السلس البولي بعد الولادة المهبلية أو العملية القيصرية

د. لؤي حسن *

(تاريخ الإيداع 14 / 6 / 2021. قُبِل للنشر في 15 / 7 / 2021)

□ ملخّص □

الخلفية: يعتبر السلس البولي مشكلةً كبيرةً تواجهها العديد من الأمهات وقد ارتبط تقليدياً بالطرق المختلفة للولادة. ومع ذلك، لا يزال هناك نقص في البيانات السريرية، والتي يمكن أن تدعم هذه الفكرة **الهدف:** تقييم مدى انتشار السلس البولي الإجهادي، السلس البولي الإلحاحي، والسلس البولي المختلط بين النساء السوريات المقيمات في محافظة اللاذقية (سوريا)، والعلاقة بين نمط السلس البولي والسوابق التوليدية لهؤلاء النساء.

المواد والطرق: كانت هذه دراسة مقطعية – مستعرضة قائمة على المجتمع. تمت مقابلة ما مجموعه 450 امرأة، من المراجعات (ومرافقاتهنّ) لقسم العيادات الخارجية في مستشفى تشرين الجامعي، اللاذقية، سوريا، من أيلول 2019 إلى أيلول 2020. تم إجراء استبيان تم اختباره مسبقاً. تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام اختبار كاي مربع ($\chi 2$) ونسبة الأرجحية (فواصل ثقة 95%).

النتائج: كان السلس البولي شكايةً لدى 24.4% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن. كان السلس البولي الإجهادي هو السائد (50%)، يليه السلس البولي المختلط (32.7%)، والسلس البولي الإلحاحي (17.3%). كانت العوامل المرتبطة بالسلس البولي الإجهادي هي الفئة العمرية من 31 إلى 60 سنة، مشعر كتلة الجسم $\leq$ 30 كغ/م^2، ولادة مهبلية فقط، أو ولادة قيصرية مع تقلصات رحمية، بغض النظر عن عدد حالات الحمل. كانت من العوامل المرتبطة بالسلس البولي المختلط هي العمر $\leq$ 41 سنة، مشعر كتلة الجسم $\leq$ 30 كغ/م^2، وجود $\leq$ 3 حالات حمل سابقة، والولادة المهبلية فقط.

الخلاصة: اشتكت 24.4% من اللواتي تمت مقابلتهن من نمطٍ للسلس البولي، عانت نصفهنّ من السلس البولي الإجهادي. إنّ العملية القيصرية، فقط عندما لا تسبقها تقلصات، غير مترافقةٍ مع السلس البول الإجهادي. يكون مشعر كتلة الجسم ذا صلةٍ فقط عندما يكون عامل الإجهاد موجوداً.

الكلمات المفتاحية: السلس البولي، الولادة الطبيعية، العملية القيصرية، دراسات مقطعية – مستعرضة، استبيانات

* أستاذ مساعد – قسم التوليد وأمراض النساء وجراحتها، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section

Dr. Loai Hasan*

(Received 14 / 6 / 2021. Accepted 15 / 7 / 2021)

□ ABSTRACT □

Background: Urinary incontinence is a major problem faced by many mothers and has been traditionally linked to diverse ways of delivery. However, there is still a lack of clinical data, which can corroborate this notion.

Aim: To assess the prevalence of stress urinary incontinence, urge urinary incontinence and mixed urinary incontinence among Syrian women residing in Lattakia (Syria), and the relation between the type of incontinence and the obstetric history of these women.

Materials and Methods: This was a cross – sectional community – based study . A total of 450 women were interviewed, they were seen for whatever reason at the Outpatient Department in Tishreen University Hospital ,Lattakia, Syria, from September 2019 – September 2020. A pre-tested questionnaire was administered. Statistical analysis was carried out using the $\chi 2$ test and odds ratio (95%CI).

Results: Urinary incontinence was a complaint for 24.4% of the women interviewed. Stress urinary incontinence prevailed (50%), followed by mixed urinary incontinence (32.7%) and urge urinary incontinence (17.3%). Being in the age group of 31-60 years, having a body mass index of ≥ 30 kg/m^2 and having had only vaginal delivery, or cesarean section with uterine contraction, regardless of the number of pregnancies, were factors associated with stress urinary incontinence. However, being in the age group of ≥ 41, having a body mass index of ≥ 30 kg/m^2 and having had three or more pregnancies, only with vaginal deliveries, were factors associated with mixed urinary incontinence.

Conclusion: 24.4% of the interviewees complained of some type of urinary incontinence, and half of them presented stress urinary incontinence. Cesarean section, only when not preceded by contractions, was not associated with stress urinary incontinence. The body mass index is only relevant when the stress factor is present.

Keywords: Urinary incontinence; Natural childbirth; Cesarean section; Cross-sectional studies; Questionnaires

* **Assocaiate Professor- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدّمة

خلال الزيارات السريرية الروتينية، نادراً ما يقومُ الأطباء بالمسح عن السلس البولي (urinary incontinence) (UI)، والذي يُعرَّف بأنه "الشكوى من أيّ تسرّبٍ لا إراديٍّ للبول" [1]. على الرغم من أنّها لا تُعتبَرُ حالةً مهدّدةً للحياة، إلا أنّ كميةً صغيرةً من تسرّب البول قد تؤثّر على نوعية حياة المرأة وتحدُّ من أنشطتها اليومية [2].

وفقًا للآلية الإمراضية، هناك نمطان رئيسيان من السلس البولي لدى النساء: السلس البولي الجهدي والسلس الإلحاحي [3].

يُعرَّف السلس البولي الإلحاحي (Urge Urinary Incontinence) (UUI) بأنّهُ "الشكوى من تسرّبٍ غير إراديٍّ مصحوبٍ أو مسبوقٍ مباشرةً بالإلحاح"، حيثُ تشعر المرأة بإلحاحِ البول وحاجةٍ ماسّةٍ للتبول الفوري. غالباً ما يتسرّبُ البول بالطريق الى المراحيض قبل الوصول والقدرة على التبول. بالاضافة الى ذلك فانّ المرأة المصابة بالسلس البولي الإلحاحي قد تشعرُ بالحاجة للتبوّل لفتراتٍ متقاربةٍ، أو الحاجة للتبوّل الليلي. غالباً ما تكون كمية البول كبيرةً في السلس البولي الإلحاحي. يُعتقَد أنّ السلس البولي الإلحاحي مرتبطٌ بالتحفيز المفرط أو التخريش للعضلات النافصة (detrusor muscle) لسببٍ مرضيٍّ، أو فرط التحفيز العصبي أو النفسي، ولا يُعتقَد أنّهُ ناتجٌ عن خللٍ في معصّرة الإحليل [3].

من ناحيةٍ أخرى، فإن السلس البولي الجهدي (Stress Urinary Incontinence) (SIU) هو "الشكوى من التسرّب اللاإرادي عند الشدّة أو بذل المجهود، أو عند العطس أو السعال"، وقد يتطوّرُ نتيجةُ لضعف قاع الحوض، ربما بسبب الولادة. تضعفُ العضلات حول الإحليل عند ارتفاع الضغط داخل البطن، مما يؤدّي لعدم إغلاق الإحليل وتسرّب البول. يؤدّي الأمر لتسرّب البول خلال القيام بنشاطٍ جسدي، أو عند السعال أو الضحك أو العطس. غالباً ما تكون كمية البول المتسربة قليلة. يحدث السلس البولي الجهدي خاصةً لدى النساء بعد سن اليأس أو بعد الولادة [3].

السلس البولي المختلط (Mixed Urinary Incontinence) (MUI) هو حالةٌ من سلس البول التي يكون فيها الوضع مختلطاً بين السلس البولي الإلحاحي وسلس الإجهاد.

إنّ الأحداث التوليدية التي تمّ الإبلاغ عنها والتي قد تسبب السلس البولي هي تعدّد الولادات، الولادة المهبلية بمساعدة الأدوات، بضع الفرج، والعملقة (macrosomia) [4] [5].

يتباينُ انتشار السلس البولي كثيراً، خاصةً حسب نوع السكان والفئات العمرية المختلفة التي تتمُّ دراستها. على الصعيد العالمي، تم الإبلاغ عن معدل السلس البولي بين النساء من 25% إلى 45% [6].

يُعتبر الحمل والولادة من عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالسلس البولي الجهدي (SUI)، خاصةً خلال سنوات الإنجاب [5]، وخاصة الولادة المهبلية، بسبب الضرر الذي يمكن أن يسببه لسلامة عضلات وأعصاب قاع الحوض. تمثل هذه العضلات والأعصاب عاملاً مهمّاً في الحفاظ على استمساك البول [7].

تشملُ الحجج المستخدمة لتبرير نقص الحماية الناجم عن الولادة القيصرية التعديلات الفزيولوجية التي يسببها الحمل، مثل التغييرات في العلاقات التشريحية بين المثانة والرحم، انخفاض قوة اللفافة التي تثبت عنق المثانة، المستويات العالية من البروجسترون، وعدم استقرار المثانة [8].

على العكس من ذلك، تشيرُ نتائج أخرى إلى معدلاتٍ منخفضةٍ للسلس البولي لدى السيدات اللواتي في سوابقهنّ ولادة قيصرية بالمقارنة مع اللواتي اختبرن ولادةً مهبليةً [9].

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم مدى انتشار السلس البولي الجهدي (SUI)، السلس البولي الإلحاحي (UUI)، وسلس البول المختلط (MUI) بين النساء المراجعات لمستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية، وكذلك العلاقة بين نوع سلس البول والسوابق الولادية.

طرائق البحث ومواده

تصميم الدراسة:

دراسة مقطعية مستعرضة وصفية (descriptive cross – sectional study). في قسم التوليد وأمراض النساء مستشفى تشرين الجامعي باللاذقية، على مدى سنة كاملة ما بين (أيلول 2019 – أيلول 2020).

عينة الدراسة:

النساء المراجعات لقسم العيادات الخارجية في مستشفى تشرين الجامعي (ومرافقاتهنّ) لأيّ عيادةٍ كانت أو لأيّ مشكلةٍ صحيةٍ في الفترة ما بين أيلول 2019 – أيلول 2020.

معايير الإدخال في الدراسة:

- موافقة المرأة
- العمر ≤ 15 سنة

معايير الاستبعاد من الدراسة:

- أمراض مزمنة
- إنتان في الجاز البولي قيد العلاج
- الحوامل
- رفض المشاركة في البحث

مواد وطريقة إجراء الدراسة:

كانت جميع المشاركات في هذه الدراسة على درايةٍ تامةٍ بالإجراء وقد تمّ أخذ موافقتهنّ الخطية المستنيرة على المشاركة في البحث بعد تلقي المعلومات الكافية.

من أجل جمع البيانات، استخدمنا استبياناً مع أسئلةٍ حول الأعراض البولية وتم تصنيف المشاركات في البحث إلى ثلاث مجموعات تضمّنت ما يلي:

- **السلس البولي الجهدي (SUI):** تمّ تعريفهُ بأنه فقدان البول أثناء المجهود مثل السعال و/أو الضحك و/أو حمل الوزن.
- **السلس البولي الإلحاحي (UUI):** عندما تُبلغ المرأة عن فقدان البول المرتبط بإلحاح التبول.
- **السلس البولي المختلط (MUI):** عندما تبلغ المرأة عن فقدان البول أثناء المجهود المترافق بسلس الإلحاح أو التبول العاجل (رغبة ملحة للتبول)، تكرار التبول (عدد مرات التبول في اليوم)، عسر التبول (ألم عند التبول)، والتبول الليلي (أكثر من مرتين في الليل).

تضمنت القصة التوليدية ما يلي:

- عدد الحمول
- نوع الولادة (قيصرية فقط، مهبلية فقط، مهبلية وقيصرية)
- وجود مخاض قبل الولادة القيصرية

المتغيرات الأخرى التي تم فحصها هي:

- العمر
- مشعر كتلة الجسم (BMI)
- التدخين

الطرق الإحصائية المتبعة:

أجري التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (النسخة 20) (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) و كذلك برنامج Excel 2010. تم اعتبار القيمة التنبؤية الأقل من 0.05 (P value < 0.05) هامّةً إحصائياً.

بالنسبة لاختبار العلاقات الإحصائية والمقارنة بين مجموعات البحث، قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية التالية: اختبار كاي مربع (chi-square) و التعبير عنه بـ " X^2 " لمقارنة المتغيرات الفئوية ذات التوزع الطبيعي .نسبة الأرجحية مع فواصل ثقة 95% لتأثير نوع الولادة على السلس البولي.

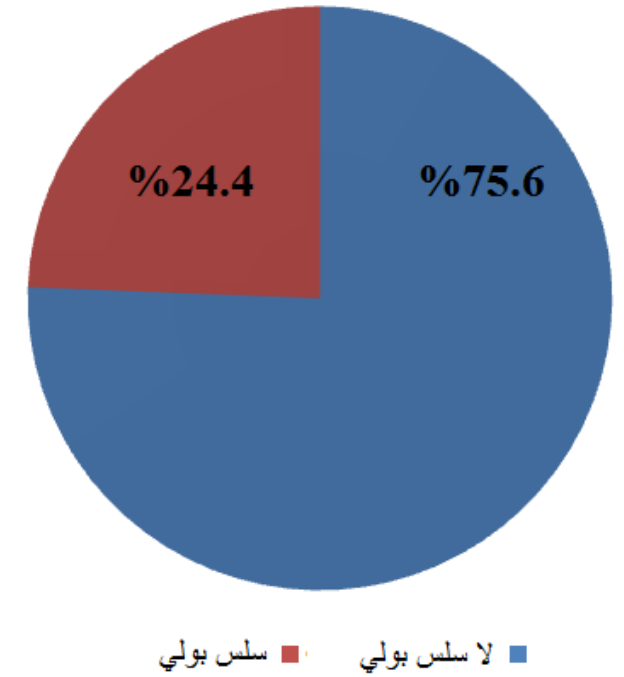
النتائج والمناقشة

النتائج:

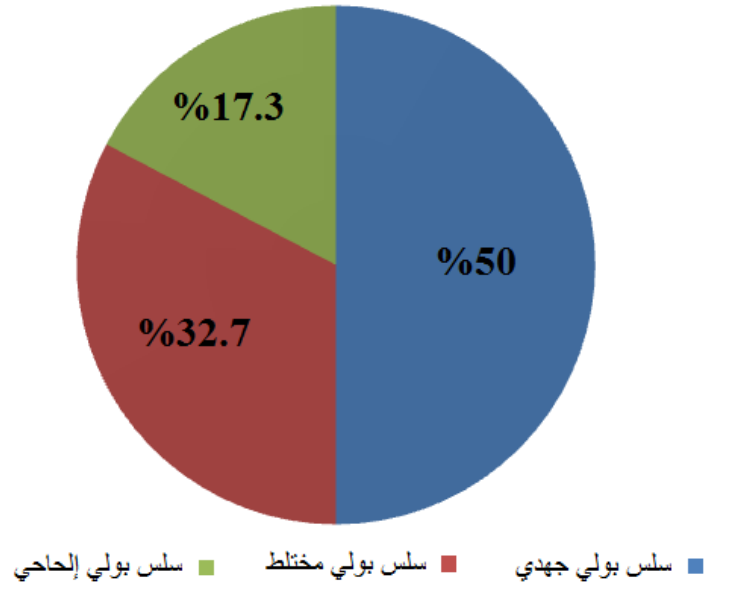
من بين 450 امرأة تمّت مقابلتهن، اشتكت 110 نساء (24.4%) من نوعٍ من السلس البولي (الشكل 1).

كان النمط الرئيسي للسلس البولي المبلغ عنه هو السلس البولي الجهدي (SUI)، اشتكت منه نصف النساء (50%) (55 امرأة)، يليه السلس البولي المختلط (36 امرأة بنسبة 32.7%)، والسلس البولي الإلحاحي (19 امرأة بنسبة 17.3%) (الشكل 2).

تمّ استخدام مجموعة النساء اللواتي لم يكن لديهن شكوى سلس بولي كمجموعة شاهد لمقارنة المتغيرات المختلفة التي تم تحليلها حسب نمط السلس البولي. من بين جميع العوامل التي تم تحليلها، لاحظنا أنّ العمر بين 31 و 60 سنة، مشعر كتلة الجسم (BMI) $\leq$ 30 كغ/م^2، وسوابق حمل واحد على الأقل قد أظهرت ارتباطاً إيجابياً بالسلس البولي الجهدي (SUI) (الجدول 1).



الشكل (1): توزّع النساء في البحث حسب وجود السلس البولي



الشكل (2): توزّع مريضات السلس البولي في البحث حسب نمط السلس البولي

الجدول (1): العوامل المترافقة مع السلس البولي الجهدي				
العوامل	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة 95%	P-value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس بولي جهدي (55 امرأة)			
الفئة العمرية					
15 – 30 سنة	159 (46.7%)	5 (9.1%)	الفئة المرجعية		
31 – 40 سنة	70 (20.5%)	17 (30.9%)	7.7	21.7 – 2.7	0.0001
41 – 50 سنة	52 (15.2%)	20 (36.4%)	12.3	34.2 – 4.3	<0.001
51 – 60 سنة	35 (10.3%)	10 (18.1%)	9	28.2 – 2.9	0.001
≤ 60 سنة	24 (7%)	3 (5.5%)	3.9	17.7 – 0.9	0.07
BMI					
<30 كغ/م^2	289 (85%)	34 (61.8%)	الفئة المرجعية		
≤ 30 كغ/م^2	51 (15%)	21 (38.2%)	3.5	6.5 – 1.8	0.0001
التدخين					
لا	217 (63.8%)	26 (47.3%)	الفئة المرجعية		
نعم	123 (36.2%)	29 (52.7%)	1.9	3.5 – 1.1	0.054
عدد الحمول السابقة					
0	77 (22.6%)	2 (3.6%)	الفئة المرجعية		
2-1	119 (35%)	26 (47.3%)	8.4	36.4 – 1.9	0.004
≤ 3	144 (42.4%)	27 (49.1%)	7.2	31.1 – 1.6	0.008

في السلس البولي الإلحاحي، لم يكن هناك ارتباط هام إحصائياً مع أيٍّ من المتغيرات التي تم تحليلها (الجدول 2).

الجدول (2): العوامل المترافقة مع السلس البولي الإلحاحي					
العوامل	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة %95	P–value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس بولي إلحاحي (19 امرأة)			
الفئة العمرية					
15 – 30 سنة	159 (%46.7)	8 (%42.1)	الفـــئة المرجعـية		
31 – 40 سنة	70 (%20.5)	2 (%10.3)	0.5	2.7 – 0.11	0.481
41 – 50 سنة	52 (%15.2)	3 (%15.7)	1.1	4.5 – 0.3	0.844
51 – 60 سنة	35 (%10.3)	3 (%15.7)	1.12	4.4 – 0.28	0.865
≤ 60 سنة	24 (%7)	1 (%5.2)	0.8	6.9 – 0.09	0.861
BMI					
<30 كغ/م^2	289 (%85)	18 (%94.8)	الفـــئة المرجعـية		
≤ 30 كغ/م^2	51 (%15)	1 (%5.2)	0.3	2.4 – 0.04	0.265
التدخين					
لا	217 (%63.8)	10 (%52.4)	الفـــئة المرجعـية		
نعم	123 (%36.2)	9 (%47.6)	1.85	4 – 0.62	0.328
عدد الحمول السابقة					
0	77 (%22.6)	2 (%10.3)	الفـــئة المرجعـية		
2–1	119 (%35)	8 (%42.1)	2.58	12.5 – 0.5	0.236
≤ 3	144 (%42.4)	9 (%47.6)	2.4	11.4 – 0.5	0.269

في السلس البولي المختلط (SUI و UUI معاً)، لوحظ ارتباط كبير مع العمر فوق 60 سنة، BMI ≤ 30 كغ/م^2، ووجود سوابق ≤ 3 حمول (الجدول 3).

الجدول (3): العوامل المترافقة مع السلس البولي المختلط					
العوامل	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة 95%	P-value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس بولي مختلط (36 امرأة)			
الفئة العمرية					
15 – 30 سنة	159 (46.7%)	4 (11.1%)	الفـــئة المرجعـية		
31 – 40 سنة	70 (20.5%)	2 (5.5%)	1.13	6.3 – 0.2	0.88
41 – 50 سنة	52 (15.2%)	7 (19.4%)	5.3	19 – 1.5	0.0009
51 – 60 سنة	35 (10.3%)	17 (47.2%)	19.3	60.9 – 6.1	<0.0001
≤ 60 سنة	24 (7%)	6 (16.8%)	9.9	37.8 – 2.6	0.0008
BMI					
<30 كغ/م^2	289 (85%)	22 (61.1%)	الفـــئة المرجعـية		
≤ 30 كغ/م^2	51 (15%)	14 (38.9%)	3.6	7.5 – 1.7	0.0006
التدخين					
لا	217 (63.8%)	18 (50%)	الفـــئة المرجعـية		
نعم	123 (36.2%)	18 (50%)	1.76	3.5 – 0.88	0.106
عدد الحمول السابقة					
0	77 (22.6%)	2 (5.5%)	الفـــئة المرجعـية		
2-1	119 (35%)	8 (22.3%)	2.58	12.5 – 0.5	0.236
≤ 3	144 (42.4%)	26 (72.2%)	6.95	30 – 1.6	0.009

عندما تمّت مقارنة أنماط السلس البولي وفقاً لنمط الولادة:

- ترافقت الولادة المهبلية فقط (نسبة أرجحية 8.9، فاصل ثقة 95%: 2.1 – 37.9، P=0.003) أو الولادة القيصرية التي سبقتها تقلصات رحمية (نسبة أرجحية 8.3، فاصل ثقة 95%: 1.6 – 41.1، P=0.009) مع السلس البولي الجهدي (SUI) كما هو موضّح في الجدول (4).
- لم يكن هنالك ترافق بين طريقة الولادة، بغض النظر عن كونها مسبوقة بتقلصات رحمية أم لا مع السلس البولي الإلحاحي (UUI) كما هو موضّح في الجدول (5).

- ترافقت الولادة المهبلية فقط (نسبة أرجحية 7.16، فاصل ثقة 95%: 1.6 – 30.6، P=0.007) مع السلس البولي المختلط (MUI) كما هو موضّح في الجدول (6).

الجدول (4): تأثير نوع الولادة على السلس البولي الجهدي					
نوع الولادة	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة 95%	P-value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس جهدي (55 امرأة)			
لا ولادة	77 (22.6%)	2 (36.3%)	الفـــــئة المرجعـــية		
مهبلية فقط	172 (50.6%)	40 (72.7%)	8.9	37.9 – 2.1	0.003
قيصرية فقط	91 (26.8%)	13 (23.6%)	5.5	25.1 – 1.2	0.056
قيصرية مع تقلصات	37 (10.8%)	8 (14.5%)	8.3	41.1 – 1.6	0.009
قيصرية بدون تقلصات	54 (16%)	5 (9.1%)	3.56	19 – 0.66	0.137

الجدول (5): تأثير نوع الولادة على السلس البولي الإلحاحي					
نوع الولادة	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة 95%	P-value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس إلحاحي (19 امرأة)			
لا ولادة	77 (22.6%)	2 (10.5%)	الفـــــئة المرجعـــية		
مهبلية فقط	172 (50.6%)	11 (58%)	2.46	11.3 – 0.5	0.248
قيصرية فقط	91 (26.8%)	6 (31.5%)	2.53	12.9 – 0.49	0.262
قيصرية مع تقلصات	37 (10.8%)	4 (21%)	4.16	23.7 – 0.72	0.108
قيصرية بدون تقلصات	54 (16%)	2 (10.55)	1.42	4.3 – 0.19	0.72

الجدول (5): تأثير نوع الولادة على السلس البولي المختلط					
نوع الولادة	المجموعة		نسبة الأرجحية	فاصل ثقة 95%	P-value
	لا سلس بولي (340 امرأة)	سلس مختلط (36 امراة)			
لا ولادة	77 (22.6%)	2 (5.5%)	الفـــــئة المرجعـــية		
مهبلية فقط	172 (50.6%)	32 (89%)	7.16	30.6 – 1.6	0.007
قيصرية فقط	91 (26.8%)	2 (5.5%)	0.84	6.1 – 0.11	0.86
قيصرية مع تقلصات	37 (10.8%)	1 (2.77%)	1	11.8 – 0.09	0.974
قيصرية بدون تقلصات	54 (16%)	1 (2.77%)	0.7	8.06 – 0.06	0.784

المناقشة:

إنّ السلس البولي مشكلة شائعة تصيب النساء قبل وبعد سن اليأس. تترافق بفقدان الاستقلالية وانخفاض جودة الحياة، ممّا يحدُّ من مشاركة المرأة في الأنشطة المنزلية والاجتماعية. تختلف بيانات انتشار السلس البولي الجهدي (SUI) اختلافاً كبيراً، اعتماداً على الفئة العمرية وخصائص السكان ومعايير التشخيص المستخدمة. وهي تتراوح من 12 إلى 56% [10] [11] [12]. كان فهم طبيعة السلس البولي والعوامل المرتبطة به مع التركيز على طريقة الولادة هو الهدف من هذه الدراسة.

من بين 450 امرأة تمّت مقابلتهن، اشتكت 110 نساء (24.4%) من نوعٍ من السلس البولي. من بين أنواع السلس البولي، كان النوع الأكثر شيوعاً في هذه الدراسة هو السلس البولي الجهدي (SUI)، الذي أبلغ عنه نصف النساء اللواتي اشتكين من السلس البولي، يليه السلس البولي المختلط (MUI) حيث أبلغ عنه قرابة ثلث النساء (32.7%) وجد السلس البولي لإلحاحي لدى 17.3% من النساء اللواتي أبلغن عن سلس بولي.

في دراسة (Gyhagen et al) [13] في السويد عام 2019، بلغت نسبة انتشار السلس البولي لدى عموم النساء 31.1%. كان السلس البولي الجهدي هو النمط الأكثر شيوعاً للسلس البولي بنسبة 42.3% من اللواتي اشتكين من سلس بولي، يليه السلس البولي المختلط بنسبة 39.7% والسلس البولي الإلحاحي بنسبة 18%.

في دراسة (El-Azab et al) [14] في مصر عام 2007، بلغت نسبة انتشار السلس البولي لدى عموم النساء 54.8%. كان السلس البولي المختلط هو النمط الأكثر شيوعاً للسلس البولي بنسبة 45.6% من اللواتي اشتكين من سلس بولي، يليه السلس البولي الإلحاحي بنسبة 27.3% والسلس البولي الجهدي بنسبة 27.1%.

من بين العديد من العوامل التي يمكن أن ترتبط بانتشار السلس البولي، لم يكن للتدخين ارتباط كبير في هذه الدراسة. تتفق دراستنا في هذه النتيجة مع العديد من الدراسات العالمية مثل دراسة (Borges et al) [15] في البرازيل عام 2010.

كانت العوامل التي ترافقت بشكل هام إحصائياً مع السلس البولي الجهدي (SUI) هي العمر بين 31 و60 سنة، البدانة (أي مشعر كتلة الجسم ≤ 30 كغ/م^2)، وسوابق حمل واحد على الأقل. كانت النسبة الأكبر من مريضات السلس البولي في العقد الخامس من العمر (36.4%). على خلاف نتائج دراسة (El-Azab et al) [14] حيث كانت النسبة الأكبر من مريضات السلس البولي الجهدي في العقد الثالث من العمر (44.5%).

زادت وجود سوابق ولادة مهبلية فقط من خطر السلس البولي الجهدي بنسبة أرجحية 8.9، فاصل ثقة 95%: 2.1 – 37.9، (P=0.003). وكذلك زادت الولادة القيصرية التي سبقتها تقلصات رحمية من خطر السلس البولي الجهدي بنسبة أرجحية 8.3.

تتفق نتائج دراستنا مع نتائج معظم الدراسات العالمية التي أظهرت أنّ الولادة المهبلية أو الولادة القيصرية التي تسبقها تقلصات رحمية تزيد من خطر السلس البولي الجهدي. في دراسة (Borges et al) [15] زاد وجود سوابق ولادة مهبلية فقط من خطر حدوث SUI بنسبة أرجحية 8.53، وزادت الولادة القيصرية التي سبقتها تقلصات رحمية من خطر السلس البولي الجهدي بنسبة أرجحية 11.79. وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Faundes et al) [16] ودراسة (Herrmann et al) [17].

في السلس البولي الإلحاحي، لم يكن هناك ارتباط هام إحصائياً مع أيٍّ من المتغيرات التي تم تحليلها، ولم يكن هنالك ترافق بين طريقة الولادة، بغض النظر عن كونها مسبوقة بتقلصات رحمية أم لا مع السلس البولي الإلحاحي (UUI). تتفق نتائجنا مع نتائج دراسة (Borges et al) [15]. ومع ذلك، لاحظت دراسات سابقة مثل دراسة (Stewart et al) [18] في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2003 زيادةً في انتشار السلس البولي الإلحاحي (UUI) مع تقدّم العمر، من 2% إلى 19%، مع ارتفاع ملحوظ في النساء اللواتي تزيد أعمارهنّ عن 44 سنة.

في السلس البولي المختلط (SUI وUUI معاً)، لوحظ ارتباط كبير مع العمر فوق 60 سنة، BMI ≤ 30 كغ/م^2، ووجود سوابق ≤ 3 حمول. ترافقت الولادة المهبلية فقط مع نسبة أرجحية 7.16، فاصل ثقة 95%: 1.6 – 30.6، P=0.007) لحدوث السلس البولي المختلط (MUI).

أي أشارت نتائج دراستنا إلى أنّه فيما يتعلق بطريقة الولادة، كان هناك خطر أكبر لحدوث السلس البولي الجهدي والسلس البولي المختلط عند وجود سوابق ولادة مهبلية فقط. كان من المثير للاهتمام ملاحظة ارتفاع خطر الإصابة بالسلس البولي الجهدي لدى السيدات اللواتي ولدن بقيصريةٍ مسبوقةٍ بمخاض. تتفق نتائجنا مع نتائج دراسة (Borges et al) [15] لاحظت دراسة (Meyer et al) [19] انخفاض معدل انتشار السلس البولي الجهدي في النساء الخاضعات للولادة القيصرية الانتخابية، مقارنة باللواتي خضعن لولادة مهبلية عفوية، وولادة مهبلية باستخدام الملقط (3%، 21%، و36% على الترتيب).

أظهرت العديد من الدراسات مثل دراسة (Faundes et al) [16] ودراسة (Herrmann et al) [17] حدوثاً أكبر للسلس البولي الجهدي في النساء الخاضعات للولادة المهبلية بالمقارنة مع العملية قيصرية، وفرق أكبر فيما يتعلق بالخروسات. ومع ذلك، في هذه الدراسات، لم يتم تقييم تقلصات المخاض قبل العملية القيصرية، مما قد يبرر بالتأكيد الاختلافات الموجودة.

من المعروف أن المخاض بحدّ ذاته يمكن أن يسبب تغيرات في ستاتيكية (static) قاع الحوض، بغض النظر عن طريقة الولادة، والتي تعتبر أحد العوامل المسببة الرئيسية المرتبطة بالسلس البولي الجهدي [20].

هناك جدلٌ حول ما إذا كان الحمل وحده سيكون سببًا كافياً للتسبب في اضطراباتٍ قد تسبب السلس البولي. ومع ذلك، فمن المعروف أن العديد من النساء تظهر عليهن هذه الأعراض أثناء الحمل ولا يبلغن عنها بعد الولادة. قد تكون هؤلاء النساء أكثر عرضة للإصابة بسلس البول في المستقبل.

الاستنتاجات والتوصيات

- سمحت لنا نتائج الدراسة الحالية باستنتاج أن انتشار السلس البولي مرتفع بين النساء وأنّ السلس البولي الجهدي (SUI) يؤثر بشكل خاص على النساء اللواتي لديهن سوابق للولادة، حتى لو كانت عملية قيصرية، يبدو أن المخاض هو العامل الرئيسي المرتبط بهذه الشكوى .
- من الضروري إجراء مزيد من الدراسات لتأكيد هذه البيانات، وخاصة لتقييم العوامل الأخرى المرتبطة بالولادة، والتي يمكن أن تسهم في تطور سلس البول.
- من الضروري تحديد الاستراتيجيات الممكنة لمنع أو تقليل هذه المشكلة المهمة التي تؤثر على النساء.

Reference

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al., International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn 2010;29:4–20.
2. Agarwal A, Eryuzlu LN, Cartwright R, et al. What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and populationlevel perspectives for both men and women. Eur Urol 2014; 65:1211–7.
3. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ 2014; 349:g4531.
4. Contreras Ortiz O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. Int J Gynaecol Obstet. 2004;86 Suppl 1:S6-16.
5. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. Am J Obstet Gynecol. 2006; Feb; 194(2):339-45.
6. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med. 2008; Mar 6; 358(10):1029-36.
7. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. Womens Health (Lond Engl). 2013; May;9(3):265-77.
8. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. A comparison of long-term consequences of vaginal delivery vs caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. BJOG 2013;120: 1548–55.
9. Al-Mukhtar Othman, Åkervall S, Milsom I, Gyhagen M. Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. Am J Obstet Gynecol 2017;216:149.e1–11.
10. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol. 1991;146(5):1255-9.

11. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int. 2002;89(1):61-6.
12. Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;107(2):201-4.
13. Gyhagen M, Åkervall S, Molin M, Milsom I. The effect of childbirth on urinary incontinence: a matched cohort study in women aged 40-64 years. Am J Obstet Gynecol. 2019 Oct;221(4):322.e1-322.e17.
14. Ahmed S. El-Azab,1* Eman M. Mohamed,2 and Hanaa I. Sabra. The Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Its Influence on the Quality of Life Among Egyptian Women. Neurourology and Urodynamics 26:783–788 (2007)
15. João Bosco Ramos Borges et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. einstein. 2010; 8(2 Pt 1):192-6.
16. Faúndes A, Guarisi T, Pinto-Neto AM. The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section. Int J Gynaecol Obstet. 2001;72(1):41-6.
17. Herrmann V, Scarpa K, Palma PC, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009;20(3):281-8.
18. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Urol. 2003;20(6):327-36.
19. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. Obstet Gynecol. 1998;92(4 Pt 1):613-8.
20. Teleman PM, Gunnarsson M, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. Urethral pressure changes in response to squeeze: a population-based study in healthy and incontinent 53- to 63-year-old women. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(4):1100-5.