

Ahmet Akin SIVASLIOĞLU * 0000-0003-3711-0118

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

Yazışma Adresi: Ahmet Akin SIVASLIOĞLU
Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kötekli
Mahallesi Marmaris Yolu Bulvarı No:50
48000/Menteşe/MUĞLA

Geliş Tarihi: 23/07/2018

Kabul Tarihi: 25/07/2018

Kadınlarda Üriner İnkontinans Yönetiminde İntegral Sistem Tabanlı Akış Şeması

The Flow Chart in the Management of Urinary Incontinence in Women Based on the Integral System

Öz

Kadınlarda oldukça sık görülen üriner inkontinansın nasıl yönetilmesi gerektiği tartışma konusudur. Bu konuda dünyadaki güçlü dernekler kendi akış şemalarını geliştirerek uygulayıcılara yardımcı olmaktadır. Bunlara ek olarak; İntegral Sistem tabanlı üriner inkontinans yönetim akış şeması da geliştirilmiş olup uygulamacılara sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler; Üriner inkontinans akış şeması, İntegral sistem

Abstract

How to manage urinary incontinence, which is very common in women, is a matter of debate. In this regard, the learned societies across the world are helping practitioners by developing their own flow charts. Additionally; the urinary incontinence management flow chart based on the Integral System has also been developed and is being presented to practitioners.

Keywords; Urinary incontinence flow chart, Integral system

Giriş

Üriner inkontinans 30-60 yaş aralığında 3 kadından 1'inde; daha ileri yaş gruplarında ise görülme sıklığı neredeyse 2 kadından 1'ine düşen yaygın, bir o kadar da 'gizli' hastalıktır.(1) . Özellikle 50 yaşına kadar baskın olan stres tipi inkontinans iken bu yaştan sonra ani işeme hisli (urge) inkontinans baskın hale geçmektedir.

Kadınlarda üriner inkontinansın nasıl yönetileceği doğal olarak önemli bir tartışma konusudur. Bu konudaki tüm kılavuzlar zaman zaman güncellenilmekte; olabildiğince mevcut veri, teknik, teknolojik ve ilaç sanayiindeki gelişmelerden etkilenerek daha iyi bir tedavinin hastaya sunulması amaçlanmaktadır (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11). Kılavuzların dayandığı metodolojiler benzer olup meta analizlere ve sistematik derlemelerle büyük önem verilir. Kanıt hiyerarşisinde daha sonra sırasıyla randomize kontrollü çalışmalar, iyi tasarlanmış çalışmalar, uzman görüşü ve olgu sunumları gelmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen veriler ise kanıt düzeyi A'dan (en yüksek) H'ye (en düşük) kadar kalitesine göre sınıflandırılır (kalite sınıfla-

ması) ve 'kılavuzdaki öneriler de' Sınıf I (yarar>>risk), 2a, 2b ve Sınıf 3 (risk > yarar) şeklinde yapılıır (öneri sınıflaması).

Her ne kadar kılavuz; belirli klinik durumlarda, hastanın en iyi sağlık bakımını alabilmesi için uygulamacıya yol göstermek amacıyla sistemik olarak geliştirilmiş bilgi bütünü olarak da tanımlanmaktaysa da (12) bazen kılavuz yazarları arasındaki potansiyel önyargı (biaz) kılavuzun geri çekilmesine dahi neden olabilmektedir (13).

Günümüz dünyasında ürojinekoloji alanındaki bilinen güçlü (!) dernekler kılavuzları da domine etmekte; karşıt görüşleri indirgemeci (reductionist) tavırla görmezden gelmekte; hatta söz hakkı dahi vermemektedir. Öyle ki pelvik taban sorunlarını bilimsel bir yaklaşımla açıklayan İntegral Sistem (IS) önemsenmemekte (14,15); buna karşın doğmatik teoriler (örneğin inkontinansı açıklamakta kullanılan basınç transmisyon teorisi=Enhörning Teorisi) yanlışlıkları defalarca ispat edilmiş olmakla birlikte hala gündemde tutulmaya çalışılmaktadır.

Bu derlemede İS'e dayanan ve yazar tarafından geliştirilen primer olgularda üriner inkontinans yönetim şeması tartışılmaktadır.

Semptom çeşitliliği

Alt üriner sistem semptomları ile pelvik taban defektleri arasında çok yakın bir ilişki vardır. Sorgulanıldığında bu semptomların ya tek başlarına ya da birarada buldukları görülecektir. Klinik uygulamalarda zaman kısıtlılığını da göz önüne aldığımızda esas önemli olan şu 5 semptomun sorgulanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır:

- 1.İdrarda yanma
- 2.Ani işeme hissi/Ani işeme hisli inkontinans
- 3.Noktüri
- 4.Aktivitede inkontinans
- 5.Sürekli inkontinans

Primer bir olgu bu 5 semptomdan herhangi biri veya kombinasyonu ile başvurursa olgunun tedavisine yönelik değerlendirmeye başlanılmalıdır.

Mesenenin nörolojik kontrolü

Mesenenin sempatik inervasyon T11- L2, parasempatik inervasyon ise S2-S4 aralığındadır. Mesane düz kası içinde lokalize olan β -adrenerjik reseptörlerin sempatik stimülasyonu mesane detrusor kasında gevşemeyi (akomodasyon) sağlarken α -adrenerjik reseptörlerin sempatik stimülasyonu uretral kontrak-

siyona ve uretral kapanma güçlerinde artışa neden olur. Bu mekanizma kontinansın nörolojik kontrolüdür.

Özellikle üriner inkontinans şikayeti ile başvuran bir olguda nörolojik bir sorun olup olmadığını anlamak için şu reflekslere bakılmalıdır.

- 1.Klitoral refleks: Klitoris stimülasyonu ile eksternal anal sfinkter kasılır.
- 2.Bulbokavernöz refleks: Labium majusun dış yüzeyinin çizilmesi durumunda eksternal anal sfinkter kasılır.
- 3.Anal refleks:Perianal cilt stimülasyonu ile anal sfinkterde kontraksiyon gözlenir.
- 4.Öksürük refleksi: Öksürükle perineal kaslarda kontraksiyon izlenir.

Nörolojik muayene ile herhangi bir anormalliğin bulunması inkontinansın temelinde nörolojik bir patolojiyi düşündürmelidir. Bu olgularda elektromiyografik çalışmalara yönelinmelidir.

Herhangi bir nörolojik sorun bulunmayan olgularda değerlendirme bir ileri evreye taşınmalıdır.

Primer olgunun değerlendirilmesi

Odaklanmış bir hikayeyi takiben jinekolojik muayeneye başlanılmalıdır. Bu bağlamda olgunun kotest çalışmaları, gerekiyorsa servikal kültür alınmalı; uterus ve adnekslerin duurları tuşe ile kontrol edilmelidir. Stres ve Q tip testleri Ürojinekolojik muayenenin olmazsa olmazlarıdır. İnkontinansı objektif olarak göstermek önemlidir (ancak gösterilenemeyebilir de). Devamında mutlaka pelvik organ prolapsusu açısından değerlendirilmeli yapılmalı; varsa hangi kompartman veya kompartmanlarda sorun olduğu belirlenip Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) sistemine göre objektif olarak derecelendirilmelidir. Özellikle sürekli inkontinans şikayeti olan bir olguda eşlik eden vulvada idrar kokusu mevcut; geçirilmiş pelvik veya vajinal cerrahi veya zor doğum öyküsü varsa akla mutlaka fistül getirilmelidir. Bu olgularda özellikle arka vajinal fornikte idrar göllenmesi, veya direkt idrara akışı araştırılmalıdır. Metilen mavisi testi vezikovajinal fistül tanısında etkin bir yöntemdir.

Olgularda pelvik taban ultrasonografisi yapılarak inkontinansın indirekt bulguları araştırılmalıdır (mesane duvar kalınlığı, üretro vezikal açı değişimi, posterior üretrovezial açı gibi).

Atık idrar hacmi mutlaka ölçülmeli (ultrasonografi veya Foley sonda ile) özellikle 100cc üzerindeki değerler patolojik kabul edilmelidir.

Ürodinamik çalışmaların özellikle komplike olmayan primer olgularda yeri yoktur. Diğer olgularda ise etkinliği tartışmalıdır.

Yaşam kalite skorları (QoL) olgunun inkontinans ne kadar etkilendiği objektif açıdan göstermek, bilimsel çalışmalarda bulunmak açısından uygulanabilir. Olgudan mutlaka tam idrar tahlili, idrar kültürü, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri (SGOT, SGPT, Üre, Kreatin) ve kalsiyum düzeyleri istenmelidir.

Verilerin yönetimi (Akış şeması 1,2)

Yapılan bu değerlendirme sonucunda olguda üriner enfeksiyon, diabetes mellitus, hiperkalsemi ve/veya fistül tesbit edilmişse uygun tedavilere başlanılır.

Stres testi pozitif olan olgularda cerrahi yaklaşım öncelikli olmalıdır. Bu süreçte ise gergisiz vajinal askı, tek insizyonlu mini askı veya transobturator askı olguya göre tercih edilmelidir.

Stres testi negatif olan olguda ise düşük yoğunluklu tedavilerden yüksek yoğunluklu tedavilere doğru uzanan bir spektrum hasta durumu ve beklentileri göz önüne alınarak tedavide tercih edilir. Yaşam stil değişiklikleri (örneğin kilo verme, mesane eğitimi gibi) ve medikal tedavi düşük yoğunluklu tedaviler iken pelvik taban kas eğitimi (Kegel egzersizleri, vajinal koniler, biofeedback tedaviler, elektrik stimülasyon, ekstrakorporal manyetik sandalye, sakral/tibial nöromodülasyon, mekanik cihazlar) ve cerrahi yüksek yoğunluklu tedavilerdir (Şekil 1). Ancak etkinliği en belirgin olan cerrahi yaklaşımlar olup tercihan 'midüretal askı'lar kullanılmalıdır. Bu durumlarda da komplikasyon ve etkinlik dengesi iyi etüt edilmelidir. Atık idrar hacmi >100 ml olan; enfeksiyon ve endokrinolojik bozukluğu olmayan stres negatif olgularda ise mutlaka vajen apikal ve arka kompartman değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirme sonucunda olguda rektoenterosel tesbit edilirse; rektoenteroselin cerrahi tedavisi (tercihan rektovajinal fasyanın uterosakral ligamana plikasyonu) yapılmalıdır. Olguda herhangi bir anatomik defekt tesbit edilemiyorsa 'Ani işeme hissi' (ani işeme hissi olan dolu bir mesane; tabanından iki parmakla veya ekartörle nazik bir şekilde yukarı kaldırıldığında ani işeme hissinin kaybolması) veya 'Pesser testi' (vajene uygun bir silindir şeklinde pesser yerleştirildiğine noktürinin veya ani işeme hissinin kaybolması) uygulanmalıdır. Bu testlerden hangisi uygulanırsa uygulanılsın ani işeme hissi ve/veya noktüri ortadan kalkıyorsa bunun anlamı 'ute-

rosakral/kardinal ligaman gevşekliği' var demektir ki bu ligamanları güçlendirici cerrahi yapılmalıdır (uterosakral ligaman plikasyonu/kardinal ligaman kısaltılması, Servikosakropeksi -CESA, Vaginosakropeksi -VASA, Posterior İntravajinal Slingoplasti -PIVS gibi). Bu testler yapıldığında olguda semptomlar ortadan kalkmıyorsa böyle bir olgunun tedavisinde antimuskarinik ajanlar ön planda düşünülmelidir.

Sonuç

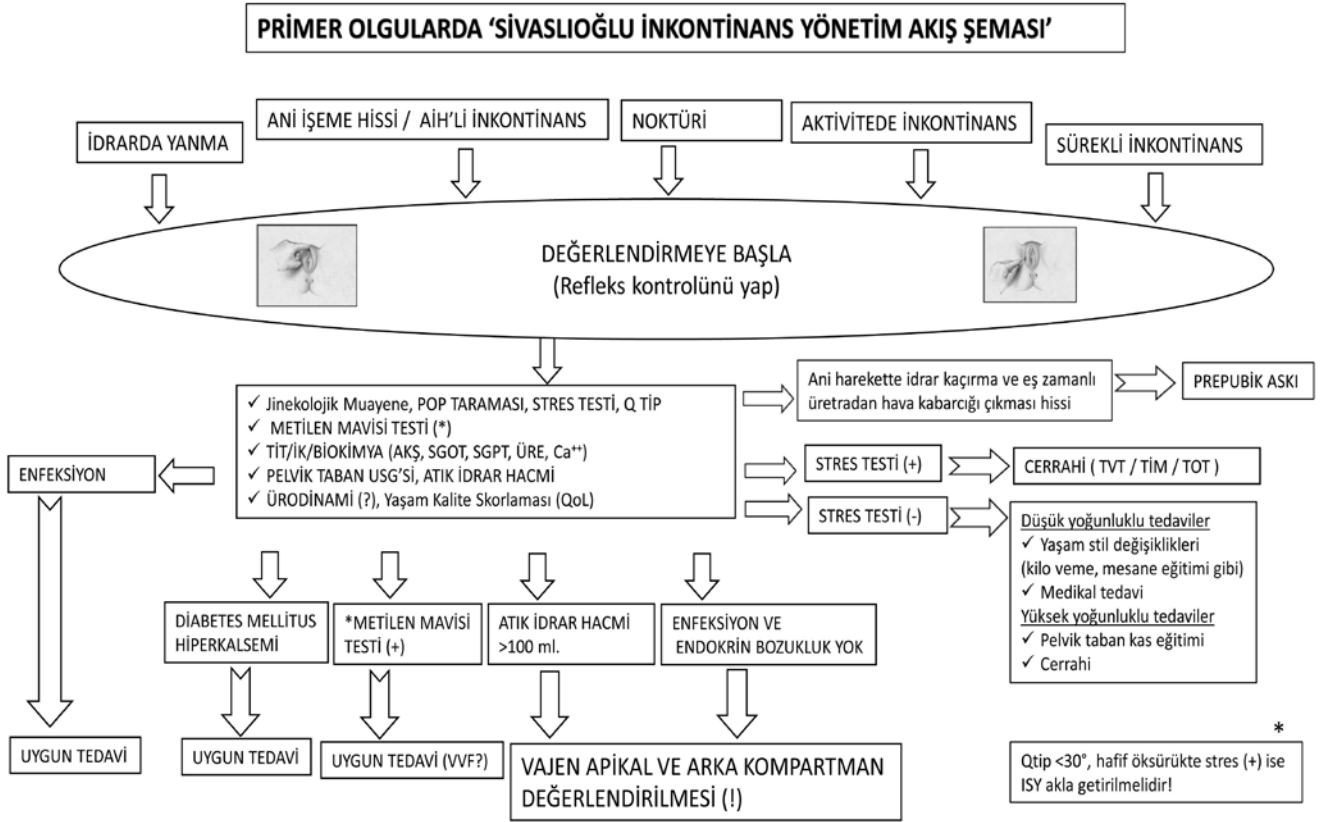
Tanınmış derneklerin çoğu üriner inkontinansın yönetiminde hala eski bilgilere rağbet etmekte yeni gelişmelere kendini kapatarak tedavide inanılmaz sorunlu olabilecek bir 'kriz dönemine' hızla yelken açılmasına neden olmaktadır. Örneğin aşırı aktif mesane (AAM) sendromu tedavisi için antikolinergik kullanımı tedavinin esası olarak tanıtılmaktadır. Oysa antikolinergik kullanımı ile beyin atrofi arasındaki ilişki ortaya konulmuştur (17). Öte yandan İnkontinans için 5. Uluslararası Konsültasyon AAM'nin detrusor aşırı aktivitesi nedeniyle oluştuğunu 'sandıklarını' ve ilaç tedavisinin 'düş kırıklığına uğrattıcı' olduğunu bildirmektedirler. Buna karşın 'üriner inkontinans için akış şema'larında da hiç bir değişikliğe gitmeyerek çelişkili bir durum yaratmaktadır. Oysa Integral Sistem bazlı akış şemasında 'antikolinergik' kullanımı minimal ancak rasyoneldir.

Benzer şekilde, İntegral Sistem özellikle uterosakral ve kardinal ligamanlara büyük önem vermekte ve pelvik taban bozukluklarının tedavisinde genel olarak ligamanların güçlendirilmesini savunmaktadır (18,19). Özellikle bu ligamanların güçlendirilmesinin kadınlarda ani işeme hissi/ani işeme hisli inkontinans tedavisinde %85'lere varan oranda cerrahi başarı birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (20, 21). Öte yandan uterosakral ligamanların bir band yardımıyla güçlendirilmesi (PIVS) sadece prolapsusu ortadan kaldırmakla kalmayıp aynı zamanda inkontinans, pelvik ağrı, noktüri gibi semptomları büyük oranda tedavi ettiği bildirilmiştir (22).

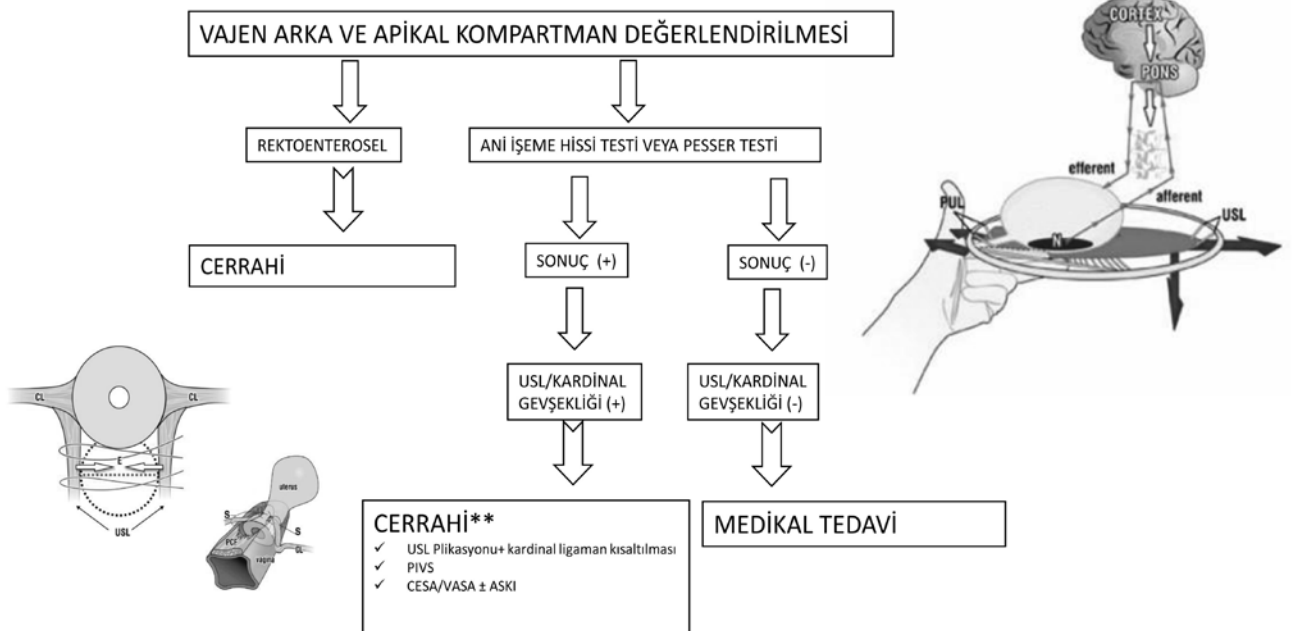
Bu akış şemasında ürodinami, stres pet testi, işeme günlüğü gibi bilgilendirici testler aktif olarak önerilmemekte bunların yerine özellikle pelvik taban ultrasonografisi ön plana çıkarılmaktadır.

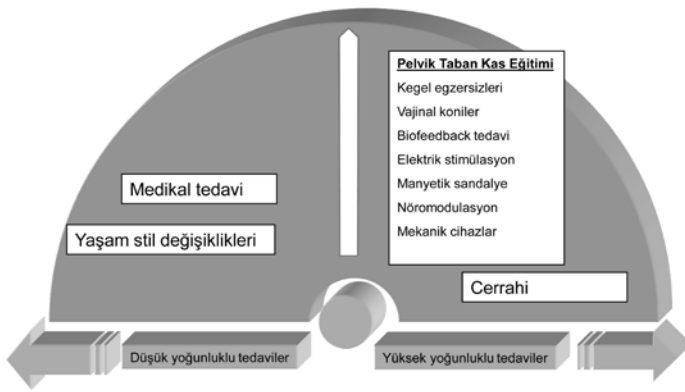
Sonuç olarak İntegral Sistem tabanlı üriner inkontinans yönetim akış şeması kullanımı kolay, basit ve genel olarak inkontinans tedavisine yeni bir soluk getirmektedir. Hiç şüphesiz ki verilerden elde edilecek bilgiler ışığında yeniden güncellenecek ve şekillenecektir.

Akış Şeması 1



Akış Şeması 2





Şekil 1. Üriner inkontinans'da tedavi spektrumu

Referanslar

1. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, et al., Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008, *J Urol.* 2011 August, 186(2): 589–593. doi:10.1016/j.juro.2011.03.114
2. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence, *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40. doi: 10.1002/nau.20870.
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, *Incontinence*, 5th edn. ICUD-EAU 2013.
4. American Urogynecological Society, Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment, *Obstetrics & Gynecology*: June 2014 Volume 123-Issue 6- p1403–1407. doi: 10.1097/01.AOG.0000450759.34453.31
5. Syan R, Brucker BM, Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int.* 2016 Jan;117(1):20-33. doi: 10.1111/bju.13187. Epub 2015 Jul 1.
6. National Institute for Health and Care Excellence. *Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women.* National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2013. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/cg171-urinary-incontinence-in-women-full-guideline3>.
7. Bettez M, Tu LM, Carlson K et al. 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J* 2012; 6: 354–63
8. Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *The American Urological Association. J Urol* 1997; 158: 875–80
9. Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol* 2010;183:1906–14
10. Urinary incontinence. In: *Guidelines for Preventive Activities in General Practice*, 8th edn. East Melbourne, Vic.,

Australia: Royal Australian College of General Practitioners, 2012:80–1

11. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. *Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline 2014 Update.* The American Urological Association Education and Research, Inc., 2014 <http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf>.

12. Nergizoglu G, *Kılavuzların güçlü ve zayıf yönleri* http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/14_KONGRE_Sunular/19052012/Kilavuzlarin_Guclu_ve_Zayif_Yonleri_Gokhan_Nergizoglu.pdf

13. Lenzer J, *French guidelines are withdrawn after court finds potential bias among authors*, *BMJ* 2011;342:d4007 doi: 10.1136/bmj.d4007

14. Petros PEP, and Ulmsten UI, *An integral theory of female urinary incontinence*, *Experimental and clinical consideration*, *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69 Suppl 153: 7-31

15. Florian Wagenlehner, Ion-Andrei Muller-Funogea, Gianpaolo Perletti, Burkhard Abendstein, Klaus Goeschen, Hiromi Inoue, Yuki Sekiguchi, Akin Sivaslioglu, Max Haverfield, Peter Richardson *Vaginal apical prolapse repair using two different sling techniques improves chronic pelvic pain, urgency and nocturia – a multicentre study of 1420 patients* *Pelvipelvicology* 2016; 35: 99-1

16. Risacher SL, McDonald BC, Tallman EF, et al *Association Between Anticholinergic Medication Use and Cognition, Brain Metabolism, and Brain Atrophy in Cognitively Normal Older Adults.*

JAMA Neurol. 2016 Jun 1;73(6):721-32. doi: 10.1001/jama-neurol.2016.0580.

17. Andersson K-A, Chapple C, Cardozo L, et al. *Pharmacological Treatment of Urinary Incontinence in Incontinence 5th International Consultation Paris Feb. 2012; ISBN 978-9953-493-21-3.* Editors Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A; pp. 623-728.

18. Inoue H, Kohata Y, Fukuda T, Monma M, et al *Repair of damaged ligaments with tissue fixation system minisling is sufficient to cure major prolapse in all three compartments: 5-year data* *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017 doi:10.1111/jog.13413

19. Petros PE & Ulmsten U, Papadimitriou J, *The Autogenic Neoligament procedure: A technique for planned formation of an artificial neo-ligament.* *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1990; Supp.153; 69; 43-51.

20. Jäger W, Mirenska O, Brügge S, *Surgical Treatment of Mixed and Urge Urinary Incontinence in Women*, *Gynecol Obstet Invest* 2012;74:157–164, DOI: 10.1159/000339972

21. Sekiguchi Y1, Kinjo M, Maeda Y, Kubota Y. *Reinforcement of suspensory ligaments under local anesthesia cures pelvic organ prolapse: 12-month results.* *Int Urogynecol J.* 2014 Jun;25(6):783-9.

22. Sivaslioglu AA, İlhan TT, et al. *The comparison of the anatomical and symptomatic outcomes of sacrocolpopexy and posterior intravaginal slingoplasty.* *Int Urogynecol J.* 2011 Nov;22(11):1363-8. doi: 10.1007/s00192-011-1442-z. Epub 2011 May 12.