مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۰
دوره سوم، شماره ۴، صفحات ۱۴۴-۱۳۹

Journal of North Khorasan University of Medical Scienc
Winter 2011
Vol 3, Issue 4, Page 139-144

یافته های یورودینامیک در مردان جوان با علائم سیستم ادراری تحتانی

حسین کرمی[۱]، رضا ولی پور[۲]، بابک جوانمرد[۲]، رضا محمدی[۲]، محمد محسن مظلوم فرد[۲]، علیرضا گلشن[۳*]، بهزاد لطفی[۲]، علیرضا باقر تبریزی[۲]، امین حسن زاده حداد[۲]، محمد یعقوبی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: بررسی فراوانی یافته های غیر طبیعی در مردان جوان با علائم مزمن سیستم ادراری تحتانی (علائم انسدادی و تحریکی مزمن).

مواد و روش کار: ما در این مطالعه ۴۵۶ مرد (۱۸ تا ۴۰ ساله) با علائم تحریکی و انسدادی ادراری مزمن را تحت بررسی قرار دادیم. بیماران با سابقه بد خیمی های ادراری تناسلی، بیماری های نورولوژیک، تروما یا تنگی مجرای ادراری، عفونت حادادراری، بیماری ارولوژیک مادر زادی و دیابت شیرین از مطالعه خارج شدند. بیماران بر اساس تشخیص های یورودینامیک طبقه بندی شدند.

یافته ها: میانگین سن بیماران ۵/۹ ±۲۵/۸ سال و میانگین طول مدت علائم ۳/۲ ±۱۲/۳ ماه بود. مشاهدات یورودینامیک عبارت بودند از اختلال عملکرد گردن مثانه در ۹۶ بیمار (۲۱٪)، اختلال ادرار کردن در ۶۹ بیمار (۱۵/۱٪) میانگین باقیمانده ادرار در بیماران با فعالیت کاهش یافته دترسور همراه با حجم پذیری کم مثانه بیش از سایر گروه ها بود. پروستاتیت مزمن در بیماران با یورودینامیک طبیعی بیش از سایر گروه ها مشاهده شد.

نتیجه گیری: علائم و تست های غیر تهاجمی در بیماران با علائم انسدادی و تحریکی مزمن ادراری مفید واقع میشود وبه این ترتیب بررسی یورودینامیک مثانه جهت این موارد میتواند به کار رود.

واژه های کلیدی: تست یورودینامیک، سیستم ادراری تحتانی، پروستاتیت مزمن

۱- دانشیار اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- دستیار اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- استادیار اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
*نویسنده مسئول: بجنورد، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تلفن:۰۵۸۴-۲۲۴۷۱۲۴ پست الکترونیک:golshanalireza@yahoo.com
تاریخ دریافت:۹۰/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۱۷

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

علائم سیستم ادراری تحتانی در مردان جوان نسبتا شایع است. بسیاری از مردان جوان که با علائم تحریکی یا انسدادی مزمن ادراری مراجعه می کنند اغلب به طور اشتباه به عنوان پروستاتیت مزمن یا پروستادنیا (prostadynia) تشخیص داده می شوند[۳-۱] اغلب این افراد به طور تجربی و مدت های طولانی تحت درمان با آنتی کولنرزیکها و بلوک کننده های آلفا بدون نتایج رضایت بخش قرار گرفته که در نهایت منجر به نا امیدی پزشک و بیمار می گردد[۴-۱].

محققین متعددی اختلال ادرار کردن (dysfunctional voiding) در مردان جوان و ارتباط آن با علائم سیستم ادراری تحتانی و درد لگنی را گزارش نموده اند[۳-۶،۵،۲]. اختلال در ادرار کردن[۷]، بیش فعالی دترسور (عضله صاف مثانه) و کاهش قدرت انقباضی دترسور [۸] به عنوان عللی برای علائم سیستم ادراری تحتانی و در مردان جوان ذکر شده است. در بسیاری از این مطالعات بر اهمیت انجام یورودینامیک در بررسی های تشخیصی مردان جوان با علائم انسدادی و تحریکی مزمن تاکید نموده اند. [۲،۶،۷]. با این وجود تشخیص یورودینامک ارتباط آن با تست 4-glass(تست نشان دهنده التهاب و عفونت پروستات) و علائم انسدادی و تحریکی مزمن تا کنون در مطالعه ای مو رد بررسی قرار نگرفته است. در این تحقیق ما گروهی از مردان جوان با علائم انسدادی و تحریکی مزمن را مورد مطالعه قرار دادیم تا شیوع انواع مختلف یافته های غیر طبیعی یورودینامیک ونیز موارد مثبت تست 4-glass(پروستاتیت مزمن) را در این افراد ارزیابی کنیم.

پس از اخذ شرح حال بیماران تحت معاینه دقیق ارولوژی قرار گرفتند. سایر بررسی ها عبارت بودند از IPSS (جدول نمرگذاری بزرگی خوشخیم پروستات)، رنوسونوگرافی، TRUS(اولترا سونوگرافی از راه مقعد)، تست 4-glass، یوروفلومتری و تست یورودینامیک. بیمارانی که کاتتر یورودینامیک از مجرای آنان عبور نکرد یا BOOI (گردن مثانه) انسدادی داشتند تحت سیستوسکوپی(اندوسکوپی مثانه) قرار گرفتند. تست 4-glass شامل (VB 1)و (VB 2) و(EPS) و (VB 3) بود که هر نمونه جهت کشت و سیتولوژی ارسال شد. تست4-glass مثبت به صورت wbc>5 در EPS یا نمونه VB3 در نظر گرفته شد.

روش کار

ما ۴۵۶ مرد با سن ۱۸ تا ۴۰ سال با علائم مزمن انسدادی و تحریکی را که تحت درمان قرار نگرفته بودند (و حد اقل ۳ ماه علامت دار بودند) به صورت گذشته نگر تحت بررسی قرار دادیم. بیش فعالی دترسور یک مشاهده یورودینامیک است که با انقباضات غیر عادی در طی فاز پر شدن مثانه تعریف میشود که میتواند خود به خودی یا بر انگیخته باشد [۹]. حجم پذیری کم مثانه به صورت کمتر از 12.5 ml/cmH20 تعریف میگردد [۱۰]. اختلال ادرار کردن به صورت جریان ادرار منقطع و یا نوسانی به علت انقباضات غیر ارادی متناوب عضلات مخطط اطراف مجرای ادرار در افراد بدون مشکل زمینه ای نورولوژیک خاص تعریف می شود [۹]. دترسور بدون فعالیت انقباضی حالتی است که در طی آن فرد در طی آزمون یورودینامیک قادر به منقبض کردن مثانه نیست [۹].بزرگی پروستات با انجام سونوگرافی پروستات از طریق مقعد (TRUS) رد شد. دیس سینرژی اسفنکتر مخطط با یافته های یورو دینامیک کنار گذاشته شد. P value کمتر از۵ ۰/۰٪ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن بیماران ۵/۹ ±۲۵/۸ سال (۱۸ تا ۴۰ سال) و میانگین طول دوره علائم ۳/۲ ±۱۲/۳ ماه (۳ تا ۱۸/۵) بود. میانگین IPSS ۷/۶ ±۱۹/۸ (۳۵-۲) با تحریکی۲/۱ ±۸/۷ و انسدادی ۲/۸ ±۱۱/۱ بود. در مطالعات یورودینامیک اختلال بدین ترتیب بود: اختلال عملکرد گردن مثانه در ۹۶ مورد (۲۱٪)، اختلال در ادرار کردن در ۶۹ مورد (۱۵/۱٪)، بیش فعالی دترسور در ۶۲ مورد(۲۱٪)، گنجایش پایین مثانه در ۴۹ مورد (۱۰/۷٪) و دترسور بدون فعالیت انقباضی در ۴۸ مورد(۱۰/۵٪)، فعالیت کاهش یافته دترسور در ۱۱ مورد (۲/۴)، حجم پذیری کم مثانه در ۱۸ مورد (۳/۹٪) و تست یورودینامیک طبیعی در ۸۵ مورد (۱۸/۶٪) مشاهده شد. جدول ۱

تفاوت معنی داری در یافته های یورودینامیک در افراد کمتر و مساوی ۳۰ سال با افراد بالاتر از ۳۰ سال یافت نشد.(۰/۱۷٪) میانگین اندازه پروستات در TRUS ۲/۸ ±۱۳/۱ میلی لیتر بود. هیچگونه ارتباط آماری معنی داری میان IPSS، علائم تحریکی، علائم انسدادی، اندازه پروستات با یافته های تست یورودینامیک گروههای مختلف و موارد طبیعی یافت نشد. پروستاتیت مزمن در بیماران با یورو دینامیک طبیعی بیش از سایر گروه ها بود. تست 4-glass در ۹۲ نفر مثبت بود (دارای پروستاتیت مزمن بودند) که ۵۰ مورد آن ها (۵۸/۸٪) تست یورودینامیک طبیعی داشتند (جدول ۲).

از میان ۳۶۴ بیمار (۸۹/۹٪ کل بیماران) که پروستاتیت مزمن نداشتند، ۳۵ نفر(۹/۶٪) یافته یورودینامیک طبیعی داشتند (P<0/01). درد پرینه، کشاله ران، کمر، سوپرا پوبیک، بیضه و لگن در ۲۲۵ نفر (۴۹/۳٪) از بیماران وجود داشت. این درد در ۴۳ فرد (۵۰/۵٪) با یورودینامیک طبیعی وجود داشت. ارتباط معنی داری میان گروه های یافته غیر طبیعی یورودینامیک وافراد با یافته های نرمال نبود.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱: نتایج اطلاعات فردی و یورودینامیک در ۴۵۶ مرد با LUTS مزمن

	یافته های یورو دینامیک غیر طبیعی					یافته های یورودینامیک خالص				
	SSC	US	BND	UD	DV	AD	LCO	DOA	LCO+SSS
تعداد	(٪۰/۵)۲	(٪۲۱)۹۶	(٪۴/۲)۱۱	(٪۱۱/۱۵)۶۹	(٪۱۰/۷)۴۹	(۱۰/۵)۴۸	(٪۳/۹)۱۸	(٪۱۳/۶)۶۲	(٪۱)۵
سن	۲۵/۱±۵/۶ (۱۸-۳۹)	۲۶/۱± ۶ (۱۹-۴۰)	۲۵/۳± ۶/۱ (۱۹-۳۸)	۲۵/۶± ۵/۹ (۱۸-۴۰)	۲۶/۱±۵/۶ (۱۹-۳۸)	۲۵/۷± ۵/۸ (۱۸-۴۰)	۲۶/۲± ۶/۱ (۱۸-۴۰)	۲۵/۲± ۵/۸ (۱۸-۶۳)	۲۵/۸± ۶/۱ (۱۹-۳۹)
IPSS	۲۰± ۷/۳ (۵-۳۴)	۲۰/۳± ۷/۳ (۳-۳۵)	۱۹/۳± ۸/۱ (۳-۳۴)	۲۰/۱± ۹/۶ (۳-۳۴)	۲۰/۲± ۷/۴ (-۳۵)	۱۹/۹± ۶/۹ (۳-۳۵)	۲۰/۲± ۷/۳ (۴-۴۳)	۲۰/۱± ۷/۴ (۴-۳۵)	۱۹/۷± ۷/۵ (۴-۳۳)
علائم تحریکی	۸/۳± ۲/۶ (۳-۱۵)	۸/۴± ۲/۴ (۱-۱۵)	۸/۹± ۲ (۱-۱۵)	۹/۶± ۲/۱ (۲-۱۵)	۸/۹± ۲/۲ (۲-۰۱۵	۸/۹± ۲/۲ (۲-۱۵)	۸/۶± ۲/۳ (۲-۱۴)	۸/۵± ۲/۴ (۲-۱۵)	۸/۶± ۲/۲ (۲-۱۵)
علائم انسدادی	۱۱/۲± ۳ (۳-۱۹)	۱۰/۹± ۳ (۲-۱۹)	۱۰/۹±۳ (۹-۱۹)	(۱۰/۸± ۳/۳ (۱-۲۰)	۱۱± ۳/۲ (۱-۲۰)	۱۰/۹± ۳/۱ (۱-۲۰)	۱۰/۸± ۲/۸ (۲-۲۰)	۱۰/۹± ۲/۹ (۲-۲۰)	۱۱± ۷/۲ (۲-۱۸)
درد	(۵۰)۱	(۴۸/۹)۴۷	(۵۴/۵)۶	(۴۸/۹)۲۴	(۵۰)۹	(۴۷/۹)۲۳	(۵۰)۹	(۴۸/۳)۳۰	(۴۰)۲
سایز پروستات (mm)	۱۲/۲± ۳ (۳-۱۹)	۱۲/۹± ۳/۳ (۹/۹-۲۰/۱)	۱۲/۸± ۳/۱ (۱۰/۳-۲۰/۹)	(۱۰/۲۱۰۱/۹)	۱۲۳/۸±/۶ (۹/۹-۲۲/۱)	۱۲/۷± ۴/۳ (۹/۸-۲۳/۱)	۱۲/۹± ۳/۱ (۱۰/۱-۲۱/۸)	۱۲/۴± ۳/۳ (۱۰/۸-۲۰/۹)	۱۳/۴± ۳/۱ (۱۰/۹-۲۱/۵)
PVR	۳۵/۵± ۱۸/۱ (-۴۵)	۳۹/۸± ۱۳/۱ (-۴۶)	۱۱۵/۱± ۲۰/۵ (۹۰-۱۴۸)	۳۷/۴± ۱۶/۷ (۵-۴۸)	۶۳/۵± ۱۸/۱ (-۵۰)	۳۸/۳± ۱۴/۱ (-۴۷)	۳۵/۶± ۱۳/۷ (-۴۵)	۳۶/۵± ۱۴/۸ (-۴۶)	۳۶/۱± ۱۳/۷ (-۴۹)
Qmax	۹/۱± ۴/۱ (۷/۱-۱۴/۳)	۹/۳± ۴/۱ (۷/۱-۱۵/۳)	۹± ۳/۹ (۷/۱-۱۴/۹)	۹/۳± ۳/۸ (۷/۳-۱۴/۸)	۱۶/۹± ¾ (۱۵/۱-۲۳/۵)	۹/۱± ۴/۴ (۷/۳-۱۴/۸)	۱۶/۹± ۳/۸ (۱۵/۱-۲۲/۱)	۱۷/۵± ¾ (۱۵/۳-۲۱/۵)	۱۷/۸± ۳/۸ (۱۵/۳-۲۴/۹)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول ۱: نتایج اطلاعات فردی و یوروداینامیک در ۴۵۶ مرد با LUTS مزمن

	یافته های یورو داینامیک غیر طبیعی				
	یافته های یوروداینامیک ترکیبی				
	AD+DOA	SCC+LCO+DOA	LCO+UD	طبیعی	کل
تعداد	(٪۱/۳)۶	(٪۰/۸)۴	(٪۶)۳	(٪۱۸/۶)۸۵	(٪۱۰۰)۴۵۶
سن	۲۵/۹± ۱۶ (۱۹-۳۸)	۲۵/۸± ۵/۹ (۱۸-۴۰)	۲۶± ۵/۷ (۱۸-۳۶)	۲۶± ۵/۸ (۹۰-۴۰)	۲۵/۸± ۵/۹ (۱۸-۴۰)
IPSS	۱۹/۸± ۷/۹ (۳-۳۴)	۱۹/۹± ۶/۷ (۲-۳۴)	۱۹/۲± ۷/۸ (۴-۳۲)	۱۹/۱± ۶/۹ (۴-۳۳)	۱۹/۸± ۷/۶ (۲-۳۵)
علائم تحریکی	۸/۹± ½ (۲-۱۵)	۸/۸± ۲/۳ (۱-۱۴)	۸/۵± ۱/۸ (۲-۱۴)	۸/۶± ۱/۹ (۲-۱۴)	۸/۷± ۲/۱ (۱-۵)
علائم انسدادی	۱۱/۱± ۲/۸ (۱-۱۹)	۱۱± ۳/۱ (۱-۲۰)	۱۱/۳± ۳/۲ (۲/۱۸)	۱۱/۲± ۳/۱ (۲-۱۹)	۱۱/۱± ۲/۸ (۱-۲۰)
درد٪	(۵۰)۳	(۵۰)۲	(۳۳)۱	(۵۰/۵)۴۳	(۴۹/۳)۲۲۵
سایز پروستات(mm)	۱۳/۸± ۲/۹ (۱۰/۸-۲۰/۹)	۱۳/۵± ۲/۸ (۱۰/۳-۲۱/۸)	۱۳/۵± ۲/۶ (۱۰/۵-۲۳/۱)	۱/۴± ۲/۵ (۱۰/۱-۲۱/۳)	۱۳/۱±۲/۸ (۹/۸-۲۳/۱)
PVR	۳۷/۱± ۱۶/۳ (۰-۴۸)	۳۶/۳± ۱۵/۱ (۰-۴۵)	۱۱۳/۱± ۲۰/۱ (۹۳-۱۵۰)	۳۵± ۱۴/۱ (۰-۵۱)	۴۰/۱± ۱/۳ (۰-۱۵۰)
Qmax	۹± ۴/۱ (۷/۵-۱۳/۸)	۱۷/۸± ۳/۹ (۱۵/۱-۲۴/۳)	۹/۳± ۳/۱ (۷/۱-۱۴/۱)	۱۷/۳± ۴/۱ (۱۵/۳-۲۴/۱)	۱۵/۱± ۳/۸ (۷/۱-۲۵/۳)

DOA: بیش فعالی دترسور UD: فعالیت کاهش یافته دترسور LCO: حجم پذیری کم مثانه
SCC: گنجایش پایین مثانه AD : عدم فعالیت انقباضی دترسور DV : اختلال ادرار کردن
BND :اختلال عملکرد گردن مثانه US: تنگی مجرا LUTS: علائم سیستم ادراری تحتانی

جدول ۲: تست 4-glass در مردان با LUTS مزمن

	BND	UD	DV	SCC	AD	LCO	DOA	یافته های یوروداینامیک طبیعی و تنگی مجرا	طبیعی	کل
تعداد بیماران(٪ در تمام بیماران)٪ در هر گروه)	۹۶(۲۱)(۱۰۰)	۴(۱۰۰) ۱۱(۲)	۱(۱۰۰) ۶۹(۱۵	۱۰/۷)(۱۰۰) ۴۹	۱۰/۵)(۱۰۰) ۴۸	۳/۹)(۱۰۰) ۱۸	۱۳/۶)(۱۰۰) ۶۲	۴/۳)(۱۰۰) ۲۰	۱۸/۶)(۱۰۰) ۸۵(	۱۰۰)(۱۰۰) ۴۵۶
EPS+(WBC>5)	۱۴/۱)(۱۳/۵) ۱۳	۱(۱)(۹)	۶(۱۰/۱) ۷(۷/	۶(۶/۵)(۱۲/۲)	۶(۶/۵)(۱۲/۵)	۲/۱)(۱۱/۱) ۲	۷(۷/۶)(۱۱/۲)		/۳))(۵۸/۸) *۵۰(۵۴	۱۰۰)(۲۱/۱) ۹۲(
EPS+(U/C+)	۶(۱۳/۶)(۶/۲)		۸۶)(۴/۳) ۳(	۳(۶/۸)(۶/۱)	۳(۳/۸)(۶/۲)	۱(۲/۲)(۵/۵)	۴(۹)(۶/۴)		/۵)(۲۸/۲)* ۲۴(۵۴	۱۰۰)(۹/۶) ۹۲
VB3+(WBC>5)	۱۴/۱)(۱۳/۵) ۱۳	۱(۱)(۹)	۶)(۱۰/۱) ۷(۷/	۶(۶/۵)(۱۲/۲)	۶(۶/۵)(۱۲/)	۲/۱)(۱۱/۱) ۲	۷(۷/۶)(۱۱/۲)		/۳)(۵۸/۸) *۵۰(۵۴	۱۰۰)(۲۱/۱) ۹۲(
VB3+(U/C+)	۶(۱۳/۶)(۶/۲)		۸۶)(۴/۳) ۳(	۳(۶/۸)(۶/۱)	۳(۶/۸)(۶/۲)	۱(۲/۲)(۵/۵)	۴(۹)(۶/۴)		/۳)(۵۸/۲) *۲۴(۵۴	۱۰۰)(۹/۶) ۴۴

DOA: بیش فالی دترسور UD: فعالیت کاهش یافته دترسور LCO : حجم پذیری کم مثانه
SCC : گنجایش پایین مثانه AD : عدم فعالیت انقباضی دترسور
DV : اختلال ادرار کردن BND :اختلال عملکرد گردن مثانه US : تنگی مجرا
LUTS: علائم سیستم ادراری تحتانی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

بحث

انواع مختلفی از علائم سیستم ادراری شامل علائم تحریکی و یا انسدادی ممکن است در مردان جوان مشاهده شود که می تواند همراه با درد یا ناراحتی لگنی یا بیضه باشد. هرچه این حالت مزمن تر باشد بیماران انواع مختلفی از درمانهای بدون تشخیص خاص را دریافت می کنند. پروستاتیت باکتریال مزمن، پروستاتودنیا و علل روانی ممکن است برای این بیماران مطرح شود بدون اینکه شواهد مشخصی وجود داشته باشد. با این وجود اخیرا محققین بر روی اختلالات ادرار کردن به عنوان علت علائم سیستم ادراری تحتانی و درد لگنی در مردان جوان تاکید نموده اند. استفاده از مطالعا ت یورودینامیک مفصل به عنوان قسمتی از ارزیابی تشخیصی اختلال ادرار کردن در مردان جوان باعث افزایش توجه به این مساله شده و منجر به ایجاد تشخیص های خاص جدید شده است [۱].در بیماران ما اختلال عملکرد گردن مثانه شایع ترین یافته تست یورودینامیک (۲۱٪) بود ما از یورودینامیک، سیستوسکپی و TRUS جهت تعیین اختلال گردن مثانه استفاده کردیم. اختلال گردن مثانه میتواند به طور غیر مستقیم با یافته های تست یورودینامیک انسداد بالینی در عدم حضور تنگی مجرا، بزرگی پروستات و دیس سنرژی اسفنکتر مخطط تشخیص داده شود [۱۱].

علت اصلی این مشکل هنوز مشخص نشده است و تئوری های مختلفی مانند غیر طبیعی قرار گرفتن عضلات گردن مثانه مطرح شد که در ان انقباضات نامنظم دترسور منجر به باریک شدن گردن مثانه و انسداد عملکردی می گردد [۱۳،۱۲،۵و۱۴].اساس درمان آنتاگونیست های آلفا هستند که به نظر میرسد در تعدادی از بیماران باعث بهبودی شده [۱۴و۱۵]. اصلاح قطعی آن در مردان اغلب با انسیزیون گردن مثانه امکان پذیر است [۴،۲و۱۴]. ۱۵/۱٪ از تمام بیماران اختلال در ادرار کردن داشتند. در این حالت که به عنوان دیس سنرژی کاذب شناخته می شود بین دترسور و کمپلکس کف لگن/اسفنکتر خارجی عدم هماهنگی وجود دارد. با این وجود اختلال ادرار کردن به عنوان علتی برای علائم سیستم ادراری، عدم تخلیه کامل ادرار، عفونت های راجعه، بی اختیاری و پروستاتیت مزمن در بالغین گزارش شده است [۱۶،۷،۱و۱۷]. به نظر می رسد بیو فیدبک با آموزش ادرار کردن موثرترین درمان اختلالات ادرار کردن خصوصا در کودکان باشد [۱۸]. موفقیت با بیوفیدبک در بالغین نیز گزارش شده است [۷]. ۱۰/۵٪ از تمام بیماران دترسور بدون فعالیت انقباضی داشتند. در مردان مسن با علائم BPH (بزرگی خوشخیم پروستات) ودر حدود ۴۰-۶۰ ٪ موارد بیش فعالی دترسور وجود دارد [۱۹و۲۰]. اگر چه بیش فعالی دترسور همیشه پس از اصلاح انسداد خروجی مثانه بهبود نمی یابد، داروهای آنتی کلینرزیک می تواند در موارد منتخب جهت رسیدن به بهبود بیشتر علائم به کار رود [۹]. نکته جالبی که در سایر مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته بود عبارت بود از: حجم کم مثانه که در ۱۰/۷٪ بیماران مشاهده شد. نتیجه جالب دیگر وجود یورودینامیک طبیعی در ۱۸/۶٪ از بیماران ما بود. علائم بالینی (IPSS، علائم تحریکی و انسدادی) با تشخیص نهایی تست یورودینامیک ارتباط نداشت. تعداد عمده ای از افرادی که از علائم انسدادی شکایت داشتند، انسداد خروجی مثانه[۱۴].

در مطالعه ما ۲۱/۱٪ تمام بیماران پروستاتیت التهابی یا باکتریال مزمن داشتند. طبق بررسی ما، مطالعه ای که ارتباط میان علائم انسدادی و تحریکی مزمن تست 4-Glassمثبت و یافته های یورودینامیک را تحت بررسی قرار داده باشد مشاهده نشد. در برخی مطا لعات، اتیولوژی سندرم درد مزمن لگنی و اختلال ادرار کردن به صورت نا واضح پروستاتیت مزمن یا یافته غیر طبیعی تست یورودینامیک ذکر شده است [۲۰ و ۲۲].

نتیجه گیری

مردان جوان با علائم سیستم ادراری تحتانی که پروستاتیت مزمن ندارند، اغلب اختلال ادرار کردن انها همراه با یافته های غیر طبیعی در تست یورودینامیک می باشد. اختلال عملکرد گردن مثانه شایعترین این یافته های غیرطبیعی است. تست یورودینامیک در تشخیص دقیق تر علائم انسدادی و تحریکی مزمن کمک کننده است. بنابراین بیماران با علائم انسدادی و تحریکی مزمن وعدم وجود پروستاتیت مزمن جهت تشخیص بهتر اختلال عملکرد مثانه و درمان کامل تر آن باید تحت مطالعات یورودینامک قرار گیرند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]

References

1. Nitti VW, Lefkowitz G, Ficazolla M, “et al”, Lower urinary tractsymptoms in young men:Videourodynamic findings and correlation with noninvasive measures, JUrol 2002;168:135--8.
2. Kaplan SA, Te AE, Jacobs BZ, Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck, J Urol 1994;152:2063.
3. Webster GD, Lockhart JL, Older RA, The evaluation of bladder neck dysfunction, J Urol 1980;123:196.
4. Nickel JC, Prostatitis: Myths and realities, Urology 1998;51:362.
5. Woodside JR, Urodynamic evaluation in dysfunctional bladder neck obstruction in men, J Urol 1980;124:673.
6. Blaivas JG, NorlenLJ, Primary bladder neck obstruction,World JUrol 1984;2:191.
7. Kaplan SA, Santarosa RP, D’Alisera PM, “et al”, Pseudodyssynergia (contractionof the external sphincter during voiding) misdiagnosedas chronic nonbacterial prostatitis and the role of underactive bladder biofeedback as a therapeutic option, J Urol 1997;157:2234.
8. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, “et al”, The standardisation of terminology of lower urinary tract function, The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology, Scand J Urol Nephrol 1988;114:5.
9. Abrams P, Cardozo L, Magnus F, “et al”, The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, Neurourol Urodyn 2002;21:167--78.
10. Wang CC, Yang SSD, Chen YT, “et al”, Videourodynamics identifies the causes of young men with lower urinary tract symptoms and low uroflow, Eur Urol 2003;43:386--90.
11. Wein AJ, Lower urinary tract dysfunction in neurologic injury and disease, In:Wein AJ, Kavousi LR, Navic AC, Partin AW, Peters CA, editors, Campbell-Walsh urology, 9th edition, Philadelphia: Saunders publication; 2007. p. 2039 (chapter59).
12. Turner-Warwick R, Whiteside CG, Worth PHL,” et al”,A urodynamic view of the clinical problems associated with bladder neck dysfunction and its treatment by endoscopic incision and transtrigonal posterior prostatectomy, Br J Urol1973;45:44.
13. Yalla SV, Blute RD, Snyder H,” et al”, Isolated bladder neck obstruction of undetermined etiology

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-02]