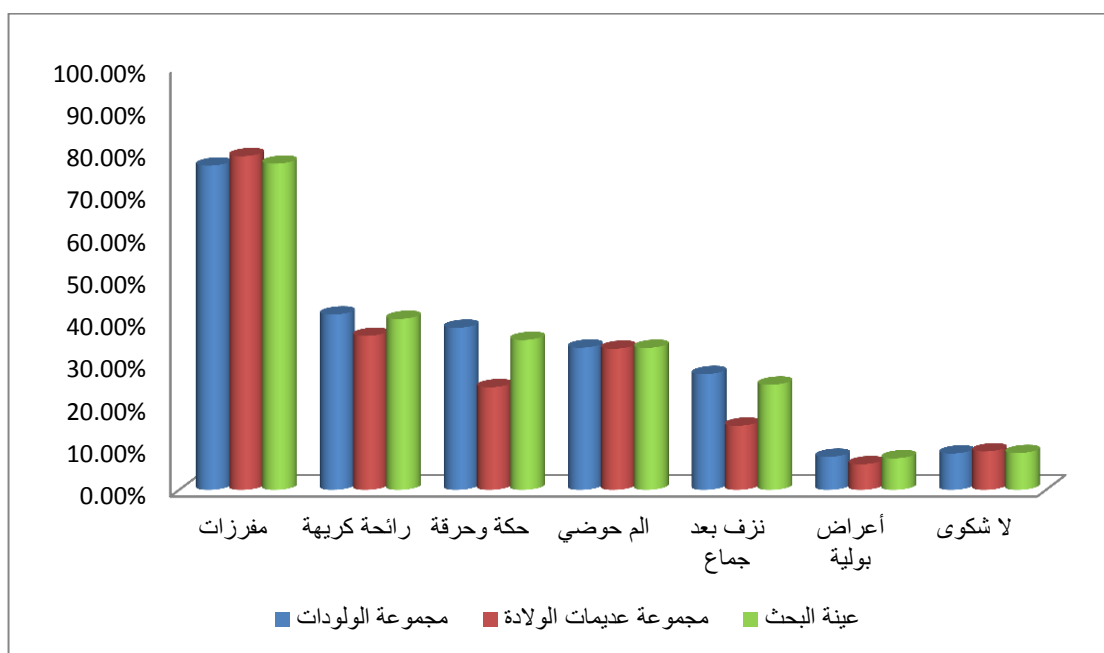
الجدول (٢٠) يبين الشكوى الأساسية لدى السيدات في مجموعة عديمات الولادة وفق وجود قصة عقم

بدون قصة عقم (n=٦)	مع قصة عقم (n=٢٧)	
٣ (٥٠%)	١٥ (٥٥.٥٦%)	مفرزات
١ (١٦.٦٧%)	٢ (٧.٤١%)	رائحة كريهة
٠ (-)	٢ (٧.٤١%)	حكة وحرقة
١ (١٦.٦٧%)	١ (٣.٧%)	ألم حوضي
١ (١٦.٦٧%)	٣ (١١.١١%)	نزف بعد جماع
٠ (-)	٠ (-)	أعراض بولية
٠ (-)	٤ (١٤.٨١%)	لا شكوى

يبين الجدول (٢١) الشكاوى السريرية لدى المريضات مع العلم أن بعضهن كان لديها أكثر من شكاوى. وقد كانت الشكاوى متقاربة بين المجموعتين مع تسجيل نسبة مئوية أعلى لكل من "الحكة والحرقة" و "النزف بعد الجماع" في مجموعة الولادات دون وجود فروق ذات أهمية لذلك.

الجدول (٢١) يبين الشكاوى السريرية لدى السيدات في عينة البحث

	مجموعة الولادات		مجموعة عديمات الولادة		العينة كاملة	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
مفرزات	٩٨	%٧٦.٥٦	٢٦	%٧٨.٧٩	١٢٤	%٧٧.٠٢
رائحة كريهة	٥٣	%٤١.٤١	١٢	%٣٦.٣٦	٦٥	%٤٠.٣٧
حكة وحرقة	٤٩	%٣٨.٢٨	٨	%٢٤.٢٤	٥٧	%٣٥.٤
ألم حوضي	٤٣	%٣٣.٥٩	١١	%٣٣.٣٣	٥٤	%٣٣.٥٤
نزف بعد جماع	٣٥	%٢٧.٣٤	٥	%١٥.١٥	٤٠	%٢٤.٨٤
أعراض بولية	١٠	%٧.٨١	٢	%٦.٠٦	١٢	%٧.٤٥
لا شكاوى	١١	%٨.٥٩	٣	%٩.٠٩	١٤	%٨.٧



المخطط (١٢) يبين مقارنة النسب المئوية للشكاوى السريرية لدى السيدات في عينة البحث

أما استقصاء الشكاوى السريرية في الفئات الفرعية فقد تم استعراضه في الجدولين (٢٢)، و (٢٣). نجد في مجموعة الولادات أن فئة "ولادات قيصرية و مهبلية" كان لديها نسبة مئوية أقل

لكل من "المفرزات" و "رائحة كريهة" و "حكة وحرقة" و "ألم حوضي". بينما كانت المراجعة الروتينية (أي دون وجود أي شكوى) أعلى لديها مقارنة بباقي الفئات.

أما في مجموعة عديمات الولادة فقد كان فئة "مع وجود قصة عقم" لديها معدل أعلى لكل من: "المفرزات" و "الحكة والحرقة" كما كانت المراجعة الروتينية أعلى في هذه الفئة مقارنة مع فئة "بدون قصة عقم" والتي كانت صغيرة الحجم (٦ حالات فقط).

الجدول (٢٢) يبين الشكاوى السريرية لدى السيدات في مجموعة الولادات حسب نمط الولادة

ولادات قيصرية فقط (n=١٦)	ولادات قيصريّة ومهبلية (n=١٧)	ولادات مهبلية فقط (n=٩٥)	
١٤ (٨٧.٥%)	١٠ (٥٨.٨٢%)	٧٤ (٧٧.٨٩%)	مفرزات
٩ (٥٦.٢٥%)	٤ (٢٣.٥٣%)	٤٠ (٤٢.١١%)	رائحة كريهة
٦ (٣٧.٥%)	٥ (٢٩.٤١%)	٣٨ (٤٠%)	حكة وحرقة
٣ (١٨.٧٥%)	٣ (١٧.٦٥%)	٣٧ (٣٨.٩٥%)	ألم حوضي
٣ (١٨.٧٥%)	٤ (٢٣.٥٣%)	٢٨ (٢٩.٤٧%)	نزف بعد جماع
٠ (-)	١ (٥.٨٨%)	٩ (٩.٤٧%)	أعراض بولية
١ (٦.٢٥%)	٥ (٢٩.٤١%)	٥ (٥.٢٦%)	لا شكوى

الجدول (٢٣) يبين الشكاوى السريرية لدى السيدات في مجموعة عديمات الولادة حسب وجود قصة عقم

بدون قصة عقم (n=٦)	مع قصة عقم (n=٢٧)	
٤ (٦٦.٦٧%)	٢٢ (٨١.٤٨%)	مفرزات
٢ (٣٣.٣٣%)	١٠ (٣٧.٠٤%)	رائحة كريهة
١ (١٦.٦٧%)	٧ (٢٥.٩٣%)	حكة وحرقة
٢ (٣٣.٣٣%)	٩ (٣٣.٣٣%)	ألم حوضي
١ (١٦.٦٧%)	٤ (١٤.٨١%)	نزف بعد جماع
٠ (-)	٢ (٧.٤١%)	أعراض بولية
٠ (-)	٣ (١١.١١%)	لا شكوى

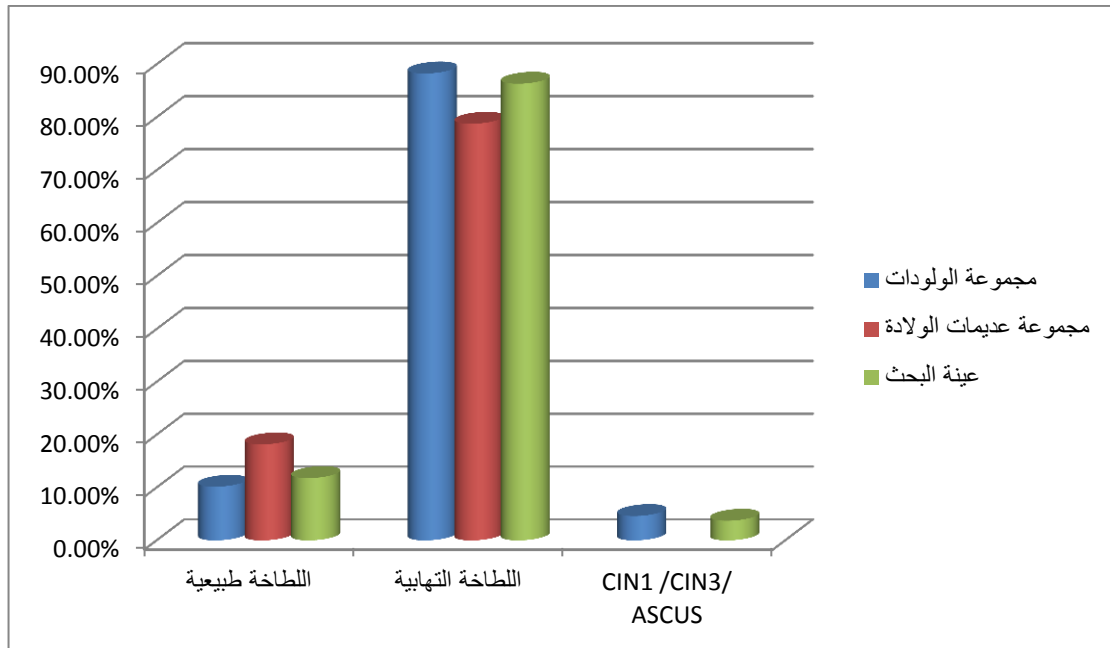
الاستقصاء عن نتيجة اللطاخة لدى المريضات في عينة البحث:

يبين الجدول (٢٤) النتائج المسجلة وفق تقارير التشريح المرضي، وقد كانت بعض اللطاخات تحوي آفتين مرضيتين.

كان توارد اللطاخات الالتهابية أعلى في مجموعة الولادات مقارنة بمجموعة عديمات الولادة ولكن لم يظهر التحليل الإحصائي أهمية لهذا الفرق مع تسجيل قيمة لمستوى الدلالة تبلغ ٠.١، ويبين المخطط (١٣) مقارنة النسب المئوية للطاخة الالتهابية والطبيعية بين المجموعات في عينة البحث.

الجدول (٢٤) يبين نتيجة اللطاخة لدى السيدات في عينة البحث

نتيجة اللطاخة	الولادات	عديمة الولادة	العينة
لطاخة طبيعية	١٣ (١٠.١٦%)	٦ (١٨.١٨%)	١٩ (١١.٨%)
لطاخة نزفية	١ (٠.٧٨%)	١ (٣.٠٣%)	٢ (١.٢٤%)
لطاخة التهابية	١١٣ (٨٨.٢٨%)	٢٦ (٧٨.٧٩%)	١٣٩ (٨٦.٣٤%)
CIN ١	٤ (٣.١٣%)	—	٤ (٢.٤٨%)
CIN ٣	١ (٠.٧٨%)	—	١ (٠.٦٢%)
ASCUS	١ (٠.٧٨%)	—	١ (٠.٦٢%)



المخطط (١٣) يبين مقارنة النسب المئوية لنتائج اللطاخات بين مجموعات البحث

لتحديد الآفات الالتهابية بشكل مفصل تم ابتداء الجدول (٢٥). نلاحظ من الجدول تقارب النسب المئوية للالتهابات الجرثومية بين المجموعتين مع زيادة شدة الالتهابات الجرثومية واللانوعية عند الولادات أكثر من عديمات الولادة دون فارق إحصائي. بينما كانت الالتهابات الفطرية أشيع لدى الولادات لكن العينة صغيرة.

وهنا ننوه مرة أخرى إلى المعايير التي تعتمد في قراءة اللطاخات :

الالتهابات الجرثومية :أهم ما يميزها وجود ١٠ كريات بيض عديدات نوى أو أكثر في اللطاخة وقد يرافق ذلك تغيرات ارتكاسية في الخلايا العنقية من ضخامة نواة وتفجى سيتوبلاسما وغيرها .

ويميز الالتهابات الجرثومية أن التغيرات الارتكاسية الخلوية تصيب غالباً الخلايا الأسطوانية .

وينظر إلى نسبة عدد الكريات البيض إلى عدد الخلايا العنقية في الساحة فإذا كانت أقل من الثلث اعتبر الالتهاب خفيفاً ، وإذا كانت بين الثلث والنصف اعتبر متوسطاً ، وإذا كانت أكثر من ثلثين اعتبر شديداً.

أما بالنسبة للالتهابات اللانوعية فالارتشاح الالتهابي لا يقتصر على عديدات النوى فقد تتواجد حامضات وغيرها من الكريات مما يجعلها لا نوعية ، إضافة إلى وجود مظاهر ارتكاسية خلوية دون وجود ما يشير إلى التهاب جرثومي محدد (المظاهر الارتكاسية المميزة في الالتهاب بالكلاميديا أو الشعيات ..)

كما لاتختص المظاهر الارتكاسية بالخلايا الأسطوانية وإنما معممة وغير منتقاة .

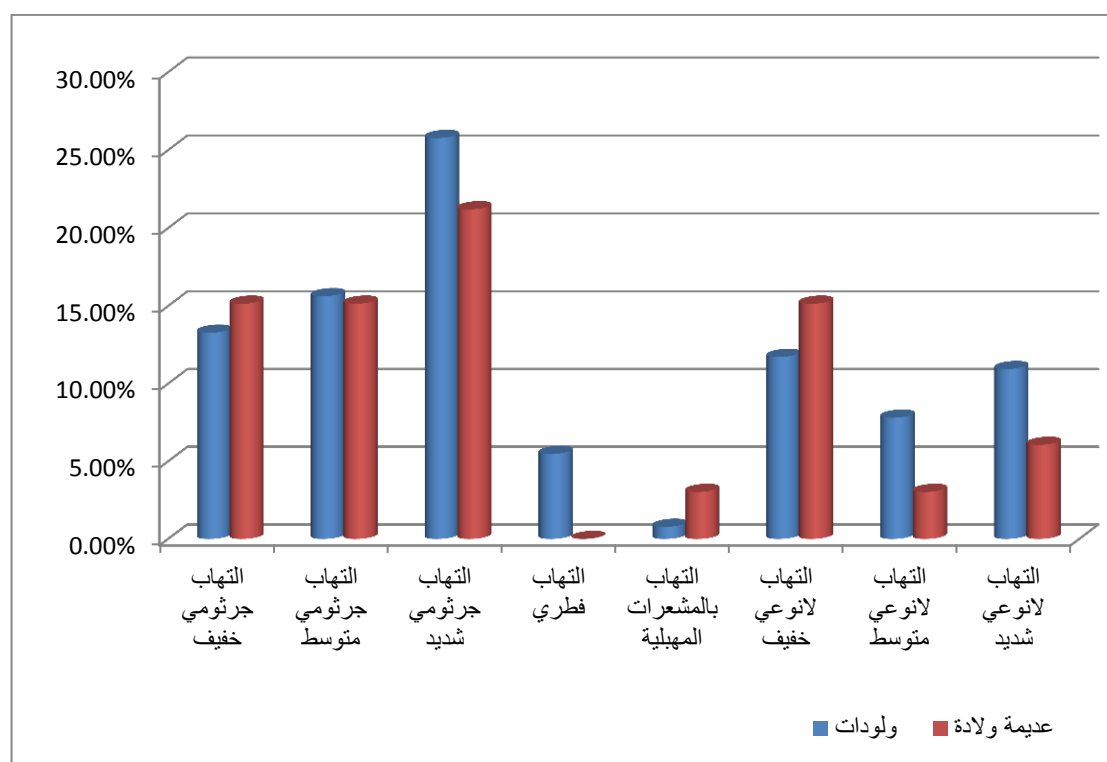
وبسبب تنوع المظاهر الالتهابية وأشكال الكريات البيض في الالتهابات اللانوعية ، يُنظر إلى نسبة الخلايا الالتهابية المرتكسة إلى نسبة الخلايا العنقية أكثر من نسبة الكريات البيض إلى نسبة الخلايا العنقية ، فإذا كانت أقل من الثلث اعتبر خفيفاً وإذا كانت بين الثلث والنصف اعتبر متوسطاً وإذا كانت أكثر من الثلثين اعتبر شديداً.

وقد ذكرنا من قبل مشاهدة خيوط الفطور بلون محب للأبوزين في الالتهابات الفطرية.

وذكرنا أيضاً أن البقع الالتهابية في الالتهابات بالمشعرات المهبليّة تتميز بنقط حمراء متعددة وكل منها هي قمة وعاء شعري تحت الظهارة تصل للسطح، كما أن التغيرات الخلوية الارتكاسية تنتقي الخلايا الشائكة.

الجدول (٢٥) يبين أنماط الآفات الالتهابية لدى السيدات في عينة البحث

نتيجة اللطاخة	الولادات	عديمة الولادة	العينة
التهاب جرثومي خفيف	١٧ (١٣.٢٨%)	٥ (١٥.١٥%)	٢٢ (١٣.٦٦%)
التهاب جرثومي متوسط	٢٠ (١٥.٦٣%)	٥ (١٥.١٥%)	٢٥ (١٥.٥٣%)
التهاب جرثومي شديد	٣٣ (٢٥.٧٨%)	٧ (٢١.٢١%)	٤٠ (٢٤.٨٤%)
التهاب فطري	٧ (٥.٤٧%)	—	٧ (٤.٣٥%)
التهاب بالمشعرات المهبليّة	١ (٠.٧٨%)	١ (٣.٠٣%)	٢ (١.٢٤%)
التهاب لانوعي خفيف	١٥ (١١.٧٢%)	٥ (١٥.١٥%)	٢٠ (١٢.٤٢%)
التهاب لانوعي متوسط	١٠ (٧.٨١%)	١ (٣.٠٣%)	١١ (٦.٨٣%)
التهاب لانوعي شديد	١٤ (١٠.٩٤%)	٢ (٦.٠٦%)	١٦ (٩.٩٤%)
ديدان	١ (٠.٧٨%)	—	١ (٠.٦٢%)

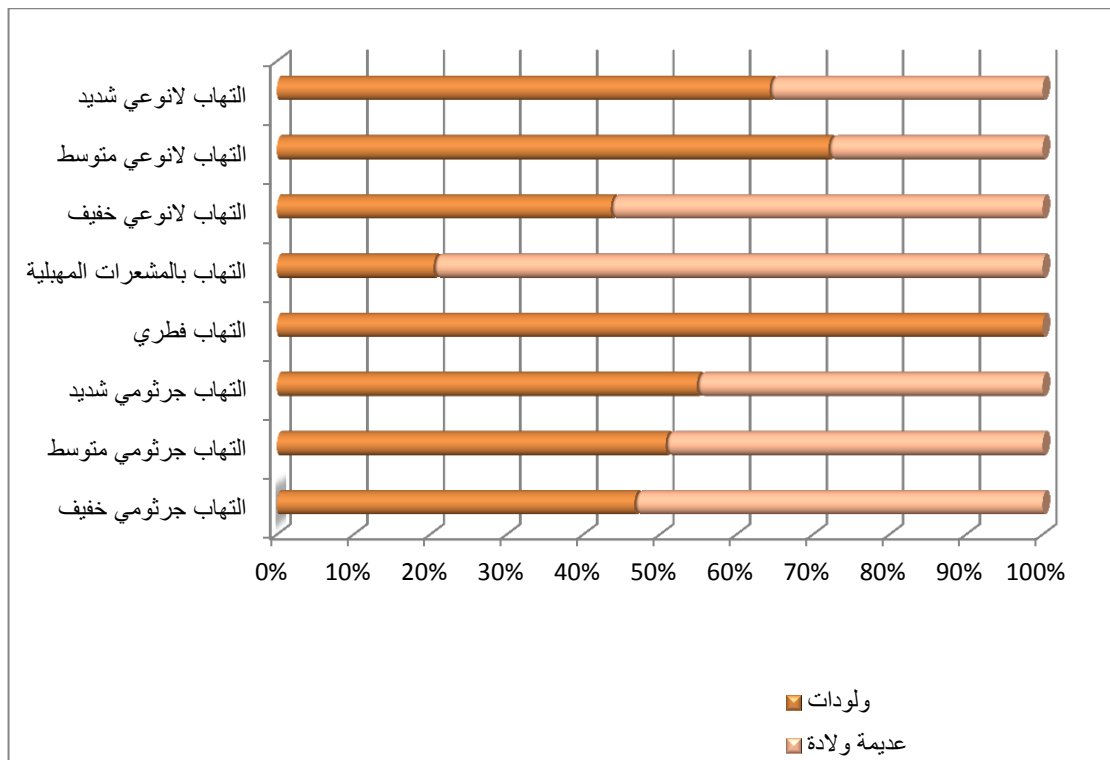


المخطط (١٤) يبين مقارنة النسب المئوية لأنماط الالتهابات بين مجموعتي البحث

وعند مقارنة نتائج اللطاخة الالتهابية والاستقصاء عن الحالة التوليدية يظهر لنا أن الالتهابات الفطرية كانت عند الولادات فقط في دراستنا، لكن العينة صغيرة.

الجدول (٢٦) يبين أنماط الآفات الالتهابية وارتباطها بالحالة التوليدية

نتيجة اللطاخة	الولادات	عديمة الولادة
التهاب جرثومي خفيف	١٧ (٧٧.٢٧%)	٥ (٢٢.٧٣%)
التهاب جرثومي متوسط	٢٠ (٨٠%)	٥ (٢٠%)
التهاب جرثومي شديد	٣٣ (٨٢.٥%)	٧ (١٧.٥%)
التهاب فطري	٧ (١٠٠%)	–
التهاب بالمشعرات المهبلية	١ (٥٠%)	١ (٥٠%)
التهاب لانوعي خفيف	١٥ (٧٥%)	٥ (٢٥%)
التهاب لانوعي متوسط	١٠ (٩٠.٩%)	١ (٩.١%)
التهاب لانوعي شديد	١٤ (٨٧.٥%)	٢ (١٢.٥%)
ديدان	١ (١٠٠%)	–



المخطط (١٥) يبين مقارنة نتائج اللطاخة الالتهابية و الحالة التوليدية

الاستقصاء عن علاقة عمر السيدة مع التهاب عنق الرحم:

تم تحديد علاقة نتيجة اللطاخة مع عمر السيدة وفق فئات عمرية محددة وفق الجدول (٢٧).
نلاحظ من الجدول أن الالتهاب الجرثومي الشديد أشيع لدى السيدات بأعمار متقدمة، بشكل مغاير للالتهاب اللانوعي الشديد.

الجدول (٢٧) يبين نتيجة اللطاخة حسب عمر السيدة في عينة البحث

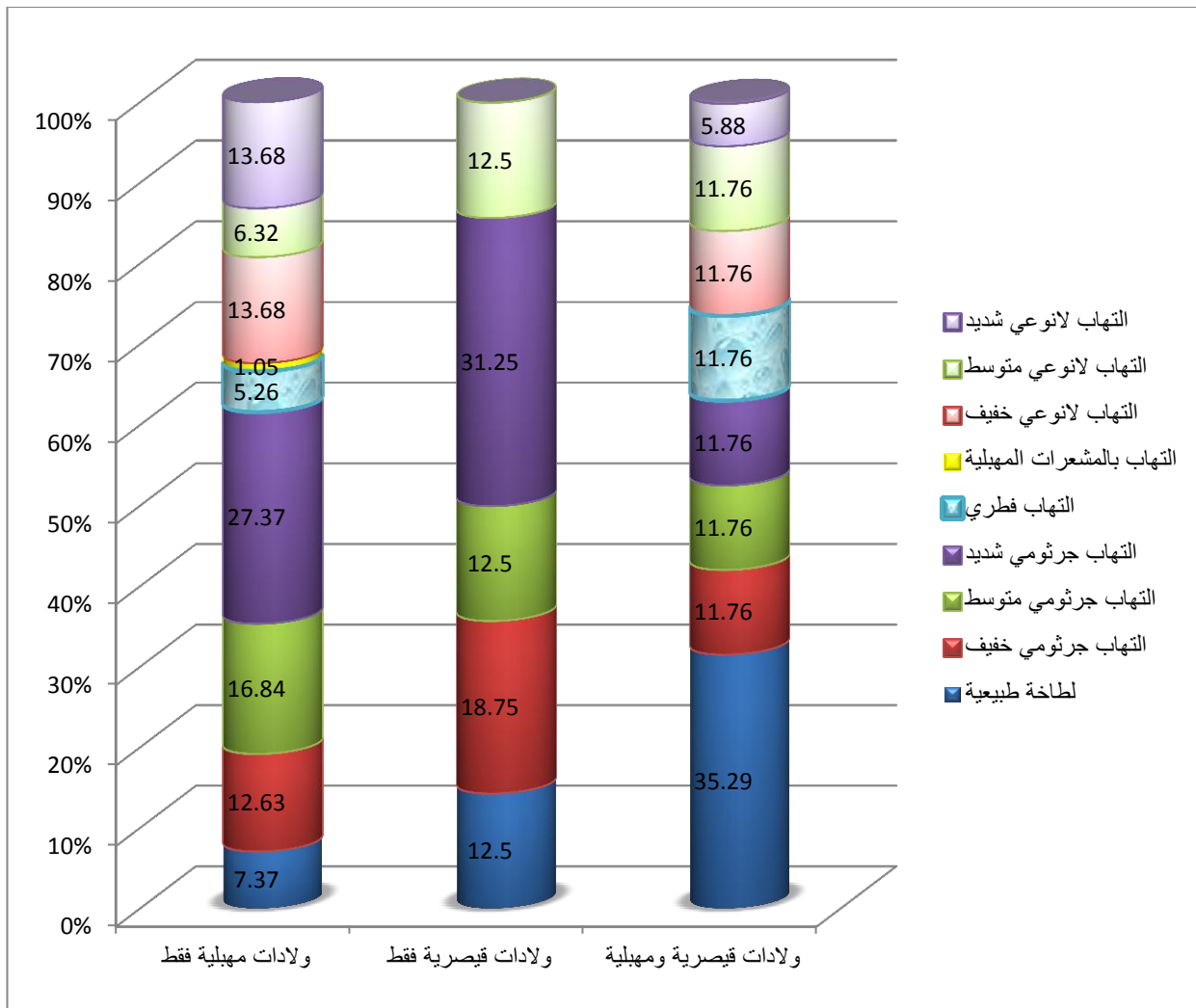
نتيجة اللطاخة	٢٠ > سنة (n=٦)	٢٠ - ٢٩ سنة (n=٤٥)	٣٠-٣٩ سنة (n=٥٣)	٤٠ ≤ سنة (n= ٥٧)
لطاخة طبيعية	١ (١٦.٦٧%)	٤ (٨.٨٩%)	٧ (١٣.٢١%)	٧ (١٢.٢٨%)
لطاخة نزفية	-	-	١ (١.٨٩%)	١ (١.٧٥%)
التهاب جرثومي خفيف	١ (١٦.٦٧%)	٦ (١٣.٣٣%)	١٠ (١٨.٨٧%)	٥ (٨.٧٧%)
التهاب جرثومي متوسط	١ (١٦.٦٧%)	٨ (١٧.٧٨%)	١٠ (١٨.٨٧%)	٦ (١٠.٥٣%)
التهاب جرثومي شديد	١ (١٦.٦٧%)	٩ (٢٠%)	١٠ (١٨.٨٧%)	٢٠ (٣٥.٠٩%)
التهاب فطري	-	٣ (٦.٦٧%)	١ (١.٨٩%)	٣ (٥.٢٦%)
التهاب بالمشعرات المهبليّة	-	-	١ (١.٨٩%)	١ (١.٧٥%)
التهاب لانوعي خفيف	١ (١٦.٦٧%)	٧ (١٥.٥٦%)	٤ (٧.٥٥%)	٨ (١٤.٠٤%)
التهاب لانوعي متوسط	١ (١٦.٦٧%)	٦ (١٣.٣٣%)	٢ (٣.٧٧%)	٢ (٣.٥١%)
التهاب لانوعي شديد	-	٥ (١١.١١%)	٧ (١٣.٢١%)	٤ (٧.٠٢%)
ديدان	-	١ (٢.٢٢%)	-	-
CIN ١	-	٢ (٤.٤٤%)	-	٢ (٣.٥١%)
CIN ٣	-	-	-	١ (١.٧٥%)
ASCUS	-	-	-	١ (١.٧٥%)

الاستقصاء عن علاقة نمط الولادات السابقة بالتهاب عنق الرحم:

تم تحديد نتيجة اللطاخة في مجموعة الولادات وفق نمط الولادات السابقة في الجدول (٢٨). حيث نلاحظ أن اللطاخة الطبيعية كانت أشيع في فئة ولادات قيصرية ومهبلية ربما لكثرة المراجعة الروتينية لديها كما نلاحظ أن الالتهابات اللانوعية كانت أشيع في حالة الولادات المهبلية.

الجدول (٢٨) يبين نتيجة اللطاخة حسب نمط الولادات السابقة في مجموعة الولادات

نتيجة اللطاخة	ولادات مهبلية فقط (n=٩٥)	ولادات قيصرية فقط (n=١٦)	ولادات قيصرية ومهبلية (n=١٧)
لطاخة طبيعية	٧ (٧.٣٧%)	٢ (١٢.٥%)	٦ (٣٥.٢٩%)
لطاخة نزفية	—	١ (٦.٢٥%)	—
التهاب جرثومي خفيف	١٢ (١٢.٦٣%)	٣ (١٨.٧٥%)	٢ (١١.٧٦%)
التهاب جرثومي متوسط	١٦ (١٦.٨٤%)	٢ (١٢.٥%)	٢ (١١.٧٦%)
التهاب جرثومي شديد	٢٦ (٢٧.٣٧%)	٥ (٣١.٢٥%)	٢ (١١.٧٦%)
التهاب فطري	٥ (٥.٢٦%)	—	٢ (١١.٧٦%)
التهاب بالمشعرات المهبلية	١ (١.٠٥%)	—	—
التهاب لانوعي خفيف	١٣ (١٣.٦٨%)	—	٢ (١١.٧٦%)
التهاب لانوعي متوسط	٦ (٦.٣٢%)	٢ (١٢.٥%)	٢ (١١.٧٦%)
التهاب لانوعي شديد	١٣ (١٣.٦٨%)	—	١ (٥.٨٨%)
ديدان	—	١ (٦.٢٥%)	—
CIN ١	١ (١.٠٥%)	—	٣ (١٧.٦٥%)
CIN ٣	—	١ (٦.٢٥%)	—
ASCUS	—	—	١ (٥.٨٨%)

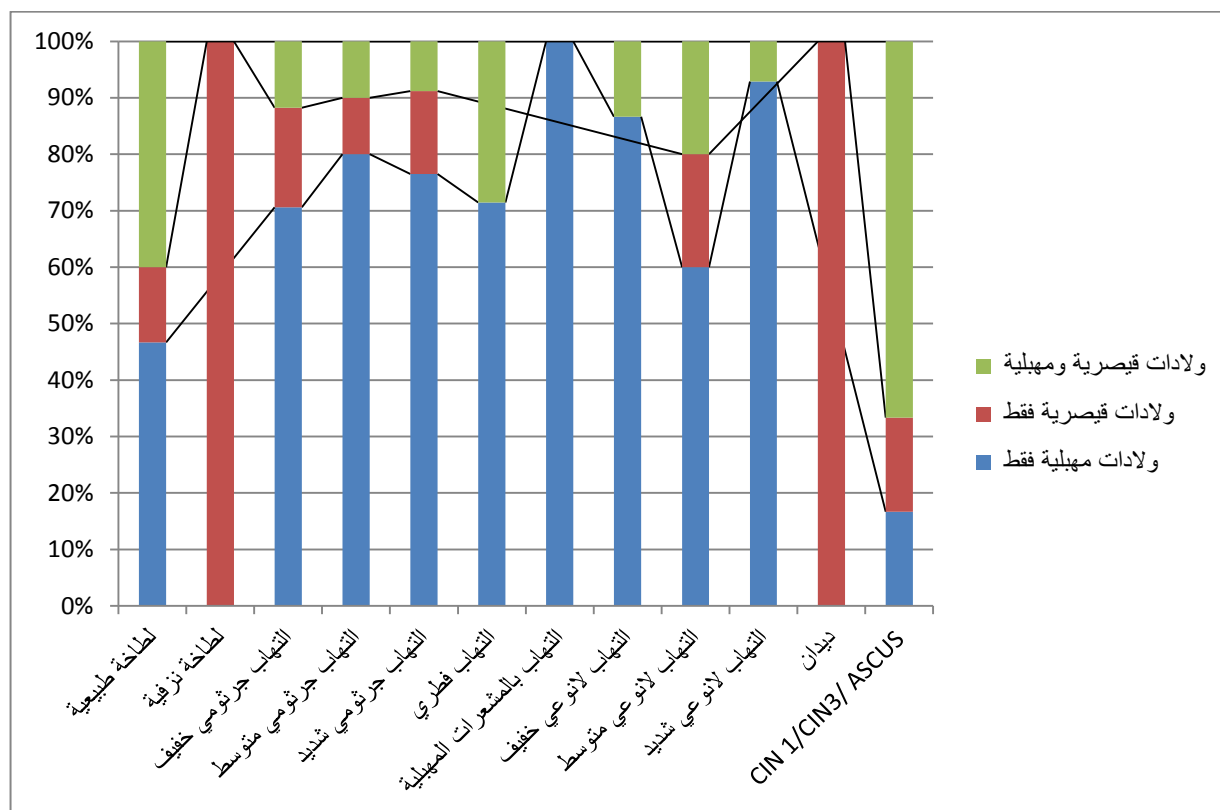


المخطط (١٦) يبين مقارنة النسب المئوية لنتيجة اللطاخة حسب نمط الولادات السابقة

لكن عند مقارنة نتائج اللطاخة والاستقصاء عن نمط الولادات كما يظهر في الجدول (٢٩) نلاحظ أن اللطاخة الالتهابية تميل للانتشار عند الولادات ولادة مهبلية ، وخاصة الالتهابات الالتهابية والفطرية ، لكن لا نستطيع أن نعتبر أن اللطاخة الطبيعية تتوزع بشكل شبه متساوي بين مجموعات أنماط الولادة من هذا المخطط لأننا ننظر لللطاخة الطبيعية ونربطها بالحالة التوليدية في الوقت الذي لدينا مجموعة الولادات ولادة المهبلية ذو عدد أكبر من الولادات ولادة قيصرية.

الجدول (٢٩) يبين الحالة التوليدية لكل نتيجة لطاخة في مجموعة الولادات

CIN ^١ /CIN ^٣ / ASCUS	ديكان	التهاب لاثوعي شديد	التهاب لاثوعي متوسط	التهاب لاثوعي خفيف	التهاب بالمشعرات المهبلية	التهاب فطري	التهاب جرثومي شديد	التهاب جرثومي متوسط	التهاب جرثومي خفيف	نزفية	طبيعية	
١ %١٦.٦٦		١٣ %٩٢.٨٦	٦ %٨٠	١٣ %٨٦.٦٦	١	٥ %٧١.٤٢	٢٦ %٧٦.٤٧	١٦ %٨٠	١٢ %٧٠.٥٨		٧ %٤٦.٦٦	مهبلية فقط
١ %١٦.٦٦	١		٢ %١٠				٥ %١٤.٧	٢ %١٠	٣ %١٧.٦٤	١	٢ %١٣.٣٣	قيصرية فقط
٤ %٦٦.٦٦		١ %٧.١٤	٢ %١٠	٢ %١٣.٣٣		٢ %٢٨.٥٨	٣ %٨.٨٢	٢ %١٠	٢ %١١.٧٦		٦ %٤٠	قيصرية ومهبلية



المخطط (١٧) يبين مقارنة النسب المئوية للحالة التوليدية حسب نتيجة اللطاخة

الاستقصاء عن علاقة عدد الولادات السابقة مع التهاب عنق الرحم:

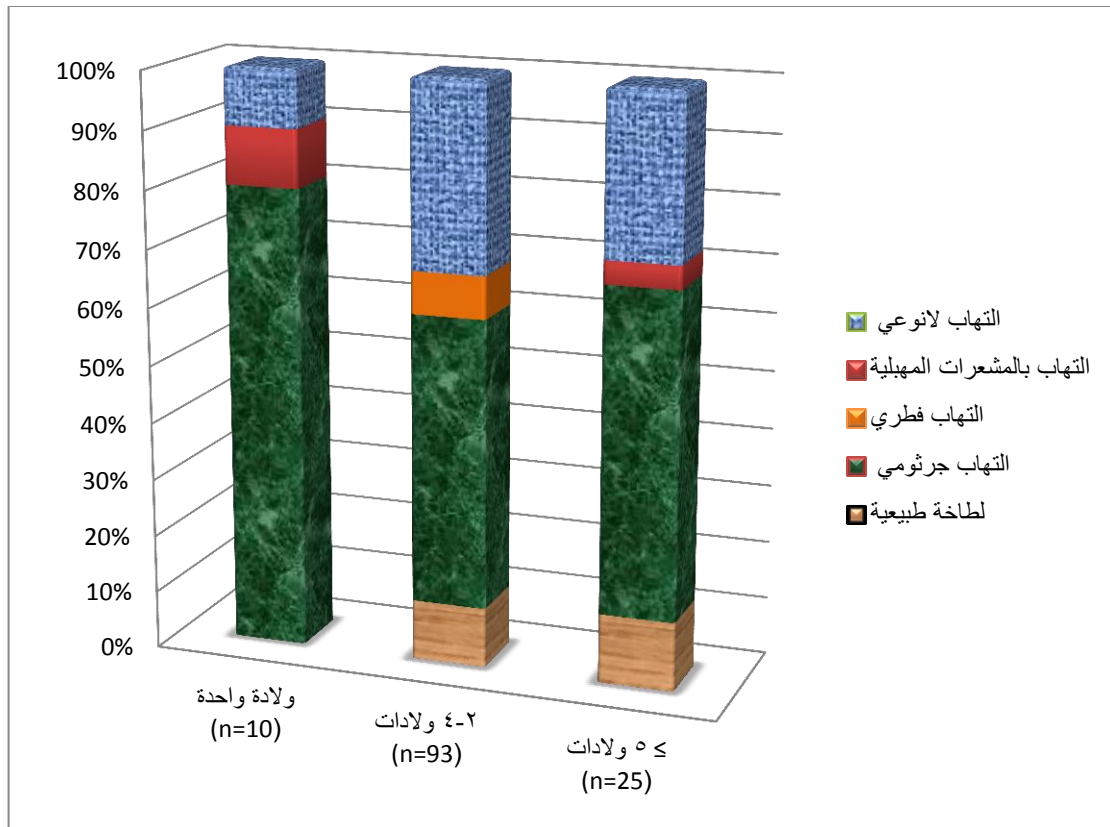
يبين الجدول (٣٠) نتائج الاستقصاء عن علاقة عدد الولادات السابقة مع نمط التهاب عنق الرحم في مجموعة الولادات. نجد من الجدول (٣٠) أن الالتهابات الجرثومية تزداد في الولادات الأقل.

وتزداد فرصة أن يكون الالتهاب الجرثومي خفيف وتقل فرصة أن يكون شديد بزيادة عدد الولادات. بينما الالتهابات اللانوعية أشيع في حالة تعدد الولادات.

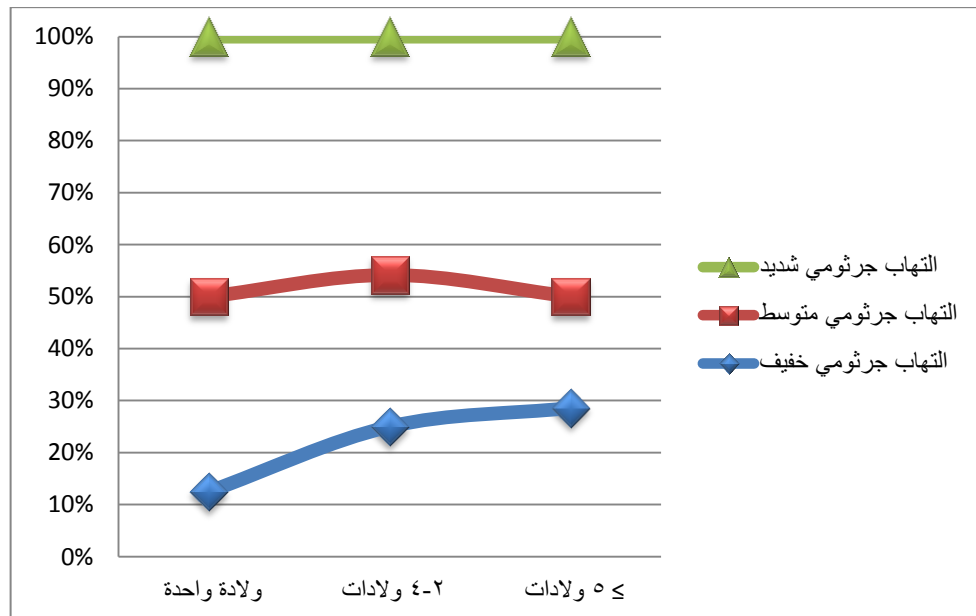
كانت الالتهابات الفطرية أشيع لدى السيدات بين ٢-٤ ولادات.

الجدول (٣٠) يبين نتيجة اللطاخة حسب عدد الولادات السابقة في مجموعة الولادات

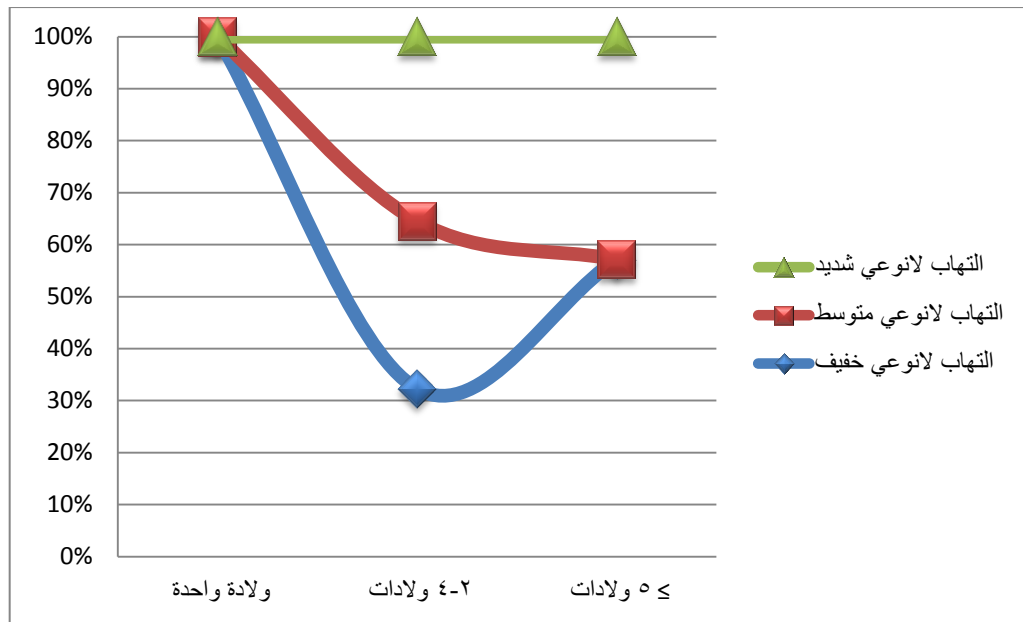
نتيجة اللطاخة	ولادة واحدة (n=١٠)	٢-٤ ولادات (n=٩٣)	٥ ولادات (n=٢٥)
لطاخة طبيعية	-	١٠ (١٠.٧٥%)	٣ (١٢%)
لطاخة نزفية	-	١ (١.٠٨%)	-
التهاب جرثومي خفيف	١ (١٠%)	١٢ (١٢.٩%)	٤ (١٦%)
التهاب جرثومي متوسط	٣ (٣٠%)	١٤ (١٥.٠٥%)	٣ (١٢%)
التهاب جرثومي شديد	٤ (٤٠%)	٢٢ (٢٣.٦٦%)	٧ (٢٨%)
التهاب فطري	-	٧ (٧.٥٣%)	-
التهاب بالمشعرات المهبليّة	-	-	١ (٤%)
التهاب لانهوي خفيف	١ (١٠%)	١٠ (١٠.٧٥%)	٤ (١٦%)
التهاب لانهوي متوسط	-	١٠ (١٠.٧٥%)	-
التهاب لانهوي شديد	-	١١ (١١.٨٣%)	٣ (١٢%)
ديدان	-	١ (١.٠٨%)	-
CIN ١	١ (١٠%)	٢ (٢.١٥%)	١ (٤%)
CIN ٣	١ (١٠%)	-	-
ASCUS	-	١ (١.٠٨%)	-



المخطط (١٨) يبين مقارنة النسب المئوية لنتائج اللطاخة حسب عدد الولادات



المخطط (١٩) يبين مقارنة شدة الالتهاب الجرثومي مع عدد الولادات



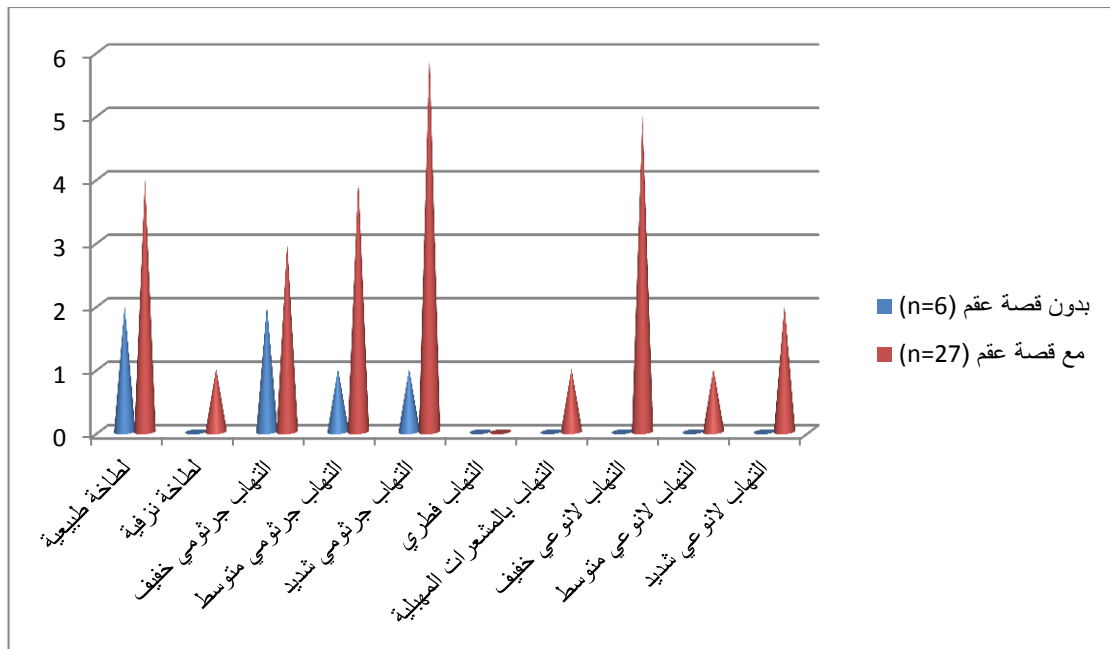
المخطط (٢٠) يبين مقارنة شدة الالتهاب اللانهوي مع عدد الولادات

الاستقصاء عن علاقة وجود عقم لدى السيدات مع التهاب عنق الرحم:

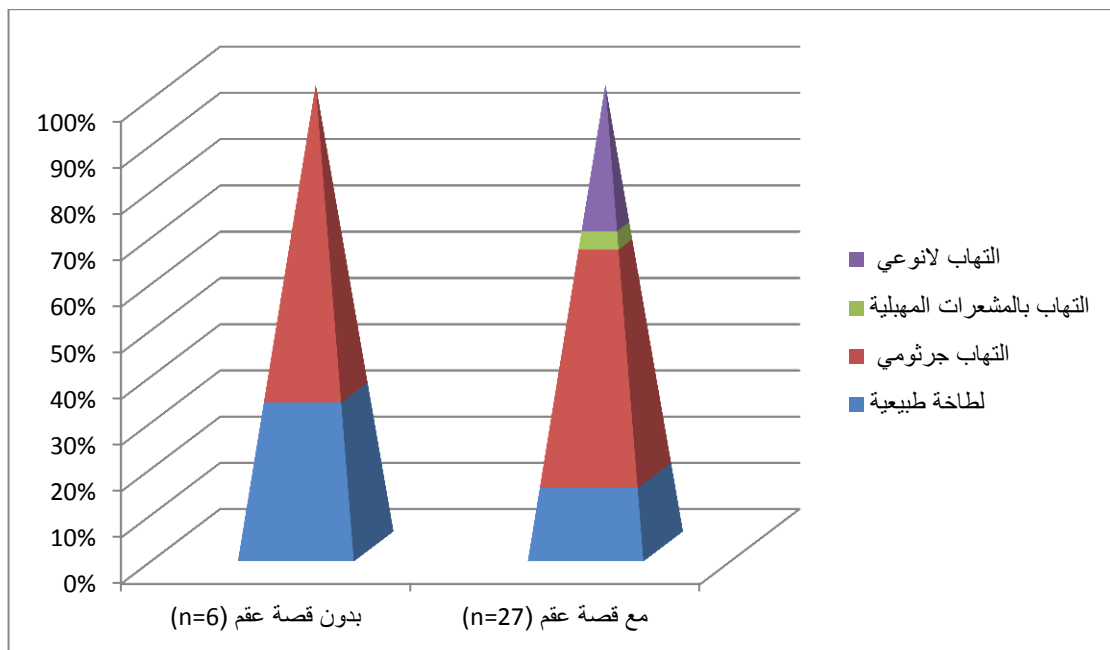
إن السيدات عديمات الولادة تم تقسيمهن إلى فئتين: سيدات مع وجود قصة عقم، وسيدات دون قصة عقم وبين الجدول (٣١) النتائج المسجلة وكانت اللطاخة طبيعية بنسبة أعلى في فئة السيدات بدون عقم. أما بالنسبة لالتهابات عنق الرحم الجرثومية فقد كان معدل الالتهاب الخفيف أعلى لدى السيدات بدون قصة عقم بينما كان الالتهاب الشديد أعلى في فئة وجود قصة عقم.

الجدول (٣١) يبين نتيجة اللطاخة حسب حالة وجود حالة عقم لدى السيدات في مجموعة عديمات الولادة

نتيجة اللطاخة	بدون قصة عقم (n=٦)	مع قصة عقم (n=٢٧)
لطاخة طبيعية	٢ (٣٣.٣٣%)	٤ (١٤.٨١%)
لطاخة نزفية	—	١ (٣.٧%)
التهاب جرثومي خفيف	٢ (٣٣.٣٣%)	٣ (١١.١١%)
التهاب جرثومي متوسط	١ (١٦.٦٧%)	٤ (١٤.٨١%)
التهاب جرثومي شديد	١ (١٦.٦٧%)	٦ (٢٢.٢٢%)
التهاب فطري	—	—
التهاب بالمشعرات المهبليّة	—	١ (٣.٧%)
التهاب لانوعي خفيف	—	٥ (١٨.٥٢%)
التهاب لانوعي متوسط	—	١ (٣.٧%)
التهاب لانوعي شديد	—	٢ (٧.٤١%)
ديدان	—	—
CIN ١	—	—
CIN ٣	—	—
ASCUS	—	—



المخطط (٢١) يبين مقارنة وجود قصة عقم حسب نتائج اللطاخة لدى السيدات في مجموعة عديمات الولادة



المخطط (٢٢) يبين توزيع النسب المئوية لنتائج اللطاخات حسب حالة وجود حالة عقم لدى السيدات في مجموعة عديمات الولادة

ملخص النتائج

١. اشتملت الدراسة على ١٦١ سيدة .. قسمت لمجموعتين: ولادات (٧٩.٥%) وعديمات ولادة (٢٠.٥%).

توافقت المجموعتين من حيث العمر والعمر عند الزواج أي عدد سنوات النشاط الجنسي. بلغ المتوسط الحسابي لعدد الولادات السابقة ٣.١٩ ولادة في مجموعة الولادات، مع مجال يتراوح بين ١-٩ ولادات. وكانت موزعة كالتالي: مهبلية فقط ٧٤.٢٢% ، قيصرية فقط ١٢.٥% ، مهبلية وقيصرية ١٣.٢٨%.

٢. انتشار التدخين لدى العينة بلغ ١١% فقط ، وكان التدخين أشيع في فئة عديمات الولادة.

وكانت نسبة الإصابة باللطاخات الشاذة ASCUS /CIN٣/ CIN١ أشيع عند المدخنات بينما تشابهت نسب اللطاخات الطبيعية والالتهابية بين المدخنات وغير المدخنات.

٣. تواجد السكري عند ٣ سيدات فقط وكانت نتائج لطاخن طبيعياً، وكذلك ارتفاع الضغط الشرياني تواجد عند سيدة واحدة فقط وكانت نتيجة لطاخن طبيعياً.

٤. تواجدت ٧ سيدات فقط ذو أكثر من شريك جنسي واحد (٦ سيدات بشريكين وسيدة ب ٣ شركاء) وشكلت ٤.٣٤% من عينة البحث وكانت جميع نتائج لطاخن التهابية .

٥. كانت ١٦.٧٦% من السيدات من مستخدمات اللولب في عينة البحث (٢١.٠٨% من مجموعة الولادات) وتوزعت بنسبة ٩.٣١% للمستخدمات الحاليات و ٧.٤٥% للمستخدمات السابقات ، وكانت جميع نتائج لطاخن مستخدمات اللولب حالياً التهابية بينما تشابهت نسب مستخدمات اللولب السابقة مع مجموعة غير المستخدمات إطلاقاً بل وزادت نسبة اللطاخ الطبيعية، وهذا يشير إلى أن فرصة الإصابة بالتهاب عنق الرحم عند مستخدمات اللولب تعود تماماً لقيمتها الطبيعية عند إزالة هذه اللولب.

٦. إن ٣٤.١٦% من عينة البحث كانت قد أجرت لطاخات سابقة ، لكن المريضات في مجموعة عديمات الولادة كان لديهن سوابق إجراء لطاخة بمعدلات أعلى من مجموعة الولودات وبفارق هام إحصائياً ($P=0.02$).

وكذلك عانت ٣٠.٤٣% من العينة من قصة نكس ، لكن نكس اللطاخة الالتهابية كان أعلى في مجموعة عديمات الولادة وبفارق هام عن مجموعة الولودات ($P<0.0005$).

٧. كانت الشكاوى الأساسية متقاربة بين المجموعتين من دون وجود فروق هامة. وقد شكلت المفرزات المهبلية الشكاية الأشيع في المجموعتين وبمعدل يقارب نصف الحالات. بينما شكلت المراجعة الروتينية ١١.١٨%.

٨. وقد كانت الشكاوى السريرية متقاربة بين المجموعتين مع تسجيل نسبة مئوية أعلى لكل من "الحكة والحرقة" و "النزف بعد الجماع" في مجموعة الولودات دون وجود فروق ذات أهمية لذلك.

و نجد في مجموعة الولودات أن فئة "ولادات قيصرية و مهبلية" كان لديها نسبة مئوية أقل لكل من "المفرزات" و "رائحة كريهة" و "حكة وحرقة" و "ألم حوضي". بينما كانت المراجعة الروتينية أعلى لديها (٢٩.٤١%) مقارنة بباقي الفئات (أقل من ٦.٥%)

أما في مجموعة عديمات الولادة فقد كان فئة "مع وجود قصة عقم" لديها معدل أعلى لكل من: "المفرزات" و "الحكة والحرقة" كما كانت المراجعة الروتينية أعلى في هذه الفئة (١١.١١%) مقارنة مع فئة "بدون قصة عقم" (ولا حالة) والتي كانت صغيرة الحجم (٦ حالات فقط).

الاستقصاء عن نتيجة اللطاخة

١. شكلت اللطاخة الالتهابية (٨٦.٣٤%) من النتائج في عينة البحث ، وكانت عند الولودات (٨٨.٢٨%) وعند عديمات الولادة (٧٨.٧٩%).

٢. توزعت نتائج اللطاخة بين التهابات جرثومية مختلفة الشدة و لانوعية مختلفة الشدة والتهابات فطرية وحالتي التهاب بالمشعرات المهبلية وحالة ديدان واحدة.

٣. كانت الالتهابات الفطرية عند الولادات فقط وشكلت (٥.٤٧%) من نتائج اللطاخات عند الولادات.

٤. تقاربت النسب المئوية للالتهابات الجرثومية بين المجموعتين مع زيادة شدة الالتهابات الجرثومية والالتهابات الفطرية عند الولادات أكثر من عديمات الولادة دون فارق إحصائي.

٥. لم تتأثر نتيجة اللطاخة التهابية أم طبيعية مع تقدم العمر لكن الالتهاب الجرثومي الشديد كان أشيع لدى السيدات بأعمار متقدمة، بشكل مغاير للالتهاب الالتهابي الشديد.

٦. اللطاخة الطبيعية كانت أشيع في فئة ولادات قيصرية ومهبلية (٣٥.٢٩%) مقارنة بالمهبلية فقط (٧.٣٧%) و القيصرية فقط (١٢.٥%)، ربما لكثرة المراجعة الروتينية لديها، كما نلاحظ أن الالتهابات الالتهابية كانت أشيع في حالة الولادات المهبلية.

٧. عند مقارنة علاقة عدد الولادات السابقة مع نمط التهاب عنق الرحم في مجموعة الولادات نجد أن الالتهابات الجرثومية تقل بعد ٥ ولادات وتزداد فرصة أن تكون خفيفة.

٨. في مجموعة عديمات الولادة كانت اللطاخة طبيعية بنسبة أعلى في فئة السيدات بدون عقم (٣٣.٣٣%) مقابل (١٤.٨١%) للسيدات مع قصة عقم.

أما بالنسبة للالتهابات عنق الرحم الجرثومية فقد كان معدل الالتهاب الخفيف أعلى لدى السيدات بدون قصة عقم بينما كان الالتهاب الشديد أعلى في فئة وجود قصة عقم.

مناقشة النتائج

إن لطاخة عنق الرحم هي من الإجراءات الأساسية في الرعاية الطبية الأولية المقدمة للسيدات في سن النشاط التناسلي، يعد كشف التبدلات الخبيثة في عنق الرحم الهدف الأساسي لها ولكنها تكشف أيضاً التبدلات الالتهابية المرافقة لسبببات مختلفة تصيب عنق الرحم.

إن تعدد الولادات والحديثية الخمجية المزمنة في عنق الرحم وبالتحديد الخمج بفيروس الحليمي البشري تعد عوامل مؤهبة لتطور خباثات عنق الرحم، وأجري هذا البحث لتحديد الترافق بين الحالة التوليدية السابقة للسيدة ونتيجة اللطاخة الالتهابية.

تعتبر الدراسة دراسة أولية Pilot Study فقد اشتملت على ١٦١ سيدة حققت شروط البحث (شروط الإدخال، الموافقة المستنيرة، القدرة على التواصل مع السيدة) من أصل جميع مراجعات عيادة تنظيم الأسرة في مشفى التوليد الجامعي خلال فترة الدراسة.

بينما اشتملت دراسة (Costa MOLP et al., ٢٠١٥) على ٥٢٥ سيدة برازيلية لمراجعات جميع المراكز الصحية النسائية في ولاية بيرنامبوكو البرازيلية.

في الوقت الذي اشتملت دراسة (Odigie B.E et al., ٢٠١٥) على ١١٨ سيدة فقط من ممارسات الجنس الإباحي فقط في إحدى المدن النيجيرية.

واشتملت دراسة (Das L et al., ٢٠١٥) على ١٥٠ سيدة هندية فقط من برامج المسح الدوري في إحدى المشافي الهندية الجامعية لمقارنة نتائج اللطاخة باستخدام التقنية المعروفة وتقنية جديدة تعتمد على فروق الخصائص التشاردية بين الخلايا الطبيعية و غير الطبيعية تسمى (Bioimpedance analysis) أو تحليل المعاوقة البيولوجية.

وأخيراً اشتملت دراسة (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥) على حوالي ٥٠٠٠ سيدة سعودية من نتائج لطاخات المسح الدوري في إحدى مشافي الرياض.

وتم تقسيم العينة في دراستنا إلى مجموعتين حسب الحالة التوليدية، كانت المجموعتين مضبوطتان من حيث العمر والعمر عند الزواج.

كانت اللطاخة التهابية في ٨٦.٣٤% من الحالات وهي أعلى من النتيجة في دراسات سابقة فقد بلغت ٤١% في دراسة شملت نتائج لطاخرات المسح الدوري في مشافي مدينة إيرزوروم التركية، (Isaoglu U et al., ٢٠١٥)،

وبلغت ٥٨.٥% من الحالات في دراسة اشتملت ٥٢٥ سيدة برازيلية (Costa MOLP et al., ٢٠١٥)،

بينما بلغت ١٨% في دراسة مسحية سعودية (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥)، وقد يعود ذلك إلى أن عينة هذا البحث هي سيدات مراجعات للمشفى وبالتالي يوجد شكاية ما على عكس الدراسات السابقة التي كانت ضمن برامج المسح الروتيني للسيدات.

إن الشكوى الأشيع لدى السيدات في عينة البحث هي المفرزات المهبلية، وكانت كل من الحكمة والحرقة والنزف بعد الجماع أشيع لدى الولادات ولكن دون فارق أهمية وهو ما ذكرته دراسة سابقة (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥).

إن عدم وجود شكوى على الإطلاق كان الأشيع في معظم الدراسات الأخرى ولكن السبب يعود إلى أنها دراسات مسحية أي سبب إجراء اللطاخة كان روتيني، ولم تقارن الشكوى بنتيجة اللطاخة، أما في دراستنا فشككت المراجعة الروتينية ١١.١٨%.

كانت اللطاخة التهابية لدى الولادات أكثر من عديمات الولادة ولكن دون فارق هام إحصائياً، وهو ما يبرره تغيرات مرافقة للتعرض الجنسي المديد أو الولادات على مستوى عنق الرحم أو المهبل والسماح بتطور الأخماج، وذلك بسبب مايتعرض له عنق الرحم من رضوض أثناء الولادة، كما أن الولادات تلعب دور في تبدل مخاطية وباهاء المهبل والتبدلات التشريحية المرافقة كالحقنات والتي تسمح باستمرار الحثثية الالتهابية ونكسها وبالتالي تعرض بيئة عنق الرحم بشكل متكرر أكثر للعضويات الممرضة، وقد سجلت دراسة سابقة أن الولادات كانت عامل خطر هام في ازدياد اللطاخرات الشاذة (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥).

كان الالتهاب الجرثومي في عينة دراستنا ٥٤% وهو مشابه للدراسات العالمية؛ واللائوعي ٤٧%. ففي دراسة Puran ورفاقه (٢٠١٤) في جنوب إفريقيا شكّل الخمج الجرثومي ٥٤% من الحالات بينما كانت الالتهاب لائوعياً في ٣٧.٨% من الحالات. أما الدراسة السعودية فقد سجلت الالتهاب الجرثومي بنسبة مئوية بلغت ٥٦%، (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥).

كان الالتهاب الجرثومي الشديد أشيع لدى الولادات، ضمن مجموعة الولادات كان الالتهاب الجرثومي مترافق مع عدد الولادات الأقل بينما كان الالتهاب اللائوعي أعلى لدى عديدات الولادة ويعود ذلك إلى طبيعة هذا الالتهاب المرافق لتبدلات موضعية مزمنة في العنق والبيئة المهبليّة، وفي مجموعة عديمات الولادة كانت اللطاخة الطبيعية أعلى لدى السيدات بدون قصة عقم، وهو ما يتوافق مع دراسات أخرى سجلت ترافق حالة العقم لدى السيدات مع ارتفاع نسبة اللطاخات الشاذة (٢٠٠٢، Lundqvist M et al., ٢٠٠٦; vanHamont D et al.)، بينما سجلت دراسة Al-Jaroudi, Hussain (٢٠١٠) نسبة لطاخات شاذة لدى العقيّمات بلغت ٢٦.٥% من المجل.

كان الالتهاب الفطري موجود في العينة بنسبة ٤.٣٥% (في الولادات بنسبة مئوية بلغت ٥.٤٧%)، وهي نسبة مئوية أقل من النسبة المسجلة في دراسات سابقة: ١١% (Puran AC ٢٠١٤، et al.)، ٣٧% (Al-Kadri HM et al., ٢٠١٥).

أما بالنسبة لتأثير نمط الولادات على نتيجة اللطاخة فقد كانت الولادات المهبليّة مترافقة مع اللطاخات الالتهابيّة بشكل أكبر، وللالتهابات اللائوعيّة بشكل محدد وذلك لتعرض عنق الرحم للتمزقات بشكل أكبر في هذا النمط من الولادات، وبسبب التغيرات التحولية الشائكة الأكبر الحادثة خلال الحمل وهو ما ذكره Singer (٢٠٠٦) في بحثه سابقاً.

النتائج والتوصيات

- ✓ .عدم اعتبار تعدد الولادات عامل خطر لالتهاب عنق الرحم لأن الدراسة بينت عدم وجود فارق في انتشاره بين الولادات وعديمات الولادة
- ✓ .التأكيد على مريضات العيادة في المشفى بضرورة المتابعة وإعادة اللطاخة الالتهابية بسبب احتمالية النكس الكبيرة التي شوهدت في الدراسة خاصة عند عديمات الولادة.
- ✓ .تحسين وتوسيع الاستبيانات الموجودة في عيادة تنظيم الأسرة في المشفى والحرص على شموليتها لكافة الأعراض وعوامل الخطر والحالة التوليدية بالتفصيل من أجل إتاحة الفرصة لإمكانية إجراء دراسات في المستقبل من النوع القهقري الراجع تعتمد على جمع البيانات الجاهزة الموجودة في المشفى حينئذ منذ سنين.

المراجع

المراجع العربية:

د.ميادة رومية (٢٠٠٩) "أنماط فيروسات الورم الحليمي البشري الأكثر شيوعاً في حالات آفات عنق الرحم الورمية وقبل الورمية وتديرها جراحياً في مشفى التوليد الجامعي بدمشق" رسالة دكتوراه. جامعة دمشق.

المراجع الأجنبية:

- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No ١٠٩, Dec ٢٠٠٩: cervical cytology screening. ObstetGynecol ٢٠٠٩;١١٤:١٤٠٩-١٤٢٠.
- Addis IB, et al. (٢٠٠٧). Intraepithelial disease of the cervix, vagina, and vulva. In JS Berek, ed., Berek and Novak's Gynecology, ١٤th ed., pp. ٥٦١-٥٩٦. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Al-Jaroudi D, Hussain TZ. (٢٠١٠) Prevalence of abnormal cervical cytology among subfertile Saudi women. Ann Saudi Med; ٣٠(٥):٣٩٧-٤٠٠.
- Al-Kadri HM, Kamal M, Bamuhair SS, Omair AA, Bameflehs HS. (٢٠١٥) Prevalence and characteristics of abnormal Papanicolaou smear in Central Saudi Arabia. Saudi Med J; Vol. ٣٦ (١): ١١٧-١٢٢
- Bonfiglio TA (١٩٩٧) Benign cellular changes. In: Bonfiglio TA, Erozan YS (eds) Gynecologic Cytopathology. Philadelphia: Lippincott-Raven, pp. ٣٣-٥٠.
- CDC.(١٩٩٣). Centers for Disease Control and Prevention. ١٩٩٣ revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. JAMA; ٢٦٩(٦):٧٢٩-٧٣٠.
- Costa MOLP, Heráclio AS, Coelho AVC, Acioly VL, Souza PRE, Correia MTS. (٢٠١٥) Comparison of conventional Papanicolaou cytology samples with liquid-based cervical cytology samples from women in Pernambuco, Brazil. Braz J Med Biol Res ٤٨(٩):٨٣١-٨٣٨.
- Das K, Burday M, Heller DS. Pathology of inflammatory diseases of the cervix. In: Jordan JA, Singer A (ed): The cervix. ٢nd ed. ٢٠٠٦, Blackwell Publishing. p٢٠٩-٢٣٠.
- Das L, Sarkar T, Maiti AK, Naskar S, Das S, Chatterjee J. (٢٠١٥) Integrated cervical smear screening using liquid based cytology and bioimpedance

- analysis. School of Medical Science and Technology, Indian Institute of Technology Kharagpur, Kharagpur, India.p 100-109.
- Demay R (1996) A micromiscellany of microbiology. In: The Art and Science of Cytopathology Exfoliative Cytology. Chicago: ASCP Press, pp. 00.
- Faro S. (2006) Common non-viral infections of the cervix: clinical features and management. In: Jordan JA, Singer A (eds): The Cervix, 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd. p: 231-233
- Greene JF, Kuehl TJ, Allen SR.(2000) The papanicolaou smear: inadequate screening test for bacterial vaginosis during pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology; 182(5):1048-9.
- Isaoglu U, Yilmaz M, Delibas IB, Bilici AE, Kabalar ME. (2010) Evaluation of 37,438 consecutive cervical smear results in the Turkish population. Arch Med Sci; 11(2):402-400
- Jhingran A, Russel AH, Seiden MV, Duska LR, K athryn A, Lee SI, et al. (2008) Cancers of the cervix, vulva, and vagina. In: Abeloffs clinical oncology, 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
- Jordan JA, Singer A (eds). (2006) cervical infections. In: The Cervix, 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd.
- Kurman R J.,Blaustion's Pathology of the female genital tract . 4th ed . New York. Springer verlag;1994.
- Lundqvist M, Westin C, Lundkvist O, Simberg N, Strand A, Andersson S, et al. (2002) Cytological Screening and human papilloma virus test in women undergoing artificial fertilization. ActaObstetGynecolScand; 81:949-53
- Martin HL, Richardson BA, Nyange PM, et al. (1999) Vaginal lactobacilli, microbial flora, and risk of human immunodeficiency virus type1 and sexually transmitted disease acquisition.J Infect Dis;180:1863.
- Odigie B.E, Achukwu P.U.(2010) Cytopathological Examination and Epidemiological Study of Cervicitis in Commercial Sex Workers (Csws) in Coal City (Enugu), Nigeria; p 63-66.
- Puran AC, Adler D, Wallace M, Bennie T, Phuti A, Abar B, Bekker L. (2014) Incidental Findings of Bacterial Vaginosis and Other Infections in Papanicolaou Smears of HIV-infected and HIV-uninfected Adolescent Females in South Africa. J AIDS HIV Res; 6(9): 172-176.
- Singer A. The cervical epithelium and subepitheliumduring pregnancy and the puerperium. In: Jordan JA, Singer A (ed): The cervix. 2nd ed. 2006, Blackwell Publishing. P102-121.

- van Hamont D, Nissen LH, Siebers AG, Hendriks JC, Melchers WJ, Kremer JA, et al. (2006) Abnormal cervical cytology in women eligible for IVF. *Hum Reprod*; 21:2309-13.
- Wright TC, Ferenczy A (1994) Benign diseases of the cervix. In: Kurman RJ (ed.) *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*. New York: Springer-Verlag, pp. 203-227.

الملاحق

الموافقة المستنيرة

رقم الحالة:

التاريخ: / /

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

عنوان الدراسة :

دراسة مقارنة لانتشار التهاب عنق الرحم بين الولادات وعديمت الولادة

أسألك عن مشاركتك الطوعية في البحث الذي أقوم به .

أرجو أن تقرئي المعلومات التالية عن الموضوع:

طبيعة المشاركة: إعطاء عينة مسحة من عنق الرحم بفرشاة عنقية خاصة

هدف البحث: كشف وجود التهاب عنق الرحم، بهدف العلاج الممكن للآفات لديك حالياً.

المخاطر: لا يوجد

الفوائد: معالجة الآفات الحالية والمتابعة الضرورية.

الكلفة: لا توجد كلفة على المريضة

أنا السيدة الموقعة أدناه قرأت المعلومات السابقة وتفهمت طبيعة البحث وقررت المشاركة فيه.

الطبيب الباحث

توقيع السيدة

الاستبيان

الرقم المتسلسل:	التاريخ:
الاسم	
العمر	زمرة الدم
الوضع العائلي: متزوجة	مكان السكن
عدد مرات الزواج :	هاتف
سن الزواج أو سن بدء النشاط التناسلي:	مطلقة
مدخنة: نعم	لا
السوابق الولادية بالتفصيل :	
عدد الحمل:	
الحمل الأول: مدة الحمل (بالأسابيع) ، طريقة الولادة ،	
الحمل الثاني : مدة الحمل (بالأسابيع) ، طريقة الولادة ،	
الحمل الثالث : مدة الحمل (بالأسابيع) ، طريقة الولادة ،	
الحمل الرابع : مدة الحمل (بالأسابيع) ، طريقة الولادة ،	
.....	
سن الحمل الأول ، تاريخ آخر ولادة	
السوابق الجراحية والمرضية - السوابق العائلية - الدورة الطمثية -	
استقصاءات سابقة : لطاخات ، تنظير عنق الرحم	
معالجات سابقة: الأدوية التي أخذت للالتهابات النسائية ، عدد مرات النكس، وجود استجابة على الأدوية من	
عدمها	
الشكاية الرئيسية:	
القصة المرضية: وجود ضائعات: مصلية - قيحية - مدماء.	
نزف بعد الجماع نزف طمثي شاذ أعراض يولية ألم حوضي	
أعراض عامة : الحرارة	
الفحص السريري:	
العينات: Pap Smear	
النتيجة:	
الطبيب الفاحص :	