İÇİNDEKİLER

1. Içindekiler s:1
2. Başkanın Mesajı,

   Prof.Dr.Nida BAYIK s:2
3. Editörün Mesajı,

   Prof. Dr.Fisun VURAL s:.3
4. Üriner İnkontinansta Hasta Değerlendirme,

   Op.Dr.Hilal ŞERİFOĞLU s 4-10
5. Üriner İnkontinans Tedavisi ,

   Prof.Dr.Birol VURAL S:11-25
6. Aşırı aktif Mesanede Farmakoterapi ,

   Op.Dr.A. Deniz E.COŞKUN S:26-31
7. Midüretral Sling Cerrahisi,

   Prof.Dr. Fisun VURAL s.32- 39
8. Literatür Köşesi,

   Dr. Sena DURAN s:40-49
9. Üriner İnkontinansta Kanıta Dayalı Yaklaşım (NICE Guideline),

   Op.Dr. İrem YILDIRIM s:50-66
10. Üriner inkontinansta hasta bilgilendirme formları,

    Dr.Ege ÖZGÜR s:67-79
11. Üriner İnkontinansta kullanılan anket formları s:79-89



JİNKOZ Derneği Başkanı

Prof.Dr.Nida BAYIK



EDİTÖR

İdrar kaçırma kadınların üçte birinde görülen bir durumdur. Özellikle dünya nüfusunun yaşlandığını düşünürsek önümüzdeki yıllarda daha fazla inkontinans hastasıyla karşılaşacağız. Dergimizin bu sayısında üriner inkontinans tanı yöntemleri, cerrahi ve cerrahi dışı tedavi yöntemleri anlatıldı. Ayrıca, üriner inkontinansta kullanılan anketler, uluslalarası rehberler, güncel literatür ve hasta bilgilendirme formları eklenerek, üriner inkontinans hakkında ulaşmak istediğiniz tüm bilgiler tek sayıda toplandı.

Bültenimizde emeği geçen tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Prof.Dr.Fisun VURAL

ÜRİNER İNKONTİNANSTA HASTA DEĞERLENDİRME



Op.Dr.Hilal ŞERİFOĞLU

Tuzla Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Üriner inkontinans; en basit şekilde istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanabilir. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society- ICS) ise; sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan, ve hastanın hayat kalitesini etkileyen, istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlamıştır (1). Yapılan çalışmalara göre kaçırılan idrar miktarının rahatsızlık hissi ile ilişkisinin az olduğu gösterilmektedir (2). İnkontinans tedavisi için ayrıntılı bir anamnez ve dikkatli bir değerlendirme ile hastanın ihtiyacı olan yaklaşım net olarak belirlenir ve gerekli tedavi başlanabilir. Geçici ya da kalıcı inkontinans durumu olabilir. Geçici durumlar: Deliryum, enfeksiyon, atrofik vajinit-üretrit, psikolojik sorunlar, farmakolojik ajanlar, aşırı idrar çıkarma, kısıtlı mobilizasyon ve kabızlığa bağlı meydana gelir ve sebepler ortadan kaldırıldığında inkontinans düzelir (3,4).

Kalıcı inkontinans kadında 4 ayrı tipte karşımıza çıkar: Stres İnkontinans, Urge (Sıkışma tipi) ve Aşırı Aktif Mesane, Karışık Tip, Fonksiyonel Tip.

1-Stres İnkontinans: Egzersiz, hapşırma, öksürme, merdiven çıkma, ağır kaldırma gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda olan idrar kaçırma türüdür. Stres inkontinans karın içi basınç artınca intravezikal basıncın üretranın kapanma basıncını aşmasıyla idrarın kaçma durumudur. Üretral hipermobilite ya da üretral sfinkter yetmezliğine bağlı olarak oluşur. Genelde kaçırmadan önce sıkışıklık hissi olmaz ve enürezis nokturna veya noktüri nadiren görülür (5,6)

2-Sıkışma Tipi İnkontinans: Detrusor kasının aşırı aktif olduğu hastalarda idrar hissi geldiği anda tuvalate yetişemeden idrar kaçırmanın olması durumudur. Genelde noktüri de görülür. Noktüri gecede 1 ya da daha fazla idrara çıkma olarak tanımlanır (7). Stres inkontinans genç kadınlarda sıkışma tipi inkontinans ise yaşlı kadınlarda en sık görülen türdür (8).

3-Karışık Tip İnkontinans: Genelde yaşın ilerlemesiyle hem detrusorun aşırı çalışması hem de üretral sfinkter yetmezliği/hipermobilite gelişir buna bağlı olarak stres inkontinans ve sıkışma tipi inkontinans birlikte görülür.

4-Fonksiyonel tip: Azalmış mobilite ya da kas-iskelet sistem bozukluğu nedeniyle tuvalete yetişememe durumunda genelde yaşlı kadınlarda karşımıza çıkar.

İLK DEĞERLENDİRME

1) Anamnez

İdrar kaçırma şikayeti ile gelen hastaya yönlendirilecek sorularla idrar kaçırmanın tipi ve tedavi planı belirlenebilir. Anamnez alırken yönlendirilebilecek sorulara örnek olarak:

-Şikayetleri ne zaman başladı ve gün içinde hangi sıklıkta oluyor?

-İdrarın geldiğini ve kaçırdığını hissediyor mu?

-Öksürüp, hapşırma, koşma, ağır kaldırma durumunda kaçıyor mu?

-İdrar geldiği andan tuvalete gitme ihtiyacı ya da tuvalete yetişemeden kaçırma oluyor mu?

-İdrar kaçırdığında miktarı ne kadar oluyor?

-Gece idrar kaçırıyor mu?

-İdrar yapmaya başlamada zorluk oluyor mu? İdrar torbasını elle ittirmek, ıkınmak gerekiyor mu?

-Kaç doğum yaptı? Bebekler kaç kilo dogdu? Zorlu doğum öyküsü var mı?

-Düzenli adet görüyor mu? (Menapoz durumu sorgulanmalı)

-Herhangi bir hormon replasman tedavisi alıyor mu?

-Özgeçmişinde karın içi basıncını artıracak kronik hastalık var mı? KOAH, konstipasyon gibi

-Diabeti var mı?

-Kullandığı ilaçlar nelerdir? (Diüretikler özellikle sorgulanmalıdır.)

-Daha önce inkontinans cerrahisi ya da jinekolojik herhangi bir operasyon geçirmiş mi?

-Pelvik radyoterapi öyküsü var mı?

Ayrıca semptom ve hayat kalitesi ile ilgili bulunan anket formları doldurulabilir. Bu formlardan birkaçı şöyle sıralanabilir: "International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Patient Reported Outcome Measures (PROMS), Health Related Quality Of Life (HRQoL) Measures, Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) (8). Ayrıca hastaya işeme günlüğü tutulması hem teşhis hem de tedaviye cevabın değerlendirilmesi için önemli olduğundan çalışmalar 3-7 günlük tutulmasını tavsiye etmektedir (8,9). Hastalardan günlük aldıkları sıvı miktarı, tuvalete çıkma sayısı, ortalama ne kadar idrar çıkardığı, hangi durumda ne kadar idrar kaçırdığını not etmesi istenir. Bu günlük bilgileri ile ile 24 saatlik toplam idrar miktarı, günlük idrara çıkma sayısı, idrar hacmi ve fonksiyonel mesane kapasitesi belirlenir.

2) Fizik Muayene

Muayene her hastada olduğu gibi hasta kapıdan girdiğinde başlar ve hastalar bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hastanın kilolu olması karın iç basıncı artırdığı gibi diabetle ilişkili de olabilir ayrıca yürümekte zorluk çekiyor olması lomber herni ya da farklı bir nörolojik problemi düşündürebilir. Abdominal muayenede palpasyonla ve perküsyonla kitle kontrolü yapılır.

Pelvik muayenede; sistosel, rektosel, uterin prolapsus gibi pelvik organ prolapsusu var mı değerlendirilmeli, anatomik bir bozukluk veya farklılık varsa not edilmelidir. Vajende, üretra girişinde kitle olup olmadığına bakılmalı, atrofi mutlaka değerlendirilmelidir. Pelvik taban kas gücü değerlendirilmesi ile pudendal sinir, bulbokavernöz refleks ve anal reflekslerle S2-S4 değerlendirilir. Anal sfinkter tonusu ile pelvik pleksus, kontraksiyon gücü ile pudental sinir değerlendirilir (10,11).

Bulbokavernöz Refleks: Labium majusun dış yüzeyinin çizilmesiyle eksternal anal sfinkter kasılır.

Anal Refleks: Perianal cilt stimulasyonu ile anal sfinkter kasılır.

Stres testi: Mesane dolu iken, tercihen hasta ayaktayken karın içi basıncın artmasıyla (öksürme,ıkınma) idrar kaçırma durumunun değerlendirilmesidir.

Q Tip Testi: Hasta litotomi pozisyonundayken üretraya steril pamuklu çubuk itilir ve hastadan ıkınması istenir. Karın içi basıncın artmasıyla çubuğun horizontal düzlemle olan açısı 30 dereceden fazlaysa üreterovezikal hipermobilite düşünülür. Bu işlem sırasında özellikle menapozda olan hastalar ciddi ağrı duyabilmektedir.

3) Başlangıç Değerlendirmesinde Yapılacak Testler:

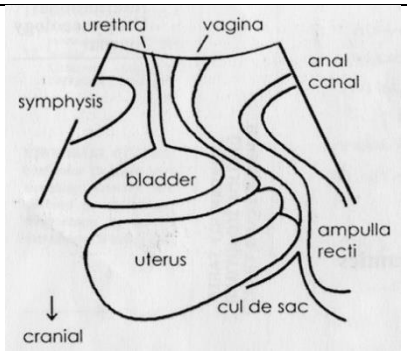
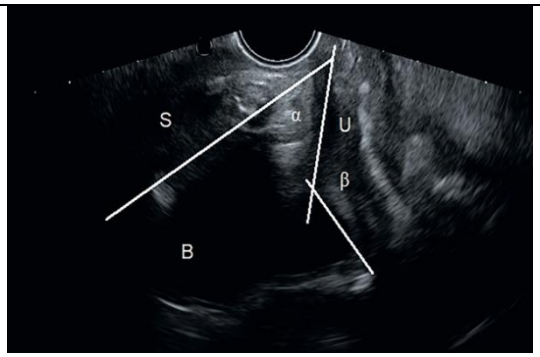
a) Tam İdrar Tetkiki: İdrarda enfeksiyon, hematüri veya glukozüri gibi metabolik bozuklukların saptanması için mutlaka yapılması gerekir.

b) Rezidü idrar volümü ölçülmesi: Mesane yeterli düzeyde boşaltılamıyorsa da inkontinans gelişebilir. Rezidüel volüm arttıkça fonksiyonel mesane kapasitesi azalır ve taşma inkontinansı olur. İşeme sonrası ilk 10 dk içinde ölçülen volümün 50cc den az olması normal, 200cc den fazla olması anormal kabul edilir.

c) Ped testi: Klinikte nadir olarak kullanılsa da objektif sonuç veren bir testtir. Önceden ağırlığı bilinen ped hastaya verilir 24 saat kullanması istenir. Ofis şartlarında dolu mesane ile hastadan egzersiz yapması istenir oturma kalkma, merdiven inip çıkma gibi hareketler yapan hastanın pedi egzersiz sonrası tartılır. 1 saat sonra 1 gr dan fazla artış olması ve 24 saat sonra 4 gr ve üzerinde artış olması idrar kaçırma olduğunu gösterir.

4) Görüntüleme Yöntemleri

a) Transperineal Ultrasonografi (USG): Q-tip testi yapılırken steril çubukla hastaya verilen rahatsızlık hissi olmadan üretral mobiliteyi ölçmek için perineal ultrason kullanılabilmektedir. USG ile stres inkontinans değerlendirilmesinde primer stres inkontinansta α açısının β açısına göre duyarlılığı ve özgüllüğü daha fazladır (14). Puboüretral açı (α açısı): Simfizis pubisi uzunlamasına geçen paralel çizgi ile üretra aksı arasındaki açıdır. Posterior üretrovezikal açı (β açısı): mesane tabanından geçen çizgi ile üretranın uzun aksının kesiştiği lokalizasyonda iki çizgi arasındaki açıdır (Şekil 1).

Şekil1: Transperineal USG ile görülen yapıların şematik çizimi (12)	Şekil2: Transperineal USG ile üreterovezikal açı ve puboüretral açının gösterimi (13)
	
	S:Simpizis Pubis U:Üretra B: Mesane

Yapılan çalışmalara göre perineal ultrasonografi ile Q-tip test sonuçları korele bulunmuştur ve alfa açısının istirahat ve valsalva arasında 16 dereceden fazla değişmesi stres inkontinansı düşündürür (13). Ultrason ile ölçülen bir diğer parametre detrüsör kası kalınlığıdır ve 5mm'den kalın olmasının detrüsör instabilitesi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (10,13). Ayrıca üretral meatusta hunileşme görülmesi üretral kapanma basıncının azaldığı durum ile ilişkilendirilmiştir (15).

b) Dinamik MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme): Perineal USG ile yapılan ölçümler dinamik pelvik MRI ile daha ayrıntılı yapılabilir. MRI ın asıl avantajı pelvik taban kaslarının ayrıntılı görüntülenmesi ile üretra ve mesaneye destek sağlayan yapılarda yırtık asimetri, incelme gibi durumların tespitine olanak sağlamasıdır. Pelvik tabanda inkontinansı açıklayacak bir patoloji yoksa internal sfinkter yetmezliği düşünülebilir.

5) İleri İncelemeler

a) Ürodinami: Objektif sonuçlar vermesine rağmen her hastaya rutin olarak önerilmemektedir. Bahsedilen temel değerlendirmeler yapıldıktan sonra hangi inkontinans çeşidi olduğu anlaşılamadıysa, öykü-işeme günlüğü- semptomlar arasında uyumsuzluk varsa, rezidüel volüm artmışsa, cerrahi düşünülüyorsa, pelvik organ prolapsusu varsa ve geçirilmiş prolapsus cerrahi varsa, muayeneyi ve tedaviyi etkileyecek nörolojik bir problem varlığında ürodinami önerilir.

b) Sistoskopi: Rutin önerilen bir test olmamakla beraber Daha önce inkontinans cerrahisi ve POP onarım öyküsü olan, pelvik bölgeye radyoterapi uygulanan, obstruktif işeme semptomları olan ve hematüri saptanan hastalara önerilmektedir (16).
c) Nörofizyolojik Testler: Pelvik tabanın nöromuskuler fonksiyonlarının tespiti için kullanılan testler olup günümüzde tercih edilmemektedir.

Kaynaklar

1) Andersen JT, Blaivas JG, Cardozo L, et al. ICS 7th report 5. on the standardization of terminology of lower urinary tract function—Lower urinary tract rehabilitation techniques. Neurourol Urodyn 1992; 11: 593–603.
2) United States. Urinary Incontinence in Adults Guideline Update Panel, and United States. Agency for Health Care Policy. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. No. 96. Department of Health and Human Services, 1996.
3) Imam KA. The role of the primary care physician in the management of bladder dysfunction. Rev Urol 2004; 6: S38-S44.5
4) Dowling-Castronovo A, Bradway C. Urinary incontinence. In Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, et al (ed) (Managing Editor: O'Meara A): Geriatric Nursing Protocols For Best Practice, 4th Edition. New York, Springer Publishing Company, LLC, 2012, sf. 387-
5) Rovner ES, Walls M. Aşırı aktif mesanenin tanısı. In Kreder K, Dmochowski RR (ed) (Çeviri Editörü: Ergen A): Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme ve Tedavi. An- kara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010, sf. 27-36.
6) Kobashi KC. Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse. In Wein AJ, Kavous- si LR, Novick AC, et al (ed): Campbell-Walsh Urology, 10th Edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012, sf. 1896-1908. 93.
7) Haylen, Bernard T., et al. "An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction." Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society 29.1 (2010): 4-20.
8) Lucas MG, Bedretdinova D, Bosch JLHR, et al. Guide- lines on Urinary Incontinence. © European Association of Urology (EAU). Urinary Incontinence- 2014.
9) Yap TL, Cromwell DC, Emberton M. A systematic re- view of the reliability of frequency-volume charts in urological research and its implications for the opti- mum chart duration. BJU Int 2007; 99: 9-16.

10) Yap P, Tan D. Urinary incontinence in dementia-a practical approach. Aust Fam Physician 2006; 35: 237-41.
11) Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al. The urinary diary in evaluation of incontinent women: A test-retest analysis. Obstet Gynecol 1988; 71: 812-17.
12) Dietz HP, Clarke B. Translabial color doppler urodynamics. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001;12(5):304-7.
13) Turkoglu A, Coskun ADE, Arinkan SA, Vural F. The role of transperineal ultrasound in the evaluation of stress urinary incontinence cases. Int Braz J Urol. 2022 Jan-Feb;48(1):70-77. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.1100. PMID: 34528775; PMCID: PMC8691236.
14) Ouslander JG. Management of overactive bladder. N Engl J Med 2004; 350: 786-99.
15) Seçkiner İ. İdrar kaçırma değerlendirme ve sınıf- landırma. Türk Üroloji Yeterlilik Kurulları, 8. Üroloji Yeterlik Sınavına Hazırlık Kursu, Ders Notları Kitabı. Ankara, Kızılcahamam, 2012, sf. 167-70.
16) Kobashi KC. Evaluation of patients with urinary in- continence and pelvic prolapse. In Wein AJ, Kavous- si LR, Novick AC, et al (ed): Campbell-Walsh Urology, 10th Edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012, sf. 1896-1908.

ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ



Prof.Dr.Birol VURAL

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, BV Klinik, Şişli

Kadınların yüzde 50'ye yakını yaşamları boyunca üriner inkontinans (Üİ) sorunu yaşamakta ve bunların yüzde 10 ila 20'si rahatsız edici düzeyde idrar kaçırma sorunu yaşamaktadır. Bu sorun sık görülen, yaşam kalitesini kötü yönde etkileyen bir sosyal ve hijyenik durumdur. İdrar kaçırmayı yaşlanmanın normal bir parçası olarak algılamamak lazımdır. İdrar yolu enfeksiyonu, hamilelik ve doğumlar, menopozal hormon eksikliği, sigara içmek, aşırı kilolu olmak, bazı tıbbi durumlar(diyabet, multipl skleroz ve parkinson hastalığı gibi), ilaçlar(diüretikler, anksiyolitikler, sedasyon ve depresyon ilaçları) ve bazı genital ameliyatlar (mesaneyi destekleyen kaslar ve bağlara zarar vererek) idrar kaçırmaya neden olabilir (1, 2).

Üriner inkontinansın tedavisi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi göz önüne alınarak adım adım ilerlemelidir. Tedavinin riskleri, yan etkileri ve faydaları dikkatli bir şekilde dengelenmeli ve hastanın hedefleri ve beklentileriyle uyumlu hale getirilmelidir. İnkontinansı olan kadınların çoğunda tedaviyle semptomlarda iyileşme görülürken, bazılarında idrar kaçırma tam olarak önlenemez. Tedaviye başlarken tedavinin etkisine ilişkin beklentiler hastayla tartışılmalıdır (3).

Üriner inkontinans tedavisi semptomların ciddiyetine bağlı olarak şekillendirilmelidir. Tedaviye öncelikle bazı belirtilerin kontrol altına alınmasına yardımcı olabilecek konservatif yöntemlerle başlanılabilir.

A) Konservatif Tedaviler

Hastanın öyküsü, muayenesi, inkontinans derecesi ve yaşam kalitesi göz önüne alınarak uygun tedavi planı yapılır. Konservatif tedaviler, genellikle ileri derecede olmayan urge ya da stres inkontinans vakalarında ilk planda tercih edilmesi gereken tedavilerdir. Etkin bir şekilde denenen konservatif tedavi yaklaşımlarına rağmen olumlu sonuç alınamazsa, ileri düzey tedaviler ya da cerrahi tedaviler denenmelidir (3).

Tedavi öncesinde yaşam kalitesi değerlendirmesi anketi yapılır. İnkontinansın hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek için temel değerlendirmeye yardımcı olabilecek, tedavi hedeflerine odaklanabilecek ve tedavi etkinliğini değerlendirebilecek değişik anketler mevcuttur (4).

1) Mesane Günlüğü/Yeniden Eğitim yada Davranışçı tedavi

En az 3 günlük bir işeme günlüğü (günlük işeme ve sıvı alımı forma kaydedilir) semptom şiddetinin temel değerlendirmesi, sıvı alımı, işeme sıklığı ve mesane hacmi hakkında bilgi verir. İşeme günlüğü aynı zamanda semptom şiddetinin hem objektif değerlendirilmesi hem de tedavinin etkisinin gözlemlenmesinde yardımcı olabilir. Tedaviye başlarken tedavinin etkisine ilişkin beklentiler hastayla tartışılmalıdır (5).

Mesanenin yeniden eğitimi ya da davranışçı tedavi, urge inkontinans, mikst inkontinans ve mesane problemlerinin tedavisinde kullanılan basit ve etkili bir yöntemdir. Mesane alışkanlıkları bir çizelgeye kaydedilir ve bu çizelgenin düzenine göre urge/sıklık hissine direnerek mesane boşaltma süresi artırılır (6,7). Kanıtlar, davranışsal tedavilerin sıkışma tipi (urge) inkontinans tedavisinde klinik olarak anlamlı bir azalma sağladığını göstermektedir. Davranışçı terapi, birkaç hafta içinde kademeli olarak olumlu sonuçlar vermektedir (8). Davranışsal tedavi başlangıç tedavi yaklaşımı olarak tavsiye edilmesine rağmen, birtakım engeller vardır. Öncelikle kadının uygulamayı sürdürmesi ve motivasyonu önemlidir.

2) Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Sıvılar ve Diyet

Yaşam tarzında yapılacak birkaç küçük değişiklik, inkontinans belirtilerini hafifletmeye yardımcı olabilir. Obez kadınlarda zayıflamanın, idrar kaçırma semptomlarının iyileşmesi de dahil olmak üzere birçok faydası vardır. Gece yatmadan 4 saat önce sıvı alımının kısıtlanması noktürisi olan hastalarda uyku kalitesini arttıracaktır. Gazlı içecek, kafein ve alkol alımı sınırlanmalıdır (9,10). Yaygın olarak önerilmesine ve genellikle düşük riskli olmasına rağmen, diyet değişiklikleri, sıvı kısıtlaması ve kafeinin azaltılmasına odaklanan diğer yaşam tarzı

değişiklikleri daha az araştırılmıştır (11). Bir çalışma, bu yaklaşımların destek grubunda idrar ve bağırsak inkontinansı semptomlarını iyileştirdiğini bildirmiştir (12).Kabızlık idrar kaçırmayı şiddetlendirebilir ve idrar retansiyonu riskini artırabilir. Bu nedenle, kabızlık tedavi edilmelidir (13). Sigara içmek idrar kaçırma riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (14,15). Sigarayı bırakmanın genel sağlık yararlarının ötesinde, idrar kaçırmayı azaltıp azaltmadığını değerlendiren hiçbir çalışma yoktur.

3) Pelvik taban kası güçlendirme (Kegel) egzersizleri

a)Pelvik taban kas egzersizi(Klasik Kegel): Levator ani kaslarının (pubococcygeus, coccygeus, iliococcygeus) kontraksiyonuna dayanır. Bu egzersizde amaç, pelvik kasları sıkıştırmak, desteklemek ve güçlendirmektir. Amerikan Hekimler Koleji'nin (American College of Physicians) kılavuzlarına göre, tüm idrar kaçırması olan (urge ve stres inkontinans) ve özellikle de stres inkontinansı olan kadınlara pelvik taban kası (Kegel) egzersizleri önerilmektedir(16). Pelvik kas (Kegel) egzersizleri, üretranın sıkıştırılması ve detrüsör kasılmalarını refleks olarak engellemesi için bir destek sağlamak amacıyla pelvik taban kas sistemini güçlendirmektedir. Uygulama şu şekilde olur: Bacakları dizden bükülü pozisyonda olan hasta, vajen ve makat çevresindeki kaslarını içeri çeker tarzda sıkıca kasar. Kegel egzersizleri günde üç kez uygulanan, her biri 8 -10 saniye süren, 8-12 kez pelvik taban kas kasılmasıdır (17). Hastalar pelvik taban kaslarını kasmayı (Kegel) her gün yapmaya çalışmalı ve en az 15 ila 20 hafta boyunca devam etmelidir (18). Avrupa Üroloji Derneği (2018) pelvik taban kas eğitiminin stres üriner inkontinans (SÜİ) ve Miks tip Üİ olan kadınlarda üriner inkontinansı ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu bildirmiştir (A kanıt düzeyi) (19).

b)Vajinal konlar: Pelvik taban kaslarını güçlendirmede kullanılan aletli bir yöntemdir. Konlar 3-9 adettir ve 20 gr'dan 100 gr'a kadar artan ağırlıklardan oluşur. Pelvik taban kaslarında güçlü kasılmalar sağlayarak kas gücünün arttırılması hedeflenmektedir. Tedavide istemli ya da istemsiz pelvis taban kasılmalarıyla bir biyofeedback duygusu oluşturulmaktadır. Günde iki defa 15 dakikalık seanslar halinde uygulanması istenir. Hastanın ayaktayken en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal konu vajende tutması ve böylece pelvik taban kaslarını çalıştırması hedeflenir. Avrupa Üroloji Derneği (2018) rehberine göre, vajinal konla yapılan pelvik taban egzersizi, SÜİ, Urge tipi Üİ, mikst tip Üİ'ın tedavisi ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (A kanıt düzeyi) (19). Ancak mikst tip Üİ'deki etkisi, SÜİ'dan daha düşük bulunmuştur (20). Herbison ve Arnold (2009)'un Cochrane sistematik derlemesinde vajinal konların pelvik taban egzersizleri (klasik kegel) ve elektrostimulasyon ile benzer

etkinlikte olduğu bildirilmekte ve konların tedavi opsiyonu olarak önerilebileceği ifade edilmektedir (19).

c)Biyofeedback: Fizyolojik aktivitenin kaydedilip görsel ve/veya duyusal işaretlere dönüştürüldükten (perineye bir parmak yerleştirmek vasıtasıyla perine kasılmalarının olduğunu hastaya göstermek, perine kontraksiyonlarını ayna ile hastaya izlettirmek, transvajinal ultrasonografi kullanarak perine kasılmalarını hastaya göstermek gibi aktiviteler) sonra hastaya yansıtılmasıdır. İstemsiz veya algılanamayan vücut işlemleri monitorize edilir. Haftada üç kez 25-35 dakika uygulanır ve 15-20 seans sürdürülmelidir. Bu seansların sonunda etkili sonuç elde edilir (21).

d)Elektriksel Uyarılma: Elektriksel uyarılma SÜİ, Urge tipi Üİ ve miks tip üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Her inkontinans tipinde farklı frekansta elektriksel uyarılma kullanılır. SÜİ varlığında yüksek frekans, sıkışma tipi üriner inkontinansta düşük frekans tercih edilmektedir. Elektriksel uyarılmada pudendal sinir uyarımı yapılır, pelvik taban kaslarında pasif kontraksiyon sağlanır (22). Bu konuda standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Avrupa Üroloji Derneği (2018) elektriksel uyarılmanın SÜI tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiğini, urge tip inkontinansta ise davranışsal tedaviler ile kombine şekilde uygulanabileceğini önermektedir (19).

e)Manyetik Uyarılma: Etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Hasta manyetik güç üreten bir sandalyeye oturur ya da mobil bir cihaz ile pelvik taban kaslarının kasılması gerçekleştirilir. Toplam 16 seans uygulanan yöntemde hastadan sekiz hafta süresince haftada iki defa, 20 dakika oturması istenmektedir. Manyetik uyarılma sandalyesi 1998'de Food and Drug Administration (FDA) onayı almıştır. Lim ve ark. (2015) tarafından yapılan sistematik derlemede, manyetik uyarılmanın SÜİ tedavisinde etkili olabileceği, ancak kısa ve uzun vadeli etkilerinin zayıf olduğuna dair kanıtlara ulaşıldığı gösterilmiştir (19). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu'nda (2018) manyetik uyarılmanın kısa vadede pelvik taban kas eğitimine fayda sağlayabileceği bildirilmiştir (B kanıt düzeyi) (19).

4) Topikal vajinal östrojen tedavisi

Menopozal genitoüriner sendrom (GSM) idrar sıklığı ve dizüri ile ilişkilidir ve inkontinans oluşumuna da sebep olabilmektedir. Stres veya urge inkontinans ve menopozun GSM'a bağlı vajinal atrofisi olan peri- veya postmenopozal kadınlar için vajinal östrojen tedavisi önerilmektedir. Topikal östrojen tedavisi semptomların iyileşmesiyle ilişkilendirilmiştir (23).

B) URGE İNKONTİNANS TEDAVİSİ

1) **Birinci basamak tedaviler:**

Urge inkontinans tedavisinde ilk yaklaşım konservatif tedavi yöntemleridir. Bu yöntemler etkili değilse mesanede hissedilen spazmları ve kasılmaları hafifletmeye yardımcı olacak ilaçlar kullanılabilir. Son çare olarak belirtiler çok şiddetliyse ve yaşam kalitesini çok etkiliyorsa invazif ya da cerrahi tedaviler önerilebilir.

Nörojenik olmayan urge inkontinans tedavisine ilişkin (American Urological Association) AUA/SUFU (Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine &Urogenital Reconstruction) kılavuzlarına göre birinci basamak tedavi davranışsal terapidir (6,7). Davranışsal terapiler hastalar için hiçbir risk oluşturmaz ve tedavi uygulanmamasına kıyasla Üİ sonuçlarını iyileştirdiği gösterildiğinden herkese sunulmalıdır (24). Birinci basamak tedaviler arasında mesane eğitimi, sıvı alımı değişikliği, pelvik taban kas eğitimi ve biyofeedback de yer alır. Hastalara kafein, alkol, asidik/narenciye sıvıları ve yapay tatlandırıcılar gibi mesane tahriş edici maddelerin alımını azaltmaları önerilmelidir. Mesane eğitimi, hastaların işeme arasındaki süreyi artırmasına ve mesane kapasitesini artırmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hastalar zamanlanmış işeme yapabilir ve aciliyeti bastırmak için Kegel gibi teknikleri kullanabilir (25).

2) **İkinci basamak tedaviler:**

İkinci basamak tedaviler mesanenin farmakolojik tedavisini içerir (6.7). Bu amaçla iki tür ilaç kullanılır:

a)Antikolinerjik (antimuskarinik) ilaçlar: Mesanede, işeme fazında detrüsör düz kasının kasılmasını sağlayan muskarinik reseptörleri bloke ederek idrar kaçırmayı engellerler. Antikolinerjiklerin sistematik bir incelemesi, bunların nispeten etkili ve güvenli olduğunu ancak farklı yan etki profillerine sahip olduğunu bulmuştur (26). Sık görülen yan etkileri: ağız kuruluğu, göz kuruluğu/kaşınması, kabızlık, bulanık görme, hazımsızlık ve bilişsel işlevlerde bozulmadır. Uzatılmış salımlı formülasyonlar, hızlı salımlı muadilleriyle karşılaştırıldığında daha az ağız kuruluğu riski olduğundan daha olumlu bir yan etki profili sunabilir(27). Antikolinerjik ilaçlar, daha önce dar açılı glokom, gastroparezis ya da bilişsel bozukluk yaşamış olan hastalarda kontrendikedir.

b) Beta 3-agonist ilaçlar: Beta 3-agonistler detrüsör düz kasının gevşemesini artırarak idrarın depolanma fazını oluştururlar. Beta 3 agonistlerin etkinliği antikolinerjiklerle aynı olmakla birlikte, yan etkileri farklıdır. FDA tarafından onaylanan ilk beta 3 agonist olan Mirabegron isimli ilacın nazofarenjit, sistolik basınç artışı, baş ağrısı ve diğer ilaçlarla etkileşim yan etkileri bulunmaktadır. Bu ilaç kontrolsüz hipertansiyonda kontrendikedir. En son onaylanan beta 3 agonist grubundan Vibegron adlı ilaç sistolik kan basıncını artırmamakta ve diğer ilaçlarla etkileşim göstermemektedir (28,29,30).Şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde antikolinerjik ve beta 3–agonist ilaç grubundan sekiz adet onaylı ilaç bulunmaktadır (**Tablo 1**)

İlaç	**Sınıfı**
Solifenacin	Antikolinerjik
Fesoterodine	Antikolinerjik
Trospium	Antikolinerjik
Tolterodine	Antikolinerjik
Darifenacin	Antikolinerjik
Oxybutynin	Antikolinerjik
Mirabegron	Beta 3-agonist
Vibegron	Beta 3-agonist

Tablo 1. Aşırı aktif mesane durumlarında kullanılan ilaçlar (25)

3) Üçüncü basamak tedaviler

Urge inkontinans hastalarında aşırı aktif mesane durumunun 3. basamak tedavisinde, periferal tibial sinir stimülasyonu (PTSS) ve Sakral sinir stimülasyonu (SSS) gibi nöromodülasyon tedavileri ya da Onabotulinumtoxin A ile kemodenervasyon yöntemleri kullanılmaktadır (6,7).

a)Perkütan periferal tibial sinir stimülasyonu (PTSS), mesane kontrolünden sorumlu sinirleri doğrudan uyaran bir tedavi olup, urge inkontinans tedavisinde kullanılabilen bir yöntemdir. Bu yöntem urge inkontinans semptomlarının diğer tedavilerle çözülmesinin zor olduğu aşırı aktif mesane problemlerinde endikedir. Perkütan tibial sinir stimülasyonu (PTSS), mesane kontrolünden sorumlu sinir köklerini dolaylı olarak uyarmak için tasarlanmıştır. Bu tedavide, malleol etrafından geçen tibial sinir yakınına 34 gauge ince bir iğne elektrod sokulur ve bu bir stimülatör cihaza bağlanır. Uyarılar sinir boyunca ilerler ve

omurilikteki L4-S3 sinir pleksusunda pelvik taban ve mesane fonksiyonunu kontrol eden sinirlerin uyarılması sağlanmış olur. Haftalık 30 dakikalık seanslar şeklinde, 12 haftalık bir tedavi uygulanır. Sonra, PTSS tedavisi ayda bir kez idame ettirilir. Bu tedavi ile, mesane fonksiyonu yeniden düzenlenir ve aşırı aktif mesane semptomları hafifler. PTSS gebelik, pacemaker ya da defibrilatör varlığı durumlarında kontrendikedir. Periferik sinir hastalığı, perferik ödem ya da nörojenik mesane durumlarında da uygulanmamalıdır (25, 31).

b)Sakral sinir stimülasyonu(SSS), işlemi 1997 yılında FDA tarafından onaylanmıştır. SSS S_3 sakral sinir uyarımı ile mesane, üriner sifinkterler ve pelvik taban refleks modülasyonunu sağlar. Bu sayede idrar kaçırma sorununun > % 50 çözülmesi beklenir. İki aşamalı bir işlemle uygulama yapılır. Birinci aşama cerrahisiz bir deneme işlemidir. Bu işlemde SSS'nin idrar kaçırmayı en az % 50 önlediği teyid edilir. Bu teyid edildikten sonra, ikinci aşamaya geçilir ve cerrahi teknikle sakral sinir uyarım sistemi (pulse jeneratör) kalçanın üst kısmında deri altına cerrahi olarak implante edilir. Cerrahi işlemin enfeksiyon komplikasyonu riski olabilir. Defibrilatör ve pacemaker kullanımı bu işlem için bir kontrendikasyondur. (25)

c)Botulinum toksini (Onabotulinumtoxin A= BTX-A), 2011 yılında urge inkontinans tedavisi için FDA onayı almıştır. Botulinum toksini nöromusküler birleşimde, pre-snaptik kolinerjik bileşkeden asetil kolin salınımını inhibe ederek kemodenervasyon ile mesane düz kas kasılmasını engeller. BTX-A sedasyon altında, ofis şartlarında ve sistoskopi ile yapılır. Tedavinin etkisi 6 ay sürmektedir. BTX-A tedavisinin komplikasyonları idrar retansiyonu, idrar yolu enfeksiyonu ve hematüridir. (25)

d)Akupunktur, Sakral omurga boyunca akupunktur yaptırmanın aşırı aktif mesane semptomlarını baskılayabildiği gösterilmiştir (32)

A) STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ

1) Peser kullanımı

Stres inkontinans tedavisinde, yaşam tarzı değişiklikleri ve pelvik taban egzersizleri birinci basamak yaklaşımdır. Buna cevap alınamayan durumlarda inkontinans peserlerinin kullanımı önerilir. Hem pelvik organ prolapsusunda hem de stres tip üriner inkontinans birlikte ise, cerrahiye alternatif olarak önerilirler. Peserler vajene yerleştirilen silikon

araçlardır. Pelvik organ prolapsusu (POP) vakalarında anatomik düzelmeyi, stres inkontinansta ise mesane boynuna desteği sağlarlar. Yalnızca ABD'de her yıl yaklaşık 135.000 kadın SUI nedeniyle ameliyat oluyor; bu vakaların yaklaşık %11'i ise 80 yaş üstü hastalardır. Hal böyle olunca cerrahi olamayacak hastalarda peser kullanımının iyi bir alternatif olduğu akılda tutulmalıdır (33). Kanada Üroloji Derneği kılavuzları aynı zamanda SUI' nın başlangıç tedavisinde PFMT ile birlikte peserlerin de dikkate alınmasını önermektedir. 446 kadınla yapılan bir RCT, 3 ayda, tek başına peser kullanan kadınların %40'lık bir iyileşme kaydettiğini, tek başına davranış terapisinde ise bu oranın % 49 olduğunu ortaya koymuştur. Ancak 12 ayda her iki gruptaki katılımcıların %32'sinin şikayetlerinin düzeldiği görülmüştür (34, 35).

Tedavinin etkinliği hastaya verilen eğitime ve takiplere bağlıdır. Peser uygulamalarında hastanın pelvisine uygun peserin bulunması önemlidir. Çok büyük olan peserler vajende ülserasyon yaparlar, küçük olursa da düşer. Bu sebeple peser uygulanan hasta peserin yerleştirilmesinden bir saat sonra tekrar görülmeli ve rahatsızlık olup olmadığı veya düşüp düşmediği, hastanın rahatlıkla idrarını yapabildiği teyit edilmelidir. Başarısız uygulama nedenleri arasında genişlemiş introitus (dört parmak genişliği), <6 cm'lik kısa vajinal uzunluk ve arka kompartman defektleri yer alır (36). Piyasada Hodge, Gellhorn, Gehrung, ring ve şişebilen peser gibi pelvik organ prolapsusunun tipine uygun peserler bulunmaktadır. Stres inkontinans vakalarında topuzlu peser kullanılır (**Resim 1**) (37). Hastaya günlük peser bakımı, takıp çıkarılması ve sabunlu su ile yıkaması öğretilmelidir. Peser bakımı konusunda literatürde standart bir protokol bulunmamakla birlikte, peser uygulanan hastaları 3-6 ayda bir görmek faydalı olacaktır.



Resim 1. Topuzlu peser.

2)Üretral hacim artırıcı enjeksiyonlar

Periüretral veya transüretral enjeksiyon tedavisi olarak da bilinen üretral hacim artırıcı enjeksiyonlar, diğer ameliyatlara göre daha düşük iyileşme oranlarıyla sonuçlansa ve maksimum etkinliğe ulaşmak için sıklıkla ek "tamamlama" enjeksiyonları gerektirse de, bu prosedürler, daha az invaziv yapıları ve hızlı iyileşmeleri nedeniyle SUI' nın birincil tedavileri arasında yer alırlar. Bu prosedürler intrinsik sfinkterik disfonksiyonu olan hastalarda eğer cerrahiyi tolere edemiyorsa düşünülebilecek bir yöntemdir(38) Ocak 2020'de, bir poliakrilamid hacim artırıcı jel materyalin, mid-üretral askıyla karşılaştırıldığı randomize bir çalışmada: hacim artırıcı enjeksiyon grubunda yüzde 16 daha az komplikasyonla birlikte, yüzde 64'e (enjeksiyon grubu) karşı yüzde 95'lik (mid-üretral askı) bir memnuniyet oranı göstermesinin ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde FDA tarafından kullanım onayı almıştır (39)

2) Farmakolojik tedavi

SÜİ'nin cerrahi dışı tedavilerinde yer alan oral farmakolojik ajanların kanıtlanmış etkinliklerinin olmaması ve rahatsız edici yan etkilerinin yüksek olması nedeniyle kullanımı sınırlıdır. Bu ilaçlar duloksetin ve alfa adrenerjik agonistlerdir. Duloksetin nöromüsküler kavşakta serotonin (5-hidroksitriptamin = 5-HT) ve norepinefrin (NE) geri alımının güçlü bir inhibitörüdür. Pudental siniri uyararak, üretral sfinkter kasılmasını sağlar. Duloksetin Avrupa ilaç ajansı tarafından kabul görmesine rağmen, FDA tarafından onaylanmamıştır (40).

Duloksetin kullanımına bağlı olarak bildirilen en sık yan etkiler bulantı, ağız kuruluğu, kabızlık, ishal iştahsızlık, yorgunluk, baş dönmesi, baş ağrısı, tremor, terleme, sıcak basması, görme bulanıklığı, libido azalması, ejekülasyon gecikmesi ve orgazm problemleridir. Bununla birlikte, duloksetin kullanımı sonrası bildirilen suisid vakaları en korkulan yan etkileridir (41). Duloksetin'in yan etkileri doza bağımlı olduğu için, tedavinin minumum dozlarda başlaması gerekir (20mg). Duloksetin ile ilgili yapılan bir derlemede hastaların %68'inin tedaviye başladıktan 4 hafta sonra ilacın yan etkilerine bağlı ilacı olarak tedaviyi kestikleri, 1 yılın sonunda ise sadece hastaların ilaca %9'unun tedaviye devam ettikleri ve %82'sinin cerrahi tedavi istedikleri saptanmıştır. European Association of Urology (EUA) SÜİ tedavisinde farmakoterapinin etkinligi ve yan etkilerinden dolayi kullanımının sınırlı olduğunu bildirmesine rağmen, bu grup ilaclardan duloksetinin kanıt düzeyini 1B olarak belirtmiştir. NICE klavuzunda duloksetinin SÜİ tedavisinde rutinde ikincil tedavi olarak kullanılmamasını, cerrahiye aday olmayan ya da cerrahiye alternatif olarak ilaç tedavisi isteyen kadınlarda düşünülebileceği şeklinde görüş bildirmiştir (42,43).

3) Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavi, saf stres inkontinans veya stres baskın mikst inkontinans vakalarında eğer konservatif tedavilere cevap yoksa veya hasta ilk basamak konservatif tedavileri istemiyorsa yapılmalıdır. Stres inkontinansın cerrahi tedavisinde pek çok cerrahi yöntem bulunmaktadır. Bunların bir kısmı günümüzde terk edilmiştir. NİCE klavuzuna göre stres inkontinans tedavisinde kullanılmaması gereken cerrahiler şunlardır: Anterior Kolporafi, iğne süspansiyonu, paravajinal defekt onarımı, domuz dermis askısı ve Marshall-Marchetti-Krantz operasyonudur. NICE rehberinin kabul ettiği stres inkontinans cerrahisi yöntemleri kolposuspansiyon ameliyatları, rektus faysa slingi ve midüretral slinglerdir (42)

Burch kolposuspansiyon operasyonu yıllarca üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde birinci basamak tedavi olarak kullanılmıştır. Üretranın iki yanına konan sütürler Cooper ligamente asılarak hipermobil olan uretra stabilize edilir. Yüksek iyileşme oranları (%68-88) ve düşük nüks oranlarına sahip bir yöntemdir. Vajen uzunluğunu etkilememesi, hafif sistosel vakalarını düzeltmesi ve iyi cerrahi sonuçlarının olması bu yöntemin avantajlarıdır. Uzun dönemde başarı oranları % 70' lerdedir ve rektosel ve işeme disfonksiyonu gelişme ihtimali vardır (44)

Burch kolposuspansiyon operasyonu başarılı bir operasyondur. Ancak, hem minimal invazif olmaları ve hem de başarı oranlarının daha yüksek olması sebebiyle mid-üretral sling (MÜS) cerrahilerinin kullanımı günümüzde ön plana geçmiştir. MÜS vakalarının beş yıllık takip sonuçlarında %90' lara varan başarı oranı bildirilmiştir (45). İlk olarak kullanılmaya başlanan MÜS operasyonu tension free vaginal tape (TVT) cerrahisidir. TVT operasyonlarında intraoperatif mesane perforasyon riskinin bulunması sebebiyle transobturatur tape (TOT) cerrahisi ortaya çıkmıştır. TVT cerrahi başarısı TOT a göre biraz daha iyi olmakla birlikte intraoperatif komplikasyon oranı daha yüksektir. TVT' nin özellikle kullanılması gereken durum, intrinsik sfinkter yetmezliği olan stres inkontinans olgularıdır (46, 47). Son olarak da tek insizyonlu mini-sling cerrahisi popularite kazanmıştır ancak bu cerrahinin uzun dönem sonuçları elimizde yoktur (48).

4) Diğer yöntemler

Pelvik tabanın elektrik stimulasyonu hiç tedavi olmayan gruba göre iyileşme sağlar ancak pelvik taban egzersizinden daha etkin değildir (49). Manyetik alan tedavisi ile ilgili yapılmış çalışmalarda klinik iyileşme saptanmıştır ancak bu etkinin süresi konusunda netlik yoktur (50).Son yıllarda minimal invazif bir yöntem olan vajinal lazer uygulamaları stres

inkontinans tedavisinde de yerini almaktadır. Yapılan gözlemsel çalışmalar umut vaat etmekle birlikte randomize çalışmaların eksikliği, tedavinin etkinliğinin süresi konusunda net bir bilgi olmaması sebebiyle ACOG tarafından SÜİ tedavisinde önerilmemektedir (51)

Kaynaklar

1. Almousa S, Van Loon A B. The Prevalence of Urinary Incontinence in Nulliparous Adolescent and Middle-Aged Women and the Associated Risk Factors: A Systematic Review. Maturitas 2018; 107:78-83.
2. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. JAMA 2017; 318:1592.
3. Schabert VF, Bavendam T, Goldberg EL, Trocio JN, Brubaker L. Challanges for managing overactive bladder and guidance for patient support. Am J Manag Care 2009;15 (4 suppl):S118-S122.
4. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:98.
5. Nambiar AK, Bosch R, Cruz Fetal. EAU guideline sonassessment and nonsurgical management of urinary incontinence. Eur Urol 2018;73(4):596-609.
6. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder(non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. J Urol 2012;188 (6Suppl) : 2455-2463.
7. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (nonneurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment 2019.J Urol 2019; 202(3): 558-563.
8. Burgio KL, Goode PS, Locher JL et al. Behavioral Training With and Without Biofeedback in the Treatment of Urge Incontinence in Older Women: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2002, 288, 2293–2299.
9. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, et al. Caffeine and urinary incontinence in US women. Int Urogynecol J 2013; 24:295.
10. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, et al. The association of diet and other life style factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. BJU Int 2003; 92:69.

11. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Life style interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. Cochrane Database SystRev 2015; :CD003505.
12. Brown HW, Braun EJ, Wise ME, et al. Small-Group, Community-Member Intervention for Urinary and Bowel Incontinence: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol 2019; 134:600.
13. Wood LN, Anger JT. Urinaryincontinence in women. BMJ 2014; 349:g4531.
14. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, et al. Theassociation of diet and other lifestyle factors with over active bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. BJU Int 2003; 92:69.
15. Tähtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, et al. Smoking and bladder symptoms in women. Obstet Gynecol 2011; 118:643.
16. Culbertson S, Davis AM. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women. JAMA 2017; 317:79.
17. Pelvic floor muscle training: a practical guide. British Medical Journal. BMJ 2022; 327: 3070186. Sept 2022. https://www.bmj.com/content/378/bmj-2022-070186 (Accessed on September 15, 2022).
18. Hay-Smith J, Berghmans BK, et al..Adult conservative management. In: Incontinence, 4th Ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publications Ltd, Paris 2009. p.1025.
19. Buran G, Gerçek E. Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi. EGE HFD, 2019, 35 (3):155-161.
20. Nambiar AK, Bosch R, Cruz, F, Lemack GE, Thiruchelvam, N, Tubaro A, et al. Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. European urology 2018; 73(4): 596-609.
21. Collins B, &Bradshaw E. OptimisingPouchFunction Using Biofeedback. intheIleoanalPouchSpringer, Cham 2019: 153-9.
22. Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian S.S, Manouchehri N, Alimadadi H, Allahverdi B, Motamed F, &Fallahi, G. H. Effects of Interferential Electrical Stimulation Plus Pelvic Floor Muscles Exercises on Functional Constipation in Children: A Randomized Clinical Trial. The American journal of Gastroenterology 2018; 113 (2):295.
23. Christmas MM, Iyer S, Daisy C, et al. Menopause hormone therapy and urinary symptoms: a systematic review. Menopause 2023; 30:672.

24. Balk E, Adam GP, Kimmel H et al. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: a systematic review update. 2018. Available from: https: // www.ncbi.nlm.nih.gov/ books/ NBK534625/
25. Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, Murphy AM. Evaluation and management of female urinary incontinence. Can J Urol 2021; 28 (Suppl 2): 27-32.
26. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2008; 54(3): 543-562.
27. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay-Smith EJ. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;1:CD005429.
28. Huang CK, Lin CC, Lin AT. Effectiveness of antimuscarinics and a beta-3 adrenoceptor agonist in patients with overactive bladder in a real-world setting. Sci Rep 2020;10 (1):11355.
29. Chapple CR, Cardozo L, Nitti VW, Siddiqui E, Michel MC. Mirabegron in overactive bladder: a review of efficacy, safety, and tolerability. Neurourol Urodyn 2014; 33(1):17-30.
30. Staskin D, Frankel J, Varano S, Shortino D, Jankowich R, Mudd PN Jr. International phase III, randomized, double-blind, placebo and active controlled study to evaluate the safety and efficacy of vibegron in patients with symptoms of overactive bladder: EMPOWUR. J Urol2020;204(2):316-324.
31. Gaziev G, Topazio L, Iacovelli V et al. Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) efficacy in the treatment of lower urinary tract dysfunctions: a systematic review. BMC Urol 2013;13:61
32. Yang L, Wang Y, Mo Q, Liu Z. A comparative study of electroacupuncture at Zhongliao (BL33) and other acupoints for overactive bladder symptoms. Front Med. (2017) 11:129–36. doi: 10.1007/s11684-016-0491-6
33. DeMaagd GA, Davenport TC. Management of urinary incontinence. Pharm Therap. 2012;37:345–361.
34. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;115:609–617

35. Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Jolivet M, Bailley G. 2012 Update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. Can Urol Assoc J. 2012;6:354–363
36. Ghadeer Al-Shaikh, Sadiqa Syed, Somaia Osman, Abdulrahman Bogis, Ahmed Al-Badr. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of lifeInt J Womens Health. 2018; 10: 195–201.
37. Meyer I, Richter H. Challenges and New Insights in the Management of Urinary Incontinence in Older Women. Current Geriatrics Reports 2022 11 (1)
38. Braga A, Caccia G, Papadia A, Treglia G, Castronovo F, Salvatore S, Torella M, Ghezzi F, Serati M.Urethral bulking agents for the treatment of recurrent stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. Maturitas. 2022 Sep;163:28-37.
39. Itkonen Freitas AM, Mikkola TS, Rahkola-Soisalo P, et al. Quality of life and sexual function after TVT surgery versus Bulkamid injection for primary stress urinary incontinence: 1 year results from a randomized clinical trial. Int Urogynecol J 2021; 32:595.
40. Mangır N, Uçar M,Gülpınar Ö, Özkürkçügil C, Demirkesen O, Tarcan T. Duloxetine in the Treatment of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis of Efficacy Data from Randomized Controlled Clinical Trials. J Urol Surg, 2023;10(1):1-8
41. Spielmans GI, Spence-Sing T, Parry P. Duty to Warn: Antidepressant Black Box Suicidality Warning Is Empirically Justified. Front Psychiatry 2020;11:18.
42. National Instıtute for Clinical and Health Excellence. Urinary incontinence:the management of urinary incontinence in women. Clinical guidelines CG171. NICE website. Accessed at http://guidance.nice.org.uk/CK171
43. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. Eur Urol. 2011 Mar;59(3):387-400.
44. Nikolaus Veit-Rubin, Jean Dubuisson, Abigail Ford, Jean-Bernard Dubuisson, Sherif Mourad, Alex Digesu, Burch ColposuspensionNeurourol Urodyn. 2019 Feb; 38(2): 553–562.
45. Mangir N, Aldemir Dikici B, Chapple CR, MacNeil S. Landmarks in vaginal mesh development: polypropylene mesh for treatment of SUI and POP. Nat Rev Urol 2019;16:675-689.

46. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anaesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J 1996;7:81-6.
47. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini- invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol 2001;6:1306-13.
48. Kennelly M, Moore R, Keil K, Nguyen J, Lukban J (2008) Short-term assessment of MiniArc (TM) sling for the treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 19:S24–S24
49. Stewart F, Berghmans B, Bø K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017; 12:CD012390.
50. Sun K, Zhang D, Wu G, et al. Efficacy of magnetic stimulation for female stress urinary incontinence: a meta-analysis. Ther Adv Urol 2021; 13:17562872211032485.
51. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. Obstet Gynecol 2019; 134:e1.

AŞIRI AKTİF MESANE FARMAKOLOJİK TEDAVİSİ



Op.Dr.Ayşe Deniz Ertürk Coşkun
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Fonksiyonel bir mesane, depolama görevi yapabilen ve uygun şartlarda istemli olarak kasılarak boşaltım yapabilen bir organ olmalıdır. Dolum sırasında mesane düşük iç basıncı olan bir rezervuar görevi görmelidir. Mesane fizyolojik hızlarda dolarken hacmini elastik bir balon gibi genişletirken intravezikal ve detrusor basınçlarını sabit tutmaya çalışır. Mesane dolum fazındayken kişinin algıladığı idrar hissi dolum miktarı ile uygun olmalıdır. Çoğu kadın, mesanesinin dolduğunun ilk hissini 75-150 mL arasında hisseder, 300-400 mL arasında işeme isteği duyar ve 400-700 ml arasında artık güçlü bir işeme isteği duyulur (1).

Bu fizyolojik çalışmanın aksadığı Aşırı Aktif Mesane (AAM) sendromunda kadınlarda sık görülen semptomlardan biri ani gelen ve güçlü bir şekilde hissedilen işeme hissidir. Ani sıkışma belirtisi mesane doluyken veya henüz tam dolu değilken hissedilebilir. Bu hissin sonucu olarak idrar kaçırma olabilir veya olmayabilir. Frequency adı verilen diğer semptom ise normalden daha sık sayıda idrara çıkmaktır. Semptomlara gece idrara çıkmak yani noktüri de eşlik edebilir. Bu semptomlara detrusor kasının istemsiz kasılmaları yol açabilir. Urodinamide dolum fazında gözlenebilen ve hastada o anda semptoma yol açan veya açmayan bu kasılmalar detrusor aşırı aktivitesi olarak tanımlanır. AAM tanısı konması için

detrusor aşırı aktivitesi olması şart değildir. Tanı semptom sorgulanması ile konulmaktadır, bu nedenle kadınlarda prevalansı konusunda %7 ile %43 arasında değişen geniş bir aralıkta farklı rakamlar bildirilmektedir(2,3). Prevalansının yaşla birlikte arttığı ve AAM semptomları olanların üçte birinin aynı zamanda idrar inkontinansı yaşadığı düşünüldüğünde etkilenen popülasyonun genişliği görülebilir. En sık görülen kronik hastalıklar sıralamalarında üst sıralarda yer alan AAM aynı zamanda tedavisi için kullanılan kaynaklar dikkate alındığında sağlık sistemi üzerinde belirgin ekonomik yük oluşturmaktadır.

Aşırı aktif mesane semptomları olan kadınlarda öncelikle mesane irritasyonu yapabilecek enfeksiyon, taş, tümör gibi diğer durumlar dışlanmalıdır. Sonraki ilk basamak kilo vermek, sigarayı bırakmak, mesane irritasyonu yapan gıdaları tüketmemek, kabızlığı önlemek gibi yaşam tarzı değişiklikleri, pelvik taban kasları egzersizleri ve mesane eğitimini de içeren davranışsal tedavileri içerir. Yaşam kalitesini düzeltici etki bu yöntemlerle tatmin edici düzeyde olmadıysa medikal tedavi seçenekleri düşünülebilir.

Aşırı aktif mesaneyi ve farmakolojik tedavisini anlamak için mesane ve işeme nörofizyolojisini gözden geçirmek uygun olacaktır. İnnervasyonun otonom kısmı sempatik ve parasempatik kısımlar oluşturur. Sempatik sinirler mesane gevşemesini, parasempatik sinirler ise mesane kontraksyonunu sağlar. Sempatik sinirler, omurilikten T10- L2 seviyelerinden çıkar. Sempatik sistemin nörotransmitteri olan noradrenalin α ve β adrenerjik reseptörlere bağlanır ve ardından postganglionik lifler, hipogastrik sinir yoluyla mesaneye gider. Noradrenalin mesane üzerindeki β-reseptörlerine bağlandığında mesanenin detrüsör kasını gevşetir. Mesane kontraksiyonunda etkili olan parasempatik sinirler ise omurilikten S2-S4 düzeylerinde çıkar. Parasempatik sistem nörotransmitter olarak asetilkolini kullanır. Asetilkolin hedef organlardaki muskarinik reseptörlere bağlanır. Mesanede bilinen beş tip muskarinik reseptörden M2 ve M3 alt tipleri baskındır. Mesanedeki muskarinik reseptörlerin yaklaşık %80'i M2 reseptörlerdir ve aktive olduklarında sempatik sistemin neden olduğu gevşemeyi engellerler. Muskarinik mesane reseptörlerinin geri kalan %20'sini oluşturan M3 reseptörleri ise detrüsör kaskasılmasına neden olur (4).

Aşırı aktif mesanenin medikal tedavisinde uzun süredir antimuskarinik ilaçlar kullanılmaktadır. Son yıllarda β3 adrenerjik agonistler de tedavide tek başına veya antimuskariniklerle birlikte kullanılmaktadır.

Antikolinerjik Tedavi

Antimuskarinikler yukarıda bahsi geçen muskarinik reseptörlere asetilkolin bağlanmasını engelleyerek etkili olurlar. Mesane kasılmasını engeller, idrar hissini azaltır,

mesane kapasitesini artırırlar. Fakat bu reseptörler sadece alt ürinersistemde değil tükürük bezleri, parotis bezi, gastrointestinal sistem, kalp, gözler ve beyin gibi vücudun diğer bölgelerinde de bulunur. Dolayısıyla bu grup ilaçların her grubunun farklı oranlarda sistemik yan etkileri mevcuttur. Oksibutinin, Tolterodin, Darifenasin, Fesoterodin, Solifenasin, Trospiyum ve Propiverin olmak üzere toplam yedi farklı antimuskarinik ilaç grubu tedavide kullanılmaktadır.

Bunlardan en eski kullanıma giren Oksibutinindir. Mesane kontraksyonlarını azaltan M3 reseptörlere kısmi olarak selektifdir ve diğer organlarda özellikle parotis bezinde muskarinik reseptörlere bağlanabilir. Bu nedenle ağız kuruluğu başta olmak üzere kabızlık, gastrointestinal rahatsızlık, bulanık görme, baş dönmesi ve bilişsel bozukluk gibi yan etkileri vardır. Daha uzun süredir piyasada olan görece ekonomik bu ajan bazı ülkelerde ve zaman zaman ülkemizde de sigorta sistemi tarafından ilk seçenek tedavi olarak sunulmaktadır. Gastrik emilimi daha az olan uzun etkili formu karaciğer ilk geçiş etkisi ile oluşan aktif metabolitini azaltarak, transdermal yapışkanlı formu ise bu aktif metaboliti tamamen ortadan kaldırarak yan etkileri bir miktar azaltabilmektedir.

Tolterodin diğer antimuskarinikler arasında en uzun süredir kullanımda olandır. Herhangi bir muskarinik reseptöre selektif değildir. Benzer yan etkiler, uzun salınımlı formunda daha az olmak üzere, görülmektedir. Darifenasin M3 reseptörlere yüksek oranda selektif bir antimuskariniktir. Bu özelliği ile Merkezi sinir sistemi ve kardiak yan etkiler açısından daha güvenlidir. Solifenasin de M3 selektif bir antimuskariniktir. Fesoterodin tolterodine benzer özelliklerde olan kompetetif nonselektif bir antimuskariniktir.

Trospium, bir miktar antimuskarinik aktiviteye sahip kuarterner amindir. Trospiyumun kan-beyin bariyerinden MSS'ye geçişi sınırlıdır. MSS yan etkilerinin az olması nedeniyle yaşlı hastalarda veya bilişsel bozuklukları olanlarda trospiyumun kullanımını tercih edilebilir (5).Propiverin iseantimuskarinik ve kalsiyum kanal blokeridir. Mesaneye selektif değildir ve antimuskarinik yan etkiler benzer şekilde görülebilir. Antimuskariniklerin plasebo ile kıyaslandığı çalışmaları inceleyen 2023’te yayınlanan Cochrane derlemesine göre; aşırı aktif mesane sendromlu kişiler tarafından antimuskarinik ilaçların kullanılması, plasebo tedavisiyle karşılaştırıldığında semptomlarda ve yaşam kalitesinde iyileşmelere neden olur, yan etkiler tüm antimuskariniklerdeplaseboyla karşılaştırıldığında daha fazladır ve Tolterodin hariç tüm antimuskarinikler ile yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma daha yüksek orandadır

(6). Antimuskarinik ilaçların etkinlikleri arasında belirgin fark olmaması nedeniyle tedavide seçim yan etkilere ve ekonomik kaynaklara göre yapılabilir.

En sık tedaviyi bırakmaya neden olan yan etki ağız kuruluğudur (7). Uzun etkili formlar yan etki açısından ve kullanım kolaylığı açısından tercih edilebilir. Kısa etkili formlar ise sadece bazı özel günler semptomların azaltılması gerekiyorsa tercih edilebilir. Ağız kuruluğu dışında sık görülen diğer antimuskarinik yan etkiler ;kabızlık, göz kuruluğu, bulanık görme, taşikardi, uyuşukluk ve bilişsel işlevlerde bozulmadır. Bu ilaçlar kontrolsüz taşiaritmileri, miyastenia gravisi, gastrik retansiyonu, idrar retansyonu ve dar açılı glokomu olan hastalarda kontrendikedir. Kognitif fonksyonlar üzerinde kümülatif etkileri olabileceği için özellikle yaşlılarda ve hali hazırda kognitif sorunu olanlarda tercih edilmemelidirler (8).Kognitif bozukluk kaygısı ön planda ise kan beyin bariyerini aşmayan Trospiyum ve Darifenasin tercih edilebilir (9). Antimuskariniklerin özellikle ileri yaş grubunda kognitif yük ile ilgili uzun dönem etkilerinin net olmaması son yıllarda beta adrenerji kagonistlerin tedavide daha yoğun kullanımına yol açmıştır.

Beta-3 Adrenerjik Agonistler

Mirabegron ve Vibegron, mesanede sempatik uyarıları alan ve baskın olarak bulunan β-3 reseptörleri uyararak düz kas gevşemesi sağlayarak etki gösterirler. Kullanıma görece yeni girmiş olmaları nedeniyle önceleri antimuskariniklere yanıt alınamayan hastalara önerilirken artık ilk basamak tedavide de kullanımları kılavuzlarda yer bulmaktadır (10). Adrenerjik etkileri nedeniyle antimuskarinik yan etkileri yoktur. Benzer etkinlik gösterirken ve daha az yan etkilerinin olması nedeniyle tercih edilebilirler (11,12).Daha yeni preparatlar olmaları maliyetlerini görece yüksek tutmaktadır. Görülebilen yan etkileri baş ağrısı, burun akıntısı ve gastointestinal şikayetlerdir. Kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalar Mirabegron kullanmamalıdır. Tedavi sırasında hipertansiyon ortaya çıkması Mirabegron da sık olmamakla birlikte görülebilirken Vibegron da görülmemektedir (13).

AAM için tedaviye başlandıktan 4-6 hafta sonra halen yanıt alınmadıysa, mevcut ajanın doz artımı mümkün değilse kombine tedavi düşünülebilir. Antimuskarinik ve beta agonist birlikte kullanılabilir. İki antikolinerjiğin kombinasyonu artan yan etkiye neden olacağından tercih edilmez fakat beta agonist kullanılamayan durumlarda seçilmiş hastalarda düşünülebilir. Kombinasyon tedavilerde idrar retansyonu riskinin artacağı akılda tutulmalıdır.

Tedavide kullanılan tüm ajanlar kıyaslandığında etkinlikte öne çıkan bir ajan yoktur, dolayısıyla kısa ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek yan etkiler ve kontrendikasyonlar

dikkate alınarak hastaya uygun ajan ve form seçimi tedavi uyumunu ve başarısını artıracaktır. Hasta fayda gördüğü ve yan etki olmadığı sürece tedaviye devam edebilir. Tedaviye ara verdiğinde semptomlar tekrar rahatsız edici bir hal alırsa tekrar tedaviye başlayabilir.

Kaynaklar:

1. Walters, Mark D., and Mickey M. Karram. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. ElsevierHealthSciences, 2014.
2. Gormley, E. Ann, et al. "Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline." The Journal of urology 188.6S (2012): 2455-2463.
3. Haylen, Bernard T., et al. "An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP)." Neurourology and urodynamics 35.2 (2016): 137-168.
4. Giglio, Daniel, and Gunnar Tobin. "Muscarinic receptor subtypes in the lower urinary tract." Pharmacology 83.5 (2009): 259-269.
5. Coupland, Carol AC, et al. "Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study." JAMA internal medicine 179.8 (2019): 1084-1093.
6. Still, M., Barron-Millar, E., Nabi, G., & Omar, M. I. (2023). Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5).
7. Gopal, Manish, et al. "Discontinuation rates of anticholinergic medications used for the treatment of lower urinary tract symptoms." Obstetrics & Gynecology 112.6 (2008): 1311-1318.
8. UPDATE, AUGS. "Clinical Consensus Statement: Association of Anticholinergic Medication Use and Cognition in Women With Overactive Bladder." (2021).
9. Callegari, Ernesto, et al. "A comprehensive non-clinical evaluation of the CNS penetration potential of antimuscarinic agents for the treatment of overactive bladder." British journal of clinical pharmacology 72.2 (2011): 235-246.
10. Farag, F., Sakalis, V. I., Arteaga, S. M., Sihra, N., Karavitakis, M., Arlandis, S., ...&Nambiar, A. K. (2023). What Are the Short-term Benefits and Potential Harms of Therapeutic Modalities for the Management of Overactive Bladder Syndrome in Women? A Review of Evidence Under the Auspices of the European Association of

Urology, Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms Guidelines Panel. European Urology.

11. Chapple, Christopher R., et al. "Safety and efficacy of mirabegron: analysis of a large integrated clinical trial database of patients with overactive bladder receiving mirabegron, antimuscarinics, or placebo." European urology 77.1 (2020): 119-128
12. Athanasiou, Stavros, et al. "Mirabegron in female patients with overactive bladder syndrome: what's new? A systematic review and meta-analysis." European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 251 (2020): 73-82.
13. Wagg, Adrian, et al. "The efficacy and tolerability of the β3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients." Age and ageing 43.5 (2014): 666-675.

MİDÜRETRAL SLİNG CERRAHİSİ



Prof.Dr.Fisun VURAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

---

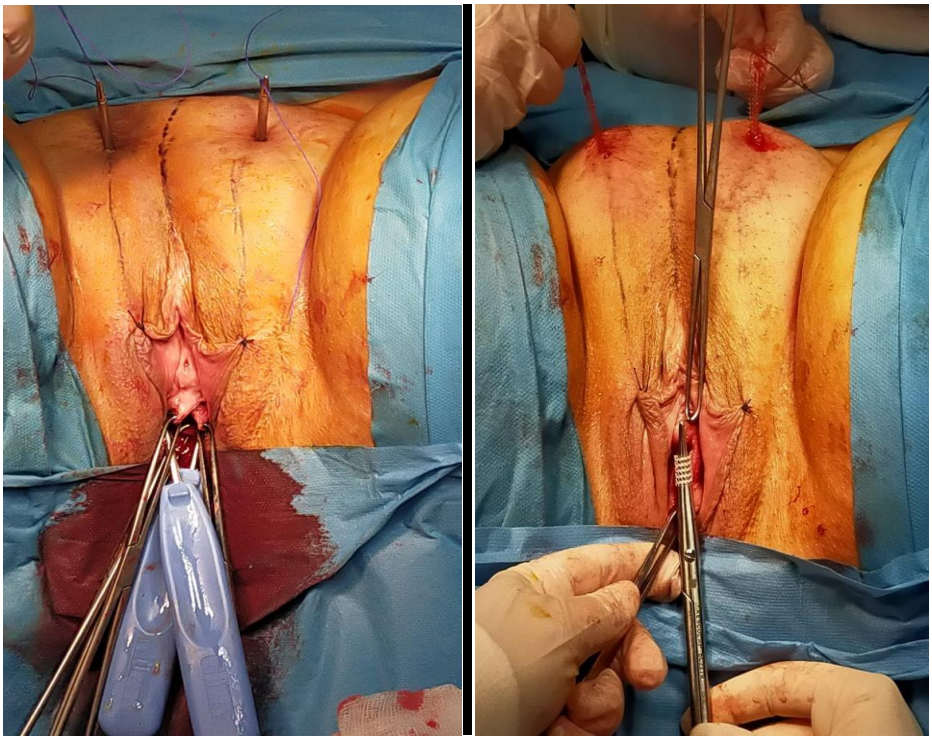
Üriner inkontinans reprodüktif yaş grubu kadınların üçte birinde görülen bir durumdur ve bu olguların yaklaşık %50'si stres tip üriner inkontinanstır (1) Stres üriner inkontinansın birinci basamak tedavisi konservatif tedavilerdir. Bu tedaviler yaşam tarzı değişiklikleri, sıvı kısıtlaması, kafein kısıtlaması, sigaranın bırakılması, konstipasyonun tedavisi, işemenin programlanması, fazla kilonun verilmesi, pelvik fizyoterapi ve peser uygulamalarıdır (2). Stres tip inkontinans veya stres baskın mikst tip inkontinansı olup konservatif tedaviye cevap vermeyen veya sosyal yaşamını etkileyecek kadar yoğun idrar kaçırması olan vakalarda cerrahi tedavi önerilir.

İnkontinans patofizyolojisi ilk olarak 1923 yılında Bonney tarafından anatomik destek eksikliği olarak açıklanmıştır. Ardından uzun yıllar bu konu ihmal edilmiştir. 1961 yılında Enhörning, hem istirahat hem de karın içi basınç artışı ile üretral basıncın artmış olduğunu bildirmiştir (3). Karın içi basınç arttığında üretraya yeterli basınç iletiminin sağlanması idrar kontinansının korunması açısından son derece önemlidir. Pelvik organ prolapsusu gibi mesane boynundaki anatomik değişikliklerde bu iletim bozulur ve inkontinans gerçekleşir.

Stres üriner inkontinansı tedavi etmeye yönelik cerrahi prosedürler mesane boynunu desteklemeyi ve mesane çıkış direncini arttırmayı amaçlamaktadır (4,5).

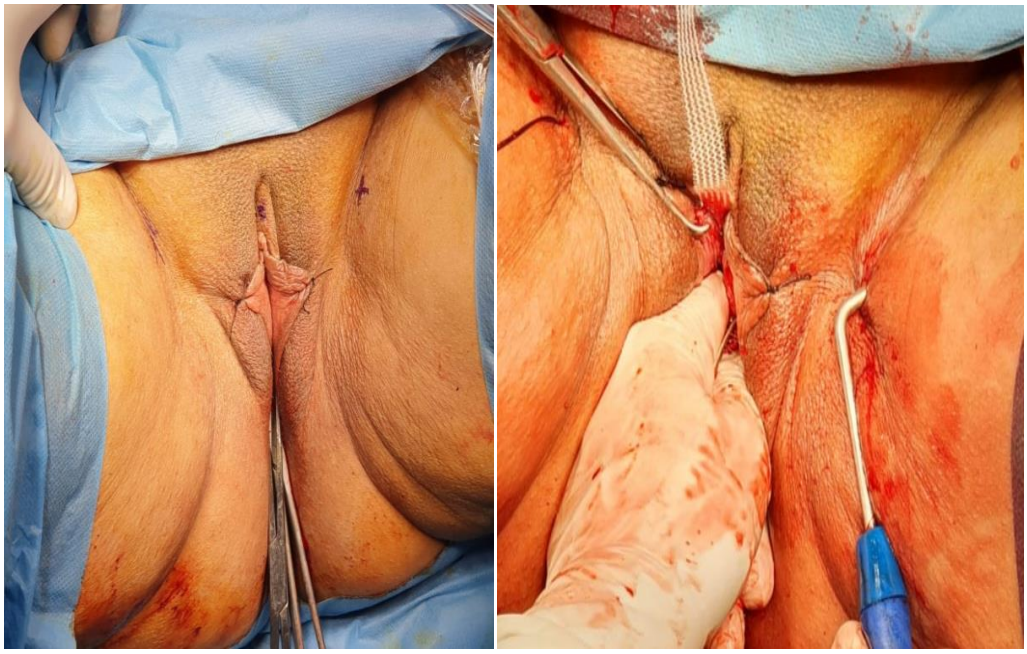
İnkontinans cerrahisi ile ilgili literatürde 200 kadar operasyon çeşitliliği bulunmaktadır. Bunların pek çoğu günümüzde popülaritesini yitirmiştir (Paravajinal defekt onarımı, Kelly plikasyonu, Raz, Stamey, Gittes prosedürleri, Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu, vb) (6). Uzun yıllar Burch kolposuspansiyonu gold standard tedavi olarak tüm dünyada uygulanmıştır. Petros ve Ulmsten'in üretral kapanmanın mesane boynunda değil, midüretrada olduğunun öne sürüldüğü integral teorinin kabul edilmesinden sonra, midüretral sling cerrahileri geliştirilmiştir (7).

İlk olarak 1996 da Ulmsten gerilimsiz vajinal askı (tension-free vaginal teyp=TVT) operasyonunu uygulamıştır (8). TVT de bilateral paraüretral alandan girilen trokar ürogenital diyafram, Retzius aralığı, rektus kası ve ön karın fasyasını geçerek simfizisin hemen üzerinden ciltten çıkarak meş geçirilir. Böylece paraüretral dokular çepçevre desteklenir (Resim 1). İşlem esnasında mesane zedelenme riski olduğu için mutlaka sistoskopi yapılır.



Resim 1 (Haydarpaşa Numune Kadın Doğum Kliniği arşivinden) : TVT operasyonu. Biri klitoristen diğerleri bilateral klitoral düzlemden 2cm uzaklıkta dikey çizgiler çizilirek simfizin hemen üzerinden çıkılacak noktalar işaretlenir. TVT'ye özel trokar eşliğinde ürogenital diyafram, Retzius ve karın ön fasyası geçilir. Mesane ise eş zamanlı olarak sistoskopi ile kontrol edilir.

TVT cerrahisi %85 civarında kür oranları ve uygulama kolaylığı ile kabul görmüştür. Ancak işlem esnasında mesane, bağırsak ve ciddi vasküler yaralanma gibi komplikasyonları içermesi yöntemin dezavantajlarıdır. Bu sebeple aynı etkinlikte ancak daha az komplikasyon içeren cerrahi prosedür arayışları 2001 yılında Delorme'nin transobturator teyp operasyonunu (TOT) literatüre kazandırmasıyla büyük yankı buldu (9). Delorme paraüretral desteği sağlarken meşin kollarını obturator foramenden geçerek mesane ve bargırsak yaralanma riskini minumuma indirdi (Resim 2).



Resim 2 (Haydarpaşa Numune Kadın Doğum Kliniği arşivinden). TOT operasyonu. Klitoris hizasından geçen labium majusların lateralinde iskiopubik ramusun 1.5 cm lateralinden insizyon yapılacak yer işaretlenir. TOT operasyonuna özgün trokar 45 derecelik açıyla dıştan içe doğru geçilir.

TOT ilk olarak dıştan içe uygulanmış olup daha sonra komplikasyon oranlarını azaltmak için "de Laval" tarafından modifiye edilmiştir. Modifiye teknikte iğne içten-dışa kullanılmış ve bu yöntem tension free vaginal tape obturator yol (TVT-O) olarak adlandırılmıştır (10). 2006 yılında minislingler literatüre kazandırılmıştır (11). Tek bir vajinal kesi üzerinden yerleştirilip, kullanılan meşin retropubik aralık veya obturator foramenden geçişi olmadan özel tutamaçlarla pelvik duvar dokusuna sabitlenmesi sağlanır.

Komplikasyonlar

Midüretral sling operasyonlarına bağlı oluşabilecek komplikasyonları peroperatif, erken ve geç postoperatif olarak üç kısımda incelemek gerekir. Peroperatif komplikasyonlar mesane, vajen, bağırsak, damar ve sinir yaralanmalarıdır. Erken postoperatif dönemde hematom, enfeksiyon veya üriner retansiyon görülebilir. Geç dönemde ise meş erozyonu, kasık ağrısı ve de novo urgency gelişebilir (12). Sling operasyonu yapan cerrahın oluşabilecek komplikasyonları ve bunlarla baş etme yollarını bilmesi gerekir.

Peroperatif komplikasyonlardan mesane perforasyonu en sık TVT vakalarında görülür (%0.8-21). TVT vakalarında mesane perforasyon oranlarının bu kadar geniş aralıkta olması cerrahın tecrübesi ile ilişkilidir. TOT cerrahisi sırasında ise mesane perforasyonu nadirdir (%0.5), bu komplikasyonun geliştiği olgular daha çok geçirilmiş cerrahisi olan veya eş zamanlı pelvik organ prolapsusu olan vakalardır (13,14). Mesane perforasyonu durumunda 7 gün kadar mesane kateterizasyonu yapılması yeterlidir.

Erken posoperatif komplikasyonlardan biri üriner retansiyondur. Sling askısının gergin olması temel sebeptir. Ancak postoperatif ilk günlerde ağrı ve ödeme bağlı üriner retansiyon olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu vakalarda gerekirse 7-10 gün kadar kateterizasyon önerilir. Buna rağmen düzelmeyen vakalarda meşin gevşetilmesi gerekir. Cerrahi sonrası ilk 10-14 gün içinde gevşetilme yapılabilirken, sonrasında fibrozis gelişeceği için bu mümkün olmayacaktır. Uzun dönemde üriner retansiyonu olan veya rezidü idrarı 150 ml'nin üzerinde olan vakalarda cerrahi olarak lizis işlemi önerilir (15).

10 yıllık takipte hastaların %5'inde vajinal ekstrüzyon olabilir, ancak bu vakaların çoğu asemptomatiktir. Vajinal ekstrüzyonun belirtileri şunları içerebilir: disparoni, hisparoni (partnerde rahatsızlık hissi), vajinada ele gelen bant, ağrı ve vajinal kanama-akıntı. Meş erozyon alanı küçükse, enfeksiyon ve semptom yoksa hasta lokal östrojen ile takip edilebilir. Amaç vajenin epitelizasyonuna imkan tanımaktır. 6 hafta boyunca koit engellenir ve lokal östrojen kullanılır. Sebat eden durumlarda meşin çıkarılması gerekir (12,16). Meşin yalnızca erozyon bölgesindeki segmenti fokal rezeke edilebileceği gibi komplet rezeksiyonda yapılabilir. Segmental rezeksiyon durumunda konstinansın devamlılığı sağlanabilir (17).

Cerrahi sonrası "de dovo urgency" gelişebilir. De novo urgency hem TVT hem de TOT vakalarında benzer oranlardadır (%8). Bu durum mikst tip üriner inkontinansa bağlı olabildiği gibi, meş erozyonu, mesane çıkış obstrüksiyonu, atrofik vajinit, idrar yolu enfeksiyonu gibi durumlarda da gelişebilir. Meş erozyonu ve mesane çıkış obstrüksiyonu olan

vakalarda meş eksizyonu yapılmalıdır. Olabilecek durumlar ekarte edildikten sonra antikolinerjik tedavi gerekirse eklenir (18). Kasık ağrısı TOT operasyonu sonrası gözlenen bir durumdur (% 5-26). Bu durum birkaç ay içerisinde genellikle kendiliğinden düzelir (19).

Tartışma

Tarihsel gelişim sürecinde Burch kolposuspansiyonu bir zamanların en popüler cerrahisiyken, kısa ameliyat süreleri ve minimal invazif oluşuyla midüretral slingler birinci sıraya yükselmiştir. Geçen 25 yılda, midüretral sling operasyonu kolay uygulanabilmesi, az komplikasyon oranı, iyileşme süresinin kısa olması ve yüksek başarı oranlarıyla en çok yapılan stres inkontinans cerrahisi olmuştur. Ancak meş kullanımı ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar sebebiyle hala tartışılan konular arasındadır.

Avrupa Üroloji Birliği (EAU) kılavuzlarında en yüksek başarı oranları geleneksel sling ameliyatları (%89,4), retropubik MUS ameliyatları (%89,1), açık kolposüspansiyon (%76,7), TOT ameliyatları (%64,1), laparoskopik kolposüspansiyon (%48,9) olarak sıralanıyordu. %), tek kesiden askı (SIS) ameliyatı (%39,8), mesane boynu iğne askısı (%26,9), en düşük oranda anterior vajinal onarım (%12,5) olarak bildirilmiştir (20). Değişik başarı oranlarına rağmen, hangi hastada hangi ameliyatın tercih edileceği hastada eşlik eden apikal prolapsus olup olmadığı, nüks inkontinans cerrahisinin olup olmadığı, eş zamanlı yapılan operasyonların varlığı, hastanın komorbid durumları, hastanın ve cerrahın tercihi gibi pek çok faktöre bağlıdır.

Fusco ve ark.'nın yaptığı 15.855 hastanın dahil edildiği metaanalizde TOT, TVT ve Burch Kolposuspansiyon sonuçları karşılaştırılmıştır. Mevcut analiz midüretral sling operasyonlarının Burch kolposüspansiyonuna üstünlüğünü doğrulamaktadır (21). Ancak Burch kolposuspansiyonunun iyi bir cerrahi olduğu özellikle hali hazırda abdominal cerrahi yapılan vakalarda bu operasyonun eklenebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca başarısız midüretral sling sonrası nüks cerrahi gereken durumlarda Burch kolposuspansiyon operasyonu iyi bir cerrahi seçenektir.

Şiddetli inkontinansın olduğu intrinsik sfinkter yetmezliği olgularında TVT operasyonu tercih edilmelidir. Bunun dışında TVT veya TOT tercihi cerrahın tecrübesine ve hastaya göre karar verilmelidir. TVT ve TOT'un karşılaştırıldığı Cohrane metaanalizinde her iki yöntemin ilk 5 yıllık başarıları benzer bulunmuştur. TVT başarısı %87.2, TOT için ise %85.7 olarak rapor edilmiştir (22). Fusco ve ark.'nın yapmış olduğu metaanalizde ise TVT

nin başarısı TOT'a göre biraz daha iyi olmakla birlikte, TVT'de artmış intraoperatif komplikasyon ve alt üriner sistem işeme problemleri bildirilmiştir (21).

Minislingler ile yapılan çalışmalara baktığımızda kısa dönemde oldukça başarılı olduğunu görmekteyiz. Bu konuda yapılan 8051 hastayı içeren 62 çalışmanın dahil edildiği Cohrane metaanalizinde minislinglerin 12 aylık tedavi sonuçları TOT ve TVT ile benzer bulunmuştur (23). Yapılan çalışmalara göre minislingler stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde iyi bir opsiyon olarak görülmekle birlikte, uzun dönemli güvenilirlik çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, retropubik veya transobturator yolla yerleştirilen midüretral askı ameliyatları stres üriner inkontinansın tedavisinde subjektif ve objektif iyileşme oranları iyi olan minimal invazif cerrahilerdir. Meş kullanımı konusunda cerrahi öncesi hastalara detaylı bilgi verilmelidir.

Kaynaklar

1. Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. Int J Urol 2008;15:230–4.
2. Carpenter DA, Visovsky C. Stress urinary incontinence: a review of treatment options. AORN J. 2010;91(4):471-8;
3. Enhorning G. Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure. A study on urethral closure in normal and stress incontinent women. Acta Chir Scand Suppl. 1961; 276:1–68.
4. Ulmsten U. Some reflections and hypotheses on the pathophysiology of female urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1997; 166:3–8.
5. Cundiff GW. The pathophysiology of stress urinary incontinence: a historical perspective. Rev Urol. 2004; 6:10–18.
6. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Ford A, Dubuisson JB, Mourad S, Digesu A. Burch colposuspension. Neurourol Urodyn. 2019;38(2):553-562.
7. Petros PE and Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence: experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;166:3-8.

8. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anaesthesia for treatment of female urinary incontinence. Int Urogynecol J 1996;7:81-6.
9. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini- invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog Urol 2001;6:1306-13.
10. deLevalJ. Novelsurgicaltechniqueforthetreatmentoffemalestress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. Eur Urol. 2003;44:724–30.
11. Kennelly M, Moore R, Keil K, Nguyen J, Lukban J. Short-term assessment of MiniArc (TM) sling for the treatment of female stress urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2008;19:24.
12. Uğurlucan F, Ertürk E, Yaşa C. Midüretral sling cerrahisi komplikasyonları. J Ist Faculty Med 2019;82(4):229-35
13. Linder BJ, Elliott DS Synthetic Midurethral Slings: Roles, Outcomes, and Complications. Urol Clin North Am. 2019 ;46(1):17-30.
14. McLennanMT,MelickCF.Bladderperforationduring tension-freevaginal tape procedures: analysis of learning curve and risk factors. Obstet Gynecol 2005;106:1000–4.
15. Elliott CS, Comiter CV. Evaluation and management of urinary retention and voiding dysfunction after sling surgery for female stress urinary incontinence. Curr Bladder Dysfunct Rep 2012;7:268-74.
16. Zambon JP, Badlani GH Vaginal Mesh Exposure Presentation, Evaluation, and Management. .Curr Urol Rep. 2016;17(9):65
17. Doyle PJ, Grimes CL, Balk EM, Wieslander C, Richardson M, Mamik MM, Sleemi A, Alas A, Kudish B, Walter AJ, Aschkenazi S, Mama S, Foda M, Meriwether KV. Surgical Removal of Midurethral Sling in Women Undergoing Surgery for Presumed Mesh-Related Complications: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2022 ;139(2):277
18. Abraham N, Vasavada S Urgency after a sling: review of the management. .Curr Urol Rep. 2014;15(4):400
19. Duckett J, Baranowski A. Pain after suburethral sling insertion for urinary stress incontinence. .Int Urogynecol J. 2013;24(2):195-201.
20. Nambiar A.K., Arlandis S., Bø K., Cobussen-Boekhorst H., Costantini E., de Heide M., et. al.: European association of Urology guidelines on the diagnosis and management of female non-neurogenic lower urinary tract symptoms. Part 1:

diagnostics, overactive bladder, stress urinary incontinence, and mixed urinary incontinence. Eur Urol. 2022; 82(49-59)

21. Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, Novara G Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. Eur Urol. 2017;72(4):567-591.
22. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women..Cochrane Database Syst Rev. 2017 31;7(7):CD006375
23. Emily Carter, Eugenie E Johnson, Madeleine Still, Aalya S Al-Assaf, Andrew Bryant, Patricia Aluko, Stephen T Jeffery, Arjun Nambiar .Single-incision sling operations for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2023;10(10):CD008709.

LİTERATÜR KÖŞESİ



Çeviri: Dr.Sena DURAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

-Stres İnkontinansı Olan Kadınlarda İnkontinans Cerrahisinden Sonra Enfeksiyonu Önlemek İçin Kullanılan Profilaktik Antibiyotikler

-Kadınlarda Üriner İnkontinans İçin Tek İnsizyon Sling Operasyonları.

-Sentetik Mid-Üretral Sling İmplantasyonunun Uzun Vadeli Güvenilirliği: Yetişkin Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Tedavisi İçin Sistematik Bir İnceleme

-Ayarlanabilir Slingler İle Diğer Cerrahi Yöntemler Arasındaki Karşılaştırmalı Bir Sistemik İnceleme ve Meta-Analiz

-Etkililik ve Güvenilirlik Açısından Stres Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Dolgu Maddeleri İle Cerrahi Yöntemlerin Karşılaştırılması: Sistemik Bir İnceleme Ve Meta-Analiz

-TransobturatorBant (TOT), Tension-Free Vajinal Bant (TVT) Ve TransvajinalTension-Free Vajinal Bant-Obturator (TVT-O) Kullanımıyla Kadın Stres Üriner İnkontinansının Tedavisi: Sistemik Bir İnceleme ve MetaAnalizi

---

Stres İnkontinansı Olan Kadınlarda İnkontinans Cerrahisinden Sonra Enfeksiyonu Önlemek İçin Kullanılan Profilaktik Antibiyotikler

Cochrane Database SystRev. 2022; 2022(3): CD012457.

Giriş: Stres inkontinansı (SUI) tedavisinde cerrahi seçeneklere genellikle koruyucu müdahaleler başarısız olduktan sonra başvurulur. Cerrahi işlemler genellikle iki kategoriye ayrılır: geleneksel teknikler (açık cerrahi) ve minimal invaziv prosedürler, örneğin laparoskopik işlemler, midüretral sling ve üretral dolgu ajanlarıyla yapılan enjeksiyonlar. Ameliyat sonrası enfeksiyonlar, cerrahi bölge veya idrar yolu enfeksiyonları gibi, yaygın komplikasyonlardır. Postoperatif bakteriyel enfeksiyon riskini en aza indirmek için koruyucu antibiyotikler ameliyat öncesinde veya ameliyat sırasında verilebilir.

Amaç: Stres inkontinansı olan kadınlarda inkontinans cerrahisinden sonra enfeksiyonu önlemek amacıyla profilaktik antibiyotiklerin etkilerini değerlendirmek

Araştırma methodları: Cochrane İnkontinans Özel Kaydı'nı araştırdık; bu kayıt, CENTRAL, MEDLINE, MEDLINE In-Process, MEDLINE EpubAhead of Print, CINAHL, ClinicalTrials.gov ve WHO ICTRP'den tespit edilen denemeleri içerir. Aynı zamanda 18 Mart 2021 tarihine kadar olan dergileri ve konferans bildirilerini el ile taradık. Ayrıca ilgili makalelerin referans listelerini de inceledik.

Seçim kriterleri: Stres inkontinansı tedavisi için inkontinans cerrahisi geçiren kadınlarda profilaktik antibiyotikleri değerlendiren randomize kontrollü çalışmaları (RCT'ler) ve yarı randomize kontrollü çalışmaları(RCT)içerir.

Veri toplama ve analiz: İki derleme yazarı potansiyel olarak uygun olan denemeleri seçti, veri çıkardı ve bias riskini değerlendirdi. Sonuçları ikili sonuçlar için risk oranları (RR) ve sürekli sonuçlar için ortalama farklar (MD) olarak, her ikisi de %95 güven aralığı ile ifade ettik. GRADE yaklaşımını kullanarak kanıt güvenilirliğini değerlendirdik.

Sonuç: Toplamda 390 kadını içeren bir tane yarırandomize kontrollü çalışma (RCT) ve iki tane randomize kontrollü çalışma (RCT) tespit ettik. Bir çalışma, transverssuprapubik bir kesi gerektiren retropubik üretrapeksi cerrahisi uygularken, diğer iki çalışma midüretral sling cerrahisi gerçekleştirdi. Dahil edilen çalışmaların hiçbirinin sonuç değerlendirmesinin zamanlamasını net bir şekilde belirtmediğine dikkat edilmelidir

Profilaktik antibiyotiklerin (sefazolin) cerrahi bölge enfeksiyonları üzerinde etkisinin belirsiz olduğu belirtilmektedir (RR 0.56, %95 CI 0.03 ila 12.35; 2 çalışma, 85 kadın; çok düşük kesinlikli kanıtlar). Aynı şekilde, profilaktik antibiyotiklerin(sefazolin) idrar yolu enfeksiyonları veya bakteriüri üzerindeki etkisi de belirsizdir (RR 0.84, %95 CI 0.05 ila 13.24; 2 çalışma, 85 kadın; çok düşük kesinlikli kanıtlar). Proflaktik antibiyotiklerin (sefazolin) ateşli morbidite üzerindeki etkisi de belirsizdir (RR 0.08, %95 CI 0.00 ila 1.29; 2 çalışma, 85 kadın; çok düşük kesinlikli kanıtlar). Proflaktik antibiyotiklerin (sefazolin) mesh maruziyeti üzerindeki etkisi belirsizdir (RR 0.32, %95 CI 0.01 ila 7.61; 1 çalışma, 59 kadın; çok düşük kesinlikli kanıtlar).İncelenen üç çalışmadan hiçbiri antibiyotik kullanımına bağlı advers etkileri, sepsis veya bakteremiyi raporlarında tanımlamadı.

Tartışma: Dahil edilen üç çalışmadan elde edilen veriler sınırlıdır ve genel olarak kanıtların güvenilirliği çok düşüktür. Ayrıca üç çalışma farklı cerrahi prosedürleri ve antibiyotik dozajlarını değerlendirmektedir.

Sonuç olarak,inkontinans cerrahisini takiben enfeksiyonu önlemek için profilaktik antibiyotik kullanımını desteklemek veya reddetmek için yeterli kanıt bulunmamaktadır.. Ayrıca, profilaktik antibiyotiklerin olumsuz etkilerine dair herhangi bir veri bulunmamaktadır. Daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kadınlarda ÜrinerİnkontinansİçinTek İnsizyon Sling Operasyonları

Cochrane Database SystRev. 2023, 27;10(10):CD008709. DOI: 10.1002/14651858.CD008709.pub4

Özet

Giriş: Stres ürinerinkontinans , bireyler ve toplum üzerinde önemli bir sağlık ve ekonomik yük oluşturur. Tek insizyonslingler, stres ürinerinkontinans için minimal invaziv bir tedavi seçeneğidir. Midüretrayı desteklemek için ön vajinal duvar içinden kısa sentetik bir cihazın geçirilmesini içerirler.Midüretral slingler de dahil olmak üzere ürojinekolojide propilen mesh kullanımı bir çok ülkede kısıtlanmıştır. Bu, bir inceleme güncellemesidir. (önceki arama tarihi 2012)

Amaçlar: Kadınlarda üriner inkontinans tedavisinde tek insizyondan sling operasyonlarının etkilerini değerlendirmek ve ilgili ekonomik değerlendirmelerin temel bulgularını özetlemek

Araştırma methodları: CENTRAL, MEDLINE, MEDLINE In-Process, MEDLINE EpubAhead of Print ve iki araştırma kaydından tanımlanan denemeleri içeren Cochrane İnkontinans Uzman Kaydını araştırdık.Ayrıca, dergiler, konferans bildirileri ve ilgili makalelerin referans listeleri el ile tarandı; bu tarama 20 Eylül 2022 tarihine kadar yapıldı.

Seçim kriterleri: Stres veya stresin baskın olduğu mikst üriner inkontinansa sahip kadınlarda yapılan deneme kollarının tümünde olmasa da en az birinde, tek insizyon sling içeren randomize veya yarı randomize kontrollü çalışmaları dahil ettik.

Veri toplama ve analiz: Standart Cochrane metodolojik prosedürlerini kullandık. Birincil sonuç, üriner inkontinans konusundaki subjektif iyileşme ve düzelme idi.

Sonuç: Bu derlemede toplam 8051 kadını içeren 62 çalışmayı dahil ettik. Tek insizyon slingleri, tedavisiz, konservatif tedaviyle, kolposuspansiyon veya laparoskopik prosedürlerle karşılaştıran herhangi bir çalışma tespit edemedik. Çoğu çalışmayı düşük veya belirsiz ölçüde önyargılı olarak değerlendirdik, beş çalışmayı ise sonuç değerlendirmesi açısından yüksek önyargılı olarak belirledik. On altı deneme, 2013'te piyasadan çekilen tek insizyonsling olan TVT-Secur'u kullandı. Bu derlemedeki temel analiz, TVT-Secur kullanan denemeleri içermemektedir. Bu denemeler için ayrı analizler raporluyoruz ve bunlar etki tahminlerini önemli ölçüde değiştirmemektedir. İki maliyet etkinlik analizi ve bir maliyet minimizasyon analizi belirledik. Tek insizyonsling ile otojen faysal sling'in karşılaştırıldığı bir çalışma (70

kadın) yapılmıştır. Tek insizyonsling'lerin, otojen faysal sling'lere kıyasla disparoni riski (ağrılı cinsel ilişki) veya mesh maruziyeti, ekstrüzyon veya erozyon üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığı belirsizdir. Bu karşılaştırma için, 12 ayda idrar kaçırma konusundaki subjektif iyileşme veya düzelme, 24 aydan daha uzun sürede hastanın bildirdiği ağrı, idrar retansiyonu olan kadın sayısı, 12 ayda yaşam kalitesi ve tekrar idrar kaçırma cerrahisi veya sling revizyonu gerektiren kadın sayısı rapor edilmemiştir. Tek insizyon sling ile retropubik sling karşılaştırması hakkında 10 adet çalışma vardır. Tek insizyon sling'ler ile retropubik sling'ler arasında 12 ayda idrar kaçırma konusundaki subjektif iyileşme veya düzelmede küçük fark olabilir ya da hiç olmayabilir. (risk oranı (RO) 0.99, %95 güven aralığı (GA) 0.91 ila 1.07; 2 deneme, 297 kadın; düşük güvenilirlik derecesi). Tek insizyon sling'lerin, retropubik minimal invaziv sling'lerle karşılaştırıldığında mesh maruziyeti, ekstrüzyon veya erozyon riskini artırıp artırmadığı belirsizdir; geniş güven aralığı, hem fayda hem de zararla uyumludur (RO 1.55, %95 GA 0.24 ila 9.82; 3 deneme, 267 kadın; düşük güvenilirlik derecesi). Tek insizyon sling'lerin, retropubik sling'lerle karşılaştırıldığında postoperatif idrar retansiyonu yaşayan kadın sayısını belirlemede belirsizlik vardır; geniş güven aralığı, olası fayda ve zararla uyumludur (RO 0.47, %95 GA 0.12 ila 1.84; 2 deneme, 209 kadın; düşük güvenilirlik derecesi). Tek insizyon sling'lerin, retropubik sling'lerle karşılaştırıldığında tekrar idrar kaçırma cerrahisi veya mesh revizyonu riski belirsizdir (RO 4.19, %95 GA 0.31 ila 57.28; 2 deneme, 182 kadın; çok düşük güvenilirlik derecesi). Bir çalışma yaşam kalitesini rapor etti, ancak uygun bir formatta değildi. Hastanın bildirdiği ağrı 24 aydan fazla olan kadın sayısı ve disparoni yaşayan kadın sayısı bu karşılaştırma için rapor edilmemiştir. Kanıtları;bias riskleri, belirsizlik ve tutarsızlık endişeleri nedeniyle düşürdük. Tek insizyon sling ile transobturator sling karşılaştırması hakkında 50 çalışma yapılmıştır. Kanıtlar yüksek ila düşük güvenilirlik arasında değişmektedir. Tek insizyon sling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında 12 ayda idrar kaçırma konusundaki subjektif iyileşme veya düzelmede fark olmadığına dair kanıt yoktur (RO 1.00, %95 GA 0.97 ila 1.03; 17 deneme, 2359 kadın; yüksek güvenilirlik derecesi). Tek insizyon sling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında cerrahiden sonraki 24 ayda hastanın bildirdiği ağrı riskini muhtemelen azalttığı (RO 0.12, %95 GA 0.02 ila 0.68; 2 deneme, 250 kadın; orta güvenilirlik derecesi) görülmektedir. Tek insizyon sling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında disparoni riskini belirlemedeki etkisi belirsizdir, çünkü geniş güven aralığı, olası fayda ve olası zararla uyumludur (RO 0.78, %95 GA 0.41 ila 1.48; 8 deneme, 810 kadın; orta güvenilirlik derecesi). Tek insizyonsling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında mesh maruziyeti, ekstrüzyon veya erozyon konusunda benzer sayıda vaka olduğu (RO 0.61, %95 GA 0.39 ila

0.96; 16 deneme, 2378 kadın; yüksek güvenilirlik derecesi) görülmektedir. Tek insizyon sling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında postoperatif idrar retansiyonu açısından çoğunlukla benzer veya azalmış olabileceği (RO 0.68, %95 GA 0.47 ila 0.97; 23 deneme, 2891 kadın; orta güvenilirlik derecesi) düşünülmektedir. Tek insizyon sling'li kadınların, transobturator sling'li kadınlara kıyasla 12 ayda daha düşük yaşam kalitesine sahip olabileceği (standartlaştırılmış ortalama fark (SMD) 0.24, %95 GA 0.09 ila 0.39; 8 deneme, 698 kadın; düşük güvenilirlik derecesi) düşünülmektedir. Tek insizyon sling'lerin, transobturator sling'lerle karşılaştırıldığında biraz daha fazla kadının tekrar idrar kaçırma cerrahisi veya mesh revizyonu gerektirip gerektirmediği belirsizdir (95% GA, olası fayda ve zararla uyumludur; RO 1.42, %95 GA 0.94 ila 2.16; 13 deneme, 1460 kadın; düşük güvenilirlik derecesi). Kanıtları, dolaylılık, belirsizlik ve bias riskleri nedeniyle düşürdük.

Tartışma: Tek insizyon sling operasyonları, randomize kontrollü denemelerde kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Tek insizyon sling'ler, retropubik sling'ler kadar etkili olabilir ve stres tipi idrar kaçırma konusundaki subjektif iyileşme veya düzelmede transobturator sling'ler kadar etkilidir. Tek insizyon sling'lerin otojen faysal sling'lerle karşılaştırıldığında subjektif iyileşme veya düzelmeye daha iyi veya daha kötü oranlara neden olup olmadığı belirsizdir. Hala advers olaylar ve uzun vadeli sonuçlar konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Bu nedenle, tek insizyon sling'lerin güvenliği ve uzun vadeli etkinliğini diğer mid-üretral sling'lerle karşılaştırmak için uzun vadeli verilere ihtiyaç vardır.

Sentetik Mid-Üretral Sling İmplantasyonunun Uzun Vadeli Güvenilirliği: Yetişkin Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Tedavisi İçin Sistematik Bir İnceleme

Cyrille Guillot-Tantay, Philippe Van Kerrebroeck, Emmanuel Chartier-astler, Agnès Dechartres, Florence Tubach. Eur Urol Open Sci 2023 Jun 10:54:10-19. doi: 10.1016/j.euros.2023.05.013

Özet

Bağlam: Mid-üretral slingler (MUSs), stres üriner inkontinansın (SUI) tedavisi için en çok kullanılan tedavidir. Dünya genelinde potansiyel komplikasyonlar konusundaki uyarılar artarken, özellikle uzun vadeli güvenlik verilerinde bir eksiklik bulunmaktadır.

Amaç: Amacımız, yetişkin kadınlarda sentetik MUS güvenilirlik sonuçlarını uzun vadeli olarak değerlendirmektir.

Kanıt toplama: Stres üriner inkontinans(SUI)'lı yetişkin kadınlarda Mid-üretral slingler (MUS)'leri değerlendiren tüm çalışmaları dahil ettik. Tüm sentetik MUS'ler göz önüne alındı: transvajinal bant (TVT), transobturator bant (TOT) ve mini-slingler. Birincil sonuç, 5 yılda tekrar ameliyat oranıydı.

Kanıt sentezi: Kopya kaldırma (duplicate removal) işleminden sonra taranan 5586 referansın içinden, 44 çalışma (8218 hasta) dahil edildi. Bunların arasında dokuz tanesi randomize kontrollü çalışma ve 35 tanesi kohort çalışmasıydı. Toplam tekrar ameliyat oranları, 5 yıl için TOT için %0 ile %19 arasında değişmekteydi (11 çalışma), TVT için %0 ile %13 arasında (17 çalışma) ve mini-slingler için %0 ile %19 arasında (iki çalışma) değişmekteydi. Toplam tekrar ameliyat oranları, 10 yıl için TOT için %5 ile %15 arasında (dört çalışma) ve TVT için %2 ile %17 arasında (dört çalışma) değişmekteydi. 5 yıldan sonraki güvenlik verileri azdı: makalelerin %22,7'si ≥10 yıl ve %2,3'ü ≥15 yıl takip bildirdi.

Sonuç: Tekrar ameliyat ve komplikasyon insidans oranları heterojendir ve 5 yıldan sonraki veriler nadirdir. Değerlendirmemiz, mevcut güvenlik verilerinin heterojen olduğunu ve kararı yönlendirmek için yetersiz kaliteye sahip olduğunu vurguladığından, mesh'in izlem güvenilirliğinin geliştirilmesi için acil bir ihtiyaç bulunmaktadır.

Ayarlanabilir Slingler İle Diğer Cerrahi Yöntemler Arasındaki Karşılaştırmalı Bir Sistemik İnceleme Ve Meta-Analiz

Bagrat Grigoryan, Gor Shadyan, George Kasyan, Dmitry Pushkar .Int Urogynecol J 2023 Jul;34(7):1351-1367. doi: 10.1007/s00192-023-05535-z.

Özet:

Giriş ve hipotez: Bu çalışmanın amacı, kadınlarda stres üriner inkontinansın (SUI) tedavisi için farklı ayarlanabilir slinglerin etkinliğini ve güvenliğini diğer cerrahi yöntemlerle karşılaştırmaktı.

Yöntemler: Dahil etme kriterleri şu şekildeydi: randomize kontrollü çalışmalar (RCT'ler) ve SUI'li yetişkin kadınları değerlendiren non-RCT'ler. Dışlama kriterleri şu şekildeydi: diğer tip idrar kaçırmalar, koruyucu müdahaleleri ve farmakolojik tedaviyi birleştiren çalışmalar, gebeler ve emziren hastalar. Makaleleri değerlendirmek amacıyla Kasım 2022'ye kadar veritabanları tarandı. Kadınlarda SUI' nin tedavisi için farklı ayarlanabilir slinglerin etkinliğini ve güvenliğini değerlendiren makaleleri belirlemek için yapılan bu sistemik inceleme, PRISMA 2020 kontrol listesine uygun olarak yürütüldü ve PROSPERO'ya kaydedildi. Dahil edilen çalışmalardaki bias riskini değerlendirmek için Cochrane Derneği tarafından önerilen bias riski değerlendirme araçları kullanıldı.

Sonuç: Bu sistematik inceleme, 18 klinik çalışmayı içeriyordu ve 11 çalışma meta-analize dahil edildi. On dört tanesi randomize kontrollü çalışmalardı (RCT) ve dört tanesi retrospektif çalışmalardı. Meta-analizlere sadece randomize kontrollü çalışmalar (RCT)'lar dahil edildi. Ayarlanabilir tek kesi mini-slingler (SIMS) ve standart mid-üretralslingler (SMUS) veya MiniArc SIMS (tek kesi mini-slingler) arasında objektif iyileşme oranı, subjektif iyileşme oranı veya uzun vadeli ameliyat sonrası komplikasyon oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak, ayarlanabilir SIMS (tek kesi mini-slingler) grubundaki operasyon süresi önemli ölçüde daha kısaydı (RR = -4.20, %95 CI: [-7.51, -0.89], p = 0.01).

Tartışma: Bu sistematik inceleme ve meta-analiz, ayarlanabilir SIMS (tek kesi mini-slingler)'in kadınlarda SUI tedavisi için SMUS(standart mid-üretralslingler) ile eşit derecede etkili olduğunu ortaya koydu. Ayrıca, ayarlanabilir SIMS için operasyon süresi daha kısaydı. Ancak, standart sonuç ölçüleri ve tam takip süreleri ile tasarlanmış ek çalışmalar, kadınlarda SUI tedavisi için farklı seçeneklere olan güveni artırmaya yardımcı olacaktır.

Etkililik Ve Güvenilirlik Açısından Stres Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Dolgu Maddeleri İle Cerrahi Yöntemlerin Karşılaştırılması: Sistemik Bir İnceleme Ve Meta-Analiz

Laura Pivazyan, George Kasyan,, BagratGrigoryan, Dmitry Pushkar. IntUrogynecol J 2022 Apr;33(4):777-78 doi: 10.1007/s00192-021-04937-1.

Özet

Giriş ve hipotez: Bu çalışmanın amacı, dolgu maddelerinin kadın stres üriner inkontinansı için cerrahi yöntemlerle karşılaştırıldığında etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Yöntemler: Dahil etme ve dışlama kriterleri: Stres üriner inkontinansı olan kadınlar dahil edildi. Diğer türde inkontinansı olan ve farklı tedavi alan hastalar dışlandı.Karşılaştırma olarak dolgu maddeleri ve herhangi bir cerrahi tedavi karşılaştırıldı. Elektronik veritabanları (PubMed, MEDLINE ve Cochrane Kütüphanesi) 2000'den 2021'e kadar tarandı ve üretral dolgu maddelerinin etkinliğini ve güvenilirliğini cerrahi yöntemlerle karşılaştıran makaleleri belirlemek için kullanıldı. Dahil edilen çalışmalardaki bias riskini değerlendirmek için Cochrane Derneği tarafından önerilen bias riski değerlendirme araçları kullanıldı.

Sonuç: Toplam 710 hastayı içeren altı çalışma, nicel sentez için dahil edildi. Sistematik inceleme ve meta-analizimiz, dolgu maddelerinin tedavi sonrası subjektif iyileşmeye göre cerrahi prosedürlerden daha az etkili olduğunu gösterdi (RR = 0.70, %95 CI: 0.53 ila 0.92, p = 0.01). Müdahale sonrası komplikasyonlar açısından bu iki yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (RR = 1.30, %95 CI: 0.30 ila 5.66, p = 0.73).

Tartışma: Bu sistematik inceleme ve meta-analizin temel kısıtlaması, etkinliği değerlendirmek için ortak bir objektif sonuç ölçütünün olmamasıydı. Bununla birlikte, dolgu maddelerinin cerrahi prosedürlere göre subjektif iyileşmede daha az etkili olduğunu göstermektedir. Güvenlik analizi, bu yöntemler arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi. Bu nedenle, ilk ve nihai cerrahinin en iyi seçenek olarak değerlendirilmesini gerektiğini düşünüyoruz.

Trans obturator Bant (TOT), Tension-Free Vajinal Bant (TVT) Ve Transvajinal Tension-Free Vajinal Bant-Obturator (TVT-O) Kullanımıyla Kadın Stres Üriner İnkontinansının Tedavisi: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analizi

HuitaoWang, JinhongLiu, KeweiFang, JianheLiu, Tao Chen, TongxinYang, XinShi

Int J GynaecolObstet 2022 Jun;157(3):527-535. doi: 10.1002/ijgo.13790. Epub 2021 Jul 9

Özet

Amaç: Tension-free vajinal bant (TVT), transobturator bant (TOT) ve transvajinaltension-free vajinal bant-obturator (TVT-O) tedavisindeki güvenilirlik ve etkinliği sistematik olarak incelemek.

Yöntemler: PubMed, Embase, The Cochrane Library, Web of Science, WanFang Data ve CNKI elektronik olarak tarandı. Toplam 22 çalışma ve 3709 hastayı içeriyordu.

Sonuç: TVT'de objektif iyileşme oranı TOT ve TVT-O ile karşılaştırıldığında daha iyiydi. Ameliyat sonrası uyluk/inguinal ağrı insidansı, TVT'de TOT ve TVT-O'dan daha düşüktü, ancak dizüri insidansı TVT'de TVT-O'dan daha yüksekti. Alt üriner sistem enfeksiyonu insidansı, TVT'de TOT'dan daha yüksekti.

Tartışma: Tension-free vajinal bant, TOT ve TVT-O'ya kıyasla daha iyi bir sonuç elde edebilir, ancak SUİ olan hastalarda TVT ile dizüri ve alt üriner sistem enfeksiyonu riski daha fazladır.

KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS-YÖNETİM

NICE GUIDELINE



Çeviri: Op.Dr.İrem Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

---

https://www.nice.org.uk/guidance/ng123

1.3 ÜRİNER İNKONTİNANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE

1.3.1. İlk klinik değerlendirmede üriner inkontinansını stres üriner inkontinans, mikst üriner inkontinans veya urge inkontinans/aşırı aktif mesane olarak kategorize edin. Başlangıç tedavisine bu temelde başlayın. Mikst tip idrar kaçırmada, tedavide baskın olan semptoma doğru yönelin.

1.3.2.Mikst tip idrar kaçırmada stres inkontinans baskın ise, ameliyat önermeden önce hasta ile ameliyatsız yönetimin ve aşırı aktif mesane ilaçlarının faydalarını tartışın. [2013, değiştirilmiş 2019]

1.3.3. Klinik değerlendirme sırasında, ilgili predispozan ve presipite edici faktörleri ve üst merkezlere sevk gerektirebilecek diğer durumları belirlemeye çalışın. [2006]

Pelvik Taban Kaslarının Değerlendirilmesi

1.3.4. Üriner inkontinans tedavisi için denetimli pelvik taban kas egzersizlerinden önce pelvik taban kas kontraksiyonunu doğrulamak için rutin değerlendirme yapın.

İdrar Tahlili

1.3.5. İdrar kaçırma şikâyeti ile başvuran tüm kadınlarda idrarda kan, glikoz, protein, lökosit ve nitrit varlığını tespit etmek için tam idrar tahlili yapın.

1.3.6. Hastalarda idrar yolu enfeksiyonu (İYE) semptomları varsa ve idrar tahlilleri hem lökosit hem de nitrit açısından pozitif çıkarsa, kültür ve antibiyogram için orta akım idrar örneği gönderin. Kültür sonuçları beklenirken uygun bir antibiyotik tedavisi reçete edin. Daha fazla bilgi için İdrar yolu enfeksiyonu (alt): antimikrobiyal reçeteleme hakkındaki NICE kılavuzuna bakın. [2006, değiştirilmiş 2019]

1.3.7. Hastalarda İYE semptomları varsa fakat idrar testleri lökosit veya nitrit açısından negatifse, kültür ve antibiyogram için orta akım idrar örneği gönderin. Kültür sonuçları beklenirken antibiyotik reçete edilebilir. [2006]

1.3.8. Hastalarda İYE semptomları yoksa ancak idrar testleri hem lökosit hem de nitrit açısından pozitifse, orta akım idrar kültürü sonuçları olmadan antibiyotik önermeyin. [2006]

1.3.9. Hastalarda İYE semptomları yoksa ve idrarında lökosit veya nitrit testi negatifse, İYE olma ihtimali düşük olduğundan kültür için idrar örneği göndermeyin. [2006]

Rezidü İdrarın Değerlendirilmesi

1.3.10 İşeme fonksiyon bozukluğu veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu düşündüren semptomları olan kadınlarda mesane taraması veya kateterizasyon yoluyla işeme sonrası kalan idrar hacmini ölçün. [2006]

1.3.11 Kateterizasyon yerine hasta açısından kabul edilebilirlik ve daha düşük komplikasyon insidansı nedeniyle mesane taraması kullanın. [2006]

Semptom skorlaması ve yaşam kalitesi değerlendirmesi

1.3.12 Tedaviler değerlendirilirken, üriner inkontinans semptomları ve yaşam kalitesi değerlendirilmesi için geçerliliği olan anketler kullanın. [2006, değiştirilmiş 2019]

İşeme günlükleri

1.3.13 Üriner inkontinansı veya aşırı aktif mesanesi olan hastaların ilk değerlendirmesinde işeme günlükleri kullanın. Hastaları hem çalışma hayatında hem de evde geçirdikleri rutin günlerini kapsayan en az 3 gün günlük doldurmaya teşvik edin. [2006]

Ped testi

1.3.14 Üriner inkontinansı olan kadınların rutin değerlendirmesinde ped testlerini kullanmayın. [2006]

Ürodinami

1.3.15 Ayrıntılı bir klinik anamneze dayanarak stres üriner inkontinans veya stres baskın mikst üriner inkontinans tanısı konmuşsa ve muayenede stres üriner inkontinans gösterilmişse primer cerrahi öncesinde çok kanallı dolum ve işeme sistometrisi yapmayın. [2019]

1.3.16 Detaylı bir anamnez ve fizik muayeneden sonra, aşağıdakilerden herhangi birine sahip olan kadınlarda stres üriner inkontinans için ameliyattan önce çok kanallı dolum ve işeme sistometrisi yapın:

- sıkışma baskın mikst üriner inkontinans veya tipi belli olmayan üriner inkontinans

- işeme disfonksiyonunu düşündüren semptomlar

- anterior veya apikal prolapsus

- stres üriner inkontinans için daha önce geçirilmiş bir ameliyat öyküsü. [2019]

Komitenin 2019 tavsiyelerini neden yaptığına ve bunların uygulamayı nasıl etkileyebileceğine dair kısa bir açıklama için ürodinamik testlerle ilgili gerekçe ve etki bölümüne bakınız.

Kanıtların tüm ayrıntıları ve komitenin tartışması kanıt incelemesi A: stres üriner inkontinans için primer cerrahi öncesi ürodinamik değerlendirme bölümünde yer almaktadır.

Üretral yeterliliğe ilişkin diğer testler

1.3.17 Üriner inkontinansı olan kadınların değerlendirilmesinde Q -tip, Bonney, Marshall ve Fluid-Bridge testlerini kullanmayın. [2006]

Sistoskopi

1.3.18 Üriner inkontinansı olan kadınların ilk değerlendirmesinde tek başına sistoskopi kullanmayın. [2006]

Görüntüleme

1.3.19 Üriner inkontinansı olan kadınların rutin değerlendirmesi için görüntüleme (MRI, CT, X ray) kullanmayın. Rezidüel idrar hacminin değerlendirilmesi dışında ultrason kullanmayın. [2006]

Uzman bir servise sevk için endikasyonlar

1.3.20 Üriner inkontinansı olan kadınlarda, uzman bir servise sevk için dikkate alınması gereken endikasyonlar şunlardır:

- devam eden mesane veya üretral ağrı

- İşeme sonrası bimanuel veya abdominal muayenede palpe edilebilen mesane

- benign pelvik kitleler

- eşlik eden fekal inkontinans

- nörolojik hastalık şüphesi

- işeme güçlüğü belirtileri

- ürogenital fistül şüphesi

- geçirilmiş kontinans ameliyatı

- geçirilmiş pelvik kanser ameliyatı

- pelvik radyasyon tedavisi alınmış olması. [2006]

1.3.21 Hematüri veya tekrarlayan veya persiste açıklanamayan İYE'si olan kadınlarda kanser şüphesine ilişkin NICE kılavuzunda yer alan idrar yolu kanseri için sevk tavsiyelerine uyun. [2006, değiştirilmiş 2019]

ÜRİNER İNKONTİNANSIN CERRAHİ DIŞI TEDAVİSİ

Yaşam tarzı değişiklikleri

1.4.1 Aşırı aktif mesanesi olan kadınlara kafeini azaltmalarını önerin. [2006]

1.4.2 Üriner inkontinansı veya aşırı aktif mesanesi olan ve fazla veya az sıvı alımı olan kadınlara sıvı alımlarını değiştirmeleri tavsiye edilebilir. [2006]

1.4.3 Üriner inkontinansı veya aşırı aktif mesanesi olan ve VKİ'si 30'dan fazla olan kadınlara kilo vermelerini tavsiye edin. [2006]

Fiziksel terapiler

Pelvik taban kas egzersizi

1.4.4 Stres veya mikst tip idrar kaçırması olan kadınlara ilk basamak tedavi olarak en az 3 ay süreli denetimli pelvik taban kas egzersizleri denemesi önerin. [2019]

1.4.5 Pelvik taban kas egzersizi programları günde 3 kez gerçekleştirilen en az 8 kasılmadan oluşmalıdır. [2006]

1.4.6 Pelvik taban kas egzersizlerinin rutin bir parçası halinde biofeedback olarak perineometri veya pelvik taban elektromiyografisi kullanmayın. [2006]

1.4.7 Hasta pelvik taban kas egzersizlerinden fayda gördüyse egzersiz programına devam edin. [2006]

Komitenin neden 2019 tavsiyesinde bulunduğuna ve bunun uygulamayı nasıl etkileyebileceğine dair kısa bir açıklama için pelvik taban kas egzersizine ilişkin gerekçe ve etki bölümüne bakın.

Kanıtların tüm ayrıntıları ve komitenin tartışması kanıt incelemesi H: pelvik organ prolapsusu için yaşam tarzı ve konservatif yönetim seçenekleri bölümünde yer almaktadır.

Elektriksel stimülasyon

1.4.8 Aşırı aktif mesanesi olan kadınların tedavisinde rutin olarak elektrik stimülasyonu kullanmayın. [2006]

1.4.9 Elektrik stimülasyonunu pelvik taban kas egzersizi ile birlikte rutin olarak kullanmayın. [2006]

1.4.10 Pelvik taban kaslarını aktif olarak kasamayan kadınlar için motivasyon ve tedaviye bağlılığa yardımcı olmak amacıyla elektrik stimülasyonu ve/veya biofeedback düşünülmelidir. [2006]

Davranışsal tedaviler

1.4.11 Urge veya mikst tip idrar kaçırma sorunu olan kadınlara ilk basamak tedavi olarak en az 6 hafta süren mesane egzersizi önerin. [2006]

1.4.12 Hastalar mesane egzersizi programlarından tatmin edici bir fayda elde edemezlerse ve esas sorun yaratan semptom sık sık idrara çıkma ise aşırı aktif mesane ilacı ile mesane egzersizi kombinasyonu düşünülmelidir. [2006]

Nörostimülasyon

1.4.13 Kadınlarda aşırı aktif mesaneyi tedavi etmek için transkutanöz sakral sinir stimülasyonu (sakrumun üzerine yerleştirilen yüzey elektrotları, genellikle transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu [TENS] olarak bilinir) önermeyin. [2013]

1.4.14 Aşırı aktif mesane için transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu önermeyin. [2013]

1.4.15 Aşağıdaki durumlar haricinde aşırı aktif mesane için perkütan posterior tibial sinir stimülasyonu (posterior tibial sinire yakın yerleştirilen iğneler) önermeyin

- yerel bir MDT incelemesi yapılmamışsa ve

- Aşırı aktif mesane ilaç tedavisi de dahil olmak üzere cerrahi olmayan yönetim yeterince işe yaramamışsa ve

- hasta botulinum toksini tip A veya perkütan sakral sinir stimülasyonu istemiyorsa. [2013, değiştirilmiş 2019]

Nisan 2019'da botulinum toksin tip A preparatlarının çoğu inkontinans durumları için endikasyon dışı idi. Yalnızca lisanslı botulinum toksin tip A preparatı (BOTOX, Allergan) için kanıt mevcuttu.

Pedler, sürgüler ve tuvalete yardımcı araçlar

1.4.16 Üriner inkontinansı tedavi etmek için pedler, sürgüler ve tuvalete yardımcı araçlar sunmayın. Bunları sadece:

- kesin tedaviyi beklerken idare etme stratejisi olarak

- devam eden tedaviye ek olarak

- Üriner inkontinansın uzun vadeli yönetimi için sadece tedavi seçenekleri araştırıldıktan sonra önerin. [2019]

1.4.17 Üriner inkontinansın uzun süreli yönetimi için ped ürünleri kullanan hastalara yılda en az bir kez kontrol önerin. Kontrolde şunlar incelenmelidir:

- kontinansın rutin değerlendirmesi

- cilt bütünlüğünün değerlendirilmesi

- semptomlar, komorbiditeler, yaşam tarzı, hareketlilik, ilaçlar, BMI ve sosyal ve çevresel faktörlerdeki değişiklikler

- alternatif tedavi seçeneklerinin uygunluğu

- kadının halihazırda kullanmakta olduğu emici muhafaza ürününün etkinliği ve kullanılan miktarlar. [2019]

1.4.18 Üriner inkontinansın uzun vadeli yönetimi için ped ürünleri kullanan kadınlara yönelik gözden geçirmeler ya

- kontinansı değerlendirme ve uzman hizmetlere sevk etme konusunda eğitim almış kayıtlı bir sağlık uzmanı veya

- Kontinansı değerlendirme ve uzman hizmetlere sevk etme konusunda eğitim almış kayıtlı bir sağlık uzmanının gözetimi altında kayıtlı olmayan bir sağlık çalışanı tarafından yapılmış olmalıdır.

Bu kılavuzdaki uzman bir servise sevk endikasyonlarına bakınız. [2019]

Komitenin 2019 tavsiyelerini neden yaptığına ve bunların uygulamayı nasıl etkileyebileceğine dair kısa bir açıklama için ped ürünleri ile ilgili gerekçe ve etki bölümüne bakınız.

Kanıtların tüm ayrıntıları ve komitenin tartışması kanıt incelemesi B'de yer almaktadır: emici muhafaza ürünleri kullanan kadınlar için tedavi seçenekleri.

Kateterler

1.4.19 Mesane kateterizasyonu (aralıklı veya kalıcı üretral veya suprapubik), persiste üriner retansiyonun inkontinansa, semptomatik enfeksiyonlara veya renal disfonksiyona neden olduğu ve bunun başka türlü düzeltilemediği kadınlar için düşünülmelidir. Sağlık uzmanları, urge inkontinansta kalıcı kateter kullanımının kontinansla sonuçlanmayabileceğinin farkında olmalı ve hastalara bunu açıklamalıdır. [2006]

1.4.20 Kendi kendine kateterizasyonu öğrenebilecek veya bu tekniği uygulayabilecek bir bakıcısı olan idrar retansiyonu olan kadınlara aralıklı üretral kateterizasyon önerin. [2006]

1.4.21 Uzun süreli kalıcı üretral kateterizasyonun etkilerini dikkatle değerlendirin. Pratiklikleri, faydaları ve riskleri hastayla veya uygunsa bakıcısıyla tartışın. Üriner inkontinansı olan kadınlar için uzun süreli kalıcı üretral kateterlerin kullanım endikasyonları şunlardır:

- aralıklı kendi kendine kateterizasyonu yönetemeyen kadınlarda kronik idrar retansiyonu

- idrarla kirlenen cilt yaraları, basınç ülserleri veya tahrişler

- yatak ve kıyafet değişikliklerinin neden olduğu sıkıntı

- Hastanın bu yöntemi tercih ettiğini ifade ettiği durumlarda. [2006]

1.4.22 Kalıcı suprapubik kateterler uzun süreli üretral kateterlere bir alternatif olarak düşünülmelidir. Bunların, kalıcı üretral kateterlere göre daha az semptomatik İYE'yle ve

üretral komplikasyon oranları ile ilişkili olabileceklerinin farkında olun ve hastalarıbilgilendirin. [2006]

Sızıntı önleyici ürünler

1.4.23 Kadınlarda üriner inkontinansın rutin yönetiminde intravajinal ve intraüretral cihazları kullanmayın. Kadınlara, örneğin fiziksel egzersiz sırasında sızıntıyı önlemek için gerekli olduğunda ara sıra kullanım dışında bu tür cihazları tavsiye etmeyin. [2006]

Tamamlayıcı tedaviler

1.4.24 Üriner inkontinans veya aşırı aktif mesane tedavisi için tamamlayıcı tedaviler önermeyin. [2006]

AŞIRI AKTİF MESANE İÇİN İLAÇLAR

1.4.25 Aşırı aktif mesane için bir ilaçla tedaviye başlamadan önce hastalara şunları açıklayın:

- ilacın başarılı olma olasılığı

- ilaçla ilişkili yaygın yan etkiler

- Antikolinerjik ilaçların ağız kuruluğu ve kabızlık gibi bazı yan etkilerinin, ilacın etki göstermeye başladığına işaret edebileceği

- en az 4 hafta boyunca ilacı kullanana kadar önemli faydalar görmeyebileceği ve semptomlarının zaman içinde iyileşmeye devam edebileceği

- Aşırı aktif mesane için kullanılan antikolinerjik ilaçların bilişsel işlevler üzerindeki uzun vadeli etkilerinin belirsiz olduğu. [2019]

1.4.26 Aşırı aktif mesaneyi tedavi etmek için antikolinerjik ilaçlar önerirken hastaların aşağıdaki durumlarını göz önünde bulundurun:

- Eşlik eden durumlar (zayıf mesane boşalması, bilişsel bozukluk veya demans gibi)

- toplam antikolinerjik yükü etkileyen diğer ilaçların mevcut kullanımı

- bilişsel bozukluk da dahil olmak üzere yan etki riski. [2019]

1.4.27 Demans tanısı olan ve antikolinerjik ilaçların bir seçenek olduğu hastalar için, demansa ilişkin NICE kılavuzunda yer alan bilişsel bozukluğa neden olabilecek ilaçlara ilişkin tavsiyelere uyun. [2019]

İlaç seçimi

1.4.28 Üriner inkontinans veya aşırı aktif mesane tedavisi için hastalara flavoksat, propantheline veya imipramin önermeyin. [2013]

1.4.29 Fiziksel veya ruhsal sağlıklarında ani bir bozulma riski daha yüksek olabilecek yaşlı kadınlara oksibutinin (hemen salınımlı) önermeyin. [2013, değiştirilmiş 2019]

1.4.30 Kadınlarda aşırı aktif mesane veya karışık idrar kaçırma tedavisi için en düşük edinim maliyetine sahip antikolinerjik ilacı önerin. [2019]

1.4.31 Aşırı aktif mesane veya mikst üriner inkontinans için ilk ilaç etkili değilse veya iyi tolere edilemiyorsa, edinme maliyeti düşük olan başka bir ilaç önerin (bkz. ek bilgiler). [2013]

1.4.32 Oral ilaçları tolere edemeyen kadınlara transdermal bir aşırı aktif mesane tedavisi önerin. [2013]

1.4.33 Mirabegron hakkında rehberlik için, aşırı aktif mesane semptomlarının tedavisi için mirabegron hakkındaki NICE teknoloji değerlendirme kılavuzuna bakınız. [2013]

1.4.34 Desmopressin kullanımı özellikle noktüri ile birliktelik gösteren idrar kaçırma veya aşırı aktif mesanesi olan ve bunu sıkıntılı bir semptom olarak gören kadınlarda noktüriyi azaltmak için düşünülebilir. Kistik fibrozisli kadınlarda özellikle dikkatli olun ve 65 yaş üstü kardiyovasküler hastalığı veya hipertansiyonu olanlarda kullanmaktan kaçının. [2013]

1.4.35 Stres baskın üriner inkontinansı olan kadınlarda duloksetini birinci basamak tedavi olarak kullanmayın. Stres üriner inkontinansı olan kadınlara rutin olarak ikinci basamak tedavi olarak duloksetin önermeyin, ancak hastalar farmakolojik tedaviyi cerrahi tedaviye tercih ediyorsa veya cerrahi tedavi için uygun değilse ikinci basamak tedavi olarak önerilebilir. Duloksetin reçete edilirse, hastalara yan etkileri hakkında danışmanlık verin. [2006]

Antidepresanların (duloksetin gibi) güvenli reçetelendirilmesi ve yoksunluğun yönetilmesi hakkında rehberlik için, NICE'ın bağımlılık veya yoksunluk semptomlarıyla ilişkili ilaçlar hakkındaki kılavuzuna bakın.

1.4.36 Üriner inkontinansı tedavi etmek için sistemik hormon replasman tedavisi önermeyin. [2006]

1.4.37 Vajinal atrofisi olan postmenopozal kadınlarda aşırı aktif mesane semptomlarını tedavi etmek için intravajinal östrojenler önerin. [2006]

İlaç etkilerinin değerlendirilmesi

1.4.38Aşırı aktif mesane için yeni bir ilaca başladıktan 4 hafta sonra yüz yüze veya telefonla bir değerlendirme teklif edin. Kadına tedaviden memnun olup olmadığını sorun ve

- iyileşme optimal ise tedaviye devam edin

- İyileşme yoksa veya yetersizse ya da tolere edilemeyen yan etkiler varsa, dozu değiştirin veya aşırı aktif mesane için alternatif bir ilaç deneyin (ilaç seçimi bölümündeki ilk ilacın etkili olmadığı durumlar ve transdermal bant önerileri için tavsiyelere bakın) ve 4 hafta sonra tekrar değerlendirin. [2013]

1.4.39 Aşırı aktif mesane için kullanılan bir ilacın advers etkileri tolere edilemiyorsa 4 haftadan önce bir değerlendirme önerin. [2013]

1.4.40 Aşırı aktif mesane için ilaç kullanmayı denemiş ancak başarılı olmamış veya tolere edememiş kadınları, daha ileri tedaviyi değerlendirmek üzere ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirin. [2013]

1.4.41 Aşırı aktif mesane veya idrar kaçırmaya yönelik ilk 4 haftada başarılı olmuş bir ilacın değerlendirmeden sonra işe yaramaması durumunda yüz yüze veya telefonla bir değerlendirme daha önerin. [2013]

1.4.42 Aşırı aktif mesane veya üriner inkontinans için uzun süreli ilaç kullanan kadınlara her 12 ayda bir veya 75 yaşın üzerindeyseler her 6 ayda bir birinci basamakta bir değerlendirme önerin. [2013, değiştirilmiş 2019]

Aşırı aktif mesane için invaziv girişimler

1.4.43 Cerrahi olmayan yönteme veya ilaç tedavisine yanıt vermeyen ve daha ileri tedavi seçeneklerini değerlendirmek isteyen aşırı aktif mesanesi olan kadınlar için

- detrusor aşırı aktivitesinin aşırı aktif mesane semptomlarına neden olup olmadığını belirlemek için ürodinamik inceleme önerin ve bunun sonucuna göre;

- detrusor aşırı aktivitesi aşırı aktif mesane semptomlarına neden oluyorsa, botulinum toksin tip A ile ilgili bölümdeki mesane duvarı enjeksiyonu önerisi ve üriner diversiyon ile ilgili bölümdeki öneri doğrultusunda invazif bir prosedür önerin veya

- detrusor aşırı aktivitesi yoksa, botulinum toksin tip A ile ilgili bölümde botulinum toksin tip A ile tedavinin değerlendirilmesine ilişkin tavsiye doğrultusunda yerel MDT'den daha ileri yönetim konusunda tavsiye isteyin [2013, değiştirilmiş 2019].

Botulinum toksini tip A enjeksiyonu

1.4.44 Yerel bir MDT incelemesinden sonra, farmakolojik tedaviler de dahil olmak üzere cerrahi olmayan tedaviye yanıt vermeyen detrusor aşırı aktivitesinin neden olduğu aşırı aktif mesanesi olan kadınlara Botulinum toksin tip A ile mesane duvarı enjeksiyonu önerin. [2019]

1.4.45 Ürodinamik incelemenin detrusor aşırı aktivitesini göstermediği aşırı aktif mesane semptomları olan kadınlar için, cerrahi olmayan tedaviye yanıt yoksa ve hasta diğer invaziv tedavileri istemiyorsa, yerel bir MDT incelemesinden sonra Botulinum toksin tip A ile tedaviyi düşünün. [2019]

1.4.46 Yerel bir MDT incelemesinden sonra, hastayı Botulinum toksin tip A ile tedavinin yararları ve riskleri hakkında bilgilendirin ve

- tam veya kısmi semptom rahatlaması olasılığını

- temiz aralıklı kateterizasyon süreci, riskleri ve ne kadar süreyle devam ettirilmesi gerekebileceğini

- idrar yolu enfeksiyonu riskinde artış da dahil olmak üzere yan etki riski olduğunu

- enjeksiyonların ne kadar süreyle işe yaradığını, uzun vadede ne kadar işe yaradığını ve uzun vadeli riskleri hakkında çok fazla kanıt bulunmadığını [2019] açıklayın.

1.4.47 Botulinum toksin tip A ile tedaviye yalnızca hasta istekliyse, önemli işeme disfonksiyonu gelişmesi durumunda:

- gerektiği sürece düzenli olarak temiz aralıklı kateterizasyon yapmaya başlayın veya

- temiz aralıklı kateterizasyon yapılamıyorsa geçici bir kalıcı kateter takın. [2013, değiştirilmiş 2019]

1.4.48 Kadınlarda aşırı aktif mesaneyi tedavi etmek için Botulinum toksin tip A'nın başlangıç dozu olarak 100 ünite kullanın. [2019]

1.4.49 Tedaviye yanıtı ve yan etkileri değerlendirmek için botulinum toksin tip A ile ilk tedaviden sonraki 12 hafta içinde yüz yüze veya telefonla bir değerlendirme önerin ve

- semptomlarda rahatlama varsa, hastaya semptomların geri dönmesi halinde derhal uzman incelemesi için kendi kendine nasıl başvuracağını anlatın ve gerektiğinde tedaviyi tekrarlayın

- yetersiz semptom rahatlaması varsa, sonraki botulinum toksin tip A dozlarını 200 üniteye çıkarmayı düşünün ve 12 hafta içinde tekrar değerlendirin.

- eğer herhangi bir etki yoksa, yerel MDT ile görüşün. [2019]

1.4.50 100 ünite botulinum toksin tip A enjeksiyonundan sonra semptomlarda rahatlama yeterli olmuşsa ancak 6 aydan kısa sürmüşse, sonraki botulinum toksin tip A dozlarını 200 üniteye çıkarmayı düşünün ve 12 hafta içinde yeniden değerlendirme yapın. [2019]

1.4.51 Aşırı aktif mesanesi olan kadınlara botulinum toksin tip B önermeyin. [2019]

Perkütan sakral sinir stimülasyonu

1.4.52 Aşırı aktif mesanesi olan hastalara yerel veya bölgesel MDT değerlendirmesinden sonra aşağıdaki durumlar varsa perkütan sakral sinir stimülasyonu önerin:

-ilaçlar dahil cerrahi dışı tedaviye yanıt vermeyen kadınlar

- semptomları botulinum toksin tip A'ya yanıt vermemişse veya

- botulinum toksin tip A ile ilişkili kateterizasyonrisklerini kabul etmeyenlere. [2013, değiştirilmiş 2019]

1.4.53 Kadınlarla perkütan sakral sinir stimülasyonunun uzun vadeli sonuçlarını aşağıdakiler de dahil olmak üzere tartışın:

- test stimülasyonuna duyulan gereksinim ve testin başarı olasılığı

- başarısızlık riski

- uzun vadeli sorumluluk

- cerrahi revizyon ihtiyacı

- olumsuz etkiler [2013]

1.4.54 Kadınlara perkütan sakral sinir stimülasyonu prosedürünün ardından semptomların geri dönmesi halinde hızlı uzman incelemesi için kendi kendilerine nasıl başvuracaklarını anlatın. [2013]

Augmente Sistoplasti

1.4.55 İdiyopatik detrusor aşırı aktivitesinin tedavisi için augmentasyon sistoplastisini, durumu cerrahi dışı tedaviye yanıt vermeyen ve kendi kendine kateterize etmeye istekli ve muktedir hastalarla sınırlandırın. Hastaya veya bakıcısına yönelik ameliyat öncesi danışmanlık, yaygın ve ciddi komplikasyonları içermelidir: bağırsak rahatsızlığı, metabolik asidoz, mesanede mukus üretimi ve/veya retansiyonu, İYE ve üriner retansiyon. Büyütülmüş mesanede meydana gelebilecek malignite riski hakkında bilgilendirme yapın. Ömür boyu takipteönerin. [2006, değiştirilmiş 2013]

Üriner diversiyon

1.4.56 Üriner diversiyon, aşırı aktif mesanesi olan bir kadın için yalnızca cerrahi olmayan tedavi başarısız olduğunda ve botulinum toksin tip A, perkütan sakral sinir stimülasyonu ve augmentasyon sistoplasti uygun değilse veya kadın için kabul edilemezse düşünülmelidir. Ömür boyu takip sağlayın. [2006, değiştirilmiş 2013]

Nisan 2019'da, botulinum toksin tip A preparatlarının çoğu inkontinans için endikasyon dışıydı. Kanıtlar yalnızca lisanslı botulinum toksin tip A preparatı (BOTOX, Allergan) için mevcuttu.

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS CERRAHİ TEDAVİSİ

1.5 Meş prosedürlerinin kullanımı konusunda kamuoyunda endişe vardır. Meş prosedürleri de dahil olmak üzere bu bölümde önerilen tüm prosedürler için fayda kanıtı vardır ancak uzun

vadeli yan etkilere ilişkin sınırlı kanıt bulunmaktadır. Özellikle, uzun vadeli komplikasyonların gerçek prevalansı bilinmemektedir.

1.5.1 Bir hasta stres üriner inkontinans için cerrahi bir prosedür düşünüyorsa, bilgilendirilmiş tercihi ve ortak karar vermeyi teşvik etmek için stres üriner inkontinans için cerrahi hakkında NICE hasta karar yardımcısını kullanın. Hastayla yapılacak görüşme şunları içermelidir:

- Stres üriner inkontinans için NICE'ın önerdiği tüm cerrahi tedavi seçeneklerinin faydaları ve riskleri, ulaşılabilir olup olmadıkları

- özellikle yama (meş) malzemelerinin implantasyonunu içeren tüm prosedürler için uzun vadeli yan etkilere ilişkin belirsizlikler

- Anestezi türü, beklenen hastanede kalış süresi, cerrahi kesiler ve beklenen iyileşme süresi açısından prosedürler arasındaki farklılıklar

- hastanın yararını etkileyebilecek her türlü sosyal veya psikolojik faktör. [2013, değiştirilmiş 2019]

1.5.2 Stres üriner inkontinans için cerrahi olmayan tedaviler başarısız olmuşsa ve hasta cerrahi bir prosedürü değerlendirmek istiyorsa, ona şu seçenekleri sunun:

- kolposüspansiyon (açık veya laparoskopik) veya

- otolog rektus fasyal askı.

Bu seçeneğe retropubik mid-üretral mesh askı seçeneğini de dahil edin, ancak stres üriner inkontinans için mid-üretral mesh askı prosedürlerinin kullanımına ilişkin ek kılavuz için mid-üretral mesh sling prosedürleri bölümündeki önerilere bakın. [2019]

1.5.3 Alternatif cerrahi prosedürler kadın için uygun veya kabul edilebilir değilse, stres üriner inkontinansı yönetmek için intramural dolgu ajanlarını düşünün. Hastaya şunu açıklayın:

- bunlar kalıcı enjekte edilebilir malzemelerdir

- Etkinliğe ulaşmak için enjeksiyonların tekrarlanması gerekebilir

- sınırlı kanıtlar, tavsiye 1.5.2'de listelenen cerrahi prosedürlerden daha az etkili olduklarını ve etkilerinin zamanla azaldığını göstermektedir

- uzun vadeli etkinlik ve advers olaylara ilişkin sınırlı kanıt vardır. [2019]

1.5.4 İntramural dolgu enjekte edilirse, hastayadolgu hakkında adı, üreticisi, enjeksiyon tarihi ve enjeksiyonu yapan cerrahın adı ve iletişim bilgileri de dahil olmak üzere yazılı bilgi verin. [2019]

1.5.5 Eğer hastanın stres üriner inkontinans için seçtiği prosedür konsültan cerrah tarafından yapılamayacaksa, onu alternatif bir cerraha yönlendirin. [2019]

1.5.6 Sağlayıcılar, bu kılavuzun cerrahi ve cerrahi komplikasyonlara ilişkin verilerin toplanması bölümünde belirtildiği gibi, stres üriner inkontinansa yönelik cerrahi prosedürlere ilişkin verilerin ulusal bir kayıt defterine kaydedilmesini sağlamalıdır. [2019]

MİD-ÜRETRAL ASKI OPERASYONLARI

1.5.7 Retropubik mid üretral meş askıyı önerirken, kadına bunun kalıcı bir implant olduğunu ve tamamen çıkarılmasının mümkün olmayabileceğini söyleyin. [2019]

1.5.8 Retropubik mid üretral meş askı takılıysa, kadına implant hakkında, adı, üreticisi, yerleştirme tarihi ve implantı yapan cerrahın adı ve iletişim bilgileri de dahil olmak üzere yazılı bilgi verin. [2019]

1.5.9 Retropubik mid üretral meş askı prosedürünü planlarken cerrahlar:

• tip 1 makro gözenekli polipropilen ağdan üretilmiş bir cihaz kullanın

• yerleştirme ve revizyon kolaylığı açısından, yüksek görünürlük için renkli bir retropubik mid üretral örgü meş kullanmayı düşünün. [2013, 2019'da değiştirildi]

1.5.10 Retropubik yaklaşımdan kaçınılması gereken spesifik klinik durumlar (örneğin önceki pelvik prosedürler) olmadığı sürece transobturator yaklaşımı önermeyin. [2019]

1.5.11 Klinik araştırmanın bir parçası olmadığı sürece 'yukarıdan aşağıya' retropubik mid üretral meş yaklaşımını veya tek insizyonlu sub-üretral kısa meş yerleştirmeyi kullanmayın. [2019]

Yapay üriner sfinkterler

1.5.12 Önceki ameliyat başarısız olmadıkça kadınlara stres üriner inkontinansı yönetmek için yapay üriner sfinkter önermeyin. [2006, değiştirilmiş 2019]

1.5.13 Yapay üriner sfinkter yerleştirilmiş kadınlar için

- ameliyat sonrası takip önerin ve

- gerektiğinde değerlendirme için erişimi sağlayın. [2006, değiştirilmiş 2019]

Önerilmemesi gereken prosedürler

1.5.14 Kadınlara stres üriner inkontinans tedavisi için aşağıdaki prosedürleri önermeyin:

- anterior kolporafi

- iğne süspansiyonu

- paravajinal defekt onarimi

- domuz dermis askisi

- Marshall-Marchetti-Krantz prosedürü. [2019]

Ameliyat sonrası takip

1.5.15 Stres üriner inkontinansı tedavi etmek için cerrahi bir prosedür geçiren tüm kadınlara 6 ay içinde bir takip randevusu sunun. [2019]

1.5.16 Retropubik mid üretral meş ameliyatı geçiren kadınlar için takip randevusu, meş askının açığa çıkması veya ekstrüzyonunu kontrol etmek için vajinal muayeneyi içermelidir. [2019]

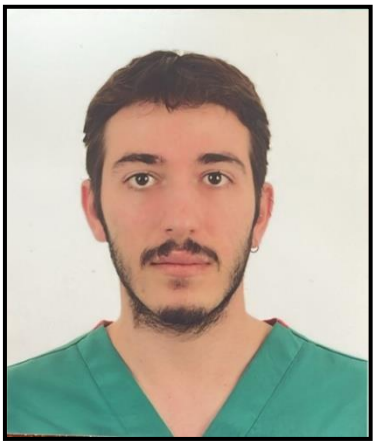
1.5.17 Sağlayıcılar, stres üriner inkontinans için ameliyat olan kadınların tekrarlayan semptomları veya şüpheli komplikasyonları olması durumunda daha ileri sevklere erişimlerinisağlamalıdır. Bu kılavuzdaki meş cerrahisi ile ilişkili komplikasyonların değerlendirilmesi bölümüne de bakınız. [2019]

1.5.18 Stres üriner inkontinans için birincil cerrahi prosedür başarısız olan kadınlar için (semptomları geri dönen kadınlar dahil):

- Kompleks pelvik taban disfonksiyonu ile ilgilenen bölgesel bir MDT'den değerlendirme ve yönetim konusunda tavsiye alın veya

- Hastaya, başka bir cerrahi işlem yaptırmak istemiyorsa idrar semptomlarını yönetme konusunda tavsiyelerde bulunun ve fikrini değiştirirse sevk isteyebileceğini açıklayın. [2019]

HASTA EĞİTİM FORMLARI



Çeviri: Dr.Ege ÖZGÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

İdrar Kaçırma

Pelvik Kas (Kegel) Egzersizleri

Kadınlarda Stres İnkontinansını Tedavi Etmek İçin Cerrahi

Kadınlarda Sıkışmaya Bağlı İnkontinans Tedavileri

https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-women-beyond-the-basics

https://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-muscle-exercises-beyond-the-basics

https://www.uptodate.com/contents/female-stress-urinary-incontinence-choosing-a-primary-surgical-procedure

https://www.uptodate.com/contents/urgency-urinary-incontinence-overactive-bladder-oab-in-females-treatmen

Bu hasta bilgilendirme formları UptoDate deki doktorlar ve editörler tarafından yapılmıştır.

Hasta Eğitimi: İdrar Kaçırma (Temel Bilgiler)

İdrar kaçırma nedir? — "İdrar kaçırma" bir insan idrar sızdırdığında ya da mesanesinin kontrolünü kaybettiğinde söylenen medikal bir terimdir. Sıklıkla sadece "inkontinans" denir.

İdrar kaçırma çok sık bir problemdir. Eğer bu probleme sahipseniz, size yardımcı olabilecek birçok tedavi vardır. İdrar sızıntısını durdurmak veya azaltmak için kendi başınıza yapabileceğiniz şeyler de vardır, böylelikle "bununla yaşa" demenize gerek kalmaz.

İdrar kaçırma belirtileri nelerdir? — İdrar kaçırmanın farklı tipleri vardır. Her biri farklı belirti gösterir. En sık 3 tipi:

- Stres inkontinans– Stres inkontinansı olan kişiler güldüklerinde, öksürdüklerinde, hapşırdıklarında veya karnına "baskı yapan" herhangi bir şey yaptıklarında idrar kaçırırlar.
- Sıkışmaya bağlı inkontinans– Sıkışmaya bağlı idrar kaçırması olan kişiler aniden güçlü bir idrara çıkma ihtiyacı hissederler. Çoğu zaman "idrara çıkma isteği" o kadar güçlüdür ki banyoya zamanında yetişemezler. "Aşırı aktif mesane" ani ve sık idrara çıkma dürtüsüne sahip olmak için kullanılan başka bir terimdir. Aşırı aktif mesanesi olan kişiler idrar kaçırabilir de kaçırmayabilir de.
- Karışık idrar inkontinansı – Karışık idrar kaçırması olan kişiler hem sıkışmaya bağlı idrar kaçırma hem de sıkışmaya bağlı idrar kaçırma belirtileri gösterir.

Kendimi daha iyi hissedebilmem için yapabileceğim bir şey var mı? — Evet. İdrar sızıntısını azaltmaya yardımcı olabilecek bazı adımlar şunlardır:

- İçtiğiniz sıvı miktarını azaltın, özellikle yatağa gitmeden birkaç saat önce.
- Şikayetlerinizi artıran yiyecek ve içecekleri kesin. Bazı insanlar alkol, kafein, baharatlı ya da asitli yiyeceklerin mesaneyi irrite ettiğini düşünmektedir.
- Eğer aşırı kiloluysanız, kilo verin.

- Eğer diyabetiniz (şeker hastalığı) varsa, kan şekerinizi oldukça normale yakın tutmaya çalışın.
- Diüretik adı verilen ilaçları kullanıyorsanız önceden plan yapın. Bu ilaçlar idrara çıkma ihtiyacınızı artırır. Onları, banyoya birkaç saat daha ulaşımınız olduğunu düşündükten sonra kullanın.

Bu teknikler de mesane kontrolü sağlamanızda yardımcı olabilir:

- **Mesanenin yeniden eğitimi** – Mesane yeniden eğitimi sırasında, belirlenen saatlerde tuvalete gidersiniz. Mesela her saat başı gideceğinize karar verebilirsiniz. İhtiyacınız olduğunu hissetmeseniz dahi tuvalete gidersiniz. Daha erken gitmeniz gerekiyorsa bir saatin geçmesini beklemeye çalışırsınız. Daha sonra her saat başı gitmeye alıştığınızda tuvalet ziyaretleri arasında beklediğiniz süreyi artıracaksınız. Zamanla mesanenizi tuvalet ziyaretleri arasında 3 veya 4 saat bekleyecek şekilde "yeniden eğitebilirsiniz".
- **Pelvik kas egzersizi** – Pelvik kas egzersizleri idrar akışını kontrol eden kasları güçlendirir. Bu egzersizler size yardımcı olabilir ancak insanlar sıklıkla bunları yanlış yaparlar. Doktorunuza veya hemşirenize bunları nasıl doğru şekilde yapacağınızı sorun.

Doktorumu ya da hemşiremi görmeye gitmeli miyim? — Evet. Doktorunuz veya hemşireniz idrar kaçırmanıza neyin sebep olabileceğini öğrenebilir. Ayrıca sorunu gidermenin yollarını da önerebilir.

Doktorunuzla ya da hemşirenizle konuşmaya gittiğinizde kullandığınız herhangi bir ilacın idrar kaçırmanıza sebep olup olmayacağını sorun. Bazı ilaçlar idrar kaçırmanıza sebep olurken bazıları idrar kaçırmanızı daha da kötü duruma getirebilir.

İdrar kaçırma nasıl tedavi edilir? — Tedavi seçenekleri, hangi tip idrar kaçırmaya sahip olduğunuza ve cinsiyetinize göre değişiklik gösterir. Bazı tedavi seçenekleri şunları içerir:

- Mesaneyi rahatlatan ilaçlar

- Mesaneyi destekleyen dokuları onarmak veya idrar akışını iyileştirmek için yapılan ameliyatlar
- Mesaneyi rahatlatan sinirlerin elektriksel olarak uyarılması

Hayatım nasıl olacak?— İdrar kaçırması olan birçok kişi mesane kontrolünü yeniden kazanabilir veya en azından sahip oldukları sızıntı miktarını azaltabilir. Önemli olan bu konuyu doktorunuz veya hemşirenizle konuşmanızdır. Daha sonra size yardımcı olacak bir yaklaşım bulmak için onunla birlikte çalışın.

Hasta Eğitimi: Pelvik Kas (Kegel) Egzersizleri (Temel Bilgiler)

Pelvik kas egzersizleri nedir? — Pelvik kas egzersizleri, idrar ve bağırsak hareketlerini kontrol eden kasları güçlendiren egzersizlerdir. Bu egzersizlere aynı zamanda "Kegel" egzersizleri de denir. Bu egzersizler, idrar kaçırma, gaz sorunu veya bağırsak hareketlerinizde sorununuz varsa size yardımcı olabilir. Aynı zamanda kadınları etkileyen "pelvik organ prolapsusu" adı verilen bir duruma da yardımcı olabilir. Pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda, alt karındaki organlar aşağı doğru düşer ve vajinaya karşı baskı yapabilir veya içeri doğru şişebilir.

Kegel egzersizlerini nasıl öğrenebilirim? — İlk olarak, doğru yapmanın yollarını doktorunuza veya hemşirenize sorun. Size başlamanız konusunda yardımcı olabilirler.
Hangi kasları sıkmanız gerektiğini öğrenmeniz gerekecek. Doğru kasları bulmak bazen zor olabilir.

Bir kadın, Kegel egzersizlerini şu şekillerde öğrenebilir:

- Vajinasına bir parmak yerleştirip parmağı etrafındaki kasları sıkarak; veya
- Bir mermerin üzerinde oturuyormuş gibi davranarak ve vajinasını kullanarak mermeri kaldırması gerekiyormuş gibi düşünerek

Bir erkek, Kegel egzersizlerini gazı tutuyormuş gibi kalçadaki kaslarını sıkarak öğrenebilir.

Her erkek ve kadın, idrar akışını durdurup başlatarak da Kegel egzersizlerini öğrenebilir. Bunu yaparsanız, doğru kasları sadece bir veya iki kez denemede bulabilirsiniz. Bazı doktorlar bunu hiç yapmamanız gerektiğini düşünür, çünkü alışkanlık haline gelirse mesane enfeksiyonuna neden olabilir.

Kegel egzersizlerini nasıl öğrenirseniz öğrenin, önemli olan şey, ilgili kasların karın veya uyluklarda olmadığını bilmektir.

Hangi pozisyonda olursanız olun, kasları sıkmayı öğrendikten sonra egzersizleri yapabilirsiniz (sandalyede otururken veya yatarak). Tuvaletteyken yapmanıza gerek yok.

Egzersizleri ne sıklıkta yapmalıyım? — Egzersizleri günde 3 kez, haftada 3 veya 4 gün boyunca yapın. Her seferinde kaslarınızı 8 ila 12 kez germeli ve her sıktığınızda 6 ila 8 saniye boyunca sıkmalısınız. Bu rutini en az 3 ila 4 ay boyunca sürdürün. Sonuçları muhtemelen fark edeceksiniz, ancak biraz zaman alabilir.

Kegel egzersizleri nasıl yardımcı olur? — Kegel egzersizleri şu şekillerde yardımcı olabilir:

- "Stres inkontinansı" olan kişilerde idrar sızıntısını azaltmaya yardımcı olabilir; bu, öksürdüklerinde, güldüklerinde, hapşırdıklarında veya zorlandıklarında idrar sızdıran kişilerdir.
- "Sıkışmaya bağlı inkontinans" olan kişilerde aniden idrara çıkma isteğini kontrol altına almaya yardımcı olabilir.
- Gaz veya bağırsak hareketlerini kontrol altına almaya yardımcı olabilir.
- Pelvik organ prolapsusu nedeniyle vajinada basınç veya şişmeyi azaltabilir. (Eğer vajinada bir şişlik varsa, nedenini öğrenmek için doktorunuza veya hemşirenize başvurun.)

Hasta Eğitimi: Kadınlarda Stres İnkontinansını Tedavi Etmek İçin Cerrahi (Temel Bilgiler)

Kadınlarda stres inkontinansını tedavi etmek için cerrahi nedir? — Cerrahi, "stres inkontinansı" adı verilen bir durumu olan kadınlar için bir tedavidir. Bu durumu olan kişiler, kahkaha atarken, öksürürken, hapşırırken veya karın üzerine baskı uygulayan herhangi bir şey yaparken idrar sızdırabilirler.

Cerrahi dışında stres inkontinansını tedavi etmek için başka tedaviler de vardır. Ancak bu tedaviler iyi işe yaramazsa veya bunları denemek istemezseniz, cerrahiye başvurabilirsiniz.

Kadınlarda stres inkontinansını tedavi etmek için doktorlar cerrahiyi nasıl yapar? — Kadınlarda stres inkontinansını tedavi etmek için yapılan cerrahinin çoğu "minimal invaziv" cerrahidir. Bu, doktorun normal cerrahiden daha küçük kesiler yapmasını ve dışarıdan kontrol ettiği küçük aletler kullanmasını içerir. Ancak doktorlar aynı zamanda "açık" cerrahi de yapabilir. Bu, vücut üzerine ameliyat yapabilmek için yapılan büyük kesileri barındırır.

Stres inkontinansını tedavi etmek için farklı cerrahi türleri var mıdır? — Evet, birçok türü bulunmaktadır. Bunlar arasında:

- "Sling prosedürü" – Bir sapan, üretranın etrafına yerleştirilen küçük bir malzemedir. (Üretra, vücudun dışarısına idrar taşıyan tüptür.) Farklı sling türleri olsa da hepsi üretranın idrar sızdırmasını önlemek için destek sağlar. Sapan, yapay ağ veya kadının vücudundan alınan doku olabilir.
- "Burch prosedürü" veya "retropubik kolposuspansiyon" adı verilen bir prosedür – Bu prosedürde doktor, üretra etrafındaki dokuyu karın içindeki güçlü bantlara bağlar. Bu prosedür "minimal invaziv" cerrahi (birkaç küçük kesik) veya "açık" cerrahi (büyük bir kesik) olabilir.

- Üretra yanına yapılan bir malzeme enjeksiyonu (iğne) – Malzeme, üretranın etrafındaki bölgeyi kalınlaştırır. Bu, üretranın desteklenmesine ve idrarın sızmasının önlenmesine yardımcı olur. Bu tedavi genellikle cerrahi geçiren kadınlar için uygundur ve genellikle bir doktorun ofisinde yapılır.

Cerrahinin faydaları nelerdir? — Ana fayda, başka tedavilerin düzeltemediği stres inkontinansı tedavi etmesidir.

Cerrahinin riskleri nelerdir? — Cerrahinin riskleri, şu faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir:

- Hangi tür cerrahiye sahip olduğunuz
- Yaşınız ve genel sağlığınız

Cerrahinin riskleri şunları içerir:

- Cerrahiden kaynaklanan sorunlar, kanama, enfeksiyon veya mesanede yırtılma gibi
- İdrar yaparken tüm idrarı çıkaramama sorunu
- Cerrahiden sonra stres inkontinansı – Bazı kadınlar cerrahiden sonra hala stres inkontinansına sahip olabilirler.
- Sıkışmaya bağlı inkontinans, aynı zamanda "aşırı aktif mesane sendromu" olarak adlandırılır – Bu genellikle sürekli idrar yapma hissi veya hemen idrar yapma ihtiyacı anlamına gelir. Bazı insanlar ayrıca zamanında yetişemezlerse idrar kaçırabilirler. Bu cerrahi sonrası meydana gelebilir veya cerrahi öncesinde olan kişilerde kötüleşebilir.
- Cinsel ilişki sırasında ağrı
- Kasıkta ağrı – Bu, uyluk ile vücudun geri kalan kısmının buluştuğu bölgedir.

Stres inkontinansı için cerrahi dışında başka seçenekler var mıdır? — Evet, başka seçenekler vardır. Bunlar egzersizler veya üretranın desteklenmesi için her gün vajinada kullanılan bir cihaz olan peser halkasını içerir. Çoğu kadın önce diğer seçenekleri deneyip diğer tedaviler işe yaramazsa cerrahiye başvururlar.

Unutulmaması gereken önemli bir nokta, stres inkontinansını tedavi etmek için cerrahinin sonuçlarının her kadın için farklı olduğudur. Cerrahinin sizin için en iyi tedavi olup olmadığına kesin olarak karar verebilecek tek kişi sizsiniz. Emin değilseniz, cerrahi üzerine düşünürken diğer tedavileri denemek isteyebilirsiniz. Cerrahinin ne kadar yardımcı olabileceği konusunda doktorunuzla konuşun.

Hamile kalmak istiyorsam ne yapmalıyım? — Doktorlar genellikle hamile kalmak isteyen kadınlarda stres inkontinansını tedavi etmek için cerrahi yapmazlar. Çünkü hamilelik, karın ve idrar yollarına stres uygular. Bu, cerrahi sonrasında bile stres inkontinansının geri gelmesine neden olabilir.

Hasta Eğitimi: Kadınlarda Sıkışmaya Bağlı İnkontinans Tedavileri (Temel Bilgiler)

Sıkışmaya bağlı inkontinans nedir? — "İnkontinans", idrar sızdırmak veya mesane kontrolünü kaybetmek için tıbbi bir terimdir. Sıkışmaya bağlı inkontinansı olan kişiler aniden güçlü bir idrar yapma ihtiyacı veya "dürtü" hissederler. Genellikle bu dürtü o kadar güçlüdür ki tuvalete yetişemezler. "Aşırı aktif mesane", ani ve sık idrar yapma dürtüsüne sahip olmak için kullanılan başka bir terimdir. Aşırı aktif mesanesi olan kişiler idrar sızdırabilir veya sızdırmayabilirler.

Sıkışmaya bağlı inkontinans, özellikle kadınlarda yaygındır. Ancak yardımcı olabilecek tedaviler bulunmaktadır. Ayrıca, idrar sızıntısını durdurmak veya azaltmak için bireysel olarak yapabileceğiniz şeyler de vardır, böylece "sadece bu durumla yaşamak zorunda kalmazsınız."

Sıkışmaya bağlı inkontinans için kendi başıma yapabileceğim şeyler var mı? — Evet. İdrar sızıntısını veya dürtüleri azaltmaya yardımcı olabilecek bazı adımlar:

- Semptomlarınızı kötüleştiren herhangi bir yiyecek veya içeceği azaltın. Alkol, kafein, baharatlı veya asidik yiyecekler veya yapay tatlandırıcılar, bazı insanların daha sık idrar yapmalarına veya ani dürtülere neden olabilir.
- Yatmadan hemen önce çok fazla içecek içmemeye çalışın.
- Kabızlığı önleyin – Kabızlık, bağırsak hareketlerini zorlaştıran yaygın bir problemdir. Acil inkontinansı daha da kötüleştirebilir.

Ayrıca, mesane kontrolüne yardımcı olmak için bazı şeyleri deneyebilirsiniz:

- Mesane eğitimi – Mesane eğitimi, mesanenizin daha fazla idrar tutmasına yardımcı olmak için planlı zamanlarda tuvalete gitmeyi içerir. Örneğin, her saat başında tuvalete gitmeye karar verebilirsiniz. Sonra kendinizi her saatte gitmeye zorlarsınız, hatta gitmeniz gerektiğini düşünmeseniz bile. Daha sonra, 1 saat beklemeye alıştıktan sonra, tuvalet ziyaretleri arasında daha uzun süre

beklemeyi deneyebilirsiniz. Zamanla, mesanenizi tuvalet ziyaretleri arasında 3 veya 4 saat beklemeye "yeniden eğitebilirsiniz."

- Rahatlama, gitme dürtüsüyle başa çıkmaya yardımcı olabilir. Bir dürtü hissettiğinizde durun veya oturun. Derin bir nefes alın, pelvik kaslarınızı sıkın ve gitme ihtiyacı “dalgasının" geçmesine izin verin. Sonra yavaşça tuvalete gidin ve idrar yapın.
- Pelvik kas egzersizleri – Pelvik kas egzersizleri, idrar akışını kontrol eden kasları güçlendirir. Bu egzersizler yardımcı olabilir, ancak insanlar genellikle yanlış yapar. Egzersizleri doğru bir şekilde nasıl yapmanız gerektiğini doktorunuz veya hemşirenize sorun.

Doktorlar kadınlarda acil inkontinansı nasıl tedavi eder? — Mesane eğitimi, rahatlama ve pelvik kas egzersizlerine ek olarak, tedavi bazen ilaçlar ve bazen de prosedürleri içerebilir. Bunlar aşağıda daha detaylı olarak tartışılmıştır.

Mesaneyi rahatlatan ilaçlar – Bu ilaçlar semptomları kontrol altına alabilir. İlaçlar arasında oksibutinin (ticari adı: Ditropan), tolterodin (ticari adı: Detrol), fesoterodin (ticari adı: Toviaz), solifenasin (ticari adı: VESIcare), darifenasin (ticari adı: Enablex) ve mirabegron (ticari adı: Mirbetriq) bulunmaktadır. Bunlar ağızdan alınan tabletler, cilde sürülen yama veya jeller olarak gelir.

Sıkışmaya bağlı inkontinans için ilaçlar, şu yan etkileri içerebilir:

- Çok kuru ağız
- Kabızlık
- Mide ekşimesi
- Düşünme ve hatırlama zorluğu
- Bulanık görüş
- Hızlı kalp atışı
- Uykulu hissetme

Eğer yaşınız ileri ise, bu ilaçları almanın güvenli olup olmadığını doktorunuza sorun. Düşünme veya hatırlama zorluğu yaşıyorsanız, bu ilaçlardan bazıları bu sorunları daha da kötüleştirebilir.

Sıkışmaya bağlı inkontinans veya aşırı aktif mesane için ilaç alıyorsanız, size uygun bir tedavi bulana kadar birkaç farklı ilaç denemeniz gerekebilir.

Vajinal östrojen – Mesaneyi rahatlatan ilaçlar sizin için işe yaramazsa veya çok sayıda yan etkiye neden olursa, doktorunuz diğer tedaviler hakkında konuşabilir. Menopoz sonrası vajinal kuruluk yaşayan bazı kadınlar için vajinal östrojen, bu sorunların yanı sıra mesane sorunlarına da yardımcı olabilir.

Mesaneyi rahatlatmaya yardımcı olan prosedürler – Eğer ilaçlar semptomlarınızı hafifletmiyorsa veya ilaç alamıyorsanız, doktorunuz size şu gibi prosedürleri önerebilir:

- Mesaneyi rahatlatmaya yardımcı olmak için mesaneye botulinum toksini (Botox) enjeksiyonu – Enjeksiyonun yılda bir veya iki kez yapılması gerekir. Bu enjeksiyonları kullanan kadınların yaklaşık 4'te 1'inde idrar yapma konusunda sorunlara neden olabilir.
- Elektriksel sinir stimülasyonu ile tedavi – Bu, bir pacemaker(ritim düzenleyici) gibi deri altına yerleştirilen bir cihazla yapılır. Elektriksel stimülasyon, mesaneyi etkileyen sinirlere hafif elektrik sinyalleri gönderir. Bu sinyaller acı vermez. Bu tedavi ani dürtülere veya sık sık idrar yapma ihtiyacına yardımcı olabilir. Cihaz yerleştirildikten sonra takip prosedürlerine ihtiyaç duyabilirsiniz.

Kadınlarda sıkışmaya bağlı inkontinans tedavileri ne kadar etkilidir? — Bu, semptomlarınıza ve sıkışmaya bağlı inkontinansınızın nedenine bağlıdır. Örneğin, başka bir tıbbi durumunuz varsa (diyabet gibi) bu durumu tedavi etmek yardımcı olabilir.

Çoğu kadının birkaç tedavi denemesi yapması ve zaman zaman birden fazla tedavi kullanması gerekebilir. Örneğin, doktorunuz mesane eğitimi, mesaneyi rahatlatmak için ilaç ve vajinal östrojen önerebilir. Bir tedavinin işe yarayıp yaramadığını anlamak bir ay veya daha uzun

sürebilir. Tedavinin yeterince hızlı işe yaramadığını düşünüyorsanız, umutsuzluğa kapılmamaya çalışın.

Hayatım nasıl olacak? — Çoğu kadın sıkışmaya bağlı inkontinans için uzun bir süre veya ömür boyu bir tür tedaviye ihtiyaç duyar. Kadınlarda sıkışmaya bağlı inkontinans tedavisi semptomlara yardımcı olabilir, ancak inkontinansın nedenini tedavi etmez.

Tedavi sıkışmaya bağlı inkontinansı tamamen durdurmazsa bile, yaşamınızı kolaylaştırabilir ve sizin için çok daha iyi hissetmenize yardımcı olabilir.

ÜRİNER İNKONTİNANSTA KULLANILAN ANKETLER

İŞEME GÜNLÜĞÜ
AŞIRI AKTİF MESANE DEĞERLENDİRME FORMU (OAB-V8)
ÜROGENİTAL DİSTRES ENVANTERİ (UDİ-6)
İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU (ICIQ-SF)
İNKONTİNANS ETKİ SORGULAMASI (IIQ-7)
İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (IQoL)
CİNSEL İLİŞKİ İLE İLİŞKİLİ İDRAR KAÇIRMASI SORGULAMASI

İŞEME GÜNLÜĞÜ

Ne kadar sıvı aldığınızı ve tuvalete her gittiğinizde ne kadar idrar çıkardığınızı kaydetmek için bu günlüğü kullanın. Ölçüm kabı yardımı ile çıkardığınız idrar miktarını kolaylıkla ölçebilirsiniz. Ani idrar yapma isteği veya idrar kaçırma durumunuzu belirtiniz. Bu bilgiler semptomlarınızın giderilmesinde doktorunuza yardımcı olabilir. Örnekte günlüğü nasıl kullanacağınız gösterilmektedir. Her gün yeni bir sayfa kullanın.

zaman	**İçecekler (tip ve miktar)**	**İdrar miktarı (ml)**	**Ani idrar yapma isteği oldu mu ?**		**İdrar kaçırma oldu mu ?**	
ÖRNEK	1 bardak çay, 100cc	400 cc	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
06.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
07.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
08.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
09.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
10.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
11.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
12.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
13.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
14.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
15.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
16.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
17.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
18.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
19.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
20.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
21.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
22.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
23.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
00.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
01.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
02.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
03.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
04.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
05.00			EVET	HAYIR	EVET	HAYIR

AŞIRI AKTİF MESANE DEĞERLENDİRME FORMU (OAB-V8)

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir?	Hiç	Çok az	Biraz	Epey	Çok	Çok fazla
Gündüz sık idrara çıkma	0	1	2	3	4	5
Rahatsız edici bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Kazara az miktarda idrar kaçırma	0	1	2	3	4	5
Gece idrara gitme	0	1	2	3	4	5
Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma	0	1	2	3	4	5
Kontrol edilemez bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma	0	1	2	3	4	5
	TOPLAM PUAN					

Tarcan T, Mangır N, Özgür Ö,Akbal C. OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu Validasyon çalışması Üroloji Bülteni (2012), 21, 113-116

ÜROGENİTAL DİSTRES ENVANTERİ (UDİ-6)

Eğer sizde varsa aşağıdakilerden ne kadar etkileniyorsunuz?

	HİÇ (0)	AZ (1)	ORTA (2)	ÇOK (3)
1. Sık idrara çıkma?				
2. Ani idrar hissine bağlı idrar kaçırma?				
3. Fiziksel aktivite, öksürme veya hapşırmaya Bağlı idrar kaçırma?				
4. Az miktarda idrar kaçağı?				
5. Mesaneyi boşaltma zorluğu?				
6. Cinsel bölge veya kasıkta rahatsızlık?				

Cam C, Sakallı M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. Neurourol Urodyn. 2007;26(1):129-33.

İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU (ICIQ-SF)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirseniz minnettar oluruz.

1) Lütfen doğum tarihinizi yazınız **2) Cinsiyet Kadın Erkek**

3) Ne sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz?

Hiçbir zaman 0 puan	Haftada bir 1 puan	Haftada 2-3 2 puan	Günde bir kez 3 puan	Günde birkaç kez 4 puan	Her zaman 5 puan

4) Size göre ne kadar idrar kaçırıyorsunuz bilmek istiyoruz? Genelde ne kadar idrar kaçırıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) (Bir kutuyu işaretleyin

HİÇ 0 puan	AZ 2 puan	ORTA 4 puan	ÇOK 6 puan

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (hiçbir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla

CI-Q skoru: toplam skor 3+4+5. Soruların skoru=

6) Hangi durumlarda idrar kaçırıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum….
Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum….
Öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum….
Uyurken kaçırıyorum….
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum….
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum….
Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum….
Her zaman kaçırıyorum….

Çetinel B,Özkan B,Can G. THE VALIDATION STUDY OF ICIQ-SF TURKISH VERSION Türk Üroloji Dergisi: 30 (3): 332-338, 2004

Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)

İnkontinans Etki Sorgulaması

İdrarınızı kaçırmak veya organınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi?

	HİÇ	HAFİF	ORTA	ÇOK
1 Ufak tefek ev işlerini yapmanızı etkiledi mi?				
2 Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?				
3 Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?				
4 Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?				
5 Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilmenizi etkiledi mi?				
6 Ruhsal sağlığınızı etkiledi mi?				
7 Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?				

Cam C, Sakallı M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. Neurourol Urodyn. 2007;26(1):129-33.

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (IQoL)

Lütfen aşağıdaki sorulara en uygun yanıtı veriniz

1. Tuvalete zamanında yetişememek beni endişelendiriyor.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

2. Öksürmek veya hapşırmaktan korkuyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

3. Oturduğum yerden kalkarken dikkatli olmam gerekiyor.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

4. İlk kez gittiğim yerlerde tuvaletin nerede olduğu beni kaygılandırıyor.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

5. Kendimi mutsuz / kederli hissediyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

6. Evimden uzun süreli ayrılırken kendimi rahat hissetmiyorum.

7. İdrar sorunum nedeniyle istediklerimi yapamamak beni hayal kırıklığına uğratıyor.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

8. Başka kişilerin üzerimde idrar kokusu hissetmesinden/duymasından endişe ediyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

9. Aklımda hep idrar kaçırma var.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

10. Benim için tuvalete sık gitmek önemlidir.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

11. İdrar kaçırmam nedeniyle her ayrıntıyı önceden planlamak benim için önemlidir.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

12. Yaşlandıkça idrar kaçırmamın kötüleşeceğinden korkuyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

13. Geceleri uyumakta zorlanıyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

14. İdrar kaçırmam nedeniyle utanacağım ve rezil olacağım endişesine kapılıyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

15. İdrar kaçırmam nedeniyle sağlıklı bir insan olmadığım hissine kapılıyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

16. İdrar kaçırmam nedeniyle kendimi çaresiz hissediyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

17. İdrar kaçırmam nedeniyle yaşamdan daha az zevk alıyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

18. Altımı ıslatmaktan korkuyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

19. Mesanemi kontrol edemediğimi düşünüyorum. Mesanem üzerinde hiç kontrolüm yokmuş gibi hissediyorum

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

20. Aldığım sıvı miktarını kontrol etmem gerekiyor. İçtiklerimi takip etmem gerekiyor

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

21. İdrar kaçırmam kıyafet seçeneklerimi azaltıyor.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

22. Cinsel ilişki kurmaktan korkuyorum.

1) Çok fazla 2) Epeyce 3) Orta derecede 4) Biraz 5) Hiç

Özerdoğan, N., Beji, N. K., & Yalçın, Ö. (2004). Urinary Incontinence: Its Prevalence, Risk Factors and Effects on the Quality of Life of Women Living in a Region of Turkey. Gynecologic and Obstetric Investigation, 58(3), 145150. https://doi.org/10.1159/000079422

CİNSEL İLİŞKİ İLE İLİŞKİLİ İDRAR KAÇIRMASI SORGULAMASI

Aşağıdaki soruları son 3 aylık cinsel yaşantınızı düşünerek cevaplayınız. Cevaplardan size en uygun olanını işaretleyiniz.

1) Cinsel ilişki ile ne kadar idrar kaçırıyorsunuz?

0)Hiç 0 1)Az miktarda 2) Orta derecede 3) Çok miktarda

2)Tüm cinsel ilişkilerinizin ne kadarında idrar kaçırıyorsunuz?

0)Hiçbirinde 1) Yarısından azında 2) Yarısında
3)Yarısından fazlasında 4) Hepsinde

3)Cinsel ilişki ile idrar kaçırmanız cinsel yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

0)Hiç 0 1)Az miktarda 2) Orta derecede 3) Çok miktarda

4) Cinsel ilişki ile idrar kaçırmanız eşinizle olan ilişkinizi ne kadar etkiliyor?

0)Hiç 0 1)Az miktarda 2) Orta derecede 3) Çok miktarda

5) Cinsel ilişki ile idrar kaçırmanız böyle devam ederse kendinizi nasıl hissedersiniz?

0)iyi 1)ne iyi ne kötü 2) kötü

6) Cinsel ilişki ile idrar kaçırmanızdan dolayı utanma, çekinme, korku, iğrenme ya da suçluluk vb. gibi herhangi bir olumsuz duygu yaşıyor musunuz?

0)Hiç 0 1)Az miktarda 2) Orta derecede 3) Çok miktarda

7) Cinsel ilişki ile idrar kaçırmanız ile ilgili olarak aşağıdakilerden sizin durumunuza uygun olanların hepsini işaretleyiniz?

	HAYIR (0)	EVET (1)
a.Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmıyorum		
b.Eşim haznemdeyken idrar kaçırıyorum		
c.Cinsel ilişki esnasında orgazm olurken (tatmin olurken) idrar kaçırıyorum		
d.Kendi kendime tatmin olurken (mastürbasyon) idrar kaçırıyorum		
e.Ön sevişme esnasında idrar kaçırıyorum		

8) Cinsel ilişki esnasındaki idrar kaçırmanız cinsel ilişki pozisyonu ile ilişkili midir?

	HAYIR (0)	EVET (1)
a.Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmıyorum		
b. Cinsel ilişkide tüm pozisyonlarda idrar kaçırıyorum		
c.Cinsel ilişkide eşim üstteyken idrar kaçırıyorum		
d.Cinsel ilişkide ben üstteyken idrar kaçırıyorum		
e.Cinsel ilişkide eşim sırt tarafımdayken idrar kaçırıyorum		
f.Cinsel ilişkide diğer pozisyonlarda idrar kaçırıyorum		

9) Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmamak için bir önlem alıyor musunuz?

	HAYIR (0)	EVET (1)
a.Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmıyorum		
b.Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırıyorum ama bir önlem almıyorum		
c.Cinsel ilişkinin hemen öncesinde idrar yapıyorum		
d.Cinsel ilişki esnasında kendimi sıkıyorum		
e.Cinsel ilişkiden kaçınıyorum		

Tarhan F, Ay P. Development and validity of a questionnaire for coital urinary incontinence :clinical and urodynamic analysis. International Urogynecology Journal. Doi:10.1007/s00192-018-03863-z