

BÖLÜM 118

GERİATRİK HASTADA ÜRİNER İNKONTİNANSA SEMİYOLOJİK YAKLAŞIM

Derya Başak TANBUROĞLU¹

GİRİŞ

Üriner inkontinans, geriatric yaş grubunda hızlı artış gösteren ve klinik pratikte sık rastlanılan sorunlardan birisidir. Miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır. Toplumda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlılarda prevalansı %8-18 arasında değişmektedir. Yaşlı erkeklerde görülme sıklığı, %11-34 iken ,yaşlı kadınlarda görülme sıklığı %17-55 arasında değişmektedir. Sürekli veya ciddi inkontinans toplumda yaşayan yaşlıların yaklaşık %5'inde görülür. Bu oranlar hastanede yatanlarda %40-70'lere, bakımevlerinde yaşayanlarda ise %40-50'lere ulaşmaktadır. Yaşlanma üriner inkontinansa yol açmaz ancak, yaş ve bozulmuş fonksiyonel durum hem erkek hem de kadınlarda üriner inkontinans için bağımsız risk faktörleridir.

Üriner inkontinans, her ne kadar hayatı tehdit eden bir durum olmasa da sıklıkla komorbid başka hastalıklara yol açar.

YAŞLANMADA GENİTOÜRİNER DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanmayla birlikte, mesane kontraktilitesi, kapasitesi ve işemeyi geciktirme becerisi azalır. Yaşlanmaya bağlı olarak fonksiyonel üretral basınç azalır. Kadınlarda östrojenin azalmasının etkisi ile vaginal atrofi, periüretral ve pelvik kaslarda güçsüzlük nedeniyle üretral rezistans azalır. Erkeklerde ise yaşlanmayla birlikte prostat büyümesine bağlı olarak üretral rezistans artar, idrar akım hızı azalır ve idrar retansiyonuna yatkınlık oluşur. Her iki cinsiyette de mesane hiperaktif olma eğilimindedir ve istemsiz detrüör kas kontraksiyonlarının sıklığında artış olur. Ayrıca yaşlanmayla birlikte mesane kapasitesi azalırken postvoiding rezidü idrar bölümünde artış olur. Geriatric yaş grubunda bir diğer fizyolojik değişiklik böbrek fonksiyonlarındaki azalma ve arjinin vazopresinin diüurnal ritminde kayıp nedeniyle yaşlılarda noktürnal poliüri ve üriner inkontinansa yatkınlık artar. Bir

¹ Uzm. Dr., Çukurova Üniversitesi Nefroloji BD., basaktanburoglu@gmail.com

ve rektal dijital muayene, fekal impakt, rektal, prostat boyutlarının tespiti, anal sfinkter tonusu ve perineal duyuyu değerlendirmek için yapılmalıdır. Mutlaka kognitif fonksiyonlar (sıklıkla MMSE ve geriatrik depresyon testi ile), fonksiyonel durum (günlük temel yaşam aktiviteleri, yürüme, denge durumu), genel nörolojik değerlendirmelerin yapılması önemlidir. Kadınlarda genital muayene sistosel, uterus prolapsusu yönünden yapılması gerekir.

Laboratuvar tetkiklerinden glukoz, renal fonksiyon testleri ve elektrolitler, idrar tetkiki ve üriner sistem infeksiyonunu düşündüren bulgular varsa idrar kültürü öncelikle istenmelidir. İdrar tetkikinde hematüri varlığı araştırılmalı idrar sitolojisi değerlendirilmeli altta yatabilecek malignite yönünden ileri tetkik edilmelidir. Ancak seçilmiş hastalarda daha ayrıntılı ürolojik, jinekolojik ve ürodinamik değerlendirmelere başvurulmalıdır.

TEDAVİ

Yaşlı hastalarda üriner inkontinans tedavisi mutlaka bireyselleştirilmelidir. Geçici inkontinans düşünülüyorsa mutlaka altta yatan neden tedavi edilmelidir. İnkontinansa neden olduğu düşünülen ilaç varsa mutlaka tekrar değerlendirilmelidir. Yaşam tarzı modifikasyonu, davranışsal tedavi, ilaçlar ve cerrahi tedavi hastanın ihtiyacına göre önerilebilmektedir.

Yaşam tarzı değişiklikleri; obez kadınlarda kilo kontrolü sağlanması stres inkontinans tedavisinde önerilir, kafein ve alkol alımının sınırlandırılması, konstipasyon açısından lifli gıdaların tüketilmesi ve yeterli sıvı alınması önemlidir.

Davranışsal tedavi; mesane eğitimi ve pelvik taban kasları egzersizleri; sıkışma, stres ve miks tip inkontinansda sıklıkla kombine edilerek uygulanabilmektedir. Hastaya uyku dışındaki zamanlarda düzenli aralıklarla 2-4 saatte bir sıkışmadan tualete gitmesi gibi zamanlı işeme programı önerilebilir.

Medikal tedavi; antimuskarinik-antispazmodik ilaçlar, oksibutinin, darifenasin, sorifenasin, tolterodin, doksazosin, terazosin, prazosin, alfuzosin, tamsulosin, trospium klorid medikal tedavide kullanılan ilaçlardır.

Cerrahi tedaviler; İlaça yanıt alınamadığında ve ek endikasyonların varlığında cerrahi tedaviler de uygulanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Brandeis GH, Baumann MM, Hossain M, et al. The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: a study using the Minimum Data Set. J Am Geriatr Soc 1997; 45:179.
2. Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. Ann Intern Med 2006 16; 144: 715-723.
3. Lifford KL, Curhan GC, Hu FB, et al. Type 2 diabetes mellitus and risk of developing urinary incontinence. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1851.
4. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, et al. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. J Am Geriatr Soc 1998; 46:467.
5. Theodore M. Johnson II; Joseph G. Ouslander. Urinary incontinence, In : Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Mc Graw Hill, USA 2009. p. 717-73
6. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. J Am Geriatr Soc 1998; 46:473