

## Alt Üriner Sistem Semptomları ve Pelvik Organ Prolapsuslarında Klinik Rehberler ve Klinikte Kullanımı

### Clinical Guidelines and Its Use in Clinic in Sub Urinary System Symptoms and Pelvic Organ Prolapsus

Arzu Akdemir<sup>1</sup>, Ergül Aslan<sup>2</sup>

#### Öz

Pelvik tabana ilişkin semptomlar kadın yaşamının her evresinde görülebilen ve kadının yaşam kalitesi üzerinde fiziksel, cinsel, sosyal yönden olumsuz etki yapan yaygın bir sorundur. Bu semptomların önlenmesi, tanısı ve tedavisinde sunulacak sağlık hizmetine kaynak oluşturacak rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler, farklı kanıt düzeyinde öneriler ile klinik sorunları belirleme, sistematize etme, sorunun çözümüne yönelik gerekli önerileri oluşturma sürecinde sağlık profesyonellerine destek sağlamaktadır. Alt üriner sistem semptomları ve pelvik organ prolapsuslarına ilişkin güncel rehberler hastaların ilk değerlendirmesinde anamnez ve fizik muayenenin önemi, mesane günlüğü ve doğrulanmış ölçeklerin kullanımı, ilk tanı testi olarak boşaltım sonrası rezidüel idrar hacmi ölçümü ve idrar analizi yapılması, birinci basamak konservatif tedavi seçeneklerinin uygulanması, ikinci basamak tedavi seçeneği olarak antimuskarinik ilaçların denemesi, cerrahi yöntem olarak midüretal slinglerin kullanımı konusunda hemfikirlerdir. Pelvik tabana ilişkin semptomlara yönelik verilecek hemşirelik bakımında güncel rehberler ve kanıt düzeyi yüksek çalışmalar yol gösterici olacaktır. Bu derlemenin amacı alt üriner sistem ve pelvik organ prolapsusu semptomlarının yönetimi hakkında, alanında uluslararası tanınırlığı olan kurum ve kuruluşların rehberlerini kanıt temelli olarak gözden geçirmek ve hemşirelerde konuyla ilgili farkındalığın artmasını sağlamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Alt üriner sistem semptomları, klinik rehberler, pelvik organ prolapsusu

#### Abstract

Symptoms related to the pelvic floor are a common problem that can be seen in all stages of women's life and have a negative impact on women's quality of life in terms of physical, sexual and social aspects. Guidelines have been developed to be a resource for healthcare services to be provided for the prevention, diagnosis and treatment of these symptoms. These guidelines provide support to healthcare professionals in the process of identifying clinical problems, systematizing them, and creating the necessary suggestions for the solution of the problem with recommendations at different levels of evidence. Current guidelines on lower urinary tract symptoms and pelvic organ prolapse, the importance of anamnesis and physical examination in the initial evaluation of patients, the use of bladder diary and validated scales, post-voiding residual urine volume measurement and urine analysis as the first diagnostic test, application of first-line conservative treatment options, second They agree on using antimuscarinic drugs as a stepwise treatment option and the use of midurethral slings as a surgical method. They agree on testing antimuscarinic drugs and using midurethral slings as a surgical method. Current guidelines and studies with high level of evidence will be guiding in nursing care to be given regarding the symptoms related to the pelvic floor. The aim of this review is to review the guidelines of internationally recognized institutions and organizations on the management of lower urinary system and pelvic organ prolapse symptoms on an evidence-based basis and to raise awareness of the issue among nurses.

**Key Words:** Lower urinary tract symptoms, clinical guidelines, pelvic organ prolapse

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi, İstanbul/Türkiye, E-mail: [arzu.akdemir@outlook.com](mailto:arzu.akdemir@outlook.com)

<sup>2</sup>Profesör Doktor, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul /Türkiye

## Giriş

Kadın yaşamının her evresinde yaygın olarak görülen pelvik tabana ilişkin semptomlar sadece tıbbi bir sorun olmayıp, kadının yaşam kalitesi üzerinde fiziksel, cinsel ve sosyal yönden birçok olumsuz etkiye sahiptir. Üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin semptomlardır. Bu semptomların önlenmesi, tanısı ve tedavisi multidisipliner sağlık ekibi çalışmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin amacı mevcut kaynakları en etkin biçimde kullanarak bireyin fiziksel, çevresel ve psikososyal olarak optimum sağlık düzeyine ulaştırmaktır. Bunu yapabilmek için kanıta dayalı çalışmaların sonuçlarının kullanılması önem arz etmektedir.<sup>1,2</sup> Klinik rehberler bir hastalığın, sorunun veya işlemin kabul edilmiş yönetiminin kanıta dayalı özetidir. Klinik rehberler hastalara yüksek kalitede bakım sağlama ve hasta prognozunu iyileştirmede yardımcı kanıta dayalı belgelerdir.<sup>3</sup> Çok sayıda ülkede alt üriner sistem semptomlarının tanısı ve tedavisi için ulusal rehberler geliştirilmiştir (Tablo 1).<sup>2,6,8,11-15,18,19</sup>

Bu derlemenin amacı alt üriner sistem ve pelvik organ prolapsusu semptomlarının yönetimi hakkında alanında uluslararası tanınırlığı olan kurum ve kuruluşların kılavuzlarını kanıt temelli olarak gözden geçirmek ve hemşirelerde konuyla ilgili farkındalığın artmasını sağlamaktır.

### **Klinik Rehberlerin Kapsamı ve Geliştiren Kuruluşlar**

Uluslararası Kontinans Konsültasyonu [ICI-International Consultation on Incontinence (ICI)], 1998'de ilk kez uluslararası uzmanların kanıt ve görüşlerinin gözden geçirilmesine dayanarak inkontinansın değerlendirilmesi ve tedavisi için öneriler geliştirmiştir. ICI tarafından “Kadınlarda Üriner İnkontinans Cerrahisi”, “Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi” ve “Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi ve Tedavisi, Pelvik Organ Prolapsusu ve Fekal İnkontinans” kılavuzları geliştirilmiş olup, en son 2017'de altıncısı yayınlanmıştır.<sup>8,9</sup>

ICI tarafından ilk olarak 1998'de geliştirilen algoritmalar Avrupa Üroloji Derneği [European Association of Urology (EAU)] inkontinans kılavuzlarında yer almıştır. İnkontinansta ilk EAU kılavuzu 2001 yılında yayınlanmış ve periyodik olarak güncellenmiştir. EAU kılavuzu üriner inkontinansa (Üİ) ilişkin kanıta dayalı ve pratik olarak rehberlik sağlamayı amaçlamaktadır.<sup>7,10,11</sup>

Kanada Üroloji Derneği [Canadian Urological Association (CUA)] da ilk olarak 2005 yılında klinik rehberlerini yayınlamıştır. Dernek, PubMed, MedLine ve Cochrane veri tabanının incelemesine dayanarak 2012 yılında “Yetişkinlerde Üriner İnkontinans” hakkında güncellenmiş önerilerde bulunmuştur. Dernek ayrıca 2017 yılında “Aşırı Aktif Mesane Rehberi”ni yayınlamıştır.<sup>7,10,12,13</sup>

**Tablo 1:** Ürojenekoloji Alanında Geliştirilmiş Klinik Rehberler <sup>2,6,8,11,12,13,14,15,18,19</sup>

Kurum/Kuruluş	Kılavuz/Rehber	Güncelleme Yılı
Uluslararası Kontinans Konsültasyonu (ICI)	Üriner İnkontinans, Pelvik Organ Prolapsus ve Fekal İnkontinans Tanı ve Tedavisi	2017
Avrupa Üroloji Derneği (EAU)	Üriner İnkontinans	2019
Kanada Üroloji Derneği (CUA)	Yetişkinlerde Üriner İnkontinans	2012
	Yetişkinlerde Aşırı Aktif Mesane	2017
İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE)	Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu	2019
	Kadınlarda Cerrahi Tedavi Öncesi Komplike Olmayan	
Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Derneği (ACOG)	Stres Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi	2014
	Kadınlarda Üriner İnkontinans	2018
	Pelvik Organ Prolapsusu	2017
	Fekal İnkontinans	2019
Amerikan Üroloji Derneği / Kadın Pelvik Tıp & Ürogenital Rekonstrüksiyon Derneği (AUA/SUFU)	Yetişkinlerde Ürodinamik Çalışmalar	2012
	Kadınlarda Stres Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisi	2017
Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu Çalışma Grubu (FIGO)	Yetişkinlerde Nörojenik Olmayan Aşırı Aktif Mesanenin (AAM) Teşhis ve Tedavisi	2019
	Stres Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi ve Cerrahisi	2017

Amerikan Üroloji Derneği [American Urologic Association (AUA)] başlangıçta kadınlarda görülen stres üriner inkontinansında (SÜİ) cerrahi tedaviye odaklanmış ve 1997'de literatür taramasından bir meta-analiz oluşturmuştur. Ürodinami, Kadın Pelvik Tıp & Ürogenital Rekonstrüksiyon Derneği [Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction (SUFU)] tarafından 2017 yılında SÜİ rehberi güncellenmiştir. Amaç klinisyenleri SÜİ yönetiminde yönlendirmek için standart, öneri ve seçenekler sağlamaktır. AUA ve SUFU işbirliği ile 2012 yılında oluşturulan “Erişkinlerde Ürodinamik Çalışmalar (AUA/SUFU UDS) Rehberi” güncellenerek “Erişkinlerde Aşırı Aktif Mesanenin (AAM) Teşhisi ve Tedavisi” (AUA/SUFU AAM) olarak 2019 yılında yayınlanmıştır.<sup>2,14,15</sup>

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü [National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)] ilki 2006 yılında yayınlanan ve 2019 yılında güncellenen kadınlarda Üİ yönetimi ile ilgili ilkeleri yayınlamıştır. ICI'ye benzer şekilde bu kılavuz pelvik

organ prolapsusu (POP) yönetimi için de öneri içermektedir. NICE kendi kanıt analizlerini ve önerilerini oluşturmak için diğer kurum ve kuruluşların kılavuzlarını değerlendirmiştir.<sup>7,10,16</sup>

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Derneği [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)] jinekolojide rutin uygulamaları özetleyen kanıta dayalı uygulama bültenlerini düzenli olarak yayınlamaktadır. ACOG, Amerikan Ürojinekoloji Derneği [American Urogynecologic Society (AUGS)] ile birlikte 2005 yılında “Kadınlarda Üriner İnkontinans” hakkında bir uygulama rehberi yayınlamış, 2015 ve 2018 yıllarında ise rehberi revize ederek onaylamıştır. Ayrıca ACOG 2014 yılında “Kadınlarda Komplike Olmayan Stres Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavi Öncesi Değerlendirilmesi” hakkında uygulama rehberini yayınlamış ve 2019 yılında tekrar onaylamıştır. Dernek ayrıca 2019 yılında “Fekal İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu” uygulama rehberini yayınlamıştır.<sup>7,17</sup>

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu Çalışma Grubu [International Federation of Gynecology and Obstetrics Working Group (FIGO)] SÜİ yönetimini “Pelvik Taban Tıbbı ve Rekonstrüktif Cerrahi” konusunda çeşitli yöntemlerle ele almıştır. FIGO Medline, Cochrane veri tabanı yayınları, uzman görüşleri ve literatür önerileri gözden geçirmiştir. Oluşan rehber sistematik derleme olarak değil bir konsensus belgesi olarak sunulmaktadır.<sup>6</sup>

### **Klinik Rehberlerde Temel Değerlendirme**

Alt üriner sistem semptomları hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen çok yaygın bir durumdur. Alt üriner sistem semptomları çeşitlilik göstermektedir ve tedaviler değişken olduğundan, tanısal değerlendirme önemlidir. Hastanın anamnezini almak ve tam bir fizik muayene yapmak klinik bakım için temel kabul edilmektedir. Tüm rehberlerde anamnez ve fizik muayene, hastanın ilk değerlendirmesinin önemli bir bileşeni olarak bildirilmiştir.<sup>6,11,13,14,17,18,19</sup>

EAU (Güçlü)<sup>11</sup>, AUA/SUFU (Klinik Prensipten)<sup>14</sup>, ACOG (Uzman Görüşü, Derece C)<sup>17,18</sup>, CAU (Kanıt düzeyi 2, Derece B)<sup>12</sup>, FIGO (Kanıt Düzeyi 5)<sup>6</sup> Üİ hastalarının ilk değerlendirmesinin ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneyi içermesi gerektiğini bildirmiştir. Ayrıca CAU (Kanıt düzeyi 3, Derece B), FIGO (Kanıt Düzeyi 5), ICI (Kanıt Düzeyi 4, Derece D) ve NICE değerlendirme sürecinin alt üriner sistem semptomlarını karakterize etmeye yönelik olması gerektiğini bildirmiştir.<sup>6,12,19</sup> Üİ'nin tipi, şiddeti, idrar kaçırmaya eşlik eden semptomların varlığı, kronik hastalıkları, ilaç kullanımı, pelvik cerrahi öyküsü gibi detaylar ayrıntılı anamnezde sorgulanması gerektiği bildirilmiştir.<sup>6,11,13,14,17-19</sup>

EAU (Güçlü), CAU (Kanıt Düzeyi 4, Derece C), rehberlerinde fizik muayenenin hastanın genel durumunu, pelvik kitleleri dışlayan abdominal muayeneyi ve kapsamlı pelvik muayeneyi içermesi gerektiği bildirilmiştir.<sup>11,12</sup>

FIGO, SÜİ için değerlendirilen tüm hastalara öksürük stres testi uygulanmasını (Kanıt Düzeyi 1, Derece A) önermiştir.<sup>6</sup> EAU kadınlarda ek olarak östrojen durumunun değerlendirilmesini (Güçlü) önermiş, ICI alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesinde sıvı alımını ve idrar çıkışını etkileyen komorbid (iskelet kas güçsüzlüğü, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet vb) durumlar için kapsamlı bir değerlendirme yapılması gerektiğini (Kanıt Düzeyi 4, Derece D) bildirmiştir.<sup>8,9,11</sup>

### **Klinik Rehberlerde Soru ve Ölçek Formları**

Mesane günlüğü, Üİ ve AAM şikayeti ile başvuran kadınlarda, aldığı, çıkardığı sıvı miktarı, idrara gitme sıklığı, idrar kaçırma sıklığı, kaçırmanın hangi aktiviteyle gerçekleştiği bilgilerinin hastanın kendisi tarafından kaydedildiği bir formdur. Mesane günlüğü subjektif anamnezin daha objektif bir hale getirilmesini sağlamaktadır.<sup>9,12,13</sup>

ICI (Derece A), EAU (Güçlü), CAU (Derece C) Üİ'nin ilk değerlendirmesinde 3 günlük mesane günlüğünün kullanılmasını önermektedir. CAU AAM rehberinde miksiyon sıklığı ve sıvı alım alışkanlığı ölçümünün 3-7 günlük mesane günlükleri (Derece B) ile yapılmasını önermektedir.<sup>8,9,11,12,13</sup> AUA / SUFU, SÜİ rehberinde ve AUA / SUFU AAM rehberinde, Üİ olan tüm hastalar için mesane günlüğü önerisi bulunmamaktadır ancak AAM'li kadınlarda tanıyı doğrulamak, diğer hastalıkları dışlamak ve tedavi planı konusunda tam olarak bilgilendirmek için mesane günlüklerinden bilgi edinebileceği bildirilmiştir.<sup>14,15</sup> Benzer şekilde, ACOG Üİ rehberinde mesane günlüğünün davranış değişikliklerini başlatma ve hasta uyumunu artırmada yararlı olabileceği ve 3-5 gün boyunca kayıt yapılmasının yeterli klinik veri sağlayacağı belirtilmektedir.<sup>17,18</sup> NICE, Üİ ve AAM'li kadınların hem çalışma yaşamı hem de tatil günlerindeki gibi olağan aktivitelerindeki farklılıkları kapsayacak şekilde, en az 3 gün boyunca bir günlük doldurmaya teşvik edilmesi gerektiğini belirtmiştir.<sup>19</sup>

Üİ'nin belirtilerinin değerlendirilmesinde doğrulanmış ölçeklerin kullanımı önerilmektedir.<sup>8,9,11,12,13</sup> CAU belirli klinik durumlarda, Uluslararası İnkontinans Anketi (ICIQ)'ni (Derece A) önermektedir.<sup>12,13</sup> ICI benzer şekilde Üİ'nin ilk değerlendirmesinin bir parçası olarak ICIQ kullanılması, daha ayrıntılı bir değerlendirme gerektiğinde ek anketlerin kullanılmasıyla ilgili (Derece A) tavsiyede bulunmaktadır.<sup>8,9</sup>

### **Klinik Rehberlere Göre Tanı Testleri**

Tüm rehberlerde alt üriner sistem semptomlarının tanımlanmasında idrar analizi, boşaltım sonrası rezidüel idrar hacmi (PVR), Q tip test (pamuklu çubuk testi), ped testi, hastanın ilk değerlendirmesinin önemli bir bileşeni olarak bildirilmiştir.<sup>6,11,12,13,14,15,17,18</sup>

AUA/SUFU SÜİ rehberi (Klinik Prensi), ACOG (Derece C), EAU (Güçlü), FIGO (Kanit Düzeyi 4, Derece D), ICI (Kanit Düzeyi 3, Derece C), CAU AAM rehberinde (Derece C) tüm hastaların başlangıç değerlendirmesinde idrar analizini önermiştir.<sup>6,8,9,11-14,17,18,</sup>

PVR, hasta idrarını yaptıktan sonra mesanede kalan idrar miktarının ölçülmesidir. AUA/SUFU SÜİ rehberi (Klinik Prensi), ACOG (Derece C), CAU Üİ rehberi ( belirli klinik durumlarda), EAU (Güçlü), FIGO (Kanit Düzeyi 5, Derece D) hastaların başlangıç değerlendirmesinde PVR ölçümlerinin yapılmasını önermiştir.<sup>6,11,12,14,17,18,</sup> Ayrıca ICI kılavuzunda Üİ ve POP olan hastaların temel değerlendirmesinde ultrason önermemiş (Kanit Düzeyi 3, Derece C), PVR ölçümü için ultrason ve pelvik taban kas gücünün değerlendirmesini (Kanit Düzeyi 2, Derece B) önermiştir.<sup>8,9</sup>

Q tip test, ürotrovezikal bileşkenin mobilitesinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. ACOG (Derece C), (Kanit Düzeyi 4-5, Derece D) Q-tip testi ile üretral mobilite değerlendirmesi yapılmasını önermiştir.<sup>6,17,18</sup>

Ped testi ile kaçırılan idrar miktarı objektif olarak gösterilebilir. CAU Üİ rehberinde belirli klinik durumlarda ped testi yapılmasını, ICI ise ped testinin isteğe bağlı olarak klinik çalışmalarda ve araştırmalarda yararlı bir sonuç ölçütü (Kanit Düzeyi 3, Derece C) olduğunu bildirmiştir.<sup>8,9,12</sup>

### **Klinik Rehberlere Göre Ürokinamik İnceleme**

Ürokinami, alt üriner sistemin fonksiyonunu ve işlev bozukluğunu uygun yöntemle değerlendiren ölçümleri tanımlayan genel terimdir. Ürokinamik incelemenin amacı, bu ölçümleri alırken semptomların altında yatan nedenleri tahmin etmek ve ilgili patofizyolojik süreçleri ölçmek için klinik gözlemler yapmaktır.<sup>21</sup>

ACOG (Derece A), AUA/SUFU (Şartlı Öneri, Derece B), EAU (Güçlü) FIGO (Kanit Düzeyi 1b, Derece B) ve NICE rehberleri, komplike olmayan SÜİ hastaları için preoperatif rutin ürokinamik incelemeyi önermemektedir.<sup>2,6,11,14,17-19</sup>

AUA/SUFU, SÜİ kılavuzunda SÜİ ile birlikte pelvik prolapsusu (evre 3 veya 4) ve MÜİ olan hastalarda ürokinamik inceleme yapılabileceğini (Uzman Görüşü) belirtmektedir.<sup>14</sup> CAU, anamnez, fizik muayene ve fiziksel bulgular ile korelasyon göstermediğinde veya önceki tedavi başarısız ise ürokinamik incelemeyi (Kanit Düzeyi 3, Derece C) önermektedir.<sup>13</sup> ICI, benzer şekilde ilk tedavide başarısız olan hastalar için ürokinamik incelemeyi önermektedir (Derece B).<sup>8,9</sup> FIGO, SÜİ komplikasyonu olan kadınlarda ürokinamik inceleme gibi ek testler yapma

kararının, uygulayıcının klinik değerlendirmesine bırakılabileceğini, komplike vakalarda ürodinamik inceleme yapılmasını (Derece D) önermektedir.<sup>6</sup> EAU, Üİ'da ürodinami yaparken, ICS tarafından tanımlandığı gibi iyi ürodinamik uygulama standartlarına uyulmasını (Güçlü) önermektedir.<sup>11</sup>

### **Klinik Rehberlere Göre Alt Üriner Sistem Semptomlarında Tedavi Yaklaşımları**

Alt üriner sistem semptomlarının yönetimi çok yönlü bir klinik problemdir. Alt üriner sistem semptomlarının yönetimi için en uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahalelerle ilgili tüm rehberler önerilerde bulunmuştur. EAU, tedavi görmek isteyen hastalara öncelikli olarak tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılmasını güçlü bir öneri olarak sunmaktadır.<sup>11</sup> AUA/SUFU SÜİ ya da UÜİ'li tedavi görmek isteyen hastalara pelvik taban kas eğitimi ve diğer cerrahi olmayan seçenekler (peser, vajinal koniler vb.) (Uzman Görüşü), cerrahi müdahale, ayrıca tedavi seçeneklerine özgü potansiyel komplikasyonlar konusunda danışmanlık verilmesini (Klinik Prensip) önermektedir.<sup>14</sup>

### **Konservatif Tedaviler**

AUA/SUFU AAM (Derece B), ACOG (Derece A), CAU, EAU (Güçlü), FIGO (Kanıt Düzeyi 1), ICI ve NICE, en az zarar riskinden dolayı invaziv tedaviden önce konservatif tedavi uygulanmasını önermektedir. Konservatif tedaviler arasında davranışsal ve fiziksel tedaviler (obeziteyi önleme ve kilo kaybı, fiziksel egzersiz, mesane eğitimi, düzenli miksiyon, kafeinin azaltılması, sigara içmeyi bırakma, kronik konstipasyonun önlenmesi, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE), elektriksel stimülasyon, biyofeedback yer almaktadır. Hem UÜİ hem de SÜİ için tedavi algoritmasının başında davranışsal tedavi önerilmektedir.<sup>6,8,11,12,15,17,18,19</sup> AUA/SUFU davranışsal tedavinin farmakolojik tedavi ile birleştirilmesini (Derece C) tavsiye etmiştir.<sup>15</sup>

Obezite, üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu için risk faktörüdür. ACOG (Derece A), EAU (Güçlü) ve NICE obez kadınlarda üriner inkontinans semptomlarının azaltılmasında kilo kaybı ve ideal kilonun sürdürülmesini öneri olarak sunmuştur.<sup>11,18,19</sup> ICI benzer şekilde, fazla kilolu veya obez kadınlarda inkontinansı azaltmada kilo kaybını teşvik eden yaşam tarzı değişikliklerini desteklemektedir. Vücut ağırlığının %5'inin kaybı, Üİ semptomlarının azalmasında etkili olduğunu ve fazla kilolu ve obez kadınlar tarafından kaybedilen her kilogram için bir yılda Üİ gelişme olasılığının %3 azaltılabileceğini (Kanıt Düzeyi 1) bildirmiştir. Ayrıca orta dereceli egzersizin, kanıt düzeyi düşük kalmasına rağmen Üİ insidansını azalttığını (Kanıt Düzeyi 3) belirtmiştir.<sup>8</sup>

Konservatif tedavi seçeneklerinden biri de mesane eğitimidir. Mesane eğitimi, miksiyon aralıklarını açmak amacıyla belirli zaman aralıklarında mesaneyi boşaltmak olarak

açıklanabilir.<sup>11</sup> EAU (Güçlü), CAU (Derece A) ve NICE UÜİ veya MÜİ'li yetişkinlere birinci basamak tedavi olarak mesane eğitimi verilmesini önermiştir.<sup>11,12,19</sup> NICE mesane eğitimi en az 6 hafta verilmesini, eğer mesane eğitim programlarından tatmin edici bir fayda elde edilemezse, AAM için ilaç tedavisinin mesane eğitimi ile kombinasyonunu önermiştir.<sup>19</sup>

Kafeinli içecek tüketimi, aşırı sıvı alımı Üİ semptomlarını arttırabilir. EAU (Güçlü) Üİ'li yetişkinlere kafein alımının azaltılması hakkında bilgilendirme yapılmasını, CAU, UÜİ'nin tıbbi veya cerrahi tedavisine başlanmadan önce kafeinden kaçınma (Derece A) ve sıvı kısıtlamasını (Derece B) önermiştir.<sup>11,12</sup> ICI, benzer şekilde inkontinans ve ilgili semptomlar için kafein alımını azaltmayı önermektedir (Kanıt Düzeyi 2, Derece B).<sup>8,9</sup>

Nikotin, detrusör irritasyonu yaptığından istemsiz mesane kontraksiyonuna ve idrarda sıkışma hissine neden olur. Bu nedenle Üİ semptomlarının azaltılmasında sigaranın bırakılması önemlidir.<sup>8</sup> CAU (Derece C), EAU (Güçlü), sigara bırakmayı Üİ'li hastalarda davranışsal tedaviler arasında sunmuştur.<sup>11,12</sup> ICI, sigaranın Üİ riskini artırdığını (Kanıt Düzeyi 3) bildirmiştir.<sup>8</sup>

Kronik konstipasyon, Üİ ve POP gelişimi için risk faktörüdür.<sup>8,11</sup> Konstipasyon Üİ'li hastalarda sıklıkla tedavi edilmektedir. EAU, konstipasyon tedavisinin Üİ'li yetişkinlerde sıvı alımı değişikliği, lifli gıda tüketimi gibi davranışsal ve fiziksel tedavilerle iyileşebileceğini bildirmiştir.<sup>11</sup>

PTKE, tüm kılavuzlarda konservatif tedavi seçeneği olarak önerilmiştir.<sup>8,11,12,19</sup> PTKE programı günde 3 defa, en az 8 kontraksiyondan oluşan 3 set şeklinde uygulanmaktadır.<sup>19</sup> ICI (Derece A) gebelere antepartum ve postpartum Üİ'ni önlemek, CAU (Derece B), EAU (Güçlü) ve NICE, SÜİ veya MÜİ'li tüm kadınlara (postpartum ve yaşlılar dahil) birinci basamak tedavi olarak en az 3 ay süren, düzenli olarak sağlık profesyonelleriyle iletişim halinde PKTE verilmesini, eğitim programının mümkün olduğunca yoğun olması gerektiğini bildirmiştir.<sup>8,11,12,19</sup>

Elektriksel stimülasyon, perine bölgesine yerleştirilen yüzey elektrotları (transdermal, vajinal, anal) aracılığı ile pelvik taban kas kontraksiyonunun artırılması, üretral fonksiyonun düzenlenmesi ve mesane kontraktilesinin azaltılması amacıyla uygulanan bir yöntemdir.<sup>11</sup> EAU, SÜİ'nin tedavisi için elektriksel stimülasyon (Güçlü) önermemektedir.<sup>11</sup> NICE, benzer şekilde AAM olan kadınların tedavisinde rutin olarak elektriksel stimülasyonun, PTKE ile birlikte rutin olarak elektriksel stimülasyonun kullanılmamasını bildirmiştir. Motivasyona ve tedaviye uyumuna yardımcı olmak için pelvik taban kaslarını aktif olarak kasamayan kadınlar için elektriksel stimülasyonu ve/veya biyofeedbackin düşünülebileceğini belirtmiştir.<sup>19</sup>



## Farmakoterapi

UUİ ve AAM nin farmakolojik tedavisinde tüm rehberler tarafından ikinci basamak tedavi olarak antimuskarinik ilaçlar (östrodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin, tolterodin, darifenasin ve trospiyum) önerilmektedir. Antimuskarinik ilaçlar mesane dolumu esnasında asetilkolin salımını inhibe ederek aciliyeti engeller ve mesane kapasitesini arttıırırlar.<sup>8,11,12,15,18,19</sup> Antimuskarinik ilaçların en sık görülen yan etkileri ağız kuruluğu ve konstipasyondur. AUA/SUFU AAM (Derece B), EAU (Güçlü), CAU (Derece A) kılavuzunda, daha az ağız kuruluğu görülmesi nedeniyle antimuskarinikler arasında geç salınım (Extended Release-ER) formülasyonlarının erken salınım (Immediate Release- IR) formülasyonları üzerine tercihen yazılmasını önermiştir.<sup>11,12,15</sup>

NICE, tedaviyi en düşük dozda başlatmayı ve oral ilaçları tolere edemeyen hastalarda transdermal formülasyonları, AUA/SUFU, AAM (Derece C) benzer şekilde transdermal oksibutininini önermiştir. Ayrıca NICE, fiziksel veya ruhsal olarak etkilenme riski yüksek olan yaşlı kadınlara IR formülasyonların önerilmemesini bildirmiştir.<sup>15,19</sup>

ICI kılavuzunda, ilaçların etkinliğini değerlendirmek için tedaviye başladıktan sonra 8-12 hafta beklenmesini, bu süreden sonra doz değişikliği yapılmasını (Derece B) önermiştir.<sup>8</sup> AUA/SUFU, AAM kılavuzunda ilaç tedavisi sırasında olumsuz ilaç etkileri varsa, doz modifikasyonu veya başka bir antimuskarinik ilaç denenmesini (Klinik Prensi) önermiştir.<sup>15</sup> CAU ise, önce en düşük dozun reçete edilmesini, ardından yan etkiyi izlerken en iyi klinik iyileşmeyi elde etmek için dozun artırılması gerektiğini (Derece B) bildirmiştir.<sup>12</sup>EAU, antimuskarinik tedavinin etkisiz kaldığı durumlarda doz artışını düşünülmesini veya alternatif bir antimuskarinik formülasyon veya mirabegron (Güçlü) önermiştir. UUİ için antimuskarinik ilaç tedavisi alan hastaların ilaç etkinliği ve yan etkileri açısından erken incelenmesini (Güçlü) önermiştir.<sup>11</sup> AUA/SUFU AAM kılavuzunda antimuskarinik tedaviyi bırakmadan önce klinisyenlerin öncelikle konstipasyonu ve ağız kuruluğunu olmak üzere bağırsak ve sıvı yönetimi, doz modifikasyonu veya alternatif anti-muskariniklerin önerilmesini (Klinik Prensi) bildirmiştir.<sup>15</sup> NICE, hastalara ortak yan etkiler konusunda danışmanlık yapılmasını önermekte ve başlangıçtan 4 hafta sonrasına kadar tam sağlanamayabileceğini bildirmektedir. Ek olarak, AAM veya Üİ için birinci basamakta uzun süreli ilaç kullanan kadınlarda her 12 ayda bir veya 75 yaşın üzerinde ise 6 ayda bir ilaçların etkisinin incelemesi önerilmektedir.<sup>19</sup>

Duloksetin, SÜİ ve MÜİ tedavisinde bir seçenek olarak sunulmaktadır. ICI, Üİ'ın geç tedavisinde Duloksetin (Derece B) kullanılabileceğini bildirmiştir.<sup>8,9</sup> EAU, cerrahi gerekmeyen SÜİ semptomları olan seçilmiş hastalarda Duloksetinin verilmesini önermiş

(Güçlü), yan etki riski nedeniyle Duloksetine doz titrasyonu kullanılarak başlanması gerektiğini bildirmiştir.<sup>11</sup>

UÜİ olan hastalar için konservatif tedavi ve farmakoterapinin başarısızlığında, en son çare olarak augmentasyon sistoplasti ve botulinum toksini (BTX) enjeksiyonları veya sakral nöromodülasyon (SNS) gibi cerrahi girişimler önerilebilir. EAU, AUA/SUFU AAM, ACOG, CAU ve NICE rehberlerinin tümü, tıbbi tedaviye dirençli UÜİ için 100 U BTX A ile tedavi önermektedir.<sup>12,13,15,18,19</sup>

Sakral nöromodülasyon (SNM), mesane ve/veya bağırsak fonksiyon bozukluğunu tedavi etmek amacıyla bir sinir yolunu modüle etmek için sakral bir spinal sinir kökünü elektriksel olarak uyaran bir tekniktir.<sup>22</sup> AUA/SUFU AAM, ACOG, CAU, EAU ve ICI (Kanit Düzeyi 1, Derece A) kılavuzlarının tümü, konservatif veya farmakolojik tedavilere dirençli UÜİ ve AAM olan hastalarda SNM kullanımını önermekte olup, SNM ve BTX'in tedavi algoritmasında eşit şekilde yer aldığı düşünülmektedir.<sup>8,12,13,15,18</sup>

### **Cerrahi Tedaviler**

Güncel rehberler cerrahi tedaviye başlamadan önce cerrahi olmayan tedavilerin denenmesini önermektedir.<sup>6</sup> SÜİ'li hastalarda AUA/SUFU (Güçlü Öneri, Derece A), FIGO (Derece A), sentetik midüretal sling (MUS), pubovaginal sling (PVS), Burch kolposüspansiyonu ve dolgu enjeksiyonlarını önermiştir.<sup>6,14</sup> En sık tercih edilen yöntem MUS operasyonlarıdır. ACOG (Derece A), EAU (Güçlü), FIGO (Kanit Düzeyi 1) komplike olmayan SÜİ'li kadınlara MUS uygulanmasını önermiştir.<sup>6,8,11</sup> MUS operasyonları retropubik veya transobturator yollardan uygulanabilir. Güncel rehberler ister retropubik (RMUS) ister transobturator (TMUS) yaklaşımla uygulansın SÜİ saptanan ve cerrahi tedavi kararı verilen kadınlar için ilk cerrahi yöntem olarak, sentetik midüretal slinglerin (MUS) kabul edilmesinde hem fikirdir. Amaç sentetik bir meş kullanılarak midüretanın desteklenmesidir.<sup>7</sup>

ACOG (Derece C), EAU (Güçlü), FIGO (Kanit Düzeyi 1b, Derece B) ve NICE, POP nedeni ile cerrahi uygulanacak kadınlarda SÜİ semptomları mevcut ise her iki duruma yönelik tedavi uygulanması gerektiğini bildirmektedir.<sup>6,11,18,19</sup>

### **Sonuç ve Öneriler**

Tüm rehberlerde anamnez ve fizik muayenenin, ilk hasta değerlendirmesinin önemli bir bileşeni olduğu, değerlendirme sürecinin alt üriner sistem semptomlarını karakterize etmeye yönelik olması gerektiği, en az 3 günlük mesane günlüğü doldurulması ve onaylanmış, uygun bir anketin kullanımı, ilk tanı testi olarak PVR ölçümü ve idrar analizi yapılması, preoperatif ürodinamik inceleme yapılmaması, invaziv tedaviden önce konservatif tedavi denemesi, konservatif tedavi tedavi seçeneği olarak pelvik taban kas eğitimi verilmesi, Üİ'da birinci veya

ikinci basamak tedavi seçeneği olarak antimuskarinik ilaçların denenmesi, tıbbi tedaviye dirençli UÜİ için 100 U BTX ile tedavi seçeneği, konservatif veya farmakolojik tedavilere dirençli UUI ve AOB olan hastalarda SNM kullanımı, SÜİ'da ilk cerrahi yöntem olarak, sentetik midüretal slinglerin kullanımı ve POP nedeni ile cerrahi uygulanacak kadınlarda SÜİ yakınmaları mevcut ise her iki durumun beraber tedavi edilmesi gerektiği konusunda hemfikir olduğu görülmüştür.

Rehberler tavsiye niteliğinde olup, kuralları yasal olarak zorunluluk değildir. Hemşireler bu seçeneklerin farkında olmalı ve vaka yönetimini bireysel ihtiyaç ve koşullara göre planlamalıdır.<sup>7,15</sup> Hemşirelerin güncel rehberler doğrultusunda girişimlerini planlaması ve uygulamaya aktarmasıyla bakım kalitesini arttıracak ön görülmektedir. Türkiye'de alt üriner semptomlar ve POP konusunda klinik rehberlerin geliştirilmesi ve uygulaması konusunda yeterli veriye ulaşılamamıştır. Ulusal düzeyde sağlık hizmeti olanaklarını ve hastaların sosyokültürel özelliklerini dikkate alarak klinik rehberlerin geliştirilmesi ve uygulamaya aktarılması konusunda çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### **Finansal Kaynak**

Bu makale ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

### **Çıkar Çatışması**

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **Kaynaklar**

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21:167-178
2. Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, Herndon A, Kobashi KC, Kraus SR, et al., Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol.* 2012;188(6 Suppl):2464-72.
3. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal.* 2013; 18(2): 123-126
4. Smiles FB, Mazzei LG, Lopes LC. Critical appraisal of clinical practice guidelines for treatment of urinary incontinence: Protocol for a systematic review. *Medicine.* 2019; 98:e16698
5. Yang X, Zhang AX, Tan Y, Zhang Z, Zhang J. Critical appraisal of clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of stress urinary incontinence using AGREE II instrument: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2019;9:e030299. doi:10.1136/bmjopen-2019-030299
6. Medina CA, Costantini E, Petri E, Mourad S, Singla A, Rodríguez-Colorado et al. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: A FIGO working group report. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(2):518-528.
7. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guidelines of the Guidelines: Urinary Incontinence in Women. *BJU Int.* 2019;125:638-655. doi: 10.1111/bju.14927
8. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L et al., 6th international consultation on incontinence. recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of

- urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2018; 37(7):2271-2272.
9. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (Eds) *Incontinence 6th Edition 2017*. ICI-ICS. International Continence Society. Bristol UK, ISBN: 978-0956960733.
  10. Syan R, Brucker BM, Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int*. 2016; 117(1):20-33.
  11. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2018; <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.031>
  12. Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M et al. 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J*. 2012;6:354–63.
  13. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Witten J, Hickling D, Honeine C et al. CUA guideline on adult overactive bladder. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(5):142–73. doi: 10.5489/cuaj.4586.
  14. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A et al., Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol*, 2017; 198(4): 875-883.
  15. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: aua/sufu guideline amendment 2019; *J Urol*, 2019
  16. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B et al. Oxford centre for evidence-based medicine levels of evidence (May 2009). Jeremy Howick March 2009. <http://www.cebm.net/index.aspx>
  17. Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. Committee Opinion. *Obstet Gynecol*. 2014; 123:1403–7.
  18. Committee on Practice, B.-G. and S. the American Urogynecologic, ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. *Obstet Gynecol*, 2015. 126(5): p. e66-81.
  19. NICE Guidance. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU Int*. 2019. 123(5): p. 777-803.
  20. Zümrütbas AE, Citgez S, Acar Ö, İzol V, Uzun H, Kabay Ş et al. The real-life management of overactive bladder: Turkish Continence Society multicenter prospective cohort study with short-term outcome. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(8):2170-2177. doi: 10.1002/nau.24079.
  21. Drake MJ, Doumouchtsis SK, Hashim H, Gammie A. Fundamentals of urodynamic practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. *Neurourol Urodyn*. 2018 Aug;37(S6):S50-S60. doi: 10.1002/nau.23773
  22. Goldman HB, Lloyd JC, Noblett KL, Carey MP, Botero JCC, Gajewski JB et al. International Continence Society best practice statement for use of sacral neuromodulation. *Neurourol Urodyn*. 2018 Jun;37(5):1823-1848. doi: 10.1002/nau.23515. Epub 2018 Apr 11.