

بخشی از ترجمه ۵۰ فصل کتاب پزشکی

فصل ۱

تست سلامت و مدیریت مراقبت بهداشتی زنان

مباحث آموزشی APGO اولیه این فصل:

سرفصل ۱: تاریخچه

سرفصل ۲: چکاپ

سرفصل ۳: تست پاپ اسمیر و پروب DNA / کاشت میکروب در آزمایشگاه ها

سرفصل ۴: تشخیص و برنامه ریزی برای مدیریت درمان

سرفصل ۵: تعاملات شخصی و مهارت های ارتباطی

دانش آموزان باید بتوانند با در نظر گرفتن تاریخچه پزشکی جامع مربوطه و ارزیابی ریسک و پایداری بیمار به توصیه های مربوط به خدمات درمانی، در زمینه ارتباطات و مراقبت های بالینی، مهارت های خود را بهبود بخشند. آنها باید بتوانند معاینه کامل سینه و لگن، از جمله آزمایش پاپ اسمیر و غربالگری مربوطه را انجام دهند و از این اطلاعات برای تشخیص و برنامه ریزی و مدیریت درمان استفاده نمایند و در عین حال یافته های مهم را به بیمار منتقل کرده و و توصیه هایی برای وی داشته باشند و بتوانند ویژگی های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی وی و همچنین هویت جنسیتی او (دگرجنسگرا، همجنس گرایی زنانه، همجنس گرایی مردانه، دوجنس گرا، یا تراجنسیتی) را با یکدیگر ادغام نمایند.

مورد بالینی:

در یک روز گرم و خوشایند تابستانی، یک زن ۷۲ ساله با "دخترش" برای "چکاپ سالانه" به مطب شما می آید. او خوش مشرب، با نشاط و زیرک است، پیرهنی رنگارنگ و یک ژاکت کلفت به تن دارد. یادداشت های شما نشان می دهد که از مطب شما برای چکاپ کلی و همچنین مراقبت های بهداشتی مربوط به زنان استفاده می کند و در عین حال ۷ سال از زمان آخرین مراجعه وی گذشته است. با بررسی پرونده های او متوجه می شوید که از یک الگوی سلامت عمومی خوب برخوردار است و دو بار حاملگی موفق داشته و بعد از زایمان در بیست سالگی اش لوله های خود را بسته و پس از آن در ۳۸ سالگی در پی یک لاپاراسکوپی تشخیصی به جهت درد لگن و خونریزی شدید قاعدگی مشخص شد که

چندین فیبروئید رحمی و اندومتریوز بسیار خفیف وجود دارد. وی سپس هیستریکتومی کامل شکمی بدون اووفورکتومی (برداشتن تخمدان) داشت و آندومتریوز خفیف وی با داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی درمان شده بود تا زمانیکه در سن ۴۹ سالگی دچار یک یائسگی متداول شد. تمام پاپ اسمیر های قبلی، و آزمایشات و تصویربرداری ها طبیعی بود. او ۵ فوت و ۴ سانتیمتر قد داشته و وزنش ۱۴۲ پوند می باشد. فشار خون وی ۱۱۲/۶۵ میلی متر جیوه با درجه حرارت، تنفس و نبض عادی می باشد. فواصل زمانی و بررسی سیستم ها عادی می باشد به استثنای آن که اغلب احساس سردی می کند و شکایت می کند که پوست او نسبت به قبل خشک شده است. معاینه بالینی او عادی است و درحالیکه برای معاینه منتظر نشسته است، تقاضای ژاکت می کند. او شکایت می کند که سردش شده است و می گوید که نگرانوزن اضافه وزن اش طی چند سال گذشته می باشد. دخترش می گوید که مادرش دائما شکایت می کند که دمای اتاق او کم است.

معرفی

پزشکی زایمان در ابتدا شاخه جداگانه ای از پزشکی بود و پزشکی زنان در بخش جراحی قرار داشت. با گذشت زمان، دانش فزاینده پاتوفیزیولوژی دستگاه تولید مثل زنانه منجر به یکپارچگی طبیعی این دو بخش شد و زنان و زایمان تحت یک تخصص واحد ادغام شد. پس از اتمام دوره دستیاری پزشکی، متخصص زنان و زایمان ممکن است در بخش مراقبت های ویژه عمومی (مراقبت از زن در دوران بارداری، زایمان، و بعد از زایمان) و زنان و زایمان (مراقبت های سنتی از اندام های جنسی و سینه زنان که حال شامل مراقبت های بهداشتی جامع زنان از قبل بلوغ تا فراتر از یائسگی) می باشد مشغول بکار شود. آنها همچنین می توانند با تکمیل مدارک تحصیلی در هر یک از چهار حوزه تخصصی که توسط انجمن مراقبت های زنان و زایمان آمریکا (ABOG) شناخته شده است، ۲۱ مدرک تخصصی را انتخاب کنند. پریناتولوژی با حاملگی های پر خطر و تشخیص مراقبت های دوران باردای سر و کار دارد. انکولوژی زنان و زایمان بر درمان بدخیمی دستگاه تناسلی و دستگاه های زیستی مرتبط متمرکز است. غدد درون ریز مخصوص باروری و ناباروری به مشکلات موجود در آبستنی و بیماری های غدد درون ریز زنان اشاره دارد. جراحی لگن زنان و جراحی بازسازی (اغلب به عنوان ترومینیکولوژی شناخته می شود) به جراحی پیشرفته لگن و مشکلات اورولوژی شامل سیستم ادراری زنان می پردازد. کمک هزینه تحصیلی که هنوز توسط ABOG شناسایی نشده است شامل جراحی های کم تهاجم، برنامه ریزی برای خانواده، و جراحی زنان نوجوان می باشد.

در حال حاضر، خیلی از متخصصان زنان مراقبت های معمول پزشکی را برای بانوان ارائه می دهند بنابراین، متخصص زنان و زایمان باید از دانش و مهارت های اضافی برای مراقبت های اولیه و پیشگیرانه در بهداشت زنان نیز برخوردار باشند و بتوانند موقعیت هایی را شناسایی کنند که در آنها نیاز است فرد به دیگر متخصصان نیز مراجعه نماید. جمعیت زنان در ایالات متحده زیاد تغییر می کند. زنی که امروز متولد می شود، ۸۱ سال یا بیشتر عمر می کند و در سن ۵۱ تا ۵۲ سال یائسگی را تجربه می کند. بر خلاف نسل های گذشته، زنان امروزی یش از یک سوم زندگی خود را در یائسگی می گذرانند. مقدار مطلق و نسبت زنان بالای ۶۵ سال به طور پیوسته از سال ۲۰۴۰ در حال افزایش است (شکل ۱، ۱). این

زنان انتظار دارند که در طول زندگی خود از جمله "دوره یائسگی" سالم (از لحاظ فیزیکی، جنسی، و ذهنی) باقی بمانند. پزشکان باید در دستورالعمل های پزشکی خود، نیاز موجود در این تغییرات، به ویژه در مراقبت های اولیه و پیشگیرانه از زنان، را در ذهن داشته باشند.

شکل ۱،۱: جمعیت جمعیت ایالات متحده (اقتباس از اداره آمار ایالات متحده)

مراقبت از زنان در دوران یائسگی آنها، بخش بزرگی از عمل های جراحی زنان در قرن بیست و یکم را تشکیل خواهد داد.

متخصص زنان و زایمان باید بتواند رابطه حرفه ای توأم با همدردی و اعتماد به نفس را با بیماران ایجاد کند و بتواند با استفاده از این اطلاعات برای ارائه یک برنامه مدیریت جامع از تاریخچه پزشکی و نیز اطلاعات متداول موجود استفاده نماید. در نهایت، متخصص زنان و زایمان باید به طور کامل مفاهیم پزشکی مبتنی بر شواهد را درک کنند و آنها را در زمینه تحصیلات و فعالیت های خود در جهت ایجاد یک الگوی معتبر برای یادگیری مادام العمر و ارزیابی خود در نظر گیرد.

این فصل به طور مستقیم به ویزیت اولیه یا "ویزیت بیمار جدید" برای مراقبت های اولیه / پیشگیرانه زنان و همچنین ویزیت برای مراقبت های زایمان ("ویزیت برای زایمان جدید) می پردازد. بازدید های بعدی به طور کلی کوتاه تر و متمرکزتر است. دریافت اطلاعات کامل یک اصل ضروری برای داشتن یک مراقبت بهداشتی موجه است. غربالگری سالم و مراقبت های پیشگیرانه و مراقبت های اولیه در فصل ۲ مورد بحث قرار می گیرد. مدارک پزشکی جامع باید حاوی اطلاعاتی از تاریخچه، معاینه فیزیکی و آزمایش ها و رادیولوژی باشد. اطلاعات حاصل از مراجعه ها و سایر خدمات پزشکی خارج از حوزه متخصص زنان و زایمان نیز باید در مدارک پزشکی گنجانده شود.

ایجاد یک همکاری کارآمد میان بیمار و پزشک

برخورد با بیمار باید با یک تبریک احوالپرسی مناسب شروع شود به دلیل اینکه تصورات اولیه در ابتدای همکاری بیمار و پزشک از اهمیت خاصی برخوردار است. پس از تأیید هویت بیمار، باید از او سوال شود که ترجیح می دهد با نام، نام خانوادگی یا اسم مستعار صدا زده شود. در مورد بیماران تراجنسیتی، باید از آنها تمایل دارید چگونه شما را مورد خطاب قرار دهیم؟ ... امروز چه دستاوردی دارید؟ " و معمولاً می توانید با آنها دست بدهید.

یک تبریک دوستانه اما بی طرف، به بیمار اجازه می دهد تا پاسخ خود را در یک محیط راحت، بدون مشکلی، نگرانی و یا توجه به دیگر مسائل، مطرح کند.

رابطه همکاری میان بیمار و پزشک باعث تسهیل داشتن نتایج مراقبت های بهداشتی با کیفیت می شود. ارتباطی که در آن پزشک نشان می دهد همدلی و همدردی از مشخصه های چنین مشارکتی می باشد. با استفاده از مهارت های ارتباطی همدلی، یک پزشک در تلاش است تا خود را در زندگی بیمار «خود» مطرح کند و موقعیت را از دیدگاه بیمار تصور کند. بنابراین، همدلی فراتر از همدردی است چرا که در آن پزشک احساسات بیمار را از جانب خود از درک می کند و از نقطه نظر یک بیمار منحصر به فرد به آن مشاهده نکرده یا آنرا احساس نمی کند. ارتباطات احساسی، ترویج کاملترین درک پزشک از وضعیت بیمار است که اعتماد، کیفیت اطلاعات (و به همین ترتیب دقت تشخیصی)، موافقت بیمار از تصمیمات بیمار و پزشک و رضایت بیمار و پزشک را بهبود می بخشد. ظاهراً برخلاف غریزه یا روال معمول است، اما استفاده از ارتباطات همدلانه در تمامی زمان های برخورد با بیمار، در واقع زمان ویزیت را کوتاه می کند، زیرا زمانی که نگرانی های عاطفی بیمار توسط پزشک تصدیق نمی شود، بیمار به تلاش خود برای ابراز این نگرانی ادامه می دهد تا زمانی که دکتر به آنها اشاره نماید و این کار اغلب روند ویزیت بیمار را افزایش می دهد. ارتباط دلسوزانه یک مهارت قابل یادگیری است که همکاری خوب میان بیمار و پزشک را تسهیل می کند و بدین وسیله می توان از زمان موثر برای ویزیت بیمار بهترین بهره برداری را انجام داد.

یکی دیگر از ویژگی های یک همکاری خوب بیمار با پزشک این است که پزشک در طول دو سوم اولین جلسه ویزیت بیمار، به یک اندازه زمان را صرف گوش دادن و صحبت کردن با وی نماید. این نوع ارتباط، با نام مصاحبه انگیزشی، جایگزین روش سنتی "مشاوره دادن" می شود و راه را برای "گوش دادن متفکرانه" باز می کند. بیمار به صحبت تشویق می شود، و پزشک به طور جدی گوش می دهد و در فواصل معین چیزهایی که شنیده است را تایید می کند. از آنجا که اطلاعات به دست آمده از کیفیت بهتری برخوردار است و به نیازهای بیمار در جریان این روند پرداخته می شود، احتمال رخ دادن "نگرانی های دیررس" وقت گیر (پس از نزدیکی بیمار و پزشک، مسائل قابل توجهی مطرح می شود)، کم تر می شود. ایجاد یک همکاری قوی و اعتماد بیمار به متخصص، در فرآیند مراقبت های بهداشتی زنان بسیار مفید است.

مراحل این نوع مشارکت و ویزیت های بیمار، از یک الگوی تولیدی که در جدول ۱،۱ آمده است پیروی می کند.

جدول ۱،۱: مراحل همکاری بیماران مبتلا به سرطان در مراکز بهداشتی درمانی زنان

مرحله	شرح	ارتباطات همدلانه مفید و ویزیت شدن برای اقدامات حمایتی
-------	-----	---

۱	آغاز ویزیت (تمرکز بر روی بیمار)	به بیمار خوشامد بگوئید و خودتان را معرفی کنید. از بیماران بپرسید که دوست دارند چطور آنها را مورد خطاب قرار دهید. از آمادگی بیمار و حفظ حریم خصوصی، او اطمینان حاصل نمایید. با خاموش کردن تلفن همراه، موانع موجود برای برقراری ارتباط را از میان بردارید. اطمینان از راحتی بیمار مطمئن شوید و با استفاده از مهارت های ارتباط هدلانه، برای بیمار شرایط راحتی را فراهم آورید.
۲	شناسایی CC یا دلیل برای ویزیت و سایر مسائل (تمرکز بر روی دلیل ویزیت شدن بیمار)	زمان مورد نظر برای بازدید را نشان می دهد. فهرستی از تمامی مشکلات را در اختیار شما قرار می دهد و تمایل بیمار به بحث و شناسایی مسائل مربوط به مراقبت های بهداشتی با توجه به پرونده پزشکی را نمایان می سازد. دستور کار را خلاصه و نهایی نمایید؛ اگر موارد زیاد است بر روی موارد خاص مذاکره نمایید، و برای یک ویزیت دیگر اشاء به موارد باقیمانده برنامه ریزی کنید.
۳	HPI یا CC (گوش دادن فعالانه پزشک با تمرکز یکسان بر روی بیمار و پزشک)	از سوالات باز استقبال کنید، از سکوت و ارتباطات غیر کلامی استفاده نمایید. بیشتر به بیمار توجه کنید تا اسناد و مدارک خود. اطلاعات دقیق در مورد HPI یا CC، از جمله وضعیت عاطفی بیمار، کسب نمایید.
۴	بررسی دقیق HPI یا CC، معاینه فیزیکی، تاریخچه پزشکی گذشته و ROS (تمرکز بر روی پزشک)	از متمرکز و همچنین ارتباطات باز استفاده نمایید. توجه دقیق به زمانبندی بروز یک مشکل یا علائم نیز ارزشمند است زیرا ممکن است نقش مهمی در تشخیص یا پیشرفت بیماری داشته باشد.
	یک یافته غیرمنتظره در معاینه فیزیکی ممکن است یک مورد به دستورالعمل بعدی، چه برای بازدید بیمار و چه ویزیت های بعدی اضافه نماید	توضیح دهید و درخواست کنید که مشتری برای مسندسازی ویزیت ها با نوشتن و یا استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی مجوز لازم را به شما بدهد. معاینه فیزیکی را انجام دهید، قبل از شروع از بیمار اجازه بگیرید. اگر معاینه لگن مورد نیاز است، مجدداً از او اجازه بگیرید و در هنگام معاینات او را همراهی کنید تا به پزشک به عنوان یک دستیار بدون در نظر گرفتن جنسیت کمک کنید. یک قانون خوب همانا "صحبت کردن قبل از لمس کردن" است.

۵	شناسایی مشکلات یا مسائل مشترک و توافق در مورد برنامه های مدیریت درمان (تمرکز مشترک بیمار و پزشک)	مکالمه را خلاصه نمایید و صحت اطلاعات در مورد طرح مدیریت درمان، از جمله ویزیت های مکرر را تایید نمایید.
---	--	--

ارزیابی سلامت زنان: تاریخچه و تست فیزیکی

هنگامی که سازماندهی به طور موثر انجام گردد، داده های جمع آوری شده در ارزیابی سلامت زن در تسهیل مدیریت بیماران ضروری هستند . ثبت اسناد در حال حاضر به صورت ثبت الکترونیکی سوابق پزشکی انجام می شود، که مزایای آن شامل حذف خطاهای رونویسی و اطلاعات غیر قابل خواندن، پیگیری خودکار با یادآوری تست ها و مشاوره، ایجاد همزمان اطلاعات صورتحساب و سازمان و دسترسی سریع به نمودار کلی بیمار می باشد.

تاریخچه پزشکی

تاریخچه پزشکی شامل شکایت اصلی (CC)، مشکل یا نگرانی؛ تاریخچه بیماری فعلی (HPI)؛ تاریخچه قدیمی شامل تاریخچه پزشکی زنان، تاریخ بارداری، تاریخچه سلامت خانواده و تاریخچه اجتماعی است و بررسی سیستم (ROS) است.

شکایت اصلی

CC بیانیه مختصر توصیف علامت، مشکل، وضعیت، تشخیص، زمان مراجعه تجویز شده توسط پزشک، و یا دیگر دلایل برای ویزیت بیمار است . اگر بیمار جهت مراقبت پیشگیرانه به دنبال متخصص زنان و زایمان است، شاید CC لازم نباشد.

تاریخچه بیماری فعلی

HPI یک توصیف زمانی از توسعه CC بیمار است و یا اگر مراجعه به مطب برای مراقبت های اولیه است، زمان سنجی برای سایر مولفه های تاریخی اعمال می شود . تعیین زمان بندی ممکن است مهم باشد، زیرا سازمان بندی زمانی اغلب بیماری خاصی را پیشنهاد می دهد یا توجه را به یک بیماری در یک سیستم حیاتی خاص محدود می کند . گاهی اوقات شروع علائم به علت ناگهانی بودن آن به راحتی شناسایی می شود . در موارد دیگر، شروع، موزیانه است، و سخت است که بتوان برای بیمار زمان خاصی را شناسایی نمود. هنگامی که شروع علائم آهسته است،

بیماران اغلب قادر به تعیین دقیق زمان شروع علائم نمی باشند. درخواست به مفهوم وجود یک تاریخ قابل تشخیص قبل از ویزیت (به عنوان مثال تعطیلات) اغلب به بیمار اجازه می دهد تا اطلاعات زمانبندی بهتری ارائه دهد. این روش ممکن است برای نگه داشتن هر تاریخی، نه تنها برای CC، مفید باشد.

بخشی هم از فصل پایانی

فصل پنجاهم

بیماری تخمدان و آدنکس

این فصل اساساً به حوزه موضوعی آموزشی APGO می پردازد:

موضوع شماره ۵۴: نئوپلاسم‌های تخمدان

دانشجویان باید بتوانند رویکرد اساسی در رابطه با بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های تخمدان را طرح‌ریزی کنند. آنها باید عوامل خطر، علائم و نشانه‌های نمایانگر متداول و یافته‌های معاینه جسمی را تعیین کنند. آنها باید بتوانند کیست‌های فیزیولوژیکی، نئوپلاسم‌های خوش خیم، نئوپلاسم‌های بدخیم و همچنین سه نوع اصلی هیستولوژیکی نئوپلاسم‌های تخمدان را از هم تشخیص دهند. را تشخیص دهند.

مورد بالینی

یک بیمار ۲۶ ساله به دلیل افزایش قطر شکم، به شما مراجعه می‌کند. او گزارش می‌دهد که سعی در کاهش وزن دارد و احساس می‌کند که به جز در مورد ناحیه شکم، موفق بوده است. به غیر از این کاهش وزن برنامه‌ریزی شده، او علائم دیگر را انکار می‌کند. در معاینه جسمی، شکم نرم و غیر حساس است، اما نوسان غیرمعمول را احساس می‌کنید. توموگرافی محاسبه شده‌ی شکم توده ۲۲ سانتی متری پر از مایع را نشان می‌دهد.

ناحیه‌ی بین دیواره لگن جانبی و شاخ رحم، فضای آدنکس نامیده می‌شود. ساختارهای موجود در این فضا آدنکسا نامیده می‌شوند و شامل تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ، قسمت بالای لیگامان پهن و مزوسالپینکس و بقایای مجرای

مولرین جنین است. از این میان، ارگان‌هایی که بیشتر تحت تأثیر پروسه‌های بیماری قرار می‌گیرند تخمدان‌ها و لوله‌های فالوپ هستند.

تشخیص‌های افتراقی

چون فضای آدنکس در نزدیکی اندام‌های دستگاه ادراری و دستگاه گوارش (GI) قرار دارد، اختلالات این اندام‌ها ممکن است باعث ایجاد علائمی در ناحیه لگن شود که باید از اختلالات زنان و زایمان متمایز شود. شایع‌ترین اختلالات ارولوژیکی **عفونت دستگاه ادرار فوقانی و تحتانی** است، و اختلالات کمتر شایع **سنگ‌های کلیوی و مجاری ادراری** است. نادرترین اختلالات، ناهنجاری‌های آناتومی مانند **کلیه پتوتیک** است که ممکن است به عنوان یک توده سالیید لگن ظاهر شود. یک کلیه لگنی جدا شده نیز ممکن است به صورت یک توده بدون علامت، سالیید کور ظاهر شود. **آپاندیسیت حاد** باید در تشخیص افتراقی درد حاد و تندرns ربع تحتانی سمت راست در نظر گرفته شود. به ندرت علائم موجود در آدنکسای راست می‌تواند مربوط به **بیماری التهابی روده** درونزاد درگیر کننده محل اتصال ایلئوسکال باشد. بیماری روده سمت چپ درگیر کننده رکتوسیگموئید بیشتر در بیماران مسن مشاهده می‌شود، همانطور که در بیماری دیورتیکولار حاد یا مزمن وجود دارد. به دلیل سن این بیماران و نزدیکی تخمدان چپ به سیگموئید، **بیماری دیورتیکولی سیگموئید** در تشخیص افتراقی یک توده آدنکسی سمت چپ گنجانده می‌شود. سرانجام، درد یا یک توده لگن سمت چپ ممکن است مربوط به **کارسینوم رکتوسیگموئید** باشد. بیماری قسمت میانی می‌تواند گاهی اوقات مربوط به فرآیند درگیر کننده دیورتیکول مکل یا یک تومور ساکرال است.

ارزیابی بیماری تخمدان

بررسی دقیق لگن برای ارزیابی تخمدان ضروری است. علائمی که ممکن است از فرایندهای فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی تخمدان بوجود آید باید با یافته‌های معاینه فیزیکی مرتبط باشد. همچنین، چون برخی از بیماری‌های تخمدان بدون علامت هستند یافته‌های تصادفی معاینه بدنی ممکن است تنها اطلاعات موجود در هنگام شروع ارزیابی باشند. تفسیر یافته‌های معاینه مستلزم آگاهی از خصوصیات فیزیکی تخمدان در مراحل چرخه زندگی است. در **گروه سنی قبل از منارک**، تخمدان نباید قابل لمس باشد. اگر چنین باشد، یک وضعیت پاتولوژیکی فرض می‌شود و ارزیابی بیشتر لازم است.

در گروه سنی تولید مثل، تخمدان طبیعی تقریباً نیمی از زمان قابل لمس است. ملاحظات مهم شامل اندازه، شکل، ثبات (محکم یا کیستیک) و تحرک تخمدان است. در زنان در سنین باروری که قرص‌های ضد بارداری را مهار تخمک‌گذاری استفاده می‌کنند تخمدان‌ها به ندرت قابل لمس هستند و نسبت به زنانی که از این نوع داروهای ضد بارداری استفاده نمی‌کنند، کوچکتر و متقارن‌تر هستند.

در زنان یائسه، تخمدان‌ها نسبت به ترشح گنادوتروپین کمتر واکنش نشان می‌دهند؛ بنابراین، فعالیت فولیکولی سطح آنها با گذشت زمان کاهش می‌یابد و در بیشتر زنانی که ۳ سال از شروع یائسگی آنها می‌گذرد، غیر قابل لمس می‌شود. احتمال وجود کیست‌های فانکشنال باقیمانده در زنان یائسه بیشتر است. به طور کلی بزرگ شدن قابل لمس تخمدان در زنان یائسه باید با دقت بیشتری نسبت به زنان جوانتر ارزیابی شود، زیرا شیوع نئوپلاسم بدخیم تخمدان در این گروه سنی زیاد است.

یک چهارم تمام تومورهای تخمدان در زنان یائسه بدخیم هستند، در حالی که در زنان در سن باروری فقط در حدود ۱۰ درصد تومورهای تخمدان بدخیم هستند. این خطر در گذشته چنان بزرگ بود که هرگونه بزرگ شدن تخمدان در زنان یائسه نشانه‌ای برای بررسی جراحی در نظر گرفته می‌شد، که به اصطلاح سندرم تخمدان بعد از یائسگی قابل لمس نامیده می‌شد. با ظهور تکنیک‌های تصویربرداری لگن بسیار حساس برای کمک به تشخیص، از بین بردن روتین تخمدان‌های پس از یائسگی با حداقل بزرگ شدن دیگر توصیه نمی‌شود.

سونوگرافی لگن مؤلفه اصلی ارزیابی است. کیست‌های ساده و تک حفره‌ای با قطر کمتر از ۱۰ سانتی متر قطر تایید شده توسط سونوگرافی ترانس واژینال تقریباً خوش خیم هستند و می‌توان بدون در نظر گرفتن سن، به طور ایمن و بدون مداخله آنها فالو کرد؛ با این حال بیماران باید از عوارض احتمالی مانند پیچ خوردگی تخمدان یا پارگی کیست آگاه شوند. CA-125 یک نشانگر سرمی است که گاهی اوقات برای کمک به تمایز توده‌های لگنی خوش خیم از بدخیم لن استفاده می‌شود. هرگونه افزایش CA-125 در یک زن یائسه دارای توده لگن بسیار مشکوک به سرطان است، اما تشخیصی نیست.

کیست‌های تخمدانی فانکشنال

کیست‌های تخمدانی فانکشنال نئوپلاسم نیستند، بلکه تغییرات آناتومیکی هستند که در نتیجه عملکرد طبیعی تخمدان بوجود می‌آیند. آنها ممکن است به صورت یک توده بدون علامت آدنکسی ظاهر شوند یا علامتی شوند و نیاز به ارزیابی و احتمالاً درمان دارند.

کیست فولیکولی

هنگامی که یک فولیکول تخمدان در طی بلوغ فولیکولی دچار پارگی نشود، تخمک‌گذاری اتفاق نمی‌افتد و ممکن است یک **کیست فولیکولی** ایجاد شود. این فرآیند، طبق تعریف، شامل طولانی‌تر شدن مرحله فولیکولی چرخه، با آمنوره ثانویه گذرا می‌شود. کیست‌های فولیکولی توسط سلول‌های گرانولوزا طبیعی پوشش داده شده‌اند، و مایعات موجود در آنها غنی از استروژن است.

کیست فولیکولی اگر به حدی بزرگ باشد که باعث درد شود یا اگر فراتر از یک فاصله قاعدگی باشد، از نظر بالینی قابل توجه است. به دلایل چندان درک نشده، سلول‌های گرانولوزا که کیست فولیکولی را پوشش داده‌اند، در زمانی که تخمک‌گذاری باید رخ دهد وجود دارند تا در نیمه دوم چرخه به بزرگ شدن ادامه می‌دهند. کیست ممکن است بیش از ۵ سانتی متر بزرگ شود و همچنان با مایع فولیکولی از لایه سلول گرانولوزا ضخیم، پر شود. علائم مرتبط با کیست فولیکولی ممکن است شامل درد یک طرفه خفیف تا متوسط پایین شکم و تغییر فاصله قاعدگی باشد. علامت دوم ممکن است نتیجه هر دو تخمک‌گذاری ناموفق بعدی و خونریزی تحریک شده توسط مقدار زیادی استرادیول تولید شده در فولیکول باشد. این محیط هورمونی به همراه عدم تخمک‌گذاری، آندومتریوم را بیش از حد تحریک می‌کند و باعث خونریزی نامنظم می‌شود. یافته‌های معاینه لگن ممکن است شامل تندرns یک طرفه با یک توده آدنکسی قابل لمس، محرک و کیستیک باشد.