

SELİM PROSTAT BÜYÜMESİNDE YAŞAM KALİTESİ QUALITY OF LIFE IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Talha MÜEZZİNOĞLU*, Kamil ÇAM**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, MANİSA

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, DÜZCE

ABSTRACT

Introduction: In view of the growing tremendous interest in quality of life (QoL) in almost every field of medicine, the scope of this review was to address the place of QoL in benign prostatic hyperplasia (BPH) in terms of selecting appropriate treatment policy. Actually, the target of any proposed treatment for BPH is usually the symptoms of the patient. Therefore, it is more logical to know the status of QoL related to these symptoms for each particular patient in order to provide the most appropriate treatment. Since contemporary measures like symptom scores do not measure BPH specific QoL, they should not solely guide the physician in suggesting a treatment alternative for a BPH patient. In this review, QoL in BPH was discussed including present data and future perspective.

Key words: Quality of life, Benign prostate hyperplasia, Prostate

ÖZET

Son yıllarda yaşam kalitesinin (YK) her alanda giderek artan bir ilgi gördüğü dikkate alınarak bu derlemede YK'nin selim prostat büyümesindeki (BPH) özellikle tedaviyi yönlendirmedeki rolünün ortaya konması amaçlanmıştır. Aslında BPH hastalarında genellikle tedavide hedef hastanın semptomları olmaktadır. Dolayısıyla hastanın YK'nin bu semptomlardan ne kadar etkilendiğinin bilinmesi en uygun tedavi seçiminde esas olmalıdır. Mevcut uygulamaların özellikle semptom skorlarının YK'yi ölçmediği de bilindiğinden, sadece bunlara dayanarak bir tedavi önerilmemelidir. Bu derlemede mevcut bilgi birikimi ve gelecekteki perspektifi ile BPH'da YK irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Selim prostat büyümesi, Prostat

GİRİŞ

Genel bir kavram olarak yaşam kalitesi; "Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili *kişisel algısı*" olarak tanımlanmaktadır¹. Sağlık alanında ise yaşam kalitesi (YK); hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin hasta üzerindeki etkilerinin yine *hasta tarafından* değerlendirilmesidir. Tıp alanında YK kavramı Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1946 yılında sağlığı "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak olumlu bir şekilde tanımlamasından sonra bu kavrama karşı ilgi özellikle son yıllarda oldukça artmıştır².

1970'li yıllara kadar sağlık çalışanları hastalık ve tedavi yöntemlerini morbidite, mortalite ve fizyolojik fonksiyonları ölçerek değerlendirmekteydi. YK kavramının değerlendirilmesi ile karşılaştırdığımızda, bu ölçütleri tedavi öncesi ve sonrası ölçmek oldukça objektif veriler sağlamaktadır ve göreceli olarak kolaydır. Ancak son yıllarda sadece

fizyolojik ve psikolojik parametreleri değerlendirmenin tek başına hastalığın ve tedavi yöntemlerinin hasta yaşamına genel etkisini ortaya koymada yetersiz olduğu fark edildi. 1991 yılında Paris'te yapılan Uluslararası Ortak Karar Konferansı'nda (*International Consensus Conference*) selim prostat hiperplazili (BPH) hastaların yakınmalarının değerlendirmesinde uluslararası prostat semptom skorunun (IPSS) kullanılması ve BPH'nin hasta yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesi önerilmiştir³. BPH'de YK kavramı sıklıkla IPSS içeriğinde bulunan likert tipi tek bir soru ile değerlendirilmektedir. Literatüre baktığımızda ise YK'ye odaklanan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olsun veya olmasın pek çok ölçeğin kullanıldığını görmekteyiz. Gerçekte YK ölçeklerine göz atığımızda genel ve (hastalığa) özel olmak üzere iki ana başlık görmekteyiz⁴. Genel ölçekler YK'yi ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda, çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçeklere Kısa Form-36 (SF-36), Dünya Sağlık Örgütü YK ölçeği (WHOQOL), Nothingam

Sağlık Profilini örnek verebiliriz^{1,5,6}. Özel amaçlı ölçeklere ise hastalığa, topluma, işleve ve duruma özel olarak geliştirilmiş ölçekleri örnek verebiliriz. BPH için özel olarak geliştirilmiş “BPH Impact Index” gibi ölçekler hastalığa özel ölçeklere örnektir. Araştırmanın amacına göre genel veya özel ölçekler tek başlarına kullanılmakla birlikte önerilen her ikisinin aynı anda kullanılmasıdır.

IPSS ile birlikte YK'nin de araştırılması iyi bir başlangıç olmakla birlikte, bu yöntem ile BPH'ye bağlı YK'yi etkileyebilecek cinsel fonksiyonlar ve kanser olma korkusu gibi faktörler hakkında bilgi alınamamaktadır. Dahası YK'ye ait bazı etkilenmeler bu hasta eşlerinde de görülmektedir. Sells ve MacDonagh'ın çalışmasında eşlerin YK'sinin, hastanın yakınması ile orantılı olarak kötü yönde etkilendiği gösterilmiştir⁷.

BPH, yol açtığı yakınmalar, cinsel fonksiyon bozuklukları, kanser veya ameliyat olasılığının neden olduğu korkuya bağlı olarak hem hastalarda hem de eşlerinde YK'yi etkilemektedir. Son yıllarda klasik tedavi yöntemlerine pek çok alternatifin geliştirildiği bu hastalıkta; sonuçların sadece mortalite ve morbidite açısından değil, YK açısından da değerlendirilmesi hasta ve eşleri için en uygun tedaviyi seçmemizde kılavuz olacak gibi görünmektedir.

BPH ve YK İLİŞKİSİ

BPH, insidansı ile birlikte önemi giderek artan bir sağlık problemidir. Yaşlı popülasyondaki artış ile birlikte hastalığın insidansında beklenen artış hem sağlık hem de ekonomi uzmanlarını endişelendirmektedir. Çünkü bu hastaların büyük çoğunluğunda (%88) YK kötü yönde etkilenmektedir^{8,9}. Ameliyat randevusu verilmiş 189 hastada yapılan bir çalışmada aynı yaş grubundaki normal popülasyonla karşılaştırıldığında YK'nin BPH'li hastalarda çok daha kötü olduğu saptanmıştır¹⁰. Yine oldukça fazla olgu ile yapılan (n=1115) topluma dayalı bir başka çalışmada da 50 yaş üstünde orta ve ciddi derecede yakınması olan birey oranı %41 olarak bulunmuş ve olguların çoğunda YK'nin etkilendiği rapor edilmiştir¹¹. Ülkemizde yapılan BPH prevalansına yönelik topluma dayalı çalışmalarda da YK etkilenen (IPSS-YK puanı ≥ 3) birey oranları %12-19 arasında bulunmuştur^{12,13}. Hafif semptomatik bireylerde bu oran sadece %6 olmasına rağmen orta ve ciddi semptomatik

bireylerde ise sırasıyla %55 ve %78 olarak saptanmıştır¹². Sonuç olarak BPH yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir. Bu etkileşimi ayrıntılı olarak inceleyecek olursak; YK açısından BPH'de ana başlıkları aşağıdaki gibi şekillendirebiliriz:

1. BPH'ne ait yakınmalar ve YK
 - a. Alt Üriner Sistem Semptomları ve YK
 - b. İstenmeyen yan etkilere bağlı etkilenen YK (Akut üriner retansiyon, cinsel fonksiyon bozuklukları)
2. Tedavi seçeneklerine bağlı etkilenen YK
 - a. Medikal Tedavi Yöntemlerinde YK (Alfa reseptör bloke ediciler, 5-alfa redüktaz inhibitör ediciler)
 - b. Cerrahi Tedavi Yöntemlerinde YK (TURP, açık prostatektomi, lazer terapisi)
3. BPH'li hasta eşlerinde YK

Alt Üriner Sistem Semptomları ve YK

BPH, temel olarak prostat bezinin büyümesi, idrar akım hızının ölçümüyle gösterilen tıkanıklık ve alt üriner sistem yakınmalarıyla karakterize bir durumdur¹⁴. BPH'de bu faktörler farklı oranlarda bir arada bulunarak hastalığa ait klinik tabloyu meydana getirmektedir¹⁵. Örneğin, sadece semptomlar, mesane çıkım obstrüksiyonu veya prostat bezinde büyüme olmadan da hastalığın kliniğini oluşturabilmektedir^{16,17}. Nitekim önceki çalışmalarda AÜSS ve tedavi öncesi obstrüktif bulgular arasında ancak zayıf bir korelasyon rapor edilmiş ve hastalar açısından asıl önemli olanın objektif mesane çıkım obstrüksiyonu bulgularındansa AÜSS olduğu gösterilmiştir^{18,19}. Önceki verilere dayanarak sadece semptomların hastayı tedavi olmaya yönelten ana faktör olduğunu söyleyebiliriz. BPH'ye ait semptomların tedaviyi ve sonuçlarını belirlemedeki önemi ise yaşam kalitesini kötü yönde etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Genel ölçek (SF-36) kullanılarak yapılan çalışmalarda AÜSS ile YK arasında korelasyon saptanmıştır^{9,10,20-22}. Ancak bu veriler bireye bağlıdır ve değişkenlik gösterebilmektedir²¹. Bir başka ifadeyle sadece semptom sıklığının tek başına etkilemediği, mevcut semptomlardan kaynaklanan rahatsızlık düzeyinin hastayı ürologa götüren temel faktör olduğu belirtilmektedir²³. Prostat cerrahisi sonrası sonuçları araştıran bir çalışmada da semptom düzeyinden çok semptomlardan kaynaklanan rahatsızlık düzeyinin başarıyı ölçmede daha öngörücü olduğu gösterilmiştir²⁴. Nitekim hastaların %41'i zayıf idrar

akımından yakınırken bu semptomla yönelik rahatsızlık düzeyi ortalama 2.1; buna karşın %7'si idrara başlamada zorluk tanımlarken rahatsızlık düzeyi ortalama 3.3 olarak rapor edilmiştir. Dahası daha az oranda saptanan tam boşalmama hissi ve idrar yapmada sıklık ve YK arasında, bu semptomlara göre daha kuvvetli ilişki saptanmıştır. Gerçekte de pek çok çalışmada irritatif semptomların obstrüktif olanlara göre daha fazla rahatsızlık oluşturduğu ve YK'ni daha fazla etkilediği gösterilmiştir²⁵⁻²⁸. Ancak kişiden kişiye ve toplumdan topluma her bir yakınmaya karşı oluşturulan tepki ve rahatsızlık düzeyi farklılık göstermektedir²⁹. Yine de genel eğilim semptom sıklığı arttıkça YK'e etkinin de artması yönündedir. Danimarka'dan yayınlanan bir diğer çalışmada da özellikle noktürinin YK'e etkisi araştırılmıştır³⁰. Sadece bir kez noktüri tanımlayan olgularda noktürisi olmayan veya bir kez olsa da bundan rahatsızlık belirtmeyen olgulara göre daha fazla uyku problemi ve daha kötü YK düzeyi saptanmıştır. Noktürinin YK'e etkisinin temel olarak uyku sorunu oluşturmasından kaynaklandığı ve bunun tedavisi ile düzeltilebileceği vurgulanmaktadır.

Ülkemize ait topluma dayalı çalışmalarda da literatür ile benzer bulgular saptanmıştır. Manisa-Selçikli'de yapılan çalışmada hem toplam IPSS puanı, hem obstrüktif ve irritatif olarak ayırdığımızda elde edilen puanlar ve hem de tek tek her bir yakınmaya ait veriler YK ile uyumlu bulunmuştur³¹. Bu çalışmada hafif semptomatik (IPSS<7) bireylerin sadece %1'inde YK etkilendirken (IPSS-YK ≥ 3), ciddi semptomatik olan bireylerin tamamında YK'nin etkilendiği saptanmıştır. Akı ve ark. çalışmasında da toplam IPSS ile YK arasında kuvvetli korelasyon saptanmıştır ($rs=0.79$, $p=0.0001$)¹². Aynı şekilde hafif semptomatik bireylerde YK'i etkilenen birey oranı %6.2, ciddi semptomatik bireylerde ise bu oran %78 olarak saptanmıştır. Garraway ve ark. çalışmasında da orta-ciddi semptomatik bireylerde hafif semptomatik olanlara göre 4-6 kat daha fazla etkilenme rapor edilmiştir³².

Sonuç olarak BPH'li hastalarda alt üriner sistem semptomları gerek tedavi olma isteğini ve gerek tedavi etkinliğini öngörmeye diğer objektif bulgulara göre (idrara akım hızı ve prostat büyüklüğü) daha gerçekçidir. Ancak semptom bazında yapılan incelemeler bireyler ve toplumlar arasında

farklılık olduğunu ve bunun da her birey için o semptomun YK'i farklı düzeyde etkilemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. İşte bu nedenle BPH'de belirleyici temel faktörün gerçekte AÜSS değil buna bağlı etkilenen YK olduğunu söyleyebiliriz. Nitekim literatürde IPSS'in önemli oranda hasta tarafından anlaşılmadığı, boş bırakıldığı, ancak üçüncü uygulamada doğru veri sağladığı, başka hastalıklarda ve kadınlarda da benzer sonuçlar vermesi; semptomların varlığından ziyade YK ile daha gerçekçi sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir³³⁻³⁶. Mevcut tedavi kılavuzlarının aksine Jepsen ve ark. BPH'li hastanın değerlendirilmesinde semptom skorlarını kullanmadıklarını ifade etmektedirler³⁷. BPH'nin yakın gelecekte semptom varlığından ziyade YK'nin ölçülmesiyle değerlendirileceğini ve YK'nin tedaviye karar verdirici olacağını söylemek yanlış bir değerlendirme olmayacaktır. Yaklaşık 15 yıldır BPH fizyopatolojisini şematik olarak açıklayan Hald halkaları da şekildeki gibi değişime uğrayacak gibi görünmektedir.

BPH'de Akut Üriner Retansiyon ve YK

Akut üriner retansiyonun (AÜR) doğal seyri hakkında çok net veriler olmamakla birlikte BPH'de nispeten yaygın ve önemli bir istenmeyen yan etkidir. BPH'li olguların yaklaşık %25'inde cerrahi endikasyondan sorumludur³⁸. AÜR prevalansı literatürde 0.004 ile 0.13 olgu-yıl arasında değişmektedir³⁹⁻⁴¹. Craigen'in serisinde akut retansiyon riski 7 yıl için %10 veya yıllık 0.015 olarak verilmektedir⁴². AÜR ile YK ilişkisini araştırılan çalışmalarda bu istenmeyen yan etkiye bağlı YK'nin etkilendiği ve bu hastalarda daha yüksek ağrı düzeyleri rapor edilmiştir^{10,43}. 189 hasta ile yapılan bir çalışmada özellikle üriner kateter gereksinimi ile birlikte AÜR'nin YK'yi etkileyen temel faktör olduğu ileri sürülmektedir. Çünkü üriner kateter takılması hastalarda YK'nin zihinsel ve sosyal alanlarını etkilemezken; fiziksel fonksiyon ve rol kısıtlamasına yol açmaktadır¹⁰.

BPH'de Cinsel Fonksiyonlar ve YK

Epidemiyolojik çalışmalara baktığımızda çoğunlukla BPH seksüel fonksiyon bozukluğu için bir risk faktörü gibi görünmektedir^{44,45}. AÜSS ile erektil disfonksiyon arasında bağıntı saptanmasına rağmen, prostat büyüklüğü ve idrara akım hızı çalışmaları ile ED arasında bağıntı saptanamamıştır⁴⁶. Bazı çalışmalarda cerrahi tedavi sonrası cinsel fonksiyonlarda iyileşme tanımlanırken aksini gös-

teren çalışmalar da vardır⁴⁷. Örneğin Kinn ve ark.'nın çalışmasında, TUR-P ile tedavi sonrası 1 yıllık takip sonucunda hastaların %54'ü cinsel fonksiyonlarda kötüleşme tanımlamıştır⁴⁸. Bu hastaların da yaklaşık yarısı durumlarından ameliyatı sorumlu tutmaktadır. Sonuçta BPH, cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açsa da açmasa da eşzamanlı olarak yaşlanan erkeklerde daha fazla birlikte görülmekte ve tabloya bir diğerinin eklenmesi bireylerin YK'sini daha fazla etkilemektedir. BPH'nin cerrahi tedavisi sonrasında farklı verilerin elde edilmesini bazı hastalarda meydana gelen ejakülasyon bozukluklarının belirlediğini söylemek yanlış olmayacaktır.

BPH'de Tedavi Yöntemleri ve YK *Medikal Tedavi Yöntemlerinde YK*

Son yıllarda orta derecede semptomatik hastalara medikal tedavi pratiği kabul görmektedir. Hatta bu yaklaşıma bağlı olarak dünyada TUR-P sayısında bir azalma gözlenmektedir. YK anketlerinin tedavi etkinliğinin değerlendirmesinde daha yaygın kullanılması, medikal tedaviye artan eğilimin en önemli etkenlerinden biridir. Çünkü hasta YK açısından önemli olan idrar akım hızının artması veya prostat büyüklüğünün azaltılması değil semptomların düzelmesidir. Gorman ve ark. tarafından semptomatik BPH'li hastalarda finasterid etkinliğini araştıran plasebo kontrollü çalışmada, günlük aktivitesi etkilenen hastalarda daha fazla olmak üzere tedavi ile YK'nde düzelme rapor edilmiştir⁴⁹. Çift kör planlanan bir başka çalışmada da tedavinin 6. ayında benzer bulgular elde edilmiştir⁵⁰.

Lukacs ve ark.'nın çalışmasında, 3 yıl boyunca alfuzosin ile tedavi edilen hastaların hem semptomlarında hem de YK ölçümlerinde iyileşme gösterilmiştir⁵¹. Tedavinin 3. ayında yaklaşık %20 oranında gözlenen YK'de artış 12. ayda %45'e ulaşmakta ve bu etki 2 yıl boyunca devam etmektedir.

Cerrahi Tedavi Yöntemlerinde YK

Cerrahi tedavi sonrası YK'nde iyileşme olduğunu gösteren az sayıda çalışma olmakla birlikte bunların büyük çoğunluğu kontrol grubu içermektedir. Mikrodalga ısı tedavisi sonrası YK'nin değerlendirildiği bir çalışmada 26 hafta sonrasında iyileşme rapor edilmektedir⁵². Ancak bu çalışmada geçerliliği kanıtlanmamış ölçek kullanılmıştır. Lazer prostatektominin YK'ye etkisini inceleyen ve kontrol grubu içermeyen bir başka çalışmada da;

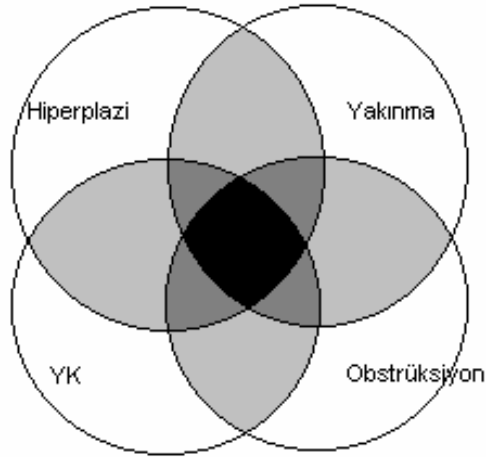
hastaların %85'inin YK'de iyileşme rapor edilmektedir⁵³. Transüretral iğne ablasyonu ile TUR-P'nin YK üzerine etkinliğinin araştırıldığı prospektif bir diğer çalışmada da 1 yıl sonunda TUR-P uygulanan hastalarda daha fazla düzelme saptanmıştır⁵⁴. TUR-P ve lazer prostatektominin karşılaştırıldığı ilk randomize çalışma Carter ve ark tarafından yayınlanmıştır⁵⁵. Özellikle ilk 6 hafta boyunca lazer tedavi kolundaki hastalarda iyileşme görülmezken ancak 1 yılda etkinlik TUR-P kolu ile aynı olmaktadır. Lazer tedavisi uygulanan hastalarda başlangıçta gözlenen daha fazla ağrı, sosyal fonksiyonlarda yetersizlik yukarıda değindiğimiz gibi daha uzun süre sonralı kalmaya ve semptomların TUR-P olan hastalara göre daha uzun sürede iyileşmesine bağlı gibi görünmektedir. Ancak TUR-P sonrası 12. ayda belirgin iyileşme olduğunu öne süren çalışmalarda vardır⁵⁶. Açık prostatektominin YK üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada da özellikle obstrüktif semptomlar ve YK'de anlamlı düzelme rapor edilmiştir⁵⁷. Ancak irritatif semptomlar, ereksiyon ve ejakülasyon problemlerinde bir değişiklik saptanmamıştır. Literatürdeki veriler dikkatle incelendiğinde genellikle tedavi sonrası iyileşme derecesi tedavi öncesinde YK'deki kötüleşmeye bağlı olduğu yönündedir. İşte bu nedenle yakın gelecekte tedavi kararını verme aşamasında YK ölçeklerinin daha önemli olacağını söyleyebiliriz.

BPH'li Hasta Eşlerinde YK

Prostat kanseri, multipl skleroz gibi hastalıklarda hasta eşlerinin YK'de de kötüleşme olduğunu gösterilmesinden sonra benzer bir etkileşimin BPH'li hasta eşlerinde de olabileceği gündeme gelmiştir. Bu amaçla BPH'li hasta eşlerinde kullanılmak üzere Sells ve MacDonagh tarafından bir ölçek geliştirilmiştir⁵⁸. Bu ölçek 9 sorudan oluşmaktadır. Faz 1 aşamasında 15 hasta eşinin tümünde eşlerinin hastalığına bağlı olarak etkilenme saptanmış; Faz 2 de ise 90 eşin sadece birinde etkileşim saptanmamıştır. Eşlerin %71'i kanser olmalarından ve %69'u ameliyat olma riskinden korkmaktadır. Hastaların IPSS verileri ile eşlerin YK düzeyi (SF-36 kullanılarak değerlendirilmiş) anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Geçerliliği kanıtlanmamış ölçek kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da, 50 BPH'li hasta eşinin %62'sinde kanser olma ve %82'sinde ameliyat olma korkusu saptanmıştır⁵⁹. Sells ve ark.'nın geliştirdiği ölçeği kullanarak ülkemizde yapılan bir araştırmada da 85 çift incelen-

miş, %91'inin eşlerinden dolayı üzgün oldukları, yaklaşık üçte ikisinin kanser olma ve yarısının da ameliyat olmalarından dolayı korkmakta oldukları saptanmıştır⁶⁰. Ayrıca tüm bulgular hastaların IPSS değerleri ile ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$).

Sonuç olarak BPH, yol açtığı yakınmalar, cinsel fonksiyon bozuklukları, kanser veya ameliyat olasılığının neden olduğu korkuya bağlı olarak hem hastalarda hem de eşlerinde YK'yi etkilemektedir.



Şekil 1. BPH fizyopatolojisine güncel bakış

SONUÇ

Objektif kriterler (idrar akım hızı ve prostat büyüklüğü) göz önüne alındığında BPH'de cerrahi tedavi hem oldukça güvenilir hem de etkin bir yöntemdir. Buna rağmen sadece semptomatik düzelme sağlayan medikal tedaviye eğilimin son yıllarda artması ilginçtir. Bu paradoks muhtemelen hasta ve ürologun hastalığa bakış açısının ve önceliklerinin farklılığından kaynaklanmaktadır. Çünkü hastalar için önemli olan semptomlarda gerileme ve YK'de iyileşme olmasıdır.

BPH'nin yaşam kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. İstenmeyen yan etki gelişimi dışında tedavide temel amaç hastanın önceliği olan YK olmalıdır. Bu nedenle BPH'li hastaların değerlendirmesinde YK ölçeklerinin kullanılması daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Bu alandaki en önemli sorunlardan biri çok sayıda ölçek olmakla birlikte genel kabul gören BPH'ye ait bir YK ölçeğinin olmamasıdır. Ülkemizde Üroonkolo-

ji Derneği Yaşam Kalitesi Alt Çalışma Grubu tarafından böyle bir çalışmanın başlatılmış olması iyi bir gelişmedir.

Son yıllarda klasik tedavi yöntemlerine pek çok alternatifin geliştirildiği bu hastalıkta; sonuçların sadece mortalite ve morbidite açısından değil, YK açısından da değerlendirilmesi hasta ve eşleri için en uygun tedaviyi seçmemizde kılavuz olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- **World Health Organization:** Measuring quality of life: The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993.
- 2- **World Health Organization:** The constitution of the WHO. WHO Chronicle 1: 29, 1947.
- 3- **Meyhoff HH, Hald T, Nordling J, et al:** A new patient weighted symptom score system (Dan PSS 1). Scand J Urol Nephrol, 27: 493-499, 1993.
- 4- **Patrick DL and Deyo RA:** Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Med Care; 27: 217-232, 1989.
- 5- **Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L.** Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ, 305: 160-164, 1992.
- 6- **Hunt SM and McEwen J:** The development of a subjective health indicator. Social Health Illness, 2: 231-246, 1980.
- 7- **Sells H, MacDonagh R:** Investigation into partner morbidity of patients with BPE. Eur Urol, 33 (Sup 1): 108, 1998.
- 8- **Doll HA, Black NA, Flood AB, McPherson K:** Patients-percieved health status before and up to 12 months after transurethral resection of the prostate for benign prostatic hypertrophy. Br J Urol, 71: 297-305, 1993.
- 9- **Doll HA, Black NA, Flood AB, McPherson K:** Criterion validation of the Nottingham Health Profile: Patients views of surgery for benign prostatic hypertrophy. Soc Sci Med, 37: 115-122, 1993.
- 10- **Salinas-Sanchez AS, Hernandez-Millan I, Lorenzo-Romero JG, Segura-Martin M, Fernandez-Olano C, Virseda-Rodriguez JA:** Quality of life of patients on the waiting list for benign prostatic hyperplasia surgery. Qual Life Res, 10: 543-553, 2001.
- 11- **Trueman P, Hood SC, Nayak U, Mrazek MF:** Prevalence of lower urinary tract symptoms and self-reported diagnosed BPH and their quality of life in a community based survey of men in the UK. Br J Urol, 83: 410-415, 1999.
- 12- **Akı FT, Aygün C, Bilir N, Erkan İ, Özen H:** Prevalence of low urinary tract symptoms in a community-based survey of men in Turkey. Int J Urol, 10: 364-370, 2003.
- 13- **Müezzinoğlu T, Lekili M, Gümüş B, Büyüksu C:** Manisa İli Selçuklu Köyü Erkeklerinde Alt Üriner Sistem Yakınma Prevalansı, Prostat Ağırlığı ve Artık İdrar ile Bağntısı: Topluma Dayalı Çalışma -I-. Türk Üroloji Dergisi, 26: 332-338, 2000.

- 14- **Barry MJ:** Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. *Urol Clin North Am*, 17: 495-508, 1990.
- 15- **Hald T:** Urodynamics in benign prostatic hyperplasia: A survey. *Prostate*, 2 (sup 1): 69, 1989.
- 16- **Andersen JT:** Benign prostatic hyperplasia: Symptoms and objective interpretation. *Eur Urol*, 20: 36-40, 1991.
- 17- **Bosch JLHR, Hop WCJ, Kirkels WJ, Schröder FH:** The international prostate symptom score in a community-based sample of men between 55 and 74 years of age: Prevalence and correlation of symptom with age, prostate volume, flow rate and residual urine volume. *Br J Urol*, 75: 622-630, 1995.
- 18- **Reynard JM, Abrams P:** Bladder-outlet obstruction. Assessment of symptoms. *World J Urol*, 13: 3-8, 1995.
- 19- **Reynard JM, Yang Q, Donovan JL, et al:** The ICS- 'BPH' study: Uroflowmetry, lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction. *Br J Urol*, 82: 619-623, 1998.
- 20- **Girman CJ, Jacobsen SJ, Rhodes T, et al:** Association of health-related quality of life and benign prostatic enlargement. *Eur Urol*, 35: 277-284, 1999.
- 21- **Hunter DJ, McKee M, Black NA, Sanderson CF:** Health status and quality of life of British men with lower urinary tract symptoms: results from the SF-36. *Urology*, 45: 962-971, 1995.
- 22- **Hunter DJ, McKee CM, Black NA, Sanderson CI:** The impact of lower urinary tract symptoms on general health status and on use of prostatectomy. *Qual Life Res*, 4: 335-341, 1995.
- 23- **Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, et al:** Natural history of prostatism: Factors associated with discordance between frequency and bother of urinary symptoms. *Urology*, 42: 663, 1993.
- 24- **Bruskewitz RC, Reda DJ, Wasson JH, et al:** Testing to predict outcome after transurethral resection of the prostate. *J Urol*, 157: 1304, 1997.
- 25- **Quek KF, Loh CS, Low WY, Razack AH:** Quality of life assessment before and after transurethral resection of the prostate in patients with lower urinary tract symptoms. *World J Urol*, 19: 358-364, 2001.
- 26- **Tsang KK, Garraway WM:** Impact of benign prostatic hyperplasia on general well-being of men. *Prostate* 23: 1-7, 1993.
- 27- **Kirby R, Fitzpatrick J:** Shared care for prostatic disease. *ISIS Medical Media*, Oxford, 1-35.
- 28- **Department of Veterans Affairs:** A comparison of quality of life with patient reported symptoms and objective findings in men with benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 150: 1696-1700, 1993.
- 29- **Girman CJ, Jacobsen SJ, Tsukamoto T, et al:** Health related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries. *Urology*, 51: 428-436, 1998.
- 30- **Dijk LV, Kooij DG, Schellevis FG, Kaptein AA, Boon TA, Wooning M:** Nocturia: Impact on quality of life in a Dutch adult population. *BJU Int*, 93: 1001-1004, 2004.
- 31- **Müezzinoğlu T:** Benin Prostat Hiperplazisi Prevalansı, Uluslararası Prostat Semptom Skor ve Yaşam Kalitesi İnsidansı ve Etkileyen Faktörler: Topluma Dayalı Bir Çalışma. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Uzmanlık Tezi, 1999.
- 32- **Girman CJ, Paner LA, Epstein RS, et al:** Natural history of prostatism: Impact of urinary symptoms on quality of life in 2115 randomly selected community men. *Urology*, 44: 825-831, 1994.
- 33- **Netto NR, de Lima ML, de Andrade EF, Apuzzo F, da Silva MB, Davidzon IM, Moises MJ, Chamma EJ, Bogado H:** Latin American study on patient acceptance of the International Prostate Symptom Score (IPSS) in the evaluation of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 49: 46-54, 1997.
- 34- **MacDiarmid SA, Goodson TC, Holmes TM, Martin PR, Doyle RB:** An assessment of the comprehension of the American Urological Association Symptom Index. *J Urol*, 159: 873-874, 1998.
- 35- **Çam K, Şenel F, Akman Y, Erol A:** The efficacy of an abbreviated model of the International Prostate Symptom Score in evaluating benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*, 91: 186-189, 2003.
- 36- **Jepsen JV, Bruskewitz RC:** Comprehensive patient evaluation for benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 51: 13-18, 1998.
- 37- **Jepsen JV, Bruskewitz RC:** Office evaluation of men with lower urinary tract symptoms. *Urol Clin North Am* Urol, 25: 545-554, 1998.
- 38- **Mebust W, Holtgrewe H, Cockett A, Peters PC:** Transurethral prostatectomy: Immediate and postoperative complications: A comparative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients. *J Urol*, 141: 243-247, 1989.
- 39- **Ball AJ, Feneley RC, Abrahams PH:** The natural history of untreated 'prostatism'. *Br J Urol*, 53: 613, 1981.
- 40- **Birkhoff JD, Wiederhorn AR, Hamilton ML, Zinsner HH:** Natural history of benign prostatic hypertrophy and acute urinary retention. *Urology*, 7: 48, 1976.
- 41- **Khoubehi B, Watkin NA, Mee AD, Ogden CW:** Morbidity and the impact on daily activities associated with catheter drainage after acute urinary retention. *BJU Int*, 85: 1033-1036, 2000.
- 42- **Craig AA, Hickling JB, Saunders CRG, Carpenter RG:** Natural history of prostatic obstruction: A prospective survey. *J R Coll Gen Practit*, 18: 226-232, 1969.
- 43- **Thomas K, Oades G, Taylor-Hay C, Kirby RS:** Acute urinary retention: What is the impact on patients' quality of life? *BJU Int*, 95: 72-76, 2005.
- 44- **Elliott SP, Gulati M, Pasta DJ, Spitalny GM, Kane CJ, Yee R, Lue TF:** Obstructive Lower Urinary Tract Symptoms Correlate With Erectile Dysfunction. *Urology*, 63: 1148-1152, 2004.
- 45- **Barqawi A, O'donnell C, Kumar R, Koul H, Crawford ED:** Correlation Between LUTS (AUA-SS) and Erectile Dysfunction (SHIM) in an Age-Matched Racially Diverse Male Population: Data From the Prostate Cancer Awareness Week (PCAW). *Int J Impot Res*, 17: 370-374, 2005.
- 46- **Green JSA, Holden STR, Bose P, et al:** An investigation into the relationship between prostate size, peak urinary flow rate and male erectile dysfunction. *Int J Impot Res*, 13: 322-325, 2001.
- 47- **Leliefeld HHHJ, Stoevelaar HJ, McDonnell J:** Sexual function before and after various treatments for symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*, 89: 208-213, 2002.
- 48- **Kinn AC, Helmy-Dhejne C, Larsson J:** Sexual function one year after transurethral prostatic resection. Patients' own assessments. *Scand J Urol Nephrol*, 32: 33-35, 1998.

- 49- **Girman C, Kolman C, Liss C, et al:** Effect of finasteride on health related quality of life in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Prostate*, 29: 83-90, 1996.
- 50- **Tenover JL, Pagano GA, Morton AS, et al:** Efficacy and tolerability of finasteride in symptomatic BPH: A primary care study. *Clin Ther*, 19: 243-258, 1997.
- 51- **Lukacs B, Grange J, McCarthy C, et al:** Clinical uroselectivity: A 3-year follow-up in general practice. *Eur Urol*, 33 (Sup 2): 28-33, 1998.
- 52- **Francisca E, d'Ancona F, Hendriks J, et al:** Quality of life assessment in patients treated with low energy thermotherapy: Results of a randomized transurethral microwave thermotherapy versus sham study. *J Urol*, 158: 1839-1844, 1997.
- 53- **Slaa E te, Francisca E, Hendriks J, et al:** Quality of life assessment in patients after laser prostatectomy. *Br J Urol*, 80: 211-216, 1997.
- 54- **Bruskewitz R, Issa MM, Roehrborn CG, et al:** A prospective randomized 1-year trial comparing TUNA to TURP for the treatment of symptomatic BPH. *J Urol*, 159: 1588-1594, 1998.
- 55- **Carter A, Sells H, O'Boyle P, et al:** Quality of life changes after KTP/Nd:YAG laser treatment of the prostate and TURP: One-year results from a randomized trial. *Br J Urol*, 81 (Suppl 4): 44-45, 1998.
- 56- **Homma Y, Kawabe K, Tsukamoto T, Yamanaka H, Okada K, Okajima E, et al:** Epidemiologic survey of lower urinary tract symptoms in Asia and Australia using the IPSS. *Int Urol*, 4: 40-46, 1997.
- 57- **Gacci M, Bartoletti R, Figlioli S, Sarti E, Eisner B, Boddi V, Rizzo M:** Urinary symptoms, quality of life and sexual function in patients with benign prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: A prospective study. *BJU Int*, 91: 196-200, 2003.
- 58- **Sells H, Donovan J, Ewings P, MacDonagh R:** The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement. *BJU Int*, 85: 440-445, 2000.
- 59- **Mitropoulos D, Anastasiou I, Giannopoulou C, et al:** Symptomatic Benign Prostate Hyperplasia: Impact of Partners' Quality of Life. *Eur Urol*, 41: 240-245, 2002.
- 60- **Müezzinoğlu T, Lekili M, Temeltaş G, Okur M, Büyüksu C:** Alt Üriner Sistem Semptomlu Hasta Eşlerinde Yaşam Kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Özet Kitabı, İzmir, 8-10 Nisan 2004.

YORUM

Günümüzde yaşam kalitesi ile ilgili konular çeşitli hastalıkların, özellikle de onkolojik rahatsızlıkların tedavi seçimleri sırasında büyük önem kazanmıştır. Hastalara önerilebilecek her türlü tedavi yönteminin hastanın yaşam kalitesini (olumlu ya da olumsuz) ileri derecede etkileyebilecek kısa ve uzun dönem etkileri olabilir. Özellikle hastalığın tedavisi/kontrolü bakımından etkinlikleri birbirine yakın yöntemlerin tıbbi açıdan sağlıklı olarak karşılaştırılabilmeleri için mutlaka yaşam kalitesi faktörü üzerindeki etkileri de dikkate alınmalıdır.

Selim Prostat Büyümesi (BPH) yavaş olmakla beraber progresif bir hastalık olup, bu yönü ile onkolojik hastalıklar ile benzerlik göstermektedir. Çalışmalar, bu hastalığa eşlik eden işeme ve cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitesindeki kötüleşme ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Çok benzer bir durum prostat kanseri için de geçerlidir. Örneğin, Penson ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yerleşimli prostat kanserinin tedavisinde kullanılan değişik yöntemler karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin ilginç biçimde primer tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığı, buna karşılık işeme ve cinsel işlev bozukluklarının yaşam kalitesi açısından bağımsız faktörler olduğu saptanmıştır¹. Benzeri bulgular bir başka çalışmada Wei ve ark. tarafından bildirilmiş ve prostat brakiterapisi ardından uzun süreli yaşam kalitesinin radikal prostatektomi ve radyoterapi sonrası ulaşılan yaşam kalitesinden farklı olmadığı, hatta bazı noktalarda daha kötü olduğu saptanmıştır².

Sonuç olarak tedavi etkinliğinin çok geniş anlamda değerlendirilmesinde Yaşam kalitesinin önemi çok açıktır. Yaşam kalitesi üzerinde tedavilerin etkinliği açısından bir prototip olan BPH, Türk Üroloji Dergisi'nin bu sayısında Dr. Müezzinoğlu ve Dr. Çam tarafından bir derleme içinde ele alınmış ve BPH-Yaşam kalitesi çeşitli yönleri ile irdelenmiştir. Yazarlara göre tedavide temel amaç, hastanın da önceliği olan yaşam kalitesi olmalıdır. Özellikle onkolojik hastalıkların tedavisinde çoğu zaman gözden kaçan yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar Üroonkoloji Derneği Yaşam Kalitesi Alt Çalışma Grubu tarafından yürütülmekte ve bu konuda sağlanabilecek ilerlemelere ışık tutacak çalışmalar yapılmaktadır.

Sonuç olarak yaşam kalitesi, ürolojinin her alanında olduğu gibi BPH ve üro-onkolojik hastalıkların tedavisinde en başta dikkate alınması gereken belirleyicilerden bir tanesidir. Ürologların bu konuya gösterecekleri ilgi verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artması bakımından önemli rol oynayacaktır.

Prof. Dr. Levent TÜRKERİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Kaynaklar

- 1- **Penson DF, feng Z, Kuniyuki A, McCleran D, Albertsen PC, Deapen D, gilliland F, Hoffman R, Stephenson RA, Potosky AL, Stanford JL:** General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: What influences outcome? Results from Prostate cancer Outcomes Study. *J Clin Oncol* 21: 1147-1154, 2003.
- 2- **Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, McLaughlin PW, Montie JE, Litwin MS, Nyquist L, Sanda MG:** Comprehensive comparison of health-related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 20: 557-566, 2002.