

STRESS İNKONTİNANSLI KADINLARDA ÜRODİNAMİK DEĞERLENDİRME (*)

Dr. Esat M. ARSLAN*, Dr. Ali ACAR*, Dr. Recai GÜRBÜZ*,

Dr. Şükrü ÇELİK*, Dr. Mehmet ÖZEROĞLU*

*S.Ü. T. F. Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Aralık 1992 - Nisan 1994 tarihleri arasında, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na idrar kaçırma şikayeti ile başvuran ve klinik değerlendirme sonucunda stress inkontinans teşhisi konulan 34 hasta ile 11 sağlıklı vaka çalışma kapsamına alındı. Tüm hastalar, üroflowmetri, üretral basınç profili (UPP), stress üretral basınç profili (stress UPP) ve sistometri ile değerlendirildi.

Klinik olarak stress inkontinans teşhisi konulan 34 hastanın ancak 24'ünün genuine stress inkontinans olduğu ürodinamik çalışmalar sonucunda ortaya kondu. Bu nedenle, klinik değerlendirme ile stress inkontinans teşhisi konulan hastalara yapılan ürodinamik çalışmaların teşhiste ve tedavinin planlanmasında önemli olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler : Stress inkontinans, Üro-dinamik değerlendirme

SUMMARY

Urodynamic Evaluation in Female Stress Incontinence.

The case histories and urodynamic findings of 34 women who presented with stress incontinence admitted to Selçuk University Medical Faculty Urology Clinic were evaluated. In all patients uro flowmetry, filling, cystometry, urethral pressure profilometry, stress urethral pressure profilometry were performed. Also in 11 healthy women same evaluations were performed.

34 patients with clinical stress incontinence of 24 patients were diagnosed genuine stress incontinence as a result of urodynamic evaluation. We suggest that in patients with symptoms stress incontinence the urodynamic evaluation of bladder and urethral functions that performed after obtaining a detailed history is valuable in choice of treatment.

Key words : Stress incontinence, ürodynamic evaluation

GİRİŞ

Öksürük, gülme, hapsirme, ağır kaldırma gibi karın için basıncı arttıran durumlarda, idrar kaçırma, stress inkontinans olarak tanımlanır. Karın içi basınç artışının mesaneye yansiyarak mesane içi basıncı artırması, buna karşı üretra içi basıncının eş zamanlı olarak artmaması idrar kaçırma neden olmaktadır (1). Stress inkontinansın bugün en yaygın olarak kabul edilen fizyopatolojik açıklaması, mesane çıkış direncinin azalmasına sebep olan mesanenin aşağı sarkması ve ilerleyen yaşla azalan sempatik aktivitedir (2).

Genuine stress inkontinans ise ürodinamik olarak tesbit edilebilen ve detrüsör kontraksiyonu olmadan,

abdominal basınçtaki artış nedeni ile intravezikal basıncın, maksimal üretral basıncı geçmesi sonucunda, istemsiz olarak idrar kaçırma (3,4).

Bu çalışmada sadece anamnez, klinik ve radyolojik muayene (ayakta ve yatar konumlu sistogramları içeren) ile stress inkontinans teşhisi konulmuş hastalar ve kontrol grubu ürodinamik çalışmalara tabi tutularak anamnez klinik ve radyolojik muayenenin genuine stress inkontinans tanısında yeterli olup olmadığı araştırıldı.

MATERYAL VE METOD

İdrar kaçırma şikayeti ile başvuran, anamnez ve klinik muayene ile stress inkontinans teşhisi konulan

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ali ACAR, S.Ü. T.F. Üroloji Anabilim Dalı Başkanı, KONYA (*) : 13. Ulusal Üroloji Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

34 hasta ile normal 11 vaka çalışma kapsamına alındı. Hastaların yaş ortalaması 41.6 (25-53), kontrol grubunun yaş ortalaması 42.3 (28-55) idi.

Tüm hastalar, ayrıntılı bir anamnez, ürolojik, jinekolojik ve radyolojik muayene, Bonney testi, üroflowmetri, sistometri, UPP ve stress UPP ile değerlendirildi (UPP: Üretral basınç profili).

Ürodinamik incelemeler Wiest Urocompact 6000 plus cihazı ile yapıldı. Üroflowmetri, fizyolojik olarak dolmuş mesane ile, sistometriden önce yapıldı. UPP ve stress UPP mesane boşken, sırtüstü ve oturur pozisyonlarda ölçüldü. Ölçümler 10 F çapında iki yollu Wiest katater kullanılarak, 1 ml/dk hızında, izotonik NaCl infüzyonu ve 1 mm/sn çekim hızıyla yapıldı. Maksimal üretral kapama basıncı (MUKB) ve fonksiyonel üretral uzunluk (FUU) ölçüldü.

Sistometride, mesane basıncı üretradan konulan 10 F çapında iki yollu Wiest kateter kullanılarak, intraabdominal basınç, rektuma balonlu tüp konularak ölçüldü. Detrüör basıncı elektronik olarak intravezikal basınçtan, intraabdominal basınç çıkartılarak bulundu. İşlem, mesaneye oda ısısında 60-80 ml/dk hızında izotonik NaCl solüsyonu verilerek yapıldı. İlk idrar hissini duyulduğu volüm, maksimal mesane kapasitesi, detrüör kompliansı ve unstable kontraksiyonların olup olmadığı belirlendi. Mesanenin dolması esnasında amplitüdü 15 cm H₂O'dan yüksek basınç değişiklikleri unstable detrüör kontraksiyonları olarak değerlendirildi. Genuine stres inkontinans değerlendirilmesinde idrar akım hızında ve mesane kompliansında artış esas alındı. Sistometri hasta sırtüstü yatar pozisyonda yapıldı. Bu esnada oturma, ayağa kaldırma, öksürtme gibi provakasyon testleri uygulandı. İstatistikler Mann Whitney testiyle yapıldı.

BULGULAR

Hastalar ürodinamik incelemelere göre 3 gruba ayrıldı. Klinik olarak stress inkontinans teşhisi konulan 34 hastanın, ürodinamik incelenmesi sonucunda, 24 hastada genuine stres inkontinans, 7 hastada detrüör instabilitesi tesbit edildi. 3 hastanın sistometrisi normal olarak bulundu (Tablo 1). Genuine stress inkontinanslı hastaların yaş ortalaması 41.3, detrüör instabiliteli hastaların yaş ortalaması

43.1, kontrol grubunun yaş ortalaması 42.3 idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu (Tablo 2).

Genuine stress inkontinanslı ve detrüör instabiliteli hastaların maksimal idrar akım hızı ortalamaları, kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu ($p<0.001$). İlk idrar hissini duyulduğu volüm ortalaması, detrüör instabiliteli hastalarda kontrol grubuna kıyasla daha düşükken ($p<0.05$), genuine stress inkontinanslı hastalarda daha yüksek ($p<0.05$) olarak tesbit edildi. Mesane kompliansı, kontrol grubunda ve genuine stress inkontinanslı hastalarda normal değerdeyken, detrüör instabilitesi olan hastalarda daha düşük bulundu ($p<0.01$). Sistometrik mesane kapasitesi kontrol grubuna kıyasla, detrüör instabiliteli hastalarda daha düşük ($p<0.01$), genuine stress inkontinanslı hastalarda daha yüksek ($p<0.01$) tesbit edildi (Tablo 3).

Genuine stress inkontinanslı hastaların MUKB (Maksimal uretral Kapanma Basıncı) ortalaması, yatar pozisyonda 47.2 cm H₂O, oturur pozisyonda 37.4 cm H₂O olarak bulundu. Bu değerler detrüör instabiliteli hastalarda 88.2 cm H₂O ve 90.4 cm H₂O, kontrol grubunda ise 89.3 cm H₂O ve 92.4 cm H₂O idi. MUKB, genuine stress inkontinanslı kadınlarda, diğer gruplara göre anlamlı derecede daha düşük bulundu ($p<0.001$). Yatar ve oturur pozisyonlarda ölçülen MUKB, genuine stress inkontinanslı kadınlarda farklı iken ($p<0.001$), diğer iki grupta anlamlı bir fark yoktur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Genuine stress inkontinanslı kadınların FUU (Fonksiyonel Uretral Uzunluk) ortalaması, yatar pozisyonda 19.2 mm, oturur pozisyonda 18.3 mm olarak bulundu. Bu değerler detrüör instabiliteli hastalarda 22.2 mm ve 21.8 mm, kontrol grubunda ise 22.5 mm ve 22.1 mm idi. FUU, genuine stress inkontinanslı kadınlarda, diğer gruplara göre anlamlı derecede daha kısa bulundu ($p<0.05$). Yatar ve oturur pozisyonlarda ölçülen FUU, genuine stress inkontinanslı kadınlarda farklı iken ($p<0.05$), diğer iki grupta anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4).

Genuine stress inkontinanslı kadınların stress UPP'sinde MUKB ortalaması 12 cm H₂O iken, detrüör instabiliteli hastalarda 90.2 cm H₂O, kontrol

grubunda ise 89.3 cm H₂O olarak bulundu. Genuine stress inkontinanslı hastalarla diğer iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.0001$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir klinik muayene ile ürodinamiye ihtiyaç olmadan stress inkontinansın doğru olarak teşhis edilebileceği, ancak urgency ile kombine noktüri şikayeti olan vakalarda ürodinami yapmak gerektiğini savunanlar yanında (1,4), stress inkontinans teşhisi için mutlaka ürodinamik çalışmalara ihtiyaç olduğunu savunanlar da vardır (5,6). International Continence Society kriterlerine göre de stress inkontinans tanısı koyabilmek için, bu yakınma ile başvuran hastalarda ürodinamik çalışmalar yapmak şarttır (7).

Çalışmamızda ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir klinik muayene ile stress inkontinans teşhisi koyduğumuz hastaların, ürodinamik çalışmalar sonucunda, ancak %70.6'sında genuine stress inkontinans olduğunu, %20.6'sında detrüör instabilitesi bulunduğunu, %8.8 hastanın ise tamamen normal olduğunu ortaya koyduk.

Genuine stress inkontinanslı hastalarda maksimal idrar akım hızı genellikle daha yüksektir (8). Aynı şekilde detrüör instabilitesi bulunan hastaların da maksimal idrar akım hızları artmıştır (9). Bizim çalışmamızda da hem genuien stress inkontinanslı hastalar da, hem de detrüör instabilitesi bulunan hastalarda maksimal idrar akım hızı yüksek olarak bulundu. Mesane kompliansı ise detrüör instabiliteli hastalarda daha düşükken, genuine stress inkontinanslı hastalarda daha yüksektir (10). Nitekim

çalışmamızdaki genuine stress inkontinanslı hastalarda komplians 55 ml/cm H₂O iken, detrüör instabiliteli hastalarda 25 ml/cm H₂O bulundu.

Çalışmamızda genuine stress inkontinanslı kadınlardaki MUKB ve FUU ortalama değerlerinin hem detrüör instabiliteli hastalar, hem de kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğunu tesbit ettik. Bulgularımız literatür bilgileriyle uyumludur (11,12). Ayrıca genuine stress inkontinanslı hastaların MUKB ve FUU ölçümlerinde, oturur ve yatar pozisyonlar arasında anlamlı bir fark belirlendi. Bunun da Hilton'un bulgularıyla uyumlu olduğu görüldü (12).

Genuine stress inkontinanslı hastalarda stress UPP ölçümlerinde, öksürük vb. stress esnasında üretra kapanma basıncının negatifleştiği görülür (13). Bizim çalışmamızda da stress UPP değerleri, genuine stress inkontinanslı hastalarda negatif iken, detrüör instabiliteli hastalarda ve kontrol grubunda normal olarak bulunmuştur.

Biz özet olarak stress inkontinanslı hastaların ürodinamik incelemesinde, maksimal idrar akım hızının daha yüksek, fonksiyonel üretral uzunluğun daha kısa, maksimal üretral kapanma basıncının daha düşük, stress UPP'de üretraya basınç transferinin daha az olduğunu, sistometride görülen unstable kontraksiyonlarla, urge inkontinans ayırıcı tanısının yapılabileceğini gördük.

Sonuç olarak biz, ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir klinik muayene ile stress inkontinans düşünülen vakaların ancak % 70 kadarının doğru teşhis edilebileceğini; bu nedenle yapılacak ürodinamik incelemelerin, teşhiste ve tedavinin planlanmasında önemli olduğu kanaatine vardık.

Tablo 1. 34 hastanın ürodinamik değerlendirme sonuçları

Ürodinamik Sonuç	Hasta Sayısı	%
Genuine Stress İnkontinans	24	70.6
Detrüör İnstabilitesi	7	20.6
Normal	3	8.8
Toplam	34	100.0

Tablo 2. Hastaların ve kontrol grubunun yaş ortalamaları

	Hasta Sayısı	Yaş Ortalaması
Genuine Stress İnkontinans	24	41.3
Detrüsör İnstabilitesi	7	43.1
Kontrol	11	42.3
İstatistik		p> 0.05

Tablo 3. Hastaların ve kontrol grubunun uroflowmetri ve sistometri bulguları

	Maksimal Akım Hızı (ml/sn)	İlk İdrar Hissi (ml)	Komplians (ml/cm H2O)	Kapasite (ml)
(1) Genuine Stress İn.	39.3	195.2	55	486.3
(2) Detrüsör İnstabil.	38.7	112.4	25	395.4
(3) Kontrol	21.3	153.1	50	451.2
İstatistik	p>0.05 (1-2) p<0.01 (1-3) p<0.01 (2-3)	p<0.01 (1-2) p<0.05 (1-3) p<0.05 (2-3)	p<0.01 (1-2) p>0.05 (1-3) p<0.01 (2-3)	p<0.01 (1-2) p>0.05 (1-3) p<0.01 (2-3)

Tablo 4. Hastaların ve kontrol grubunun MUKB ve FUU değerleri

	MUKB (cm H2O)		FUU (mm)	
	Yatarken	Otururken	Yatarken	Otururken
(1) Genuine Stress İn.	47.2	37.4	19.2	18.3
(2) Detrüsör İnstabil.	88.2	90.4	22.2	21.8
(3) Kontrol	89.3	92.4	22.5	22.1
İstatistik	p<0.001 (1-2) p<0.001 (1-3) p>0.05 (2-3)	p<0.001 (1-2) p<0.001 (1-3) p>0.05 (2-3)	p<0.05 (1-2) p<0.05 (1-3) p>0.05 (2-3)	p<0.05 (1-2) p<0.05 (1-3) p>0.05 (2-3)

Tablo 5. Hastaların ve kontrol grubunun stress UPP değerleri

	MUKB (cm H2O)
(1) Genuine Stress İn	- 12
(2) Detrüsör İnstabil.	90.2
(3) Kontrol	89.3
İstatistik	p<0.0001 (1-2) p<0.0001 (1-3) p>0.05 (2-3)

KAYNAKLAR

1. İşeri, C., Sağlam, R.: Stress Enkontinansa Ürodinaminin önemi. Türk Üroloji Dergisi, 1990; 16. 1: 89.
2. Blaivas, j.G., Olsson, C.A.: Stress İncontinence: Classification and surgical approach. J. Urol., 1988; 139: 727.
3. Richard, C.: Dynamic UPP Transmission in stress incontinence. A.J. Obs., 1988; 159: 727.
4. Hastie, K.J., Moisey, C.U.: Are urodynamics necessary in female patients presenting with stress incontinence. Br. J. Urol., 1989; 63: 155.
5. Byrne, D.V.: The role of urodynamics. B.J. Urol., 1987; 59: 228.
6. Tanogho, E.A.: Urodynamics of female urinary incontinence. J. Urol., 1979; 122-8, 200.
7. Stanton, S.I.: Clinical Gynecological Urology, 1984; 522.
8. Chapple, C.R., Christmas, T.J.: Urodynamics made easy, 1990; 74.
9. Chapple, C.R., Christmas, T.J.: Urodynamics made easy, 1990; 77.
10. Mundy, A.R., Stephenson, T.P., Wein, A.J.: Urodynamics, 1984; 88.
11. Tanogho, E.A.: Urodynamics of female urinary incontinence with emphasis on stress incontinence, J. Urol., 1979; 122: 200.
12. Hilton, P.: The use of intravaginal oestrogen cream in genuine stress incontinence, Br. J. urol., 1983; 90: 940.
13. Mundy, A.R., Stephenson, T.P., Wein, A.J.: Urodynamics, 1984; 232.