

سلس البول الجهدي

الدكتور محمد كنعان*
الدكتور أحمد عبد الرحمن**

(ورد إلى المجلة في 1999/4/8، قبل للنشر في 1999/6/15)

□ الملخص □

تناول البحث 35 مريضة لديهن سلس بولي جهدي راجعن مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والوحدة المهنية للأمراض الجراحية (بولية) والوحدة المهنية للأمراض النسائية بين عامي 1998-1990 .
ترافق سلس البول الجهدي بقبيلة مثانية في 31.4% من الحالات وبقبيلة إكليلية مثانية في 57.2% .

ازدادت نسبة مصادفة سلس البول الجهدي مع:

- ازدياد عدد الولادات .
- الولادات التي تتم في المنزل.
- في حالات عدم إجراء خزع فرج واق.
- في الأعمار بين 40-69 سنة.

المعالجة الجراحية المستخدمة بطريقة كيلي *Kelly* أو بطريقة بورش *Burch* أعطت نتائجاً متقاربة حيث أعطت المراقبة لمدة سنتين بعد العمل الجراحي شفاءً بالنسبة لطريقة بورش 90% ولطريقة كيلي 85.7%.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Stress Incontinence

Dr. Mohamad KANAN*

Dr. Ahmad ABD EL RAHMAN**

(Received 8/4/1999, Accepted 15/6/1999)

□ ABSTRACT □

The research included 35 female patients who have a stress incontinence and were treated in AL-Assad University Hospital in Lattakia and in the Urologic and Gynecologic clinics, between 1990-1998.

The real stress incontinence accompanied with cystocele in 31.4% of the cases and cystourethrocele in 57.2% of the cases.

The incidence of stress incontinence increased with:

- *Multiparous women.*
- *The births at home.*
- *In the cases without prophylactic vaginectomy.*
- *In the ages between 40-69 years .*

The surgical treatment was by the methods of Kelly or Burch with similar results for both of them the follow up for tow years after surgery showed that Burch method had a 90% success and kelly had a 85.7% success.

* Associate Professor at Surgery Department, Faculty of Medicine, Tishreen University-Lattakia-Syria.

** Associate Professor at Obstetrics and Gynecology Department, Faculty of Medicine - Tishreen University-Lattakia-Syria.

I - مقدمة:

1 - الانتشار:

السلس البولي بالتعريف هو خروج البول اللاإرادي، ويعتبر حالة مرضية شائعة ذات تشعبات طبية واجتماعية ونفسية لها قيمتها.

هناك دراسات عديدة تناولت دراسة نسبة الحدوث والانتشار للسلس البولي حيث تراوحت هذه النسبة لدى النساء السليمات (غير المرضيات) غير المستات بين 11.3% حتى 62.7% (Wolin, 1969) Sandvik et al, 1995).

أجرى يارنل Yarnell ورفاقه دراسة على 842 امرأة تراوحت أعمارهن بين (17-64 سنة)، حيث بلغت نسبة السلس البولي لديهن 42% ، وفي دراسة على مجموعة من 348 امرأة بأعمار متوسطة (45-64 سنة) بلغت نسبة وجود السلس البولي 52.6% (Yarnell et al, 1981).

في دراسة على 541 امرأة متوسطة العمر (42-50 سنة) وجد بورجيو Burgio ورفاقه أن 58% من النساء المذكورات اعطين قصة فقد بول أحيانا سلس (Burgio et al, 1991).

وحسب رأي بورجيو ولوشر Burgio and locher يعتبر السلس البولي الجهدى الأكثر شيوعا بين الأنواع الأخرى من السلس البولي بنسبة بين 14.7-52%.

(Locher and Burgio, 1996).

2 - الآلية الإراضية:

يترافق السلس البولي الجهدى مع وجود هبوط في أعضاء الحوض التي تكون متشاركة مع عوامل خطورة وهي: الولادات، العمر، الحالة الهرمونية والارتفاع المزمن للضغط ضمن البطن. كما ينتج هبوط أعضاء الحوض عن عوامل متعددة وهي: عيب في عضلات العجان (قعر الحوض) وعيب في التعصيب وفي النسيج الضام للمنطقة.

عن دور النسيج الضام في إراضية السلس البولي الجهدى كما ذكر سابقا في الحمل والتقدم في العمر والحالة الهرمونية فلقد وجد Ulstem et al أن النساء اللواتي يعانين من السلس البولي الجهدى لديهن نقص في الكولاجين الكلي بنسبة 40% في الرباط المدور والجلد عن اللواتي ليس لديهن سلس بولي جهدي (Ulstem et al, 1987).

ولقد اقترح أن هذا النقص في الكولاجين يؤدي إلى ضعف في جهاز التثبيت في الجهاز البولي التناسلي وهذا مايزيد من حركية عنق المثانة ويسبب هبوط الرحم لدى النساء اللواتي لديهن سلس بولي جهدي.

كما أكد Rechsberger ورفاقه وجود نقص الكولاجين لدى النساء اللواتي لديهن سلس بولي جهدي في دراسة منفصلة عن السابقة (Rechsberger et al, 1993).

يرى Jeffcoate and Roberts أن السلس البولي الجهدي يحدث كنتيجة لفقد الزاوية الإحليلية المثانية الخلفية الطبيعية كما لاحظوه على التصوير للأحليل والمثانة بالطريق الراجع (Jeffcoate and Roberts, 1952). ودُعمت هذه النظرية من قبل (Green, 1962).

3 - المعالجة الجراحية:

هناك العديد من العمليات المهبلية أو خلف العانية ذكرت لتدبير سلس البول الجهدي وإن نتائج هذه العمليات تتفاوت حسب اختيار المريضة المناسبة وحسب خبرة وأهلية الجراح، ففي حالات السلس المتوسطة دون ظروف معرّقة تكون النتائج

رائعة بمختلف الطرق الجراحية. من ناحية أخرى وجود سلس البول الجهدي المعاود مع بدانة أو سعال مزمن مع استرخاء كبير بجدار المهبل الأمامي يؤدي إلى نتائج سيئة. إن انتقاء الطريقة الجراحية بالغ الأهمية هنا بصرف النظر عن التقنية، معظم المداخلات الجراحية تهدف لتثبيت الوصل المثاني الإحليلي بوضعية مرتفعة خلف العانة.

وفي دراستنا هذه اعتمدنا طريقتين جراحيتين لعلاج السلس البولي الجهدي وهما:

1- الإصلاح المهبلي الأمامي بطريقة كيلي Kelly .

2- رفع عنق المثانة وتثبيت النسيج حول الإحليل (جدار المهبل الأمامي) على رباط كوبر بقطب متفرقة خلف العانة حسب تعديل بورش Burch, 1968 لعملية مارشال مارشيتي كرانتس الأصلية التي وصفت لأول مرة عام 1949.

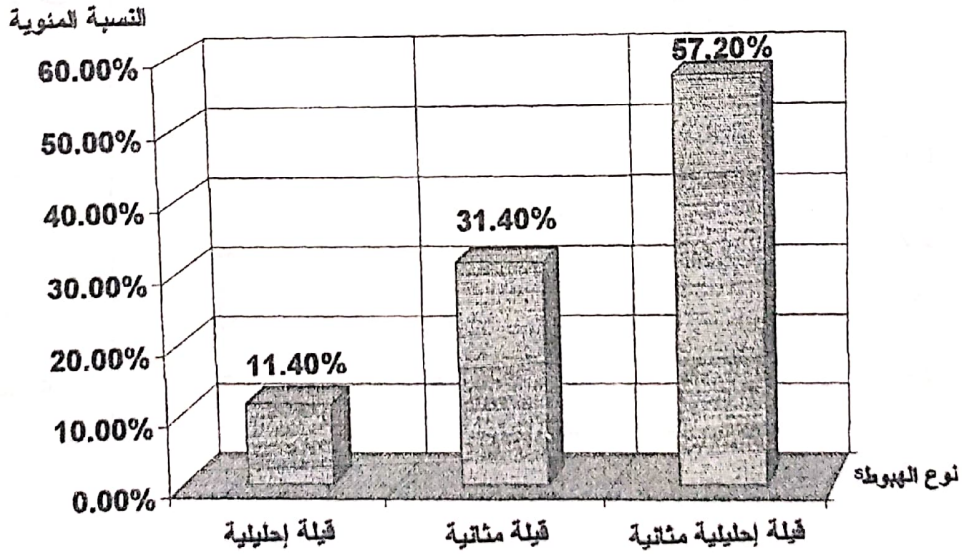
II - مبررات البحث:

- 1- شيوع سلس البول الجهدي.
- 2- عدم وجود دراسة سابقة حول هذا الموضوع في الساحل السوري.

للأمراض النسائية بين عامي 1990-1998 عن طريق الرجوع إلى أخصائير المريضات المذكورات وجمعت على استمارة معلومات لكل مريضة تضمنت القصة السريرية والفحص السريري وتقرير العمل الجراحي بالإضافة للفحوص المتممة وتمت المراقبة لمدة سنتين عن طريق مراجعة المريضات للوحدتين المهيتين السابقتي الذكر.

V - النتائج ومناقشتها:

1 - لقد تم توزيع مريضات سلس البول الجهدي حسب أنماط الهبوط المشخصة كما يلي جدول (1).



مخطط بياني (١) يبين توزيع مريضات سلس البول الجهدي حسب أنماط الهبوط

III - الهدف من البحث:

- 1- دراسة العلاقة السببية لتعدد الولادات مع سلس البول الجهدي .
- 2- معرفة العوامل المؤهبة من أجل الوقاية.
- 3- تقديم نتائج المعالجة الجراحية بطريقتها المهبلية وخلف العائية المستخدمة.
- 4- تقديم التوصيات والمقترحات حول سبل الوقاية من سلس البول الجهدي.

IV - مواد وطريقة البحث:

تمت الدراسة على 35 مريضة شُخص لديهن سلس بول جهدي راجعن مشفى الأسد الجامعي والوحدة المهنية للأمراض الجراحية (بولية) والوحدة المهنية

جدول (1) توزيع مريضات سلس البول الجهدى حسب أنماط الهبوط

نوع الهبوط	العدد	النسبة المئوية
قبيلة إحصيلية	4	11.4%
قبيلة مثنائية	11	31.4%
قبيلة إحصيلية مثنائية	20	57.2%
المجموع	35	100%

2- كما تمت دراسة العلاقة بين نمط الهبوط المشخص وعدد الولادات فتيين لنا مايلى جدول (2).

يلاحظ من الجدول (1) أن 57.2% من الهبوطات المشخصة كانت قبيلة إحصيلية مثنائية تلاها القبيلة المثنائية التي شملت 31.4% . انظر المخطط البياني (1).

جدول (2) يبين العلاقة بين نمط الهبوط وعدد الولادات

المجموع	نوع الهبوط			عدد الولادات
	قبيلة إحصيلية مثنائية	قبيلة مثنائية	قبيلة إحصيلية	
2	1	1	0	0
11	6	4	1	4-1
19	9	8	2	9-5
3	2	1	0	10<
35	18	14	3	المجموع

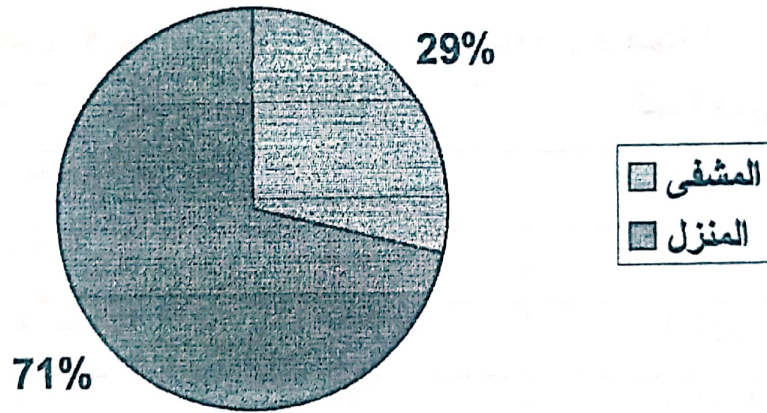
3- كما تمت دراسة علاقة الخلل (الهبوط) مع مكان الولادة، جدول (3) والمخطط البياني (2).

يلاحظ من الجدول (2) أن القيلات المثنائية والمثنائية الإحليلية تزداد مع ازدياد عدد الولادات وبالتالي يزداد سلس البول الجهدي مع ازدياد عدد الولادات.

جدول (3) يبين علاقة الخلل مع مكان الولادة

مكان الولادة	المشفى	المنزل	المجموع
العدد	10	25	35
النسبة المئوية	%28.6	%71.4	%100

مخطط بياني (2) يبين علاقة الخلل مع مكان الولادة



4- كما تمت دراسة علاقة سلس البول الجهدي مع تكتيك الولادة فتبين لنا ما يلي جدول (4).

يلاحظ من الجدول (3) والمخطط البياني (2) أن 71.4% من مريضات سلس البول الجهدي كانت ولانتهن في المنزل.

جدول (4) يبين علاقة سلس البول الجهدى مع تكنيك الولادة

النسبة المئوية	العدد	تكنيك الولادة
%28.6	10	مع خزع الفرج
%71.4	25	بدون خزع الفرج
-	-	مع تطبيق ملقط
-	-	مع تطبيق محجم
%100	35	المجموع

5- وعند دراسة علاقة سلس البول الجهدى مع طبيعة الجهد أو المهنة تبين لنا مايلي جدول (5).

يلاحظ من الجدول (4) أن 71.4% من حالات سلس البول الجهدى كانت عند نساء لم تترافق ولانتهن بإجراء خزع فرج واقى.

جدول (5) يبين علاقة سلس البول الجهدى مع طبيعة الجهد أو المهنة

النسبة المئوية	العدد	المهنة
%20	7	راحة (مكتب - منزل)
%28.6	10	مهنة تتطلب الوقوف
%51.4	18	مهنة تتطلب الجهد
%100	35	المجموع

6- كما قمنا بدراسة علاقة سلس البول الجهدى مع عمر المريضة فتبين لنا مايلي جدول (6).

يلاحظ من الجدول (5) أن سلس البول الجهدى تزداد مصادفته مع زيادة الأعمال المجهدة.

جدول (6) علاقة سلس البول الجهدي مع العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	0	-
20-29 سنة	1	2.9%
30-39 سنة	4	11.4%
40-49 سنة	9	25.7%
50-59 سنة	7	20%
60-69 سنة	13	37.1%
70-80 سنة	1	2.9%
المجموع	35	100%

يلاحظ من الجدول (6) أن سلس البول الجهدي تزداد مصادفته مع التقدم بالعمر. . (7) - أجري العلاج الجراحي كما يلي جدول

جدول (7) يبين طرق العلاج الجراحي

نوع العملية	العدد	النسبة المئوية
عملية كيلي Kelly	25	71.4%
عملية بورش Burch	10	28.6%
المجموع	35	100%

8- وقد تمت المراقبة للمريضات لمدة سنتين فكانت نسبة النكس والشفاء كما يلي جدول (8) .

جدول (8) نسبة النكس والشفاء حسب نوع العمل الجراحي

النسبة المئوية		عدد حالات النكس	عدد حالات الشفاء	نوع العملية
النكس	الشفاء			
% 14.3	85.7 %	5	20	عملية كيلي Kelly
% 10	% 90	1	10	عملية بورش Burch

ومن الجدول السابق نرى أن نسبة الشفاء بعد المراقبة لمدة سنتين لعملية كيلي بلغت 85.7% وهذا يوافق ما ورد في الأدب الطبي، وهو موضح في جدول المقارنة التالي جدول (9).

جدول (9) مقارنة نسبة الشفاء لعملية كيلي في دراستنا بعد مراقبة لمدة سنتين مع ماورد في الأدب الطبي

عدد سنوات المتابعة	نسبة الشفاء	الأجراء	المؤلف
1 سنة	%100	إصلاح أمامي	1- كوفمان 1981 *
2 سنة	%80	إصلاح أمامي	2- بيك 1982 *
3 سنوات	%92	إصلاح أمامي	3- فان روبين 1979 *
5 سنوات	%90	إصلاح أمامي	4- بيتر 1980 *
2 سنة	%85.7	إصلاح أمامي	5- دراستنا

* مأخوذ عن Jonthos et al, 1996 في كتاب Nowak.

(Peters and Thornton, 1980;
Van Geelen et al. 1988;
Bergman and Elia, 1995).

بينما أعطى (Krahulec et al. 1992) نسبة 94% كما أعطى (1993)

(Kiilholma et al) نسبة 91%.

بينما بلغت نسبة الشفاء بالنسبة

لعملية بورش Burch 90% وهذا ماوافق الدراسات التي أجريت على عملية التثبيت بطريقة Bruch حيث أعطت نتائج المراقبة لمدة طويلة نسبة بين 75-90%.

9- وقد درست الاختلاطات القريبة فتبين لنا

مايلي:

من الجدول (10) نتبين انه في

عملية كيلي بلغ رضح المئانة 8.6%

والإعاقاة الإفراغية (ثمالة بولية) 22.9%

بينما في عملية بورش شككت الإعاقاة

الإفراغية (ثمالة بولية) 30% والقيلة

المعوية 20%.

وبمقارنة النتائج السابقة مع

الدراسات العالمية التي أظهرت أن أكثر

الاختلاطات هي إعاقاة الإفراغ (ثمالة بولية)

حيث بلغت 22.9%

(Kjelheale ; Alcalay et al, 1995)

and Ryden, 1994 .

نرى أن نتائجنا متوافقة مع النتائج العالمية .

جدول (10)

عملية Burch العدد الكلي 10		عملية Kelley العدد الكلي 25		نوع الاختلاط
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
0%	0	0%	0	النفزف السموي
0%	0	8.6%	3	رضح المئانة
30%	3	22.9%	8	ثمالة بولية (إعاقاة إفراغية)
20%	2	0%	0	قيلة معوية

VI - التوصيات:

• ينصح بمعالجة الأمراض المزمنة

بشكل جيد.

• ممارسة الرياضة البدنية قبل وأثناء

وبعد الحمل وخاصة أنواع الرياضة

التي تقوي عضلات العجان.

• نشر الوعي الصحي عبر المنظمات

الجماهيرية (الاتحاد النسائي مثلا)

وعبر وسائل الإعلام المقروءة

والمسموعة (الإذاعة) والمرئية

(التلفزيون).

• ينصح بتقليل عدد الولادات

والمباعدة بين فترات الحمل.

• يفضل إجراء خزع فرج واقى أثناء

الولادة.

• في حالة وجود عوامل مؤهبة لسلس

بولي جهدي يفضل الابتعاد عن الأعمال

المجهد.

REFERENCES المراجع

- ALCALAY M., MONGA A., STANTON S.L., (1995): Burch Colpusus pension : a 10-20 year follow -up. *Br.J. obstet. Gynecol.*; 102; 740-745.
- BERGMAN A., ELIA G., (1995): Three surgical procedures for genuine stress incontinence: Five year follow - up of a prospective randomized study: *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 173; 66-71.
- BURCH J.C. (1968), Cooper's ligament urethrovesical suppression for stress incontinence, *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 100; 764-774
Taken from Urogynecology and urodynamics Theory and practice page 520 ; 4 Th edition (1996), DONALD R. OSTERGAROL and ALFRED E. BENT (eds), WILLIAMS & WILKINS.
- BURGIO K.L., MATTHEWSK A., ENGEL B.T. (1991), Prevalence, inciolence and Correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J. Urol.*; 146; 1225-1229.
- GREEN T.H. (1962). Development of a plan for the diagnosis and treatment of urinary stress incontinence, *Am. J. Obstet. Genecol.*; 83; 632.
Taken from Urogynecology and urodynamics Theory and practice ; 4 Th edition (1996), DONALD R.OSTERGAROL and ALFRED E. BENT (eds), WILLIAMS & WILKINS P: 493.
- JEFFCOATE T.N.A., ROBERTS H. (1952), observations on stress incontinence of urin, *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 64; 721-738.
Taken from Urogynecology and urodynamics Theory and practice ; 4 Th edition (1996), DONALD R.OSTERGAROL and ALFRED E. BENT (eds), WILLIAMS & WILKINS P: 493.

- JONTHOS, BREKELLY, ADASHI, POWLA A., HILLARD (1996): Novak's *Gynecology*, 12th edition.
- KIILHOLMA P., MAKINEN J., CHANCELLOR H.B. et al, (1993).: Modified Burch colpsuspension for stress urinary incontinence in females, *surg. Gynecol. Obstet.* 176,111.
- KJELHEALE P., RYDEN G. (1994). Prognostic factors and long-term results of the Burch colposuspension. A retrospective study. *Acta obstet. Gynecol. Scand.*;73;642-647.
- KRAHULEC P., ROVNY F., MATYSPK P. et al (1992): Personal experience with colpurethral suspension using the Burch method, *Esk. Gynecol.* 57, 197.
- LOCHER J.L. and BURGIO K.L. (1996): Epidemiology of incontinence in : urogynecology and Urodynamics, theory and practice, 4th Edition, DONALD R.OSTERGAROL and ALFRED E. BENT (eds), WILLIAMS & WILKINS p: 67-71.
- PETER V.A., THORNTON W.N. (1980): Selection of the Primary operative Procedure for stress urinary incontinence, *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 137; 923-930.
- RECHSBERGER T., DONICA H., BARANOWSKI W., JAKOWICKI J. (1993). *Eur. J. Obstet. Gynecol. Report Biol.*; 49; 187-191.
- SANDVIK H., HUNSKAAR S., VANVIC A., SEIW A., HERMSTAD R. (1995): Diagnostic Classification of female urinary incontinence, an epidemiological survey corrected for validates : *J. Clin. Epidemiol.*; 48; 338-343.
- ULSTEM U., EKMAN G., GIETZ G., MALMSTROM A. (1987): different biochemical composition of connective tissue in

continent and stress incontinent women. *Acta obstet. Gynecol. Scand.*; 66; 455-457.

- VAN GEELEN J.M., THEEVWES A.G.M., ESKEO L.A.B., MOURTIN C., (1988): The clinical and urodynamic effects of anterior Vaginal repair and Burch colposuspension . *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 159; 137-144.
- WOLIN L. (1969): stress incontinence in Young; healthy multiparous female subjects. *J. Urol.*; 101; 545-549.
- YARNELL J.W., VOYLE G.J., RICHAROLS J., STEPHENSON T. P. (1981): The Prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J. Epidemio. Commune Health*; 35; 71-74.