

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 شيوعاً التي تصيب السيدات. وبالرغم من أنه لا يهدى المريضة ولا يسبب مضاعفات عضوية خطيرة لها، إلا أنه يسبب مشكلة نفسية للمريض مع إخراج مستمر لها في الوسط الاجتماعي مما يؤدي 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 التي تعالج السلس البولى تحتاج إلى معالجة جراحية طويلة وما يتبع ذلك من مضاعفات سواء أثناء أو بعد الجراحة بما في ذلك العمليات التي تستخدم فيها أنسجة من المريض. وقد توصل العلماء حديثاً إلى استخدام وسيلة بسيطة لعلاج مثل هذه الحالات وذلك باستخدام الشريط المهبلى الحر من الشد وذلك لبساطة استخدامه حتى أنه يمكن استخدامه تحت تخدير موضعى كما أثبتت النتائج شفاء نسبة كبيرة من الحالات التي تم استخدام هذه الوسيلة في علاجها. الا ان الشريط المهبلى الحر من الشد قد تتج عنه الكثير من المضاعفات أثناء وبعد العملية وبعد ذلك لعد تم التوصل إلى الشريط المهبلى من خلال الثقب السادس حيث وجد انه اكثراً اماناً واقل مضاعفات في علاج السلس البولى الاجهادى. الغرض من البحث: تهدف هذه الدراسة إلى مقارنة نتائج استخدام كل من الشريط المهبلى الحر من الشد واستخدام و استخدام الشريط المهبلى من خلال الثقب السادس في علاج حالات السلس البولى الاجهادى الأصلى عند السيدات. طريقة البحث: أجريت هذه الدراسة على 60 مريضة تم تشخيص السلس البولى الاجهادى (الضغطى) الأصلى بعد الفحص الاكلينيكي والأشعة واختبارات ديناميكية التبول والتي شملت انتلاء المثانة البولى الحر مع قياس كمية البول المتبقى في المثانة بعد التبول، قياس الضغط بالمثانة أثناء انتلاء المثانة مع قياس أقل ضغط بالمثانة يحدث عنده السلس البولى (Valsalva pressure point leak) 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 المهبلى الحر من الشد. المجموعة الثانية: شملت ثلاثون مريضة تم علاجها باستخدام الشريط المهبلى من خلال الثقب السادس. النتائج: لقد تم متابعة المرضى كل ستة أشهر بعد الجراحة ولمدة عام وكانت النتائج كالتالى:- معدل نجاح الجراحة في المجموعة الأولى 25 حالة من 30 حالة بنسبة (83.4%). ومعدل النجاح في المجموعة الثانية 26 حالة من ثلاثين حالة بنسبة (86.7%). إحصائياً هذه المعدلات تعكس عدم وجود فرق بين المجموعتين. حالات السلس البولى المرتجلة التي تم إجراء الجراحة لها في المجموعتين كانت ناجحة كلها، مما يعني أنه يمكن استخدام الشريط المهبلى الحر من الشد أيضاً في هذه الحالات وبنسبة نجاح عالية. بمقارنة سرعة تدفق البول الحر بين المجموعتين قبل وبعد الجراحة وجد أنها قلت في المجموعتين. كمية البول المتبقى في 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 في أي من المرضى إلى 100 سم. كما لوحظ أن المضاعفات التي تحدث للمرضى في المجموعتين سواء أثناء أو بعد الجراحة كانت اكثراً في المجموعة الاولى كما ان الوقت الذي تستغرقه الجراحة وكذلك كمية الفاقد من الدم أثناء الجراحة كان اكبر في المجموعة الاولى، حيث كانت كمية النزيف والوقت الذي تستغرق الجراحة في المجموعة الثانية أقل كثيراً عن مثيلاتها في المجموعة الاولى. الاستنتاج:- يعتبر الأسلوب

الثانى بديلا فعالا لعلاج حالات السلس البولى الاجهادى الأصلى حيث انه اقل فى الوقت و كمية الدم المفقود اثناء الجراحة كما انه اقل فى المضاعفات اثناء و بعد الجراحة.- حالات السلس البولى الاجهادى الأصلى المرتجلة يمكن علاجها باستخدام الشريط المهبلى الحر من الشد او الشريط المهبلى من خلال الثقب السادس.- مطلوب دراسة بعده أكبر ولمدة أطول لتقدير الأسلوب الجراحي الثانى و مدى نجاحه عن الاسلوب الجراحي الثانى وذلك للوقوف على النتائج الحقيقة.