

## تضيقات الإحليل الخلقية والمكتسبة

الدكتور محمد كنعان \*  
الدكتور إسلام ياسين قصاب \*\*  
مجد حيدر \*\*\*

(قبل للنشر في 2003/8/17)

### □ الملخص □

يتضمن البحث دراسة لحالات التضيق الإحليلي المشخصة والمعالجة في شعبة الجراحة بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عامي 2001 - 2003 .  
من دراستنا نجد أن الفئة العمرية الأكثر تعرضاً لهذه الأذيات هي بين 51-70 سنة (62.12 % )، كما نجد أن عسرة التبول وضعف قوة رشق البول هما العرضين الأكثر ترافقاً مع هذه الإصابات، حيث وجدا عند معظم المرضى (97.22 % ) .  
بينت الدراسة أن العوامل الأكثر سببية لهذه الأذيات هي العوامل المكتسبة وخاصة الأسباب الرضحية (73.35 %).  
كما أظهرت الطرق العلاجية المتبعة في تدبير هذه الحالات، حيث كان خزع باطن الإحليل بالتنظير هو الأكثر استخداماً (80.55 %).

---

\* أستاذ في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.  
\*\* مدرس في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.  
\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - اللاذقية - سورية.

## Congenital And Acquired Urethral Strictures

**Dr.Mohamad Kanan\***  
**Dr.Islam Yassin Kassab\*\***  
**Majd Haydar \*\*\***

(Accepted 17/8/2003)

### □ ABSTRACT □

The research includes a study of cases of the urethral strictures which have been diagnosed and treated in the urology clinic in AL-assad university hospital in Lattakia between 2001 – 2003.

The result shows that the group between 51 – 70 year has high score 61.12 %.

Also the dysuria and the slowing of the urinary stream are the most associated symptoms of these lesions 97.22 %.

The most causes of these injuries are the acquired factors, especially the traumatic causes 77.35 %.

Our data express the methods of treatment. The internal urethrotomy is the most used way in our study 80.55 %.

---

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

\*\*Lecturer at Surgery Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\*Post Graduate Student at Surgery Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة :

تعد تضيقات الإحليل من المشكلات الطبية الصعبة التي تواجه طبيب الجراحة البولية، كونها تستمر زمناً طويلاً سواء في وجودها، أو في عواقبها .

كما أن استجابتها للعلاج تبقى مجال ترقب من قبل الطبيب، ويلعب الطبيب قليل الخبرة دور في إحداث هذه الآفة مما جعل هذه المشكلة أمراً مهماً لكل عامل في الحقل الطبي. إن الخوض في هذه المشكلة والبحث فيها بشكل علمي يتطلب متابعة طويلة الأمد للمرضى وتعاوناً تاماً من قبلهم وإصراراً كبيراً من الطبيب على متابعة مرضاه، كما يتطلب توفر الوسائل التشخيصية الحديثة المساعدة والمستمدة للكشف المبكر عن هذه الأذيات وبالتالي وضع العلاج الناجع لها[1].

## هدف البحث :

إيضاح العوامل المسببة لتضيقات الإحليل وتبيان الأعراض الرئيسية لهذه الإصابات والوسائل التشخيصية المساعدة والمتبعة لكشفها، بالإضافة إلى الطرق العلاجية المتوفرة لدينا والمستمدة في علاج هذه الأذيات .

## عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة مرضى التضيق الإحليلي الذين راجعوا قسم الجراحة البولية وقسم الكشف الوظيفي في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية .

## طرائق البحث :

تمت الدراسة وفقاً لاستمارة خاصة بمرضى تضيقات الإحليل تتضمن :

- 1 - الهوية الشخصية للمريض
- 2 - القصة المرضية: الأعراض والعلامات السريرية التي راجع بها المريض .
- 3 - الاستقصاءات المساعدة:
  - مخبرية: فحص بول وراسب.
  - زرع بول وتحسس.
  - شعاعية: تصوير الإحليل الظليل بالطريق الراجع
  - تنظيرية.
- 4 - الطرق العلاجية المتبعة:
  - توسيع الإحليل فقط .
  - خزع باطن الإحليل بالتنظير .
  - المعالجة الجراحية [ 2 ] .

## النتائج والمناقشة :

شملت عينة الدراسة 108 مرضى راجعوا قسم الجراحة البولية وقسم الكشف الوظيفي في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، وتمت الدراسة على عدة محاور ومن خلال عدة نقاط تذكر تباعاً :

- 1- المجموعات العمرية :

تم توزيع مرضى عينة البحث إلى خمس مجموعات عمرية كما هي مبينة في الجدول رقم (1).

الجدول (1): توزيع المرضى إلى 5 مجموعات عمرية

المجموعة العمرية بالسنين	10-0	30-11	50-31	70-51	70 <
عدد المرضى	2	5	20	66	15
النسبة	1.85 %	4.63 %	18.52 %	61.21 %	13.88 %

يبين الجدول (1) أن أكثر فئة عمرية معرضة لهذه الإصابات هي بين 70-51 سنة ومرد ذلك لكثرة التداخلات الطبية عبر الإحليل يلي ذلك الفئة بين 50-31 سنة والسبب هنا هو الحوادث الرضحية .

2- التصنيف حسب الجنس :

تم توزيع المرضى حسب الجنس كما هو مبين في الجدول رقم (2).

الجدول (2) : توزيع المرضى حسب الجنس

الجنس	عدد المرضى	النسبة المئوية
ذكر	104	96.29 %
أنثى	4	3.71 %

يبين الجدول (2) أن هذه الإصابات أكثر حدوثاً عند الذكور 96.29 % ويعود ذلك إلى البناء التشريحي للإحليل الأنثوي. [3].

## الأعراض والعلامات السريرية :

تمت دراسة الأعراض التي ذكرها المرضى عند استجوابهم والعلامات التي حصلنا عليها بالفحص السريري كما هو موضح بالجدولين (3)-(4) .

الجدول (3) : الأعراض السريرية عند مرضى تضيقات الإحليل

العرض السريري	عدد المرضى	النسبة المئوية
عسرة التبول	105	97.22 %
ضعف قوة الرشق البولي	104	96.29 %
تعدد البيلات	85	78.7 %
الحرقة البولية	99	91.66 %
تشعب المسار البولي	50	46.29 %
الأسر البولي	30	27.77 %

الجدول (4) : العلامات السريرية الموجودة عند مرضى التضيقات الإحليلية

العلامات السريرية	عدد المرضى	النسبة المئوية
-------------------	------------	----------------

مئاة مقروعة أو مجسوسة	20	% 18.51
فشل وضع القثطرة البولية لسبب أفر	35	%32.4
فحص سريري سلبي	70	%64.81

إن أهم عرض سريري يراجع به مريض التضيق الإحليلي هو عسرة التبول ويلي ذلك ضعف قوة الرشق البولي وقد وجد هذين العرضين عند معظم المرضى، ونتائج دراستنا مشابهة للدراسة المجراة في جامعة دمشق [1] .

أما بالنسبة للعلامات السريرية فنلاحظ عموماً أن الفحص السريري لا يعطي معلومات كثيرة عند هؤلاء المرضى والدليل على ذلك كونه كان سلبياً عند 70 مريض [2].

### 3 - الدراسة المخبرية :

أجري فحص البول والراسب عند جميع المرضى وكانت النتائج كما يلي .

الجدول (5): موجودات فحص البول عند مرضى التضيق الإحليلي

موجودات فحص البول	عدد المرضى	النسبة المئوية
كريات بيض	104	%96.29
كريات حمر	50	%69.24

يبين الجدول (5) أن %96.29 من المرضى المصابين بتضيق إحليلي لديهم انتان بولي وذلك بالاعتماد على فحص البول والراسب .

أما زرع البول فقد أفر عند 65 مريضاً فقط وكانت نتائجه كما هو مبين بالجدول رقم (6).

الجدول (6): معطيات زرع البول والتحصن عند مرضى التضيق الإحليلي

نتيجة زرع البول	عدد المرضى	النسبة المئوية
سلبي	20	% 30.76
إيجابي	45	% 69.24

كان زرع البول والتحصن إيجابياً عند 45 مريضاً بنسبة % 69.24، أما المرضى الذين لم يجر لهم زرع بول أو الذين كان الزرع لديهم سلبياً فإن ذلك يعود لتناولهم صادات حيوية في الفترة السابقة لإجراء الزرع. ومن الجدول [5] نجد أن البيلة الدموية قد شوهدت بفحص البول عند 50 مريضاً وهي ناجمة عن التضيق بحد ذاته .

### 1- الدراسة الشعاعية :

اقتصرت على عدد قليل جداً من المرضى وذلك بسبب الإجراءات الروتينية التي تستدعي إقامة المريض لأيام عديدة في المشفى قبل التمكن من إجراء هذه الإنقضاءات، علماً أنها تقدم فائدة تشخيصية كبيرة [3].

هذا بالإضافة إلى اعتماد دراستنا بشكل أساسي على إجراء التنظير البولي لوضع التشخيص . ولقد

أجري تصوير الإحليل الظليل الراجع عند 5 مريض فقط وقد أظهر موقع وامتداد التضيق .

### 2- الدراسة التنظيرية :

اعتمدنا على هذه الدراسة بشكل أساسي لوضع التشخيص حيث أجري تنظير الإحليل عند جميع المرضى .

### 3- التصنيف :

بالنسبة للتقسيم الطبوغرافي فقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين وذلك اعتماداً على موقع التضيق كما يلي .

الجدول (7): التصنيف الطبوغرافي للتضيق الإحليلية

موقع التضيق	عدد المرضى	النسبة المئوية	النسبة العالمية
الإحليل الأمامي	80	74.07%	68%
الإحليل الخلفي	28	25.93%	30%

أما بالنسبة للتصنيف السببي فقد قسمنا المرضى إلى مجموعتين كبيرتين: مجموعة التضيق الخلقية ومجموعة التضيق المكتسبة حسب الجدول (8) .

الجدول (8): التصنيف السببي للتضيق الإحليلية

سبب التضيق	عدد المرضى	النسبة المئوية	النسبة العالمية
خلفي	2	1.85%	5%
مكتسب	106	98.15%	95%

يمكن تقسيم التضيق المكتسبة لعدة أقسام حسب السبب المؤدي للتضيق كما هو مبين بالجدول رقم

(9) .

الجدول (9): الأسباب المكتسبة للتضيق الإحليلية

السبب المكتسب	عدد المرضى	النسبة المئوية	النسبة العالمية
خمجي	22	20.76%	40%
رضحي	82	77.35%	52%
ورمي	2	1.88%	3%

يبين الجدول (9) أن الأسباب الخمجية للتضيق تقل في دراستنا مقارنة مع الدراسة العالمية ويمكن رد

ذلك إلى ازدياد حالات التهاب الإحليل المنتقلة بالجنس في الدول الغربية .[4]

بينما نلاحظ ارتفاع نسبة الأسباب الرضحية في دراستنا وقد يكون لحوادث السير والسقوط

في بلادنا وللمداخلات الطبية الخاطئة دور في رفع هذه النسبة .

### 4- المعالجة :

تم تقسيم طرق العلاج إلى 3 مجموعات هي :

- التوسيع فقط باستخدام الموسعات المعدنية: وقد اقتصر استخدامه على عدد محدود من المرضى وذلك لان التوسيع هو عبارة عن تمزيق غير موجه للتضيق مما يزيد الحدوثية الالتهابية الارتكاسية والتي تقود بدورها إلى تضيق أشد .
- خزع باطن الإحليل بالتنظير: الطريقة الأكثر استخداماً في دراستنا لعلاج هذه التضيق .و الخزع هو شق الندبة المضيق للإحليل مما يسمح بإنفتاحه .يمكن إجراء هذا الشق بالخزع البارد تحت الرؤية المباشرة باستخدام خازع الإحليل المزود بعدسة درجة صفر، يمسك القضيب ويرفع للأعلى ، ندخل الغمد مع المدك

المناسب ضمن القضيبي حتى نصل لمنطقة التضيق ، نمرر قثطاراً حالبياً FR 5 عبر فتحة التضيق إلى المثانة. يستخدم الإرواء بواسطة المصل الفيزيولوجي لتوتير الإحليل وتسهيل رؤية فوهة التضيق ، بعد ذلك تجري عملية القطع بدفع السكين القاطعة على مسار القثطار الحالبى لتقطع النسيج الندبية المشكلة للتضيق وذلك على الساعة 12 ويدفع المنظار خلال المنطقة المخزوعة حتى يصل للمثانة. بعد إجراء الخزع يوضع قثطار من السليكون الطري في الإحليل لمدة 5-7 أيام . [5]-[6] - [7] - [8].

• الجراحة .

الجدول (10): الطرق العلاجية المتبعة في تدبير التضيقات الإحليلية

النسبة	عدد المرضى	الطريقة العلاجية
18.53 %	15	التوسيع فقط
80.55 %	92	خزع باطن الإحليل تنظيرياً
0.9 %	1	الجراحة

## التوصيات :

- 1- التحديد الدقيق لمكان وامتداد التضيق أثناء وضع التشخيص وذلك حسب التقسيم التشريحي المعروف (إحليل قضيبي - إحليل بصلي - إحليل خلفي) مما يساعد في تحديد نسبة توزع هذه الإصابات في كل جزء من أجزاء الإحليل .
- 2- الاحتياط بشكل دقيق للمناورات الإحليلية سواء أثناء وضع القثاطر البولية أو التنظير البولي من الناحية التعقيمية وكذلك التقنية لتجنب إحداث هذه الإصابات .
- 3- معالجة الحالات الخمجية التي تصيب الإحليل بشكل جدي وكافي وعدم تركها للإزمان وما يحمله من مخاطر لحدوث التضيقات .
- 4- التأكيد على أن الطريقة المثلى لعلاج تضيقات الإحليل هي خزع باطن الإحليل تنظيرياً تحت الرؤية .
- 5- التأكيد على ضرورة رفع مستوى الوعي الصحي عند مرضى هذه الأذيات وضرورة المتابعة الدورية للحفاظ على النتيجة التي توصلنا إليها بخزع الإحليل عن طريق الإدخال الدوري لقثاطر استعمال مرة واحدة وفق بروتوكول معين .

## المراجع:

.....

- 1) CHARLES D, M.D, 1992-*campbell*, sixth edition- Saunders company, U.S.A .
- 2) KENNETH A, M.D, 1991-*Adult and pediatric urology* second edition West line industrial Drive, U.S.A,37:1479.
- 3) EMILE A.TANAGHO,M.D,2000 –*smith's general urology* ,fifteenth edition –san francisco,U.S.A ,40:805-810.
- 4) PATRICK C,1998 – *campbell, urology* – walsh etal, U. S. A.
- 5) FRAY F,1996 –*Operativ urology*, etal walsh,U.S.A ,70:579-599.
- 6) Aagaard,J,Anderson J, Jaszczk P:*Direct vision internal urethrotomy.Aprospective study of 81 primary strictures treated with a single urethrotomy*. Br J urol 1987 ,59:328-330.
- 7) Asklin B ,Pettersson S :*Visual internal urethrotomy with post operative cystostomy or urethral catheter* .scand J urol nephrol 1983,17:5.
- 8) Chilton CP ,shah PJR ,Fowler CG ,etal :*The impact of optical urethrotomy on the management of urethral strictures* .Br J urol 1983,55:705.

(9) عطفة، محمد، 1997 –*تضيقات الإحليل عند الذكور*، جامعة دمشق، سورية .