

B. Hikaye ve Fizik Muayene

| DOI: 10.37609/akya.3759.c147

Ahmet Özgür GÜÇTAŞ¹
Türker ALTUNTAŞ²

DEĞERLENDİRME

Alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesinde hikaye ve fizik muayene klinik değerlendirme için temel oluşturmaktadır. Hikaye ve fizik muayenenin tanıda ilk basamak olması evrensel bir kuraldır. Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology- EAU) kılavuzunda erkek ve kadın hastalar için hikaye ve fizik muayenenin kanıt düzeyi 4, öneri düzeyi ise güçlüdür.

Hikaye

Amerikan Üroloji Derneği (American Urological Association-AUA) kılavuzuna göre hastaların ilk değerlendirmesi, hastanın semptomlarının tanımlanmasını, şiddet ve süresinin değerlendirilmesini, alternatif tanıların dışlanmasını ve sevk veya ek değerlendirme gerektirebilecek karmaşık belirti ve semptomların belirlenmesini içermelidir. Mesane semptomlarının değerlendirilmesi, tipik aşırı aktif mesane (AAM) semptomları (örneğin, idrar yapma aciliyeti, gündüz ve gece sık idrara çıkma, sıkışma ile birlikte idrar kaçırma), diğer idrar depolama bozuklukları (örneğin, stres tip idrar kaçırma) ve mesanenin boşaltım yeteneğinin değerlendirilmesini (örneğin, idrar yaparken zorlanma,

idrar akışının zayıf olması, idrar yapma güçlüğü, idrar retansiyonu öyküsü, tam boşalmama hissi) içermelidir. EAU kılavuzu öykü alımı esnasında gastrointestinal ve cinsel fonksiyonların da mutlaka öykünün bir parçası olmasını güçlü düzeyde önermektedir. Ayrıca öykü idrar kaçırma stres tip idrar kaçırma olarak sınıfladığında, komplike veya komplike olmayan ayrımını da belirlenebilir.

Hastadan öykü alınırken; ne zaman idrar kaçırdığı ne sıklıkta idrar kaçırdığı, idrar kaçırma kö-tüleştiren tetikleyici faktörlerin varlığı, daha önce prostata veya mesaneye yönelik cerrahi öyküsü ya da sakral pleksus hasarı oluşturabilecek abdominal cerrahi operasyon varlığı, idrar kaçırma miktarı, ped kullanımı, daha önce denenmiş bir ilaç varlığı, idrar kaçırmaya sebep olacak nörolojik bir problem varlığı sorgulanmalıdır. Stres tipi idrar kaçırma (STİK) hikayesi olan hastalarda STİK olma ihtimali %74 iken, olmayanlarda bu oran % 34 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla hikaye tek başına tanıda yararlıdır ancak STİK tanısını kesin olarak koyduramaz.

AAM için özellikle sıkışma, sıklık ve sıkışma tipi idrar kaçırma anamnezi tanıda önemlidir. Erkek hastalarda boşaltım belirtileri ile beraber olması eşlik eden bir mesane çıkım tıkanıklığını

¹ Dr., Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji AD., aoguctas@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-8429-0778

² Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD. turkeraltuntas@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-9387-250X

Toplam vajinal uzunluk (TVL): Himenden vajinal apeksine kadar ölçülür.

Genital hiatus (GH): Dış üretral meatusun ortasından posterior forsete(perineal cismin üst noktası) kadar olan mesafedir.

Perineal cisim (PB): Posterior forsetden anüsün ortasına kadar olan mesafedir.

Rektal Muayene

Hastanın muayene pozisyonu sol lateral pozisyon-da kalça fleksiyonda veya dorsal litotomi pozisyonunda olabilir. Dijital rektal muayene (DRE), anal tonus kaybını veya perineal bölge parestезisini ve prostat hacmini değerlendirebileceğimiz en basit yöntemdir. Prostat hacmini anlamada en basit yöntemdir ama gerçek boyut ile korelasyonu düşüktür. EAU kılavuzu, rektal muayenenin <50 ve >50 mL prostat hacmini ayırmada yeterli olduğunu belirtmektedir.

Ayrıca rektal muayene, istirahat ve istemli anal tonusun (S2-S4) subjektif bir değerlendirmesini sağlar. Güç, iyi veya zayıf olarak sınıflandırılabilir. Ağrılı muayene, hemoroidler, anal fissür, enfeksiyon veya pilonidal apse, rektovajinal veya anokütanöz fistül ve tümör ile ilişkili olabilir. Rektal muayene ayrıca dışkı retansiyonu olup olmadığını da belirleyebilir. Obstetrik veya cerrahi hasara bağlı anal sfinkter yırtığı, anal sfinkterde palpe edilebilen bir boşluk olarak tanımlanabilir.

Nörolojik Muayene

Nörolojik durumun mümkün olduğunca eksiksiz bir şekilde tanımlanması, ürogenital bölgedeki tüm duyarlar ve reflekslerin test edilmesi güçlü öneri düzeyindedir. Olası nörolojik bulguları dışlamak için odaklanmış bir nörolojik değerlendirme yapılmalıdır. Dermatomlar, bulbospongioz ve alt ekstremitte reflekslerini test etmeyi içeren nörolojik muayene yapılmalıdır. Bulbospongioz refleks, perine ve genital bölgedeki farklı uyarılara (glans penisin ve klitorisın sıkılması veya üretral kateterin çekilmesi) bağlı pelvik taban çizgili kas-

larında (anal sfinkter) ve bulbospongioz kasta oluşan refleks kasılma olarak tanımlanır. Kremasterik refleks, üst iç uyluk bölgesine dokunulduğunda, ipsilateral kremaster kasının kasılmasıyla testisin yukarı çekilmesi olarak tanımlanır. Perineal derinin uyarılması, anal sfinkter kasının kasılmasını tetikler (“anal wink” refleksi). Bu refleksler her iki tarafta da kontrol edilmelidir. Normal bir yanıt, mesane ve pelvisin innervasyonundan sorumlu ikinci, üçüncü ve dördüncü sakral sinir köklerinin duyuşal ve motor refleks arkının değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. S2-S4 ile ilişkili nörolojik belirtiler, nörojenik alt üriner sistem veya pelvik taban işlev bozukluğunu düşündürülebilir. Özetle hastanın yürüme şekli, ayak parmaklarının dorsifleksiyonu ve abduksiyonu (S3), labia minora (L1-L2), ayak tabanı ve dış kenarının (S1), uyluğun arka yüzünün (S2) duyuşal innervasyonu, sakral cilt refleksleri ve bulbospongioz ve anal refleksler değerlendirilmelidir. Nörojenik alt üriner sistem işlev bozukluğu olasılığı olan hastalarda daha kapsamlı bir nörolojik değerlendirme gereklidir. Yaşlı hastalarda, tam bilişsel ve hareket edebilme değerlendirmesi önerilir. Kronik idrar retansiyonuna bağlı idrar kaçırma da kendini kate-terize etme seçeneği düşünülüyorsa, el becerisi de değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Harding CK(Chair), Lapitan MC (Vice-chair), Arlandis S, et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms. 2024.
2. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, et al. The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder. Journal of Urology. 2024 Jul 1;212(1):11–20.
3. Kobashi KC, Vasavada S, Bloschichak A, et al. Updates to Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence(SUI): AUA/SUFU Guideline (2023). Journal of Urology. 2023 Jun 1;209(6):1091–8.
4. Clemens JQ, Erickson DR, Varela NP, et al. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. J Urol. 2022;208(1):34–42.
5. Fine PM, Antonini TG, Appell RA, et al. Clinical Evaluation of Women With Lower Urinary Tract Dysfunction Clinical Obstetrics And Gynecology. 2004;47(1):44–52.

6. Portman DJ, Gass ML, et al. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference, Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the ISSWSH and NAMS. *Climacteric*. 2014;17(5): 557-63.
7. Holroyd-Leduc JM, et al. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA*. 2008;299(12):1446-56.
8. Guralnick ML, et al. ICS Educational Module: Cough stress test in the evaluation of female urinary incontinence: Introducing the ICS-Uniform Cough Stress Test. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(5):1849-1855.
9. Robinson, BL, et al. Diagnostic accuracy of visual urethral mobility exam versus Q-Tip test: a randomized crossover trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(6):528.
10. Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodyn*. 2016;35(2):137-68.
11. Deegan EG, et al. Quantification of pelvic floor muscle strength in female urinary incontinence: A systematic review and comparison of contemporary methodologies. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(1):33-45.
12. Cornu JN (Chair), Gacci M, Hashim H, et al. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). 2024.
13. Blok B (Chair), Castro-Diaz D, Del Popolo G, et al. EAU Guidelines on Neuro-Urology. 2024.
14. Cardozo L, Rovner E, WaggA, et al. Initial Assessment of Urinary Incontinence in Adult Male and Female Patients. *Incontinence 7th Edition*. 2023:411.