

بنام خسدا

اعمال جراحی پروستات از طریق مجرای ادرار

TUR: TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE.

دکتر ناصر سیم فروش* دکتر منصور جمالی

اندیکاسیونهای عمل عبارت بودند از .

۱ - رتابسیون ادرار: مهمترین علت در بیماران ما احتباس حاد ادراری بوده است، بیماران مسنی که مثانه آنها بحد نارسائی رسیده و در مقابل انسداد تسليم شده است .

۲ - علائم واضح پروستاتیسم: توجه به این علائم (تکرر ادرار روزانه و شبانه ، کاهش قدرت و جهش جریان ادرار ، نازک شدن جریان ادرار ، قطع و وصل شدن جریان ادرار هنگام ادرار کردن) .

برای ما اندازه پروستات خیلی مهم بوده است زیرا در بسیاری موارد غده پروستات در معاینه مقعدی بزرگ است ولی از داخل مجرای ادرار چندان انسداد نشده است . بر عکس گاهی نحوه بزرگی و محل هیپرپلازی غده طوری است که در معاینه سهء مقعدی بزرگ نیست .

ولی کاملاً " باعث انسداد گردن مثانه و ایجاد علائم شده است . پس برخلاف اینکه در آسیب شناسی توجه زیادی به اندازه پروستات می شود جراح متخصص کلیه و مجرای ادرار بیشتر یافته های بالینی را مورد توجه قرار داده و بخصوص توانم با یافته های سیستوسکوپی (از جمله انسداد گردن مثانه توسط

از سال ۱۹۴۵ عمل پروستاتکتومی از طریق مجرای ادرار کم کم شروع شده و با پیشرفت و سایل الکتریکی و تولید سور مناسب و سیستم جریان مایع تدریجاً " بصورت پیشرفته امروزی درآمده است .

از آنجاکه در تعلیم این نوع عمل جراحی احتیاج به پشتکار ، استعداد و مهارت خاصی بوده است در بسیاری از کشورها این طریقه برخورد با بیماری های پروستات و نیز انجام سایر اعمال جراحی لازم از طریق مجرای (TRANSURETHRAL)

SURGERY) هنوز چندان متداول نشده است . با وجود این امروزه مسلم شده در بسیاری از موارد هیچ نوع عمل جراحی نمی تواند جایگزین جراحی از طریق مجرای ادرار گردد .

ذیلاً " موارد اعمال جراحی پروستات از طریق مجرای ادرار با استفاده از جریان الکتریکی (R.U.T) و نتایج حاصله از آن را که در مرکز پزشکی فرخی یزدی انجام شده مورد بررسی قرار می دهیم . قبل از شروع این بررسی شرایطی را که در انجام این

عمل در نظر گرفته ایم شرح می دهیم . انتخاب بیمار و اندیکاسیون عمل جراحی : مهمترین

* بخش اولری مرکز پزشکی لبافی نژاد - تهران

ه بخش پاتولری مرکز پزشکی فرخی یزدی - یزد

استفاده شده است).

سـن بـیـمـار: اـکـثـرـاً "بـیـمـارـان درـسـنـیـن خـیـلـیـ بالـاـ بـوـدـه وـ باـتـوـجـهـ بـوـضـعـ قـلـیـ عـرـوـقـیـ اـینـ بـیـمـارـان درـهـمـهـ آـنـهـاـ عـکـسـ

قـسـهـ صـدـرـیـ وـ الـكـتـرـوـکـارـدـیـوـگـرـافـیـ انـجـامـ شـدـهـ اـسـتـ.

آنـسـتـرـیـ جـهـتـعـمـلـ پـرـوـسـتـاـتـکـتـومـیـ اـزـ طـرـیـقـ مـجـرـایـ اـدـرـارـ (T.U.R.) : نوعـ آـنـسـتـرـیـ کـهـ بـکـارـ رـفـتـ اـزـ نـوـعـ بـیـحـسـیـ نـخـاعـیـ بـوـدـهـ کـهـ بـهـبـهـتـرـینـ وـجـهـیـ عـضـلـاتـ پـرـبـینـهـ رـاـ شـلـ نـمـوـدـهـ . وـعـوـارـضـ تـنـفـسـیـ بـعـدـارـ عـلـمـ رـابـطـرـقـابـلـ تـوـجـهـیـ کـاـهـشـمـیـ دـهـدـ . رـوـشـ اـنـجـامـ عـلـمـ (T.U.R.) درـاـيـنـ بـیـمـارـانـ : نـکـاتـ مـهـمـیـ کـهـ درـ تـکـنـیـکـ عـلـمـ R.U.T. بـیـشـترـ مـورـدـ تـوـجـهـ بـوـدـهـ ذـیـلاـ ذـکـرـ مـیـ شـودـ .

روـشـهـاـيـ مـخـلـفـیـ بـرـایـ اـنـجـامـ عـلـمـ پـرـوـسـتـاـتـکـتـومـیـ اـزـ مـجـرـایـ اـدـرـارـ وـجـوـدـارـدـکـهـمـمـنـوـعـ رـوـشـ بـکـارـبـرـدـهـ شـدـهـ نـیـسـتـ، بلـکـهـ مـهـارـتـ مـخـصـوـصـ درـ اـنـجـامـ اـیـنـ نـوـعـ اـعـمـالـ اـسـتـ کـهـ فـقـطـ درـ اـثـرـ تـمـرـیـنـ وـ پـشـتـکـارـزـیـادـ آـنـهـمـ درـ مـراـکـزـمـخـصـوـصـ اـنـجـامـ اـیـنـ عـلـمـ بـدـسـتـ مـیـ آـیدـ .

ماـ مـعـمـولاـ "اـبـتـاءـلـبـرـاـسـتـ رـاـ بـطـورـکـامـلـبـرـیـدـهـوـخـارـجـ مـیـ کـنـیـمـ وـ سـپـسـ لـبـ چـبـ، آـنـگـاهـ لـبـ مـیـانـیـ وـ آـخـرـینـ قـسـمـتـ کـهـ مـهـمـتـرـینـ وـ مـشـکـلـتـرـینـ قـسـمـتـ اـسـتـ لـبـقـدـامـیـ اـسـتـ کـهـاـگـرـخـوبـ رـزـکـتـهـ نـشـوـدـ بـصـورـتـ دـرـیـچـهـایـ بـاعـثـ اـنـسـدادـ شـدـهـ وـ نـتـیـجـهـ مـعـکـوسـ مـیـ دـهـدـ .

گـاهـیـ وـقـتـیـ لـبـ مـیـانـیـ خـیـلـیـ بـزـرـگـ اـسـتـ وـ مـانـعـ دـیدـ مـیـ شـوـدـ اـبـتـاءـ اـقـدـامـ بـهـرـزـکـسـیـوـنـ اـیـنـ لـبـ مـیـ شـوـدـ . مـهـمـ نـیـسـتـ کـهـ عـلـمـ اـزـ کـدـامـ قـسـمـتـ شـرـوـعـ شـوـدـ، بلـکـهـ تـوـجـهـ بـهـنـکـاتـزـیرـ هـمـیـشـهـ مـورـدـ نـظـرـ بـوـدـهـ وـ بـنـظـرـ مـاـ مـهـمـ اـسـتـ :

برـیدـنـ بـطـورـ منـظـمـ وـ لـایـلـایـهـ تـاـ عـضـلـاتـ کـپـسـولـ:

اـگـرـ نـسـوـجـ بـطـورـنـاـ منـظـمـ يـعـنـیـ درـ بـعـضـيـ قـسـمـتـهاـ سـطـحـيـ وـ درـ بـعـضـيـ قـسـمـتـهاـ عـمـقـيـ بـرـيـدـهـ شـونـدـ محلـ خـوـنـرـیـزـیـ بـیـنـ نـسـوـخـ مـخـفـیـ شـدـهـ وـ کـوـتـرـیـزـاسـیـوـنـ آـنـهـاـ مـمـکـنـ نـشـدـهـ وـ بـیـمـارـ درـ ضـمـنـ عـلـمـ خـوـنـرـیـزـیـ زـیـادـتـرـ اـزـ مـعـمـولـ خـوـاـهـدـ دـاشـتـ . بـدـتـرـینـ اـشـتـاهـ آـنـسـتـ کـهـ درـ اـبـتـادـیـ عـلـمـ بـرـشـ خـیـلـیـ عـمـیـقـ درـنـاحـیـهـایـ دـادـهـ شـوـدـ يـاـ اـیـنـکـهـ بـعـلتـ بـرـشـ عـمـیـقـتـرـ اـرـ حـدـ لـازـمـ سـیـنـوـسـهـاـیـ وـرـیـدـیـ کـپـسـولـ باـزـشـوـدـ . اـیـنـ عـلـمـ نـاـمـنـاسـبـ باـعـثـمـیـ شـوـدـ کـهـ اـزـ اـبـتـادـیـ عـلـمـ تـاـپـاـیـانـ جـرـاـحـیـ اـزـ اـیـنـ نـاـحـیـهـ مـایـعـ زـیـادـیـ جـذـبـنـمـوـدـهـ وـ بـیـمـارـ دـچـارـ مـسـمـومـیـتـ آـبـ WATER INTOXICATION وـ عـلـائـمـ نـاـشـیـ اـزـ آـنـ بـشـوـدـ .

غـدـدـبـرـوـسـتـاتـ، ضـخـیـمـ شـدـنـ وـتـرـاـبـکـوـلـاسـیـوـنـ جـدـارـمـثـانـوـتـشـکـیـلـ حـجـرـاتـ (CELLULE FORMATION) درـآـرـ تـصـمـیـمـ بـعـملـ جـرـاـحـیـ مـیـگـیرـدـ، يـاـ اـزـ آـنـ صـرـفـنـظرـ مـیـکـنـدـ .

۳ـ اـنـداـزـهـ غـدـهـ پـرـوـسـتـاتـ: درـبـیـمـارـانـیـ کـهـ مـورـدـعـملـ جـرـاـحـیـ قـرـارـ گـرفـتـنـدـ اـنـداـزـهـ غـدـهـ پـرـوـسـتـاتـ بـرـخـلـافـ آـنـچـهـ مـعـمـولـ اـسـتـ چـنـدانـ مـسـئـلـهـ دـرـمـورـدـ تـصـمـیـمـ گـیرـیـ بـرـایـ اـنـتـخـابـ نـوـعـعـمـلـ نـبـوـدـهـ اـسـتـ وـ باـسـتـنـایـ مـوـارـدـیـ کـهـ خـواـهـدـ آـمـدـ درـبـیـمـارـانـیـ کـهـ بـمـاـ مـرـاجـعـکـرـهـاـنـدـ بـزـرـگـتـرـینـ پـرـوـسـتـاتـیـ کـهـ وـجـودـ دـاشـتـهـ اـسـتـ ۸۵ـ گـرمـ، بـسـهـولـتـ بـطـرـیـقـهـ T.U.R. عملـشـدـهـ اـسـتـ . تـنـهـاـدـ مـوـارـدـیـ اـقـدـامـ بـعـملـ پـرـوـسـتـاـتـکـتـومـیـ باـزـ شـدـ کـهـبـیـمـارـ دـیـورـتـیـکـولـ مـثـانـهـ دـأـشـتـهـ وـ اـحـتـیـاجـ بـهـ دـیـورـتـیـکـولـکـتـومـیـ بـوـدـهـ اـسـتـ، يـاـ اـیـنـکـهـ سـنـگـبـزـرـگـیـ دـرـمـثـانـهـ دـاـشـتـهـ کـهـ قـابـلـ خـرـدـکـرـدـنـ بـطـرـیـقـهـ لـیـتوـلـوـپـیـکـیـ نـبـوـدـهـ اـسـتـ (اـکـثـرـاـ "سـنـگـهاـ" تـوـسـطـ لـیـتوـتـرـیـتـ یـاـسـنـگـشـکـنـ باـ دـیدـ مـسـتـقـیـمـ خـرـدـشـدـهـ اـسـتـ).

آـمـادـهـکـرـدـنـ بـیـمـارـ جـهـتـعـمـلـ جـرـاـحـیـ: تـوـجـهـ زـیـادـ درـانـجـامـ وـ بـرـرـسـیـ نـتـایـجـ مـعـاـيـنـاتـ وـ آـزـمـایـشـاتـ قـبـلـ اـزـعـمـلـشـدـ

اـسـتـ . درـهـمـهـ بـیـمـارـ آـزـمـایـشـاتـ رـوزـمـرـهـ اـزـ جـملـهـ:

شـمـارـشـ کـاـمـلـ خـوـنـ، سـیـلـانـ اـنـعـقـادـکـاـمـلـ اـدـرـارـ، کـشـتـ اـدـرـارـ، اوـرهـ، کـرـاتـیـنـ خـوـنـ، گـروـهـ خـوـنـ، اـسـیدـ فـسـفـاتـازـ خـوـنـ اـنـجـامـشـدـهـ اـسـتـ . درـ مـوـارـدـیـ کـهـ اوـرهـوـکـرـاتـیـنـ بـیـمـارـ بـالـاـبـوـدـ ۲ـ هـفـتـهـ سـوـنـدـ گـذاـشـتـهـ شـدـ تـاـ بـاـبـرـطـرـشـدـنـ اـنـسـدادـ کـلـیـهـاـیـ بـیـمـارـ حـدـاـکـثـرـ فـعـالـیـتـخـوـدـرـاـبـارـیـاـبـنـدـ (حـدـاـکـثـرـ سـقـوـطـ کـرـاتـیـنـ تـاـ ۲ـ هـفـتـهـ بـعـدـ اـزـ دـرـنـاـزـ بـوـسـیـلـهـ سـوـنـدـ حـاـصـلـ مـیـشـوـدـ وـ بـعـدـ اـزـ آـنـ نـبـایـدـ اـنـتـظـارـ سـقـوـطـ بـیـشـتـرـیـ رـاـ دـاشـتـ).

تـوـجـهـ بـهـوـضـعـ الـکـتـرـولـیـتـهـاـیـ بـیـمـارـ بـخـصـوـصـ پـتـاـسـیـمـ خـوـنـ درـاـيـنـ بـیـمـارـانـ ضـرـورـیـ اـسـتـ .

ـ بـیـوـپـیـسـیـ پـرـوـسـتـاتـ اـزـ طـرـیـقـ پـرـبـینـهـ: قـبـلـ اـزـ اـقـدـامـ بـعـملـ پـرـوـسـتـاـتـکـتـومـیـ درـ هـرـمـورـدـیـ کـهـ سـفـتـیـ یـاـنـدـولـیـ دـرـپـرـوـسـتـاتـ حـسـشـدـهـ بـیـوـپـیـسـیـ باـ سـوـزـنـ مـخـصـوـصـ اـزـ طـرـیـقـ پـرـبـینـهـ بـعـملـ آـمـدـ اـسـتـ (چـونـ حدـدـ ۹۰% سـرـطـانـهـاـیـ پـرـوـسـتـاتـ اـزـلـ بـخـلـفـیـ منـشـاءـ مـیـگـیرـنـدـ درـ حـالـیـکـهـ بـزـرـگـیـ خـوـشـخـیـمـ پـرـوـسـتـاتـ یـعـنـیـ آـنـوـمـ آـنـ بـیـشـتـرـ مـرـکـزـیـ وـ درـ اـطـرـافـ مـجـرـایـ اـدـرـارـ اـسـتـ).

ـ آـنـتـیـبـیـوتـیـکـ: مـعـمـولاـ "اـزـ هـنـگـامـ عـلـمـ شـرـوـعـشـدـهـ وـ تـاـ صـبـحـ رـوـزـ بـعـدـ بـطـرـیـقـهـ وـرـیـدـیـ اـدـاـمـهـدـارـدـ وـ سـپـسـ تـبـدـیـلـ بـهـ خـوـرـاـکـیـ مـیـشـوـدـ وـ حـدـدـوـنـجـنـرـاـدـاـمـیـاـفـتـ (درـبـیـشـتـرـ مـوـارـدـ اـزـ آـمـبـیـ سـیـلـیـنـ وـ نـیـتـرـوـفـوـرـاـنـتـوـئـینـ یـاـ مـخـلـوـطـ سـوـلـفـاـوـتـرـیـمـتـوـپـرـیـمـ

درمان قاطع آن اقدام می‌شده است.

بررسی نتایج

الف: نتایج بالینی

تعداد بیمارانی که در مرکز پزشکی فرخی بزدی تحت عمل جراحی، پروستاتکتومی از طریق مجرای ادرار (T.U.R) قرار گرفته‌اند، آنهاییکه بطور مرتب بعد از عمل در درمانگاه بیمارستان دنبال شدند ۱۶۰ عنفر می‌باشند (از تاریخ ۵۹/۹/۱ تا تاریخ ۸/۱/۶۰) مسن ترین بیماری که هیپرپلازی پروستات داشت ۹۰ سال و حداقل سن ۵ سال بوده است. (جدول شماره یک) مهمترین علت مراجعت‌ترانسیون حاد و کامل ادرار بود (۳۵٪ از بیماران) و بقیه با علائم پروستاتیسم شدید مراجع نموده‌اند. درمدتی که بیماران دنبال شده‌اند (حداکثر یک سال و حداقل یکماه و بطور متوسط ششماه) هیچ موردی از رترانسیون ادرار در بیماران عمل شده مشاهده نشده است. در بیمارانی که بعد از عمل تکرار ادرار داشتند (۱۰٪) مقدار ادرار باقیمانده در مثانه پس از ادار کردن RESIDUAL URINE اندازه‌گیری شد که در هیچیک از بیماران بیشتر از حد طبیعی نبوده (کمتر از ۳۵ سی سی سانتی‌متر مکعب) است. علت تکرار دراین بیماران ادامه عفونت ادراری قبل از عمل ناشی از انسداد طولانی است که تدریجاً و با درمان با توجه به آنتی‌بیوکام بدبند رفع انسداد درنتیجه عمل تحت کنترل درآمد، علت دیگر تکرار ادرار مثانه تحریک‌پذیر است.

(UNINHIBITED BLADDER) که بعلت انسداد طولانی و یا سن بالای بیمار مثانه تحریک‌پذیری بیشتر از حد معمولی دارد، تکرار این بیماران توسط آنتی‌کلینرژیک‌ها تدریجاً بهبود یافست.

حدود ۵٪ بیماران تنگی مجرأ پیدا نمودند که بیشتر در ناحیه مآی مجرأ یا درناحیه بولبر بود.

تنگی‌های مآ بسهولت با میاتومی تحت کنترل درآمد اند و تنگی‌های ناحیه بولبر بروش جدید اورتوفرمی داخلی بادید مستقیم و چاقوی سرد از طریق مجرای ادرار Internal Urethrotomy under Vision تحت درمان قرار گرفتند که نتیجه رضایت‌بخش بوده است. عوارض آنسٹری نخاعی تقریباً صفر بوده است.

خوشبختانه با توجه به موضوع فوق، سرعت عمل که زمان عمل را به یک ساعت وحداً کثیر کساعت و نیم محدود نموده و تخلیه مکرر مثانه ضمن عمل ما حتی یک‌مورد از این عارضه را در بیماران خود مشاهده نکردیم.

رزکسیون (برش بطريقه جريان الکتریکی) پروستات باقیستی تا هنگام رویت عضلات کپسول پروستات ادامه یابد و از بازکردن سینوس‌های اوریدی و بریدن درناحیه زیر عضلات و سرزو احتراز نمود که مسلم "رفتن به استقبال عوارض است (جذب زیاد مایع — نارسائی قلب و ادم ریه و مغز — تنگی نفس و تشنج در این بیماران مسن).

مراقبت‌های بعد از عمل:

۱— تحرک هرچه زودتر بیمار: بلا فاصله پس از بیان عمل و در اطاق ریکاوری حرکت دادن پای این بیماران تا هنگام بیمار خودش بتواند پاها یش را تکان دهد توسط پرستار انجام می‌شود. این عمل حیاتی حرکت اندام تحتانی در جلوگیری از ایجاد آهولی از هر اقدام دیگری مهمتر است. صبح روز بعد از عمل، بیمار حتماً باید راه برود.

۲— شستشوی مداوم مثانه: معمولاً "تاصبح روز بعد توسط سوند سه راه انجام می‌شود.

۳— تجویز، مایعات و ریدی: فقط تا صبح روز بعد ادامه پیدا کرده که آنهم از سرم نمکی فیزیولوژیک بمقدار محدود با سرعت ۵ سانتی‌متر مکعب در ساعت استفاده می‌شود.

۴— جلوگیری از بیوست بعد از عمل دراین بیماران حائز اهمیت زیاد بوده و اگر لازم شده‌ارا ملین‌های بامدت کوتاهی استفاده شده است، زیرا فشار وارد به ناحیه پرینه هنگام اجابت مزاج در صورت وجود بیوست می‌تواند باعث خونریزی شود.

۵— به بیماران بعد از عمل توصیه نوشیدن زیاد مایعات بخصوص آب شده تا باعث رقیق شدن ادرار گردیده و کمتر باعث تحریک ناحیه عمل بشود (نوشیدن چای زیاد مناسب نیست، زیرا باعث تکرار زیاد می‌شود).

۶— به بیماران توصیه اکید شده که تا ۳ هفته بعد از عمل از مقاومت جلوگیری بعمل آورند که پرخوی ناحیه تناسلی از آن می‌تواند باعث خونریزی گردد.

۷— معمولاً ۲ هفته بعد از عمل در درمانگاه یک‌کشت ادرار بعمل می‌آید و در صورتیکه عفونت وجود داشت نسبت به

جدول شماره بسته‌گشایی مسوارد م. ر. از تاریخ ۱۵/۱۱/۹۵ [تاریخ ۲۱/۰۵/۰۵]

شماره	نام و نام فامیل بیمار	سینه درون‌بودستا	بیوپسی	شناختی
۱	ر. ۹۰	ر. ۹۴	ر. ۹۶	ر. ۹۳
۲	ر. ۹۵	ر. ۹۵	ر. ۹۵	ر. ۹۵
۳	ر. ۹۷	ر. ۹۷	ر. ۹۷	ر. ۹۷
۴	ر. ۹۸	ر. ۹۸	ر. ۹۸	ر. ۹۸
۵	ر. ۹۹	ر. ۹۹	ر. ۹۹	ر. ۹۹
۶	ر. ۱۰۰	ر. ۱۰۰	ر. ۱۰۰	ر. ۱۰۰
۷	ر. ۱۰۱	ر. ۱۰۱	ر. ۱۰۱	ر. ۱۰۱
۸	ر. ۱۰۲	ر. ۱۰۲	ر. ۱۰۲	ر. ۱۰۲
۹	ر. ۱۰۳	ر. ۱۰۳	ر. ۱۰۳	ر. ۱۰۳
۱۰	ر. ۱۰۴	ر. ۱۰۴	ر. ۱۰۴	ر. ۱۰۴
۱۱	ر. ۱۰۵	ر. ۱۰۵	ر. ۱۰۵	ر. ۱۰۵
۱۲	ر. ۱۰۶	ر. ۱۰۶	ر. ۱۰۶	ر. ۱۰۶
۱۳	ر. ۱۰۷	ر. ۱۰۷	ر. ۱۰۷	ر. ۱۰۷
۱۴	ر. ۱۰۸	ر. ۱۰۸	ر. ۱۰۸	ر. ۱۰۸
۱۵	ر. ۱۰۹	ر. ۱۰۹	ر. ۱۰۹	ر. ۱۰۹
۱۶	ر. ۱۱۰	ر. ۱۱۰	ر. ۱۱۰	ر. ۱۱۰
۱۷	ر. ۱۱۱	ر. ۱۱۱	ر. ۱۱۱	ر. ۱۱۱
۱۸	ر. ۱۱۲	ر. ۱۱۲	ر. ۱۱۲	ر. ۱۱۲
۱۹	ر. ۱۱۳	ر. ۱۱۳	ر. ۱۱۳	ر. ۱۱۳
۲۰	ر. ۱۱۴	ر. ۱۱۴	ر. ۱۱۴	ر. ۱۱۴
۲۱	ر. ۱۱۵	ر. ۱۱۵	ر. ۱۱۵	ر. ۱۱۵
۲۲	ر. ۱۱۶	ر. ۱۱۶	ر. ۱۱۶	ر. ۱۱۶
۲۳	ر. ۱۱۷	ر. ۱۱۷	ر. ۱۱۷	ر. ۱۱۷
۲۴	ر. ۱۱۸	ر. ۱۱۸	ر. ۱۱۸	ر. ۱۱۸
۲۵	ر. ۱۱۹	ر. ۱۱۹	ر. ۱۱۹	ر. ۱۱۹
۲۶	ر. ۱۲۰	ر. ۱۲۰	ر. ۱۲۰	ر. ۱۲۰
۲۷	ر. ۱۲۱	ر. ۱۲۱	ر. ۱۲۱	ر. ۱۲۱
۲۸	ر. ۱۲۲	ر. ۱۲۲	ر. ۱۲۲	ر. ۱۲۲
۲۹	ر. ۱۲۳	ر. ۱۲۳	ر. ۱۲۳	ر. ۱۲۳
۳۰	ر. ۱۲۴	ر. ۱۲۴	ر. ۱۲۴	ر. ۱۲۴
۳۱	ر. ۱۲۵	ر. ۱۲۵	ر. ۱۲۵	ر. ۱۲۵
۳۲	ر. ۱۲۶	ر. ۱۲۶	ر. ۱۲۶	ر. ۱۲۶
۳۳	ر. ۱۲۷	ر. ۱۲۷	ر. ۱۲۷	ر. ۱۲۷
۳۴	ر. ۱۲۸	ر. ۱۲۸	ر. ۱۲۸	ر. ۱۲۸
۳۵	ر. ۱۲۹	ر. ۱۲۹	ر. ۱۲۹	ر. ۱۲۹
۳۶	ر. ۱۳۰	ر. ۱۳۰	ر. ۱۳۰	ر. ۱۳۰
۳۷	ر. ۱۳۱	ر. ۱۳۱	ر. ۱۳۱	ر. ۱۳۱
۳۸	ر. ۱۳۲	ر. ۱۳۲	ر. ۱۳۲	ر. ۱۳۲
۳۹	ر. ۱۳۳	ر. ۱۳۳	ر. ۱۳۳	ر. ۱۳۳
۴۰	ر. ۱۳۴	ر. ۱۳۴	ر. ۱۳۴	ر. ۱۳۴
۴۱	ر. ۱۳۵	ر. ۱۳۵	ر. ۱۳۵	ر. ۱۳۵
۴۲	ر. ۱۳۶	ر. ۱۳۶	ر. ۱۳۶	ر. ۱۳۶
۴۳	ر. ۱۳۷	ر. ۱۳۷	ر. ۱۳۷	ر. ۱۳۷
۴۴	ر. ۱۳۸	ر. ۱۳۸	ر. ۱۳۸	ر. ۱۳۸
۴۵	ر. ۱۳۹	ر. ۱۳۹	ر. ۱۳۹	ر. ۱۳۹
۴۶	ر. ۱۴۰	ر. ۱۴۰	ر. ۱۴۰	ر. ۱۴۰
۴۷	ر. ۱۴۱	ر. ۱۴۱	ر. ۱۴۱	ر. ۱۴۱
۴۸	ر. ۱۴۲	ر. ۱۴۲	ر. ۱۴۲	ر. ۱۴۲
۴۹	ر. ۱۴۳	ر. ۱۴۳	ر. ۱۴۳	ر. ۱۴۳
۵۰	ر. ۱۴۴	ر. ۱۴۴	ر. ۱۴۴	ر. ۱۴۴
۵۱	ر. ۱۴۵	ر. ۱۴۵	ر. ۱۴۵	ر. ۱۴۵
۵۲	ر. ۱۴۶	ر. ۱۴۶	ر. ۱۴۶	ر. ۱۴۶
۵۳	ر. ۱۴۷	ر. ۱۴۷	ر. ۱۴۷	ر. ۱۴۷
۵۴	ر. ۱۴۸	ر. ۱۴۸	ر. ۱۴۸	ر. ۱۴۸
۵۵	ر. ۱۴۹	ر. ۱۴۹	ر. ۱۴۹	ر. ۱۴۹
۵۶	ر. ۱۵۰	ر. ۱۵۰	ر. ۱۵۰	ر. ۱۵۰
۵۷	ر. ۱۵۱	ر. ۱۵۱	ر. ۱۵۱	ر. ۱۵۱
۵۸	ر. ۱۵۲	ر. ۱۵۲	ر. ۱۵۲	ر. ۱۵۲
۵۹	ر. ۱۵۳	ر. ۱۵۳	ر. ۱۵۳	ر. ۱۵۳
۶۰	ر. ۱۵۴	ر. ۱۵۴	ر. ۱۵۴	ر. ۱۵۴
۶۱	ر. ۱۵۵	ر. ۱۵۵	ر. ۱۵۵	ر. ۱۵۵
۶۲	ر. ۱۵۶	ر. ۱۵۶	ر. ۱۵۶	ر. ۱۵۶
۶۳	ر. ۱۵۷	ر. ۱۵۷	ر. ۱۵۷	ر. ۱۵۷
۶۴	ر. ۱۵۸	ر. ۱۵۸	ر. ۱۵۸	ر. ۱۵۸
۶۵	ر. ۱۵۹	ر. ۱۵۹	ر. ۱۵۹	ر. ۱۵۹
۶۶	ر. ۱۶۰	ر. ۱۶۰	ر. ۱۶۰	ر. ۱۶۰
۶۷	ر. ۱۶۱	ر. ۱۶۱	ر. ۱۶۱	ر. ۱۶۱
۶۸	ر. ۱۶۲	ر. ۱۶۲	ر. ۱۶۲	ر. ۱۶۲
۶۹	ر. ۱۶۳	ر. ۱۶۳	ر. ۱۶۳	ر. ۱۶۳
۷۰	ر. ۱۶۴	ر. ۱۶۴	ر. ۱۶۴	ر. ۱۶۴
۷۱	ر. ۱۶۵	ر. ۱۶۵	ر. ۱۶۵	ر. ۱۶۵
۷۲	ر. ۱۶۶	ر. ۱۶۶	ر. ۱۶۶	ر. ۱۶۶
۷۳	ر. ۱۶۷	ر. ۱۶۷	ر. ۱۶۷	ر. ۱۶۷
۷۴	ر. ۱۶۸	ر. ۱۶۸	ر. ۱۶۸	ر. ۱۶۸
۷۵	ر. ۱۶۹	ر. ۱۶۹	ر. ۱۶۹	ر. ۱۶۹
۷۶	ر. ۱۷۰	ر. ۱۷۰	ر. ۱۷۰	ر. ۱۷۰
۷۷	ر. ۱۷۱	ر. ۱۷۱	ر. ۱۷۱	ر. ۱۷۱
۷۸	ر. ۱۷۲	ر. ۱۷۲	ر. ۱۷۲	ر. ۱۷۲
۷۹	ر. ۱۷۳	ر. ۱۷۳	ر. ۱۷۳	ر. ۱۷۳
۸۰	ر. ۱۷۴	ر. ۱۷۴	ر. ۱۷۴	ر. ۱۷۴
۸۱	ر. ۱۷۵	ر. ۱۷۵	ر. ۱۷۵	ر. ۱۷۵
۸۲	ر. ۱۷۶	ر. ۱۷۶	ر. ۱۷۶	ر. ۱۷۶
۸۳	ر. ۱۷۷	ر. ۱۷۷	ر. ۱۷۷	ر. ۱۷۷
۸۴	ر. ۱۷۸	ر. ۱۷۸	ر. ۱۷۸	ر. ۱۷۸
۸۵	ر. ۱۷۹	ر. ۱۷۹	ر. ۱۷۹	ر. ۱۷۹
۸۶	ر. ۱۸۰	ر. ۱۸۰	ر. ۱۸۰	ر. ۱۸۰
۸۷	ر. ۱۸۱	ر. ۱۸۱	ر. ۱۸۱	ر. ۱۸۱
۸۸	ر. ۱۸۲	ر. ۱۸۲	ر. ۱۸۲	ر. ۱۸۲
۸۹	ر. ۱۸۳	ر. ۱۸۳	ر. ۱۸۳	ر. ۱۸۳
۹۰	ر. ۱۸۴	ر. ۱۸۴	ر. ۱۸۴	ر. ۱۸۴
۹۱	ر. ۱۸۵	ر. ۱۸۵	ر. ۱۸۵	ر. ۱۸۵
۹۲	ر. ۱۸۶	ر. ۱۸۶	ر. ۱۸۶	ر. ۱۸۶
۹۳	ر. ۱۸۷	ر. ۱۸۷	ر. ۱۸۷	ر. ۱۸۷
۹۴	ر. ۱۸۸	ر. ۱۸۸	ر. ۱۸۸	ر. ۱۸۸
۹۵	ر. ۱۸۹	ر. ۱۸۹	ر. ۱۸۹	ر. ۱۸۹
۹۶	ر. ۱۹۰	ر. ۱۹۰	ر. ۱۹۰	ر. ۱۹۰
۹۷	ر. ۱۹۱	ر. ۱۹۱	ر. ۱۹۱	ر. ۱۹۱
۹۸	ر. ۱۹۲	ر. ۱۹۲	ر. ۱۹۲	ر. ۱۹۲
۹۹	ر. ۱۹۳	ر. ۱۹۳	ر. ۱۹۳	ر. ۱۹۳
۱۰۰	ر. ۱۹۴	ر. ۱۹۴	ر. ۱۹۴	ر. ۱۹۴
۱۰۱	ر. ۱۹۵	ر. ۱۹۵	ر. ۱۹۵	ر. ۱۹۵
۱۰۲	ر. ۱۹۶	ر. ۱۹۶	ر. ۱۹۶	ر. ۱۹۶
۱۰۳	ر. ۱۹۷	ر. ۱۹۷	ر. ۱۹۷	ر. ۱۹۷
۱۰۴	ر. ۱۹۸	ر. ۱۹۸	ر. ۱۹۸	ر. ۱۹۸
۱۰۵	ر. ۱۹۹	ر. ۱۹۹	ر. ۱۹۹	ر. ۱۹۹
۱۰۶	ر. ۲۰۰	ر. ۲۰۰	ر. ۲۰۰	ر. ۲۰۰
۱۰۷	ر. ۲۰۱	ر. ۲۰۱	ر. ۲۰۱	ر. ۲۰۱
۱۰۸	ر. ۲۰۲	ر. ۲۰۲	ر. ۲۰۲	ر. ۲۰۲
۱۰۹	ر. ۲۰۳	ر. ۲۰۳	ر. ۲۰۳	ر. ۲۰۳
۱۱۰	ر. ۲۰۴	ر. ۲۰۴	ر. ۲۰۴	ر. ۲۰۴
۱۱۱	ر. ۲۰۵	ر. ۲۰۵	ر. ۲۰۵	ر. ۲۰۵
۱۱۲	ر. ۲۰۶	ر. ۲۰۶	ر. ۲۰۶	ر. ۲۰۶
۱۱۳	ر. ۲۰۷	ر. ۲۰۷	ر. ۲۰۷	ر. ۲۰۷
۱۱۴	ر. ۲۰۸	ر. ۲۰۸	ر. ۲۰۸	ر. ۲۰۸
۱۱۵	ر. ۲۰۹	ر. ۲۰۹	ر. ۲۰۹	ر. ۲۰۹
۱۱۶	ر. ۲۱۰	ر. ۲۱۰	ر. ۲۱۰	ر. ۲۱۰
۱۱۷	ر. ۲۱۱	ر. ۲۱۱	ر. ۲۱۱	ر. ۲۱۱
۱۱۸	ر. ۲۱۲	ر. ۲۱۲	ر. ۲۱۲	ر. ۲۱۲
۱۱۹	ر. ۲۱۳	ر. ۲۱۳	ر. ۲۱۳	ر. ۲۱۳
۱۲۰	ر. ۲۱۴	ر. ۲۱۴	ر. ۲۱۴	ر. ۲۱۴
۱۲۱	ر. ۲۱۵	ر. ۲۱۵	ر. ۲۱۵	ر. ۲۱۵
۱۲۲	ر. ۲۱۶	ر. ۲۱۶	ر. ۲۱۶	ر. ۲۱۶
۱۲۳	ر. ۲۱۷	ر. ۲۱۷	ر. ۲۱۷	ر. ۲۱۷
۱۲۴	ر. ۲۱۸	ر. ۲۱۸	ر. ۲۱۸	ر. ۲۱۸
۱۲۵	ر. ۲۱۹	ر. ۲۱۹	ر. ۲۱۹	ر. ۲۱۹
۱۲۶	ر. ۲۲۰	ر. ۲۲۰	ر. ۲۲۰	ر. ۲۲۰
۱۲۷	ر. ۲۲۱	ر. ۲۲۱	ر. ۲۲۱	ر. ۲۲۱
۱۲۸	ر. ۲۲۲	ر. ۲۲۲	ر. ۲۲۲	ر. ۲۲۲
۱۲۹	ر. ۲۲۳	ر. ۲۲۳	ر. ۲۲۳	ر. ۲۲۳
۱۳۰	ر. ۲۲۴	ر. ۲۲۴	ر. ۲۲۴	ر. ۲۲۴
۱۳۱	ر. ۲۲۵	ر. ۲۲۵	ر. ۲۲۵	ر. ۲۲۵
۱۳۲	ر. ۲۲۶	ر. ۲۲۶	ر. ۲۲۶	ر. ۲۲۶
۱۳۳	ر. ۲۲۷	ر. ۲۲۷	ر. ۲۲۷	ر. ۲۲۷
۱۳۴	ر. ۲۲۸	ر. ۲۲۸	ر. ۲۲۸	ر. ۲۲۸
۱۳۵	ر. ۲۲۹	ر. ۲۲۹	ر. ۲۲۹	ر. ۲۲۹
۱۳۶	ر. ۲۳۰	ر. ۲۳۰	ر. ۲۳۰	ر. ۲۳۰
۱۳۷	ر. ۲۳۱	ر. ۲۳۱	ر. ۲۳۱	ر. ۲۳۱
۱۳۸	ر. ۲۳۲	ر. ۲۳۲	ر. ۲۳۲	ر. ۲۳۲
۱۳۹	ر. ۲۳۳	ر. ۲۳۳	ر. ۲۳۳	ر. ۲۳۳
۱۴۰	ر. ۲۳۴	ر. ۲۳۴	ر. ۲۳۴	ر. ۲۳۴
۱۴۱	ر. ۲۳۵	ر. ۲۳۵	ر. ۲۳۵	ر. ۲۳۵
۱۴۲	ر. ۲۳۶	ر. ۲۳۶	ر. ۲۳۶	ر. ۲۳۶
۱۴۳	ر. ۲۳۷	ر. ۲۳۷	ر. ۲۳۷	ر. ۲۳۷
۱۴۴	ر. ۲۳۸	ر. ۲۳۸	ر. ۲۳۸	ر. ۲۳۸
۱۴۵	ر. ۲۳۹	ر. ۲۳۹	ر. ۲۳۹	ر. ۲۳۹
۱۴۶	ر. ۲۴۰	ر. ۲۴۰	ر. ۲۴۰	ر. ۲۴۰
۱۴۷	ر. ۲۴۱	ر. ۲۴۱	ر. ۲۴۱	ر. ۲۴۱
۱۴۸	ر. ۲۴۲	ر. ۲۴۲	ر. ۲۴۲	ر. ۲۴۲
۱۴۹	ر. ۲۴۳	ر. ۲۴۳	ر. ۲۴۳	ر. ۲۴۳
۱۵۰	ر. ۲۴۴	ر. ۲۴۴	ر. ۲۴۴	ر. ۲۴۴
۱۵۱	ر. ۲۴۵	ر. ۲۴۵	ر. ۲۴۵	ر. ۲۴۵
۱۵۲	ر. ۲۴۶	ر. ۲۴۶	ر. ۲۴۶	ر. ۲۴۶
۱۵۳	ر. ۲۴۷	ر. ۲۴۷	ر. ۲۴۷	ر. ۲۴۷
۱۵۴	ر. ۲۴۸	ر. ۲۴۸	ر. ۲۴۸	

در دوازده بیمار قبل و یا در هنگام R.U.T بیوپسی پروستات از راه پرینه انجام شده است که دومورد کانسر ۱۵ مورد BPH بوده که هر ۱۲ مورد R.U.T تائید شده است. تعداد قطعات مورد آزمایش ۱۵ - ۳۵ قطعه بر اساس وزن پروستات و تشخیص PROSTATIC HYPERPLASIA (BENIGN) بوده است.

از ۱۶ مورد R.U.T مورد BPH و شش مورد کانسر یک مورد پروستاتیت خالص بوده است. (جدول شماره ۲) که در این مورد اخیر R.U.T گردن مثانه بدنبال پروستاتکتومی باز در مرکز دیگری و با خاطر رتنسیون ادرار انجام گرفته است. (جدول شماره ۲)

بالاترین سن در BPH ۹۵ سال و کمترین سن ۵۵ سال و سن متوسط ۶۹/۳ سال حال آنکه در موارد بد خیمی بالاترین سن ۹۴ سال و کمترین ۷۰ سال و سن متوسط ۶۷/۶ سال می باشد. که سن متوسط دو گروه اختلاف ۱۵ سال میان نشان می دهد (جدول شماره ۲) که رسانای پیدایش کانسر پروستات در گروه سنی بالاتریست.

در موارد BPH بالاترین وزن ۸۰ گرم و کمترین وزن ۴ گرم و وزن متوسط ۳۵/۲۱ گرم بوده که در مقایسه با موارد بد خیمی کمیترین وزن ۷۵ گرم و کمترین وزن ۱۴ گرم و وزن متوسط ۳۶/۵ گرم است. (جدول شماره ۲) که با توجه به اینکه ۹ مورد R.U.T گردن مثانه و همگی اوزان کمی دارند نیز در گروه BPH هستند که اختلاف چندانی وجود ندارد.

AZMARD BPH ۴۲ مورد نوع FIBROADENOMTON ۱۰ مورد نوع FIBROMUSCULAR ۲ مورد نوع بوده اند.

از موارد بد خیمی سه مورد آدنوکارسینومای کامل "SQUAMOUS" دیفرانسیه، یک مورد سرطان نوع کارسینوما و ۲ مورد کارسینومای اندیفرانسیه بوده است. همراه با موارد BPH در ۲۵ مورد پروستاتیت مزمن و در ۴ مورد مناطق متاپلازی اسکاموس وجود داشته است. نسبت موارد کانسر به هیبریپلازی $\frac{۶}{۱۰/۱}$ و یا $\frac{۶۱}{۶۴}$ بوده است. (جدول شماره یک و دو) یعنی حدود ۱۵٪ بوده است که با آمارهای گزارش شده توسط سایرین مطابقت دارد. یا عبارت دیگر از هر ده بیمار مبتلا به بزرگی پروستات یک‌فر

هیچ‌گونه علائم عصبی یا عفونت پرده‌های مغز مشاهده نشده است و سردرد هم بسیار نادر بوده است.

صرف خون در مقایسه با مواردی که پروستات بطریقه باز عمل می شود خیلی کمتر بوده و هیچ بیماری خونریزی غیر متعارف (که مجبور به بردن مجدد بیمار به اطاق عمل برای کنترل آن شده باشیم پیدا نکرد) یک بیمار حدود سه هفته بعد از عمل با همایه مراجعت نمود که با شستشوی مثانه بمدت ۲۴ ساعت با سوند سفره اه بندآمد و با بهبودی کامل مخصوص شد. طول مدت درمان با مقایسه با عمل پروستاتکتومی باز بنحو چشمگیر کوتاه‌تر بوده است (در این مطالعه مقایسه دقیق علمی ممکن نشد) بطور متوسط بیماران ما یک‌هفته بستری بوده سوند بیمار معمولاً "روز چهارم بعد از عمل یا بمحض روشن شدن ادرار خارج می‌گردد.

عدم وجود زخم باز، کوتاه‌تر بودن مدت استفاده از سوند که جسم خارجی است میزان عفونت در این بیماران را نسبت به روش باز بنحو قابل توجهی کاهش می‌دهد.

یک بیمار دچار آه ژلی ریوی بعد از عمل شدکه با درمان طبی بهبود کامل یافت. یک بیمار ۴۸ ساعت بعد از عمل درگذشت که احتملاً "بللت سکته قلبی بود (اتوپی ممکن نشد) بیمار دیگری سه هفته بعد از عمل در تابلو شوک سپتیک مراجعت و درمان انجام شده موئثر نیافته فوت نمود. همه پروستاتهای خارج شده مورداً آزمایش آسیب‌شناسی قرار گرفت که بالاترین وزن پروستات خارج شده ۸۰ گرم و کمترین وزن ۴ گرم (رزکسیون گردن مثانه بدنبال عمل باز قلبی در مرکز دیگر) بوده است.

ب: نتایج آسیب‌شناسی

بحث:

۱۶ مورد پروستات از بختناور لوزی بیمارستان فرخی بر دی

TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE

به بخش پاتولوژی ارسال شده است.

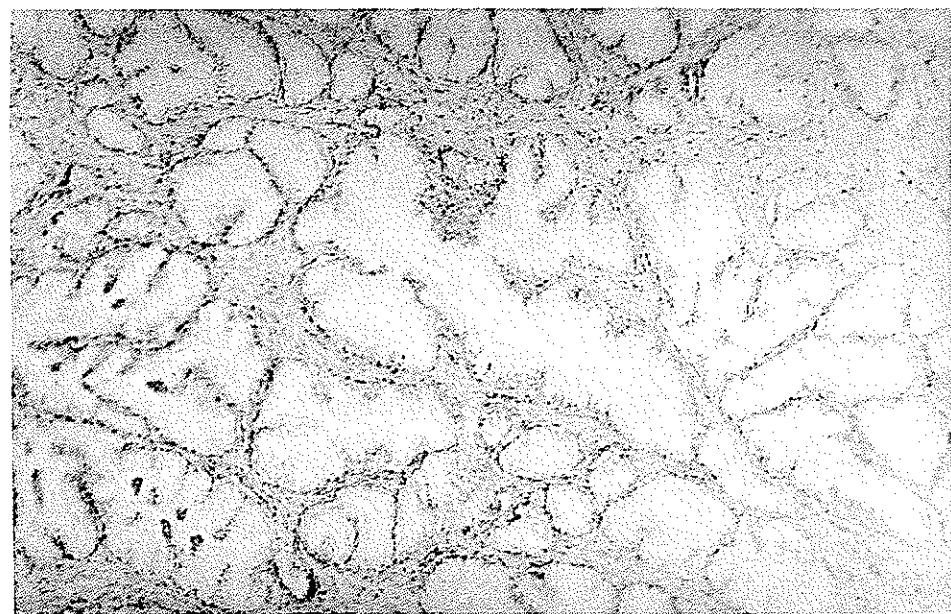
از این ۱۶ مورد ۵۲ مورد (ردیفهای ۱ - ۵۲) جدول شماره یک (R.U.T) کل پروستات، ۹ مورد (ردیفهای ۶۱ - ۵۳) جدول شماره یک، ۷ مرضن مثانه بوده است که اوزان کم مشخص

آنها است

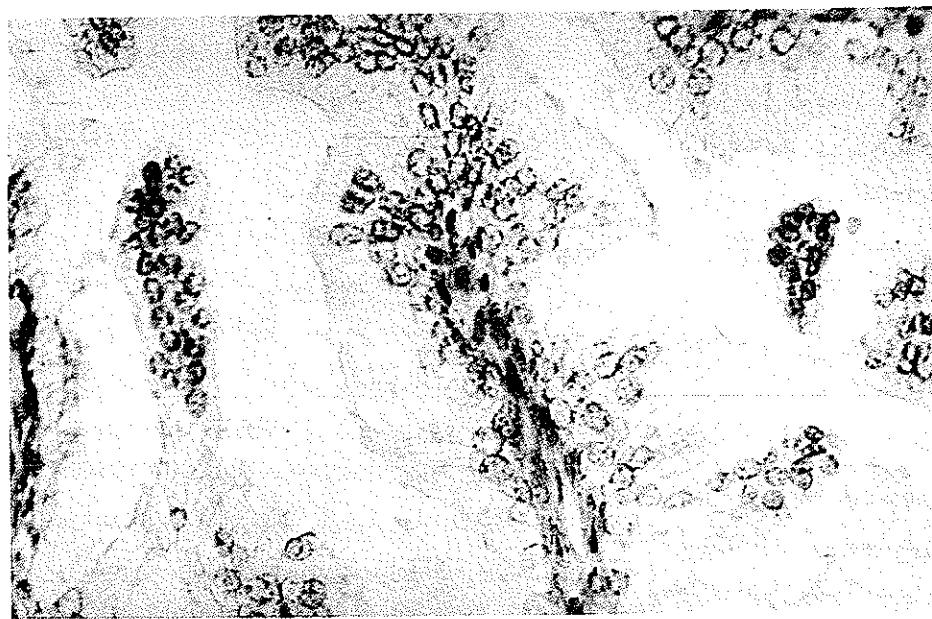
جدول شماره ۲ - تفکیک موارد پروستات T.U.R از نظر تشخیص پاتولوژیک

T. U. R پروستات

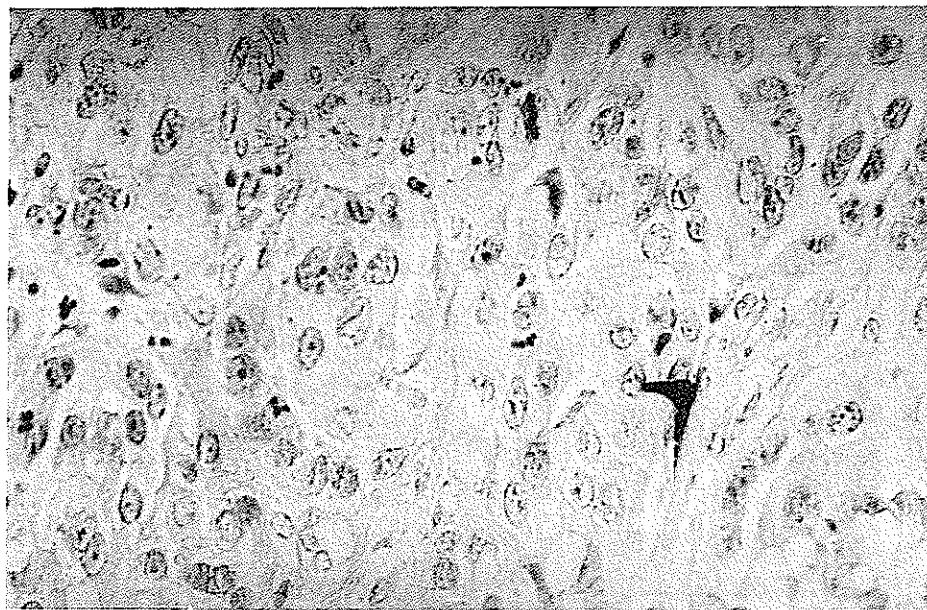
وزن متوسط	كمترین وزن	بالاترین وزن	وزن متوسط	كمترین وزن	بالاترین وزن	
۳۰/۲۱ گرم	۴ گرم	۸۰ گرم	سال ۶۹/۳۳	۵۰ سال	۹۰ سال	B. P. H. ورد ۵۴
۳۶/۵ گرم	۱۴ گرم	۷۵ گرم	سال ۷۹/۶۶	۷۰ سال	۹۴ سال	کانسر ورد ۶
—	—	۵ گرم	—	—	۸۰	پروستاتیست حالصی بیک ورد



عکس ۱ - هیپرپلازی نیکخیم پروستات (هماتوکسلین اوزین - 10×10)



عکس ۲ - هیپرپلازی نیکخیم پروستات (هماتوکسلین اوزین - 10×40)



عکس ۳ - کارسینومای اندیفرانسیه پروستات (هماتوکسلین اوزین 40×10)

- در سرطانهای پروستات در مرحله‌ای از بیماری که پیشرفت و چسبندگی شدید باطراف ایجاد نموده و عمل باز را غیرممکن نموده است . در این موارد فقط عمل از طریق مجرای ادرار (T.U.R) با ایجاد یک مجرای کاملاً " باز برای بیمار می‌تواند رثا نیون حاد ادرار بیمار را برطرف نموده مانع آن شود که بیمار با استفاده از سوند ادراری بمدت طولانی دچار عوارض ناشی از آن (از قبیل عفونت ، سنگ و فیستولهای مجرای ادرار) گردد .

- در سرطانهای مثانه امروزه کاربرد این نوع عمل ضروری تشخیص داده شده است زیرا واضح است که درمان سرطانهای سطحی مثانه که به زیر مخاط و عضلات دست اندازی نکرده فقط با رزکسیون و فولگوراسیون تومور از طریق مجرای ادرار ممکن است و عمل باز در این موارد نه تنها لازم نیست ، بلکه منع است ، بعلاوه تشخیص مرحله (STAGING) بیماری بدون اینکه مثانه باز و تومور پخش شود بدون رزکسیون تومور تا طبقه عضلانی ممکن نیست . بدینهی است که ابتلاء یا عدم ابتلاء عضلات مثانه توسط تومور با توجه به سایر عوامل مهمترین عامل تعیین کننده‌ای است که نشان می‌دهد آیا احتیاج

کانسر پروستات داشته است که اهمیت بررسی دقیق محصول پروستاتکتومی را روشن می‌نماید .

بحث :

امروزه انجام اعمال جراحی از طریق مجرای ادرار جای خاصی در رشتہ اورولوزی باز نموده است . پروستاتکتومی از طریق مجرای ادرار ، اعمال جراحی تومورهای مثانه از این طریق ، برخورد جدید با بعضی از تنگی‌های مجرای ادرار توسط روش جدید اورتوتومی داخلی با دید مستقیم (INTERNAL URETHROTOMY UNDER VISION) و نیز عمل اسفنکتروتومی در بعضی بیماران پاراپلزیک و درمان بیماران مبتلا به دریچه اضافی در مجرای ادراری خلفی (URETHRAL VALVE) بوسیله فولگوراسیون دریچه از جمله بیماریهای هستندکه از طریق مجرای ادرار درمان می‌شوند (TRANS URETHRAL SURGERY) مواردی وجود دارند که هیچ نوع عمل جراحی نمی‌تواند جایگزین جراحی از طریق مجرای ادرار گردد از جمله :

به انجام عمل R.U.T. بنماید که حداقل ۱۰۰ مورد آنرا زیر نظر استاد مربوطه انجام داده باشد.

۲ - بتدریج که مهارت جراحان متخصص اورولوزی در انجام این عمل افزایش می یابد تدریجاً تعداد بیشتری از اعمال پروستات بطريقه رزکسیون الکتریکی از مجرای ادرار (T.U.R.) انجام شود.

۳ - با تداوم و پشتکار بر احتی می توان ۸۰٪ پروستاتها را بطريقه فوق عمل نمود و تدریجاً اندازه و وزن پروستات مانعی برای جراح نخواهد بود.

۴ - عوارض و مرگ و میر ناشی از این طریقه عمل در شرایط مساوی باید کمتر از عمل باز باشد.

۵ - با توجه به نتایج آسیب شناسی تأکید می شود که در تمام اعمال پروستات آزمایش آسیب شناسی با دقت زیاد و روی قطعات متعدد انجام شود. در مواردی که در معاینه مقعدی کوچکترین سفتی حس می شود بیوپسی از طریقه پرینه با سوزن مخصوص الزامی است اعم از اینکه بیمار علامت بالینی داشته یا نداشته باشد.

به عمل رادیکال در آوردن مثانه (سیستکتومی) وجود دارد یا رزکسیون و فولگوراسیون برای مقابله با بیماری کافیست. عمل بیجای باز در تومورهای مثانه بخصوص بدون اشعد رمانی قبلی موجب کاهش عمر بیمار خواهد شد.

باتوجه به اهمیت مطالب فوق (مطالب دیگری که بعداً خواهد آمد) لازم است این قسمت از اورولوزی هر چه زودتر شروع بدرشد سریع بنماید.

خلاصه و نتیجه:

باتوجه به نتایج بالا بخصوص توجه به سن بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند مرگ و میر پائین و عوارض ناچیز و قابل کنترل، کوتاه بودن مدت بستری و درنتیجه کمک به اقتصاد و توجه به نتایج آسیب شناسی پیشنهاد می شود:

۱ - هرچه زودتر مرآکزانجام این عمل در مرآکزا موزشی اورولوزی گسترش یافته و مهارت در این رشته زیر نظر متخصصین مجرب افزایش یابد. هر رزیدنت این رشته وقتی می تواند اقدام

ABSTRACT

Transurethral surgery has developed a field in urology which in some instances there is no substitute for it. with improvements in the field of illumination and irrigation systems, in most of the centers, transurethral Resection of Prostate (TUR of Prostate) has become widely popular.

The advantages of this approach to the prostatic disease are many. There is no need for open wound. Blood loss is less. Infection rate and duration of hospitalization is much shorter.

In many advanced cases of cancer of the prostate which it is severly attached to the neichboring organs and open surgery is impossible tur is the only method that can give patient a channel to void through urethra.

We present our experience with this technique.

Indications for surgery, preparation of the patients for surgery, post orerative managment, pathologic and clinical results are discussed.

It's strongly recommended to popularize transurethral surgery in our urology residency Programs.

منابع مورد استفاده:

- Ref:
- 1) The Campbell's UROLOGY
Harrison, Gittes, Perlmutter, Stamey Walsh 1979
 - 2) Melchior, J., Valk W.L.,
Foret, J.D. and Melbust, W.
K. Transurethral Prostatectomy
J. Urol., 112:634, 1974.
 - 3) Barnes, R.W., Bergman, R.T.
Hadley, H.L., and Lone,
D.: Control of bladder tumors by Endoscopic Surgery J.Urol. 67:864,1967.
 - 4) Marshall, V.F.:
The relation of the pre operative estrimate to the pathologic demonstration
of the extent of vesical neoplasm. J. Urol 68: 7/4, 1952.