

ÜRİNER İNKONTİNANS SORUNU, EPİDEMİYOLOJİSİ VE İNKONTİNANSLI HASTANIN TANI AMACIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Üriner inkontinans, sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. Üriner inkontinans her yaş grubu insanları etkileyebilen bir sorundur. Prevalansı yaşla birlikte artmasına rağmen, inkontinans gençleri özellikle de kadınları etkileyebilen bir problemdir. Bu sorun, birey, ailesi ve bakım veren kişiler için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır. Konuya ilişkin bilgisizlik ve utanma nedeniyle kişiler tedavi arayışına girmeyebilmektedir. Oysa ki inkontinans vakalarının bir çoğu tedavi edilebilir ya da şikayeti azaltılabilir. Bakımdaki en önemli ilke doğru tanı ve uygun tedaviyi sağlayacak dikkatli bir tanılamanın yapılmasıdır. Hemşirelerin üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisinde çok önemli rolleri bulunmakta ve bu rol öncelikle kapsamlı bir tanılama ile başlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, Tanılama, Hemşirelik rolü

SUMMARY

The Problem Of Urinary Incontinence, It's Epidemiology And Assessment Of The Incontinent Patient For The Diagnosis:

Urinary incontinence is defined as the involuntary loss of urine which is objectively demonstrable and a social or hygienic problem. It can affect people of all ages, across the lifespan. Although prevalence increases with age, incontinence is also a prob-

lem for younger people, especially women. Incontinence can have adverse physical, psychological, social and economic consequences for the sufferer, family and carers. Embarrassment and ignorance about the subject can prevent people from seeking help but in many cases incontinence can be cured and almost always improved. The key to effective strategies of care is careful assessment leading to correct diagnosis and appropriate treatment. Nurses have a vital role in the promotion of incontinence and management of incontinence and this role begins primarily with complete assessment of urinary incontinence.

Key Words: Urinary incontinence, Assesment, Nursing role.

GİRİŞ

Üriner inkontinans genç-yaşlı, kadın-erkek bütün insanları, tüm yaşamları boyunca etkileyebilen, istemsiz idrar kaçırma sorunudur. ICS (International Continence Society) tarafından “sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma” olarak tanımlanmaktadır (1, 3).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslaklık ve iritasyona bağlı rahatsızlık; depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Seksüel yaşamları, günlük iş ve ev içi aktiviteleri etkilenen hastalar, sosyal ve fiziksel aktivitelerini azaltmakta, sıvı alımlarını kısıtlamaktadırlar (1, 3).

Üriner inkontinans ve beraberinde gelişen semptomlar frequency (sık idrara çıkma), urgency (acil idrara çıkma), nocturia (gece idrara çıkma), dizüri (ağrılı idrar yapma), suprapubik rahatsızlık, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların 2/3'ünün evden çıkarken koruyucu (ped vs.) kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite, elbise seçimi gibi faaliyetlere sınırlamalar getirdiği, aile ve arkadaşlarla ilişkilerinde zorluklar yaşadığı saptanmıştır (3, 4).

Son yıllarda üriner inkontinans, artan bir sağlık problemi olarak dikkati çekmekte, kadının fiziksel ve mental durumu olumsuz olarak etkilenmekte, özellikle yaşlı nüfusun fazla olduğu endüstrileşmiş ülkelerde sağlık bakım harcamalarını önemli ölçüde artırmaktadır. ABD’de her yıl üriner inkontinans için harcanan para 16 milyar doları aşmakta, bu miktara tanı ve tedavi giderleri dahil olmamasına rağmen, sağlık harcamalarının %2’sine karşılık gelmektedir (3, 9, 13).

Prevalans oranlarını saptamaya yönelik yapılan epidemiyolojik araştırma sonuçları arasında, çok büyük farklılıklar bulunmaktadır. Üriner inkontinansa yönelik bildirilen prevalans oranları, üzerinde çalışılan popülasyona, üriner inkontinansın tanımına ve bilginin nasıl elde edildiğine bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Verilen rakamlar tüm yaş grupları için %8'den %53'e değişmektedir (3, 4, 6).

Üriner inkontinans prevalansı yaşla artmasına rağmen, bu sorun yaşlanma sürecinin normal bir sonucu olarak düşünülmemelidir. Genellikle yaşlı multipar kadınları etkileyen bir durum olarak düşünülmesine rağmen, genç, nullipar kadınlarda da özellikle fiziksel aktivite sırasında yaygındır (3, 6, 11).

Cinsiyet açısından ise bakıldığında, araştırma sonuçlarına göre üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranlarla 2.5-6 kat daha fazla görülmektedir (3, 6).

Ülkemizde üriner inkontinansın prevalans oranlarını belirlemeye yönelik yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Demirci ve ark. postmenopozal kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada istemsiz idrar kaçırma oranını % 56.4, son iki ayda iki ya da daha sık idrar kaçırma oranını ise % 37 olarak bildirmiştir (2). Ankara Gölbaşı'nda yapılan bir çalışmada 15 yaş üzerindeki kadınlarda stres inkontinans prevalansı % 20.8, Malatya Yeşilyurt bölgesindeki diğer bir çalışmada ise 20 yaş üzerindeki kadınlarda prevalans oranı % 49.7 olarak bulunmuştur (12, 13).

Literatürde üriner inkontinans risk faktörleri ve bunların uygun girişimlerle tedavi edilebileceği bildirilmektedir. Üriner inkontinans sorunuyla birlikte olan risk faktörleri şöyle sıralanabilir (3, 8):

- İmmobilite / kronik dejeneratif hastalık
- Bilişsel fonksiyonlarda bozulma
- Kullanılan bir takım ilaçlar (diüretikler vb.)
- Aşırı şişmanlık
- Sigara içme
- Fekal tıkaç / kronik konstipasyon
- Delirium
- Çevresel engeller
- Aşırı fiziksel aktiviteler

- Diyabet
- Felç
- Östrojen azalması
- Pelvik kas zayıflığı
- Çocukluk çağı enürezis
- Irk
- Gebelik / vajinal doğum / epizyotomi

Görüldüğü gibi üriner inkontinans sorununa genito-üriner sistemi etkileyen anatomik, fizyolojik, patolojik faktörler yanısıra eksternal faktörler de neden olmaktadır. Çok sayıda ve birbirini etkileyebilen bu faktörler, üriner inkontinans gelişimine katkıda bulunabilir. Bu nedenle üriner inkontinans sorunu olan hastalarda kapsamlı diagnostik bir değerlendirme yapılmalıdır. Yalnızca alt üriner sistem üzerine değil, hastanın genel medikal ve fonksiyonel durumu üzerine de odaklanılmalıdır. Üriner inkontinans gelişimine neden olan ya da katkıda bulunan faktörlerin tedavisi, sorunun çözülmesini sağlayabilir. Üriner inkontinansın bu potansiyel geri dönebilen tipleri, **geçici inkontinans** olarak değerlendirilmektedir. Tablo 1'de üriner inkontinans şiddetinde rol oynayan faktörler yer almaktadır.

Üriner inkontinans tiplerini tanımlamak amacıyla farklı sınıflamalar kullanılmaktadır. Sağlık bakım hizmeti sunan kişilerin sıklıkla kullandıkları, semptomlar üzerine temellenen sınıflamadır. Aşağıda bu sınıflama ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

Urge İnkontinans:

Urge inkontinans semptomu, güçlü idrar yapma isteği ile birlikte zorunlu, istemsiz idrar kaçırmasıdır. Urge inkontinans genellikle istemsiz detrusor kontraksiyon ürodinamik bulguları ile birlikte ve bu durum detrusor instabilitesi (DI-detrusor instability) olarak adlandırılır. DI nörolojik hastalıklarla birlikte olabildiği gibi, nörolojik olarak normal olan bireylerde de oluşabilir. DI ile birlikte inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları, urgency semptomları olmaksızın veya bu semptomlarla üriner inkontinansa neden olur. Ayrıca inkontinansla birlikte olmayan urgency semptomlarına da yol açabilir (1,4,5,10).

Stres İnkontinans (SUI):

SUI semptomu, klinik olarak öksürme, aksırma, gülme ve diğer intra-abdominal basıncı artıran fiziksel aktiviteler sırasında istemsiz idrar kaybidir. ICS

Tablo 1: İnkontinansa Neden Olan/Katkıda Bulunan Düzeltilebilir Faktörler ve Tedavisi

Faktörler	Tedavisi
<p>Alt üriner sistemi etkileyen durumlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Üriner sistem enfeksiyonu (frequency, urgency, dizüri semptomları) • Atrofik vaginitis / üretrit • Gebelik / doğum / epizyotomi • Kronik konstipasyon / fekal tıkaç 	<p>Antimikrobia tedavisi</p> <p>Oral / topikal östrojen</p> <p>Davranışsal tedaviler</p> <p>Yeterli mobilite / sıvı alımı</p> <p>Posa bırakan yiyecek tüketimi</p> <p>Laksatif kullanımı,</p> <p>Dışkı yumuşatıcı ilaçlar</p>
İlaç yan etkileri	
<p>Düretikler (poliüri, frequency, urgency semptomları)</p> <p>Kafein (üriner inkontinans semptomlarının şiddetlenmesine neden olur)</p> <p>Antikolinergik ajanlar (üriner retansiyon, overflow inkontinans, fekal tıkaç neden olur)</p>	<p>Klinik olarak mümkünse bu ilaçlar kesilmeli / tedavi planı değiştirilmeli / dozaj azaltılmalı</p>
Psikotropikler	
<p>Antidepresanlar (Antikolinergik aktivitelere, sedasyona neden olur)</p> <p>Antipsikotikler (Antikolinergik aktivitelere, sedasyona, rijidite ve immobiliteye neden olur)</p> <p>Sedatif / hipnotik / CNS deprese eden ilaçlar (Sedasyon, delirium, immobilitate, kas relaksasyonuna neden olur)</p> <p>Narkotik analjezikler (Üriner retansiyon, fekal tıkaç, sedasyon, deliriuma neden olur)</p> <p>Alfa adrenerjik blokerler (Üretral relaksasyona neden olur)</p> <p>Alfa adrenerjik agonistler (Üriner retansiyona neden olur)</p>	

Tablo 1: Devam

<u>Faktörler</u>	<u>Tedavisi</u>
Beta adrenerjik agonistler (Üriner retansiyona neden olur)	
Kalsiyum kanal blokerleri (Üriner retansiyona neden olur)	
Alkol (Poliüri, frequency, urgency, sedasyon, delirium, immobiliteye neden olur)	
İdrar üretiminde artma	Diabetes mellitus tedavisi
Metabolik (hiperglisemi, hiperkalsemi)	Hiperkalsemiye neden olan durumun tedavisi
Aşırı sıvı alımı	Diüretik sıvıların alımını azaltma
Aşırı volüm/ödeme yol açan venöz yetmezlik	(kafeinli içecek)
Reçete edilmeyen ilaçlar, bitkisel ajanlar vb.	Bacakları yükseltme, Sodyum sınırlama

Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al: Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults, Acute and Chronic Management, Clinical Practice Guideline 1996 number 2 update. AHCPR Pub, No. 96-0682. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, March 1996.

“gerçek stres üriner inkontinans”ı detrusor kontraksiyonu olmadan intravesikal basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır.

Kadınlarda SUI'nın en yaygın nedeni üretral hipermobilité ya da üretra ve mesane boynunun intraabdominal basınç yükselmesi sırasında, taşınma süresince önemli şekilde yer değiştirmesidir (1, 3, 4, 5, 10).

Miks İnkontinans:

Urge ve stres inkontinans semptomlarının birarada bulunması durumunda, inkontinans miks üriner inkontinans olarak isimlendirilir. Miks üriner inkontinans kadınlarda özellikle yaşlı kadınlarda daha sık görülür. Bu semptom (urge ya da stres) diğerine oranla daha rahatsız edici düzeydedir. En fazla rahatsızlık veren semptomun belirlenmesi, tanı ve tedavinin planlanması açısından önemlidir (3, 4, 5).

Overflow İnkontinans:

Mesanenin aşırı dolmasıyla birlikte, istemsiz idrar kaybı overflow inkontinans olarak isimlendirilir. Bu tip inkontinans, sık sık ya da devamlı damla damla akma ya da urge veya stres inkontinans semptomlarını kapsayan çeşitli şekillerde görülebilir. Overflow inkontinans, hipoaktif ya da akontraktil detrusor ne-

deniyle olabilir. Bu olgularda mesane çıkışında veya üretrada obstrüksiyon nedeniyle mesanenin aşırı dolma ve taşması söz konusudur (3, 4, 5, 11)

Fonksiyonel İnkontinans:

Alt üriner bölge dışındaki fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda kronik bozulma ya da her ikisinin birarada bulunduğu durumlar gibi dış faktörler üriner inkontinansa neden olur ve bu durum fonksiyonel inkontinans olarak adlandırılmaktadır (3).

Refleks İnkontinans / Bilinçsiz Olan İnkontinans:

Paraplejili hastalarda ya da açık bir nörolojik disfonksiyonu olmayan hastalarda da, bir uyarı ya da duyuşsal algılama olmaksızın üriner inkontinans meydana gelebilir. Bu durumda, hem miksiyon sonrası hem de sürekli damla damla idrar gelmesi söz konusudur. Genellikle sistitin yayılması (kimyasal ya da interstisyel sistit), inflamatuvar mesane duvarları, radikal pelvik cerrahi, meningomyeloselin yol açtığı nörolojik mesane bozukluklarından kaynaklanabilir. Fistüller, çocuklarda görülen üriner inkontinans ve nöropatik durumlarda da görülebilir (3).

Üriner İnkontinanslı Hastaların Tanı Amacıyla Değerlendirilmesi

Üriner inkontinans tanı ve tedavisinde multidisipliner bir ekip yaklaşımı söz konusudur. Üriner inkontinanslı hastalar geleneksel olarak, jinekolog, ürolog ve rehabilitasyon ünitelerinde fizik tedavi uzmanları tarafından değerlendirilir. Genel popülasyonda üriner inkontinans prevalansının yüksek olması nedeniyle primer sağlık bakım hizmeti veren sağlık elemanlarının üriner inkontinans temel değerlendirilmesine başlayabilmeleri ve bu konuda bilgili olmaları gerekmektedir (3, 8, 9).

Temel Değerlendirme

Dikkatli ve detaylı bir tanılama kontinansın sürdürülmesi ve inkontinansın etkin tedavisinde önemlidir ve hemşireler bu aşamada inkontinansın olası neden ve tiplerinin anlaşılmasında, tanı, test ve işlemlerinde önemli rollere sahiptir (4).

Üriner inkontinans sorunu olan tüm hastalarda anamnez, fiziksel muayene, rezidüel idrar volümü (PVR) ve idrar analizlerini içeren temel bir değerlendirme yapılmalıdır (3, 9, 13). Üriner inkontinans risk faktörleri belirlenmeli ve bu durumları düzeltmek amacıyla girişimler yapılmalıdır. Temel değerlendirmede amaçlar şunlardır (3):

- Üriner inkontinans varlığını doğrulamak
- Üriner inkontinans sorununa katkıda bulunan ya da neden olan olası düzeltilebilir durumları tanımlamak (Tablo 1)
- Tedavi amacıyla bir girişime başlamadan önce, ileri değerlendirme gerektiren hastalar ve ileri değerlendirme gerekmeden başlangıç tedavilerin uygulanabileceği hastaları belirlemek
- Mümkünse tahmini olarak bir tanı koymak

Temel Değerlendirme Aşamaları:

Anamnez: Anamnez, risk faktörlerinin belirlenmesini de içeren medikal, nörolojik ve genitoüriner anamnez üzerine odaklanmalıdır. Hastanın kullandığı ilaçlar (reçete edilen/edilmeyen) gözden geçirilmelidir. Üriner inkontinans semptomları ve beraberinde olan semptom / faktörler detaylı incelenmelidir. Bunlar:

- Üriner inkontinansın süre ve nitelikleri (stres, urge, damlama, diğer)
- Hastaya en fazla rahatsızlık veren semptomlar (tedaviye olan cevabın belirlenmesinde önemli olabilir)
- İdrara çıkma ve inkontinans olaylarının sayısı, sıklığı, miktarı
- Ani idrar kaçırma olayları (örneğin inkontinans öncesinde olan öksürme, fizik egzersiz, cerrahi operasyon, yaralanma, pelvik radyasyon alma, yeni başlayan hastalıklar, yeni ilaçlar)
- Diğer alt üriner sistem semptomları (noktüri, düziri, idrar akımında kesilme, zayıflama, duraklama, basınç hissi, hematüri, suprapubik ya da perineal ağrı)
- Günlük alınan sıvıların, kafein ve diğer diüretik sıvıların izlemi
- Bağırsak alışkanlıklarında ya da seksüel fonksiyonda değişiklikler
- Daha önceki tedaviler ve üriner inkontinans üzerine etkileri
- Pet kullanımı ya da diğer koruyucu malzeme kullanımı
- Hastanın tedaviden beklentileri
- Mesane günlüğü
- Mental durumun değerlendirilmesi, özellikle yaşlı hastalarda mobilite, yaşanan çevre ve sosyal faktörlerin tanınması (3, 12).

Mesane günlükleri, anamnezin yanısıra değerlendirilir. Bu yazılı kayıtlar miksiyon sıklığı, miksiyon miktarı, miksiyon saatleri ve üriner inkontinansla bir-

likte olan diğer faktörleri belirlemek amacıyla kullanılır. 3-7 sün süreyle, 24 saatlik izlemleri içerir, hasta ya da bakım veren kişi tarafından doldurulur. Mesane günlükleri hem tanı, hem de tedavi sürecinde tedavinin etkinliğini ve şiddetini belirlemek amacıyla kullanılır (Şekil 1) (4, 9, 10).

ÜRİNER GÜNLÜK

Adı Soyadı:

Tarih: / /

Saat (1)	Alınan sıvı tipi (2)	Miktar	İdrar yapma zorunluluğu (3) (X)	İdrar yapma (4) (X)	İdrar kaçırma (5) (X)	Yapılan meşguliyet (6)

Şekil 1: Mesane günlüğü örneği

Fizik Muayene: Fizik muayene şunları içermelidir:

- **Genel muayene:** Nöktüri ve nokturnal üriner inkontinansa katkısı bulunan ödem gibi durumlar belirlenebilir. Multipl skleroz, felç, spinal kord basısı gibi nörolojik sorunlar belirlenir. Mobilite, bilişsel durum yanısıra fiziksel olarak zayıf, fonksiyonel olarak yetersiz hastalarda el becerisi (idrarını yapabilmesi açısından) değerlendirilir (3).
- **Abdominal muayene:** Diastasis recti, organomegali, kitle varlığı, peritonitis, sıvı birikmesi ve diğer durumları belirlemek amacıyla yapılır. Abdomendeki anormallikler intraabdominal basıncı ve detrusor fizyolojisini etkileyebilir (3, 4, 9).
- **Rektal muayene:** Perineal duyu algılaması (perineal sensation), hem dinlenme hem de aktif durumda sfinkter kontrolü, fekal tıkaç ya da rektal kitle varlığını belirlemek amacıyla yapılır (3, 4).
- **Perineal muayene:** Kadınlarda perineal deri, genital atrofi, pelvik organ prolapsusu (sistosel, rektosel, uterin prolapsus), pelvik kitle, paravajinal kas tonüsü ve diğer durumları belirlemek amacıyla yapılır. Anterior vajinal duvar ve üretranın palpasyonu üretral divertikül, karsinom ya da üretranın inflamatuvar durumlarında belirli olan üretral akıntı ya da hassasiyeti ortaya çıkarır (3, 4, 9).
- **Öksürük stres testi kullanılarak, idrar kaçığının direk gözlenmesi:** Muayeneyi yapan kişi, hastanın kuvvetli şekilde öksürmesini isteyerek üretradan idrar kaybını gözler. Test hastanın mesanesi dolu iken, ancak idrar yapma gereksinimi hissetmeden önce yapılmalıdır. Stres inkonti-

nansı olan spesifik tedaviler uygulanmadan önce, idrar kaçacağını objektif olarak göstermek ve artırıcı faktörleri belirlemek amacıyla yapılır. Öksürükle oluşan ani bir sızıntı stres üriner inkontinans, öksürükten sonra geciken ya da sürekli olan sızıntı ise detrusor instabilitesi açısından şüphe uyandırmalıdır. Test hasta litotomi pozisyonundayken uygulandığında sızıntı gözlenmediyse, işlem hasta ayağa kaldırılarak tekrarlanır. Mesanenin doluluğundan emin olduğunda veya rezidüel idrar ölçümü öncesi mesane doldurulduğunda uygulanabilir (3).

Rezidüel İdrar Volümünün Ölçülmesi (PVR): Rezidüel idrar miktarının ölçümü hem kateterizasyon, hem de pelvik ultrasound ile yapılabilir. Abdominal palpasyon ya da bimanuel muayene sırasında rezidüel idrar miktarının fazla olmasından şüphelenilebilir ancak volümün tam miktarının tespiti yapılmazdır (3, 4).

İşlem öncesi hastanın rahat ve özel bir ortamda idrarını yapması sağlanır. Bu sırada, duraksama, zorlanma ya da yavaş ve kesilen akım (üretral tıkanma, detrusor kasılma sorununu gösterir) gibi durumlar gözlenir. Ardından kateterizasyon işlemi uygulanarak ya da pelvik ultrasound ile rezidüel idrar miktarı ölçülür. Genel olarak 50 ml.'den az rezidüel idrar miktarı, mesanenin yeterince boşaldığını gösterir. 100-200 ml ya da daha fazla miktarda rezidüel idrar volümü, mesanenin yeterince boşalamadığını düşündürür (3,4).

İdrar Analizleri: Hematüri (enfeksiyon, kanser ya da taş belirtisi olabilir), glikozüri (poliüriye neden olarak üriner inkontinans etkileyebilir), bakteriyüri / piüri ve proteinüri gibi durumları belirlemek amacıyla kullanılır. İdrar analizi ve mikroskopik inceleme için alınan rezidüel idrar örneği kullanılabilir. Ayrıca kadınlarda periüretral bölgenin antiseptik solüsyonla temizlenerek miksiyon sırasında orta idrarın alınması ile de yapılabilir (3).

Temel değerlendirmeye ilave olarak yapılabilecek testler:

İnkontinanslı hastaların tanınması aşamasında, böbrek fonksiyonlarından şüphelenildiği durumlarda ya da diüretik kullanılmamasına rağmen poliüri varsa kan testleri (BUN, kreatinin, glukoz ve kalsiyum) yapılabilir. İnkontinanslı hastaların rutin değerlendirilmesinde idrar sitolojisi önerilmemektedir. İdrar sitolojisi mesane kanserinin zayıf bir tarama testidir ve inkontinanslı bireylerde, kontinent popülasyondan daha yüksek bir mesane kanser riski bulunmamaktadır. Hematürisi olan hastalarda ve üriner enfeksiyon olmadan, iritatif işeme semptomları olan hastalarda sistoskopi gereklidir ve mesane kanseri olasılığı sitolojik inceleme ile değerlendirilmelidir (3).

İleri Değerlendirme

Üriner inkontinanslı hastanın temel değerlendirmesinden sonra, olası üriner inkontinans tipine yönelik tedaviye (ileri değerlendirme gereksinimi olmadığı sürece) başlanılmalıdır. Daha önce de belirtildiği gibi geçici üriner inkontinansa neden olan durumlarda uygun şekilde tedavi edilmelidir (Tablo 1). Geçici üriner inkontinansa yol açan durumların tedavisine rağmen, üriner inkontinans sorunu devam ederse, ileri değerlendirme yapılmalıdır (3).

İleri değerlendirme yapılmadan, tedaviye başlanabilecek hastalara örnek olarak şunları verebiliriz:

- Normal rezidüel volümü olan, komplike özelliği olmayan stres üriner inkontinanslı hastalar,
- Normal rezidü volümü olan, komplike özelliği olmayan urge inkontinanslı hastalar,
- Normal rezidü volümü olan, komplike özelliği olmayan miks üriner inkontinanslı hastalar.

Bu hastalara yönelik başlangıç tedavi uygulamaları Tablo 2'de gösterildi.

Tablo 2: Temel Değerlendirme Sonrası Uygulanabilecek Tedavi Seçenekler

Üriner İnkontinans Tipi	Niteliği	Tedavi Seçenekleri
Urge	Detrusor instabilitesi normal rezidüel idrar volümü komplike özelliği yok	Davranışsal yöntemler <ul style="list-style-type: none"> • Mesane eğitimi • Pelvik kas rehabilitasyonu
Stres	Normal rezidüel idrar volümü komplike özelliği yok	Davranışsal yöntemler <ul style="list-style-type: none"> • Pelvik kas rehabilitasyonu • Mesane eğitimi Farmakolojik girişimler <ul style="list-style-type: none"> • Alfa adrenerjik ilaç uygulama/ya da trisiklik antidepresanlar • Östrojen Cerrahi yöntemler <ul style="list-style-type: none"> • Hipermobilité nedeniyle SUI (komplike olmayan, tekrar olarak görülmeyen)
Miks	Normal rezidüel idrar volümü komplike özelliği yok	Cerrahi girişim dışında yukarıda belirtilen girişimlerin tümü

Temel değerlendirme ve başlangıç tedavisinden sonra, başarısız olan ya da ön tanıya yönelik tedavi seçeneklerinin hasta için uygun olmadığı durumlarda ileri değerlendirme yapılmalıdır. İleri değerlendirme amacıyla uygulanan spesifik testler şunlardır (3,14):

- Ürodinamik testler
- Endoskopik testler
- Görüntüleme testleri

Ürodinamik Testler

Ürodinamik testler, mesane ve üretranın anatomik ve fonksiyonel durumunu belirlemek amacıyla yapılır. İşlem eğitilmiş hemşireler ya da hekimler tarafından uygulanmaktadır. Ürodinamik testler kapsamında yer alan tanı işlemleri şunlardır (3,14):

- İdrar akış çalışmaları-üroflowmetri
- Mesane ve üretra basınç-akım çalışmaları-sistometri, üretral basınç profili
- Video çalışmaları-videoürodinami/videosistometrografi (VideoCMG - videocystourethrography)
- Elektromyografi (EMG)

Üroflowmetri'de idrar akış oranı, elektronik, görsel olarak ya da disposibl bir ünite kullanımı ile ölçülür. Elektronik olarak yapılam üroflowmetride elde edilen idrar akış eğrisi anormal işeme örneklerinin belirlenmesini sağlar. Üroflowmetri kadınlarda inkontinans tipini belirlemede kullanılmaz, mesanelerini boşaltmada güçlük çeken hastalarda yararlı bir testtir. Ancak obstrüksiyon ve detrusor zayıflığını ayırt edemeyebilir (3,14).

Sistometri detrusor fonksiyonunu değerlendiren bir testtir. Mesane duylanmasını, kapasitesini ve uyumunu tanılama ve istemli, istemsiz detrusor kontraksiyon varlığını ve büyüklüğünü belirlemede kullanılır. Basit sistometri, üretral kateter aracılığıyla mesanenin doldurulması ile yapılır. Burada abdominal basınç değerlendirmek amacıyla rektal ya da vajinal kateter kullanılmamaktadır. Multikanal sistometrogram ile ise (CMG-multichannel cystometrogram) intra-abdominal, total mesane ve gerçek detrusor basıncı ölçülür, istemsiz detrusor kontraksiyonu, intra-abdominal basınç artışında mesanenin uyum durumu belirlenebilir. İşeme CMG'si ya da basınç-akım çalışmaları idrar çıkış yolundaki obstrüksiyonu belirlemeye yarar (3,14).

Üretral basınç profili (UPP-uretral pressure profilometry), ile üretradaki dinlenme ve faal durumdaki basınç elde edilir. Yaşla birlikte, üretral basınçta normalde bir azalma söz konusu olduğu için özellikle yaşlılarda ayırt edici olarak kullanılmaz (3, 14).

Üretra ve mesane basınçlarının faal durumdaki ölçümleri, zorlanmanın üretral kapanma basıncına etkilerini belirlemek amacıyla kullanılır. Sfinkter fonksiyonu, üretral direnci yenmek için gereken abdominal ya da vezikal basıncın ölçülmesi ile de değerlendirilebilir (3, 14).

Elektromyografi (EMG-Electromyography); çizgili üretral sfinkterin sinir fonksiyonu (innervasyon) ve bütünlüğü ölçülür. CMG ile birlikte yapılan hem iğne hem de yüzey EMG'si DSD tanısını koyabilmada yararlıdır (3, 14).

Endoskopik Testler

Sistoskopi, üriner inkontinansın temel değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Steril hematüri ya da pyüri olan vakalarda, ürodinami sırasında semptomların ortaya çıkarılmasında başarısız olduğunda ya da mesanede ağrı, tekrarlayan sistit, yabancı cisim şüphesi gibi iritasyona bağlı işeme semptomlarının yeni başladığı vakalarda sistoskopi yapılması gereklidir.

Sistoüretroskopi ise, üretral divertikül, fistül, daralmalar ya da mesane lezyonları ve yabancı cisimlerin belirlenmesinde yararlı bir işlemdir. Üriner inkontinans sorunu olan hastalarda, sistoskopi neoplazm olasılığını (%2 oranında nadiren görülse dahi) ortadan kaldırmak amacıyla uygulanmaktadır (3).

Görüntüleme Testleri

Üriner inkontinansla birlikte olabilen anatomik sorunların belirlenmesi için radyografi, ultrasonografi ve diğer görüntüleme testleri kullanılmaktadır. Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde, üst üriner sistemin görüntüleme testleri ile değerlendirilmesi rutin değildir. Böbrek ve mesane ultrasonografisi, üst üriner sistemdeki genişleme ve renal patolojilerin belirlenmesinde özellikle üriner retansiyonlu, anormal renal fonksiyonu ve zayıf mesane uyumu olan hastalarda yararlı olabilir (3).

İntravenöz pyelografi gibi urografi teknikleri ve diğer görüntüleme yöntemleri, steril hematürisi olan ve ultrasonografi sonucu ileri tetkik gerektiren vakalarda önerilmektedir (3).

Alt üriner sistem görüntüleme testleri mesane ve üretranın anatomisini değerlendirmede yararlıdır. Lateral sistoüretrografi görüntüsü ile, mesane boynu

mobilitesi, mesane boynu ve proksimal üretranın huni oluşturma durumu ve sistoselin derecesi belirlenebilir. İşeme sırasında yapıldığında üretral divertikül obstrüksiyon ve veziko-üretral reflü belirlenebilir (3).

Videoürodinami, çeşitli ürodinamik testler ile fluoroskopi'nin birlikte yapıldığı bir tekniktir. Kompleks inkontinans problemlerinin nedenlerinin belirlenmesinde kullanılır (3).

Sonuç olarak, inkontinans sorunu olan bireylerin bakım ve tedavisinde hemşirelerin önemli rol ve görevlerinin bulunduğunu söyleyebiliriz. Kontinansın sürdürülmesi ve inkontinansın etkin tedavisi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir ve hemşireler bu ekibin vazgeçilmez üyeleridir. Hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında ve primer bakım hizmetlerinin sunulmasında öncelikli pozisyonadırlar. Bu nedenle alternatif bakım ve tedavi ilkelerini bilmeli ve inkontinans tiplerini tanıyabilmelidirler. Ayrıca tüm inkontinans problemi olan hastaların kontinans bakımında uzmanlaşmış hemşirelere sevk edilmeleri gereklidir (4, 5, 10, 11, 12).

KAYNAKLAR

1. Cheater F M A: Promoting urinary continence, *Nursing Standard*, 10: 42; 47-52, July 10, (1996).
2. Demirci F, Özden S, Yücel N, Yaltı S, Demirci E: Türkiye'de Postmenopozal Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı, *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 3: (3): 138-142, (1999).
3. Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al: Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults, Acute and Chronic Management, Clinical Practice Guideline 1996 number 2 update. AHCPR Pub, No. 96-0682. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, March (1996).
4. Getliffe K: Urinary incontinence: assessing the problem, *Primary Health Care*, 6 (8): 31-36, September (1996).
5. Getliffe K: Urinary incontinence: approaches to care, *Primary Health Care*, 6 (9): 31-36, (1996).
6. Kelleher, C: Epidemiology and Classification of urinary incontinence, in: Urogynecology. The King's Approach, Ed.: Linda Cardoza, Churchill Livingstone, London, 3-23, (1997).

7. Newman DK: Urinary incontinence management in the USA : the role of the nurse, *British Journal of Nursing*, 5 (2): 78-87, (1996).
8. Norton C: Asking simple questions: promoting continence, *Nursing Standard RCN Nursing Update*, 10 (45): 2-27, July 31, (1996).
9. Norton C: Providing appropriate services for continence : an overview, *Nursing Standard*, 10 (40): 41-45, June 26, (1996).
10. Pearson BD, Kelber S: Urinary Incontinence: treatments, interventions and outcomes, *Clinical Nurse Specialist*, 10: 4, 177-182, (1996).
11. Sampsel CM, Thomas KK, Gray M, Burns PA: Continence for women : A test of AW-HONN's Evidence- Based Protocol in clinical practice, *JOGNN*, 29 (1): 18-26, January/February, (2000).
12. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E: Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Etkili Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7 (1): (2000).
13. Maral I, Özkardeş H, Peşkircioğlu L, Bumin MA: Prevalence of stress incontinence in both sexes at or after age 15 years. *The Journal of Urology*, 165: 406-12, (2001).
14. Welford K: Testing lower urinary tract function. *Nursing Standard*, November 9 (9): 7, 27-30, (1994).