

استفاده از گرافت مخاط دهان به صورت Dorsal onlay برای ترمیم مجرا در بالغین

دکتر رضا مهدوی^۱، دکتر علی آهنیان^۲، دکتر داود عرب^۳، دکتر لیلا وظیفه مستعان^۴، دکتر مرتضی نوراللهیان مهاجر^۵، دکتر مریم ذوالفقاری^۶

تاریخ دریافت 85/12/9، تاریخ پذیرش 85/7/22

چکیده

اهداف: در این مطالعه ما تجارب و نتایج خود را در ترمیم مجرا با استفاده از گرافت مخاط گونه (BMG)^۷ در تنگی های طویل تر از ۴ سانتی متر مجرای قدامی در بزرگسالان مورد ارزیابی قرار می دهیم.

بیماران و روش ها: در طی یک دوره زمانی ۳ ساله (از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳)، تعداد ۱۲ بیمار با طیف سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و تنگی مجرای قدامی (۸ مورد مجرای بولبر و ۴ مورد مجرای آلتی) طویل تر از ۴ سانتی متر در مرکز ما تحت یورتروپلاستی با استفاده از BMG به صورت Dorsal onlay (تکنیک Barbagli) قرار گرفتند. برای تمام بیماران قبل از عمل یورتروگرافی رتروگراذ همراه با (VCUG)^۸ و سیستوسکوپی Up & Down انجام گردید و پس از عمل نیز با توجه به علائم انسدادی با تصویر برداری به صورت یورتروگرافی رتروگراذ و VCUG پیگیری به عمل می آمد.

نتایج: مدت پیگیری بیماران به طور متوسط ۲۲ ماه بود. از ۱۲ بیمار فوق، در طی مدت پیگیری همگی بدون علامت شده و بررسی های رادیولوژیک بهبود کامل را نشان داد، اما یک بیمار پس از بهبودی اولیه دچار یورتريت (ناشی از بیماری های مقاربتی) گردید که مجدداً دچار تنگی شد و جهت بیمار یورتروتومی داخلی انجام گردید. عوارض عمده ای در بیماران ما مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: تکنیک (Barbagli) Dorsal onlay روشی با میزان موفقیت بالا و با حداقل عارضه برای ترمیم تنگی های طویل مجرای قدامی می باشد. **واژه های کلیدی:** تنگی مجرا، گرافت مخاط دهان، تکنیک Barbagli، ترمیم مجرا

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره سوم، ص ۵۴۸-۵۴۴، پاییز ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: مشهد دانشکده علوم پزشکی مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، بخش اورولوژی تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۴۳۰۳۱ همراه: ۰۹۱۵۱۱۱۰۶۲۸

Email: Drrezamahdavi@yahoo.com

مقدمه:

در این موارد نیاز به نوعی یورتروپلاستی جایگزینی (Substitution Urethroplasty) می باشد. یورتوپلاستی جایگزینی را می توان به دو روش کلی انجام داد: بزرگ تر کردن محیط مجرا با استفاده از یک قطعه (Patch) نسجی مناسب (Onlay)، یا جایگزینی قسمت تنگ محیط مجرا با یک لوله (Tube) نسجی مناسب (Inlay) (۳). نسج فوق می تواند یک Free graft یا یک فلاپ باشد. تا مدتی قبل استفاده از فلاپ برای این منظور به گرافت آزاد ترجیح

درمان تنگی مجرا بر حسب محل و طول تنگی متفاوت است. برای تنگی های کوتاه، یورتروتومی داخلی انتخاب مناسبی است هر چند با میزان عود بالایی همراه است (۱). تنگی های کوتاه به خصوص در ناحیه بولبار به طور موفقیت آمیزی با یورتروپلاستی End-to-end درمان می شوند، ولی تنگی های بولبار بیشتر از ۲ سانتی متر را اغلب نمی توان با این روش درمان کرد (۲).

^۱ استاد اورولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲ رزیدنت اورولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳ متخصص اورولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴ استادیار گوش و حلق و بینی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۵ استادیار گوش و حلق و بینی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۶ پزشک عمومی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۷ Buccal Mucosal Graft

^۸ Voiding Cysto Urethrography

عود زودرس تنگی معمولاً به علت کافی نبودن عروق بستر گیرنده گرافت، عفونت و یا هماتوم است، ولی عود دیررس ممکن است مربوط به پیشرفت بیماری زمینه ای باشد (۱۰). علت عود تنگی در پروگزیمال آناستوموز ممکن است بیشتر به دلیل دسترسی ناکافی برای بخیه کردن یوتروتلیوم سالم مجرا به اپیتلیوم گرافت باشد (که ما در مواردی که تنگی خیلی پروگزیمال بود برای دیدن بهتر یوتروتلیوم سالم پروگزیمال به تنگی از اسپکولوم بینی استفاده می کردیم، ولی تنگی در دیستال آناستوموز احتمالاً در نتیجه ضعف در فاز Inosculation گرافت در نتیجه واسکولاریته ضعیف بستر گرافت که به ندرت ممکن است در مجرای آلتی باشد، است. علاوه بر این انسزیون دادن مجرا تا رسیدن به نسج سالم در پروگزیمال و دیستال، یعنی انسزیون کامل قسمت تنگی همراه با پروگزیمال و دیستال آن در جلوگیری از عود تنگی اهمیت دارد. سونوگرافی قبل از عمل بهتر از یوتروگرافی رتروگرا در حدود اسکار جسم اسفنجی را نشان می دهد و می تواند طول مورد نیاز انسزیون را بهتر مشخص کند (۱۰)، که در مطالعه ما امکان انجام آن نبود. در هر حال باید توجه داشت که علی رغم به کار بردن دقت زیاد و تکنیک خوب در حین عمل، در تمام موارد یوتروپلاستی خطر بالقوه عود تنگی با گذشت زمان وجود دارد و لذا پیگیری مادام العمر بیمار ضروری است (۱۹).

نتیجه گیری:

استفاده از مخاط دهان به صورت Dorsal onlay در تنگی های طولیل مجرا که امکان آناستوموز End-to-end مجرا وجود ندارد، روشی بسیار مؤثر و کم عارضه می باشد. البته چون همیشه خطر عود تنگی وجود دارد، برای اثبات نتایج این مطالعه، به مطالعات با طول مدت پیگیری طولانی تری نیاز است.

مقاومت آن به عفونت و بیماری های پوستی از قبیل لیکن اسکروزیس است (۱۱).

گرافت های Onlay معمولاً نتایج بهتری از گرافت های لوله ای (Tube) دارند (۱۲)، که احتمالاً به دلیل حفظ نسج اسفنجی است که به عنوان بستری برای گرفت عمل می کند (۹). میزان موفقیت گرافت های مخاط دهان و پوست آلت به صورت Full-Thickness مشابه است و میزان موفقیت اولیه در ۳-۱ سال پیگیری ۸۵٪ است (۱۳). در مطالعه ما نیز با مدت ۱۰ تا ۳۰ ماه پیگیری میزان موفقیت گرافت دهان ۹۱٪ بوده است. در عین حال وضعیت های وجود دارند که در آنها استفاده از گرافت آزاد ممنوع بوده و باید از فلاپ استفاده کرد ولی این وضعیت ها نادر هستند به عنوان مثال: تنگی های ایسکمیک، پس از پرتودرمانی و تنگی های همراه با عفونت فعال قابل ذکر هستند که در این موارد فلاپ های پایه دار ارجح می باشند، زیرا بقای آنها کمتر وابسته به سلامت بستر موضعی گرافت است (۱۱). در هنگام استفاده از مخاط دهان برای ترمیم مجرا، در مجرای آلتی مخاط گونه ولی در مجرای گلانولار سطح داخلی مخاط لب ارجح است زیرا نازکتر می باشد (۳).

یوتروپلاستی با گرافت می تواند عوارضی مانند پرولاپس مه آ، تنگی و ایجاد فیستول داشته باشد (۱۴)، که در بیماران ما فقط یک مورد عود تنگی، آن هم به دلیل ابتلا به یورتربیت ناشی از بیماری مقاربتی دیده شد. کیسه دار شدن مجرا (saculation) همراه با Post-void dribbling و احتباس منی مشکلات شایعی پس از یوتروپلاستی جایگزینی فاقد Support هستند (۱۵ و ۱۶ و ۱۷) و شاید به علت آسیب به شاخه های اعصاب پرینال در طی یوتروپلاستی بولبار باشد که باعث از بین رفتن انقباض مؤثر مجرای بولبر و ایجاد اشکال در تخلیه منی و ادرار و دیسفونکسیون موقت و دائم جنسی می شود (۱۸). در هیچ یک از بیماران ما چنین عارضه ای مشاهده نشد.

References:

01. Heyns CF, Steenkamp JW, De Kock ML, Whitaker P. Treatment of male urethral stricture: is repeated dilatation of internal urethrotomy useful? J Urol 1998; 160: 356.
02. Morey AF, Duckett CP, McAnich JW. Failed anterior urethroplasty: guidelines for reconstruction. J Urol 1997; 158: 1383
03. Andrich DE, Mundy AR. Substitution urethroplasty with buccal mucosal-free grafts. J Urol. 2001; 165: 1131-33
04. Humby G. A one-stage operation for Hypospadias. Br J Surg 1941; 29: 84.
05. Duckett JW. The use of buccal mucosa graft in epispadias. Southampton, United Kingdom. J Urol 1995; 143: 1664.

06. Baskin LS, Duckett JW. Buccal mucosa graft in hypospadias surgery. *Br J Urol* 1995; 76: 23
07. Metro MJ, Wu HY, Snyder HM, Zderic SA, Canning DA. Buccal mucosa grafts: Lessons learned from an 8-years experience. *J Urol* 2001; 166: 1549.
08. Kane CJ, Tarman GJ, Summerton DJ, Buchman CE. Multi-institutional experience with buccal mucosa onlay urethroplasty for bulbar urethral reconstruction. *JUrol.* 2002; 167: 1314-7.
09. Wessells H, Mc Aninch JW. Use of free grafts in urethral stricture reconstruction *J Urol* 1996; 155: 1912-6.
10. Elliott Sean P, Metro Michael J, Mc Aninch Jack W. Long-term follow up of the ventrally placed buccal mucosa onlay graft in bulbar urethral reconstruction. *J Urol* 2003; 169:1754-7.
11. Andrich DE, Leach CJ, Mundy AR. The barbagli procedure gives the best results for patch urethroplasty of the bulbar urethra. *BJU* 2001; 88: 385-89.
12. El-Sherbing MT, Abol-Enein H, Dawaba MS, Ghoneim MA. Treatment of urethral defects: skin, buccal or bladder mucosa, tube or patch? An experimental study in dogs. *J Urol* 2002; 167: 2225 -8.
13. Wessells H, Mc Aninch JW. Current controversies in anterior urethral stricture repair: Free-grafts versus pedicled Skin-flap reconstruction. *World J Urol* 1998; 16: 175-80.
14. Zinman L. Optimal management of the 3-to 6-centimeter anterior urethral stricture. *Curr Urol Rep* 2000; 1: 180-9.
15. Iselin CE, Webster GD. Dorsal onlay graft urethroplasty for repair of bulbar urethral stricture. *J Urol.* 1999; 161: 815.
16. Bhandari M, Dubey D, Verma BS. Dorsal or ventral placement of the preputial /penile skin onlay flap for anterior urethral stricture: does it make a difference? *BJU* 2001; 88: 39.
17. Dubey D, Kumar A, Bansal P, Srivastava A, Kappor R, Mandhani A, et al. Substitution urethroplasty for anterior urethral strictures: a critical appraisal of various techniques . *BJU* 2003; 91: 215.
18. Yucel S, Baskin LS. Neuroanatomy of the male urethra and perineum. *BJU* 2003; 92: 624.
19. Barbagli E, Plaminteri G, Guazzoni F, Montorsi D, Turini M, Lazzeri M, et al. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal, or lateral surface of the urethra: Are results affected by the surgical technique? *J Urol* 2005; 174: 955-8.