



یافته های یوروداینامیک در مردان جوان با علائم مزمун 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 مزمون سیستم ادراری تحتانی (علائم انسدادی و تحریکی مزمون).

مواد و روش کار: ما در این مطالعه ۴۵۶ مرد (۱۸ تا ۴۰ ساله) با علائم تحریکی و انسدادی ادراری مزمون را تحت بررسی قرار دادیم. بیماران با سابقه بد خیمی های ادراری تناسلی، بیماری های نورولوژیک، تروما یا تنگی مجرای ادراری، عفونت حاد ادراری، بیماری ارولوژیک مادر زادی و دیابت شیرین از مطالعه خارج شدند. بیماران بر اساس تشخیص های یوروداینامیک 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 یوروداینامیک عبارت بودند از اختلال عملکرد گردن مثانه در ۹۶ بیمار (۲۱٪)، اختلال ادرار کردن در ۶۹ بیمار (۱۵٪) میانگین باقیمانده ادرار در بیماران با فعالیت کاهش یافته دترسور همراه با حجم پذیری کم مثانه بیش از سایر گروه ها بود. پروستاتیت مزمون در بیماران با یوروداینامیک طبیعی بیش از سایر گروه ها مشاهده شد.

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

واژه های کلیدی: تست یوروداینامیک، سیستم ادراری تحتانی، پروستاتیت مزمون

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

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 نورولژیک خاص تعریف می شود [۹]. دترسور بدون فعالیت انقباضی حالتی است که در طی آن فرد در طی آزمون یورو داینامیک 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 داینامیک کنار گذاشته شد. P value کمتر از ۵٪ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن بیماران $25/8 \pm 5/9$ سال (۱۸ تا ۴۰ سال) و میانگین طول دوره علائم $12/3 \pm 3/2$ ماه (۳ تا ۱۸/۵) بود. میانگین IPSS $7/6 \pm 19/8$ با تحریکی $2/1$ (۲-۳۵) بود. در مطالعات یورو داینامیک 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 یورو داینامیک طبیعی در ۸۵ مورد (٪۱۸/۶) مشاهده شد. جدول ۱

تفاوت معنی داری در یافته های یورو داینامیک در افراد کمتر و مساوی ۳۰ سال با افراد بالاتر از ۳۰ سال یافت نشد (٪۰/۰). میانگین اندازه پروستات در TRUS $2/8 \pm 13/1$ میلی لیتر بود. هیچگونه ارتباط آماری معنی داری میان IPSS، علائم تحریکی، علائم انسدادی، اندازه پروستات با یافته های تست یورو داینامیک گروه های مختلف و موارد طبیعی یافت نشد. پروستاتیت مزمن در بیماران با یورو داینامیک 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 یورو داینامیک طبیعی داشتند (جدول ۲).

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

مقدمه

علائم سیسیتم ادراری تحتانی در مردان جوان نسبتاً شایع است. بسیاری از مردان جوان که با علائم تحریکی یا انسدادی مزمن ادراری مراجعه می کنند اغلب به طور اشتباہ به عنوان پروستاتیت مزمن یا پروستادنیا (prostadiyna) تشخیص داده می شوند [۱-۳] 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 [۱-۴].

محققین متعددی اختلال ادرار کردن (voiding dysfunction) در مردان جوان و ارتباط آن با علائم سیسیتم ادراری تحتانی و درد لگنی را گزارش نموده اند [۲، ۵، ۶-۳]. اختلال در ادرار کردن [۷]، بیش فعالی دترسور (عضله صاف مثانه) و کاهش قدرت انقباضی دترسور [۸] به عنوان علی برای علائم سیسیتم ادراری تحتانی و در مردان جوان ذکر شده است. در بسیاری از این مطالعات بر اهمیت انجام یورو داینامیک در بررسی های تشخیصی مردان جوان با علائم انسدادی و تحریکی مزمن تاکید نموده اند. [۲، ۶، ۷]. با این وجود تشخیص یورو داینامیک ارتباط آن با تست 4-glass (تست نشان دهنده التهاب و اغوفت پروستات) و علائم انسدادی و تحریکی مزمن تاکید نموده اند. در این تحقیق ما گروهی از مردان جوان با علائم انسدادی و تحریکی مزمن را مورد مطالعه قرار دادیم تا شیوه اثناع مختلط یافته های غیر طبیعی یورو داینامیک و نیز 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 نمر گذاری بزرگی خوشخیم پروستات)، رونوگرافی، TRUS (اولترا سونوگرافی از راه مقعد)، تست 4-glass، یورو فلومتری و تست یورو داینامیک. بیمارانی که کاتتر یورو داینامیک از مجرای آنان عبور نکرد یا (گردن BOOI) مثانه انسدادی داشتند تحت سیستو سکوپی (اندو سکوپی VB) مثانه قرار گرفتند. تست 4-glass شامل (VB 1) و (VB 2) و (EPS) و (VB 3) بود که هر نمونه جهت کشش و سیتولوژی ارسال شد. تست 4-glass در EPS و VB 3 مثبت به صورت wbc5 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 گرفته بودند (و حداقل ۳ ماه علامت دار بودند) به صورت گذشته نگر تحت بررسی قرار دادیم. بیش فعالی دترسور یک مشاهده یورو داینامیک است که با انقباضات غیر عادی در طی فاز پر شدن مثانه تعریف می شود که میتواند خود به خودی یا بر انگیخته باشد [۹]. حجم پذیری کم مثانه به صورت کمتر از 12.5 ml/cmH2O تعريف میگردد [۱۰]. اختلال

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

یافته های یورو داینامیک غیر طبیعی

یافته های یورو داینامیک خالص

LCO+SSS	DOA	LCO	AD	DV	UD	BND	US	SSC	تعداد
۱۷/۸±۲/۸ (۱۰-۲۴/۹)	۲۲/۱±۱/۷ (۰-۴/۹)	۱۲/۴±۲/۱ (۱۰-۲۱/۵)	۴۰/۵ (۴-۱۸)	۱۱±۷/۲ (۵-۱۸)	۸/۶±۲/۲ (۴-۱۵)	۱۹/۷±۷/۵ (۱۹-۲۹)	۲۰/۰/۸±۹/۱ (۱۹-۲۹)	۱۹/۷±۷/۵ (۱۹-۲۹)	۱۰/۱/۵
۱۷/۸±۲/۶ (۱۰-۲۱/۵)	۲۲/۵±۱/۸ (۰-۴/۹)	۱۲/۴±۲/۳ (۱۰-۲۰/۹)	۴۸/۳۲۰ (۴-۱۵)	۱۰/۹±۱/۹ (۵-۲۰)	۸/۶±۲/۴ (۴-۱۵)	۲۰/۱±۷/۴ (۴-۲۵)	۲۰/۰/۲±۵/۸ (۱۸-۶۳)	۲۰/۰/۲±۵/۸ (۱۸-۶۳)	۱۰/۰/۵
۱۷/۸±۲/۸ (۱۰-۲۱/۱)	۲۲/۵±۱/۷ (۰-۴/۵)	۱۲/۴±۲/۱ (۱۰-۲۱/۸)	۴۰/۹ (۵-۱۹)	۱۰/۸±۲/۸ (۵-۲۰)	۸/۶±۲/۳ (۴-۱۵)	۲۰/۰/۲±۷/۳ (۴-۴۳)	۲۰/۰/۲±۷/۳ (۱۸-۴۰)	۲۰/۰/۲±۷/۳ (۱۸-۴۰)	۱۰/۰/۵
۹/۱±۴/۴ (۷/۳-۱۴/۸)	۲۲/۸±۱/۴/۱ (۰-۴/۷)	۱۲/۷±۴/۳ (۹/۸-۲۳/۱)	۴۷/۹۵۳ (۴-۱۵)	۱۰/۹±۳/۱ (۱-۲۰)	۸/۹±۲/۲ (۳-۱۵)	۱۹/۹±۶/۹ (۳-۳۵)	۲۰/۰/۷±۵/۸ (۱۸-۴۰)	۲۰/۰/۷±۵/۸ (۱۸-۴۰)	۱۰/۰/۵
۱۷/۹±۲/۶ (۱۰/۱-۲۳/۵)	۲۲/۳±۱/۸/۱ (۰-۴/۰)	۱۲/۳/۸±۴/۶ (۹/۹-۲۲/۱)	۴۷/۹۱۱ (۴-۱۵)	۱۱±۳/۲ (۱-۲۰)	۸/۹±۲/۲ (۳-۱۵)	۲۰/۰/۷±۷/۴ (۳-۳۵)	۲۰/۰/۷±۷/۴ (۱۹-۳۸)	۲۰/۰/۷±۷/۴ (۱۹-۳۸)	۱۰/۰/۵
۹/۳±۲/۸ (۷/۳-۱۴/۸)	۲۲/۷±۱/۶/۷ (۰-۴/۸)	۱۲/۴±۹/۲ (۱۰/۲۱/۱۹)	۴۸/۹۱۴ (۴-۱۵)	۱۰/۸±۳/۳ (۱-۲۰)	۹/۶±۲/۱ (۳-۱۵)	۲۰/۰/۱±۹/۶ (۳-۳۴)	۲۰/۰/۱±۹/۶ (۱۸-۴۰)	۲۰/۰/۱±۹/۶ (۱۸-۴۰)	۱۰/۰/۵
۹/۳±۲/۹ (۷/۱-۱۴/۹)	۲۲/۸±۲/۰/۵ (۰-۴/۸)	۱۲/۸±۲/۱ (۱۰/۲۵-۲۱/۹)	۴۸/۴۵۶ (۴-۱۵)	۱۰/۹±۳/۳ (۹-۱۶)	۸/۹±۲/۲ (۳-۱۵)	۱۹/۰/۳±۸/۱ (۳-۳۴)	۲۰/۰/۳±۸/۱ (۱۹-۳۸)	۲۰/۰/۳±۸/۱ (۱۹-۳۸)	۱۰/۰/۵
۹/۳±۲/۱ (۷/۱-۱۴/۳)	۲۲/۹/۸±۱۳/۱ (۰-۴/۶)	۱۲/۹±۲/۳ (۹/۹-۲۱/۱)	۴۸/۹۱۵۷ (۴-۱۵)	۱۰/۹±۲/۲ (۳-۱۵)	۸/۴±۲/۴ (۳-۱۵)	۲۰/۰/۳±۷/۳ (۳-۳۵)	۲۰/۰/۳±۷/۳ (۱۹-۴۰)	۲۰/۰/۳±۷/۳ (۱۹-۴۰)	۱۰/۰/۵
۹/۱±۲/۱ (۷/۱-۱۴/۳)	۲۲/۵/۰±۱۸/۱ (۰-۴/۵)	۱۲/۸±۲/۱ (۹/۸-۲۱/۳)	۴۸/۸۱۳ (۴-۱۵)	۱۱/۱۲±۲/۲ (۵-۱۵)	۸/۳±۲/۱ (۳-۱۵)	۱۱/۱۲±۲/۲ (۳-۳۴)	۱۱/۱۲±۲/۲ (۱۸-۴۰)	۱۱/۱۲±۲/۲ (۱۸-۴۰)	۱۰/۰/۵
Qmax	PVR	پرسنات (mm)	سازن	علائم اسیدادی	درد	علائم تحریکی	IPSS	سن	

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

بافته‌های یورو داینامیک غیر طبیعی

بافته‌های یورو داینامیک ترکیبی

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

LCO: حجم پذیری کم مثانه

DV: اختلال ادرار کردن

LUTS: علائم سیسیتیم ادراری تحتانی

UD: فعالیت کاهش یافته دترسور

AD: عدم فعالیت انقباضی دترسور

US: تنگی مجرأ

DOA: بیش فعالی دترسور

SCC: گنجایش پایین مثانه

BND: اختلال عملکرد گردن مثانه

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

كل	طبیعی	یافته‌های یورو داینامیک	DOA	LCO	AD	SCC	DV	UD	BND	تعداد بیماران (%)
(۱۰۰)(۱۰۰)	۱۸۶(۱۰۰)	(۵/۳)(۱۰۰)	(۱۳/۶)(۱۰۰)	(۳/۹)(۱۰۰)	(۱-۱/۵)(۱۰۰)	(۱-۰/۷)(۱۰۰)	(۱/۱)(۱۰۰)	(۱/۶)(۱۰۰)	۱۱(۲)	در تمام بیماران (% در هر گروه)
۴۵۶	۸۵	۲۰	۶۲	۱۸	۴۸	۴۹	۶۹(۱۵)	۱۱(۲)	۹۶(۲۱)(۱۰۰)	
۱۰۰X۲۱/۱)	(۳)(۰/۶/۸)	#۵۰-۵۴	۷(۶/۶)(۱۱/۲)	(۳/۱)(۱۱/۱)	۶(۶/۵)(۱۲/۵)	۶(۶/۵)(۱۲/۲)	۶(۱۰/۱)	۱(۱)(۹)	(۱۶/۱)(۱۳/۵)	EPS+(WB C>5)
(۱۰۰)(۹/۶)	/۵)(۲۷/۲)*	۲۴(۵۴	۴(۹)(۶/۴)	۱(۲/۲)(۵/۵)	۲(۳/۸)(۶/۲)	۲(۳/۸)(۶/۱)	۸۶(۶/۳)	۲(۱)	۶(۱۳/۶)(۶/۲)	EPS+(U/C +)
۱۰۰X۲۱/۱)	(۳)(۰/۶/۸)	#۵۰-۵۴	۷(۶/۶)(۱۱/۲)	(۳/۱)(۱۱/۱)	۶(۶/۵)(۱۲/۱)	۶(۶/۵)(۱۲/۲)	۶(۱۰/۱)	۱(۱)(۹)	(۱۶/۱)(۱۳/۵)	VB3+(WB C>5)
(۱۰۰)(۹/۶)	/۳)(۵/۸/۲)	۲۴(۵۴	۴(۹)(۶/۴)	۱(۲/۲)(۵/۵)	۲(۳/۸)(۶/۲)	۲(۳/۸)(۶/۱)	۸۶(۶/۳)	۲(۱)	۶(۱۳/۶)(۶/۲)	VB3+(U/C +)

LCO: حجم پذیری کم مثانه

UD: فعالیت کاهش یافته دترسور

DOA: بیش فعالی دترسور

AD: عدم فعالیت انقباضی دترسور

SCC: گنجایش پایین مثانه

BND: اختلال عملکرد گردن مثانه

DV: تنگی مجرأ

US: علائم سیسیتیم ادراری تحتانی

LUTS:

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 خوشحیم پروستات) و در حدود ۶۰-۴۰٪ موارد بیش فعالی دترسور وجود دارد [۱۹ و ۲۰]. 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 ۰/۷٪ بیماران مشاهده شد. نتیجه غالب دیگر وجود یوروداینامیک طبیعی در ۱۸/۶٪ از بیماران ما بود. علائم بالینی (IPSS، علائم تحریکی و انسدادی) با تشخیص نهایی تست یوروداینامیک ارتباط نداشت. تعداد عمدی 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 ۴-Glass مثبت و یافته های یوروداینامیک را تحت بررسی قرار داده باشد مشاهده نشد. در برخی مطالعات، اتیولوژی سندروم درد مزمن لگنی و اختلال ادرار کردن به صورت نا واضح پروستاتیت مزمن یا یافته غیر طبیعی تست یوروداینامیک 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 یوروداینامیک می باشد. اختلال عملکرد گردن مثانه شایعترین این یافته های غیرطبیعی است. تست یوروداینامیک در تشخیص دقیق تر علائم انسدادی و تحریکی مزمن کمک کننده است. بنابراین بیماران با علائم انسدادی و تحریکی مزمن و عدم وجود پروستاتیت مزمن جهت تشخیص بهتر اختلال عملکرد مثانه و درمان کامل تر آن باید تحت مطالعات یوروداینامیک قرار گیرند.

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 مطالعات یوروداینامیک 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 یوروداینامیک (۲۱٪) بود ما از یوروداینامیک، سیستوسکپی و TRUS جهت تعیین اختلال گردن مثانه استفاده کردیم. اختلال گردن مثانه میتواند به طور غیر مستقیم با یافته های تست یوروداینامیک انسداد بالینی در عدم حضور تنگی مجراء، بزرگی پروستات و دیس سنژری اسفنکتر مخلوط 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 انبساطات نامنظم دترسور منجر به باریک شدن گردن مثانه و انسداد عملکردی می گردد [۱۲، ۱۳ و ۱۴]. اساس درمان آنتاگونیست های آلفا هستند که به نظر میرسد در تعدادی از بیماران باعث بهبودی شده [۱۵ و ۱۶]. اصلاح قطعی آن در مردان اغلب با اسیزیون گردن مثانه امکان پذیر است [۱۴ و ۱۵٪]. از تمام بیماران اختلال در ادرار کردن داشتند. در این حالت که به عنوان دیس سنژری 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 و ۱۷٪]. به نظر می

References

1. Nitti VW, Lefkowitz G, Ficazolla M, "et al", Lower urinary tract symptoms in young men: Videourodynamic findings and correlation with noninvasive measures, J Urol 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, Norlen LJ, Primary bladder neck obstruction, World J Urol 1984;2:191.
7. Kaplan SA, Santarosa RP, D'Alisera PM, "et al", Pseudodyssynergia (contraction of the external sphincter during voiding) misdiagnosed as 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, Neurol 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 (chapter 59).
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 Urol 1973;45:44.
13. Yalla SV, Blute RD, Snyder H, "et al", Isolated bladder neck obstruction of undetermined etiology