



Konu Yazarı

Prof. Dr. Önay YALÇIN
Dr. Hande DELİER

Yazışma adresi

İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı
Çapa-İSTANBUL

**ÜRİNER İNKONTİNANS
VE PELVİK ORGAN PROLAPSUSU:
TANI VE TEDAVİ SEÇİMİ**

Ü riner inkontinans (Üİ) ve pelvik organ prolapsusu (POP) sıklıkla birlikte görülen jinekolojik sorunlardır; çünkü POP'ların tümü ve Üİ çoğu ortak bir nedenden, pelvik taban yetmezliğinden kaynaklanır.

Ortalama yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli bir yaşam arzusu, orta ve ileri yaş grubu kadınların sağlık sorunları içinde önemli bir paya sahip olan ve pelvis tabanı yetmezliğinden kaynaklanan klinik tabloların, gittikçe artan oranda jinekoloji pratiğine girmesine sebep olmaktadır.

I. Üİ ve POP'lu Hastalarda Tanı

Üİ ve POP hastalarının değerlendirilmesi aşamasında izlenecek yol şöyle özetlenebilir:

1. Anamnez,
2. Fizik muayene,
3. Laboratuvar testleri.

1. Anamnez, detaylı olmalıdır;

- Jinekolojik anamnez,
- Obstetrik anamnez,
- Üriner anamnezi kapsamalıdır. Özellikle POP'a yönelik şikayetler (Tablo I) iyi değerlendirilmelidir. Şikayeti olmayan POP hastalarına cerrahi tedavi yapılmamalıdır. Üİ hastalarının değerlendirilmesinde de hastanın mutlaka bunu bir sorun olarak görmesi gereklidir.

Tablo I: POP'tan kaynaklanan semptomlar

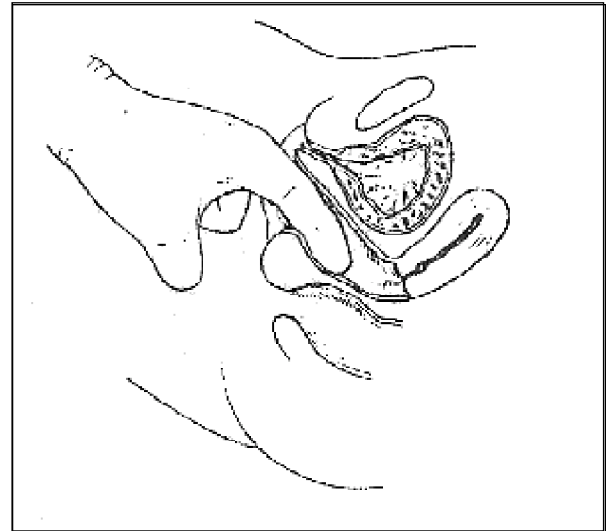
Üriner semptomlar <ul style="list-style-type: none">- Üriner inkontinans (stres, urge, mikst)- İdrar yapmayı erteleyememe- Sık idrar yapma (gece ve/veya gündüz)- İdrar kesesini boşaltamama hissi- Miksiyon için elle prolapsusun reddedilmesi
Defekasyonla ilgili semptomlar <ul style="list-style-type: none">- Defekasyonda güçlük- Gaz ve/veya gaita inkontinansı- Defekasyon için elle prolapsusun reddedilmesi- Fekal boşalmanın tam olmadığı hissi- Defekasyon sırasında ya da sonrasında rektal protrüzyon- Defekasyonu erteleyememe
Seksüel problemler <ul style="list-style-type: none">- Koitusta bulunamama- Disparoni- Orgazm olmama- Koitustan memnuniyetsizlik- Koitus sırasında idrar kaçırma
Diğer semptomlar <ul style="list-style-type: none">- Vaginada basınç- ağırlık hissi- Vaginada ya da perinede ağrı- Vaginadan birşey çıkacak hissi- Bel-sakral bölgede ağrı- Kitlenin ele gelmesi ve görülmesi

2. Fizik muayene kapsamında,

- Jinekolojik muayene ve POP evrelemesi,
- Stres test,
- Pelvis kas gücünün değerlendirilmesi,
- Nörolojik muayene yapılmalıdır.

Üİ'li hastanın muayenesine dolu mesane ile başlanmalıdır. Ayakta ve litotomi pozisyonunda ıkınma ve öksürme halinde idrar kaçağı olup olmadığı izlenmelidir. Daha sonra mesane boşaltılarak jinekolojik muayene ve POP evrelemesi yapılmalıdır. Pelvik kas gücünün değerlendirilmesi vaginal tuşe sırasında dijital palpasyon ile yapılabilir (Resim I). Vagina alt 1/3 hizasında arka duvardaki kas hüzmelerini kasabilme gücü ve kasılı tutma süresine göre 5 üzerinden puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Kas gücü, ayrıca vaginaya yerleştirilen probu yardımıyla perineometre ile de ölçülebilir. Nörolojik muayene n. pudendalis ve S2-S4 sakral refleks arka yönelik testlerdir. Patolojik bulgular veya anamnezde nörolojik bir patoloji düşünülen hastalara tam bir nörolojik muayene yapılması gereklidir.

Şekil I: Dijital palpasyon⁽¹⁾



Hastaların değerlendirilmesi aşamasında, hasta tarafından hazırlanan çizelgelerden oluşan üriner günlükler kullanılır. Üriner günlük 1-12 gün arasında değişen ancak optimal süre olarak 4 gün verilen listelerden oluşur. Hasta aldığı mayi miktarı ve cinsini, günlük miksiyon sayısı, sıkışma zamanlarını, gece idrara kalkma saatleri ve sayıları ile idrar kaçaklarını işaretler. Üİ anında yaptığı aktiviteyi veya durumu açıklaması da bilgi vericidir (Resim II).

ÖRNEK

Saat	Alınan Sıvı Tipi	Miktar	İdrar Yapma Zorunluluğu	İdrar Yapma (X)	İdrar Kaçırma (X)	Yapılan Meşguliyet
08.15	Çay	1 Fincan	(X)			Bulaşık yıkıyorken
09.00			(X)			
09.30					(X)	Öksürürken

1. İdrar kaçırdığınız ya da idrarınızı yaptığınız zamanlar gibi sıvı aldığınız zamanları da kaydediniz.
2. Aldığınız sıvının türünü (kahve, su vb) ve miktarını (su bardağı, fincan vb) kaydediniz. Oda ısısında sıvı olan her şey sıvı olarak düşünülmalıdır (Örn.: dondurma).
3. İdrar yapma zorunluluğu hissettiğiniz her zamanı işaretleyiniz.
4. İdrar yaptığınız her zamanı işaretleyiniz.
5. İdrar sızıntısı olan her zamanı işaretleyiniz.
6. İdrar kaçırdığınız sıradaki işinizi kaydedin. Eğer herhangi bir şey yapmıyorsanız oturduğunuzu, ayakta olduğunuzu, uzandığınızı kaydediniz.

Resim II: Üriner Günlük

Bu kart size idrar kaçırma ve idrar yapma kayıtlarınızı tutmanıza yardım edecektir. Lütfen bu kartı merkeze gelmeden önce 3 gün süreyle doldurun. Her gün için yeni bir karta başlayın. Bir gün için birden fazla kart kullanabilirsiniz. Bu kayıtları tutarken her gün 6-8 su bardağı su içmenizi öneriyoruz. Kartı doldururken aşağıdaki yönergeyi inceleyiniz.

Üİ ve POP yaşam kalitesini olumsuz etkileyen klinik tablolarıdır. Bu olumsuzluk; toplumsal, kültürel farklılıklar yanında bireysel farklılıklar da gösterir. Hastaların problemi algılama şekli, duyulan rahatsızlık ve derecesi çok değişik olabilmektedir. Bu nedenle, gerek tanıda gerekse tedavi sonuçlarını değerlendirmede bu konuda hazırlanmış yaşam kalitesi (QOL) testleri kullanılır. Bunlar genel veya spesifik testler olarak hazırlanmışlardır.

Üİ ve POP hastalarının değerlendirilmesinde anamnez ve fizik muayene ile Üİ ve POP varlığı tespit edilmesine rağmen etyopatogeneze yönelik bilgiler sağlanamayacağı için etkin bir tedavi programı çizilemez. Bu nedenle ürojinekolojik testlere ihtiyaç vardır (Tablo II). Ayrıca hastanın özelliklerine göre seçilen endoskopik, radyolojik ve elektrofizyolojik testlerden de yararlanmak mümkündür (Tablo III).

3. Laboratuvar testleri**Tablo II:** Laboratuvar testleri

- Ped testi (1 saatlik test – 24 saatlik test)
- Q tip test
- Postmiksiyonel rezidü idrar volümü
- Tam idrar tahlili, orta idrar kültürü
- Ürodinamik testler (olgunun özelliklerine göre)

Tablo III: Opsiyonel testler (Olguların özelliklerine göre)

- Sistoüretroskopi
- Radyolojik testler
- USG
- MRI
- Kas ve sinir fonksiyonlarına yönelik elektrofizyolojik testler

II. Üİ + POP'lu Hastalarda Tedavi

POP tedavi planı semptomlar ve defektler dikkate alınarak yapılır. Birlikte Üİ olduğu zaman Üİ tipi (stres, urge, mikst, taşma, fonksiyonel, ekstraüretal [devamlı] olması) ve derecesine (hafif, orta, ağır) göre planlanır.

POP'un tedavisi cerrahidir. Laparotomi ile veya laparoskopik olarak abdominal yoldan yapılabilen operasyonlar yanında vaginal yol da POP cerrahisinde önemli bir yer tutar. Cerrahi tekniğin seçiminde,

- POP'a yol açan defekt ya da defektler,
- Defektin etyolojisi, başlatan ve hızlandıran olaylar ve devamlılıkları,
- Hastanın arzuları ve beklentileri,
- Cerrahin tecrübesi ve sonuçları,
- Hastanın genel sağlık durumu dikkate alınır.

POP'ta cerrahi olmayan, konservatif tedavi yöntemleri de vardır, ancak bunlar daha ziyade koruyucu tedbirler olarak görülmelidir. Örneğin,

- **Kegel egzersizleri⁽²⁾:** Primer tedavi olarak ancak hafif POP'ta, daha fazla ilerlememesi, durumun muhafazası için önerilir. Egzersizlerin kas güçlendirmeye yönelik diğer rehabilitasyon programları ile birlikte tedavi

protokollerinde geniş uygulama alanı bulmasına rağmen profilaksidedeki rolü daha önemlidir. Gebelikte güçlendirilmiş pelvik taban kasları, travayda fasya, kas ve sinirlere yönelik travmanın olumsuz etkilerinin daha hafif olmasını sağlamaktadır.

- Hormon (östrojen) replasman tedavisi
- Peserler

Pelvik tabanın ciddi nöromuskuler hasarı ile ortaya çıkan ileri evre POP'ta, tekrarlayan POP'a yönelik çok sayıda operasyon geçirenlerde veya hasta dokularının çok zayıfladığı durumlarda postop. nüks olasılığına karşı ilave destek mekanizmalar; sentetik 'mesh'ler veya heterolog fasyalardan faydalanmak mümkündür.

Üİ tipi ve ağırlığına göre cerrahi veya konservatif tedavi yöntemlerin biri veya birkaçı kombine olarak uygulanabilir. Stres üriner inkontinansta (SÜİ) ve urge inkontinansta uygulanan tedavi yöntemleri Tablo IV ve V'te gösterilmiştir⁽³⁾. SÜİ'nin cerrahi tedavisinde mesane boynu mobilitesi söz konusu ise seçilecek teknikler Tablo VI, intrensek sfinkter yetmezliği (SÜİ Tip III) vakalarında ise op. teknikleri Tablo VII'de görülmektedir⁽⁴⁾. Bu nedenle hem üretral mobilite hem internal sfinkter yetmezlik dikkate alınarak cerrahi teknikler seçilmelidir (Tablo VIII). Son yıllarda mesane boynu mobilitesi veya intrensek sfinkter yetmezliği olmadığı, değişik derecede her ik sorunun bir arada bulunduğu olgusu gittikçe güçlenmektedir⁽⁴⁾.

Tablo IV: Stres Üriner İnkontinansta Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi :	Kilo verme Barsak fonksiyonlarını düzenleme Sıvı alımı
Pelvik taban rehabilitasyon programları :	Kegel egzersizleri Biofeedback Vaginal konlar Elektriksel stimülasyon Elektromagnetik dalgalarla tedavi Mesane eğitimi
Medikal tedavi :	Alfa adrenerjik stimülan ajanlar Östrojen
Cerrahi tedavi	

Tablo V: Urge İnkontinansta Tedavi Yöntemleri

Medikal tedavi :	Antikolinergikler Trisiklik antidepresanlar Düz kas relaksanları Antidiüretik ilaçlar Östrojen
Davranışsal tedavi :	Mesane eğitimi
Fizik tedavi yöntemleriyle tedavi :	Biofeedback Elektriksel stimülasyon
Psikoterapi, akupunktur	
Cerrahi tedavi :	Fenol enjeksiyonları Sakral blokaj ve nörektomi Sakral elektriksel stimülasyon Transvaginal denervasyon Ogmentasyon sistoplasti Detrusor myomektomi Üriner diversiyon.

Tablo VI: SÜİ'de Cerrahi Tedavi

Anatomik defekt	Cerrahi yol	Cerrahi teknik
Mesane boynu mobilitesi	Vaginal	Kelly plikasyonu
	Vaginal iğne	İğne üretropeksi - Stamey - Raz - Pereyra
	Abdominal	
	- Laparotomi	
	- Laparoskopisi	Kolposüspanسیون - Burch - MMK - Paravaginal defekt tamiri

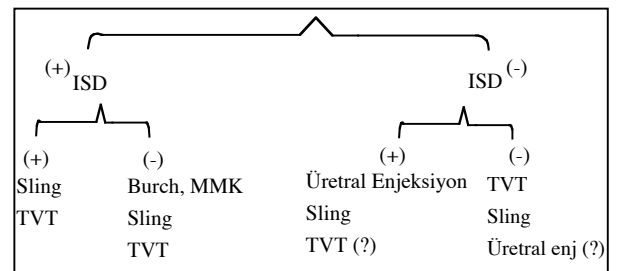
Bent- McLennan , 1998⁽⁴⁾

Tablo VII: SÜİ'de Cerrahi Tedavi

Anatomik defekt	Cerrahi yol	Cerrahi teknik
İntrensek sfinkter yetmezliği	Transüretral,peritüretral enjeksiyonlar	Bovine kollajen, polytetra fluoroethylene, otolog yağ veya kondrositler
	Abdominal / Vaginal	- Otolog pubovaginal slingler (Rektus abdominis fasya, fasya lata) - Allograft slingler (kadavra) - Sentetik slingler - Mesh - TVT

Bent- McLennan , 1998⁽⁴⁾

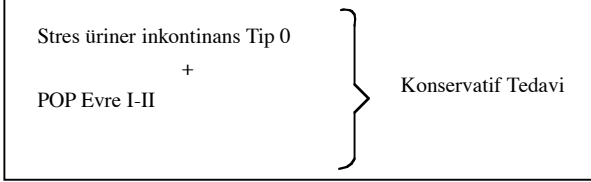
Tablo VIII: SÜİ'de Cerrahi Tedavi



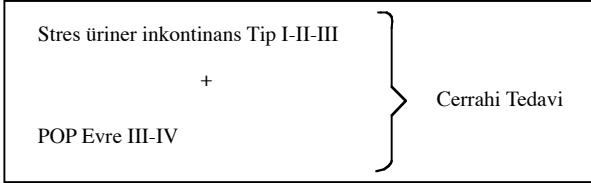
Bent- McLennan , 1998 (4)

SÜİ ve POP'un birlikte görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Tedavi planı yaparken her ikisine yönelik konservatif ve cerrahi yöntemler söz konusudur. (Tablo IXa ve IXb).

Tablo IXa: SÜİ ve POP'da Tedavi



Tablo IXb: SÜİ ve POP'da Tedavi



Bu grup hastada mesane boynu hiper mobilitesi olmasına rağmen karın içi basıncının arttığı durumlarda prolapse olan uterus ve vagina üretranın üretranın tıkanmasına sebep olmakta ve üriner inkontinans önlemektedir⁽⁵⁾. Ancak peser veya benzer bir tamponla prolapsus önlediği zaman üriner inkontinans ortaya çıkmaktadır⁽⁶⁾. Buna 'occult' (potansiyel) SÜİ denmektedir.

Bu olgular preop sistometri ile değerlendirilerek POP'a yönelik operasyona gerektiği zaman anti-inkontinans operasyonu da eklenmelidir. 'Occult' SÜİ oranı %25 verilmektedir⁽⁷⁾.

Preop POP hastalarında, üriner akım hızının düşük olarak ölçülmesi postop postmiksyonel rezidüel idrar volümünün yüksek değerlerde olma olasılığına işaret eder. Bunlar aralıklı kateterizasyon gerektirebilirler. Bu nedenlerle ve operasyon tekniğinin seçimi için, operasyon planlanan hastaların ürodinamik değerlendirmesinin yapılması gereklidir.

SONUÇ

1. POP'dan kaynaklanan semptomlar yoksa veya Üİ bir sorun olarak algılanmıyorsa tedavi planı yapılmamalıdır.
2. Üİ ve POP bir arada olduğunda, kompleks olgular olarak tam bir değerlendirme yapılmalıdır.
3. POP tedavisi genelde cerrahidir, semptomlar ve pelvis tabanı defektleri dikkate alınarak yapılır.
4. Üİ'ta cerrahi ve konservatif tedavi yöntemleri vardır. Üİ tipi ve ağırlık derecesine göre seçim yapılır.
5. Cerrahi tedavi planlanan Üİ ve POP'lu hastalara değerlendirme testleri içinde ürodinamik testlere de yer vermek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Adams C, Frahm J: Genitourinary system, in Saunders Manual of Physical Therapy Practice, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, p.481.
2. Moore KN and Saltmarche A: Behavioral strategies for the treatment of urinary incontinence in women in Harold P Drutz, Sender Herschorn and Nicholas E. Diamant (Eds) Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery. Springer Verlag London Limited, 2003, p 276.
3. Nygaard I, Dougherty MC : Genuine Stress Incontinence and Pelvic Organ Prolapse – Nonsurgical Treatment in Mark D Walters and Micket M Karram (Eds), Mosby Second Edition 1999, p.145.
4. Bent A, McLennan M. Surgical management of urinary incontinence. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25:884-906.
5. Richardson DA, Bent AE, Ostergard DR. The effect of uterovaginal prolapse on urethrovesical pressure dynamics. Am J Obstet Gynecol 1983;146:301-905.
6. Bhatia NN and Bergman A. Pessary test in women with urinary incontinence. Obstet & Gynecol 1985;65:220-226.
7. Versi E, Lyell DS, Griffiths: Videourodynamic diagnosis of occult genuine stress incontinence in patients with anterior vaginal wall relaxation J Soc Gynecol Investig 1998;6:327-30.