

Üriner İnkontinanslı Hastalarda Semptomlarla Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması

Comparison of the Symptoms With the Urodynamic Test on the Patients With Urinary Incontinence

Dr. Ali Ekber Şahin*, Dr. Remzi Abal*, Dr. Aytaç Yüksel**, Dr. Birtan Boran***, Dr. H.Serpil Bozkurt***, Dr. İlkbal Temel**

36

ÖZET:

Giriş ve Amaç: Üriner inkontinans anemnezi ile başvuran hastalarda, semptomlaradayırdırılananiürodinamiktestsonuçlarınıkiyaslamakve inkontinanslı hastalarda risk faktörlerini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2000 – Nisan 2007 tarihleri arası SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine idrar kaçırma şikayeti ile başvuran 206 hastanın semptomlarını sınıflandırdı ve ürodinami sonuçları ile karşılaştırıldı. Semptomlaradayırdırılarak konulan tanının negatif ve pozitif prediktif değerleri bulundu.

Bulgular: Stres inkontinans, urge inkontinans, mikst inkontinans şikayetleri ile başvuran 206 hastaya ürodinamik çalışma yapıldı. Hastaların 122'sinde gerçek stres inkontinans, 38'inde urge inkontinans, 46'sında mikst inkontinans yönelik şikayetler mevcuttu. Yapılan ürodinami sonucuna göre 91 hastada gerçek stres inkontinans, 36 hastada aşırı aktif mesane, 15 hastada mikst inkontinans saptandı. Gerçek stres inkontinanslı (GSI) hastalar kendi aralarında tiplerine göre bakıldığında; ürodinamik olarak tespit edilen toplam 91 hastanın 18'si tip-I, 50'si tip II, 23'ü ise tip-III GSI olarak tespit edildi. Semptomatoloji ile ürodinami sonuçları karşılaştırıldı. Semptomlarak konulan tanının: stres inkontinans için sensitivitesi %80.2, spesifitesi %57.3, PPD %59.8, NPĐ %78.5, aşırı aktif mesane için sensitivitesi %69.4, spesifitesi %92.3, PPD %65.7, NPĐ %93.4, mikst tip inkontinans için sensitivitesi %86.6, spesifitesi %82.7, PPD %28.2, NPĐ %98.7 olarak bulunmuştur

Sonuç ve Yorum: Hasta semptomları inkontinans tanısı koymada zayıf belirteçlerdir. Operasyon planlanan veya basit ürojinekolojik testlerle tanısı konulamayan hastalarda ürodinamik olarak tanının kesinleştirilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: ürodinami, inkontinans

SUMMARY:

Objective: To compare the diagnosis based on the urodynamic test with the outcome of the urodynamic test results on the patients who had the complaints of urinary incontinence anamnesis and to assess the risk factors on the patients with incontinence.

Material and Method: Between December 2000 and April 2007, 206 patients having applied with the complaints of urine leaking to Ministry of Health İstanbul Education and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic were classified and compared to their urodynamic results. Based on the symptoms, the negative and positive predictive results of the diagnosis were found.

Results: Urodynamic study was carried out on the patients having applied with the complaints of stress incontinence, urge incontinence, and mixt incontinence. There were genuine stress incontinence's complaint on 122, urge incontinence's complaint on 38, and mixt incontinence's complaint on 46 of the patients. According to the revealed urodynamic results, genuine stress incontinence on 91 patients, overactive bladder on 36 patients, and mixt incontinence on 15 patients were detected. When the patients with genuine stress incontinence were examined according to their types, 18, 50 and 23 of the 91 patients diagnosed with urodynamic had respectively type-1, type-2 and type-3. The results of the urodynamic were compared with symptomatology. The diagnosis' sensitivity put forward with symptoms 80.2%, specificity 57.3%, PPD 59.8%, NPĐ 78.5% for stress incontinence and for overactive bladder, the sensitivity 69.4%, specificity 92.3%, PPD 28.2% and NPĐ 98.7% were found.

Conclusion: Symptoms of a patient are weak modifiers for diagnosing on incontinence. The final diagnosis must be confirmed with urodynamic for the patients whose operation has been planned or accurate diagnosis cannot be reached by simple urogynaecologic tests.

Key words: urodynamics, incontinence

* SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzman Dr.

** SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistan Dr.

*** SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Klinik Şefi

GİRİŞ

Üriner inkontinans, uluslararası kontinans grubu (İCS) tarafından "sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma" olarak tanımlanır(1). Üriner inkontinans bir semptom, bir bulgu ve bir durumdur. Semptom; hastanın idrar kaçırma şikayetidir. Bulgu; idrar kaçırma klinisyen tarafından gözlenir. Durum; üriner inkontinansın başta ürodinamik değerlendirme olmak üzere laboratuvar olarak ortaya konulmasıdır (İCS-1976)(1). Hastanın anamnezine göre tedaviyi planlamak yada rutin olarak her hastaya ürodinamik çalışma yapmanın gerekliliği hakkında kesin bir fikir birliği yoktur. Bir yandan anamnezin tedaviye yönelik gerekli ipuçları sağlamayacağı düşünülerek hastaların tümüne tedavi öncesi mutlaka ürodinamik çalışma yapılması gerekliliği ileri sürülürken, diğer taraftan ürodinamik çalışmanın pahalı ve zor bir işlem olduğu, bu nedenle tanıya mümkün olduğunca öykü ve bulguları ile gidilmesi gerektiği ve sadece öykü bulgularının inkontinans tipini tam olarak ortaya koyamadığı vakalarda ürodinamik çalışma yapılması önerilmektedir.

Hastanın inkontinans anemnezi ile ürodinamik teste dayandırılan sonuç tanısı arasındaki korelasyonu araştırmak ve inkontinanslı hastalarda risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla çalışmamızı planladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 2000 – Nisan 2007 tarihleri arası S.B İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine idrar kaçırma şikayeti ile başvuran 206 hasta çalışmaya dahil edildi. Başvuran hastaların değerlendirme ve takibinde, soru bankası protokolü aşağıdaki 4 basamaktan oluşan şekilde uygulandı: Anamnez, laboratuvar inceleme, ürojinekolojik, nörolojik, pelvik muayene ve ürodinamik inceleme (Tablo 1).

Anamnezde hastalara yaş, boy, kilo, menopoz durumu, inkontinans süresi, doğum bilgileri, klinik açıdan önemi bulunan operasyonlar ve sistemik hastalıkları sorgulandı. Değerlendirme formundaki semptomları sorgulayan A, B, C bölümündeki sorular soruldu. Eğer hasta A bölümündeki durumlarda idrar kaçırıyorsa stres inkontinans; B bölümündeki durumlarda idrar kaçırıyorsa urge inkontinans; her iki bölümdeki durumlarda idrar kaçırıyorsa mikst inkontinans olarak değerlendirildi. C bölümündeki sorular ile diğer organik patolojiler sorgu-

landı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce tam idrar tahlili, idrar kültürü, açlık kan şekeri ve böbrek fonksiyon testleri (üre, kreatinin) bakıldı. Üriner enfeksiyonu olan hastalara kültür sonuçlarına göre tedavi planlandı, tedavi sonrası kültür negatif olan hastalarda eğer halen semptomlar mevcutsa çalışmaya alındı. Biyokimyasal parametreleri bozuk olan hastalar ilgili bölümlere sevk edilerek çalışma dışı bırakıldı. Detaylı sistemik muayene yapıldı ve ardından hastaların mesaneleri boşaltıldıktan sonra litotomi masasına alındı. Rezidüel idrar miktarına bakıldı. Steril pamuk uçlu kültür çubuğu kullanılarak Q tip test ile mesane boynunun anatomik durumu ve hipermobilitesi araştırıldı. Pelvik muayenede sistosel, rektosel ve desensus değerlendirildi. Nörolojik muayenede sakral2-4 fonksiyonlarını değerlendirme için mons pubis, perine, perirektal alan ve uyluk iç yüzünün duyarlılığı, anal sfinkter tonusu, bulbokavernöz ve anokutanöz reflekslerin durumu ve alt ekstremitelerin motor ve duysal nörolojik patolojileri araştırıldı. Çalışmaya alınan tüm hastalara ürodinamik inceleme yapıldı. İnceleme, Albyn Medical Phoenix MK2 model multi kanallı ürodinami cihazı kullanılarak yapıldı. İdrarını yapmış ve rezidüel idrarı boşaltılmış tüm hastalara Dolum Sistometri(DS) ve statik üretral basınç profilometrisi (UPP) yapıldı. Dolum sistometrisi sırasında, infüzyon hızı 80 ml/dk olacak şekilde oda ısısındaki izotonik NaCl kullanıldı. Mesane doldurularak ilk his (ml), kapasitesi (ml), komplians (cm.H₂O) değerleri kaydedildi. 150 ml'den başlayarak her 50 ml mesane içi volüm artışında hasta oturur pozisyonda öksürtülerek ve ikındırılarak eğer kaçırma olduysa Cough Leak Pressure Point(CLPP) ve Valsalva Leak Pressure Point(VLPP) kaydedildi. Mesanede 15 cm H₂O'nun üzerine çıkan ve inhibe edilemeyen basınç artışları kaydedildi. Statik UPP yapılarak fonksiyonel üretral uzunluk (FUL mm) ve maksimal üretral kapanma basıncı (MUCP) (cm H₂O) tespit edildi. Ürodinamide tanımlamalar ve yöntemde İCS standartlarına uyuldu.

Yapmış olduğumuz bu incelemeler ışığında ıkınma sırasında oluşan mesane boynu mobilitesinin durumu-na, istirahat anındaki MUCP seviyesine göre hastalar değerlendirildi. İstirahat sırasında MUCP normal (> 20 cm H₂O), VLPP yüksek (> 90 – 100 cm H₂O), mesane boynu mobilitesi hafif (<35 derece) ve inkontinansı hafif olan hastalar Tip I GSI; MUCP normal, VLPP yüksek, mesane boynu hipermobilitesi bulunan (>35 derece) ve inkontinansı orta yada şiddetli olan hastalar Tip II ASI; mesane boynu mobilitesi ne olursa olsun inkontinansı

orta yada şiddetli olan, MUCP 20 cm H₂O altında olan ve/veya VLPP düşük (< 60 cm H₂O) olan veya daha önce bir anti – inkontinans operasyonu geçiren hastalar Tip III ASI; İnhibe edilemeyen kontraksiyonları olan (> 15 cm H₂O) hastalar overaktif mesane (OM); Her iki komponenti mevcut olan hastalar mikst inkontinans; ürodinami sırasında idrar kaçağı görülmeyen hastalar ise normal olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Aralık 2000 – Nisan 2007 tarihleri arası 206 inkontinanslı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların doğum ağırlığı GSI için ortalama 3515 gr., OM için ortalama

3640 gr., mikst için ortalama 3316 gr idi . Hastaların BMI'i GSI için ortalama 27.14, OM için 25.68, mikst için 25.48 olarak bulundu . Parite GSI için ortalama 3.37, OM için 3.125, mikst için 4.42 olarak bulundu. Yaş ortalaması GSI için 47.81, OM için 47.74, mikst için 52.26 olarak hesaplandı. Hastaların sadece 1 tanesi sezeryan sectio olmuştur, 1 hastanın doğumu yoktur ve 43 hasta 4000 gr üzerinde doğum yapmıştır (%20.87). 4000 gr üzeri doğum yapan hastaların 32'si (%74.41) GSI tanısı almıştır. Hastaların 88'i (42.71) premenopozda, 29'u (%14.07) perimenopozda, 89'u (%43.22) menopozdaydı (Tablo 2).

Ürodinami öncesi hastaların tarif ettiği inkontinans yakınmaları değerlendirildiğinde; 122 olgu (%59.22)

Tablo 1. Ürojenekoloji Soru Bankası ve Değerlendirme Formu

1 – Genel Bilgiler:

- a – Yaş ,
- b – BMI
- c – Menopoz (+), (HRT (+), süresi, HRT (-), Menopoz (-)
- d –İnkontinans Süresi,
- e –Geçirilmiş Operasyon,
- f – Dahili kronik hastalık, medikal tedavi,
- g – Doğum bilgileri, Parite, Doğum ağırlığı, Doğum şekli (NSD/CS), (Vacum, forceps, epizyotomi)

2 – Semptomlar:

A-Stres semptomları

- a-İdrar kaçırmaya, öksürme, hapsirme, gülme sırasında mı oluyor?
- b-İdrar kaçırmaya yürürken, koşarken, hareket halinde mi oluyor?

B-Urge inkontinans semptomları

- a – Sıkışınca tuvalete yetişebiliyor musunuz?
- b-Şiddetli idrar yapma arzusu ile mi idrar kaçıyorsunuz?
- c-İdrar yaptıktan sonra ağrı ve tekrar işeme isteği oluyor mu?
- d-Gece idrara kalkıyor musunuz? Kaç defa?

C- Ürogenital patoloji

- a- Hematüri, dizüri var mı?

3 – Ürodinami:

- a-Stres İnkontinans (Tip I, II, III)
- b-Detrüsör İnstabilitesi
- c-Mikst İnkontinans
- d-Normal değerlendirme

Tablo 2. Üriner inkontinans tipine göre hastaların demografik özelliklerinin dağılımı.

	Tip I n:18	Tip II n:50	Tip III n:23	SI (ort) n:91	D I n:36	Mikst n:15	Normal n:64
Doğum Ağırlığı (gr)	3500 gr	3493 gr	3631 gr	3.515 gr	3640 gr.	3316 gr	3396 gr
VKİ: kg /m ²	26.96	26.08	28.6	27.14	25.68	25.48	28.51
Parite	4.3	2.8	3.9	3.37	3.125	4.42	2.93
4000 gr. Üzeri Doğum	7	16	9	32	5	3	3
Yaş Ortalaması (Yıl)	51.17	45.78	51.04	47.81	47.74	52.26	45.57

Tablo 2. Üriner inkontinans tipine göre hastaların demografik özelliklerinin dağılımı.

ÜRODİNAMİK TANI					
Semptomatik Tanı	GSI	DI	Mikst	Normal	Toplam
Stres	73	3	1	45	122
Urgency	2	25	1	10	38
Mikst	16	8	13	9	46
Toplam	91	36	15	64	206

Tablo 4. Semptomatik tanı içindeki gerçek stres inkontinans tiplerinin dağılımı.

ÜRODİNAMİ				
SEMPATOM	TIPI	TIPII	TIPIII	TOPLAM
STRES	16	38	19	73
URGE	0	2	0	2
MİKST	2	10	4	16
TOPLAM	18	50	23	91

sadece gülme, öksürme ve artmış fizik aktivite ile görülen stres üriner inkontinans, 38 olguda (18.44) urgency ve 46 olguda (%22.34) hem urgency, hem de stres inkontinansla ilgili yakınmalar görülmüştür. Ürodinamik verilere göre 91 olguda GSI (%44.17), 36 olguda OM (%17.47), 15 olguda mikst inkontinans (%17.28) tespit edildi. 64 olgunun ise ürodinami sonuçları (%31.08) normal olarak değerlendirildi.

Ürodinamik tanı ile semptomatik tanı karşılaştırıldığında stres şikayeti ile başvuran 122 hastanın 73'ü GSI, 3'ü OM, 1'i Mikst inkontinans, 45'i ise normal olarak değerlendirilmiştir. Yapılan hesaplamalarda stres üriner inkontinans semptomatoloji ile ürodinamik sonuçlar karşılaştırıldı. Semptomlarla konulan tanının: Sensitivitesi %80.2, spesivitesi %57.3, PPD %59.8, NPD %78.5, TTD %67.4 olarak bulunmuştur. Urge şikayeti ile başvuran 38 hastanın 25'i OM, 2'si GSI, 1'i mikst inkontinans,

10'u ise normal olarak bulundu. Ürge inkontinans semptomatoloji ile ürodinamik sonuçlar karşılaştırıldığında semptomlarla konulan tanının: Sensitivitesi %69.4, spesifitesi %92.3, PPD %65.7, NPD %93.4, TTD %88,3 olarak bulunmuştur. Mikst inkontinans şikayeti ile başvuran 46 hastanın yapılan ürodinamik değerlendirmesinde 13 hastada mikst inkontinans, 16 hastada GSI, 8 hastada OM tespit edildi. 9 hastanın ürodinami sonuçları ise normal olarak değerlendirildi. Semptomatoloji ürodinami sonuçları karşılaştırıldığında semptomlarla konulan tanının: Sensitivitesi %86.6, Spesifitesi %82.7, PPD %28.2, NPD %98.7, TTD %83 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Gerçek stres inkontinanslı hastalar kendi aralarında tiplerine göre bakıldığında; ürodinamik olarak tespit edilen toplam 73 hastanın 16'sı tip-I, 38'i tip II, 19'u ise tip-III GSI olarak tespit edildi (Tablo 4).

TARTIŞMA:

Üriner inkontinans her yaşta görülebilen hastaların yaşam kalitesini düşüren bir takım psikolojik problemlere yol açabilen sosyal ve hijyenik bir problemdir. Son 10-15 yıldır ürologlar ve üro-jinekologlar gitgide daha da karışık metodlar kullanarak mesane fizyolojisi ve disfonksiyonlarının patofizyolojisini çözmeye çalışmışlardır. Gitgide daha da komplike olmaya başlayan bu testlerdeki amaç

1- Cerrahi mi? Medikal tedavi mi?

2- Eğer cerrahi ise en uygun cerrahi seçenek hangisidir?

Son yıllardaki tartışmalar ve deneyimler bu iki soruya cevap bulmaya yöneliktir. Diğer bir soru ise acaba tüm üriner inkontinanslı hastalara ürodinami yapalım mı? Yoksa hikaye ve fizik muayene güvenilir belirteçler midir?

Literatür de toplumdan topluma değişmekle birlikte, toplumun yaklaşık %10-25'i inkontinans şikayeti ile jinekoloji ve ürojinekoloji polikliniklerine başvurmaktadır. A.B.D'de yıllık ortalama maliyet 12.4 milyon dolar civarındadır. Topluma bu denli yükü olan bir patolojide cost-effective yöntemin bulunabilmesi için çalışmaların yoğunlaşmasına neden olmuştur. Hastanın anamnezine göre tedaviyi planlamak yada rutin olarak her hastaya ürodinamik çalışma yapmak gerekliliği hakkında kesin bir fikir birliği yoktur. Bir yandan anamnezin tedaviye yönelik gerekli ipuçları sağlamayacağı düşünülerek hastaların tümüne tedavi öncesi mutlaka ürodinamik çalışma yapılması gerekliliği ileri sürülürken, diğer taraftan ürodinamik çalışmanın pahalı ve zor bir işlem olduğu, bu nedenle tanıya mümkün olduğunca öykü ve bulguları ile gidilmesi gerektiği, sadece öykü ve bulguları inkontinans tipinin tam olarak anlaşılması vakalarda ürodinamik çalışma yapılması önerilmektedir. Ürodinamik çalışma yapılmasını savunan yazarların birçoğu inkontinanslı hastaya yapılacak ilk operasyonun genellikle son operasyon olması gerektiği, ayırıcı tanının inkontinans tipini ve yapılabilecek operasyon tipini belirleneceğini hasta hikayesinin bu noktada yeterli ve tatminkar olmadığını, mutlaka ürodinamik bir çalışmanın gerekli olduğunu bildirmişlerdir (2). U.S. Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) 1996 yılında yayınladığı ve halen değiştirmedeği bildirisine göre inkontinanslı olup ürodinami gerektirmeyen hastalar aşağıdaki kriterlere göre

değerlendirmiştir.

1- Sadece fiziksel aktivite sırasında idrar kaçıran hastalar (hikaye+stres testi).

2- Diğer miksiyon fonksiyonları normal olanlar.

3- Nörolojik hastalık ve bulgusu olmayanlar.

4- Hipermobilitesi 200 derecenin üzerinde olanlar.

5- Post-voidal residüel volümü normal olanlar.

6- Anti-inkontinans ve radikal pelvik cerrahi operasyonu geçirmeyenler.

7- İşeme frekansı 2 saatin altında olanlar.

8- Haftada 14%ün üzerinde noktüri epizodu olanlar.

AHCPR'e göre bu grup hastalarda semptomatoloji ve basit ürojinekolojik testler yeterlidir ve ek ürodinamik incelemeye gerek yoktur. Yine AHCPR'e göre ürodinamik inceleme cost-effective değildir (3).

Hastie ve arkadaşları yaptıkları çalışmada saf stres durumunda ürodinami gerekmediğini bildirmişlerdir (4).

Largo-Johnssen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hasta hikayesinin sensitivitesinin %78, spesifitesinin %84, PPD %87 olduğunu bildirerek ek ürodinamik incelemeye gerek olmadığını bildirmişlerdir (5).

Korda A. ve arkadaşları stres inkontinans için semptomatolojinin sensitivitesini %65, spesifitesini %75 olarak bildirmiş, fizik muayene ve semptomatolojinin önemli ama tatminkar olmadığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, 566 hastanın ürodinami sonuçları ile semptomları arasındaki tutarlılığı araştırmışlar ve semptom ile fizik muayenenin % 50 prediktif tanısallık değeri olduğunu, üriner semptomların değişken olduğunu, gerçek patolojiyi yansıtmadığını, stres inkontinans için ikinci bir başarılı operasyon şansının düşük olduğunu, doğru tanıyı bulmak için ürodinami yapılması gerektiğini bildirmişlerdir (6).

Weidner ve arkadaşları 950 hastada yaptıkları çalışmada hasta semptomları ile ürodinami sonuçlarını karşılaştırmışlar. Semptomlarla konulan tanının sensitivitesinin yüksek olmasına rağmen spesifitesinin oldukça düşük olması nedeniyle tüm hastalara ürodinami yapılmasını önermişlerdir (7).

Cundiff ve arkadaşları semptomatolojinin geçerliliğini araştırmak için 535 hastaya yaptıkları ürodinamide semptomların stres inkontinans için sensitivitesini %44, spesifitesini %82, PPD'ni %87; urge inkontinans için

sensivitesini %71, spesifitesini %87, PPD'ni % 41 olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlarla semptomların güvenilir olmadığını ek ürodinamik çalışmaların gerekliliğini vurgulamışlardır (8).

En kapsamlı sonucu verecek çalışma ise Janine K. Jensen ve arkadaşları tarafından sunulmuştur. Bu çalışma 1975-1992 yılları arasında yayınlanan 29 makale özetlenmiştir. Bu çalışmada 3092 stres şikayeti ile, 2950 urge şikayeti ile, 1368 mikst inkontinans şikayeti ile başvuran 7410 hastaya ürodinami yapılmıştır. Stres semptomlarının; Sensivitesi %90, spesifitesi %51, PPD' %74, NPD'i %77, Yanlış tanı oranı %25 olarak bulunmuştur. "Urgency" semptomlarının; Sensivitesi %73, spesifitesi %55, PPD' %56, NPD'i %72.8, yanlış tanı oranı %45 olarak bulunmuştur. Mikst semptomların Sensivitesi %48, spesifitesi %65, PPD' %24, NPD'i %84.8, yanlış tanı oranı %75 olarak bulunmuştur(9). Araştırmacılar sonuç olarak semptomatolojiyle hareket etmenin uygun olmayacağını vurgulamışlardır.

Laurikainen ve arkadaşları ise hikaye, öksürük testi ve perineal ultrasonografi ile stres inkontinans koydukları 191 hastaya TVT operasyonu uygulamış. Başarı oranları 17 aylık takip sonunda gerçek stres inkontinans için %97, mikst inkontinans için %69 olarak bildirilmiştir (10).

Bu stres inkontinans, urge inkontinans, mikst inkontinans şikayetleri ile başvuran 206 hastaya ürodinamik çalışma yapıldı. Hastaların 122'sinde gerçek stres inkontinans, 38'inde urge inkontinans, 46 'sında ise mikst inkontinansa yönelik şikayetler mevcuttu. Yapılan ürodinami sonucuna göre 91 hastada GSI, 36 hastada OM, 15 hastada mikst inkontinans saptandı. 64 hastada ise yapılan ürodinamik inceleme sonucu inkontinans tespit edilmedi ve normal olarak değerlendirildi. İnkontinans tarifleyen ama objektif olarak tespit edilemeyen hastaların anamnezleri dikkatle tekrar değerlendirildiğinde bu hastaların sürekli olmayan, bazı özel koşullarda ortaya çıkan idrar kaçırma şikayetleri olduğu tespit edildi. Kadın üretrasının erkek üretrasına göre daha kısa olması ve progesteronun etkisi ile düz kaslarda meydana gelen relaksasyona bağlı olarak belirgin bir patoloji olmasa bile, kadınlarda mesane aşırı dolu olduğu dönemlerde artan karın içi basınca bağlı inkontinans gözlenebilir. Bir başka geçici inkontinans durumu ise geçirilen üriner enfeksiyon periyodudur. Aşırı derece hassas olan detrüsr kası bu periyotta hem oluşan strese bağlı hem de inhibe edilemeyen istemsiz kontraksiyonlara bağlı inkontinansa neden olabilir. Bu hastalar ayrıntılı bir

anamnezle gerçek hastalardan ayırt etmek mümkün olabilecektir.

Semptomlarla konulan tanının: Sensitivitesi %80.2, spesifitesi %57.3, PPD %59.8, NPD %78.5, TTD %67.4 olarak bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde değişik ülkelerde değişik yıllarda yapılan çalışmalar birbiri ile çok çelişen sonuçlar vermektedir. Kontinansın mekanizmasına yönelik henüz açıklanamayan nedenlerin olması, inkontinasta da birbiri ile çelişen sonuçlar olması ile ilişkili görünmektedir. Çalışmada semptomatoloji hastalığı taşıyan bireyler (stres inkontinansı olan) yüksek oranda saptanabilirken (%80.2), hasta olmayan bireyleri saptamadaki başarı oranı kısıtlıdır (%57.3). Saptanan hasta bireyler arasındaki gerçek hasta oranı yine düşüktür (%59.8). Semptomlarla tanı konulan hastalarda yanlış tanılama oranı %35'e kadar çıkmakta ve her 3 hastanın 1'ine uygun olmayan cerrahi işlem uygulanmasına neden olmaktadır. Anti-inkontinans cerrahisinde başarıyı etkileyen en önemli parametre doğru cerrahi teknik olduğu kadar doğru hastaya doğru cerrahi tekniktir. Rekürrens inkontinans cerrahisinin başarısının en iyi merkezlerde bile %50'lerde sınırlı olması nedeniyle operasyon öncesi ürodinami yapılması zorunlu gözükmektedir.

Semptomatolojinin açıklamakta zayıf kaldığı yönlerden bir diğeri ise mevcut stres inkontinansın tipini belirlemektir. Tip I ve II inkontinanslı hastalar için "gold-standart" operasyon kolposüspansiyon (Laparoskopik-Abdominal Burch) iken; TipIII İnkontinanslı (İntrensek Sfinkter Yetmezliği) hastalarda bu yöntem başarısız kalmaktadır. Bu grup hastalar için "Sling Prosedürü" ve peri-üretral enjeksiyonlar operasyon tipleri olarak uygulanmaktadır.

Karşılaşılan bir diğer zorluk ise post-operatif oluşan denova detrüsr instabilitesidir. Böyle bir problemin pre-operatif olup olmadığının bilinmemesi operatörü hastayı değerlendirmede zorluklara sokacaktır.

Urge inkontinans semptomlarının ürodinami ile karşılaştırılmasında; Sensitivitesi %69.4, spesifitesi %92.3, PPD %65.7, NPD %93, TTD %88.3, olarak bulunmuştur.

Semptomatoloji hasta ve sağlıklı bireyleri bulmada başarısı yüksek bulunmuştur. Toplam tanılma oranının yüksek olması semptomların ve dikkatli bir fizik muayenenin sonucunda da ürodinami yapmaya gerek kalmadan tedavinin başlanabileceğini göstermektedir. Over aktif mesane tedavisi bilindiği gibi medikaldir. Bu şikayetle

gelen hastalara bir süre medikal tedavi denenmesi, medikal tedaviye cevap vermeyenlerin tekrar ürojenekolojik değerlendirmeden geçirilmesi ve ürodinami yapılması gerekir.

Mikst inkontinans semptomlarının ürodinami ile karşılaştırılmasında; Sensitivitesi %86.6, spesifitesi %82.7, PPD %28.2, NPD %98.7, TTD %83 olarak bulunmuştur.

Sensitivite ve spesifitenin yüksek olmasına rağmen pozitif prediktif değer, yani hasta bireyler arasındaki gerçek hasta oranını tespit için çok düşük olması semptomatolojinin güvenilirliğini oldukça düşürmektedir. Tanı ve tedavisi en güç inkontinans tipi mikst inkontinanstır. Bu inkontinans tipinde doğru tanı koymak için ürodinami yapmak gerekmektedir. Ayrıca ürodinami sırasında hangi komponentin daha hakim olduğu, öncelikle medikal tedavi mi yapılacağı, yoksa cerrahi prosedür mü uygulanacağına karar verilebilir

Sonuç olarak;

Semptomlarla konan tanının pozitif prediktif değeri, yani hasta olarak değerlendirilen kişiler arasında gerçek hastalığı bulma oranı düşük bulunmaktadır. Bu sonuca göre hasta anemnezine göre tanı konulmuş ve tedavi edilmiş hastalarda başarı şansı düşücektir.

İnkontinanslı bir hasta bir algoritma çerçevesinde basitten karmaşığa bir takım testlerden geçirilmeli, tüm bu testlerle tanı konulamayan veya operasyonu planlanan hasta ürodinamik incelemeye alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sibley GNA . Development in our understanding of detrusor instability. Br J Urol 1997;1; Supp:54-61.
2. McGuire EJ, Lytton B, Kohorn EI, Pepe V. The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence. J Urol 1980;124:256-269.
3. 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;183:1338-47 1347.
4. Hastie KJ, Moisey CU. Are urodynamics necessary in female patients presenting with stress incontinence? Br J Urol 1989;63:155-6.
5. Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, van Weel C. The value of the patient's case history in diagnosis urinary incontinence in general practice. Br J Obstet Gynecol

1991;67:569-572.

6. Korda A, Krieger M, Hunter P, Parkin G. The value of clinical symptoms in the diagnosis of urinary incontinence in the female. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1987;27:149-151.

7. Weidner AC, Myers ER, Visco AG, Cundiff GW, Bump RC. Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? Am J Obstet Gynecol 2001;184:20-27.

8. Cundiff GW, Harris RL, Coates KW, Bump RC. Clinical predictors of urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 1997;177:262-267.

9. Jensen JK, Nielsen FR Jr, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. Obstet Gynecol 1994;83:904-910.

10. Laurikainen E, Kiilholma P. The tension-free vaginal tape procedure for female urinary incontinence without preoperative urodynamic evaluation. J Am Coll Surg 2003;196:579-583.