

مقایسه‌ی تاثیر دو روش جراحی بر درمان بی‌اختیاری استرسی ادرار زنان

دکتر ملیحه عرب^۱، دکتر مهرانگیز زمانی^۱، دکتر پریسا رسولی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: بی‌اختیاری آناتومیک شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری استرسی ادراری می‌باشد. از آنجا که نوع عمل جراحی به کار رفته در میزان تداوم پاسخ درمانی این نوع بی‌اختیاری ادرار مؤثر است و با توجه به گزارشات متناقض در خصوص میزان موفقیت اعمال جراحی، این مطالعه به منظور مقایسه‌ی تاثیر دو روش جراحی واژینال و سوپراپوبیک بر تداوم پاسخ درمانی در بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: طی یک کارآزمایی بالینی تصادفی، ۳۶ خانم مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار که هیپرموبیلیتی گردن مثانه آن‌ها توسط *Q tip Test* اثبات شده و واجد شرایط مطالعه بودند، پس از کسب رضایت به طور تصادفی تحت دو نوع عمل جراحی اصلاح‌کننده بی‌اختیاری (واژینال ۱۸ مورد و سوپراپوبیک ۱۸ مورد) قرار گرفتند. پس از عمل، بیماران هر ۳ ماه یک بار حداکثر تا دو سال از نظر عود بیماری و تداوم درمان پی‌گیری شدند و احتمال تداوم درمان به روش تحلیل جدول عمر محاسبه و توسط آزمون لوگ رنک مقایسه شدند.

یافته‌ها: با میانه‌ی پی‌گیری ۹ ماه در گروه سوپراپوبیک و ۱۲ ماه در گروه واژینال در مجموع ۱۷ مورد (۴۷/۳ درصد) عود مشاهده شد که ۶ مورد آن در گروه سوپراپوبیک و ۱۱ مورد آن در گروه واژینال رخ داد. میانه‌ی تداوم درمان تا بیست و یک ماه پس از جراحی، در گروه سوپراپوبیک ۲۳ درصد و در گروه واژینال ۲۹ درصد بود. توزیع تداوم پاسخ درمانی بین دو گروه به وسیله‌ی آزمون لوگ - رنک مقایسه شد که فاقد تفاوت معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: احتمال تداوم درمان تا بیست و یک ماه در هر دو روش جراحی سوپراپوبیک و واژینال پایین و نزدیک به هم می‌باشد، انجام مطالعات بیشتر توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: بی‌اختیاری استرسی ادراری، جراحی ادراری - تناسلی، جراحی سوپراپوبیک، جراحی واژینال، تداوم درمان، تست *Q tip*

مقدمه

است و اعمال جراحی سوپراپوبیک مثل RAZ و Burch معمولاً نتایج بهتری دارند (۳).

میزان معالجه ابتدایی حاصل از روش متعلق سوزنی ۷۰ تا ۹۰ درصد می‌باشد ولی این میزان با گذشت زمان کاهش قابل توجهی می‌یابد به طوری که میزان موفقیت پنج ساله‌ی آن ۵۰ درصد یا کمتر است (۱).

نوع نخ بخیه‌ی مورد استفاده از در این عمل بسیار حائز اهمیت است به طوری که اگر نخ قابل جذب استفاده شود

بی‌اختیاری استرسی ادرار، شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری پیشابراهی در زنان است (۱). بی‌اختیاری استرسی به دو دسته تقسیم می‌شود: ۱ - هیپرموبیلیتی آناتومیک پیشابراه که منجر به نقص در بسته شدن پیشابراه در موقع استرس می‌شود. ۲ - نقص یا ضعف در اسفنکتر داخلی (۲).

بی‌اختیاری آناتومیک شایع‌ترین نوع بی‌اختیاری استرسی می‌باشد که پاسخ‌گویی آن به جراحی نسبت به انواع دیگر بی‌اختیاری بیشتر می‌باشد. از سوی دیگر نوع عمل جراحی نیز

۱متخصص زنان و زایمان، استادیار گروه زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان
۲متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی همدان

در یک بررسی گذشته نگر بر روی ۲۰۶ زن با بی‌اختیاری استرسی ادرار، که تحت عمل RAZ قرار گرفته بودند، ۹۰ درصد بیماران در پی‌گیری ۱۵ ماهه نتیجه‌ی موفقیت آمیزی داشتند. در دیگر مطالعات میزان تداوم پاسخ درمانی به دنبال جراحی RAZ ۶۵ تا ۹۵ درصد گزارش شده است (۳).

میزان موفقیت طولانی مدت در اکثر مطالعات برای ارزیابی روش‌های کولپورافی قدامی در درمان بی‌اختیاری استرسی ۳۵ تا ۶۵ درصد ذکر شده است (۱، ۴، ۵).

نظر به گزارشات متناقص در خصوص میزان تداوم پاسخ درمانی به دنبال جراحی سوپراپوبیک، بررسی حاضر در نظر دارد که دو شیوه‌ی جراحی واژینال و سوپراپوبیک را از نظر میزان تداوم پاسخ درمانی در موارد بی‌اختیاری استرسی ادرار در بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۸۰ - ۱۳۷۹ مقایسه نماید.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر به روش کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی خانم‌های مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار در بیمارستان فاطمیه همدان انجام شد.

شرایط ورود به مطالعه اثبات هیپرموبیلیتی گردن مثانه توسط Q tip Test، عدم سابقه‌ی جراحی قبلی جهت رفع بی‌اختیاری استرسی و داشتن کشت ادراری منفی بود (۱)

در صورت وجود عفونت ادراری بعد از درمان مناسب، ارزیابی مجدد انجام می‌شد و در مورد ورود فرد به مطالعه تصمیم‌گیری می‌شد. افراد مبتلا به بیماری‌های سیستمیک از جمله دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی، بیماری عصبی دژنراتیو از مطالعه خارج می‌شدند.

۳۶ بیمار واجد شرایط مطالعه بعد از کسب رضایت آگاهانه به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در گروه واژینال (n = ۱۸) از روش کولپورافی قدامی با دو سوچور کلی^۱ و نخ

ویکریل صفر و در گروه سوپراپوبیک (n = ۱۸) از روش جراحی RAZ با دولوپ و نخ نایلون یک استفاده شد و تمام جراحی‌ها توسط یک نفر متخصص زنان و زایمان انجام گردید.

حجم نمونه‌ی محاسبه شده در هر گروه برای نشان دادن ۲۰ درصد اختلاف در میزان تداوم درمان بین دو گروه با قدرت ۹۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد کفایت می‌کرد.

بیماران پس از عمل حداکثر تا دو سال هر سه ماه یک بار از نظر میزان عود و تداوم پاسخ درمانی پی‌گیری می‌شدند. در صورتی که در مدت پی‌گیری، بیماران دچار علائم ادراری دیگری بودند، ابتدا آنالیز و کشت ادرار انجام و در صورت مثبت بودن کشت ادرار، آنتی بیوتیک مناسب تجویز می‌شد و پس از درمان عفونت ادراری نتیجه‌ی عود یا تداوم درمان وارد پرسش‌نامه می‌شد. در مواقع لازم، پی‌گیری فعال از طریق شماره‌ی تلفن یا آدرس منزل بیمار، صورت می‌گرفت. در صورت شکایت فرد از بروز مجدد بی‌اختیاری استرسی ادرار، عود محسوب می‌شد. احتمال تداوم درمان در ماه‌های پی‌گیری به روش تحلیل جدول عمر^۲ محاسبه و مقایسه‌ی منحنی احتمال تداوم درمان در دو گروه با آزمون لوگ-رنک در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها

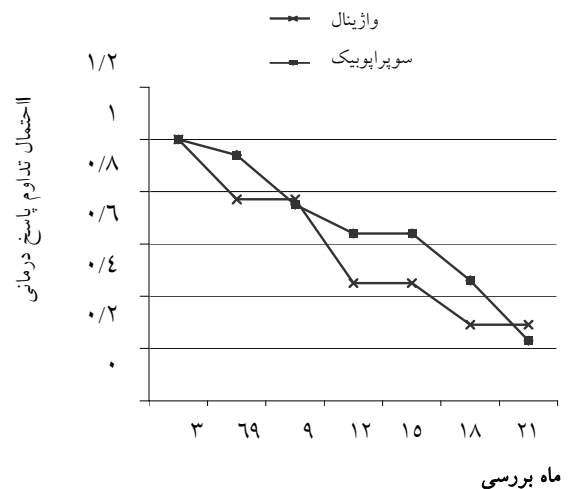
دو گروه مورد مطالعه از نظر سن و تعداد زایمان قبلی اختلاف معنی داری نداشتند. در این مطالعه در مجموع ۱۷ مورد (۴۷/۲ درصد) عود مشاهده شد که ۶ مورد آن (۳۵/۳ درصد) در گروه جراحی سوپراپوبیک و ۱۱ مورد (۶۴/۷ درصد) در گروه جراحی واژینال اتفاق افتاد.

میانه‌ی مدت پی‌گیری در گروه سوپراپوبیک ۹ ماه و در گروه واژینال ۱۲ ماه (طیف: ۶ تا ۱۲ ماه) بود. همه‌ی بیماران

² Life Table Analysis

¹ Kelly

حداقل ۶ ماه پی گیری شدند. میانه‌ی تداوم پاسخ درمانی در گروه سوپراپوویک ۱۷/۴ ماه و در گروه واژینال ۱۱/۶ ماه بود. احتمال تداوم درمان تا ماه ششم در گروه سوپراپوویک ۹۴ درصد و در گروه واژینال ۷۷ درصد محاسبه شد. این احتمال تا سال اول به ترتیب ۶۴ درصد و ۴۵ درصد و تا ماه بیست و یکم به ترتیب ۲۳ درصد و ۲۹ درصد بود (نمودار ۱). مقایسه‌ی منحنی‌های تداوم پاسخ درمانی در دو گروه با آزمون لوگ - رنک اختلاف معنی‌داری نشان نداد.



نمودار ۱ - احتمال تداوم پاسخ درمانی در روش جراحی سوپراپوویک در مقایسه با روش جراحی واژینال در درمان بی‌اختیاری استرسی ادرار

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که میانه‌ی تداوم پاسخ درمانی در گروه جراحی سوپراپوویک بالاتر از گروه جراحی واژینال می‌باشد. هم چنین احتمال تداوم یک ساله‌ی پاسخ درمانی در گروه سوپراپوویک بالاتر از گروه واژینال بود. اما احتمال تداوم درمان تا بیست و یک ماه در دو گروه نزدیک به هم بود. می‌توان گفت عود در گروه سوپراپوویک دیرتر از گروه واژینال اتفاق افتاده است. دو گروه از نظر احتمال تداوم پاسخ درمانی با یک دیگر اختلاف معنی‌دار نداشتند. در مجموع میزان تداوم درمان در هر دو گروه در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با

اکثر مطالعات پایین تر به نظر می‌رسد. چنان چه در یک بررسی گذشته نگر بر روی ۲۰۶ مورد میزان درمان موفقیت آمیز بعد جراحی به شیوه‌ی سوپراپوویک تا ماه پانزدهم پس از درمان ۹۰ درصد بوده است (۳) این رقم در مطالعه‌ی حاضر ۶۴ درصد می‌باشد.

در مروری سیستماتیک بر روی کارآزمایی مقایسه‌ی ۳۲۷ زن که تحت ۶ روش مختلف تعلیق سوزنی قرار گرفتند با ۴۰۷ زن که مداخلات جراحی متخصص در مقایسه با موارد فوق روی آن‌ها صورت گرفته بود، نتایج نشان داد که این افراد از بی‌اختیاری استرسی ادرار اولیه شکایت داشتند و قبلاً تحت جراحی قرار نگرفته بودند. تعلیق سوزنی به اندازه‌ی کولپورافی قدامی مؤثر بود به طوری که در روش تعلیق سوزنی ۴۶/۱۲۸ یا ۳۶ درصد عدم موفقیت درمان مشاهده شد در حالی که به دنبال کولپورافی قدامی ۵۰/۱۲۹ یا ۳۹ درصد عدم موفقیت دیده شد. (خطر نسبی=۹۳ درصد و ۱/۲۶ - ۶۸ درصد = حدود اطمینان ۹۵ درصد) البته در این مرور مقالات اطلاعات کمی در مورد عوارض مطرح شده است. نتیجه گیری کلی این مقاله بیانگر آن است که کارآزمایی‌ها کوچک، و با کیفیت نامناسب بوده اند و از این رو شواهد حاضر خیلی قابل اعتماد نیستند. گرچه پاسخ درمانی کولپورافی قدامی و تعلیق سوزنی یکی بوده، مدارک کافی نیست و در مورد عوارض نمی‌توان قضاوت کرد (۶).

در مرور ۹ کارآزمایی بالینی که شامل ۳۳۳ زن تحت کولپورافی قدامی و ۵۹۹ نفر که تحت مداخلات مقایسه‌ای قرار گرفته بودند، قابلیت کولپورافی قدامی در مقایسه با تعلیق سوزنی یکسان گزارش شده ولی نمی‌توان اختلافات بالینی دو روش را با اطمینان رد کرد. نتیجه گیری حاکی از آن است که اطلاعات کافی وجود ندارد که کولپورافی قدامی را بتوان با تعلیق سوزنی در بی‌اختیاری استرسی ادرار اولیه در زنان مقایسه کرد (۷).

برگمی و همکاران احتمال تداوم پاسخ درمانی ۱۲ ماهه را در گروه تعلیق سوزنی ۷۲ درصد و در گروه کولپورافی قدامی ۶۵

بی‌اختیاری استرسی ادرار، پس از بیست و یک ماه با روش واژینال تفاوتی نداشته و احتمال تداوم تا بیست و یک ماه در هر دو گروه پایین و نزدیک به هم می‌باشد. انجام مطالعات بیشتر و با حجم نمونه‌ی بیشتر در این خصوص توصیه می‌گردد

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت تقبل هزینه‌ی این طرح پژوهشی قدردانی می‌گردد.

درصد به دست آوردند (۲). این ارقام در مطالعه‌ی ما به ترتیب ۶۴ درصد و ۴۵ درصد بود. این تفاوت‌ها می‌تواند به دلایل تفاوت در نوع مطالعه، حجم نمونه، تعریف عود و مهارت در عمل جراحی باشد. در مطالعه‌ی حاضر بی‌اختیاری استرسی ادرار بر اساس شدت آن درجه بندی نشده بود در صورتی که در سایر مطالعات بی‌اختیاری به صورت خفیف، متوسط و شدید درجه بندی شده و پاسخ درمانی نسبت به آن سنجیده شده است. از سوی دیگر در مطالعه‌ی حاضر بررسی اورودینامیک در بیماران انجام نشد. در نهایت یافته‌های این مطالعه مبین آن است که اثر روش جراحی RAZ در درمان

منابع

- 1- Berek JS. *Novak's Gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2002: 665-673.
- 2- Rock JA, Jones HW. *Telined's Operative Gynecology*: 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- 3- Patrick CW, Alan BR, Alan JW. *Campell's Urology*. 7th ed. London; Saunders's Company; 1997: 1007-44.
- 4- Handley AM. Follow up result with stamey operation for stress incontinence of urine. *Br J Urol*. 1990; 65 : 168-9.
- 5- Varner RE. Retropubic long needle suspension, procedures for stress urinary incontinence. *Am J Obstet & Gynecol* 1990; 163: 551-7.
- 6- Glazener CMA, Cooper K. Bladder neck suspension for urinary incontinence in women (cochrane review). In: the coc hrane library, issue 3, 2003. Oxford
- 7- Glazener CMA, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women (cochrane review). In: the cochrane library, issue 3, 2003. Oxford.