الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

الجامعة السورية الخاصة
SYRIAN PRIVATE UNIVERSITY

دراسة التدبير الجراحي لهبوط الأعضاء التناسلية واختلاطاته في مشفي الزهراوي

A study of the surgical management of genital prolapse and its complications at Al-Zahrawi Hospital

بحث علمي أعد لنيل درجة دكتور في الطب البشري M.D

بإشراف
أ.د. رائد كاسر عبدالله

إعداد الطالبة
إيمان أحمد سلام

العام الدراسي: 2025-2026

كلمة الشكر والتقدير والعرفان

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى أستاذي المشرف، أ.د. رائد كاسر عبدالله، على توجيهاته القيمة ودعمه المستمر طوال مراحل إعداد هذا البحث، وعلى صبره وتشجيعه الذي كان له الأثر الكبير في إنجاز هذه الدراسة.

كما أود أن أعرب عن امتناني لكل أساتذتي في كلية الطب البشري – الجامعة السورية الخاصة، على ما قدموه من علم ومعرفة، والذي شكل أساسًا متينًا لفهمي وممارستي العلمية.

وأشكر كل زميلاتي وزملائي الذين ساهموا بتقديم الدعم والمساعدة في جمع المعلومات وتحليل البيانات، وكذلك إدارة مشفى الزهراوي وكافة الطاقم الطبي الذي تعاون معي لتسهيل إجراء الدراسة.

وأخيرًا، أود أن أهدي هذا العمل لكل أسرتي، على دعمهم وتشجيعهم الدائم لي طوال مسيرتي الدراسية، فقد كان دعمهم المعنوي مصدر قوة وإلهام لي لإنجاز هذا البحث.

الدكتورة: إيمان أحمد سلام

الإهـــــــداء

أهدي تخرجي

إلى من جعل اسمي يرتفع بالألقاب وأحمل اسمه بكل فخر، إلى السند الداعم في كل خطوة، إلى من غرس حب العلم والمعرفة في قلبي وعلمني أن النجاح بالجهد والجّد، إلى من ساندني في كل مراحل حياتي وكان ملجأي بعد الله عزّ وجل، إلى من ألهمني القوة حين الضعف والصبر عند الابتلاء، إلى من حصد الأشواك عن دربي ومهد لي طريق العلم وكرس حياته من أجل ابناءه، إلى من اجتهد وصبر وكلَّ من أجل مستقبل ابناءه

إلى الرجل الذي لم يبخل علي بشيء لأصل لهذا اليوم؛ هذا نجاحي ثمرة دعاءك وقيامك وجهدك

لقد كنت نعم الأب والسند والقوة وصديق الدرب والعزوة

آدامك الله لي نوراً وبركةً وعزاً وسنداً، وحفظك من كل مكروه وشر

وبارك لنا فيك وبعمرك

إلى سندي وملجأي وأماني الأول والأخير إلى أبي

الدكتور أحمد عبد الهادي سلام

أهدي تخرجي

إلى التي حملتني وهناً على وهن ومن جعلت من سهرها نوراً يضئ دربي وجعلت من صبرها جبلاً استند عليه، إلى من زرعت في نفسي الثقة وحب العلم معلمتي الألى وصديقة أيامي، إلى ملاذي الآمن وبئر أسراري وصانعة المستحيل في حياتي، إلى من كرست حياتها لترعى ابناءها،

إلى القلب الحنون والحضن الدافئ وعلمتنا الأخلاق قبل الحروف إلى من علمتني ان التمييز غاية وأن الوصول إلى القمة يحتاج الصبر، يا منبع الحب والعطاء من كان دعائها يحيطني ويحفظني، ها أنا اليوم أكلل تعبك بالنجاح وأضع هذا التاج على رأسك اعترافاً بفضلك الذي لا يرد

إلى أمي وغاليتي

الاستاذة سميرة مصطفى الدرة

أهدي تخرجي

إلى كتفي الثابت الذي لا يميل كنتم كالجبل المتين الذي يحميني، إلى من شددت بهم أزري وكانوا سندي في السراء والضراء، إلى عزوتي وسندي من أفخر واعتز بهم

إلى أخي: عبد الهادي

إلى أخي: معتصم

اهدي تخرجي

إلى من شاركوني تعب الأيام ورفقة دربي، إلى من تقاسمت معي أيامي، إلى من تحملنّ معي ضغوط رحلتي الصعبة وكنّ بجانبي بدعمهم وتشجيعهم، إلى اللواتي كنّ سنداً استند عليه عندما تضيق الدنيا، أنيساتِ روحي اللاتي كن لي أجنحة حينما أوشكت على السقوط

إلى أخواتي الغاليات

الصيدلانية: غفران

الإدارية: دعاء

الدكتورة: عائشة

آخر العنقود ومهندسة المستقبل: فاطمة

اهدي تخرجي

إلى من كانوا أمي الثانية والحضن الدافئ والملاذ الأمن، من حقهم لا أستطيع رده، الي من كان دعائهن يرافقني منذ الصغر.

جداتي

أم احمد سلام

أم عدنان الدرة

أهدي تخرجي

إلى أختي التي لم تلدها أمي إلى رفيقة الدرب وزميلة المهنة، مشينا سوياً وسنظل سوياً.

تشاركنا الطعام والملبس والمأوى، وجودك جعل المشوار أخف والنجاح ألذ والحلم أقرب.

شكراً لأنك لم تكوني مجرد رفيقة بل أختاً افتخر واعتز بها

الدكتورة بيلسان يوسف الخميس.

اهدي تخرجي

إلى صاحبة الضحكة الجميلة والعيون الفاتنة، كنت خير الاخت وخير الصديقة، تشاركنا الطريق ومهنة المستقبل

الدكتورة ريم العلي

اهدي تخرجي

إلى من كان لقائي بها متأخراً، كنت خير الأخت والصديقة والداعم، تشاركنا الأيام بمرها وحلوها. جمعنا شغفنا للعلم وحبنا للطب.

الدكتورة ضحى الجميل

اهدي تخرجي

إلى من كانت أختي وصديقتي في العلم، تشاركنا محبة العلم والمعرفة، جمعتنا القاعات والامتحانات والممرات درسنا واجتهدنا سوياً، تشاركنا النجاح والتفوق في البداية

ورزقنا الله التفوق في الختام

الدكتورة حنان العمر

اهدي تخرجي

إلى اللواتي جعلن من رحلة الدراسة أياماً لا تنسى، تشاركنا الايام والضحكات والدموع، قضينا سنواتٍ بين المستشفيات والامتحانات شكراً لوجودكم جعلت الطريق أجمل وأسهل

د. راما الرمان–د. وداد العطيش

د. لجين ديوب–د. دانيا مقصود

د. غنى نشاوي – د. مرح العلي

د. عصماء الشيخ–د. عبير قرباش

د. سارة الخطيب–د. آية الحسن

د. نعمت غنام –د. هنادي الطلب

الدكتورة: إيمان أحمد سلام

المحتويات

قائمة الجداول: X
قائمة الأشكال: XI
الملخص: XII
Abstract: XIII
الدراسة النظرية 1
المقدمة: 2
مصطلحات: 3
تشريح دعم الحوض: 5
مستويات دعم أعضاء الحوض: 7
التعصيب: 8
الانتشار: 8
عوامل الخطر: 9
عدد الولادات: 9
التقدم في السن: 10
سن اليأس: 10
البدانة: 11
استئصال الرحم: 11
العرق والأصل العرقي: 12
ارتفاع الضغط داخل البطن: 12
شذوذ الكولاجين: 12
القسة العائلية: 13
الوقاية: 13
المظاهر السريرية: 14
أعراض الانتفاخ أو الضغط: 14
الأعراض البولية: 15
أعراض التغوط: 16
التأثيرات على الوظيفة الجنسية: 17
التشخيص والتصنيف: 17
التاريخ الطبيعي: 19
بروتوكول التدبير: 19
دواعي العلاج: 19

تحديد أهداف المريضة: 20
خيارات العلاج: 20
التدبير المحافظ والانتظار: 21
الكعكات المهبلية: 21
تمارين عضلات قاع الحوض: 21
العلاج بالإستروجين: 22
العلاج الجراحي: 22
أنواع العمليات الجراحية: 22
تقنيات العمل الجراحي 23
معدلات النكس وإعادة الجراحة: 24
العوامل المؤثرة على النتائج: 24
المضاعفات المحتملة: 24
الحوامل: 26
الدراسة العملية 27
أهمية الدراسة: 28
أهداف الدراسة: 28
الطرائق والمواد: 28
معايير الاشتمال: 28
معايير الاستبعاد: 28
أداة جمع العينة: 28
الاعتبارات الأخلاقية: 29
الطرائق الإحصائية: 29
أولًا: التحليل الوصفي 29
ثانيًا: تحليل العلاقة بين المتغيرات 29
خطة العمل: 30
النتائج: 31
الخصائص الديموغرافية للمريضات 31
الخصائص الإنجابية للمريضات 33
السوابق المرضية للمريضات 34
عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي 35
الأعراض السريرية لدى المريضات 36
أنواع الهبوط لدى المريضات 37
درجات الهبوط لدى المريضات 38

نوع التخدير والتقييم قبل الجراحة 41
التدبير الجراحي للمريضات 43
الاختلاطات بعد العمل الجراحي 44
العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي 45
العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي 46
العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي 47
المناقشة: 48
الاستنتاج 50
التوصيات: 51
المصادر العلمية: 52

قائمة الجداول:

الجدول 1 التوزع النسبي للمرضى حسب الخصائص الديموغرافية للمريضات 31
الجدول 2 التحليل الكمي والتوزع النسبي حسب الخصائص الإنجابية للمريضات.....33
الجدول 3 التوزع النسبي للمريضات حسب السوابق المرضية 34
الجدول 4 التوزع النسبي حسب عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي 35
الجدول 5 التوزع النسبي حسب الأعراض السريرية لدى المريضات.....36
الجدول 6 التوزع النسبي حسب أنواع الهبوط لدى المريضات.....37
الجدول 7 درجات الهبوط لدى المريضات 38
الجدول 8 التوزع النسبي حسب نوع التخدير والخطورة التخديرية 41
الجدول 9 التوزع النسبي للمريضات حسب الإجراء الجراحي المجرى.....43
الجدول 10 التوزع النسبي حسب الاختلاطات بعد العمل الجراحي.....44
الجدول 11 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي.....45
الجدول 12 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي.....46
الجدول 13 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي 47

قائمة الأشكال:

الشكل 1 التوزع النسبي للمريضات حسب الفئة العمرية 32
الشكل 2 التوزع النسبي للمريضات حسب السكن..... 32
الشكل 3 التوزع النسبي للمريضات حسب السوابق المرضية 34
الشكل 4 التوزع النسبي حسب عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي..... 35
الشكل 5 التوزع النسبي حسب الأعراض السريرية لدى المريضات 36
الشكل 6 التوزع النسبي حسب أنواع الهبوط لدى المريضات 37
الشكل 7 التوزع النسبي لمريضات الهبوط الأمامي حسب الدرجة..... 39
الشكل 8 التوزع النسبي لمريضات الهبوط الخلفي حسب الدرجة..... 39
الشكل 9 التوزع النسبي لمريضات الهبوط المركزي حسب الدرجة 40
الشكل 10 التوزع النسبي للمريضات حسب نوع التخدير 41
الشكل 11 التوزع النسبي للمريضات حسب الخطورة التخديرية..... 42
الشكل 12 التوزع النسبي للمريضات حسب الإجراء الجراحي المجرى 43
الشكل 13 التوزع النسبي حسب الاختلاطات بعد العمل الجراحي..... 44
الشكل 14 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي 45
الشكل 15 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي..... 46
الشكل 16 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي..... 47

الملخص:

المقدمة: هبوط الأعضاء التناسلية يمثل مشكلة شائعة لدى النساء، خاصة بعد الولادات المتعددة، ويؤثر على جودة الحياة والأداء الوظيفي اليومي. يهدف التدبير الجراحي إلى تصحيح التشوهات واستعادة وظيفة قاع الحوض، مع تقليل الاختلاطات وتحسين النتائج. تهدف هذه الدراسة إلى تقييم الخصائص الديموغرافية والإنجابية والسريرية للمريضات، وتحليل عوامل الخطر والاختلاطات المرتبطة بالهبوط في مشفى الزهراوي.

الطرائق: أُجريت دراسة وصفية تحليلية شملت 118 مريضة خضعن للتدبير الجراحي لهبوط الأعضاء التناسلية. تم جمع بيانات ديموغرافية وإنجابية وسريرية، بما في ذلك نوع الهبوط، درجته، نوع التخدير، وتقييم الخطورة الجراحية وفق ASA. كما تم توثيق الاختلاطات بعد الجراحة وتحليل العلاقة بين تعدد الولادات وأنواع الهبوط باستخدام اختبار كاي–سكوير.

النتائج: كان غالبية عمر المريضات بين 31–50 سنة، ومتوسط عدد الحمول 6.47 ± 2.52، مع سيطرة للولادات الطبيعية. كان الهبوط الأمامي والخلفي الأكثر شيوعًا (82.2% و83.1%)، مع درجات متوسطة إلى شديدة في الغالب. أكثر الأعراض السريرية انتشارًا كانت السلس البولي (70.3%) والإحساس بثقل أسفل البطن (61.9%). ارتبط تعدد الولادات بشكل دال إحصائيًا بحدوث الهبوط بجميع أنواعه. كانت الاختلاطات الجراحية منخفضة، والنقل الدموي محدود، واستخدم التخدير الشوكي في الغالبية العظمى من الحالات، مع أغلبية المريضات ضمن فئة ASA I.

الخلاصة: تؤكد الدراسة أن تعدد الولادات يمثل عامل خطر رئيسي للهبوط التناسلي، مع سيطرة للهبوط الأمامي والخلفي. التدبير الجراحي المنظم باستخدام تقنيات ترميمية مناسبة آمن وفعال، ويحقق نتائج وظيفية جيدة مع اختلاطات منخفضة. توصي الدراسة بمتابعة طويلة الأمد، تعزيز الوقاية بعد الولادة، وبرامج تنظيم الأسرة للحد من انتشار الهبوط.

الكلمات المفتاحية: هبوط الأعضاء التناسلية، قاع الحوض، الولادات المتعددة، الترميم الجراحي، السلس البولي، اختلاطات جراحية.

Abstract:

Background: Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition among women, particularly after multiple childbirths, and it significantly affects quality of life and daily function. Surgical management aims to correct anatomical defects, restore pelvic floor function, and minimize complications. This study aimed to evaluate the demographic, reproductive, and clinical characteristics of patients, as well as the associated risk factors and postoperative complications of POP at Al-Zahrawi Hospital.

Methods: A descriptive-analytical study was conducted including 118 patients who underwent surgical management for pelvic organ prolapse. Data were collected on demographic, reproductive, and clinical variables, including prolapse type and grade, anesthesia type, and preoperative risk assessment according to ASA classification. Postoperative complications were recorded, and the association between high parity and prolapse types was analyzed using the chi-square test.

Results: The majority of patients were aged 31–50 years, with a mean parity of 6.47 ± 2.52, predominantly vaginal deliveries. Anterior and posterior prolapses were the most common types (82.2% and 83.1%, respectively), mostly of moderate to severe grades. The most frequent clinical symptoms were urinary incontinence (70.3%) and a sensation of pelvic heaviness (61.9%). High parity was significantly associated with all prolapse types. Surgical complications were low, with minimal need for blood transfusions. Spinal anesthesia was used in the majority of cases, and most patients were classified as ASA I, indicating good preoperative health status.

Conclusion: High parity is a major risk factor for pelvic organ prolapse, with predominance of anterior and posterior defects. Organized surgical repair using appropriate techniques is safe and effective, achieving favorable functional outcomes with low complication rates. Long-term follow-up, postpartum pelvic floor strengthening, and family planning programs are recommended to prevent prolapse and improve patient outcomes.

Keywords: Pelvic organ prolapse, pelvic floor, high parity, surgical repair, urinary incontinence, postoperative complications.

الدراسة النظرية

المقدمة:

هبوط الأعضاء الحوضية (Pelvic Organ Prolapse – POP) يُعدّ من الحالات الشائعة التي تؤثر على جودة حياة النساء، خاصةً مع التقدم في العمر. تحدث هذه الحالة نتيجة ضعف أو تلف في عضلات وأربطة قاع الحوض، مما يؤدي إلى هبوط أعضاء مثل الرحم أو المثانة أو المستقيم داخل المهبل أو خارجه. تشير الدراسات إلى أن أكثر من 50% من النساء فوق سن الخمسين يعانين من درجات متفاوتة من هذا الهبوط، مع نسبة خضوع للجراحة تصل إلى 12% خلال حياتهن [1].

تتعدد الخيارات الجراحية لمعالجة هبوط الأعضاء التناسلية، وتشمل:

الإصلاح باستخدام الأنسجة الذاتية: حيث تُستخدم أنسجة المريضة نفسها لإصلاح الهبوط.

استخدام الشبكات الاصطناعية (Mesh): تُستخدم لتعزيز الدعم الهيكلي للأعضاء المهبوطة.

التعليق العجزي بالمنظار (Laparoscopic Sacrocolpopexy – LSC): يُعتبر من الخيارات الحديثة ذات النتائج الجيدة.

كل تقنية لها مزاياها وتحدياتها، ويجب اختيار الأنسب بناءً على حالة المريضة وتفضيلاتها.

على الرغم من فعالية هذه الإجراءات، إلا أن لكل منها مجموعة من المضاعفات المحتملة. على سبيل المثال، يُعتبر تعرض الشبكة الاصطناعية من المضاعفات الشائعة بعد جراحات الشبكة المهبلية، حيث يتراوح معدل حدوثه بين 1.4% و19%، وقد يتطلب إعادة تدخل جراحي في 3% إلى 8% من الحالات [2]. كما أن جراحة LSC قد تكون مصحوبة بمضاعفات مثل النزيف أو إصابة المثانة، خاصةً في المراحل الأولى من التعلم الجراحي [3].

في دراسة متعددة المراكز شملت 256 حالة، وُجد أن المضاعفات المرتبطة بجراحات الشبكة المهبلية وLSC تظهر بعد فترة أطول مقارنةً بجراحات الإصلاح باستخدام الأنسجة الذاتية، مما يؤكد أهمية المتابعة طويلة الأمد بعد الجراحة [4].

تُظهر هذه البيانات الحاجة إلى تقييم دقيق للمخاطر والفوائد قبل اتخاذ قرار العلاج الجراحي. كما أن التدريب الجراحي المستمر واختيار التقنية المناسبة لكل مريضة يمكن أن يقلل من معدلات المضاعفات ويحسن النتائج الوظيفية.

في مشفى الزهراوي، يُعدّ فهم هذه المضاعفات وتوثيقها خطوة أساسية نحو تحسين جودة الرعاية المقدمة للنساء المصابات بهبوط الأعضاء التناسلية. تهدف هذه الدراسة إلى تحليل نتائج التدبير الجراحي في المشفى، مع التركيز على المضاعفات الشائعة وطرق الوقاية منها، وذلك استنادًا إلى أحدث الأدلة العلمية والممارسات السريرية.

مصطلحات:

هبوط الأعضاء الحوضية (Pelvic Organ Prolapse – POP): هو بروز الأعضاء الحوضية إلى أو عبر جدران المهبل. تشمل المصطلحات الشائعة المستخدمة لوصف مواقع معينة من هبوط الأعضاء التناسلية الأنثوية:

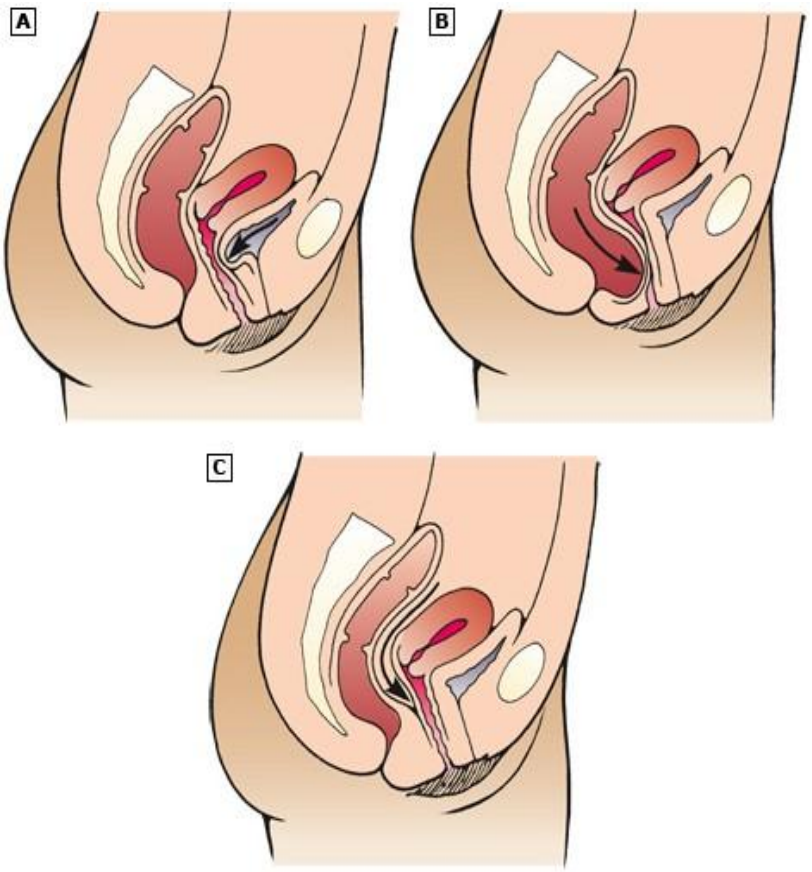
هبوط القسم الأمامي: فتق جدار المهبل الأمامي وغالباً ما يرتبط بانخفاض المثانة (فتق المثانة).

هبوط القسم الخلفي: فتق الجزء الخلفي من المهبل وغالباً ما يرتبط بانخفاض المستقيم (فتق المستقيم).

الفتق المعوي: فتق الأمعاء إلى أو عبر جدار المهبل.

هبوط القسم القمي (هبوط الرحم، هبوط قبة المهبل): انخفاض قمة المهبل إلى الجزء السفلي من المهبل، إلى غشاء البكارة، أو ما وراء فتحة المهبل. يمكن أن تكون القمة إما الرحم وعنق الرحم، أو عنق الرحم فقط، أو قبة المهبل، اعتماداً على ما إذا كانت المرأة قد خضعت لاستئصال الرحم. يرتبط الهبوط القمي غالباً بالفتق المعوي.

الرحم المنخرط: فتق جميع الأقسام الثلاثة عبر فتحة المهبل.



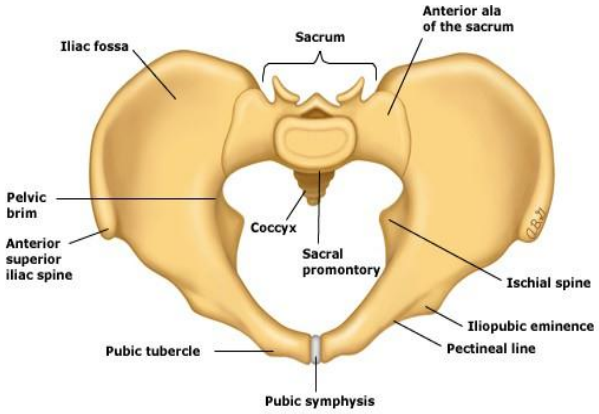
الشكل 1 يبين لنا هبوط الأعضاء الحوضية

تفضل استخدام مصطلحات هبوط جدار المهبل الأمامي وهبوط جدار المهبل الخلفي بدلاً من فتق المثانة وفتق المستقيم لأن تشريح المهبل لا يتنبأ بدقة بموقع الأعضاء الداخلية المرتبطة في حالة الهبوط [5] [6].

تقسيم المهبل إلى أقسام منفصلة يعتبر إلى حد ما عشوائيًا، لأن المهبل هو عضو متصل وغالبًا ما يرتبط هبوط قسم واحد بهبوط قسم آخر. على سبيل المثال، يمكن أن يُعزى حوالي نصف هبوط القسم الأمامي إلى الانخفاض القمي [7].

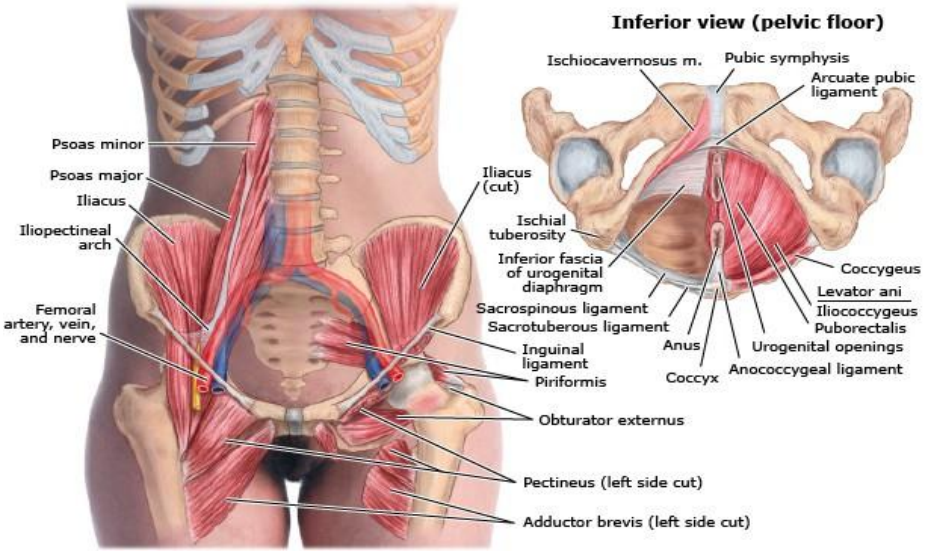
تشريح دعم الحوض:

الدعم التشريحي للأعضاء الحوضية لدى النساء يتم من خلال تفاعل بين عضلات قاع الحوض والارتباطات النسيجية بالهيكل العظمي للحوض.

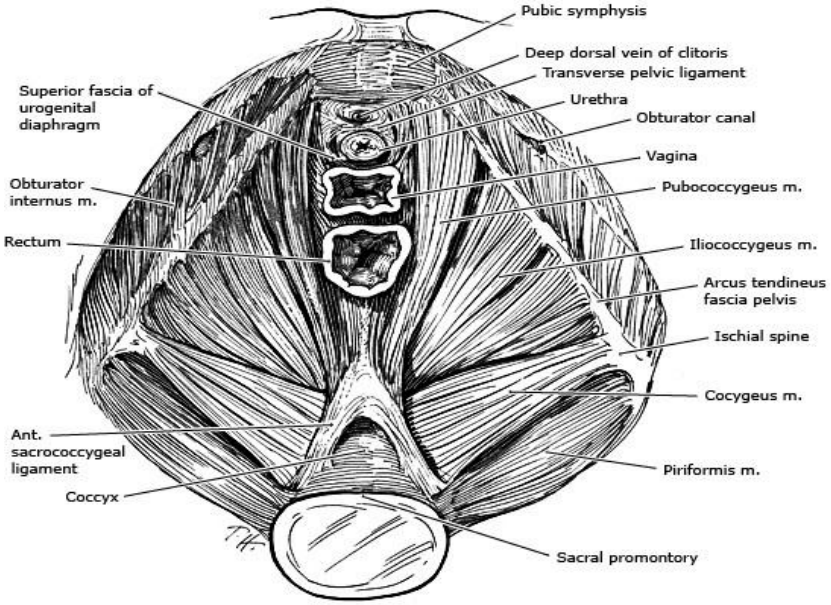


الشكل 2 منظر علوي لحوض الأنثى

يوفر مجمع عضلة الرافعة العانية، الذي يتكون من عضلات العانة العصعصية، العانة المستقيمية، والعانة العجزية، الدعم الأساسي للأعضاء الحوضية، حيث يوفر قاعدة صلبة، ولكن مرنة، تستند عليها الأعضاء الحوضية.

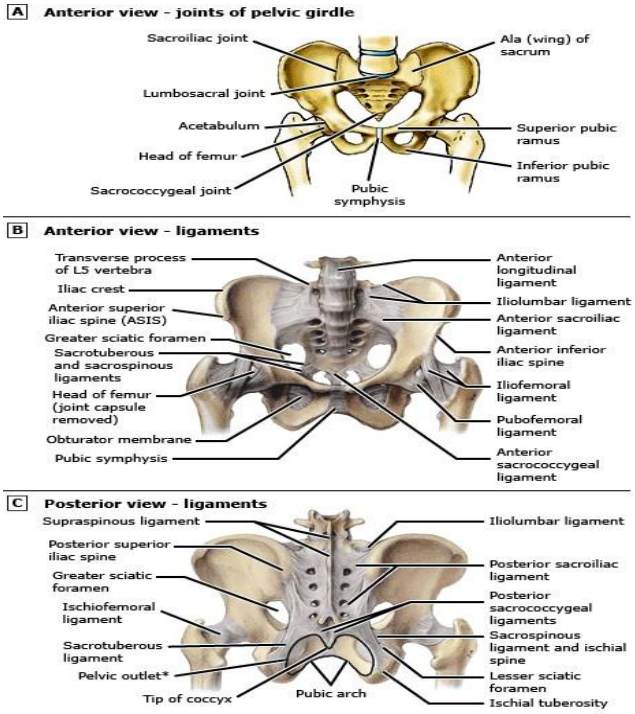


الشكل 3 عضلات الحوض الأمامية وقاع الحوض.



الشكل 4 منظر لقاع الحوض يوضح عضلات الحجاب الحاجز الحوضي ومرفقاتها بالحوض العظمي.

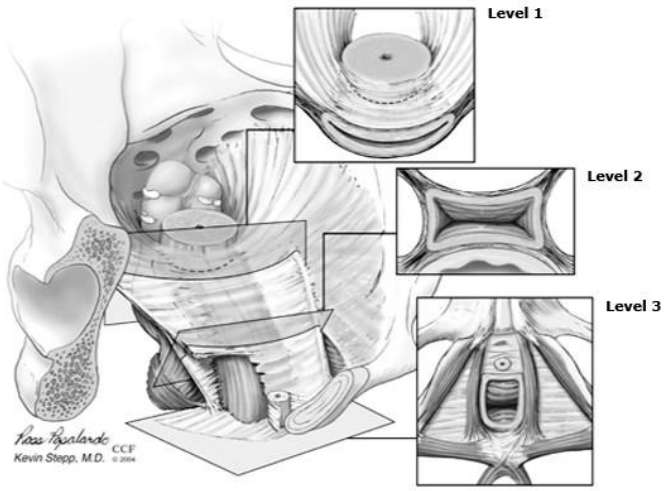
تعمل مرفقات اللفافة الحوضية، وخاصة تكثيفات اللفافة الحوضية التي يشار إليها بالأربطة الرحمية العجزية والأربطة الأساسية، على تثبيت أعضاء الحوض في الوضع الصحيح حتى تتمكن عضلات الحوض من توفير الدعم الأمثل [8].



الشكل 5 عظام وأربطة الحوض

مستويات دعم أعضاء الحوض:

وصف ديلانسي [9] نظامًا من ثلاثة مستويات متكاملة من الدعم المهبلي.



الشكل 6 مستويات دعم أعضاء الحوض

تتصل جميع مستويات الدعم المهبلي بشبكة دعم متصلة من اللفافة الحوضية الداخلية:

المستوى الأول: مُركب الرباط الرحمي العجزي/الأساسي، الذي يربط الرحم والجزء العلوي من المهبل بالعجز والجدار الجانبي للحوض. يُمثل دعم المستوى 1 الألياف الرأسية للمنطقة المحيطة بالمهبل، وهي استمرار لمركب الرباط الرحمي العجزي/الأساسي الذي ينغرس بشكل متغير في عنق الرحم والمهبل.

في دراسة بالرنين المغناطيسي (MRI) لنساء لا تظهر عليهن أعراض، وُجد أن الأربطة الرحمية العجزية تنشأ من عنق الرحم بنسبة 33%، وعنق الرحم والمهبل بنسبة 63%، والمهبل وحده بنسبة 4%. يساهم فقدان الدعم من المستوى الأول في هبوط الرحم و/أو قمة المهبل.

المستوى الثاني: وصلات حول المهبل على طول المهبل باللفافة العلوية للعضلة الرافعة للشرج والقوس الوترية للحوض (يُشار إليها أيضًا باسم "الخط الأبيض"). يُسهم فقدان دعم المستوى الثاني في هبوط جدار المهبل الأمامي (القيلة المثانية).

المستوى الثالث: جسم العجان، والغشاء العجاني، وعضلات العجان السطحية والعميقة، التي تدعم الثلث البعيد من المهبل. من الأمام، قد يؤدي فقدان دعم المستوى الثالث إلى فرط حركة مجرى البول. من الخلف، قد يؤدي فقدان دعم المستوى الثالث إلى فتق المستقيم البعيد أو نزول العجان.

التعصيب:

ينشأ تعصيب منطقة الحوض من الأجزاء S2 و S3 و S4 من الحبل الشوكي، والتي تلتحم لتشكل العصب الفرجي، يُعصب العصب الفرجي العضلة المعصرة الشرجية الخارجية، بينما يبدو أن عضلات الرافعة، وعضلات العصعص، والحجاب الحاجز البولي التناسلي تُعصب من خلال اتصال مباشر بين ألياف الأعصاب S2 و S3 و S4 [10].

الانتشار:

من الصعب تحديد الانتشار الدقيق لمرض هبوط الأعضاء التناسلية، وذلك لعدة أسباب: [11].

- تم استخدام أنظمة تصنيف مختلفة للتشخيص.
- تختلف الدراسات حسب ما إذا كان معدل هبوط الأعضاء التناسلية المبلغ عنه للنساء المصابات بأعراض أو بدون أعراض.
- من غير المعروف عدد النساء المصابات بانخفاض الأعضاء التناسلية اللاتي لا يطلبن الرعاية الطبية.

يُعدّ التمييز بين هبوط أعضاء الحوض المصحوب بأعراض وغير المصحوب بأعراض أمرًا بالغ الأهمية من الناحية السريرية، إذ يُنصح عادةً بالعلاج للنساء المصابات بأعراض فقط. ومع ذلك، لا تتوفر بيانات دقيقة حول انتشار هبوط أعضاء الحوض المصحوب بأعراض.

تختلف معدلات انتشار هبوط الأعضاء الحوضية باختلاف القارات، والعوامل الديموغرافية والاجتماعية. تشير التقديرات العالمية إلى أن أكثر من 50% من النساء اللواتي أنجبن ولادات مهبلية سيعانين من درجة ما من الهبوط الحوضي خلال حياتهن [12].

في أفريقيا، تظهر معدلات انتشار مرتفعة، خاصةً في المناطق الريفية حيث تقلّ خدمات الرعاية النسائية المتخصصة. على سبيل المثال، بلغ معدل الانتشار في إثيوبيا 55.1% عند الفحص السريري، بينما كان 6.3% فقط وفقًا للأعراض المبلغ عنها [13]. وفي أوغندا، تم تسجيل انتشار بنسبة 27.5% بين النساء فوق سن الأربعين [13].

في آسيا، تختلف المعدلات بين المناطق الريفية والحضرية. في باكستان، سُجل معدل انتشار بلغ 10.3% [14]، بينما في الصين وصل إلى 9.6%، مع ملاحظة زيادة حادة في النساء فوق سن 80 [15].

في أوروبا، تظهر الدراسات أن ما بين 25% إلى 75% من النساء قد يعانين من هبوط عند التقييم السريري، رغم أن نسبة قليلة فقط (حوالي 5%) يعانين من أعراض سريرية واضحة [16].

أما في الولايات المتحدة، فتُشير البيانات إلى أن 13% من النساء سيخضعن لجراحة لعلاج هبوط الأعضاء الحوضية خلال حياتهن، وتُقدّر الزيادة المستقبلية في الحالات بحوالي 50% بحلول عام 2050 [17].

في أمريكا الجنوبية، أظهرت البيانات في البرازيل أن معدل الانتشار بلغ 444.81 حالة لكل 100,000 نسمة عام 2019، مع ملاحظة انخفاض تدريجي في معدلات الإصابة خلال العقود الأخيرة [18].

أما في أوقيانوسيا، فلا تتوفر بيانات دقيقة، إلا أن بعض الدراسات السكانية تُشير إلى معدلات انتشار مماثلة لتلك الموجودة في الدول الغربية [19].

الخطر يزداد مع التقدم في العمر، خاصة بعد سن الخمسين، حيث لوحظت ذروة في معدل الإصابات بين النساء في عمر 50–54 و65–69 سنة [20]. وفي دراسة حديثة بالصين، لوحظ ارتفاع حاد في الإصابات بين النساء فوق سن 80 [15].

تشير التقديرات إلى أن عدد النساء المصابات بهبوط الأعضاء الحوضية عالمياً سيصل إلى 156 مليون حالة بحلول عام 2036، مع أكبر عبء متوقع في الدول ذات الدخل المنخفض [21]

عوامل الخطر:

تشمل عوامل الخطر المعروفة لهبوط الأعضاء الحوضية (POP) عدد مرات الولادة، والتقدم في السن، والبدانة [22،23]. تشمل عوامل خطر نكس الهبوط بعد التصحيح الجراحي انفصال العضلة الرافعة للشرج، ومرحلة هبوط الرحم المتقدمة، والتاريخ العائلي.

عدد الولادات:

يزداد خطر هبوط الأعضاء الحوضية مع زيادة عدد الولادات [24]. على سبيل المثال، وجدت دراسة أكسفورد لتنظيم الأسرة، وهي دراسة استطلاعية لأكثر من 17,000 امرأة تمت متابعتهن لمدة 17 عامًا، أنه مقارنةً بعدم وجود ولادة، زاد خطر دخول المستشفى بسبب هبوط الأعضاء الحوضية بشكل ملحوظ بعد الولادة الأولى (أربعة أضعاف) والثانية (ثمانية أضعاف)، ثم زاد بشكل أقل سرعة في الولادات اللاحقة (الثالثة [تسعة أضعاف]؛ الرابعة [عشرة أضعاف]) [25].

بين النساء اللواتي ولدن، تشير التقديرات إلى أن 75% من حالات هبوط الرحم يمكن أن تُعزى إلى الحمل والولادة. قد تكون إصابة العضلة الرافعة للشرج أو الأعصاب الموضعية، وخاصة العصب الفرجي، أثناء الولادة مسؤولة عن هذا التشوه التشريحي.

تشمل العوامل الأخرى المرتبطة بالولادة والتي قد تؤدي إلى هبوط المهبل زيادة وزن الرضيع عند الولادة، وتطاول المرحلة الثانية من المخاض، وعمر الأم أقل من 25 عامًا عند الولادة الأولى ومع ذلك، قد يحدث هبوط المهبل أيضًا لدى المرأة التي لم تنجب من قبل.

التقدم في السن:

أفادت الدراسات الوبائية عمومًا بزيادة خطر الإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية مع التقدم في السن. على سبيل المثال، أفادت دراسة أجريت على أكثر من 1000 امرأة خضعن لفحص نسائي روتيني بزيادة تدريجية في معدل هبوط المستقيم مع التقدم في السن؛ فكل 10 سنوات إضافية من العمر تزيد من خطر هبوط المستقيم بنسبة 40% [26].

وبالمثل، في تجربة مبادرة صحة المرأة الأوسع نطاقًا (التي شملت أكثر من 27000 امرأة)، لوحظت زيادة تدريجية طفيفة، ولكنها ذات دلالة إحصائية، في معدل انتشار فتق المستقيم مع التقدم في السن (50 إلى 59 عامًا مقارنة بالفئات العمرية من 60 إلى 69 عامًا ومن 70 إلى 79 عامًا) [27].

وفي دراسة أخرى تناولت مجموعة سكانية متلقية للرعاية الصحية، زاد عدد النساء اللواتي يطلبن الرعاية بسبب اضطرابات قاع الحوض المصحوبة بأعراض (هبوط المستقيم وسلس البول) مع التقدم في السن، وكان أكبر عدد من الاستشارات من نصيب النساء في الستينيات والسبعينيات من العمر [28].

سن اليأس:

على الرغم من أن التقدم في السن يُعدّ عامل خطر للإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية، وأن انقطاع الطمث يرتبط بالتقدم في السن، فقد أُبلغ عن وجود علاقة مباشرة ومستقلة بين انقطاع الطمث وزيادة خطر الإصابة بهبوط الأعضاء الحوضي [29].

توجد مستقبلات الإستروجين في هياكل دعم الحوض الرئيسية، مثل العضلات الرافعة للشرج، وفي مجمع الرباط الرحمي العجزي–الأساسي.

أفادت إحدى الدراسات أن النساء بعد انقطاع الطمث المصابات بهبوط الأعضاء الحوضية لديهن تراكيز أقل بكثير من الإستروجين في المصل، وتراكيز أقل من مستقبلات الإستروجين في أربطة قاع الحوض، مقارنةً بالنساء غير المصابات بهبوط الأعضاء الحوضية [30].

البدانة:

النساء ذوات الوزن الزائد (مؤشر كتلة الجسم ≤25 إلى 29.9 كجم/م2) والبدانة (مؤشر كتلة الجسم ≤30 كجم/م2) أكثر عرضة للإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية مقارنةً بأقرانهن ذوات الوزن الطبيعي. في تحليل تلوي لـ 22 دراسة تتناول تأثير الوزن على خطر هبوط الأعضاء الحوضية، ازداد خطر الإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية لدى النساء ذوات الوزن الزائد والبدانة بنسبة تقارب 40% و50% مقارنةً بأقرانهن ذوات الوزن الطبيعي (نسبة الخطر 1.36، فاصل ثقة 95%: 1.20–53.1، و1.47، فاصل ثقة 95%: 1.35–59.1، على التوالي) [31].

في حين أن زيادة الوزن تُعدّ عامل خطر للإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية، إلا أنه من المثير للجدل ما إذا كان فقدان الوزن يؤدي إلى تراجع هبوط الرحم. لم تجد دراسة أجريت على 16,608 امرأة بعد انقطاع الطمث أي ارتباط بين فقدان الوزن وتراجع هبوط الرحم [32]. ومع ذلك، هناك تقارير عن تراجع سلس البول لدى النساء بعد جراحة البدانة [33].

استئصال الرحم:

يُعتبر تأثير استئصال الرحم على هبوط الأعضاء الحوضية موضوعًا مثيرًا للجدل، حيث يتأثر الخطر بعوامل مثل العمر ووجود هبوط الرحم قبل الجراحة.

أظهرت دراسة استعادية شملت حوالي 100,000 امرأة خضعن لجراحة هبوط الرحم، أن استئصال الرحم خلال تلك الجراحة قلل من احتمال نكسها بنسبة 30%.

كما أظهرت النتائج أنه لا يوجد فرق واضح في خطر نكس هبوط الرحم عند استخدام تثبيت الرحم بدلاً من استئصال الرحم، وذلك على المدى القصير (أقل من ثلاث سنوات) [34].

قد تؤدي إجراءات تثبيت مجرى البول خلف العانة إلى انحراف جدار المهبل الأمامي، مما يؤثر على توزيع القوة في جدران المهبل. ونتيجة لذلك، قد يصبح الجزء العلوي والخلفي معرضًا لعيوب الدعم مثل الفتق المعوي أو المستقيمي.

العرق والأصل العرقي:

لم تُمثَّل الأقليات بشكل عادل في دراسات قواعد البيانات حول هبوط الأعضاء الحوضية، وبالتالي فإن المعرفة محدودة. تشير البيانات إلى أن النساء الأمريكيات من أصل أفريقي لديهن معدل انتشار أقل لهبوط الأعضاء الحوضية، المصحوب بأعراض مقارنةً بالمجموعات العرقية الأخرى في الولايات المتحدة [35].

في دراسة استطلاعية شملت 2270 امرأة، كان خطر الإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية، لدى النساء اللاتينيات والبيض أعلى بأربعة إلى خمسة أضعاف منه لدى النساء الأمريكيات من أصل أفريقي [36]. في المقابل، لم تجد دراسات أخرى أي علاقة بين هبوط الأعضاء الحوضية، والعرق أو الأصل العرقي.

ارتفاع الضغط داخل البطن:

يبدو أن الإمساك المزمن عامل خطر للإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية، ويرجع ذلك على الأرجح إلى الزيادات المتكررة في الضغط داخل البطن، قد يُسبب الإمساك المزمن وغيره من الحالات التي تُسبب ارتفاعًا متكررًا في الضغط داخل البطن، مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن، إصابة تمدد في العصب الفرجي [37].

تتضارب البيانات حول ما إذا كان خطر هبوط أعضاء الحوض يزداد لدى النساء العاملات في وظائف تتطلب رفع أشياء ثقيلة. أفادت دراسة أجريت على أكثر من 1000 امرأة أن النساء العاملات في المصانع يُعانين من هبوط الأعضاء الحوضية بشكل أكثر حدة مقارنةً بفئات العمل الأخرى، ويرجع ذلك على الأرجح إلى زيادة الضغط داخل البطن المرتبط برفع الأشياء [38].

شذوذ الكولاجين:

تساهم بعض اضطرابات النسيج الضام، مثل متلازمة إهلرز–دانلوس، والتشوهات الخلقية، كإنقلاب المثانة للخارج، في حدوث هبوط الأعضاء الحوضية. وُجد أن نسبة الإصابة بهذا الهبوط ترتفع لدى النساء ذوات المفاصل مفرطة الحركة. يُشير هذا إلى دور محتمل لشذوذ الكولاجين في هذه الاضطرابات. قد تكون النساء المصابات يُنتجن كميات أقل من الكولاجين من النوع الأول، مما يؤدي إلى زيادة نسبة الكولاجين من النوع الثالث، الذي يتميز بقوة شد أقل. يتكون الكولاجين من

النوع الأول من ألياف كبيرة تعزز قوة الأنسجة مثل الأربطة والجلد، بينما يُعتبر النوع الثالث هو النوع الرئيسي في الأنسجة الأكثر مرونة. يُساهم الكولاجين من النوع الخامس أيضاً في تكوين ألياف أضعف. وبالتالي، فكلما زادت نسبة النوع الأول مقارنة بالنوعين الثالث والخامس، زادت قوة الشد في الأنسجة [39]

القسة العائلية:

تشير مراجعة منهجية لأكثر من 16 دراسة إلى أن النساء اللاتي لديهن تاريخ عائلي بهبوط الأعضاء الحوضية يُواجهن زيادة في خطر الإصابة بهذه الحالة بمعدل 2.5 ضعف. كما أظهر تحليل تلوي لثلاث دراسات أن وجود تاريخ عائلي إيجابي يرفع خطر نكس هبوط الأعضاء الحوضية بنسبة 80%، مع نسبة أرجحية تقدر بـ 1.84.

بالإضافة إلى ذلك، توصلت دراسة استعادية قائمة على السكان إلى أن خطر الإصابة بهبوط الأعضاء الحوضية يزداد مع زيادة عدد الأقارب من الدرجة الأولى المصابين. على الرغم من ذلك، لا تزال الجينات المحتملة وأنماط الوراثة المرتبطة بهبوط الأعضاء الحوضية غير معروفة، وهناك نقص في البيانات المتعلقة بالمكون الجيني لهذه الحالة [40].

الوقاية:

لم تُدرَس استراتيجيات الوقاية من الهبوط على نطاق واسع. ورغم أن الولادة المهبلية ترتبط بزيادة خطر الهبوط، إلا أنه من غير الواضح ما إذا كانت الولادة القيصرية ستمنع حدوثه، تشير بعض البيانات إلى أن النساء المصابات بالهبوط واللاتي يستخدمن تحميلة مهبلية تكون لديهن مرحلة هبوط أقل في الفحوصات اللاحقة، وتُعد التدخلات مثل إنقاص الوزن، وعلاج الإمساك المزمن، وتجنب الوظائف التي تتطلب رفع الأثقال تدخلات محتملة لتجنب تطور الهبوط أو تطوره، وتستحق المزيد من البحث. مع ذلك، ينبغي توخي الحذر عند التوصية بهذه التدخلات التي تُغير الحياة دون وجود بيانات قوية تدعم فعاليتها [41].

أجريت مراجعة منهجية لست تجارب عشوائية لدراسة تأثير هرمونات الإستروجين والأدوية ذات التأثيرات الإستروجينية على الوقاية من هبوط الأعضاء الحوضية (POP) أظهرت النتائج أن استخدام رالوكسيفين لدى النساء فوق 60 عامًا قلل بشكل ملحوظ من نسبة الجراحة المطلوبة (0.8% مقابل 1.5%، نسبة الأرجحية 0.5، فاصل الثقة 95%: 0.3–0.8). ومع ذلك، لم يكن

هناك ارتباط واضح بين رالوكسيفين والجراحة لدى النساء دون سن الستين. تشير النتائج إلى الحاجة إلى مزيد من الأبحاث حول تأثير العوامل الإستروجينية في الوقاية من هبوط الأعضاء الحوضية [42].

المظاهر السريرية:

قد يعاني مرضى هبوط الأعضاء الحوضية من أعراض مرتبطة تحديدًا بالهياكل الهابطة، مثل انتفاخ أو ضغط مهبلي، أو أعراض مصاحبة، بما في ذلك خلل وظيفي في التبول أو التغوط أو الوظيفة الجنسية. غالبًا ما تُعزى أعراض مثل آلام أسفل الظهر أو الحوض إلى هبوط أعضاء الحوض، ولكن هذا الارتباط غير مدعوم بدراسات سابقة. شدة الأعراض لا تتوافق بشكل جيد مع مرحلة هبوط الأعضاء. غالبًا ما ترتبط الأعراض بالوضعية؛ حيث تكون أقل وضوحًا في الصباح أو أثناء الاستلقاء، وتزداد سوءًا مع مرور اليوم أو عندما تكون النساء نشيطات في وضعية الوقوف [43].

أعراض الانتفاخ أو الضغط:

غالبًا ما تشتكي النساء المصابات بهبوط أعضاء الحوض من ضغط مهبلي أو حوضي، و/أو شعور بانتفاخ مهبلي أو شيء يتدلى من المهبل. في دراسة أجريت على 1912 امرأة راجعن عيادة اضطرابات قاع الحوض، بلغت حساسية أعراض "الانتفاخ أو سقوط شيء من المهبل" 67%، وخصوصية 87% لهبوط أعضاء الحوض عند غشاء البكارة أو بعده [44]. على الرغم من أن شكاوى الانتفاخ ترتبط بوجود هبوط، إلا أن ارتباطها بمرحلة الهبوط ضعيف، ولا تتنبأ بموقع الهبوط [44].

يبدو أن العتبة التشريحية للهبوط العرضي هي غشاء البكارة. إن دقة أعراض انتفاخ المهبل للتنبؤ بهبوط ما بعد غشاء البكارة عالية (99% إلى 100%)؛ ومع ذلك، فإن حساسيتها منخفضة (16% إلى 35%) لأن بعض النساء المصابات بهبوط متقدم يُبلغن عن غياب الأعراض.

أظهرت دراسة مقطعية أجريت على نساء فوق سن الأربعين خضعن لفحوصات أمراض النساء والمسالك البولية باستخدام فحوصات هبوط أعضاء الحوض (PELVIC ORGAN PROLAPSE–Q) لتقييم الدعم، واستبيانات جرد ضيق قاع الحوض لتقييم الأعراض، أن العتبة

التشريحية البالغة 0.5 سم بعيدًا عن غشاء البكارة كانت ذات حساسية (69%) ودقة (97%) لأعراض البروز/الانتفاخ [45].

تستطيع بعض النساء رؤية بروز للهبوط ما بعد مدخل المهبل. قد يؤدي بروز المهبل إلى إفرازات مزمنة و/أو نزيف بسبب التقرحات.



الشكل 7 هبوط قبو المهبل كامل

الأعراض البولية:

فقدان دعم جدار المهبل الأمامي أو قمة المهبل يمكن أن يؤثر بشكل كبير على وظيفة المثانة ومجرى البول. في المراحل الأولى والثانية من هبوط المثانة، تترافق أعراض سلس البول الإجهادي بشكل شائع مع تلك الحالة [31].

ومع تقدم الهبوط، قد تلاحظ النساء تحسنًا في سلس البول، لكن يزداد صعوبة التبول. في حالات هبوط المثانة الأمامي أو القمي المتقدم، قد يتسبب الهبوط في انحناء مجرى البول، مما يؤدي لأعراض انسداد التبول، مثل بطء تدفق البول، والحاجة لتغيير الوضعية أو مساعدتها يدويًا للتبول، والشعور بعدم اكتمال التفريغ، وفي حالات نادرة، قد يحدث احتباس كامل للبول [26].

أظهرت دراسة على نساء راجعن عيادة أمراض النساء أن هناك علاقة واضحة بين أعراض الانسداد وتطور هبوط المثانة، حيث أفادت 5% إلى 12% من النساء المصابات بهبوط المثانة في المرحلة

الثانية، و23% إلى 36% من النساء في المرحلتين الثالثة أو الرابعة بتجربة الإجبار على خروج البول [32].

تظهر أعراض سلس البول الإجهادي لدى ما بين 13% و65% من النساء بعد التصحيح الجراحي للهبوط. قد يكشف ارتفاع مستوى الهبوط أثناء فحص الحوض عن سلس البول الإجهادي "الخفي". تظهر الأبحاث أن النساء المصابات بهبوط أعضاء الحوض هن أكثر عرضة للإصابة بأعراض فرط نشاط المثانة، مثل الإلحاح وسلس البول الإلحاحي وتكرار التبول، بمعدل يتراوح بين الضعف إلى خمسة أضعاف بالمقارنة مع النساء اللاتي يعانين من هبوط أعضاء الحوض بشكل عام. البيانات المتعلقة بالارتباط بين الموقع التشريحي (القمي، الأمامي، الخلفي) وشدة الأعراض متباينة، مما يشير إلى أن العوامل المختلفة قد تلعب دورًا في ظهور هذه الأعراض.

علاوة على ذلك، تعاني بعض النساء من سلس البول أو سلس البول أثناء الجماع، مما يؤثر بشكل كبير على نوعية حياتهن. هذا يبرز أهمية معالجة أعراض التبول كأحد الأهداف الرئيسية للنساء الخاضعات لعلاج هبوط أعضاء الحوض، لضمان تحسين راحتهن وجودة حياتهن [26].

أعراض التغوط:

أعراض التغوط المرتبطة بهبوط أعضاء الحوض تعد أكثر شيوعًا بين النساء، حيث تؤثر هذه الأعراض على حوالي 20% من النساء بشكل عام، وترتفع هذه النسبة إلى ما بين 24% و52% لدى المصابات بهبوط أعضاء الحوض. من أبرز الأعراض الشائعة التي تعاني منها هؤلاء النساء هي الإمساك وشعور بعدم اكتمال التفريغ.

تشمل الأعراض الأخرى الحاجة الملحة للتبرز، وسلس البراز، فضلاً عن أعراض الانسداد، مثل الإجهاد أثناء التغوط أو الحاجة إلى الضغط بالإصبع على المهبل أو العجان لضمان تفريغ كامل للبراز. كما أفادت بعض النساء بتجارب سلس البراز أثناء الجماع، مما يزيد من تعقيد الحالة [26].

تظهر أعراض التغوط لدى النساء المصابات بالهبوط في أي موقع تشريحي، رغم أنها غالبًا ما تكون مرتبطة بعيوب خلفية أو قمية. في دراسة حول النساء اللواتي زرن العيادة النسائية، وُجد أن المصابات بالهبوط في المرحلة الأولى كن الأقل عرضة للحاجة إلى دعم أثناء التغوط (بنسبة 8 إلى 15%). ومع ذلك، لم تزداد احتمالية ظهور أعراض الحاجة لدعم أثناء التغوط بشكل مستمر

مع تقدم الهبوط؛ حيث كانت النسب في المرحلة الثانية 21 إلى 38%، وفي المرحلتين الثالثة والرابعة تراوحت بين 26 إلى 29% [26].

يمكن أن تظهر أعراض التغوط نتيجة لأي خلل في الحجرة الخلفية، مثل فتق المستقيم أو فتق الأمعاء أو هبوط المستقيم. تعتبر حالات هبوط المستقيم نادرة، حيث تتراوح نسبتها بين 0.25 و0.42%. قد يختلط على المرضى أعراضهم مع هبوط المهبل، وغالبًا ما تشتكي النساء من سلس البراز ونزيف شرجي.

يُلاحظ أن هبوط المستقيم قد يتفاقم بسبب الإمساك والإجهاد، رغم عدم وجود بيانات مؤكدة حول السبب. في الحالات التي تكون فيها الأعراض موجودة ولكن الهبوط غير مرئي أثناء الفحص، يمكن الكشف عن الهبوط عندما تفحص المرأة أثناء جلوسها على المرحاض. خيار آخر هو أن تطلب المريضة التقاط صورة أثناء وجود الهبوط.

التأثيرات على الوظيفة الجنسية:

لا يبدو أن هبوط الأعضاء الحوضية الخفيف يرتبط بانخفاض الرغبة الجنسية أو عسر الجماع، على الرغم من اختلاف التقارير حول ما إذا كان هبوط الأعضاء الحوضية مرتبطًا بآثار سلبية على النشوة الجنسية أو الرضا الجنسي، وأفادت بعض النساء بتجنبهن للنشاط الجنسي خوفًا من الانزعاج أو الإحراج المرتبط به، وخاصةً المصابات بسلس البول أو البراز أثناء النشاط الجنسي [45].

التشخيص والتصنيف:

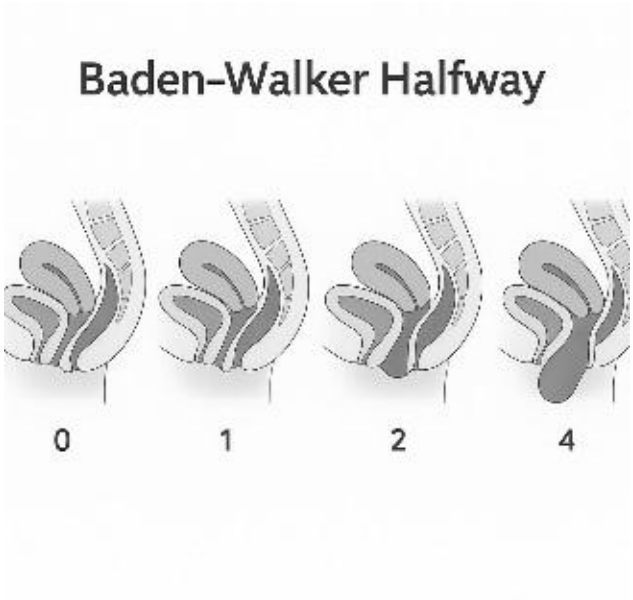
يعتبر هبوط أعضاء الحوض حالة طبية تتطلب تقييمًا دقيقًا لتشخيصها وعلاجها بشكل فعال. يعتمد التشخيص على فحص الحوض والتاريخ الطبي للمرضى، حيث يتم التركيز على الأعراض المرتبطة بالهبوط. يُنصح بالعلاج عادةً فقط في حالات الهبوط التي تسبب الأعراض.

منذ عام 1996، أصبح نظام قياس هبوط أعضاء الحوض (PELVIC ORGAN PROLAPSE-Q) أحد أكثر الأنظمة التي تُستخدم لتحديد مراحل هبوط الأعضاء، وقد اعتمدته العديد من الجمعيات الطبية الرائدة. يُعتبر تحليل نتائج الاستبيانات مثل IMPACT أمرًا مهمًا لتقييم تأثير هذه الحالة على جودة الحياة من وجهة نظر المرضى.

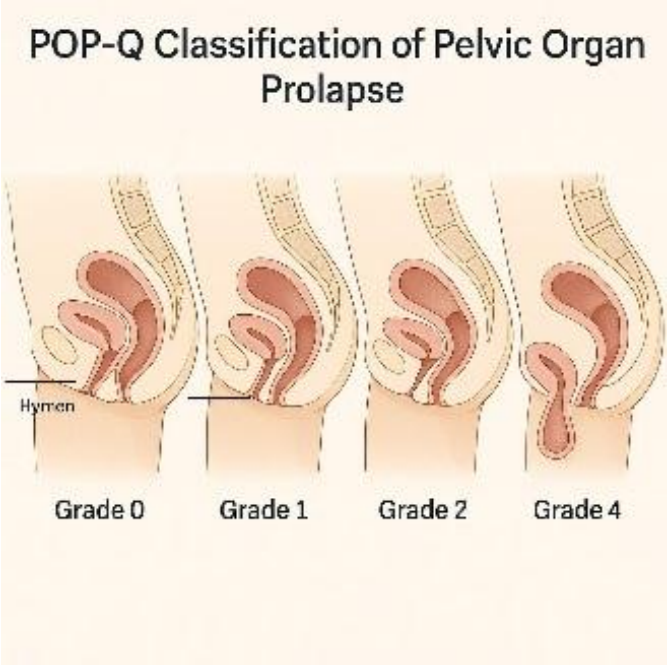
عند تصنيف هبوط الأعضاء، يساعد التمييز بين الأنواع المختلفة مثل القيلة المعوية والقيلة المستقيمية في تحديد خطة العلاج المناسبة. في الحالات التي تظهر فيها أعراض انتفاخ ولكن الفحص البدني لا يكشف عن هبوط واضح، يمكن استخدام التصوير (مثل التصوير بالرنين المغناطيسي) لتحديد وجود أي انغلاف أو فتق معوي، ويمكنك إضافة المزيد من التفاصيل حول الأعراض المحددة أو الفحوصات المطلوبة إذا كنت بحاجة إلى معلومات أعمق [46].

تصنيف هبوط الأعضاء الحوضية حسب بادن ووكر، وحسب نظام POPQ

بادن ووكر		نظام POPQ	
الدرجة	**موضع هبوط**	**الدرجة**	**موضع هبوط**
درجة 0	**لا يوجد هبوط**	**درجة 0**	**لا يوجد هبوط**
درجة 1	**الهبوط حتى منتصف المهبل**	**درجة 1**	**الجزء الأكثر هبوطاً على بعد > 1سم أعلى من غشاء البكارة**
درجة 2	**الهبوط يصل حتى فتحة المهبل**	**درجة 2**	**الجزء الأكثر هبوطاً على بعد ≥ 1 سم من غشاء البكارة (أعلى أو أسفل)**
درجة 3	**الهبوط يتجاوز فتحة المهبل جزئياً**	**درجة 3**	**الجزء الأكثر هبوطاً على بعد > 1سم أسفل من غشاء البكارة لكن لا يتجاوز الطول الكلي للمهبل.**
درجة 4	**هبوط كامل (خروج الأعضاء عبر المهبل)**	**درجة 4**	**انقلاب مهبل بالكامل للخارج (هبوط كامل)**



الشكل 8 تصنيف هبوط الأعضاء الحوضية حسب بادن ووكر



الشكل 9 تصنيف هبوط الأعضاء الحوضية حسب نظام POPQ

التاريخ الطبيعي:

يُعتبر هبوط الرحم حالة مرضية تتفاقم تدريجيًا، حيث يؤدي الهبوط الخفيف إلى احتمال تطور الحالة. تشير البيانات إلى أن مسار هذا المرض يتطور ببطء حتى سن اليأس، وبعد ذلك قد تظهر تقلبات في درجة الهبوط بين التقدم والانحسار.

في دراسة شملت 249 امرأة تمت متابعتهن على مدى ثلاث سنوات، لوحظ أن 11% منهن شهدن زيادة في هبوط الرحم بمقدار 2 سم على الأقل، بينما انحسر الهبوط بنفس المقدار لدى 3% منهن [47].

بروتوكول التدبير:

دواعي العلاج:

يُنصح بالعلاج للنساء اللواتي يعانين من أعراض هبوط المثانة أو الحالات المصاحبة له (مثل خلل في وظائف الجهاز البولي أو الأمعاء أو الوظائف الجنسية). يُعدّ انسداد التبول أو التغوط أو استسقاء الكلية الناتج عن انثناء الحالب المزمن من دواعي العلاج، بغض النظر عن درجة هبوط المثانة [26]. لا يُنصح عادةً بالعلاج للنساء اللواتي يعانين من هبوط المثانة بدون أعراض [26].

تحديد أهداف المريضة:

يُخصص العلاج لكل مريضة بناءً على أعراضها وتأثيرها على جودة حياتها. وقد أظهرت الدراسات أن رضا المريضة بعد جراحة إعادة بناء الحوض يرتبط ارتباطًا وثيقًا بتحقيق الأهداف الجراحية التي حددتها لنفسها قبل الجراحة، ولكنه يرتبط ارتباطًا ضعيفًا بمقاييس النتائج الموضوعية [48]. كما يُعد تحديد توقعات واقعية للمريضة أمرًا بالغ الأهمية، نظرًا لأن الأمراض المصاحبة تؤثر على تجربتها مع الأعراض.

في دراسة أجريت على 91 امرأة مصابة بهبوط أعضاء الحوض، أفادت النساء اللاتي حصلن على نتيجة إيجابية في فحص أعراض الاكتئاب بانخفاض درجاتهن في مقياس ضيق قاع الحوض (PFDI-20) ومؤشر جودة الحياة المتعلق بالهبوط (P-QoL) مقارنةً بالنساء اللاتي لا يعانين من هذه الأعراض، على الرغم من عدم وجود اختلافات في القياسات الموضوعية [49].

خيارات العلاج:

يمكن علاج النساء المصابات بهبوط الأعضاء الحوضية المصحوب بأعراض بشكل متوقع أو بالعلاج المحافظ أو الجراحي. ينبغي توفير كل من خيارات العلاج المحافظ والجراحي. لا توجد بيانات عالية الجودة تقارن بين هذين النهجين.

يعتمد اختيار العلاج على تفضيلات المريضة، بالإضافة إلى قدرتها على الالتزام بالعلاج المحافظ أو تحمل الجراحة. تشير بعض البيانات إلى أن العمر، ودرجة هبوط أعضاء الحوض، كما يُقاس بانحدار الحافة الأمامية للهبوط، ودرجات ألم الحوض قبل الجراحة، وجراحة الهبوط السابقة، ترتبط بشكل مستقل بخيارات العلاج.

في دراسة شملت 152 امرأة، وُجد أن المريضات الأكبر سنًا واللاتي يعانين من درجات عالية من الألم في منطقة الحوض قبل الجراحة كان لديهن ميل أكبر لاختيار استخدام دعامة بدلاً من إجراء الجراحة. على الجانب الآخر، تزايد احتمال اختيار الجراحة بين النساء اللاتي تعرضن لهبوط أكثر شدة أو اللاتي خضعن لجراحة هبوط أعضاء الحوض في السابق [50].

التدبير المحافظ والانتظار:

يُعدّ التدبير بالانتظار خيارًا فعالًا للنساء اللواتي يتحملن أعراضهن ويفضّلن تجنّب العلاج. يجب تقييم النساء اللواتي يعانين من هبوط الأعضاء الحوضية، سواءً كان مصحوبًا بأعراض أو بدونها، ويرفضن العلاج، وخاصةً في المرحلتين الثالثة والرابعة، بانتظام لتقييم تطور أو تفاقم أعراض التبول أو التغوط [50].

الكعكات المهبلية:

تُعدّ الكعكات المهبلية الركيزة الأساسية للعلاج غير الجراحي لهبوط أعضاء الحوض. وهي عبارة عن أجهزة سيليكونية بأشكال وأحجام متنوعة، تدعم أعضاء الحوض. يستمر حوالي نصف النساء اللواتي يستخدمن الكعكات المهبلية في استخدامها لمدة تتراوح بين سنة وسنتين. يجب إزالة الكعكات المهبلية وتنظيفها بانتظام [50].

تمارين عضلات قاع الحوض:

تمارين تقوية عضلات قاع الحوض (PFMT) تُعتبر فعّالة في تحسين أعراض هبوط أعضاء الحوض. العديد من التجارب العشوائية أظهرت نتائج إيجابية، خاصةً عند ممارسة هذه التمارين تحت إشراف متخصص أو بشكل فردي.

في تحليل تلوي شمل 13 تجربة مع أكثر من 2300 امرأة، ثبت أن هذه التمارين تُحسّن بشكل ملحوظ أعراض الهبوط (بفارق متوسط −07.3) وتُقلل من حدة الهبوط الموضوعي (نسبة خطر 1.70).

دراستان لاحقتان أظهرتا أن النساء اللاتي تلقين علاج PFMT مع برنامج استشاري لنمط الحياة أبلغن عن تحسن في الأعراض، ولكن لم تُسجل فروق ملحوظة في جودة الحياة مقارنةً بالمجموعة التي تلقت برنامج نمط الحياة فقط.

لذلك، يُوصى بالنساء المصابات بهبوط الرحم في المرحلة الثانية والمصاحبة لأعراض بتجربة علاج PFMT، حيث إنه يُظهر تحسنًا ملحوظًا دون أي آثار سلبية. ومع ذلك، يجب مراعاة أن العلاج قد يكون أقل فعالية للنساء اللاتي يعانين من الهبوط الذي يقع أبعد من غشاء البكارة.

العلاج بالإستروجين:

لا توجد حاليًا بيانات تدعم استخدام الإستروجين الجهازي أو الموضعي كعلاج أساسي لهبوط أعضاء الحوض. في حين أفادت دراسة أجريت على خزعات مهبلية أن الإستروجين المهبلي الموضعي أثناء الجراحة زاد من إنتاج الكولاجين الناضج، وزاد من سمك جدار المهبل، وخفض نشاط الإنزيمات التحللية، إلا أن هذه النتائج النسيجية تحتاج إلى إثبات بالنتائج السريرية [51].

حددت مراجعة منهجية لتقييم استخدام الإستروجين الموضعي لعلاج اضطرابات قاع الحوض ثلاث تجارب فقط قيّمت تأثير الإستروجين الموضعي على هبوط الأعضاء، إلا أن النتائج المقيّمة ركزت على أعراض ضمور المهبل بدلًا من هبوط الأعضاء نفسه [52].

أفاد تحليل تلوي مختلف أن الرالوكسيفين (مُعدِّل انتقائي لمستقبلات الإستروجين) يبدو مرتبطًا بانخفاض احتمالية الخضوع لجراحة هبوط أعضاء الحوض، إلا أن البيانات لم تكن كافية لتوصية الرالوكسيفين كعلاج روتيني [45].

العلاج الجراحي:

يُعتبر العلاج الجراحي لهبوط الأعضاء الحوضية (Pelvic Organ Prolapse – POP) خيارًا مهمًا للنساء اللواتي يعانين من أعراض متقدمة أو فشلن في الاستجابة للعلاجات المحافظة. تتعدد الخيارات الجراحية المتاحة، وتختلف من حيث التقنية، والمواد المستخدمة، وطريقة الوصول الجراحي، مما يؤثر على النتائج والمضاعفات المحتملة.

أنواع العمليات الجراحية:

الإصلاح عبر المهبل باستخدام الأنسجة الذاتية: تُعد هذه الطريقة تقليدية وتشمل إصلاح الأنسجة الضعيفة باستخدام خيوط جراحية دون استخدام مواد صناعية. تتميز بقلة المضاعفات المرتبطة بالمواد الأجنبية، ولكن قد تكون معدلات النكس أعلى مقارنة بالطرق الأخرى.

الإصلاح عبر المهبل باستخدام الشبكات الصناعية: يتم فيها استخدام شبكات لدعم الأنسجة الضعيفة. رغم فعاليتها في تقليل النكس، إلا أن هناك مخاوف من مضاعفات مثل تآكل الشبكة والألم المزمن. أشارت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) إلى أن إصلاح الهبوط باستخدام الشبكات عبر المهبل قد يرتبط بمضاعفات أعلى مقارنة بالطرق الأخرى [53].

الإصلاح عبر البطن باستخدام الشبكات (مثل تثبيت المهبل بالعجز): تُعتبر هذه الطريقة فعالة في تقليل معدلات النكس، ولكنها تتطلب جراحة أكثر تعقيدًا. أظهرت الدراسات أن هذه الطريقة قد تقلل من معدلات النكس مقارنة بالإصلاح عبر المهبل [54].

تقنيات العمل الجراحي

يبدأ التدخل الجراحي للهبوط الأمامي، أي القيلة المثانية، بعمل شق متوسط في الجزء الأمامي للمهبل بدءًا من عنق المهبل وحتى المنطقة تحت المثانة. يتم كشف الصفيحة اللفافية الأمامية وفصلها عن جدار المثانة برفق، مع الحرص على عدم تمزق المثانة أو الإحليل. بعد ذلك، تُخاط الأنسجة العضلية واللفافة عبر خياطة متقاطعة لتعزيز دعم الجدار الأمامي وإغلاق العيب. في حال وجود ضعف كبير في الأنسجة، يمكن استخدام شبكات داعمة مصنوعة من بولي بروبيلين يتم تثبيتها على الصفيحة اللفافية والجدار الأمامي لتقليل احتمالية الانتكاس، مع تأمين الشبكة بعيدًا عن المسالك البولية لتجنب التعرض أو الالتهاب.

أما الهبوط الخلفي، أي القيلة المستقيمية، فيتم عن طريق شق متوسط خلفي في المهبل يبدأ من عنق المهبل وصولًا إلى العجان. يتم فصل الصفيحة اللفافية الخلفية عن المستقيم، ويتم تشديد الأنسجة العضلية واللفافية عبر خياطة متقاطعة لتعزيز دعم الجدار الخلفي ومنع الانحراف أو بروز المستقيم نحو المهبل. إذا لزم الأمر، يمكن دمج الترميم مع إعادة بناء العجان لضمان دعم إضافي للمهبل ومنع اتساع الفتحة المهبلية.

بالنسبة للهبوط المركزي أو هبوط الرحم، يتم إما تثبيت الرحم عبر Uterosacral Ligament Suspension أو عبر Sacrospinous Ligament Fixation. في الأولى، يتم سحب الرباط الرحمي العجزي الموجود خلف المهبل وربطه بجدار المهبل الخلفي مع شد محكم بحيث يعاد الرحم إلى وضعه الطبيعي، مع الحرص على عدم شد الأوعية أو الأعصاب. في تقنية Sacrospinous، يُثبت الجزء العلوي من المهبل أو عنق الرحم إلى الرباط العظمي الحرقفي، عادة باستخدام غرز غير قابلة للامتصاص، مع التأكد من أن المهبل في وضع مستقيم ومحايد لتجنب الانحناء.

في الحالات المتقدمة، يمكن استخدام Sacrocolpopexy بالمنظار أو الروبوت، حيث يتم عمل شقوق صغيرة في البطن، ويتم إدخال الشبكة وتثبيتها بين الجزء العلوي من المهبل أو الرحم والعرف

العجزي بواسطة غرز آمنة، مع شد الشبكة تدريجيًا لتوفير دعم محوري للمهبل. يتم فحص توتر الشبكة ووضعها بحيث لا تضغط على المثانة أو المستقيم، ثم إغلاق شقوق البطن.

خلال جميع هذه الإجراءات، يُراعى حماية المسالك البولية والمستقيم، وفحص خلو الأعضاء الداخلية من أي إصابة، والتأكد من ايقاف أي نزف صغير قبل إغلاق المهبل. يتم في النهاية خياطة الجلد والخياطة السطحية للمهبل بشكل محكم لتقليل خطر النزف أو الانتكاس، مع وضع مفجر إذا لزم الأمر لتصريف السوائل [56].

معدلات النكس وإعادة الجراحة:

تشير الدراسات إلى أن معدلات النكس بعد الجراحة الأولى قد تصل إلى 30%، مما يستدعي إجراء عمليات إضافية في بعض الحالات [55]. في دراسة فرنسية شملت أكثر من 2300 امرأة، كانت معدلات إعادة الجراحة بسبب النكس حوالي 1.4% خلال فترة متابعة متوسطة تبلغ 17.6 شهرًا [56].

العوامل المؤثرة على النتائج:

خبرة الجراح: تُظهر الدراسات أن خبرة الجراح ومهارته تلعب دورًا مهمًا في تقليل المضاعفات ومعدلات النكس.

اختيار التقنية المناسبة: يجب اختيار التقنية الجراحية بناءً على حالة المريضة، وشدة الهبوط، والرغبة في الحفاظ على الرحم أو إزالته.

استخدام الشبكات: رغم أن استخدام الشبكات قد يقلل من معدلات النكس، إلا أنه يرتبط بمضاعفات محتملة مثل تآكل الشبكة والألم المزمن.

المضاعفات المحتملة:

تشمل الاختلاطات بعد جراحة هبوط الأعضاء التناسلية مجموعة متنوعة من المضاعفات التي يمكن أن تحدث خلال العملية الجراحية أو بعد إتمامها، وتتراوح شدتها بين بسيطة يمكن التعامل معها بسهولة، وبين مضاعفات تهدد الوظائف أو تتطلب تدخلات إضافية. يُعد النزف من أكثر الاختلاطات شيوعًا، ويحدث غالبًا نتيجة تمزق أوعية دموية صغيرة أثناء فصل الصفيحة اللفافية أو خياطة الأنسجة. في بعض الحالات، قد يتطلب النزف نقل دم جزئيًا أو كليًا، رغم أن غالبية المرضى لا يحتاجون إلى ذلك.

يمكن أن يحدث احتباس البول مؤقت نتيجة تورم الأنسجة أو شد الأنسجة حول الإحليل، وغالبًا ما يُصرف عن طريق القسطرة البولية المؤقتة لمدة يوم إلى يومين. في حالات نادرة، قد يحدث اذية المثانة أو الإحليل أثناء فصل الجدار الأمامي، أو اذية المستقيم أثناء الإصلاح الخلفي، ويستدعي اكتشافها الفوري وخياطة الإصلاح لتجنب مضاعفات طويلة الأمد مثل النزف أو التسرب البولي أو البرازي.

يُعد النكس أو الانتكاس (Recurrence) من أهم المخاطر بعيدة المدى، ويحدث بشكل أكبر عند الحالات التي أجريت لها إصلاحات بالأنسجة الأصلية فقط، خاصة في وجود ضعف في دعم قاع الحوض أو تعدد الولادات السابقة. يمكن الحد من معدل النكس باستخدام الشبكات الداعمة أو تقنيات الترسيب الرباطي، مع مراعاة تقليل خطر الالتهاب.

تشمل الاختلاطات الأخرى الانتانات الجراحية في المهبل أو الحوض، والتي تحدث نتيجة تكاثر البكتيريا في منطقة العمل الجراحي، وعادةً ما تُعالج بالمضادات الحيوية. قد تشعر بعض المريضات بألم مزمن أو حرقة أثناء التبول أو ألم أثناء الجماع نتيجة تهيج الأعصاب أو شد الأنسجة، وغالبًا ما تتحسن هذه الأعراض تدريجيًا مع العلاج المحافظ أو جلسات إعادة تأهيل قاع الحوض.

بالإضافة إلى ذلك، قد يحدث تورم أو تجمع سوائل تحت الجلد أو داخل المهبل، ويتطلب في بعض الحالات وضع درين أو تصريف السوائل لتجنب الانتان أو الضغط على الأعضاء المحيطة. بشكل عام، تشير الدراسات الحديثة إلى أن معدلات الاختلاطات بعد جراحة هبوط الأعضاء التناسلية منخفضة عند اختيار التقنية المناسبة وتقييم الحالة قبل الجراحة، مع ضرورة المتابعة المنتظمة للكشف المبكر عن أي مضاعفات ومعالجتها بشكل فوري. [56]

الحوامل:

قد تبرز أعراض جديدة أو تفاقم حالة هبوط أعضاء الحوض لدى النساء أثناء الحمل، والتي تُعالج بشكلٍ محافظ. في الغالب، يظهر هبوط عنق الرحم كحالة سابقة، وتُعتبر هذه الحالة نادرة في الولايات المتحدة، حيث يُقدر حدوثها بحالة واحدة لكل 10,000 إلى 15,000 ولادة.

بالمقابل، تُسجل حالات أكثر شيوعًا في دول أخرى ذات معدلات ولادة مرتفعة. يتطلب علاج هبوط أعضاء الحوض خلال الحمل تصميمًا فرديًا يعتمد على الأعراض والنتائج السريرية. يتضمن العلاج تقنيات مثل تمارين قاع الحوض أو استخدام الكعكات المهبلية. من المهم متابعة الحالة تحت إشراف طبي لضمان أفضل نتائج [57].

الدراسة العملية

أهمية الدراسة:

يُعدّ هبوط الأعضاء الحوضية من المشكلات الشائعة التي تواجه النساء، خصوصاً في الأعمار المتقدمة أو بعد تعدد الولادات، وله تأثير واضح على نوعية الحياة والوظيفة البولية والتناسلية. تختلف طرائق التدبير الجراحي تبعاً لشدة الهبوط ونوعه والعوامل المرافقة، وقد تترافق هذه الإجراءات الجراحية باختلاطات متفاوتة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فعالية التدبير الجراحي لهبوط الأعضاء الحوضية عند النساء في مستشفى الزهراوي، ودراسة معدل ونوعية الاختلاطات المرافقة لهذه الإجراءات خلال فترة الدراسة.

الطرائق والمواد:

أُجريت هذه الدراسة التراجعية في مستشفى الزهراوي بدمشق، وشملت مراجعة استمارات طبية مستخرجة من أضابير المريضات اللواتي خضعن لتدبير جراحي لهبوط الأعضاء الحوضية بين 1 آذار 2021 و1 آذار 2025. تم جمع البيانات باستخدام استبيان ورقي أُعدّ خصيصاً لتغطية الجوانب الديموغرافية والسريرية والجراحية ذات الصلة، وتم ملؤه اعتماداً على المعلومات المسجلة في الملفات الطبية.

معايير الاشتمال:

شملت الدراسة النساء اللواتي خضعن لعمل جراحي من أجل تدبير هبوط الأعضاء الحوضية في مستشفى الزهراوي خلال مدة الدراسة المحددة، بغض النظر عن عمر المريضة أو طريقة التدبير.

معايير الاستبعاد:

استُبعد من الدراسة أي مريضة لديها بيانات ناقصة في ملفها الطبي تعيق تقييم الحالة بشكل كامل، أو إذا كانت قد خضعت للعمل الجراحي في مؤسسة طبية أخرى، أو في حال وجود تشخيص غير مؤكد لهبوط الأعضاء الحوضية، أو إذا كانت حامل، أو مشاكل جهازية تعيق التخدير.

أداة جمع العينة:

تم اعتماد استبيان ورقي بُني على أساس مراجعة الأضابير الطبية، وشمل متغيرات ديموغرافية (العمر، عدد الولادات، الحالة الطمثية)، سوابق طبية (داء سكري، ارتفاع توتر شرياني، قصور

قلبي أو تنفسي، اضطرابات تخثر، سعال أو إمساك مزمن)، إضافة إلى تفاصيل العمل الجراحي (نوع التخدير، مدة العملية، تصنيف ASA، نوع الهبوط، تصنيف POPQ وبادن ووكر، الإجراءات الجراحية المجراة، ونوعية الاختلاطات في الفترة المحيطة بالعمل الجراحي).

الاعتبارات الأخلاقية:

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية الرسمية من اللجنة الأخلاقية في مستشفى الزهراوي قبل البدء بتنفيذ الدراسة، كما تم ضمان السرية الكاملة للبيانات الشخصية والسريرية للمريضات، وحُفظت المعلومات ضمن ملفات مؤمنة دون الإشارة لهوية المريضات بأي شكل.

الطرائق الإحصائية:

تم إدخال البيانات وترميزها وتحليلها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS(الإصدار 26)، وأُجري التحليل الإحصائي على مرحلتين رئيسيتين: التحليل الوصفي، وتحليل العلاقات بين المتغيرات النوعية.

أولًا: التحليل الوصفي

1. التحليل الوصفي للمتغيرات الكمية

تم توصيف المتغيرات الكمية مثل: عدد سنوات الزواج، عدد الحمول، عدد الولادات الطبيعية، وعدد الولادات القيصرية باستخدام المتوسط الحسابي (Mean) والانحراف المعياري (Standard Deviation)، وتم عرض النتائج على شكل جداول رقمية.

2. التحليل الوصفي للمتغيرات النوعية

تم توصيف المتغيرات النوعية مثل: السكن، الحالة الطمثية، السوابق المرضية، عوامل الخطر، الأعراض السريرية، نوع ودرجة الهبوط، نوع التخدير، تصنيف ASA، نوع التدبير الجراحي، والاختلاطات بعد الجراحة، باستخدام: التكرارات (Frequencies) والنسب المئوية (Percentages) وعُرضت النتائج على شكل جداول ورسوم بيانية مناسبة.

ثانيًا: تحليل العلاقة بين المتغيرات

لدراسة العلاقة بين المتغيرات النوعية المختلفة (مثل العلاقة بين الولادات المتعددة ونوع الهبوط، وتم استخدام اختبار: كاي مربع (Chi-square test) وذلك لتحديد وجود علاقة ذات دلالة

إحصائية بين المتغيرات المصنفة، وتم اعتبار القيمة الاحتمالية: $P\text{-value} < 0.05$ دالة إحصائيًا، و $P\text{-value} \geq 0.05$ غير دالة إحصائيًا.

خطة العمل:

تمثلت خطة العمل في هذه الدراسة بمراجعة الأدبيات العلمية ذات الصلة لتحديد جوانب التدبير الجراحي لهبوط الأعضاء التناسلية والاختلاطات المصاحبة له. بعد وضع البروتوكول البحثي، تم تصميم أداة منظمة لجمع البيانات السريرية والجراحية من أضابير المرضى في مستشفى الزهراوي. حصلت الدراسة على الموافقات الأخلاقية اللازمة من إدارة المستشفى، مع الالتزام التام بالمعايير الأخلاقية المعمول بها في البحوث الطبية. شملت مرحلة جمع البيانات مراجعة السجلات الطبية للمرضى الذين خضعوا للتدخل الجراحي خلال فترة الدراسة، مع تسجيل كافة المعلومات المتعلقة بالحالة السريرية ونوعية التدبير الجراحي. أُدخلت البيانات بشكل منهجي في قاعدة بيانات إلكترونية مع تطبيق إجراءات تدقيق لضمان دقتها وشموليتها. استخدم التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي لتقييم النتائج ودعمها علميًا. استندت مناقشة النتائج إلى مقارنة الأدبيات العلمية والممارسات المحلية، مع استخلاص توصيات مبنية على الأدلة لتعزيز جودة الرعاية الجراحية. في الختام، أُعدت الدراسة بصيغة أكاديمية متكاملة تُرفع إلى الجهات المختصة لاعتمادها ونشرها ضمن المصادر العلمية

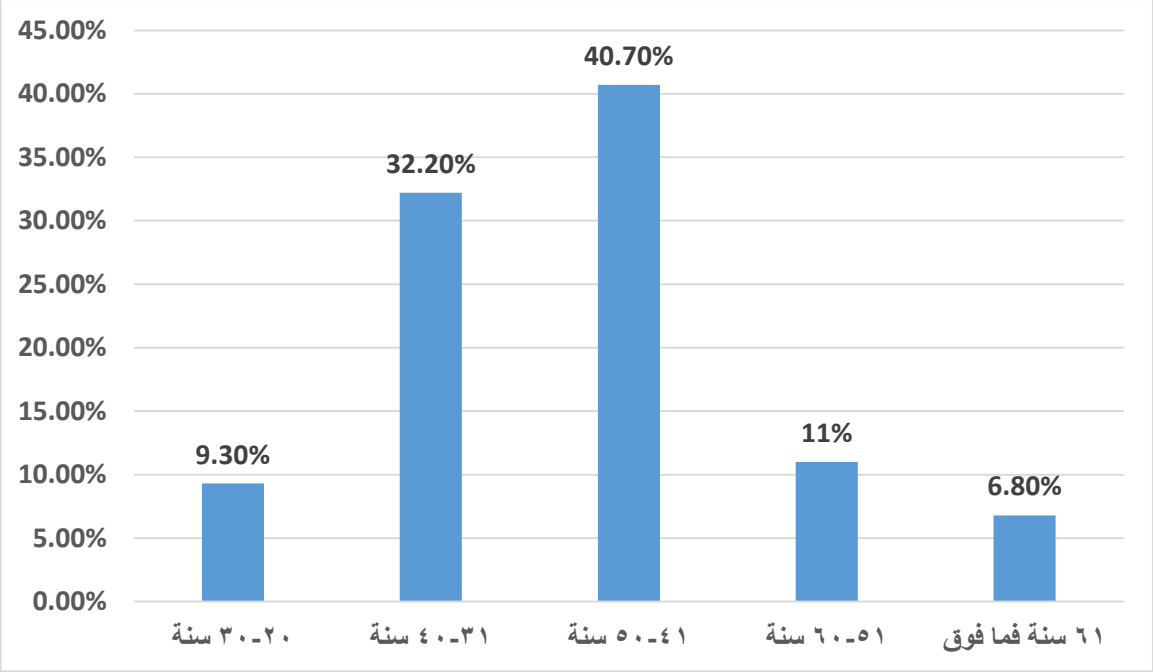
النتائج:

الخصائص الديموغرافية للمريضات

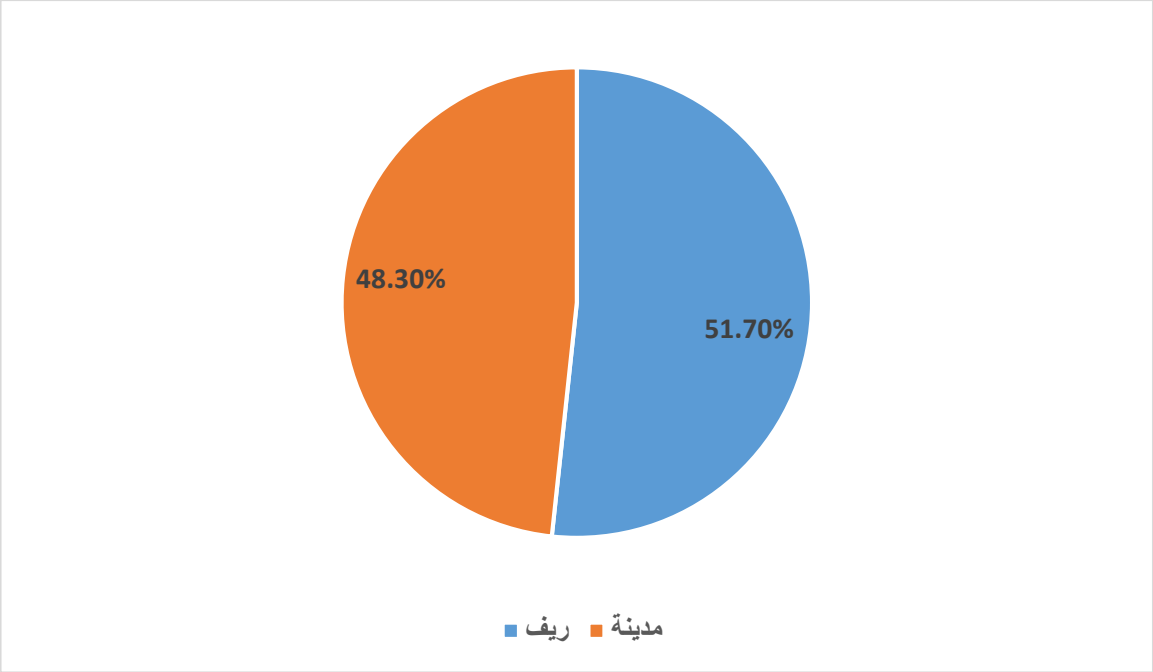
شملت الدراسة 118 مريضة توزعن على فئات عمرية مختلفة، وكانت الفئة الأكثر شيوعًا هي 41–50 سنة بنسبة (40.7%)، تلتها الفئة 31–40 سنة بنسبة (32.2%)، ثم 51–60 سنة بنسبة (11%)، في حين كانت النسب أقل في الفئتين 20–30 سنة (9.3%) و≤61 سنة (6.8%). من حيث مكان السكن، كان التوزع متقاربًا بين الريف (51.7%) والمدينة (48.3%). بلغ متوسط عدد سنوات الزواج 21.5 ± 10.03 سنة، ما يعكس مدة تعرض طويلة لعوامل قد تسهم في تطور هبوط الأعضاء التناسلية، مثل الولادات المتكررة والتغيرات الهرمونية مع التقدم بالعمر.

الجدول 1 التوزع النسبي للمرضى حسب الخصائص الديموغرافية للمريضات

المتغير	العدد	النسبة المئوية
الفئات العمرية		
20-30 سنة	11	%9.3
31-40 سنة	38	%32.2
41-50 سنة	48	%40.7
51-60 سنة	13	%11
61 سنة فما فوق	8	%6.8
السكن		
ريف	61	%51.7
مدينة	57	%48.3
متوسط عدد سنوات الزواج	21.5 ± 10.03 سنة	



الشكل 1 التوزع النسبي للمريضات حسب الفئة العمرية



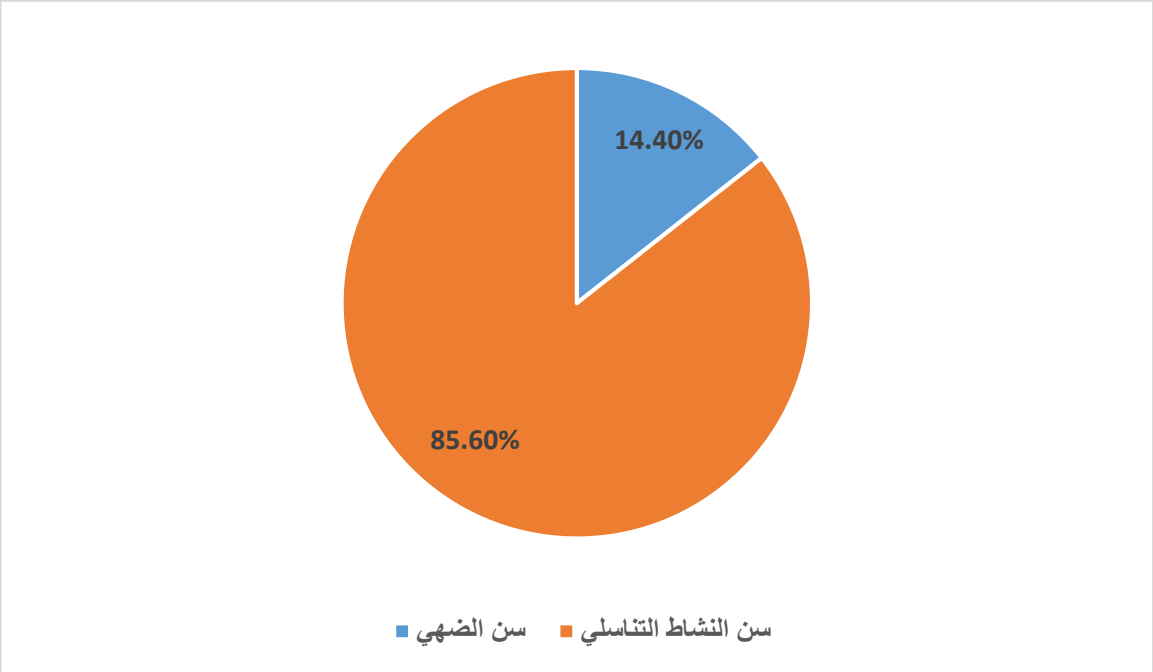
الشكل 2 التوزع النسبي للمريضات حسب السكن

الخصائص الإنجابية للمريضات

بلغ متوسط عدد الحمول لدى المريضات 6.47 ± 2.52، ومتوسط عدد الولادات الطبيعية 4.81 ± 2.01، في حين كان متوسط عدد الولادات القيصرية منخفضًا نسبيًا (0.44 ± 0.8). من حيث الحالة الطمثية، كانت الغالبية ضمن سن النشاط التناسلي (85.6%) مقابل (14.4%) في سن الضهي. تعكس هذه النتائج ارتفاع معدلات الحمول والولادات المهبلية، وهي عوامل معروفة بارتباطها بزيادة خطر حدوث هبوط الأعضاء التناسلية.

الجدول 2 التحليل الكمي والتوزع النسبي حسب الخصائص الإنجابية للمريضات

متوسط عدد الحمول	6.47 ± 2.52	
متوسط الولادات الطبيعية	4.81 ± 2.01	
متوسط عدد الولادات القيصرية	0.44 ± 0.8	
الحالة الطمثية	**العدد**	**النسبة المئوية**
سن الضهي	17	%14.4
سن النشاط التناسلي	101	%85.6

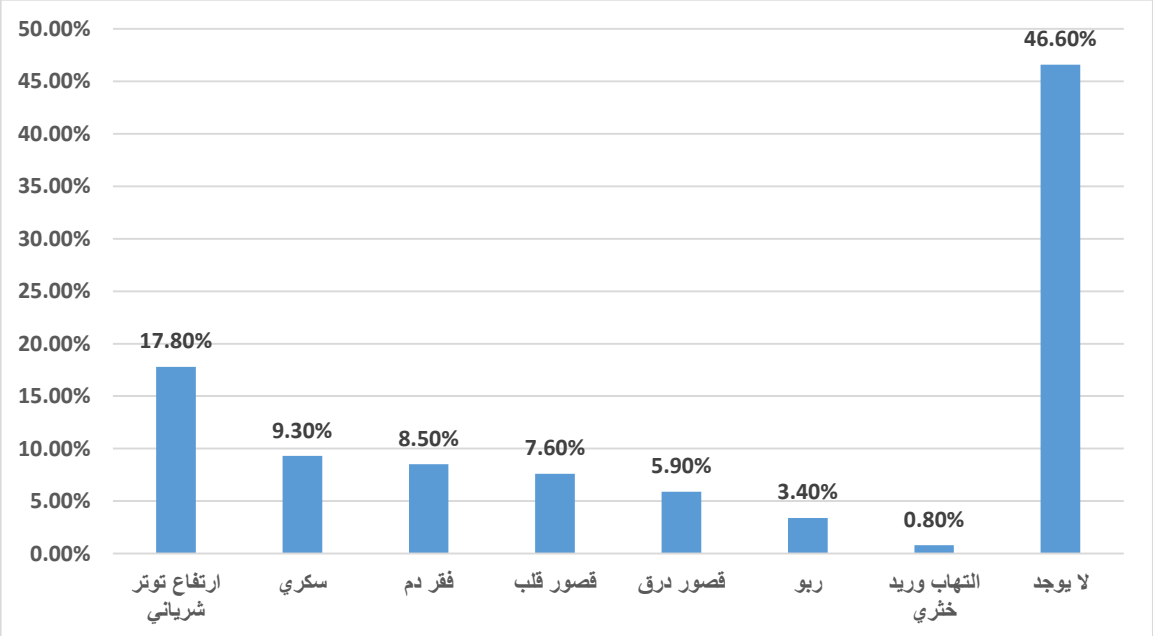


السوابق المرضية للمريضات

أظهرت النتائج أن نحو نصف المريضات لم يكنّ لديهن سوابق مرضية مزمنة (46.6%). أما أكثر الأمراض المرافقة شيوعًا فكان ارتفاع التوتر الشرياني (17.8%)، يليه الداء السكري (9.3%)، ثم فقر الدم (8.5%) وقصور القلب (7.6%) وقصور الدرق (5.9%)، في حين سُجّلت نسب أقل للربو (3.4%) والتهاب الوريد الخثري (0.8%). تشير هذه المعطيات إلى وجود عبء مرضي مرافق لدى نسبة معتبرة من المريضات، ما قد يؤثر على الاختلاطات الجراحية والتدبير حول العمل الجراحي.

الجدول 3 التوزع النسبي للمريضات حسب السوابق المرضية

السوابق المرضية	العدد	النسبة المئوية
ارتفاع توتر شرياني	21	%17.8
سكري	11	%9.3
فقر دم	10	%8.5
قصور قلب	9	%7.6
قصور درق	7	%5.9
ربو	4	%3.4
التهاب وريد خثري	1	%0.8
لا يوجد	55	%46.6



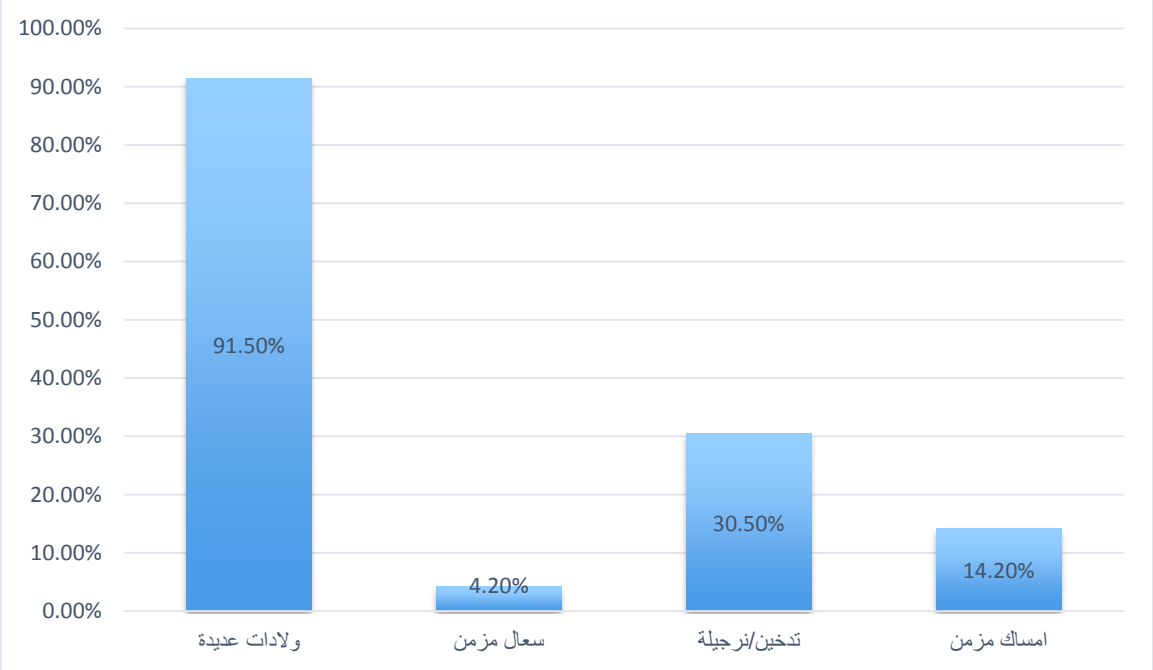
الشكل 3 التوزع النسبي للمريضات حسب السوابق المرضية

عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي

كانت الولادات العديدة العامل الأكثر شيوعًا بين المريضات بنسبة مرتفعة بلغت (91.5%)، ما يؤكد الدور الرئيسي للرضوض الولادية المتكررة في إضعاف قاع الحوض. كما وُجدت نسبة ملحوظة من المريضات المدخنات أو مستخدمات النرجيلة (30.5%). في المقابل، كانت نسب السعال المزمن (4.2%) والإمساك المزمن (14.2%) أقل نسبيًا، رغم كونهما من العوامل المعروفة التي تزيد الضغط داخل البطن وتسهم في تطور أو تفاقم الهبوط التناسلي.

الجدول 4 التوزع النسبي حسب عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي

عوامل الخطر	العدد	النسبة المئوية
ولادات عديدة	108	%91.5
سعال مزمن	5	%4.2
تدخين/نرجيلة	36	%30.5
امساك مزمن	17	%14.2



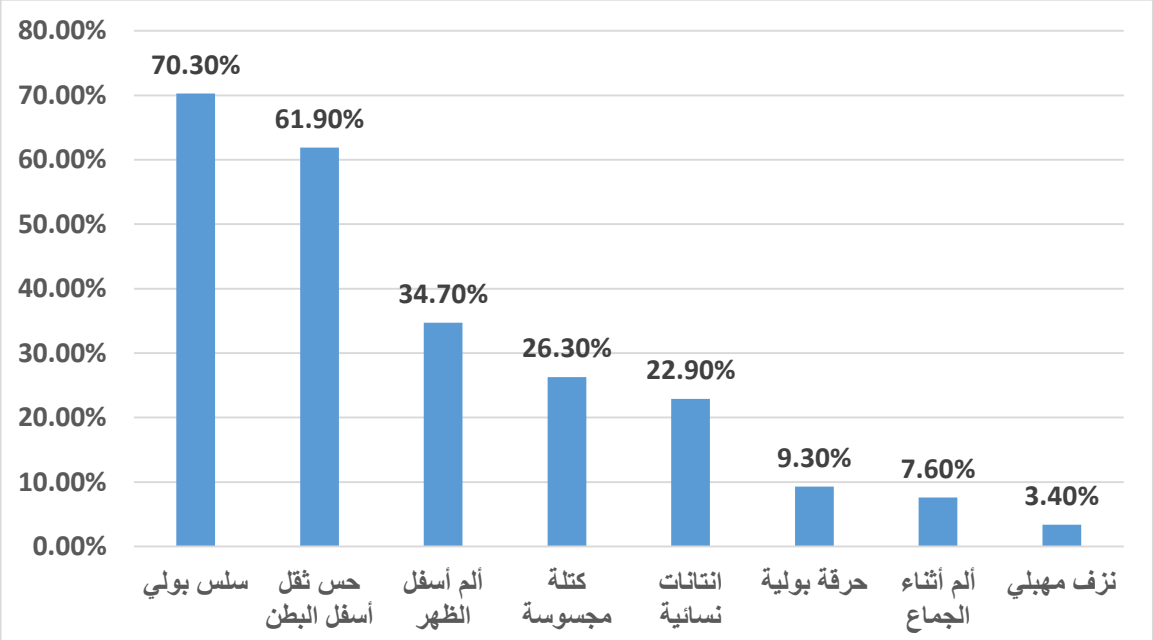
الشكل 4 التوزع النسبي حسب عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط التناسلي

الأعراض السريرية لدى المريضات

كان العرض الأكثر شيوعًا هو السلس البولي (70.3%)، يليه الإحساس بثقل أو ضغط أسفل البطن (61.9%)، ثم ألم أسفل الظهر (34.7%). كما أبلغت نسبة من المريضات عن وجود كتلة مجسوسة مهبليًا (26.3%) وانتانات نسائية متكررة (22.9%). في حين كانت الأعراض الأقل شيوعًا هي الحرقة البولية (9.3%)، والألم أثناء الجماع (7.6%)، والنزف المهبلي (3.4%). تعكس هذه النتائج الطيف السريري المتنوع لهبوط الأعضاء التناسلية مع سيطرة للأعراض البولية والإحساس بالضغط الحوضي.

الجدول 5 التوزع النسبي حسب الأعراض السريرية لدى المريضات

الأعراض السريرية	العدد	النسبة المئوية
سلس بولي	83	%70.3
حس ثقل أسفل البطن	73	%61.9
ألم أسفل الظهر	41	%34.7
كتلة مجسوسة	31	%26.3
انتانات نسائية	27	%22.9
حرقة بولية	11	%9.3
ألم أثناء الجماع	9	%7.6
نزف مهبلي	4	%3.4



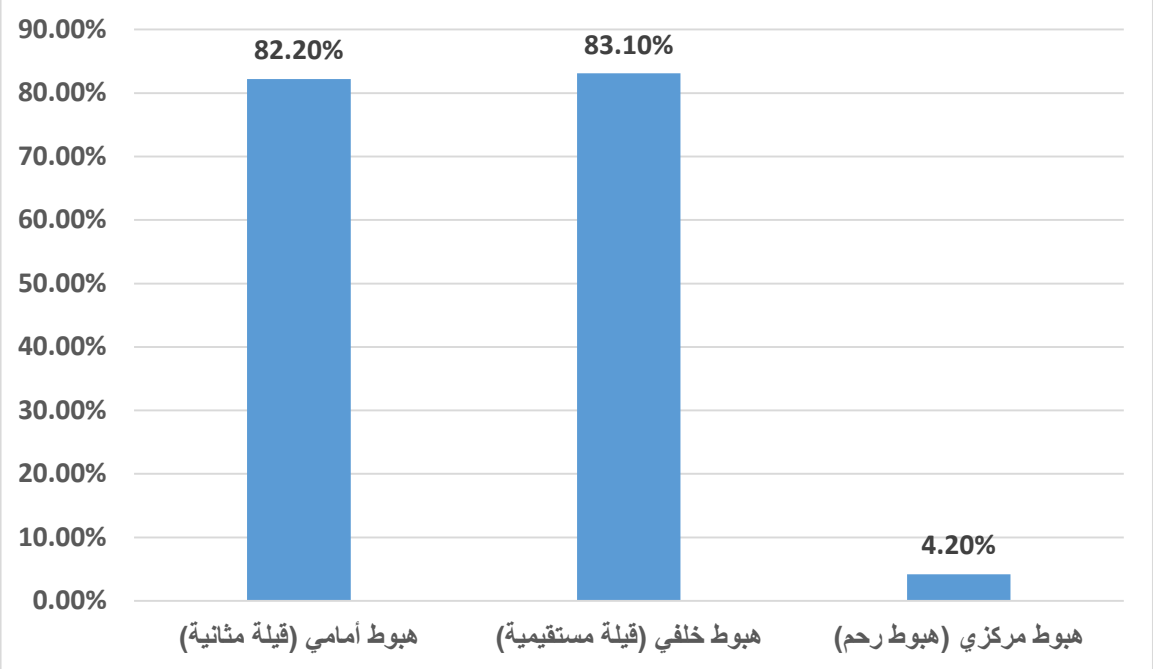
الشكل 5 التوزع النسبي حسب الأعراض السريرية لدى المريضات

أنواع الهبوط لدى المريضات

أظهر التحليل أن الهبوط الخلفي (القيلة المستقيمية) كان الأكثر شيوعًا بنسبة (83.1%)، يليه الهبوط الأمامي (القيلة المثانية) بنسبة متقاربة بلغت (82.2%)، ما يشير إلى شيوع إصابة الجدارين الأمامي والخلفي للمهبل لدى غالبية المريضات. في المقابل، كان الهبوط المركزي (هبوط الرحم) أقل شيوعًا بشكل واضح ولم يُسجّل إلا لدى نسبة محدودة من الحالات (4.2%). تعكس هذه النتائج سيطرة للهبوطات المهبلية الجدارية مقارنةً بهبوط الرحم الصريح.

الجدول 6 التوزع النسبي حسب أنواع الهبوط لدى المريضات

أنواع الهبوط لدى المريضات	العدد	النسبة المئوية
هبوط أمامي (قيلة مثانية)	97	%82.2
هبوط خلفي (قيلة مستقيمية)	98	%83.1
هبوط مركزي (هبوط رحم)	5	%4.2



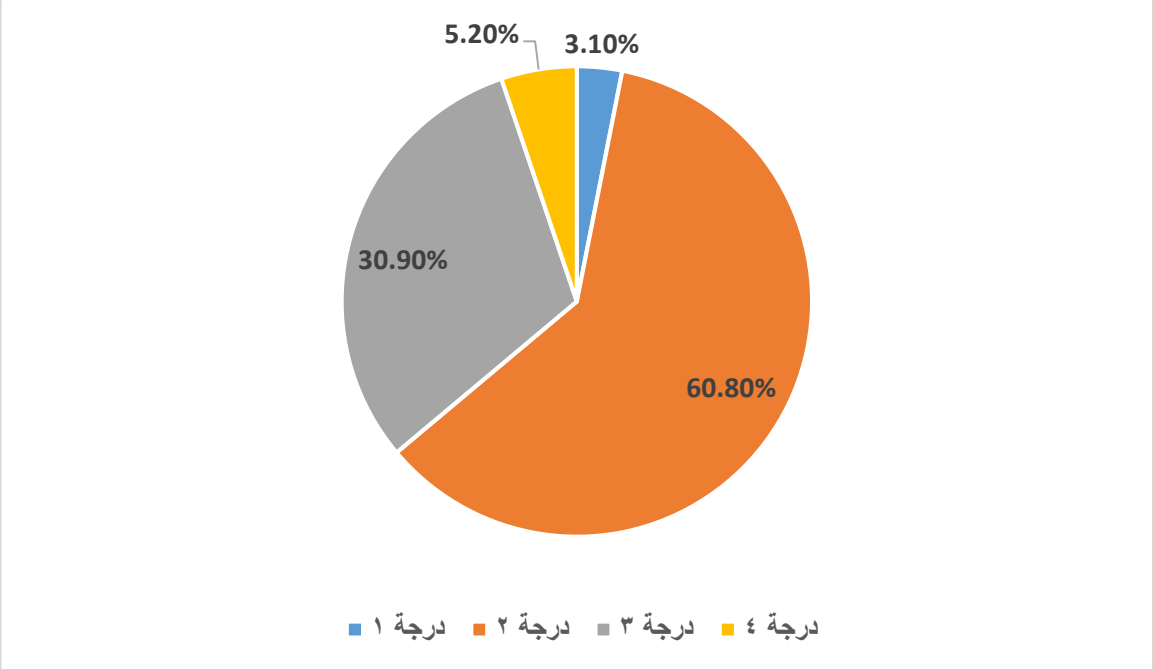
الشكل 6 التوزع النسبي حسب أنواع الهبوط لدى المريضات

درجات الهبوط لدى المريضات

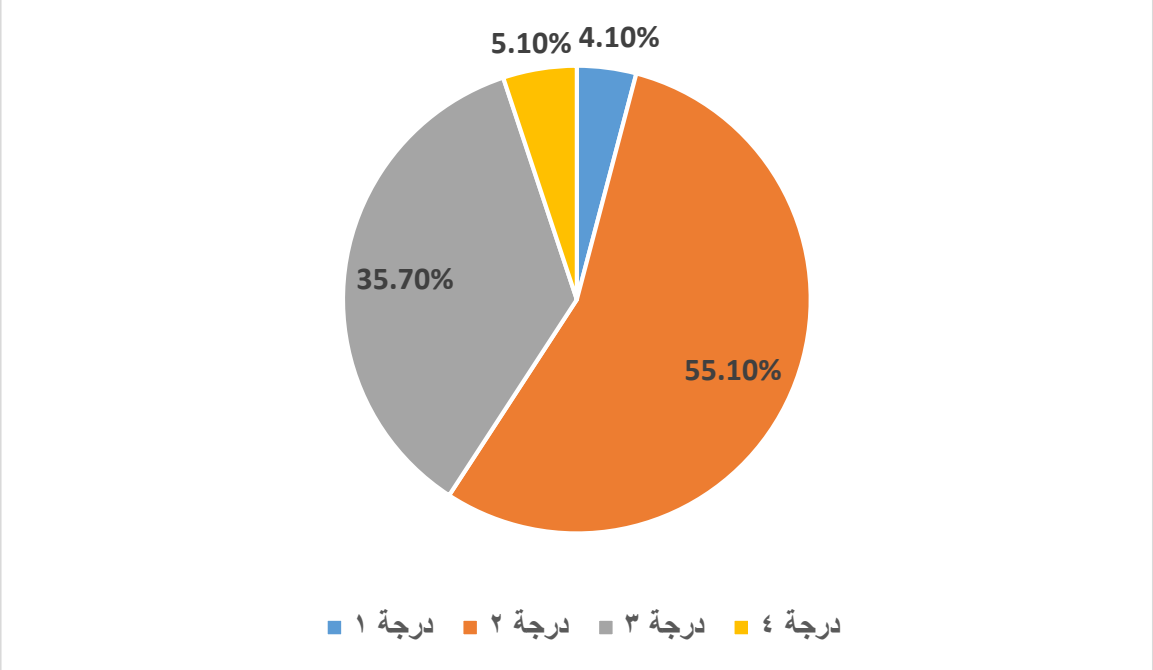
أظهر التوزع النسبي لدرجات الهبوط الأمامي أن الدرجة الثانية كانت الأكثر شيوعًا (60.8%)، تلتها الدرجة الثالثة (30.9%)، بينما كانت الدرجتان الأولى والرابعة أقل حدوثًا (3.1% و5.2% على التوالي)، ما يشير إلى سيطرة للدرجات المتوسطة إلى الشديدة. وبنمط مشابه، كان الهبوط الخلفي غالبًا من الدرجة الثانية (55.1%)، يليه الدرجة الثالثة (35.7%)، مع نسب منخفضة للدرجتين الأولى (4.1%) والرابعة (5.1%). أما الهبوط المركزي، وبسبب قلة عدد الحالات، فقد تركز في الدرجتين الثانية والرابعة بنسبة متساوية (40% لكل منهما)، مع تسجيل حالة واحدة فقط من الدرجة الأولى (20%) وعدم تسجيل حالات من الدرجة الثالثة.

الجدول 7 درجات الهبوط لدى المريضات

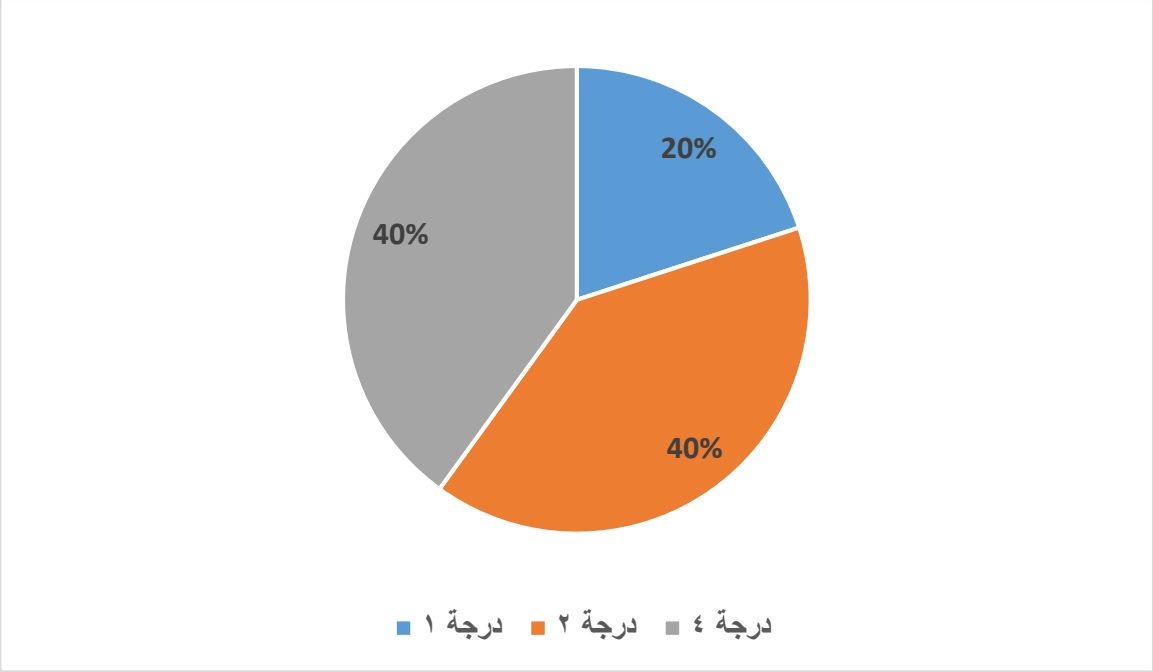
درجة الهبوط الأمامي	العدد	النسبة المئوية
درجة 1	3	%3.1
درجة 2	59	%60.8
درجة 3	30	%30.9
درجة 4	5	%5.2
درجة الهبوط الخلفي	**العدد**	**النسبة المئوية**
درجة 1	4	%4.1
درجة 2	54	%55.1
درجة 3	35	%35.7
درجة 4	5	%5.1
درجة الهبوط المركزي	**العدد**	**النسبة المئوية**
درجة 1	1	%20
درجة 2	2	%40
درجة 4	2	%40



الشكل 7 التوزع النسبي لمريضات الهبوط الأمامي حسب الدرجة



الشكل 8 التوزع النسبي لمريضات الهبوط الخلفي حسب الدرجة



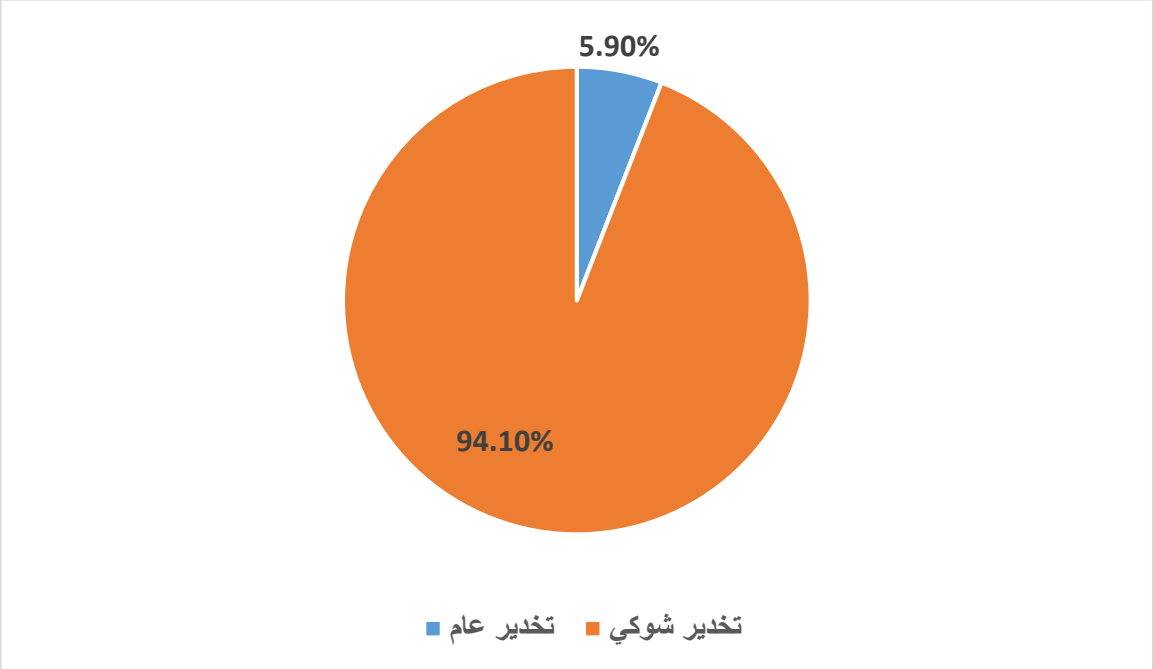
الشكل 9 التوزع النسبي لمريضات الهبوط المركزي حسب الدرجة

نوع التخدير والتقييم قبل الجراحة

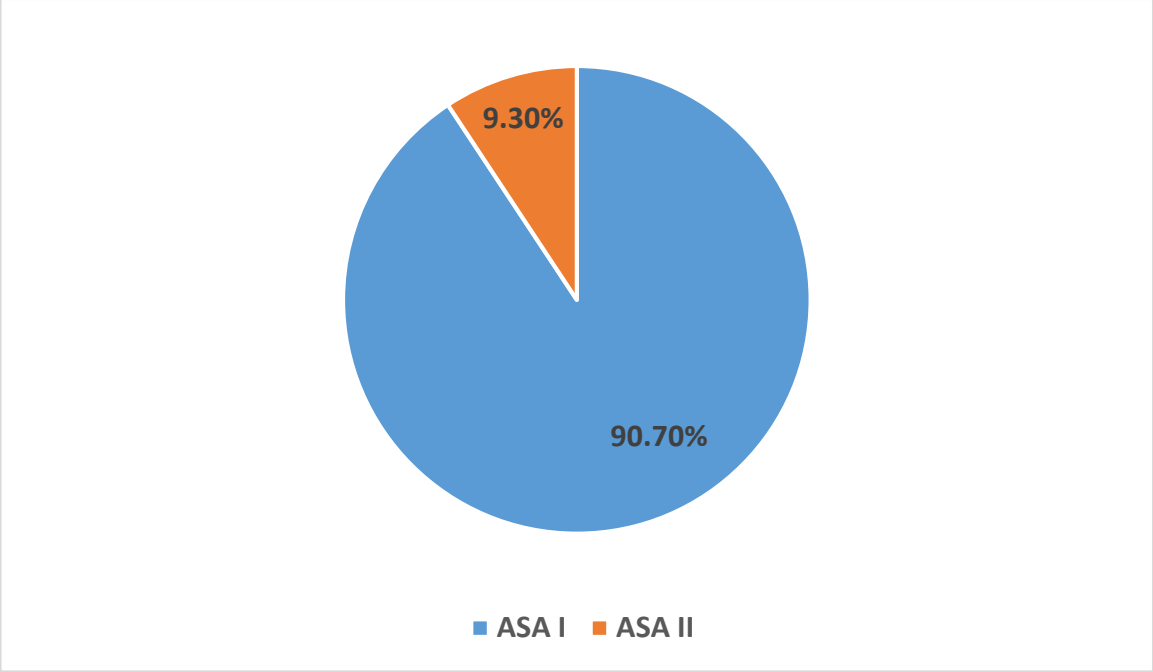
استُخدم التخدير الشوكي في الغالبية العظمى من المريضات (94.1%)، مقابل نسبة صغيرة خضعت للتخدير العام (5.9%). أما التقييم قبل الجراحة وفق تصنيف ASA للخطورة التخديرية، فكانت غالبية المريضات في الفئة ASA I بنسبة 90.7%، فيما صنفت نسبة 9.3% في الفئة ASA II، ما يعكس حالة صحية جيدة نسبيًا لدى أغلب المريضات قبل إجراء التدخل الجراحي.

الجدول 8 التوزع النسبي حسب نوع التخدير والخطورة التخديرية

نوع التخدير	العدد	النسبة المئوية
تخدير عام	7	%5.9
تخدير شوكي	111	%94.1
تصنيف ASA (الخطورة التخديرية)	**العدد**	**النسبة المئوية**
ASA I	107	%90.7
ASA II	11	%9.3



الشكل 10 التوزع النسبي للمريضات حسب نوع التخدير



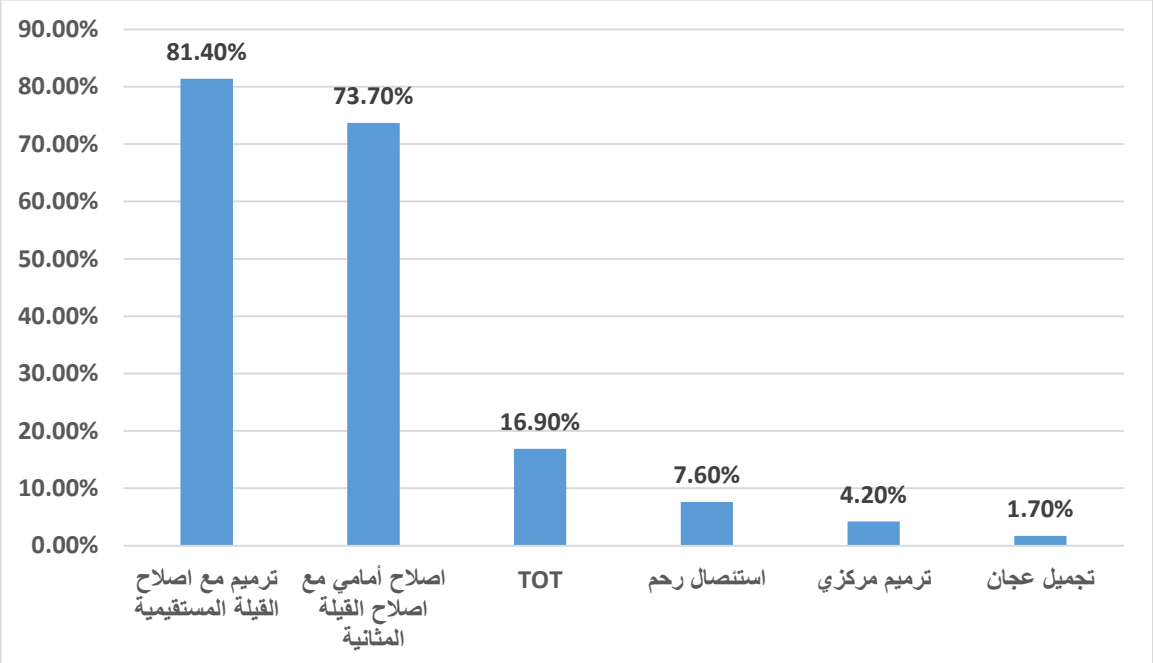
الشكل 11 التوزع النسبي للمريضات حسب الخطورة التخديرية

التدبير الجراحي للمريضات

أظهرت النتائج أن التدخل الأكثر شيوعًا كان ترميم الهبوط الخلفي مع إصلاح القيلة المستقيمية بنسبة (81.4%)، يليه الإصلاح الأمامي مع إصلاح القيلة المثانية (73.7%). كما أُجريت عمليات TOT في 16.9% من الحالات، واستئصال الرحم في 7.6%، بينما كان الترميم المركزي (هبوط الرحم) نادرًا (4.2%)، وتجميل العجان الأقل شيوعًا (1.7%). تعكس هذه البيانات تنوع التدابير الجراحية بحسب نوع وموقع الهبوط مع سيطرة إصلاح القيلة المستقيمية والأمامية.

الجدول 9 التوزع النسبي للمريضات حسب الإجراء الجراحي المجرى

التدبير الجراحي	العدد	النسبة المئوية
ترميم مع اصلاح القيلة المستقيمية	96	%81.4
اصلاح أمامي مع اصلاح القيلة المثانية	87	%73.7
TOT	20	%16.9
استئصال رحم	9	%7.6
ترميم مركزي	5	%4.2
تجميل عجان	2	%1.7



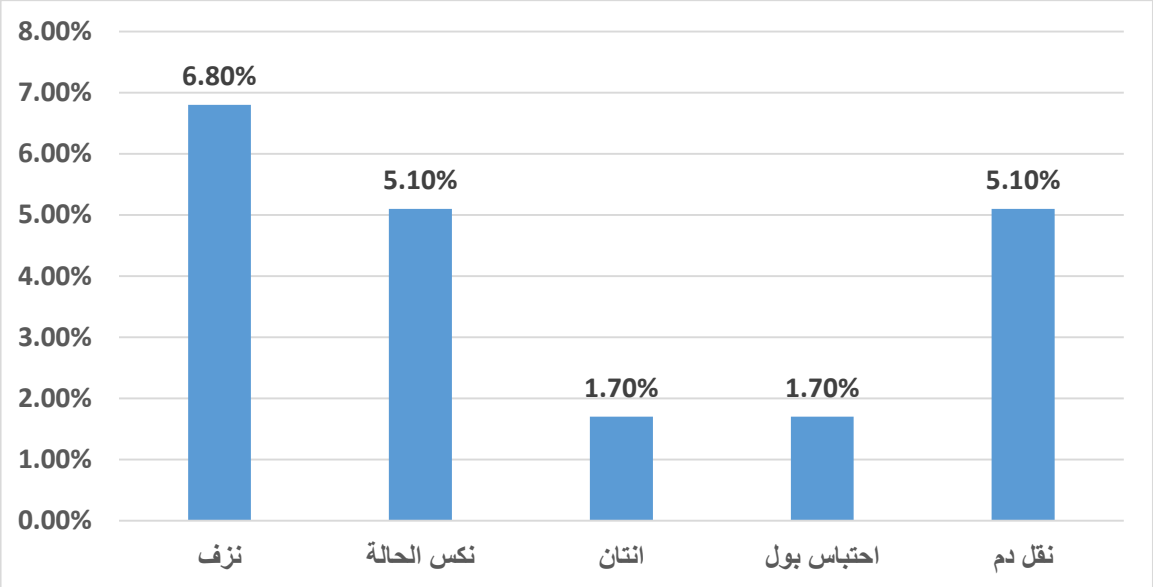
الشكل 12 التوزع النسبي للمريضات حسب الإجراء الجراحي المجرى

الاختلاطات بعد العمل الجراحي

أظهرت النتائج أن أكثر الاختلاطات حدوثًا كان النزف الجراحي بنسبة (6.8%)، تلاه النكس أو عودة الهبوط (5.1%)، بينما كانت الانتانات واحتباس البول أقل شيوعًا (1.7% لكل منهما). وبالنسبة لنقل الدم، لم تتلق 94.9% من المريضات أي نقل دم، في حين استلزم 0.8% كيس دم واحد، و2.5% كيسين، و1.7% ثلاث أكياس، ما يدل على أن غالبية التدخلات كانت آمنة مع معدلات منخفضة للاختلاطات والحاجة لنقل الدم.

الجدول 10 التوزع النسبي حسب الاختلاطات بعد العمل الجراحي

الاختلاطات	العدد	النسبة المئوية
نزف	8	%6.8
نكس الحالة	6	%5.1
انتان	2	%1.7
احتباس بول	2	%1.7
نقل دم	**العدد**	**النسبة المئوية**
كيس دم واحد	1	%0.8
كيسين دم	3	%2.5
ثلاث أكياس	2	%1.7
لا نقل دم	112	%94.9



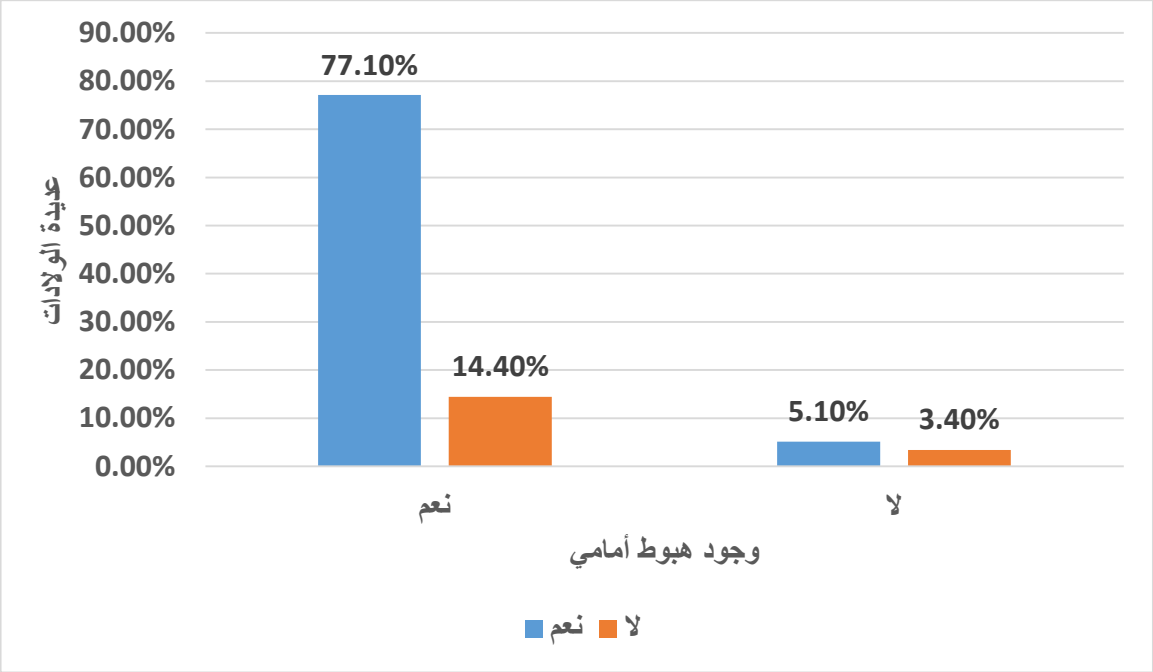
الشكل 13 التوزع النسبي حسب الاختلاطات بعد العمل الجراحي

العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي

أظهرت النتائج أن غالبية المريضات اللواتي لديهن ولادات عديدة تعرضن لهبوط أمامي (77.1%) مقارنة بالمريضات اللواتي لم يكن لديهن ولادات متعددة (5.1%)، وكان هذا الارتباط ذا دلالة إحصائية ($\chi^2 = 3.682$، $P = 0.005$)، مما يشير إلى أن تعدد الولادات يعد عامل خطر مهم لحدوث الهبوط الأمامي.

الجدول 11 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي

عديدة ولادات	وجود هبوط أمامي		قيمة اختبار X^2	قيمة P
	نعم	لا		
نعم	(%77.1) 91	(%14.4) 17	3.682	*0.005
لا	(%5.1) 6	(%3.4) 4		



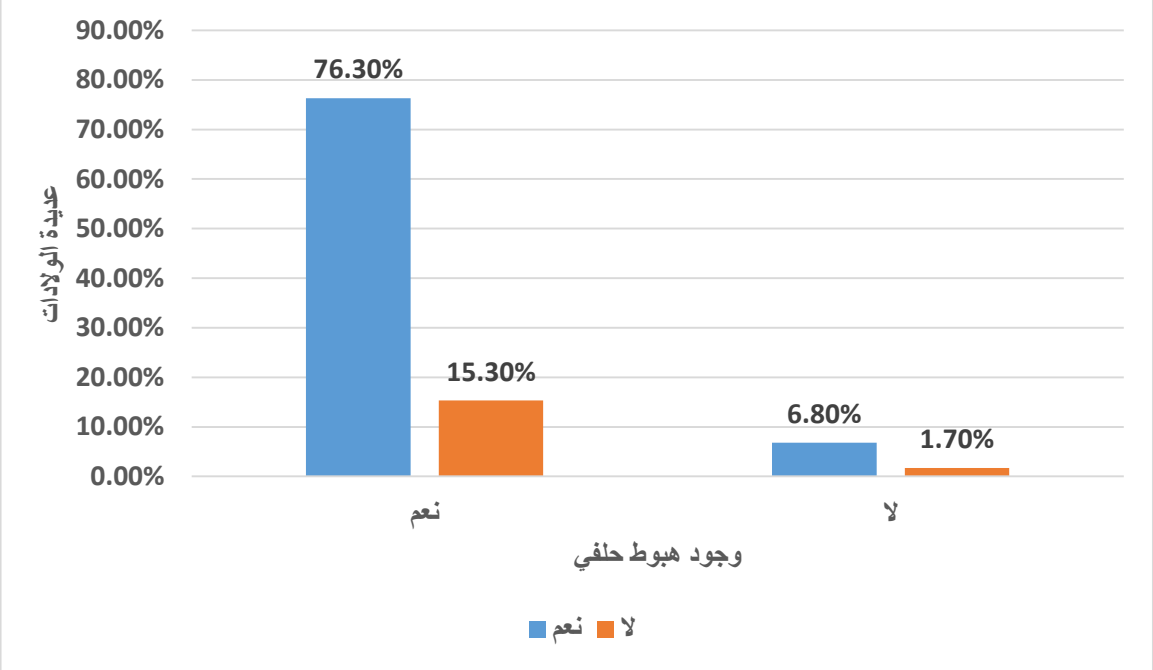
الشكل 14 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط أمامي

العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي

أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المريضات اللواتي لديهن ولادات عديدة تعرضن لهبوط خلفي (76.3%) مقارنة بالمريضات اللواتي لم يكن لديهن ولادات متعددة (6.8%)، وكان هذا الارتباط ذا دلالة إحصائية ($\chi^2 = 7.882$، $P = 0.027$)، ما يؤكد أن تعدد الولادات يمثل عامل خطر مهم للهبوط الخلفي أيضًا.

الجدول 12 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي

عديدة ولادات	وجود هبوط خلفي		قيمة اختبار X^2	قيمة P
	نعم	لا		
نعم	(%76.3) 90	(%15.3) 18	7.882	*0.027
لا	(%6.8) 8	(%1.7) 2		



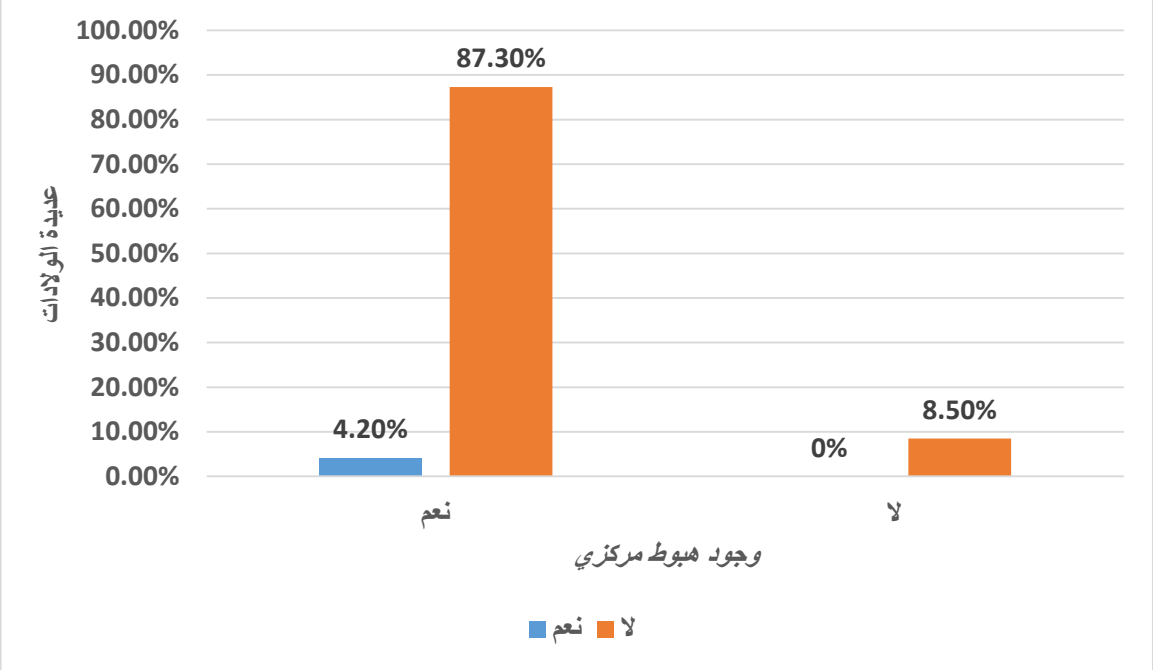
الشكل 15 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط خلفي

العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي

أظهرت النتائج أن جميع حالات الهبوط المركزي سجلت لدى المريضات اللواتي لديهن ولادات متعددة (4.2%)، بينما لم تُسجّل أي حالة لدى المريضات بدون ولادات متعددة، وكان هذا الارتباط ذا دلالة إحصائية ($\chi^2 = 4.836$، $P = 0.043$)، مما يشير إلى أن تعدد الولادات يعد عامل خطر مرتبط بحدوث الهبوط المركزي رغم قلة عدد الحالات.

الجدول 13 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي

عديدة ولادات	وجود هبوط مركزي		قيمة اختبار X^2	قيمة P
	نعم	لا		
نعم	(%4.2) 5	(%87.3) 103	4.836	*0.043
لا	(%0) 0	(%8.5) 10		



الشكل 16 العلاقة بين وجود تعدد ولادات وحدوث هبوط مركزي

المناقشة:

تناقش هذه الدراسة الخصائص السريرية والديموغرافية لمريضات الهبوط التناسلي الخاضعات للتدبير الجراحي في مشفى الزهراوي، وتسلّط الضوء على العوامل المقترنة بنوع وشدة الهبوط والعلاقة بينها وبين تعدد الولادات، إضافة إلى الاختلاطات الجراحية وأنواع التدبير المستخدم.

في دراستنا، كان المتوسط العمري للمريضات يتركز بين 31–50 سنة (72.9%)، مع تصنيف شبه متساوٍ بين السكن الريفي والحضري، ومتوسط سنوات زواج طويل (21.5 ± 10.03 سنة)، الأمر الذي ينسجم مع ما هو معروف في الأدبيات بأن الهبوط التناسلي يزداد مع التقدم بالعمر وزيادة سنوات التعرض للعوامل الفيزيولوجية والميكانيكية المؤثرة على دعم قاع الحوض. وقد أشارت مراجعة عالمية إلى أن انتشار هبوط الأعضاء التناسلية يتراوح من 3–6% عند الاعتماد على الأعراض إلى حتى 50% عند الاعتماد على الفحص السريري، مع زيادة شيوعها مع التقدم في السن وخاصة بعد سن اليأس. [57]

من حيث الخصائص الإنجابية، ظهر أن متوسط عدد الحمول مرتفع (6.47 ± 2.52) وكان غالبية المريضات في سن النشاط التناسلي. هذا يتفوق على نتائج العديد من الدراسات المجتمعية التي أظهرت ارتباطًا كبيرًا بين زيادة عدد الولادات وعدد حالات الهبوط؛ مثلاً في دراسة لبنانية مجتمعية بلغت نسب الهبوط لدى النساء رباعيات الولادات وأكثر نحو 46.8% مقابل 3.6% لدى الممتنعات عن الولادة. [58]

فيما يتعلق بالسوابق المرضية، كان ارتفاع الضغط، السكّري والقصور القلبي شائعًا نسبيًا، لكن ما يقارب نصف المريضات لم يكن لديهن سوابق مرضية مزمنة. وقد أثبتت دراسات أخرى وجود علاقة بين الأمراض المزمنة (مثل السمنة ومرض السكري) وبين الأعراض البولية وإجهاد قاع الحوض، ما قد يسهم في تفاقم الهبوط أو اختلاطات ما بعد الجراحة. [59]

كانت عوامل الخطر المرتبطة بالهبوط واضحة؛ فقد كان لدى 91.5% من المريضات ولادات عديدة، تليها نسبة معتبرة من المدخنات ومصابات بالإمساك المزمن، وهو ما يتفق مع ما ورد في الأدبيات العلمية التي تؤكد أن الولادات المهبلية المتكررة، والزيادة في الضغوط داخل البطن، والتدخين، والسمنة من أهم العوامل المؤدية لضعف ألياف الأربطة والدعامة الحوضية. [60]

من الناحية السريرية، تَرَكَّزت الأعراض على السلس البولي (70.3%) والإحساس بثقل أسفل البطن (61.9%)، وهي أعراض تمثل عبئًا وظيفيًا كبيرًا وقد وثقت أيضًا في دراسات متعددة حيث تشمل الأعراض البولية والجفاف المهبلي والشعور بوجود كتلة. [57]

أظهرت النتائج أن أنواع الهبوط كانت غالبيتها من الهبوط الأمامي والخلفي، بينما كان الهبوط المركزي نادرًا، وهو ما يتطابق مع دراسات تشير إلى أن الهبوط في الجدارين الأمامي والخلفي أكثر حدوثًا من الهبوط الرحمي في الكثير من المجموعات السكانية. [61]

بالانتقال إلى درجات الهبوط، لوحظ أن الدرجات المتوسطة والثالثة كانت الأكثر شيوعًا لكلا الجدارين الأمامي والخلفي، ما يشير إلى أنّ غالبية المرضى حضروا في مراحل متقدمة نسبيًا من المرض، وهو ما لاحظته دراسات أخرى في بيئات مماثلة. [62]

فيما يخص التخدير والتقييم قبل الجراحة، كان التخدير الشوكي هو السائد (94.1%) مع أغلبية في فئة ASA I مما يعكس اختيارًا مناسبًا للمرضى ذوي المخاطر التخديرية المنخفضة، وهذا يتماشى مع بروتوكولات التخدير الحديثة لهكذا حالات لتقليل المضاعفات الجراحية.

معظم المرضى تلقوا ترميمات جراحية للهبوط الخلفي والأمامي، بينما كانت إجراءات مثل TOT واستئصال الرحم أقل شيوعًا، وهو ما يتوافر كذلك في السجلات الجراحية العالمية التي تعتمد بالأساس على إصلاحات الأنسجة الأصلية ما لم تكن هناك مؤشرات أخرى تستدعي تدخلًا مختلفًا. [63]

كانت الاختلاطات الجراحية منخفضة نسبيًا، حيث كان النزف والنكس هما الأكثر شيوعًا، والنسبة الأعلى للمريضات لم تحتج لنقل دم، وهو ما يتفق مع أحدث البيانات التي تبرز أن المضاعفات الجراحية الكبيرة عند التدخلات الخاصة بالهبوط التناسلي ليست عالية عند التخطيط الجيد وتنفيذ التدخل في بيئات مجهزة. [64]

أظهر التحليل الإحصائي علاقة قوية بين تعدد الولادات وحدوث الهبوط بجميع أنواعه (الأمامي، الخلفي، والمركزي) مع دلالات إحصائية واضحة، مما يدعم الفرضية القائلة إن زيادة الحمل والولادة تعد من أهم العوامل المحورية في تطور الهبوط التناسلي، وهو ما تؤكده دراسات حالة – شواهد أوسع. [65]

الاستنتاج

أظهرت الدراسة أن هبوط الأعضاء التناسلية لدى المريضات في مشفى الزهراوي يرتبط بشكل كبير بتعدد الولادات والولادات المهبلية المتكررة، مع سيطرة للهبوط الأمامي والخلفي ودرجات متوسطة إلى شديدة في الغالب. كانت الأعراض الأكثر شيوعًا السلس البولي والإحساس بثقل أسفل البطن، في حين كانت الاختلاطات الجراحية منخفضة، والنقل الدموي محدود. أكدت النتائج فعالية التخدير الشوكي في غالبية الحالات وسلامة التدابير الجراحية الأساسية مثل الترميم الأمامي والخلفي. أشارت الدراسة أيضًا إلى أن معظم المريضات كانت ضمن فئة ASA I، ما يعكس حالة صحية جيدة قبل الجراحة. علاوة على ذلك، أظهرت التحليلات الإحصائية دلالة قوية للعلاقة بين تعدد الولادات وأنواع الهبوط المختلفة، مما يعزز أهمية الوقاية المبكرة والتوعية حول عوامل الخطر. يمكن الاستنتاج أن التدخل الجراحي المنظم والاختيار الدقيق لنوع التدبير يقلل من الاختلاطات ويحقق نتائج وظيفية جيدة للمريضات.

التوصيات:

1. تعزيز نمط الحياة الصحي عبر الحفاظ على وزن مناسب، ممارسة الرياضة، واتباع حمية غنية بالألياف مع تدبير الإمساك والسعال وتجنب التدخين.
2. الالتزام بتمارين تقوية قاع الحوض (كيجل) لجميع السيدات، خاصة بعد الولادة، كإجراء وقائي أساسي.
3. تحسين تدبير الولادة بتجنب الحزق في الطور الأول وتشجيعه في الطور الثاني لتقليل خطر هبوط الأعضاء.
4. تنظيم الأسرة وإنهاء الولادات المخطط لها قبل جراحة الترميم، مع التفكير بالولادة القيصرية بعد الترميم لتقليل النكس.
5. تشجيع الفحوصات الدورية بعد الولادة للكشف المبكر عن هبوط الأعضاء ومعالجته قبل تفاقم الأعراض.
6. اعتماد الترميم الجراحي والمتابعة المنتظمة مع تفضيل التخدير الشوكي ومراقبة الاختلاطات للحد من معدلات النكس.

المصادر العلمية:

1. Sun ZJ, Guo T, Wang XQ, et al. Current situation of complications related to reconstructive surgery for pelvic organ prolapse: a multicenter study. Int Urogynecol J. 2021;32(8):2149–2157. doi:10.1007/s00192-021-04892-x.
2. Dabica A, Balint O, Olaru F, et al. Complications of Pelvic Prolapse Surgery Using Mesh: A Systematic Review. J Pers Med. 2024;14(6):622. doi:10.3390/jpm14060622.
3. Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, et al. A randomized controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. BJOG. 2013;120(7):829–838. doi:10.1111/1471-0528.12164.
4. Menefee SA, Barber MD, Visco AG, et al. Apical suspension repair for vaginal vault prolapse in a three-arm randomized superiority and noninferiority trial (ASPIRe). JAMA Surg. 2024;159(3): e236789. doi:10.1001/jamasurg.2024.1206.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:10.
6. Kenton K, Shott S, Brubaker L. Vaginal topography does not correlate well with visceral position in women with pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1997; 8:336.
7. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1438.
8. Stepp KJ, Walters MD. Anatomy of the lower urinary tract, rectum and pelvic floor. In: Urogy necology and Reconstructive Surgery, 3, Walters M, Karram M (Eds), Mosby, Philadelphia 20 07. p.24.
9. Stepp, KJ, Walters, MD. Anatomy of the lower urinary tract, rectum, and pelvic floor. In: Uro gynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, 3rd ed., Walters, MD, Karram, MM (Eds), Mo sby Elsevier, Philadelphia 2007. p.27.
10. Percy JP, Neill ME, Swash M, Parks AG. Electrophysiological study of motor nerve supply of pelvic floor. Lancet 1981; 1:16.
11. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J 2013; 24:1783.
12. Swift, S. et al. (2022). Pelvic organ prolapses: prevalence and impact. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 227(3), 310-317. https://doi.org/10.1016/j.ajog. 2022.05.045
13. Girma, F. et al. (2023). Prevalence and associated factors of pelvic organ prolapse among Ethiopian women. Frontiers in Medicine, 10:1193069. https://doi.org/ 10.3389/fmed.2023.1193069
14. Naz, T. et al. (2020). Prevalence of pelvic organ prolapse among women in rural Pakistan. BMC Women's Health, 20:34. https://doi.org/10.1186/s12905-020-00934-6

15. Liu, Y. et al. (2024). Pelvic organ prolapses trends in Chinese women over 65. BMC Public Health, 24:21271. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21271-5
16. Dietz, H.P. et al. (2022). European data on pelvic organ prolapse: a clinical review. Journal of Gynecologic Surgery, 38(2), 89–96. https://doi.org/10.1089/gyn.2022.0049
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Pelvic Organ Prolapse. Practice Bulletin No. 214. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice bulletin/articles/2019/11/pelvic-organ-prolapse
18. Ferreira, M. et al. (2024). Burden and trends of pelvic organ prolapse in Brazil from 1990 to 2019. BMC Public Health, 24:11091. https://doi.org/10.1186/s12889-024-11091-5
19. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2022). Pelvic floor disorders in Australian women: A statistical overview. https://www.aihw.gov.au/reports/women-health/pelvic-floor-disorders
20. Wu, J.M. et al. (2022). Lifetime risk and age-specific trends of pelvic organ prolapse. Obstetrics & Gynecology, 139(5), 847–853. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000 000004711
21. Maher, C. et al. (2023). Global burden and future projection of pelvic organ prolapse. The Lancet Global Health, 11(1), e12–e21. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00467-9
22. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. Lancet 2007; 369:1027.
23. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. Int Urogynecol J 2015; 26:1559.
24. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:579.
25. Patel DA, Xu X, Thomason AD, et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:23.
26. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:1160.
27. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:795.
28. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:1496.
29. Sze EH, Hobbs G. A prospective cohort study of pelvic support changes among nulliparous, multiparous, and pre- and post-menopausal women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012; 160:232.
30. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, et al. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. Lancet 1996; 347:1658.

31. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Am J Obstet Gynecol 2017.
32. Kudish BI, Iglesia CB, Sokol RJ, et al. Effect of weight change on natural history of pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2009; 113:81.
33. Daucher JA, Ellison RE, Lowder JL. Pelvic support and urinary function improve in women after surgically induced weight reduction. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2010; 16:263.
34. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. Int Urogynecol J 2019; 30:505.
35. Whitcomb EL, Rortveit G, Brown JS, et al. Racial differences in pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2009; 114:1271.
36. Sears CL, Wright J, O'Brien J, et al. The racial distribution of female pelvic floor disorders in an equal access health care system. J Urol 2009; 181:187.
37. Moalli PA, Shand SH, Zyczynski HM, et al. Remodeling of vaginal connective tissue in patients with prolapse. Obstet Gynecol 2005; 106:953.
38. Lince SL, van Kempen LC, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J 2012; 23:1327.
39. Mothes AR, Radosa MP, Altendorf-Hofmann A, Runnebaum IB. Risk index for pelvic organ prolapse based on established individual risk factors. Arch Gynecol Obstet 2016; 293:617.
40. Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, et al. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2014; 211:326.
41. Handa VL, Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2002; 13:349.
42. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, et al. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2003; 101:1279.
43. Klingele CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, et al. Pelvic organ prolapse in defecatory disorders. Obstet Gynecol 2005; 106:315.
44. Tan JS, Lukacz ES, Menefee SA, et al. Predictive value of prolapse symptoms: a large database study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; 16:203.
45. Daucher JA, Ellison RE, Lowder JL. Pelvic support and urinary function improve in women after surgically induced weight reduction. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2010; 16:263.
46. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, et al. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2020; 26:1.

47. Bradley CS, Zimmerman MB, Qi Y, Nygaard IE. Natural history of pelvic organ prolapses in postmenopausal women. Obstet Gynecol 2007; 109:848.
48. Mahajan ST, Elkadry EA, Kenton KS, et al. Patient-centered surgical outcomes: the impact of goal achievement and urge incontinence on patient satisfaction one year after surgery. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:722.
49. Pizarro-Berdichevsky J, Hitschfeld MJ, Pattillo A, et al. Association between pelvic floor disorder symptoms and QoL scores with depressive symptoms among pelvic organ prolapse patients. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2016; 56:391.
50. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, et al. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2003; 101:1279.
51. Rahn DD, Good MM, Roshanravan SM, et al. Effects of preoperative local estrogen in postmenopausal women with prolapse: a randomized trial. J Clin Endocrinol Metab 2014; 99:3728.
52. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, et al. Local Oestrogen for Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. PLoS One 2015; 10: e0136265.
53. U.S. Food and Drug Administration. (2011). Pelvic Organ Prolapse (POP) Surgical Mesh Considerations and Recommendations. Retrieved from https://www.fda.gov/ medical-devices/ urogynecologic-surgical-mesh-implants/pelvic-organ-prolapse-pop-surgical-mesh-considerations-and-recommendations
54. Brunes, M. P., Johannesson, U., Drca, A., et al. (2022). Recurrent surgery in uterine prolapse: A nationwide register study. Acta Obstet Gynecol Scand, 101(5), 532–541. https://doi.org/10.1111/aogs.14340
55. Maher, C., Feiner, B., Baessler, K., et al. (2013). Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev, (4), CD004014. https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD004014.pub5
56. [56] de Tayrac, R., Letouzey, V., Costa, P., et al. (2021). Serious complications and recurrences after pelvic organ prolapse surgery for 2309 women in the VIGI-MESH registry. BJOG, 128(12), 2035–2043. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16883
57. Barber, M. D., & Maher, C. (2013). Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. International urogynecology journal, 24(11), 1783–1790. https://doi.org/10.1007/s00192-013-2169-9
58. Awwad, J., Sayegh, R., Yeretzian, J., & Deeb, M. E. (2012). Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. Menopause (New York, N.Y.), 19(11), 1235–1241. https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31826d2d94
59. Sharifiaghdas, F., Narouie, B., Hanafi Bojd, H., Dadpour, M., Rostaminejad, N., Motevalli Amini, S. K., Torabinavid, P., Rouientan, H., Momeni, H., Radpour, N., Matin, M. H., & Saygin, S. (2025). Risk factors for pelvic organ prolapse, a case-control study in a tertiary hospital in Iran. Urologia, 92(3), 517–524. https://doi.org/10.1177/03915603251316701
60. Yang L, Tao Q, Wu H, Yin L, Wu X, Xiong Y, Gan X, Lin Y, Yu X. Top 100 most-cited articles on pelvic organ prolapse: a visualization and bibliometric analysis.

Front Surg. 2025 Mar 28; 12:1485426. doi: 10.3389/fsurg.2025.1485426. PMID: 40225115; PMCID: PMC11985531.

61. Hadizadeh-Talasaz, Z., Khadivzadeh, T., Mohajeri, T., & Sadeghi, M. (2024). Worldwide Prevalence of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian journal of public health, 53(3), 524–538. https://doi.org/10.18502/ijph.v53i3.15134
62. El-Bromboly, Wael Hussien, et al. "The impact of surgical management of pelvic organ prolapse on female sexual function." Zagazig University Medical Journal 31.2 (2025): 858-865.
63. Rozycki, S. K., Rutledge, E. C., Nisar, T., Yadav, G. S., & Antosh, D. D. (2023). Healthcare disparities and pelvic organ prolapse operative complications: a nationwide analysis. International urogynecology journal, 34(12), 2893–2899. https://doi.org/10.1007/s00192-023-05620-3
64. Addisu, D., Mekie, M., Belachew, Y. Y., Degu, A., & Gebeyehu, N. A. (2023). The prevalence of pelvic organ prolapses and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in medicine, 10, 1193069. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1193069
65. Hadizadeh-Talasaz Z, Khadivzadeh T, Mohajeri T, Sadeghi M. Worldwide Prevalence of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health. 2024 Mar;53(3):524-538. doi: 10.18502/ijph. v53i3.15134. PMID: 38919293; PMCID: PMC11194659.