

KADINLARDA STRESS ENKONTİNANSIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÜRODİNAMİK ÇALIŞMALAR NE DERECE GEREKLİDİR?

HOW NECESSARY ARE URODYNAMICS IN FEMALE PATIENTS PRESENTING WITH STRESS INCONTINENCE?

TEKGÜL, S., ŞAHİN, A., ÖZYAVUZ, R., ERGEN, A., ÖZEN, H.A.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Stress enkontinans yakınmasıyla başvuran 44 hastanın semptomları ve ürodinamik çalışma bulguları değerlendirildi.

Tek başına stress enkontinans yakınması olan 14 hastada ürodinamik çalışmalarda hiçbir olumlu bulgu saptanmazken stress enkontinansa eşlik olarak idrara yetişememe (urgency) semptomu olan 10 hastanın 7'sinde anstabil mesane bulguları saptandı.

Stress enkontinansa eşlik eden diğer üriner sistem semptomlarının varlığında ürodinamik çalışmalarda elde edilen bulgular anlamlı bulunurken saf stress enkontinans yakınması olanlarda ek bir bilgi vermediği sonucuna varıldı.

SUMMARY

The case histories and urodynamic findings of 44 women who presented with stress incontinence were studied.

In 14 patients whose only symptom was stress incontinence urodynamic studies were within normal limits.

Of the 10 patients who had urgency accompanying stress incontinence, 7 had bladder instability in urodynamic investigation.

Urodynamic studies have not been found valuable in patients with stress incontinence alone, but should be considered in those with additional urgency.

GİRİŞ

Stress enkontinansa yol açan anatomik ve fizyolojik mekanizmaların çok net ortaya konmaması nedeniyle, stress enkontinansı olan kadınlara klinik yaklaşımda ortak görüşler oluşmamıştır(1).

Stress enkontinansın bugün için en çok kabul gören fizyopatolojik açıklaması mesane çıkışının direncinin azalmasına sebep olan mesanenin aşağı sarkması ve ilerleyen yaşla azalan sempatik aktivitedir(1). Bu durumda çıkış direncini artıracak mesane boynunu asma ameliyatlarından hastalara fayda görebilir. Önemli olan bu hastalarda eşlik eden detrusör hiperaktivitesinin olup olmadığının anlaşılmasıdır(2).

Bu çalışmada hastaların klinik bulgularıyla ürodinamik verileri araştırılmış, semptomların enkontinansa yol açan fizyopatolojik mekanizmalarla ilişkisi ürodinamik verilerle korelasyon kurularak araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya sorgulamasında ve muayenesinde stress enkontinans saptanan ve en az 1. derece sistoseli olan kırk yaş üstündeki kadınlar alındı.

Üriner enfeksiyonu olan, radikal pelvik cerrahi geçiren veya muayenesinde nörolojik defisiti olanlar ve enkontinans nedeniyle operasyon geçirenler çalışma grubuna alınmadı. Bu durumda grubu oluşturan 40-57 yaşları arasındaki (median 47) 44 hasta yakınmalarına göre üç gruba ayrıldı.

1. Yalnız stress enkontinansı olanlar

2. Stress enkontinansı olan ve sık idrara çıkma yakınması olanlar (en az iki saat arayla idrara çıkma ihtiyacı olanlar)

3. Bütün bu semptomlara eşlik eden yetişememe semptomu olanlar

Tüm hastalarda spontan üroflovetrik tetkiki takiben rezidü ölçümü yapıldı. Daha sonra 7F üretral kateter kullanılarak 50cc/dakika sabit infüzyon hızında su sistometri uygulandı. Sistometri sırasında 100 ve 200 cc mesane volümlerinde detrüör basıncı kayıt edildi ve kapasite ölçüldü. Tüm sistometri çalışması boyunca en az bir kez 15 cm/H₂O basıncını geçen detrüör paterni olarak kabul edilmiştir.

SONUÇLAR

Hastaların semptomlarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların % 31.8'inde saf stress enkontinans yakınması varken, % 22.7'sinde ise eşlik eden idrara yetişememe (urgency) semptomu olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 1: Hastaların semptomlara göre dağılımı

Semptomlar	Hasta sayısı	%
Tek başına stress enkontinans	14	31.8
Stress enkontinans ve sık idrara çıkma	20	45.5
Stress enkontinans ve sık idrara çıkma	20	45.5
Stress inkontinans ve idrara yetişememe	10	22.7

Hastaların semptomlarına göre sistometri bulguları Tablo 2,3 ve 4'de görülmektedir.

Tablo 2'de 100 ve 200 ml hacimlerde ölçülen detrüör basıncının 3. grup hastalarda (stress enkontinans ve yetişememe semptomu olan) diğer iki gruba göre anlamlı olarak fazla olduğu görülmektedir (student-t testi $p < 0.01$ ve $p < 0.05$). Aynı şekilde mesane kapasitesi yönünden de 3. grubun diğer iki gruptan farklı olduğu izlenmektedir (student-t testi $p < 0.01$).

Tablo 3'de ise maksimum akım hızı ve işleme sonrası rezidü yönünden incelenen gruplarda anlamlı bir farklılık olmadığı izlenmektedir. Maksimum akım hızı tüm gruplar için hemen hemen aynı iken, rezidü miktarı saf stress enkontinansı olanlarda diğerlerine göre fazla izlenimi vermeseyse de bu önemli oranda anlamlı bulunmamıştır.

Ürodinamik değerlendirme ile anstabil mesane tanımına uyan hastaların gruplara dağılımı tablo 4'de gösterilmiştir.

Anlaşılabileceği üzere saf stress enkontinanslı grupta bu tanıma uyan hasta bulunmazken, stress enkontinans ve yetişememe semptomlu grupta 7 hasta (% 70) anstabil mesane bulguları vermektedir.

TARTIŞMA

Saf stress enkontinans mesane içi basıncın üretra basıncını yenmesi sonucu olan idrar kaçırmasıdır. Ancak bunun saf stress enkontinans olabilmesi için mesane basınç artışlarına involünter kasılmalara değil karın içi basınç artışlarına sekonder olması gereklidir(3). saf stress enkontinansın güncel tedavisi mesane boynunu asan cerrahi yöntemlerdir. Stress enkontinans nedeniyle opere edilen ve sonuç alınamayan hastaların büyük çoğunluğunda bunun nedeni tanımlanmamış involünter detrüör kontraksiyonlarıdır(2,3).

Anlaşıldığı gibi stress enkontinansı olanlarda involünter detrüör kontraksiyonlarının olup olmadığının mutlaka bilinmesi gereklidir. Bu nedenle stress enkontinanslı tüm olguların ürodinamik olarak incelenmesi gerektiğini savunanlar olduğu gibi; bu ayırımın iyi bir klinik değerlendirme ve semptomların irdelenmesiyle yapılabileceğini ve ürodinaminin seçilmiş olgularda gerekli olduğunu savunanlar vardır (2,3,4).

Tablo 2: Sistometri bulgularının semptomlara göre dağılımı

	det P	(cm/H ₂ O)	Mesane kapasitesi
yalnız stress enkontinans (1)	8.4±2.1	13.5± 3.4	415.6±89.7
stress enk. + sık idrar (2)	8.3±3.0	13.7± 4.9	396.4±72.8
stress enk. + yetişememe	17.3±6.7	27.2±10.3	297.8±96.2
1 v 3	p<0.01		p<0.01
2 v 3	p<0.05		p<0.01

Tablo 3: Sistometri bulgularının semptomlara göre dağılımı

	Maksimum akım hızı	Post-voiding rezidü
yalnız stress enkontinans (1)	34.5±12.4	89.6±39.4
stress enk. + sık idrar (2)	28.6± 9.6	67.8±23.4
stress enk. +	29.1± 7.9	43.3±18.9
1 ve 3 (student t testi)		p<0.10

Tablo 4: Semptomlara göre anstabil mesane görülme oranları

	Anstabil	Mesane
yalnız stress enkontinans (1)	(n=14) 0	% 0
stress enk. + sık idrar (2)	(n=20) 1	% 5
stress enk. + yetişememe	(n=10) 7	% 70

Çalışmamızda semptomlarla ürodinamik çalışma bulguları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yalnız stress enkontinanslı olgularda hiçbir anlamlı ürodinamik bulgu saptanmazken stress enkontinansa eşlik eden yetişememe semptomu olanlarda % 70 oranında anstabil mesane patterni izlenmiştir.

Bu bulguların ışığında, stress enkontinans yakınması olan kadınlarda, öykü ve klinik değerlendirme operasyon kararı vermek için yeterlidir. Ancak buna eşlik eden semptomların ve özellikle yetişememe semptomunun varlığında mutlaka ürodinamik inceleme ile involünter kontraksiyonların varlığı ekarte edilmelidir.

Sonuç olarak enkontinansı olan kadınlarda

esas önemli olan inceleme klinik değerlendirmedir, ürodinamik inceleme ancak detrüör hiperaktivitesini düşündüren semptomu olan olgularda klinik bulgulara yardımcı veriler sağlar.

KAYNAKLAR

- 1- **Blaivas J.G., Olsson C.A.:** Stress Incontinence: Classification and surgical approach. *J. Urol*, 139:727, 1988.
- 2- **Haylen, B.T., Sutherst, J.R., Frazer, M.I.:** Is the investigation of most stress incontinence really necessary? *Br J Urol* 64:147, 1989.
- 3- **Hastie, K.J., Moisey, C.U.:** Are urodynamics necessary in female patients presenting with stress incontinence? *Br J Urol* 63:155, 1989.
- 4- **Bates, C.P., Loose, H., Stanton, S.L.:** The objective study of incontinence after repair operations. *Surg. Gynecol* 136:17, 1973.