

Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu Birlikteliği: Pelvik Taban Disfonksiyonları Terminolojisine Farklı Bir Bakış

Adnan Orhan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Bilim Dalı

Özet

Kadınlarda üriner inkontinans ile pelvik organ prolapsusu birlikteliği sanıldığından daha sıktır. Üriner inkontinans şikâyeti ile klinisyene başvuran hastada pelvik organ prolapsusu ile ilgili semptomlar sorgulanmalıdır. Hastalar bazen kendilerinin durumu idare eden davranışlarından dolayı semptomlarını doktora söyleyememektedirler. Bu da tedavinin etkin ve efektif olmasını engelleyebilir. Ürojinekolojik bakış açısı ile yaklaşılan her üriner inkontinans olgusunda pelvik organ prolapsusunun ayırıcı tanısının yapılması daha etkin bir tedavinin şekillenmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, kadınlarda üriner inkontinans, sakral ağrı

GİRİŞ

Kadınlarda üriner inkontinans ve pelvik taban disfonksiyonları birbirleri ile sıklıkla iç içe geçmiş semptomlar barındırır. Öyle ki pelvik organ disfonksiyonu ile başvuran hastaların %30-50'sinde ek olarak üriner inkontinans veya üriner sistem fizyolojisi veya anatomisini etkileyen bir patoloji bulunmaktadır.

Hem üriner inkontinansın terminolojisinde hem de pelvik organ prolapsusunun terminolojisinde birçok farklı tanım ve terim bulunmaktadır. Üriner inkontinansla başvuran bir hastanın pelvik organ disfonksiyonu ile ilgili patolojiler açısından da değerlendirilmesi ürojinekolojik perspektif ile çalışan bir cerrah için olmazsa olmazlardandır.

İnkontinans insan yaşamının birçok evresinde karşımıza çıkan bir semptomdur. Çocukluk hayatının en zor problemlerinden biri iken, kadın hayatının orta son dönemlerini etkiler. Erkek yaşamında ise prostat ile ilişkili olarak ve/veya izole olarak seyrederek. Eskiden beri bütün bu patolojiler için tek bir terminoloji kullanılmaktayken ürojinekolojik perspektifin kazanılması ile her bireyin kendi içinde bulunduğu toplumla birlikte değerlendirilmesinin daha doğru olacağı görüşü önem kazanmıştır. Örneğin erkek bir hastanın prostat hipertrofisi ile birlikte seyreden inkontinansı ile kadın bir hastanın perimenapozal dönemde yaşadığı üriner inkontinans birbirlerinden büyük ölçüde farklı olacaktır.

Tablo 1. Bölge Bölge İnkontinans Semptomlarının Terminolojisi:

Depolama
Boşaltım
İşeme sonrası
Cinsel ilişki sırasında
Pelvik Organ Prolapsusu (POP) Semptomları: 1. Vajinal kitle hissi 2. Pelvik ağrı 3. Kanam,akıntı, enfeksiyon 4. Sabitleme / Dijitasyon 5. Sırt ağrısı
Genital üriner ağrı
Duyusal
Seksüel disfonksiyon
Anorektal disfonksiyon
İdrar yolu enfeksiyonu

Yaklaşık olarak 30 yıldır kadın ürolojisi ve pelvik taban disfonksiyonları hakkında terminoloji üzerine çalışan kurulları ile International Urogynecological Association (IUGA) ve International Continence Society (ICS) bu konu hakkında yeterli bilgi ve data birikimine ulaşmıştır.

Aşağı doğru bir yumru veya kitlenin baskı hissi, alt kısımdan aşağı sanki bir şeyler düşecek hissi, sırtın alt kısımlarında ağrı, aşağı bir şeylerin sürükleniyor gibi olması hissi sıklıkla hastaların bahsettiği şikayetlerdir. Semptomlar genellikle yer çekiminin devreye girdiği durumlarda artar. Örneğin uzun süreli ayakta kalınan saatler, stresli iş yaşamı, sürekli sabit veya artan ağırlıklar kaldırma gibi aktiviteler yerçekimini etkisinin giderek hissettirmesini sağlar. Benzer şekilde hasta yerçekimini devrede olmadığı yatma, uzanma, dinlenme gibi durumlarda rahattır. Karın içi basıncın arttığı durumlarda da pelvik taban disfonksiyonu olan bir hastanın semptomları belirginleşir. Ağır bir şeyler kaldırma, taşıma, yüksek eforlu egzersiz, defekasyon yaparken zorlanma gibi aktiviteler karın içi basıncını arttıran durumlara birkaç örnektir.

Kadın hastada bölge bölge inkontinans terminolojisi Tablo 1’de verilmiştir. Üriner inkontinans şikayeti ile gelen kadın hastada pelvik organ prolapsusunu öngörebilecek semptomlar aşağıda ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Vajinal Bulging (Vajinal Dolgunluk)

Vajinal “bulge” hissi hastanın hissettiği vajinal dolgunluk veya aşağı doğru olan baskı hissidir. Hasta bu şikâyeti “Sanki bir şeyler aşağı doğru iniyor kayıyor hatta bazen aşağıya düşürecekmişim gibi hissediyorum” şeklinde ifade eder. Hasta kendisi eliyle aşağı doğru gelen veya sarkan prolapsusu hissedebilir veya bir ayna yardımı ile kendisi görebilir. Evre 3-4 prolapsusu olan hastalarda ise hasta zaten prolapsusunun bacakları arasında bir kitle gibi devamlı surette durduğundan şikayetçidir. Hastalar aşağı doğru sarkan kitlenin malignite potansiyeli taşıyabilme riski açısından son derece anksiyöz olabilir ve bu yüzden başvurmuş olabilir. Klinisyen ortaya çıkan durumun ön planda hayatı fonksiyonları etkileyen değil de kozmetik bir patoloji olduğunu ve malignite açısından düşük risk ihtiva ettiğini hastaya belirterek hastayı rahatlatılabilir.

Pelvik bölgede baskı hissi

Hasta pelvik bölgede veya karnın alt kısımlarında baskı hissinden yakınır. Karnın alt bölgelerinde ağırlık hissi veya kasıklarına doğru bir şeyler sürükleniyor hissi şeklinde de ifade edebilir.

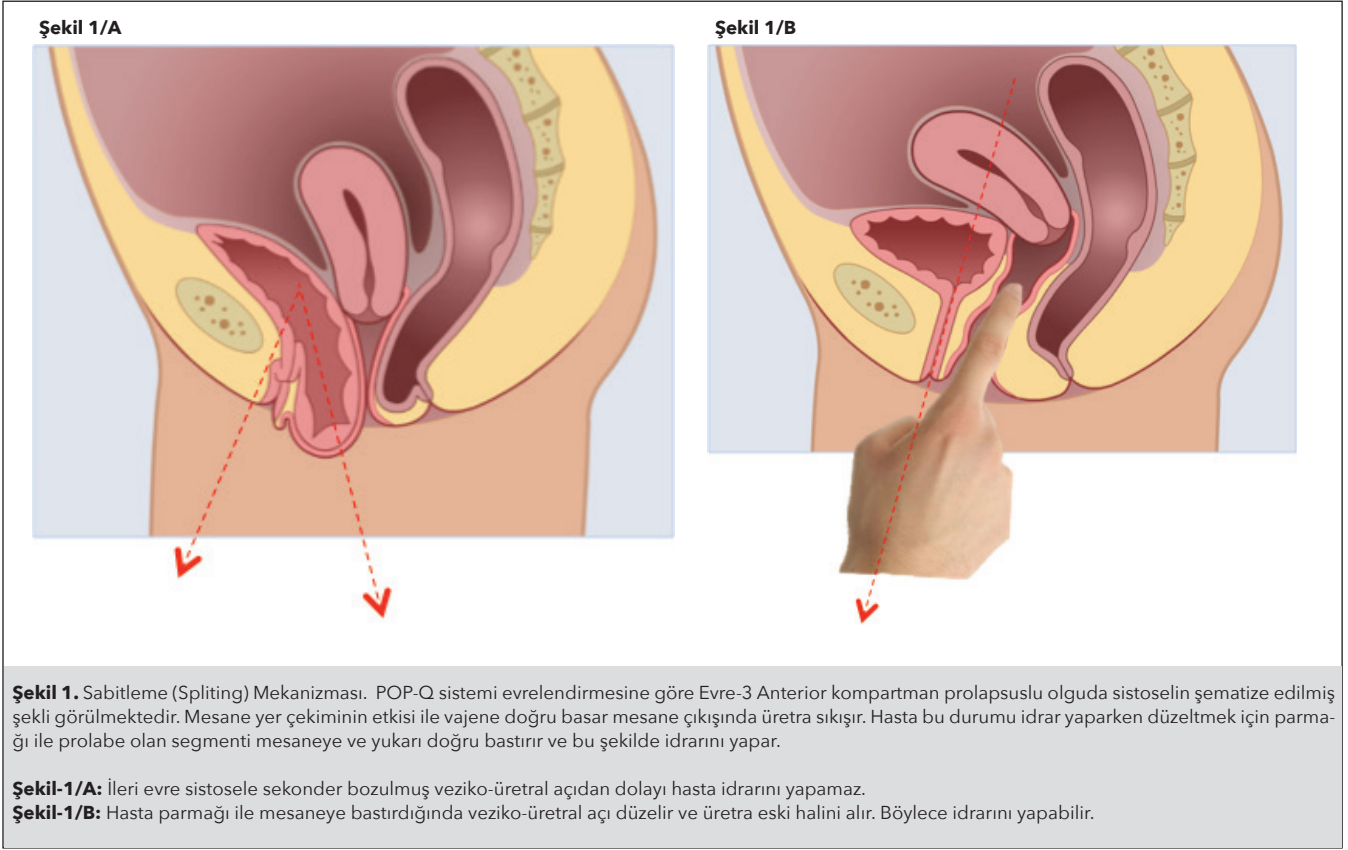
Kanama, akıntı, enfeksiyon

Prolapsus şikayetleri de olan inkontinanslı kadında kanama, kötü kokulu akıntı ve diğer enfeksiyon bulgularının da olması aslında son derece nadirdir. Özellikle ihmal edilmiş olgularda veya doktora gelmeyen, gelmeyen hastalarda bu tür durumlara rastlanır. Devamlı surette vajinal introitustan dışarıda olan ve doğal olarak dış ortama açık olan hastada prolabe segment tahriş ve sürtünme ile abraze olur. Sürekli hasar ve abrazyon; ekskoriyasyon ve kanamaya, enfekte olduğunda da daha sıkıntılı durumlara yol açar. Bu tür hastalarda ilerleyen dönemlerde vajen mukozasından skuamöz hücreli karsinom dahi gelişebilir. Bu tür hastalar preoperatif dönemde interne edilerek operasyona kadar septik tabloyu çözecek antibiyoterapi başlanmalıdır.

Sabitleme/ Dijitasyon

Pelvik organ prolapsusu olan kadınların en farklı ve ilginç semptomlarından olan sabitleme ve dijitasyon sorgulaması aslında birçok klinisyen tarafından ihmal edilmektedir. Halbuki ön ve arka kompartmanın ne kadar non-fonksiyone olduğunu anlamak için her iki bulgu da son derece önemlidir.

Sabitleme ya da splintleme aslında bir ortopedi terimidir. Yerinden çıkan veya sabit olmayan bir ek-

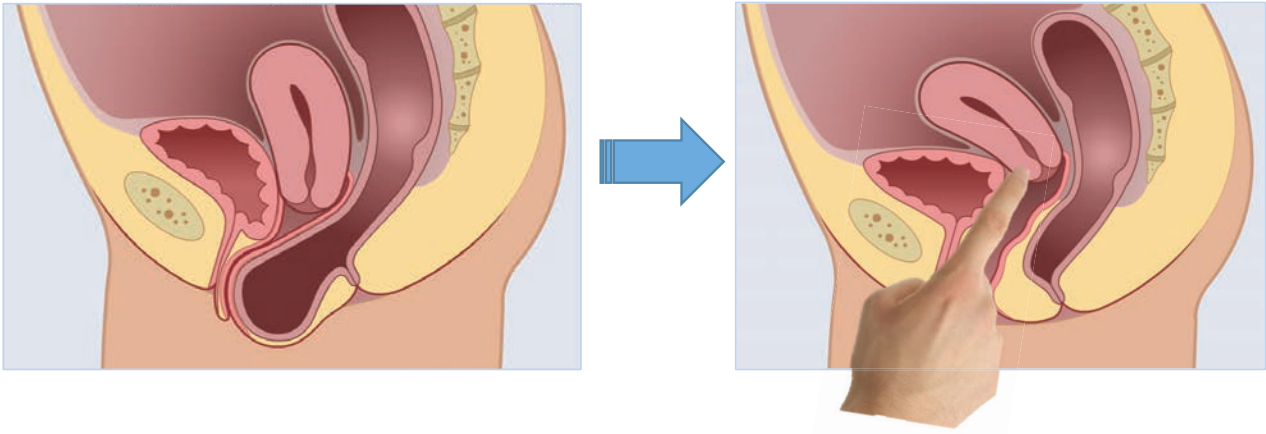


lem veya ekstremiteleri sabitlemek için kullanılır. Pelvik organ prolapsusundaki anlamı ise hastanın idrarını yapabilmek için prolabe olan kısmı mesaneye doğru ittirilmesidir. Böylece bozulmuş olan veziko-üretral açı tekrar eski haline gelebilir. Sabitleme genellikle prolapsus şikâyeti olan hastaya "İdrar kaçırıyor musunuz?" sorusu yöneltildiğinde ortaya çıkar. Hasta hiç idrar kaçırmadığını ve aksine idrar yapmaya çalışırken yapamadığı için eli veya parmakları ile prolabe olan kısmı mesaneye doğru bastırarak idrar yaptığını ifade eder (Şekil 1). Splinting prolapsusun düzeyi ile orantılı olmakla birlikte hakkında çok az miktarda bilimsel data birikimi vardır. Splinting ile prolapsusu arasındaki korelasyon veya splinting'in aşamaları halen araştırmacılar açısından çalışılmaya muhtaç bakir alanlardır.

Dijitasyon, daha türkçeleştirilmiş haliyle "Parmaklama" sistoselden ziyade rektosel için kullanılan bir terimdir. Bu durumda hasta rektoselin volümü ve ağırlığı ile vajenin ve önde mesanenin sıkışmasından rahatsız olur. Özellikle defekasyon esnasında bu sefer puborektal açığı düzeltmek için parmakları ile prolabe olan kısmı vajen içine ve rektuma doğru bastırır (Şekil 2). Bu şekilde vajen içine doğru baskı yapan rektosel ve

enterosel kesesinin daralttığı puborektal açı tuzaktan kurtulur ve genişler. Böylece hasta daha rahat defekasyon sağlar. Dijitasyon, splinting semptomunun aksine hastayı direk olarak doktora getirebilir. Çünkü hastalar üriner inkontinans semptomlarını daha çok kozmetik nedenler olarak görüp ilk etapta kendi başlarına çözmeye uğraşırken, defekasyon ile ilgili problemleri için hemen doktora başvurma eğiliminde olurlar. Bunun da temel nedeni kokudur. İdrar kokusu bez, üst değiştirme, hızla tuvalete gitme gibi konservatif hareketlerle hızla bertaraf edilebilir. Fakat gaita ile ilgili problemler hastalar için her zaman psikolojik sonuçlar da doğurabilecek daha kompleks patolojilerdir. Dijitasyon evrelemesi, şiddetinin önemi veya prolapsusu ile olan ilişkisi hakkında yeterli veri yoktur. Prolapsusun evresinin artması ile dijitasyon semptomunun da şiddetlenmesi beklenir fakat bunun altında yatan bilimsel bir veri yoktur.

Hem splinting hem de dijitasyon semptomlarındaki ortak nokta; hastaların rahat idrar yapma ve rahat defekasyonda bulunmanın yolunu tesadüfen bulmalarıdır. Her hasta prolabe olan organını doğal bir içgüdü ile tekrar bulunduğu yere gönderme eğilimine girer.



Şekil 2. Digitasyon (Parmaklama) Mekanizması.

POP-Q sistemi evrelerine göre Evre-3: Posterior kompartman prolapsusu olguda rektoselin şematize edilmiş şekli görülmektedir. Rektum yer çekiminin etkisi ile vajene doğru basar ve tüm gaita içeriği sigmoid kolon yerine anal kanalda vajene doğru baskı yapar. Defekasyon olamadığı sürece gaita daha da fazla burada birikir ve ilerleyen durumlarda enterosel de olaya eşlik eder. Hasta rahat bir şekilde defekasyonu tamamlaması için kendi kendine vajinal tuşe yapması gerekir.

ğinde, parmaklarının daha rahat idrar veya gaita yapmasına yardımcı olacağını keşfeder. Klinisyen bunun geçici ve tehlikeli bir çözüm olduğunu ve tedavinin kaçınılmaz olduğunu hastaya belirtmelidir.

Sakral ağrı

Üriner inkontinans şikâyeti olan kadınlarda pelvik organ prolapsusu ile ilgili semptomlar arasında belki de en nadir olanı sakral alt sırt ağrısıdır. Hastalar bu ağrıyı genellikle menstrüasyon sancısı gibi periodik olarak tanımlarlar. Dolayısı ile bu semptom daha sıklıkla perimenapozal dönemdeki kadınlarda ortaya çıkar. Hasta prolapsusu ile birlikte sırt ağrısının ortaya çıktığını, ayakta kaldığında veya çok fiziksel aktivite yaptığında daha fazla ağrı çektiğini ifade eder. Bazen bu semptom tek başına hastayı doktora getirebilir. Yani hasta inkontinans veya prolapsustan ziyade bunlarla birlikte olan ağrıdan canı yandığı için doktora gidebilir.

Kaynaklar

1. <https://www.ics.org/terminology/>
2. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. Paul abrams, linda cardozo, magnus fall, derek griffiths, peter rosier, ulf ulmsten, philip van kerrebroeck, arne victor, and alan wein. Urology 61: 37-49, 2003
3. Iuga/ics joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Standardisation and terminology committees iuga and ics, joint iuga / ics working group on female terminology. Bernard t. Haylen, dirk de ridder, robert m. Freeman, steven e. Swift, bary berghmans, joseph lee, ash monga, eckhard petri,

dıaa e. Rızık, peter k. Sand, gabriel. N. Schaer. Neuroourol urodyn. 2010;29(1):4-20. Doi: 10.1002/nau.20798. Int urogynecol j (2010) 21:5-26 doi: 10.1007/s00192-009-0976-9

4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neuroourol Urodyn 2002; 21:167.
5. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, et al. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. Int Urogynecol J 2012; 23:1087.
6. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol 2007; 177:680.
7. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, et al. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. Am J Obstet Gynecol 2007; 197:86.e1.
8. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. BJU Int 2009; 103 Suppl 3:4.
9. Gibson W, Hunter KF, Camicioli R, et al. The association between lower urinary tract symptoms and falls: Forming a theoretical model for a research agenda. Neuroourol Urodyn 2018; 37:501.
10. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstet Gynecol 2014; 123:141.
11. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008; 300:1311.
12. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol 2001; 98:1004.
13. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG 2000; 107:1460.
14. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med 2008; 358:1029.
15. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. Obstet Gynecol 2013; 122:539.

16. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ* 2014; 349:g4531.
17. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:213.
18. Steven E Swift and Alfred E. Bent. Basic evaluation of the incontinent female patient. In: *Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction*, 6, Alfred Bent, Geoffrey Cundiff, Steven Swift (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2008. p.67.
19. Milson I, Altman D, Lapitan, et al.. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: *Incontinence*, 4th ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publications Ltd., Plymouth, UK 2009. p.35.
20. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2017; 28:687.
21. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, et al.. Incontinence in the frail elderly. In: *Incontinence*, 4th ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. (Eds), Health Publications Ltd, Paris 2009. p.961.
22. Myers DL. Female mixed urinary incontinence: a clinical review. *JAMA* 2014; 311:2007.
23. Staskin D, Hilton P, Emmanuel A, et al. Initial assessment of incontinence. In: *Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence*, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publications Ltd, 2005. p.485.
24. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2012; 188:2455.
25. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol* 2015; 193:1572.
26. Al Afraa T, Mahfouz W, Campeau L, Corcos J. Normal lower urinary tract assessment in women: I. Uroflowmetry and post-void residual, pad tests, and bladder diaries. *Int Urogynecol J* 2012; 23:681.
27. Staskin D, Hilton P, Emmanuel A, et al. Initial assessment of incontinence. In: *Incontinence*, 3rd ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. (Eds), Health Publications, Plymouth, UK 2005. p.485.
28. Rosier PF, Gajewski JB, Sand PK, et al. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008--Committee on: "Dynamic Testing"; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part 1: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:140.