

YAŞLIDA ÜRİNER İNKONTİNANSA YAKLAŞIM

Doç.Dr. Murat Varlı - Dönem 5 Geriatri Ders Notları

Üriner inkontinans(UI) yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli geriatrik sendromlardan birisidir. Genellikle hasta tarafından belirtilmeyen bir sosyal problemdir. Yaşlılar sıklıkla şikayet olarak idrar kaçırdıklarını söylemezler, klinisyenler rutin poliklinik izlemlerinde Üİ üzerinde fazla durmazlar veya ihmal ederler. Bu nedenle sık görülen ve spesifik tedavilerle başarı sağlanabilen veya idrar kaçırma sıklığı azaltılabilen bir durum) gözardı edilir ve tedavisiz kalır.

Değişik tanımları olmakla birlikte Uluslararası Kontinans Derneğinin [International Continence Society (ICS)] belirlediği tanım genel kabul görmüştür. ICS 2002 yılında yeni bir tanımlama yaparak UI için daha pratik bir yaklaşım getirmiştir. Buna göre miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır.

İnkontinans prevalansı ile ilişkili yapılan çalışmalarda popülasyonun özelliklerine göre farklı sonuçlar bildirilmiştir. Toplumda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlılarda prevalansı %8-18 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Sürekli veya ciddi inkontinans toplumda yaşayan yaşlıların yaklaşık %5'inde görülür. Bu oranlar hastanede yatanlarda %40-70'lere, bakımevlerinde yaşayanlarda ise %40-50'lere ulaşmaktadır. Yaş ve bozulmuş fonksiyonel durum hem erkek hem de kadınlarda üriner inkontinans için bağımsız risk faktörleridir.

Tüm tıbbi ve sosyal olumsuz etkileri yanında, ülkelere ekonomik maliyetinin de yüksek olması, ayrıca üzerinde durulması gereken önemli bir faktördür. Amerika Birleşik Devletlerinde UI tedavisi için her yıl yaklaşık 32 milyar dolar harcandığı tahmin edilmektedir. Bu maliyet, diyaliz ve koroner by-pass cerrahisi için harcanan paranın toplamından fazladır. Alt bezleri için harcanan para da 6 milyar dolar gibi önemli bir maliyet kalemidir.

Üriner inkontinans, neden göz ardı edilen bir problem olarak kalmaktadır? Temelde yaşlılar üriner inkontinansı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görür ve tedavisinin güç olduğunu düşünürler. Ayrıca cerrahi tedavi gerekeceği korkuları gibi değişik endişeleri vardır. Bunların yanında utanma duygusu üriner inkontinansın göz ardı edilmesi için önemli bir faktördür. Hastalar dışında doktorlar da genelde üriner inkontinans konusunda ilgisizdir. Üriner inkontinans, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en son medikal tabu olarak isimlendirilmiştir. Pek çok doktorun üriner inkontinans ile ilgili soru sormaktan tereddüt ettiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bu konu ile spesifik ilgilenenler dışındaki doktorların üriner inkontinans konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı da görülmüştür. Yaşlanmanın tek başına üriner inkontinansa yol açmadığı ve pek çok hastada tam bir kontinans sağlanamasa bile tedavi başarısının yüksek olduğu bilinmelidir.

Üriner inkontinans, her ne kadar hayatı tehdit eden bir durum olmasa da sıklıkla komorbid başka hastalıklara yol açar. Anksiyete ve depresyon birlikteliği sık görülür (%37-56). Özellikle kadınlarda yapılan çalışmalarda üriner inkontinansa %30-46 oranında değişen oranlarda seksüel disfonksiyonun eşlik ettiği görülmüştür. İnkontinansı olan yaşlılar sıklıkla fiziksel aktivitelerini kısıtlar ve uzun süreli egzersiz veya sportif programlara katılmak istemezler. Utanma nedeniyle kendilerini toplumdan soyutlarlar. Bu durum sosyal fonksiyon ve davranışları olumsuz etkiler. Üriner inkontinansı olan yaşlılarda yaşam kalitesi bozulur ve fiziksel aktivitenin kısıtlanmasına paralel olarak hipertansiyon, osteoporoz, koroner kalp hastalıkları, psikolojik sorunlar gibi problemlerin görülme sıklığı artar. Yine lokal cilt reaksiyonları, dermatit, infeksiyon ve buna sekonder bası yarası gelişimi, uyku bozuklukları ve düşmeler bu hastalarda sık görülür. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki üriner inkontinans yaşlının uzun dönem bakımevlerine yatırılma sebeplerinin başında gelir. Kendisi olmasa bile yarattığı sonuçlar, önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir.

Üriner inkontinans konusunu iyi anlayabilmek için miksiyon fizyolojisi, inkontinansı kolaylaştıran yaşa bağlı değişiklikler ve kontinans için gerekli özellikler bilinmelidir.

ÜRİNER İNKONTİNANS PATOGENEZİ

İşeme Fizyolojisi

İşeme kompleks bir olaydır. Sempatik, parasempatik ve somatik liflerin koordinasyonu gerekir. Otonom bir fonksiyon olduğu kadar beyin sapı, korteks gibi üst merkezlerin etkisi altındadır. Bu merkezlerin devreye girmesi kontinansın istemli bir şekilde başlatılabilmesini sağlamaktadır. Mesanenin dolması ve boşaltılmasında rol oynayan otonom mekanizmalar sempatik ve parasempatik sinir liflerinin kontrolü ile sağlanır. Mesane dolarken sempatik sistem aktif durumdadır ve mesaneyi gevşetirken, mesane boynunun kasılmasına yol açar (alfa ve beta adrenerjik lifler), mesane dolduğunda ise duvar gerilimi nedeniyle mekanoreseptörler devreye girer ve işeme olayının başlatılması bilgisi üst merkezlere iletilir. Bu dönemde sempatik tonus azalır ve parasempatik sistem aktif hale gelir ve mesane kontraksiyonları başlar. Sakral pudental somatik dallar pelvik taban kasları ve eksternal üretral sfinkteri kontrol ederek kontinansı sağlamada rol oynar.

Mesane kapasitesi 300-500 mL'dir. İlk sıkışma hissi ve işeme genellikle idrar 150-300 mL'ye ulaştığında görülür. Kontinansın sağlanmasında işemenin fizyolojik mekanizmaları kadar fonksiyonel tuvalet yetenekleri (mobilité) ve kognitif yetiler de önemlidir. Yaşlıda alt üriner sistemin yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünü etkileyen faktörler, idrar miktarı artışı ve tuvalete bağımsız olarak ulaşımı engelleyen durumlar üriner inkontinans gelişimini kolaylaştırır.

Üriner İnkontinansı Kolaylaştıran Nedenler

Yaşlılık tek başına üriner inkontinansın sebebi değildir. Ancak yaşlılıkta üriner inkontinans prevalansının artması, yaşa bağlı üriner sistemde meydana gelen değişiklikler ile yakından ilgilidir.

Bu değişiklikleri özetlersek; üretral basınç yaşa bağlı azalma eğilimindedir. Erkeklerde yaşla birlikte prostat boyutlarının artış göstermesi idrar retansiyonuna yol açabilir. Kadınlarda ise menapozla birlikte azalan östrojen, vajinal atrofiye ve üretra çevresindeki destek dokuların azalmasına ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak inkontinans için eğilim yaratabilir. Yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinin azalması, rezidü idrar miktarı artışı ve istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması, üriner inkontinans için diğer kolaylaştırıcı sebeplerdir. Bunların yanında yaşla ilişkili renal konsantrasyon mekanizmalarında oluşan düzensizlikler ve arginin-vazopresinin normal diürenal ritmindeki bozulmalar gece idrar miktarının artmasına (noktürnal poliüri) ve inkontinansa eğilim oluşturur.

Yaşlıda genitoüriner sistemde görülen pekçok değişiklik yanında metabolik, sistemik pek çok sebepte Üİ gelişimini kolaylaştırır.

Diyabet, gerek ozmotik diürez, gerekse detrussor aşırı aktivitesine yol açabilen nöropatik değişikliklere yol açarak inkontinansa yol açar. Kalp yetmezliği, uyku apne nöbetleri ve ciddi konstipasyon yaparak üriner inkontinansa yol açabilen diğer nedenlerdendir. İlaçlar hem üriner inkontinansa yol açabilen hem de inkontinansı artıran önemli faktörlerdir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri öksürüğe yol açarak stres üriner inkontinans gelişimini kolaylaştırabilir. Diüretikler zorlu diürece yol açarak üriner inkontinans geliştirebilir. Kalsiyum kanal blokerleri, antikolinerjikler, opiyatlar mesane boşalmasını bozabilir. Yalnız yaşayan yaşlılarda bakım veren yardımcı kişilerin olmaması da önemli nedenlerden birisidir.

Özellikle kırılğan yaşlılarda mesane aşırı aktivitesi vardır ancak kontraksiyonlar zayıftır [hiperaktif detrussor ve zayıf mesane kontraktilesi (Detrussor Hyperactivity with Impaired Contractility, DHIC)] ancak teşhis için mesane çıkış yolu obstrüksiyonu dışlanmalıdır. Yaşlı bakımevlerinde kalan yaşlılarda üriner inkontinansın 2. en sık nedeni DHIC'dir. Sıkışma tipi (urge) üriner inkontinans ve yüksek postvoiding rezidü (PVR) görülür. Bu nedenle Antimuskarinikler, üriner inkontinansı daha da kötüleştirir. Menapoza bağlı olarak östrojen eksikliğine sekonder gelişen ürogenital mukozada atrofi ve üretral kapanma basıncındaki azalma stres üriner inkontinansa yol açabilir. Erkeklerde yaşla birlikte sıklığı artan benign prostat hiperplazisi (BPH) üriner retansiyon ve üriner inkontinansa yol açabilir. Seksen yaş üzerinde BPH sıklığı %80'in üzerindedir. Noktürnal poliüri yaşlılarda sık görülür. Yaşlılarda artan atriyal natriüretik peptid veya değişen vazopresin seviyeleri noktüriye yol açar. Bazı yaşlılar 24 saatlik idrar çıkışının %50'sini gece çıkarır. Bu nedenle bu kişilerde gece 1 veya 2 kez idrara kalkmak normal karşılanabilir. Ayak ödemi de noktüriye yol açan nedenlerdendir.

Uİ bulunan bir yaşlıda tedavi yaklaşımını belirlemeden önce akut, geçici(transient) inkontinans sebepleri irdelenmelidir.

Akut nedenler bulunup ortadan kaldırılabirirse, kişilerin büyük çoğunluğunda inkontinans tedavisi mümkün olmaktadır. Çünkü bu nedenlerin büyük çoğunluğu geri dönüşümlü (reversibl) olan patolojilerdir. Kalıcı inkontinans yapan nedenler ise genellikle kronik ve yapısal problemler olup tam bir kür sağlanması genellikle zordur. Ancak inkontinans sıklığının azaltılması ile kişinin yaşam kalitesinin korunması genellikle mümkündür.

Geçici (Transient) İnkontinans

Toplumda yaşayan üriner inkontinans hastalarının %33'ü, hastanede veya bakımevlerinde kalanların yarısından fazlasında geçici veya geri dönüşümlü üriner inkontinans görülmektedir. Geçici nedenler DIAPPERS kısaltması ile kolayca hatırlanabilir(tablo1).

Tablo1: Geçici inkontinans nedenleri

Geçici inkontinans nedenleri
DIAPPERS
D elirium (Deliryum-akut konfüzyonel bozulma)
I nfection(İdrar yolu infeksiyonları)
A trophic vaginitis (Atrofik vajinit-üretit)
P harmaceuticals (İlaçlar)
P sychological (Psikolojik nedenler)
E xcess fluids (Fazla sıvı artışı veya alımı)
R estricted mobility (hareket kısıtlanması, immobilité)
S tool impaction(fekal impakt)

Deliryum özellikle hastane ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda sık karşılaşılan tablolardandır. Altta yatan pek çok faktör olabilir (akut infeksiyon ve hastalıklar, ilaçlar, operasyon vb.). Sebep olan etkenin ortadan kaldırılması, deliryum tablosuyla birlikte inkontinansın düzelmesiyle sonuçlanır. İdrar yolu infeksiyonları akut inkontinansın sık sebeplerindendir. Yaşlıda semptomatik idrar yolu infeksiyonu, dizüri, sık idrara çıkma ve üriner inkontinans ile sonuçlanır. Kültür ve uygun antibiyotik tedavisiyle sorun çözülebilir. Asemptomatik bakteriüri üriner inkontinansa yol açmaz. Tedavi gerektirmez.

Atrofik vajinit ve uretrit genelde sıkışma ile birlikte dir. Konjuge östrojen (oral veya vajinal) tedavisi yanı sıra, davranışsal veya antikolinergik tedaviler ile kombine uygulamalar tedavide düşünölmelidir. Psikojenik sebepler daha az sıklıkla gözlense de ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınmalıdır

İlaçlar yaşlılarda en önemli sebepler arasındadır. Çünkü yaşlılar mevcut kronik hastalıkları nedeniyle çok sayıda ilaç kullanır ayrıca polifarmasi yaşlılıkta sık yapılan yanlışlardandır. Bu nedenle hastalar değerlendirilirken iyi bir ilaç öyküsü alınmalı ve kaydedilmelidir. Diüretikler, antikolinergikler, psikotrop ilaçlar, narkotik analjezikler, α -adrenergikler, kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlar poliüri ve üriner retansiyon oluşturarak inkontinansa yol açabilir. Antikolinergik ilaçlardan sedatif antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, antiparkinson ve antipsikotik ilaçlar mesane retansiyonu yaratarak inkontinansı artırır

Çay, kahve gibi kafein içeren ve kolalı içecekler poliüri ve mesane irritasyonu yaparak üriner inkontinansa yol açabilir. Fazla sıvı alımı veya volüm yükü ve ödem (kalp yetmezliği, venöz yetmezlik vs.), diyabet, hiperkalsemi gibi metabolik tablolar poliüriye yol açarak inkontinansa eğilim yaratır. Nörolojik hastalıklar, dejeneratif eklem problemleri veya iyatrojenik sebeplerle hastanın hareket kısıtlılığı varsa ve tuvalete ulaşabilmesi engelleniyorsa uygun çevresel düzenlemeler yapılması (lazımlıklı iskemle, ördek, sürgü vs. kullanımı) ve düzenli tuvalet alışkanlığı kazandırılması ile bu durum önlenabilir

Kalıcı (Persistant) İnkontinans

Geçici inkontinans sebepleri dışlandıktan sonra üriner inkontinans devam ediyorsa kalıcı inkontinans sebepleri düşünölmelidir.

Bunları 5 grupta inceleyebiliriz.

1. Sıkışma tipi üriner inkontinans (urge),
2. Stres tipi üriner inkontinans,
3. Mikst tip üriner inkontinans,
4. Taşma tip(overflow), yüksek rezidülü üriner inkontinans
5. Fonksiyonel tip üriner inkontinans.

İnkontinans tipini belirlemek hastayı değerlendirme ve tedavide kolaylık sağlaması açısından önemlidir.

Sıkışma tipi üriner inkontinans: En sık görülen üriner inkontinans tipidir. Ani gelen sıkışma hissi ile birlikte büyük miktarlarda veya bazen az miktarda idrar kaçırma ile karakterizedir. En sık nedeni detrusor aşırı aktivitesidir [Overactive Bladder (OAB)]. OAB yaşa bağlı olarak sıklıkla idiyopatik olarak görülürken, bazen de santral inhibitör yolla yer alan lezyonlara sekonder veya pelvik radyasyon ve mesanenin motor veya sensöriyal olarak lokal irritasyonu sonucu görülür. Genellikle sık idrara çıkma ($\geq 8/24$ saat) ve noktüri ($\geq 2/gece$) görülür. Erkeklerde prostat büyümesine bağlı irritatif semptomlar sıklıkla eşlik eder.

Detrusor aşırı aktivitesinin bozulmuş mesane kontraksiyonu ile birlikte olduğu tablo, özellikle kırılğan yaşlılarda ve bakımevleri gibi uzun dönem kalınan kurumlarda yaşayan yaşlılarda sık görülmektedir. Bu durumda mesanenin tam boşalamaması sonucu sıkışma tipi inkontinans görülür. Ancak burada mesane çıkış yolu obstrüksiyonu olmaksızın artmış PVR vardır. Sıkışma tipi inkontinansa kullanılan antimuskarinik ilaçlar idrar retansiyonunu daha çok artırıp mesane globuna yol açabilir. Bu nedenle özellikle kırılğan yaşlılarda bu durum dikkatle değerlendirilmelidir.

Stres tipi üriner inkontinans: Yaşlı kadınlarda üriner inkontinansın 2. en sık görülen tipidir. Östrojen eksikliği veya önceki pelvik cerrahi veya sık vajinal doğumlarla ilişkilidir. En sık nedenleri zayıf pelvik taban kaslarının eşlik ettiği mesane çıkışı ve üretranın hiper-mobilitesidir. Obezite, inkontinans şiddetini artırabilir. İntraabdominal basıncı artıran öksürük, gülme, egzersiz, pozisyon değişikliği ile birlikte idrar kaçırma görülür.

İkinci sıklıkla intrinsek sfinkter yetmezliğine bağlı görülür. Kadında genellikle antiinkontinans cerrahisine bağlı travma veya ciddi üretral atrofi sonucu görülür. İntraabdominal basınçta hafif artışlar bile inkontinansa yol açabilir veya fiziksel aktivite süresince devam eden sürekli idrar kaçağı görülür.

Stres tipi üriner inkontinans erkeklerde sık görülmez. Ancak erkeklerde üretral cerrahi veya radyasyon tedavisi sonrası görülebilir.

Mikst tip üriner inkontinans: Sıklıkla sıkışma ve stres inkontinansın birlikte görüldüğü bir tablo olup diğer inkontinans tiplerinin kombinasyonu şeklinde de görülebilir.

Taşma (overflow) veya yüksek rezidülü üriner inkontinans: Taşma inkontinansı mesane detrusor kasının zayıflığı veya mesane çıkış yolu obstrüksiyonu sonucu görülür. Bazen iki neden bir arada olabilir. Genellikle idrar yaparken duraklama, damlama, zayıf üriner akım ile karakterizedir. Semptomlar nonspesifik olup diğer inkontinans tiplerini taklit edebilir. Bazen sık idrara çıkma ve noktüri görülebilir. Diğer inkontinans türleri ile çakışan semptomlar içerdiğinden dolayı teşhisi zordur.

Prostat büyümesi, mesane çıkışı ve üretral darlıklar, sistosel gibi anatomik engeller, hipoaktif detrusor (diabetes mellitus ve spinal kord hasarı), nörojenik faktörler (multipl skleroz ve diğer supraspinal lezyonlar) detrusor-sfinkter dissinerjisine yol açarak taşma tipi üriner inkontinansa neden olur. Nörojenik olaylarda perine duyusu azalır, sakral refleksler ve anal sfinkter tonusu bozulur. Antikolinergik ilaçlar, narkotikler ve alfa adrenerjik agonistler taşma inkontinansına yol açabilir.

Fonksiyonel üriner inkontinans: Tuvalete ulaşabilme engellenmiş (fiziksel engeller) veya zamanında ulaşma için gerekli motivasyonun kaybı (depresyon) görülür. Tuvalete uzak odalarda barınma, mobiliteyi kısıtlayan hastalıklar (ciddi eklem dejenerasyonu yapan hastalıklar), kognitif bozukluklar (demans) ve psikolojik hastalıklar (ciddi depresyon, psikozlar) en sık sebeplerdir.

Genellikle bakımevi ve hastane gibi yatılı kalınan kurumlarda görülen inkontinans tipidir. Diğer inkontinans tipleri ile bir arada bulunabilir.

İNKONTİNANS HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlıların çoğunluğu üriner inkontinansı şikayet olarak algılamadıkları için sıklıkla idrar kaçırma yakınması için kliniğe başvurmaz. Bu nedenle basit sorular sorularak üriner inkontinans olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hiç istemsiz olarak idrar kaçırdınız mı? sorusu inkontinansı tespit için genellikle yeterlidir. İnkontinans tespit edildikten sonra öncelikle geçici nedenlerin tespiti gerekir (DIAPPERS). Bu sebepler ekarte edilirse kronik veya persistan inkontinans düşünülerek üriner inkontinans alt tiplerini tespit etmek için ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Üriner inkontinans için temel değerlendirme ayrıntılı bir öykü alınması ile başlar. Sırasıyla fizik muayene, idrar tetkiki ve PVR idrar tayini, en az 3 günlük mesane günlüğü tutulması her hastada yapılmalıdır. Bu şekilde inkontinans tipi kolaylıkla saptanabilir. Basit bazı sorular sorularak da inkontinans tiplerinin ayırımının yapılması mümkün olabilir. Üç soru testinin [3 IQ (3 Incontinence Questions)] inkontinans tiplerini ayırmada ortalama %75 sensitivite ve spesifisiteye sahip olduğu gösterilmiştir.

Bu testte hastaya 3 soru sorulur. Öncelikle hastaya “son 3 ay içerisinde az miktarlarda bile olsa hiç idrar kaçırdınız mı?” sorusu yöneltilir. Eğer bu soruya olumlu yanıt varsa öksürme, hapşırma, ağırlık kaldırma, eğilip kalkma veya egzersiz ile ilişkisi sorulur. Üçüncü soru olarak sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişip yetişemediği sorgulanır. Eğer inkontinans ağırlıklı olarak fiziksel aktivite veya zorlanma ile ilişkili ise stres inkontinans düşünülür. Sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişememe varsa urge üriner inkontinans, her ikisi de birlikte görülüyorsa mikst üriner inkontinans düşünülmelidir. Fiziksel aktivite ile ilişkisi yok ve hiçbir zaman sıkışma hissi tarif edilmiyorsa öncelikli olarak diğer üriner inkontinans türleri düşünülmelidir (taşma veya nörojenik kaynaklı üriner inkontinans).

Rezidüel idrar tayini ultrasonografi (USG) ile noninvaziv olarak kolaylıkla yapılabilir. Kişi idrar yaptıktan sonra mesanede kalan idrar miktarının 50 mL'nin üzerinde olması, yeterli mesane boşalmasını gösterirken 200 mL'nin üzerinde ise mesane olduğunda, boşaltımının yetersizliğini gösterir. Böyle bir durumda hasta daha ileri inceleme için spesifik merkezlere yönlendirilmelidir.

Öykü ve fizik muayenede öncelikle bazı spesifik noktalar araştırılmalıdır. Mobilite, mental durum, ilaçlar, volüm durumu ve hastanın tuvalete erişebilme kapasitesi değerlendirilmelidir. Öyküde inkontinansın özellikleri [sıklığı, süresi, miktarı, oluş şekli, paterni (noktürnal veya diürnal)], sık görülen semptomları, tedavi amaçları, hasta veya yakınlarının öncelikleri belirlenmelidir. Ayrıca varsa tetikleyici faktörler ve eşlik eden semptomlar (dizüri, suprapubik hassasiyet, tam boşalamama hissi, idrar yaparken kesilme vb.), idrarda renk değişikliği (hematüri), mevcut ve geçirdiği hastalıkları (sık tekrarlayan üriner infeksiyon), kadınlarda vajinal doğum sayısı, pelvik cerrahi veya radyoterapi öyküsü ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede kardiyovasküler, abdominal, genital ve pelvik muayeneler ayrıntılı yapılmalıdır. Hastanın kilosu ve beden kitle indeksi alınmalıdır. Kardiyovasküler muayenede volüm yükünün değerlendirilmesi için ral, ödem, S3, S4 gibi kalp yetmezliği bulgularının olup olmadığı araştırılmalıdır.

Batın muayenesinde varsa insizyon skarları, mesane retansiyonu veya kitle yönünden batın palpasyonu yapılmalıdır. Pelvik muayene ve rektal dijital muayene, fekal impakt, rektosel, prostat boyutlarının tespiti, anal sfinkter tonusu ve perineal duyuyu değerlendirmek için yapılmalıdır.

Mutlaka kognitif fonksiyonlar (sıklıkla MMSE ve geriatrik depresyon testi ile), fonksiyonel durum (günlük temel yaşam aktiviteleri, yürüme, denge durumu), genel nörolojik değerlendirmelerin yapılması önemlidir.

Kadınlarda genital muayene sistosel, uterus prolapsusu yönünden yapılması gerekir. Laboratuvar tetkiklerinden glukoz, renal fonksiyon ve elektrolitler, idrar tetkiki ve üriner sistem infeksiyonunu düşündüren bulgular varsa idrar kültürü öncelikle istenmelidir. Ancak seçilmiş hastalarda daha ayrıntılı ürolojik, jinekolojik ve ürodinamik değerlendirmeler yapılmalıdır(tablo2).

Tablo 2: UI'da ileri inceleme gereken durumlar

İleri inceleme gerektiren durumlar
Persistan hematüri, proteinüri
Suprapubik ağrı, hassasiyet
Pelvik prolapsus, kitle
Pelvik cerrahi veya inkontinans
Tekrarlayan üriner infeksiyonlar(yılda 2 den fazla)
Pelvik bölgeye radyoterapi(son 6 ayda)
Yüksek PVR(>200ml)
Tedavilere yanıtızsızlık
Cerrahi müdahale düşünülen durumlar

TEDAVİ

Tedavi inkontinans tipine ve inkontinans özelliklerine göre bireyselleştirilerek uygulanmalıdır. Geçici inkontinans düşünülüyorsa mutlaka altta yatan neden tedavi edilmelidir. Noktürnal inkontinans tedavisinde akşam sıvı alımının kesilmesi, diüretik dozlarının daha erkene kaydırılması sağlanmalıdır. Stres inkontinans yoksa ve cerrahi tedavi için uygun olmayan hastalarda uygun davranışsal ve çevresel önlemler alındığında inkontinans şiddeti azalır.

Sıkışma Tipi İnkontinans Tedavisi

Tedavide davranışsal tedaviler öncelikle uygulanmalıdır. Davranışsal tedavide zamanlı işeme programı önerilir (örn. 2 saatte bir sıkışmadan istemli olarak tuvalete gitmenin sağlanması). Ancak bunun için yeterli kognisyon ve hasta uyumu gerekir. Burada uyanık kalınan zaman boyunca belirli zamanlarda tuvalete gitme ve sıkışma hissi geldiğinde bu hissi baskılamayı sağlayan gevşeme yöntemleri öğretilir. Hastaya sıkışma hissi geldiğinde ayakta kalarak beklemeye devam etmesi veya oturması söylenir. Daha sonra sıkışmayı azaltmaya veya geçirmeye konsantre olması istenir. Sıkışma hissi baskılandıktan sonra yavaşça tuvalete giderek idrar yapması istenir. Bu şekilde 2 gün süreyle idrar kaçırma olmazsa giderek tuvalete gitme zamanları açılarak 3-4 saatte bir idrar kaçırmadan tuvalete gitme sağlanıncaya kadar bu programa devam edilir. Bu nedenle mesane eğitimi haftalar-aylar alabilir. Hastaya bu durum belirtilmeli ve güvenini kaybetmemesi yönünde telkinde bulunulmalıdır. Toplumda yaşayan yaşlılarda bu yöntem rahatlıkla ve maliyet gerektirmeksizin uygulanabilir. Mesane eğitimleri ile birlikte pelvik taban kas egzersizleri birlikte uygulanabilir.

Özellikle öncesinde depresyon öyküsü olan yaşlılarda biofeedback destekli pelvik taban kasları eğitimi ve sıkışma kontrolünü sağlama eğitimleri birlikte kullanıldığında psikolojik semptomların bu hasta gruplarında daha az görüldüğü ve psikolojik açıdan olumlu gelişmeler gözlemlendiği bildirilmiştir.

Davranışsal tedaviler için yeterli kognisyona sahip olmayan hastalarda belli zaman dilimlerinde idrar yapmaya teşvik etmek gerekir (programlı işeme). Hastanın düzenli takip edilerek, ne kadar süreyle idrar kaçırmadan kaldığı gözlenerek uygun zamanlı işeme programı oluşturulur. Gündüz süresince program başarıyla uygulanırken geceleri genelde uygulanması zordur. Mutlaka bir yardımcı gerektirmesi, eğitim, motivasyon ve sürekli çaba gerektirmesi bakımından zahmetli bir iştir. Yine hastanın fazla sıvı alımı önlenmeli, mesaneyi irrite edebilecek gazlı ve kafeinli içeceklerin alınması kısıtlanmalıdır.

Davranışsal ve ilaç tedavileri kombine edildiğinde başarı şansları yüksektir.

İlaç Tedavisi

Bu gruptan en tanınanı oksibütinindir. Oksibütininin kısa etkili formlarının mutad dozları günde 3 kez 5 mg kullanılmakla birlikte yaşlılarda daha düşük dozlarının kullanılması yan etkiler göz önüne alındığında önerilmektedir. Yapılan çalışmalar oksibütinin plaseboda üstün olduğunu göstermiştir. Oksibütinin ve zamanlı işeme programının birlikte kullanılması özellikle bakımevlerinde kalanlarda daha etkili sonuçların alınmasını sağlamıştır.

Uzun salımlı oksibütinin de aşırı aktif mesaneye bağlı üriner inkontinansa etkilidir. Yan etkileri kısa etkili formlara göre daha azdır ve daha iyi hasta uyumu sağlanır. Bir çalışmada hastaların %58.6'sında ağız kuruluğu görülürken ancak %1.6'sı ilacı bırakmıştır. Oksibütininin transdermal formları da mevcuttur. Oral formlara göre antimuskarinik yan etkiler daha az görülür. Sistemik yan etkileri de uzun salımlı forma göre daha düşüktür. Kullanımı kolaydır ve oral alamayan uzun dönem bakımevleri ve hastanelerde kalan yaşlılarda kullanım kolaylığı sağlar. Transdermal formları lokal irritasyon ve eritem yapabilir. Uygulama yeri değiştirilerek bu sorun çözülebilir.

Darifenasin detrusor kasında bulunan M3 reseptörlere selektif etki gösteren antikolinergik bir ajandır. M3 reseptörler üzerine etkinliği M1 ve M2 tip muskarinik reseptörlere göre 59 kat daha fazladır. Yapılan plasebo kontrollü klinik çalışmalarda 7.5-15 mg dozlarında kullanıldığında sıkışma ve inkontinans şikayetlerinde düzelmeye sağladığı gösterilmiştir. Beyinde bulunan M1 reseptörler üzerinde çok az etkisi olması nedeniyle kognitif fonksiyonlarda belirgin bir olumsuz etkisi gösterilmemiştir. Yaşlılarda yapılan çalışmalarda kognitif fonksiyonlar üzerine etkileri plaseboya benzer bulunmuştur. Günde tek doz olarak kullanılması önemli bir avantajdır. En sık yan etkileri diğer antikolinergik ajanlarda da sıklıkla gözlenen ağız kuruluğu ve kabızlık olmakla birlikte çoğunlukla iyi tolere edilir. Darifenasin, trospiyum ve solifenasin ile birlikte, ABD'de 2004 yılında onaylanmıştır ve ülkemizde de 7.5 ve 15 mg'lık tabletler şeklinde mevcuttur.

Solifenasin günde tek doz (5-10 mg) oral kullanılabilen uzun etkili bir formdur. Sıkışma hissini ve sık idrara çıkmayı azaltarak etkili olur. Tüm antimuskarinikler gibi ağız kuruluğu yapabilir ancak genelde hafif-orta derecede ağız kuruluğu yapar. Tolterodin ile karşılaştırıldığında 65 yaşın altında benzer etkinlik gösterirken, 65 yaşın üzerinde solifenasin biraz daha fazla etkin bulunmuştur.

Tolterodin nonselektif bir antimuskarinik olmakla birlikte fonksiyonel selektivite gösterir. Mesanedeki muskarinik reseptörler üzerine tükürük bezlerinden daha fazla selektivite ve afinite gösterdiği için daha az ağız kuruluğu yapar. Kısa (1.2 mg) ve uzun etkili (4 mg) formları vardır. Uzun etkili formları daha iyi tolere edilir. Ayrıca kısa etkili tolterodine göre daha etkin bulunmuştur. İlk hafta içinde etkinlik başlarken maksimum etki 5-8 haftada görülür. Tolterodin BPH ve aşırı aktif mesanesi olan hastalarda güvenle kullanılabilir. PVR üzerine olumsuz etki yapmadığı görülmüştür. İlacın akşam kullanılması noktürnal poliüriyi de azaltır.

İmipramin (25-150 mg) detrusor üzerine çok güçlü inhibitör etki gösterir ve yaşlılarda yapılan ve etkin olduğunu gösteren küçük çalışmalar vardır. Ancak ciddi ağız kuruluğu başta olmak üzere önemli yan etkileri vardır. Yaşlıda kullanılacaksa yavaş titre edilmeli ve dikkatli kullanılmalıdır. Ancak yaşlıda efektif dozlara çıkmak genellikle yan etkiler nedeniyle zordur.

Propiverin hidrokloridin antimuskarinik ve kalsiyum kanallarını bloke edici etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda oksibütinin ile benzer etkinlikte bulunmuştur. Antimuskarinik yan etkileri daha az görülmüştür. Yaşlıya spesifik verisi yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda yaşlıları içeren gruplarda vardır.

Tropium klorid atropin kaynaklı bir kuarterner amonyum tuzudur. Yaşlı çalışmaları genelde 70 yaş altıdır. Oksibütinin ile benzer etkinlik göstermiştir. Yan etkileri daha az ve daha iyi tolere edilmiştir. Önemli bir ilaç-ilaç etkileşimi gösterilmemiştir. Ayrıca kan-beyin bariyerini geçmediği için kognitif fonksiyonlar üzerine olumsuz etkisi yok veya minimumdur. Bu nedenle çok sayıda ilaç kullanan ve kognitif fonksiyon bozukluğu düşünülen veya bozulma endişesi yaşanan hastalarda tercih edilebilir.

Diğer Tedavi Seçenekleri

BPH ve irritatif semptomları olan urge üriner inkontinans olan yaşlılarda alfa-adrenerjik blokerler antimuskarinikler ile kullanıldıklarında irritatif semptomlar ve inkontinans düzelebilir. Alfuzosin ve tamsulosinin kan basıncı üzerine olan etkileri minimum olduğu için ortostatik hipotansiyon riski olan hastalarda tercih edilmelidir.

Aşırı aktif mesanede östrojen kullanımı ile ilgili veriler kısıtlıdır. Ancak postmenapozal östrojen kullananlarda aşırı aktif mesane ile ilişkili semptomlarda azalma görülmüştür.

Desmopresin, noktürnal poliüri veya noktürnal sık idrar yakınması olan yaşlılarda kullanılabilir. Ancak hiponatremi riski nedeniyle yakın takip gerekir. İlk 72 saatte hiponatremi riski fazladır. Bir meta-analizde %7 hiponatremi yaptığı belirtilmiştir.

Antikolinergiklerin Kognitif Fonksiyonlara Etkileri

Mesaneye spesifik muskarinik reseptör M3'tür. Bellekle ve diğer kognitif fonksiyonlarla ilişkili dominant reseptör neokorteks, hipokampus ve neostriatumda bulunan M1 reseptörüdür. Bu nedenle antimuskarinik ilaçların M1 reseptörüne olan afinitesi ne kadar fazla ise kognitif fonksiyonlara olumsuz etkileri o kadar fazla olur. M2 ve M4 reseptörleri de kognitif fonksiyonlarda

bir ölçüde etkin rol alır. Dolayısıyla zeminde Alzheimer hastalığı, hafif kognitif bozukluk, yaşa bağlı bellek etkilenmesi gibi kognitif yetilerde kaybı olan yaşlılarda M1, M2 ve M4 reseptörlerine antagonistik etki gösteren ilaçlar kognitif bozukluklara yol açabilir. Oral tedavilere dirençli mesane hiperaktivitesinde seçilmiş hastalarda spesifik merkezlerde mesane içerisine botulinum A toksin enjeksiyonları veya sakral nöromodülasyon uygulanabilir.

Stres Tipi İnkontinans Tedavisi

İlk basamak tedavi olarak pelvik taban kasları egzersizleri ve mesane eğitimi gibi davranışsal tedaviler uygulanır. Pelvik taban kasları egzersizlerinin başarılı olabilmesi için 3-4 aylık süre gerekir. Günde üç kez 8-12 defa 6-8 saniye süreyle pelvik kasların yavaş ama maksimum kasılması ve 4-5 saniye gevşeme periyodlarını kapsar. Haftada 3-4 kez tekrarlanır. Biofeedback veya intravajinal direnç araçları (koniler) ile kombine edilebilir. Mesane eğitiminde zamanlı işeme programları uygulanır. Hasta uyanırken önce saatlik idrar yapması sağlanır daha sonra tedrici olarak (her hafta) 15-30 dakika aralarla işeme aralıkları uzatılır ve 2-3 saate ulaşıncaya kadar program sürdürülür.

Özellikle kadınlarda düzenli yapılan fiziksel aktivite (haftada en az 3 gün ve 30 dakika yürüyüş) pelvik taban kaslarını güçlendirerek stres üriner inkontinans riskini azaltmaktadır.

Bu tedavilere ilave olarak alfa-adrenerjik agonistler (imipramin) veya lokal östrojen gibi farmakolojik tedaviler uygulanabilir. Her iki tedavinin de etkinlikleri tartışmalıdır. Ayrıca alfa agonistlerin istenmeyen etkileri (ağız kuruluğu, aritmi, hipertansiyon) nedeniyle tolere edilmeleri zordur. Stres üriner inkontinansda Duloksetin (SNRI) etkili olabilir. Detrusor kasını gevşetirken mesane çıkış yolu direncini artırır. Ancak, halsizlik, bulantı, ağız kuruluğu ve konstipasyon sık görülen istenmeyen etkileridir.

Cerrahi Tedavi

Medikal ve davranışsal tedaviler yetersiz kaldığında cerrahi tedaviler seçilmiş hastalarda uygulanabilir. Yaşlılarda cerrahi kararı verirken hastanın kendi isteği ve mental durumu kadar aile bireylerinin tercihleri göz önüne alınmalıdır. Yaşlılarda uygulanacak cerrahi tedaviler standart cerrahi tedaviler modifiye edilerek daha az invaziv olarak uygulanabilir. Bu şekilde komplikasyonlar önlenebilir, hasta daha az anestezi alır ve hastanede yatış süreleri daha az olur. Kadınlarda üretral hipermobilitate veya intrensek sfinkter yetmezliğine bağlı sık görülen stres inkontinans da lokal anestezi ile uygulanabilen periüretral veya transüretral kollajen enjeksiyonları veya pubovajinal sling ve vajinal tape prosedürleri tercih edilebilir. Yaşlıda cerrahi prosedür uygulanacaksa amaç yaşlının yaşam kalitesini en iyi düzeyde tutabilecek minimum invaziv yöntemlerin seçilmesidir.

Taşma Tipi İnkontinans Tedavisi

Alfa-adrenerjik blokerler taşma tipi inkontinansın uzun dönem tedavisinde genellikle yetersiz kalırken, 5-alfa redüktaz inhibitörleri üriner retansiyonu ve iritatif semptomları azaltmaktadır. Kronik taşma inkontinansında alfa bloker ve kolinerjik agonistlerin (Betanekol) etkinliği çok sınırlıdır.

Yüksek rezidüel volümlü ve mesane boşalım problemleri devam eden hastalarda öncelikle aralıklı temiz kateterizasyon uygulanmalıdır. Bilinçli hastalar çoğunlukla bu işlemi kendileri yapar. Sürekli kateterizasyon uygulaması ise kalıcı taşma inkontinansı olan, renal disfonksiyon gelişmiş, aralıklı kateterizasyonu yapamayan, cerrahi veya medikal olarak düzeltilemeyen hastalarda düşünülmelidir. Bu durumlar dışında inkontinansa bağlı cilt iritasyonu ve bası yaraları olanlarda ve terminal hastalığı olup, yatağa bağımlı ve aktivitesi ileri derecede kısıtlı hastalarda da düşünülebilir. Ancak hiçbir zaman ilk çare olarak düşünülmemelidir. Anatomik ve ürodinamik olarak mesane çıkış yolu obstrüksiyonu düşünülen yaşlılarda cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Cerrahi tedaviye uygun olmayan mesane çıkış yolu obstrüksiyonu durumlarında geçici veya kalıcı prostatik stent veya kateterler kullanılabilir. Yine yüksek riskli hastalarda yeni, daha az invaziv endoskopik prosedürler tercih edilebilir (transüretral mikrodalga veya iğne ablasyonu, holmium veya indigo lazer prostatektomi vs.)

Fonksiyonel Tip İnkontinans Tedavisi

Hastanın mobilitesinin sağlanması için mümkünse mobilitayı etkileyen hastalığın tedavisi yapılmalıdır. Hastanın tuvalete en yakın odada kalmasının sağlanarak, kişinin tuvalete ulaşmasını engelleyen ve düşme riski yaratan engeller kaldırılmalıdır. Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Seçilmiş hastalarda yatak başı tuvalet gereçleri, prezervatifli sondalar, bez ve inkontinans çamaşırları kullanılabilir. Hastanede yatan hastalarda ise hastayı yatağa bağlayacak gereksiz girişimler (damar yolu vs.) ve gereksiz medikasyonlardan (sedasyon yapan ilaçlar, diüretikler) kaçınılmalıdır.

Tüm inkontinans tiplerinde mevcut tedavilerle birlikte hastanın günlük yaşamını rahat sürdürebilmesi ve bakıcı yükünün azaltılması için inkontinans için üretilen çamaşırlar, hasta altı bezi veya pedleri kullanılabilir. Ancak hiçbir zaman ilk çare olarak düşünülmemeli ve verilen tedavilere yanıt alınıncaya kadar hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve sosyal yaşamını sürdürebilmesi amacıyla kullanılmalıdır.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR:

Basılı kaynak:

1. Işık AT. Üriner inkontinans. In: Geriatri. Eds: Mas MR, Işık AT, Karan MA, Beğen T, Akman Ş, Ünal T; 1. Basım 2008; 1303-1314.
2. Johnson TM, Ouslander JG. Incontinence. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. Eds: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S; Sixth Edition 2009; 717-730.

Elektronik kaynaklar:

1. [www.uptodate](http://www.uptodate.com) (Urinary incontinence)