

10 Aşırı Aktif Mesaneli Hastalarda Stres Üriner İnkontinans Yönetimi

Mehmet Gökhan ÇULHA

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniđi, İstanbul

Özet

Günümüzde yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkan idrar kaçırma, yaşamı olumsuz etkilemektedir. Acil idrara çıkma isteği, sık tuvalete gitme ve/veya sıkışma tipi idrar kaçırma ile karakterize olan aşırı aktif mesane sendromu ile birlikte öksürüp, hapşırma gibi karın içi basıncın artması ile kaynaklanan idrar kaçırma tipi olan stres üriner inkontinans birlikteliği sık görülmektedir. Bu iki kaçırma tipinin de birlikte görüldüğü olgular tedaviye daha dirençli görülmektedir. Hastalığın tedavisi baskın olan kaçırma tipinin tedavisine göre planlanmalıdır. Bu hastalarda tek bir tedavi yöntemi ile kür sağlama oranlarının düşük olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: aşırı aktif mesane, stres üriner inkontinans, pelvik taban kas egzersizleri, antikolinerjik, duloksetin, orta üretra askı cerrahisi

Giriş

Herhangi bir istemsiz idrar kaçağı şikâyeti olarak tanımlanan idrar kaçırma (UI), önemli bir sosyal ve ekonomik etkiye sahiptir (1). Gerçekten de, UI kadınlarının 2000 yılında sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde 1,1 milyondan fazla ofis ziyaretinin başlıca nedeni olduğu tahmin edilmektedir (2). İdrar kaçırma stres idrar kaçırma (SUI), sıkışma tipi idrar kaçırma (UUI) ve karışık tipte idrar kaçırma (MUI) olarak sınıflandırılır (1). SUI, çaba veya efor sırasında veya hapşırırken veya öksürürken istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlanır. UUI, sıkışmanın eşlik ettiği veya hemen öncesinde istemsiz kaçak şikâyetidir. MUI, sıkışma ve efor,

çaba, hapşırma veya öksürük ile ilişkili istemsiz kaçak şikâyetidir.

Aşırı aktif mesane (AAM) sendromu, üriner sıkışma ve/veya sıkışma tipi idrar kaçırma olması olarak tanımlanır; bu semptomlar genellikle artmış idrar sıklığı ve noktüri ile ilişkilidir (1). AAM, özellikle yaşlı nüfusu etkileyen ve hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen yaygın bir kronik durumdur (3). AAM yaşlanan nüfus, ilgili komorbiditeler ve hastaneye yatış riskinin artması nedeniyle çok yüksek sosyoekonomik bir yük ile ilişkilidir (4).

Üriner inkontinansı olan kadınların yaklaşık üçte birinde hem SUI hem de UUI semptomları olan MUI vardır ve bu artan yaşla birlikte daha yaygın hale gelir.

Kanıt temeli açısından, birçok çalışma MUI hastalarını içerir, ancak bu çalışmaların MUI hastalarının ayrı bir analizini sağlaması nadirdir. Özellikle aşırı aktif mesane semptomları ile kliniğe başvuran hastalarda detaylı öykü alındığında SUI de bulunmaktadır.

Bu hastaların değerlendirilmesinde idrar kaçırma tipinin detaylı olarak sorulması önemlidir. Hastalığın şiddetinin belirlenmesi ve hangi kaçırma tipinin (AAM veya SUI) ağır bastığının belirlenmesi doğrultusunda tedavi planı yapılmalıdır.

Konservatif Tedavi

Konservatif tedavi olarak uygulanan yaşam tarzı değişikliği ve pelvik taban kas egzersizi (PTKE) yeterli düzeyde kuvvetli kanıt düzeyinde bilgi bulunmamaktadır. Bununla beraber PTKE eğitiminin MUI hastalarında iyileşme ile sonuçlanma olasılığının saf SUI ve saf AAM hastalarına göre daha az olduğu sonucuna varmıştır (5).

Toplamda 71 hastanın dahil olduğu ve öğretici bir ses bandı olan veya olmayan PTKE'nin karşılaştırdığı çalışmada, PTKE'nin farklı inkontinans tipleri için eşit etkinlik gösterdiği saptanmıştır (6). Bir başka çalışmada ise 5 yıl süre ile PTKE alan hastaların değerlendirilmesinde MUI olan grubun iyileşme oranlarının SUI'ye göre düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmaların yeterli kanıt düzeyine ulaşmamasına rağmen PTKE'nin etkisinin saf SUI'de uygulanmasına göre düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Medikal Tedavi

AAM tedavisinde birinci basamak tedavi sonrası medikal tedavi olarak antimuskarinik ajanlar ve beta-3 adrenerjik agonist kullanılmaktadır. Sıkışma tipi atakların azaltılmasında oldukça etkili olan bu ilaçların stres tipte idrar kaçırma üzerine etkileri net olarak belli değildir. Birçok randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) MUI hastaları da dahil olmasına rağmen bu hastaların tedavi sonuçları net olarak belirtilmemektedir.

MUI'li 854 kadından oluşan bir RKÇ'de tolterodinin, AAM'nin iyileştirilmesinde etkili olduğu, ancak SUI semptomları için yeterli etkinlikte olmadığı izlenmiştir. Ayrıca tolterodinin AAM için etkinliğinin SUI varlığı ile değişmediği düşünülmektedir (7). Başka bir çalışmada (n = 1380) tolterodin, SUI olup olmadığına bakılmaksızın AAM semptomlarını azaltmada eşit derecede etkili olduğu görülmüştür (8). Solifenasin için de benzer sonuçlar bulunmuştur (9).

SUI ile birlikte AAM semptomlarının da olduğu hasta grubunda Selektif Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü olan Duloksetin'in kullanımı ile olumlu sonuçlar alınmaktadır. Bu amaçla 588 kadında duloksetin ve plaseboya karşı bir RCT'de, hastalar stres baskın, AAM baskın veya dengeli MUI gruplarına ayrılmıştır. Duloksetin tüm alt gruplarda inkontinans ve QoL'nin iyileşmesinde etkili olmuştur (10).

Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu, AAM semptomlarının baskın olduğu MUI hastalarının tedavisinde antimuskarinik veya beta-3 adrenerjik ajanları yüksek derecede önermektedir. Ayrıca Duloksetin'in hem SUI hem de AAM semptomlarının iyileşmesine katkı sağladığı belirtilmektedir. Konservatif yaklaşımlardan fayda görmeyen ve SUI semptomları baskın olan hastalara Duloksetin önerilebilmektedir.

Cerrahi Tedavi

Konservatif tedaviler ve medikal tedavilerden fayda görmeyen hastalara cerrahi tedavi önerilebilmektedir. Ancak özellikle SUI nedeniyle cerrahi planlanan ve AAM semptomları da gösteren hastaların cerrahi sonrası sıkışma tipi şikâyetleri artış göstermektedir.

SISTER çalışmasının post-hoc analizi, otolog fasiyal askı veya Burch kolposuspansiyonu geçiren kadınlarda, ameliyat öncesi AAM şikâyeti olan kadınlar için sonuçların daha kötü olduğunu göstermiştir (11). Transobturator ve retropubik orta uretral slingleri karşılaştıran başka bir RCT'nin benzer post hoc incelemesi, ameliyat öncesi AAM şiddeti arttıkça tedavinin başarısız olma olasılığının arttığını göstermiştir (12). Bununla birlikte, daha önceki bir çalışma, ameliyattan önce AAM olsun ya da olmasın, ameliyatın benzer sonuçlar verdiğini bulmuştur (bu çalışma ürodinamik detrusor aşırı aktivitesi olan sadece birkaç hastayı içermiştir). Toplamda 93 MUI hastasının incelendiği başka bir RKÇ, TVT ve Botoks tedavisinin birlikte yapıldığı grupta, TVT ve Botoks'un ayrı ayrı yapıldığı gruplara göre inkontinans ve QOL'de istatistiksel iyileşme gösterdiği görülmüştür (13).

Vaka serileri MUI olan hastalarda saf SUI olanlara göre daha kötü sonuçlar gösterme eğilimindedir. Uretral sling takılması yapılan 192 kadın olgu serisinde, ameliyat öncesi ürodinami üzerine kompleks semptomları ve detrusor aşırı aktivitesi olan kadınlar için genel memnuniyet oranları, saf SUI ve normal ürodinamik bulguları olanlara göre daha düşüktü (sırasıyla % 75'e karşılık % 98) (14). SUI için cerrahi uygulanan,

DO olan ve olmayan iki paralel grubun karşılaştırılmasında MUI olan kadınlarda daha düşük sonuçlar bulunmuştur (15).

Prospektif, çok merkezli, karşılaştırmalı bir çalışmada, MUI için TVT yapılan 42 kadın, sıkışma ve QOL skorlarında TOT olan 90 kadına göre daha fazla iyileşme göstermiştir. İki grup arasında tedavi ve memnuniyet oranları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (16).

MUI'li kadınların sadece SUI'si olan kadınlara kıyasla SUI cerrahisi ile şikâyetlerini tedavi etme olasılığı daha düşüktür. Önceden var olan AAM semptomlarının SUI cerrahisine yanıtı öngörülemezdir. MUI'nin cerrahi tedavisi için sadece SUI cerrahisi uygulanacaksa, ameliyatın daha az başarılı olabileceği konusunda hastaların uyarılması gerekmektedir.

Sonuç

MUI tedavisinde, tek bir tedavinin üriner inkontinans tedavisi edemeyeceğinin bilinmesi gereklidir. AAM semptomları olan hastalarda aynı zamanda SUI belirtileri de varsa, ilk olarak en rahatsız edici semptomun tedavi edilmesi gereklidir. Şu ana kadar yapılan çalışmalarda henüz tek bir modalitenin etkili olduğunu gösteren bir kanıt bulunmamaktadır. Medikal tedavilerden Duloksetin, her iki idrar kaçırma tipinin semptomlarını da hafifletebilmektedir. SUI için cerrahi tedavi uygulanacak hastalara operasyon sonrası AAM semptomlarının düzelmeyeceği ve hatta semptomlarının artabileceği konusunda bilgi verilmelidir. AAM ve SUI birlikteliğini tedavisi ile ilgili daha fazla iyi hazırlanmış, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Referanslar

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
2. Litwin MS, Saigal CS, Yano EM, Avila C, Geschwind SA, Hanley JM, et al. Urologic diseases in America Project: analytical methods and principal findings. *J Urol* 2005; 173: 933-937.
3. Kelleher CJ, Kreder KJ, Pleil AM, Burgess SM, Reese PR. Long-term health-related quality of life of patients receiving extended-release tolterodine for overactive bladder. *Am J Manag Care* 2002; 8: S616-630.
4. Sacco E, Tienforti D, D'Addessi A, Pinto F, Racioppi M, Totaro A, et al. Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder. *Open Access J Urol* 2010; 2:11-24.
5. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44: 47-63.
6. Nygaard IE, Kreder KJ, Lepic MM, Fountain KA, Rhombert AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 120-125.
7. Khullar V, Hill S, Laval KU, Schiotz HA, Jonas U, Versi E. Treatment of urge-predominant mixed urinary incontinence with tolterodine extended release: a randomized, placebo-controlled trial. *Urology* 2004; 64: 269-274; discussion 274-265.
8. Kreder KJ, Jr., Brubaker L, Mainprize T. Tolterodine is equally effective in patients with mixed incontinence and those with urge incontinence alone. *BJU Int* 2003; 92: 418-421.
9. Kelleher C, Cardozo L, Kobashi K, Lucente V. Solifenacin: as effective in mixed urinary incontinence as in urge urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 382-388.
10. Bent AE, Gousse AE, Hendrix SL, Klutke CG, Monga AK, Yuen CK, et al. Duloxetine compared with placebo for the treatment of women with mixed urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 212-221.
11. Campeau L, Tu LM, Lemieux MC, Naud A, Karsenty G, Schick E, et al. A multicenter, prospective, randomized clinical trial comparing tension-free vaginal tape surgery and no treatment for the management of stress urinary incontinence in elderly women. *Neurourol Urodyn* 2007; 26: 990-994.
12. Richter HE, Litman HJ, Lukacz ES, Sirls LT, Rickey L, Norton P, et al. Demographic and clinical predictors of treatment failure one year after midurethral sling surgery. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 913-921.
13. Shirvan M, Noughabi S, Rahimi HR. Tension-Free Vaginal Tape Plus Intradetrusor BOTOX® Injection Versus Tension-Free Vaginal Tape Versus Intradetrusor BOTOX Injection in Equal-Weight Mixed Urinary Incontinence: A Prospective Randomized Study. *Journal of Gynecologic Surgery* 2013; 29: 235-240.
14. Colombo M, Zanetta G, Vitobello D, Milani R. The Burch colposuspension for women with and without detrusor overactivity. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 255-260.
15. Kulseng-Hanssen S, Husby H, Schiotz HA. The tension free vaginal tape operation for women with mixed incontinence: Do preoperative variables predict the outcome? *Neurourol Urodyn* 2007; 26: 115-12.
16. Han JY, Choo MS, Lee YS, Seo JT, Kim JH, Kim YH, et al. Effectiveness of retropubic tension-free vaginal tape and transobturator inside-out tape procedures in women with overactive bladder and stress urinary incontinence. *Int Neurourol J* 2013; 17: 145-151.