

بررسی بیماران جراحی شده با تشخیص هیپروتروفی خوش خیم

پروستات (BPH) در بخش ارولوژی

دکتر محمد صالحی* - دکتر سیاوش فلاحتکار* - دکتر لاله لطیفی**

*استادیار بخش ارولوژی- دانشگاه علوم پزشکی گیلان- بیمارستان رازی

**پزشک عمومی

چکیده

مقدمه: هیپروتروفی خوش خیم پروستات (BPH) یکی از علل اختلالات ادراری می باشد. در سن ۵۵ سالگی تقریباً ۲۵٪ مردان و در سن ۷۰ سالگی حدود ۵۰٪ مردان دارای علائم (BPH) می باشند. اتیولوژی (BPH) دقیقاً مشخص نیست. هدف: این مطالعه با هدف تعیین بیماران جراحی شده با تشخیص BPH به صورت گذشته تکر در بیمارستان رازی انجام گرفت. **مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی جمع آوری اطلاعات بطور گذشته تکر از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا اواخر سال ۱۳۷۷ در بخش ارولوژی بیمارستان رازی رشت در روی ۶۳۲ بیمار انجام شده است. **نتایج:** حدود ۱۴/۹٪ از کل بیماران بستری بخش ارولوژی بیمارستان رازی رشت را بیماران مبتلا به BPH تشکیل می دادند. بیشترین گروه سنی مربوط به بیمارانی بود که در دهه هفتم زندگی قرار داشتند (۴۱/۸٪). شایعترین علامت بیماران احتباس ادراری بود (۴۲/۴٪). بی اختیاری ادراری در ۲۵٪ بیمار (۴٪)، هماچوری آشکار (gROSS) در ۱۱٪ بیمار (۱/۷٪) رخ داده بود. به لحاظ آزمایشگاهی هماچوری در ۳۶٪ بیمار (۴/۱٪) وجود داشت. ۱۹٪ بیمار دارای کراتینین بالای ۱/۵ mg/dl بودند و ۶۱۳ بیمار دیگر کراتینین نرمال داشتند. به لحاظ پاتولوژی در ۴۸۲ بیمار (۸۲/۴٪) هیپرپلازی خوش خیم و در ۷۷ بیمار (۱۳/۲٪) هیپرپلازی خوش خیم همراه پروستاتیت و در ۲۶ بیمار (۴/۴٪) کانسر پروستات گزارش گردید. در این مطالعه با افزایش سن شیوع BPH افزایش یافته بود. **نتیجه گیری:** شیوع بالای احتباس ادراری در این مطالعه می تواند به دلیل تاخیر مراجعه بیماران ما باشد. فراوانی نسبی کانسر پروستات در بیمارانی که با تشخیص BPH عمل جراحی شده اند مشخص گردیده است. این مطالعه سیمای روشن تری از بیماری BPH را در منطقه نشان می دهد و برای مشخص کردن وضعیت دقیق اپیدمیولوژیک نیاز به مطالعات وسیع تری است.

کلید واژه ها: افزایش تعداد یاخته های پروستات/ افزایش حجم پروستات/ جراحی / سن

مقدمه

قرنهایست که هیپروتروفی خوش خیم پروستات (BPH) را به عنوان یکی از علل اختلالات ادراری می شناسند (۱، ۴ و ۷). در شروع دهه چهارم فقط ۸٪ مردان BPH هیستولوژیک دارند. با این وجود ۵۰٪ مردان بین ۶۰-۵۱ سال و ۹۰٪ مردان بالای ۸۰ سال BPH واضح هیستولوژیک دارند (۴). در سن ۵۵ سالگی تقریباً ۲۵٪ مردان کاهش فشار (force) جریان ادرار را گزارش می دهند. و در سن ۷۰ سالگی این علامت به ۵۰٪ می رسد (۲ و ۴) اتیولوژی BPH دقیقاً مشخص نیست. ولی وجود هورمون جنسی مردانه و آندروژن و افزایش سن برای

عوارض در بیماران مختلف فرق می کند. درمان دارویی شامل آلفابلوکرها، آنالوگهای GnRH، ترکیبات آنتی آندروژن مهار کننده های پنج آلفا ردوکتاز می باشد و درمانهای جراحی شامل انسزیون ورزکسیون پروستات (TUR-P, TUI-P) و پرستاتکتومی باز می باشد (۴).

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی و بطور گذشته نگر و در بخش ارولوژی از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا انتهای سال ۱۳۷۷ در بیمارستان رازی شهر رشت انجام شد. تعداد ۶۷۵ بیمار که تحت عمل جراحی پروستات قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۴۳ بیمار به دلیل ناقص بودن اطلاعات از مطالعه کنار گذاشته شدند و مجموعاً ۶۳۲ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرها شامل: سن، علت مراجعه، آزمایش کامل ادرار، WBC خون، هموگلوبین، اوره، کراتینین سرم، نوع عمل، جواب پاتولوژی و PSA بودند.

نتایج پاتولوژی در ۵۸۵ بیمار مورد بررسی قرار گرفت.

پس از جمع آوری متغیرها، اطلاعات بدست آمده مورد تحلیل آماری قرار گرفت و سپس نتیجه گیری از آمارها و تنظیم نهایی انجام گردید.

نتایج

تعداد بیماران مورد بررسی ما ۶۳۲ بیماری بودند که تحت عمل جراحی پروستاتکتومی قرار گرفته بودند. سالانه تقریباً ۱۴/۹٪ کل بیماران بستری بخش ارولوژی بیمارستان رازی رشت بیماران مبتلا به BPH می باشند. بیشترین گروه سنی مربوط به بیمارانی می باشد که دوره هفتم زندگی قرار داشتند (۴۱/۸٪) ۲۷۹ بیمار (۴۴/۱٪) تحت عمل TUR و ۳۵۳ بیمار (۵۵/۹٪) تحت عمل

شروع چنین تغییری لازم است. ایجاد BPH در منطقه ترانزیشنال یعنی غدد دور پیشابراهی اتفاق می افتد (۱، ۳، ۴ و ۵).

هیپرپلازی پروستات مقاومت پیشابراه خلفی را افزایش می دهد که نتیجه اش تغییرات جبرانی در مثانه است. پاسخ مثانه به انسداد بستگی به چگونگی رویداد تغییرات تطابقی در مثانه دارد. شامل دونوع تغییر است اول تغییراتی که به عدم توانائی دترسور یا کاهش کمپلینس مثانه منتهی می شود که از نظر بالینی ایجاد علائم تحریکی ادراری مثل تکرر ادرار و فوریت ادراری را می کند. دوم، تغییراتی که به نقص در انقباض دترسور بوجود می آید و به ایجاد علائمی از قبیل فشارجریان ادرار، تاخیر در شروع ادرار، قطع و وصل شدن ادرار و افزایش باقیمانده ادراری می انجامد که نهایتاً منجر به نارسائی دترسور می شود (۳ و ۴).

علائم BPH می تواند به علت ماهیت انسدادی و تحریکی آن باشد. هم اکنون یکی از ملاک ها در کنار چگونگی تاثیر علائم بیماری بر کیفیت زندگی بیمار، برای درمان BPH، AUA - Score (American Urologician Association) است که دربرگیرنده ۷ سؤال است که هر کدام نمره از صفر تا پنج دارد. ماکزیمم نمره ۳۵ است. بعنوان مثال برای نمره های زیر ۷ در صورتیکه عوارض وجود نداشته باشد توصیه به مراقبت از بیمار شده است (۴، ۶ و ۷).

BPH ممکن است باعث تغییراتی در تست های آزمایشگاهی مثل PSA، الکترولیت های سرم، اوره کراتینین شود. BPH همچنین علائمی در سونوگرافی، اروگرافی ورییدی (IVP) و سیستوسکپی ایجاد می نماید (۳، ۴، ۶ و ۷).

درمان BPH بسته به شدت علائم و وجود

از ۶۳۲ بیمار ۲۶۷ نفر (۴۲/۲٪) دارای آنمی بودند. ۱۰۲ نفر (۱۶/۱٪) دارای هماچوری بودند به این ترتیب علت بقیه موارد آنمی را با توجه به سن بالای بیماران وجود بیماریهای همراه مزمن می‌توان توجیه کرد.

۲۷۹ بیمار ما (۴۴/۱٪) تحت عمل جراحی TUR و ۳۵۳ بیمار (۵۵/۹٪) تحت عمل جراحی باز قرار گرفتند. ۷۵ بیمار یکه تحت عمل باز قرار گرفتند دارای سنگ مثانه نیز بودند.

از کل بیماران ۲۶ بیمار (۴/۴٪) کانسریه لحاظ پاتولوژی گزارش گردید که ۳ مورد تزانریشنال کارسینوما و ۲۳ مورد آدنوکارسینوما بود. گرچه به لحاظ آماری نیز کارسینوماى اتفاقی (incidental carcinoma) در ۱۰-۴٪ بیمارانیکه تحت عمل جراحی BPH قرار می‌گیرند دیده می‌شود بنا براین تفاوت چندانی با مطالعه ما ندارد (۶ و ۷).

این مطالعه تصویری روشن تر از بیماری BPH را در منطقه ما نشان می‌دهد ولی برای مشخص کردن وضعیت دقیق اپیدمیولوژیک این بیماری مطالعه وسیع تری توصیه می‌شود.

جراحی باز قرار گرفته اند.

شایعترین علامت بیماران ما احتباس حاد ادراری بوده است که در ۲۶۸ بیمار (۴۴/۴٪) رخ داده است.

۵۱/۹٪ بیماران دارای علائم پروستاتیسیم بودند بی‌اختیاری ادراری در ۲۵ بیمار (۴٪) و هماچوری از نظر بالینی در ۱۱ بیمار (۱/۷٪) رخ داده است ولی به لحاظ آزمایشگاهی در ۲۶ بیمار (۴/۱٪) هماچوری داشتیم.

۱۸۳ بیمار (۲۹٪) در CBC دچار لکوسیتوز بودند. ۱۹ بیمار (۳٪) دارای کراتینین بیشتر از ۱/۵mg/dl بودند و ۶۱۳ بیمار دیگر کراتینین نرمال داشتند.

به لحاظ پاتولوژی در ۴۸۲ بیمار (۸۲/۴٪) هیپرپلازی ندولر در ۷۷ بیمار (۱۳/۲٪) هیپرپلازی ندولر همراه پروستاتیت و در ۲۶ بیمار (۴/۴٪) کانسر پروستات گزارش گردید.

بحث: در این مطالعه بیمارانیکه از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا انتهای سال ۱۳۷۷ در بخش ارولوژی بیمارستان رازی رشت عمل جراحی قرار گرفته بودند چون مشابه این مطالعه در منطقه انجام نشده است. این مطالعه سیمای روشنتری از BPH را در منطقه نشان می‌دهد و برای مشخص کردن وضعیت دقیق اپیدمیولوژیک نیاز به مطالعه وسیع تر است. بیشترین گروه سنی که بعلت BPH تحت عمل جراحی قرار گرفتند در گروه سنی ۶۰-۷۹ سال بود (۸۲/۹٪) که تقریباً مطابق با مطالعه Arrighi و همکارانشان بود ۲۶۸ بیمار (۴۲/۴٪) بدلیل احتباس ادراری تحت عمل جراحی قرار گرفتند که نسبت به مطالعات Arrighi و همکاران و Morrison و همکارانش در صد بالایی است و این احتمالاً بدلیل این است که بیماران ما دیر برای درمان مراجعه می‌نمایند.

منابع

1. Arrighi HM, Guess HA, Metter EJ, et al. Symptoms and Signs of Prostatism as Risk Factors for Prostatectomy. *prostate* 1990; 16 : 253.
2. Morrison AS. Risk Factors For Surgery For Prostatic Hypertrophy. *Am J Epidemiol* 1992; 135 : 974.
3. Messing EM, Young TB, Hunt VB. The Significance of Asymptomatic Microhematuria in Men 50 or More Years Old: Findings of a Home Screening Study Using Urinary Dipsticks. *J Urol* 1987; 137: 919 – 922.
4. Winston K. Mebust, Transurethral Surgery. In: walsh, Retik, vaughan, wein. *Campbells Urology*. 7 th ed. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 1511-1527.
5. Miller J, Edyvane K A , sinclair GR , et al. A Comparison of Bladder Neck Incision and Transurethral Prostatic Resection. *Aust N Z J Surg* 1992; 62: 116-122.
6. Oesterling JE, Cooner WH, Jacobsen SS, et al. the Influence of Patient Age on the Serum Prostate- Specific Antigen Concentration: An Important Clinical Observation. *Urol Clin North Am* 1993; 20: 687.
7. Ballentine C H, Alan W P. Diagnosis and Staging of Prostate Cancer. In: walsh, et al. *Campbell's Urology*. 7 th ed. Vol. 3. Philadelphia: WB Sounders, 1998: 2519-33.

Patients with BPH Operated in Urology Ward

Salehi M, Falahat kar S, Latifi L.

Abstract

Introduction: BPH is a common cause of urinary disorders. It causes troubling symptoms, which necessitates early treatment and is a leading cause of hospitalization in urology ward. Therefore study of its relative frequency is mandatory.

Objective: To evaluate patients with BPH in urology ward of Razi Hospital of Rasht This study performed.

Materials and Methods: This was a descriptive study including 675 medical records of patients with BPH operated in urology ward of Razi hospital from 1994-1998. Of these records, 43 incomplete records were eliminated. 632 records reviewed regard to variant: age, cause of refer, technique of operation, pathologic exam, urine analysis and blood exam.

Results: About 14.9% of patients who hospitalized and operated in urology ward, had BPH. The most common age group was 60-79 years old (82.9%). The most common technique was open surgery (55.9%). The most common cause of refer was urinary relation (42.4%). 29% had leukocytosis and 42.2% had anemia. Increase in BUN and Cr. was seen in 16.8% and 3% of patients respectively. Urine analysis was normal in 57.3%. In 25.9% bacteriuria was seen. In 82.4% of patients, pathologic records were nodular hyperplazia. 13.2% of patients had nodular hyperplazia with chronic prostatitis. In 26 patients (4.4%) cancer was reported.

Conclusion: High frequency of urinary retention could be for late refer of patients. Relative frequency of Prostatic cancer was determinate. In this study we clarified BPH. We need more studies for determination of epidemiologic status of it more carefully.

Key words: Age/ Prostatic Hyperplasia/ Prostatic Hypertrophy/ Surgery