

دراسة مقارنة بين T.O.T و طريقة كيلى في تدبير سلس البول الجهدى عند النساء

الدكتور تمام حبيب*

(تاريخ الإيداع 26 / 8 / 2013. قُبِلَ للنشر في 16 / 1 / 2014)

□ ملخص □

- شملت الدراسة 70 مريضة قسمت إلى مجموعتين:
- المجموعة A : أجري علاج سلس البول الجهدى بطريقة كيلى و كان عدد المريضات 52 .
 - المجموعة B : أجري علاج سلس البول الجهدى بطريقة T.O.T و كان عدد المريضات 18 .
- العمر: شكلت المريضات اللواتي أعمارهن أكثر من 40 سنة نسبة قدرها 76.6 % .
- شكلت المريضات عديدات الولادة (أكثر من 3 ولادات) النسبة العظمى 77.83 % .
- الاختلاطات: شكل النزف الاختلاط الأشيع في المجموعتين (A = 9.61 B = 5.5%) .
- الثمالة البولية: (0-25 مل) كانت في المجموعة 51,9% بينما في المجموعة B 66.6% .
- النكس: بلغت نسبة النكس في المجموعة A 13.46% بينما في المجموعة B 11.2% .
- مدة الاستشفاء: 76.9% من المجموعة A لمدة (أقل أو يساوي) 3 أيام بينما 72.2% في المجموعة B مكثت يوماً واحداً.
- مدة العمل الجراحي : (أقل من 1/2 سا) في المجموعة A نسبتها 13.4% بينما في المجموعة B 72.22% .
- الكلمات المفتاحية:** سلس البول الجهدى - الثمالة البولية- (T.O.T) الشريطه عبر الثقبة السادة .

* عضو هيئة فنية (مشرف على الأعمال) - قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

A Comparative Study of T.O.T and Kelly Operation in the Management of Stress Urinary Incontinence Experienced by Women

Dr. Tamam Habeb*

(Received 26 / 8 / 2013. Accepted 16 / 1 / 2014)

□ ABSTRACT □

The study contains 70 patients , who were divided into two groups:

A: 52 patients, who have been managed with T.O.T for stress urinary incontinence in women.

B: 18patient s , who have been managed with Kelly for stress urinary incontinence in women.

Age: 76.7% of the patients were more than 40 years old. 77,83% of them were **multipare** (more than 3 children).

Complication : Bleeding was the most common complication with both groups (A=9.61% , B=5.5%).

Residual Urine(0-25ml) was 51.9% with group A, while it was 66.6%in group B.

Relapse: relapse rate was 13.46% in group A, while it was 11.3 % in group B.

Hospitalization: 77.9% of group A stayed at for three days or less, while 94.17% of group B stayed for just one day.

Time of Procedure : (less1\ 2 h)in group A 13.4 % , while it was 72.2% in group B.

Key words: stress urinary incontinence , residual urine , T.O.T (trans obturator tape).

*Work Supervisor, Department of Gynecology & Obstetrics, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

إن سلس البول هو عرض لأمراض مختلفة و هو خروج البول اللاإرادي وأنواعه:
1. سلس البول الوظيفي: وهو خروج البول اللاإرادي في الاحليل وهو منقطع.
2. سلس البول الحقيقي: وهو خروج البول عبر الطريق غير الطبيعي لوجود نواشير بين الجهاز البولي والجهاز التناسلي.

3. سلس البول الزحيري أو سلس البول بالإفازة حيث سببه عصبي.

وعادةً يقسم سلس البول الوظيفي إلى :

1. جهدي: ناجم عن قصور في الاحليل و يكون هناك اختلاف في الضغط بين المثانة و الاحليل لصالح المثانة و هو يحدث أثناء بذل أي جهد (سعال- عطاس- ضحك.....)
2. سلس البول الناجم عن قصور المثانة (الانعكاسي), و يكون فرق الضغط بين المثانة والاحليل لصالح المثانة بسبب تقلصات غير طبيعية في المثانة.

لقد صنفت الجمعية العالمية سلس البول إلى :

1-سلس البول المنفعل : الجهدي 2- سلس البول الفعال: الانعكاسي أو الزحيري

إنّ سلس البول الجهدي هو النوع الأكثر قابلية للإصلاح الجراحي وله أسباب متعددة منها: رضوض عضلات قاع الحوض وقصور عضلات جدار البطن وقاع الحوض كما في الحمل المتكرر والبدانة و تأثير الاضطراب العصبي الهرموني كما في سن اليأس. وحيث أنّ 10-20% من العمليات النسائية هي لعلاج الهبوط التناسلي وعلاج سلس البول الجهدي فلذلك كانت هناك عدة طرق جراحية لعلاج سلس البول الجهدي.

1) طريقة كيلى : { المرجع 1 } { 2 }

تعتبر طريقة كيلى في علاج سلس البول الجهدي عند النساء قديمة وغير متبعة في كثير من المراكز والمشافي الجامعية ولكن اعتمدها في دراستي لأنها في الواقع والحقيقة تجرى أسبوعياً في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية فأردت أن انوه أن هناك طرقاً جديدة في علاج سلس البول الجهدي وذات نتائج جيدة وحبذا لو تتبع لما لها من فائدة جيدة تنعكس على المريضة .

أما التكنيك الجراحي لطريقة كيلى فيكون بإجراء شق على الخط المتوسط لمخاطية الجدار الأمامي للمهبل يمتد من قبة المهبل حتى صماخ الأليل الظاهر ثم تسلخ الشريحتان المهبلتان للوحشي تسليخاً حاداً أو بواسطة المشروط ثم يحرر الصفاق حول الاحليل والصفاق المثاني بالتسليخ الكليل بواسطة الإصبع المغطى بطبقة واحدة من الشاش ثم يوضع قطب على الفاشيا جانب الاحليل و بشكل موازٍ على بعد 1 سم أسفل صماخ البول و ذلك لسحب الفاشيا بشكل ثابت إلى تحت الاحليل.

إذا وضع القطب بشكل ملائم فإن قطبة التعليق عند الوصل المثاني الأليلي , يجب عندها أن نعيد الاحليل الخلفي و عنق المثانة إلى وضعها الطبيعي و بالتالي علاج سلس البول الجهدي بشكل ناجح (أ) علاج سلس البول الجهدي مع قيلة مثانية:

حيث يتم إصلاح القيلة بإجراء سلسلة مشابهة من القطب توضع على الفاشيا جانب المثانة حيث ترفع قاعدة المثانة بواسطة قطب كيلى هذه وتربط على الخط المتوسط ثم تقص الزوائد من مخاطية المهبل ثم تخاط المخاطية بقطب متفرقة.

2) طريقة (Trans obturator tape) T.O.T

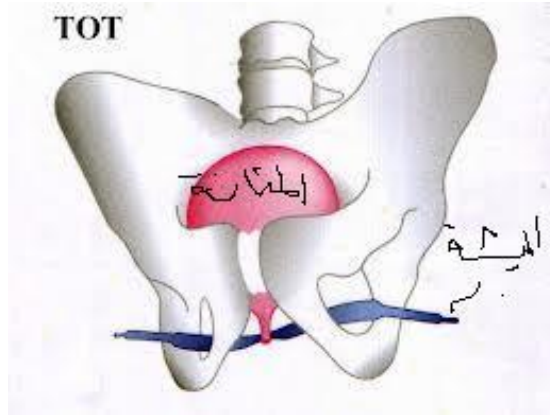
التكنيك الجراحي: {3}{4}

1-توضع المريضة على طاولة العمليات وتخدر ثم تعقم منطقة العمل الجراحي ثم توضع قثطرة بولية داخل المثانة .

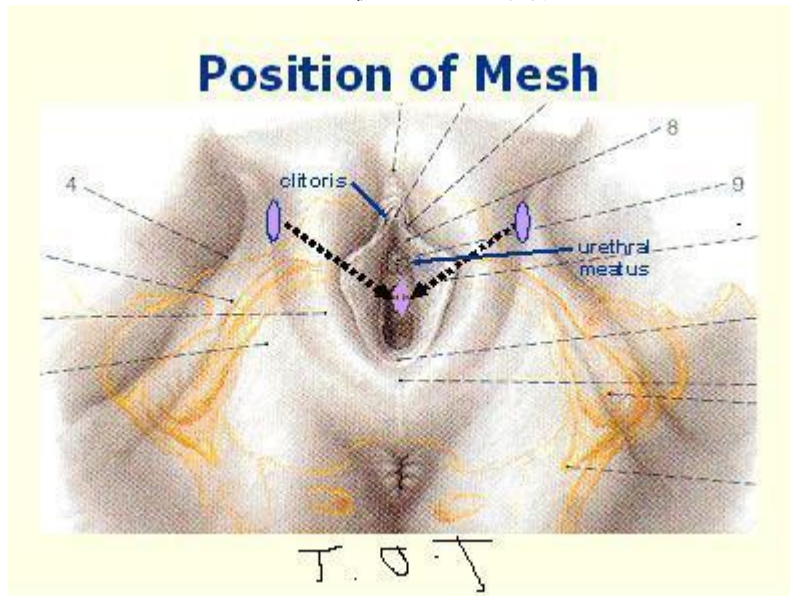
2-يجرى شق طولي على مخاطية المهبل في منتصف المسافة بين صماخ الاحليل وعنق المثانة بطول لايتجاوز 2سم

3-يتم تسليخ مخاطية المهبل عن جانبي الاحليل بواسطة مقص تسليخ حتى الوصول إلى الحافة الخلفية للشعبة الوركية العانية النازلة يجب ان يصل طول التسليخ حوالي 4سم وياتساع يكفي لمرور سبابة الجراح .

4-يتم شق الجلد المغطى للثقبه السادة بمشرط (شفرته رقم 11) حوالي 5 ملم في أعلى وانسي الثقبه على مستوى البظر وبخط يبعد حوالي 1,5 سم من الشعبة الوركية العانية النازلة .

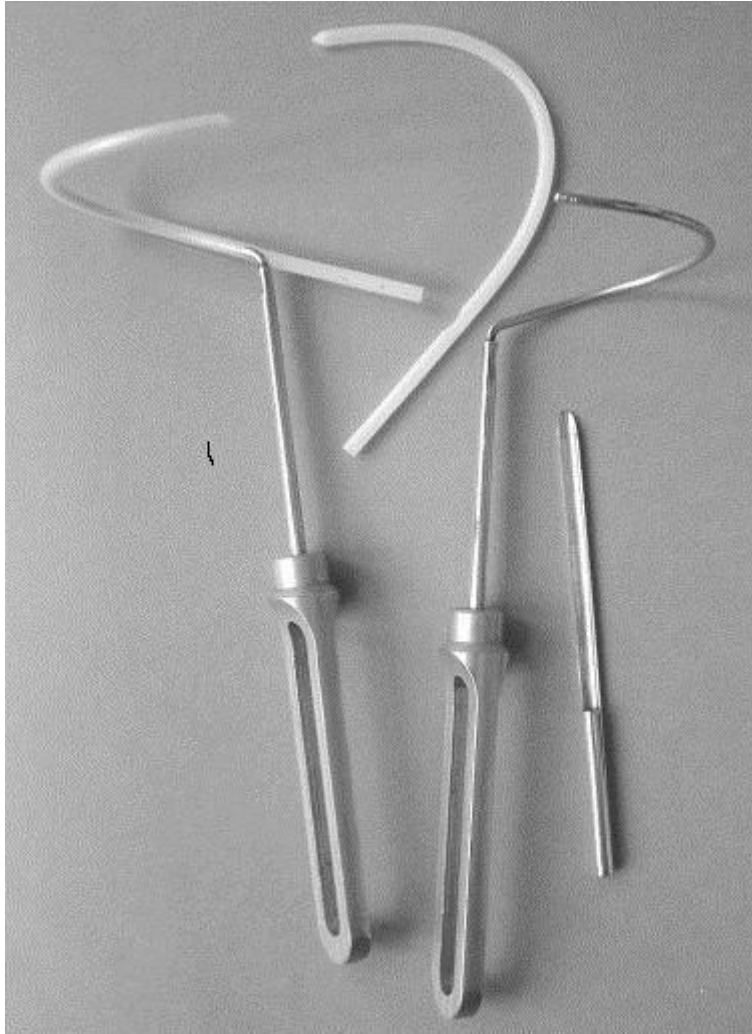


شكل رقم(1):توضيح فراغي لتوضع الميشة



شكل (2) : موضع الميشة

- 5- يتم الآن إدخال الدليل المعدني عبر هذا الشق الجلدي مخترقا النسيج السابقة الذكر مع توجيه رأس الدليل بواسطة الإصبع الموضوعة ضمن قناة التسليخ من الجانب المهبلي بحيث يتم ملاقاته رأس الدليل مع سبابة الجراح .
حالما يلتقي رأس الدليل مع رأس السبابة يتم توجيهه باتجاه الاحليل تحت مخاطية المهبل .
- 6- يتم تطبيق الميشة الخاصة على الدليل بالطريق الراجع ساحباً معه الميشة إلى النقطة التي بدا منها وهي الجلد.



شكل رقم(3): الدليل المعدني المستخدم في عملية T.O.T

- 7- يتم تطبيق الخطوات السابقة نفسها في الجهة المقابلة .
- 8- يتم الآن توتير الميشة أو سحبها بحيث نحافظ على مسافة حرة 0.5 سم تحت الاحليل حرة لمنع التوتير الزائد للاحليل .
- 9- يتم قص الأجزاء الزائدة من الميشة على طرفي الجلد ثم تخاط مخاطية المهبل وفوهتا الجلد .
- 10- توضع دكة مهبلية لمدة 12 -24 ساعة .

هناك عدة أسئلة يمكن أن تسأل حول هذه العملية الجراحية الجديدة . {5}

س1: ما الذي يتوجب عمله عند دخول المريضة إلى المشفى؟

يجب حضور المريضة قبل يوم من العمل الجراحي لإجراء التحاليل المخبرية والأسئلة اللازمة و لإجراء استشارة تخديرية حيث إن التخدير الناحي هو المستخدم في هذه العملية الجراحية.

س2: ما هي مدة العمل الجراحي؟

غالباً تكون المدة اللازمة حوالي 30 دقيقة.

س3: ما هي الأعراض بعد الجراحة التي تشتكي منها المريضة؟

-من الممكن حدوث ألم خفيف إلى متوسط الشدة مع شعور بعدم الارتياح يمكن السيطرة عليه بمسكنات ألم متوسطة تعطى كل 4-6 ساعات.

-يتوجب إجراء تمارين المئات بعد 6 ساعات من الجراحة وفي حال كانت إيجابية يتم نزع القثطرة البولية

-في حال إجراء إصلاح لهبوط مثاني أو رحمي فمن الممكن وضع قثطرة بولية كافية.

س4: ما هي الاختلاطات الممكنة بعد الجراحة؟

من النادر حدوث اختلاط تالٍ لهذه العملية و قد يتضمن ذلك:

1- نزف 2- إنتان 3- في 1% من الحالات انتقاب مائة 4- في 5 % من

الحالات نواجه صعوبة في إفراغ المثانة 5- في 6 % من الحالات نواجه صعوبة تبول بعد الجراحة . 6 - في 6 % من الحالات يحدث انتان بولي يعالج بالصادات المناسبة .

س5: متى يمكن خروج المريضة من المشفى؟

من الممكن أن تخرج المريضة بعد التأكد من ايجابية تمارين المثانة و ذلك يتحقق غالباً بعد 12 ساعة أما في

حال إجراء جراحة تقليدية مرافقة فتبقى المريضة يومين في المشفى.

س6: ما هي الفوائد من العملية؟

-نسبة الشفاء والتحسن أفضل من طريقة كيلى .

-أقل إيلاً من الجراحة التقليدية.

-تعود المريضة لنشاطها العادي خلال فترة قصيرة أقل بكثير من الجراحة التقليدية.

-التغطية بالصادات تكون أقصر.

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث كون 10-20% من النساء المريضات سوف يعانين من هبوط تناسلي مع وجود سلس بولي جهدي فلذلك كان من المهم البحث عن الطرق المثلى لتدبير هؤلاء النسوة جراحياً و بأفضل الطرق و يهدف البحث إلى المقارنة بين طريقة كيلى و طريقة T.O.T في تدبير سلس البول الجهدى و الوصول إلى نتائج توجه الطبيب الجراح إلى اختيار الطريقة المثلى في التدبير .

طرائق البحث ومواده:

تشمل الدراسة المريضات اللواتي راجعن **مشفى الأسد الجامعي** - قسم النسائية بشكاية سلس بولي جهدي مع أو بدون فيلة مثنائية و اللواتي أجري لهن عمل جراحي إما **بطريقة كلي** أو طريقة **T.O.T** وذلك اعتباراً من 2009 /8/1 و لغاية 2010/8/1

ولقد شملت الدراسة 70 مريضة قسمت إلى مجموعتين :

A: عددها 52 مريضة أجري لها علاج سلس بولي جهدي بطريقة **كلي**

B: عددها 18 مريضة أجري لها علاج سلس بولي جهدي بطريقة **T.O.T**

و لقد تم دراسة ما يلي:

- 1- عمر المريضة.
- 2- عدد الولادات وكيفية الولادة.
- 3- دراسة الاختلاطات.
- 4- دراسة الثمالة البولية.
- 5- دراسة النكس .
- 6- دراسة مدة العمل الجراحي .
- 7- دراسة مدة الاستشفاء.

النتائج والمناقشة:

1- عمر المريضة: قسمت المريضات حسب أعمارهن إلى مجموعات فوجدنا مايلي:

الجدول (1) يبين أعمار المريضات

العمر/ سنة	30-25	35-30	40-35	45-40	50-45	< 50 سنة
العدد	2	5	8	12	15	28
النسبة المئوية %	2.84%	7.1%	11.36%	17.04%	21.30%	38.34%

نلاحظ من الجدول (1) أن المريضات اللواتي كانت أعمارهن أكثر من 40 سنة شكلن النسبة الكبرى حيث بلغت 76.68% و بالتالي نلاحظ أن السلس البولي هو مرض النساء حول سن اليأس و ما بعده.

1- طبيعة الولادة : درسنا طريقة الولادة هل هي طبيعية أو قيصرية أو قيصرية ثم طبيعية {6} (أ) **طريقة الولادة:**

الجدول (2) يبين طريقة الولادة

طريقة الولادة	قيصرية	طبيعية	طبيعية + قيصرية
العدد	2	55	13
النسبة المئوية	2.85%	78.55%	28.86%

نلاحظ من الجدول (2) أن المريضات اللواتي ولدن ولادة طبيعية شكلن النسبة العظمى حيث بلغت النسبة

78.55%

ب (عدد الولادات:

الجدول (3) يبين عدد الولادات

عدد الولادات	1	2	3	4	5	6
عدد المريضات الكلي (52)	1	3	8	13	16	11
النسبة المئوية %	1.81	5.43	14.48	23.53	28.96	25.34%

نلاحظ من الجدول (3) أن المريضات عديدات الولادة (أكثر من 3 ولادات) شكلن النسبة العظمى و قدرها 77.83% و بالتالي يمكن القول إن الولادات الطبيعية المتكررة تعدّ عاملاً مؤهباً لحدوث السلس البولي الجهدي

2- اختلاطات العمل الجراحي : {7}

الجدول (4) يبين اختلاطات العمل الجراحي

الاختلاط	النزف	الإنتان	أذية المثانة	الأسر البولي	النواسير
طريقة كيلبي (A) N= 52	5 = 9.61%	1 = 1.92%	2 = 3.84%	4 = 7.68%	0
طريقة T.O.T N=18	1 = 5.5%	0	0	1 = 5.5%	0

نلاحظ من الجدول (4) أن الاختلاط الأكثر حدوثاً في المجموعة A هو النزف بنسبة قدرها 9.61% يلي ذلك الأسر البولي بنسبة قدرها 7.68% .

في حين في المجموعة B كان النزف هو الاختلاط الأكثر حدوثاً بنسبة قدرها 5.5% و نلاحظ من الجدول أن الاختلاطات في المجموعة A هي أكثر تواتراً و نسبة من المجموعة B .

3- الثمالة البولية: اعتمدنا في دراستنا لقياس الثمالة البولية على الآتي :

نزرع القنطرة البولية في اليوم المقرر لذلك (3 أيام في المجموعة A و 6-12 ساعة في المجموعة B) ونطلب من المريضة شرب سوائل بكمية كافية و عند الشعور بالحاجة للتبول نخبرنا المريضة حيث نسمح لها بالتبول الطبيعي و بعد الانتهاء مباشرة توضع قنطرة بولية (فولي) موصولة بكيس جمع بول لتقدير كمية البول المتبقية بعد الإفراغ الطبيعي (وهذا ما يسمى الثمالة البولية) حيث اتبعت هذه الطريقة في مشفى الأسد في أغلب الأحيان وذلك بسبب عدم توفر الإيكوغرافي(غالبا) لقياس الثمالة صدويا .

نعتبر العمل الجراحي ناجحاً إذا كانت الثمالة البولية أقل من 100 مل و كلما قلت كان العمل الجراحي أكثر نجاحاً {8} والجدول التالي يوضح الثمالة البولية في كلتا المجموعتين A و B

الجدول (5) يبين الثمالة البولية بعد العمل الجراحي

كمية الثمالة /مل	25-0 مل	50-25 مل	75-50 مل	100-75 مل	< 100 مل
المجموعة A N=52	27 = 51.9%	18 = 32.6%	5 = 9.61%	2 = 3.84%	0
المجموعة B N=18	12 = 66.66%	5 = 27.77%	1 = 5.55%	0	0

-4 دراسة النكس بعد العمل الجراحي

طلبنا من المريضات في كلتا المجموعتين A و B مراجعتنا بعد (6 - 8) أسابيع من العمل الجراحي وذلك لتقييم نجاح العمل الجراحي و اعتبرنا أن المريضة التي عاود لديها السلس البولي الجهدي ولو كان خفيفاً أن هناك نكساً و الجدول التالي يوضح نسبة النكس في كلتا المجموعتين.

الجدول (6) يبين النكس بعد العمل الجراحي

مجموعة كيلى (A)	مجموعة (B)T.O.T	النكس
7 مريضات = 13.46 %	2 = 11 %	

نلاحظ من الجدول (6) أن نسبة النكس هي أكبر في المجموعة A و ذلك بنسبة 13.46 % .

-5 مدة الاستشفاء :

لقد حسبنا مدة الاستشفاء اعتباراً من بدء العمل الجراحي و لغاية تخرج المريضة من المشفى حيث كلما طالّت مدة المكوث ازدادت مدة تعطل المريضة وازدادت التكلفة الاقتصادية. {7} و الجدول (7) يوضح مدة المكوث في كلتا الطريقتين (B+A)

الجدول (7) يبين مدة الاستشفاء

مدة المكوث/ اليوم	1	2	3	4	5
طريقة كيلى (A) N=52	0	9.61=5	67.3=40 %	9.61=5 %	3.84=2
طريقة (B)T.O.T N=18	17=94.5 %	1=5.5 %	0	0	0

نلاحظ أن غالبية مريضات المجموعة B (94.5%) تخرجن في اليوم الأول بينما أغلبية مريضات المجموعة A (67.3%) تخرجن في اليوم الثالث .

-6 دراسة مدة العمل الجراحي : {9}

الجدول (8) يبين مدة العمل الجراحي

مدة العمل الجراحي/سا	1/2 ساعة	1 - 1/2 ساعة	1.5-1 ساعة
طريقة كيلى (A) N=52	7 = 13.46 %	35 = 67.30 %	10 = 19.23 %
طريقة (B) T.O.T N=18	13 = 72.22 %	5 = 27.77 %	0

نلاحظ من الجدول (8) أن نسبة 72.22 % من مريضات المجموعة B كانت مدة العمل الجراحي 1/2 ساعة في حين 67.3 % من مريضات المجموعة A كانت مدة العمل الجراحي 1 - 1/2 ساعة و بالتالي نستطيع القول بأن طريقة T.O.T أقصر زمناً وهذا يقلل من استخدام المواد التخديرية ومن اختلاطاتها و يقلل مدة المكوث في المشفى.

7-الدراسات المقارنة:

منذ عقد من الزمن بدأ الجراحون النسائيون في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية في علاج سلس البولي الجهدى باعتماد طريقة T.O.T لما لها من فوائد طبية و اقتصادية
لقد أجريت دراسة مقارنة بين دراستنا و دراسة Messaoudi ,F ودراسة البروفيسور Pierre,p ومع دراسة Delrome E حيث اتبعوا طريقة T.O.T في علاج السلس البولي الجهدى فوجدت ما يلي :

(أ)الاختلاطات:

الجدول (9) يبين مقارنة الاختلاطات في عدة دراسات

النواسير	الأسر البولي	أذية المثانة	الإنتان	النزف	
0	%5.5	0	0	%5.5	دراستنا
0	%4.6	%2.1	%1.7	%3.2	Messaoudi{10}
0	%3.2	%1.2	%0.5	%2.4	{11}Pierre,p
0	%2.4	%1	%0.4	%1.5	{4}Delrome E

نلاحظ من الجدول(9) أن دراسة Delrome E هي الأقل في حدوث الاختلاطات و يعود ذلك لوجود عدد كبير من المريضات (215 مريضة) و تراكم الخبرة منذ عدة سنوات .
ب) النكس ومدة العمل الجراحي و المكوث في المشفى :

الجدول(10) يبين النكس ومدة العمل الجراحي و المكوث في عدة دراسات

النكس	مدة العمل الجراحي أقل من 1/2 سا	المكوث في المشفى يوم واحد	
%11	% 72.22	%94.17	دراستنا
%14.8	% 82.5	%93.11	Messaoudi
%8.3	% 87	%95.4	Pierre,p
%7.2	% 91	%95.5	Delrome E

نلاحظ من الجدول(10) أن دراسة Delrome E هي الأفضل من حيث النتائج حيث شكّلت نسبة النكس %7.2 من حالاته في حين شكّلت في دراستنا %11 و كانت مدة المكوث في المشفى ليوم واحد متقاربة في كل الدراسات

في اغلب الدراسات تشير إلى إن نسبة النكس بعد إجراء T.O.T تتراوح بين 5-10 % وفي دراستنا كانت مرتفعة وذلك لعدة أسباب منها قلة الخبرة وعدم إجراء دراسة اليوروديناميكية للمريضات قبل العمل الجراحي (بسبب عدم توفره) وبالتالي عدم اختيار المريضة المثلى ل T.O.T وكذلك بسبب عدم مقدرتنا على متابعة اغلب المريضات بعد العمل الجراحي (كل 6 أشهر لمدة ثلاث سنوات) حيث المتابعة في قسمنا تقتصر على مراجعة المريضات بعد شهر وشهرين في أحسن الأحوال....

الاستنتاجات والتوصيات:

1. لقد وجدنا أن المريضات اللواتي كانت أعمارهن أكثر من 40 سنة شكلت النسبة العظمى 76.68%.
2. نلاحظ أن السلس البولي الجهدي هو مرض النساء حول سن اليأس و ما بعد حيث كانت نسبته 76.68% من المريضات اللواتي هن فوق سن الأربعين .
3. شكلت المريضات عديدات الولادة (أكثر من 3 ولادات) النسبة العظمى 77.83 % و بالتالي يمكن القول إن الولادة الطبيعية المتكررة تعدّ عاملاً مؤهباً لحدوث السلس البولي الجهدي عند النساء.
4. الاختلاطات: لقد وجدنا في دراستنا أن الاختلاطات الجراحية في المجموعة A هي أكثر نسبةً و تواتراً من المجموعة B فمثلاً شكل النزف نسبة 9.6% في المجموعة A بينما شكّل 5.5 % في المجموعة B.
5. الثمالة البولية: كلما قلت الثمالة البولية بعد العمل الجراحي كان هناك نجاحاً في العمل الجراحي و في دراستنا وجدنا أن الثمالة البولية بين (0-25 مل) كانت في المجموعة A 51.9% بينما في المجموعة B هي 66.6% و بالتالي كان النجاح في المجموعة B أكبر.
6. النكس: بلغت نسبة النكس في المجموعة A 13.26% بينما في المجموعة B 11.2% .
7. مدة الاستشفاء: 76.9% من المجموعة A مكثت لمدة (أقل أو يساوي) 3 أيام بينما 72.2% في المجموعة B مكثت يوماً واحداً
8. مدة العمل الجراحي: (أقل من ½ سا) في المجموعة A نسبتها 13.4% بينما في المجموعة B 72.2%.

لذلك نوصي بأن:

- 1- نجري للمريضات اللواتي لديهن سلس بولي جهدي عملية T.O.T لا سيما عندما لا يترافق مع هبوط مثانة حيث إن طريقة T.O.T أقل اختلاطاً و مدة للعمل الجراحي و المكوث في المشفى و بالتالي فإنّ عودة المريضة إلى ممارسة حياتها اليومية أسرع و قد يقول البعض أن ثمن الشريطة المستخدمة في T.O.T غالٍ و لكن مدة مكوث المريضة في المشفى و قصر مدة العمل الجراحي و عودة المريضة إلى الحياة اليومية بسرعة يجعل من طريقة T.O.T أفضل حتى من الناحية الاقتصادية إلى حد بعيد وفي حال عدم توفر الميشة فإنه يفضل إجراء طرق أخرى لعلاج سلس البول الجهدي (مثل عملية Burch ...) وذلك أفضل لمصلحة المريضة الطبية .
- 2- بأن نجري دورات تدريبية متكررة للجراحين النسائيين للتمرّن على طريقة T.O.T وغيرها من الطرق الجديدة.
- 3- بإجراء استمارة خاصة للمريضة عند تخرجها حيث تشرح هذه الاستمارة نوعية العمل الجراحي الذي اجري للمريضة والاختلاطات الجراحية (إن حدثت) والتوصيات الطبية وأوقات المراجعة والمتابعة اللازمة

المراجع:

- 1- DARAI, E;FROBERT,J. *Functional results after the sub urethral sling procedure for stress urinary incontinence: a prospective randomized multicenter study comparing the retropubic and Transobturator routes.* Eur Urol 2009;51:795-802.
- 2- JHON , A ; **HOWARD,W.** *Telinde's Operative Gynecology.10ed, Amega-Lippincott Williams and Wilkins,London,2008,1472.*
- 3-DEBODINANCE, P. *Transobturator urethral sling for surgical correction of female stress urinary incontinence: outside-in (Monarc) versus inside-out T.V.T-O .(Are both ways safe? Gynecol obstet Biol Repord(Paris) 2006;35:571-7 .*
- 4-DELROME , E. *Transobturator urethral suspension: mini- invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women.* 2008,22-53.
- 5-LAURIKAINEN, E; KIVELA, A. *Retro pubic compared with Transobturator tape placement in treatment of urinary incontinence: randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 2007,10-11.
- 6-WANG , A; LIN, L. *Prospective randomized comparison of Transobturator sub urethral sling (Monarc) vs. suprapubic arc(Sparc) sling procedures for female urodynamic stress incontinence*2008,31-37.
- 7-FEMALE ,S ; HUMANCE,T. *Randomized Controlled Trials as Topic Sub urethral Slings; Treatment Outcome; Urinary Incontinence, Stress /surgery; Urologic Surgical Procedures /adverse effects /method* 2010,55-47.
- 8-LATTHE, P; FOON,R; TONAM, P. *Two routes of transobturator tape procedures in stress urinary incontinence: a meta-analysis with direct and indirect comparison of randomized trials.* BJU International 2010,106(1): 68-75 .
- 9- Ficara, V ; ARTIBANI, W .*Tension-free Midurethral sling in the treatment of female stress urinary incontinence: A systematic review and Meta-Analysis of randomized controlled trials of effectiveness.* Eurology2007,52:663-679.
- 10-MESSOUDI,F. *urinary incontinence with effort. Service de gynecologic obstetrique , hospital militaire Tunisie ,2009 Aug,74-93.*
- 11-PIERRE, p. . *urinary incontinence et T.O.T Service de gynécologic obstetrique,CHU de Groneble,2004, 12-19.*