

# Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim

*Urinary Incontinence in Women: Current Management with International Guidelines*

Fulya Dökmeçi<sup>1</sup>, Berna Haliloğlu Peker<sup>2</sup>, Funda Güngör Uğurlucan<sup>3</sup>, Özgür Yeniçel<sup>4</sup>, Şerife Esra Çetinkaya<sup>1</sup>, Mehmet Murat Seval<sup>1</sup>, İsmail Mete İtil<sup>4</sup>

- <sup>1</sup> Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.  
<sup>2</sup> Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.  
<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.  
<sup>4</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Üriner inkontinans kadınlarda sık görülen bir problem olup, kişinin yaşam kalitesini ciddi bir şekilde bozmakta ve önemli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Türk Ürojenekoloji ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneği Kılavuz Çalışma Grubunun oluşturduğu bu derlemede kadınlarda üriner inkontinans yönetimi için düzenlenmiş kılavuzların irdelenmesi ve elde edilen sonuçların ortaya konması hedeflenmiştir. Bu derleme ile kılavuzlarda genel kabul görmüş, ortak klinik yaklaşımların belirlenmesi, üriner inkontinans olan kadınların tanı ve tedavisi için tartışması ve net olan adımların ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca, fikir birliğine kavuşmamış tartışmalı önerilerin de altını çizerek herkes tarafından daha iyi anlaşılmasını sağlanması amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** *Üriner İnkontinans, Kadın, Stres, Sıkışma, Ürodinamik İnceleme*

Urinary incontinence is a common problem in women with significant consequences on health and quality of life. In this report, we, as the Guideline Working Group of the Turkish Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery Association, aimed to evaluate and review the current guidelines for the management of urinary incontinence. We mainly aimed to identify and put forward the generally agreed, common clinical approaches of these guidelines, thus providing clear and indisputable steps for diagnosis and treatment of women with urinary incontinence. We also intended to underline and make a better understanding of the controversial issues that have not reached consensus yet.

**Key Words:** *Urinary Incontinence, Female, Stress, Urgency, Urodynamic Investigation*

Üriner inkontinans, yaşam kalitesini bozan, kadının sosyalliğini ve sağlığını etkileyen, yaygın görülen bir problemdir. İlerleyen yaşla birlikte sıklığının arttığı gösterilmiştir. Genç kadınlarda %25, orta yaş ve postmenopozal dönemlerde %44-57, ileri yaşlarda ise %75 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (1-3). Ülkemizde yapılan sınırlı sayıda prevalans çalışmalarına göre, 15-86 yaş arası kadınlarda sıklığı yaklaşık %50,7 olup, ilerleyen yaş ile birlikte, artış göstermektedir (4). Ülkemizden yapılan bir diğer çalışmada üriner inkontinans tarifleyen kadınların, yakınmaları incelendiğinde, %42,9'unda stres tipi, %27,3'ünde sıkışma tipi ve %29,8'inde karışık tip üriner inkontinans olduğu kaydedilmiştir (5).

Türk Ürojenekoloji ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneği (TÜJD) Kılavuz Çalışma Grubu olarak, kadınların önemli ve sık görülen bir sağlık problemi olan üriner inkontinansın yönetimi için düzenlenmiş tüm kılavuzların irdelenmesi ve elde edilen sonuçların derlenerek ortaya konması hedeflenmiştir.

Çünkü üriner inkontinansla başvuran bir kadına tanı ve tedavi için izlenecek klinik yaklaşımın nasıl olması ile ilgili hazırlanmış kılavuzlarda, halen farklı görüş ve yaklaşımların yer aldığı bilinmektedir. Bu da, ülkemizde hekimlerin klinik pratiklerinde hangi kılavuzu temel alacakları kararında zorlanmalarına yol açabilmektedir. Bu derleme ile esas olarak tüm kılavuzlarda genel kabul görmüş, ortak klinik yaklaşımları belirlemek, böylece üriner inkontinans

Geliş Tarihi: 06.09.2017 • Kabul Tarihi: 06.12.2017

İletişim

Fulya Dökmeçi

E-posta: fdokmec@gmail.com

Tel: 0 312 595 68 25

Faks: 0 312 320 35 53

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mamak, Ankara, Türkiye

**Tablo 1:** Temel kaynak olarak kullanılan kılavuzlar:

Kılavuz	Dernek/Organizasyon	Yıl
Urinary Incontinence in Women (6)	ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)	2015
Guidelines on Urinary Incontinence (7)	EAU (European Association of Urology)	2015
Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association (8)	CUA (Canadian Urological Association)	2012
Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women (9)	NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	2013
Diagnosis And Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults (10)	AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction)	2012
Urodynamic Studies in Adults (11)	AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction)	2012
Guideline for the Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence (12)	AUA (American Urologic Association)	2009
Incontinence (13)	ICI (International Consultation on Incontinence)	2013
Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence (14)	AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction)	2017
Evaluation and Surgery for Stress Urinary Incontinence (15)	FIGO	2017

şikayeti olan kadınların tanı ve tedavisi için, tartışmasız ve net olan adımları ortaya koymak, ayrıca, fikir birliğine kavuşmamış tartışmalı önerilerin de altını çizerek bunların, herkes tarafından daha iyi anlaşılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Derlemenin hazırlanmasında temel kaynak olarak kullanılan tüm güncel kılavuzlar listelenmiştir (tablo1).

## I. Üriner İnkontinans Başvurusunda Temel Değerlendirme

### Anamnez ve Fizik Muayene

Genel olarak kılavuzlar kanıt aramaksızın, üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda ayrıntılı anamnez alınması ve detaylı fizik muayene ile devam edilmesi konusunda hemfikirler. İnkontinansın tipi, şiddeti, yaşam kalitesini ne kadar etkilediği, başka cinsel veya barsak işlev bozukluğu yakınmalarının olup olmadığı, idrar kaçırma sına eşlik eden, mesane dolmuş ya da boşaltım semptomlarının (sıkışma hissi, sık sık acil tuvalet gereksinimi, gece uykudan uyandıran tuvalete gitme gereksinimi, sıklığı, idrarı tam boşaltamama, kesikli

idrara yapma, bastırarak işeme veya defekasyon ve idrar yaparken veya karının alt kısmında ağrı) olup olmadığının sorulması, yanısıra sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirip geçirmediği veya mevcut nörolojik hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkları, devamlı kullandığı ilaçları, geçirdiği pelvik cerrahi (antiinkontinans ve/veya diğer invaziv tedaviler, prolapsus cerrahisi vb) ve ışın tedavisi öyküsü, gibi detayların sorgulanması önerilmektedir. Detaylı fizik muayene sırasında ise hastanın genel durumunun değerlendirilmesi, abdominal ve pelvik muayene yapılması tüm kılavuzların ortak önerdiği ilk değerlendirme basamaklarıdır. Gerekirse nörolojik değerlendirme, pelvik kas gücünün parmakla değerlendirilmesi, POP-Q muayenesi ve Q-tip muayenesinin de eklenebileceği belirtilmektedir.

**Öksürük Testi:** Hastanın, tuvalete gitme gereksinimi duyduğunda muayene edilerek, ıkınma veya öksürme ile üretradan idrar kaçığının gözlenmesine öksürük test pozitifliği denir. Hastanın, idrar kaçığı yakınmasının, hekim tarafından gösterilmesidir ve önemli bir bulgu olarak kabul edilmektedir.

**Mesane Günlüğü:** Üriner inkontinans ve/veya aşırı aktif mesane yakınmaları ile başvuran kadınlarda ilk inceleme basamaklarından kabul edilmektedir. Mesane günlüğünün en az 3 gün ve tercihen hem çalışma hem de iş dışı günleri kapsayacak şekilde tutulması önemlidir. Böylece mesane işlev ve kapasitesine ait verilerin (gece ve gündüz idrar yapma sıklığı, kaçırma sayısı, tipi, miktarı, toplam içilen sıvı miktarı ve tipi, gün içinde dağılımı) daha güvenilir toplanması önerilmektedir.

**Anketler:** Geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş, duruma özel semptom sorgulama anketlerinin ve yaşam kalite ölçeklerinin, inkontinans tarama, sınıflandırma, şiddetini ölçme ve tedavi sonrası değişimini değerlendirmede yardımcı olabileceği bildirilmiş olup, tüm üriner inkontinans hastalarına uygulanması önerilmektedir.

**İdrar Analizi:** İdrar analizinin üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda ilk değerlendirmenin bir parçası olarak yapılması önerilmektedir. Bu değerlendirme sonucunda idrar yolu enfeksiyonu saptanması durumunda uygun tedavinin planlanması ve sonrasında idrar analizinin tekrarlanması önerilmektedir. ACOG üriner inkontinans için yapılması planlanan ileri tetkik veya tedaviler öncesinde idrar analizi ile idrar yolu enfeksiyonlarının tanısının konmasını ve tedavisinin yapılmasını önermektedir. İdrar analizi amacı ile dipstick test kullanılacaksa uygulanacak tetkikin "hematüri, glukozüri, lökosit esteraz ve nitrit" tayini yapılması önerilmektedir.

### İşeme Sonrası Artık İdrar Ölçümü:

Üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda ilk değerlendirme kapsamında yapılması önerilen bir ölçümdür. Özellikle işeme semptomları ile birlikte üriner inkontinans şikayeti olan kadınlarda, karışık tip üriner inkontinans şikayeti olan kadınlarda, işeme güçlüğü doğurabilecek tedaviler alan kadınlarda yapılması daha fazla önerilmektedir (EAU Düzey B). Ölçüm sonda ile yapılabileceği gibi mesane ultrasonografisiyle de ölçümü önerilmektedir.

Temel değerlendirme sırasında “hematüri (mikroskopik veya aşıkâr), devamlı/tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, semptomatik prolapsus, obstrüksiyon veya retansiyon bulguları (palpe edilebilir mesane, hidronefroz veya obstrüktif renal yetmezlik), şüpheli nörolojik hastalık, kitle (üretal, mesane veya pelvik), fistül (üriner veya barsak), fekal inkontinans, geçirilmiş pelvik cerrahi veya radyoterapi öyküsü” gibi durumların tespit edilmesi durumunda hastanın bir üst merkeze veya ürojinekoloji konusunda uzman bir hekime yönlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir.

Sonuç olarak; üriner inkontinans yakınlığı ile başvuran kadınlarda yapılması gereken temel değerlendirme basamakları, kılavuzlara göre,

- i) Anamnez,
- ii) Fizik muayene,
- iii) İdrar tahlili,
- iv) Öksürük testi ile stres üriner inkontinansın (SÜİ) gösterilmesi
- v) Artık idrar miktarının ölçümü şeklinde özetlenebilir.

## II. Üriner İnkontinans Başvurusunda Temel Tedavi

### Konservatif Tedavi

Tüm kılavuzlar, üriner inkontinans yakınlığı ile başvuran ve detaylı bir temel değerlendirmeden sonra karmaşık olmayan olgularda, inkontinans tipinden (stres tipi Üİ, sıkışma tipi Üİ ve karışık tip Üİ) bağımsız, ileri tedavi öncesinde, konservatif tedavilerin mutlaka denenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Konservatif tedavi yaklaşımlarından bir veya birkaç yöntemin, (davranış tedavisi, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizi) hastanın inkontinans tipine göre, hastayla birlikte seçilerek, ileri tetkik ve tedavi öncesinde uygulanması gerektiği önerilmektedir.

**Davranış tedavisi;** stres ve sıkışma tipi olmak üzere her iki üriner inkontinans

tipi için de etkilidir. Hastaların sıvı tüketiminin hem nicel hem nitel olarak yeniden düzenlenmesi, sigaranın bırakılması, kafein kısıtlaması, obez kadınlarda kilo verilmesinin sağlanması, konstipasyonun önlenmesi ve barsak alışkanlığının düzenlenmesi adımlarından oluşmaktadır ve başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir.

**Mesane eğitimi;** düzenli ve gerektiğinde saatli miksiyon alışkanlığının kazandırılması yaklaşımının, sıkışma tipi ve karışık tip üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde tercih edilmesi ve en az 6 hafta devam ettirilmesi gerektiği bildirilmektedir.

**Pelvik taban kas egzersizi;** genel olarak üretranın desteğine katkı sağlamakta ve üretra kapanma basıncını arttırmaktadır. Pelvik taban kas egzersizinin (PTKE), stres ve karışık tip üriner inkontinansda, şikayetleri azalttığı ve yaşam kalitesini düzelttiği kanıtlanmıştır. Sıkışma tipi üriner inkontinans için de birinci basamak tedavi seçeneği olarak en az 3 ay uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Egzersiz programlarının yoğun uygulanması, egzersizlere geribildirim eklenmesi ve hastanın egzersizleri bir gözetmen eşliğinde yapması, etkinliği arttıran unsurlar olarak bildirilmektedir. Vajinal ağırlıklı koni egzersizleri, elektriksel uyarı veya mesane eğitimi ile kıyaslandığında, PTKE, üriner kaçakların düzelmesi açısından daha etkili bir yöntem olarak bildirilmektedir.

PTKE, üriner inkontinansı olan yaşlı veya gebe kadınlarda da rahatlıkla tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir. Erken gebelikte başlanan pelvik taban kas egzersizi ile gebeliğin geç döneminde ve postpartum ilk 6 ayda görülen üriner inkontinansın azaltılabileceği, ve erken postpartum dönemde başlanan egzersiz ile postpartum 12 aya kadar idrar kaçırma da belirgin azalma olacağı ileri sürülmektedir.

**Peserler ve diğerleri;** etkinlikleri ile ilgili yeterli kanıtlar bulunmasa da, inkontinans peserleri hem stres hem de karışık tip üriner inkontinansın iyileştirilmesinde, katkı sağlayan ürünler olarak

bildirilmektedir. Hafif üriner inkontinans olgularında, kullanılıp atılan hasta bezleri önerilirken; orta/ciddi vakalarda ise hangi bezin, peserin veya kateterin hasta için en uygun olduğu kararının, kar-zarar oranına bakılarak deneyimli bir sağlık personeli ile birlikte verilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

### Medikal Tedavi

**Antimuskarinik ilaçlar;** birçok kılavuz tarafından sıkışma tipi üriner inkontinans tedavisinde birinci ve ikinci seçenek tedavi olarak önerilmektedir (CUA, EUA, Düzey 1a; AUA/SUFU, Derece B). Bu grup içerisinde yer alan ilaçlar (fesoterodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin, tolterodin, darifenasin ve trospiyum) plasebo ile karşılaştırıldığında kür veya iyileşme oranları daha fazladır (EAU, Düzey 1a). Sıkışma tipi üriner inkontinansda, kür oranları ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından antimuskarinik ilaçların birbirlerine üstünlükleri gösterilememiştir (EAU, Düzey 1a). Antimuskarinik ilaçların, PTKE veya davranış tedavisine göre herhangi bir üstünlüğü olmadığı hatta davranış tedavilerinin ilaç tedavilerine göre daha fazla oranda hasta memnuniyeti sağladığı bildirilmektedir (EUA, Düzey 1b). Antimuskarinik tedaviye mümkün olan en düşük dozda ve öncelikle erken salınımlı ilaçlarla başlanması önerilmektedir (NICE). Tedavide başarı elde edilmezse, o zaman geç salınımlı preparatlara geçiş yapılması vurgulanmaktadır (EAU, Derece A). Antimuskarinik başlanan hastaların yan etkilerin kontrolü amacıyla erken dönemde (<30 gün) kontrole çağırılması önerilmektedir (EAU, Derece A). İlaç etkinliğinin değerlendirilmesi için tedaviye başladıktan sonra 8-12 hafta beklenmesi (ICI, CUA, Derece B) ve bu süreden önce doz değişikliği yapılmaması önerilmektedir (AUA/SUFU). Bazı kılavuzlar ise, hastaların, ilacın etkisini, 4 haftadan önce fark edemeyecekleri konusunda, özellikle bilgilendirilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (NICE).

Geç salınımlı veya günde tek doz kullanılan ilaçların, erken salınımlılara göre ağız

kuruluşu gibi yan etkilere daha az yol açtığı bildirilmektedir (AUA/SUFU). Her iki ilaç grubunda da tedaviyi kesme oranlarının benzerliğine vurgu yapılmaktadır (EAU, Kanıt Düzeyi 1b). Erken veya geç salınımlı oksibutin, denk dozda ki tolterodine göre daha fazla oranda ağız kuruluşuna yol açtığı bildirilmektedir (EUA, Kanıt Düzeyi 1a).

Kılavuzlarda, antimuskarinik ilaçların yaşlılarda da etkili olduğu (EAU, Kanıt Düzeyi 1b), ancak yaşlı hastalarda antimuskarinik kullanımına dikkat edilmesi gerektiği (EAU, CUA, AUA/SUFU), hatta ilaç dışı tedavilerin mutlaka ilk seçenek olmasına özen gösterilmesinin gereği vurgulanmaktadır (EAU, Öneri Derecesi A). Bazı kılavuzlar, bilişsel işlev bozuklukları olan veya risk taşıyan yaşlı hastalarda antimuskarinik ilaçların daha dikkatli kullanılmasını önerirken (EAU, Öneri Derecesi B), NICE kılavuzu, oksibutin'in yaşlı hastalarda günlük aktiviteleri olumsuz yönde etkileyeceğinden, kullanılmasından kaçınılması gerektiğini savunmaktadır. Solifenasin, darifenasin ve fesoterodin gibi preparatların yaşlı hastalarda bilişsel işlev bozukluğu artışına neden olduğuna yönelik kanıt bulunmadığı ifade edilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1b). Hastalara, dar açılı glokom açısından oftalmolojik değerlendirme yapılmadan, antimuskarinik ilaç başlanmaması gerektiği vurgulanmaktadır (AUA/SUFU). Mide boşalma zamanı ve üriner retansiyon risklerine de antimuskarinik ilaç kullananlarda özellikle dikkat edilmesi gerektiği bildirilmektedir (AUA/SUFU).

**Alfa-adrenerjik ilaçlar;** SÜİ olan hastalarda plaseboya göre herhangi bir üstünlükleri gösterilememiştir (EUA).

**Beta-adrenerjik ilaçlar;** sıkışma tipi üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda, ikinci basamak tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Konstipasyon ve ağız kuruluşu gibi yan etkilerin, antimuskariniklere göre az olduğu, ancak uzun dönem etkilerinin henüz tam bilinmediği ve ek hastalık riski taşıyan bir ilaç olduğu ifade edilmektedir (AUA/SUFU, Derece B). Bu grup içerisinde yer alan mirabegronun, sıkışma

tipi üriner inkontinansın iyileştirilmesinde plaseboya göre üstün olduğu (EAU, Kanıt Düzeyi 1a), kalıcı tedavide ise plaseboya üstünlüğünün gösterilemediği, tolterodine göre daha etkili olmadığı ve hastaların tedaviye devam etmeme oranlarının tolterodin ile benzer olduğu belirtilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1b).

**Duloksetin;** SÜİ ve karışık tip üriner inkontinansın geçici tedavisinde, bir seçenek olarak sunulmaktadır (EUA, ICI, Öneri Derecesi B). Nadiren bazı hastalarda, ciddi gastrointestinal sistem ve santral sinir sistemi yan etkilerine yol açabileceği (EUA, Kanıt Düzeyi 1a), bu nedenle üriner inkontinans yakınması için kür beklentisi olan hastalara önerilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (EAU, Öneri Derecesi A).

**Desmopresin;** noktüri tedavisinde kullanılması ve kullanımını takiben ancak 4 saat süre ile üriner inkontinans riskini azaltacağı vurgulanmaktadır (EAU, Kanıt Düzeyi 1b). Bu nedenle, sürekli ve düzenli kullanıldığında ise hiponatremiye yol açabileceği (EAU, Kanıt Düzeyi 3) ve üriner inkontinansın düzelmesini sağlamayacağı vurgulanmaktadır (EAU, Kanıt Düzeyi 1b). Bu nedenle noktüri ve /veya üriner inkontinansı kontrol altına almak amacı ile uzun dönem kullanılmaması önerilmektedir (EAU, Öneri Derecesi A).

**Östrojen;** postmenopozal kişilerde vajinal atrofi varlığında sistemik tedavi yerine vajinal tedavi tercih edilmesi önerilmektedir (EUA, Kanıt Düzeyi 1a, NICE Kanıt Düzeyi 1a). Atrofik vajiniti olanlarda vajinal östrojen kullanımının üriner inkontinansı iyileştirebildiği (EAU, Kanıt Düzeyi 1b) ve postmenopozal kadınlarda vajinal östrojen kullanımının sıkışma tipi üriner inkontinans bulgularında iyileşme veya kür sağlayabildiği savunulmaktadır (EAU, Düzey 1a). Karışık tip üriner inkontinans şikayeti olan kadınlarda ilk olarak baskın olan şikayetlerin tedavi edilmesi gerektiği, birçok kılavuz tarafından bildirilmektedir (EAU, Öneri Derecesi C). Antimuskarinik ilaçların karışık tip üriner inkontinans şikayeti olan hastalardaki sıkışma yakınması üzerine olan etkinliklerini ortaya koyan

kanıtlar sınırlı olsa da (EAU, Kanıt Düzeyi 2), sıkışma tipi üriner inkontinans baskın olan hastalarda antimuskariniklerin tercih edilmesi önerilmektedir (EAU, Öneri Derecesi A). Duloksetin karışık tip üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda stres ve sıkışma tipi inkontinansın iyileşmesinde etkilidir. Bu nedenle konservatif tedavilere yanıt vermeyen ve kür beklentisi olmayan hastalarda duloksetinin tercih edilebileceği ifade edilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1b).

Üriner inkontinans ile başvuran ve temel değerlendirme sonrası ileri incelemenin de gerekli olduğu durumlar şu şekilde sıralanmaktadır (ICI);

- İnkontinans ile ilişkili ağrı yakınması bulunan olgular
- Pelvik organ prolapsusu (POP) olan olgular
- Hematüri saptanan olgular
- Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan olgular
- Pelvik radyasyon öyküsü bulunan olgular
- İşeme sonrası artık idrar hacmi artmış olgular

İleri incelemeye alınması önerilen bir diğer hasta grubu ise ilk basamak tedavilerden yarar görmemiş olgulardır.

### III. Üriner İnkontinans Başvurusunda İleri Değerlendirme

**Ürodinamik İnceleme;** mesane ve üretra fonksiyonuna ait nesnel veri elde edemediğimiz ve böylece üriner inkontinans tipini ve fizyopatolojisini aydınlatmada kullanabildiğimiz, elimizdeki tek altın standart test ürodinamik incelemedir. Ürodinamik inceleme ile üriner inkontinans tedavi sonuçlarının değiştirilebileceğine yönelik kanıtlar yeterli olmasa da, hastalara ürodinamik sonuçlarının tedavi seçeneklerinin tartışılmasında faydalı olabileceği bilgisi verilmesi gerektiği savunulmaktadır (EAU, Öneri Derecesi C). Bununla birlikte, özellikle sıkışma yakınması olan ve girişimsel tedavi planlanan olgularda (AUA), tanının belirsiz olduğu durumlarda, antiinkontinans cerrahi öyküsü varlığında, önceki tedavilerden yarar görmemişlerde, detrusor aşırı

aktivitesi veya işeme bozukluğu şüphesi varlığında(NICE); eğer ürodinamik bulgular girişimsel tedavi seçeneklerini değiştirecekse(EAU, Öneri Derecesi B) ürodinamik inceleme önerilmektedir (ICI, AUA, EAU, CUA, NICE). Ayrıca karmaşık süi olgularında da (işeme sonrası artık idrar hacmi >150ml saptanan, idrar tahlili normal olmayan, öksürük testi ile idrar kaçırması gösterilemeyen veya vajinal prolapsus saptanan kadınlar) ürodinaminin gerekli olduğu bildirilmektedir (ACOG, Öneri Derecesi A).

SÜİ yönetimi için hazırlanmış son kılavuzlarda, ürodinamik incelemenin rolüne yönelik oluşmuş bir fikir birliği bulunmadığı, basit SÜİ olgularında, ürodinamik incelemenin tedavi başarısında önemli bir katkı sağlamadığı, karmaşık olgularda ise gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Karmaşık olmayan SÜİ olgularında cerrahi öncesi, rutin olarak ürodinamik inceleme önerilmemektedir (FIGO 2017, Kanıt Düzeyi 1a Öneri Derecesi A). Karmaşık olgularda ise tedavi öncesi ürodinamik inceleme yapıp yapılmamasına, hekimin karar vermesi gerektiği vurgulanmaktadır (FIGO 2017 öneri derecesi C). Bazı kılavuzlarda ise özel durumlar dışında, karmaşık olgularda ürodinamik incelemenin hekime bırakılabileceği belirtilmekle birlikte, ürodinamik inceleme yapılmasını önerdikleri durumlar liste ile belirtilmektedir(AUA SUFU 2017).

Ürodinamik incelemenin önerildiği durumlar;

- 1- Öksürük testi ile onaylanmayan SÜİ olguları
- 2- Birbirine örtüşmeyen inceleme sonuçları olması
- 3- Belirgin sıkışma, sıkışma tipi kaçırma ve/veya aşırı aktif mesane yakınmaları bulunması
- 4- Sıkışma yakınması ön planda olan karışık tip üriner inkontinans şikayeti olan olgular
- 5- İşeme sonrası artık idrar hacmi artmış olanlar
- 6- Belirgin işeme bozukluğu yakınmaları olanlar
- 7- Pelvik organ prolapsus onarım cerrahisi öyküsü olanlar
- 8- Antiinkontinans cerrahi öyküsü olanlar
- 9- Nörojenik alt üriner sistem bozukluğu olanlar

**Görüntüleme yöntemleri;** üriner inkontinans şikayeti olan olguların değerlendirilmesinde görüntüleme yöntemlerinin rutin kullanımı önerilmemektedir (ICI, AUA, EAU, CUA, NICE). Karmaşık ya da tekrarlayan üriner inkontinans olgularında, prolapsusun eşlik ettiği olgularda ve işeme sonrası artık idrar hacminin değerlendirilmesi amacıyla ultrasonografi önerilmektedir (EAU, ICI). Üretra divertikülü olduğundan şüphelenilen olgularda da MRI ve ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemleri ICI tarafından önerilmektedir. Üst üriner sistem incelemesi, prolapsus, artmış işeme sonrası artık idrar hacmi ve hematürinin eşlik ettiği üriner inkontinans şikayeti olan olgularda önerilmektedir (ICI). Nörolojik hastalık kaynaklı olduğu düşünülen olgularda ise klinik değerlendirme ile birlikte manyetik rezonans görüntüleme (MRI) önerilmektedir(ICI).

**Sistoüretroskopi:** Sistoüretroskopi, üriner inkontinans şikayeti olan olguların başlangıç değerlendirmesinde önerilmezken (ICI, AUA, EAU, CUA, NICE), özellikle fistül şüphesi olan (CUA), üretra divertikülü düşünülen, karmaşık ya da tedavi sonrası tekrarlayan olgularda önerilmektedir (ICI).

#### IV. Üriner İnkontinans Başvurusunda İleri Tedavi

Konservatif tedavilere yanıt vermeyen saf SÜİ veya stres ağırlıklı karışık inkontinans yakınması için cerrahi tedavi planlanan ve bu durum dışında sağlıklı olan kadınların daha önce antiinkontinans cerrahi tedavisi almamış ve ileri evre (evre3-4) vajinal prolapsus saptanmamış olmaları koşuluyla basit olgu olarak ele alınabilecekleri ve antiinkontinans cerrahi tedavilerden(sentetik midüretal sling, otolog fascia pubovajinal sling, burch kolposüspanسیون, üretral dolgu maddesi enjeksiyonları) herhangi birinin uygulanabileceği, ancak hangisinin uygulanacağı kararının, hastanın şikayetlerinin şiddeti, durumundan ne kadar etkilendiği, tedaviden beklentisinin ne olduğu ve işlemin kar-zarar hesabının gözetilerek yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (AUA-SUFU 2017, Kanıt Düzeyi 1a Öneri Derecesi A).

Güncel kılavuzlar, ister retropubik(RMUS) ister transobturator(TMUS) yaklaşımla uygulansın, SÜİ saptanan ve cerrahi tedavi kararı verilen kadınlar için ilk cerrahi yöntem olarak, sentetik mid-üretal slinglerin (MUS), kabul edilmesinde hem fikirdir. MUS'lerin etkinliği ve güvenilirliği açısından yeterli veri bulunduğu bildirilmekte(FIGO 2017, Kanıt Düzeyi 1a Öneri Derecesi A) ve önerilmektedir (ACOG, Öneri Derecesi A). TMUS, retropubik yaklaşımda görülen istenmeyen durumları(mesane, barsak, büyük damar hasarı) azaltmak amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir ve 12 aylık hasta izlemlerinden elde edilen verilere göre retropubik yaklaşıma kıyasla daha fazla kronik ağrı ve meşin vajinaya açılması görüldüğü belirtilmektedir(EAU, Kanıt Düzeyi 1a). Bu nedenle, TMUS uygulanacak hastalara, bu yöntemin, uzun dönemde kronik ağrı ve/veya dispareni gibi yakınmalara sebep olabileceği hakkında bilgilendirilmeleri önerilmektedir (EAU, Öneri Derecesi A). Komplikasyon riskinin azaltılması amacı ile tüm MUS uygulamalarından sonra rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir(AUA). AUA SUFU 2017 kılavuzu, RMUS ve TMUS yöntemlerinin, kısa süreli izlemlerde benzer etkinlik gösterdiğini belirtmekte ancak tek ve çok merkezli ileri ve geriye yönelik çalışmalardan elde edilen orta-uzun vadeli etkinlik sonuçlarının (TMUS; %43 ve RMUS; %92) RMUS lehine olduğuna dikkat çekmektedir.

Sentetik MUS uygulamasının hem geleneksel subüretal fasiyal sling, hem de, gerek laparoskopik(LS) gerekse laparotomik(LT) kolposüspanسیون uygulamaları ile benzer etkinlik ve kür oranlarına sahip olduğu vurgulanmaktadır(CUA). Avrupa Üroloji Derneği karmaşık olmayan SÜİ'li kadınlarda mümkünse mid-üretal slinglerin tercih edilmesi gerektiğini, mid-üretal slingler uygulanamıyor ise LT-LS kolposüspanسیون veya otolog fasiyal slinglerin önerilmesi gerektiğini savunmaktadır (EAU, Öneri Derecesi A). NICE kılavuzu ise konservatif tedavilerin başarılı olmadığı hastalarda mid-üretal sling, kolposüspanسیون, pubovajinal sling uygulamalarından herhangi birinin tercih edilebileceğini savunmaktadır.

Mid-üretal slingler subüretal fasiyal slingler ile karşılaştırıldığında genel olarak daha az yan etkilerin görüldüğü, kolposüspansiyon ile karşılaştırıldıklarında ise daha az yeni oluşan sıkışma veya işeme bozukluğu yakınması görüldüğü belirtilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1a). AUA SUFU 2017 kılavuzunda, MUS uygulaması sırasında eş zamanlı üretra hasarı oluşması durumunda veya antiinkontinans cerrahisi ile eş zamanlı üretral divertikül, üretrovajinal fistül veya üretral meş eksizyonu onarımı planlanan olgularda klinik prensip olarak sentetik meş ile MUS yapılması önerilmektedir.

Avrupa Üroloji Derneği, mini-slinglerin konvansiyonel slingler ile karşılaştırıldığında etkinliklerinin net olmadığını savunmaktadır (EAU, Kanıt Düzeyi 1c). CUA ve NICE kılavuzları stres üriner inkontinans tedavisinde mini-slingleri önermemektedir.

Konservatif tedavilere dirençli aşırı aktif mesane olgularında, mesane duvarına tek seansta botulinum toksini (100U) enjeksiyonunun, sıkışma tipi üriner inkontinans semptomlarının iyileşmesinde ve yaşam kalitesinin düzelmesinde 12 aya kadar varan sürelerde, plaseboya üstün olduğu bildirilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1a). Antimuskarinik tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi üriner inkontinans şikayeti olan hastalara, botulinum toksini enjeksiyonunun iyi bir tedavi seçeneği olabileceği (ACOG 2015, Öneri Derecesi A) ve bu seçeneğin kullanımı ile ilgili bilgilerin (tedavi etkinliğinin devamının tekrarlayan dozlara gereksinim gösterdiği ve ileri yaştaki kişilerde artmış işeme sonrası artık idrar riski bulunduğu) mutlak paylaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (EAU, Kanıt Düzeyi 3). Hastalara, botulinum toksin A tedavisi öncesinde, yanıtın sınırlı süre devam ettiği, idrar yolu enfeksiyonu riskinin arttığı ve belirli bir süre temiz aralıklı kateterizasyona gereksinimlerinin olabileceği konusunda uyarı yapılması ve işlem öncesinde hastaların temiz aralıklı kateterizasyon yapabildiklerinden emin olunması gerektiği vurgulanmaktadır (EAU, Öneri Derecesi A).

Konservatif tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi üriner inkontinans şikayeti

olan hastalarda eğer mümkünse sakral sinir nöromodülasyonu da önerilebilmektedir (EAU, Öneri Derecesi A). Konservatif tedavinin devam ettirilmesi ile karşılaştırıldığında sakral sinir nöromodülasyonu daha etkindir, ancak bu bulguları doğrulayacak yalancı cerrahinin uygulandığı kontrol olgular içeren çalışmaların bulunmadığı belirtilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1b).

Paraüretal enjeksiyon, cerrahi tedaviden memnun kalmayan, cerrahi sonrası semptomları tekrar eden ya da üretral mobilitesi olmayan veya cerrahi başarısızlık öngörülen veya eşlik eden başka sistemik hastalıklar nedeni ile anestezi veya cerrahiye tolere edemeyen veya riski yüksek yaşlı kadınlarda, uygun bir seçenek olarak önerilmektedir (ACOG 2015, Öneri Derecesi B). Paraüretal enjeksiyon tedavisi, cerrahi tedaviye göre göreceli olarak daha az riskli kabul edilmekte ve SÜİ semptomlarında 3 ay gibi kısa süreli iyileşme sağladığı, kür oluşturmadığı ve bu nedenle tekrarlayan enjeksiyonlar gerektirdiği belirtilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 2b). Enjeksiyon için kullanılan dolgu malzemelerinden herhangi birinin, diğerine üstünüğünü gösteren kanıt olmadığı belirtilmektedir (EAU Kanıt Düzeyi 1b).

Daha önce SÜİ veya prolapsus nedeni ile cerrahi geçirenlere uygulanan antiinkontinans cerrahisi sonuçları ile ilgili çelişkili kanıtlar bulunmaktadır. İkinci kez uygulanan birçok teknik, ilk uygulananlara göre daha az etkinlik göstermektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 2). Stres üriner inkontinans için ikiden fazla cerrahi geçirmiş olan kadınlarda

otolog pubovajinal slingler, kolposüspansiyona göre daha etkilidir (EAU, Düzey 2). Artifisyonel sfinkter implantasyonu, konu ile ilgili deneyimi olan merkezlerde, ağır sfinkter yetmezliği olan SÜİ'li kadınlara inkontinansı iyileştirebileceği ve kür sağlayabileceği için, uygulanabilecek bir yöntem olarak bildirilmektedir (EAU, Düzey 3).

SÜİ'li kadınlarda özel durumlarda hangi kanıt seviyesi ile hangi cerrahi yöntemlerin öncelikle ve ek seçenek olarak önerildiği FIGO 2017 kılavuzunda tablo olarak belirtilmektedir (tablo2).

Kılavuzlar, POP nedeni ile cerrahi uygulanacak kadınlarda SÜİ yakınmaları mevcut ise her iki durumun beraber tedavi edilmesi gerektiğini önermektedir (ACOG 2015, AUA SUFU 2017; Öneri Derecesi C). Ancak POP ve SÜİ cerrahilerinin beraber yapıldığı durumlarda tek başına POP cerrahisine göre komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu belirtilmekte ve hastalara hatırlatılması vurgulanmaktadır (EAU; Öneri Derecesi A). Pelvik organ prolapsusu olup inkontinans yakınması olmayan hastalarda POP cerrahisi sonrası inkontinans gelişme riski vurgulanmakta (EAU, Kanıt Düzeyi 1a) ve POP cerrahisine profilaktik anti-inkontinans cerrahisi eklenmesinin postoperatif üriner inkontinans riskini azalttığı, ancak postoperatif komplikasyon riskini artırdığı belirtilmektedir (EAU, Kanıt Düzeyi 1b). Güncel kılavuzlar, profilaktik antiinkontinans cerrahisinin POP onarımına eş zamanlı eklenmesini önermektedir (FIGO 2017, Öneri Derecesi B).

**Tablo 2:** Özellikle SÜİ Durumlarında Önerilen Antiinkontinans Ameliyatları (15).

Durumlar	Öncelikli öneri	Diğer seçenek	Kanıt düzeyi	Öneri derecesi
Saf SÜİ	TOT, TVT	PVS, BK	A	1a
Karışık SÜİ	TVT, TOT	PVS, BK	C	3-4
Eşlik eden POP	TOT, TVT, BK	PVS	B	1b-3
İSY	TVT, PVS, TOT	BK Üretral enjeksiyon, TOT, AÜS	B	2-3
Cerrahi başarısızlık	TVT, PVS, BK	TOT, Üretral enjeksiyon, AÜS	C	2-4
İmmünite hastalığı	BK	PVS, TVT, TOT	D	5
≥65 yaş	TOT	TVT, Üretral enjeksiyon, BK, PVS	C	3
Morbid obezite	TOT	TVT, BC, PVS	C	2-3

SÜİ: Stres üriner inkontinans, TOT: Trans obturator tape, TVT: Transvajinal sling, BK: Burch kolposüspansiyonu, POP: Pelvik organ prolapsusu, İSY: İntrensek sfinkter yetmezliği, AÜS: Artifisyonel üretral sfinkter.

**KAYNAKLAR**

1. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs.* 2007;27(1):21–4.
2. Kinchen KS, Lee J, Fireman B, et al. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. *J Womens Health (Larchmt).* 2007 Apr;16(3):415-22.
3. Boyington JE, Howard DL, Carter-Edwards L, et al. Differences in Resident Characteristics and Prevalence of Urinary Incontinence in Nursing Homes in the Southeastern United States. *Nurs Res.* 2007 Mar-Apr;56(2):97-107.
4. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi;* 2000;7(1):54–7.
5. Turan C, Zorlu CG, Ekin M, et al. Urinary Incontinence in Women of Reproductive Age. *Gynecol Obstet Invest.* 1996;41(2):132-4.
6. Committee on Practice Bulletins—Gynecology and the American Urogynecologic Society. ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. *Obstetrics & Gynecology.* Obstetrics & Gynecology; 2015;126(5):e66–81.
7. Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/2016-Urinary-Incontinence.pdf>
8. Bettez M, Tu le M, Carlson K, et al. 2012 Update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association. *Can Urol Assoc J.* 2012 Oct;6(5):354-63.
9. Smith A, Bevan D, Douglas HR, James D. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2013 Sep 10;347:f5170.
10. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2012 Dec;188(6 Suppl):2455-63.
11. Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, et al. Urodynamic Studies in Adults: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2012 Dec;188(6 Suppl):2464-72.
12. Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol.* 2010 May;183(5):1906-14.
13. Abrams P, Cardozo L, Saad , Wein A, eds. Incontinence. 5th edn. Paris: ICUD-EAU 2013.
14. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, et al. Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2017 Oct;198(4):875-883.
15. Medina CA, Costantini E, Petri E, et al. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. *Neurourol Urodyn.* 2017 Feb;36(2):518-528.

