

Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı

Suna Özdemir¹, İbrahim Çelebi², Nurdan Nurulloğlu², H.Cemal Ark²

¹Meram Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

²SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Ürojinekoloji Polikliniğimize başvuran hastaların üriner inkontinans tiplerine göre sınıflandırılması. **Yöntem:** Ürojinekoloji kliniğimize Aralık 2001–Ağustos 2003 tarihleri arasında idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalarımızın retrospektif değerlendirilmesi yapıldı. Çalışmaya değerlendirme formu doldurulmuş, fizik muayenesi yapılmış, laboratuvar tetkikleri ve ürodinamik test ile değerlendirilmiş 2123 hasta alındı ve üriner inkontinans tiplerinin dağılımı araştırıldı. **Bulgular:** Değerlendirilen 2123 hastanın % 42.4'ünde anatomik stress inkontinans, % 33.1'inde detrusor instabilitesi, %18.3'ünde mikst tip inkontinans saptandı. Ayrıca 568 hastada (% 26.7) fonksiyonel inkontinans vardı. **Sonuç:** Üriner inkontinans kadınlar arasında yaygın bir problemdir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda 60 yaş üzerindeki kadınlarda % 4.5-44.0 arasında prevelans saptanmıştır. Sonuçlarımız literatürle uyumluydu. Fakat anatomik stres inkontinans Tip-2 alt grubunu nispeten yüksek saptadık. Bu da toplumumuzun çok doğurgan olması ve loğusalık hasta bakım eğitim eksikliğine bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Anatomik stress inkontinans, Detrusor instabilitesi, mikst inkontinans

Distribution of the patients with urinary incontinence admitted our urogynecology clinic

Objective: We aimed to classify the patients with urinary incontinence admitted to our urogynecology clinic. **Method:** The patients with urinary incontinence admitted to urogynecology clinic between December 2000–August 2003 were evaluated retrospectively. 2123 cases were included in the study. Physical examination, laboratory evaluation, and urodynamic test were done. We investigated distribution of urinary incontinence types in these cases. **Results:** We detected anatomic stress incontinence in 42.4%, detrusor instability in 33.1% and mixed type in 18.3% of the patients. In addition to these findings, 26.7 % of the patient were functional urinary incontinence. **Conclusion:** Urinary incontinence is a common problem among women. Its prevalence has been found 4.5–44.0 % in women over 60-years as a result of epidemiologic studies. Our findings were similar to literature. However, the ratio of type-2 subgroup of anatomic stress incontinence was relatively high and this finding may be result of high fecundity and inadequacy education in care of puerperium.

Key words: Anatomic stress incontinence, Detrusor instability, mixed incontinence

Genel Tıp Derg 2006;16(2):49-52

Üriner inkontinansın tanımlanmasında halen çelişkiler olsa da günümüzde, bu durum, Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara

yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır (1). Yapılan çalışmalarda Amerika'daki kadınların yaklaşık olarak % 11-63'ünün üriner inkontinanstan etkilendiği gösterilmiştir (2). Mesane disfonksiyonu sosyal ilişki ve aktiviteleri azaltarak, emosyonel ve psikolojik iyilik hissini ve seksüel ilişkiyi etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (3). Bu durum önemli bir problem olarak, Amerika'da yılda 8.1 milyar dolara mal olmaktadır. Çalışmamızda idrar kaçırma şikayeti

Yazışma adresi: Dr.Suna Özdemir, Alavardı mah Antep sok No:3 Saklan Ap Konya.

e-posta: snmstf@yahoo.com

ile Ürojinekoloji kliniğimize başvuran hastaların tanılarına göre dağılımını irdeledik.

Yöntem

Polikliniğimize idrar kaçırma şikayeti ile Aralık 2001- Ağustos 2003 arasında başvuran 2123 kadının şikayetleri bildirim formlarında hemşire eşliğinde dolduruldu. Değerlendirme formlarında sorulara verilen yanıtlara göre şikayetin ağırlığı 0, 1, 2 ve 3 puanla skorlama yapıldı. Hastanın toplam puanına bakılarak, şikayet hafif, orta ve ağır derecede olmak üzere subjektif olarak değerlendirildi.

İlk görüşmede hastaya verilen mesane günlüğüyle 3 günlük sürede, hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı, idrar kaçırma sıklığı ve kaçırmanın hangi aktiviteyle gerçekleştiği hastanın kendisi tarafından kaydedilmiştir. Böylece hastanın mesane alışkanlıkları ve içinde bulunduğu sosyal durumun boyutu da araştırıldı.

Jinekolojik muayenede ise hasta öksürtülerek stress testi, ıkdırılarak ön duvara ait üretrosel, sistosel, yan duvar defekti ile arka duvara ait enterosel ve rektosel ile perine deşirürü varlığı ve derecesi araştırıldı. Anatomik defektin derecelendirilmesinde Bonney yöntemi uygulandı. Ayrıca hastanın muayene sırasında digital palpasyon yolu ile perine kas gücü hakkında değerlendirme yapıldı. Bütün hastalarda açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, tam idrar tetkiki istendi. Diyabetik hastalar kayıt dışında bırakılırken, üriner enfeksiyonlu hastalar önce antibiyotik tedavisine alındı. Ped testi ise idrar kaçık miktarının ölçülmesi amacıyla yapıldı. 2 ile 10 gram arası hafif, 10 ile 50 gr arası orta, 50 gr üzeri ise ağır inkontinans olarak sınıflandırıldı. Aynı test tedavi aşamasından sonra tekrarlandı.

Ürodinamik inceleme ise dolun sistometrisi ve üretral basınç profili (UPP) şeklinde iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Önce iki yöllü mesane kateteri ve rektal balon kateter kullanılarak sistometrik ölçümler yapıldı. Burada mesane 2 ml/saniye hızında serum fizyolojik ile doldurularak mesanede istemsiz kontraksiyonların varlığı araştırıldı. Kontraksiyon varlığı detrusor instabilitesi (Dİ) olarak yorumlandı. Aynı işlem sırasında hasta artan şiddetlerde öksürtülerek idrar kaçağının varlığı araştırıldı. Kaçırıldığı noktadaki abdominal basınç değeri (P abd) eğer 70 cm/su basıncının altında ise Tip 3 ASİ

(internal sfinkter yetmezliği anatomik stres inkontinansı), P abd değeri 100 cm/su'nun üzerinde ise Tip 2 ASİ (eksternal sfinkterik yapıların yetersizliği) olarak yorumlandı. Eğer bu değeri 70-100 cm/su arasında ise sonuç şüpheli kabul edilerek üretral basınç profili (UPP) ölçümüne geçildi. UPP değerlendirmesinde maksimal üretra kapanma basıncı 20 cm/su'nun altında ise tip 3 ASİ, üzerinde ise Tip 2 ASİ olarak yorumlandı. Anatomik problemi olmayan ancak ürodinamik değerlendirmede stres inkontrinsans saptanan hastalar Tip 1 ASİ olarak değerlendirildi.

Bulgular

Polikliniğimize idrar kaçırma, idrarını tutamama, gündüz ve gece sık idrara gitme, idrar yaparken yanma şikayeti ile başvuran toplam 2123 hastanın 540'da idrar yolları enfeksiyonu, 18'inde diabet, 10'unda ise hematüri mevcuttu. Bu gruba ait toplam 568 hasta (% 26.7) fonksiyonel (geçici) inkontinans grubu olarak kabul edildi (Şekil 1). Bu hastalar medikal tedavi veya dahili konsültasyonlara yönlendirildi.

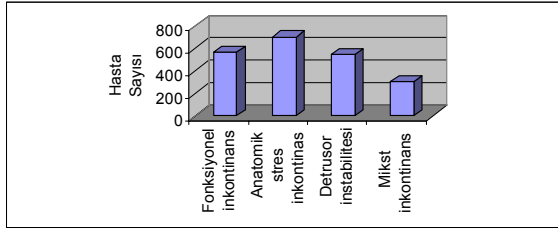
Detrusor instabilitesi (Dİ) olarak tanı konulan 548 hasta (% 25.8) oksibutin HCl (ÜROPAN) 15-20 mg/gün tedavisiyle birlikte diyet uygulandı. 3 ay süren bu tedavi bitiminde tedaviye yanıt alınamayan hastalara 6-8 hafta süreyle fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES) yöntemi planlandı.

Anatomik stress inkontinans (ASİ) tanısı konulan 703 hasta (% 33.1) kendi içerisinde; 141 hasta tip 1 ASİ (% 20), 585 hasta tip 2 ASİ (% 83.2), 77 hasta ise tip3 ASİ (% 10.9) olarak gruplandırıldı (Şekil 2). Anatomik inkontinansı olan hastalarda operatif tedavi seçenekleri tercih edildi.

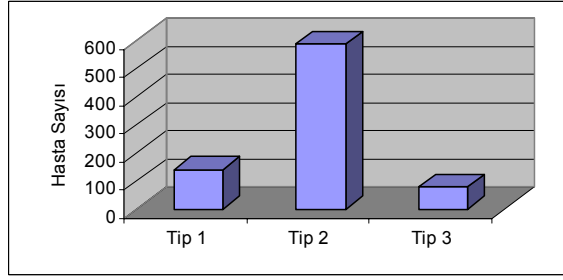
Mikst inkontinans olarak tanı almış olan 304 hastaya (% 14.3) medikal tedavi uygulandıktan sonra cerrahi uygulamalar planlandı.

Tartışma

Üriner inkontinans kadınlar arasında yaygın ve rahatsız edici bir problemdir. Yapılan birçok epidemiyolojik çalışma sonucunda 60 yaş üzeri kadınlarda % 4.5-44.0 arasında bir prevalans saptanmıştır. Bu çalışmaların bazılarında risk



Şekil 1. Üriner inkontinans tiplerinin dağılımı



Şekil 2. Anatomik stres inkontinans tiplerinin dağılımı

faktörleri konstitusyonel obstetrik ve jinekolojik olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Yaşlılık ve histerektomi bu çalışmaların çoğunda risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Sadece birkaç çalışmada genç ve orta yaşlı kadınlarda üriner inkontinans prevalansı araştırılmış ve % 26-58'lik bir oran saptanmıştır (4).

Üriner inkontinans idrarın üretral meatustan istemsiz akımıdır. Bu durumu anatomik tanımlardan ziyade hastanın şikayetine göre sınıflamak daha uygun olacaktır. Üriner inkontinansın üç tipi vardır. Detrusör instabilitesinde hasta ani bir işeme hissi duyar ve bunu baskılayamaz. Bunun sonucunda değişen miktarda idrar kaçıır. Bu tipte hasta hem dinlenirken hem de karın içi basıncı artan durumlarda idrar kaçıır. Stres inkontinansda gülme, öksürme, ağır kaldırmaya ikincil olarak ani intraabdominal basınç artışı ile hasta idrar kaçıır. İnkontinans tipleri arasında kadınlarda daha sıklıkla görülen stres inkontinans, ICS tarafından intraabdominal basıncın arttığı hallerde detrusor aktivitesi artmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçıırma hali olarak tanımlanmıştır (5). Normal anatomisinin değişmesi sonucu üretral sfinkter mekanizmasının bozulması ile oluşur. Bu sfinkter yetmezliğine bağlı olarak üretral direnç azalır ve karın içi basıncındaki herhangi bir artış kontrolsüz idrar kaybına sebep olur (6). Mikst inkontinans ise her ikisinin kombinasyonudur.

Çalışmalar üriner inkontinansın tanımlanmasında üriner trakt semptomlarının sensitif bir yaklaşım olduğunu göstermektedir (7,8). Ancak bu semptomlar istemsiz idrar kaçırmının stres inkontinans, detrusor instabilitesi ya da mikst inkontinans tiplerinden hangisine bağlı olduğunu göstermez. Bizim ürojinekoloji pratiğinde hastaların tanılarına göre sınıflandırma amacımız; kliniğimizin ve hastalarımızın tedavi koşullarını belirlemek ve buna yönelik olarak hastalarımızın personel, aletler, araçlar ve gereçler gibi olası ihtiyaçlarının belirlenmesidir.

Hastalar arasında üriner enfeksiyon, taş, diabet gibi fonksiyonel (geçici) gruba dahil olan hastaların genellikle bizden önceki basamaklarda tanımlarının konularak tedavilerinin yapılması fonksiyonel grup hasta sayımızın nispeten az olmasına neden olmuş olabilir.

Anatomik stres inkontinans grubunun içinde Tip-2 alt grubunun diğer gruplara göre nispeten yüksek çıkması (% 83.2) bizim toplumumuzun çok doğurgan olmasından ileri gelmekte ve lohusalık döneminde hasta bakımı ve eğitim eksikliğini düşündürmektedir (9). Bu grup hastaların genellikle bir operasyon ile tedavi edilebilmeleri ise olayın maliyet ve morbidite unsurlarının artmasına neden olmaktadır.

Detrusör instabilitesi oranlarımız literatürde bildirilen oranlardan çok farklı çıkmamıştır (% 20-30). Bu gruptaki hastaların tedavisi uzun zaman alır. İlaç rejimlerine ek olarak diyet ve hatta fizik tedavi uzmanı veya bu konuda eğitilmiş bir teknisyene ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca hastaların eğitimleri ve bilinçlendirilmelerinin de yine bu grupta çalışacak bir eğitmenin varlığının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Hastaların hangi nedenlere bağlı olarak istemsiz idrar kaçırdıklarının araştırılması, sosyal ve hijyenik problemlerle yol açması sebebiyle önem arz etmektedir. Bizim gözlemlediğimiz kadarıyla çok doğum, travmatik doğumlar bu konuda başı çekmektedir. Özellikle normal doğum yapan hastalarda bu problem daha sık karşımıza çıkmakta, menapoz ise bu durumu hızlandırmakta ve ağırlaştırmaktadır.

Amacımız kliniğimize başvuran hasta popülasyonunda fonksiyonel grup dışında tedavi ve takipleri uzun olan ve maliyet gerektiren üç grubun dağılımını belirlemektir. Detrusör instabilitesi % 33.1, anatomik stres inkontinans % 42.4 ve mikst

inkontinansı ise % 18.3 olarak saptadık. Anatomik stres inkontinans Tip-2 alt grubunda saptadığımız yüksek oran (% 83.2) üriner inkontinansa yönelik olarak doğurganlığın azaltılması ve loğusalık dönemi bakımı açısından hasta eğitiminin önemini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Abrams P, Blavias JG, Stanton, SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. Scand J Urol Nephrol Suppl 1998;114:5-19.
2. Locher JL, Burgio KL. Epidemiology of incontinence. In Urogynecology and urodynamics: Theory and practice. Ed. Ostergard DR, Bent AE, 2 ed. Baltimore, MD:Williams& Wilkins;1996:67-73.
3. Luscombe FA. Socio-economic burden of urinary incontinence with focus on overactive bladder and tolterodine treatment. Rev Contemp Pharmacother 2000;11:43-62.
4. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. Br J Urol 2002;89:61-6.
5. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in a general practice. BMJ 1988; 296:1300-2.
6. Maral I, Özkardeş H, Peşkırcıoğlu L, Bumin MA. Prevalence of Stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: A cross-sectional study. J Urol 2001;165:408-12.
7. Cundiff GW, Harrison RL, Coates KW, Bump RC. Clinical predictors of urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 1997;177:262-6.
8. Ouslander J, Staskin D, Raz S, Su H, Hepps K. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population. J Urol 1987;137:68-71.
9. İtil İM. Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar. İçinde: Güner H, editör. Ürojinekoloji. Ankara: Atlas Kitapçılık Ltd. Şti; 2000. p. 29-39.