

KADINLARDAKİ ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE KONSERVATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Habibe AYYILDIZ ERKAN
İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Ürojenekoloji Birimi

ÖZET

Üriner inkontinans kişinin yaşamını tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte yaşam kalitesini bozmakta, sosyal ve hijyenik sorunlara yol açmaktadır. Üriner inkontinans tedavisinde öncelikle konservatif tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Bu yöntemler: davranışsal tedavi yöntemleri (pelvik taban egzersizleri, biofeedback, vaginal kon, mesane eğitimi, tuvalete gitme programı oluşturma, diyetle ilgili değişiklikler), elektriksel stimülasyon, farmakolojik tedavi ve mekanik araçlardır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Üriner inkontinans, Konservatif tedavi yöntemleri

SUMMARY

Conservative Treatment Methods For Urinary Incontinence In Women

Urinary incontinence while not being a life-threatening problem, effects the quality of life and causes social and hygienic problems. In urinary incontinence management, conservative treatment methods should be tried initially. These methods are; behavioral management (pelvic floor exercises, biofeedback, vaginal cones, bladder training, timed voiding, changing dietary habits) electrical stimulation, pharmacologic therapy and mechanical devices.

Key Words: Women, Urinary incontinence, Conservative treatment methods

GİRİŞ

Üriner inkontinans, ICS (International Continence Society) tarafından sosyal ya da hijyenik bir problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanır (Abrams 1990).

Kişinin yaşamını tehdit eden bir olay olmasa da, üriner inkontinansı olan hastalarda devamlı ıslaklık ve iritasyondan kaynaklanan rahatsızlık, buna bağlı olarak depresyona kadar varan emosyonel sorunlar gelişmektedir. İdrar kaçırıncılarının, seksüel yaşamlarının, günlük iş ve ev içi aktivitelerinin etkilendiği, bu durumu önlemek için hastaların bir çok sosyal ve fizik aktivitelerini, hatta sıvı alımlarını bile kısıtladıkları bilinmektedir (Yalçın 1996).

Üriner inkontinans hastalık değil bir semptom olduğu için uygun tedavi yönteminin seçimi, yapılan testlerin sonuçları doğrultusunda üriner inkontinansın tipi ve nedeninin belirlenmesi ile mümkündür (Demirci 1999).

Konservatif tedavi her hasta için uygun değildir. Ancak bu grupta tedavi edilebilir olan hastalara öncelikle bu yöntemler uygulanmalıdır. Cerrahi tedaviyi istemeyen, problemi cerrahi tedavi gerektirecek kadar ağır olmayan ve cerrahi tedavinin uygun olmadığı durumlarda konservatif tedavi yöntemleri denenmelidir (Dougherty 1993).

Üriner inkontinansda konservatif tedavi yöntemleri, aşağıda belirtilen uygulamaları içerir.

- Davranışsal Tedavi Yöntemleri
 - Pelvik taban egzersizleri
 - Biofeedback
 - Vajinal kon
 - Mesane eğitimi
 - Tuvalet gitme programı oluşturma
 - Diyetle ilgili değişiklikler
- Elektriksel Stimülasyon (ES)
- Farmakolojik Tedavi
- Mekanik Araçlar

DAVRANIŞSAL TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Davranışsal tedavi yöntemlerinin uygulanması ve izlemi, klinisyen ve hasta arasında pozitif, destekleyici ilişkiler gerektirir. Çünkü davranışsal tedavi

zaman alıcıdır ve yoğundur. Ayrıca uygulayıcı ve hasta arasındaki iletişim ve hastanın motivasyonu, davranış tekniklerinin başarısı için son derece önemli unsurlardır (Dougherty 1993).

Davranışsal tedavi yöntemlerinin karar verilmesinde ve uygulanmasında hemşirenin etkin bir rolü vardır.

Pelvik Taban Egzersizleri (PTE)

PTE, ilk kez 1948 yılında Arnold Kegell tarafından tanımlanmıştır. Kegell vaginal palpasyonla hastalarına pubokoksigeal kaslarını kasmayı öğretmiş ve bunu evde tekrarlamalarını istemiştir. Kegell, egzersizlerin doğru ve yeterli yapılmasının hastaya sürekli hatırlatılması gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Bu yöntemde, yeterli kas tonusu ve fonksiyonu elde etmek için 20-60 günlük bir zaman diliminde toplam 20-40 saat progresif egzersiz yapılması gerekmektedir (Aksaç 2002, Döver 1998, Eskiuyurt 2000).

PTE'nin amacı, pelvik taban kas gücünü arttırmak ve üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmektir (Cardoza 1997). Bu bağlamda PTE'nin birçok yararı vardır. Bunlar arasında; pelvik taban kas gücünü artırmak, pelvik organ prolapsus ihtimalini azaltmak, bağırsak kontrolünü artırmak, orgazmı artırmak ve seksüel problemleri azaltmak, vaginal doğumlarda yırtık olasılığını azaltmak sayılabilir (Eskiuyurt 200).

Bir çok sağlık profesyoneli, pelvik kas egzersizlerinin kadınlar için yararlı olduğun konusunda fikir birliği içindedir. Zayıflamış pelvik kaslar, karın içi basıncın artması sırasında idrar kaybına neden olur. Bu durum daha fazla gülerken, öksürürken ve egzersiz sırasında ortaya çıkar (Dougherty 1993).

Günümüzde stres inkontinans tedavisinde pelvis taban kaslarını geliştiren egzersizler, birinci seçenek olarak kabul edilmektedir. Pelvik taban kasını doğru kasabilen ve kasılma esnasında bacak ve karın kaslarını kasmayan kadınlara, pelvik taban kas egzersizleri tedavide ilk aşama olarak önerilebilir. Yapılan bir çok çalışma bu görüşü desteklemektedir. *Bo ve ark.* (1999) Stres Üriner İnkontinans tanısı almış vakalarla yaptıkları çalışmada hastaları 4 gruba ayırmışlar: 1. gruba pelvik taban egzersizi. 2. gruba elektriksel stimülasyon, 3. gruba vaginal kon tedavisi uygulamışlar ve 4. gruba tedavi uygulamamışlar (kontrol grubu). Bu çalışmanın sonucunda, pelvik taban kas egzersizinin, elektriksel stimülasyon ve vaginal konlara göre daha öncelikli olduğunu

bulmuşlardır. *Bo* (1998) 1980-1996 yılları arasında pelvik taban kas egzersizleri ile ilgili dergilerde (*J Urol*, *Word J Urol*, *Neurourol Urodyn*, *Z Urol Nephrol*, *Am J Obstet Gynecol*) yayımlanan çalışmalarını derleyip değerlendirmiş ve sonuçta, stres üriner inkontinans tedavisi için pelvik taban kas egzersizlerinin ilk tercih olması gerektiğini ifade etmiştir. Yine *Bo ve Talset* (1996) yaptıkları çalışmada, pelvik taban egzersizlerinin 5 yıl gibi uzun dönemli etkilerini ölçmüşlerdir. Bu çalışmada, 23 hastaya 6 ay boyunca yoğun egzersiz yaptırılmıştır. 23 hastanın 3 tanesinin daha sonra opere edildiği, opere edilmeyen 20 hastanın (%70'i) durumlarından memnun oldukları ve başka tedavi istemedikleri, bunların %75'i ise stres sırasında herhangi bir idrar kaçırma yaşamadıkları bildirilmiştir.

Yöntemin Uygulanışı: Hastaya, egzersiz öğretilmeden önce mesanesini boşaltması ve rahat edebileceği giysiler giymesi önerilir. Daha sonra baş hafifçe yükseltılarak (20°'lik açı) dizler bükük pozisyonda rahat bir zemine uzanması sağlanır. İşlem öncesi hastanın derin bir nefes alarak vücudunu gevşetmesi ve pelvik taban kaslarına konsantre olması sağlanır. Sanki bağırsak hareketlerini (gaz çıkışını) veya idrarını durdurmaya çalışıyormuş gibi kaslarını kasma ve bu kasılmayı 10 sn etkin şekilde sürdürmesi istenir. Kasılmadan sonra kaslar 15 sn gevşemiş halde dinlendirilir. Bu kas egzersizlerine başlandığında, kişi kaslarının kolay yorulduğunu veya kasmayı 10 sn sürdüremediğini görecektir. Kasılma esnasında asla nefes tutulmamalıdır. Gluteal bölge, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır (Beji Kızılkaya 1998, Demirci 1999).

Doğru kas grubu ve nasıl kullanılacağı öğrenildiğinde egzersiz her pozisyonda ve herhangi bir zamanda uygulanabilir. Egzersiz programı ömür boyu devam ettirilmelidir (Aksaç 2000, Beji Kızılkaya 1998, Demirci 1999, Dougherty 1993, Eskiuyurt 2000).

Bir çok kadın pelvik taban kaslarını doğru bir şekilde kasma bilmemektedir. Anatomik yapı nedeniyle etkili bir eğitim verilmeden bunu öğrenmek zor olmaktadır. Bu nedenle çeşitli egzersiz öğretme yöntemleri geliştirilmiştir. Bu yöntemler: stop testi, digital palpasyon, vaginal cone kullanımı, perineometer kullanımı, biofeedback kullanımı ve elektriksel stimülasyon'dur (Aksaç 2000, Eskiuyurt 2000).

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Bu yöntem, üriner inkontinansta ilk kez 1940 yılında Arnold Kegell tarafından kullanılmıştır (Aksaç 2000, Döver 1998, Eskiuyurt 2000).

Tedavide, abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın sadece pelvik taban kaslarının kontraksiyonu sağlanarak pelvik taban kas gücünü artırmak amaçlanır. Biofeedback ile hasta, pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir.

Biofeedback, pelvik taban kasını kasılma ve gevşemesini ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılabilir bir hale gelmesini sağlayan ve bu olayları, hastanın kendisinin düzenlemesine izin veren bir yöntemdir. İnkontinans sorunu olan hasta, biofeedback aracılığı ile pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. Diğer kaslarını (bacak, karın) izole ederek kasabilmeyi başarabildiğinde, hasta bu kasların aktivitesini farketmeyi ve düzeltebilme özelliğini kazanır (Demirci 1999).

Biofeedback, Detrusor Instabilitesi (DI) olan hastalarda detrusor kontraksiyonlarının istemli inhibisyonu ile aynı zamanda abdominal kasların relaksasyonu ve pelvik taban kas kontraksiyonunu öğretmek amacı ile de kullanılır. Biofeedback ile rehabilitasyonun başarısı; doğru hastanın seçimi, hasta ve uygulayıcıların motivasyon ve yeteneklerine bağlıdır. Bu teknikler zaman alıcıdır ve hastanın motive, günlük yaşamında bağımsız ve bilişsel fonksiyonları açısından normal olmasını gerektirir (Aksaç 2000, Cardoza 1997, Dougherty 1993, Eskiuyurt 2000).

Yönteminin Uygulanışı: Biofeedback tedavisi vaginaya yerleştirilen basınç probu ile uygulanır. Hastadan pelvik taban kasını 10 sn. kasıp 20 sn. dinlendirmesi istenir. Hastalar kasılma ve gevşemelerini ekran aralı ile görsel olarak izlemekte ve kasılma anında yükselen sesi işitsel olarak duymaktadır. Tedavi haftada 3 kez günde 20-30 dk. seanslar halinde uygulanır. 6-8 hafta sonunda istenen cevap elde edilmekte. Program egzersiz ile devam ettirilmekte. Elektriksel stimülasyona göre biofeedback'ten daha iyi sonuçlar alınmaktadır (Eskiuyurt 2000).

Biofeedback tedavisinin etkinliği, yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. *Glavind ve ark.* (1998) 37 hasta ile yürüttükleri çalışmada, tedavi sonrası pet testi sonuçlarına göre %39'unda objektif iyileşme, %42'kisinde durumlarında

olumlu gelişme gözlemlenmişlerdir. İki yıl sonra 15 hastanın, pet test sonuçlarına göre, %27'sinde objektif bir iyileşme ve %47'sinde olumlu gelişmeler bulgulanmıştır.

Vajinal Kon

Vajinal konlar ilk kez 1985 yılında Plewnik tarafından pelvik tabak kaslarını güçlendirme ve değerlendirmede bir araç olarak tanımlanmıştır. Tedavinin esası, istemli ya da istemsiz pelvik taban kontraksiyonlarıyla hastada bir biofeedback duygusu oluşturmaya dayanır. Burada amaç, vajinal kon ile pelvik taban kaslarında güçlü izometrik kontraksiyonlar yaratarak pelvik kas gücünü arttırmaktır (Demirci 1999).

Yöntemin Uygulanışı: Kon vajinaya yerleştirilerek uygulanır ve ovüllerin düşmemesi için hasta pelvis taban kaslarını kasar. Bu şekilde pelvis kasları güçlendirilirken biofeedback mekanizması da harekete geçirilmiş olur. Konların ağırlığı 20 gr'dan 100 gr'a kadar değişmektedir. Uygulamaya vajinada taşınabilen en hafif kondan başlanır. Hasta bunu günde 2 kez 20 dakika süreyle taşıyabilecek duruma geldiğinde konun ağırlığı giderek artırılır. Tedavi süresi 4 hafta'dır (Dougherty 1993, Döver 1998). Pelvis kas egzersizlerinde hasta, istemeden de olsa abdominal veya gluteal kaslarını da kasabilir oysa kon uygulamasında böyle bir durum söz konusu olamaz. Çünkü yanlış kas grubu kasıldığında kon vajinadan düşecektir. Aşırı derecede pelvik organ prolapsus varlığında kullanılamazlar. Doğum sonrası dönemde gevşemiş pelvik taban kasların esnekliğini kazanması açısından oldukça faydalı olduğu bildirilmiştir (Eskiyurt 2000). Bu tedavi klinik ortamda yapılabildiği gibi hasta eğitilerek ev ortamında da uygulanabilir.

Mesane Eğitimi

Davranışsal tedavi yöntemlerinden biri olan mesane eğitimi, idrar kaçırın hastalar için gerekli bir yaklaşımdır. İlacın ve cerrahi girişimin aksine, mesane eğitimi kontraendikasyonu olmayan, noninvaziv, basit ve oldukça ucuz bir yöntemdir. Tedavide ilk aşama olarak uygulanabildiği gibi diğer davranışsal tedavi yöntemlerine veya ilaç tedavisine ilave olarak da uygulanmaktadır. Özellikle urge inkontinans, frequency ve noktüri tedavisinde etkili olan bu

yöntemin son yıllarda stres üriner inkontinansı olan hastalarda da etkili olduğu bildirilmiştir (Anders 2000, Dougherty 1993).

Mesane eğitimi, ilk kez 1966 yılında Jeffcoate ve Francis tarafından geliştirilmiştir ve 1972 yılında da Fremem tarafından yaygın hale getirilmiştir. Mesane eğitimi, sadece belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği ve kişinin başarılı olduğu taktirde her hafta sürenin (15-30 dk.) artırıldığı 6-12 hafta (genellikle 8 hafta)'lık formal bir programdır. Amaç, idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini artırmak ve olumlu psikolojik gelişmeler sağlamaktır (Anders 2000, Demirci 1999, Dougherty 1993, Fantl 1991, Wyman 1991).

Yöntemin Uygulanışı: Mesane eğitimine başlamadan önce hastalara üriner günlük doldurtularak tuvalete çıkma sıklıkları belirlenir. Tedavi öncesi hastalara yöntemi nasıl uygulayacakları konusunda eğitim verilir ve bu eğitim doğrultusunda uyanık oldukları sürece önceden belirlenen programa göre idrar yapmaları istenir. Süre dolmadan idrar hissi olsa bile tuvalete gitmemeleri, zamanı geldiğinde ise idrar hissi olmasa da idrar yapmaya çalışmaları önerilir. Gün boyunca her tuvalete gidişlerini, idrar kaçaklarını ve aldıkları sıvı miktarlarını mesane eğitimi çizelgelerine not etmeleri istenir. Çizelgeler her hafta incelenir ve hastalar idrar yapma arasındaki sürelerde başarılı oldukça, süre kademeli olarak artırılır. Hedef mesane kapasitesini ve uyumunu artırarak idrar yapma aralığını 3-4 saate çıkarmaktır. Bu tedavi yöntemi ile kortikal kontrol ile istemsiz kasılmalar inhibe edilmeye, bunun yerine istemli kasılmalar oluşturulmaya çalışılır (Anders 2000, Demirci 1999, Dougherty 1993, Fantl 1991, Yalçın 1996, Wyman 1991).

Literatürde, bu tedavideki başarı oranlarının %47'den-%100'e kadar değiştiği görülmektedir. Bu değişkenliğin nedeni; hasta seçimi (doğru teşhis ve tanı), tedavi protokolü, uygulama şekilleri, sonuç kriterleri ve izleme periyodundaki değişkenlerdir (Anders 2000, Fantl 1991, Wyman 1991). *Sale ve Wyman* (1994) 55-59 yaş arasındaki 91 kadına 6 haftalık bir mesane eğitimi programı uygulandıktan sonra inkontinans olaylarında %27, mesane kontrolünün yeniden sağlanması gereken olgularda %33, frequency'de %50'lik bir azalma bildirmişlerdir. *Fantl ve arkadaşları* (1991) 55 yaş ve üzeri 123 inkontinanslı kadın hastaya 6 haftalık mesane eğitimi programı uygulamışlar, prospektif kontrollü olan bu çalışma sonucunda üriner inkontinans %57'lik bir azalma olduğunu bildirmişlerdir.

Tuvalete Gitme Programı Oluşturma

Bu yöntemde, hasta düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gönderilir ya da komoda oturması/sürgü verilmesi önerilir. Böylece hastanın düzenli bir işeme programı oluşturması sağlanır. Bu uygulama ile her zamanki idrar kaçışma olayından önce hastanın idrarını yapmasını sağlanarak kuru kalması amaçlanır. Özellikle yaşlı, yatalak ya da Alzheimer'lı hastalarda bu yöntem kullanılmaktadır (Beji Kızılkaya 1998, Demirci 1999).

Diyetle İlgili Değişiklikler

Konstipasyonun riner inkontinansa etkili bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle hastanın bağırsak alışkanlığı ayrıntılı değerlendirilmelidir. Yüksek lifli (posa bırakan yiyecekler) diyet, yeterli sıvı alımı ve egzersiz, konstipasyonun kontrolü için; mesane günlüğü ise diyet değişikliği danışmanlığına rehber olması açısından yararlıdır. Sıvı alımı ortalamanın altında olduğu zaman hidrasyonu sağlamak için en az günlük 8 bardak sıvı alımı sağlanmalıdır. Çünkü az sıvı alımı sonucu idrar yoğunluğundaki artış, mesaneyi daha çok irite eder. Bu nedenle inkontinans tedavisinde sıvı alımı kesinlikle kısıtlanmamalıdır. Ancak noktürnal inkontinans sorunu ve kısmen mobilite sınırlaması olan kişiler için saat 18.00'dan sonra sıvı kısıtlanması yararlı olabilir (Demirci 1999, Dougherty 1993, Eskiuyurt 2000).

İnkontinansa (zellikle urge inkontinansa) bir çok gıda maddelerinin de mesane iritasyonunu başlatma veya artırmada önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu yiyecekler aşağıda belirtilmiştir.

- Alkol: likör, şarap, bira
- Kafein: kahve, çay, soda, çikolata, öksürük ilaçları
- Asitli içecekler ve meyve suları: kola, portakal, greyfurt, limon, ananas
- Domates: domates suyu, ketçap, domatesli yiyecekler
- Baharatlı yiyecekler
- şekerli yiyecekler (Beji Kızılkaya 1998, Demirci 1999).

ELEKTRİKSEL STİMÜLASYON (ES)

Alt üriner sistem disfonksiyonlarının tedavisinde, kullanımı yeni bir yöntem olmayan ES, vajına ya da rektuma bir elektrod yerleştirilerek yapılan pelvik taban kaslarının elektriksel stimülasyonudur.

İlk kez 1963'de Coldwell tarafından denenmiş olan elektriksel stimülasyonda alçak frekanslı akım olan faradik veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılır. Faradik akım, ağrıya neden olduğundan günümüzde terkedilmiştir. Orta frekanslı akımların yayılımı daha düzenlidir ve daha derine nüfus eder. İnterferansiyel akım uygulaması elektrod ya da vajinal prob ile yapılabilir. Vajinal prob daha çok tercih edilmektedir. Perine bölgesine intraanal ya da intravajinal proba uygulanan elektriksel stimülasyon, sfinkter ve pelvik taban kasının kontraksiyonuna neden olur ya da detrusor refleksi inhibisyonuyla kontinans sağlar (Aksaç 2000, Döver 1998, Eskiuyurt 2000).

ES ile tedavinin sonucunda;

- Kas kontraksiyonu ile kas gücü artar
- Pudental sinirin direkt stimülasyonu ile üretral basınç artar
- Pelvik sinirin refleksi stimülasyonu ile detrusor inhibe edilir
- Lokal dolaşım artar
- Kortikal bilinç artar
- Adrenerjik aktivite artar, kolinerjik aktivite azalır.

Elektriksel Stimülasyon Endikasyonları;

Stres İnkontinans (Ağır vajinal desensusu olmayan olgular, cerrahi sonrası nüks vakalar, ağır pelvik cerrahiyi takiben gelişen stres inkontinans, pelvik radyasyonu takiben gelişen stres inkontinans), Urge İnkontinans, Miks İnkontinans, Detrusor hiperrefleksi, Nöropatik işeme disfonksiyonu, Freguency, Üretral instabiliteden kaynaklanan işeme bozuklukları olarak sıralanabilir.

Elektriksel Stimülasyon; Ciddi vajinal prolapsus, gebelik, vaginal enfeksiyon, ağır menstrüel kanama, kardiak aritmi, kardiak pacemaker, üriner retansiyon, vesiko üretral reflü ve pelvik tabanda tam akson kaybı ile ortaya çıkan periferik denervasyon durumlarında uygulanmaz (Aksaç 2000, Döver 1998, Eskiuyurt 2000).

Yöntemin Uygulanışı: Elektriksel stimülasyon intraanal ya da intravaginal proba uygulanır. Tedaviye başlamadan önce hastaya tedavi konusunda eğitim verilir ve varsa endişeleri giderilir. Kas 5 sn stimüle edilip 10 sn dinlendirilir. Zayıf kaslarda dinlenme süresi daha uzundur. Akımın şiddeti hastanın toleransına göre ayarlanır. Tedavi süresi 20-30 dk'dır. İlk seans ve urge inkontinansta tedavi süresi daha kısadır (15 dk'yı geçmemelidir). Elektriksel stimülasyon kas gücü 3/5'in altında olan vakalarda tercih edilir. Urge inkontinansta mesane kontraksiyonlarını inhibe etmek için frekans 5-10 Hz'dir. Stres inkontinansta üretra kontraksiyonu aktive edilmelidir, frekans 10-50 Hz arasında olmalıdır. Haftadan 3 seanstan 6-8 hafta uygulanır, menstrüasyon dönemlerinde tedaviye ara verilir (Eskiyurt 2000).

Elektriksel stimülasyon tedavisi çok fonksiyonlu ve özel aletlerle hastane veya ofis koşullarında uygulanabildiği gibi taşınabilir aletlerle ev koşullarında da uygulanabilir. Bu nedenle elektriksel stimülasyon tedavisinde kullanılan değişik özelliklerde aletler geliştirilmiştir. Genel olarak otomatik ve sabit olmak üzere 2 gruba ayrılırlar. Otomatik olanlar ev ortamında tedavi yapılabilen basit elektriksel stimülasyon cihazlarıdır. Sabit stimülatörler ise çok daha komplike ve hastane/ofis koşullarında kullanılan cihazlardır. Geleneksel olarak bu tedavi yöntemi bir fizyoterapist tarafından uygulanmakla. Bununla beraber tedaviyi evinde uygulayan hastaların gereksinimlerine nasıl cevap verebileceğini ve tedavi prensiplerini bilen hemşirelere de gereksinim vardır (Demirci 1999, Döver 1998, Eskiyurt 2000).

1963'ten günümüze kadar elektriksel stimülasyonun etkinliğini belirlemek üzere bir çok çalışma yapılmıştır. Döver (1998) Stres Üriner İnkontinans tanısı konan 27 hastaya 50 Hz ile haftada 3 kez'den 18 seans elektriksel stimülasyon uygulamış ve tedavi sonunda evde devam etmek üzere hastalara egzersiz öğretmiştir. 2 ayın sonunda 14 hastada (%51,9) tamamen düzelme, 6 hastada (%22,2) eskisinde iyi olma hali ve 7 hastada ise (%25,9) herhangi bir değişiklik olmadığını bildirmiştir.

Sand ve ark. (1995), 35 tedavi ve 17 kontrol grubu hasta ile yaptıkları çalışmada 12 haftalık tedavi sonunda, pet testine göre, tedavi grubunda %62'lik kontrol grubunda ise %19'luk bir iyileşme oranı bildirmişlerdir. Yine Schiotz (1994) operasyon bekleyen 51 hastaya bir ay süreyle elektriksel stimülasyon uygulamış, tedavi sonunda 6 hastada (%12) düzelme, 17 (%33) hastada belirgin düzelme ve 16 (%31) hastada kısmen düzelme bildirmiştir.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Farmakolojik tedavinin amacı, detrusor kontraktilitesini azaltarak istemsiz gelişen detrusor kontraksiyonlarını önlemektir. Bu amaçla değişik etki mekanizmaları olan ilaçlar kullanılabilir.

Antikolinergik Ajanlar

Atropin: Atropin ve atropin benzeri maddeler normal ve istemsiz mesane kontraksiyonlarını deprese ederler. Böylece, mesane kapasitesi artar, istemsiz kontraksiyon amplitüdü düşer, eşik hacim ve basınç değerleri yükselir.

Propanthelin bromid: Alt üriner sistemde antimuskarinik etkisi olan bir ajandır. Her 4-6 saatte bir 15-30mg dozunda aç karnına alması önerilir. Ağız kuruluğu, görme bozukluğu, baş dönmesi ve gangliyon blokajı yapması nedeniyle ortostatik hipotansiyon gibi yan etkileri gözlemlenebilir. Belirgin mesane çıkış obstüksiyonu olan ve dar açılı glokomlu hastalarda kullanılmaz (Yıldız 2000).

Muskulotropik (Spazmolitik) Ajanlar

Bu ajanlar, direkt etkili düz kas depresanları olarak bilinir. Bu ilaçların aynı zamanda antikolinergik ve lokal anestetik özellikleri de vardır.

Oxybutinin klorid (üropan): Antikolinergik, kas gevşetici ve lokal anestetik özelliği bulunmaktadır. Günde 3-4 kez 5mg dozunda alınmalıdır. Ağız ve vücutta kuruluk, görme bozukluğu, mental durumda değişiklik, bulantı, konstipasyon gibi yan etkiler gözlemlenebilir.

Dicyclomin hidroklorid: Düz kas üzerine direkt gevşetici etkisi olan ve antimuskarinik özelliği olan bir ajandır. Oxybutininden daha az etkili olmasına karşın yan etkisi daha azdır. Detrusor hiperrefleksi durumlarında, günde 3 kez 20mg dozda verildiğinde mesane kapasitesini arttırmaktadır.

Flovaxate hidroklorid (ürispas): Düz kas üzerine direkt inhibitör etki gösterirken çok zayıf antikolinergik özelliği bulunmaktadır. Önerilen doz günde 3-4 kez 100-200mg'dır. Pollaküri, urgen inkontinans ve detrusor hiperrefleksi tedavisinde olumlu sonuçlar alınmıştır. Özellikle postoperatif dönemde mesane spazmlarının tedavisinde kullanılır (Yıldız 2000).

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Bu ajanlar mesane düz kasının gevşemesini, intrasellüler kalsiyum salınımını veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki eder. Nifedipine, verapamil, diltiazem flunarizin bu ilaçlardan birkaçıdır (Yıldız 2000).

Trisiklik Antidepresanlar: Bu gruptaki ajanlar antikolinerjik ve antihistaminik etki göstermektedir. Yaygın olarak kullanılmasına rağmen yan etkileri çok fazladır. Yorgunluk, titreme, postural hipotansiyon, kardiyak aritmi, aşırı terleme görülebilir. Monoamin oksidaz inhibitörü alanlarda uygulanmaz. İmipramin hidroklorürün (tofranil), tomoxetine, amitriptilin hidroklorid (larosyl) ve doxepin bu grupta yer alan ilaçlardır (Yıldız 2000).

Farmakolojik tedavide hemşireye önemli görevler düşmektedir. Hemşire hastaya reçete edilen ilacın etki mekanizmasını, yan etkilerini ve kullanılış biçimini anlatmalıdır. Beklenmeyen bir etki görüldüğünde hemen kliniğe gelmesi gerektiği konusunda bilgilendirmelidir.

MEKANİK ARAÇLAR

Menkanik araç olarak peser'ler kullanılmaktadır. Bu araçlar pelvik relaksasyon semptomlarını hafifletmek ve üriner inkontinans sorunu olan, diğer tedavilere cevap vermeyen ya da cerrahi yöntem uygun olmayan hastalarda tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Mekanik araçlar mesane boynu ve üretrayı desteklemekte ve yükseltmektedir (Demirci 1999). Mesane boynu ve proksimal üretranın peser ile alttan desteklenmesi ile üretral rezistans artırılarak Anatomik Stres İnkontinans (ASI)'ı olanlarda %50-75 oranında klinik başarı sağlanmaktadır. Ancak üretral obstrüksiyon, bası nekrozu ve enfeksiyon gelişme riski yüksek olan bu yöntem geçici olarak kısa süreli kullanılmalıdır (Yalçın 1996).

KAYNAKLAR

- Abrams P, Blaivas J G, Stanton S L (1990). The standardizasyon of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol*, 1-16, .
- Aksaç B (2000). Stres üriner inkontinansın rehabilitasyonunda biofeedback ve pelvik taban egzersizlerinin yeri. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Anders K (2000). Bladder Retraining. Stanton SL, Monga AK (Eds). 575-580.

- Beji Kızılkaya N, Çayır G (1998). Üriner İnkontinans ve Pelvik Relaksasyon Problemleri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalara Yönelik El Kitabı, İ.Ü.F.N.H.Y.O., İstanbul, 1998.
- Bo K (1998) effect of electrical stimulation on stress and urge urinar incotinence. *Acta Obstetricia and Gynecologica Scandinavica*, (Supplement) 168 (77): 3-1.
- Bo K, Talsset T (1996) long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organised training. *Obstetrics & Gynecology*, 87 (2):261-265.
- Bo K, Talsseth T, Holme I (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stree incontinence in women. *BMJ*, 318 (20):487-493.
- Cardoza L (1997). Urogynecology. Churchill Livingstone, New York.
- Demirci H, Kızılkayan Beji N (1999). Üriner inkontinans tedavisinde, uygulanan konservatif tedavi yöntemleri. *Hemşirelik Forumu*, 2(3):102-108.
- Dougherty M C, Walters M D (1993) Genuine Stress İncotinence: Nonsorgical Treatment, Clinical Urogynecology. Walters MD, Karrom MM (Eds) Mosby Year Book, Toronto, 163-181.
- Döver Ş (1998). Fonksiyonel elektriksel stimülasyon ve pelvik taban kası egzersizlerinin stres inkontinansın tedavisindeki etkinliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eskiyurt N, Karan A (2000). Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon, Ürojinekoloji, Güner H (Ed), Atlas Kitapçılık, Ankara, 135-155.
- Fantl J A, Wyman J F, Donna K, et al (1991) Efficacy of bladder training in older women with urinary inkontinence. *JAMA*, 265(5):609-613.
- Glavind K, Laursen B, Jaquet A (1998). Efficacy of Biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, (Supplement) 168 (77):3-11.
- Ostergard D R, Bent A E (1996). Urogynecology And Urodynamics Theory And Practice. Fourth Edition, Williams & Wilkins, London.
- Sale P G, Wyman J F (1994). Achievement of goals associated with bladder training by older incontinent women. Research Briefs, WB Sowders Company, 93-96.
- Sand P K, Richardson D A at al (1995). Pelvic floor electrical stimulation in treatment of genuine stres incontinence, A multicenter, placebo – controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173 (1):72-79.
- Schiotz H A (1994). One month maximal electrostimulation for genuine stres incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics*, 13 (1):43-50.
- Yalçın Ö T (1996). Ürojinekoloji, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Kışınışçi H, Gökşin E ve ark. (Ed), Güneş Kitabevi, Ankara, 730-747.
- Yıldız A, Onan M (2000). Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi, Ürojinekoloji. Güner (H), Atlas Kitapçılık, Ankara, 115-134.
- Wyman J F, Fantl J A (1991). Bladder training in ambulatory care management of urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 11(3):11-17.