

تدبير سلس البول الجهدى لدى النساء اللواتى أخفقت لديهن عملية الإصلاح الأمامى فى مشفى التوليد الجامعى

بإشراف الأستاذ الدكتور

كنعان السقا**

إعداد طالب الدكتوراه

جمال الدين التوتنجي*

المخلص

خلفية البحث وهدفه: يعدُّ سلس البول الجهدى من الشكايات الشائعة عند النساء ولاسيما حول سن الضهى، تختفى فى كثير من الأحيان تحت حرج السيدة المصابة من التحدث عن شكايتها، ظناً منها أحياناً أخرى بأنَّ التقدم بالعمر يحمل فى طياته المشاكل البولية بشكل طبيعى. وما زالت عمليات الإصلاح الأمامى تمارس من قبل بعضهم فى محاولة لإصلاح هذه المشكلة عند النساء. هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على نسبة الإخفاق العالية التى تصاحب عملية الإصلاح الأمامى التى كانت ومازالت تستخدم من بعض الزملاء فى تدبير سلس البول الجهدى عند النساء للحد من استخدامها وإلقاء الضوء على الطرائق الحديثة من عمليات إصلاح سلس البول الجهدى ونسب نجاحها العالية للحث على استخدامها كطريقة معتمدة فى تدبير سلس البول الجهدى.

طرائق البحث: أجريت الدراسة على 50 مريضة تشكو من سلس بول جهدى من مراجعات دار التوليد الجامعى فى المدة الواقعة بين 2009\3\1، وامتدت حتى 2010\3\1. بتحليل تلك العينة التقطت 14 مراجعة كن قد خضعن لجراحة الإصلاح الأمامى لتدبير سلس البول لديهن. بأخذ القصة المرضية لتلك المريضات تبين بأنَّ ثمانى منهن كان العمل الجراحى لديهن قد منى بالإخفاق مباشرة ولم يحدث التحسن لديهن أبداً، فى حين حدث التحسن عند البقية لمدة دامت وسطياً 5 سنوات. وضع تشخيص سلس البول الجهدى بالقصة السريرية، والفحص الفيزيائى السريرى، وباختبار بونى، وإجراء فحص البول والراسب مع زرع البول، وبالدراسة البولية الحركية. خضعت كل المراجعات لعملية استخدمت تقنية الوشاح لتدبير سلس البول الجهدى (TVT)، قورنت نتائج النجاح والإخفاق لكلتا الطريقتين من العمل الجراحى.

نتائج البحث: بالنسبة إلى المريضات اللواتى كان فى سوابقهن جراحة الإصلاح الأمامى المصححة لسلس البول الجهدى، كانت نتائج الجراحة السابقة كما يأتى: لم يحدث أى تحسن بعد الجراحة عند 8 مريضات بنسبة 57% من المريضات، وحدث تحسن عند 6 مريضات بنسبة 43% منهن لمدة دامت وسطياً 5 سنوات، وفى النهاية حدث النكس عند جميعهن. خضعت المريضات جميعهن كما ذكر لإجراء عملية وضع الوشاح الصناعى لتصحيح سلس البول الناكس عندهن (TVT) وكانت النتائج القريبة للتقنية الجديدة جيدة فى معظم الحالات.

الاستنتاج: خلصت الدراسة إلى نتيجة بأنَّ عملية الإصلاح الأمامى لإصلاح سلس البول الجهدى طريقة تحمل نسبة عالية من الإخفاق فى معالجة سلس البول الجهدى عند النساء. ونصحت بعدم اللجوء بالمستقبل لذلك النوع من التقنيات فى تدبير سلس البول الجهدى، وأوصت الدراسة باللجوء لطريقة الوشاح الصناعى فى تدبير سلس البول الجهدى عند النساء.

الكلمات الافتتاحية: سلس البول الجهدى، الإصلاح الأمامى، طريقة الوشاح الصناعى فى تدبير سلس البول الجهدى (TVT).

* قسم التوليد - كلية الطب البشرى - جامعة دمشق.

** أستاذ - قسم التوليد - كلية الطب - جامعة دمشق.

Management of Ladies Suffering of Relapsed Urinary Stress Incontinence Treated with Anterior Colporrhaphy in Maternity Hospital at Damascus University

Jamal Eddin Al-Toutanjy*

Kanaan Sakka**

Abstract

Background and Objective : Stress incontinence is a very common complaint in women specially in premenopausal area .they do not always come to the Gyn. clinic complaining of this problem due to their embarrassment , thinking that ageing process is a coexistent to this problem

This study aim to highlight and focus on the bad result of the anterior colporrhaphy as a surgical procedure to treat urinary stress incontinence .which had been used and still from some colleagues . This study aim to focus on the very good result of the new technique (TVT) to treat urinary stress incontinence where it could be the standards technique to be used to solve this problem .

Methodology : the study started the 1st of March 2009 till 1/3/2010 . 50 patients were involved in the study suffering from different degree of stress incontinence . 14 of them had been submitted to anterior colporrhaphy with Kelly sutures. Many items were used to put the diagnosis include ; history, medical examination , bony test , urinalysis And culture and Urodynamic study. All 50 patients had been submitted to the new technique of surgery and the results were compared with the result of the old surgery .

Results :for the 14 patients treated with anterior colporrhaphy with Kelly sutures the study revealed immediate failure rate 57% of cases(8 patients) while 43% (6 patients) remained without complaint for an average period of 5 years and at the end all patients need another surgery to treat the relapsed stress (TVT) (the new technique) with a good result in the majority of cases .

Discussion: The study revealed tension free vaginal tape (TVT) has a very good result to treat stress incontinence comparing with anterior colporrhaphy which has a high failure rate and advice not to use this old technique in the future to treat urinary stress incontinence .

Keywords: anterior colporrhaphy , stress incontinence , tension free vaginal tape (TVT)

* Department .Faculty of medicine, Damascus University.

** Prof. Department .Faculty of medicine, Damascus University.

مقدمة:**خلفية البحث وأهدافه:**

يعرف سلس البول بأنه خروج البول بشكل غير إرادي من المثانة عبر الإحليل بشكل واضح، مما يطرح مشكلة اجتماعية أو صحية (1). صممت المثانة لتخزين البول بطريقة لا يتم فيها بذل جهد ودون ألم، ودون سلس أو تسريب، ومن ثم طرح هذا البول بطريقة إرادية ودون ألم أو جهد في ظروف اجتماعية مناسبة (12).

تقوم عضلات رافعات العجان والصفق المغلفة لها بالحفاظ على وضعية الفوهات التي تعبر أرض العجان، وهي فوهة الشرج والمهبل والإحليل، وضبطها من خلال فعالية عضلية مستمرة وتقوم بإغلاق أكبر لتلك الفوهات من خلال مقوية أعلى للعضلات تأتي استجابة لارتفاع الضغط داخل البطن لتقوم بإغلاق تلك الفوهات بشكل محكم منعاً من حصول سلس (10).

بيّنت الدراسات بأنّ للنسيج الضام دوراً مهماً في عملية حدوث السلس (12)، فألياف الكولاجين تميل لتصبح كميتها قليلة وضعيفة في صفق المصابات بسلس البول الجهدى (13)، وسلس البول يمكن أن يحدث بفعل أذيات قد تكون حادة أو مزمنة، من الممكن أن تكون قد أثرت في عوامل الدعم المذكورة، فزيادة الضغط داخل البطن بأسباب مختلفة كالسعال والإمساك، والولادة الراضة التي تمطت الأنسجة وتمزق الصفق الداعمة تؤثر بعوامل التثبيت والدعم المذكورة، وتؤدي لحدوث السلس بسرعات مختلفة تبعاً لحالة المريضة واستمرارية العامل المؤذي (7). يحدث سلس البول الجهدى عندما يرتفع الضغط داخل جوف البطن بظروف مختلفة (العطاس، السعال، الضحك والقيام بالتمارين الرياضية)؛ مما يؤدي إلى زيادة الضغط داخل المثانة، عن ذلك الذي تستطيع قدرة الإغلاق داخل الإحليل من تحقيقه، فيحدث خروج البول من المثانة عبر الإحليل ويحدث السلس. وهناك

عوامل أخرى مهمة تتداخل بحدوث ضبط المصرة البولية، على رأسها سماكة الغشاء المخاطي للإحليل وتثنياته ووجود شبكة وريدية ووعائية عامة تحته يؤمنها استمرار وجود الاستروجين عن المرأة . يبدو أنّ المشكلة شائعة جداً بين النساء، بحيث إنّ العديد من الإحصائيات التي مسحت هذه المشكلة من نساء يفوق العمر لديهن الـ 18 أظهرت نسبة مصادفة لا تقل عن الـ 18% (17).

هدفت هذه الدراسة الوصفية التحليلية الراجعة إلى إجراء مراجعة لنسبة نجاح إحدى الجراحات التي كانت ومازالت تمارس أحياناً لعلاج سلس البول الجهدى أو إخفاقها، وهي الإصلاح الأمامي لتثبيت الإحليل المتحرك، ومنع نزوله حين بذل الجهد، ومقارنتها بإحدى الطرائق الحديثة، وهي طريقة الوشاح الصناعي في تدبير سلس البول الجهدى، وذلك لتسليط الضوء على هذه التقنية الحديثة.

طرق الدراسة: امتدت الدراسة بين آذار 2009 حتى آذار 2010. وشملت الدراسة 50 مريضة راجعت العيادة النسائية في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي تشكو من سلس البول الجهدى. في تفصيل القصة المرضية لذلك العدد من المصابات تبين بأنه قد أجري إصلاح أمامي لمعالجة سلس البول الجهدى عند 14 مريضة منهن، خلال مدد متفاوتة تختلف بين مراجعة وأخرى، وحدث النكس عندهن بمدد مختلفة بعد العمل الجراحي، الأمر الذي حدا بالمريضة معاودة العيادة للشكوى القديمة نفسها. وضع تشخيص سلس البول الجهدى لدى المراجعات بعد اللجوء للوسائل الاستقصائية الآتية: القصة السريرية، والفحص الفيزيائي السريري بالطلب من المريضة السعال وهي بوضعية الوقوف والمثانة ممتلئة، القيام بإجراء اختبار بوني (الذي يقوم مع وضع الإبهام والوسطى على جانبي الإحليل بشكل مواز له ودفع تلك الأصابع باتجاه ارتفاع العانة والطلب من المريضة السعال أو العطاس)،

4- تم تدبير حالات السلس المذكورة جميعها أي ال 50 مراجعة بطريقة استخدام الشريط الصناعي TVT عبر المهبل لمنع الإحليل المتحرك من النزول والحركة مع عملية ارتفاع الضغط داخل البطن، وكانت النتائج بعد مدة مراقبة دامت وسطياً 12 شهراً موزعة حسب الجدول رقم (3):

جدول رقم (3) يظهر نتائج العمل الجراحي بطريقة الشريط الصناعي

نتائج الجراحة	تحسن	تحسن	فشل جراحة
عدد الحالات	45	4	1
النسبة المئوية	90	8	2

4- أجريت مقارنة بين نسب النجاح والإخفاق المباشر

بين كلا الطريقتين من خلال الجدول الآتي:

نوع الجراحة	عدد المريضات	نسبة النجاح المباشر	نسبة الفشل المباشر
إصلاح أمامي	14	43	57
الوشاح الصناعي	50	98	2

جرى دراسة نسب النجاح والإخفاق التي تم الحصول عليها نتيجة المقارنة باستخدام حزمة spss لدراسة الدلالة الإحصائية، وكانت قيمة $p < .05$ ، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية مهمة.

المناقشة:

تعدّ عملية الإصلاح الأمامى من العمليات القديمة التي عفت عنها معظم المراكز الطبية بسبب نسبة الإخفاق العالية التي تعطيها نتائج تلك الجراحة، سواء كان الإخفاق عاجلاً بعد الجراحة مباشرة، أو أجلاً بعد مدد متفاوتة من العمل الجراحي، بحيث لا تبقى ديمومة الفائدة مدة طويلة (5)، وهذه النسبة من الإخفاق 57% تتوافق مع النسب المنشورة والمتعارف عليها عالمياً في إخفاق هذه التقنية في تدبير سلس البول الجهدى (4).

إجراء فحص البول والراسب مع زرع البول ، الدراسة البولية الحركية (15).

نتائج الدراسة :

1. تبين أن عدد اللواتي راجعن بسلس بول جهدي مع سوابق عمل جراحي وهو الترميم الأمامي مع وضع قطبة كيلي لعلاج المشكلة هو 14 مراجعة.

2. تبين أنه لم يحدث تحسن على الإطلاق رغم الجراحة عند 8 مريضات من أصل 14 أجري لهن العمل الجراحي بنسبة إخفاق مباشر بعد العمل الجراحي، تقدر ب 57% حسب ما هو مبين بالجدول رقم (1).

جدول رقم (1) يظهر نسبة الإخفاق المباشر بعد العمل الجراحي

عدد الجراحات	نسبة الإخفاق المباشر	عدد الحالات
14	8	
100	57	النسبة المئوية

3. حدث التحسن عند 6 مريضات أجري لهن الجراحة بنسبة $14/6 = 43\%$ وكان معدل سنوات التحسن قبل حدوث النكس الوسطي يقدر ب 5 سنوات. إذ بالعودة للقصة المرضية للمريضات اللواتي حدث التحسن لديهن وجد التحسن عند المريضات حسب المدد والنسب الآتية:

- حدث تحسن جزئي دام مدة سنة عند مريضة واحدة بنسبة $14/1 = 7\%$.

- حدث تحسن جيد دام أكثر من 10 سنوات عند مريضتين، قبل أن يحدث النكس بنسبة $14/2 = 14\%$.

- حدث تحسن مقبول عند 3 مريضات، ودام التحسن لمدة ثلاث سنوات، قبل أن يحدث النكس بنسبة $14/3 = 21\%$.

وضحت النتائج السابقة بالجدول رقم (2)

جدول رقم (2) يظهر عدد اللواتي تم التحسن لديهن مع نسبها

المئوية

تحسن جزئي	تحسن مقبول	تحسن جيد	عدد المريضات
1	3	2	
7	21	14	النسبة المئوية

الاستنتاجات والتوصيات:

1. يعدُّ سلس البول الجهدي مشكلة اجتماعية وطبية تآرق العديد من السيدات في مراحل عمرية مختلفة، وقد كانت ومازالت الجراحات التقليدية تجرى- مع الأسف- من قبل بعض الجراحين والمراكز الطبية، إذ يتم اللجوء للطريقة التقليدية المذكورة، وهي الإصلاح الأمامي مع وضع قطة كيلي، وهي جراحة أظهرت الدراسة واتفقت نتائجها مع الدراسات المنشورة عنها كلاً بأن نسبة النجاح فيها منخفضة.
2. يوصى باستخدام الطريقة الحديثة التي تعتمد تقنية الوشاح في تدبير سلس البول الجهدي عند النساء، لما تحمله هذه التقنيات من نسب عالية من النجاح على المدى القريب على الأقل ويقترح القيام بالدراسات المستقبلية المعمقة، حول هذه الطرائق الحديثة لعلاج سلس البول الجهدي، والمقارنة بينها، والتأكد من نتائجها لإشباع تلك المنطقة المؤرقة من شكاوي النساء المصابات بسلس البول الجهدي من البحث والدراسة، لمعرفة النتائج العملية ونسبة نجاحها وديمومة النجاح .
3. يوصى بالسؤال عن سلس البول كل المراجعات للعيادة النسائية للكشف عن وجود مشكلة قد تخجل المريضة من البوح بها للطبيب المعالج.

بقيت عملية الإصلاح الأمامي التي وصفت من قبل Howard Kelly عام 1914 إجراء الأول في تدبير سلس البول الجهدي حتى منتصف القرن الـ20 (9)، حين بدأت جراحات أخرى بديلة تحل محلها نظراً إلى نسبة النجاح المنخفضة التي تحققت على المدى القريب والبعيد (5) (11) إذ إنَّ المعالجين جميعاً متفقون حالياً على أن الإصلاح الأمامي يجب أن يجرى فقط للواتي يعانين من هبوط أمامي دون وجود سلس بول جهدي مرافق (4). (8) إلا أن تلك الجراحة- للأسف- بقيت تمارس في المراكز التي لم تدخل لها التقنيات الحديثة في تدبير سلس البول الجهدي ومنها مشفى التوليد الجامعي التي تأخرت في استخدام التقنيات الحديثة التي تتمتع بنسب نجاح عالية (14) في تدبير سلس البول حتى مطلع عام 2009، حيث بدئ باستخدام الشريط الصناعي في تدبير مريضات السلس في تلك المشفى، وقد تم من خلال النتائج المعروضة إظهار نسب النجاح المتدنية، إذ إنَّ العديد من المراكز حالياً لم تعد توصي بعملية الإصلاح الأمامي إلا لتدبير حالات الهبوط الأمامي غير المترافقة بسلس البول (4)، وللجوء إلى الطرائق الحديثة في تدبير السلس عند المصابات بسلس البول الجهدي، نظراً إلى النتائج العالية بالنجاح ومدّة الديمومة الطويلة بالتحسن الموصوفة في معظم الدراسات العالمية (16).

References

1. Abrams P, et al., The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1998;114:5-18.
2. Al-Rawi R, Al -Rawi L. Joint hyper mobility in multifarious Iraqi women with genital prolapse. *Lancet* 1982;1:439-441.
3. Bailey KV. A clinical investigation into uterine prolapse with stress incontinence :treatment by modified Manchester colporrhaphy. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1954;61:291-301.
4. Beck RP, McCormick S. A 25 year experience with 519 anterior colporrhaphy procedures. *Obstet Gynecol* 1991;78:1011“1018.
5. Beck RP, McCormick S. Treatment of urinary stress incontinence with anterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol* 1982;59:269-274.
6. Colombo M, Vitobello D, Proietti F, et al. Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:544“551
7. Delancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence : the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1713-1723.

8. Keilman LJ. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care 2005;32:699-722
9. Kelly HA, Dumm WM. Urinary incontinence in women without manifest injury to the bladder. Surg Gynecol Obstet 1914;18:444-450.
10. Norton PA. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. Clin. Obstet Gynecol 1993;36:926-938.
11. Stanton SL, Cardozo LD. A comparison of vaginal and suprapubic surgery in the correction of incontinence due to urethral sphincter incompetence. Br J Urol 1979;51:497-499.
12. Torrens M, Morrison JFB. The physiology of the lower urinary tract. New York: Springer- Verlag, 1987.
13. Ulmsten U, et al. Different biochemical composition of connective tissue in continent and stress incontinent women. Acta Obstet Gynecol Scand 1987;66:455-457
14. Ulmsten U. et al . A multicenter study of tension - free vaginal tape for surgical treatment of stress urinary incontinence . int Urogynecol J 1998 :9:210-213
15. Wall LL, et al,. Practical urodynamics. In: *Practical urogynecology*. Baltimore: Williams &Wilkins. 1993:83-124.
16. Ward KL, Hilton P. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. Am J Obstet Gynecol 2004;190:324-331.
17. Yarnell JW. et al. the prevalence and severity of urinary incontinence in women. J Epidemiology comm. Health 1981;35:71

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/7/25.

تاريخ قبوله للنشر 2010/10/26