

** أمراض المبيض **

- نقص التنسج المبيضي
- ورم دموي مبيضي
- التهاب المبيض
- أورام المبيض
- الالتصاقات

* نقص التنسج المبيضي :

- الأسباب :

* مكتسبة : التغذية

* خلقي : مورثة متتحة على صبغي جسدي

- الأعراض :

* حجم مخفض للمبايض أحادي (غالبا اليساري أكثر من اليميني) أو ثنائي (9 %)

* غياب لمراحل تكون البويضة و الجريبات البدائية

* حوض ضيق

- المعالجة :

* التنسيق منصوح به

* بروجستيرون

* التغذية

* ورم دموي مبيضي :

- أبقار

- بعد الفحص اليدوي للجسم الأصفر

* التهاب المبيض :

- التهاب المبيض

- نادر

- يحدث بعد التهاب الرحم أو ممتد من أماكن أخرى

* أورام المبيض :

- Tératome (ورم مسخي)
- Thécome (ورم قرابي)
- Adénome (ورم غدي)
- Cystadénome (غدوم كيسى)
- Adénocarcinome (سرطانة غدية)
- Cystadénocarcinome (سرطان غدوم كيسى)
- Dysgerminome (ورم إنتاشى)
- Lymphosarcome (غرن لمفى)
- أبقار

* ورم خلايا غرانولوزا : حميد، أحادي الجانب، صلب و كيسى، مع أو بدون استمرارية للشبق

* أورام الغلالة الجريبية (thécome)

● أفراس

- ✓ خاصة المبايض، المهبل و الفرج
- ✓ 48 إلى 86 % من الحالات : أورام خلايا غرانولوزا
- ✓ لكن أيضا : tératome, adénome, cystadénome, adénocarcinome, cystadénocarcinome, dysgerminome, lymphosarcome
- ✓ أورام وظيفية : تغير بالدورة (ورم حبيبي) (granulome)
- ✓ أورام غير وظيفية

أورام المبيض : ورم خلايا غرانولوزا

● أفراس : ورم خلايا غرانولوزا (حميد بالمقارنة مع المرأة)

- ❖ أفراس من 5 إلى 16 سنة
- ❖ سماكة جدار الكيسات
- ❖ نحول عام اذا كانت مزمنة
- ❖ أحيانا في حالة الحمل
- ❖ استمرارية الشبق، عدوانية، اللاشبق
- ❖ إمكانية تركيب الاستروجين و التيستوستيرون
- ❖ ورم من 6 الى 40 سم و بوزن من 1 الى 15 كغ (59 Kgs)

- ❖ سحب الاربطة : ألم، فقد الشهية للطعام، خطر تمزق في الاوعية الدموية
- ❖ عدم فعالية أو ضمور للمبيض المقابل
- ❖ التيستوستيرون أعلى من 100 pg في 50 الى 90 % من الحالات

● المعالجة : استئصال المبيض

- شق المهبل بالجراحة (Colpotomie) اذا كان القطر أقل من 10 سم
- فتح البطن (Laparotomie) عن طريق الخاصرة اذا كان القطر على الاقل 15 سم
- فتح البطن عن طريق الخط الابيض اذا كان الورم ذو حجم كبير
- استعادة الفعالية المبيضية في 55 الى 70 % من الحالات
- تراجع التصرفات الشاذة في 75% من الحالات

● حالة إكلينيكية

- ✚ فرس بعمر 5 سنوات
- ✚ جس: كتلة ضخمة مؤلمة بحجم 30 سم في الجانب الأيمن
- ✚ وجود مناطق متعددة صدوية بأقطار مختلفة من 5 الى 20 مم
- ✚ 17 beta oestradiol : 8 pg (12 pg: oestrus)
- ✚ Testostérone : طبيعي (أقل من 100 pg)
- ✚ تأكيد نسيجي بأخذ خزعة
- ✚ Autopsie
- 4 kgs
- 30x25x25cm
- وجود مناطق متكلسة

✱ استئصال المبيض عند الأفراس

● الدلالات:

- ✓ ورم مبيضي (غرانولوزا اكثر من غيره)
- ✓ تحسين مرونة و أداء الحيوان
- ✓ مستقبلة للأجنة
- ✓ بحثي

● الطرق الجراحية :

- ❖ شق المهبل بالجراحة : عبر المهبل
- ❖ فتح البطن عن طريق الخاصرة

❖ فتح البطن عن طريق الخط الأبيض

● شق المهبل بالجراحة :

- التجهيز و عدد الأشخاص يكون محدود
- عامل محدد : حجم المبيض المراد استئصاله ($< 10 \text{ cm}$)
- تطهير للمنطقة العجانية - المهبلية
- تهدئة
- جرح رأسي بطني جانبي بطول 2 سم للجدار المهبل و البريتون باستخدام مشرط مخفي على بعد 4 سم من فتحة عنق الرحم لكي نتحاشى المثانة، الاحليل و المستقيم و الآفة العنقية حين توسع الفتحة الشق
- توسع يدوي للفتحة
- تطبيق خلال 30 ثانية على كل مسراق المبيض محلول ليدوكائين (30 مل)
- حشر الهارس (voir firme Hauptner)
- عبور المبيض في حلقة الهارس (علم جيدا المبيض و تحاشى العروة المعوية)
- إغلاق سلسلة الهارس
- سحب المبيض في المهبل و نزع
- يعاد نفس الاجراء للمبيض المقابل من نفس الشق

● استئصال المبيض عبر الخاصرة :

- مبيض واحد فقط يمكن الوصول اليه
- عامل محدد : حجم حفرة الخاصرة اذا المبيض اقل من ($< 25 \text{ cm}$)
- شق 15 إلى 30 سم في منتصف المسافة بين الورك و آخر ضلع
- تطبيق الليدوكائين على مسراق المبيض قبل السحب
- بتر كل مسراق المبيض المثبت و المشدود
- نزع المبيض
- التحقق من عدم وجود نزف دموي

● استئصال المبيض عبر الخط الأبيض :

- عرض مثالي لكلا المبيضين
- نزع المبايض ذات الاحجام الكبيرة
- تكلفة العملية كبيرة
- شق أمام الضرع

- تطبيق الليدوكائين على مسراق المبيض قبل السحب
- بتر كل مسراق المبيض المثبت و المشدود
- نزع المبيض
- التحقق من عدم وجود نزف دموي

✳ استرواح مهبل : *

- تشريحياً : ثلاث أنماط من الأشكال أو الهيئات الفرجية (فرس)

● نمط 1

- ملتقى زاويتا الفرج العلويتين أعلى من حافة القوائم الخلفية بـ 2 إلى 3 سم
- انحناء أو انحراف نحو الامام تدريجي مع العمر

● نمط 2

- ملتقى زاويتا الفرج العلويتين أعلى من حافة القوائم الخلفية بـ 6 إلى 7 سم
- انحناء أو انحراف مع العمر أكثر وضوحا

● نمط 3

- ملتقى زاويتا الفرج العلويتين أعلى بشكل كامل من حافة القوائم الخلفية

● الأسباب :

- هزال أو نحول ملاحظ (عمل شاق، طفليات....)
- حالة جسمية مفرطة : انقلاب لشفري الفرج
- آفات مكتسبة من الولادة
- تشوه بالذنب
- ظهور مؤقت خلال الشبق لـ (وزمات...)
- اتحاد هذه العوامل
- اذا كان الانحراف جدا قوي : سيلان البول يكون نحو الامام و بالتالي ظهور حالة تجمع البول في المهبل urovagin

● معالجة جراحية :

- عملية كاسليك (1937) Caslick
- Vulvoplastie ou épisioplastie
- (عملية جراحية تجميلية للفرج)

● معالجة جراحية : عملية كاسليك (1937)

- ❖ نزع من 8 إلى 10 مم من الطبقة المخاطية من الزاوية العلوية حتى النقطة الواقعة تحت حافة الخارجية للحوض
- ❖ خياطة مستمرة أو متقطعة بخيط قابل للامتصاص أو لا حسب الحالة
 - إذا كان الإغلاق زائد : خطر حدوث تجمع البول في المهبل
 - مصل مضاد للكلز، مطهر موضعي
 - توقع لتقيحات تالية
 - أحيانا يمكن إن نلجأ لشق الفرج عند الولادة

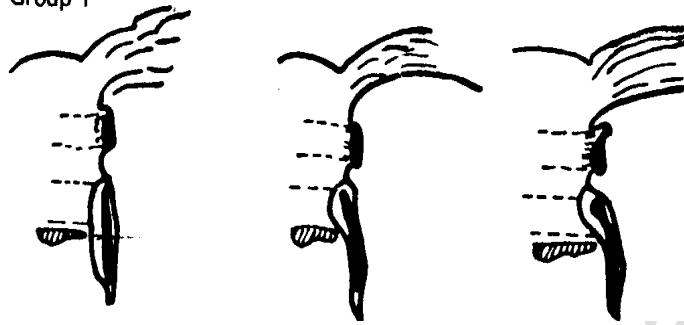
● معالجة جراحية : جراحة تجميلية للفرج

- ✓ في حالة إصابة الزاوية العلوية للفرج و الدهليز الفرجي
- ✓ تثبيت، تهدئة و تخدير فوق أم جافية
- ✓ حقن مخدر موضعي

● معالجة جراحية : la vulvoplastie (épisioplastie)

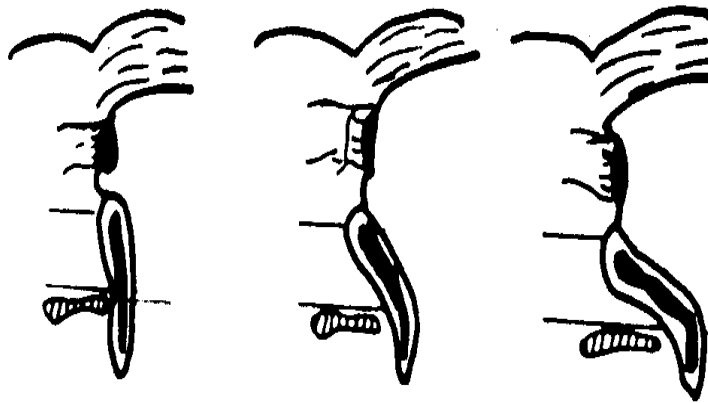
- ❖ ثلاث خطوط من الشقوق (بشكل مثلث للجهة اليمنى و اليسرى)
- ظهري بالنسبة لزاويتا الفرج العلوية حتى حدود بداية مدخل المهبل
- جانبي على طول الوصلة الجلدية المخاطية (كما هو الحال في الكاسليك)
- جرح مائل بين نقاط الشق
- ❖ فصل و نزع الطبقة المخاطية للمثلث المعمول

Group 1



هيئة فرجية من النمط 1 عند الافراس

Group 2



هيئة فرجية من النمط 2 عند الافراس



هيئة فرجية من النمط 3 عند الافراس

الإسترواح المهبلي :

