

بررسی فراوانی میزان عود و بهبود بی اختیاری استرسی متعاقب جراحی کلیپورافی قدامی در خانم های مراجعه کننده به کلینیک زنان بیمارستان 22 بهمن در طی سالهای 1391-1392

پریسا ظریف نجفی¹، زیبا ظهوریان¹، محسن قاسمی¹، دلارام زیراچی²

1)استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

2)دانشجوی رشته پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده:

مقدمه و هدف: بی اختیاری استرسی ادراری شایعترین شکل بی اختیاری ادراری در زنان است. و اثرات متعدد جسمی - روحی و اجتماعی بر زندگی زنان دارد. در 40٪ موارد به عنوان مشکل عمده در زندگی روزمره مطرح می شود. بیمار مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری، از ترشح ادرار در هنگام افزایش فشار داخل شکم (نظیر سرفه کردن) شکایت دارد. علت آن نقص در اورترال و گردن مثانه مربوط می شود. درمان بی اختیاری استرسی ادراری شامل دو نوع درمان جراحی و درمان مدیکال می باشد. یکی از روش های جراحی درمان بی اختیاری استرسی ادرار، کلیپورافی قدامی است. هدف از این مطالعه بررسی میزان عود بی اختیاری استرسی ادراری متعاقب جراحی کلیپورافی قدامی است.

مواد و روش کار: این مطالعه روی 88 زن که با شکایت بی اختیاری استرسی ادرار به کلینیک زنان بیمارستان 22 بهمن مراجعه کردند انجام شد. اطلاعات بیماران شامل سن، تعداد زایمانها، نوع زایمان و شاخص توده بدنی و حجم و شدت بی اختیاری ثبت شد. بیماران 6،2 و 12 ماه پس از جراحی پیگیری شدند و اطلاعات بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از بین 88 بیمار که از سال 1391 تا 1392 با شکایت بی اختیاری تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، 17٪ بیماران دو ماه پس از عمل بی اختیاری پیدا کردند و میزان عود بی اختیاری استرسی 6 و 12 ماه پس از جراحی به ترتیب 25 و 3/52 درصد بود. زنانی که 12 ماه پس از جراحی دچار عود بی اختیاری ادرار شده بودند سن بالاتری نسبت به زنانی که بهبود یافته بودند داشتند ($p\text{-value}=0/04$) ارتباط قابل توجهی بین نوع زایمان قبلی، تعداد زایمانها و شاخص توده بدنی مادر با عود بی اختیاری ادراری پس از کلیپورافی قدامی وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه میزان عود بالای را در پیگیری یکساله برای بی اختیاری ادراری نشان داد. هم چنین در نتایج بدست آمده سن، یک فاکتور مؤثر برای عود بی اختیاری پس از جراحی معرفی شد. میتوان پیشنهاد کرد که در بیماران دچار بی اختیاری استرسی ادرار، که سن کمتر از 45 سال دارند روش کلیپورافی قدامی میتواند انتخاب مناسبی برای درمان

آنها باشد: هرچند که نتایج بدست آمده در این مطالعه باید در مدت زمان بیشتر پیگیری شده و قبل از انجام جراحی باید ریسک عود بالا برای بیماران توضیح داده شود.

واژگان کلیدی: بی اختیاری استرسی ادرار، کلپورافی قدامی، میزان عود

مقدمه:

بی اختیاری ادراری یک مشکل شایع در زنان است که کیفیت زندگی راتحت تأثیرقرار میدهد..شیوع هرگونه بی اختیاری ادراری در زنان سطح جامعه از 10% تا 40% متفاوت است.در حالی که این میزان بسیار بالا بنظر میرسد.زنان مبتلا به مشکل بی اختیاری کمتر مشکل خودرا گزارش میکنند ویاباوجود اینکه چندین سال برایشان ایجاد مشکل کرده است،جهت درمان بی اختیاری با تأخیر مراجعه میکنند.تقریباً یکی از هر چهارزن مبتلا به بی اختیاری ادراری، بی اختیاری ادراری شدید دارند.(1)

بیشترمطالعات برروی عوامل خطر ساز درمطالعات مقطع نگر انجام شده است. عوامل خطر سازی که بهتر بررسی شده شامل تعدادزایمان ها، سن و چاقی بودند. عوامل خطر ساز خاص برای نوع بی اختیاری ادراری بیشتر برای نوع بی اختیاری ادراری استرسی مطرحند.

حاملگی و تولد نوزاد، قابل توجه ترین عوامل خطر ساز هستند. نیمی از تمام زنان افزایش بی اختیاری ادراری را در زمان حاملگی تجربه میکنند و به نظر میرسد که نشت ادرار قبل و حین حاملگی با تعداد حاملگی ها، سن و شاخص توده بدنی ارتباط داشته باشد. مطالعات متعدد نشان میدهند که اپیزوتومی نقش محافظتی ندارد. مطالعات جدید اپیدمیولوژیک، مطرح کننده آنست وضع حمل سزارین تاحدی نه کاملاً اثر حفاظتی دارد. اگرچه بعضی از بی اختیاری های ادراری حین دوره بعد از زایمان بهبود می یابند ولی زنانی که هنوز بعد از گذشت سه ماه از زایمان بی اختیاری ادراری دارند، احتمالاً تا پنج سال بعدی نیز بی اختیار خواهند بود. افزایش تعداد حاملگی ها و وزن موقع تولد، ممکن است نقش افزاینده داشته باشد اما اطلاعات متناقض هستند.

زنان با سابقه خانوادگی بی اختیاری، گروه ایده آل برای مطالعه اثر مداخلات زایمانی مانند سزارین الکتیو می باشند. کاهش سیگار کشیدن و برطرف شدن یبوست، فواید کلی علاوه بر جلوگیری از بی اختیاری ادراری دارد. (1) یکی از روش های جراحی درمان بی اختیاری استرسی ادرار، کلپورافی قدامی است.هدف از این مطالعه بررسی میزان عود بی اختیاری استرسی ادراری متعاقب جراحی کلپورافی قدامی است.

مواد و روش انجام طرح:

این مطالعه یک بررسی مقطعی توصیفی بود که بر روی خانم هایی با شکایت بی اختیاری استرسی ادراری انجام شد همه این خانم ها با افزایش ناگهانی فشار داخل شکمی (سرفه، عطسه، خنده...) دچار درجاتی از بی اختیاری ادراری می شدند. بیماران معاینه شده و طول مدت بی اختیاری و شدت آن پرسیده شد. بیماران وارد شده به این مطالعه حداقل یکسال در بیشتر از 50٪ مواقعی که افزایش فشار داخل شکمی ناگهانی داشتند دچار بی اختیاری میشدند. بیماران در گروه سنی 50-30 ساله قرار داشته و عمل جراحی قبلی (هیسترکتومی - عمل بر روی مثانه و ...) و یا سابقه بیماریهای بافت همبند نداشتند.

برای این بیماران قبل از عمل تست مارشال-مارکل انجام و شدت نشت ادرار در پوزیشن های مختلف بررسی شد. سپس بیماران تحت عمل جراحی کلپورافی قدامی قرار گرفته ؛ که در طی این عمل مجرای ادراری با سوچور کلی که از طریق واژن در اطراف آن زده می شود تنگ شد. بیماران بعد از 2 - 6 و 12 ماه پس از جراحی مجدداً از طریق معاینه و پرسشنامه تهیه شده سنجیده شدند و میزان بهبود و عود بی اختیاری ادراری استرسی آنان بررسی و براساس اطلاعات بدست آمده و با استفاده از نرم افزارهای موجود مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پس از جمع آوری اطلاعات و ثبت آنان در رایانه با استفاده از نرم افزارهای آماری مثل SPSS. Ver 18

نسبت به مقایسه داده ها در افراد مورد بررسی پرداخته می شود با توجه به نوع مطالعه که توصیفی مقطعی است در توصیف اطلاعات از جداول و نمونه های آماری استفاده میشود . همچنین برای توصیف بیشتر داده ها از شاخص های مناسب آماری مثل میانگین استفاده میشود . جهت بررسی ارتباط متغیرها از آزمون کای دو استفاده شد.

نتایج:

در این مطالعه 88 زن مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار که تحت عمل جراحی کلپورافی قدامی قرار گرفتند، بررسی شدند که نتایج آن در ذیل آمده است.

توزیع فراوانی گروه های سنی در جمعیت تحت مطالعه:

گروه سنی	تعداد	درصد
30-35	10	11/4
36-40	19	21/6
41-45	28	31/8
46-50	31	35/2
جمع	88	100/0

توزیع فراوانی نوع زایمان:

نوع زایمان	تعداد	درصد
سزارین	20	22/7
طبیعی	68	77/3
جمع	88	100/0

فراوانی انواع بی اختیاری ادرار در موارد عود در ماه های 2 و 6 و 12 بعد از عمل :

بی اختیاری ادرار	تعداد	درصد
2 ماه	ندارد	73 / 83%
	کمتر از 50 درصد	15 / 17%
	بیشتر از 50 درصد	0 / 0%
6 ماه	ندارد	66 / 75%
	کمتر از 50 درصد	22 / 25%
	بیشتر از 50 درصد	0 / 0%
ندارد	41	46/6%

ماه 12	کمتر از 50 درصد	38	2/43%
	بیشتر از 50 درصد	9	2/10%

ارتباط بی اختیاری ادرار در ماه 2 و ماه 6 پس از عمل:

p-value	جمع	ندارد تعداد(درصد)	دارد تعداد(درصد)	ماه 6 ماه 2
0/015	15	0(0)	15(100%)	دارد
	73	66(90/4%)	7(9/6%)	ندارد
	88	66	22	جمع

همانطور که در جدول نشان داده شده است ، از مجموع 15 نفری که در ماه 2 بی اختیاری داشتند، هر 15 نفر (100%) در ماه 6 نیز بی اختیاری داشته اند دو از مجموع 73 نفری که در ماه 2 بی اختیاری نداشته اند 7 نفر ، (9/6%) در ماه 6 دچار بی اختیاری شده و 66 نفر دیگر (90/4%) بدون بی اختیاری ادرار مانده اند و ارتباط مشاهده شده معنی دار می باشد (p-value<0/016)

ارتباط بی اختیاری ادرار در ماه 2 و ماه 12 پس از عمل:

p-value	جمع	ندارد تعداد(درصد)	دارد تعداد(درصد)	ماه 12 ماه 2
<0/001	15	0(0)	15(100%)	دارد
	73	42(57/5%)	31(42/5%)	ندارد
	88	42	46	جمع

همانطور که در جدول نشان داده شده است ، از مجموع 15 نفری که در ماه 2 بی اختیاری داشتند، 15 هر نفر (100٪) در ماه 12 نیز بی اختیاری داشته اند دو از مجموع 73 نفری که در ماه 2 بی اختیاری نداشته اند 31 نفر (42/5٪)، در ماه 6 دچار بی اختیاری شده و 42 نفر دیگر (57/5٪) بدون بی اختیاری ادرار مانده اند و ارتباط مشاهده شده معنی دار می باشد (p-value<0/016)

ارتباط بی اختیاری ادرار در ماه 6 و ماه 12 پس از عمل :

p-value	جمع	ندارد تعداد(درصد)	دارد تعداد(درصد)	12 ماه 6 ماه
<0/001	22	0(0)	22(100٪)	دارد
	66	42(63/6٪)	24 (36/4٪)	ندارد
	88	42	46	جمع

همانطور که در جدول نشان داده شده است ، از مجموع 22 نفری که در ماه 6 بی اختیاری ادرار داشتند، هر 22 نفر (100٪) در ماه 12 نیز بی اختیاری داشته اند و از مجموع 66 نفری که در ماه 6 بی اختیاری نداشته اند 24 نفر (36/4٪)، در ماه 6 دچار بی اختیاری شده و 42 نفر دیگر (63/6٪) بدون بی اختیاری ادرار مانده اند و ارتباط مشاهده شده معنی دار می باشد (p-value<0/016)

بحث:

محققین روش جراحی را موثرترین روش درمانی در بهبودی بی اختیاری استرسی ادراری معرفی نموده اند. همه روشهای جراحی بکار گرفته شده در جهت تثبیت پیشابراه و گردن مثانه بکار می روند. زیرا با اصلاح این زاویه بی اختیاری ادراری نیز بهبود می یابد. کلپورافی قدامی از قدیمی ترین روشهای جراحی بی اختیاری استرسی ادراری بوده و هنوز از متداولترین روشهای درمانی بحساب می آید .
از مزایای مهم کلپورافی عدم نیاز به برش شکمی و در نتیجه پذیرش بهتر از طرف بیمار است و از مشکلات مهم آن بی تاثیر شدن آن طی سالهای بعد از جراحی است. (2)

در این مطالعه 88 زن مبتلا به بی اختیاری استرسی ادرار که تحت عمل جراحی کلپورافی قدامی قرار گرفتند بررسی و در پیگیری های انجام شده برای بیماران پس از جراحی نتایج زیر بدست آمد .
عود بی اختیاری ادراری 2 ماه پس از جراحی در 15 نفر (17٪) ، 6 ماه پس از عمل در 22 نفر و یکسال پس از جراحی میزان عود 52/3٪ گزارش شد .

Thaweekul و همکارانش در سال 2004 طی یک مطالعه و بررسی نتایج طولانی مدت (5ساله) کلپورافی قدامی بر روی 52 زن مبتلا به بی اختیاری ادراری میزان عود را در سال اول 0 درصد گزارش کردند (3).
این اختلاف در نتیجه میتواند مربوط به مقاومت متفاوت بافت های عضلانی و همبند لگن در نژادهای گوناگون , کیفیت زندگی متفاوت مانند انجام کارهای سنگین در زنان ایرانی , ورزش نکردن بانوان ایرانی قبل و بعد زایمان و یا بعد از کلپورافی نسبت به هم سن های خود در نژادهای اروپایی, امریکایی و یا نقص در تکنیک جراح میباشد .

در پیگیری های انجام شده در این مطالعه طی 2 و 6 ماه پس از جراحی ارتباط معناداری بین سن و عود بی اختیاری در میان بیماران یافت نشد ($p\text{-value} > 0.05$) اما در پیگیری یکساله در مجموع 46 نفری که دچار عود شده بودند 22 نفر آنها (71٪) در گروه سنی 46-50 سال قرار داشتند و نتایج معناداری بین سن و بی اختیاری ادراری پس از عمل بدست آمد ($p\text{-value} = 0/04$)

در تحقیق آقای fritel در سال 2004 نیز ثابت شد که بین سن بالاتر از 30 سال و وقوع بی اختیاری استرسی ادراری پس از جراحی ارتباط مستقیمی وجود دارد که با نتایج 12 ماهه ما هم خوانی دارد (4) .
میانگین شاخص توده بدنی در میان بیماران 25/91 بود که در مجموع 88 بیمار مورد مطالعه 2 بیمار شاخص توده بدنی کمتر از حد نرمال داشتند و 62 بیمار براساس این شاخص مبتلا به اضافه وزن بودند.

در پیگیری بیماران از مجموع 15 بیماری که دچار عود در ماه دوم پس از جراحی شدند 12 نفر آنها (19/4٪) دچار اضافه وزن بودند که از نظر آماری این یافته ها معنادار نبود ($P\text{-value} = 0/6$) در ماه 6 و 12 پس از خروجی نیز رابطه معناداری بین شاخص توده بدنی و بی اختیاری ادرار یافت نشد ($P\text{-value} = 0/09$) که این یافته با نتایج مطالعه از Fritel در سال 2004 که شاخص توده بدنی بالاتر از 30 یک ریسک فاکتور مهم برای عود بی اختیاری استرسی بحساب می آید متفاوت است دلیل این تفاوت می تواند در انتخاب بیماران باشد در

مطالعه 88 زن انتخاب شده که شاخص توده بدنی آنها کمتر از 30 بود و بالاتر از این عدد از نمونه های مطالعه حذف شدند اما در مطالعه Fritel این معیار حذف وجود نداشت و مطالعه میان زنانی انجام شده بود که دچار بی اختیاری ادرار شده بودند.

افزایش فشار داخل مثانه در اثر افزایش شاخص توده بدنی موجب کاهش شیب اختیار ادراری بین مجرای ادرار و مثانه می شود. در این شرایط چون فشار استاتیک داخل مثانه بالاست حتی با فشار داخل شکمی کم، ادرار از مجرای ادراری خارج می شود. (5) شواهدی وجود دارد که نشان می دهد زنان با شاخص توده بدنی بالای، موتاسیون در رسپتور B3 آدرنرژیک دارند که موجب شل شدن عضلات دترسور و ایجاد بی اختیاری ادراری می شود. (6)

از میان بیماران مورد مطالعه در این پژوهش 68 بیمار زایمان قبلی شان بصورت طبیعی و 20 زن بصورت سزارین زایمان کرده بودند که در پیگیری های 2، 6 و 12 ماهه ما ارتباط معناداری بین نوع زایمان قبلی و عودی بی اختیاری استرس یافت نشد ($P\text{-value} = 0/2$) در حالیکه در مطالعه Mason و همکارانش بیان شده بود که عمل جراحی سزارین سبب بروز کمتر بی اختیاری استرسی نسبت به زایمان طبیعی در جمعیت مورد مطالعه اش شده است. (7)

نتایج مطالعه ما با پژوهش fritel هم خوانی داشت. Fritel در سال 2005 گزارش کرد که شیوع بی اختیاری ادراری با نوع زایمان قبلی ارتباط معناداری ندارد. (9)

دکتر زهرا بصیرت و همکارانش نیز در سال 2008 در مطالعه 81 زن مبتلا به بی اختیاری که 44 نفر آنها بصورت طبیعی و 37 نفر دیگر به روش سزارین زایمان نموده بودند پس از جراحی و پیگیری به این نتیجه رسیدند روش زایمان قبلی تأثیری بر میزان عود بی اختیاری استرس نداشته است. ($P\text{-value} > 0/05$). (9)

بین رتبه زایمان و عود بی اختیاری ادرار پس از جراحی در هیچکدام از دوره های پیگیری بیمارانی که دچار عود شده بودند از لحاظ آماری ارتباط معناداری یافت نشد که این یافته متفاوت با نتایج تحقیقات دکتر مریم خورشیده و همکارانش بود. در مطالعه خورشیده نشان داده شد که بین تعداد زایمان ها و عود بی اختیاری استرس ادراری ارتباط مستقیمی وجود دارد ($P\text{-value} = 0/043$) این مطالعه در سال 2004 بر روی 200 خانم که با شکایت بی اختیاری ادراری مراجعه کرده و تحت جراحی کلپورافی قدامی قرار گرفته بودند انجام

شد بیماران در دو گروه قرار گرفته که در گروه اول 40 بیمار با تعداد حاملگی کمتر از 4 و در گروه دوم 160 بیمار با تعداد حاملگی چهار و بیشتر قرار داشتند در مدت 6 ماه پس از جراحی میزان بهبود بی اختیاری استرسی در دو گروه مقایسه شد که اختلاف آماری در میزان بهبود بی اختیاری استرسی ادراری در دو گروه با تعداد حاملگی کمتر و بیشتر از 4 با روش جراحی کلپورافی قدامی و با آزمون Chi-square معنی دار بود (P-value=0/043) علت این تفاوت در نتیجه بدست آمده می تواند ناشی از انتخاب بیماران در مطالعه ما باشد گروه شمول این مطالعه بیمارانی را شامل می شد که تعداد زایمان بین 1-4 داشتند و یا این تفاوت میتواند به علت تعداد کمتر بیماران مورد مطالعه باشد

نتیجه گیری:

میزان موفقیت عمل در مطالعه (47/7٪) بدست آمد. در این مطالعه ارتباط بین عود بی اختیاری استرسی پس از جراحی کلپورافی قدامی با عواملی مانند سن، تعداد زایمان ها، شاخص توده بدنی و نحوه زایمان قبلی بیماران بررسی شد و نتایج بدست آمده نشان داد که بین سن و عود بی اختیاری استرسی ادرار یکسال پس از عمل ارتباط معناداری وجود دارد (P-value =0/04). از لحاظ آماری ارتباطی بین شاخص توده بدنی، تعداد زایمان ها و نحوه زایمان قبلی با عود بی اختیاری استرس یافت نشد.

References:

- 1) Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E. Female Urinary Incontinence: Epidemiology and Evaluation. In:Gibbs RS,Karlan By,Haney AF,etc. Danforth obstetrics & Gynecology. 10th ed. China:Lippincott Williams & Wilkins;2008:871-876.
- 2) Roovers JP, Vander Bom JG, Vander Vaart CH. Abdominal versus vaginal approach for the management of genital prolapse and coexisting stress incontinence. Journal of Pelvic Floor Dysfunct. 2002; 13(2):224-31.
- 3) Thaweekul Y,Bunyavejchevin S,Wisawasukmongchol W,etc.Long term results of anterior colporrhaphy with Kelly placation for the treatment of stress urinary incontinence.J Med assoc.2004 Aug; 97(2):226-230.
- 4) Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Benifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after surgry: a retrospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83 (10): 941-5.
- 5) Bai SW, Kang JY, Rhak KH, Lee MS, Kim JY, Park KH. Relationship of urodynamic parameters and obesity in women with stress urinary incontinence. J Reprod Med. 2002; 47(7): 559-63
- 6) Yamaguchi O. Beta 3-adrenoreceptor's in human detrusor muscle. Journal of Urology. 2002; 59(7): 25-9.
- 7) Mason L, Glenn S, Walton I, Appleton C. The prevalence of stress incontinence during pregnancy and following delivery. Midwifery. 1999; 15(2): 120-8.
- 8) Fritel X. From delivery mode to incontinence. J Gynecol Obstet Biol Repord 2005; 34(8): 739-44.

- 9) Z. Basirat , A. Bakhtiari , P. Payandeh . Stress urinary incontinence and some related factors after anterior colporrhaphy . Journal of Babol University of Medical Sciences. 2009; 10(5): 41-47.

Frequency of recurrence and improve stress urinary incontinence in women after anterior Colporrhaphy surgery in clinic of women 22 Bahman Hospital during 1391-1392

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVE : stress incontinence is the most common cause of the incontinence in women. Stress urinary incontinence (SUI) has many medical- psychosocial effects on women's life and in approximately 40% of cases; it is a major problem in daily life. The patient's complaint that the leaks urine when intraabdominal pressure is increased (such as coughing). This can be caused by urethral and bladder neck incompetence . Treatment of urinary incontinence includes two type methods : nonsurgical management and surgical management. One of the procedures used in treatment of the stress incontinency is anterior colporrhaphy. The aim of this study is to find the recurrence rate of stress urinary incontinence after anterior colporrhaphy .

Methods and materials: 88 patients who underwent anterior colporrhaphy for the treatment of stress urinary incontinence in clinic of women 22 Bahman Hospital during 2012-2013 . A questionnaire about age , parity , type of labor and BMI and some questions about SUI were filled out. Then, they were visited and examined to determine the volume and severity of SUI. Patients followed up for 2,6 and 12 months after surgery.

Results: from 2012 to 2013 ,88patients underwent the anterior colporrhaphy for the treatment of stress urinary incontinence . during the 2months after operation 17% patients were incontinence and recurrence rate at 6 and 12 months after operation was 25%and 52/3 % . . Women were SUI 12months after surgery were older than women without it (p-value=0.04) . There was no significant difference between methods of delivery ,parity and body mass index to achieve SUI after operation .

CONCLUSION: the present result show the high recurrence rate at the 1years follow up. The results showed that women's age were determinant factors for

developing SUI after anterior colporrhaphy but women's BMI, parity and method of delivery had no effect on recurrence stress urinary incontinence after operation.

KEY WORDS: Urinary stress incontinence, Anterior colporrhaphy , recurrence rate