

Bülent ÇETİNEL*, Tufan TARCAN**, Oktay DEMİRKESEN*

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

OLGU

İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinsten de yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir¹.

Kadında idrar kaçırma görülme sıklığı %4.5-53 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir². Görülme sıklığının bu kadar geniş bir aralıkta verilmesinin nedeni çeşitli çalışmalarda idrar kaçırmanın değişik şekilde tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Örnekle vermek gerekirse ICS (Uluslararası Kontinans Derneği)'nin 1976'daki terminoloji standardizasyon raporunda idrar kaçırma '*sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali*' olarak tanımlanmaktaydı³. Halbuki ICS'nin en son terminoloji standardizasyon raporunda ise idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar kaçırma) '*her türlü idrar tutamama yakınması*' olarak tanımlanmaktadır^{4,5}. Bu tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi görülme sıklığı tanımlamaya bağlı olarak değişebilmekle beraber özellikle 40 yaşın üzerindeki kadınlarda önemli bir toplum sağlığı problemi olan idrar kaçırma işeme bozukluklarıyla uğraşan hekimlerin sıklıkla karşılaştıkları bir durum olma özelliğini taşımaktadır. Bu nedenle bu tartışmalı olgu makalesi bölümünde pratikte sıklıkla karşılaştığımız idrar kaçırma bir kadın olgusu kurgulanmıştır. Bu olgunun değerlendirilme ve tedavisi ile ilgili çeşitli sorular üretilmiş ve konunun uzmanları Dr. Tarcan ve Dr. Demirkesen'den bu soruları deneyimleri ve en son literatür bilgileri ışığında yanıtlamaları istenmiştir. Bu makalede uzmanlarımızın yanıtları ve bu yanıtlardan elde edilen sonuçlar idrar kaçırma kadının yönetiminde yardımcı olacağı varsayılarak değerlendirilmiştir.

50 yaşında bir kadın hasta karışık (stres+sıkışma) tipte idrar kaçırma yakınması ile başvuruyor.

Bu hastanın öyküsünü alırken dikkate almamız gereken kadında idrar kaçırmanın potansiyel risk faktörlerinden bahsedermisiniz?

Dr. Tufan Tarcan: Kadınlarda idrar kaçırma ile ilişkili potansiyel risk faktörleri ile ilgili bilgilerimiz çoğunlukla kontrolsüz ve yetersiz sayıda ça-

lışmadan kaynaklandığı için ne yazık ki bu konuda net bir görüş birliği yoktur. Ancak, çalışmaların sayısal yeterliliği ve içeriği göz önüne alındığında kadınlarda idrar kaçırma için yaşlanma, çocuk doğurma, eşlik eden diğer üriner sistem belirtilerinin varlığı ve fonksiyonel yetersizlik olmak üzere toplam 4 adet risk faktörü diğerlerine oranla ön plana çıkmaktadır². Bunlara ek olarak hamilelik, menapoz, histerektomi, aşırı şişmanlık, kognitif fonksiyonlarda azalma, aile hikayesi, mesleki özellikler, geçirilmiş pelvik jinekolojik cerrahi (histerektomi dışında), kabızlık, diüretik kullanımı, kafein alımı, pelvik radyoterapi, genital prolapsus varlığı, sigara içme, solunum sistemi hastalıkları ve uyku düzensizliği gibi birçok diğer faktör ile ilgili de literatürde ilişki kuran çalışmalar mevcuttur². Sözü edilen bu risk faktörlerinin kadınlarda idrar kaçırma ile ilişkisini net olarak ortaya koyabilmek için daha çok çalışmaya ihtiyacımızın olduğu açık olmakla birlikte yine de idrar kaçırma kadınlarda bu durumların mutlaka sorgulanması gerektiğine inanıyorum. Anekdotik olmakla birlikte bazen ilişkili bulunan faktörlerin ortadan kaldırılması (örneğin aşırı kahve tüketiminin azaltılması, kabızlığın tedavisi veya kilo verme) tedavide önemli fayda sağlayabilmektedir.

Dr. Oktay Demirkesen: Literatürde idrar kaçırma sebepleri olabilecek bir çok risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlar arasında sigara, menapoz, hareket kısıtlaması, kronik öksürük, konstipasyon, yaş, parite, aşırı şişmanlık ve geçirilmiş ürogenital cerrahi sayılabilir. Ancak bu konuda iyi tasarlanmış uygun çalışma sayısı oldukça azdır. İkinci Uluslararası Kontinans Konsültasyon raporuna göre yaş, doğum, diğer işeme semptomlarının varlığı ve hareket kısıtlaması en iyi ortaya konmuş risk faktörleridir². Çalışmalarda genelde yaşla idrar kaçırma sıklığının arttığı gösterilmiş ve bu durumun özellikle sıkışma tipi idrar kaçırma sıklığından kaynaklandığı belirtilmiştir. Yaşlanma ile oluşan mesane ve pelvik yapılarıdaki değişiklikler yanında, çeşitli metabolik problem ve hastalıklar da yaşla idrar kaçırma sıklığındaki artışın nedeni olarak ortaya konmaktadır. Gebelik döneminde ise idrar kaçırma sıklığında geçici bir artış olduğu bilinmektedir. Bu hastaların hayatlarının daha sonraki dönemlerinde

de idrar kaçırma sorunlarına yatkın oldukları ileri sürülmektedir. Bunun yanında doğum, doğum sayısının fazlalığı ve doğum şeklinin (vajinal) idrar kaçırma açısından risk faktörü olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Bu süreçte adale ve bağ dokusundan oluşan pelvik dokulardaki zayıflama ve gerilme, ayrıca pudental ve pelvik sinirde oluşabilecek hasarlar idrar kaçırmanın nedeni olarak tanımlanmaktadır.

Bu hastanın başlangıç değerlendirilmesini yaparken hangi tetkikleri kullanıyorsunuz?

Dr. Tufan Tarcan: Bu hastadan, kısıtlı nörolojik ve pelvik fizik incelemeyi de içeren ürogenital sistem muayenesini tamamladıktan sonra ilk basamakta, tam idrar incelemesi (gerektiğinde idrar kültürü), böbrek fonksiyon testleri (BUN, Kreatinin) üç günlük sıklık-hacim çizelgesi (işeme günlüğü), böbrek ve mesane ultrasonografisi (rezidüel idrar tayini ile birlikte) isterim. İdrar incelemesinde özellikle mikroskobik hematürinin varlığı ekarte edilmeli, piyüri varlığında ise idrar kültürü incelenmesi ek olarak yapılmalıdır. Açıklanamayan hematüri veya steril piyüri saptandığında mutlaka üriner tüberküloz araştırılmalıdır. Ultrasonografi, üriner sistemde taş, hidronefroz, tümör gibi ek ürolojik patolojilerin ayırımında ucuz ve güvenilir bir yöntemdir. İnvasiv olmayan testlerle açıklanamayan hematüride sistoskopik değerlendirme gereklidir.

İşeme günlüğü yalnız idrar kaçırma ile başvuran kadınlarda değil her türlü alt üriner sistem belirtisinin değerlendirmesinde etkin, ucuz ve belirtilerin değerlendirilmesinde hastanın ifadesine kıyasla çok daha objektif bilgi sağlayan bir yöntemdir. İşeme günlüğü hastanın fonksiyonel işeme kapasitesinin belirlenmesinde güvenilirdir. Bunun yanında hastanın ifade ettiği şikayetleri ile işeme günlüğündeki bulgular arasında farklılıklar saptanabilir. Bu genellikle hastanın belirtileri algılama veya ifadesindeki subjektivitesinden kaynaklanır. Örneğin; çok sık idrara çıktığını belirten bir hastanın işeme çizelgesinde işeme sıklığı normal iken hastanın asıl sorununun ani sıkışma hissi olduğunu saptayabiliriz. İşeme günlüğünün dezavantajı ise hastalar tarafından anlaşılma ve uygulama güçlüğüdür. Bu nedenle işeme günlüğünü hastaya verirken nasıl uygulaması gerektiği çok iyi anlatılmalıdır. İşeme günlüklerinin süresi ile ilgili literatürde bazı tartışmalar olsa da ben hem uygulanabilirlik

hem de elde edilen bilginin güvenilirliği açısından üç günlük sürenin ideal olduğunu düşünüyorum. İşeme günlüğünün uygulanmadığı veya net bir sonucun elde edilemediği durumlarda ise 24 yada 48 saatlik hastanede yatarak hekim eşliğinde uygulanan ped testinin gerekli olduğunu düşünüyorum. Bu aşamada eğer konservatif tedaviyi uygulayacaksam ürodinamik incelemeyi gerekli görmüyorum.

Dr. Oktay Demirkese: Ayrıntılı bir sorgulamayı takip eden fizik muayene başlangıç değerlendirmesinin en önemli bölümüdür. Sorgulamada ağrı, hematüri, tekrarlayan üriner enfeksiyon, diğer işeme bozuklukları, pelvik organ prolapsusu, geçirilmiş pelvik cerrahiler (idrar kaçırma veya diğer nedenlerle yapılan), nörolojik hastalıklar gibi komplike ve ileri tetkik gereken idrar kaçırma durumları ekarte edilmelidir. İyi bir fizik muayene; abdominal, vajinal ve kısıtlı da olsa nörolojik bir değerlendirmeyi içermelidir. Vajinal muayenede stres testi, prolapsus durumu, pelvik taban kaslarının yeterli kasılıp kasılmadığı, ürogenital atrofi olup olmadığı ortaya konmalıdır. Bu hasta düşünüldüğünde, komplike ve ileri tetkik gereken bir durum belirlenmediğinden, tam idrar tetkiki, idrar kültürü-antibiyogram, işeme günlüğü ve postmiksiyonel rezidü tayini başlangıç değerlendirmesinde yeterli görülmelidir.

Hasta haftada en fazla 1-2 pedi hafif ıslatıyor; fizik incelemede pelvis taban kaslarını kasabiliyor; provokatif stres testi yatarak negatif, ayakta pozitif, rezidüel idrar miktarı 10 ml, kısıtlı nörolojik incelemesi özellik içermiyor. Böyle bir hastada hangi tedavi seçenekleri ilk tercihiniz olabilir?

Dr. Tufan Tarcan: Nörolojik patolojisi ve pelvik organ prolapsusu bulunmayan bu hastada idrar kaçırma miktarının minimal, yaşının göreceli olarak genç ve de pelvik taban kaslarının yeterli güçte kasılabiliyor olması göz önüne alındığında konservatif tedavi ilk denenecek tedavi olmalıdır⁶. Konservatif tedavi seçenekleri başlığı altında basit Kegel egzersizlerinden “biofeed back” eşliğinde pelvik taban egzersizlerine, yada yaşam stili modifikasyonundan elektriksel stimülasyona kadar birçok seçenek bulunmaktadır. Bu seçeneklerin değerlendirilmesindeki en büyük güçlük yeterli kontrollü çalışmanın ve üzerinde fikir birliğine varılmış standart protokollerin bulunmaması ve uzun dö-

nem sonuçlarının bilinmemesidir. En büyük avantajları ise yan etkilerinin olmaması ve hastaya cerrahi dışında bir tedavi seçeneği sunmalarıdır. Genel kabul gören görüş pelvik taban kas egzersizlerinin stres yada karışık tipte idrar kaçıran hastalarda plaseboya veya tedavisiz beklemeye oranla daha başarılı olduğudur⁶. Karışık tipte idrar kaçırmayı olan bu hastada ise pelvik taban egzersizlerinin, zamanlı işeme ile birleştirildiğinde daha başarılı olacağını düşünüyorum. Bizim pelvik taban egzersizi uygulamamız anal sfinkter EMG'li "biofeed back" eşliğinde haftada bir kez gerçekleştirilen evde de egzersizleri içeren ve bir ay süren bir programı içermektedir. Yine bu hastada pelvik taban egzersizi ve zamanlı işemeye ek olarak sıkışma tipte idrar kaçırmaya yönelik antikolinerjik tedavinin de eş zamanlı uygulanması gerektiğini düşünüyorum.

Henüz ülkemizde bulunmamakla birlikte bir noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörü olan "Duloxetine" yurt dışında stres tipte idrar kaçırmaya medikal tedavisinde kullanılmaktadır. Belirgin gastrointestinal yan etkileri olan bu ilaç bir çalışmada stres tipte idrar kaçırmaya için cerrahi bekleme listesinde bulunan hastalar uygulanmış ve tedavi sonucu ancak hastaların %20'si cerrahiden vazgeçerek bu ilacı kullanmaya devam etmek istediklerini belirtmişlerdir⁷. Bu ilaç ile tecrübemiz olmamasına rağmen düşük etkinliği nedeniyle cerrahiye alternatif oluşturamayacağını, aynı şekilde yan etkileri nedeniyle pelvik taban egzersizlerinin yerini alamayacağını düşünüyorum.

Dr. Oktay Demirkese: Bu durumda cerrahi dışı konservatif tedaviler önerilebilir. Aşırı şişmanlık varsa kilo verme, sıvı alımının düzenlenmesi, kabızlığın önlenmesi gibi hayat tarzı değişikliklerinin sağlanması önemlidir. Bu hasta için kanımca en uygun olan pelvik taban egzersizleri (PTA), biofeedback (BF) ve/veya intravaginal direnç cihazları (İVDC), elektriksel stimulasyon ve ağırlıklı vajinal koni seçeneklerinden oluşan fiziksel tedavilerdir. Bu seçenekler arasında daha sıklıkla kullanılan PTA egzersizleri, aktive olan motor ünitelerin sayısında, uyarılma sıklığında ve adale hacminde artış sağlayarak adale gücü ve kasılma zamanını geliştirme amacını gütmektedir. PTA ile hiç bir tedavi uygulanmayan ve plasebo gruplarına göre daha iyi sonuçlar elde edildiği bilinmektedir. Ancak deneyimli personel gereksinimi, protokoller arasın-

daki farklılıklar ve tedavinin uzun sürmesi PTA uygulaması sırasında sıkıntı yaratmaktadır⁶. Sıkışma, stres veya karışık tipte idrar kaçırmaya için tedavi önerileri arasında mutlaka yer alması gereken diğer konservatif tedavi seçeneği de, gittikçe artan işeme aralıkları olan bir işeme takvimi uygulaması, yani mesanenin tekrar eğitimidir. Hasta motivasyonu ve uyumunun önemli olduğu bu tip konservatif tedavilerde, tedaviye başlamak için invazif tetkiklere gereksinim olmaması ve daha sonraki tedavilerin engellenmemesi önemli avantajlar olarak ortaya çıkmaktadır.

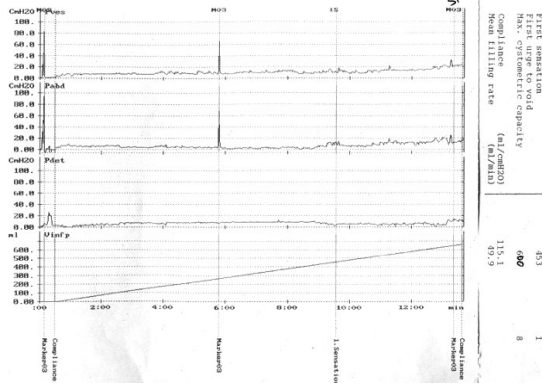
Aynı hasta 2 yıl sonra konservatif tedavi seçeneklerini uygulamasına rağmen artan şiddette (günde 2-3 ped) karışık tipte idrar kaçırmaya yakınması ile tekrar başvuruyor. Hastayı nasıl (hangi tetkikleri kullanarak) değerlendirirsiniz?

Dr. Tufan Tarcan: Konservatif tedaviden fayda görmeyen karışık tipte idrar kaçıran bu hastada ilk başvuruda yapılmış olan tetkiklerin tekrarı ile birlikte ürodinamik incelemeyi de mutlak gerekli görüyorum.

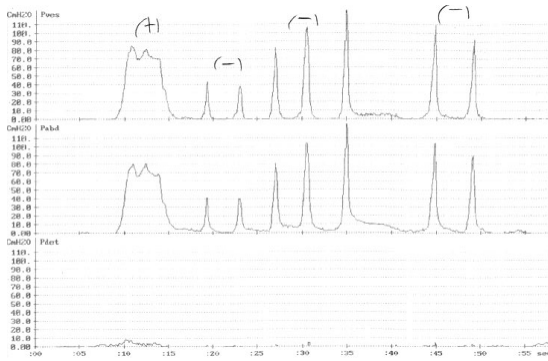
Dr. Oktay Demirkese: Bu hastanın geçen süre içinde konservatif tedaviye rağmen yakınmalarında artış görülüyor. Bu arada aynı yakınmalarla tekrar doktora başvurduğuna göre hayat kalitesinde de anlamlı etkilenme olduğunu düşünüyorum. Bu aşamadan sonra invazif tedavi alternatifleri de düşünülebileceğinden hastaya ürodinamik değerlendirme gerekecektir. Bu sayede depolama döneminde mesane veya mesane çıkımı kaynaklı patolojileri daha kesin değerlendirmek mümkün olacaktır.

Bu hastada yapılmış olan ve Resim 1 ve Resim 2'de gösterilen ürodinamik tetkikler yeterli midir? Aynı bir ürodinamik tetkike gereksinim var mıdır? Bu resimlerdeki ürodinami traselelerini yorumlar mısınız? Ürodinamik tanınız nedir?

Dr. Tufan Tarcan: Hastanın bu ürodinamik incelemesinde normal uyumlu, normal kapasiteli mesane ve normal basınçlı normal detrusor aktivitesi izleniyor. Stres testi pozitif olan hastada öksürmekle yaklaşık 90 cmH₂O abdominal kaçırma anı basıncı olduğu gözleniyor. Bu durum ürodinamik stres tipte idrar kaçırmaya ile uyumludur.



Resim 1. Dolum sistometrisi



Resim 2. Abdominal kaçırma anı basınç ölçümü. (+: idrar kaçırma var; -: idrar kaçırma yok)

Dr. Oktay Demirkese: Dolum sistometrisinde kapasitesi ve uyumu normal, kontrolsüz kasılmaları olmayan bir mesane gözleniyor. Abdominal kaçırma anı basıncı ise yaklaşık 80-90 cm H₂O'da pozitif olarak belirlenmiş ve abdominal basınç artışı ile provoke olan bir kontrolsüz kasılma saptanmamış. Bu bulgular depolama döneminde mesane çıkım yetersizliğine işaret ettiğinden tanı ürodinamik stres idrar kaçırma olarak belirleniyor. İşeme siklusu boşaltma dönemini kabaca değerlendirmek üzere idrar akım hızı değerlendirmesi ve idrar kaçırma miktarını daha objektif olarak değerlendirmek için de pad testi uygulanabilir.

Konservatif tedaviden fayda görmeyen bu hastada ürodinamik tetkik sonucunda ürodinamik stres idrar kaçırma (gerçek stres idrar kaçırma) tanısı konuluyor. Muayenede üretral hiper-mobilitesi var, AKAB (abdominal kaçırma anı basıncı) 90 cm H₂O olan hastada hangi tip cerrahi tedavi uygularsınız?

Dr. Tufan Tarcan: Karışık tipte idrar kaçırma şikayeti bulunan bu hastada hangi tip idrar kaçırma tipinin baskın olduğu mutlaka sorgulanmalı ve tedavide baskın olan tip öncelikle hedef alınmalıdır. Ancak, antikolinergik tedavi ve pelvik taban egzersizlerinden faydalanamayan ve ürodinamik stres tipte idrar kaçırması yanında normal detrüsor aktivitesi saptanan bu hastada bu aşamada en uygun tedavi seçeneği stres tipte idrar kaçırma-yönelik cerrahi tedavidir.

Üretral hiper-mobilite ile ilişkili stres tipte idrar kaçırmanın cerrahi tedavisinde gevşek orta üretral askı operasyonunun artık altın standart olma özelliğini kazandığı düşüncesindeyim. Bunun nedeni gevşek orta üretral askı operasyonlarının öncüsü TVT ile 10 yıla yaklaşan tecrübemizde başarı oranlarının Burch ve pubovaginal rektus fasya sling operasyonlarınıninkine eş değer olması yanında hasta konforunun yüksek, hastanede kalma ve anestezi sürelerinin kısa ve morbiditesinin çok daha az olmasıdır⁸⁻¹⁰. Bu nedenle benim bu hasta için önerim gevşek orta üretra askı operasyonudur.

Dr. Oktay Demirkese: Bu bulgularla hastamıza midüretal sling yöntemlerinden birini uygulamak gerekecektir. Bu tip cerrahilerle ilgili gelişme, Petros ve Ulmsten'in integral teoriiyi 1990 yılında ilk kez tanımlamaları ile başlamıştır¹¹. Daha sonra da DeLancey, kadınlarda üretral kapanma basıncının sağlam puboservikal fasya ve anteriyor vajinal duvar ile desteklenen mesane boynu ve proksimal uretraya iletilmesi ile sağlanabileceğini ortaya koymuştur¹². Bu tanımlamalardan sonra midüretal kadınlarda kontinansın sağlanmasında en önemli nokta haline gelmiş ve stres idrar kaçırma cerrahisinde yeni tanımlanan teknikler subüretral destek dokusunu güçlendirmeyi amaçlamıştır. Bu tekniklerden tansiyonsuz vajinal teyp (TVT) uygulaması ile gerek kendi deneyimlerimiz ve gerekse literatürdeki uzun takipli çalışmalarda başarılı sonuçları elde edilmiştir^{13,14}. Son dönemde tanımlanan ve kendi kliniğimizde de uygulamaya başladığımız transobturator teyp (TOT) yöntemi de kısa dönem sonuçları ile ümit vaat etmektedir¹⁵.

Bu hastada muayenede mobil olmayan bir üretra tespit etmiş olsaydınız ve öyküde geçirilmiş idrar kaçırma-yönelik ameliyatlar söz konusu olsa idi, tedavi seçenekleri neler olabilirdi?

Dr. Tufan Tarcan: Fikse, skarlı, immobil bir üretra ile ilişkili stres tipte idrar kaçırma varlığında gevşek orta üretra askı operasyonlarının başarısının düştüğü bilinmektedir. Genellikle çok düşük abdominal kaçırma anı basıncı ile ilişkili olan ve ileri derecede intrinsek sfinkterik yetmezliği düşündüren bu durumda klasik literatürde üç adet tedavi seçeneği mevcuttur¹⁶: 1- Pubovaginal sling, 2- Suni sfinkter, 3- Periüretal enjeksiyonlar. Periüretal enjeksiyonların uzun dönem sonuçlarının iyi olmadığı, özellikle düşük abdominal kaçırma anı basınçlarında çalışmadığı bilinmektedir¹⁶. Benim bu durumda ilk tercihim rektus fasyası pubovajinal sling operasyonudur. Rektus fasyasının kullanılmayacağı durumlarda (örneğin; önceden geçirilmiş multiple abdominal cerrahiler) fasya lata veya sentetik pubovaginal sling veya suni sfinkter ameliyatları tedavi seçeneklerimdir.

Dr. Oktay Demirkese: Bu durumda midüretal sling yöntemleri ile başarı şansımız son derece düşük olacaktır. Bu hastalarda otolog rektus fasyası kullanarak uygulanacak pubovajinal sling, yapay sfinkter, çeşitli miyoplasti teknikleri ile oluşturulacak mesane çıkımı güçlendirici girişimler veya mesane çıkımı kapatılarak uygulanacak kateterize edilebilir stoma uygulanabilir. Kanımca hasta ile operasyon sonrası temiz aralıklı kateterizasyon olasılığını da konuşarak pubovajinal sling denemelidir. Bunda da başarılı olunamazsa mesane çıkımı kapatılarak uygulanacak kateterize edilebilir stoma en gerçekçi yaklaşım olacaktır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Kadında idrar kaçırmanın potansiyel risk faktörleri ile ilgili iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalar yetersizdir. Çalışmalarda şimdiye kadar en iyi ortaya konmuş risk faktörleri yaşlanma, çocuk doğurma, diğer alt üriner sistem semptomlarının varlığı ve kişinin ruhsal ve fiziksel işlevlerinde kısıtlama olmasıdır.

Bunlara ek olarak hamilelik, menapoz, histerektomi, geçirilmiş ürogenital cerrahi, aşırı şişmanlık, aile öyküsü, kabızlık, diüretik kullanımı, kafein alımı, pelvik radyoterapi, genital prolapsus varlığı, sigara içme, kronik öksürük, solunum sistemi hastalıkları ve uyku düzensizliği, doğum sayısının fazlalığı ve doğum şekli (vajinal) gibi birçok diğer faktör ile idrar kaçırma arasında ilişki kuran birçok çalışma olmasına karşın bunların kadında idrar ka-

çırma risk faktörleri olarak sunulabilmesi için geniş sayılı kohort çalışmalara gereksinim vardır.

Karmaşık (komplike) idrar kaçırması olduğu düşünülmeyen kadın hastalarda ayrıntılı bir sorgulamanın ardından abdominal, vajinal ve kısıtlı da olsa nörolojik bir değerlendirmeyi içeren bir fizik muayene başlangıç değerlendirmesinin en önemli bölümüdür. Sorgulamada valide edilmiş uluslararası idrar kaçırma formları kullanılarak idrar kaçırmanın tipi, sıklığı, derecesi, şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ortaya konulabilir¹⁷. Vajinal muayenede stres testi, prolapsus durumu, pelvik taban adalelerinin yeterli kasılıp kasılmadığı, urogenital atrofi olup olmadığı ortaya konmalıdır. Karmaşık olmayan idrar kaçırması olan kadınlarda tam idrar tetkiki, işeme günlüğü ve işeme sonrası artık idrar miktarı ölçümü başlangıç değerlendirmesinde yeterlidir.

Karışık tipte karmaşık olmayan hafif idrar kaçırması olan kadınlarda öncelikle konservatif tedavi seçenekleri uygulanmalıdır. Konservatif tedavi uygulanacak hastalarda ürodinamik tetkik gereksinimi yoktur. Konservatif tedavi basit Kegel egzersizlerinden “biofeed back” eşliğinde pelvik taban egzersizlerine ve gittikçe artan işeme aralıkları olan bir işeme takvimi uygulaması, yani mesanenin tekrar eğitimine, yada yaşam tarzı değişikliklerinden elektriksel stimülasyona, ağırlıklı vajinal koni kullanımına ve antimuskarinik tedaviye kadar birçok tedavi seçeneğini içermektedir. Henüz ülkemizde bulunmamakla birlikte bir noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörü olan “Duloxetine” yurt dışında stres tipte idrar kaçırma medikal tedavisinde kullanılmaktadır.

Konservatif tedaviden fayda görmeyen karışık tipte idrar kaçıran bir kadın hastada yeni bir tedavi öncesi idrar kaçırmanın altta yatan nedeninin belirlenebilmesi (idrar kaçırmanın durum olarak ortaya konulabilmesi) için mutlaka ayrıntılı ürodinamik tetkikler yapılmalıdır. İdrar akım hızı ölçümü, artık idrar miktarı tayini, dolum sistometrisi, abdominal kaçırma anı basınç ölçümleri kadında üretral idrar kaçırmanın nedenini belirlemek için sıklıkla yeterli olmaktadır. Üretra dışı (ekstrauretral) idrar kaçırma şüphelenildiğinde mutlaka endoskopik tetkik yapmak gereklidir.

Konservatif tedaviden yarar görmeyen ürodinamik (gerçek) stres idrar kaçırması (ÜSTİK) olan bir kadında son zamanlara kadar abdominal kaçır-

ma anı basıncı 60 cm H₂O'nun altında ise pubovaginal sling, 90 cm H₂O'nun üstündeyse kolposüspansiyon ameliyatları önerilmekteydi. 60-90 cm H₂O arasındaki abdominal kaçırma anı basınçları tartışılmalı bölge olarak kabul ediliyordu. Halbuki son zamanlarda kadında stres idrar kaçırmanın nedeninin integral ve hamak teorileri ile açıklanmasının ardından ortaya çıkan orta üretra gevşek sling ameliyatları kadın ÜSTİK cerrahi tedavisinde bir çıkış açmış ve bu yöntem üretranın mobil olması kaydıyla kadın sfinkter yetmezliğinin altın standart tedavisi haline gelmiştir. Günümüzde orta üretra gevşek sling ameliyatlarının kadın ÜSTİK cerrahi tedavisindeki endikasyonlarından çok istenmeyen yan etkilerinin risk faktörleri tartışılmaktadır¹⁸. Üretranın stres manevraları sırasında mobil olmadığı ÜSTİK durumlarında ise pubovaginal sling ameliyatları halen en önemli cerrahi tedavi seçeneği olma özelliğini korumaktadırlar. Ancak böyle durumlarda ameliyat öncesi hastaya ameliyat sonrası kalıcı idrar retansiyonu olasılığı ve temiz aralıklı kateterizasyon gerekebileceği mutlaka açık bir şekilde anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **Blaivas JG, Groutz A:** Urinary Incontinence: Pathophysiology, Evaluation, and Management Overview In Campbell's Urology (Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ Ed's) Eighth Edition Chap 27 pp 1027-1053, Saunders Philadelphia, 2002.
- 2- **Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, et al:** Epidemiology and natural history of urinary incontinence; in Incontinence (Eds.) Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A.: Chap 3 pp 166-201, Health Publication Ltd., 2002.
- 3- **Bates P, Bradley WE, Glen E, et al:** First report on the standardization of terminology of lower urinary tract function. Urinary incontinence. Procedures related to the evaluation of urine storage-cystometry, urethral closure pressure profile, units of measurements. Br J Urol 48: 39, 1976.
- 4- **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al:** The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from The Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Neurourology and Urodynamics 21: 167-178, 2002.
- 5- **Arikan N, Çetinel B, İlker Y, Koçak T, Tarcan T:** Alt Üriner Sistem İşlevi Terminoloji Standardizasyonunun Türkçe'ye Çevirisi. Türk Üroloji Derneği, İstanbul, Nöro-üroloji ve Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu, 2003.
- 6- **Wilson PD, Bo K, Hay-Smith J, et al:** Conservative treatment in women; in Incontinence (Eds.) Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A: Chap. 10 pp 571-624, Health Publication Ltd., 2002.
- 7- **Cardozo L, Drutz HP, Baygani SK, Bump RC:** Pharmacological treatment of women awaiting surgery for stress urinary incontinence. Obstet Gynecol. 104: 511-9, 2004.
- 8- **Price N, Jackson SR:** Clinical audit of the use of tension-free vaginal tape as a surgical treatment for urinary stress incontinence, set against NICE guidelines. J Obstet Gynaecol. 24: 534-8, 2004.
- 9- **Tsivian A, Mogutin B, Kessler O, Korczak D, Levin S, Sidi AA:** Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of female stress urinary incontinence: Long-term results. J Urol. 172: 998-1000, 2004.
- 10- **Fiori M, Gunelli R, Mercuriali M, Bercovich E:** Tension-free vaginal tape and female stress incontinence: Further evidence of effectiveness. Urol Int. 72: 325-8, 2004.
- 11- **Petros PE, Ulmsten UI:** An integral theory of female urinary incontinence: Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand. 153 (Supp): 7-31, 1990.
- 12- **DeLancey JOL:** Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. AM J Obstet Gynecol. 170: 1713-23, 1994.
- 13- **Nilsson CG, Kuuva N, Falconer C, et al:** Long-term results of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J. 12 (Supp): 5-8, 2001.
- 14- **Cetinel B, Demirkesen O, Onal B, et al:** Are there any factors predicting the cure and complication rates of tension-free vaginal tape? Int Urogynecol J. 15: 188-193, 2004.
- 15- **Delorme E, Droupy S, de Teyrac R, et al:** Transobturator tape (Uratape): A new minimally invasive procedure to treat female urinary incontinence. Eur Urol. 45: 203, 2004.
- 16- **Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Luber KM, Mostwin JL, O'Donnell PD, Roehrborn CG:** Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. The American Urological Association. J Urol. 158: 875-80, 1997.
- 17- **Çetinel B, Özkan B, Can G:** ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. Türk Üroloji Dergisi: 30: 332-338, 2004.
- 18- **Cetinel B, Demirkesen O:** Risk factors influencing the complication rates of tension-free vaginal tape-tape procedures. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 17: 530-4, 2005.