



Stres Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisinden Önce Rutin Ürodinamik İnceleme Gerekli midir?

Çetin YEŞİLLİ¹, Bülent AKDUMAN¹, İlker SEÇKİNER¹, H. Alper TANRIVERDİ², N. Aydın MÜNGAN¹

¹Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Zonguldak, Türkiye

²Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Kozlu, Zonguldak, Türkiye

Abstract

Is the Routine Urodynamic Study Necessary Prior to Stress Urinary Incontinence Surgery?

Introduction: Routinely performed urodynamic study prior to stress urinary incontinence surgery is a debatable issue. In this study, the results of the surgery in women with stress incontinence without preoperative urodynamic evaluation were analysed.

Materials and Methods: Between July 2001 and May 2002, 15 patients with stress incontinence were included in the study. Mean age was 49.8 (37-69) years. Medical history of the patients, vaginal examination, Q type test, stress test, pad test, cystography, postvoid residual urine, incontinence questionnaire and volume/frequency chart were used to evaluate the patients prior to surgery. Patients with urinary infection, previous stress incontinence surgery, diabetes mellitus, urgency, urge incontinence and neurologic disease were excluded. Of 15 patients, 7 patients underwent extraperitoneal laparoscopic Burch, 1 patient pubovaginal sling, 7 patients in situ vaginal wall sling (rectocele repair was carried out in 2 patients and 4 patients underwent cystocele operation). Patients were followed using SEAPI questionnaire at 1, 3 and 6 month postoperatively.

Results: Mean follow-up was 5±2 (1-11) months. Patients were hospitalized 3±2 days, and urethral catheter was taken out 2±1 days postoperatively. Intermitant catheterization was required for 10 days for urinary retention in 1 patient who underwent pubovaginal sling. In 2 patients who underwent in situ vaginal wall sling denovo urgency was developed. All the patients were continent throughout the follow-up.

Conclusion: Medical history and clinical evaluation are sufficient in most of the patients with noncomplicated stress urinary incontinence. Urodynamic evaluation should be reserved for cases with urgency, urge incontinence, neurologic disease, postvoid residual urine, obstructive voiding, previous stress incontinence surgery.

Key words: urinary incontinence, stress incontinence, urodynamics

Özet

Giriş: Stres inkontinansının cerrahi tedavisinden önce tüm hastalara rutin ürodinamik inceleme yapılması tartışmalı bir konudur. Bu çalışmada operasyondan önce ürodinami yapılmayan stres inkontinanslı kadın hastalarda cerrahi tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot: Temmuz 2001 ile Mayıs 2002 arasında ortalama yaşı 49.8 (37-69) olan 15 stres inkontinanslı kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Cerrahi tedaviden önce hastalara anamnez, vajinal muayene, Q tip test, stres test, ped testi, sistografi, rezidü idrar, inkontinans değerlendirme formu, volem/sıklık çizelgesi uygulandı. Daha önce stres inkontinans cerrahisi geçirmiş, diabetes mellitus, ani idrara sıkışma (urgency) ve yetişememe (urge incontinence), nörolojik hastalık tanısı, üriner enfeksiyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 7 hastaya ekstrapitoneal laparoskopik Burch, 1 hastaya pubovajinal sling, 7 hastaya *in situ*vajinal duvar slingi operasyonu (2'sinde rektosel, 4'ünde sistosel onarımı) yapıldı. Tüm hastalar operasyon sonrası 1. 3. ve 6. ayda kontrollere çağırıldı ve SEAPI soru formu ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Ortalama izlem 5±2 ay (1-11) idi. Operasyon sonrası ortalama hastanede kalış süresi 3±2 gün ve ortalama kateterizasyon süresi 2±1 gün idi. Pubovajinal sling yapılan 1 hastada üriner retansiyon nedeniyle 10 gün Temiz Aralıklı Kateterizasyon uygulandı. *In situ*vajinal duvar slingi ve sistosel onarımı yapılan 2 hastada denovo urgency yakınıması görüldü. Tüm hastalar izleme süresi içinde kontinandı.

Tartışma: Komplike olmayan stres inkontinanslı hastalarda anamnez ve klinik değerlendirme operasyona karar vermek için yeterlidir. Ancak ani idrara sıkışma ve yetişememe, nörolojik hastalık, işeme sonrası rezidü idrar, obstrüktif işeme semptomları, geçirilmiş stres inkontinansı operasyonu olan vakalarda ürodinamik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: üriner inkontinans, stres inkontinansı, ürodinami

Yazışma adresi: Dr. Çetin Yeşilli
Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi Üroloji AD,
67600 Kozlu, Zonguldak, Türkiye
Tel: +90- 372 2610169
Faks: +90- 372 2610155
E-posta : cyesilli@netscape.net



Giriş

Stres inkontinansı, fizik aktivite sırasında karın içi basınç artışı ile birlikte üretradan idrar kaçırma olayıdır. Uluslararası inkontinans derneğinin (ICS) gerçek üriner inkontinans tanımlaması; detrusor kontraksiyonu olmadan intravezikal basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman istem dışı idrar kaçırma şeklindedir (1). Stres inkontinansı yakınması olan hastalarda detrusor instabilitesini ayırt etmek için ürodinamik inceleme yapılmasının gerekli olup olmadığı konusunda fikir birliği yoktur. Bu çalışmada preoperatif ürodinami yapılmayan stres inkontinanslı kadın hastaların cerrahi tedavi sonrası sonuçları değerlendirildi.

Materyal ve Metot

Temmuz 2001 ile Mayıs 2002 arasında ortalama yaşı 49.8 (37-69) olan primer stres üriner inkontinans yakınması ile başvuran 15 kadın hastada anamnez, vajinal muayene, Q tip test, stres testi, ped testi, sistografi, rezidü idrar ölçümü, inkontinans değerlendirme formu, volüm/sıklık çizelgesi değerlendirildi. Daha önce stres inkontinans cerrahisi geçiren, diabetes mellitus, ani idrara sıkışma (urgency), yetişememe (urge inkontinans), nörolojik hastalık tanısı, üriner enfeksiyonu olan ve işeme sonrası 50 cc'den fazla rezidü idrar saptanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 7 hastaya ekstraperitoneal Burch, 1 hastaya pubovajinal sling, 7 hastaya *in situ* vajinal duvar slingi operasyonu yapıldı. *In situ* vajinal duvar slingi yapılan hastaların 2'sinde rektosel, 4'ünde sistosel onarımı yapıldı. Tüm hastalar postoperatif 1, 3. ve 6. aylarda SEAPI soru formu ile değerlendirildi.

Sonuçlar

Hastaların ortalama izlemi 5±2 ay (1-11) idi. Operasyon sonrası ortalama hastanede kalış süresi 3±2 gün ve ortalama üretral kateterizasyon süresi 2±1 gün idi. Pubovajinal sling yapılan 1 hastada üriner retansiyon nedeni ile 10 gün Temiz Aralıklı Kateterizasyon uygulandı. Bu hasta 10 gün sonunda normal olarak idrarını yapabildi. İdrar sonrası rezidü tespit edilmedi. *In situ* vajinal duvar sling ile birlikte sistosel onarımı yapılan 2 hastada denovo urgency yakınması görüldü. Bu hastalara antikolinergik tedavi (3x5mg/gün oksibutinin HCl) başlandı. 15 gün sonunda ani idrara sıkışma semptomları tamamen kayboldu, 15 gün sonunda antikolinergik tedavi doz azaltılarak kesildi ve nüks izlenmedi. Semptomlarda düzelme görüldü. Tüm hastalar izleme süresi içinde kontinandı. Hasta memnuniyeti tamdı.

Tartışma

Stres inkontinanslı hastalarda istemsiz detrusor kontraksiyonlarının (detrusor instabilitesi) olup olmadığının bilinmesi önemlidir. Stres inkontinanslı tüm olgularda ürodinamik inceleme yapılması konusunda farklı görüşler bildirilmiştir (2-4). Genel olarak inkontinans nedeniyle incelenen kadınlarda detrusor instabilitesi %20-50 ora-

nında bildirilmektedir (5-7). İnkontinans için başarısız cerrahi müdahale geçiren hastalarda ise detrusor instabilitesi %70 oranında görülmektedir (8). Belirgin stres inkontinansı olan hastalarda detrusor instabilitesi olması cerrahi bir girişim için kesin kontrendikasyon oluşturmaz. Hatta bazı olgularda anatomik onarımı takiben detrusor instabilitesinin de kaybolduğu görülmektedir (9). Tekgül ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada semptomlar ile ürodinamik çalışma bulguları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Stres inkontinansı yakınması olan kadınlarda, öykü ve klinik değerlendirme operasyon kararı vermek için yeterli bulunmuştur. Acil idrara sıkışma ve yetişememe varlığında ürodinamik tetkikin yapılması gerektiği bildirilmiştir (10). Hastie ve Moisey çalışmalarında stres inkontinanslı hastalarda yetişememe semptomu olanlar dışında ürodinamik incelemenin gereksiz olduğunu belirtmişlerdir (3). Retropubik cerrahi uygulanan 50 yaşında veya daha genç hastalarda ürodinaminin cerrahi sonuçları üzerindeki etkisi araştırılmış ve tam iyileşme, düzelme ve başarısızlık anlamında sonuçlar üzerinde etkisi gösterilememiştir (11). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, hastaların tümünde tam iyileşme ve kabul edilebilir komplikasyon oranları ile birlikte bu bulguları desteklemektedir. Ürodinamik incelemelerin kan glikozu veya elektrokardiogram kadar duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmaması ve maliyetinin yüksek olması kullanımını kısıtlamaktadır (12,13). Stres inkontinansı tipinin belirlenmesi uygulanacak cerrahi tedavinin başarısını büyük ölçüde etkilemektedir. Bunun için maksimum üretral kapanma basıncı, Valsalva ile idrar kaçırma basıncı, üretral sfinkter elektromiyografisi ve videoürodinami gibi daha detaylı incelemelerden yararlanılabilmektedir. Ancak üretral basınç profilleri gerçek stres inkontinansı şiddetini tespit etmede yetersiz bulunmuştur (14). Ayrıca maksimum üretral kapanma basıncı ve Valsalva ile idrar kaçırma basıncı testleri ile yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuçlar görülebileceğinden güvenilirlikleri tam değildir. Üretral sfinkter elektromiyografisi ve videoürodinamik incelemeler ise komplike inkontinans, nörojenik patolojiler ve obstrüktif işeme patolojilerde önerilmektedir (15).

Komplike olmayan stres inkontinanslı hastalarda anamnez ve klinik değerlendirme operasyon kararı vermek için yeterli olabilir. Ancak daha önce geçirilmiş inkontinans cerrahisi, acil idrara sıkışma ve yetişememe, nörolojik hastalık, obstrüktif işeme, idrar sonrası rezidüsü olan hastalarda ürodinamik incelemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Blaivas JG, Olsson CA. Stress incontinence: Classification and surgical approach. J Urol. 1988 139: 727-731
2. Haylen BT, Sutherst SR, Frazer MI. Is the investigation of most stress incontinence really necessary? Br J Urol 1989 64: 147-149
3. Hastie KJ, Moisey CU: Are urodynamics necessary in female patients presenting with stress incontinence? Br J Urol 1989 63: 155-156
4. Bates CP, Loose H, Stanton SL. The objective study of incontinence after repair operations. Surg Gynecol 1973 136: 17-22
5. Byrne DJ, Stewart P AH, Gray BK. The role of urodynamics in female urinary stress incontinence. Br J Urol 1987 59: 228-229



6. Arıkan N, K peli S, Yaman LS, Işııkay L, Serel TA. İnkontinans yakınması olan kadın sekste detrusor instabilitesi insidansı: Klinik analiz ve Tanı yaklaşımları. Üroloji Bülteni 1992 3: 214-218
7. Torrens MI, Griffiths HB. The control of the uninhibited bladder by selective sacral neurectomy . Br J Urol 1974 46: 639,
8. Bates CP, Whiteside CG, Turner-Warwick RT: Synchronous cine/pressure/flow cystourethrography with special references to stress and urge incontinence. Br J Urol 1970 42: 714-723
9. Arıkan N, Güner H (edt): Ürojinekolojik patolojilerde ürodinamik incelemeler. In; Ürojinekoloji, 1.baskı, Atlas kitapçılık LTD. STİ, Ankara, (2000):103-113
10. Tekg l S, Şahin A, Özyavuz R, Ergen A, Özen H. Kadınlarda stres inkontinansın değerlendirilmesinde ürodinamik alışmalar ne derecede gereklidir? Üroloji Bülteni 1992 3: 85-87
11. Thompson PK, Duff DS, Thayer PS. Stress incontinence in women under 50: does urodynamics improve surgical outcome? Int J Pelvic Floor Dysfunct 2000 11: 285-289
12. McGuire EJ. Urodynamic evaluation of stress incontinence. Urol Clin North Am 1995 22: 551-555
13. Weber AM, Walters MD. Cost-effectiveness of urodynamic testing before surgery for women with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2000 183: 1338-1346
14. Meyer S, De Grandi P, Schmidt N, Sanzeni W, Spinosa JP. Urodynamic parameters in patients with slight and severe genuine stress incontinence: Is the stress profile useful? Neurourol Urodyn 1994 13: 21-28
15. Apell Ra, Badlani G, Hadlet HR, Raclely RR. A practical approach to female Urinary Incontinence and Prolapse. AUA Postgraduate Course 1999.