ترقيع مجرى البول باستخدام رقعة من الغشاء المخاطي الفموي بطريقة الاقحام الظهري مقابل البطني في حالات تضيق مجرى البول: تحليل شمولي

****الملخص:****

****الهدف:****

مقارنة تقنيتي ترقيع الغشاء المخاطي الفموي (BMG) على الوجه البطني (ventral-onlay) والظهري (dorsal-onlay) في رأب الإحليل لدى مرضى تضيق الإحليل، وذلك نظرًا لاستمرار الجدل حول الموضوع الأمثل لوضع رقعة الغشاء المخاطي الفموي في حالات تضيق الإحليل البصلي.

****الطريقة:****

تم إجراء بحث منهجي في قواعد بيانات PubMed، Scopus، Web of Science، ومكتبة Cochrane. تم تحليل الدراسات التي قارنت بين تقنيتي الترقيع الظهري والبطني باستخدام رقعة الفم. تم حساب مقاييس التأثير المجمع باستخدام نموذج التأثيرات العشوائية. كما تم إجراء تحليلات فرعية وتقييمات لتحيز النشر.

****النتائج:****

تم تضمين 8 دراسات شملت 655 مريضًا. لم يظهر معدل النجاح فرقًا معنويًا بين تقنيتي الترقيع الظهري والبطني (نسبة الخطورة [RR] = 1.00، فترة الثقة 95% [CI]: 0.94-1.06؛ القيمة الاحتمالية P = 0.97؛ I² = 0%).

كان معدل تدفق البول الأقصى بعد 3 أشهر (متوسط الفرق [MD]، CI: 0.64؛ من -2.14 إلى 0.86 مل/ث؛ P = 0.41) وبعد 12 شهرًا (MD: 0.57، CI: من -2.00 إلى 0.85 مل/ث؛ P = 0.43) متقاربًا في كلا التقنيتين.

لوحظ انخفاض معنوي في معدل حدوث خلل الانتصاب المؤقت مع التقنية البطنية (RR: 0.24، CI: من 0.08 إلى 0.67؛ P = 0.006)، في حين أن معدلات خلل الانتصاب الدائم كانت متشابهة بين المجموعتين (RR: 0.57، CI: من 0.03 إلى 12.20؛ P = 0.72).

أكد تحليل الحساسية قوة النتائج، ولم يُكتشف أي تحيز في النشر.

****الاستنتاج:****

تقنيتا رأب الإحليل باستخدام رقعة الفم سواء على الجانب الظهري أو البطني تُظهران معدلات نجاح متقاربة ونتائج متشابهة من حيث تدفق البول. ومع ذلك، قد تُقلل التقنية البطنية من خطر حدوث خلل الانتصاب المؤقت.

****رقم تسجيل مراجعة الدراسات في قاعدة بيانات PROSPERO:****

CRD420250654329

****الكلمات المفتاحية:****

رقعة الغشاء المخاطي الفموي، رأب الإحليل، ترقيع ظهري، ترقيع بطني، تضيق الإحليل