

Bölüm 31

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS VE NÖROJENİK MESANE YAKLAŞIM VE YÖNETİM

Çağlar ÇETİN¹

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

2002 yılında Uluslararası Kontinans Birliği'nin raporuna göre stres üriner inkontinans “öksürme, hapşırma, ıkınma ve zorlama gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda ortaya çıkan istem dışı idrar kaçırma” olarak tanımlanmaktadır ⁽¹⁾. Gerçek stres inkontinans ürodinamik olarak; detrüör kontraksiyonu olmadan, intravesikal basıncın üretral kapanma basıncını aşması sonucu gelişen istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır .Ortalama 15-64 yaş arası kadınlarda prevelans hızının % 10 ile %30 arasında değiştiği bildirilmiştir. Amerika'da yıllık tedavi maliyetlerinin yaklaşık 16.4 milyar dolar civarında olduğu söylenmektedir ⁽²⁾. Karın içi basıncın arttığı bazı durumlarda üretral basıncın intravesikal basınca karşı koyamaması temel patolojiyi oluşturur. Bunun sebeplerinin üretranın anatomik pozisyonundaki değişiklikleri, hipermobilitesi nedeniyle aktarılan basınçların azalması ve vajen ön duvarı ve diğer destek dokulardan kaynaklanan defektler sonucunda intraabdominal basınç artışlarında üretral sıkışmanın yeterli olmaması düşünülmektedir ^(3,4). Hastaların büyük çoğunluğunda inkontinansa sebep olan iki önemli sorun üretral sfinkter yetmezlik (gerçek stres inkontinans) ve dolum fazında istemsiz oluşan detrüör kontraksiyonlarıdır.(detrüör overaktivitesi) ^(5,6).

Stres kontinans kontrol sistemindeki anatomik yapılara baktığımızda;

Öncelikle pubik kemikten anal sfinktere kadar uzanan rektumun arkasında pozisyon alan ve pelvik organları destekleyen levator ani kası gelmektedir ⁽³⁾. Pubovesikal ligament endopelvik bağ dokusunun mesane boynu önünde kalınlaşmasıyla oluşan yapıya verilen addır. Lateralinde arkus tendineus fasya pelvise uzanır ve detrüör kasının bir uzantısı olan pubovesikal kası içerir ⁽⁴⁾. Miksiyon başında mesane boynunun pozisyon değişikliği pubovesikal ligamentlerin mesane boynunu öne çekmesini ve açılmasına sebep olur. Retropubik yerleşimli mesane boynunun pubovesikal ligamente basısı sonucu mesane boynu kapanır. Bu yapılardan herhangi birinin hasarlanması sonucu stres inkontinans ortaya çıkar ⁽⁴⁾.

1 Op. Dr.Çağlar ÇETİN, Bolu Gerede Devlet Hastanesi , drcağlarcetin@outlook.com

- a. **Tetikleyerek işeme** : Tetik noktası bulunur.(Uyluk içi abdomen çimdiklenmesi, suprapubik bası, rektum uyarılması gibi.)
- b. **İkınarak işeme**: Mesanenin abdominal kas yardımıyla boşaltılmasıdır. Üst renal sisteme kaçış tehlikesi nedeniyle önerilmez.
- c. **Manuel bastırma**: Sfinkter hiperrefleksisi ve detrüsör sfinkter dissinerjisi mutlak kontrendikasyondur. Yöntemin kullanımı sırasında videoürodinami ile VUR olmadığını gösterilmesi gerekir.
- d. **Anal Germe** : Tuşe yardımıyla eksternal üretral sfinkter gevşetilir ⁽⁷⁰⁾.

5. Elektrik Stimulasyonu

Katetersiz işeme için Sakral 2,3,4. sinirlerin anterior köklerinin uyarılmasıdır ⁽⁷¹⁾.

6. Farmakolojik Tedavi

Detrüsör aktivitesini suprese etmek ve mesane kapasitesini arttırmak için antikolinerjikler kullanılır. Oksibutin oral veya intravezikal kullanılabilir. Tolterodin mesane spesifik olduğu için antikolinerjik yan etkileri daha azdır (oftalmik ve ağız kuruluğu gibi) Overaktif detrüsör için botulinum denenebilir. İmipramin gibi trisiklik antidepresanlar mesanenin çıkış direncinin arttırılmasında faydalıdır. İnternal sfinkter gevşemesinde fenoksibenzamin, terazosin, prazosin kullanılabilir. Baklofen gibi antispastik ilaçlar eksternal sfinkterde gevşeme yapar ⁽⁷²⁾.

7. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Konservatif tedavilerin başarısız olduğu yerde mesane kapasitesine genişletmek amacıyla uygulanan tedavidir ⁽⁷²⁾.

SONUÇ

Üriner inkontinansın en yaygın formu SUİ olmakla birlikte hafif orta derece inkontinansda ilk seçenek konservatif ve medikal yaklaşımdır. Cerrahi tedavilerin uzun dönem başarı oranlarının çok yüksek olmayışı semptomlarda azalma sağlayan mesane eğitimi, biofeedback, elektriksel stimulasyona olan rağbeti arttırmıştır. Üriner inkontinans ciddi düzeyde ise seçilecek tedavi cerrahi olabilmektedir.

Rehabilitasyon teknolojileri ve uygulaması sırasındaki tüm ilerlemelere karşılık nörojen mesane için hala ideal bir yöntem yoktur. Mesanenin değerlendirilmesini takiben kişinin el fonksiyonları, mental, sosyal ve kültürel koşulları da göz önüne alınarak en uygun yöntem seçilir. Nörojenik mesane fonksiyonlarının her an değişebileceği akılda tutulmalı, mesane drenaj yöntemi güncel olarak değiştirilmelidir. Nörojenik mesanedeki fonksiyonel değişimlerden, sağlık profesyonellerinin anında haberdar olup müdahale edebildiği bir sistem olduğu taktirde ürolojik nedenlere bağlı morbidite ve mortalite düşecektir. İnkontinansın tipi ne olursa olsun tedavi hastanın şikayetlerine göre şekillendirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2): 167-78.
2. Bo K, Taiseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318; 487-493.
3. DeLancey Jol: Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 311-319.
4. DeLancey JOL, *Clin. Obst&Gynecol.* 1990;33:2:298-306
5. Kelleher C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. İn: *Urogynecology* Cordozo L (ed.) Churchill Livingstone, Newyork. 1997: 3-26.

6. Yalçın ÖT. Menapozal Dönemde Üriner İnkontinans ve Tedavisi. In: Klinikte Menopoz “Değerlendirme ve Yönetim”. Hassa H. (ed.) Organon Yayınları, Gestet Basım Tanıtım Hizmetleri Ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 1996, s; 53-74.
7. Yalçın ÖT , Ürojinekoloji. I: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Kişnişçi H. Gökşin E, Üstay K. ve ark. (eds.) Güneş Kitabevi, 1996, Ankara. s:730-747
8. Bhatia NN, Bergman A. Urodynamic appraisal of the Boney test in women with stress urinary incontinence *Obstet. Gynecol.* 1983;62;696
9. Yang A, Mostwin JL. Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display. *Radiology* 1991; 179: 25-33
10. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 1-16.
11. Yang A, Mstwin JL. Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display. *Radiology* 1991; 179: 25-33
12. Culligan PJ¹, Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management.
13. Walters MD¹, Shields LE. The diagnostic value of history, physical examination, and the Q-tip cotton swab test in women with urinary incontinence.
14. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician* 2013; 87: 543-50.
15. Kobashi KC. Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse. In Wein AJ, Kavousi LR, Novick AC, et al (ed): *Campbell-Walsh Urology*, 10th Edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012, sf. 1896-1908.
16. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al :The urinary diary in evaluation of incontinent women:a test-retest analysis, *Obstet Gynecol* 1988;71:812
17. Pierson CA. Pad testing, nursing interventions and urine loss appliances. In Ostergard DR, Bent AE (ed): *Urogynecology and Urodynamics – Theory and Practice*, 3rd Edition. Philadelphia, Williams and Wilkins, 1985, sf. 243-62.
18. Orgensen L, Lose G, Anders J. One-hour pad weighing test for objective assessment of female incontinence. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 39-43.
19. Crystle CD, Charme LS, Copeland WE. Q-tip test in stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1971; 38: 313-5.
20. Seçkiner İ. İdrar kaçırma değerlendirme ve sınıflandırma. Türk Üroloji Yeterlilik Kurulları, 8. Üroloji Yeterlilik Sınavına Hazırlık Kursu, Ders Notları Kitabı. Ankara, Kızılcahamam, 2012, sf. 167-70.
21. McKertich K. Urinary incontinence: Assessment in women: Stress, urge or both? *Aust Fam Physician* 2008; 37: 112-7.
22. Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *Am Fam Physician* 1998; 57: 2675-2684, 2688-90.
23. Moore EE, Jackson SL, Boyko EJ, et al. Urinary incontinence and urinary tract infection: Temporal relationships in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 317-23.
24. Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF, et al. Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence in nursing home residents? *Ann Intern Med* 1995; 122: 749-54.
25. Artibani W, Cerruto MA. The role of imaging in urinary incontinence. *BJU Int* 2005;95:699-703.
26. Allen SD, Thompson A, Sohaib SA. The normal post-surgical anatomy of the male pelvis following radical prostatectomy as assessed by magnetic resonance imaging. *Eur Radiol* 2008;18:1281-91.
27. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Troiano L, Guaschino S. Perineal ultrasound evaluation of urethral angle and bladder mobility in women with stress urinary incontinence. *BJOG* 2002;109:821-7.
28. Kondo Y, Homma Y, Takahashi S, Kitamura T, Kawabe K. Transvaginal ultrasound of the urethral sphincter at the mid urethra in continent and incontinent women. *J Urol* 2001;165:149-52.
29. Tunn R, Paris S, Fischer W, et al. Static magnetic resonance imaging of the pelvic floor muscle morphology in women with stress urinary incontinence and pelvic prolapse. *Neurourol Urodyn* 1998;17:579-89.
30. Bhatia NN, Bradley WE, Haldeman S: Urodynamics: continuous monitoring, *J Urol* 1982;128:963,
31. Blavias JG, Awad Sa Bissada N Et Al Urodynamic Procedure Recommendations Of The Urodynamic Society 1 Procedure That Should Available For Routine Urologic Practice *Neurourol Urodynamics* 1998 1-51
32. Blavias JG, Awad Sa Bissada N Et Al Urodynamic Procedure Recommendations Of The Urodynamic Society 1 Procedure That Should Available For Routine Urologic Practice *Neurourol Urodynamics* 1998 1-51
33. Ostergard DR. *Urogynecology and urodynamics. Therapy and Practice*, Baltimor, 1996, Williams & Williams.
34. Heritz DM , Blaivas JG: reliability and specificity of the leak point pressure. *J Urol* 1995; 153:492A.
35. Kegel A.H., Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. *Am. J. Obstetrics and Gynaecology* 1948; 56:238-248.
36. Bourcier AP, Juras JC. Nonsurgical therapy for stress incontinence. *Urol Clin North Am* 1995;22:613-27.
37. Sampsel CM. Behavioral intervention for urinary incontinence in women: evidence for practice. *J Midwifery Womens Health* 2000;45:94-103.
38. Glavind K, Mouritsen AL, Lose G. Management of stress and urge urinary incontinence in women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:75-
39. Wise B., *Physiotherapy*. Ed: Cardoza L., *Urogynecology*, New York, 1997: p. 583- 594 104- Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J.* 1995;6:282-291.

40. Ergen A, Arıkan N, Arslan M, Jinekolojik Üroloji. Ed:Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N, Temel Üroloji. Ankara, Güneş Kitabevi;2000. s. 409-44.
41. Demirci H., Kızılkaya B.N., Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulan Konservatif Tedavi Yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 102-108.
42. Jeter Kf Pelvic Floor Muscle Exercises With Or Without Biofeedback For The Treatment Of Stress İnkontinence Prob Urol 1991-5(1) 72-74
43. Olah Ks Bridges N Denning J Et Al The Conservative Management Of Patients With Symptoms Of Stress Urinary İnkontinence Randomized Prospective Study Comparing Vaginal Cones And İnterferential Therapy Am J Ob Gyn 1990: 162 (1) 87-92
44. Wein Aj Pharmacology Of İnkontinence Urol Slin North Am 1995 22(3) 557-578
45. Thor KB, Donatucci C. Central nervous system control of the lower urinary tract: new pharmacological approaches to stress urinary incontinence in women. J. Urol 2004; 172: 27-33 46: .Lucas MG, Bedretidnova D, Bosch JLHR, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. © European Association of Urology (EAU). Urinary Incontinence- 2014.
47. Saks EK, Arya LA. Pharmacologic management of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36: 493-507.
48. Franco AVM, Fynes MM. Surgical treatment of stress incontinence. Current Obstet Gynecol 2004;14:405-11.
49. Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. Surg Gynecol Obstet 1949;88(4):509-18.
50. Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. Am J Obstet Gynecol 1961;81:281-90.
51. Tanagho EA. Colpocystourethropey: the way we do it. J Urol 1976;116(6):751- 3.
52. Goldberg RP, Tchetgen MB, Sand PK, Koduri S, Rackley R, Appell R, Culligan PJ. Incidence of pubic osteomyelitis after bladder neck suspension using bone anchors. Urology 2004;63(4):704-8.
53. Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 1995;29(1):75-82.
54. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol 2001;11(6):1306-13.
55. Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. BJOG 2007;114(5):522-31.
56. Ogah J, Cody DJ, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn 2011;30(3):284-91.
57. Kelly HA. Incontinence of urine in women. Urol Cutan Rev 1913;17:291-3. 58: Bidmead J, Cardozo L. Surgery for genuine stress incontinence. Chapter 23 in progress. In Studd J, editor. Obstetrics and Gynaecology, vol 14. Churchill Livingstone; London: 2000. p.329-58.
59. Ginsberg D. The epidemiology and pathophysiology of neurogenic bladder. Am J Manag Care 2013;19:191- 196.
60. Taweel WA, Seyam R. Neurogenic bladder in spinal cord injury patients. Res Rep Urol 2015; 7: 85-99
61. Linsenmeyer TA, Stone JM, Steins SA. (2005) Neurogenic bladder and bowel dysfunction. In DeLisa JA, Gans BM (Eds): Physical Medicine and Rehabilitation Principles and Practice. (4th ed. pp:1619-1653) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,
62. Gündüz B, Erhab B. Omurilik yaralanması sonrası gelişen nöropatik mesanenin fizyopatolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2003; 49(3):3-5.
63. Gündüz B. Omurilik yaralanması sonrasında nöropatik mesane rehabilitasyonu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2003; 49(3):6-10.
64. Gündüz B, Erhan B, Lakşe E, Akyürek B, Elbaşı N. Omurilik yaralanmalı hastalarda antikolinergik tedavinin nörojenik mesane disfonksiyonu üzerine etkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006; 52(2): 48-50.
65. Bryce TN, Ragnarrson KT, Stein AB, Stonsen FB. Spinal Cord Injury. In Braddom RL (Ed): Physical Medicine and Rehabilitation, Saunders, Philadelphia, 2011, p.1293-346.
66. Demir Y, Gündüz B, Erhab B. Omurilik yaralanması sonrası üriner komplikasyonlar. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2003;49(5): 24-27.
67. Gündüz B, Erhan B, Önal B, Çetinel B, Yılmaz H. Urinary tract infections in spinal cord injured patients. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2003; 49(2): 13-16.
68. Kurpad R, Kennelly MJ. The evaluation and management of refractory neurogenic overactive bladder. Curr Urol Rep 2014; 15: 444.
69. Temeltaş G. Nörojenik Mesane Disfonksiyonlu Hastalarda Üriner Sistem Enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri Journal of Urology-Archive*, 2004;1,2:172-180.
70. Wyndaele JJ, Madersbacher H, Kovindha A. Conservative treatment of the neuropathic bladder in spinal cord injured patients. Spinal Cord 2001; 39(6): 294-300.
71. Elliott DS, Boone TB. Recent advances in the management of the neurogenic bladder: Urology 2000; 56(6 Suppl 1): 76-81.
72. Yılmaz B, Alaca R, Möhür H. Nöropatik Mesane: Nörofizyoloji ve Nörofarmakoloji. Türk Fiz Tıp Reh Derg 2000; 3: 54-67