



# BİRİNCİ BASAMAKTA ÜRİNER İNKONTİNANSA YAKLAŞIM

**Dr. Didem Adahan Sunay**

**Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

**Aile Hekimliği Koordinatörlüğü**

**ULUSAL BİLİNÇLE GÜNCEL ÜROLOJİ  
GAZİANTEP**

**19 - 20 Aralık 2009**

- Kontinans idrarı tutabilme, sosyal olarak uygun zamanda, uygun yerde ve istemli idrar yapabilme yeteneğidir.



•İnkontinans ise bu yeteneğin kaybedilmesidir.

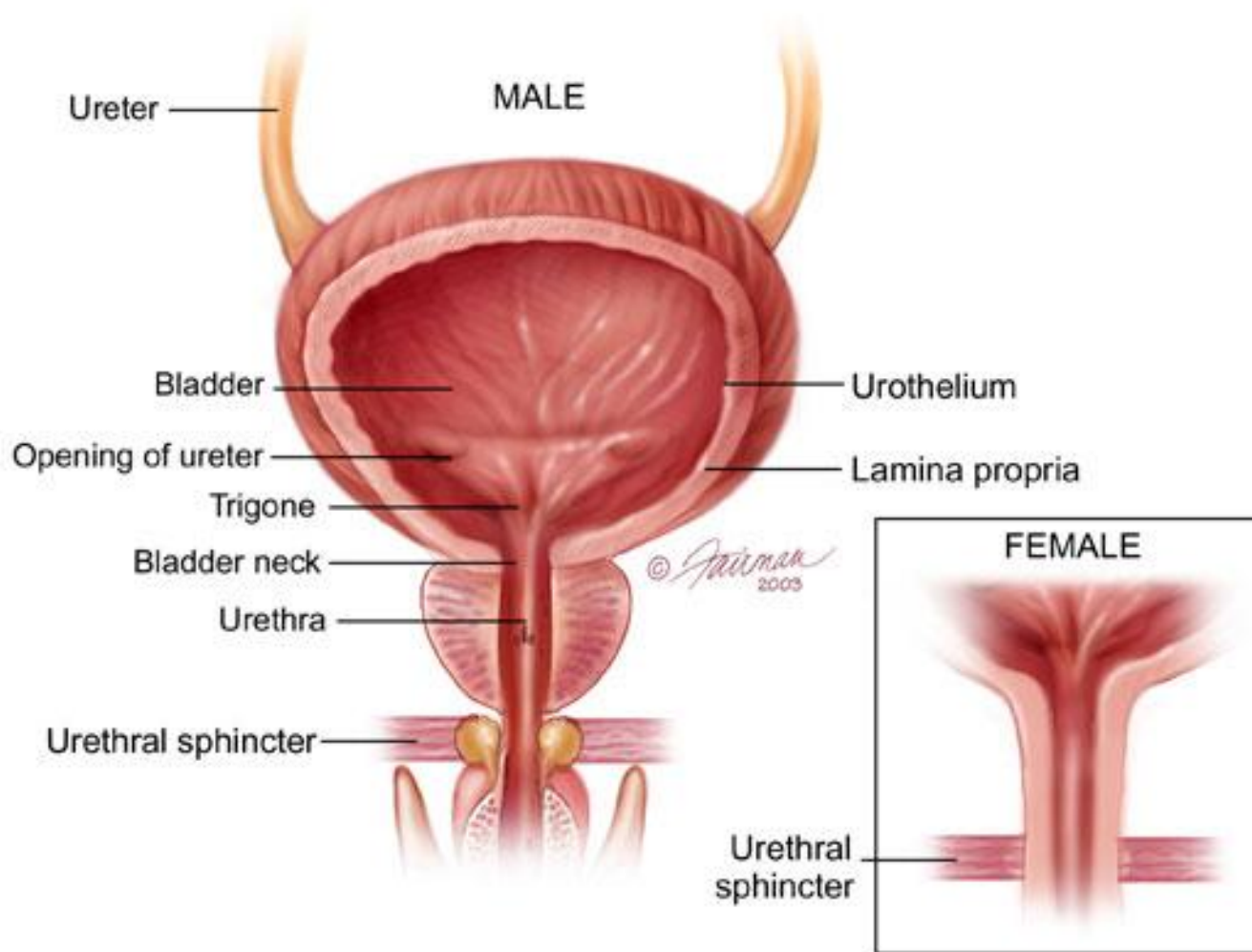
- Yaşlı popülasyonda prevalansı %35, bakım evlerindeki yaşlılarda %50'dir.
- Toplumumuzda 65 yaş üzerinde erkeklerde %21.5, kadınlarda %57 olarak saptanmıştır.
- Erkek/kadın oranı 80 yaş sonrası 1/1.

- İnkontinans enfeksiyon, sepsis, cilt lezyonları ve düşme riskinde artış gibi önemli tıbbi morbiditelerle birlikte.
- Aynı zamanda yaşam kalitesinde bozulma, psikolojik stres, sosyal izolasyon ve depresyonla da ilişkilidir.

- İnkontinans hastaya bakmakla yükümlü olan kişilere de ilave bakım yükü getirir ve hastanın bakımevine yerleştirilmesinde en büyük nedendir.
- Ekonomik açıdan da topluma maliyeti yüksektir (ABD'de 16.3 milyar \$/yıl).

- Yüksek prevalansı, belirgin morbiditesi ve yüksek psikososyal etkilerinden dolayı aile hekimlerinin inkontinansı saptaması, değerlendirmesi ve tedavi etmesi önemlidir.
- İnkontinanslı hastaların büyük bir kısmının tanısı ve bir bölümünün tedavisi aile hekimleri tarafından birinci basamakta yapılabilir.

# Alt Üriner Sistem Anatomisi





# İşeme Fizyolojisi

- Normal işeme döngüsü
  - Dolma veya depolama evresi
  - Boşalma evresi

# İdrarın dolma ve depolanması

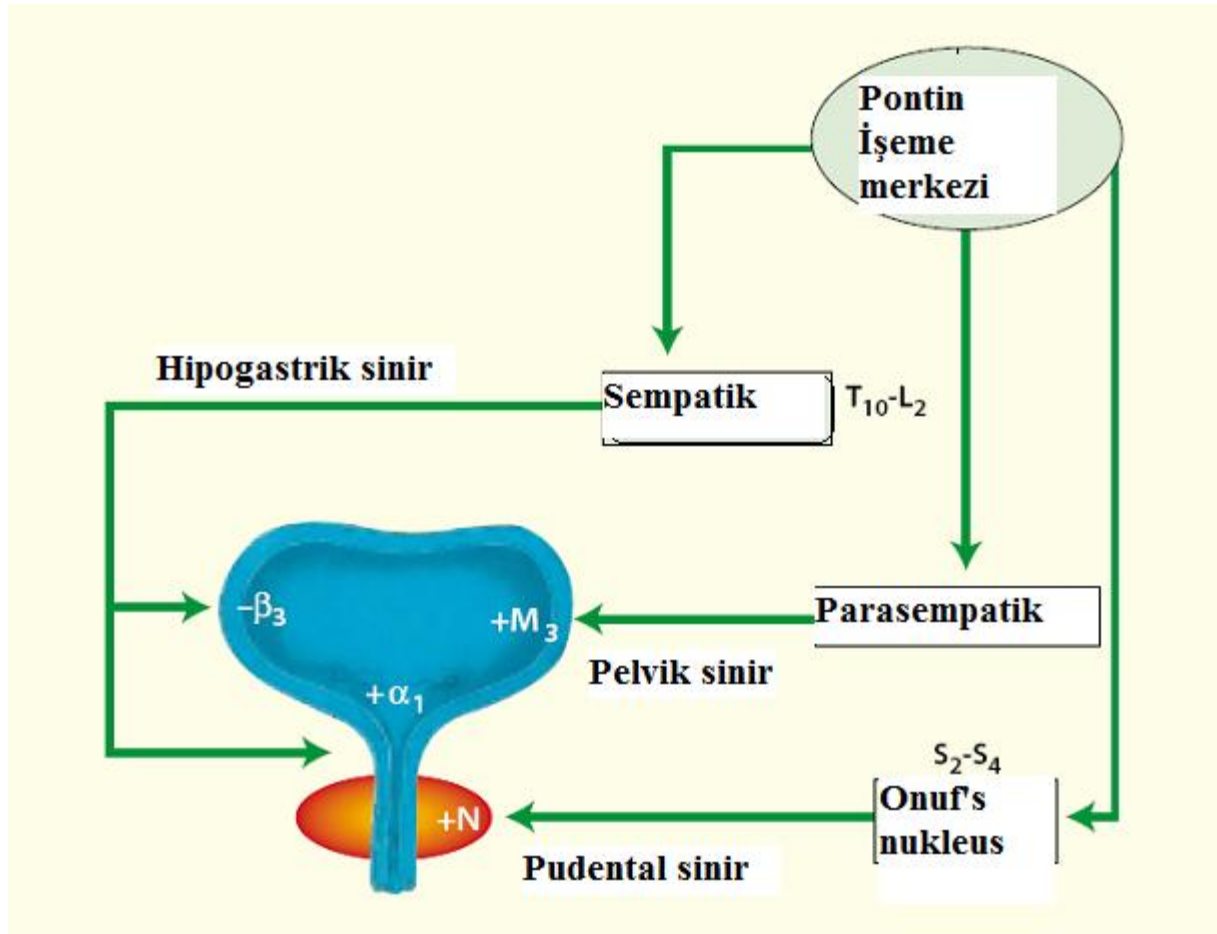
- Mesane içi basıncı düşük
- Mesane çıkımının kapalı olması,
- İstemsiz mesane kasılmalarının olmaması gerekir.

# Mesane Boşaltımı

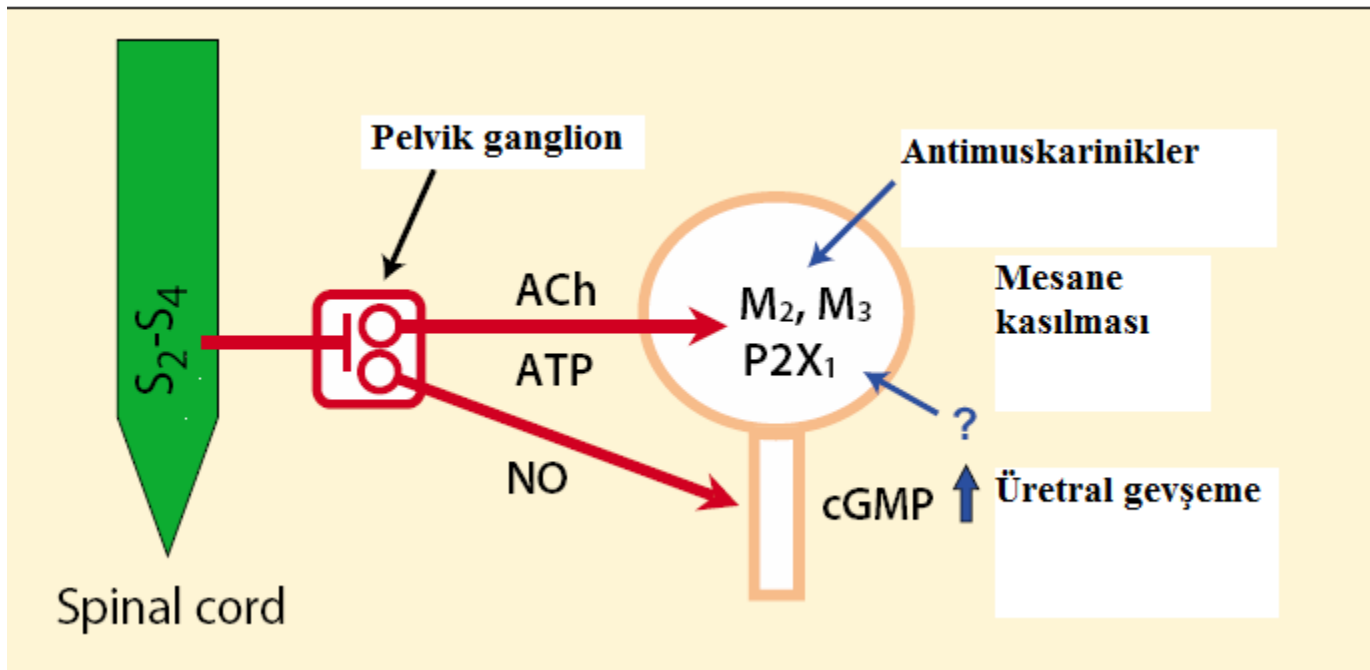
- Yeterli güç ve sürede detrüsörde kasılma
- Sfinkterlerde gevşeme

- İşeme merkezi beyinde frontal lobtaadır.
- İşeme merkezinin primer fonksiyonu :
  - detrüsör kasına inhibitör sinyaller göndererek kasılmasını engellemek,
  - istenen miksiyon zamanına kadar idrar depolanmasını sağlamak.

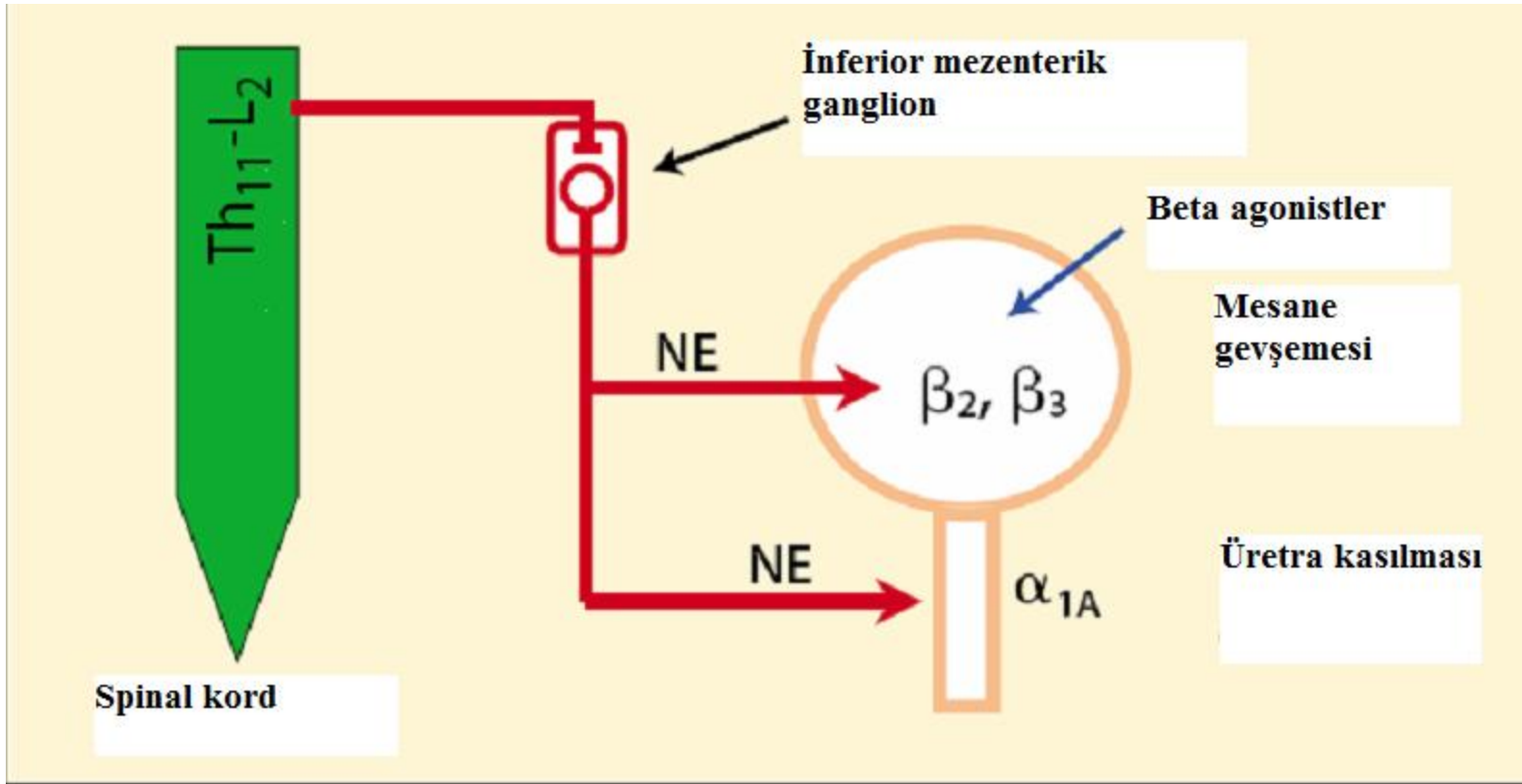
# İşemenin Nöroanatomisi



# Boşaltma: Parasempatik Sinir Sistemi



# Depolama: Sempatik Sinir Sistemi



# Yaşa Bağlı Değişiklikler





1. İstemsiz mesane kontraksiyonu (detrüsör hiperaktivitesi) sıklığı artar.
2. Mesane kapasitesi azalır.
3. Üretral basınç azalır.
4. Mesane kontraktilitesi azalır (rezidüel idrar miktarı artar).
5. Yaşlılar sıvı hacminin büyük oranını günün daha ileri zamanlarında atarlar. Noktüri insidansı artar.

6. Kadınlarda menapozal östrojen azalması, ürogenital atrofiye ve internal üretral sfinkterdeki reseptörlerin hassasiyetinde azalmaya neden olur.
7. Erkeklerde prostat bezinin hiperplazisi üretral direncin artmasına ve değişen derecelerde üretral obstrüksiyona yol açabilir.

# İnkontinans Etiyolojisi



# Spesifik ürogenital patoloji olmaksızın görülen üriner inkontinans nedenleri

**D  
I  
A  
P  
P  
E  
R  
S**

# Spesifik ürogenital patoloji olmaksızın görülen üriner inkontinans nedenleri

**D** Deliryum/konfüzyonel durum

**I** Enfeksiyon (semptomatik)

**A** Atrofik üretrit/vajinit

**P** Farmasötikler

# İnkontinansla ilişkili ilaçlar

İlaçlar	Mekanizma	Etki
Adrenerjik agonistler	IUS kontraksiyon Mesanede gevşeme	İdrar retansiyonu
Adrenerjik blokerler	IUS gevşeme Mesanede kontraksiyon	İdrar sızıntısı,sıkışma
Antikolinergikler Antidepresanlar Antihistaminikler Antipsikotikler Sedatifler	Mesane kontraksiyonlarının inhibisyonu, sedasyon, immobilite	İdrar retansiyonu ve/veya fonksiyonel inkontinans
Ca kanal blokerleri	Mesanede gevşeme	İdrar retansiyonu
Diüretikler	İdrar sıklığında artış, sıkışma	Poliüri
Narkotik analjezikler	Mesanede gevşeme Fekal impakt,sedasyon	İdrar retansiyonu ve/veya fonksiyonel inkontinans

# İnkontinansa katkıda bulunan ajanlar

Ajan	Mekanizma	Etki	Sıklıkla kullanılanlar
Alkol	Diüretik etki Sedasyon İmmobilite	Poliüri ve/veya fonksiyonel inkontinans	Bira, şarap
Agonistler	Mesane kontraksiyonu	İdrar retansiyonu	Dekonjestanlar, diyet hapları
Antihistaminler	Mesanedeki gevşeme, sedasyon	İdrar retansiyonu ve/veya fonksiyonel inkontinans	Allerji, grip ilaçları, uyku hapları
Agonistler/Antihistaminik kombinasyonları	IUS kontraksiyon Mesanedeki gevşeme	Belirgin idrar retansiyonu	Soğuk algınlığı ilaçları
Kafein	Diüretik etki	Poliüri	Kahve, kafeinli içecekler, analjezikler

# Spesifik ürogenital patoloji olmaksızın görülen üriner inkontinans nedenleri

**D** Deliryum/konfüzyonel durum

**I** Enfeksiyon (semptomatik)

**A** Atrofik üretrit/vajinit

**P** Farmasötikler

**P** Psikiyatrik nedenler (özellikle depresyon)

**E** Aşırı üriner output (hiperglisemi, hiperkalsemi, konjestif kalp yetmezliği)

**R** Mobilite kısıtlılığı

**S** Fekal impakt



# İnkontinansın ürolojik nedenleri

Alt üriner sistemin iki temel işlevinin (boşaltma-depolama) herhangi birindeki bir bozukluk veya ikisi arasındaki koordinasyonda bir bozukluk inkontinansa neden olur.

- Depolama bozukluğu, mesane sık kasıldığında veya sfinkter yetersizliğinde görülür.
- Depolama yetersizliğinden kaynaklanan sıkışma tipi (urge) inkontinans ve stres inkontinanstır.

- Boşaltmada yetersizlik,mesane uygun şekilde kasılmadığında veya çıkımda bir obstrüksiyon olduğunda veya mesane-sfinkter uyumsuzluğunda meydana gelir.

# Sıkışma tipi (urge) inkontinans



- Yaşlılarda en sık görülen inkontinans tipidir.
- Hastalar istemsiz idrar çıkışının takip ettiği güçlü ve ani bir işemeden yakınırırlar.
- ‘Detrüsor instabilitesi (idiopatik aşırı aktif detrüör =AAD)’ olarak tanımlanan mesane kontraksiyonları sonucu oluşur.
- Bu istemsiz kontraksiyonların sıklığı yaşla birlikte artar.

- Detrüsör instabilitesi olan hastaların çoğunun nörolojik olarak normal olmasına rağmen inhibe edilemeyen kontraksiyonlar inme, demans, MS, Parkinson veya spinal kord yaralanması gibi nörolojik bozukluklarda da görülebilir.
- Bu vakalarda bu durum sıklıkla ‘detrüsör hiperrefleksi (nörojenik AAD)’ olarak adlandırılır.

- Detrüsör instabilitesi ve sıkışma mesanenin enfeksiyon, taş veya tümörle lokal irritasyonu ile de gelişebilir.
- Ayrıca tiyazidler, kafein ve alkol idrar miktarını artırarak detrüsör hiperaktivitesine neden olabilir.

# Aşırı aktif mesane sendromu (AAM)

- Sık idrara çıkma, acil işeme, birlikte idrar kaçırma olan ya da olmayan bir sorun olup bu semptomlara neden olabilecek lokal patolojik veya metabolik faktörler (enfeksiyon, tümör taş, interstitial sistit, DM, polidipsi, diüretik kullanımı, gebelik) mevcut değildir.



- AAM Uluslar arası Kontinans Derneği tarafından 24 saatte 8 veya daha fazla kez ve gece boyunca iki veya daha fazla kez işeme olarak tanımlanmaktadır.
- Tanı için idrar kaçıırma şart değildir.

# Stres inkontinans



- Kadınlarda erkeklerden daha sıktır ve intraabdominal basınç artışı (Valsalva manevrası) ile birlikte idrar kaçırma olarak tanımlanır.
- Hastalar öksürme, gülme, hapşırma veya egzersiz esnasında idrar kaçırmaktan yakınırırlar.

- Kadınlarda pelvik taban kaslarının zayıflaması sonucu oluşan **üretral hipermobiliteye** bağlıdır.
- Pelvik tabanın zayıf olması pelvik diyafram üzerinde mesane boynunun ve üretranın normal pozisyonunu korumasına engel olur. Mesane boynu tam olarak kapanamaz, üretra kısalır.

- Stres inkontinans travma, radyasyon veya cerrahiden sonra **intrensek sfinkter yetmezliği** sonucu da oluşabilir.
- Erkeklerde cerrahi veya travma ile oluşan sfinkter hasarı dışında nadirdir.
- Prazosin, terazosin, doksazosin ve tamsulosin gibi  $\alpha$ -adrenerjik antagonistler de mesane çıkışında yetmezliğe neden olabilirler.

# Taşma (overflow) tipi inkontinans



- Mesanenin aşırı gerilmesi ile ilişkili idrar kaçırmadır.
- Mesanenin kontraksiyon yeteneğinde bir bozukluktan (**detrüsör hipoaktivitesi**) veya mesane çıkımının veya **üretranın obstrüksiyonundan** dolayı oluşabilir.
- Hastalar sık veya sürekli sızıntı veya damlamadan yakınırırlar veya uyarı olmadan fazla miktarda idrar kaçırabilirler.

- Detrüsör hipoaktivitesi:
  - DM
  - kronik alkolizm
  - disk hastalığı
  - kas gevşeticiler



- Çıkım obstrüksiyonu;

- fiziksel (prostat büyümesi, tümör, yapışıklık)

- nörolojik (spinal kord lezyonları, pelvik cerrahi)

- farmakolojik (adrenerjik agonistler)

# Fonksiyonel inkontinans



- Üriner sistem yolları normal olan hastalarda kontrolleri dışında, zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur.
- Fiziksel (mobilite kısıtlılığı) veya bilişsel bozukluklar (demans) sonucu gelişir.

# Karışık (miks) tip inkontinans

- Dört tipin çeşitli kombinasyonlarını tanımlar.
- Karışık tip inkontinans varlığı tanı ve tedaviyi zorlaştırır.
- Genelde stres ve sıkışma tipi inkontinans kombinasyonunu tanımlamada kullanılır.

# Üriner inkontinans tipleri ve sınıflaması

Altta yatan bozukluk	Semptomatik sınıflama	En sık ürodinamikler	Olası etiolojiler
Depolama	Sıkışma(urge)	Detrüsör hiperaktivitesi	İnhibe edilemeyen kontraksiyonlar; -lokal irritasyon (sistit, taş,tümör) -SSS nedenleri
	Stres	Sfinkter incompetence	Üretral hipermobilitate; -sfinkter hasarı (travma,cerrahi,radyasyon)
Boşaltım	Taşma	Çıkım obstrüksiyonu	-Fiziksel (BPH,tümör,striktür) -Nörolojik -İlaçlar
	Fonksiyonel	Normal	Nörojenik mesane(DM,alkolizm,disk hastalıkları) İmmobilite ve bilişsel bozukluklar

# İnkontinanslı hastanın değerlendirilmesi



İnkontinansı olan hastanın anamnez ve fizik muayenesinde aşağıdakiler hedeflenir;

1. İnkontinansın ürolojik olmayan nedenlerini değerlendirmek ve dışlamak (DIAPPERS)
2. Birincil sorunun idrar depolamada mı yoksa boşaltmada mı olduğunu tespit etmek
3. Semptomlarına dayanarak inkontinans tipini ve olası etiyolojileri saptamak
4. Epizotların tipini ve hastanın işlevsel yeteneği ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini tespit etmek

# Öykü

- Yakınmaların süresi
- Üriner enfeksiyon varlığı, taş öyküsü (disüri,hematüri)
- Gündüz-gece idrara çıkma sıklığı,
- Geçirilmiş üriner, pelvik veya spinal cerrahi girişimler
- DM
- Konstipasyon
- Kullanılan ilaçlar ve ilaç dışı diğer maddeler
- Nörolojik bir patoloji düşündüren yakınmalar
- Erkeklerde obstrüktif semptomlar
- Kadınlarda gebelik, doğum sayısı, şekli, semptomların başlangıcı ile doğum ya da menapoz döneminin ilişkisi, HRT



ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON) GİZLİ

Sayı

GÜN AY YIL  
Bugünün tarihi

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

1 Lütfen doğum tarihinizi yazınız

GÜN AY YIL

2 Cinsiyet *Bir kutuyu işaretleyin*

Kadın  Erkek

3 Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? *(Bir kutuyu işaretleyin)*

hiçbir zaman  0  
haftada bir veya daha seyrek gibi  1  
haftada iki veya üç kez  2  
günde bir kez gibi  3  
günde birkaç kez  4  
her zaman  5

4 Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyorum?

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? *(ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)*  
*(Bir kutuyu işaretleyin)*

hiç  0  
az miktarda  2  
orta derecede  4  
çok miktarda  6

5 Tümöyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç bir şekilde çok fazla

ICIQ-SF skoru: toplam skor 3+4+5

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

hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum...   
tualete yetemedim idrar kaçıyorum...   
Okurken veya hapşırırken kaçıyorum...   
uyurken kaçıyorum...   
hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum...   
işmeyi bitirip gilyinirken idrar kaçıyorum...   
belirgin bir neden olmadan kaçıyorum...   
her zaman kaçıyorum...

# Mesane çizelgesi ya da işeme günlüğü (sıklık volüm tablosu)

Saat	Tuvalete işeme	Az miktarda inkontinans	Fazla miktarda inkontinans	İnkontinans nedeni	Alınan sıvı
06-08					
08-10					
10-12					
12-14					
14-16					
16-20					
20-22					
22-gece					
Tüm gece					
Günlük ped sayısı					
İnkontinans sayısı					

# ***Fizik muayene***

1. *Abdominal:* mesane distansiyonu bulguları taşma tipi inkontinans için şüphe uyandırır.



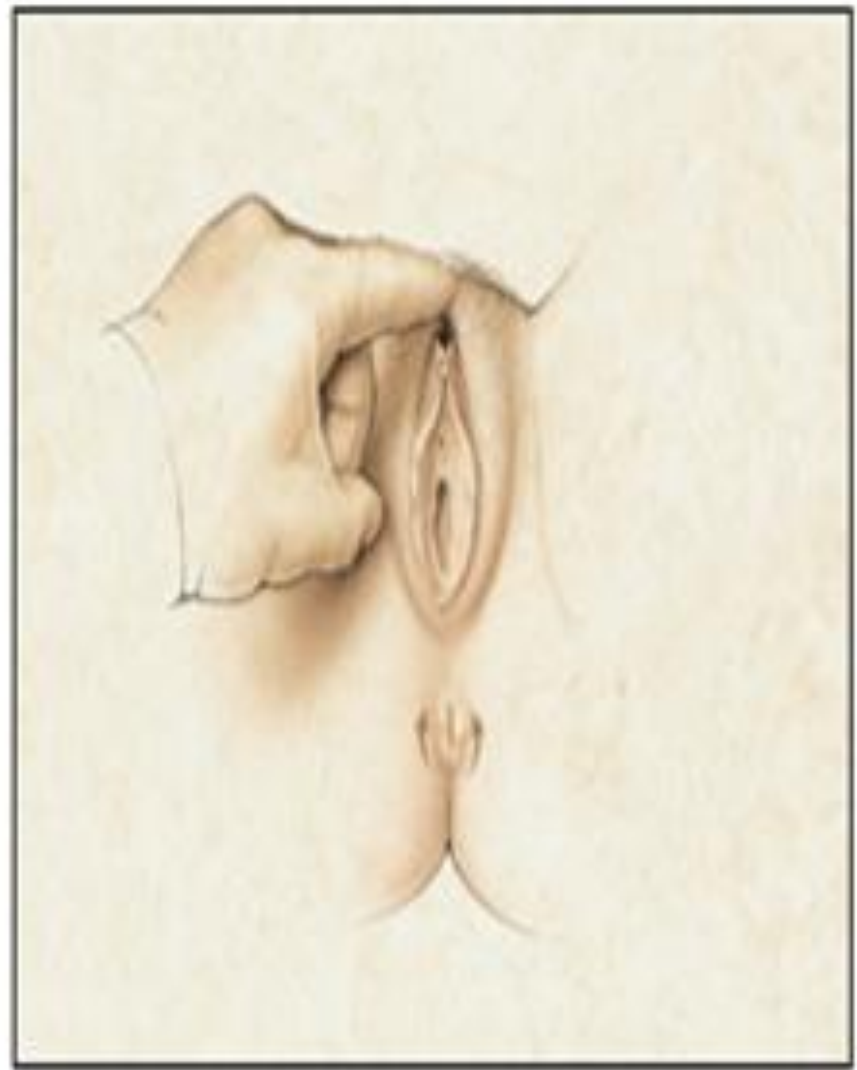
# ***Fizik muayene***

2. Genital muayene: - kadınlarda uterin prolapsus
  - sistosel, rektosel
  - atrofi
  - kitle
3. Rektal muayenede: - fekal impakt
  - kitle
  - sfinkter tonusu
  - perineal duyu
  - prostat boyutu

# ***Fizik muayene***

## 4. Nörolojik muayene:

- Mental durum
- Pelvik taban kas gücü değerlendirilmesi
- Perineal duyu ve motor fonksiyonlar
- S2-S4 muayenesi
  - Bulbokavernöz refleks
  - Anal refleks
- Anal sfinkter istirahat tonusu (pelvik pleksus) ve kontraksiyon gücü (pudental sinir)



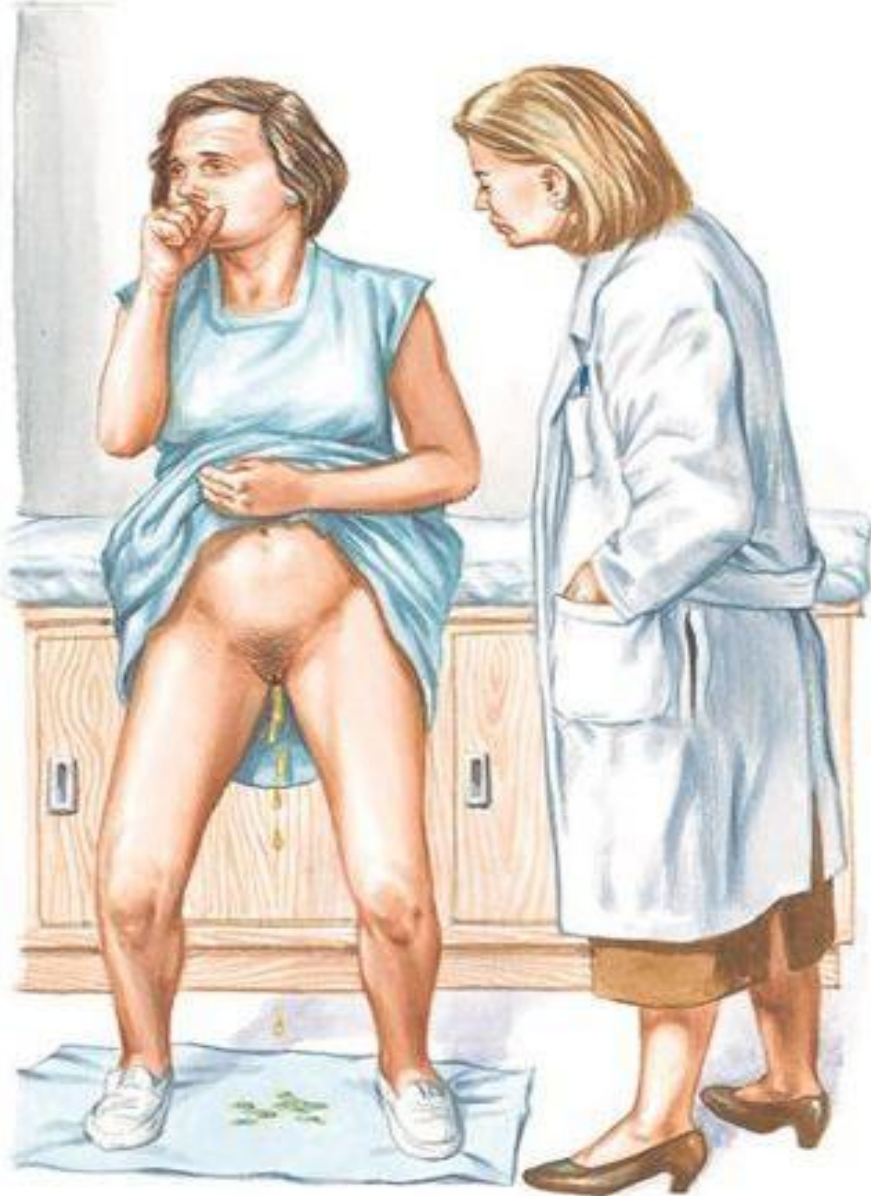
- İnkontinans tanısına özgü iki ilave test fizik değerlendirmeye eklenmelidir.

## ***Provakatif stres test***

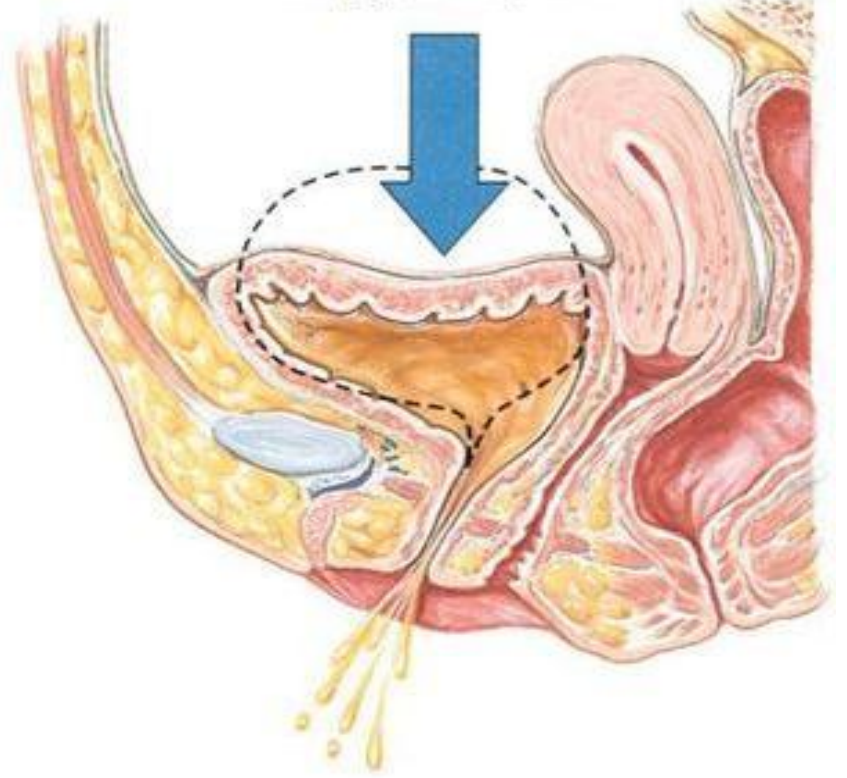
- Hekimin direk gözlememesi altında inkontinans semptomlarını oluşturmaya dayanır ve stres inkontinansı sıkışma tipinden ayırt etmede faydalıdır.
- Hastanın mesanesi dolu ve tercihen ayakta olmalıdır.



## İdrar Kaçırmanın Muayene ile Tespit Edilmesi



öksürme,  
hapşırma, vs..



## ***İşeme sonrası rezidü***

- Üriner retansiyon ve potansiyel obstrüksiyondan şüphelenilen hastalarda kullanılır.
- Klasik olarak üriner kateterle yapılır ancak USG ile de yapılabilir.
- Ölçümden önce hastadan mesanesini mümkün olduğu kadar tam boşaltması istenir.
- Mesanedeki rezidü idrarın ölçümü boşaltmadan hemen sonraki birkaç dakika içinde yapılmalıdır.

- 50ml den daha az idrar normal
- 200ml den fazlası yetersiz boşalım (taşma tipi inkontinansta)
- 50-199ml arası idrar bazen normal olabilir ancak taşma tipi değerlendirme ve herhangi bir obstrüksiyonun dışlanması için sevk edilmelidir.

# *Laboratuvar ve görüntüsel değerlendirme*

## **1.Tam idrar tetkiki**

- Enfeksiyon
- hematüri
- proteinüri
- glukozüri

- Asemptomatik bakteriüri yaşlılarda sıktır ve inkontinans nedeni değildir.
- Enfeksiyon olmaksızın hematürisi olan hastalar karsinomayı dışlamak için ileri değerlendirme için sevk edilmelidir.

## **2. Biyokimyasal analizler:**

- Böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin)
- Kan şekeri
- Ca

## **3. Ultrasonografi**

# İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans tedavisi üç kategoriye ayrılır:

1. Davranışsal ve nonfarmakolojik tedaviler
2. Farmakoterapi
3. Cerrahi tedavi

# 1. Davranışsal ve Nonfarmakolojik Tedaviler

- Sıkışma veya stres tipi inkontinans olan hastaların çoğunda tedavinin ilk aşaması davranışsal terapi olmalıdır.
- Hafif inkontinans vakalarında basit yaşam tarzı değişiklikleri yararlıdır.
- İlk basamak olarak özellikle akşamları sıvı kısıtlaması ve kafein, alkol alınmaması önerilir.
- Hasta obez ise kilo vermesi önerilir.

# Mesane Eğitimi

- Bu teknik hastaların programlı zamanlarda işeme şeklinde eğitilmeleri ile işeme reflekslerini kontrol etmelerini sağlar.
- İnkontinans paternini ve inkontinan epizot aralıklarını belirlemek için hastadan yaklaşık 1 hafta işeme kaydı tutması istenir.
- Daha sonra hastanın alışılmış inkontinans aralıklarından daha kısa aralıklarla bir zamanlı işeme programı geliştirilir.



- Sıkışma hissi olsun olmasın hastanın her işeme zamanında mesanesini olabildiğince tam boşaltması istenir.
- Programa göre işeme zamanı gelmeden sıkışan hastaların gevşeme kasılma teknikleri ile sıkışma hissi geçene kadar beklemesi ve daha sonra programa göre işeme zamanı geldiğinde işemesi önerilir.

# Zamanlı işeme

- Bakıma muhtaç hastalarda pasif tuvalet yardım programıdır.
- Amaç mesane fonksiyonunu düzeltmekten çok inkontinans epizotlarını önlemektir.
- Bakıcı hasta için gece dahil belirli bir zamanlı işeme programı hazırlar.
- Mesane eğitiminde olduğu gibi işemeyi geciktirme veya sıkışma hissine direnme gibi girişimler yoktur.

# Teşvikle işeme

- Bilinç bozukluğu olan ve olmayan hastalarda kullanılabilen bir tekniktir ve en sık bakım evlerinde uygulanmaktadır.
- Yaklaşık 2 saatte bir bakıcılar ıslak veya kuru olup olmadıklarını ve işemek isteyip istemediklerini sorarak hastayı idrar yapmaya zorlarlar.

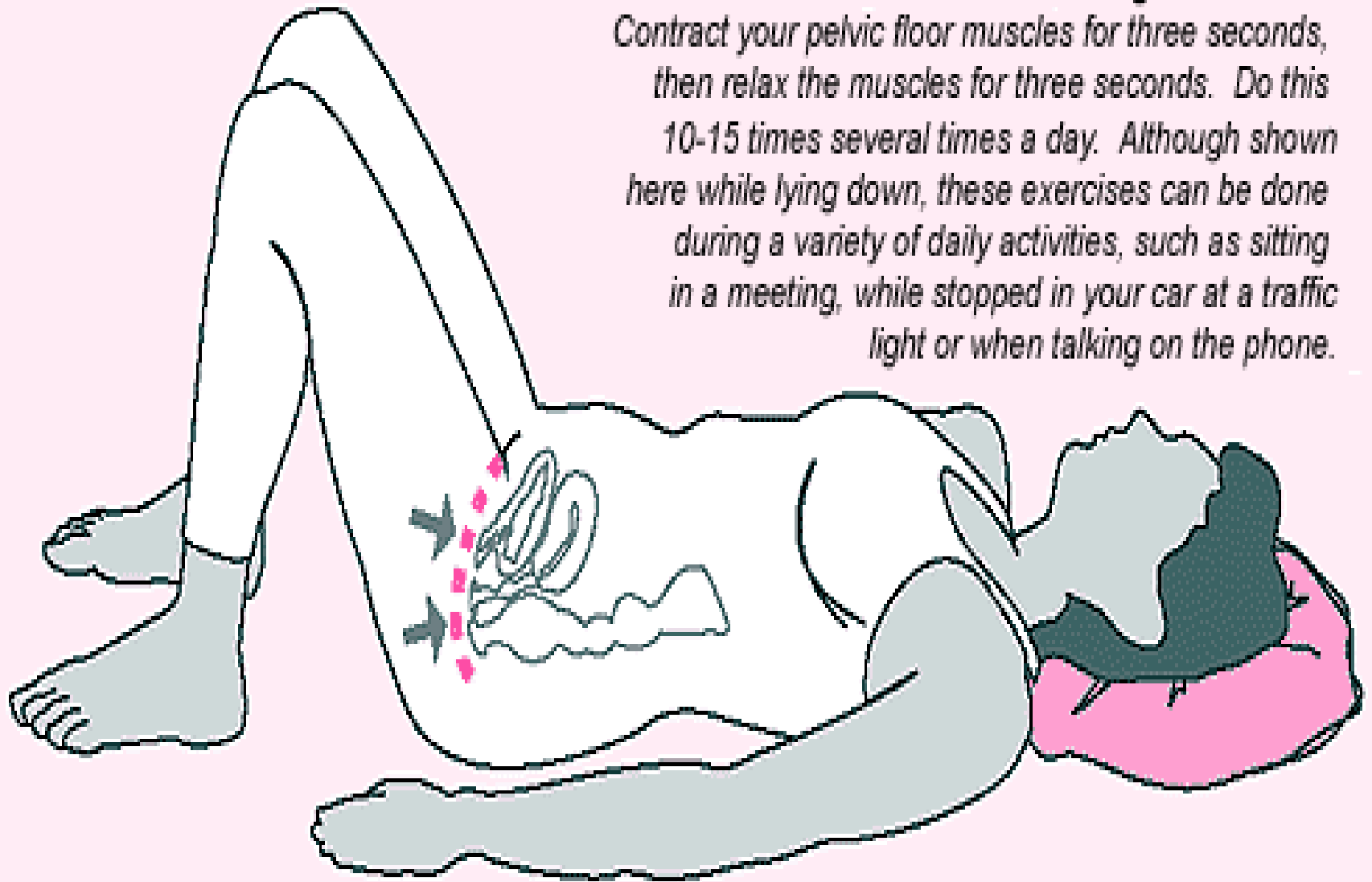
# Pelvik Taban egzersizleri (Kegel egzersizleri)

- Periüretral ve perivajinal kasları kuvvetlendirmek için tasarlanmıştır.
- Stres tipi inkontinansta yararlıdır ancak sıkışma ve karışık tipteki inkontinansta da etkili olabilmektedir.
- Hastalara ilk önce kaslarını nasıl kasacakları anlatılır bunun için idrarı tutmak ister gibi genital bölgedeki kaslarını sıkmaları istenir.

- Doğru kaslar tanınınca hastalara 10 saniye bu kasları kasmaları 10 saniye gevşetmeleri anlatılır.
- Bu egzersiz günde 30-80 kez tekrarlanmalıdır.
- Daha sonra hastalara inkontinansı önlemek için kaçırma anından önce ve kaçırma esnasında pelvik kaslarını kasmaları anlatılır.

## **Kegel Exercises:**

*Contract your pelvic floor muscles for three seconds, then relax the muscles for three seconds. Do this 10-15 times several times a day. Although shown here while lying down, these exercises can be done during a variety of daily activities, such as sitting in a meeting, while stopped in your car at a traffic light or when talking on the phone.*



## 2.Farmakoterapi

*Sıkışma tipi (urge) inkontinans*

İlk seçilecek ilaçlar antikolinergikler (antimuskarinikler)

# Oksibutinin hidroklorid (Üropan<sup>®</sup>)

Etki: Detrüsördeki istemsiz kasılmaları önler.  
Aktif metaboliti N-desetil oksibutinin

Doz: Yaşlılarda 2-3 defa 2,5 mg/gün,  
Genç erişkinlerde 2-3 defa 5mg/gün  
Aç karnına alınmalıdır.

Hastaların yaklaşık %20'si yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakmaktadır.



YE: -ağız ve göz kuruluğu  
-görme bozukluğu  
-kabızlık  
-baş ağrısı  
-gastroözefageal reflü  
-idrâr retansiyonu  
-konfüzyon

KE: -Obstrüktif üropati  
-Dar açılı glokom  
-Aritmiler

# Tolterodin tartarat (Detrusitol®)

- Mesane için oksibutinine göre daha selektif bir antimuskariniktir.
- İnsanlarda kullanılan en yüksek dozda (12,8mg) SSS üzerine yan etki bildirilmemiştir.
- Doz: kısa etkili formunda 2 defa 2mg/gündür.  
uzun etkili formunda 4mg/gün tek dozdur.
- Yan etkilere bağlı ilaç bırakma oranı %11dir.

# Trospiyum (Spasmex)<sup>®</sup>

- Sitokrom P450 sistemi tarafından metabolize edilmediği için daha az ilaç etkileşimi gösterir.
- Kan beyin bariyerini geçişi çok az.
- 30mglık tabletleri vardır.
- Önerilen günlük total doz 45mg (sabah aç 30, akşam aç 15mg).

# **Solifenasin (Vesicare<sup>®</sup>)**

## **Darifenasin (Emselex<sup>®</sup>)**

- Mesanedeki M3 muskarinik reseptörlere daha fazla selektiftirler.
- Bazı hastalarda daha düşük uyuşukluk ve baş dönmesi
- En sık yan etkileri ağız kuruluğu ve kabızlıktır.

## ***Trisiklik antidepressanlar***

### **İmipramin**

- Sıkışma tipi inkontinansı tedavi etmede yaygın olarak kullanılmaktaydı fakat yeni ajanların tercih edilebilir yan etki profilleri ve iyi dökümanente etkileri ile imipraminin kullanımı gerilerde kalmıştır.

# ***Stres Inkontinans***

- Hafif-orta stres inkontinanslı ve major anatomik anormalitesi olmayan hastalarda **Psödoefedrin** ( $\alpha$ -agonist) ve **östrojen** kullanılabilir.
- EUA kılavuzuna göre davranışsal tedavilerden fayda görmeyen hastalarda tedavi cerrahidir.

# ***Taşma tipi Inkontinans***

- Çıkım obstrüksiyonu ile ilişkili olan taşma tipi inkontinansı genellikle ilaçlar ile tedavi edilmez.
- Primer tedavi obstrüksiyonun ortadan kaldırılmasıdır.
- Bazı vakalarda aralıklı kateterizasyon uygulanabilir.
- Erkeklerde prostat kanseri dışlandığı zaman benign prostat hiperplazisine bağlı hafif obstrüksiyon durumlarında  $\alpha$ -adrenerjik blokörler semptomları azaltmada faydalı olabilir.

# ***Fonksiyonel Inkontinans***

- Kontinansı sağlama kabiliyetleri olduğu için tuvalet güzergahının iyileştirilmesi, aydınlatılması bu hastaların yakınmalarının iyileştirilmesi için yeterlidir.
- Ayrıca bazı hastalar için prezervatif sonda, inkontinans çamaşırı, alt bezi çözüm olabilmektedir.



# Yönlendirme

- Taşma tipi inkontinansı varsa obstrüksiyonu dışlamak için yönlendirme endikedir.
- İnkontinansın tipi veya sebebi belirlenemezse ürodinamik test için yönlendirme endikedir.
- Rekurren semptomatik idrar yolu enfeksiyonlarına bağlı inkontinans
- Enfeksiyon olmadan hematüri
- Daha önce geçirilmiş pelvik cerrahi veya radyasyona maruz kalma
- Belirgin pelvik prolapsus
- Prostat kanser şüphesi

# İdrar Kaçırma Kılavuzu

J. Thüroff (başkan), P. Abrams, K.E. Andersson, W. Artibani,  
E. Charfier-Kastler, C. Hampel, Ph. van Kerrebroeck



**EAU**

European  
Association  
of Urology

# Kadınlarda İdrar Kaçırmanın Başlangıç Tedavisi

ÖYKÜ/SEMPTOM  
DEĞERLENDİRMESİ

Fiziksel Aktivitede  
idrar kaçırma

Karma semptomlar  
gösteren idrar kaçırma

Sıkışma / Sıklıkla  
birlikte idrar kaçırma

Karmaşık öykü, öm.:

- Tekrarlayan idrar kaçırma
- Aşağıdakilerle bağlantılı idrar kaçırma:
  - Ağrı
  - Hematüri
  - Tekrarlayan infeksiyon
  - İşeme semptomları
  - Pelvik ışınlama
  - Radikal pelvik cerrahi
  - Şüpheli fistül

KLİNİK  
DEĞERLENDİRME  
(Birinci basamak  
hekim/Uzman)

- Genel değerlendirme
- İdrar günlüğü ve semptom skoru
- Yaşam kalitesi ve tedavi isteğini değerlendir
- Fizik muayene: batin, pelvik, sakral nörolojik & östrojen durumu -> atropikse, tedavi et ve yeniden değerlendir
- Öksürmeyle oluşan idrar kaçırmayı kanıtlama girişimi (stres testi)
- İdrar analizi ± idrar kültürü ->infeksiyon varsa, tedavi et ve yeniden değerlendir
- PVR'yi değerlendir: fizik muay. / kateterizasyon / ultrason

TAHMİNİ  
DURUM

STRES TİP  
İDRAR KAÇIRMA

KARIŞIK  
İDRAR KAÇIRMA

SIKIŞMA  
İDRAR KAÇIRMASI

- Anlamli PVR
- Anlamli organ prolapsusu

TEDAVİ

Yaşam biçimi değişiklikleri  
Pelvik taban kas eğitimi  
Duloksetin

Yaşam biçimi değişiklikleri  
Yeniden  
mesane eğitimi  
Antimuskarinikler

- Yardımcı diğer fizik tedaviler
- Cihazlar

↓ Başarısız

↓ Başarısız

UZMANLAŞMIŞ TEDAVİ

# Erkeklerde İdrar Kaçırmanın Başlangıç Tedavisi

ÖYKÜ/  
SEMPTOM  
DEĞERLENDİRMESİ

Miktürasyon Sonrası  
Damlatma

Prostatektomi Sonrası  
İdrar kaçırma

Sıkışma / Sıklıkla Birlikte  
İdrar kaçırma

Karmaşık öykü, öm.:  
• Tekrarlayan idrar kaçırma  
• Aşağıdakilerle bağlantılı idrar kaçırma:  
- Ağrı  
- Hematüri  
- Tekrarlayan infeksiyon  
- İşeme semptomları  
- Prostat ışınlanma  
- Radikal pelvik cerrahi

KLİNİK  
DEĞERLENDİRME

• Genel değerlendirme  
• İdrar günlüğü ve semptom skoru  
• Yaşam kalitesi ve tedavi isteğini değerlendir  
• Fizik muayene: batin, pelvik, sakral nörolojik  
• İdrar analizi ± idrar kültürü ->infeksiyon varsa, tedavi et ve yeniden değerlendir  
• PVR'yi değerlendir: fizik muayene / kateterizasyon / ultrason

TAHİMİNİ  
DURUM

STRES TİP  
İDRAR KAÇIRMA

KARIŞIK  
İDRAR KAÇIRMA

SIKIŞMA  
İDRAR KAÇIRMASI

• Anlamli PVR

TEDAVİ

• Üretral sağım  
• Pelvik taban kas eğitimi

Yaşam biçimi girişimleri  
Pelvik taban kas eğitimi  
Yeniden mesane eğitimi

• Yardımcı diğer fizik tedaviler  
• Harici gereçler

• Antimuskarinikler

↓ Başarısız

↓ Başarısız

↓

UZMANLAŞMIŞ TEDAVİ

# Nörojenik İdrar Kaçırmanın Başlangıç Tedavisi

LEZYON DÜZEYİ/  
ÖYKÜ  
DEĞERLENDİRMESİ

Periferel Sinir Lezyonu  
(örn. Radikal Pelvik Cerrahi)  
Konus/Kauda Lezyonu  
(örn. Lumbar Disk Prolapsusu)

Suprasakral Infrapontin  
Omurilik Lezyonu

Suprapotin Serbral Lezyon  
(örn. Parkinson Hastalığı,  
İnme, Alzheimer Hastalığı)

KLİNİK  
DEĞERLENDİRME

- Genel değerlendirme
  - İdrar günlüğü ve semptom skoru
  - Yaşam kalitesi ve tedavi isteğini değerlendir
  - Fizik muayene: Batın, pelvik, sakral nörolojik anal tonus, duyu, istemli kasılma, bul bokavernöz refleks, anal refleks
  - İdrar analizi ± idrar kültürü ->enfeksiyon varsa, tedavi et ve yeniden değerlendir
  - İdrar yolu görüntülemesi, serum kreatinin / BUN
  - PVR'yi değerlendir: Fizik muayene / kateterizasyon / ultrason
- anormalse

TAHMİNİ  
DURUM

STRES TİP  
İDRAR KAÇIRMA

"TAŞMA"  
İDRAR KAÇIRMASI

REFLEKS  
İDRAR KAÇIRMA

DETRUSOR  
HİPERREFLEKSİ

TEDAVİ

- Aralıklı kateterizasyon (AK)

Yardımcı hareketli hasta

Yardımcı olamayan hareketli hasta

- Davranışsal değişiklikler (zamanlı işeme)
- Antimuskarinikler

- Harici gereçler
- Kalıcı kateter
- Antimuskarinikler

Başarısız

Başarısız

UZMANLAŞMIŞ TEDAVİ

# Kırılgan/Engelli Yaşlılarda İdrar Kaçırmanın Tedavisi

ÖYKÜ/SEMPTOM DEĞERLENDİRMESİ

Fiziksel Aktivitede İdrar Kaçırma

Sıkışma / Sıklıkla Birlikte İdrar Kaçırma

İşeme Semptomları/ Retansiyonla Birlikte İdrar Kaçırma

• Aşağıdakilerle bağlantılı idrar kaçırma:

- Ağrı
- Hematüri
- Tekrarlayan infeksiyon
- Pelvik kitle
- Pelvik ışınlanma
- Pelvik cerrahi
- Majör prolapsus (kadınlarda)
- Prostatektomi sonrası (erkeklerde)

KLİNİK DEĞERLENDİRME

"DIAPPERS"

- Delirium (konfüzyon durumu)
- Enfeksiyon (üriner)
- Abdominal üretrit, vajinit
- Pharmaceuticals (ilaçlar)
- Psikolojik, özellikle ciddi depresyon
- Excess fluids (aşırı idrar oluşumu)
- Restricted mobility (sınırlı hareketlilik)
- Stool (constipation) (kabızlık)

- Geri dönüşümü olan durumlar (bakınız "DIAPPERS") -> eğer varsa, tedavi et/düzeltil ve tekrar değerlendir
- SSS, kavramayı, hareketliliği, günlük yaşam aktivitelerini, "kırılganlığı" değerlendir
- İdrar günlüğü ve semptom skoru
- Yaşam kalitesi ve tedavi isteğini değerlendir
- Fizik muayene: Batın, perineal, rektal, sakral nörolojik
- Öksürmeyle oluşan idrar kaçırmayı kanıtama girişimi (stres testi)
- PVR'yi değerlendir: Fizik muayene / kateterizasyon / ultrason

TAHMİNİ DURUM

STRES TİPİ İDRAR KAÇIRMA

SIKIŞMA İDRAR KAÇIRMASI

"TAŞMA" İDRAR KAÇIRMASI

BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ

- Yaşam biçimi değişiklikleri
- Davranış tedavileri
- Topik östrojenler (kadınlarda)

- Kabızlığı tedavi et
- İlaçları gözden geçir
- Çift işeme
- $\alpha$  bloker denemesini göz önünde bulundur (erkeklerde)
- PVR > 500 ise: kateter dekompresyonu uygula ve tekrar değerlendir

Dikkatlice antimuskarinikler eklenebilir

DEVAM EDEN TEDAVİ VE TEKRAR DEĞERLENDİRME

Başarısız olursa, uzman değerlendirmesi göz önünde bulundurulmalıdır

Konservatif yöntemlerle devam et

Bağımlı veya kontrol altına alınan kontinans



**TEŞEKKÜRLER...**