

Kadınlarda İdrar Kaçırma

Doç Dr. Erdoğan Aslan



3 Nisan 2019 / BTO



ÜRİNER İNKONTİNANS EPİDEMİYOLOJİ

- Ü.İ prevelans %20 - 50
- Kadınlarda sıklığı , 6 -10 x erkek
- Yaş arttıkça sıklığı artıyor
- Postmenopozal kadınların yaklaşık %60-70 inkontinan
- 2040 yılında kadın popülasyonunun %22 si > 65 y
- Hospitalizasyon hızı , 44 / 100000
- Ortalama hospitalizasyon süresi 2,1 gün
- Şiddetli Ü.İ prevelans %7-10

THE JOURNAL OF UROLOGY Vol. 173, 1295–1301, April 2005

ÜRİNER İNKONTİNANS EPİDEMİYOLOJİ

- Ayaktan takip sıklığı:

– 1994 → 2000 , 845 → 1,845 / 100,000

- Ayaktan cerrahi tedavi sıklığı:

– 1992 → 2002 , 60 → 142 / 100,000

- Medikal masraf:

– 1992 → 2002 , 128 → 234 milyon \$

- Tedavide primer prosedür olarak **cerrahi** sıklığı:

– 1994 → 2000 ; 59 → 33 / 100,000

ÜRİNER İNKONTİNANS SOSYAL İMPAKT

Number of articles cited in MEDLINE using the search terms 'urinary incontinence' and 'quality of life'

Publication year	Articles cited in MEDLINE (n)
1976–1980	0
1981–1985	1
1986–1990	1
1991–1995	21
1996–2000	124

European Urology

QoL çalışmaları PubMed 2000-2019

PubMed



"urinary incontinence" AND "quality of life" |

[Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾ Per page: 20 ▾

Send to ▾

Best matches for "urinary incontinence" AND "quality of life":

[Effect of electromyographic biofeedback as an add-on to pelvic floor muscle exercises on neuromuscular outcomes and **quality of life** in postmenopausal women with stress **urinary incontinence**: A randomized controlled trial.](#)

Bertotto A et al. Neurourol Urodyn. (2017)

[Urinary incontinence and **quality of life** of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey.](#)

Göral Türkcü S et al. Psychogeriatrics. (2017)

[Effect of home-based Kegel exercises on **quality of life** in women with stress and mixed **urinary incontinence**.](#)

Cavkaytar S et al. J Obstet Gynaecol. (2015)

[Switch to our new best match sort order](#)

Search results

Items: 1 to 20 of 4916

<< First < Prev Page 1 of 246 Next > Last >>



QROC

KAIZEN



LimaCorporate

Özel

MEDICABIL

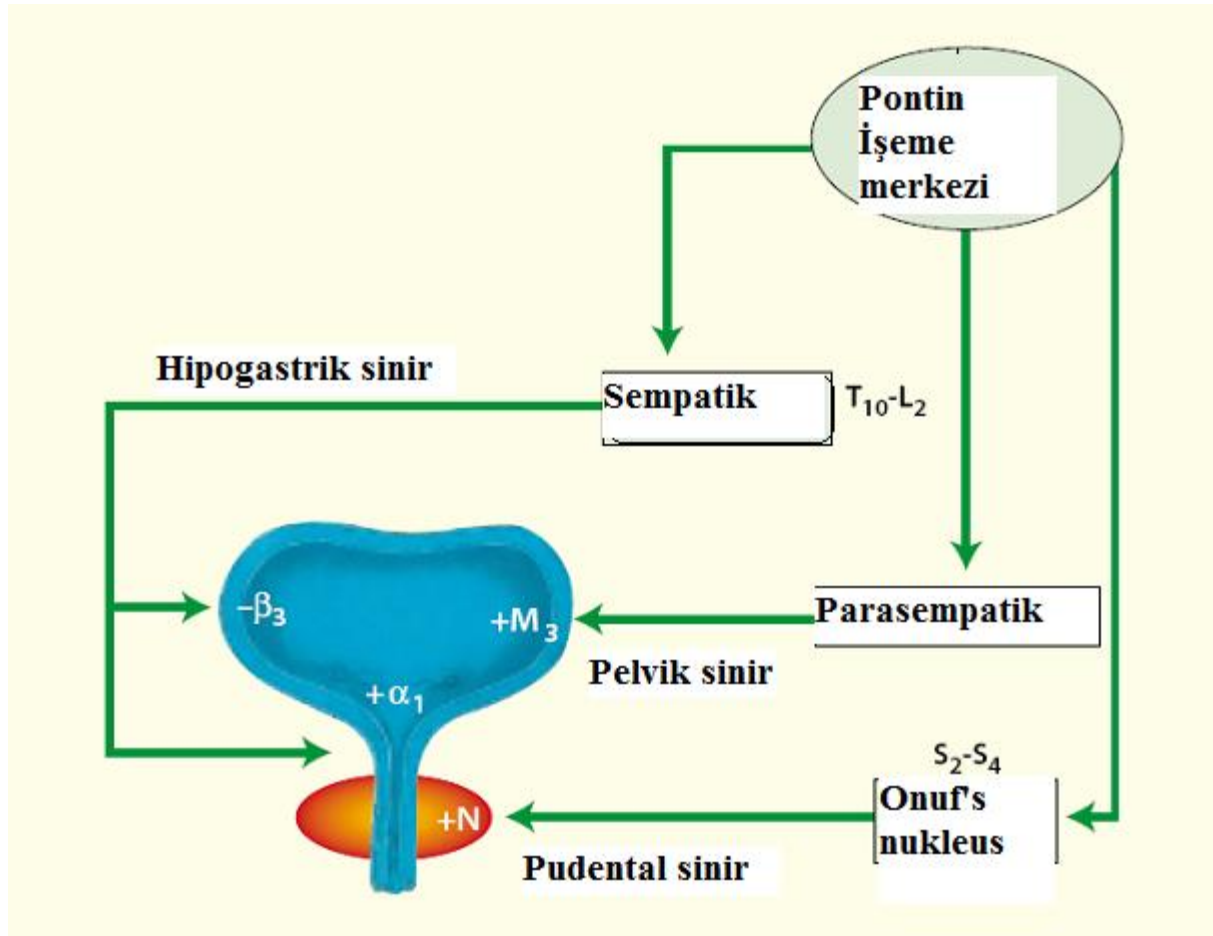
Hastanesi Bursa

- Hayat kalitesi
 - Sosyal izolasyon
 - Stigmatizasyon
 - Yardımcı malzemeler sebebiyle fiziksel kısıtlamalar
 - Fiziksel aktivitelerden uzak kalma
 - Tuvalet haritalama
 - Sıvı kısıtlaması
 - Enfeksiyon, sepsis, cilt lezyonları ve düşme riskinde artış gibi önemli tıbbi morbiditeler
 - Depresyon, psikolojik stres

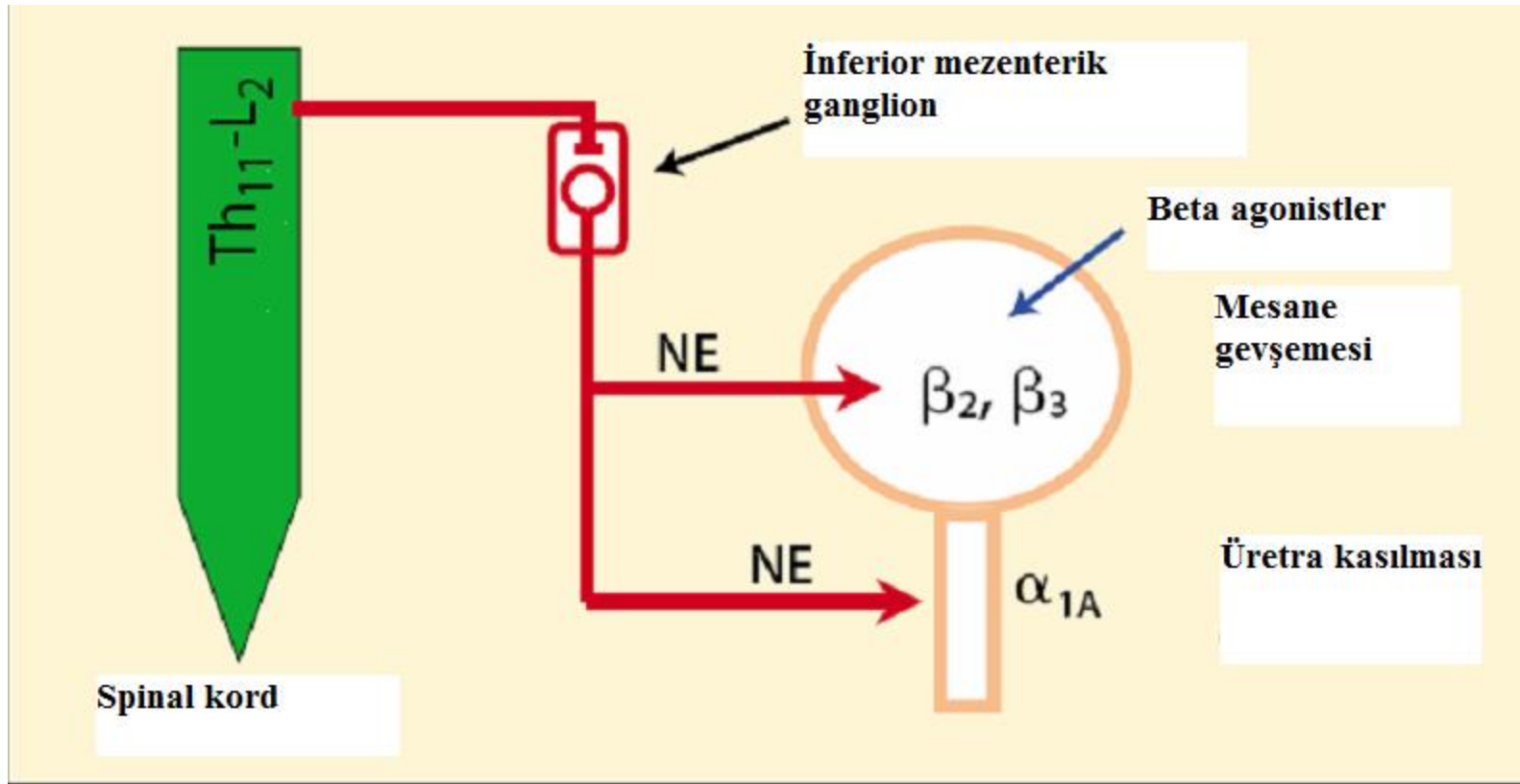
ALT ÜRİNER SİSTEM

- Depolama Fonksiyonu
- Boşaltma Fonksiyonu

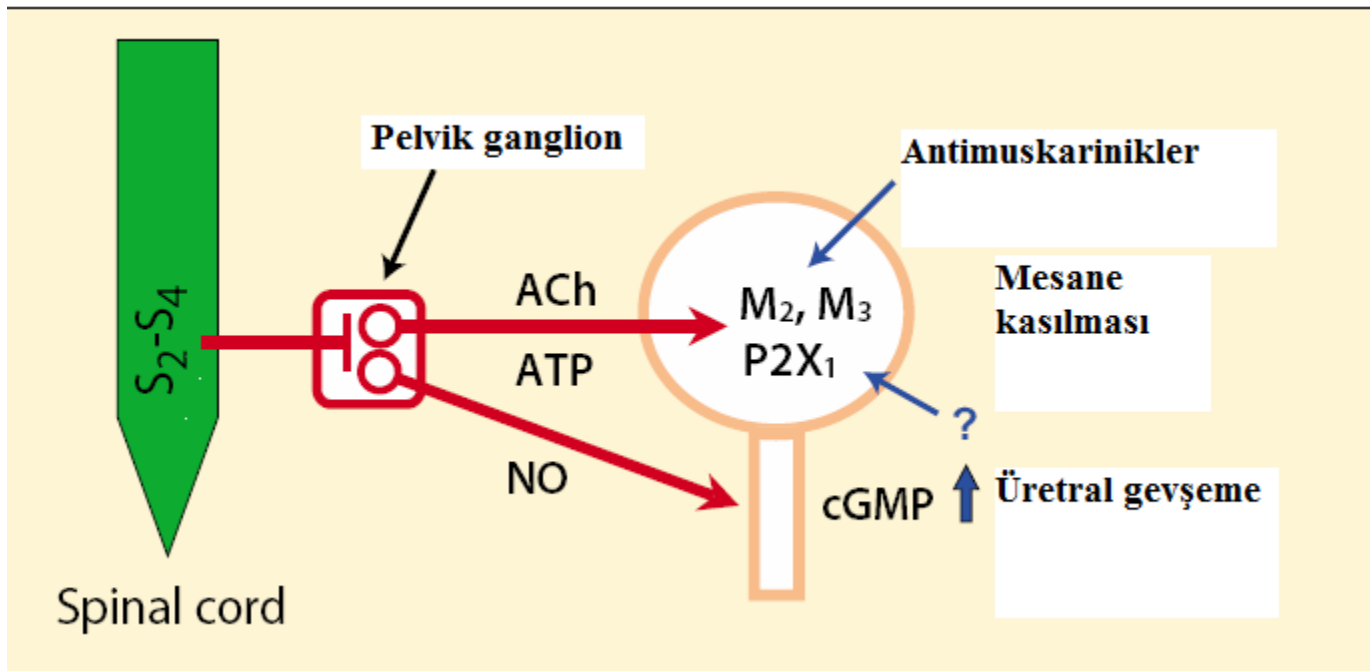
İşemenin Nöroanatomisi



Depolama: Sempatik Sinir Sistemi



Boşaltma: Parasempatik Sinir Sistemi



- Alt üriner sistemin iki temel işlevinin (boşaltma-depolama) herhangi birindeki bir bozukluk veya ikisi arasındaki koordinasyonda bir bozukluk inkontinansa neden olur.

Sosyal ve/ya hijyenik bir sorun teşkil eden ve objektif olarak gösterilebilen istem dışı idrar kaçırılmasıdır.

ICS 2002

Uriner İnkontinans

1. Stres İnkontinans (~%50) (SUI)
2. Urge İnkontinans (~%30) (UUI)
3. Mikst İnkontinans (~%20) (MUI)
4. Taşma İnkontinansı
5. Kontinü İnkontinans (By-Pass İnk)
6. Fonksiyonel İnkontinans

Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAM)

- Günde 8 kez veya daha fazla sayıda sıkışma hissi ile idrar yapma
- İdrar kaçırma yok
- Ağrılı Mesane Sendromları (Interstisyel Sistit) ile ayırcı tanı.



Stres (Zorlama ile) inkontinans



Urgency (Sıkışma ile) Inkontinans



“Unfortunately, we do not yet have complete knowledge of the anatomy of the urethra and surrounding structures or an entirely satisfactory understanding of the physiology of the delicate sphincter mechanism by which urination is controlled. For this reason it has been difficult to evaluate the importance of various anatomic changes which are usually observed in cases of urinary stress incontinence”

Aldridge 1946

Neden inkontinans patofizyolojisini daha iyi anlamalıyız?

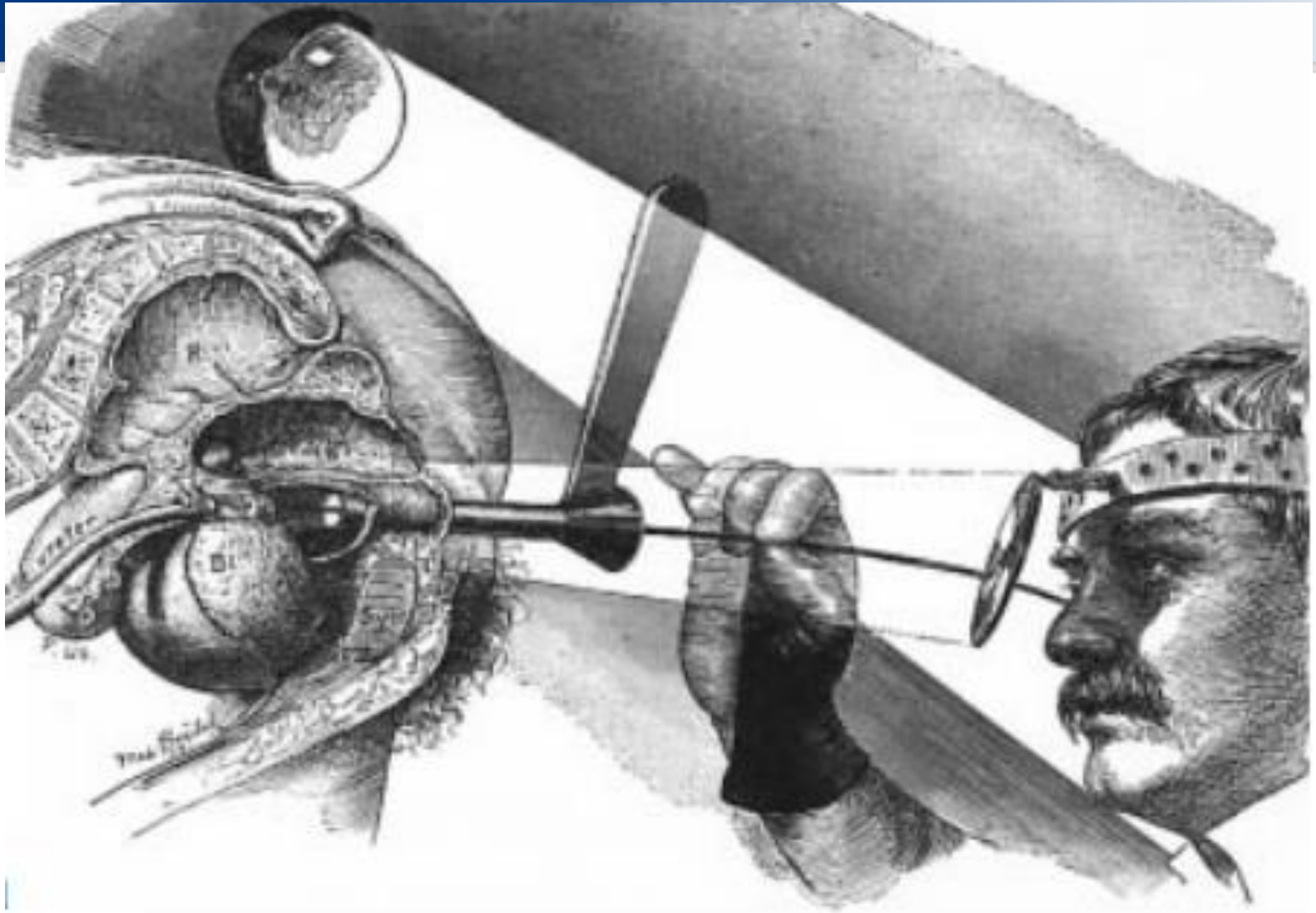
- Tıp tarihinde 150 den fazla inkontinans ameliyatı tanımlanmış
- Günümüze kadar başarı oranları giderek artıyor
 - Kelly-Kenedy Plikasyonu (%42)
 - Burch Kolposüspansiyonu (%82)
 - Midüretal Slingler (~%90>)
- Komplikasyon oranlarını ve rekürrensleri düşürmek

İnkontinans Patofizyolojisi- Tarihsel Perspektif

- Erken anatomik teoriler
 - Tanı yöntemleri kısıtlı- sadece FM
 - Doğum- Kadınlarda sadece en sık ölüm nedeni değil pelvik taban hasarının da ana kaynağı
 - Pelvik taban ile ilgilenen hekimlerin ana ilgi alanları procidentia ve fistüller

İnkontinans Patofizyolojisi- Tarihsel Perspektif

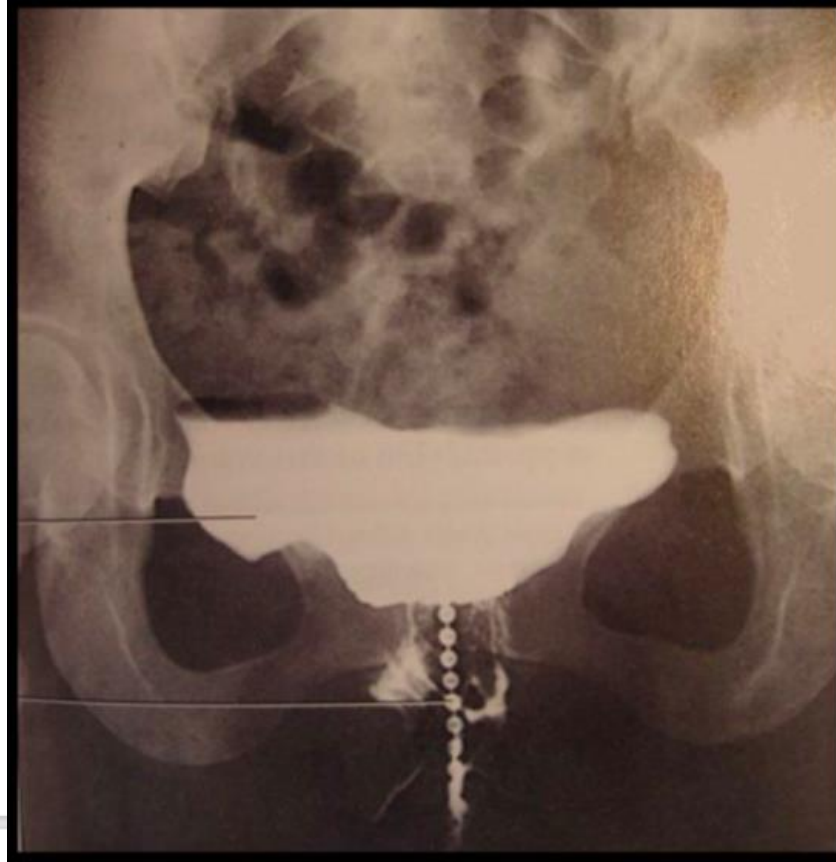
- UI minör bir problem ve üzerinde çok durulmuyor
- FM
 - Üretranın dislokasyonu
 - Anterior Vajinal duvar prolapsusu
- Elektrik enerjisinin bulunması
- Kelly Sistoskopisi (İlk değil ama kullanım kolaylığı)



– Bonney (1923)

- SUI tarifini, epidemiyolojisini
- Doğum ile ilişkisini
- Puboservikal kas tabakasının laksitesi
- Mesanenin symfisis pubisin altına düşmesi
- Uretrada subpubik açıda rotasyon
- Superior, Mid, distal kısımların laksitesini gözlemlemiş
- Distalin destek kaybının daha çok ink yaptığı

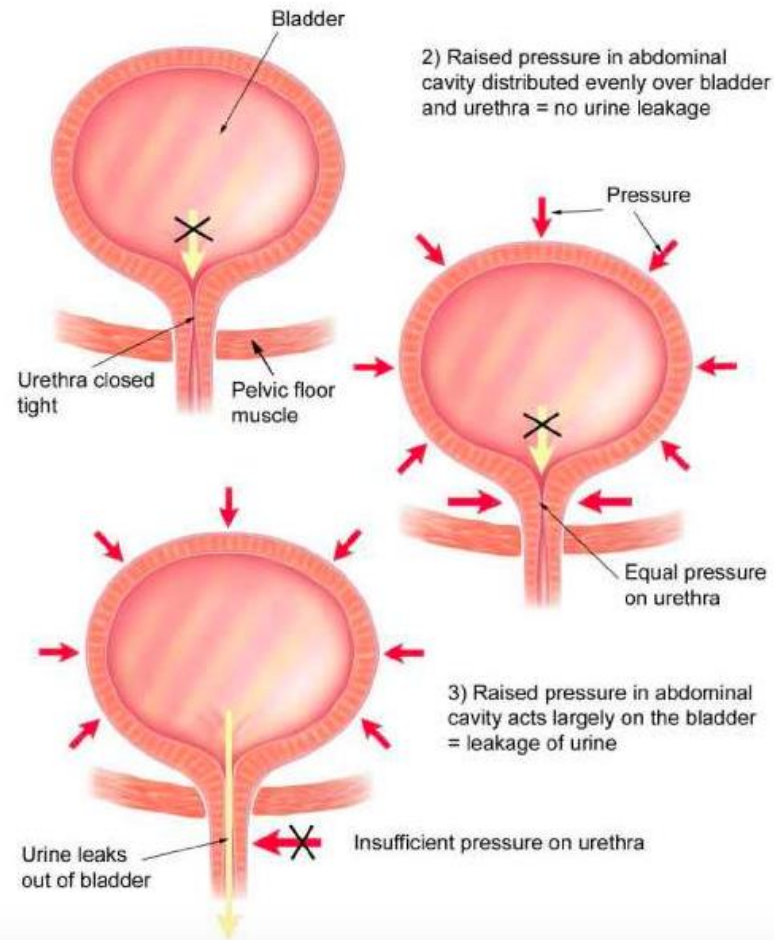
- 1930 'larda Radyografi dominant tanısal araç
- Stevens ve Smith (1937)- Boncuk zincirli sistogram

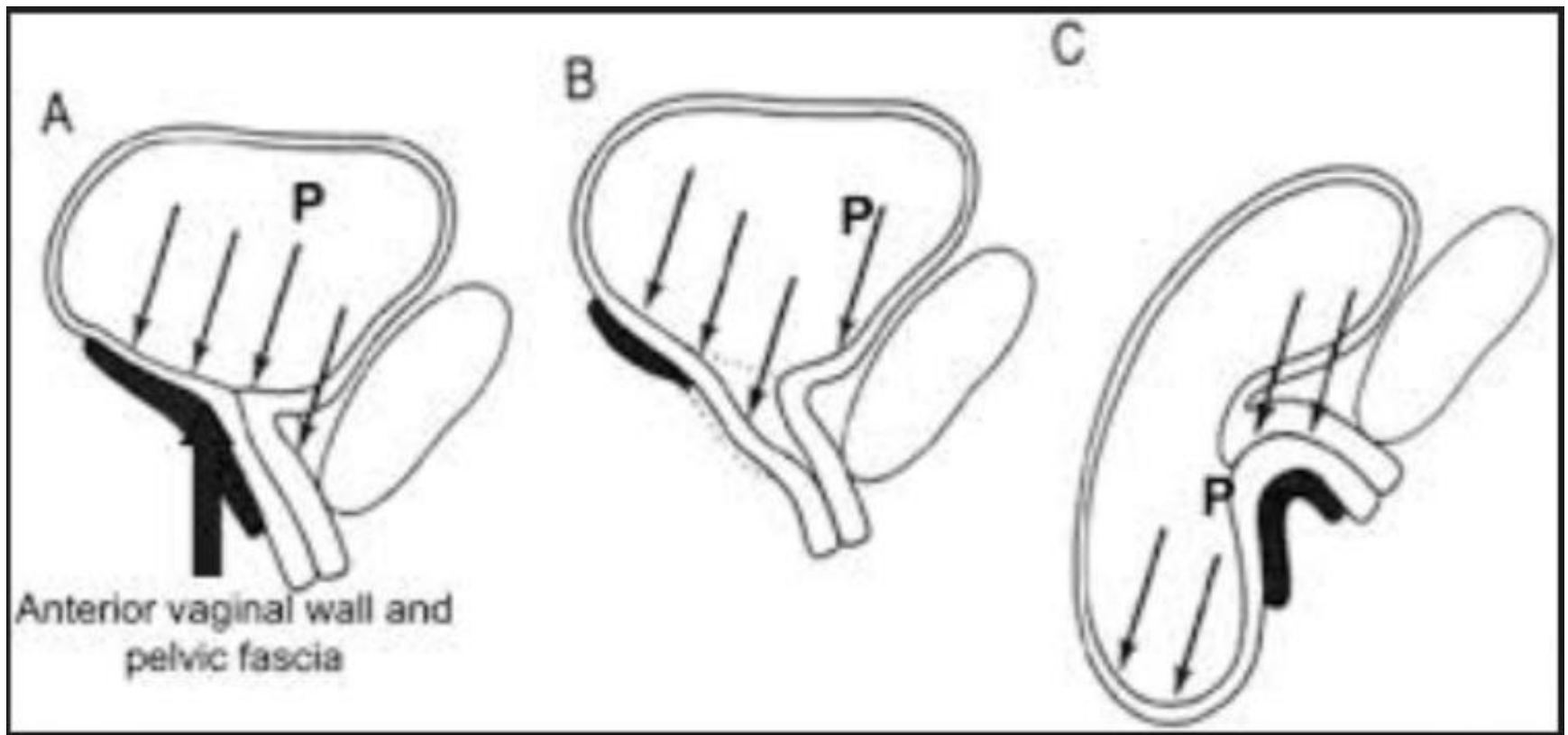


- Sagittal imajlarda mesane tabanının üretraya doğru hunileşmesi
- Anatomik değişikliklerin sadece sfinkterin zayıf olmasına sekonder geliştiği kanaati
- Sfinkterin önemi vurgulandı

- Basiñç ileti teorileri

- Barnes (1940) manometri ve saat zinciri ile sistografiyi birlikte kullanarak videoürodinaminin temeli
- Uİ da üretranın rolü
- Sadece peripartum olusan hasarla iliskili olmadığı
- Gerçek etiyoloji ne olursa olsun “ya idrarı mesaneden dışarı atan güçlerin artması ya da üretranın direncini oluşturan güçlerin azalması veyahu da her ikisinin kombinasyonu” sonucu Uİ oluşur





- Solid-state transduserlerin bulunması
- Enhörning (1961)- 5 cm aralıklı 2 basınç transduserinin aynı anda kullanılması ile aynı anda intravezikal ve üretral basınçların ölçülmesi
- Batın içi artan basıncın sfinkter üzerine iletilmesi ile kontinans sağlanıyor.
- SUI da üst üretra hunileşiyor ve fonksiyonel olarak mesanenin bir parçası oluyor.

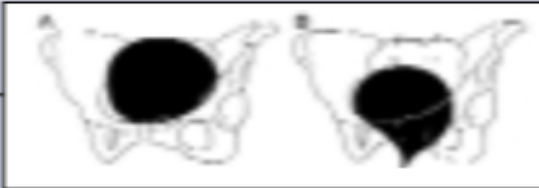
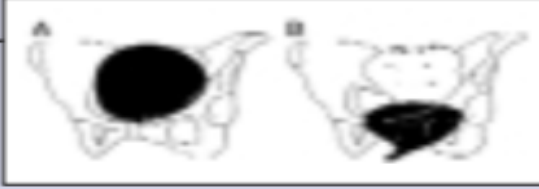
- Sfinkterik disfonksiyon teorileri
 - 1960-70 ler basınç ileti teorilerinin daha geliştiği ve retropubik üretropeksi operasyonlarının yaygınlaştığı yıllar
 - Nörofizyolojik çalışmalarla bakış açısı tekrar sfinktere yöneldi

- Snook (1985)- Pelvik taban denervasyonu
- Pudental sinirin perineal dalında uzamış ileti zamanı
- Basınç ileti teorileri ile nörofizyolojik çalışmalar aslında birbiri ile örtüşmedi
- Yeni bir SUI subklası ortaya çıktı→ İntrinsik Sfinkterik Yetmezlik

- SUI patofizyolojisinin segmentasyonu
 - MUKB < 20cmH2O
 - Valsalva LPP + Floroskopi
 - Düşük üretral kapanma basınçları retropubik üretropeksi operasyonları ile istenilen derecede yanıt vermiyor
 - Bu operasyonlar bozulmuş anatomiye sekonder gelişen eşit olmayan abdominal basınç iletimini düzeltiyor.

- Mc Guire (1996)-> tip I-II-III (ISD)
- Blaivas ve Olsson (1998) Tip 0-I-IIa-IIb-III
Tip 0- IIb → Retropubik Uretropeksi
Tip III → Subüretral Sling
- Etiyolojinin dikotomizasyonu anatomik ve fonksiyonel teorileri geçerli kıldı

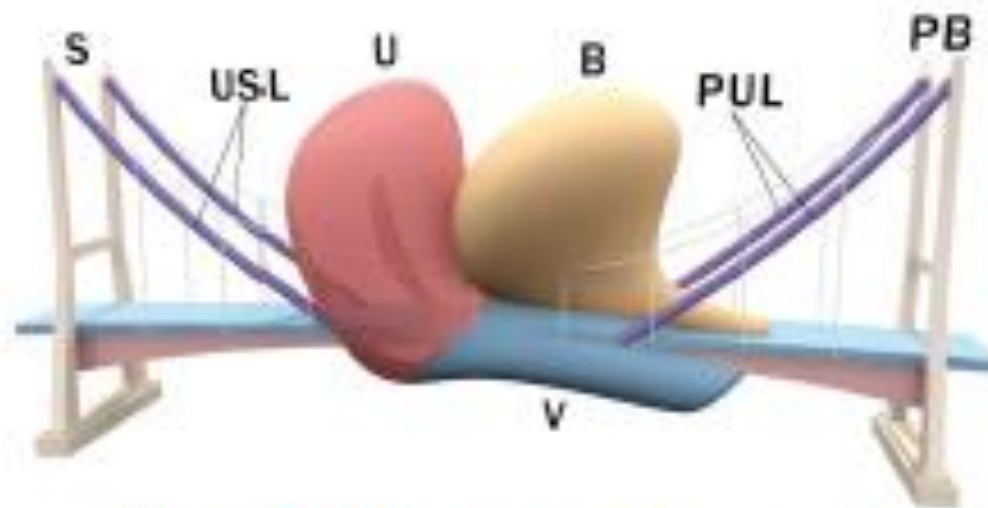
Classification of Stress Urinary Incontinence by Blaivas and Olsson

Classification	Findings	Fluoroscopic Image
Type 0	A. Rest: flat bladder base above symphysis pubis	
	B. Cough: rotational descent of urethra and bladder base; no leakage	
Type I	A. Rest: flat bladder base above symphysis pubis	
	B. Cough: bladder base descends; vesical neck and urethra open with leakage	
Type IIA	A. Rest: flat bladder base above pubis	
	B. Cough: marked descent and rotation of bladder and urethra below pubis; urethra opens widely with leakage	
Type IIB	A. Rest: flat bladder base below pubis	
	B. Cough: further descent and rotation of bladder and urethra below pubis; urethra opens widely with leakage	
Type III	A. Rest: bladder base above pubis; vesical neck and urethra are open	
	B. Cough: bladder base above pubis; vesical neck and urethra are open	

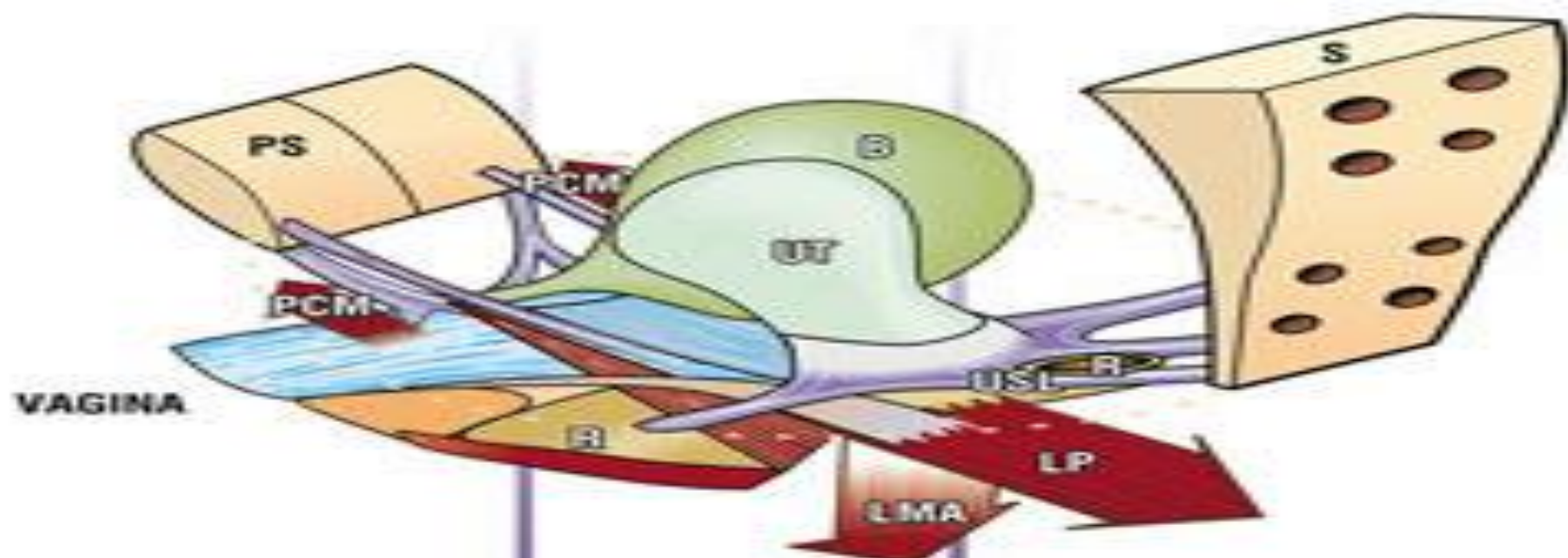
- DeLancey (1996)- Hamak hipotezi
 - Puboservikal fasya mesane boynuna destek-basınç iletiminde dayanak (Bonney-Enhörning)
 - Fasyanın levatör ani ile ilişkisi- nöromüsküler disfonksiyon

- Petros- Ulmsten (1990) –İntegral Teori
Kadın üriner kontinans mekanizmasında
işlevsel olan bütün faktörlerin etkileşimi

PETROS' s Integral Theory



Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1990;153:7-31



ANTERIOR

Urethrocoele

PUL Hammock EUL

Stress
incontinence

MIDDLE

Cystocele
Para-vaginal
defect

PCF ATFP

POSTERIOR

Enterococele
Uterine prolapse
Vaginal
vault prolapse
USL RVF PB

abnormal
emptying

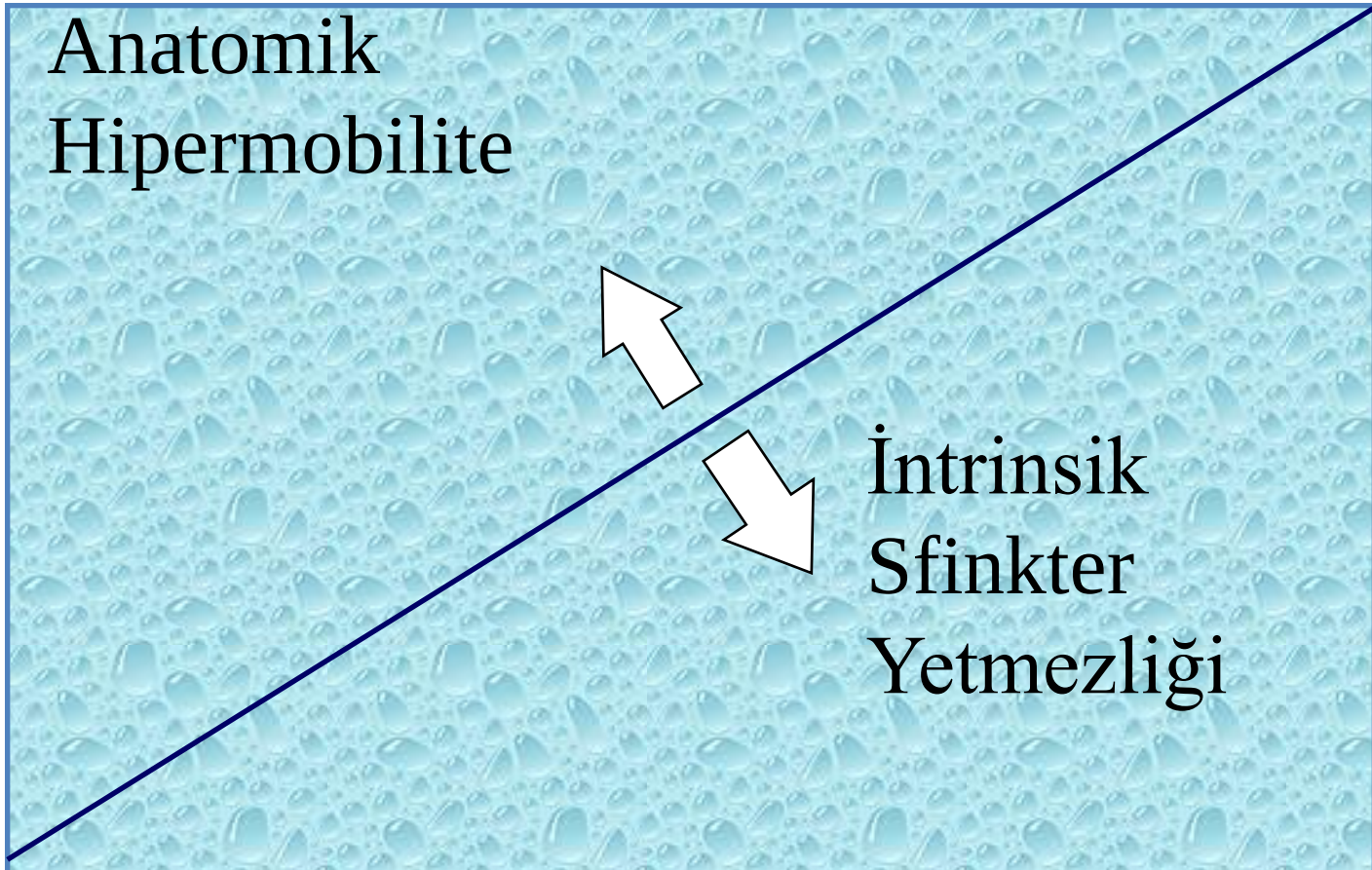
frequency and
urgency

nocturia

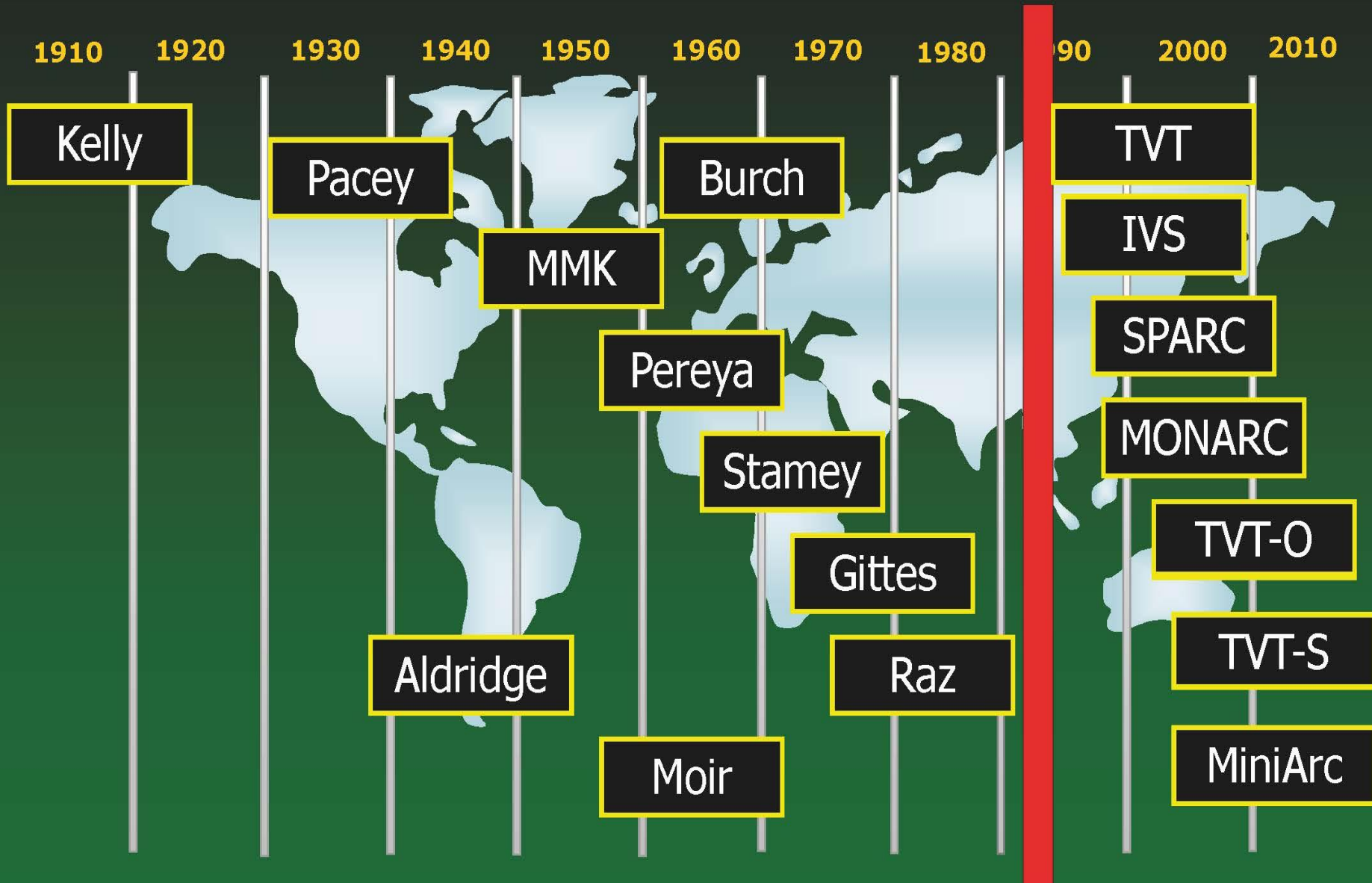
faecal
incontinence

pelvic pain

Stres Üriner İnkontinans



Kontinans Cerrahisinin Evrimi



İnkontinanslı hastanın değerlendirilmesi

- Anamnez
- İşeme günlüğü
- Ped testi
- Laboratuvar tetkikleri
- Fizik Muayene
 - POPQ
 - Stres test
 - Nörolojik Muayene
 - Q-tip test
 - Ürodinami

- Yakınmaların süresi
- Üriner enfeksiyon varlığı, taş öyküsü (disüri, hematüri)
- Gündüz-gece idrara çıkma sıklığı,
- Geçirilmiş üriner, pelvik veya spinal cerrahi girişimler
- DM
- Konstipasyon
- Kullanılan ilaçlar ve ilaç dışı diğer maddeler
- Nörolojik bir patoloji düşündüren yakınmalar
- Prolapsusa bağlı obstrüktif semptomlar
- Obstetrik anamnez: Gebelik, doğum sayısı, şekli, bebek doğum ağırlığı
- Semptomların başlangıcı ile doğum ya da menapoz döneminin ilişkisi, HRT

- İnkontinansın ürojinekolojik olmayan nedenlerini değerlendirmek ve dışlamak (DIAPPERS)
- Birincil sorunun idrar depolamada mı yoksa boşaltmada mı olduğunu tespit etmek
- Semptomlarına dayanarak inkontinans tipini ve olası etiyolojileri saptamak
- Epizotların tipini ve hastanın işlevsel yeteneği ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini tespit etmek

- D** Deliryum/konfüzyonel durum
- I** Enfeksiyon (semptomatik)
- A** Atrofik üretrit/vajinit
- P** Farmasötikler
- P** Psikiyatrik nedenler (özellikle depresyon)
- E** Aşırı üriner output (hiperglisemi, hiperkalsemi, konjestif kalp yetmezliği)
- R** Mobilite kısıtlılığı
- S** Fekal impakt

- İnkontinansın ürolojik olmayan nedenlerini değerlendirmek ve dışlamak (DIAPPERS)
- Birincil sorunun idrar depolamada mı yoksa boşaltmada mı olduğunu tespit etmek
- Semptomlarına dayanarak inkontinans tipini ve olası etiyolojileri saptamak
- Epizotların tipini ve hastanın işlevsel yeteneği ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini tespit etmek

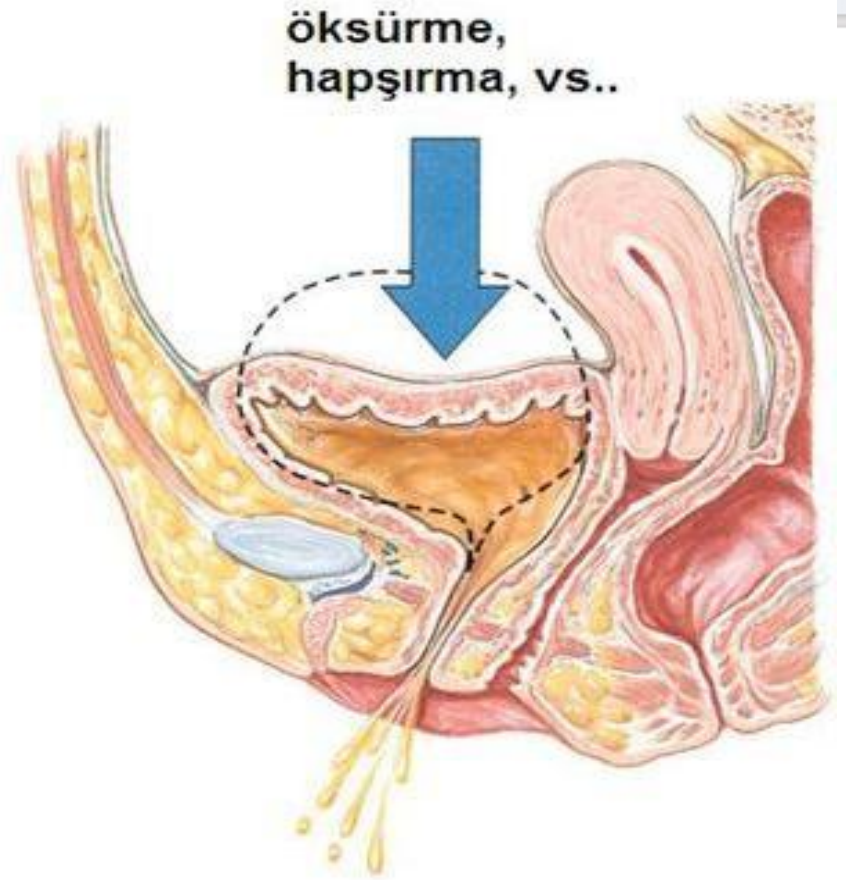
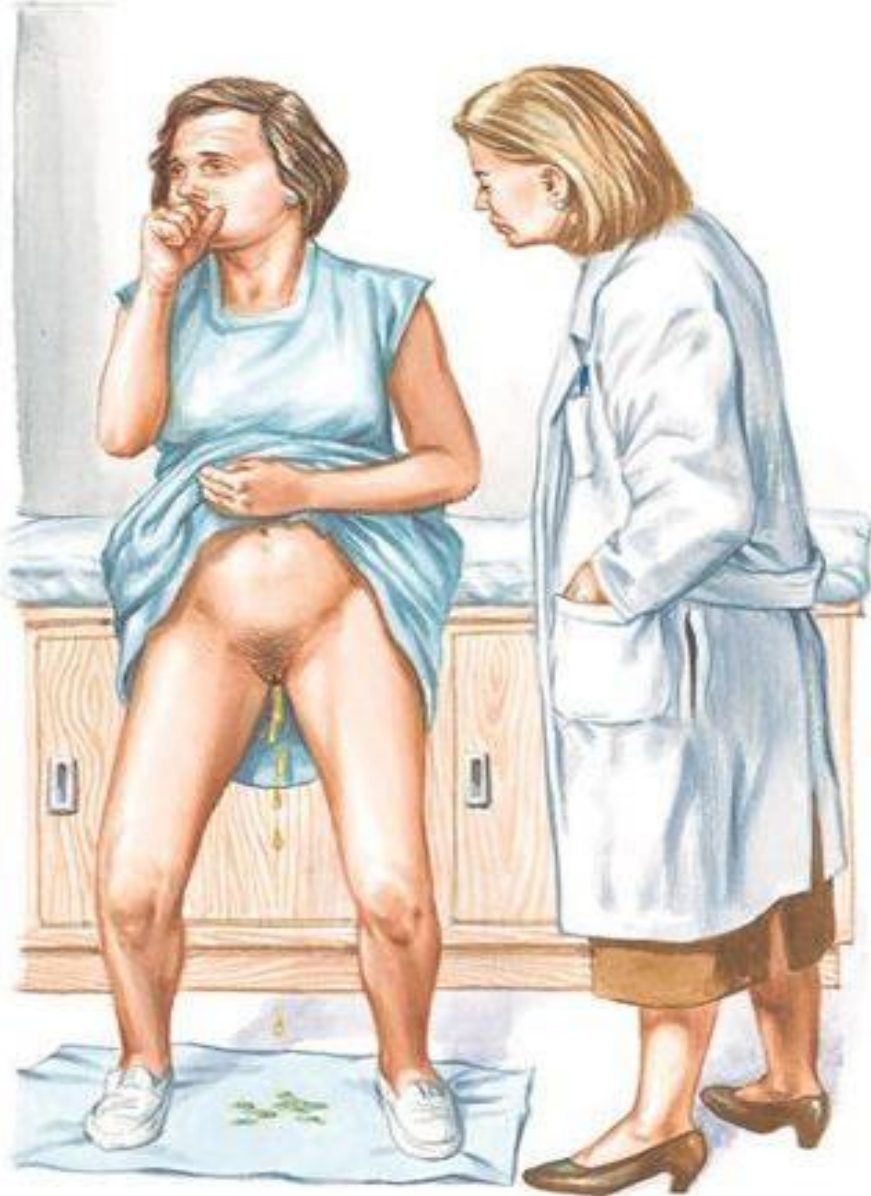
Mesane çizelgesi ya da işeme günlüğü (sıklık volüm tablosu)

Saat	Tuvalete işeme	Az miktarda inkontinans	Fazla miktarda inkontinans	İnkontinans nedeni	Alınan sıvı
06-08					
08-10					
10-12					
12-14					
14-16					
16-20					
20-22					
22-gece					
Tüm gece					
Günlük ped sayısı					
İnkontinans sayısı					

Yaşam Kalite Anketleri

- Incontinence Impact Questionnaire
- Urogenital Distress Inventory
- Incontinence Symptom Severity Index
- King's Health Questionnaire
- Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms

İdrar Kaçırmanın Muayene ile Tespit Edilmesi



Üriner İnkontinans Tedavisi

- Davranışsal ve Non-farmakolojik tedaviler
- Farmakolojik Tedaviler
- Cerrahi Tedaviler

Davranışsal ve Non-farmakolojik tedaviler

- Sıkışma veya stres tipi inkontinans olan hastaların çoğunda tedavinin ilk aşaması davranışsal terapi olmalıdır.
- Hafif inkontinans vakalarında basit yaşam tarzı değişiklikleri yararlıdır.
- İlk basamak olarak özellikle akşamları sıvı kısıtlaması ve kafein, alkol alınmaması önerilir.
- Hasta obez ise kilo vermesi önerilir

Mesane Eğitimi

- Bu teknik hastaların programlı zamanlarda işeme şeklinde eğitilmeleri ile işeme reflekslerini kontrol etmelerini sağlar.
- İnkontinans paternini ve inkontinan epizot aralıklarını belirlemek için hastadan yaklaşık 1 hafta işeme kaydı tutması istenir.
- Daha sonra hastanın alışılmış inkontinans aralıklarından daha kısa aralıklarla bir zamanlı işeme programı geliştirilir.

- Sıkışma hissi olsun olmasın hastanın her işeme zamanında mesanesini olabildiğince tam boşaltması istenir.
- Programa göre işeme zamanı gelmeden sıkışan hastaların gevşeme kasılma teknikleri ile sıkışma hissi geçene kadar beklemesi ve daha sonra programa göre işeme zamanı geldiğinde işemesi önerilir.

- Hasta o zamana kadar idrarını tutamıyorsa işlemeli ancak bir sonraki işeme zamanında tekrar tuvalete gitmelidir.
- İnkontinans epizotlarının sayısı azaldıkça rahat bir işeme aralığı elde edilene kadar zamanlı işeme aralıkları her hafta uzatılır.

Zamanlı işeme

- Bakıma muhtaç hastalarda pasif tuvalet yardım programıdır.
- Amaç mesane fonksiyonunu düzeltmekten çok inkontinans epizotlarını önlemektir.
- Bakıcı hasta için gece dahil belirli bir zamanlı işeme programı hazırlar.
- Mesane eğitiminde olduğu gibi işlemeyi geciktirme veya sıkışma hissine direnme gibi girişimler yoktur.

Pelvik Taban egzersizleri (Kegel egzersizleri)

- Periüretral ve perivajinal kasları kuvvetlendirmek için tasarlanmıştır.
- Stres tipi inkontinansta yararlıdır ancak sıkışma ve karışık tipteki inkontinansta da etkili olabilmektedir.
- Hastalara ilk önce kaslarını nasıl kasacakları anlatılır bunun için idrarı tutmak ister gibi genital bölgedeki kaslarını sıkmaları istenir.

- Doğru kaslar tanınınca hastalara 10 saniye bu kasları kasmaları 10 saniye gevşetmeleri anlatılır.
- Bu egzersiz günde 30-80 kez tekrarlanmalıdır.
- Daha sonra hastalara inkontinansı önlemek için kaçırma anından önce ve kaçırma esnasında pelvik kaslarını kasmaları anlatılır.

Biofeedback

- Fizyolojik olayların hasta tarafından görsel veya işitsel olarak algılanmasıdır. Vajene yerleştirilen bir perineometri aleti ile hasta pelvis tabanını ne kadar kastığını ekranda görür veya sesini duyar.

Vajinal konlar

- Hasta 20-90 gr ağırlıktaki konları sırayla vajeninde tutmaya çalışır.
- Pelvik kasları izometrik olarak çalıştırır.



Farmakoterapi (UUI)

- Antimuskarinikler
 - Oksibutinin
 - Tolterodin
 - Trospium
 - Solifenasin
 - Darifenasin
 - Foseterodin

- β_3 agonist
 - Mirabegron
- Trisiklik Antidepresanlar
 - Imipramin

Farmakoterapi (SUI)

- Antidepresan
 - Duloksetin
- Alfa agonistler
 - Psödoefedrin
- Lokal östrojen
- Medikal tedaviye ve konservatif tedavilere yanıt vermeyen SUI cerrahi ile tedavi edilir.

