

B. Aşırı Aktif Mesane

ii. Tedavi

| DOI: 10.37609/akya.3759.c159

Durmuş Alptuğ COŞAR¹
Ali ERGEN²

GİRİŞ

Aşırı aktif mesane (AAM) tedavisi; konservatif yaklaşım, farmakoterapi ve cerrahi tedavi seçenekleri olarak üç ana başlık altında incelenebilir.

KONSERVATİF YAKLAŞIM

Konservatif yaklaşımın temelinde hastanın mevcut komorbiditeleri belirlenmeli ve AAM risk faktörü olabilecek elementler tespit edilmelidir. Genel yaklaşım basamaklandırılmış tedaviyi sırayla uygulamak olsa da her hasta kendi içinde değerlendirilmeli ve uygulanacak tedavinin seçimi semptomların şiddetine ve yaşam kalitesi üzerine etkisi dikkate alınarak belirlenmelidir.

Yaşam Tarzı değişiklikleri

Günlük sıvı ve kafein tüketiminin azaltılması, kilo verme, sigarayı bırakma ve barsak hareketlerinin

düzenlenmesi uygulanabilecek yaşam tarzı değişiklikleridir. Günlük sıvı alımı, 24 saatlik mesane günlüğü ve günlük sıvı ihtiyacının (yaş, metabolik aktivite doğrultusunda) doktoru tarafından belirlenmesiyle düzenlenmelidir. Hastanın susuz kalmayacağı şekilde planlanmalıdır. Ani sıvı alım kısıtlamalarının kabızlık ve sık idrar yolu enfeksiyonları gibi sonuçlarının olabileceği unutulmalıdır. Günlük sıvı alımındaki %25'lik azalmanın AAM semptomlarını iyileştirdiği fakat idrar kaçırmaya faydası olmadığını bildiren randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur.

Kafeinin detrusor üzerindeki duyuşsal komponente stimulan etki gösterdiği ve bunun sonucunda AAM semptomlarının arttığı bildirilmiştir. Akut diüretik etkisinin de olması, idrara gitme sıklığı ve ani sıkışma hissi şikayetlerini birlikte getirmektedir. Günlük 300mg kafeinden fazla tüketimi olan yetişkinlerin %50'sinde AAM semptomları görülürken bu oran kafein alımı az olan yetişkinlerde %10 olarak görülmüştür.

¹ Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., cosar.alptug@gmail.com, ORCID iD: 0009-0008-5527-7871

² Prof. Dr., Emekli Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., aliergendr@gmail.com, ORCID iD: 0009-0001-5126-7253

KAYNAKLAR

1. Deveneau NE, Greenstein M, Mahalingashetty A, *et al.* Surface and boney landmarks for sacral neuromodulation: a cadaveric study Int Urogynecol J, 26 (2015), pp. 263-268
2. Janknegt RA, Weil EH, Eerdmans PH. Improving neuromodulation technique for refractory voiding dysfunctions: two-stage implant. *Urology*. 1997; 49(3): 358-362
3. Amundsen, C.L., *et al.* Two-Year Outcomes of Sacral Neuromodulation Versus OnabotulinumtoxinA for Refractory Urgency Urinary Incontinence: A Randomized Trial. *Eur Urol*, 2018. 74: 66.
4. Awad SA, Al-Zahrani HM, Gajewski JB, *et al.*: Long-term results and complications of augmentation ileocystoplasty for idiopathic urge incontinence in women. *Br J Urol* 1998, 81:569–573.
5. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Female LUTS. 2025