

DURAKSAMA (HESITANCY) İÇİN BİR SKORLAMA GELİŞTİRİLEBİLİR Mİ? IS IT POSSIBLE TO OFFER A SCORING SYSTEM BASED ON HESITANCY?

YILMAZ Y.*, AYDIN S.*, ATILLA M.K.*, ÇEÇEN K.*, ODABAŞ Ö.**

* *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, VAN*

** *Van Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, VAN*

ÖZET

Bir infravezikal obstrüksiyon nedeni olan benin (selim) prostat hiperplazisinde en önemli ve en spesifik obstrüktif semptomlardan biri olan hesitensi, işemeye başlamada tereddüt etme veya duraksama şeklinde tanımlanır. Ancak sayısal bir değer taşımadığından, hastanın ne derecede obstrükte olduğunu niceliksel olarak yansıtmaz. Bu çalışmada hesitensi kavramına bir skorlama getirilerek kantitatif bir tanı aracı olup olamayacağı araştırıldı.

Yaşları 24-72 arasında olan 55 prostatizm semptomlu hasta, uluslararası prostat semptom skoru (IPSS), üroflovetri bulguları ve rezidüel idrar miktarı bakımından değerlendirildi. İştme problemi olan, üriner enfeksiyonu olan ve iletişim kurulmasında güçlük çekilen hastalar çalışmaya alınmadı. Üroflovetri, Laborie marka ürodinami aygıtıyla, rezidüel idrar ölçümü 10 F Nelaton sonda kullanılarak yapıldı. Hesitensi skoru "işe" emrinden sonra akımın başlamasına kadar geçen süre olarak hesaplandı. Bulunan değerler ile IPSS, üroflovetrik ölçüler ve rezidü idrar arasında bağıntı olup olmadığı Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulunan hesitensi değerleriyle, IPSS arasında anlamlı ($p<0.05$), maksimum akım hızı ve ortalama akım hızı arasında ileri derece anlamlı ($p<0.001$) ilintiler saptandı. Rezidü idrar miktarı ile korelasyon görülmedi ($p>0.05$). Hastalar hesitensi değerleri bakımından 2-4 arası (15 hasta), 5-10 arası (25 hasta) ve 10 ve daha yukarı olanlar (15 hasta) olarak gruplandırıldığında, tedavi açısından IPSS ve maksimum akım hızlarına göre olan medikal ya da cerrahi yaklaşım seçeneklerine paralel seçenekler ortaya çıkmıştır. Hesitensi değeri 4 ve daha az olan hastalara obstrüksiyon açısından tedavi gerekmemiştir. Skoru 10 ve daha fazla olan hastalardan 9'u opere edilmiş, 6 hasta ise medikal tedaviye alınmıştır.

Ülkemizde ve özellikle bölgemizde IPSS'na yanıtların çok güvenilir olmadığını düşünerek, IPSS ve maksimum akım hızı gibi infravezikal obstrüksiyonu belirlemede ve tedavi seçiminde hesitensi değerlerinin 3 gruba ayrılarak (2-4, 5-10, >10) kullanılabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Prostat hiperplazisi, yakınma, duraksama

ABSTRACT

One of the most important and specific symptoms of infravesical obstruction in benign prostatic hyperplasia is hesitancy. However, this symptom does not reflect the severity of obstruction quantitatively, as it is completely subjective. We investigated if hesitancy would serve as a quantitative diagnostic tool using a newly developed scoring system.

A total of 55 patients with prostatism symptoms aged between 24-72 were assessed in terms of international prostate symptom score (IPSS), uroflowmetry and residual urine. Patients with hearing difficulties, urinary infection and who are hardly cooperable were excluded. Uroflowmetry was performed with a computer-based urodynamics (Laborie), and residual urine was assessed with a 10 Fr. Nelaton catheter. Hesitancy was accepted as the time needed to initiate the urine flow after the order of "void". Spearman correlation analysis was performed to investigate the relation of hesitancy scores with IPSS, uroflowmetric results or the residual urine volume.

Significant correlation of the obtained hesitancy scoring was seen with IPSS ($p<0.05$), highly significant correlation with peak flow time and average flow time ($p<0.001$). No correlation was found with residual urine volume ($p>0.05$). When the patients were allocated in to 3 groups; Group 1 with 2-4 hesitancy scores ($n=15$); Group 2 with 5-10 scores ($n=25$) and Group 3 with >10 scores ($n=15$), similar medical or surgical therapeutic options were observed. No treatment was needed to relieve obstruction in patients with 4 and lower hesitancy scores. Nine of the patients with 10 or more scores were operated, and 6 patients were treated medically.

Given that replies for IPSS are not reliable in our country and especially in our region, we believe that the hesitancy scoring may be used to determine the severity of infravesical obstruction and to decide for the treatment options. We recommend categorizing it in 3 groups (2-4, 5-10, >10).

Key Words: Prostatic hyperplasia, symptom, hesitancy

GİRİŞ

Ürolojinin en önemli konularından ve üroloğun en çok uğraş verdiği hastalıklardan birisi olan benin prostat hiperplazisi hala bir çok yönleriyle incelenmeye değerdir. Çünkü daha ortaya konması veya açıklığa kavuşturulması gereken çok nokta vardır. Histopatolojik ve klinik tanısı bugünün teknik olanaklarıyla son derece kolay olan bu klinik antitenin tedavisinde ve tedavi seçeneğini belirlemede aynı kolaylıktan bahsetmek zordur. Medikal veya cerrahi yaklaşım kriterleri günden güne değişmekte, bir kısmından vazgeçilirken yeni kriterler eklenmektedir. Sonra bunlar da değiştirilmektedir. Aynı yaklaşım tedavi seçeneklerinde de yaşanmakta, birkaç yıl öncesine kadar transüretral prostat rezeksiyonu altın standart iken, bugün, lazer prostatektomi bu kabul lenmeyi zorluyor gibi görünmektedir. Aslında bu tartışmalar şüphesiz ki en doğruyu yakalama çabalarıdır. Obstrüktif ve irritatif yakınmaların ayrı ayrı irdelenmesi, semptom skorlamasının kullanılması, ürodinamik çalışmaların (özellikle akım hızı) prostat hiperplazili hastada tanı ve tedavi seçeneğini belirlemede rutin kullanıma girmesi son derece olumlu gelişmeler olmuştur.

Benin prostat hiperplazisinin (BPH) 2 spesifik yakınması/bulgusu, idrar akım hızında azalma ve idrar yapmada duraksamadır (hesitancy). Bu iki parametre sorgulamak suretiyle elde edilen yanıtlara bir sayı eşdeğeri verilerek sayısallaştırılabileceği (skorlanabileceği) gibi [örneğin: akım hızı azaldı (1), çok azaldı (2), damla damla idrar yapabilme (3). İdrar akımının başlama süresi için; 2-3 sn sonra başlıyor (1), 5-10 sn sonra başlıyor (2), 10 saniyeden fazla zaman alıyor (3) gibi], bugün elimizde zaten varolan üroflovetri tekniğiyle de doğru ve kolayca hesaplanabilmektedir. Akım hızı: ml/sn, ve duraksama: saniye (sn) cinsinden ifade edilir. Üroflovetrik incelemeyle duraksama için elde edilen sayısal değer sorgulamayla elde edilen değer gibi skor olarak adlandırılıp kullanılabilir. Zira hasta kol saatinin saniyesini kullanarak da duraksama skorunu doğru olarak ölçebilir.

Akım hızı ölçümleri, mesane ve arka üretra işlevlerini inceleme ve patolojik durumları ramsal olarak saptamada zaten sıklıkla ve güvenilir olarak yapıla gelmektedir. Duraksama (hesi-

tancy) yakınması üzerinde ise kanımca gereği kadar durulmamıştır.

Biz bu çalışmamızda duraksama değerini üroflovetrik olarak belirlemeyi, bulunan değerleri nasıl yorumlamamız gerektiğini, yani tanıdaki değerini ve tedavi seçeneğini belirlemedeki rolünü araştırdık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, ortak yakınmaları prostatizm olan (pollakiüri, noktüri, idrar akımında zayıflama, terminal damlama, idrara başlamada duraksama, dizüri, idrarı tam boşaltamama, idrarda çattallanma vs.) 24-72 yaşları arasında 55 hastayı kapsamaktadır.

Her olguda "Uluslararası Prostat Semptom Skoru" (IPSS) aynı asistan doktor yardımıyla belirlendi. Üroflovetrik çalışma yine aynı asistan tarafından Laborie marka bir aygıtta gerçekleştirildi. Rezidü idrar 10 F Nelaton sonda kullanılarak ölçüldü. Nöromusküler mesane işlev bozukluğu düşünülen hastalar sistometrik incelemeye alındı. 40 yaş ve yukarısında serbest (fPSA) ve total prostat spesifik antijen (tPSA) değerleri ölçüldü. Yine bu hastalarda parmakla rektal muayeneyi takiben transrektal ultrasonografi yapıldı. Kan biyokimyası (özellikle açlık kan şekeri açısından), tam idrar analizi, idrar yolu enfeksiyonu düşünülen olgularda kültür-antibiyoqram testleri yapıldı. BPH açısından düşük yaş grubunda olan hastalar (<40 yaş) prostatit ve üretral patolojiler açısından ayrıca değerlendirildiler.

Çalışma kapsamına alınmayan olgular: İşitme ve dil problemi olan olgular, üriner sistem enfeksiyonlu olanlar, iletişim kurulmasında zorluk çekilenler ve nöromusküler mesane işlev bozukluğu olan olgular.

Duraksama (Hesitancy) nasıl ölçüldü: Üroflovetrik çalışma için hasta ile tam bir uyum sağlandıktan sonra, hastanın doğal yaşamında işlemek için ihtiyaç duyduğu idrar sıklığı ve alışık olduğu pozisyonda (oturarak veya ayakta) işlemesi istendi. Çalışma odasına hasta ve asistandan başkası alınmadı. "İŞE" emriyle grafide akımın başladığı zaman arasındaki fark "duraksama değeri" olarak alındı. Bu değerler hafif, orta ve ağır olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

İstatistiksel değerlendirme: Duraksama için bulunan değerler ile IPSS, üroflowmetrik ölçüler (maksimum akım hızı, ortalama akım hızı) ve rezidü idrar arasında korelasyon olup olmadığı Spearman korelasyon analiziyle değerlendirildi.

BULGULAR

Duraksama değeri hiç bir hastada 2 saniyeden daha az değildi. Bu süre “algılama yanıtlama süresi” olarak adlandırıldı. 55 olguda elde edilen duraksama değerleriyle IPSS’leri arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlendi ($p<0.05$). Yine duraksama değerleriyle maksimum akım hızı (MAH) ve ortalama akım hızı (OAH) arasında ileri derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.001$). Duraksama değerleri ile rezidüel idrar miktarları arasında ise istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Duraksama değerlerini 2-4, 5-10 ve >10 olarak 3 gruba ayırdığımızda, hasta yaşları, IPSS’leri ve rezidüel idrar miktarlarıyla ilişkileri Tablo 1’de gösterildi. Bu gruplama sonunda 1. grupta 15 hasta, 2. grupta 25 hasta ve 3. grupta 15 hasta vardı. Tabloda görüleceği gibi her 3 gruptaki hastaların ortalama yaşları birbirine çok yakındır. Keza yaş aralıkları da benzerdir. Yine tabloda dikkat çeken bir husus IPSS’lerinin her 3 grupta da “2” gibi çok küçük değerlerde olabilmesidir.

Skor grubu	2-4 sn n=15	5-10 sn n=25	>10 n=15
Hasta yaşı (ort.) (aralık)	52.8 (24-78)	53.64 (30-70)	52.2 (29-72)
IPSS (ort.) (aralık)	7.9 (2-15)	12 (2-27)	14.6 (2-34)
Rezidü idrar (ort.) (aralık)	36 ml (0-48)	40 ml (0-400)	127 ml (0-750)

Tablo 1. Hesitensi skor gruplarıyla hasta yaşı, IPSS ve rezidü idrar ilişkileri

Hangi hesitensi grubunda hangi tedavi seçeneklerinin ön plana çıktığına ilişkin elde edilen veriler Tablo 2’de gösterildi. Burada dikkati çeken husus, değer arttıkça cerrahi tedavi seçeneğinin ön plana çıkması oldu.

Tablo 2’den hareketle hesitensi değerleri ile, IPSS ve akım hızları gruplarının tedavi seçeneklerini belirlemedeki rollerinde paralellik gösterdikleri Tablo 3’de gösterildi. Yani nasıl ki IPSS 0-7 veya akım hızı >15 ml/sn olan olgularda

BPH’ ne ait bir obstrüksiyon düşünülmediği ve bu amaçla tedavi gerekmediği fikri genel kabul görmüştür, burada da tablo 2 ve 3’ün birlikte incelenmesiyle görülecektir ki 1. gruba giren olgularda obstrüksiyon giderme amaçlı tedavi gereksinimi ortaya çıkmamakta, 2. grupta medikal ve 3. grupta cerrahi tedavi ön plana çıkmaktadır.

Hesitensi skoru (san.)	Hafif (2-4)	Orta (5-10)	Ağır (>10)
Hasta sayısı	n=15	n=25	n=15
Obst. için tedavi yok	15	-	-
Medikal ted.	-	21	6 (3 olgu op.reddetti)
Cerrahi ted.	-	4	9

Tablo 2. Hesitensi gruplarında tedavi seçenekleri

Hesitensi Skoru	IPSS	Akım Hızı (ml/sn)	Tedavi gereksinimi
2-4	0-7	>15	yok
5-10	8-19	10-15	genellikle med.
>10	20-35	<10	genellikle cer.

Tablo 3. Hesitensi skorlamasının IPSS ve akım hızlarına göre tedavi planlanmasına paralellik göstermesi

TARTIŞMA

Mesane çıkım obstrüksiyonunu çağrıştıran alt üriner sistem yakınmalı hastalarda obstrüksiyonun varlığını belirlemek için akım hızı ve hesitensi parametrelerinin belirlenmesi en kolay uygulanabilir ve noninvaziv klinik incelemelerdir. Zaten bu parametreler obstrüksiyona da spesifikler. Aslında bu çalışmada sadece akım hızı <15 ml/sn ve IPSS >7 olan olguların çalışma kapsamına alınması gereği, obstrüktif hasta grubunda daha kesin sınırların çizilmiş olabileceğini akla getirebilir. Ancak yakınlmaları çıkım obstrüksiyonunu anımsatan hastaların da çalışmaya alınması yanlış (+) ve yanlış (-) sonuçları irdeleyebilmek için uygun olmuştur. Ayrıca obstrüktif bulgu saptanmayan ve çoğu 40 yaşından küçük olan bu olgular kontrol grubunu oluşturmuştur.

BPH semptomlarını standardize etmek için yapılan skorlama çalışmalarının hepsi sadece zayıf derecede mesane çıkım obstrüksiyonu ile koreledirler. Çıkım obstrüksiyonundan şüphelenilen olgulardan önemli bir kısmı ise basınç-akım çalışmalarlarıyla saptandığı gibi obstrükte değildir. İnvaziv olmayan klinik araştırmalar hangi hasta-

ların basınç-akım çalışmasına alınmaları gerektiğini de ortaya koymaları açısından önemli görülmektedir¹.

BPH'yi değerlendirmede en sık kullanılan ölçütler prostat volümü, maksimum akım hızı ve işeme sonrası rezidü idrar miktarıdır. Halbuki önerilen tedavi yöntemleri aslında obstrüksiyonu ve obstrüksiyonla ortaya çıkan semptomları gidermeye yöneliktir. Nitekim basınç akım çalışmaları, prostatektomi yapılan hastaların %20-30'unun ürodinamik olarak obstrükte olmadığını, bu hastaların operasyondan, obstrükte olanlara göre çok daha az yarar sağladıklarını göstermiştir². Başka bir çalışmada prostat hacmi 80 cm³-ten fazla olan BPH'li hastaların %90'ında obstrüksiyon doğrulanırken, 40 cm³'ten küçük hacimli olgulardan %32'sinde obstrüksiyon doğrulanmamıştır. Aynı çalışmada IPSS ile obstrüksiyon derecesi veya prostat hacmi arasında korelasyon bulunmadığı bildirilmektedir³. Ancak bu çalışmalar invaziv, zaman alıcı ve pahalı olduğundan rutin incelemeler arasında önerilmemektedir⁴.

Semptomatoloji tek başına obstrüksiyonu ve obstrüksiyonsuz olguları ayırmada güvenilir değildir. Obstrüktif semptomlar diye anılan işemek için ıkınma, aralıklı işeme, terminal damlama ve mesaneyi tam boşaltamama hissi gibi semptomların henüz mesane çıkım obstrüksiyonuyla kesin ilişkileri tanımlanmadı. Terminal damlama ve aralıklı işemenin yüksek spesifitesi ve pozitif prediktif değeri var diyebilmek için objektif deliller olmalı. Sadece hesitensi ve zayıf akımın mesane çıkım obstrüksiyonu ile anlamlı ilişkide olduğu saptandı⁵. Kaldı ki, akım hızı çalışmalarından elde edilen bir sonuca göre maksimum akım hızı <10 ml/sn olan olgularda bile infavezikal obstrüksiyon bulunmasında pozitif prediktif değer %88 olarak saptanmıştır⁶.

Hiçbir semptom skor sistemi bireysel kullanımda tanı doğruluğunu kesinleştirecek derecede yeterli değildir. Skoring sistemi alt üriner yol semptomlarını sayısallaştırabilir ve bu semptomların hayat kalitesi üzerindeki etkilerini rakamsal olarak ifade edebilir. Tedavi ve bekle-gör politikasının etkilerini izlemek için kullanılabilirler⁷. Ancak IPSS için dezavantajlarımız vardır: Soruların anlaşılması zor, yaşlıların 1 aylık dönem için yakınmalarının derecelerini hatırlaması zor,

ve bu nedenlerle verilen yanıtlar daha çok son hafta veya günler hakkında olmaktadır. Ayrıca bizim çalışmamızda:

a) Akım hızlarıyla hesitensi değerleri arasındaki korelasyon çok daha anlamlı bulunmuştur (p< 0.001).

b) Hem 5-10 ve >10 hesitensi gruplarında, hem de 10-15 ml/sn ve <10 ml/sn akım hızı gruplarında IPSS 2 olan olgular vardır. Bu olgularda daha yüksek bir semptom skoru beklenirdi. Bu durum en azından bizim bölgemizde bu semptom skorlamasının bazen çok yanlış anlaşıldığı, doktor yardımıyla yapılmasına rağmen yanlış algılama ve yanlış yanıtlamanın skoring sisteminin değerini çok düşürdüğü şeklinde yorumlanabilir.

Bu semptomlar içerisinden IPSS'na göre 5 numaralı semptom (geçen ay boyunca kaç kere idrarınızın akış gücünde azalma hissettiniz?), akım hızı çalışmalarıyla objektif olarak değerlendirilebilir hale gelerek çok önemli bir yer edinmiştir. Aynı şekilde yine IPSS'na göre 6 numaralı semptom (geçen ay boyunca idrar yapmaya başlamak için kaç kere zorlandınız ya da ıkindiniz?), hesitensi değerlendirilmesiyle objektif hale getirilerek tanı ve tedavide çok önemli bir parametre elde edilebilir.

SONUÇLAR

Duraksama (Hesitensi) skoringi:

1. BPH'li olgularda zaten yapılmakta olan üroflowmetrik incelemede grafik üzerinde belirlenebilir. Üç gruba ayırarak yorumlanması da tedavi modalitelerinin seçiminde yararlıdır.

2. Klinik ile uyumayan skorlamalarda veya prostatın akut inflamasyon ve/veya konjesiyonlarında bu durumların çözülmesi sonrasında tekrarlanabilir kolay bir yöntemdir.

3. Tedavi seçeneğinin belirlenmesinde akım hızlarına göre yapılacak seçeneklerle paralellik gözlenir.

Bu 3 nokta ışığında, akım hızı gruplandırılmaları ve tüm eleştirilere ve sağlıklı sonuçlarına rağmen hala sıklıkla kullanılan IPSS, nasıl hasta yakınmalarının ve obstrüktif patolojinin ağırlığını belirliyor medikal ya da cerrahi tedaviye yönlendirebiliyorsa, hesitensi grupları da bu belirle-

yicilik ve yönlendiriciliği yapabilir kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Madersbacher S, Klingler HC, Djavan B, Stulnig T, Schatzl G, Schmidbauer CP, Marberger M:** Is obstruction predictable by clinical evaluation in patients with lower urinary tract symptoms. *Br J Urol.* 80: 72-77, 1997.
- 2- **Chancellor MB, Blavias JG, Kaplan SA, Axelrod S:** Bladder outlet obstruction versus impaired detrusor contractility: The role of uroflow. *J Urol.* 145: 810-2, 1991.
- 3- **Rosier PF, de la Rosette JJ:** Is there a correlation between prostate size and bladder-outlet obstruction. *World J Urol.* 13:9-13, 1995.
- 4- **Mc Connell JD:** Why pressure-flow studies should be optional and not mandatory studies for evaluating men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 44: 156-8, 1994.
- 5- **Reynard JM, Abrams P:** Bladder outlet obstruction. Assessment of symptoms. *World J Urol.* 13 (1): 3-8, 1995.
- 6- **Poulsen AL, Schou J, Puggaard L, Torp Pedersen S, Nordling J:** Prostatic enlargement, symptomatology and pressure/flow evaluation: Interrelations in patients with symptomatic BPH. *Scand J Urol Nephrol. (Suppl.)* 157: 67-73, 1994.
- 7- **Abrams P:** Objective evaluation of bladder outlet obstruction. *Br J Urol. (76 supp)* 1: 11-15, 1995.