

Nüks Stres Üriner İnkontinansın Yönetimi

Turgut Yurdakul¹, Burhan Coşkun²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, Türkiye

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Özet

Günümüzde stres üriner inkontinans tedavisindeki başarılı sonuçlara rağmen %20'ye kadar varan oranlarda rekürrens gelişebilmektedir. Rekürrens tedavisinde atın standart yöntem konusunda fikir birliği yoktur. Rekürrens dışı komplikasyonlar değerlendirildikten sonra tedavi inkontinansın şiddeti, hastanın tercihi ve cerrahın deneyimine göre şekillendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans, rekürrens

Giriş

Stres üriner inkontinans (SÜİ), öksürme hapşırma gibi karın içi basıncını artıran durumlarda istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır (1). Kadınlarda yaygın bir semptom olan SÜİ'nin prevalansı çeşitli çalışmalarda %4-35 arasında bildirilmiştir (2). Günümüzde mid üretral slingler (MUS), SÜİ cerrahi tedavisinde altın standart yöntemlerdir (3). MUS'un uzun dönem başarı oranları literatürde %80-95 arasında değişmektedir (4,5). Kolay uygulanan ve öğrenilen bir metod olarak oldukça popüler hale gelmelerine rağmen Amerikan Üroloji Derneği'nin 2009 yılında yayınladığı kılavuzda ilk operasyondan 12-23 ay sonra %16; 24-47 ay sonra ise %19 oranında etki kaybı yaşanabileceği belirtilmiştir (6).

Stres üriner inkontinans cerrahisi sonrası başarı tanımının standart bir değerlendirilmesi mevcut değildir. Objektif olarak muayene bulguları veya ped testi kullanılan araştırmaların yanında hasta memnuniyetine ait sorgulamaları temel edinen ya da bunların her ikisini birden kullanan çalışmalar mevcuttur. Standardı olmayan bu ölçütler içinde değerlendirme yapmak her ne kadar kolay olmasa da cerrahi sonrası 'başarısızlık': persistans ya da rekürrens başlıkları altında incelenebilir. Bazı olgular, cerrahiden hiç fayda görmemiş ya da minimum fayda görmüş olup bu durumda persistanstan söz edilebilir. Belirli bir dönem semptomların giderilmesine rağmen tekrar ortaya çıkması ise rekürrens olarak değerlendirilir. Persistan ve rekürrens arasında-

ki süre tam net olmamakla birlikte bazı yayınlarda 6 hafta olduğu kabul edilmektedir (7).

Genetik ya da tıbbi bir nedenden dolayı pelvik taban güçsüzlüğü SÜİ tekrarlanmasına sebep olmaktadır. Bu nedenlere eşlik eden durumlar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) obezite, kronik konstipasyon) da rekürrensi tetikleyen etmenlerdendir. Ayrıca ürogenital yaşlanma ve östrojen yetersizliği sonucunda da rekürren SÜİ görülmektedir (8).

Stres üriner inkontinans başarısızlığının nedenlerini araştıran bir çalışmada vücut kitle indeksinin 25 kg/m²'den fazla olması, intrinsek sfinkter yetmezliği (ISD), geçirilmiş cerrahi ve diabetes mellitus bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur (8). Bunların yanında cerrahi tecrübe, ileri evre sistosel ve eş zamanlı sistosel onarımı diğer çalışmalarda ortaya koyulan risk faktörleridir (9,10).

Değerlendirme

Stres üriner inkontinans cerrahisi sonrası inkontinans tarif eden bir hastada persistans veya rekürrensin dışında, de novo sıkışma inkontinansı ve fistül gibi cerrahi komplikasyonların mutlaka araştırılması gerekmektedir. Bu nedenle hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi son derece önemlidir. Anamnez ile depolama ve boşaltma semptomları incelenmeli ve özellikle bu semptomlar varsa inkontinans cerrahisi öncesi bunların mevcudiyeti sorgulanmalıdır (11). Fizik muayenede vajinal ekstrüzyon varlığı araştırılmalıdır. Üretraya

ve üretral mukozaya ait fizik muayene bulguları son derece önemlidir. Tekrarlayan cerrahiler sonucu zayıf kanlanan, rijit, mobilitesi olmayan üretra intrensik sfinkter yetmezliğin bir bulgusu olabilir (12).

Vajen ile üretra, mesane ve üreterler ya da bunların kombinasyonları şeklinde fistüller olabilir. Mesaneye metilen mavisi enjekte edildikten sonra vajene yerleştirilen tamponda boyanma olması fistül tanısını doğrular. Bu aşamadan sonra sistoskopi ile fistül lokalizasyonu mutlaka değerlendirilmelidir. Ayrıca üretero vajinal fistüle ait bulgular da saptanabilir. Tam idrar tetkiki, işeme sonrası rezidü değerlendirilmesi önerilir. Sistoskopi ile üretrada meş varlığı değerlendirilmelidir. Özellikle cerrahi tedavi planlanan hastalarda ürodinamik inceleme ile mesanenin depolama ve boşaltım karakteristikleri ortaya koyulmalıdır (13).

Tedavi Seçenekleri

Konservatif Tedavi

İnvaziv tedaviler öncesi hayat tarzı değişiklikleri; kilo verme, pelvik taban eğitimi gibi konservatif tedavi seçeneklerinin önerisi standarttır (14). Tedavi sonrası rekürrens ya da persistans durumunda her ne kadar bu yöntemlerden elde edilecek başarı beklentisi umut verici değilse de, non-invaziv özellikleri nedeniyle önerilmesi yararlı olabilir. Her ne kadar kanıta dayalı olmasa da nüks SÜİ tedavisinde literatürde sadece Kanada Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin yayınlamış olduğu kılavuzda konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesine yer verilmiştir (12).

Cerrahi Tedavi

Rekürrens SÜİ için birçok cerrahi tedavi seçeneği tanımlanmasına rağmen başarısız olan MUS sonrasında yapılacak müdahale için hangi tedavi yönteminin daha iyi olduğu konusunda henüz bir fikir birlikteliği bulunmamaktadır. Uygulanan ikincil cerrahilerin başarı oranı ilk cerrahiden daha düşük seviyededir (15). İngiltere'de ürojinekologların nüks SÜİ'ye yaklaşımlarını araştıran bir çalışmada en sık seçilen cerrahinin %54'lük bir oranla ikinci MUS olduğu ve bunu %14'lük bir oranla mesane boynu enjeksiyonlarının takip ettiği bildirilmiştir (16).

Üretral Enjeksiyon

Üretral enjeksiyonlar mukozal koaptasyonu artırarak işlev görmektedir. Hem sfinkterik fonksiyona hem de hipermobilitateye katkı sağlarlar (17). Komplikasyon oranları diğer yöntemlere nazaran oldukça az olmasına rağmen kür oranları ancak %20-30 ve iyileşme oranları ise %50 seviyesindedir (18). Verbrugge ve ark. (7) yayınladığı 80 hastalık seride

ikinci MUS uygulaması ile %74 subjektif ve %63,5 objektif başarı elde edilmiştir. Bununla birlikte hastaların %30,6'sında de novo sıkışma inkontinansı gelişmiştir. Takiplerde hastaların %2'sinde vajinal ekstrüzyon saptanmıştır.

Zimmern ve ark. (19) daha önceden üriner inkontinans cerrahisi geçirmiş 31 hastada kollajen enjeksiyonunun sonuçlarını yayınladıkları çalışmada hastaların %93'ünde kür ya da iyileşme bildirmiştir. Sonuç olarak literatürde oldukça değişken başarı oranları olmakla birlikte minimal invazif bir seçenek olarak yer almaktadır.

Burch Kolposüspansiyon

Nüks SÜİ sonrası burch kolposüspansiyonunun sonuçlarını değerlendiren bir derlemede %76 oranında başarı bildirilmiştir. Bununla birlikte daha önce iki cerrahi geçirenlerde %25; üç cerrahi geçirenlerde başarısı ise %0 bildirilmiştir.

Tekrar Mid Üretral Slingler

Her ne kadar kolay uygulanabilen bir teknik olsa da daha önceden MUS yerleştirilmiş olması dar olan alanda komplikasyon riskinin artabileceği ve etkinliğin sınırlı kalabileceği endişesini doğurmaktadır. Stav ve ark. (20) toplam 1225 hastada ilk ya da tekrar yapılan MUS etkinliğini değerlendirmişler. Tekrarlayan MUS uygulamasında başarı oranı %62 iken ilk uygulamada oran %86 bulunmuş. Tekrarlayan grupta transobturator tape (TOT) yapılanlarda başarı oranı %48 transvaginal tape (TVT) yapılanlarda %71 bildirilmiştir. ISD komponentinin nüks grubunda %31 iken primer grupta %13 olduğu tespit edilmiştir. Genel komplikasyon oranlarında bir farklılık olmakla birlikte, de novo sıkışma hissi oranı tekrar MUS yapılan grupta %30 ve primer grupta %14 saptanmıştır.

Lee ve ark. (21) yaptıkları çalışmada tekrarlayan TVT uygulamasında başarı oranı %92,3 ve TOT uygulamasında %62,5 bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ikinci cerrahi yöntem olarak TVT seçilmesi daha başarılı sonuçlanmaktadır. Nüks SÜİ tedavisinde tekrar MUS ile rektus fasya slinglerin etkinliklerinin karşılaştırıldığı yakın zamanda yayınlanmış bir çalışmada her iki yöntemde de benzer sonuçlar elde edilmiş olup 29 aylık ortanca takipte kür oranı %61,4 olarak bulunmuştur (22). ISD komponenti olan vakalarda TOT yerine retropubik yöntemin (TVT) seçilmesinin daha başarılı olacağına dair kanıtlar bulunmaktadır (12).

Pubovajinal Sling

Otolog pubovajinal slingler MUS'dan farklı olarak mesane boynuna yerleştirilir ve %66 ile %92 arasında bildirilen başa-

rı oranları mevcuttur (23). Bununla birlikte daha invaziv bir yöntem olması nedeniyle çoğu zaman ilk seçenek olarak tercih edilmemektedir. Mesane boynuna yerleştirilmesi nedeniyle sfinkterik komponentin etkilenmesinin ön planda olduğu vakalarda tercih edilmesi daha mantıklıdır. Milose ve ark. (24) rekürren SÜİ olan kadınlarda atolog pubovajinal sling uygulaması sonrası sonuçlarını yayınladıkları çalışmalarında SÜİ de kür elde etme oranı %70 ve tüm inkontinans türlerinin tam tedavi oranı %38 olarak bildirilmiştir. Sentetik meşin operasyon öncesi çıkarılması ameliyat başarısını etkilememiştir.

Bant Kısaltma

Yeni bir MUS yerleştirmek yerine mevcut askının kısaltılıp gerginliğinin artırılması ilk kez Villet tarafından tanımlanmıştır (25). Tekrar MUS ve bant kısaltmanın karşılaştırıldığı bir çalışmada tekrar MUS grubunda kür oranı %72,2 saptanırken bu oran bant kısaltılan grupta % 46,7 bulunmuş. Özellikle valsalva kaçırma noktası basıncı 60 cm H₂O'dan düşük olan hastalarda bu fark daha belirgin olarak izlenmiş (26). Bant kısaltma operasyonu düşük başarı oranı nedeniyle günümüzde kabul gören bir yöntem değildir.

Ayarlanabilir Sling

Kadın SÜİ vakalarında her ne kadar standart bir yöntem olmasa da ISD ya da nüks inkontinans vakalarında tercih edilebilecek yöntemlerden biridir. Errando ve ark. (27) ayarlanabilir sling uygulanan 70 ISD ve 55 nüks inkontinans vakasında yaptıkları çalışmada ped testi ve ürodinami ile değerlendirme %87'lik bir başarı rapor etmişlerdir. Nüks SÜİ grubunda başarı oranı %89 olarak bildirilirken takiplerde % 14 hastaya ikinci ayarlama ihtiyacı olmuştur.

Ayarlanabilir Kontinans Tedavi Sistemi

Ayarlanabilir kontinans tedavi sistemi (ACT) yakın zamanda erkek ve kadın için kullanılabilen bir tedavi yöntemidir. Abouseif ve ark. (28) yakın zamanda yayınladıkları çalışmalarında rekürren SÜİ olan 162 kadında ACT ile %52 tam kuruluk ve %80'lik iyileşme raporlanmıştır. Hastaların %24'ünde komplikasyon görülürken, %18'inde cihazın çıkarılması gerekmiştir. Bu komplikasyonların çoğu barsak ya da damar yaralanması gibi major komplikasyonlar olmayıp port erozyonu, balonun migrasyonu gibi komplikasyonlardır.

Sonuç

Özetle, tedaviye başlamadan önce rekürren SÜİ yeterince iyi tanımlanmalıdır. Tedavide henüz tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Daha önce MUS uygulanmış hastalara tekrar MUS özellikle de TVT uygulanabilir. Yapılan muayene ve incelemelerde üretranın fikse olduğu saptanırsa pubovajinal sling ope-

rasyonu yapmak daha uygundur. Bütün bunlar ile birlikte tedaviye karar aşamasında, olası kazanımlar ve komplikasyonlar hasta ile detaylı olarak tartışılmalı ve ortak karar verilmelidir.

Kaynaklar

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: 167-78. [CrossRef]
2. Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Rev Urol* 2004; 6 Suppl 3: S3-9.
3. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2013; 37: 459-72. [CrossRef]
4. Delorme E, Droupy S, de Tayrac R, Delmas V. Transobturator tape (Uratape): a new minimally-invasive procedure to treat female urinary incontinence. *Eur Urol* 2004; 45: 203-7. [CrossRef]
5. Heinonen P, Ala-Nissila S, Kiilholma P, Laurikainen E. Tension-free vaginal tape procedure without preoperative urodynamic examination: long-term outcome. *Int J Urol* 2012; 19: 1003-9. [CrossRef]
6. Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, Juma S, Karram MM, Lightner DJ, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol* 2010; 183: 1906-14. [CrossRef]
7. Verbrugghe A, De Ridder D, Van der Aa F. A repeat mid-urethral sling as valuable treatment for persistent or recurrent stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 999-1004. [CrossRef]
8. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Lee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2010; 21: 149-55. [CrossRef]
9. Paick JS, Cho MC, Oh SJ, Kim SW, Ku JH. Factors influencing the outcome of mid urethral sling procedures for female urinary incontinence. *J Urol* 2007; 178: 985-9. [CrossRef]
10. Cetinel B, Demirkesen O, Onal B, Akkus E, Alan C, Can G. Are there any factors predicting the cure and complication rates of tension-free vaginal tape? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 188-93. [CrossRef]
11. Scarpero HM, Dmochowski RR. Sling failures: what's next? *Curr Urol Rep* 2004; 5: 389-96. [CrossRef]
12. Lovatsis D, Easton W, Wilkie D, Society of O, Gynaecologists of Canada Urogynaecology C. Guidelines for the evaluation and treatment of recurrent urinary incontinence following pelvic floor surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32: 893-904. [CrossRef]
13. Coskun B, Lavelle RS, Alhalabi F, Lemack G, Zimmern PE. Urodynamics for incontinence after midurethral sling removal. *Neurourol Urodyn* 2015; 24: doi: 10.1002/nau.22831. [Epub ahead of print] [CrossRef]
14. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012; 62: 1130-42. [CrossRef]

- 104
15. Nikolopoulos KI, Betschart C, Doumouchtsis SK. The surgical management of recurrent stress urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 568-76. [\[CrossRef\]](#)
 16. Patil A, Moran P, Duckett J, British Society of Urogynaecology Audit C. How do urogynaecologists treat failed suburethral slings? Experience from the British Society of Urogynaecology database and literature review. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31: 514-7. [\[CrossRef\]](#)
 17. Herschorn S, Steele DJ, Radoski SB. Followup of intraurethral collagen for female stress urinary incontinence. *J Urol* 1996; 156: 1305-9. [\[CrossRef\]](#)
 18. Nadeau G, Herschorn S. Management of recurrent stress incontinence following a sling. *Curr Urol Rep* 2014; 1: 427. [\[CrossRef\]](#)
 19. Isom-Batz G, Zimmern PE. Collagen injection for female urinary incontinence after urethral or periurethral surgery. *J Urol* 2009; 181: 701-4. [\[CrossRef\]](#)
 20. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YN, Chao F, et al. Repeat synthetic mid urethral sling procedure for women with recurrent stress urinary incontinence. *J Urol* 2010; 183: 241-6. [\[CrossRef\]](#)
 21. Lee KS, Doo CK, Han DH, Jung BJ, Han JY, Choo MS. Outcomes following repeat mid urethral synthetic sling after failure of the initial sling procedure: rediscovery of the tension-free vaginal tape procedure. *J Urol* 2007; 178: 1370-4. [\[CrossRef\]](#)
 22. Aberger M, Gomelsky A, Padmanabhan P. Comparison of retro-pubic synthetic mid-urethral slings to fascia pubovaginal slings following failed sling surgery. *Neurourol Urodyn* 2016; 35: 851-4. [\[CrossRef\]](#)
 23. Chaikin DC, Rosenthal J, Blaivas JG. Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis. *J Urol* 1998; 160: 1312-6. [\[CrossRef\]](#)
 24. Milose JC, Sharp KM, He C, Stoffel J, Clemens JQ, Cameron AP. Success of autologous pubovaginal sling after failed synthetic mid urethral sling. *J Urol* 2015; 193: 916-20. [\[CrossRef\]](#)
 25. Villet R, Ercoli A, Atallah D, Hoffmann P, Salet-Lizee D. Second tension-free vaginal tape procedure and mesh retensioning: two possibilities of treatment of recurrent-persistent genuine stress urinary incontinence after a primary tension-free vaginal tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 377-9. [\[CrossRef\]](#)
 26. Han JY, Moon KH, Park CM, Choo MS. Management of recurrent stress urinary incontinence after failed midurethral sling: tape tightening or repeat sling? *Int Urogynecol J* 2012; 23: 1279-84. [\[CrossRef\]](#)
 27. Errando C, Rodriguez-Escovar F, Gutierrez C, Baez C, Arano P, Vil-lavicencio H. A re-adjustable sling for female recurrent stress incontinence and sphincteric deficiency: Outcomes and complications in 125 patients using the Remeex sling system. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 1429-32. [\[CrossRef\]](#)
 28. Aboseif SR, Franke EI, Nash SD, Slutsky JN, Baum NH, Tu le M, et al. The adjustable continence therapy system for recurrent female stress urinary incontinence: 1-year results of the North America Clinical Study Group. *J Urol* 2009; 181: 2187-91. [\[CrossRef\]](#)
-