

C. Karışık Tip İdrar Kaçırma

ii. Tedavi

| DOI: 10.37609/akya.3759.c161

İbrahim Erkut AVCI¹
Cüneyd ÖZKÜRKÇÜĞİL²

GİRİŞ

Karışık tip idrar kaçırmaları olan kadınlarda semptomlar, yalnızca stres ya da sıkışma tipi idrar kaçırmaları bulunan olgulara kıyasla genellikle daha şiddetlidir ve tedaviye yanıt oranları daha düşüktür. Bu klinik tablo karşısında hangi bileşenin öncelikli olarak tedavi edilmesi gerektiğine dair yüksek düzeyde kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle, ilk değerlendirmede hastayı en fazla rahatsız eden baskın bileşenin belirlenmesi önem taşımaktadır. Tedaviye, öncelikle bu baskın bileşeni hedefleyen konservatif yöntemlerle başlanması ve cerrahinin yalnızca diğer yaklaşımlara yanıt alınamayan durumlarda, son basamak olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

KONSERVATİF TEDAVİ

Konservatif tedaviler arasında sıvı düzenlemesi, kilo verme, pelvik taban kas eğitimi ve peser kullanımı yer almaktadır. Sıvı azaltılmasının işeme

sıklığı ve idrar kaçırmaları ataklarında azalma sağladığı gösterilmiştir. Hashim ve Abrams tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, yüksek hacimli sıvı kısıtlamalarının hasta uyumu açısından zorlayıcı olabileceği, ancak günlük sıvı alımının %25 oranında azaltılmasının dahi klinik açıdan anlamlı bir iyileşme sağlayabileceği bildirilmiştir. Ancak, doğrudan sıvı kısıtlaması yerine tüketilen miktarın tespit edilmesi ve gerektiğinde düzenlenmesi daha doğru bir yaklaşım olarak önerilmektedir.

Subak ve arkadaşlarının yürüttüğü randomize kontrollü bir çalışmada, altı aylık diyet, egzersiz ve davranışsal modifikasyon içeren yoğun bir kilo verme programına katılan fazla kilolu ve obez kadınlarda, kontrol grubuna kıyasla hem stres hem de sıkışma tipi idrar kaçırmaları ataklarında klinik olarak anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır.

Pelvik Taban Kas Eğitimi

Sar ve Khorshid tarafından yürütülen 34 kadını içeren randomize kontrollü çalışmada (katılımcıların bir kısmı stres tipi, bir kısmı karışık tip idrar

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., erkutavci@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1669-4288

² Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., cuneyd65@yahoo.com, ORCID iD: 0000-0002-1021-1392

rın düzeltemeyebileceğinin hasta ile paylaşılması gerektiğini belirtmektedir. AUA, stres baskın karışık tip idrar kaçırma retropubik, transobturator veya tek insizyonlu askı gibi cerrahi seçeneklerin hasta isteği ve risk-fayda değerlendirmesiyle uygulanabileceğini [Kanıt düzeyi: A/B] ancak mesh komplikasyonları ile sıkışma yakınmalarının düzeltilme ihtimalinin hastayla açıkça tartışılmasının şart olduğunu ifade etmektedir [Öneri düzeyi: Klinik prensip]. ICS, karışık tip idrar kaçırması olan olgularda cerrahi karar öncesi pelvik taban kas eğitimi ve gerekiyorsa ilaç tedavilerinin denemesinin [Öneri düzeyi: B] altını çizmekte; cerrahi sonrasında stres bileşeni düzelebilsen de sıkışma yakınmalarının tamamen geçemeyebileceğini hatırlatmaktadır. Her üç kılavuz da, karışık tip idrar kaçırma cerrahi başarısının öngörülemediğini, ek tedavilere gereksinim duyulabileceğini ve hastanın bilgilendirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Karışık tip idrar kaçırma tedavisinde bizim tecrübemiz ise, hangi tedavi seçilirse seçilsin, hastaya bu seçimin artıları ve eksilerinin anlatılmasının çok önemli olduğu yönündedir. Ayrıca, stres baskın karışık tip idrar kaçırma olgularında ilk tercihimiz orta üretra askı ameliyatıdır. ICS, AUA ve EAU kılavuzlarına dayalı olarak yazarlar tarafından hazırlanmış tedavi algoritması Şekil 1'de sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Jha S, Jeppson PC, Dokmeci F, et al. Management of mixed urinary incontinence: IUGA committee opinion. *Int Urogynecol J*. 2024;35(2):291-301.
2. Nygaard IE. Evidence-based treatment for mixed urinary incontinence. *JAMA*. 2019;322(11):1049-51.
3. Hashim H, Abrams P. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int*. 2008;102(1):62-6.
4. Subak LL, Wing R, West DS, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*. 2009;360(5):481-90.
5. Sar D, Khorshid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):429-35.
6. Sung VW, Borello-France D, Newman DK, et al. Effect of behavioral and pelvic floor muscle therapy combined with surgery vs surgery alone on incontinence symptoms among women with mixed urinary incontinence: the ESTEEM randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;322(11):1066-76.
7. Hagen S, Bugge C, Dean SG, et al. Basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for women with urinary incontinence: the OPAL RCT. *Health Technol Assess (Winchester, England)*. 2020;24(70):1.
8. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P. Incontinence. *International Continence Society and International Consultation on Urological Disease*. 2023.
9. Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, Beksac S. Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2015;26:285-93.
10. Stewart F, Berghmans B, Bø K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12(12):CD012390.
11. Liu B, Liu Y, Qin Z, et al. Electroacupuncture versus pelvic floor muscle training plus solifenacin for women with mixed urinary incontinence: a randomized noninferiority trial. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(1):54-65.
12. Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL, Nygaard IE. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2004;15:302-7.
13. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):609-17.
14. Kobashi KC, Vasavada S, Bloschichak A, et al. Updates to surgical treatment of female stress urinary incontinence (SUI): AUA/SUFU guideline (2023). *J Urol*. 2023;209(6):1091-8.
15. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, et al. The AUA/SUFU guideline on the diagnosis and treatment of idiopathic overactive bladder. *J Urol*. 2024;212(1):11-20.
16. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, et al. European association of urology guidelines on the diagnosis and management of female non-neurogenic lower urinary tract symptoms. Part 1: diagnostics, overactive bladder, stress urinary incontinence, and mixed urinary incontinence. *Eur Urol*. 2022;82(1):49-59.
17. Khullar V, Hill S, Laval K-U, Schiøtz HA, Jonas U, Versi E. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: a randomized, placebo-controlled trial. *Urology*. 2004;64(2):269-74.
18. Kreder K Jr, Brubaker L, Mainprize T. Tolterodine is equally effective in patients with mixed incontinence and those with urge incontinence alone. *BJU Int*. 2003;92(4):418-21.
19. Bent AE, Gousse AE, Hendrix SL, et al. Duloxetine compared with placebo for the treatment of women with mixed urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2008;27(3):212-21.
20. Bump RC, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Group DUIS. Mixed urinary incontinence symptoms: urodynamic findings, incontinence severity, and treatment response. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):76-83.

21. Abdel-Fattah M, Cao G, Mostafa A. Long-term outcomes for transobturator tension-free vaginal tapes in women with urodynamic mixed urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(4):902-8.
22. Jain P, Jirschele K, Botros SM, Latthe PM. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2011;22(8):923-32.
23. Shirvan MK, Noughabi SAS, Rahimi HR. Tension-free vaginal tape plus intradetrusor BOTOX injection versus tension-free vaginal tape versus intradetrusor BOTOX injection in equal-weight mixed urinary incontinence: a prospective randomized study. *J Gynecol Surg*. 2013;29(5):235-40.
24. Ozkurkugil C, Avci IE. Factors predicting treatment success in mixed urinary incontinence treated with midurethral sling. *LUTS*. 2023;15(2):50-6.
25. Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUMiT trial. *J Urol*. 2010;183(4):1438-43.
26. Herschorn S, Kohan A, Aliotta P, et al. The efficacy and safety of onabotulinumtoxinA or solifenacin compared with placebo in solifenacin naïve patients with refractory overactive bladder: results from a multicenter, randomized, double-blind phase 3b trial. *J Urol*. 2017;198(1):167-75.
27. Siegel S, Noblett K, Mangel J, et al. Results of a prospective, randomized, multicenter study evaluating sacral neuromodulation with InterStim therapy compared to standard medical therapy at 6 months in subjects with mild symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(3):224-30.
28. Amundsen CL, Richter HE, Menefee SA, et al. OnabotulinumtoxinA vs sacral neuromodulation on refractory urgency urinary incontinence in women: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(13):1366-74.
29. Lee JS, Dwyer P, Rosamilia A, Lim Y, Polyakov A, Stav K. Persistence of urgency and urge urinary incontinence in women with mixed urinary symptoms after midurethral slings: a multivariate analysis. *BJOG*. 2011;118(7):798-805.
30. Paick JS, Ku JH, Kim SW, Oh SJ, Son H, Shin JW. Tension-free vaginal tape procedure for the treatment of mixed urinary incontinence: significance of maximal urethral closure pressure. *J Urol*. 2004;172(3):1001-5.
31. Cohen BL, Caruso DJ, Kanagarajah P, Gousse AE. Predictors of response to intradetrusor botulinum toxin-A injections in patients with idiopathic overactive bladder. *Adv Urol*. 2009;2009(1):328364.
32. Nobrega RP, Solomon E, Jenks J, Greenwell T, Ockrim J. Predicting a successful outcome in sacral neuromodulation testing: are urodynamic parameters prognostic? *Neurourol Urodyn*. 2018;37(3):1007-10.