

Tension free vaginal tape versus trans-obturator tape in treatment of genuine female stress urinary incontinence

Tarek Soliman Othman

مرض السلس البولى الاجهادى (الضغطى) من أكثر الأمراض شيوعا التى تصيب السيدات. وبالرغم من أنه لا يهدد المريضة ولا يسبب مضاعفات عضوية خطيرة لها، إلا أنه يسبب مشكلة نفسية للمريض مع إحراج مستمر لها فى الوسط الاجتماعى مما يؤدى إلى إنعزالها عن المجتمع وإصابتها بالإكتئاب. لقد أشارت الدراسات العلمية إلى وجود أكثر من مائة وخمسين وسيلة جراحية لعلاج حالات السلس البولى الاجهادى (الضغطى) الأصلى عند السيدات دون أن تحظى واحدة بالقبول الجماعى. وقد وجد أن الطرق الجراحية التقليدية التى تعالج السلس البولى تحتاج إلى معالجة جراحية طويلة وما يتبع ذلك من مضاعفات سواء أثناء أو بعد الجراحة بما فى ذلك العمليات التى تستخدم فيها أنسجة من المريض. وقد توصل العلماء حديثا إلى استخدام وسيلة بسيطة لعلاج مثل هذه الحالات وذلك باستخدام الشريط المهبل الحر من الشد وذلك لبساطة استخدامه حتى أنه يمكن استخدامه تحت تخدير موضعى كما أثبتت النتائج شفاء نسبة كبيرة من الحالات التى تم استخدام هذه الوسيلة فى علاجها. إلا أن الشريط المهبل الحر من الشد قد نتج عنه الكثير من المضاعفات أثناء و بعد العملية و لذلك لقد تم التوصل الى الشريط المهبل من خلال الثقب الساد حيث وجد انه اكثر امانا و اقل مضاعفات فى علاج السلس البولى الاجهادى. الغرض من البحث: وتهدف هذه الدراسة إلى مقارنة نتائج استخدام كل من الشريط المهبل الحر من الشد واستخدام الشريط المهبل من خلال الثقب الساد. أجريت هذه الدراسة على 60 مريضة تم تشخيص السلس البولى الاجهادى عند السيدات. بطريقة البحث: أجريت هذه الدراسة على 60 مريضة تم تشخيص السلس البولى الاجهادى (الضغطى) الأصلى بعد الفحص الاكلينيكي والأشعة واختبارات ديناميكية التبول والتى شملت معدل التدفق البولى الحر مع قياس كمية البول المتبقى فى المثانة بعد التبول، قياس الضغط بالمثانة أثناء امتلاء المثانة مع قياس أقل ضغط بالمثانة يحدث عنده السلس البولى (pressure point leak Valsalva) وكذلك قياس ضغط المثانة أثناء التبول مع معدل سرعة التبول (study flow Pressure) وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: شملت ثلاثون مريضة تم علاجها عن طريق الشريط المهبل الحر من الشد. المجموعة الثانية: شملت ثلاثون مريضة تم علاجها باستخدام الشريط المهبل من خلال الثقب الساد. النتائج: لقد تم متابعة المرضى كل ستة أشهر بعد الجراحة ولمدة عام وكانت النتائج كالآتى:- معدل نجاح الجراحة فى المجموعة الأولى 25 حالة من 30 حالة بنسبة (83.4%) ومعدل النجاح فى المجموعة الثانية 26 حالة من ثلاثين حالة بنسبة (86.7%).- إحصائيا هذه المعدلات تعكس عدم وجود فرق بين المجموعتين.- حالات السلس البولى المرتفعة التى تم إجراء الجراحة لها فى المجموعتين كانت ناجحة كلها، مما يعنى أنه يمكن استخدام الشريط المهبل الحر من الشد أيضا فى هذه الحالات وبنسبة نجاح عالية.- بمقارنة سرعة تدفق البول الحر بين المجموعتين قبل وبعد الجراحة وجد أنها قلت فى المجموعتين.- كمية البول المتبقى فى المثانة بعد التبول تم مقارنته بين المجموعتين قبل وبعد الجراحة و لم يمثل الفارق بين المجموعتين بعد الجراحة فرق مهما من الناحية الاحصائية او من الناحية الاكلينيكية حيث أنه لم يصل فى أى من المرضى إلى 100 سم.- كما لوحظ أن المضاعفات التى تحدث للمرضى فى المجموعتين سواء أثناء أو بعد الجراحة كانت أكثر فى المجموعة الاولى كما ان الوقت الذى تستغرقه الجراحة وكذلك كمية الفاقد من الدم أثناء الجراحة كان اكبر فى المجموعة الاولى، حيث كانت كمية النزيف والوقت الذى تستغرقه الجراحة فى المجموعة الثانية أقل كثيرا عن مثيلاتها فى المجموعة الاولى. الاستنتاج:- يعتبر الأسلوب

الثانى بديلا فعالا لعلاج حالات السلس البولى الاجهادى الأصى حيث انه اقل فى الوقت و كمية الدم المفقود اثناء الجراحة كما انه اقل فى المضاعفات اثناء و بعد الجراحة.- حالات السلس البولى الاجهادى الأصى المرتجة يمكن علاجها باستخدام الشريط المهبلى الحر من الشد او الشريط المهبلى من خلال الثقب الساد.- مطلوب دراسة بعدد أكبر ولمدة أطول لتقييم الأسلوب الجراحى الثانى و مدى نجاة عن الأسلوب الجراحى الثانى وذلك للوقوف على النتائج الحقيقة.