

Üriner İnkontinansın Anal İnkontinans ile Birlikteliğinin Değerlendirilmesi

Ergün Yücel¹, İlker Sücüllü¹, İlker Ali Filiz¹, Murat Muşcu², Özgür Dünder², Ferhat Ateş³, Vedat Atay²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, İstanbul

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Adres : GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar 34668 İstanbul – Türkiye

Tel: 0 216 542 20 20 Cep: 0 505 806 51 31 e-mail: drergunyucel@yahoo.com.tr

ÖZET:

Giriş: Kadınlarda anal inkontinansın ana etyolojik nedeni 3. ve 4. derece perine yırtıklarına bağlı sfinkter yaralanmalarına neden olan travmatik vaginal doğumlardır. Bu çalışmada doğum yapmış, üriner inkontinans yakınması olan hastaların anal inkontinans açısından değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Haziran 2007 – Aralık 2007 tarihleri arasında, üriner inkontinans şikayeti ile Kadın Doğum ve Üroloji polikliniklerine müracaat eden, öyküsünde vajinal doğum hikayesi olan, 45 hasta dahil edildi. Hastalar anal inkontinans açısından Wexner skorlama sistemiyle değerlendirildi. Wexner skoru 2 ve üzeri olan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların, 8 lümenli su perfüzyon katateri ile 6 kanaldan ölçümler yapılarak anal kanal istirahat ve sıkma basınçları belirlendi. Ayrıca Endoanal Ultrasonografi (EAUS) yapılarak internal ve eksternal anal sfinkterleri değerlendirildi.

Bulgular: Kırkbeş hastanın 16 (% 35,5)'sında Wexner skorunun 2 (ortalama 3,2) ve üzerinde olduğu saptandı. Bu grubun yaş ortalaması 49 (32-68) olup, ortalama 3 (1-6) vajinal doğum yapmışlardı. Geri kalan 29 (% 74,5) hastanın ise Wexner skoru 0-1 (ortalama 0,8), yaş ortalaması ise 36 (25-66) olarak tespit edildi. Wexner skoru 2 ve üzerinde olan hastalarda yapılan anal manometrik ölçümlerde anal kanal istirahat basıncı ortalama 30 mmHg (15-50 mmHg), maksimum sıkma basıncı ortalama 55 mmHg (35-80 mmHg) olarak saptandı. Yapılan EAUS'da 8 hastada eksternal ve internal sfinkterde inkomplet defekt, 5 hastada defekt olmamakla birlikte internal sfinkterde incelme diğer 3 hastada ise sadece internal sfinkterde komplet defekt saptandı

Tartışma: Anal inkontinans, kişinin sosyal ortamdan izolasyonuna yol açan, entellektüel yaşamını olumsuz etkileyen, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Sınırlı hasta

sayısı ile yaptığımız bu çalışma da sadece anamnez ile ifade edilmekte zorluk yaşanan anal inkontinans şikayetlerinin ortaya çıkarılabileceği görülmüştür. Manometrik inceleme ve EAUS ile subjektif şikayetler objektif olarak değerlendirilebilmektedir. Üriner inkontinans şikayeti olan hastalarında anal inkontinans açısından da sorgulanmasının unutulmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, anal inkontinans

SUMMARY:

Evaluation of Patients with Urinary Incontinence Symptoms in Terms of Anal Incontinence.

Introduction: The main etiologic cause of anal incontinence in women is traumatic childbirths causing anal sphincter injury with a third- to fourth-degree perineal tear. We aim to evaluate patients who has vaginal delivery history and urinary incontinence symptoms, in terms of anal incontinence.

Material and Methods: Between June 2007 and December 2007, 45 patients who has vaginal delivery history and applied to Urology and Jinecology policlinics with urinary incontinence symptoms involved into the study. Patients evaluated with Wexner Scoring System in terms of anal incontinence. The Wexner Score of 2 and more included to the study. Anal sphincter rest and squeezing pressures detected with an 8 lined water perfusion catheter by measuring 6 lines. Also internal and external anal sphincter evaluated with Endoanal Ultrasonography (EAUS).

Results: Sixteen of 45 patients (35,5%) had a Wexner Score of 2 or more (median 3,2). The median age of this group was 49 (32-68) and their vaginal delivery average was 3 (1-6). The other 29 patients (74,5%) Wexner Score was 0-1 (median 0,8), and median age was 36 (25-66). Anal

manometric studies performed to the patients whose Wexner Score was 2 or more and median anal sphincter resting pressure was detected as 30 mmHg (15-50 mmHg) and maximum squeezing pressure was detected as 55 mmHg (35-80 mmHg). EAUS performed and incomplete defect at external and internal sphincter detected at 8 patients, slimming at internal sphincter detected at 5 patients and, complete defect at only internal sphincter was detected at the remaining 3 patients.

Discussion: This study made by limited number of patients shows that anal incontinence symptoms hardly expressed with anamnesis can be detected. Subjective symptoms can be evaluated as objective symptoms with manometric studies and EAUS. We consider not to forget to interrogate anal incontinence at patients with urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, anal incontinence

GİRİŞ

Anal inkontinans, defekasyon gereksiniminin sosyal olarak kabul edilebilir bir süre için geciktirilememesi veya yeterince kontrol altında yapılamaması olarak tanımlanır. Sosyal izolasyona kadar gidebilen, fiziksel ve psikolojik yetersizlik hissine neden olan stresli bir durumdur. Bu sosyal problemin gerçek insidansı bilinmemekle beraber, erişkin popülasyonda yakın zamanda yapılan pek çok çalışmada %2-2.5'luk bir prevalans görülmektedir (1,2,3). İyi bir kontinans çok faktörlü ve kompleks bir olaydır. Bazı anatomik, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bunlar; mental fonksiyon, gaita volümü ve içeriği, kolondan geçiş hızı, anal sfinkterlerin ve pelvik tabanın yeterli fonksiyonu, anorektal duyu ve fonksiyonlar olarak özetlenebilir. Bu faktörlerden bir ya da daha fazlasının bozukluğu anal inkontinansa neden olur. Yaşlılar, özellikle doğum yapmış kadınlar, nörolojik hastalığı olanlar, pelvik organ prolapsusu ve inflamatuvar barsak hastalığı olanlar artmış risk grubunu oluştururlar. Kadınlarda anal inkontinansın ana etyolojik nedeni 3. ve 4. derece perine yırtıklarına bağlı sfinkter yaralanmalarına (%0.4-2.4) neden olan travmatik vaginal doğumlardır (3,4,5,6). Anal manometrik çalışmalar objektif olarak anal kanal istirahat ve sıkma basınçlarının ölçümüne olanak sağlar. Ayrıca anal sfinkter

fonksiyonları, rektal sensasyon, rektoanal inhibitör refleksi, yüksek basınç bölgesinin uzunluğu ve rektal komplians da değerlendirilebilir.

Anorektal bölge anatomisinin değerlendirilmesinde en ayrıntılı inceleme yöntemi endoanal USG'dir (EAUS). İnternal sfinkter, eksternal sfinkter, puborektal kas ve rektovaginal septum morfolojisinin görüntüsünü sağlar. Fizik muayene ile saptanamayan sfinkter defektlerinin tespitine olanak sağlar. Özellikle doğum travmasına bağlı kas yırtıklarının tespiti ve cerrahi olarak düzeltiler olup olmadığının belirlenmesinde en uygun tanı yöntemi olarak gösterilmiştir. Sfinkter onarımından sonra sonuçların değerlendirilmesinde de efektif bir tekniktir (3). Bu çalışmada doğum yapmış, üriner inkontinans yakınması olan hastaların anal inkontinans açısından değerlendirilmesini amaçladık.

HASTALAR VE METOD

Çalışmaya Haziran 2007 – Ekim 2007 tarihleri arasında, üriner inkontinans şikayeti ile Kadın Doğum ve Üroloji polikliniklerine müracaat eden, öyküsünde vajinal yolla doğum hikayesi olan, 45 hasta dahil edildi. Hastalar anal inkontinans açısından Wexner skorlama sistemiyle değerlendirildi (Tablo 1) (7). Wexner skoru 2 ve üzeri olan hastalar çalışmaya alındı.

Tablo 1: Wexner kontinans derecelendirme skalası.

İnkontinans Tipi	Sıklık				
	Hiçbir Zaman	< Ayda 1	< Haftada 1 - ≥ Ayda 1	< Günde 1 - Haftada 1	≥ Günde 1
Katı	0	1	2	3	4
Sıvı	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Ped İhtiyacı	0	1	2	3	4
Yaşam Tarzı Değişimi	0	1	2	3	4

Hastaların, 8 lümenli su perfüzyon katateri (Mui Scientific, Mississauga, Ontario, Canada PIP-4-8) Albyn Medical Phoenix V1.8.9 programı ile 6 kanaldan ölçümler yapılarak anal kanal istirahat ve sıkma basınçları belirlendi. Tablo-2'de anal kanal basınçları ve rektal sensasyonun anal manometredeki normal referans değerleri görülmektedir. Ayrıca EAUS

(B-K Medical Pro focus 2202, Denmark) yapılarak anal sfinkterler değerlendirildi.

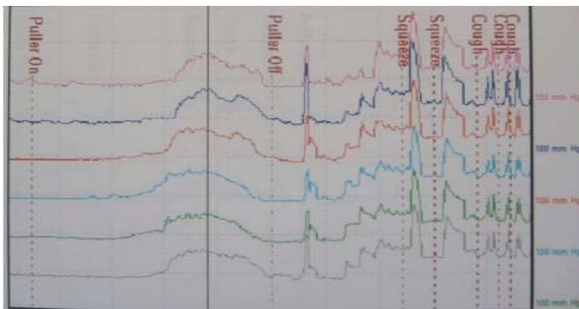
Tablo 2: Anal manometri ve rektal duyumun referans değerleri.

Maksimum istirahat basıncı: 40-80 mmHg
Maksimum sıkma basıncı: 80-160 mmHg
Rektal duyum
İlk (eşik) duyum: 20-40 ml
Defekasyon hissi: 80-200 ml
Maksimum tolere edilen volüm:110-480 ml

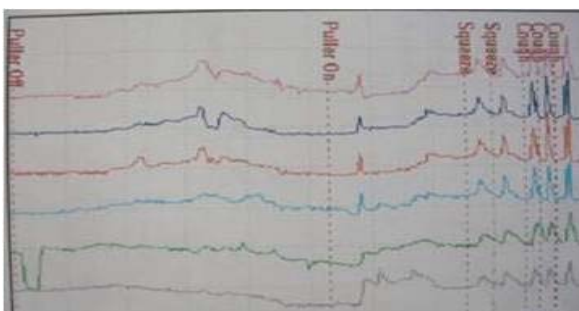
BULGULAR

Üriner inkontinans şikayeti ile polikliniğe müracaat eden hastaların alınan anamnezlerinde 45 hastanın 16 (% 35,5)ında Wexner skorunun 2 (ortalama 3,2) ve üzerinde olduğu saptandı. Geri kalan 29 (% 74,5) hastanın ise Wexner skoru 0-1 (ortalama 0,8), yaş ortalaması ise 36 (25-66) olarak tespit edildi. Wexner skoru 2 ve üzeri olan hastaların yaş ortalaması 49 (32-68) olup, ortalama 3 (1-6) vajinal doğum yapmışlardı. Bu hastalarda yapılan anal manometrik ölçümlerde anal kanal istirahat basıncı ortalama 30 mmHg (15-50 mmHg), maksimum sıkma basıncı ortalama 55 mmHg (35-80 mmHg) olarak saptandı. (**Resim 1,2**) Yapılan EAUS da 8 hastada eksternal ve internal sfinkterde inkomplet defekt, 5 hastada defekt olmamakla birlikte internal sfinkterde incelme (**Resim 3**), diğer 3 hastada ise sadece internal sfinkterde komplet defekt saptandı (**Resim 4**).

Resim 1 : Anal manometri ölçümü(normal)



Resim 2 : Anal manometri ölçümü (inkontinans)



Resim 3 : EAUS'de internal sfinkterde incelme



Resim 4 : EAUS'de internal sfinkter defekti



TARTIŞMA

Anal inkontinans, kişinin sosyal ortamdan izolasyonuna yol açan, entelektüel yaşamını olumsuz etkileyen, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Anal inkontinans hemen daima gizlenmeye çalışılan bir hastalıktır. Sınırlı hasta sayısı ile yaptığımız bu çalışma da sadece anamnez ile ifade edilmekte zorluk yaşanan ve sosyal problemleri beraberinde taşıyan anal inkontinans şikayetlerinin ortaya çıkarılabileceği görülmüştür. Geniş etyolojik spektrumu, etyolojiyi belirlemeye yönelik etkili tek bir tanısal testin olmaması, konservatif ve cerrahi tedavi seçeneklerinin çeşitliliği nedeni ile anal inkontinanslı bir hastada uygun tedavi modalitesini belirlemek ve beklenen sonuçlar hakkında hastayı bilgilendirmek en önemli basamak olmalıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, erişkin popülasyonda %2-2.5'luk prevalans görülmektedir (1,2,3). Hastaların kendilerini ifade etmekte ve hastalıklarını kabullenmekte zorlandıkları gerçeği dikkate alındığında, bunun ne oranda doğruyu yansıttığı tartışılabilir. Kalantar ve ark. katı ve sıvı dışkı inkontinansını sorguladıkları bir çalışmalarında, prevalansları sırasıyla %2 ve %9 olarak

saptamışlardır (1). Enck ve ark. Alman popülasyonundaki prevalansı araştıran çalışmalarında, ciddi anal inkontinansı %1.5 olarak tespit etmişler ancak, ılımlı inkontinans semptomlarının %5 olguda görüldüğünü belirtmişlerdir (8). Çalışmamız bir prevalans belirleme çalışması olmamakla beraber hastalarımızın anal inkontinans şikayeti yerine üriner inkontinans şikayeti ile müracaat etmiş olmaları literatürle uyumlu olarak şikayetleri ifade etmekteki zorluğu düşündürmektedir.

Yaşlılar, kadınlar, nörolojik hastalığı olanlar ve pelvik organ prolapsusu olanlar artmış risk altındadır. Yaşla birlikte anal inkontinans sıklığı artmakta ve özellikle bakım evlerinde bu oran %50-60'lara varmaktadır (9,10,11). Kas atrofisi yaşlanmanın iyi bilinen bir özelliğidir. Yaşlanmayla birlikte internal anal sfinkter sklerozu geliştiği,(12) eksternal anal sfinkter ve pelvik taban kaslarında atrofik değişiklikler oluştuğu, bunların sonucunda anal kanal basınçları ve rektal kompliansta azalma olduğu gösterilmiştir (7,13). EAUS uygulamamızda ileri yaştaki hastalarda internal sfinkter ve external sfinkterde incelleme olduğu saptanmıştır. (Resim 3) Bu sonuçlar, çeşitli etyolojik nedenlere bağlı asemptomatik sfinkter ve pelvik taban hasarlanmalarının yıllar içinde inkontinans ile sonuçlanmalarını açıklayabilir. Çalışmamızda wexner skorları yüksek çıkan grubun yaş ortalaması genel grup ortalamasına göre yüksek bulunmuş olup literatürü desteklemektedir. İlk doğumda anal sfinkterlerin hasarlanması yıllar içinde anal inkontinans için predispozisyon yaratır (14). Hall ve ark. postpartum anal inkontinans prevalansını değerlendirdikleri çalışmalarında %38 olguda anal inkontinans semptomlarının varlığını tespit ettiler (15). Bu hastaların 24'ü gaza, %10'u katı gaitaya inkontinanstı. Pinta ve ark. ise endoanal USG ile saptanabilir sfinkter defekti insidansını, vajinal doğum sonrasında %23, müdahaleli doğumlar sonrasında %45 olarak saptadılar (16). Vajinal doğumlar sırasında sfinkter kompleksinin rüptürü ile sonuçlanan 3° ve 4°. perine yırtıklarının görülme olasılığı %0.6-9 arasında değişir. Klinik olarak görünür sfinkter defekti insidansını araştıran geniş kapsamlı bir çalışmada, Norderval ve ark. 5123 vajinal doğumda bu oranı %3.5 olarak buldular (17).

Bu hastalarda daha sonra anal inkontinans gelişme riski %58 olarak tespit edilmiştir (4,5,14). Kadınların büyük bir kısmı 3°. bir yırtık geliştikten sonraki 1 yıla kadar rahatsız olmamaktadır. Davis ve ark., 3°. perine yaralanmaları ve primer onarım sonrasında, endoanal ultrasonografi ile tanımlanabilen persistan sfinkter defektlerinin %78.5 oranında devam ettiğini gösterdiler (14). Bunların da %79'unda anal inkontinans semptomları mevcuttu. Benzer şekilde Pinta ve ark. primer onarım sonrasında ultrasonografik sfinkter hasarı insidansını %75, (6) Fitzpatrick ve ark. %66 olarak buldular (18). Çalışmamızdaki olguların da 16/11 (%68,75) anal sfinkter kompleksinde önceki vajinal doğumla ilişkili kabul edilen anatomik sfinkter defekti vardı. Perine yırtığı veya doğum travmasına bağlı sfinkter hasarı insidansı oldukça yüksektir. Bu hastaların çoğu başlangıçta asemptomatiktir. İlerleyen yaşla birlikte pelvik taban ve dış anal sfinkterde gelişen kas zayıflığı, iç anal sfinkter incilmesi, ortalama istirahat ve maksimum sıkma basınçlarında azalmalar nedeni ile bu hastalar anal inkontinans için aday teşkil ederler.

Sonuç olarak, sınırlı hasta sayısı ile yaptığımız bu çalışma sonucunda sadece anamnez ile ifade edilmekte zorluk yaşanan ve sosyal problemleri beraberinde taşıyan anal inkontinans şikayetlerinin ortaya çıkarılabileceği görülmüştür. Manometrik inceleme ve EAUS ile subjektif şikayetlerin objektif olarak değerlendirilebilmektedir. Üriner inkontinans şikayeti olan hastalarında anal inkontinans açısından da sorgulanmasının unutulmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Kalanta J S, Howell S, Talley N J. Prevalence of fecal incontinence and associated risk factors. An underdiagnosed problem in the Australian community ? *Med J Aust*, 2002;176(2): 54-7.
2. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*, 1995; 274: 559-61.
3. Koukrakis G, Andromanakos N. Evaluating patients with anorectal incontinence. *Surg Today*, 2004; 34(4): 304-12.

4. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors outcome of primary repair. *Br Med J*, 1994; 308(6933): 887-91.
5. Walsh CJ, Money EF, Upton GJ, Motson GRW. Incidence of third degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg*, 1996; 83(7): 218-21.
6. Pinta TJ, Kylänpää M-L, Salmi TK, Teramo KAW, Luukkonen PS. Primary sphincter repair: Are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum*, 2004; 47:18-23.
7. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*, 1993; 36(1): 77-97.
8. Enck P, Gabor S, Van Ferber L, Rathmann W, Erckenbrecht JF. Prevalence of fecal incontinence and information possessed by family physicians and health insurance. *Z Gastroenterology*, 1991; 29: 538-40.
9. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*, 2004; 126:3-7.
10. Thomas TM, Egan M, Walgrove A, Mende TW. The prevalence of fecal double incontinence. *Community Med*, 1984; 6: 216-20.
11. Mavrantonis C, Wexner SD. A clinical approach of fecal incontinence. *Clin Gastroenterol*, 1998; 27: 108-21.
12. Klosterhalfen B, Offner F, Topf N, Vogel P, Mittermayer C. Sclerosis of the internal anal sphincter-a proces of aging. *Dis Colon Rectum*, 1990; 33(7): 606-9.
13. Laurberg S, Swash M. Effects of aging on the anorectal sphincters and their innervation. *Dis Colon Rectum*, 1989; 32(9): 737-42.
14. Davis K, Kumar D, Stanton SL, Thakar R, Fynes M, Bland J. Symptoms and anal sphincter morphology following primary repair of third-degree tears. *Br J Surg*, 2003; 90(12): 1573-9.
15. Hall W, McCracken K, Osterweil P, Guise JM. Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 188: 1205-7.
16. Pinta TM, Kylänpää M-L, Tremo KA, Luukkonen PS. Sphincter rupture and anal incontinence after first vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004; 83(10): 917-22
17. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke J, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: Incidence in a Norwegian country. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004; 83(10): 989-994.
18. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol*, 2001; 98(6): 1027-31.