



بررسی اسکروز عنق مثانه بعد از عملیات های برداشتن غده پروستات به روش های باز و بسته

غلام ربانی حبیبی^{۱*}، غلام فاروق فایز^۲

۱. بخش یورولوژی، شفاخانه حوزوی هرات، هرات، افغانستان.

۲. انستیتوت علوم صحتی غالب هرات، هرات، افغانستان.

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۱/۳۰

*شناخت نامه نویسنده مسؤول:

غلام ربانی حبیبی.

بخش یورولوژی، شفاخانه حوزوی هرات، هرات، افغانستان.

Ghulamrabanihabibi2023@gmail.com

کد اختصاصی مقاله / DOI:

<https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.8>

زمینه و هدف: به منظور ازبین بردن اعراض وعلایم انسدادی وتحریکی پروستات عملیات برداشتن این غده روش های مختلفی وجود دارد که می توان از روش تهاجمی، نیمه تهاجمی و حداقل تهاجمی نام برد. هر کدام این روش ها دارای مزیت ها و معایبی اند که ما فقط درین بررسی از یک اختلاط که همانا بررسی اسکروز عنق مثانه است را به بررسی گرفته ایم.

روش بررسی: این بررسی و مطالعه به صورت مقطعی، توصیفی وکلینیکی انجام شده است. تمام مریضانی که در اثر آفت BPH تحت عملیات باز قرار گرفتند. سن، تحصیلات، شغل، اعتیاد، سپری کردن انتان طرق بولی، (cystitis) مثانه عصبی، ترومای حوصله، قطع احلیل خلفی، پروستاتیتیز، انتان گنوکوک نیز عوارضی است که مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه که در ظرف دو سال یعنی از ۱۲ حمل ۱۳۹۲ الی ۶ سنبله ۱۳۹۴ به تعداد ۸۲۶ واقعه بررسی شده است که شرکت کنندگان با سنین مختلف از سن ۴۰ الی ۴۹ سالگی، از ۵۰ تا ۵۹ سالگی، از ۶۰ تا ۶۹ سالگی، از ۷۰ تا ۷۹ سالگی بوده اند. مریضان که TURP شده اند در تمام سنین قرار دارند، البته متغیرهای مورد مطالعه ماعبارت اند از سن، جنس مرد، نژاد افغانی، شغل، اعتیاد و Smoker ها بوده است.

یافته ها: این بررسی طی دوسال متمادی در شفاخانه حوزوی هرات و بعضی شفاخانه های خصوصی این شهر بالای ۸۲۶ مریض که عملیات برداشتن غده پروستات به روش باز شده اند بین سنین ۴۰ الی ۹۰ ساله انجام شده است که ۳-۱ فیصد این مریضان به اسکروز عنق مثانه بعد از عملیات دچار شده اند. که عمده ترین علت این موضوع تخنیک غلط عملیات والتهاب مثانه در اثر انتان و نیز کارگران فابریکه های صنعتی به علت مواد کارسینوجن بوده است.

نتیجه گیری: در عملیات های برداشتن غده پروستات انتخاب روش مناسب، استفاده درست تخنیک های عملیاتی و وقایه مریضان از انتانات میتواند در کاهش فیصدی اسکروز عنق مثانه مفید واقع شود.

واژه گان کلیدی: اسکروز عنق مثانه، تخنیک های کورکورانه عملیاتی، التهاب مثانه.

ارجاع به این مقاله: حبیبی غ، فائز غ. بررسی اسکروز عنق مثانه بعد از عملیات های برداشتن غده پروستات به روش های باز و بسته. مجله علوم طبی غالب. [اینترنت]. ۱۹ اپریل ۲۰۲۰. [تاریخ برداشت]: ۲(۱): ۸۱-۸۶. <https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.8>



این مقاله تحت مجوز بین المللی Creative Commons Attribution 4.0 International License ثبت می باشد.



GHALIB UNIVERSITY

MJ

<https://mj.ghalib.edu.af/index.php/mj>

ISSN

E: 3006-094X

Vol. 2, Issue. 1, Spring & Summer 2025, pp 81-86

Investigation of Bladder Neck Sclerosis Following Open and Closed Prostate Removal Surgeries





Ghulam Rabbani Habibi^{1*}, Ghulam Farooq Fayez²

1. Department of Urology, Herat Regional Hospital, Herat, Afghanistan.

2. Ghalib Institute of Health Science, Herat, Afghanistan.

Article Information	Abstract
Type: Original Received: 11/12/2024 Accepted: 18/03/2025 Published: 19/ 04/ 2025 *Present address and corresponding author: Ghulam Rabbani Habibi, Herat Regional Hospital, Herat, Afghanistan.  Ghulamrabbanihabibi2023@gmail.com DOI: https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.8	Background: To alleviate obstructive and irritative symptoms of the prostate, various methods of prostate removal operations exist, including invasive, semi-invasive, and minimally invasive approaches. Each of these methods has its advantages and disadvantages. In this review, we have specifically examined one complication: bladder neck sclerosis. Methods: This study was conducted as a cross-sectional, descriptive, and clinical investigation. It included all patients who underwent open surgery due to complications of BPH. The variables examined in this study included age, education, occupation, addiction, history of urinary tract infection (cystitis), neurogenic bladder, pelvic trauma, posterior urethral rupture, prostatitis, and gonococcal infection. The study was conducted over two years, from April 1, 2013, to August 28, 2015, and included 826 cases. Participants were categorized into different age groups: 40–49, 50–59, 60–69, and 70–79. Patients who underwent TURP were found across all age groups. The main variables studied included age, male gender, Afghan ethnicity, occupation, addiction, and smoking status. Results: This study was performed over two consecutive years at Herat Regional Hospital and some private hospitals in this city. It involved 826 patients aged between 40 and 90 years who underwent open prostate removal surgery. Among these patients, 1-3% developed bladder neck sclerosis post-operation. The leading causes of this condition were incorrect surgical techniques, bladder inflammation due to infection, and exposure of industrial workers to carcinogenic materials. Conclusion: In prostate removal surgeries, the selection of an appropriate method, the correct use of surgical techniques, and the prevention of infections can help reduce the incidence of bladder neck sclerosis.

Key words: Bladder Neck Sclerosis, Blinded Surgical Techniques, Bladder Inflammation.**To cite this article:**

Habibi G., Fayez G. Investigation of Bladder Neck Sclerosis Following Open and Closed Prostate Removal Surgeries. Ghalib Medical Journal. [Internet]. April 19, 2025. [taking date]; 2(1): 81-86: <https://doi.org/10.58342/ghalibMj.V.2.I.1.8>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License



مقدمه

اناتومی و جراحی پروستات متنوع و پیچیده است.^[۱] غده پروستات در قسمت پروگزیمال احلیل در داخل حوصله حقیقی واقع شده از طرف قدام توسط فضای خلف Pubic از Symphysis pubic جدا میگردد. پروستات از طرف خلف توسط Fascia don velar از Ampulla recti جدا میگردد قاعده پروستات در امتداد عنق مثانه بوده زوره آن بر روی سطح فوقانی دیافراگم یوروجینیتال تکیه دارد از طرف دیگر پروستات با عضلات بالا برنده مقعد (Muscles levatorani) مربوطه است. شاخه های از Arteria Interna illiaca، شرايين تحتانی مثانی، ریکتل میانی به پروستات خون می رساند دریناژ وریدی از طریق شبکه وریدی خلفی صورت میگردد که ورید خلفی قضیب و شاخه ورید مثانه ای به آن پیوسته و در نهایت به ورید Illaca داخلی می ریزد. تخلیه لنفاتیک آن به داخل غدد لنفاوی هیپوگستریک، ساکرال، اوبتراتور و ایلپاک خارجی میباشد.^[۲] عصب دهی پروستات از شبکه حوصلی انجام می شود. اندازه طبیعی غده پروستات ۳ تا ۴ سانتی متر در ناحیه قاعده ۴ تا ۶ سانتی متر در مقطع طولی ۲ تا ۳ سانتی متر در بعد قدامی خلفی می باشد.

از لحاظ آناتومی سه ناحیه در پروستات دیده می شود ناحیه محیطی ۷۰ فیصد حجم پروستات را تشکیل میدهد ناحیه مرکزی ۶ فیصد، ناحیه بین البینی ۷ فیصد که به ترتیب ۵ تا ۲۵ فیصد حجم پروستات را شامل می شود. در مورد امبریالوژی پروستات به جز نسج اپیتل قسمت بعیده احلیل در جنس مذکر که از اکتودرم منشأ می گیرد بقیه اپی تلیوم پوششی مجاری ادراری از اندودرم منشأ می گیرد.^[۳]

شیوع، اسباب، پتالوژی و فزیولوژی BPH: سه مریضی شایع پروستات عبارت اند از: انسداد خروجی مثانه به دلیل هایپرتروفی خوش خیم پروستات (بیش از ۵۰ سالگی)، سرطان پروستات (بیش از ۶۵ سالگی) و التهاب غده پروستات.^[۴] BPH یکی شایع ترین مریضی های است که توسط یورولوژیست ها تداوی می شود.^[۵] BPH نیز شایع ترین تومور سلیم جنس مذکر به شمار می رود که شیوع آن بسته به سن است در سن ۴۰ سالگی ۱۰ فیصد در سن ۵۵ سالگی ۲۵ فیصد از علایم انسدادی حین ادرار کردن شکایت دارند. در سن ۷۵ سالگی ۵۰ فیصد مردان از کاهش قدرت جریان ادرار شکایت دارند؛ که عوامل ارثی، نژادی در این مرض دخالت دارند.

اسباب BPH به طور خاص شناخته نشده است؛ اما چند عامل متفاوت وجود دارد، نسج پروستات مرکب از عناصر استروما و اپیتل است که هریک از آنها به تنهایی یا با جز دیگر ممکن است منجر به شکل نودل های هایپرپلاستیک و بروز علایم و اعراض BPH شود به نظر می رسد که BPH تحت کنترل عوامل داخلی باشد؛ زیرا عقیم سازی فرد منجر به بهبودی BPH اعراض و علایم بولی می گردد، تحقیقات جدید نشان می دهد که رابطه مثبت بین تستسترون آزاد و استروجن و حجم BPH وجود دارد افزایش سطح استروجن در افراد مسن باعث تحریک آخذه های اندروجن می شود و آنها را نسبت به تستسترون آزاد حساس می کند و در نتیجه شیوع BPH با افزایش سن بیشتر می گردد.

BPH در ناحیه بین البینی پروستات شکل و حاصل افزایش تعداد حجرات است در بررسی های میکروسکوپی دیده شده که رشد نودلر عناصر اپیتل و استروما است اگر نودل های تشکیل شده اغلباً از عضلات ملسا استروما منشأ گرفته شده باشد تداوی با دواهای مهارکننده الفا بهتر خواهد بود.

اگر عناصر اپیتل در نودل غالب باشد تداوی مهار کننده های انزایم ۵ الفا ریدکتاز موثر است مریضان که نودول های آن حاوی کولاجن و استروما باشد هیچ یک از دواهای فوق موثر نیست، از لحاظ فزیولوژیک ناشی از انسداد با افزایش مقاومت خروجی مثانه انسداد میخانیکی و دینامیکی با بزرگ شدن پروستات در اثر تنگی لومن احلیل رخ می دهد که منجر به افزایش مقاومت خروجی مثانه می گردد؛ اما تنگی دینامیکی بیشتر علایم به آن مرتبط است مثل تحریک ادرینارژیک عضلات ملسا پروستات و احلیل می باشد.

سنگ پروستات پدیده ای شایع است بطوری که در اتوپسی های به عمل آمده ۹۹ درصد مردان به درجاتی از کلسفیکشن پروستات مبتلا بودند و این مساله به سن فرد ربط داشته است. جنس سنگ ها اغلب از فاسفات و کلسیم می باشد و در یک سوم موارد در کلیشه ساده رادیولوژی دیده می شود.^[۶]

تشخیص

به رویت علایم تحریکی و انسدادی می باشد. علایم انسدادی، تاخیر در شروع ادرار، کاهش قطر جریان ادرار، احساس عدم تخلیه کامل و دوباره نیاز به تخلیه مثانه دو ساعت بعد از تخلیه اولی، زور زدن هنگام ادرار کردن، قطره قطره آمدن ادرار. از نظر هیستوپتالوژیک

BPH با افزایش تعداد حجرات اپیتلیال و استرومال در ناحیه پری اورتریال پروستات شناخته می شود^[۷]. علایم تحریکی شامل تکرر، فوریت، شب ادراری.

AUA Scoring برای مریضان BPH ۰ تا ۷ خفیف، ۸ تا ۱۹ وضعیت متوسط مریضان را نشان می دهد در هنگام اخذ مشاهده اختلالات غیرمرتب به پروستات مانند انتان احلیل، مثانه عصبی و سرطان. در نئوپلازی داخل اپیتلیالی پروستات به نظر می رسد باعث بالا بردن سطح PSA سرم بشود^[۸].

انواع تداوی های که در آسیا فعلاً برای تداوی BPH رایج است: روش کم تهاجمی مثل TURP و TUR^[۹]. روش های حداقل تهاجمی: تداوی با لیزر، Electro weprization، هایپرترمی، Niddle Abltion، High intenseti focase واستنت می باشد. جراح عمومی، زمانی که مثانه در گیر تروما یا پتالوژی باشد، احتمال بیشتری دارد که از داخل حفره صفاقی یا مثانه درگیر شود^[۱۰]. اگر کنتریژیشن مجرای ادرار غیر ممکن باشد، می توان کاتتر سوپرا پوبیک قرار داد^[۱۱].

مواد و روش بررسی

درین مطالعه به صورت مقطعی توصیفی و کلینیکی انجام شده تمام مریضانی که در اثر آفت BPH تحت عملیات بازقراری می گیرد. بعد از اینکه به یک فیصدی کم به اثر آفت قلبی وعائی، COPD و متباقی آن شفا یاب و فیصدی که قبلاً ذکر شد سبب اسکروز عنق مثانه و دیگر اختلالات می گردد.

اطلاعات که ما به دست آوردیم سن، تحصیلات، شغل، اعتیاد، سپری کردن انتان طرق بولی، (cystitis) مثانه عصبی، ترومای حوصله، قطع احلیل خلفی، پروستاتایز، انتان گنوکوک نیز عوارضی است که باید بررسی شود. در مطالعه توصیفی و مقطعی، کلینیکی بررسی شده است که در ظرف دوسال یعنی از ۱۲ حمل ۱۳۹۲ الی ۶ سنبله ۱۳۹۴ به تعداد ۸۲۶ واقعه را که من بررسی کرده ام با سنین مختلف از سن ۴۰ الی ۴۹ سالگی ۱ فیصد از ۵۰ تا ۵۹ سالگی ۲ فیصد از ۶۰ تا ۶۹ سالگی ۲ فیصد از ۷۰ تا ۷۹ سالگی ۳ فیصد. البته در عملیات های باز بوده که سبب اسکروز عنق مثانه شده است.

مریضان که TURP شده اند در تمام سنین ۳ تا ۵ فیصد است متغیرهای مورد مطالعه ماعبارت اند از سن، جنس مرد، نژاد افغانی، شغل، اعتیاد و Smoker ها بوده است.

یافته ها

درین مطالعه طی دوسال متمادی بالای مریضان که پروستاتیکتومی باز شده چه در شفاخانه دولتی و یا خصوصی از تعداد راجستر شده ای ۸۲۶ واقعه که از سن ۴۰ الی ۹۰ سالگی به فیصدی های متوسط ۱ فیصد، ۲ فیصد، ۲ فیصد، ۳ فیصد اسکروز عنق مثانه پیدا کرده کهاین یکی به علت تخنیک غلط عملیات گردیده التهاب مثانه موجودیت انتان بوده است که جدول زیر نشان دهنده یافته های ذکر شده است. درین مطالعه از جمله ۸۲۶ مریض که در ظرف دوسال تحت عملیات پروستاتیکتومی باز و بسته قرار گرفته بود ۲ فیصد تمام مریضان بعد از یکسال به علت بندش ادرار و صدمه به کلیه ها به صفحه یورمیک رفته که واجب الدیالیز گردیده که این به علت ناوقت مراجعه کردن آن بوده است ۲ فیصد آن مدت ها فولی داشته. ۱ فیصد آنها سیستمی شده که به علت Structure احلیل بوده است ۱ فیصد متباقی آن مجدداً TURP گردیده و یا از طریق جراحی باز Veduage گردیده است.

جدول ۱- فیصدی مریضان معایب

سن	فیصدی معایب	فیصدی کل	تعداد عمومی
۴۰-۵۰ ساله	۱٪	۸ مریض	۸۲۶
۵۰-۶۰	۲٪	۱۷ مریض	"
۶۰-۷۰	۳٪	۲۴ مریض	"
۷۰-۸۰	۲٪	۱۷ مریض	"

جدول ۲- میزانی که بعد از پروستاتیکتومی باز اسکروز عنق مثانه ساخته اند

تعداد	سن	فیصدی	حالت مدنی	تحصیلات	شغل	اعتیاد	مرض ضمیموی	نوع عملیات	ملاحظات
۸۲۶ واقعه	۵۰-۴۰	۱ فیصد	متاهل	بلی	معلم	ندارد	Cystitis	پروستاتیکتومی باز	
	۶۰-۵۰	۲ فیصد	متاهل	بلی	مامور	ندارد	"	"	
	۷۰-۶۰	۳ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	Smoker	ترومای قطنی	"	در تاریخچه خود داشته
	۸۰-۷۰	۲ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	ندارد	دیابت	"	
	۹۰-۸۰	۲ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	ندارد	فرط فشارخون	"	

تعداد	سن	فیصدی	حالت مدنی	تحصیلات	شغل	اعتیاد	مرض ضمیموی	نوع عملیات	ملاحظات
۸۲۶ واقعه	۵۰-۴۰	۱ فیصد	متاهل	بلی	معلم	ندارد	Cystitis	پروستاتیکتومی باز	
	۶۰-۵۰	۲ فیصد	متاهل	بلی	مامور	ندارد	"	"	
	۷۰-۶۰	۳ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	Smoker	ترومای قطنی	"	در تاریخچه خود داشته
	۷۰-۸۰	۲ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	ندارد	دیابت	"	
	۸۰-۹۰	۲ فیصد	متاهل	ندارد	کارگر	ندارد	فرط فشارخون	"	

مناقشه

درین مطالعه تمام میزبان که تحت عملیات پروستاتیکتومی باز و TURP قرار گرفته از شفاخانه حوزوی هرات و شفاخانه های خصوصی هرات نتیجه گرفته شده و در صورت کلی نظر به سنین مختلف نظر به میتود های جراحی باز ترانسویزیکل و ریتروپوبیک وهم چنان سن بالای مریض معتاد به مواد مخدر، شغل مریض یعنی تمام متغیرها در نظر گرفته شده و فیصدی معین آن ذکر شده است. قابل یاد آوری است که این تحقیق از سال ۱۳۹۲ شروع شده و کل طی دوسال ۸۲۰ واقعه در جاهای که ذکر شده بود عملیات شده ولی علت اینکه ایشان به فیصدی های معین قبلاً ذکر شده اسکروز عنق مثانه ساخته که علت آنرا درین تحقیق دریافت کرده ام که همانا موجودیت Cystitis، سنگ های مثانه، تطبیق دوامدار فولی و تخنیک کلیواژ غده، ترومای جدار مثانه، تخریب تریگون می باشد؛ و همچنان کارگران فاریکه های صنعتی به علت مواد کارسینوجن.

پیش نهادها

سن معین که آفت BPH درنزد میزبان مرد پیدا می گردد از سن ۴۵ سالگی شروع شده والی ۹۵ سالگی البته در وطن ما افغانستان؛ ولی این درتمام میزبان سن ۴۰ تا ۴۵ سالگی نیست فقط نزد کسانی که اسباب BPH درآن باشد دریافت می گردد؛ اما در اثر سویه پایین علمی میزبان، دیرتر مراجعه کرده واز نظر علمی و طبی هرگاه دومراتبه مریض بندش ادرار را حکایه کند که علت آن BPH باشد واز نظر جدول American Urologic Agency AUA Scoring. بالاتر از ۲۰ نمره اخذ کند باید عملیات شود که نتیجه آن بهتر است و

اختلالات آن کمتر؛ اما من یاد آوری می کنم که علت اساسی اسکروز عنق مثانه کلیواژ غیر تخنیکی و تروما به انساج می باشد چون مانور تحت دید کامل نیست به شکل Blandly یا (کوکوران) اجرا می گردد خالی از عوارض نیست و بلاخره شرایط مساعد به اثر رشد مخاط مثانه و تحول آن به نسج فایبروز و انساج کلویید فوحه مثانه کوچک و کوچکتر ساخته شده تا اینکه مسدود می گردد.

تقدیر و تشکر

درین عرصه می خواهم سپاس گذاری نمایم از کسانیکه درین تحقیق بنده حقیر را همکاری نموده تشکر و سپاسگذاری داشته باشم. درقدم نخست از ریزیدنت های یورولوژی و همچنان از شفاخانه های خصوصی که اسناد مریضان را درمورد عملیات پروستاتیکتومی باز به دسترس ما قرار داده اند و نیز از مجله علوم طبی غالب که زمینه چاپ و نشر این مقاله علمی را مساعد گردانیده اند.

تضاد منافع

هزینه و مصارف این تحقیق از جانب نویسندگان این تحقیق پرداخته شده است.

ORCID

Ghulam Rabbani Habibi

Ghulam Farooq Fayez

 <https://orcid.org/0009-0007-6207-6034>

 <https://orcid.org/0009-0002-5335-7815>

منابع

۱. باستویک دی جی، چنگ ال. **کتاب آسیب شناسی جراحی یورولوژی**. ویرایش سوم. فیلادلفیا، الزویر ۲۰۱۴. ص. ۱۲۰-۱۲۲.
۲. لورنس، وی. **کارنت تشخیص و درمان جراحی**. چاپ سوم. اصفهان: انتشارات خاک، ۱۳۸۹. ص. ۹۳۸.
۳. هیات علمی گروه اروولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. **مجموعه دستورالعمل های اروولوژی**. چاپ اول، تهران: رویان پژوه، ۱۳۹۵. ص. ۱۱۷.
۴. رافتی آ تی. **کتاب جراحی**. ویرایش چهارم، آمستردام: الزویر ۲۰۱۱. ص. ۱۶۶-۱۶۸.
۵. سابستون د سی. **کتاب درسی جراحی سابستون**. ویرایش بیستم، نیویورک، الزویر ۲۰۱۷. ص. ۱۲۲-۱۲۳.
۶. موسوی ب، سید حبیب الله و ک، عبدالمجید ا. **سنگ های کلیه و مجاری ادراری**. چاپ اول. تهران: تیمورزاده و طبیب، ۱۳۹۴. ص. ۲۱۰.
۷. کمبل واش یروولوژی. **Campbell-Walsh Urology**. چاپ نهم، الزویر ۲۰۰۷. ص. ۲۷۲۷.
۸. سیم فروش ن، نور علیزاده ا، سلطانی م ح. **کتاب جامع اروولوژی ایران**. چاپ اول، تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۹۲. ص. ۳۹.
۹. کومار پ، کلارک م. **کتاب پزشکی بالینی کومار و کلارک**. ویرایش نهم، لندن، الزویر ۲۰۱۷. ص. ۱۱۰-۱۲۰.
۱۰. نوول آر. **کتاب عملیات جراحی عمومی کرک**. ویرایش ششم، لندن: الزویر ۲۰۱۳. ص. ۱۲-۱۱.
۱۱. فارکوهارسون م. **کتاب جراحی عمومی علمی فارکوهارسون**. ویرایش دهم. بوکارتون. ص. ۱۱۰-۱۱۲.

References

1. Sabiston DC. **Sabiston Textbook of Surgery**. 20th ed. New York: Elsevier; 2017. p. 110-120
2. Laurence W. **Current Diagnosis and Treatment in Surgery**. 3rd ed. Isfahan: Khak Publications; 2010. p. ۹۳۸. (Persian)
3. Faculty Members of Urology Department, Tehran University of Medical Sciences. **Collection of Urology Guidelines**. 1st ed. Tehran: Royan Pajoo Publications; 2016. p. ۱۱۷. (Persian)
4. Raftery AT. **Surgery**. 4th ed. Amsterdam: Elsevier; 2011. p. 120-122.
5. Bostwick DG, Cheng L. **Urologic Surgical Pathology**. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2014. p. 110-120.
6. Mousavi Bahar SH, Kashkouli AM. **Kidney Stones and Urinary Tract**. 1st ed. Tehran: Teymoorzadeh & Tabib Publications; 2015. p. ۲۱۰. (Persian)
7. **Campbell-Walsh Urology**. 9th ed. ELSEVIER; 2007. p. ۲۷۲۷.
8. Simforoosh N, Noralizadeh A, Soltani MH. **Comprehensive Book of Urology in Iran**. 1st ed. Tehran: Teymoorzadeh Publications; 2013. p. 120-128. (Persian)
9. Kumar P, Clark M. **Kumar and Clark's Clinical Medicine**. 9th ed. London: Elsevier; 2017. p. 110-120.
10. Novell R, editor. **Kirk's General Surgical Operations**. 6th ed. London: Elsevier; 2013. p. 110-120.
11. Farquharson M. **Farquharson's Text Book of Operative General Surgery**. 10th ed. Boca Raton: CRC Press; 2015. p. 110-120.