

Obezite ve Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans

Obesity and Stress Urinary Incontinence in Women

Yiğit Akın¹, Hakan Gülmez², Adil Emrah Sonbahar³, Tümay İpekçi⁴, Mehmet Oğur Yılmaz¹, Erhan Ateş⁵

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

²Konya 56. Aile Sağlığı Merkezi

³Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

⁵Elbistan Devlet Hastanesi, Üroloji Servisi, Kahramanmaraş

Öz:

Obezitenin prevalansı tüm dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Obezite birçok hastalıkla ilişkilendirilmektedir. Bunlardan biride kadınlardaki stres idrar kaçırmadır. Obezite bu hastalığın şiddetini arttırmaktadır. Obezitenin stres idrar kaçırmaya üzerine kesin etkilerini araştırmak için çalışmalar devam etmektedir. Özellikle pelvik kaslardaki gerilme, stress ve pelvik sinirlerin kronik irritasyonun kadınlarda stres idrar kaçırmaya etyolojisinde rol oynadığı gösterilmiştir. Tedavide ilk basamak obezite ile mücadeleyi, sonrasında davranış tedavisini ve son olarak gerektiğinde cerrahi müdahaleyi içermektedir. Bu çalışmada kadınlarda obezite ve stres inkontinans ilişkisi güncel literatür eşliğinde incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, stres üriner inkontinans, cerrahi

Abstract

The prevalence of obesity is increasing all over the world and in our country. Obesity is associated with many diseases. One of them is stress urinary incontinence in women. Obesity is a factor which can increase the severity of incontinence. Researches are going on for determining the exact role of obesity on stress incontinence. Straining of pelvic muscles, stress and chronic irritation of pelvic nerves have been reported to play roles in the aetiology. The first stage of treatment involves struggling with obesity, behavioural modalities and surgical treatment may be considered next. In this study, obesity and stress urinary incontinence in women will be discussed in the light of current literature.

Key words: Obesity, stress urinary incontinence, surgery

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Yiğit AKIN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

e-posta: yigitakin@yahoo.com

Geliş Tarihi: 02.07.2014

Kabul Tarihi: 04.08.2014

Giriş

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yağ dokularında sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Obezite ve kilo fazlalığı günlük kullanımda karışabilmektedir, fakat birbirlerinden farklıdır. Kilo fazlalığı kişinin boyuna göre fazla kiloyu belirtirse de, obezite patolojik aşırı yağ dokusunu ifade eder.² Obezitenin tohumları çocukluk döneminde atılmakta; yeterli tanı ve tedavi olanakları kullanılmadığında ise erişkin dönem obezitesi için zemin hazırlamaktadır.³

Günümüzde obezitenin tanımlı bir hastalık olduğundan ve ilişkili olduğu diğer hastalıklar ortaya konulduğunda tedavisi olan bir hastalık olarak kabul görmektedir.⁴

Obezite; insülin direnci, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalık ile yakın ilişkili olup, toplum sağlığını her geçen gün daha fazla tehdit etmekte olan bir sağlık sorunudur.⁵

Amerika'da yapılan bir çalışmada morbid obezitenin ülke nüfusunun neredeyse sekizde birini etkilediği bildirilmiştir.⁶ Obezitenin ilişkili olduğu hastalıklar üzerine negatif etkileri ortaya konulmuştur.⁷ Ek olarak obez nüfusta stres üriner inkontinans (SÜİ) oranı daha yüksektir.⁸ İlginç bir şekilde, vücut kitle indeksinde 5 puanlık bir artış %20-%70 oranında artmış bir üriner inkontinans riski ile ilişkilidir.⁹ Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin kadınlarda SÜİ sıklığı %47-51 arasında olduğu tahmin edilmektedir.¹⁰ Markland ve ark.'nın yürütmüş olduğu ulusal sağlık ve beslenme incelemesi anketinde 2001'den 2008'e kadar olan verilerin analizi, kadınlardaki SÜİ oranının obezite ve diyabetin artışına paralel arttığını gösterilmiştir.¹¹

Chen ve ark. yürütmüş olduğu bariyatrik cerrahi düşünülen obez kadınlarla ilgili bir çalışmada, obez kadınların obez olmayan bir kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bir üriner inkontinansa sahip olduklarını, bunun %60'ının SÜİ olduğunu bildirmişlerdir.¹² Ayrıca hastaların yaşam koşulları iyileştikten sonra obezitenin tedavisinin tam olmadığından bahsetmişlerdir.

Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, 7 coğrafik bölgede seçilen 7 il içerisindeki 14 sağlık ocağında 30 yaş üstü 15468 birey üzerinde yaptığı, "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" çalışmasına göre, obezite görülme sıklığı erkeklerde % 21,2, kadınlarda ise % 41,5 olarak bulunmuştur. Bu çalışma raporunda obezite en sık İç Anadolu Bölgemiz'de en düşük ise Doğu Anadolu Bölgemiz'de görülmüştür.¹³

Obezite, birçok neden ile ortaya çıkabilmektedir. Bu faktörlerden, aşırı ve yanlış beslenme ile yetersiz fiziksel aktivite, obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyal-kültürel ve psikolojik pek çok etmen birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır.¹⁴ NCEP ATP III raporuna göre, bel çevresi ölçümleri, erkeklerde >102 cm ve kadınlarda >88 cm olan kişiler, abdominal obezite kriterini yerine getirir.¹⁵

Her ne kadar epidemiyolojik çalışmaların çoğu obezitenin SÜİ sebebi olduğunu gösterse de, bu ilişkinin nedeni açık değildir. Araştırmalarda, obezitede meydana gelen, pelvik taban innervasyonu ve kaslarda zayıflığa yol açan intraabdominal basınç artışı, obezitenin SÜİ sebebi olduğu ileri sürülmüştür.¹⁶ Obezite parametrelerindeki iyileşmelerin SÜİ parametrelerini iyileştirebileceği düşünülmektedir. Lambert ve ark. bariyatrik cerrahisi için değerlendirilen 45 morbid obez kadının ortalama karın içi basıncını 12cm H₂O, obez olmayan kontrol grubun ise hiç ölçülemediğini buldular.¹⁷ Bu önemli kantitatif farklılık bel çevresi ölçümleri ile de korele olarak verilmiştir.

Ürodinamik olarak obezitenin, artmış karın içi basınç ve üriner inkontinans ilişkisini gösteren çalışmalar yapılmıştır. Richter ve ark. üriner inkontinanslı 110 kadının (ortalama BMI 36 kg/m², ortalama karın çevresi 108 cm) ürodinamik özelliklerini tanımladılar ve artmış karın içi basınçla birlikte maksimum sistometrik kapasitede birim ünite vücut kitle indeksi başına ve karın çevresindeki 2 cm'lik artış başına 0.4 cm H₂O yükselme tespit etmişlerdir.¹⁸

Obezite tedavisi, bireyin kararlılığını ve etkin olarak katılımını gerektiren, uzun süreli ve süreklilik arz eden bir süreçtir. Obezite, etiyojisinde çeşitli faktörlerin rol oynadığı bir hastalık olması nedeniyle, korunması ve tedavisi zor bir hastalıktır. Bu nedenle obezite tedavisinde hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan bir ekip gerekmektedir. Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler; tıbbi beslenme (diyet) tedavisi, egzersiz, davranış değişikliği (psikoterapi ve eğitim), ilaç tedavisi, cerrahi tedavi olarak 5 grup altında toplanmaktadır.¹⁹

Bahsi geçen tedavilerle kilo kaybı obezite parametrelerini iyileştirebilmektedir. Bariyatrik cerrahi ile kilo kaybında intraabdominal basınç ve diğer ürodinamik parametrelerde iyileşme sağlandığı gösterilmiştir.²⁰ Bump ve ark. öksürme ile olan mesane basıncındaki artışta, öksürük ile mesaneden üretraya geçen basınçta, üretral eksen hareketliliğinde, inkontinans epizod sayısında ve emici ped kullanım ihtiyacında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme gösterdiler.²⁰ Subak ve ark. hızlı kilo verme girişim programı için randomize edilen kadınlarda, kilo veremeyenlerle karşılaştırıldığında maksimum kapasitedeki intravezikal basınçta, başlangıç intravezikal basınçta anlamlı düşüşler ve valsalva kaçırma noktası basıncında anlamlı artış olduğu bildirmişlerdir.²¹ Ek olarak aynı çalışmada, SÜİ, obezite sebebiyle ortaya çıktığında, obezitenin tedavi edilmesi ile inkontinans parametrelerinin iyileşebildiği de belirtilmiştir.²¹ Yaşam değişikliği ile kilo verme ve sonucunda üriner inkontinansta iyileşme arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Subak ve ark. başka bir randomize kontrollü çalışmalarında, 2 farklı zayıflama programından birine yerleştirilen 338 obez kadının, 6 ay sonunda üriner inkontinansta %58 ve %33 lük anlamlı düşüşe uyan ortalama 8 ve 1.6 kg zayıfladıklarını bildirilmiştir.²² Auwad ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşam şekli değişikliği ile olan zayıflamanın olumlu etkileri, %5 ve daha fazla zayıflayan hastalarda SÜİ ve yaşam kalitesinde istatistiksel anlamlılık olarak gösterilmiştir.²³ Burgio ve ark. 101 morbid obez hastada yaptıkları bariyatrik cerrahi ile operasyon öncesi %67 olan üriner inkontinans prevalansında operasyon sonrası 6.ayda %41'e ve 12.ayda %37'ye kadar düşüş bildirdiler.²⁴

Pelvik taban veya Kegel egzersizleri pelvik taban kas gücü artışına ve koordinasyonuna yardımcıdır. Üriner inkontinanslı 110 kadında 12 haftalık düzenli pelvik taban kas egzersizinin etkisini araştıran prospektif bir çalışmada, şiddetli inkontinans semptomları olan kadınların semptomlarında anlamlı bir şekilde daha fazla iyileşme gösterdiği belirlenmiştir.²⁵ Diğer bir çalışmada SÜİ tanısı olan bütün hastalara pelvik taban kas egzersizlerine düzenli devam etmeleri önerilmektedir.²⁶

Obezlerdeki SÜİ'nin tüm davranış modalitelerine rağmen iyileşmediği durumlarda cerrahi tedaviler gündeme gelebilir. Üretraya bir sistoskop yardımı ile periüretral madde enjeksiyonu, SÜİ için minimal invaziv tedavi seçeneklerinde biridir. Yıllarca hayvansal kaynaklı çapraz bağlı kollajen en çok kullanılan madde idi. Ancak günümüzde hayvansal kaynaklı olmayan ajanlar kullanılmaktadır. Keegan ve ark. çalışmalarında bu ajanların yararları ile ilgili kanıtların yetersiz olduğu ve daha fazla çalışmanın gerektiğini bildirdiler.²⁶

Mesane boynu askı operasyonları bu hastalarda güncel tedavi seçeneğidir. Literatürde tarif edilen ve kliniklerde güvenle uygulanan tekniklerden birinin diğerine karşı üstünlüğünü gösteren bir çalışma ise henüz yayınlanmıştır.²⁷ Viecelli ve ark. obezitenin, burch kolposüspanسیون sonrası bir yıllık takiplerinde cerrahi başarısızlık için önemli bir risk faktörü olduğunu bildirdiler.²⁸ Zivkovic ve ark. anti-inkontinans cerrahisi uygulanan 198 kadın hastanın dahil edildiği retrospektif çalışmalarında obezitenin cerrahi başarısızlık için bir risk faktörü olmadığını bildirdiler.²⁹ Mesane boynu süspanسیونu yanında, SÜİ için bir başka cerrahi tedavi seçeneği otolog pubovajinal slingdir. Richter ve ark. 242 hastalık serilerinde vücut kitle indeksinin operasyon sonuçlarına herhangi bir etkisi olmadığını gösterdiler.³⁰ Otolog pubovajinal sling 94 kadının obez olmayan yaşlıları ile karşılaştırıldığında düşük tedavi oranlarına sahip oldukları belirtildi.²⁷ Diğer bir cerrahi seçenek orta üretral askı ameliyatlarıdır. Obez olmayan kadınlar obez kadınlara göre orta üretral askı sonrası yaklaşık 4 kat daha iyi kür oranlarına sahiptir.³¹ Ayrıca Hwang ve ark. obez kadınlarda bu tür cerrahilerin komplikasyonların daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.³²

Güncel tedavi seçeneklerinden biri de mini askı operasyonlarıdır. Yukarıda bahsedildiği gibi tüm cerrahi tedavi seçenekleri obez hastalarda uygulanabiliyor olsa da, mini askı operasyonları çok daha kısa sürede etkin tedavi başarısı sağlayabiliyor olması ile bu hasta

grubunda da uygulanabilir.³³ Transvajinal yapılan operasyon süresi de oldukça kısadır.³⁴ Moore ve ark. obez ve obez olmayanlarda bu operasyon sonucunun benzer başarıya sahip olduğunu ve güvenle uygulanabileceğini bildirmişlerdir.³³

Sonuç

Obez kadınlarda daha yüksek oranda SÜİ görülmektedir. Tedavide öncelikle diyet ve egzersizi de içeren yaşam şekli değişiklikleri gündeme alınmalıdır. Zayıflama girişimleri efektif olmayan obez hastalarda SÜİ için cerrahi tedavi seçenekleri düşünülür. Obez hastalarda pelvik kas egzersizleri ve periüretal madde enjeksiyonu ile ilgili çalışmalar azdır. Retropubik veya transobturatuar orta üretral askı operasyonu sonrası obez kadınlarda kür oranları obez olmayanlarla benzerdir. Bu hastalarda mini askı güvenle uygulanabilecek gelecek vaat eden bir diğer cerrahi işlemdir.

Kaynaklar

1. World Health Organization(WHO). Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi: 04/06/2014
2. Hakan Gülmez. Metabolik Sendromu Olan Hastalarda Visseral Yağlanma Oranı Ve Boyun Çevresi Arasındaki İlişki. Uzmanlık tezi, Ankara; 2012.
3. Goran MI, Reynolds KD, Lindquist CH. Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *International Journal of Obesity* 1999; 23: 18-33.
4. Ergül Ş, Kalkım A. A Major Chronic Disease: Obesity in Childhood and Adolescence. *TAF Prev Med Bull* 2011;10:223-30.
5. Bergman RN, Kim SP, Catalano KJ, Hsu IR, Chiu JD, Kabir M, Hucking K, Ader M. Why visceral fat is bad: mechanisms of the metabolic syndrome. *Obesity* 2006;14:16-9.
6. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014; 311:806-14.
7. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1160-6.
8. Handa VL, Pierce CB, Muñoz A, Blomquist JL. Longitudinal changes in overactive bladder and stress incontinence among parous women. *Neurourol Urodyn* 2014 (doi: 10.1002/nau.22583).
9. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2013; 67:1015-33.
10. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol* 2009; 182(6 Suppl):2-7.
11. Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011; 186:589-93.
12. Chen CC, Gatmaitan P, Koepf S, Barber MD, Chand B, Schauer PR, Brethauer SA. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5:411-5.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalim.pdf Erişim tarihi: 04/06/2014
14. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri *Van Tıp Dergisi* 2006;13:138-42.
15. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
16. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:749-57.
17. Lambert DM, Marceau S, Forse RA. Intra-abdominal pressure in the morbidly obese. *Obes Surg* 2005; 15:1225-32.
18. Richter HE, Creasman JM, Myers DL, Wheeler TL, Burgio KL, Subak LL; Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) Research Group. Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: the Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(12):1653-8.

19. Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obesity and Physical Modalities. *Trakya Univ Tip Fak Derg* 2006; 23:47-54.
20. Bump RC, Sugeran HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:392-7.
21. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Gorin AA, Macer J, Kusek JW, Grady D; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009; 360:481-90.
22. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174:190-5.
23. Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1251-9.
24. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2007;110:1034-40.
25. 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; 29 213-40.
26. Keegan PE, Atiemo K, Cody J, McClinton S, Pickard R. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD003881.
27. Osborn DJ, Strain M, Gomelsky A, Rothschild J, Dmochowski R. Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology* 2013;82:759-63.
28. Viecelli CF, dos Santos DC, Aguiar WW, Martins-Costa SH, Corleta Hv, Ramos JG. Obesity as a risk factor to Burch surgery failure. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31:182-8.
29. Zivkovic F, Tamussino K, Pieber D, Haas J. Body mass index and outcome of incontinence surgery. *Obstet Gynecol* 1999; 93(5 Pt 1):753-6.
30. Richter HE, Brubaker L, Stoddard AM et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Patient related factors associated with long-term urinary continence after Burch colposuspension and pubovaginal fascial sling surgeries. *J Urol* 2012;188:485-9.
31. Meschia M, Rossi G, Bertini S et al. Single incision mid-urethral slings: impact of obesity on outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170: 571-4.
32. Hwang IS, Yu JH, Chung JY, Noh CH, Sung LH. One-year outcomes of mid-urethral sling procedures for stress urinary incontinence according to body mass index. *Korean J Urol* 2012; 53:171-7.
33. Moore RD, De Ridder D, Kennelly MJ. Two-year evaluation of the MiniArc in obese versus non-obese patients for treatment of stress urinary incontinence. *Int J Urol* 2013;20:434-40.
34. De Ridder D, Berkers J, Deprest J et al. Single incision mini-sling versus a transobturator sling: a comparative study on MiniArc and Monarc slings. *Int Urogynecol J* 2010;21:773-8.