

بیانیه اجماعی ISUOG در مورد منطقی سازی خدمات سونوگرافی ژنیکولوژی در دوران SARS-CoV-2

مترجم: دکتر مهسا ناعمی، متخصص زنان و زایمان، پره ناتولوژیست، استادیار، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش: دکتر ژیلا عابدی اصل، متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، مرکز آی وی اف بیمارستان بهمن

Traslation by: MAHSA NAEMI MD, Obstetrician and Gynecologist, PERINATOLOGIST, ASSISTANT PROFESSOR, TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Reviewed by: Zhila Abedi Asl, MD, Obstetrician and Gynecologist, fellowship of infertility, IVF center Bahman Hospital

مقدمه:

باتوجه به چالش‌های ایجاد شده توسط پاندمی کورونا ویروس جدید (SARS-COV-2) و جهت محافظت از بیماران و همین‌طور انجام دهندگان سونوگرافی (پزشکان، سونوگرافیست‌ها و حرفه‌های مرتبط)، انجمن بین‌المللی سونوگرافی در زنان و مامایی (ISUOG)، راهنماجماع نظر متخصصین جهت تعیین اندیکاسیون‌های مداخلات سونوگرافیک را جمع‌آوری کرده است.

با توجه به اهمیت و ضرورت انجام مداخلات سونوگرافیک در افراد با مشکلات ژنیکولوژیک و همین‌طور وجود پاندمی اخیر (COVID-19)، الزام انجام تریاژ دقیق‌تر جهت ارجاع برای بررسی سونوگرافیک را مشخص می‌کند. این مقوله بر پایه نکات و قوانین مرتبط با پاندمی می‌باشد:

1. منابع پزشکی باید تقسیم و اولویت بندی شوند.
 2. توجه حداکثری جهت پرهیز از تماس غیرضروری بین کارکنان سیستم سلامت (با احتمال آلودگی) و بیماران (با احتمال آلودگی) صورت گیرد. چراکه شانس انتقال مابین پزشک و بیمار در صورت عدم رعایت توصیه‌های فاصله‌گیری اجتماعی، بسیار بالا می‌باشد.
 3. ویژگی‌ها باید به افراد واجد شرایط محدود شود تا از انتقال ویروس حتی الامکان کاسته شود.
- لذا نوبت‌های سونوگرافی برای بیماران، باید براساس اندیکاسیون‌های زنان به صورت زیر طبقه بندی گردد:

1. آن‌هایی که نیازمند بررسی سونوگرافیک بدون تأخیر هستند. (NOW)
2. آن‌هایی که نیازمند بررسی سونوگرافیک طی چند هفته آینده هستند. (SOON)
3. آن‌هایی که می‌توان بررسی‌های سونوگرافیک را در آن‌ها به بعد از پاندمی به تأخیر انداخت. (LATER)

این گایدلاین (راهنما) بر بررسی بیماران با مشکلات ژنیکولوژیک متمرکز شده است. توصیه‌ها جهت تریاژ هر گروه در جدول I خلاصه شده که در ادامه در متن دلایل کافی برای آن ذکر شده است.

| گروه | مداخلات | شواهد بالینی |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOW - | بیمار باید بدون هیچ تأخیری جهت بررسی فوری به اورژانس مراجعه کند. | <ul style="list-style-type: none"> • درد حاد و مداوم لگنی- تشخیص افتراقی: <ul style="list-style-type: none"> - تورشن تخمدان - پارگی کیست هموراژیک تخمدان - بیماری التهابی لگنی و/ یا آسیب توبووارین (لوله‌ای تخمدان) • عوارض پس از جراحی • سندرم تخمدان تحریک شده • توده‌ی شکمی- لگنی با علائم (اتساع به دنبال آسیت) • خونریزی غیرطبیعی رحمی در صورتیکه با منوراژی به همراه کمخونی شدید و ناپایداری همودینامیک همراهی داشته باشند. |
| SOON - | سونوگرافی به مدت دو الی چهار هفته می‌تواند به تعویق بیافند. | <ul style="list-style-type: none"> • خونریزی غیرطبیعی رحمی - خونریزی بعد از یائسگی • توده شکمی- لگنی - ریسک بالای بدخیمی $IOTA-ADNEX \geq 10\%$ - Staging سونوگرافیک برای بدخیمی‌های زنان که توسط بیوپسی تشخیص داده شده اند و یا به طور اتفاقی در بررسی‌های تصویربرداری غیر مرتبط کشف شده اند به شرطی که در درمان مفید باشد. • خونریزی پس از مقاربت • علائمی از عود بدخیمی‌های ژنیکولوژیک • سابقه خانوادگی مثبت از بدخیمی ژنیکولوژیک مرتبط با فاکتورهای ژنتیک (مثل BRCA مثبت) |
| LATER - | بررسی سونوگرافیک را می‌توان به پس از پاندمی به تأخیر انداخت. ممکن است بیماران جهت بررسی سونوگرافی ارجاع داده شوند ولی باید نوبت آن‌ها به بعد از اتمام پاندمی به تعویق افتد. سیستم مناسبی جهت اطمینان دهی از حفظ نوبت آن‌ها در تاریخ بعدی موجود باشد. | <ul style="list-style-type: none"> • خونریزی غیرطبیعی رحمی، در صورتیکه شدید و یا بعد یائسگی نباشد: <ul style="list-style-type: none"> - خونریزی بی‌موقع در هنگامی که تحت درمان‌های هورمونی هستند. - منوراژی (خونریزی شدید رحمی) بدون آنمی - الیگومنوره (خونریزی کمتر از نرمال رحمی): PCOS - خونریزی غیرطبیعی بین قاعدگی‌ها و یا نامنظم - خونریزی غیرطبیعی رحمی در حول و حوش دوران یائسگی • درد غیرحاد لگنی <ul style="list-style-type: none"> - درد مزمن لگنی - بیوست‌های دوره‌ای - دیسمنوره - دیسپارونیا • سابقه مثبت خانوادگی از بدخیمی ژنیکوبیک بدون ارتباط با فاکتورهای ژنتیکی • بی‌اختیاری ادرار • نازایی و یا سقط‌های مکرر • پرولاپس |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● بررسی پاتولوژی‌های تخمدانی "اکثرأ خوش خیم" <ul style="list-style-type: none"> - کیست ساده (unilocular) - آندومتریوم - کیست درموئید یا تراتوما - کیست خونریزی دهنده‌ی تخمدانی (شامل کیست‌های Corpus luteal هم می‌شوند). - Hydrosalpinx هیدروسالپینکس - بدخیمی کم خطر $IOTA-ADNEXAL < 10\%$ ● بررسی پاتولوژی‌های لگنی <ul style="list-style-type: none"> - پولیپ رحم - لیومیوم - آندومیوزیس - ادنومیوزیس ● بررسی محل IUD (وسیله پیشگیری داخل رحمی) ● بررسی پس از درمان کامل بدخیمی‌های ژنیکولوژیک در صورتی که بدون علامت یا نشانه‌ای از عودباشند | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

اولویت بندی سونوگرافی با توجه به شواهد بالینی

• درد حاد لگنی (NOW)

درد حاد و ماندگار لگنی باید اورژانس ژنیکولوژیک مدنظر قرار بگیرد مگر آنکه خلاف آن ثابت شود. در این موارد اگر حاملگی توسط آزمایش ادرار منفی گزارش شده باشد، مسائل ذیل باید به عنوان احتمال تشخیصی مد نظر قرار بگیرند:

- تورشن تخمدان: در اکثر مواقع (به جز در موارد گذرای تورشن تخمدان) مداخلات جراحی اورژانسی حتمی می‌باشد. هرچند تشخیص تورشن تخمدان با علائم بالینی است ولی انجام سونوگرافی در بررسی بیماران با درد حاد لگنی ضروری می‌باشد.
- پارگی کیست تخمدانی خونریزی دهنده: هرچند اکثراً به شدت دردناک می‌باشند ولی درمان سرپایی با مسکن‌ها کفایت می‌کند. در این موارد انجام سونوگرافی جهت کنار گذاشتن احتمال تورشن تخمدان لازم می‌باشد.
- بیماری‌های التهابی لگنی (PID) و یا آبسه لوله‌ای- تخمدانی (TOA): در این موارد علائم بیمار می‌تواند شبیه به علائم عفونت با COVID-19 باشد (مثل تب). مانند تورشن تخمدان، تشخیص و درمان به خصوص در حضور (TOA) به وسیله سونوگرافی انجام می‌شود. رد تشخیص احتمالی (TOA) نقش مهمی در درمان (PID) دارد.

• درد غیرحاد لگنی (LATER)

پیرو اهداف این گایدلاین، تمام اشکال درد غیرحاد لگنی را که در زیر ذکر شده اند در یک گروه طبقه بندی کرده‌ایم:

- درد مزمن لگنی
- بیوست‌های سیکلیک
- دیسمینوره
- دیسپارونیا

آندومترئوزیس و آدنومیوزیس نیز به عنوان شایع‌ترین شرایطی که منجر به شکایت درد لگنی می‌گردند نیز در این گروه قرار می‌گیرند. در اکثر موارد، مجموعه‌ای از علائم بروز می‌کند. هرچند در این موارد شرایط وخیم‌تر به نظر می‌رسند، ولی بیماران و پزشکان بررسی‌های سونوگرافیک را باید به بعد از پایان پاندمی COVID-19 به تعویق بیندازند. اپیزودهای حاد درد لگنی در زمینه دردهای مداوم غیرحاد لگنی نیز باید تحت شرایط فوق بررسی گردند.

• عوارض به دنبال جراحی و یا پروسیجرها (NOW)

هرچند اکثر مراکز جراحی‌های elective زنان را انجام نمی‌دهند ولی بیشتر مراکز جراحی‌های اورژانسی و واجب انکولوژی ژنیکولوژیک را انجام می‌دهند. در تمامی مراکز پروسیجرهای اورژانسی (مانند سزارین، حاملگی اکتوپیک، تورسیون تخمدان) در حین پاندمی، حتماً انجام می‌شوند و باید به تبع آن عوارض به دنبال جراحی‌ها (مثل خونریزی، آبسه و هیدرونفروز) را نیز در نظر داشت. در صورتیکه شک به عوارض ناشی از جراحی و پروسیجر انجام شده وجود داشته باشد (مثل پارگی) یا بیمار احساس ناراحتی پس از انجام پروسیجرمانند کارگذاری IUD داشته باشد (درد شدید خونریزی و یا عفونت) انجام فوری سونوگرافی پیشنهاد می‌شود. همچنین ارزیابی سونوگرافی به دنبال جراحی‌های بزرگ انکولوژیک نیز در صورت لزوم باید مدنظر قرار گیرد.

• نازایی

اکثر مراکز در دوران پاندمی پروسیجرهای elective جهت القای بارداری (ART) را متوقف کرده‌اند. انجمن‌های علمی در این برهه رویکرد محتاطانه‌ای با روند ART دارند هرچند در زمینه حفظ باروری در حضور بدخیمی‌ها، روند درمان با ART همچنان ادامه خواهد یافت.

- سندرم تخمدان بیش از اندازه تحریک شده (NOW): در صورت انجام (ART) جهت حفظ باروری و موارد خاصی از درمان نازایی، این سندرم به‌عنوان عارضه حاد و خطرناک نیازمند بررسی فوری سونوگرافیک می‌باشد.

- **نازایی و سقطهای مکرر (LATER):** در این موارد بررسی‌های سونوگرافیک باید به بعد از دوران پاندمی زمانیکه محدودیت‌های رعایت فاصله اجتماعی برداشته شده و مراکز باروری مجدداً کار خودشان را از سر بگیرند به تعویق بیفتد.

• خونریزی غیرطبیعی رحمی

خونریزی‌های رحمی غیرطبیعی در دوران قبل از یائسگی معمولاً خوش خیم بوده و تهدیدکننده حیات نیستند. بررسی‌های سونوگرافیک در این موارد از AUB، باید تا بعد از اتمام پاندمی (به محض برداشته شدن قوانین فاصله گذاری فیزیکی در جامعه) به تعویق بیفتد. در صورتیکه افراد با این علائم دچار مشکل شوند، طی تماس تلفنی/ ویدیویی با پزشک خانواده و یا متخصص زنان خودشان سعی در کنترل علائم خود به طور تجربی بنمایند.

- خونریزی ناگهانی و ناهنگام در حین درمان‌های هورمونی (LATER)
- خونریزی شدید قاعدگی (HMB) بدون وجود آنمی (LATER)
- الیگومنوره (LATER)؛ در صورت امکان باید احتمال حاملگی را رد کرد.
- خونریزی حین قاعدگی (LATER)
- AUB حول و حوش قاعدگی (LATER)
- خونریزی به دنبال نزدیکی (SOON):

- ❖ معاینه با اسپکولوم و/ یا تهیه اسمیر از سرویکس باید در نظر گرفته شود.
- ❖ احتمال سرطان سرویکس را باید در نظر داشت و اقدامات لازم جهت اطمینان از عدم تشخیص انجام شود.

در موارد زیر از AUB نیاز به ارزیابی زمانی بیشتری می‌باشد.

- خونریزی شدید قاعدگی به همراه آنمی شدید یا شرایط ناپایدار همودینامیک (NOW)

بررسی‌های سونوگرافیک به موقع هنگامیکه درمان تجربی موفقیت آمیز نبوده و یا بیمار دچار عارضه‌ای ناشی از آنمی حاصله گردد باید انجام شود. در این موارد پزشک با کمک گرفتن از سونوگرافی، و با درک بهتر علت خونریزی به درمان مطلوب تری دست می‌یابد. گرچه اکثر علل ایجاد (HMB) خوش‌خیم‌اند و باتوجه به محدودیت‌های بیمارستانی، شاید انجام پروسیجرهای جراحی قابل انجام نباشند. در چنین مواردی ارائه دهندگان خدمات باید در نظر بگیرند که آیا انجام سونوگرافی می‌تواند تغییری در نحوه درمان بیماران در زمان پاندمی ایجاد کند.

- ❖ بیماران با (HMB) غیرطبیعی ممکن است به بررسی فوری نیازمند باشند چرا که برخی از آنها ممکن است پاتولوژی‌های جدی همچون سرطان سرویکس داشته باشند.

- خونریزی بعد از یائسگی (SOON)

❖ سرطان آندومتر در این بیماران باید حتماً بررسی و کنار گذاشته شوند. خوشبختانه در موارد خونریزی‌های پس از یائسگی، سرطان ندرتاً وجود دارد، حتی اگر احتمال آن وجود داشته باشد معمولاً تهاجمی نیستند و سریع پیشرفت پیدا نمی‌کنند. در شرایط طبیعی، بررسی این بیماران معمولاً در طی دو هفته از شروع علائم انجام می‌گیرد. در شرایط حاضر و وجود پاندمی COVID-19 توصیه به تعویق انداختن این بررسی‌ها تا چهار هفته آینده می‌شود (وگاهی تا 6 هفته نیز پیشنهاد می‌شود)

• توده شکمی لگنی

توده‌های شکمی- لگنی ممکن است به طور اتفاقی در دیگر بررسی‌های تصویربرداری دیده شوند. و گاه توسط خود شخص لمس و پیدا می‌شود. توصیه می‌شود که این بیماران در همراهی با علائم همراه تریاژ شوند و اولویت بندی بشوند.

- توده‌های شکمی- لگنی با توجه به علائم همراه (SOON یا NOW) و با نظر پزشک از جهت نیاز به بررسی فوری و ارجاع به اورژانس، ارزیابی می‌شوند. در این صورت اولویت بندی بیماران بر اساس علائم همراه آنها صورت می‌گیرد و براساس شدت علائم ارجاع بیماران به بخش اورژانس توسط ارائه دهندگان خدمت در نظر گرفته می‌شود در صورت وجود

علائم مشکوک به بدخیمی (مثل انسداد روده، تهوع و استفراغ، آنورکس، کاهش وزن بیش از اندازه و سیری زود هنگام و افزایش قطر شکم) اقدامات جهت بررسی الزامی می‌باشند. هرچند علائم همراه (مثل اثر فشاری توده بر مثانه یا روده‌ها) معمولاً حاد و یا تهدید کننده‌ی حیات نیستند ولی می‌توانند نشانه‌های توده‌های پیشرفته تخمدان باشند و لزوم بررسی سونوگرافیک هرچه سریع‌تر توسط متخصص مربوطه و درمان مناسب را توجیه کند. می‌توان شدت بدخیمی را با توجه به مدل معرفی شده $IOTA-ADNEX \leq 10\%$ تعیین کرد که به صورت رایگان و کلیک بر روی لینک مربوطه دسترسی به آن امکان پذیر است. (<https://www.iotagroup.org/research/iota-model-software/adnex-risk-model>)

- در مواردی که توده‌های شکمی- لگنی بدون علائم همراه داشته باشیم (LATER یا SOON)، می‌توان بررسی را به بعد از اتمام پاندمی حاضر به تعویق انداخت مثل مواقعی که پاتولوژی شناخته شده‌ای مثل لیومیوم وجود داشته باشد. در غیر اینصورت می‌توان سونوگرافی را با تاخیری چهار هفته‌ای در مواردی که توده به صورت اتفاقی کشف شده و بیمار بدون علامت است انجام داد.

• بدخیمی ژنیکولوژیک (SOON)

در دوران پاندمی COVID-19، می‌توان به جای انجام سونوگرافی توسط متخصص بررسی را با سی‌تی اسکن و یا MRI جایگزین نمود که برای staging مراحل اولیه تومور، بررسی پاسخ درمانی و یا علائم عود می‌توان از آن استفاده نمود. در غیر اینصورت، بررسی سونوگرافیک توسط متخصص در موارد ذکر شده ذیل باید سریعاً انجام گیرد:

❖ تشخیص اولیه:

- برای تشخیص ماهیت توده شکمی- لگنی به وسیله سونوگرافی
- Staging سونوگرافیک جهت موارد تایید شده به وسیله بیوپسی و یا مواردی که توده به طور اتفاقی کشف شده (در حین تصویربرداری به علل دیگر) در صورتیکه در نحوه مدیریت و درمان بدخیمی مفید واقع شود.
- جهت بررسی عوارض به دنبال جراحی یا پروسیجرها مثل تجمع عفونت، هیدرونفروز یا تجمع مایع آزاد و یا پلورال افیوژن که نیازمند تخلیه هستند.

❖ بررسی اثر درمانی:

در این موارد هرچند بهتر است از روش تصویربرداری اولیه جهت بررسی پاسخ تومور استفاده شود ولی در شرایط کنونی استفاده از سی‌تی اسکن و MRI ارجح و منطقی‌تر از سونوگرافی به نظر می‌رسند.

❖ عود بیماری:

در زمانی که با علائم عود بدخیمی‌های ژنیکولوژیک مراجعه کرده باشند (مانند افزایش سطح تومورمارکرها و یا علائم جدید)، اگر یافته‌های سونوگرافی منجر به درمان موثر انکولوژیک شود، ارزیابی سونوگرافی باید سریعاً انجام گیرد. در نظر گرفتن مزایا و معایب انجام سونوگرافی و سایر روش‌های تصویربرداری در بیماران با علائم تبیین عود (مانند آسیت و دیس پنه) و آن‌هایی که درمان palliative تنها راه انتخابی می‌باشد حائز اهمیت است.

• ارزیابی پاتولوژی ثبت شده قبلی (LATER)

بسیاری از بیماران به دنبال ارزیابی اولیه بیماری بدخیمی ژنیکولوژیک توسط سونوگرافی، نیازمند بررسی مکمل و مجدد در عرض چند ماه آینده می‌باشند. در ادامه لیستی از علل نیازمند به بررسی مجدد آورده شده است. در تمامی موارد توصیه به تاخیر انداختن ارزیابی مجدد به پایان دوره پاندمی شده است. در موارد توده‌های آدنکسال که قبلاً با مورفولوژی خوش‌خیم ثبت شده است شانس بدخیمی و احتمال عوارض حاد پایین می‌باشد.

❖ رحم:

- پولیپ رحم
- لیومیوم

- آندومیوزیس

❖ تخمدان:

- کیست ساده تک حفره‌ای با اندازه $> 10\text{cm}$ در بزرگترین قطر
- آندومتریوما
- کیست درموئید
- کیست هموراژیک (من جمله کیست جسم زرد)
- توده با شانس پایین بدخیمی IOTA-ADNEX $> 10\%$

❖ خارج رحمی- خارج تخمدانی:

- آندومتریوزیس
- هیدروسالپنکس

• بررسی IUD (LATER)

در طی دوران پاندمی، انتظار می‌رود تا جای امکان از مشاوره‌های رو در رو کاسته شود و به همین دلیل توصیه به کاهش نوبت دهی جهت کارگزاری IUD شده است. هرچند روش‌های جلوگیری از بارداری جز نیازهای بیمارانی می‌باشد و IUD نیز به عنوان یکی از انتخاب‌ها همچنان مطرح است. در صورت انتخاب بیمار جهت کارگزاری IUD توصیه می‌کنیم هرگونه بررسی روتین محل آن تا پایان پاندمی به تعویق بیفتد. اگر نخ IUD در معاینه با اسپکولوم دیده نشد، توصیه به استفاده از روش‌های جلوگیری بارداری کمکی دیگر شده و بررسی سونوگرافیک را به بعد از اتمام پاندمی موکول خواهد شد چرا که شانس پارگی بی‌علامت و یا دفع IUD بسیار کم است.

• مشکلات اروژنیکولوژیک (LATER)

در اکثریت موارد این مشکلات خطرناک و تهدید کننده حیات نمی‌باشند. بررسی سونوگرافیک باید تا دوران بعد از اتمام پاندمی در شرایط ذیل به تعویق بیافتد.

- بی‌اختیاری
- پرولاپس

• Follow up بدخیمی‌های ژنیکولوژیک به دنبال تکمیل درمان سرطان (LATER)

در این بیماران باید علائم عود آموزش داده شود تا در صورت مشاهده‌ی آن‌ها با گروه درمانی انکولوژیست خود تماس بگیرند و از آن‌ها راهنمایی بجویند. بیمارانی که تحت پیگیری فعال با سونوگرافی می‌باشند باید از نظر علائم عود بیماری مشاوره شده و توصیه شوند که در صورت بروز و پیشرفت علائم به مسئول درمان تیم اونکولوژی خودشان از طریق تلفن اطلاع دهند.

راهنمای عمومی

• اسکرین و غربالگری جهت SARS-COV-2

همه‌ی زنانی که نیاز به مراقبت دارند باید براساس علائم و شرایط عفونت اولویت‌بندی شوند. ایده‌آل آن است که این بیماران ابتدا تلفنی با مراکز درمانی و پزشک خود علائم مربوطه را در میان بگذارند. هرچند در صورتیکه بیمار به مرکز درمانی مراجعه کند، ویزیت کننده و پزشک باید با تجهیزات کامل ایمنی و پیشگیری (PPE) مجهز باشد. قبل از دسترسی بیمار به سونوگرافی و یا مشاوره پزشکی بسیار مهم است که از نظر علائم شایع مثل سرفه و یا تب تریاژ شوند. غربالگری از نظر مسافرت، شغل و تماس با تجمعات درگیر نیز از موارد مهمی هستند که باید در غربالگری ملزوم شوند.

اگر شیوع منطقه‌ای SARS-COV-2 افزایش یابد، تمامی بیماران باید پرخطر در نظر گرفته شوند. توصیه می‌کنیم که متخصصین ارشد باید جزئیات شرح حال بیماران را بررسی کرده و مشخص کنند که آیا آن‌ها نیاز به مراجعه به بیمارستان را دارند یا خیر.

• قوانین مرتبط با بیماران مشکوک و یا تایید شده COVID-19

به همهی موارد مشکوک و یا تایید شده‌ی COVID-19 توصیه می‌شود که مراجعه حضوری نداشته باشند و در صورت نیاز به بررسی باید به مراکز تعیین شده جهت مبتلایان COVID-19 بروند. تنها مواردی که در غربالگری منفی بوده‌اند و زنانی که به COVID-19 مشکوک هستیم ولی نیاز به بررسی فوری دارند باید مراجعه و در صورت نیاز به سونوگرافی توصیه می‌گردد که از دستگاه اولتراسوند و اتاق خاصی برای بیماران COVID-19 استفاده شده و به دنبال آن دستگاه طبق گایدلاین‌های سلامت تمیز شود. در صورتیکه بیماری با شک به COVID-19 مراجعه کند باید به تمام کارکنان سیستم سلامت مرکز مربوطه اطلاع داده شود.

• بیماران مشکوک به COVID-19 نیازمند بستری

اگر بیمار مشکوک به COVID-19 stable باشد، باید در خانه به مدت یک هفته ایزوله شود. ایده‌آل آن است که در بیماری که با مورد COVID-19 مثبت در تماس بوده است، ایزولاسیون در خانه به مدت 14 روز صورت گیرد. هرچند در اوایل بارداری این روش کمتر عملی می‌باشد. هر اتاق و منطقه‌ای در بیمارستان که بیمار در آن حضور داشته است باید با دقت زیاد تمیز شود. اگر بیماری با شک به ابتلا عفونت نیازمند بستری در بیمارستان باشد در اتاقی با قابلیت دسترسی از اتاق مجاور تا تایید تست کرونا تحت نظر قرارگیرد.

حمایت‌های حین ویزیت

• موارد احتیاطی که باید در اتاق‌های انتظار و معاینه در نظر گرفته شوند

- 1- توجه به رعایت توصیه‌های فاصله‌گیری اجتماعی، احترام گذاشتن به زمان نوبت دهی و مدت برنامه ریزی شده جهت هر ویزیت و فاصله گذاری بین ویزیت‌ها تا از تجمع بیماران در اتاق انتظار کاسته شده و فاصله بین صندلی‌ها در اتاق انتظار از هم دو متر باشد.
- 2- محلول‌های ضدعفونی‌کننده دست‌ها در ورودی مراکز و همین‌طور در سالن‌های انتظار در دسترس قرار گیرند. به بیماران حامله و همراهان آن‌ها توصیه می‌شود به محض ورود و در فواصل زمانی مکرر و قبل از سونوگرافی دست‌های خود را ضدعفونی کنند. اگر محلول‌های ضدعفونی با توجه به کمبود در مراکز قابل دسترس نبود به بیماران حامله توصیه می‌شود قبل از انجام سونوگرافی بیست ثانیه با آب و صابون دست‌های خود را بشویند.
- 3- ماسک صورت باید در دسترس باشد و همه با توجه به توصیه‌های گایدلاین اخیر استفاده کنند، بخصوص در بیماران با علائم COVID-19 یا مشکوک توصیه به استفاده از ماسک جراحی می‌شود. سونوگرافیست‌ها باید ماسک جراحی (N95,FFP2/3) را باتوجه به ریسک بیماران استفاده کنند.
- 4- برای نوبت دهی بیماران، باید از آن‌ها سوال شود که آیا به تنهایی مراجعه می‌کنند و یا یک همراه بزرگسال دارند. کودکان و افراد بالای 60 سال نباید مراجعه کنند. زنان علامتدار و یا با تشخیص احتمالی COVID-19 نباید جهت ویزیت به واحد سونوگرافی مراجعه کنند مگر اندیکاسیون بسیار مهم داشته باشند که در این مواقع باید به محل خاص تعیین شده برای SARS-COV-2 مراجعه کنند.

• راهنمای کارکنان و متخصصین اسکن‌های اولتراسونوگرافی

- 1- راهنمای ضدعفونی کردن و تمیزکردن لوازم سونوگرافی و تجهیزات و چگونگی محافظت از کارکنان و پزشکان درحین انجام اسکن‌های ژنیکولوژیک و مامایی در بخش دیگری ذکر خواهد شد.

2- همهی توصیه‌های سازمان‌های کنترل عفونت که باید عملی شود شامل:

- ❖ دست‌های سونوگراف‌یست باید تا زیر آرنج‌ها برهنه (bare) باشند.
- ❖ سونوگراف‌یست نباید از ساعت و یا جواهرات استفاده کند.

3- سونوگراف‌یست‌ها باید قبل و بعد از ویزیت بیمار دست‌های خودشان را با آب و صابون و یا ضدعفونی‌کننده‌های دست تمیز کنند.

4- سونوگراف‌یست‌ها باید از دستکش‌های یکبار مصرف بدون لاتکس حین انجام سونوگرافی استفاده و بعد از هر بیمار عویض کنند.

5- توصیه حداقل به استفاده از ماسک‌های جراحی سه لایه برای سونوگراف‌یست‌ها در طی انجام سونوگرافی در بیماران می‌شود چرا که زمان مشخصی را در نزدیک بیمار سپری می‌کنند و در مواقعی که بیمار مشکوک و یا با احتمال بالا و یا حتی تایید شده از جهت COVID-19 است از ماسک‌های (N95) استفاده شود.

ژل‌های یکبار مصرف ارجح بر استفاده از ظرف‌های بزرگ ژل می‌باشند حتی در مواقع انجام سونوگرافی شکمی
6- کارکنان غیربالینی (منشی‌ها و خدمات) باید از توصیه‌های لوکال کنترل عفونت پیروی کنند و اگر بتوانند کارشان را بدون مواجهه با بیماران به صورت مستقیم انجام دهند، لزومی به استفاده از ماسک سه لایه نمی‌باشد.

7- تمام کارکنان در واحد سونوگرافی باید از علائم و نشانه‌های بیماری SARS-COV-2 آگاه باشند مثل شروع جدید سرفه، تب و کوتاهی تنفس و در صورت بروز هرگونه از این علائم در آن‌ها، سریعاً به و توصیه‌های پزشکی عمل کرده و حتی‌المقدور انجام تست برای آن‌ها صورت گیرد.

• اداره و کنترل واحد مربوطه خود در طی دوران پاندمی COVID-19

علاوه بر نیازهای روزمره معمول جهت اداره‌ی واحد خودتان، توصیه‌های زیر نیز ارائه می‌گردد:

- 1- تمامی وسایل (PPE) باید روزانه چک شود تا از کافی بودن آن‌ها مطمئن شوید.
- 2- تمامی کارکنان باید از جهت سایز مناسب ماسک‌های (FFP3) تست شوند و سایز آن‌ها معلوم گردد.
- 3- مدیران باید در نظر داشته باشند که ممکن است در طی دوران پاندمی، کارکنان و خانواده‌های آن‌ها ممکن است بیمار شوند و بنابراین برنامه‌های لازم جهت اتفاقات غیرمترقبه در نظر گرفته شود.
- 4- اگر بیماری با تست مثبت SARS-COV2 مواجه شد، باید نتیجه ضبط و اطلاع داده شده و روزانه چک شوند و اطمینان حاصل گردد که بیمار نیز از نتیجه تست مطلع است و اگر بیمار بستری شود به کارکنان بخش مربوطه هم اطلاع داده شود.
- 5- اگر جلسات بین گروه‌ها (MDT) لازم است که برگزار شود، توصیه بر برگزاری جلسات هفتگی و آن هم در platform آنلاین (مثل Zoom) تاراجع به بیماران بحث شود.
- 6- با توجه به احتمال انتقال بالای SARS-COV-2 بین کارکنان، باید فاصله گذاری اجتماعی ما بین همکاران رعایت شود و دیدارها و جلسات به حداقل برسند. زمان ناهار هم به صورت انفرادی باشد و نه به صورت گروهی و در کنار هم.

REFERENCES

1. American Society for Reproductive Medicine. COVID-19: Suggestions On Managing Patients Who Are Undergoing Infertility Therapy Or Desiring Pregnancy. 2020. <https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy/>. [Accessed March 24, 2020]
2. European Society of Human Reproduction and Embryology. Coronavirus Covid-19: ESHRE statement on pregnancy and conception. 2020. <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News>. [Accessed March 24, 2020]
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131: e124–129.
4. Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ. “Two week wait” standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? *J Br Menopause Soc* 2003; 9: 170–172.
5. Van Calster B, Van Hoorde K, Valentin L, Testa AC, Fischerova D, Van Holsbeke C, Savelli L, Franchi D, Epstein E, Kaijser J, Van Belle V, Czekierdowski A, Guerriero S, Fruscio R, Lanzani C, Scala F, Bourne T, Timmerman D. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ* 2014; 349: g5920.
6. Froyman W, Landolfo C, De Cock B, Wynants L, Sladkevicius P, Testa AC, Van Holsbeke C, Domali E, Fruscio R, Epstein E, dos Santos Bernardo MJ, Franchi D, Kudla MJ, Chiappa V, Alcazar JL, Leone FPG, Buonomo F, Hochberg L, Coccia ME, Guerriero S, Deo N, Jokubkiene L, Kaijser J, Coosemans A, Vergote I, Verbakel JY, Bourne T, Van Calster B, Valentin L, Timmerman D. Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumours (IOTA5): a 2-year interim analysis of a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2019; 20: 448–458.
7. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Lie C, Hui D, Du B, Li L. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
8. Poon LC, Abramowicz JS, Dall’Asta A, Sande R, ter Haar G, Marsal K, Brezinka C, Miloro P, Basseal J, Westerway SC, Abu-Rustum RS. ISUOG Safety Committee Position Statement: safe performance of obstetric and gynecological scans and equipment cleaning in the context of COVID-19. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. DOI: 10.1002/uog.22027.
9. Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall’Asta A, Deng J, Harrison G, Marsal K, Lee JCS, Lim A, Miloro P, Poon LC, Salvesen KJ, Sande R, ter Haar G, Westerway SC, Xie MX, Lees C. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/b8dde768-08a2-424c-a4615551637515e9/ISUOG-Safety-Committee-statement-on-COVID19-and-PPE.pdf>

AUTHORS

T. Bourne, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK; Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

M. Leonardi, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

C. Kyriacou, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

M. Al-Memar, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

C. Landolfo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Dipartimento Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica, Rome, Italy

D. Cibula, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic

G. Condous, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

U. Metzger, Centre d'Échographie de l'Odéon, Paris, France

D. Fischerova, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic

D. Timmerman, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

T. van den Bosch, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium

Acknowledgment

Peer review was provided by Juan-Luis Alcazar (Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, Pamplona, Spain), Misty Blanchette-Porter (Larner College of Medicine at the University of Vermont Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences Division, Reproductive Medicine and Infertility Burlington, Vermont, USA), Christina Fotopoulou (Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, UK) and Wouter Froyman (KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium).