الملخص العربى

الباب الأول

المقدمة

إن سقوط الأعضاء التناسلية في السيدات هو مرض شائع ويشمل سقوط أعضاء الحوض إلى داخل المهبل مصحوبة في العادة بأعراض في المثانة والأمعاء و أعراض جنسية وقد يؤثر بشدة على طبيعة الحياة ونسبة حدوثه صعب تحديدها ويعتبر في نصف السيدات المنجبات ولكن (١٠- ٢٠ %) منهن فقط يبحثن عن علاج له وهو مرض سهل التشخيص والعلاج أما تكرار حدوث السقوط بعد العلاج الجراحي فيعد مشكلة صعبة .

الباب الثاني:

الهدف من البحث:

الهدف من البحث هو دراسة الحد يث في أسباب وكيفية تشخيص وعلاج السقوط الرحمي المهبلي مع توضيح الوضع التشريحي لقاع الحوض ودعامات الرحم والمهبل .

طرق البحث:

- الدوريات العلمية المحلية والعالمية.
- المراجع الطبية.
- الشبكة العنكبوتية (الانترنت).

الباب الثالث

مراجعة للأبحاث المشتملة لموضوع الرسالة فى المجالات الطبية المختلفة.

وانقسمت هذه الأبحاث إلى الفصول الآتية:

١- الفصل الأول:

***الوضع التشريحي الجراحي لدعامات* الأعضاء التناسلية :**

بالنسبة للعوامل التي تحافظ على بقاء الأعضاء التناسلية في وضعها الطبيعي هي : عظام الحوض ، الأنسجة الدعامية للحوض وتشمل الأربطة ، عضلات قاع الحوض والتغذية العصبية السليمة لهذة العضلات . وقد تم شرح الوضع التشريحي الجراحي للأعضاء التناسلية وهذه العوامل للاستفادة منه عند الفحص و التشخيص وأيضا عند إجراء الطرق الجراحية المختلفة لإصلاح سقوط الأعضاء التناسلية

- الفصل الثاني

أسباب سقوط الأعضاء التناسلية:

إن الأسباب التي قد تؤدى إلى سقوط الأعضاء التناسلية قلما تكون لأسباب خلقية مثل الضعف الخلقي للأنسجة الدعامية للحوض والتي تحافظ على الأعضاء التناسلية من السقوط وتدعم قاع الحوض ولكن الأكثر شيوعا تحطم قاع الحوض أثناء الولادات الطبيعية خاصة بعد استخدامات الآلات، وتقدم السن ، وسن اليأس . أما العوامل المساعدة على سقوط الأعضاء التناسلية فهي زيادة الضغط داخل البطن نتيجة للكحة أو الإمساك المزمن أو رفع أحمال ثقيلة أو الولادات الطبيعية بعد الضغط الشديد على البطن بالأيدي .

الفصـــــــــل الثالث :

تصنيف سقوط الأعضاء التناسلية:

ويمكن تصنيف سقوط الأعضاء التناسلية إلى سقوط الجزء الأمامي (ويشمل فتق مثانى " العفل " أو فتق قناة مجرى البول " فتق مبالي " أو كليهما) ، وسقوط الجزء الخلفي (فروة المستقيم) ، وسقوط الجزء الأوسط (ويشمل السقوط الرحمي وسقوط قبة المهبل أو فتق بجيب دوجلاس " جوف البدن ") . وحديثا باستخدام نظام قياس سقوط الأعضاء التناسلية.

الفصـــــــــل الرابع :

الصورة الإكلينيكية وكيفية تشخيص حالات سقوط الأعضاء التناسلية:

قد لا يكون هناك أى شكوى للمريضة وقد تشكو من واحدة أو أكثر من الأعراض الآتية : الإحساس بالامتلاء في المهبل ، الإحساس بشيء غير مريح أسفل البطن وفى الحوض ، أعراض بولية ككثرة التبول أو امتلاء المثانة الشديد أو سلس البول أو الصعوبة في تفريغ المثانة ، أعراض بالمستقيم ،آلام أسفل الظهر ، افرازات مهبلية ، أعراض طمثية ومشاكل جنسية .

تقييم المريضة قبل إجراء الجراحة يشمل التعرف على التاريخ المرضى لها وبخاصة الأمراض الباطنية ، العقاقير المستخدمة ، الحساسية للعقاقير ، والجراحات السابقة خاصة جراحات الحوض ، والكشف الإكلينيكي.

لا تحتاج حالات سقوط الأعضاء التناسلية غالبا إلى إجراء فحوص خاصة ولكن تقييم الجهاز البولي ، عاصرة المستقيم ، وعضلات قاع الحوض هي أشياء أساسية قبل العلاج الجراحي . بالإضافة إلى الأشعة الفوق صوتية و الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي فهي تساعد في التقييم.

الفصـــــــــل الخامس :

الوقاية و العلاج التحفظي:

وهناك نوعان من العلاج ، التحفظي أو الجراحي ، ويجب اللجوء إلى العلاج التحفظي قبل الدخول إلى المستشفى في صورة تمارين لعضلات قاع الحوض والتي قد تحد من تطور التدلي وتخفف الأعراض البسيطة مثل ألام الظهر وأعراض الضغط الحوضى ، إلا أنها لا تفيد في حالات التدلي خارج المهبل .

ولعلاج السقوط التناسلي البسيط ممكن استخدام تمرينات الحوض لتخفيف الآلام والحد من زيادته أو استخدام الفرزجات (كعكات الرحم)

الفصـــــــــل السادس :

الدواعي الجراحية وكيفية اختيار العملية الجراحية المناسبة:

عندما تفشل الفرزجات في تخفيف الآلام أو الأعراض أو إذا كانت المريضه تبحث عن العلاج الدقيق أو إذا كان السقوط يتزامن أو يصاحب سلس البول أو يكون سقوطا للأقسام المهبلية الثلاثة . يعتبر العلاج الجراحي تقريبا أفضل أنواع العلاج لسقوط الأعضاء التناسلية ولا يعتبر تقدم السن أو صغر السن ، أو الحفاظ على الخصوبة مانعا لإجراء الجراحة ، ولكنة بالطبع قد يغير التقنية المستخدمة .

ولعل الهدف من التدخل الجراحي لسقوط الأعضاء التناسلية في السيدات هو إزالة الأعراض والمحافظة على الوضع التشريحي للأعضاء التناسلية والتمكن من الوظيفة الجنسية وإنهاء المشاكل البولية والشرجية .

الفصـــــــــل السابع :

الطرق الجراحية لإصلاح حالات سقوط الجدار المهبلي الأمامي:

يوجد الكثير من الطرق لإصلاح حالات سقوط الجدار المهبلي الأمامي.وبصفة عامه يفضل إصلاح خلل المهبل الجانبي عن طريق تقريب اللفافة المجاورة للمهبل إلى جدار الحوض إما باطنيا أو مهبليا أو عن طريق المنظار الباطني .ويقدم الدمج بين طريقتي" برش " وتقريب اللفافة المجاورة للمهبل إلى جدار الحوض عن طريق البطن نتائج أفضل في حالات سلس البول المرتبطة أو المتزامنة مع سقوط جدار المهبل الأمامي ، أما في عدم وجود سلس البول فيفضل إجراء رفو الأنسجة الرخوية المحيطة عن طريق المهبل .

بينما تجرى عمليات رفو الجدار الأمامي في حالات الخلل الموجود في منطقة منتصف المهبل .

ومن الممكن وضع شبكات طبية من أنواع خاصة في عمليات الإصلاح كدعامة إضافية وفى الحالات المتكررة بعد العلاج الجراحي .ولكن لم يثبت بعد بالدراسات مدى تفوقها أو إعطائها الأسبقية لأن الفرق في النتائج ليس كبيرا لاستخدامها بصفه دائمة.

أما بالنسبة للخلل المستعرض فيحتاج إعادة التلاحم بين طبقة الليف العضلي الموجودة بجدار المهبل الأمامي وقبة الرحم فعند إجراء التثبيت المهبلي العجزي الباطني يفضل إجراء تقريب اللفافة المجاورة للمهبل إلى جدار الحوض الباطني.

وتعتبر عملية الإصلاح عن طريق ثقب الساد باستخدام جهاز" برجى" من أحدث العمليات وخصوصا في حالات سقوط الجدار المهبلي الأمامي من الدرجة الثالثة وفى حالة فشل عملية سابقة في الإصلاح .

الفصـــــــــل الثامن :

الطرق الجراحية لإصلاح حالات سقوط الجدار المهبلي الخلفي:

إن العلاج الجراحي لحالات الجدار الخلفي للمهبل يشمل إحدى العمليات الآتية : عملية الرفو التقليدي للجدار الخلفي للمهبل ، عملية إصلاح العيوب المنفردة في اللفافات ، عمليات من خلال الشرج ، عمليات تجمع جزء عن طريق المهبل وجزء عن طريق الشرج ، عمليات عن طريق البطن ، وعمليات تجمع جزء عن طريق البطن وجزء عن طريق المهبل وعن طريق التعليق المهبلي باستخدام الأربطة الجراحية، بالإضافة إلى إمكانية وضع شبكات طبية كدعامة إضافية في جميع هذه العمليات وفى حالة فشل عملية سابقة فى الإصلاح .

إن عملية الرفو التقليدي للجدار الخلفي للمهبل تفترض سقوط الجدار الخلفي للمهبل أن يكون نتيجة مط الحاجز المهبلي _المستقيمى أو مط الطبقة العضلية للمهبل والمشكلة الأساسية في تلك الجراحة هي ألام الجماع والذي قد يرجع إلى ضمور العضلات الذي يليه التليف ، وقد أظهرت دراسة مرجعية زيادة المشاكل الجنسية من ١٨% إلى ٢٧% بعد الجراحة، بينما عملية إصلاح العيوب المنفردة في اللفافات تعتمد على حدوث أمزقة غير مترابطة في هذه الطبقات .ويفضل إجراء عملية الرفو التقليدي نظرا للمعدلات العالية في حدوث السقوط مرة أخرى بعد عملية إصلاح العيوب المنفردة في اللفافات مع الأخذ في الاعتبار عدم تضييق المهبل .

تجرى عمليات الإصلاح عن طريق الشرج وخصوصا في حالات وجود إضطرابات التبرز .بينما التثبيت المهبلي والعجان – العجزي تستخدم إذا كان السقوط المهبلي الخلفي مصاحبا لجوف البدن وسقوط قبة المهبل ، وممكن إجراؤها كليا عن طريق البطن ، أو إجراء جزء منها عن طريق البطن والجزء الأخر عن طريق المهبل .

وأخيرا تجرى عمليات رفو الجدار الخلفي للمهبل مع رفو العجان في حالات نقص العجان وارتخاء الجزء الخارجي للمهبل وكخطوة أساسية في كل عمليات سقوط الأعضاء التناسلية .

الفصـــــــــل التاسع :

الطرق الجراحية لإصلاح حالات جوف البدن، سقوط قبة المهبل،و سقوط الرحم:

جوف البدن هو أحد أنواع سقوط قبة المهبل ، قد يكون خلقيا ، نتيجة السحب ، نتيجة الشد ، وبسبب الجراح . إصلاح جوف البدن يشمل استئصال أو غلق الجيب الداخلي له مع إصلاح كل ما يلزم لتدعيم فتحته المغلقة من أسفل ، ويمكن عمل ذلك عن طريق المهبل أو البطن .

يحدث سقوط قبة المهبل بغض النظر عن وجود الرحم أو عدم وجوده .وتشمل طرق العلاج الجراحي الأتي :عمليات غلق المهبل ، وعمليات الإصلاح ، بالإضافة الى علاج مرض سلس البول المصاحب أو المتزامن معه .

يفضل أطباء النساء إجراء عمليات الإصلاح عن طريق المهبل نظرا لقلة المضاعفات والشفاء بصورة سريعة ولكن عمليات الإصلاح عن طريق البطن اكتسبت انتشارا بصفة أكبر نظرا لزيادة القوة التحمليه .

عملية " لوفرت " تظل الخيار الأول للمرضى الاتى لديهن أرحمة وغير راغبين في الوظيفة الجنسية أو في حالات استئصال الرحم ولا يرغبن في الإبقاء على الوظيفة الجنسية.

تشمل عمليات إصلاح قبة المهبل عمليات عن طريق البطن ، أو عمليات عن طريق المهبل ، أو بالمنظار.

إن التثبيت المهبلي –العجزي الباطني من أكثر العمليات شيوعا ويمكن إجراؤها عن طريق منظار البطن ، العديد من الجراحون يفضلونها كخيار أول فى حالات سقوط قبة المهبل بعد استئصال الرحم وخاصة لصغار المرضى في حالات السقوط بدرجات متقدمة ، وللمرضى ذوي

المهبل القصير ، أو مع وجود عوامل أخرى تساعد على استمرار زيادة ضغط البطن ، وأخيرا إذا كان قد تم إجراء عملية جراحية سابقا بالحوض .

يعتبر تعليق قبة الرحم بالرباط الرحمي ـ العجزي عن طريق البطن أحد بدائل التثبيت المهبلي –العجزي الباطني فبدلا من استخدام الشبكة الطبية تستخدم غرز دائمة للتعليق ، ولكن الشبكة تقوى جدار المهبل الضعيف ، ولذلك النتائج ليست أفضل .

تعليق قبة المهبل بالرباط العجزي الشوكى المهبلي أحد الطرق الشائعة وهى تسمح بإعادة محور المهبل إلى وضعه الأصلي وتستغرق وقت قصير وتتم العملية من خارج الغشاء البروتونى ولكن لا يفضل إجرائها لكبار السن حيث يكون الرباط ضعيفا وضامرا وفى الحالات المتقدمة من سقوط جدار المهبل الأمامي وحالات قصر المهبل .

تعليق قبة المهبل بالرباط الرحمي العجزي المهبلي حيث يتم تعليق المهبل إلى الأربطة الرحمية العجزية (دعامة مستوى أول). بينما تعليق الحرقفى –العصعصى هي عملية أقل في المضاعفات من التثبيت المهبلي العجزى الشوكى ولكنها نادرا ما تستخدم لأن الرباط العجزى الشوكى أقوى ولكن تفضل في حالات قصر المهبل.

إن التثبيت المهبلي لقبة المهبل باستخدام الأربطة الجراحية هي الطريقة الوحيدة التي تستخدم شبكة دائمة لتثبيت قبة المهبل في حين أن هذه الطريقة تنال انتشارا عاليا يوما بعد يوم يوجد قليل من المعلومات لإثبات مدى الفاعلية والأمان.

فى حالات السقوط الرحمي المهبلي في النساء اللاتي لا يرغبن في الإنجاب يمكن إجراء أحد الجراحات الآتية: استئصال الرحم من المهبل مع رفو المهبل ، استئصال الرحم من البطن مع تعليق قبة الرحم ، عملية مانشستر ،وعمليات غلق المهبل جزئيا أو كليا .

بينما تشمل طرق العلاج الجراحي في حالات السقوط الرحمي المهبلي في المرضى صغار السن والراغبات في الإنجاب واللاتي يعانين من أعراضه الأتي :عمليات عن طريق المهبل أو عن طريق البطن أو باستخدام المنظار الباطني ، فيمكن اجراء طريقة " شيردوكار" التي ثبت أخيرا مدى جدواها وقوة الرباط الرحمي _العجزي أو إجراء عملية مانشستر المعدلة التي تشمل بتر عنق الرحم، أو إجراء تثبيت أربطة الرحم العجزية في الرباط العجزى الشوكى وهى أحدث الطرق المستخدمة عن طريق المهبل لهذا الغرض

أما الطرق الجراحية عن طريق البطن فتشمل تثبيت قبة الرحم إلى جدار البطن والتي ثبت عدم جدواها، تعليق الرحم بطريقة " جليام " المعدلة مع طي الرباط الرحمي . العجزي أو مع تثبيت عنق الرحمي العجزي، تعليق الرحم باستخدام الأربطة الجراحية وخصوصا بطريقة " شيردوكار"، أو التثبيت الرحمي_ العجزي وهذه الجراحة تشمل التثبيت بالرباط الأمامي الطولي في العجز برقعة على شكل حرف Yوهى أكثر شيوعا الآن

هناك دواعي محددة لأجراء كل واحدة من الجراحات السابقة ودواعي أخرى لعدم إجراء هذه العمليات. وهى عمر المريضة، الحفاظ على الخصوبة, حجم الرحم، وجود أمراض أخرى بالرحم، والحالة العامة للمريضة .

الباب الرابع

الملخص:

تم توضيح استنتاجات هذا البحث بعد شرح أسباب ،تصنيف،تشخيص،والطرق المختلفة لعلاج السقوط الرحمي المهبلي ونتائجها فى الباب السابق

الباب الخامس

المراجع الطبية:

عدد المراجع الطبية مأتين وسبعة وستون مرجع طبي

الباب السادس

الملخص العربى