



Prostatektomi Sonrası İnkontinans

Doç.Dr. Ömer Bayrak

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üroloji Anabilim Dalı

Türk Üroloji Yeterlilik Kurulu, Sertifikasyon Sınavlarına Hazırlık Kursu
15-17 Kasım 2016, Kızılcahamam

- TURP ya da açık prostatektomi sonrası inkontinans oranları birbirine yakın: % 0.4-3.3
- RP sonrası inkontinans oranları geniş bir aralıkta rapor edilmekte: %0.8-87
 - hekimin tecrübesi
 - standart tanımın olmaması
 - %95’inde ürodinamik SÜİ gösterilmiş
 - yeni başlayan (de novo) detrusor aşırı aktivitesi:
 - İnsidansı %2 ile %77
 - postoperatif 1. yılın sonuna kadar devam edebilmekte

Prostatektomi sonrası kontinans oranları;

1-kontinansın tanımına (hiç ıslatma olmaması, ped değişikliğine gerek kalmadan birkaç damla kaçırma, günlük bir ped değiştirme)

2-hastaya bağlı faktörlere (yaş, BMI, üretral uzunluk, prostat volümü, preoperatif kontinans durumu, preoperatif sfinkter yetersizliği, preoperatif detrusor disfonksiyonu)

3-cerrahi tekniğe (cerrahın tecrübesi, cerrahi yaklaşım, rezeksiyon tekniği) bağlı değişebilmektedir

RP Sonrası İnkontinans

Risk Faktörleri

- **Preoperatif;**
 - İleri yaş,
 - Obezite,
 - Diyabet,
 - Preoperatif kontinans durumu,
 - Preoperatif potens durumu,
 - Geçirilmiş prostat cerrahisi,
 - Radyoterapi
- **İntraoperatif;**
 - Cerrahi teknik
 - Cerrahın deneyimi
- **Postoperatif;**
 - Üretra darlığı,
 - Anastomoz darlığı

- 50 yaşından genç erkeklerde kontinans oranları, 70 yaşının üstündekilere göre daha yüksek
- Primer RT veya KT sonrası kurtarma RP'si uygulanan hastalarda Üİ oranları artmakta: %50'ler civarında
- RP'nin yapılma şekli (retropubik, laparoskopik veya robotik) kontinans oranlarına önemli etkisi yok???

Kontinansı Arttırmaya Yönelik İntraoperatif Teknikler

- Üretraya minimal manipulasyon
- Mesane boynu koruma
- Fonksiyonel üretranın olabildiğince uzun bırakılması
- Puboprostatik ligamanların korunması
- Sinir koruyucu yaklaşım
- Üretral sfinkter kompleksinin anatomik fiksasyonu

Patofizyoloji

- Prostatektomi sonrası inkontinans:
 - a.Mesane disfonksiyonu,
 - b.Sfinkter disfonksiyonu,
 - c.Taşma inkontinansı.

a. Mesane disfonksiyonu

1. İstemsiz kasılmalar:

- Nörojenik veya idiyopatik DAA
- Cerrahi sonrasında hastaların yaklaşık %35'inde DAA devam etmekte

2- Bozulmuş kompliyans

- Pre-op. mesane disfonksiyonu:
 - Özellikle BPH nedeniyle TURP yapılan hastalarda daha belirgin
- TURP sırasında trigona doğru yapılan kesiler:
DAA olasılığı artar

b. Sfinkter disfonksiyonu

- Prostatektomi sırasında proksimal üretral sfinkter çıkarıldığı için idrar kaçırmayı önleyici mekanizma sadece distal üretral sfinktere bağımlı hale gelmektedir.
- Distal üretral sfinkter veya destek yapılarının
 - operasyon sırasında yaralanması,
 - sinir hasarı,
 - önceden oluşmuş hasarlanmalar (preoperatif RT veya travma)

- TURP sırasında veru montanumun distalinde rezeksiyon yapılması;
 - Bu tip hasar, tipik olarak saat 11 ve 2 arası rezeke edilirken oluşmaktadır
- RP sırasında verumontanum ve prostat apeksini içeren distal üretral sfinkterin proksimal kısmı çıkarılır

c. Taşma inkontinansı

- TURP veya TVP sonrasında;
 - Rezidüel adenom
 - Mesane boynu kontraktürü
 - Üretra darlığı
- RP sonrası;
 - Anastomoz darlığı

Tanı

- Temel değerlendirmede;
 - Hikaye (inkontinans sorgulama anketi dahil)
 - inkontinans tipi (Stres, urge, miks)
 - süresi
 - şiddeti
 - eşlik eden üriner semptomlar
 - ped testi
 - FM
 - abdominal
 - rektal
 - Basit yardımcı testler.

basit yardımcı testler

- TİT
- üre ve kreatinin
- üroflowmetri
- PVR ölçümü (USG ile)
- PSA.

İleri değerlendirme

- Ürodinami
 - Sadece konservatif tedavi düşünülüyorsa gerek yok
- Üretrosistoskopi

Tedavi

Post-prostatektomi İnkontinans Tedavisinde Zamanlama ve Konservatif Tedavi Yöntemleri

Timing and Conservative Methods in
the Treatment of Post-prostatectomy Incontinence

Ömer BAYRAK,^a
İlker SEÇKİNER^a

Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics 2015;8(1):16-24

Kritik noktalar;

- PPI tedavisinde ilk bir yıl boyunca, kontinansın süreç içerisindeki geri dönüşü beklenmeden cerrahi tedaviler uygulanmamalı
- Açık veya endoskopik cerrahi; ilk önce konservatif tedaviler denenip başarısızlıkla sonuçlanması durumunda gündeme gelmeli

1. Konservatif tedavi yöntemleri

- EAU VE ICS
 - zamanlı işeme,
 - özellikle geceleri fazla olmak üzere sıvı kısıtlaması,
 - kahve, alkol, baharatlı yiyecekler gibi mesane uyarıcılarının azaltılması

Behavioral Therapy With or Without Biofeedback and Pelvic Floor Electrical Stimulation for Persistent Postprostatectomy Incontinence

A Randomized Controlled Trial

Patricia S. Goode, MSN, MD; Kathryn L. Burgio, PhD; Theodore M. Johnson, MD, MPH; Olivio J. Clay, PhD; David L. Roth, PhD; Alayne D. Markland, DO, MSc; Jeffrey H. Burkhardt, PhD; Muta M. Issa, MD, MBA; L. Keith Lloyd, MD

[\[+\] Author Affiliations](#)

JAMA. 2011;305(2):151-159. doi:10.1001/jama.2010.1972.

Text Size: [A](#) [A](#) [A](#)

Goode ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, RP sonrası 1 yılın üstünde ısrarcı inkontinansı olan hastalarda **davranışsal tedavi yöntemlerinin**

- inkontinans sıklığını ve
- depolama semptomlarını azalttığı bildirilmektedir.

Konservatif tedavi yöntemleri

- yaşam tarzı değişiklikleri ve PTKE
- PTKE + biyofeedback
- PTK' nın elektriksel stimülasyonu,
- ekstrakorporeal MI,
- farmakoterapi,
- penis kompresyonu,
- kombinasyon

Effectiveness of Early Pelvic Floor Rehabilitation Treatment for Post-Prostatectomy Incontinence

Maria Teresa Filocamo, Vincenzo Li Marzi*, Giulio Del Popolo, Filippo Cecconi, Michele Marzocco, Aldo Tosto, Giulio Nicita

Clinica Urologica II, University of Florence, Viale Pieraccini, 18, 50139, Florence, Italy

Accepted 7 June 2005

Available online 22 June 2005

- Postoperatif erken dönemde PTKE
- Filocamo ve ark.nın yaptığı 300 hastalık randomize çalışma
- postoperatif üretral katateri çekildikten hemen sonra PTKE başlanan hastalarla, herhangi bir uygulama önerilmemiş kontrol grubundaki hastalar
- postoperatif 3. ayda kontinanstaki düzelme %74 ve %30
6. ayda %94 ve %65
1. yılda %98.7 ve %88

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



European Association of Urology



Prostate Cancer

Preoperative Pelvic Floor Muscle Exercise for Early Continence After Radical Prostatectomy: A Randomised Controlled Study

Antonia Centemero^{a,1}, Lorenzo Rigatti^{a,1}, Donatella Giraudo^a, Massimo Lazzeri^a, Giovanni Lughezzani^a, Daniela Zugna^b, Francesco Montorsi^a, Patrizio Rigatti^a, Giorgio Guazzoni^{a,*}

- *Bazı yazarlar, PTKE'nin RP öncesinde başlanması gerektiğini savunmakta*
- Centemero ve ark.nın yaptığı prospektif randomize çalışmada;
 - açık retropubik RP'den 30 gün önce PTKE'ne başlayıp post-op devam eden hastalarla,
 - post-op dönemde PTKE başlanan 118 hasta
- Preoperatif PTKE uygulayan hastalarda postoperatif 3. ay kontinans oranları, 24 saatlik ped testinde daha yüksek (%59,3'e %37,3, $p=0,028$)
- Aynı zamanda pre-op PTKE başlanan hastalarda, post-op PTKE uygulayanlara göre,
 - RP sonrası 1. ayda 0.41 kat,
 - 3. ayda 0.38 kat Üİ riski azalmakta ($p\leq 0,001$)

Behavioral Therapy With or Without Biofeedback and Pelvic Floor Electrical Stimulation for Persistent Postprostatectomy Incontinence

A Randomized Controlled Trial **FREE**

Patricia S. Goode, MSN, MD; Kathryn L. Burgio, PhD; Theodore M. Johnson, MD, MPH; Olivio J. Clay, PhD; David L. Roth, PhD; Alayne D. Markland, DO, MSc; Jeffrey H. Burkhardt, PhD; Muta M. Issa, MD, MBA; L. Keith Lloyd, MD

[\[+\] Author Affiliations](#)

JAMA. 2011;305(2):151-159. doi:10.1001/jama.2010.1972.

Text Size: **A** A A

- RP sonrası 1 yıldan sonra persistan üriner inkontinansı olan 208 hasta;
- 1. grup: PTKE ve mesane kontrol stratejileri
- 2. grup; ilaveten klinikte biofeedback ve evde pelvik taban elektriksel stimülasyonu
- 3. grup hasta; tedavisi geciktirilmiş kontrol grubu
- inkontinans epizotlarındaki azalmayı sırasıyla %55, %51 ve %24
- AUA semtom skorlarında iyileşmeyi -2,5, -2,1, -0,9,
- ped sayısında azalmayı %55, %42 ve %5 olarak rapor etmişlerdir.
- *Sonuç olarak*
 - *biyofeedback ve pelvik taban elektriksel stimülasyon tedavilerinin, PTKE ve yaşam tarzı değişikliklerine göre bir üstünlüğü olmadığı (p=0,69) ve*
 - *bir yılın üzerinde ısrarcı PPI tedavisinde, PTKE ve yaşam tarzı değişikliklerinin oldukça etkili bir yöntem olduğu (p=0,69)*

PTKE

- PTKE, invaziv olmayan yöntemler arasında en yaygın uygulanan tedavidir.
- PSİ ile başvuran her erkekte mutlaka önerilmesi gereken öncelikli tedavi PTKE
- EAU kılavuzlarında RP yapılan hastalarda kontinansın sağlanmasını hızlandırmak için PTKE önerilmekte
- Biofeedback'le kombine edildiği takdirde tedavinin başarı oranları yükselmekte

Farmakolojik tedavi

Duloksetin;

- SNRI
- Son yıllarda duloksetinin erkeklerde PSİ tedavisinde etkinliği gösterilmiş
- erkek SÜİ tedavisinde henüz onay yok
- EAU kılavuzlarında
 - günlük 80 mg duloksetinin, SÜİ’da iyileşme sağlayabileceği,
 - geçici düzelmeyi kabul eden erkek hastalara önerilebileceği belirtilmekte

Farmakolojik tedavi

- Yeni başlayan sıkışma (de novo urgency) olan hastalarda, antikolinerjik tedavi kullanılmalıdır.

2-Cerrahi Tedavi Yöntemleri

a. Endoskopik tedavi

b. Ayarlanabilir kontinans tedavisi (ProAct)

c. Erkek slingi

d. Yapay üriner sfinkter

a-Enjeksiyon tedavisi

Günümüzde kullanılan ajanlar:

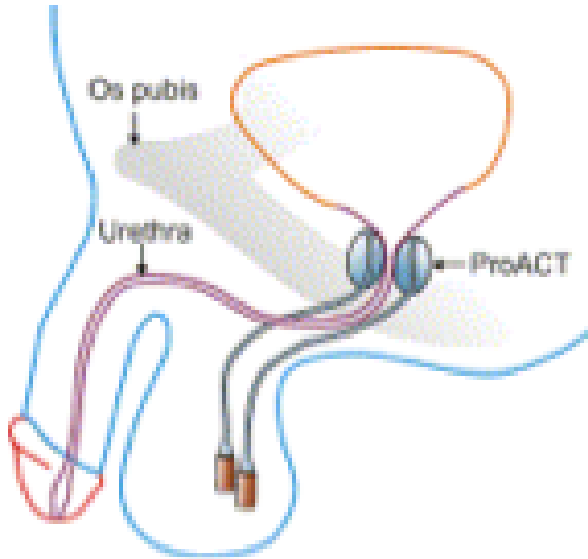
- Dextranomer/hyaluronik asit kopolimeri (Deflux),
- Pirolitik karbon mikro kürecikleri (durasphere),
- Polydimethylsiloxane (macroplastique)

EAU kılavuzlarında bir ajanın diğerine üstünlüğü dair kanıt yok

- kısa dönemde etkinlikleri iyi
- migrasyona uğradıklarından uzun dönem başarı oranları düşük
- tatminkar sonuçlara tekrarlayan enjeksiyon ihtiyacı
- sadece hafif derecede inkontinansı olan, kür değilde geçici-kısa dönem bir rahatlama olacağını kabul eden hastalar için önerilmeli
- Şiddetli PSI' ı olan hastalara bir tedavi seçeneği olarak sunulmamalı

b-ProAct sistem

- üretrayı çevresel olarak sarmayan, proksimal bulber üretranın her iki yanına hacmi ayarlanabilir balonlar yerleştirilmekte
- pelvik RT almış hastalara önerilmemeli
- teknik sorunlar nedeniyle çıkarılma oranları %11-%58



c-Askı cerrahileri

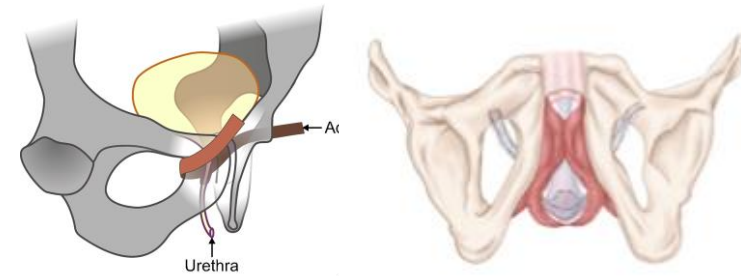
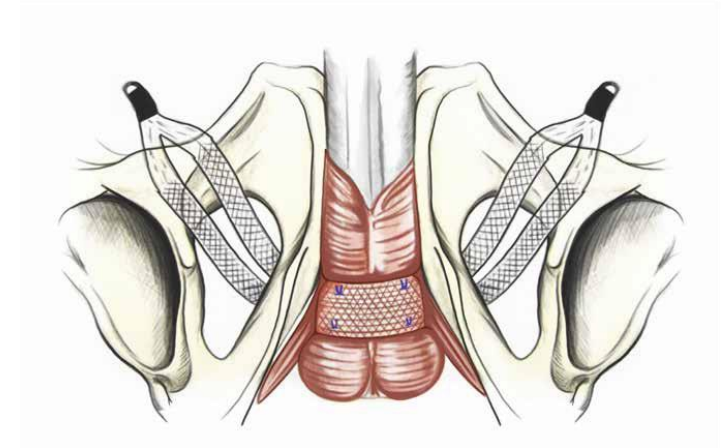
I.Sabit askılar

-Üretral kompresyonla kontinans sağlayanlar

(InVance, TOMS, Argus)

-bulber üretranın repozisyonu ile kontinans sağlayanlar

(AdVance)

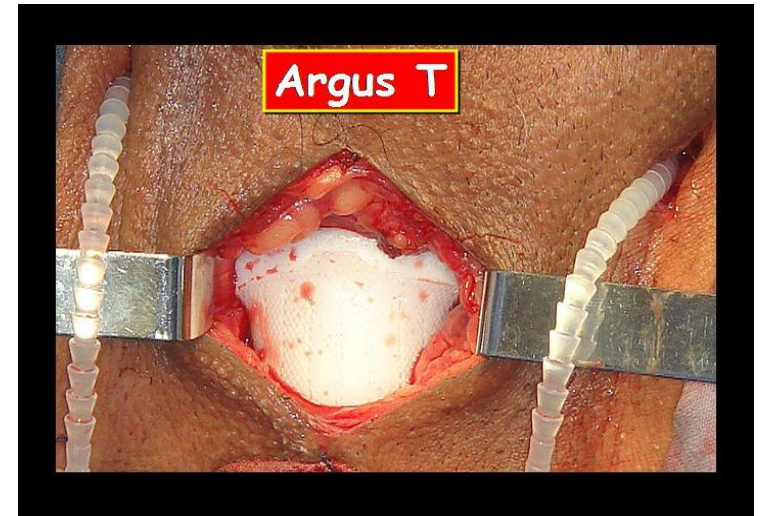
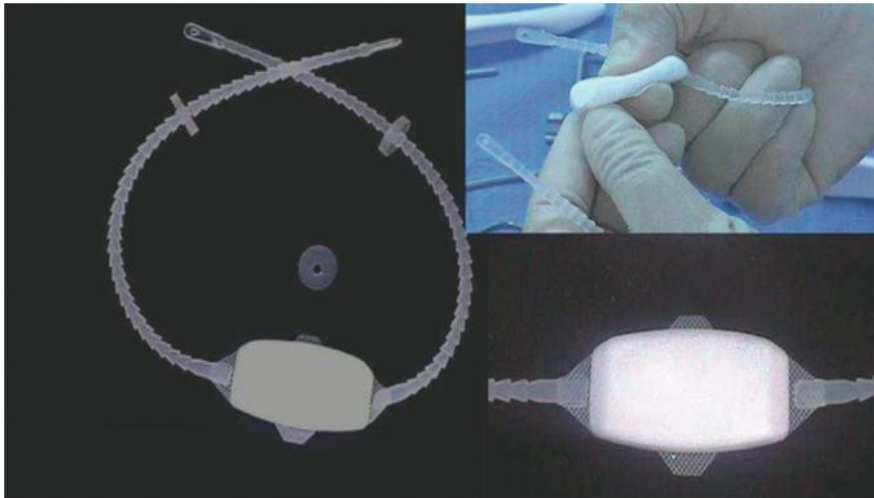


- birbirlerine üstünlüğünü kanıtlayacak yeterli veri yok
- EAU kılavuzlarında hafif ve orta şiddetli PSİ tedavisinde önerilmektedir.
- Şiddetli inkontinansı olan
- radyoterapi görmüş
- üretral darlık cerrahisi

- hastaların bu yöntemden çok daha az fayda göreceği,
- olumsuz sonuçlar hususunda hastaların bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

II. Ayarlanabilir askılar

- Operasyon sonrasında gerginliği ayarlanabilir askılar (Remeex ve Argus)
- EAU kılavuzlarında SÜİ' ta kür veya düzelme sağladığına dair sınırlı sayıda kanıt
- diğer erkek askı cerrahilerinden daha etkin olduğuna dair kanıt yok
- Sınırlı sayıda yayında erken dönemde yüksek çıkartılma oranları





Üriner İnkontinans

Tanı ve Tedavi

Editorler
Prof. Dr. Rahmi ONUR
Yrd. Doç. Dr. Ömer BAYRAK



TÜDÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 2

İntrinsik sfinkter yetmezliği (Erkek)

Hafif SÜİ (üretra iyi)

Kısmi bası (kapama)

Sling cerrahileri

Şiddetli SÜİ (Üretra kötü: ör: radyoterapi)

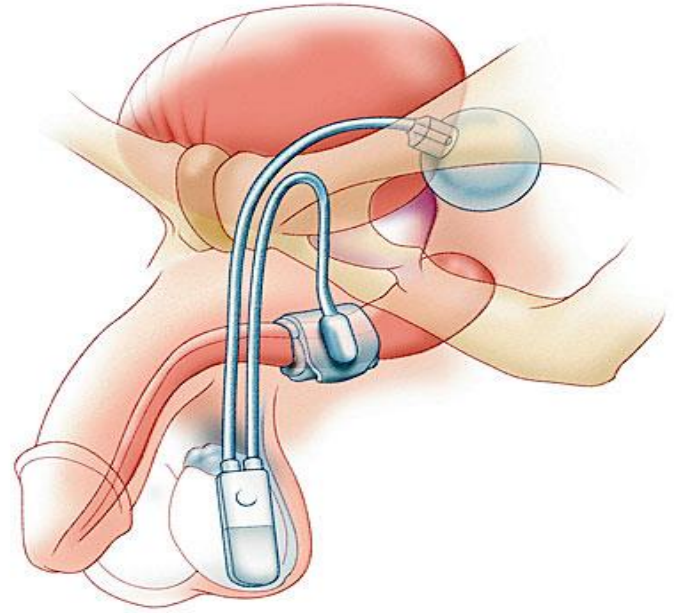
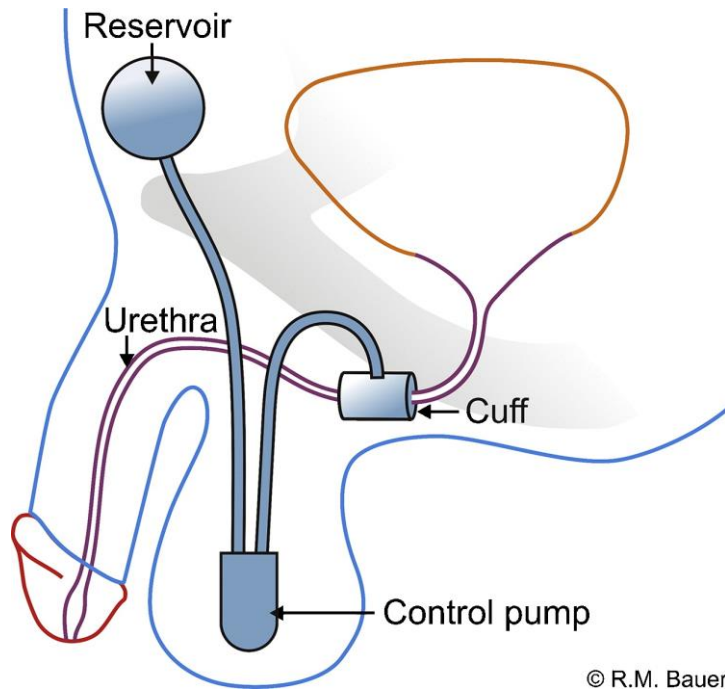
Çepeçevre bası (kapama)

Artifisyel sfinkter

d.Yapay üriner sfinkter

- Altın standart
- Orta ve şiddetli PSİ'ı olan hastalara önerilmekte
- Hastalar sfinkterin elle kullanılmasını sağlayacak mental ve fizyolojik yeteneğe sahip olmalıdır.

AMS800



- Komplikasyon:
 - Üretral atrofi ve enfeksiyon
 - Mekanik arıza
- revizyonu yada yeniden implantasyonu mümkün



Üriner İnkontinans

Tanı ve Tedavi

Editorler

Prof. Dr. Rahmi ONUR

Yrd. Doç. Dr. Ömer BAYRAK



TÜDÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 2

- PTE
- Biyofeed-back
- Duloxetine
- Kollajen
- Sling

Hafif; 1-2 pet

- Kollajen
- Bulbo-üretal sling
- Perineal sling
- Ayarlanabilir sling
- Doku-genişleticili sling
- Pro-Act, Remeex, Argus
- AÜS

Orta; 2-5 pet

- Ayarlanabilir slingler
- Doku genişleticili sling
- AÜS (single, double cuff)

Şiddetli; 5 pet

İnkontinans

Kime askı – Kime YÜS cerrahisi

- hafif-orta derecede idrar kaçırmaması olan (<400gr)
- tekrar konumlandırma testinde bazal sfinkterik aktivite gözlenen
- geceleri idrar kaçırmayan
- idrarını duraksatabilen hastalarda

askı cerrahileri önerilebilir

- şiddetli derecede idrar kaçırmaması olan (> 400gr)
- tekrar konumlandırma testinde bazal sfinkterik aktivite gözlenmeyen
- RT görmüş
- başarısız askı cerrahisi veya YÜS cerrahisi geçiren hastalara

YÜS önerilebilir



TÜRK ÜROLOJİ YETERLİLİK KURULU HAZIRLIK KURSU

05 - 08 Kasım 2015
Antalya

Teşekkürler...