

Comparison between Transurethral Resection of Benign Prostatic Hyperplasia and Open Prostatectomy

Dr. Mohammad Youssef*
Dr. Mohammad Kanaan*
Hammam Ibrahim**

(Received 3 / 6 / 2020. Accepted 15 / 7 / 2020)

□ ABSTRACT □

Background: The purpose of this study is to compare between Transurethral resection of the prostate and surgical treatment for prostate >75ml from where improvement of clinical symptoms and complications.

Materials and methods: The study began from January 2019 to March 2020 at Tishreen University Hospital , Lattakia , Syria and was conducted on 63 cases of BPH divided into two groups, Where BPH scraping was performed on 40 patients and open surgery was performed on 23 patients. Follow up was done by measuring IPSS after surgery for each patient and detecting the presence of pre-existing complications.

Results: Mean follow up was 3-7 months. The mean value of IPSS after TURP was (5.5 ± 1.2 – p value < 0.0001) whereas before TURP was (23.5 ± 5.3) and the mean value of IPSS after open surgery was (5.1 ± 1.1 – p value < 0.0001) whereas before open surgery was (25.1 ± 6.1).

Conclusion: The study shows up that there is no difference between the results and complications of TURP and open surgery for prostate > 75 ml with superiority of TURP on open surgery from where bleeding degree and hospitalization period and speed of going back to work. So, we can use TURP as a good treatment choice for the treatment of BPH>75 ml.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, open surgery IPSS, TURP.

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

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

المقارنة بين تجريف فرط تنسج الموثة الحميد عبر الإحليل والعلاج الجراحي لها

د. محمد يوسف*

د. محمد كنعان*

همام ابراهيم**

(تاريخ الإيداع 3 / 6 / 2020. قُبِلَ للنشر في 15 / 7 / 2020)

□ ملخص □

هدف الدراسة: يهدف البحث إلى المقارنة بين تجريف فرط تنسج الموثة الحميد TURP والعلاج الجراحي لها وذلك للموثة < 75 مل حجماً من حيث تحسن الأعراض السريرية وحدوث الاختلاطات.

المواد والطرائق: بدأت الدراسة في كانون الثاني 2019 وانتهت في آذار 2020 في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية، سوريا. أجريت هذه الدراسة على 63 حالة BPH تم تقسيمها إلى مجموعتين، حيث تم التداخل بالتجريف على 40 مريض وبالجراحة المفتوحة على 23 مريض. تمت المتابعة بقياس قيم IPSS بعد الجراحة لكل مريض وتحري وجود الاختلاطات السابقة لدى المرضى.

النتائج: كان متوسط فترة المتابعة 3-7 أشهر، بلغ متوسط قيم IPSS بعد TURP (5.5 ± 1.2) ، بينما كانت قبلها (23.5 ± 5.3) ، ومتوسط قيم IPSS بعد الجراحة المفتوحة (5.1 ± 1.1) ، بينما كانت قبلها (25.1 ± 6.1) . (P value < 0.0001)

الخلاصة: أظهرت الدراسة أنه لا فرق بين نتائج واختلاطات TURP والجراحة المفتوحة للموثة < 75 مل حجماً، مع تفوق TURP على الجراحة المفتوحة من حيث درجة النزف، وفترة الاستشفاء، وسرعة العودة إلى العمل، لذلك يمكن اعتماد TURP كخيار علاجي جيد لعلاج BPH < 75 مل.

كلمات مفتاحية: فرط تنسج الموثة الحميد، تجريف الموثة عبر الإحليل، IPSS، TURP.

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

مقدمة:

يعتبر فرط تنسج الموثة الحميد أكثر الأورام السليمة شيوعاً عند الرجال وزيادة حدوثها مرتبط مع التقدم بالعمر. بعمر 75 سنة وجد أن 50% من الرجال يعانون من اضطرابات في التبول ناتجة عن ضخامة الموثة الحميدة ونحو 50% من الرجال تحت 60 سنة والذين خضعوا لعملية جراحية لتدبير BPH لديهم شكل من أشكال الورثة لهذا المرض. حوالي 10% من المرضى سيحتاجون تدبيراً جراحياً في مرحلة ما من أعمارهم. تم تطوير أول تجريف للموثة عبر الإحليل في بدايات القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية. ولعقود من الزمن خلت مازال هو التداخل الجراحي المعياري لتدبير فرط التنسج الموثي الحميد ويقدر حالياً أن أكثر من 90% من العمليات الجراحية لضخامة الموثة الحميدة هي TURP. وسجل إيوجين فولير من نيويورك أول استئصال للموثة فوق العانة عام 1894 م ونشرها بيتر فيلر في لندن بعد دراسته على 1600 مريض وعلى الرغم من تطور التقنيات التنظيرية في علاج فرط تنسج الموثة الحميد إلا أنه يبقى للاستئصال الجراحي المفتوح استطبائاته في العلاج.

أهمية البحث وأهدافه:**الهدف الاساسي:**

المقارنة بين تجريف الموثة عبر الإحليل والاستئصال الجراحي المفتوح لعلاج فرط تنسج الموثة الحميد أكبر من 75 مل من حيث شدة النزف وتحسن الأعراض السريرية حسب السلم العالمي لأعراض الموثة IPSS.

الأهداف الثانوية:

مقارنة المضاعفات (السلس البولي، تضيق عنق المثانة، تضيق الإحليل) لكل من الطريقتين الجراحيتين في علاج فرط الموثة الحميد.

أهمية البحث:

إن الحاجة لإيجاد بديل أفضل من الاستئصال بالطريق الجراحي المفتوح للموثة كبيرة الحجم ونتائج الدراسات العالمية التي توجهت في معظمها إلى أهمية ونجاعة الطريق التنظيري عبر الإحليل لاستئصال الموثة لما يقدمه من فوائد وميزات في إنقاص الاختلاطات وتحسين نوعية الحياة بعد الجراحة. وحيث لم تجر سابقاً دراسة محلية تقارن بين الطريقتين السابقتين وتوضح أفضلية أحدهما على الأخرى توجهنا لإجراء هذه الدراسة.

طرائق البحث ومواده:**تصميم الدراسة: Prospective Comparative Study**

مكان الدراسة: شعبة الجراحة البولية، مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية.

عينة الدراسة: يشمل البحث مجموعة المرضى المراجعين لشعبة الجراحة البولية في مشفى تشرين الجامعي والذين تقرر لهم إجراء تداخل جراحي لعلاج فرط تنسج الموثة الحميد من تاريخ 2019/1/1 إلى تاريخ 2020/2/29.

حجم العينة: يتعلق بعدد المرضى المراجعين والمحققين لمعايير الاشتمال خلال المدة الزمنية للدراسة وبلغ عددهم 63 مريض.

معايير الإدخال:

المرضى الذين يخضعون لتجريف موثة بالتنظير أو الطريق الجراحي المفتوح ولديهم حجم الموثة أكبر (75مل) مقاسا بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية عبر البطن.

معايير الاستبعاد:

(1) المرضى الذين لديهم سرطان موثة مشتبه بالمس الشرجي أو ارتفاع بقيمة PSA أو مؤكد بالخزعة.

(2) المرضى الذين لديهم تضيق إحليل أو حصة مثناة أو رتج مثناة.

فترة جمع العينة: الدراسة بدأت بتاريخ 2019/1/1 وانتهت بتاريخ 2020/2/29.

طريقة الدراسة:

تقييم المرضى قبل الجراحة:

(1) تقييم المرضى سريريا من خلال السلم العالمي لأعراض الموثة IPSS.

(2) إجراء خضاب دم.

(3) إجراء مس شرجي وإجراء اختبار المستضد النوعي للموثة PSA لنفي الورم.

(4) إجراء تصوير بالأشعة فوق الصوتية لأعضاء البطن والحوض مع تقدير حجم الموثة مقاسا ب(مل)

• المرحلة المبكرة للجراحة: وهي الفترة الممتدة من الساعة الأولى التالية للجراحة وحتى نهاية فترة الاستشفاء في المشفى وسوف يتم تقييم حجم النزف حسب مقياس النزف في منظمة الصحة العالمية.

• متابعة المرضى: بعد الجراحة بكلا الطريقتين خلال فترة الدراسة و سيتم تقييم:

(1) تحسن الأعراض السريرية وفق السلم العالمي لأعراض الموثة IPSS.

(2) تقييم وجود سلس بولي دائم أو جهدي: موجود / غير موجود.

(3) تقييم وجود تضيق عنق مثناة: موجود / غير موجود.

(4) تقييم وجود تضيق إحليل: موجود / غير موجود.

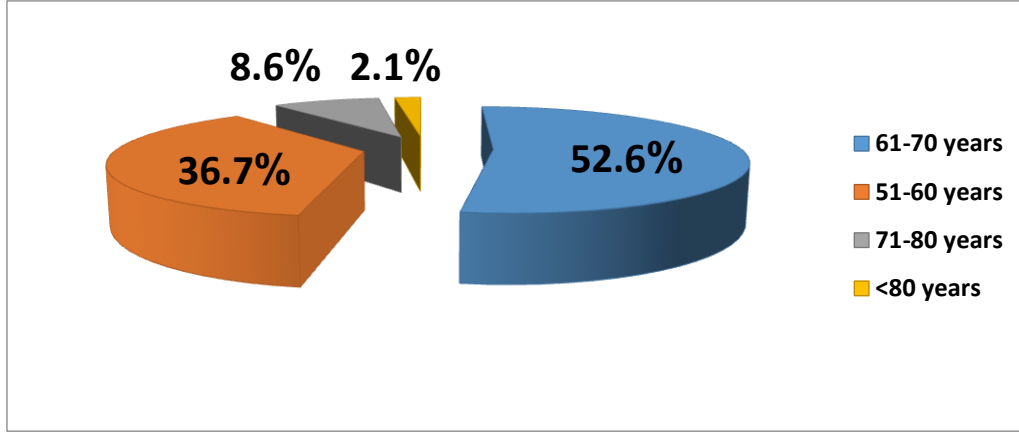
• مقارنة نتائج دراستنا مع الدراسات العالمية.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

(1) توزيع المرضى على المجموعات العمرية:

معظم المرضى الذين أجري لهم استئصال موثة سواء بالتجريف عبر الإحليل TURP أو الفتح الجراحي SPOP توزعوا في الفئة العمرية (61-70 سنة) بنسبة مئوية (52.6%)، وفي الفئة (51-60 سنة) بالدرجة الثانية بنسبة (36.7%)، بينما كانت النسبة المئوية (8.6%) و(2.1%) من مجموع المرضى في المجموعتين (71-80 سنة) وأكبر من 80 سنة على الترتيب، ولم يوجد أي مريض في المجموعة العمرية (41-50 سنة). كما في المخطط رقم (1).



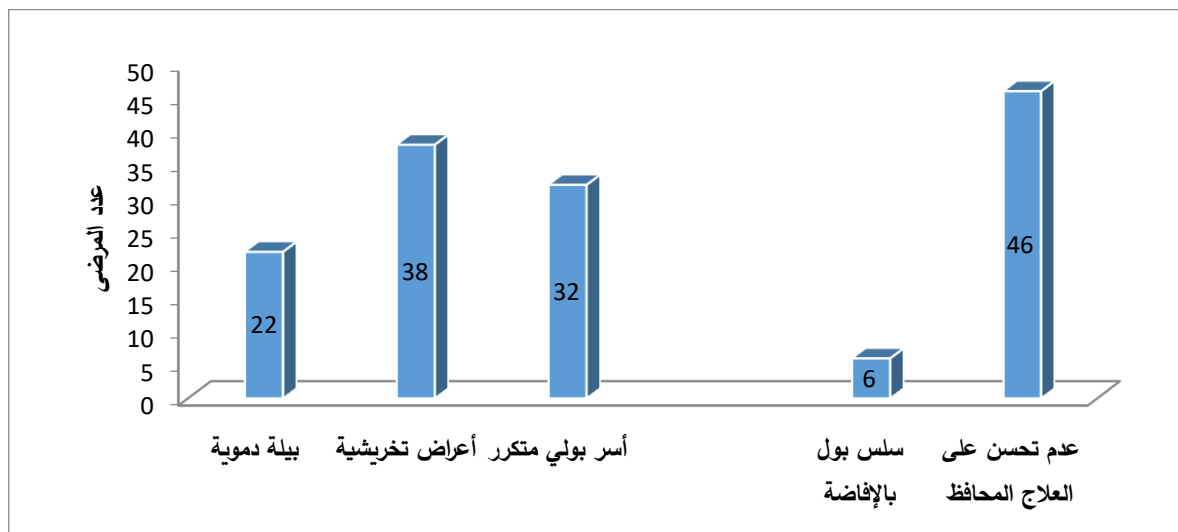
مخطط رقم (1) توزع مرضى الدراسة في المجموعات العمرية والنسبة المئوية لكل مجموعة

(2) تسجيل الأعراض التي راجع بها المرضى والنسب المئوية لكل عرض في مجموعة الدراسة:

راجع 73.8% من مجموع مرضى الدراسة بقصة عدم تحسن على العلاج المحافظ و61.6% من مجموع المرضى بشكوى الأعراض التشخيصية، و51.4% بأسر بولي متكرر، و35.5% من المرضى كان لديهم بيلة دموية. كما هو موضح بالجدول رقم (1).

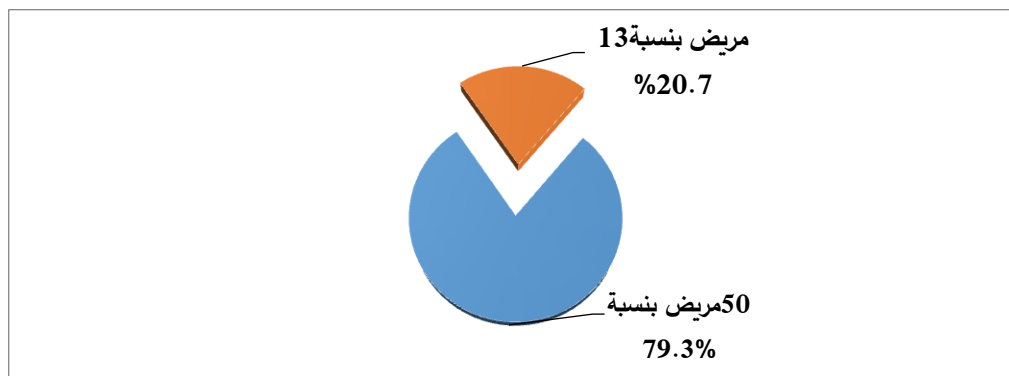
جدول رقم (1) الأعراض التي راجع بها المرضى والنسبة المئوية لكل عرض

النسبة المئوية	عدد المرضى	العرض
35.5%	22	بيلة دموية
61.6%	38	أعراض تخريشية
51.4%	32	أسر بولي متكرر
8.4%	6	سلس بول بالإفازة
73.8%	46	عدم تحسن على العلاج المحافظ



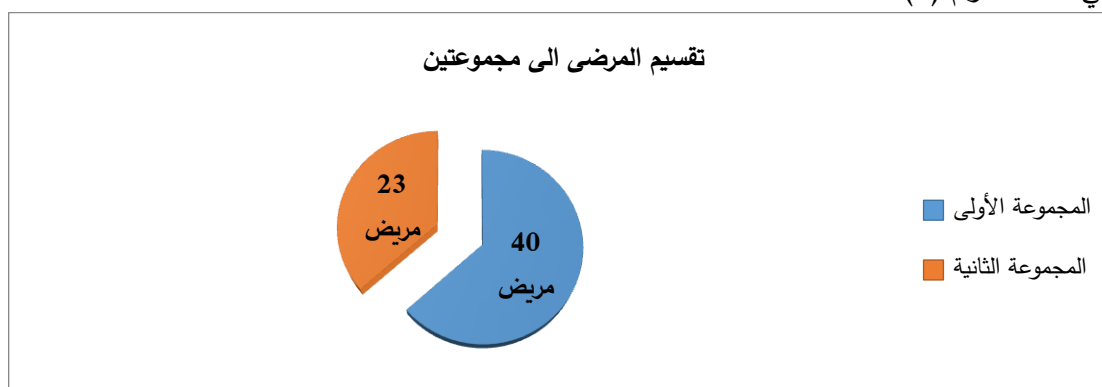
مخطط رقم (2) يظهر الأعراض التي راجع بها المرضى

(3) حساب حجم الموثة بالتصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن مقدراً ب(مل) وتوزيع المرضى على مجموعتين: بلغ عدد المرضى الذين كان لديهم حجم الموثة مقاساً بالأمواج الصوتية عبر البطن أقل من 100 مل (75-100مل) 50 مريضاً بنسبة 79.3% من مجموع المرضى، وبلغ عدد المرضى الذين كان حجم الموثة لديهم أكبر من 100مل 13 مريضاً بنسبة 20.7%. كما في المخطط رقم (3)



مخطط رقم (3) تقدير حجم الموثة بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن والنسبة المئوية لكل مجموعة

(4) تقسيم المرضى إلى مجموعتين حسب الطريقة العلاجية:
المجموعة الأولى (1): وهي المجموعة التي تم علاجها بتجريف الموثة عبر الإحليل وعدد المرضى فيها 40 مريضاً.
المجموعة الثانية (2): وهي المجموعة التي تم علاجها بالفتح الجراحي عبر المثانة وعدد المرضى فيها 23 مريضاً.
 كما في المخطط رقم (4).

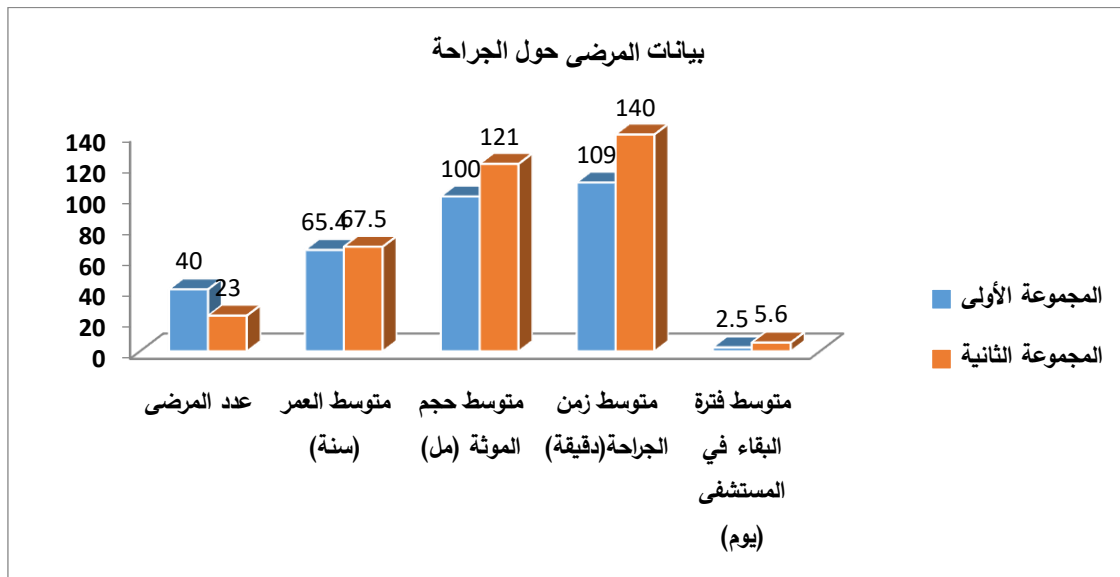


مخطط رقم (4) يظهر تقسيم مرضى الدراسة إلى مجموعتين

(5) بيانات المرضى حول الجراحة:

جدول رقم (2) بيانات المرضى حول الجراحة

P value	المجموعة (2)	المجموعة (1)	
-----	23	40	عدد المرضى
-----	67.5±4.5	65.4±4.2	متوسط العمر (سنة)
-----	121±22.4	100±19.5	متوسط حجم الموثة (مل)
0.0039	140±27.3	109±19.7	متوسط زمن الجراحة (دقيقة)
<0.0001	5.6±1.3	2.5±0.8	متوسط فترة البقاء في المستشفى (يوم)

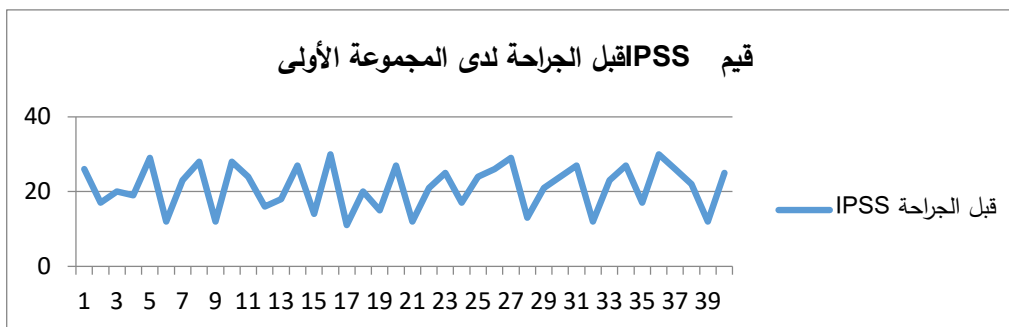


مخطط رقم (5) يظهر بيانات المرضى حول الجراحة

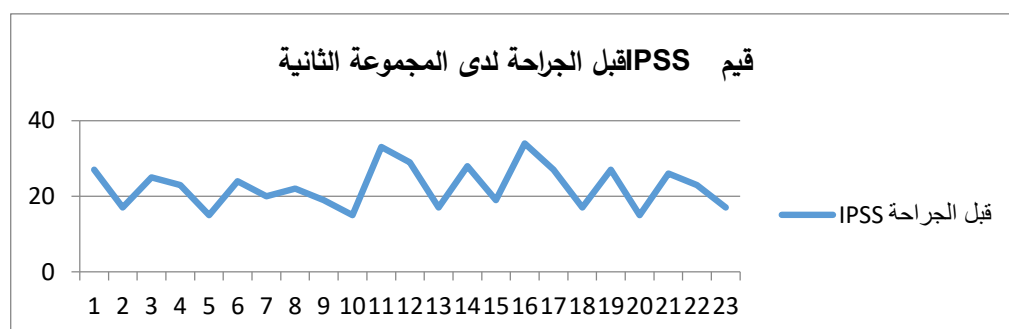
(6) تم تسجيل قيمة IPSS (International Prostate Symptom Score) لكل مريض في كل مجموعة، وتصنيف المرضى حسبه إلى خفيف/متوسط/شديد، وتسجيل النسبة المئوية لكل جزء في كل مجموعة:

جدول رقم (3) قيم IPSS لدى جميع مرضى الدراسة قبل الجراحة

المجموعة (2) 23 مريضاً		المجموعة (1) 40 مريضاً		مقدار IPSS
%	العدد	%	العدد	
0	0	0	0	7-0
39.1%	9	35%	14	19-8
60.9%	14	65%	26	35-20

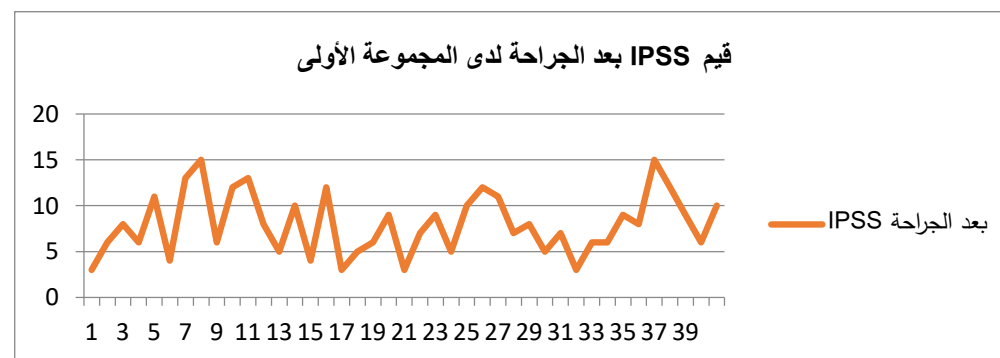


مخطط رقم (6) يظهر قيم IPSS لدى مرضى المجموعة الأولى قبل الجراحة

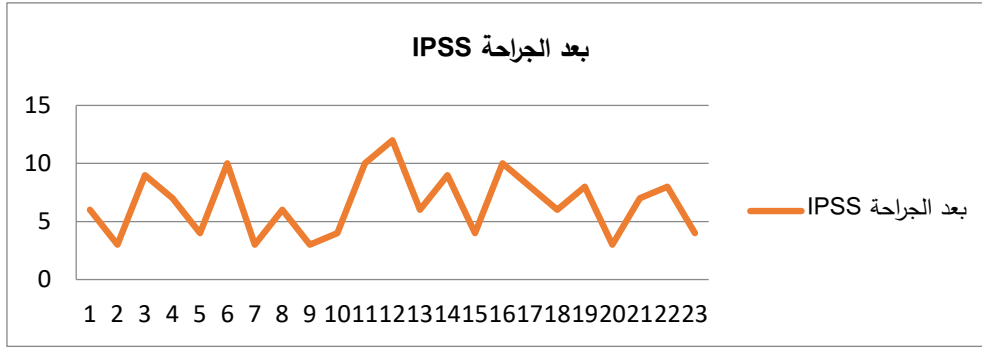


مخطط رقم (7) يظهر قيم IPSS لدى مرضى المجموعة الثانية قبل الجراحة

(7) تم إعادة تقييم IPSS لكل مريض من المجموعتين بعد 3 أشهر من الجراحة (وقد تم تأخير هذا الأمر عند بعض المرضى الذين حدث لديهم اختلاطات حتى استقرار حالة المريض)، وكانت النتيجة كما في المخططين رقم (8) و(9). (P value<0.0001)



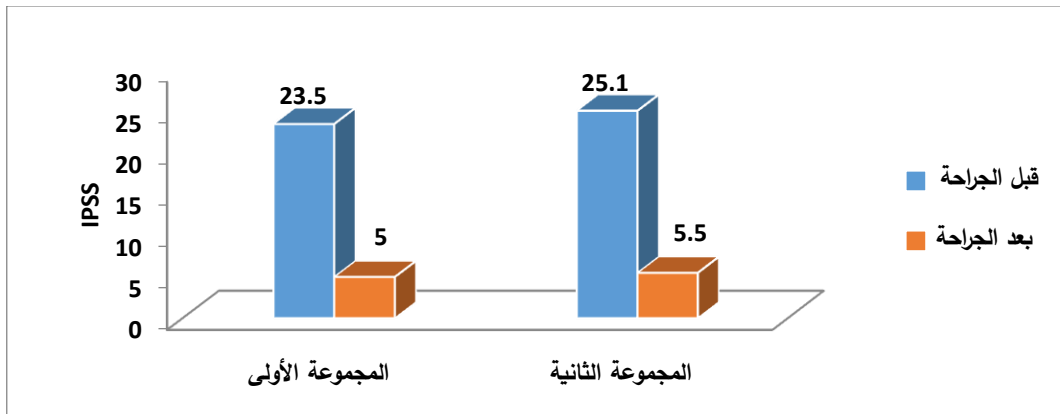
مخطط رقم (8) يظهر تغيرات IPSS لدى مرضى المجموعة الأولى بعد الجراحة



مخطط رقم (9) يظهر تغيرات IPSS لدى مرضى المجموعة الثانية بعد الجراحة

جدول رقم (4) متوسطات نتائج الدراسة في كل مجموعة مع الانحراف المعياري لكل متوسط

الثانية		الأولى			المجموعة	
P value	بعد الجراحة	قبل الجراحة	P value	بعد الجراحة		قبل الجراحة
<0.0001	5.1±1.1	25.1±6.1	<0.0001	5.5±1.2	3.5±5.3	IPSS



مخطط رقم (10) يظهر متوسطات IPSS في كل مجموعة قبل وبعد الجراحة

جدول رقم (5) يظهر متوسطات IPSS لدى المجموعتين بعد الجراحة

المجموعة الثانية	المجموعة الأولى	المجموعة
5.5±1.2	5.1±1.1	IPSS بعد الجراحة
0.194		P value

(8) تم تسجيل الاختلافات في كل مجموعة كالاتي:

خلال المرحلة المبكرة من الجراحة:

وهي الفترة الممتدة من الساعة الأولى التالية للجراحة، وحتى نهاية فترة الاستشفاء في المشفى. وسوف يتم فيها تقييم النزف كاختلاف للجراحة بالطريقتين حسب مقياس منظمة العالمية. كما هو مبين في الجدول رقم (6).

جدول رقم (6) يظهر درجة النزف ونسبته المئوية بين المجموعتين

P value	المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		درجة النزف
	نسبة	عدد المرضى مئوية	نسبة	عدد المرضى مئوية	
-----	%0	0	%0	0	Grade 1 أي دلالات مخبرية أو مجهية بدون احمرار بول
0.0006	%43.4	10	%85	34	Grade 2 بيلة دموية عيانية دون الحاجة لنقل دم
0.0006	%56.5	13	%15	6	Grade 3 أي نزف يتطلب نقل دم أكثر من الحاجة الروتينية

(9) المرحلة الثانية من المتابعة:

وهي الفترة الزمنية الممتدة من تخريج المريض من المستشفى، وحتى نهاية فترة الدراسة. (12 شهراً بمتوسط فترة متابعه 7 أشهر). تم فيها تقييم حدوث سلس بول دائم، وتضيق إحليل، وتضيق عنق مثانة، بوصفها اختلالات تالية للجراحة بالطريقتين. وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (7).

جدول (7) نسبة حدوث السلس البولي م، وتضيق الإحليل، وتضيق عنق المثانة بوصفها اختلالات تالية للجراحة بالطريقتين المدروستين

P value	المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		الاختلاط
	نسبة مئوية	عدد المرضى	نسبة مئوية	عدد المرضى	
0.189	%4.3	1	%0	0	سلس بول دائم
0.633	%0	0	%2.5	1	تضيق إحليل
0.803	%13.04	3	%5	2	تضيق عنق مثانة

المناقشة:**1-توزيع الفئات العمرية:**

نلاحظ من المخطط رقم (1) أن الشريحة العمرية الأكبر في مجموعة مرضى الدراسة كانت بين 61-70 سنة، بنسبة %52.6، وبين 51-60 سنة، بنسبة %36.7، وذلك كون المريض في هاتين المرحلتين من العمر مازال قادراً على تحمل التخدير القطني والعام، وقادراً على تحمل العمل الجراحي واختلاطاته. وكانت النسبة أقل من %8.6 للأعمار بين 71-80 سنة، وأقل من %2.1 للأعمار فوق 80 سنة كون المريض لديه أمراض أخرى مرافقة تجعله غير قابلاً للتخدير، والعمل الجراحي. بينما لم يوجد أي مريض في الشريحة العمرية 40-51 سنة كون احتمال حدوث ضخامة المثانة الحميدة أقل.

بالنتيجة: %89.3 من المرضى كانت أعمارهم بين 51-70 سنة.

2- انتشار الأعراض:

- من الجدول رقم (1) نجد أن العرض أو الشكوى الأكثر شيوعاً هو فشل العلاج المحافظ بالأدوية وهو المتوقع كونه الاستطباب الأهم للجراحة، وكونه يترافق مع أحد الأعراض الأخرى التي تدل على فشل العلاج المحافظ.
- كما نلاحظ أن الأعراض التخريشية والأسر البولي المتكرر هما العرضان الأشيع لدى مرضى الدراسة.
- بالنتيجة: لا يوجد عرض واسم عند مرضى ضخامة الموثة الحميدة، وتتنوع الأعراض بين المرضى.

3- تغيرات IPSS من قبل الجراحة إلى بعد الجراحة:

- تم تقييم جميع المرضى قبل الجراحة بإجراء IPSS، من الجدول رقم (3) وجدنا أن 60.9% من مجموعة المرضى كانت أعراضهم شديدة (IPSS بين 20-35) الأمر الذي يعكس معاناة المرضى قبل الجراحة، ولم يكن هناك أعراض خفيفة لدى أي مريض.

- بالمقارنة بين المخططين البيانيين (6)، و(8) اللذين يبينان قيم IPSS قبل الجراحة وبعدها لدى مرضى المجموعة الأولى، نلاحظ انخفاضاً كبيراً في قيم IPSS لدى جميع مرضى المجموعة الأولى وينسب متفاوتة تعكس بالمحصلة ارتفاع المرضى بعد تجريف الموثة عبر الإحليل ($P \text{ value} = <0.0001$)، حيث أصبح IPSS بين (0-7) لدى 84% من مرضى المجموعة الأولى، وبين (8-19) لدى 16% من المرضى، وزالت الأعراض الشديدة لدى جميع مرضى المجموعة الأولى. ومن الجدول رقم (4) نجد أن متوسط IPSS قبل الجراحة في المجموعة الأولى كان 23.5 وأصبح 5.5 بعد الجراحة.

- وبالمقارنة أيضاً بين المخططين البيانيين (7)، و(9) اللذين يبينان قيم IPSS قبل الجراحة وبعدها لدى مرضى المجموعة الثانية، نلاحظ كما في المجموعة الأولى انخفاض IPSS بشكل كبير بعد الجراحة ($P \text{ value} <0.0001$). حيث أصبحت قيمته بين (0-7) لدى 86.3% من مرضى المجموعة الثانية، وبين (8-19) لدى 13.7% من مرضى المجموعة. ومن الجدول رقم (4) نجد أن متوسط IPSS قبل الجراحة في المجموعة الثانية كان 25.1 وأصبح 5.1 بعد الجراحة.

- بالنتيجة نجد انخفاضاً واضحاً في قيم IPSS في مرضى المجموعتين بعد الجراحة وينسب متقاربة على الرغم من اختلاف نوع العمل الجراحي المجرى لهم، ومن الجدول رقم () كانت ($P \text{ value}=0.194$) أي لا يوجد فرق احصائي هام.

4- الاختلافات خلال المرحلة المبكرة من الجراحة:

خلال هذه المرحلة تم مقارنة درجة النزف بين المجموعتين حسب مقياس منظمة الصحة العالمية، حيث نلاحظ من الجدول رقم (6) أن درجة النزف في الجراحة المفتوحة عبر المثانة كانت أكبر منها في التجريف عبر الإحليل.

5- الاختلافات في المرحلة الثانية من المتابعة:

من الجدول رقم (7) نجد ما يأتي:

- حدوث السلس البولي الدائم لدى مريض واحد من مرضى المجموعة الثانية، بينما لم يلاحظ حدوث أي حالة سلس بول لدى مرضى المجموعة الأولى ($P \text{ value}=0.189$).
- حدوث تضيق الإحليل لدى مريض واحد من مرضى المجموعة الأولى، بينما لم يلاحظ حدوث أي حالة تضيق إحليل لدى مرضى المجموعة الثانية ($P \text{ value} =0.633$).

- حدوث حالي تضيق عنق مئانة لدى مرضى المجموعة الأولى، مقابل ثلاث حالات تضيق عنق مئانة لدى مرضى المجموعة الثانية (P value=0.803).

- بالنتيجة نلاحظ حدوث الاختلافات الثلاثة بنسب متقاربة لدى مرضى مجموعتي الدراسة.

6-المقارنة مع الدراسات العالمية:

تمت مقارنة نتائج قيم IPSS قبل وبعد الجراحة والتي توصلنا إليها في دراستنا مع نتائج الدراستين العالميتين التاليتين:

1-دراسة كورية جنوبية 2010 للباحثين:

Joon Seok Kwon. Jung Woo Leei. Seung Wook Lee. Hong Yong Choi Hong Sang Moon.

2-دراسة كورية جنوبية 2008 للباحثين:

Dong Yun Kwak. Hyuk Soo Chang.Choal Hee Park. Chun Il Kim

وكانت النتائج كالتالي: جدول رقم (8).

جدول رقم (8) المقارنة مع الدراستين الكوريتين

سوريا 2020		كوريا الجنوبية 2010		كوريا الجنوبية 2008		الدراسة
جراحة	TURP	جراحة	TURP	جراحة	TURP	
23	40	25	36	41	71	عدد الحالات
سنة وثلاث أشهر		سنة ونصف		سنتان		مدة الدراسة
67.5±4.5	65.4±4.2	لم يدرس	لم يدرس	69.1±6.8	68.4±4.7	العمر الوسطي
140±27.3	120±24.4	131.4±21	124±27.9	لم يدرس	لم يدرس	زمن الجراحة (دقيقة)
5.6±1.3	2.5±0.8	12±2.9	6.3±1.3	9.8±1.7	5.5±1.1	مدة الاستشفاء (يوم)
25.1±6.1	23.5±5.3	24.7±6.4	22.7±5.9	24.5±6.1	24.2±5.9	IPSS قبل التداخل
5.1±1.1	5.5±1.2	11.7±5.5	12.5±3.6	6.9±1.8	7.5±3.1	IPSS بعد التداخل

كما تمت مقارنة قيم IPSS قبل وبعد الجراحة والاختلافات بعد الجراحة لدى مرضى دراستنا مع الدراستين التاليتين:

1-دراسة صينية 2013 للباحثين:

Rubiao Ou, Xiangrong Deng, Wenjun Yang, Xinghua Wei, Hui Chen and Keji Xie

2-دراسة هندية للباحثين:

Mukesh Chandra Arya, Yogendra, Abhiyutthan Singh Jadaon, Bheru Singh Hariyawat,

Vivek Vasudeo, Ajay Gandhi, Ankur Singhal.

جدول رقم (9) المقارنة مع الدراسة الصينية والهندية

سوريا 2020		الصين 2013		الهند 2010		الدراسة
جراحة	TURP	جراحة	TURP	جراحة	TURP	
23	40	45	47	49	56	عدد الحالات
سنة وثلاث أشهر		سنة		ثلاث سنوات		مدة الدراسة
67.5±4.5	65.4±4.2	71.5±9.5	69.8±10.2	63±12	62.7±10.9	العمر الوسطي
140±27.3	120±24.4	105.6±17	100.4±15.8	43±10.9	102.6±20.8	زمن الجراحة (دقيقة)
5.6±1.3	2.5±0.8	4.2±0.8	2.4±0.7	لم يدرس	لم يدرس	مدة الاستشفاء (يوم)
25.1±6.1	23.5±5.3	25.1±5.4	23.2±5.7	25.3±2.06	24.88±5.2	IPSS قبل التدخل
5.1±1.1	5.5±1.2	5.8±1.2	5.6±1	6.5±1.2	11.1±3.6	IPSS بعد التدخل
1	0	1	1	0	0	السلس البولي
0	1	0	1	0	7	تضييق الإحليل

ووافقت نتائج دراستنا نتائج الدراسات العالمية

7- المقارنة مع الدراسات المحلية:

سوريا، جامعة تشرين، اللاذقية، 2010 للباحثين:

مهنا؛ اسحاق، يوسف؛ محمد، الرفاعي؛ محمد.

قارن فيها د. محمد الاختلاطات الباكرا بين تجريف الموثة عبر الإحليل والاستئصال الجراحي المفتوح و توصل إلى أن درجة النزف والحاجة لنقل الدم كانت أكبر في استئصال الموثة المفتوح عبر المثانة بالمقارنة مع التجريف عبر الإحليل وهذا ما أكدت عليه دراستنا.

الاستنتاجات والتوصيات:

بعد دراسة طرق التدخل المتبعة: تبين من جهة النتائج أنها متقاربة بين الاستئصال عبر الإحليل لفرط تنسج الموثة الحميد و بين الفتح الجراحي عبر المثانة ، وهذا ما أكدته المقارنة مع الدراسات العالمية. و أما من جهة الاختلاطات: تبين تقارب النتائج بين الطريقتين، مع زيادة درجة النزف والاستشفاء في المستشفى للاستئصال الجراحي، بالمقارنة مع التجريف عبر الإحليل، لذلك يفضل التجريف عبر الإحليل في فرط تنسج الموثة الحميد أكبر من 75 مل مقاساً

بالأمواج فوق الصوتية عبر البطن، لتقليل النزف والحاجة لنقل الدم، ولتقليل فترة الاستشفاء في المستشفى في حال توفر الإمكانيات والخبرات اللازمة لجودة النتائج، وقلة الاختلاطات. ويبقى الاستئصال الجراحي إجراءً محتفظاً به في بعض الحالات التي يتعذر فيها التجريف عبر الإحليل أو وجود اضطرابات مرافقة (حصيات مثانة ، أو رتج مثانة...)، أو في حال عدم توفر الإمكانيات والخبرات اللازمة.

التوصيات:

حجم المويثة لا يشكل مضاد استطباب لإجراء تجريف للمويثة عبر الإحليل حتى لو اضطررنا لتكرار عملية التجريف.

References:

1. Al-Refai, M. *Prospective Study of the Early Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) & Surgical Suprapubic Prostatectomy*. Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (1) 2011.
2. CAMPBELL, S.C. MD, PhD; NOVICK, A. C., MD.; BUKOWSKI R. M., MD. *Campbell-Walsh Urology*. 12th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia USA, 2020, 3945.
3. COOKSON, M. S.; GRAHAM, S. D.; GLENN, J. F. *Glenn's Urologic Surgery*. 5th ed Lippincott Williams & Wilkins, New York & London & Tokyo, 2005, 980.
4. DE LA ROSETTE, J.; ALIVIZATOS G.; MADERSBACHER S.; RIOJA S. C.; NORDLING J.; EMBERTON M.; GRAVAS S.; Michel M.C.; OELKE M. *Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia*. Guidelines, EAU 2019 Ed, 2019, 1-45.
5. HURLEY, L.; SIROKY, M. B. *Manual of Urology - Diagnosis and Therapy*. 2nd.ed. Ama Press, Washington USA, 2008, 456.
6. KONETY, B. R.; WILLIAMS, R. D. *Smith's General Urology*. 18th Ed, Humana Press NY USA, 2006, 654.
7. LEVEILLEE, R.J. *Benign Prostatic Hyperplasia*. 2004. 18 Nov. 2004. <http://www.emedicine.com/med/topic1919.htm>
8. LOUGHLIN, K.R. *Complications of Urologic Surgery and Practice: Diagnosis Prevention, and Management*. Informa Healthcare, New York & London, 2007, 552.
9. NOVICK, A. C. *Operative Urology at the Cleveland Clinic*. 2nd ed, Humana Press New Jersey USA, 2006, 552.
10. RASSWEILER, J.; TEBER, D.; KUNTY, R.; HOFMANN, R. *Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Incidence, Management, and Prevention*. European Urology, Vol. 50, No. 5, Nov.2010, 969-980.
11. REICH, O.; GRATZKE, C.; BACHMANN, A. *Morbidity, Mortality and Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospective Multicenter Evaluation of 10,654 Patients*. J Urol, vol. 180, 2008, 246 – 249.