

تدبير الأسر البولي الحاد العفوي، والمعرض عند مرضى ضخامة البروستات الحميدة

الدكتور بسام عباس*
الدكتور خضر رسلان**
عامر جناد***

(تاريخ الإيداع 20 / 10 / 2010. قُبِلَ للنشر في 23 / 1 / 2011)

□ ملخص □

شملت الدراسة 150 مريضاً شُخِّصَ لديهم احتباس بولي حاد، ولديهم ضخامة موتة حميدة، والذين راجعوا مشفى الأسد الجامعي، بجامعة تشرين في الفترة الممتدة بين- شهري آب 2009 وآب 2010- وتهدف الدراسة إلى إلقاء الضوء على طرق تدبير الاحتباس البولي الحاد عند مرضى ضخامة الموتة الحميدة (العاجل والآجل). كانت نسبة حدوث الاحتباس البولي الحاد العفوي 66% من الحالات. بينما كانت نسبة حدوث الاحتباس البولي الحاد المعرض 34%. عولج 98% من المرضى بتركيب قنطرة بولية إحصلية. بينما استعمل فغر المثانة في 2% من المرضى. وقد بقيت القنطرة البولية 5 أيام وسطياً لدى المرضى الذين خضعوا لمحاولة نزع القنطرة حيث تم نزع القنطرة البولية بعد هذه المدة، وترك المرضى لمحاولة التبول العفوي. نجحت محاولة نزع القنطرة لدى 57,1% ممن خضعوا لها، وكانت نسبة النجاح أكبر لدى مرضى الاحتباس البولي الحاد المعرض، ولدى المرضى الذين تناولوا حاصرات ألفا. أكدت الدراسة على أن محاولة نزع القنطرة، وترك المريض للتبول بشكل عفوي تقلل بنسبة كبيرة عدد الحالات التي قد تخضع لعمل جراحي، كما بينت الدراسة الأسباب الأكثر شيوعاً، والتي تعرض حدوث الاحتباس البولي الحاد عند مرضى ضخامة الموتة الحميدة.

الكلمات المفتاحية: ضخامة الموتة الحميدة، الاحتباس البولي الحاد، محاولة نزع القنطرة، حاصرات ألفا.

* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

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

*** طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Management of Spontaneous & Precipitated Acute Urinary Retention Associated with BPH

Dr. Bassam Abbas^{*}
Dr. Khudur Reslan^{**}
Amer Jnad^{***}

(Received 20 / 10 / 2010. Accepted 23 / 1 / 2011)

□ ABSTRACT □

This study includes 150 cases of acute urinary retention with BPH treated in AL-ASSAD University Hospital between August 2009 and August 2010. The aim of the study is to evaluate the management methods of acute urinary retention in patients with BPH.

The spontaneous AUR rate was 66% versus 34% for precipitated AUR. 98% of the patients were treated by placing urethral catheter versus 2% for cystostomy. The urinary catheter was left for 5 days on the average in the TWOC group. The urinary catheter was removed after this period and the patient was left to micturate spontaneously. The TWOC succeeded in 57.1% of the patients who were managed with this method. The success rate was higher in the precipitated AUR patients and the patients who were treated with alpha blockers. This study confirmed that TWOC reduces the rate of operated patients, on the other hand showed this study the most common factors that precipitate the occurrence of AUR in patients with BPH.

Keywords: Benign Prostatic Enlargement, Acute Urinary Retention, Trial without Catheter, Alpha Blockers.

* Assistant Professor of Urology, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

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

*** Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Tishreen, Lattakia, Syria.

مقدمة:

إن الاحتباس البولي الحاد (AUR) هو أحد أكثر الأحداث الهامة، والمزعجة في سياق السير الطبيعي لضخامة الموثة الحميدة (BPH)، ويشكل تفريغ المثانة التدبير العاجل لهذه الحالة باستخدام قثطرة إحليلية (urethral catheter)، أو فوق العانة (suprapubic cystostomy). وقد تم التعرف على العديد من العوامل المترافقة مع الاحتباس البولي الحاد المحرض (precipitated AUR) عند مرضى ضخامة الموثة الحميدة [1]. هذا ويمكن إطلاق وصف المحرض على الاحتباس البولي الحاد (P-AUR) عند مرضى ضخامة الموثة الحميدة عندما نستطيع كشف عامل واحد على الأقل، قد يكون ساعد ضخامة الموثة الحميدة على إحداث الاحتباس البولي الحاد لدى المريض، كالإنتانات البولية أو الأدوية أو الاستهلاك الزائد للكحول..... الخ. أما عندما لا نستطيع كشف أي عامل من هذه العوامل، فنطلق على الاحتباس البولي الحاد لدى المريض وصف العفوي (spontaneous AUR) [1]. إن استخدام حاصرات ألفا (α -blockers) علاجياً يمكنه أن يقي من حدوث الاحتباس البولي الحاد عند مرضى ضخامة الموثة الحميدة العرضيين في المراحل السريرية الأولى، ويسهل إزالة القثطرة التالي لحالات الاحتباس البولي الحاد عند حدوثه [2]. إن العلاج الجراحي يحمل معدلات أعلى للمرضة، والوفيات عند الرجال الذين يتظاهرون بالاحتباس البولي الحاد، مقارنة بالمرضى الذين يتظاهرون بالأعراض لوحدها [1]. كما أن العلاج الجراحي العاجل يترافق مع معدل مرضة، ووفيات أعلى مقارنة باستئصال الموثة المؤجل [1]. تساعد حاصرات ألفا بشكل أساسي في تأخير الجراحة. وقد تجنبنا الجراحة العاجلة عند مجموعة من المرضى. وتبقى الجراحة (المفتوحة أو TURP) القاعدة الذهبية عند فشل محاولة إزالة القثطرة، ويمكن أخذ الإجراءات قليلة الغزو بعين الاعتبار كتدبير بديل عند المرضى ذوي الخطورة العالية، ولكن قيمة هذه الإجراءات ماتزال بحاجة لبرهان [3].

أهمية البحث وأهدافه:

يعتبر الاحتباس البولي الحاد (AUR) مشكلة هامة، ومزعجة تعترض السير الطبيعي لضخامة الموثة الحميدة، وتحدث هذه الحالة بنسبة هامة بين مرضى ضخامة الموثة الحميدة [4]، لذلك فإن دراسة أسباب هذه الحالة وتصنيفها، وتمييز الاحتباس البولي الحاد إلى عفوي (S-AUR) ومحرض (P-AUR) يساعدنا في صياغة العديد من التوصيات التي يمكن تقديمها لمرضى ضخامة الموثة الحميدة، بهدف التقليل من حدوث الاحتباس البولي الحاد لديهم قدر الإمكان، وذلك بتجنب المحرضات التي قد تؤدي لحدوث مثل هذه الحالة. كما أن دراسة طرق تدبير مثل هذه الحالة يساعدنا في التوصل إلى استراتيجية واضحة، يمكننا الاعتماد عليها في التدبير اللاحق لمرضى ضخامة الموثة الحميدة، وكانت أهداف البحث:

- تصنيف الاحتباس البولي الحاد لدى مرضى ضخامة الموثة الحميدة إلى عفوي، ومحرض، ومعرفة الأسباب الأكثر شيوعاً المحرضة لحدوث هذه الحالة، مما يساعد في تقليل نسبة حدوثها.
- تقييم فرص نجاح محاولة نزع القثطرة البولية (TWOC) (أي نزع القثطرة البولية بعد فترة زمنية معينة من حدوث الأسر البولي الحاد، وترك المريض لمحاولة التبول العفوي) في إلغاء، أو تأجيل الاستطبانات العلاجية الغازية (TURP, Open surgery.....) قدر الإمكان، مما يساهم في الحد من المضاعفات التالية للإجراءات الغازية، أو عند وجود عوامل خطورة عالية.
- وضع استراتيجية واضحة لتدبير الاحتباس البولي الحاد لدى مرضى ضخامة الموثة الحميدة.

طرائق البحث ومواده:

تمت الدراسة على 150 مريضاً شُخص لديهم احتباس بولي حاد، وتبين فيما بعد أن لديهم ضخامة موتة حميدة وعولجوا في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة الواقعة ما بين 2009/8/1 وحتى 2010/8/1، وذلك في أقسام المشفى التالية (قسم الاسعاف- قسم الجراحة- قسم الأمراض الباطنة- قسم الأمراض الأذنية والعينية). تم تنظيم استمارة خاصة، تضمنت القصة السريرية، وطرق التدبير الإسعافي لنوبة الاحتباس البولي الحاد، والنتائج المخبرية، والشعاعية المجراة، والتدابير اللاحقة المتبعة في تدبير هؤلاء المرضى، وقد تم استبعاد مجموعة المرضى الذين ليس لديهم ضخامة موتة حميدة.

تمت الدراسة كما يلي:

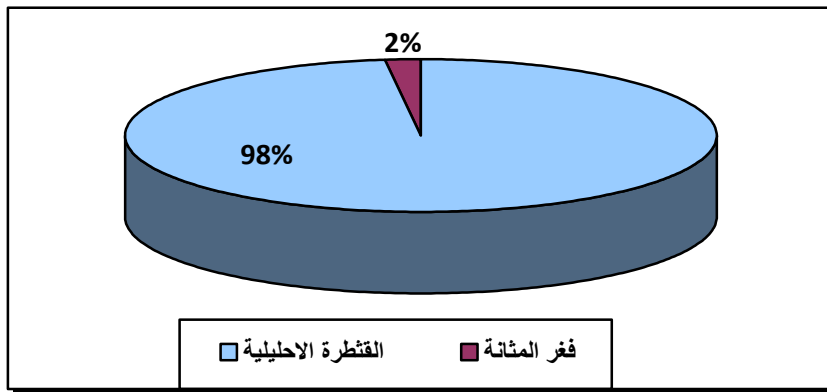
1. القصة السريرية، والفحص السريري.
2. الفحوص المخبرية.
3. الاستقصاءات الشعاعية: التصوير بالأشعة فوق الصوتية.
4. التدبير الإسعافي المتبع لتدبير نوبة الاحتباس البولي الحاد.
5. المتابعة.
6. التدابير اللاحقة المتبعة لتدبير المرضى.
7. النتائج، ومقارنة الدراسة مع الدراسات الأخرى.

النتائج والمناقشة:

شملت الدراسة 150 مريضاً. شخص لديهم نوبة احتباس بولي حاد (لمرة واحدة أو متكررة). وشخص لديهم ضخامة موتة حميدة. حيث تم تدبير المرضى إسعافياً بتركيب قنطرة بولية. حيث استخدمت القنطرة الإحليلية (UC) لدى 147 مريضاً بنسبة 98%. بينما اضطررنا لاستخدام فغر المثانة فوق العانة (SC) لدى 3 مرضى فقط بنسبة 2%، وذلك بعد الفشل في تركيب قنطرة إحليلية، كما هو مبين في الجدول رقم (1) والشكل رقم (1).

الجدول رقم (1) يبين توزيع مرضى الدراسة حسب طريقة التدبير الإسعافي للاحتباس البولي الحاد.

المجموع	فغر مثانة فوق العانة (SC)	قنطرة إحليلية (UC)	طريقة التدبير الإسعافي للاحتباس البولي الحاد
150	3	147	عدد المرضى
%100	%2	%98	النسبة المئوية



الشكل رقم (1) يبين توزع مرضى الدراسة حسب طريقة التدبير الإسعافي للاحتباس البولي الحاد.

الاحتباس البولي الحاد كعرض كاشف لضخامة المثانة الحميدة:

تبين لدينا أن 72 مريضاً من مرضى الدراسة (48%)، شخصت لديهم ضخامة المثانة الحميدة قبل حدوث نوبة الاحتباس البولي الحاد الحالية، بسبب الأعراض البولية السفلية التخريشية، والانسدادية (LUTS). بينما بقية المرضى وعددهم 78 مريضاً (52%) لم يشخص لديهم هذا المرض قبل نوبة الاحتباس البولي الحالية، وإن كان الكثير منهم قد تبين بعد استجوابهم أنهم عانوا من أعراض بولية سفلية واضحة في الفترة السابقة، لكنهم لم يراجعوا الطبيب، وهذا الرقم يعتبر رقماً مرتفعاً مقارنةً بالدراسات العالمية، وهذا يعود ربما إلى قلة الوعي الصحي لدينا، مقارنةً بالمجتمعات الغربية.

استخدام حاصرات ألفا قبل محاولة نزع القثطرة:

إن استخدام حاصرات ألفا قبل محاولة نزع القثطرة يساعد في زيادة فرص نجاح هذه المحاولة [1]. لقد تناول 107 مريضاً من مرضى دراستنا، ونسبة 71,3% أحد حاصرات ألفا، وذلك قبل إجراء محاولة نزع القثطرة (حيث أن 57 مريضاً منهم كانوا يتناولون أحد حاصرات ألفا قبل حدوث نوبة الاحتباس البولي الحاد الحالية. بينما الـ 50 مريضاً الباقين وصفت لديهم حاصرات ألفا بعد حدوث نوبة الاحتباس البولي الحاد الحالية، ولم يتناولوا هذه الأدوية سابقاً). بينما بقية المرضى وعددهم 43 مريضاً، ونسبة 28,7% من المرضى لم يتناولوا حاصرات ألفا قبل هذه المحاولة.

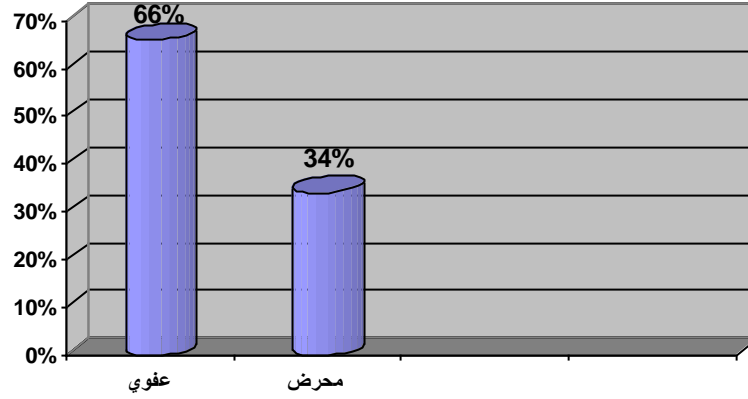
العوامل المحرزة لحدوث الاحتباس البولي الحاد لدى مرضى الدراسة:

بعد أخذ القصة السريرية المفصلة للمريض، وبنتيجة الفحص السريري، والفحوصات الشعاعية، والمخبرية، تبين أن 99 مريضاً من مرضى الدراسة كان الاحتباس البولي الحاد لديهم عفوياً Spontaneous AUR (أي لم نستطع تحديد سبب مرضي مرافق، قد يكون عرض حدوث الاحتباس البولي الحاد لدى هؤلاء المرضى، باستثناء ضخامة المثانة الحميدة) [1]، وذلك بنسبة 66% من المرضى. بينما كان الاحتباس البولي الحاد محرضاً Precipitated AUR (أي أن هناك عامل محرض لحدوث الاحتباس البولي الحاد، بالإضافة لضخامة المثانة الحميدة) [1] لدى 51 مريضاً ونسبة 34% من المرضى، هذا وقد توزعت العوامل المحرزة [1] كما يلي: التخدير العام General Anaesthesia 9 مريضاً (6%)، التخدير القطني Locoregional Anaesthesia 7 مريضاً (4,7%)، الاستهلاك المفرط للكحول Important Alcohol Intake مريض واحد (0,7%)، الاستهلاك المفرط للسوائل Important Liquid Intake مريض واحد (0,7%)، الانتحار البرازي Faecal Impaction 4 مريضاً (2,7%)، الأدوية (حالات نظير الودي، مقلدات الودي....) Medications 4 مريضاً (2,7%)، الامتناع عن التبول لفترة طويلة Holding Voiding كحالات السفر الطويل.. 3 مريضاً (2%)، الحوادث الألمية الشرجية، أو المستقيم الحادة

Acute Ano-rectalpain، كالثخثرات الباسورية، والشقوق الشرجية، وغيرها 2 مرضى (3,1%)، إلتانات السبيل البولي Urinary Tract Infections 9 مرضى (6%)، الحالات المرضية الحادة Acute Medical Conditions كذات الرئة وغيرها 8 مرضى (3,5%)، الداء البولي الحصى Urolithiasis مريضين (3,1%)، استخدام الأدوات في الجهاز البولي التناسلي (تنظير مثانة Cystoscopy) مريض واحد (7,0%). الجدول (2)، والشكل (2) يبينان توزيع مرضى الدراسة حسب نوع الاحتباس البولي الحاد لديهم عفوي، أم معرض، الجدول (3)، والشكل (3) يبينان توزيع مرضى الاحتباس البولي الحاد المعرض حسب العامل المعرض.

الجدول رقم (2) يبين توزيع مرضى الدراسة حسب نوع الاحتباس البولي الحاد.

المجموع	معرض (P-AUR)	عفوي (S-AUR)	نمط الاحتباس البولي الحاد
150	51	99	عدد المرضى
%100	%34	%66	النسبة المئوية



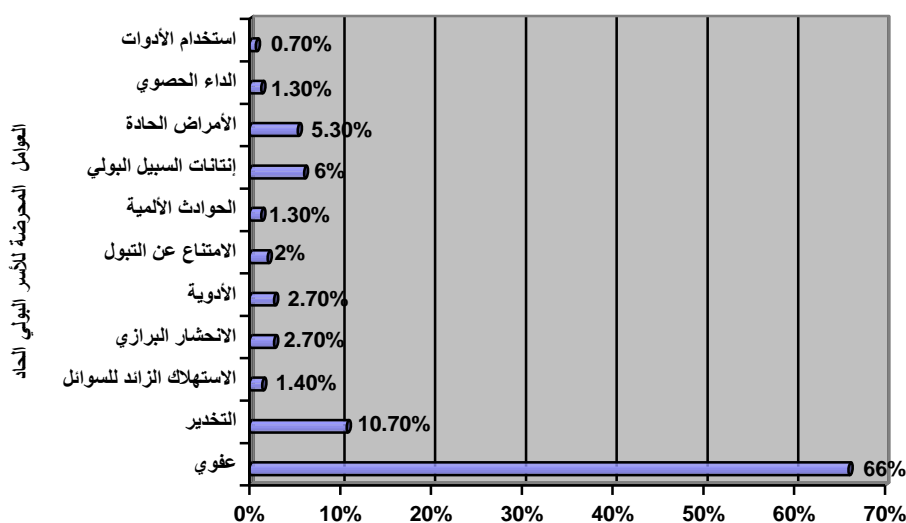
الشكل رقم (2) يبين توزيع مرضى الدراسة حسب نوع الاحتباس البولي الحاد.

التدبير اللاحق المتبع بعد تركيب القثطرة البولية:

بمتابعة مرضى الدراسة بعد تركيب القثطرة البولية لديهم، فقد خضع 91 مريضاً لمحاولة نزع القثطرة بنسبة 60,7% من المرضى بينما حول 52 مريضاً وبنسبة 34,7% من المرضى إلى العمل الجراحي (جراحة مفتوحة أو تجريف عبر الإحليل). وتوزعت استطبابات العمل الجراحي لدى هؤلاء المرضى، بين تكرار نوب الاحتباس البولي الحاد، والأعراض البولية الانسدادية السفلية LUTS الشديدة التي لم تستجب للعلاج الدوائي، وذلك في الفترة السابقة لحدوث الاحتباس البولي الحاد، وحصيات المثانة المرافقة لـ BPH، وتردي الوظيفة الكلوية الناجم عن الـ BPH [5]، بينما بقيت القثطرة البولية لمدة طويلة، مع استبدالها كل فترة لدى 7 مرضى بنسبة 4,7% من المرضى، وذلك لعدة أسباب منها فشل محاولات سابقة لنزع القثطرة، وعدم ملائمة المريض للعمل الجراحي لوجود خطورة تخديرية مرتفعة، ورفض المريض للعمل الجراحي، الجدول (4) والشكل (4) يبينان توزيع المرضى حسب التدبير اللاحق المتبع لديهم بعد حدوث الاحتباس البولي الحاد.

الجدول (3) يبين توزع مرضى الاحتباس البولي الحاد المحرض في دراستنا حسب العامل المحرض.

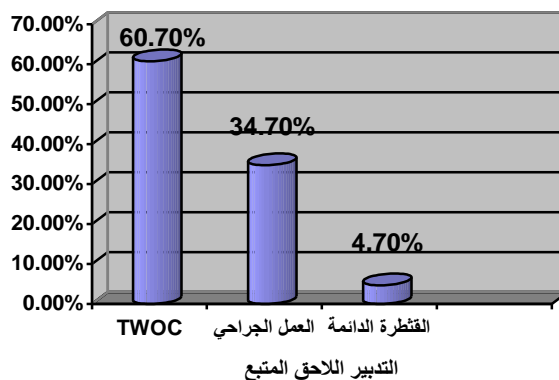
النسبة المئوية		عدد المرضى		العوامل المحرضة للاحتباس البولي الحاد	
%10,7	%6	16	9	العام	التخدير
	%4,7		7	القطني	
%1,4	%0,7	2	1	الكحول	الاستهلاك الزائد للسوائل أو الكحول
	%0,7		1	السوائل	
%2,7		4		الانتحشار البرازي	
%2,7		4		الأدوية	
%2		3		الامتناع عن التبول لفترة طويلة	
%1,3		2		الحوادث الألمية الشرجية	
%6		9		إنتانات السبيل البولي	
%5,3		8		الأمراض الحادة	
%1,3		2		الداء الحصوي البولي	
%0,7		1		استخدام الأدوات بالجهاز البولي	
%34,1		51		المجموع	



الشكل (3) يبين توزع مرضى الاحتباس البولي الحاد المحرض في دراستنا حسب العامل المحرض.

الجدول (4) يبين توزع المرضى حسب التدبير اللاحق المتبع لديهم بعد حدوث الاحتباس البولي الحاد.

التدبير اللاحق المتبع بعد تركيب القثطرة	محاولة نزع القثطرة TWOC	العمل الجراحي	القثطرة الدائمة	المجموع
عدد المرضى	91	52	7	150
النسبة المئوية	60,7%	34,7%	4,7%	100%



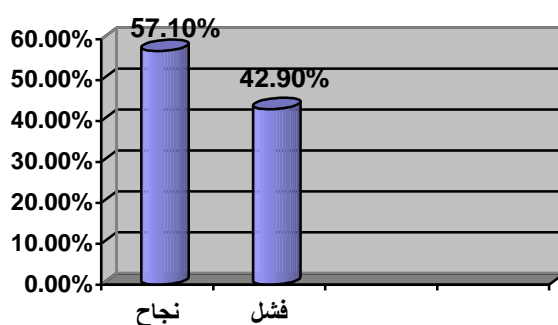
الشكل رقم (4) يبين توزع المرضى حسب التدبير اللاحق المتبع لديهم بعد حدوث الاحتباس البولي الحاد.

محاولة نزع القثطرة TWOC:

تم إبقاء القثطرة البولية لدى هذه المجموعة لمدة تراوحت بين 3 إلى 7 أيام بمعدل وسطي 5 أيام، ثم نزعت القثطرة، وترك المريض لمحاولة التبول بشكل عفوي، حيث نجحت هذه المحاولة لدى 52 مريضاً بنسبة 57,1% من المرضى. بينما لم تتجح التجربة، واضطررنا لإعادة وضع القثطرة لدى 39 مريضاً بنسبة 42,9% من المرضى. وقد تبين لنا أن نسبة نجاح محاولة نزع القثطرة، كانت أكبر لدى مرضى الاحتباس البولي الحاد المعرض منه لدى مرضى الاحتباس البولي الحاد العفوي (61,2% مقابل 52,4% على الترتيب)، كما كانت هذه النسبة أكبر لدى المرضى الذين تناولوا حاصرات ألفا منها لدى المرضى الذين لم يتناولوا حاصرات ألفا (61,4% مقابل 42,9% على الترتيب)، الجداول رقم (5) و(6) و(7) والأشكال التابعة لها، تبين بالتفصيل المعطيات المذكورة أعلاه.

الجدول رقم (5) يبين نتيجة محاولة نزع القثطرة بشكل عام.

نتيجة محاولة نزع القثطرة	نجاح	فشل	المجموع
عدد المرضى	52	39	91
النسبة المئوية	57.1%	42,9%	100%

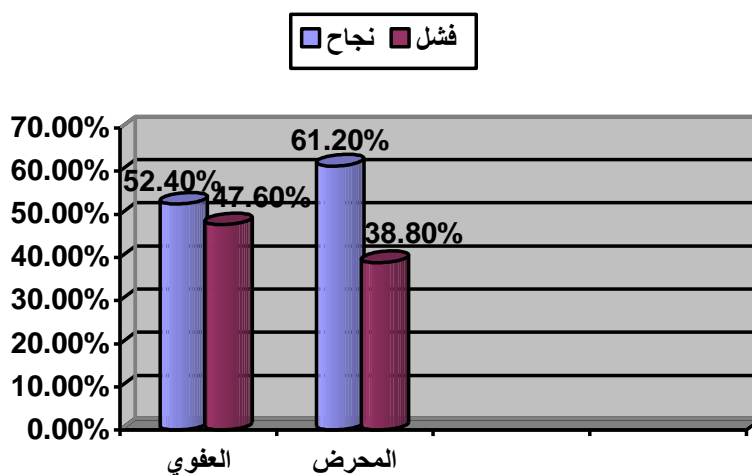


نجاح محاولة نزع القنطرة

الشكل رقم (5) يبين نتيجة محاولة نزع القنطرة بشكل عام.

الجدول رقم (6) يبين العلاقة بين نتيجة محاولة نزع القنطرة، و نوع الاحتباس البولي الحاد.

المحرض (49 مريض)		العفوي (42 مريض)		نجاح محاولة نزع القنطرة
فشل	نجاح	فشل	نجاح	
19	30	20	22	عدد المرضى
%38,8	%61,2	%47,6	%52,4	النسبة المئوية

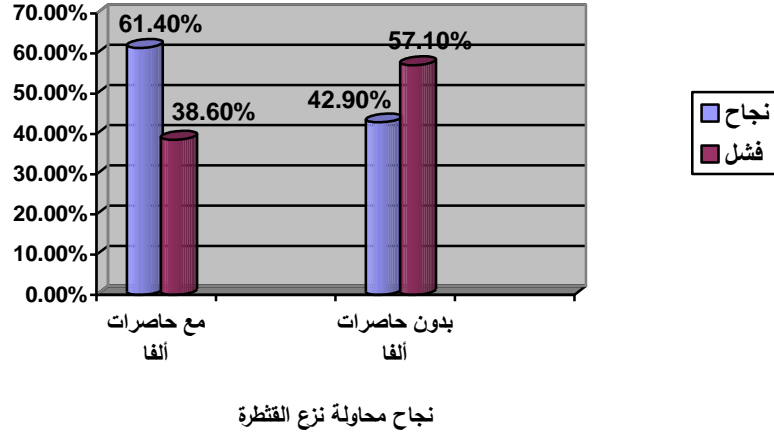


نجاح محاولة نزع القنطرة

الشكل رقم (6) يبين العلاقة بين نتيجة محاولة نزع القنطرة، و نوع الاحتباس البولي الحاد.

الجدول رقم (7) يبين العلاقة بين نتيجة محاولة نزع القنطرة، و تناول حاصرات ألفا.

بدون حاصرات ألفا		مع حاصرات ألفا		نجاح محاولة نزع القنطرة
فشل	نجاح	فشل	نجاح	
12	9	27	43	عدد المرضى
%57,1	%42,9	%38,6	%61,4	النسبة المئوية



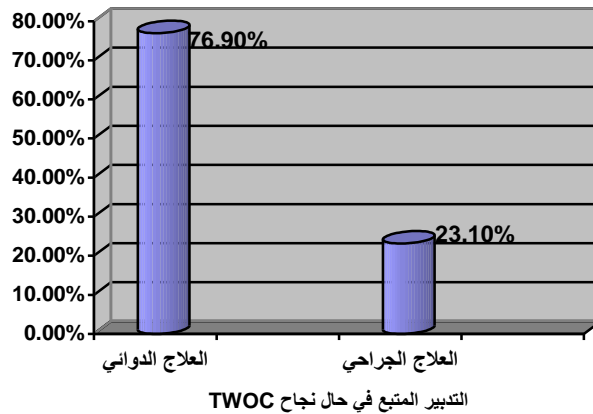
الشكل رقم (7) يبين العلاقة بين نتيجة محاولة نزع القنطرة، وتناول حاصرات ألفا.

التدبير المتبع في حال نجاح محاولة نزع القنطرة:

بالنسبة لمجموعة المرضى التي نجحت لديهم محاولة نزع القنطرة، وعددهم 52 مريضاً، فإن 40 مريضاً منهم، وبنسبة 76,9% من مرضى هذه المجموعة استمروا بالتبول العفوي، ولم يحتاجوا لإجراءات أخرى خلال فترة الدراسة، باستثناء العلاج الدوائي (أحد حاصرات ألفا)، مع مراقبتهم بشكل دوري بواسطة القصة السريرية، والأمواج فوق الصوتية (وخاصة الثمالة البولية)، وقد تبين أن 25 مريضاً منهم كانوا من مجموعة الاحتباس البولي الحاد المعرض. بينما كان المرضى الباقين من مجموعة الاحتباس البولي الحاد العفوي، ومنه نجد أن مرضى الاحتباس البولي الحاد المعرض لديهم فرصة أكبر لنجاح محاولة نزع القنطرة، ومتابعة التبول العفوي، مقارنة بمرضى الاحتباس البولي الحاد العفوي. أما بقية مرضى المجموعة التي نجحت لديهم محاولة نزع القنطرة. وعددهم 12 مريضاً بنسبة 23,1% من مرضى هذه المجموعة، فقد خضعوا لاحقاً، وخلال فترة الدراسة لعمل جراحي لاستئصال ضخامة الموثة الحميدة، وذلك لعدة أسباب منها ازدياد شدة الأعراض البولية السفلية، أو حدوث نوبة احتباس بولي حاد ثانية لديهم بعد فترة من نجاح محاولة نزع القنطرة لديهم، الجدول رقم (8)، والشكل التابع له، يبينان ما ذكر أعلاه من معطيات.

الجدول رقم (8) : التدبير المتبع في حال نجاح محاولة نزع القنطرة.

المجموع	العلاج الجراحي	العلاج الدوائي	التدبير المتبع في حال نجاح TWOC
52	12	40	عدد المرضى
%100	%23,1	%76,9	النسبة المئوية



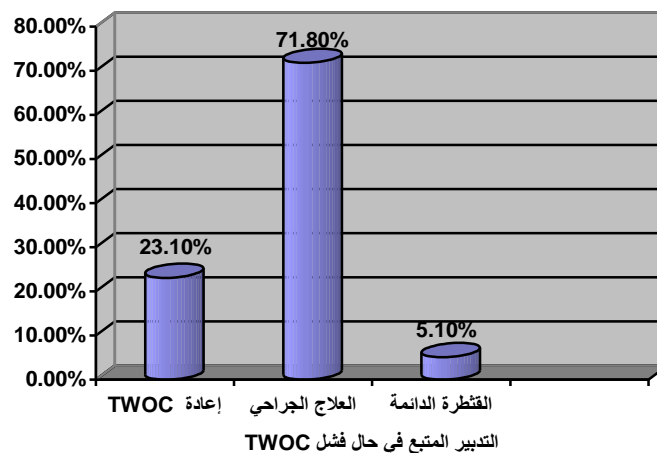
الشكل رقم (8) : التدبير المتبع في حال نجاح محاولة نزع القنطرة.

التدبير المتبع في حال فشل محاولة نزع القنطرة:

بالنسبة لمجموعة المرضى الذين فشلت لديهم محاولة نزع القنطرة، وعددهم 39 مريضاً، فقد تم إعادة القنطرة البولية عند جميع المرضى. وفيما بعد تم إعادة محاولة نزع القنطرة لدى 9 مرضى (23,1%). بينما تم تحويل 28 مريضاً منهم (71,8%) إلى عمل جراحي انتقائي. بينما كانت القنطرة الدائمة مع تبديلها بشكل دوري الحل لدى مريضين (5,1%). الجدول (9)، والشكل (9) يبينان التدبير المتبع في حال فشل محاولة نزع القنطرة.

الجدول رقم (9): التدبير المتبع في حال فشل محاولة نزع القنطرة.

التدبير المتبع في حال فشل TWOC	إعادة محاولة نزع القنطرة	العلاج الجراحي	القنطرة الدائمة	المجموع
عدد المرضى	9	28	2	39
النسبة المئوية	23,1%	71,8%	5,1%	100%



الشكل (9): التدبير المتبع في حال فشل محاولة نزع القنطرة.

المقارنة مع الدراسات العالمية:

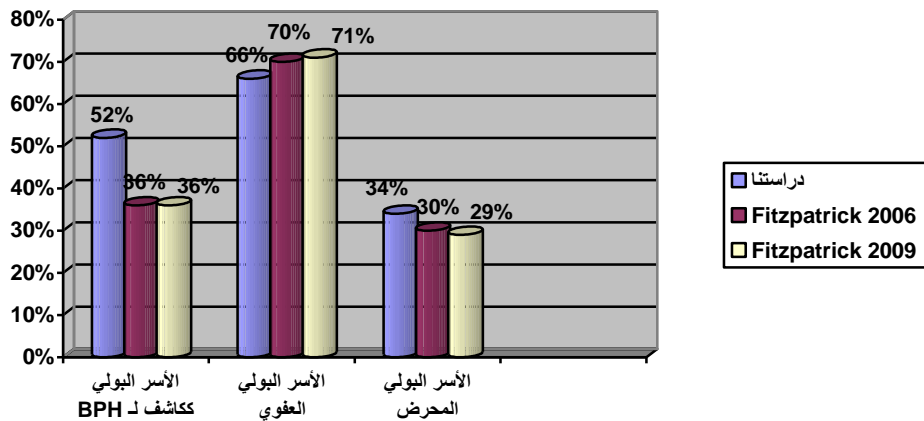
تم نشر عدة دراسات اهتمت بموضوع الاحتباس البولي الحاد المترافق مع ضخامة الموثة الحميدة، كان من أحدثها دراسة Fitzpatrick وزملائه وهي دراسة استقبالية متعددة المراكز، أجريت في جامعة دبلن-أيرلندا عام 2006 [6]، كما عاد Fitzpatrick وزملائه، وأجروا دراسة مماثلة عام 2009 [7]. حيث أجريت الدراسة الأولى على 3785 مريضاً. وتم جمع المعلومات من عدة مراكز في عدة دول. بينما أجريت الدراسة الثانية على 6074 مريضاً. وتم جمع المعطيات أيضاً من عدة مراكز في عدد من دول العالم.

بالنسبة للاحتباس البولي الحاد، كعرض كاشف لضخامة الموثة الحميدة عند المريض، تُظهر لنا فروقاً واضحة بين دراستنا، والدراسات العالمية. حيث إن 52% من مرضى الدراسة لدينا، كشفت لديهم ضخامة الموثة الحميدة لأول مرة عند حدوث نوبة الاحتباس البولي الحاد. بينما كانت النسبة 36% في كل من دراستي Fitzpatrick وزملائه عام 2006 و2009. وربما يعود ذلك، كما ذكرنا سابقاً، لقلة الوعي الصحي في مجتمعنا، مقارنة بالمجتمعات الغربية وهذا يؤكد على أهمية نشر الوعي الصحي، ورفع مستواه لدى مختلف فئات المجتمع، بما في ذلك التأكيد على أهمية إجراء الفحص الطبي الدوري.

شكل مرضى الاحتباس البولي الحاد العفوي 66% من مرضى دراستنا. بينما كانت هذه النسبة 70% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006 [6] و71% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009 [7]. أما النسبة الباقية، فكانت لمرضى الاحتباس البولي الحاد المعرض، وهي 34% في دراستنا مقارنة بـ 30% و29% في دراستي Fitzpatrick وزملائه، عامي 2006 و2009 على الترتيب، أي أن الفروق بين دراستنا، وبين الدراسات العالمية في هذا المجال فروق صغيرة، الجدول (10)، والشكل (10)، يبينان بعض الفروقات بين دراستنا، ودراستي Fitzpatrick عام 2006 و2009.

الجدول (10) يبين بعض الفروقات بين دراستنا، ودراستي Fitzpatrick عام 2006 و2009.

Fitzpatrick 2009	Fitzpatrick 2006	دراستنا	
70	71	70,6	متوسط أعمار المرضى
36%	36%	52%	الاحتباس البولي ككاشف لـ BPH
71%	70%	66%	نمط الاحتباس البولي الحاد
29%	30%	34%	عفوي معرض

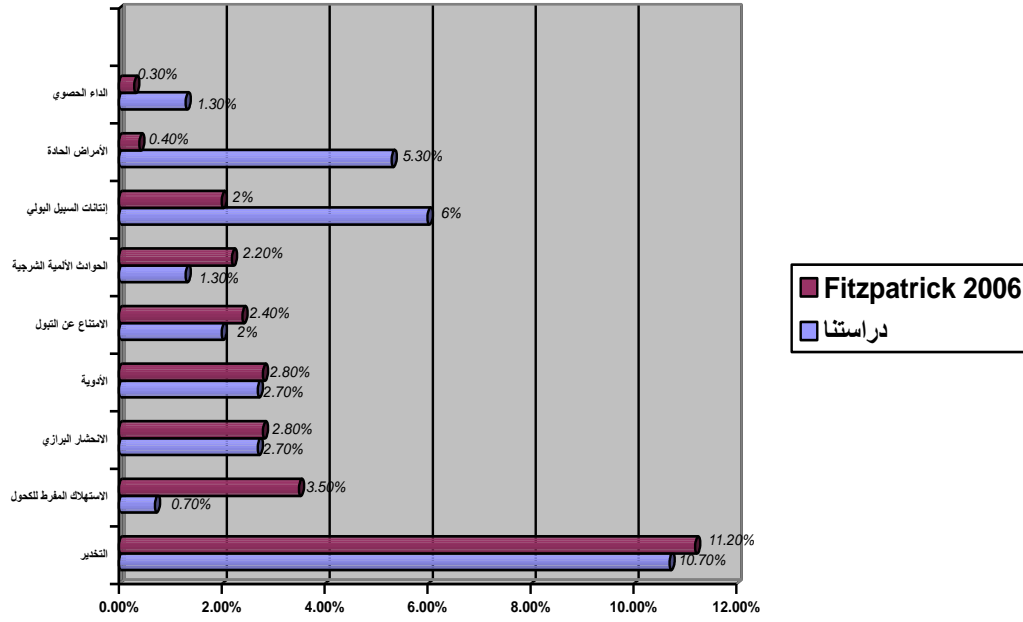


الشكل (10) يبين بعض الفروقات بين دراستنا، ودراستي Fitzpatrick عام 2006 و 2009 .

وبالرجوع للعوامل المحرزة لحدوث الاحتباس البولي الحاد لدى مرضى ضخامة المثانة الحميدة، وجدنا تشابهاً كبيراً في هذه العوامل بين دراستنا، والدراسات العالمية، مع وجود فروق غير ذات معنى في نسبة تواترها باستثناء عاملين اثنين، وهما الاستهلاك الزائد للكحول، وإنتانات السبيل البولي. حيث نجد ارتفاع نسبة تواتر استهلاك الكحول كعامل محرر في الدراسات العالمية (3,5%) مقارنة مع دراستنا (0,7%). وهذا يعود لارتفاع نسبة تناول الكحول في المجتمعات الغربية مقارنة مع مجتمعنا، لأسباب دينية، واجتماعية بالدرجة الأولى. أما بالنسبة لإنتانات السبيل البولي فنلاحظ ارتفاع نسبتها في دراستنا (6%)، مقارنة مع الدراسات العالمية (2%). وهذا يعود مجدداً لقلّة الوعي الصحي لدينا، مما يسمح بتطور إنتان السبيل البولي حتى وصوله لشدة، تسمح له بإحداث نوبة احتباس بولي حاد لدى المريض، الجدول (11)، والشكل المرافق، يبينان الفروقات مع الدراسات العالمية بخصوص العوامل المحرزة للاحتباس البولي الحاد المحرض.

الجدول (11) يبين الفروقات مع الدراسات العالمية، بخصوص العوامل المحرزة للاحتباس البولي الحاد المحرض.

العامل المحرض	دراستنا	Fitzpatrick 2006
التخدير	10,7%	11,2%
الاستهلاك المفرط للكحول	0,7%	3,5%
الانحسار البرازي	2,7%	3,3%
الأدوية	2,7%	2,8%
الامتناع عن التبول لفترة طويلة	2%	2,4%
الحوادث الألمية الشرجية	1,3%	2,2%
إنتانات السبيل البولي	6%	2%
الأمراض الحادة	5,3%	0,4%
الداء الحصوي	1,3%	0,3%
استخدام الأدوات في السبيل البولي	0,7%	غير معروف

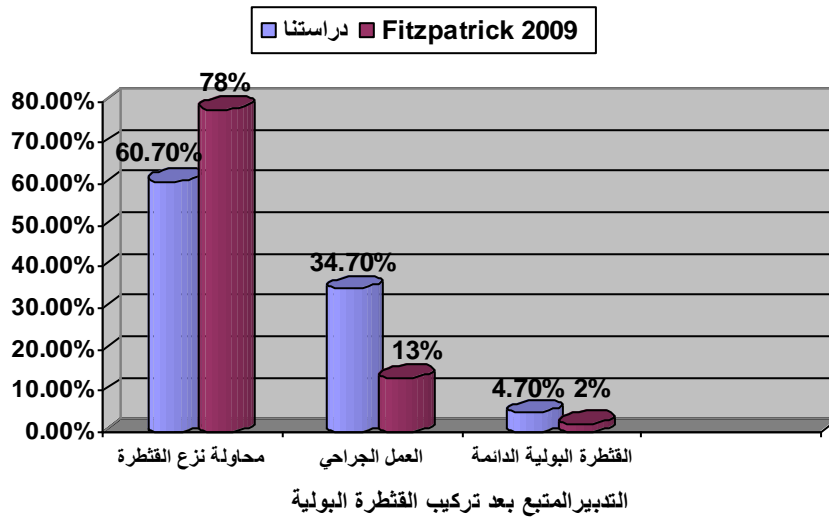


الشكل (11) يبين الفروقات مع الدراسات العالمية، بخصوص العوامل المحرزة للاحتباس البولي الحاد المعرض.

تم إبقاء القثطرة البولية لدى مرضى دراستنا لـ 5 أيام، كمعدل وسطي قبل إجراء محاولة نزع القثطرة، بينما كانت هذا المعدل 3 أيام في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006 و 5 أيام في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009. أما بالنسبة للتدبير اللاحق المتبع لتدبير هؤلاء المرضى نلاحظ بعض الاختلافات بين دراستنا، والدراسات العالمية، حيث خضع 60,7% فقط من مرضى دراستنا لمحاولة نزع القثطرة. بينما كانت النسبة 78% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009. وهذا يظهر قلة شعبية هذه الطريقة في الممارسة الطبية لدينا، وهذا يدعونا للتفكير جدياً بنشر استخدام هذه الوسيلة بشكل أكبر، لما لها من دور كبير في تأجيل، وربما إلغاء عدد لا بأس به من العمليات الجراحية المجرة لمرضى ضخامة الموثة الحميدة. بينما تم تحويل 34,7% من مرضى دراستنا لإجراء عمل جراحي انتقائي مقابل 13% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009، بينما كانت القثطرة البولية الدائمة هي الحل لدى 4,7% من مرضى دراستنا، مقابل 2% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009، ومن الملاحظ أن 7% من المرضى في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009، خضعوا لعمل جراحي فوري بعد تركيب القثطرة البولية. بينما لم يخضع أي مريض من مرضى دراستنا لهذا الإجراء، وذلك لعدم مصادفتنا مرضى لديهم استطباب حقيقي للجراحة الفورية، كالبيلة الدموية الغزيرة المعقدة على العلاج المحافظ، وهذا موضح بالتفصيل في الجدول (12)، والشكل المرافق.

الجدول (12): التدبير اللاحق المتبع بعد تركيب القثطرة البولية.

Fitzpatrick 2009	دراستنا	التدبير اللاحق المتبع بعد تركيب القثطرة البولية
78%	60,7%	محاولة نزع القثطرة
13%	34,7%	العمل الجراحي
2%	4,7%	القثطرة البولية الدائمة

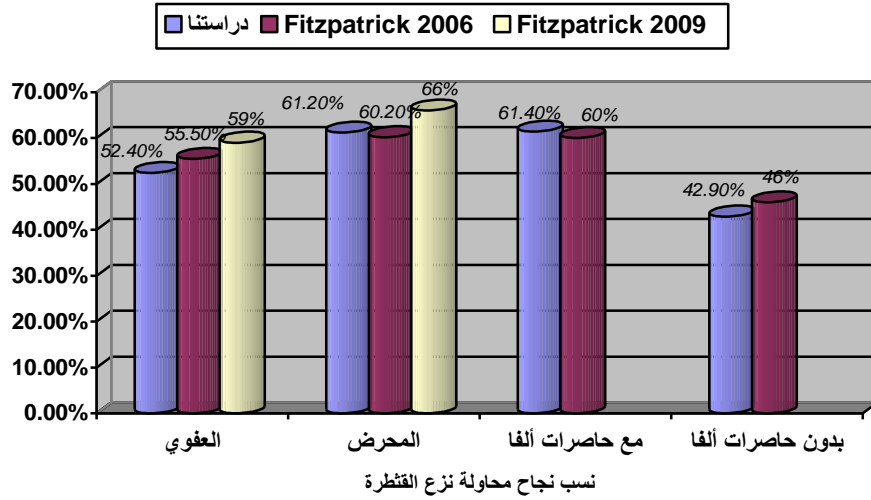


الشكل (12): التدبير اللاحق المتبع بعد تركيب القنطرة البولية.

نجحت محاولة نزع القنطرة لدى 57,1% من مرضى دراستنا الذين خضعوا لهذه المحاولة، في حين كانت هذه النسبة 61% من المرضى في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009، وبالتفصيل، فقد كانت نسبة نجاح محاولة نزع القنطرة أكبر لدى مرضى الاحتباس البولي الحاد المحرض مقارنة بالعفوي، وهذا ما وجدناه في دراستنا، والدراسات العالمية (52,4% في دراستنا و 59% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009 للعفوي، و 61,2% في دراستنا و 66% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009 للمحرض)، كما كانت نسبة النجاح أكبر لدى المرضى الذين تناولوا حاصرات ألفا في الفترة السابقة لنزع القنطرة، مقارنة بالذين لم يتناولوا حاصرات ألفا (61,4% في دراستنا مقابل 60% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006 للمرضى الذين تناولوا حاصرات ألفا، بينما كانت النسبة 42,9% في دراستنا مقابل 46% في دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006 للمرضى الذين لم يتناولوا حاصرات ألفا)، الجدول (13) والشكل (13) يبينان نسب نجاح محاولة نزع القنطرة في دراستنا، والدراسات العالمية.

الجدول (13) يبين نسب نجاح محاولة نزع القنطرة في دراستنا، والدراسات العالمية.

Fitzpatrick 2009		Fitzpatrick 2006		دراستنا	نجاح محاولة نزع القنطرة
%61	%59	غير معروف	%55,5	%57,1	العفوي
	%66		%60,2		المحرض
	غير معروف		%60		مع حاصرات ألفا
	غير معروف		%46		بدون حاصرات ألفا



الشكل (13) يبين نسب نجاح محاولة نزع القثطرة في دراستنا، والدراسات العالمية.

أما بخصوص التدبير اللاحق المتبع لهؤلاء المرضى في حال نجاح محاولة نزع القثطرة، فقد استمر 76,9% من مرضى دراستنا الذين نجحت لديهم TWOC على العلاج الدوائي (حاصرات ألفا)، ولم يحتاجوا لأي إجراء آخر خلال فترة الدراسة. بينما كانت هذه النسبة 88% من مرضى دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2009، وهذه النسبة المرتفعة في كل من دراستنا، والدراسات العالمية تؤكد على محاولة نزع القثطرة، كوسيلة فعالة لتدبير مرضى الاحتباس البولي الحاد.

أما في حال فشل محاولة نزع القثطرة، فقد أعيدت هذه المحاولة لدى 23,1% من مرضى دراستنا الذين فشلت لديهم TWOC. بينما اتبع هذا الإجراء لدى 38% من مرضى دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006، أما المرضى الذين تم تحويلهم للعمل الجراحي الانتقائي، فقد شكلوا 71,8% من مرضى دراستنا الذين فشلت لديهم TWOC و62% من مرضى دراسة Fitzpatrick وزملائه عام 2006.

الاستنتاجات والتوصيات:

1. أظهرت الدراسة أهم العوامل المحرزة لحدوث نوب الاحتباس البولي الحاد لدى مرضى ضخامة الموثة الحميدة، مما يجعلنا نؤكد على أهمية الانتباه لهذه العوامل، ومحاولة تقليل التعرض لها لدى هؤلاء المرضى.
2. التأكيد على فعالية محاولة نزع القثطرة، كوسيلة هامة لتدبير مرضى الاحتباس البولي الحاد المترافق مع ضخامة الموثة الحميدة، لإسهامها ما أمكن في تأجيل العمل الجراحي الذي قد يجرى لهؤلاء المرضى، حيث تؤكد الدراسات الحديثة على أن المضاعفات، والاختلاطات التالية للجراحة الفورية، والتي تجرى بعد حدوث نوبة الاحتباس البولي الحاد بفترة قصيرة أعلى منها، مقارنة مع الجراحة الانتقائية المؤجلة.
3. التأكيد على ضرورة إعطاء حاصرات ألفا للمرضى قبل محاولة نزع القثطرة (لثلاثة أيام وسطياً)، لما لذلك من تأثير كبير في زيادة نسبة نجاح محاولة نزع القثطرة.

4. التأكيد على أهمية المراجعة الدورية لمرضى ضخامة المثانة الحميدة للطبيب المختص، لأهمية ذلك في متابعة تطور حالة المريض، ووضع الاستطباب الصحيح في الوقت الصحيح، لأي إجراء علاجي، قد يجرى للمريض لاحقاً.

5. التأكيد على أهمية وضع الاستطباب الجراحي لمثل هؤلاء المرضى بعناية، وحرص كبيرين، وعدم التسرع بإجراء العمل الجراحي لهم لمجرد حدوث نوبة احتباس بولي واحدة، وذلك نظراً للنسبة المرتفعة للاختلاطات التالية لمثل هذه الجراحة، مقارنة بالجراحة الانتقائية المؤجلة التي تصبح ممكنة في حال نجاح محاولة نزع القثطرة، وكذلك للدور الهام المتزايد للعلاج بحاصرات ألفا، في التقليل من نسبة المداخلات الجراحية.

6. التأكيد على إجراء دراسات أخرى مماثلة لدينا، وذلك على عدد أكبر من المرضى، تيمناً بالدراسات العالمية، وذلك لمزيد من الدقة في النتائج، ومزيد من المصادقية في المقارنة مع الدراسات العالمية، حيث أن عدد مرضى دراستنا صغير جداً، بالمقارنة بالدراسات المقارنة (150 مريضاً في دراستنا، مقارنة بعدة آلاف من المرضى في الدراسات المقارنة)، وذلك بسبب فترة دراستنا القصيرة نسبياً (سنة واحدة)، واقتصار الدراسة على مشفى واحد فقط، مما حدّ من مقدرتنا على تجميع عدد أكبر من المرضى .

المراجع:

- 1) MURUGANANDHAM, K.; DUBEY, D.; KAPOOR, R. *Acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia: Risk factors and current management*. Indian Journal Of Urology India, Vol.23, No.4, 2007, 347-353.
- 2) WEIN, A. J. ;KAVOUSSI, L. R.; NOVICK, A. C.; PARTIN, A.W.; PETERS, C.A. *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia USA, 2007, 3945.
- 3) KONETY, B. R.; WILLIAMS, R. D. *Smith's General Urology*. 18th Ed, Humana Press, NY USA, 2006, 654.
- 4) HURLEY, L.; SIROKY, M. B. *Manual of Urology - Diagnosis and Therapy*. 2nd ed, Ama Press, Washington USA, 2008, 456.
- 5) DE LA ROSETTE, J.; BACHMANN, A.; NORDLING, J.; EMBERTON, M.; GRAVAS, S.; MICHEL, M. C.; OELKE, M. *Guidelines of European Association Of Urology*. 2008 ed, EAU, EU, 2008,1156.
- 6) FITZPATRICK, J. M. *Management of acute urinary retention associated with BPH: A worldwide comparison in 3,785 men*. Journal Of Urology U.S.A, Vol.179, No.4, 2008, 671.
- 7) FITZPATRICK, J. M.; DESGRANDCHAMPS, F.; ADIALI, K. *Management of spontaneous and precipitated acute urinary retention: A worldwide survey in 6,074 men*. Urology Times U.S.A, Vol. 2009, No.5, 2009, 35-41.

