

## اصلاح بی اختیاری ادراری زنان با استفاده از سوزن جدید

نویسندگان:

دکتر محمد علی زرگر \*

متخصص اورولوژی استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر مهناز یاونگی

متخصص زنان زایمان استادیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر محمد جواد محسنی

پزشک عمومی

### Treatment of Female Stress urinary incontinence with New Needle

#### Abstract:

**Introduction:** Stress incontinence is the most Common Disease in Women.

**Materials and Method:** From 1991 to 2000 we operated on 603 patients for stress urinary incontinence (SUI).

**Results:** We used our investigation double –bar curved needle. The operation was not success full for 25 the patients. Three of them, however, required a repeated operation.

It must be noted here that 15 of our patients had already had anterior colporaphy and Marshall – Marchetti operations on them. Also, 8 of them had undergone hysterectomy. Unfortunately none of these operations had been successful.

**Conclusions:** Compared to these methods, ours is extremely simple with few complications. It may also be repeated time and again with good outcome.

**Keywords:** Stress urinary incontinence (SUI), stress incontinence, Female incontinence .

\*آدرس : همدان - بیمارستان اکباتان - بخش اورولوژی @yahoo.com dr amir- argar e- mail:

**مقدمه :**

کلیه ، مئانه ، ستوسکی ، تست مارشال ، شرح حامل کامل ، تهیه پرسشنامه و معاینه داخلی دقیق زنان بعمل آمد و در نتیجه با توجه به موارد فوق ضرورتی به مطالعه یورودینامیک وجود نداشت و موادر شک به مئانه نوروژنیک از مطالعه خارج شدند و در صورتی که عفونت ادراى وجود داشت درمان مناسب انجام می شد و بعد در مطالعه قرار می گرفتند . سیستمهای درجه ۲ و ۳ بعد از درمان سیستمسول چنانچه SUI باقی بود ۳ ماه بعد از درمان سیستمسول وارد مطالعه می شدند تمام بیماران یک دوز جنتامایسین یک ساعت قبل از عمل دریافت کردند و در نهایت ۶۰۳ بیمار به این روش عمل شدند .

**روش عمل جراحی :**

بیماران در وضعیت لیتوتومی با بی حسی نخاعی و یا در صورت تمایل با بیهوشی عمومی تحت عمل قرار گرفتند . ناحیه پرینه و واژن و قسمت تحتانی شکم با بتادین شستشو داده شده و مقعد از ناحیه پرینه باشان استریل تفکیک گردیده و مئانه بوسیله سوند فولی تخلیه شده لبهای فرج با یک بخیه ی سیلک به پوست ثابت و دهانه واژن با والو باز نگه داشته می شود (ش ۱) . دو شکاف یک سانتی متری دو طرف خط وسط شکم بالای پوبیس به فاصله دو سانتی متر از هر طرف خط وسط داده شده و سوزن دوتایی قوس دار که قوسی معادل قوس پوبیس (حدود ۳۰ درجه) دارد (ش ۲) با هدایت انگشت اشاره چسبیده به پوبیس وارد واژن شده و همزمان با انگشت اشاره سوند فولی مجرا به طرف مقابل رانده می شود که سوزن وارد مجرا و مئانه نشود . سپس نخ نایلون صفر را که مطابق شکل آماده شده (ش ۳) وارد سوراخهای سوزن نموده و بالا

بی اختیاری ادراى استرسی یکی از شایع ترین بیماریهای زنان است (۲۹) . و به تعداد زایمانها و ضعف لگن وابسته می باشد شیوع آن در مطالعات مختلف متفاوت است (۳) . اساس درمان بالابردن گردن مئانه از وضعیت موجود به موقعیت مطلوب می باشد تا زاویه ی بین مئانه و مجرا اصلاح گردد (۴۳) . اولین بار یورتروپکسی رتروپوبیک ( ثابت نمودن پیشابراه در خلف سمفیز پوبیس) توسط Krants و همکارانش در سال ۱۹۴۹ بعنوان یک روش عالی جراحی شناخته شد و از آن به بعد تا به حال بیش از ۱۵۰ روش جراحی در مقالات مطرح شده است (۲۵) . و هر کدام از روشها تغییراتی در روش قبلی ایجاد کرده است . روشهای جراحی رتروپوبیک عوارضی دارد که روشهای آندوسکوپیک آن عوارض را ندارد و از نظر موفقیت قابل مقایسه می باشند درصد موفقیت روشهای جراحی فوق با هم متفاوت می باشد و یکجزیی اختلاف دارند (۵۱و۵۰) . روش ما یک نوع Siling می باشد که با توجه به نوع سوزن و مواد مصرفی و مدت بستری و عوارض درصد موفقیت بالایی دارد و قابل مقایسه با روشهای دیگر می باشد بدون هیچ مشکلی چندین بار به فواصل زمانی کم می توان آن را تکرار کرد .

**روش مطالعه :**

بیماران به دو صورت انتخاب شوند یا مستقیماً به درمانگاه اورولوژی مراجعه نمودند و یا از طریق کلینیک زنان ارجاع داده شدند و تماماً دورههای متعدد درمان دارویی را دریافت کرده اند و به علت اینکه به درمان دارویی پاسخ نداده کاندید عمل نشده اند . آزمایشات روتین مانند U/A ,U/C, BUN, Cr, KUB, سونوگرافی

عمل وزن مناسب و ایده آل را پیدا کنند و از آنجائیکه تمام بیماران پرسشنامه داشتند در تمام طول ۱۰ سال پیگیری شدند. هیچ موردی از عود در بیمارانی که موفق بودند گزارش نشد.

#### بحث:

بی اختیاری ادرای استرسی یکی از شایعترین بیماریهای زنان است<sup>(۲۹)</sup> و وابسته به تعداد زایمانها (بیش از ۳ زایمان)، افزایش وزن، سن و ضعف کف لگن می باشد<sup>(۳)</sup>. اکثر بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای اورولوژی و زنان به درمان طبی پاسخ مثبت می دهند و نیاز به عمل ندارند درمانهای طبی شامل داروهای آلفا آدرنرژیک و آنتی کولینرژیک و استفاده از پمادهای استروژن در زنان یائسه و ورزش کف لگن یا تمرینات Kegel می باشد<sup>(۱)</sup>. در صورتی که بیمار با درمان غیرجراحی نتیجه نگیرد تحت درمان جراحی قرار خواهد گرفت. اساس درمان جراحی در تمام روشهای جراحی اصلاح زاویه مثانه و مجرا و بالا کشیدن گردن مثانه می باشد. روش بالا کشیدن گردن مثانه از طریق پوست اولین بار توسط pereyra (۱۹۵۹)<sup>(۷)</sup> و سپس به وسیله Stamey (۱۹۷۳) ابداع شد<sup>(۱۰،۹)</sup> و از نظر میزان موفقیت قابل مقایسه و یا بالاتر از روشهای جراحی باز بود. بعد از آن اصلاحات و تغییراتی در روشهای Sling توسط Hadley و همکارانش (۱۹۸۶) و R.g.parra و Schmidbauer و همکارانش ۱۹۸۶ و 1.Shaker (۱۹۹۰) به وجود آمده<sup>(۱۱)</sup>. روشهای Sling کلا کاربردهای زیادی پیدا کرده و از گرفتگی اتولوگ و گرفتگی مصنوعی استفاده می شود گرفتگی اتولوگ شامل فاسیای رکتوس و عضلات گراسیلیس و فاسیای اوبلیک می باشند و گرفتگی مصنوعی

کشیده می شود سپس با کنترل سیستوسکپ گردن مثانه طوری بالا کشیده می شود که حالت دهان ماهی پیدا کند. این حالت بهترین علامت اصلاح زاویه گردن مثانه می باشد و از رتانسیون ادرای جلوگیری می کند. بیمار بعد از بهوش آمدن و وارد شدن به بخش مربوطه در صورت تمایل قابل ترخیص است در غیر این صورت روز بعد از عمل بدون سوند ادرای مرخص می شود و به صورت سرپایی در کلینیک پیگیری می شود. معمولاً هفته بعد از عمل و ماهانه تا سه ماه متوالی ویزیت می شود و بعد از آن در صورتی که مشکل داشته باشد مراجعه خواهند نمود. اگر بیمار نشت ادرای نداشته باشد و از وضعیت موجود راضی باشد بعنوان موفقیت عمل در پرسشنامه ثبت می گردید.

#### نتایج:

بیماران از ۲ ماه تا ۱۰ سال پیگیری شدند با توجه به پرسشنامه ها تمام موارد ثبت شده است. از ۶۰۳ بیمار ۵۷۸ نفر یعنی معادل (۹۶٪) با یکبار جراحی موفقیت کامل حاصل شد. از ۲۵ مورد عود ۳ نفر مجدداً به همین روش درمان شدند و نتیجه مثبت بود. طول مدت عمل متوسط بیست دقیقه و مدت بستری در بیمارستان در واقع همان روز اول می باشد مگر با تمایل بیمار یک شب بستری می شود. بلافاصله بعد از عمل و به هوش آمدن بیمار نتیجه عمل مشخص و بیمار از بیمارستان مرخص می شود. عوارض قابل توجه نبود: یک مورد خونریزی واژینال رخ داد که با تامپون واژن کنترل شد. یک مورد احتباس ادراری وجود داشت که سوند فولی به مدت سه روز باقی ماند و بعد از حذف سوند بهبودی حاصل شد. به تمام بیماران توصیه شد قبل از

همچنین با ایجاد بالشتک نایلونی در بافت اطراف مجرا و گردن مثانه مانع بریده شدن نسج و واکنش حساسیتی بافتی می شود .

#### نتیجه گیری :

با توجه به زمان کم این روش عمل جراحی ، سادگی روش ، مدت زمان کم بستری در بیمارستان ، بازگشت سریع به زندگی و فعالیت روزمره و درصد موفقیت (۹۶٪) ، قابل مقایسه با بقیه روشهای Sling می باشد و امکان تکرار این عمل در یک فرد در زمانهای مختلف با عارضه کم یا در واقع بدون عارضه ، ما این روش را بعنوان یک روش مناسب جهت درمان جراحی بی اختیاری استرسی ادراری زنان پیشنهاد می کنیم . بدیهی است برای اثبات این موضوع لازم است تحقیقات مشابه در سایر مراکز علمی صورت گیرد .

شامل داکرون ، نایلون و پروپیلن می باشند (۱۳و۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۶) . که موارد فوق نیاز به عملهای وسیع و سنگین و هزینه های زیاد می باشد که براساس قانون بهبود کیفیت یعنی در دسترس بودن ، کم هزینه بودن و کم عارضه بودن ما این روش ها را اجرا کردیم و کنار گذاشتیم و این روش ابداعی رابوجود آوردیم که مورد رضایت بیمار و پزشک می باشد .

ما با تغییراتی که در روش Sling بعمل آوردیم از ورود سوزنهای متعدد به داخل مثانه و واژن که موجب خونریزی خواهد شد کاسته ایم . با ایجاد قوس ۳۰ درجه در انتهای سوزن دوتایی تحت هیچ شرایطی سوزن وارد مثانه نمی شود . طول سوزن ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر و فاصله هر دو سوزن دو تایی از همدیگر ۱ سانتی متر می باشد . در نتیجه میزان نسج اطراف مجرا در هنگام بالا کشیدن گردن مثانه قابل توجه می باشد .

**هدف:** بی اختیاری ادراری استرسی در خانمها یکی از بیماریهای شایع می باشد و روشهای درمانی مختلفی دارد براساس شدت بیماری ممکنست درمان طبی یا جراحی شود روشهای جراحی نیز متفاوت می باشد و میزان موفقیت و مدت زمان عمل و مواد مصرفی و مدت زمان بستری در بیمارستان باعث مزیت برخی از روشها بر روشهای دیگر شده و روش ما تمام این مسایل را در نظر گرفته است .

**روش مطالعه:** از آبان ماه ۱۳۷۰ الی پایان خرداد ۱۳۸۰ تعداد ۶۰۳ بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری استرسی (SUI)\* با استفاده از سوزن و روش ابداعی جدید تحت درمان قرار دادیم سن بیماران ۳۵ تا ۶۵ سال متوسط ۵۰ سال می باشد و تعداد زایمانها متوسط ۲/۸ می باشد تمام بیماران شرح حال و پرسشنامه و آزمایشات و تست مارشال و سیستوسکوپی داشتند.

**یافته ها:** بیماران از ۳ ماه تا ۱۰ سال پیگیری شدند از ۶۰۳ بیمار درمان شده به این روش ۲۵ مورد عود وجود داشت . ۱۵ نفر قبلاً به یکی از روشهای جراحی SUI درمان شده بودند که نتیجه نداده بود . ۸ مورد سابقه هیترکتومی داشتند . ۲۵ مورد عود ۳ مورد موافقت کردند که مجدداً به همین روش عمل شوند و بعد از عمل مجدد کاملاً بهبود یافتند . بیماران با توجه به رضایت و اظهارنظر خودشان به روش بیهوشی عمومی یا نخاعی تحت درمان قرار گرفتند . مدت زمان عمل متوسط ۲۰ دقیقه بود .

**نتیجه گیری:** با توجه به آسان بودن کار و مدت کم بستری در بیمارستان و هزینه های پایین ما این روش را در درمان جراحی SUI پیشنهاد می کنیم .

**واژه های کلیدی:** بی اختیاری زنان - بی اختیاری استرسی ، بی اختیاری ادراری استرسی

#### References:

1. Blavas J, Romanzi Lj, Herits OM .Urinary incontinence path physiology , evaluation , treatment , overview and no surgical and overview and no surgical management . In: Campbell's Urology . Walsh P, Retik A, Vaughan ED Jr. Philadelphia , W.B, Saunders , 1997 , PP:1001-1043 .
2. Ananias C, Diokno MO .Epidemiology of female incontinence , in : Raz Female Urology . Razsh ... Philadelphia , W.B. Saunders , 1996.PP:73-79.
3. Webster GD, Khoury JM. Retro pubic suspension surgery for female sphincteric incontinence. In: Campbell's Urology . Walsh P, Retik A , Vavghan ED Jr .Philadelphia . W.B, Saunders. 1997, PP: 1095-1102.
4. MC Guine EY , D'Connel EH. Pubovaginal sling , in : Cambell's Urology . Walsh P , Retik A , Vaughan ED Jr. Philadelphia. W.Bsaunders . 1997, PP: 1103 – 1108
5. Krantz Ke , Marchetti AA , Marshall VF . The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension surge. Gaynecol obstet . 1949; 88,509.
6. Morales , A van cott , F , G : The Gates procedure an as improved simplification of ear rent techniques for vesicle neck suspension , surge . Gynecology . Obstet .1988; 167, 243.
7. Pereya A.J: A simplified surgical procedure for correction of stress incontinence of in women west J Surg . 1959; 67, 223.
8. Stamey TA : Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence . Surge gynecol obstet 1973 ; 136 : 547.

9. Stamey TA: Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence in female. *Ann surg* 1980; 192: 456.
10. Stamey TA : Re : Editorual Comment : should stamy colposuspension be our primary surgery for stress incontinece ? *J urol* 1997 ; 157 : 627 .
11. Parra RO , Shaker L . Experience with a simplified technique for the treatment of female stress urinary incontinence *British Journal of urology* ; (1990);66,615.
12. Barthold JS , Rodriquez E , Freedman AL , et al . Results of rectus facial sling and wrap procedure for the treatment of neurogenic sphineteric incontinence . *J Urol* 1999 ; 161 : 272 .
13. Beck RP , Grove D , Arnush D , Harvey J : Recurrent stress incontinence treated by facia lata sling *Am J obstet Gynecol* 1974 ; 120 : 613 .
14. Bent AE , ostergard DR , Zwick – Zaffutom : Tissue reaction to expanded polytetra fluoroethylene suburethral sling for urinary incontinence : clinical and histologic study . *Am J obstet Gynecol* 1994 : 171 : 1159 .
15. Drrando C , Batista JE , Arano P : Polytetra fluoroethylene sling for failure in female stress incontinence surgery . *World J Urol* 1996 : 14(Suppl 1 ) : 48 .
16. Cross CA , Cespedes RD , McGuri EJ : our experience with pubovaginal slings in patients with stress urinary incontinence . *J Urol* 1998 ; 159 : 106 .