



Aşırı Aktif Mesane

Doç. Dr. Murat Gönen

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu

Tanım

- AAM Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) standardizasyon komitesi tarafından;

Altta yatan bir enfeksiyon veya başka bir patoloji olmaksızın genellikle **sık idrara çıkma (frequency)** ve geceleri idrara çıkmanın (**nokturi**) eşlik ettiği, sıkışma tipi idrar kaçırma (**urge inkontinans**) ile birlikte olan ya da olmayan **ani sıkışma hissi (urgency)** şeklinde semptom odaklı olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2002).

Tanım

- Buna göre AAM;
- temel parametresi **ani sıkışma hissi** olan, idrar depolama ile ilgili alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) birkaçının birlikte görüldüğü bir sendromdur.
- Sıkışma hissi nedeniyle düşük mesane hacmi sıklıkla ortaya çıkmakta ve hastalar tipik olarak **düşük hacimli sık idrar çıkarma** eğiliminde olmaktadır.

Tanım

- **AAM aslında bir hastalık olmaktan ziyade, semptomların bir araya gelmesi ile oluşmuş bir sendromdur. Bu nedenle tanı koymada bazı hastalıkların dışlanması önem arz eder.**

Tanım

- AAM üriner ani sıkışma hissinin alt üriner sistem semptomlarından en az biri ile birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır.
- **İdrar kaçırma korkusu** ICS'nin ani sıkışma hissi tanımlamasında yer almasa da AAM hastaları tarafından hissedilmesi nedeniyle önemli bir kavramdır.

PATOFİZYOLOJİ VE ETYOLOJİ

- AAM nin patofizyolojisini araştırmada ani sıkışma hissinin kullanılması, hayvan modelleri oluşturulmasında zorluklara neden olmakta ve hayvanlarda sübjektif semptomların değerlendirilmesinin olanaksız olması nedeniyle problem teşkil etmektedir.
- Bu nedenle araştırmalar, ani sıkışma hissinin nedeni olarak düşünülen ve AAM hastalarının çoğunda birlikte bulunan **DAA'nin altında yatan afferent sinyal bozukluklarına ve mekanizmalarına** odaklanmıştır.

Prevalans

Yapılan alışmalarda AAM prevalansı %7 ile 26 arasında bildirilmiştir. Erkeklerde ve kadınlarda görülme sıklığında farklılıklar gözlenmektedir ve kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınlarda görülme sıklığı %35 olarak bildirilmişken erkeklerde bu oran %20 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca kadınlarda görülen AAM daha çok ıslak tip yani idrar kaçırma ile birlikte olmakta, erkeklerde ise daha çok kuru tip AAM grlmektedir

AAM görülme sıklığı yaşla birlikte her iki cinste artış gösterir.

Hastanın Değerlendirilmesi

AAM tanısı koymada iyi bir öykü, fizik muayene ve tam idrar analizi genellikle yeterli olur.

Hastaların başvuru şikayeti genellikle sık idrara çıkma ve idrarın aniden gelmesi ve tuvalete yetişmeye çalışırken idrarı tutamayıp kaçırma olmaktadır.

Öykü alırken sıvı alımı, barsak alışkanlıkları ve ayrıntılı bir özgeçmiş sorgulanmalıdır. İdrar yakınmaları ile ilişkili olabilecek DM, KKY, demans, Parkinson, SVO, geçirilmiş pelvik cerrahiler ve sürekli kullandığı ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır.

Fizik Muayene

AMM ye özgü tipik bir FM bulgusu yoktur ancak hasta odaya girdiği andan itibaren yürüyüşü, konuşması vs bakılarak nörolojik bir defisitinin olup olmadığı değerlendirilir. ÖR: kişi yavaş ve kısa adımlar atarak yürüyorsa ve elinde sürekli bir titreme varsa bu parkinsonun bir belirtisi olabilir.

Ayrıca hasta kilo yönünden değerlendirilmelidir ve VKİ 30 ve üzeri olanlar mutlaka medikal tedaviye başlamadan önce kilo vermeye yönlendirilmelidir.

Fizik Muayene

Kadınlarda jinekolojik muayene mutlaka yapılmalıdır. Özellikle dolu mesane ile yapılacak olan bir stress testi sırasında idrar kaçırmamanın tespiti stress tipi idrar kaçırmaya ile ayırıcı tanıda önemlidir ancak çoğu zaman kadınlarda iki tip idrar kaçırmamanın bir arada olabileceği de unutulmamalıdır.

Jinekolojik muayene sırasında özellikle postmenapozal kadınlarda vaginal atrofi ve kuruluk tespit edilebilir. Bu durumda sadece lokal estrogenli kremler ile hastanın üriner semptomlarının önemli ölçüde düzeltilebileceği unutulmamalıdır.

İdrar Analizi

AAM tansında temel tetkiktir. Yapılacak bir idrar analizi ile sistit dışlanmalıdır. Hematüri tespit edilirse mutlaka bir üriner USG ile üriner sistem değerlendirilmelidir.

Bazen idrar analizinde glukozüri tespit edilebilmekte ve bu hastalar ilk DM tanısını üriner semptomları nedeni ile alabilmektedirler. Bu hastalarda DM tedavisi ile glukozürinin ortadan kalkması ile üriner semptomlar büyük ölçüde ortadan kalkmaktadır.

Artık İdrar Ölçümü (rezidü)

Hem erkeklerde hem kadınlarda rezidü idrar ölçümü yapılmalıdır. Bu ultrasonografi ile yapılabilceği gibi hastaya idrar yaptııldıktan sonra bir kateter takılarak da yapılabilir. Rezidünün 200 ml üzerinde olması kadınlarda ileri dereceli sistosel erkeklerde ise BPH nedeniyle olabilir ayrıca her iki cinste nörolojik bir duruma da bağılı olabilir.

Üroflowmetri

Özellikle 50 yaş üstü erkeklerde BPH tanısını dışlamak için istenmelidir.

Mesane Günlüğü

Öyküden elde edilen sık idrar gitme ile ilgili bilgiler sübjektif olduğu için çok güvenilir değildir bu nedenle işeme günlüğü ile bu objektif hale dönüştürülebilir.

Mesane günlüğünde hasta aldığı ve çıkardığı sıvı miktarlarını ve varsa idrar kaçırma durumlarını not eder. İdeal olan kaydın 3 gün tutulmasıdır.

Günlük doldurulup getirildikten sonra hastanın:

1. Ne kadar sıvı aldığı
2. Sıvı alımının günün hangi saatlerinde olduğu

Mesane Günlüğü

3. Gündüz ve gece kaç kere idrara çıktığı
4. Her idrara çıktığında ne kadar ml idrar yaptığı
5. İdrar kaçırma varlığı

İle ilgili çok değerli bilgiler elde edilebilir ve bu bilgilerden tedavi düzenlenmesinde faydalanılır.

ÖR: noktüri yakınması belirgin olan ve mesane günlüğünden akşam saatlerinde çok sıvı aldığı tespit edilen bir hastadan sıvı alımını gündüze kaydırması istenebilir.

Tedavi

AAM hastalarının %75'i tanı konulduktan ve tedaviye başlandıktan sonra tedaviye devam etmemektedir bu nedenle hastaya zaman ayrılarak hastanın bilgilendirilmesi, hastanın tedavi yöntemlerine olan uyuncunu artıracaktır.

Konservatif Tedavi

Konservatif tedavilerin en az ilaç tedavileri kadar etkin olduğu unutulmamalıdır.

Diyet alışkanlıkları: Mesane irritanı gıdaların alımından kaçınılmalıdır. Bu gıdaların başlıcaları: Kafein, alkol, aspartam, baharatlı gıdalar, acı ve ekşi gıdalar

Konservatif Tedaviler

Sıvı alımının düzenlenmesi: Sıvı alımının kısıtlanması idrar içerisindeki mesane mukozasına irritan maddelerin konsantrasyonunu artıracığı için önerilmez. Günlük ortalama 1500ml sıvı alması tavsiye edilir ve bu sıvı su olmalıdır.

Konservatif Tedaviler

Obezitenin Giderilmesi: Özellikle kadınlarda kabul görmüş bir tedavidir. %5 in üzerinde bir kilo verme ile semptomlarda azalma görüldüğü bir çok araştırmada tespit edilmiştir.

Konservatif Tedaviler

Konstipasyonun Giderilmesi: Kabızlık ve AÜSS arasında pozitif bir ilişki ortaya konmuştur. Bu nedenle konstipasyonun giderilmesi AMM tedavisinin bir parçası olmalıdır.

Konservatif Tedaviler

- **Sigaranın bırakılması**
- AAM ile ilişkisi doğrudan gösterilememiştir ancak sigaranın bırakılması önerilir.

Konservatif Tedaviler

- **Topikal Vaginal Estrojen:** Postmenapozal kadınlarda dizüri, urgency gibi semptomların giderilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Antikolinergik tedaviden önce mutlaka denenmesi önerilir.

Konservatif Tedaviler

Mesane Eğitimi: Hastanın sıkışma hissine karşı direncini artırmaya yöneliktir. Özetleyecek olursak, hasta tuvalete gitme ihtiyacı hissettiğinde saate bakar eğer en son tuvalete gitmesinin üstünden 2 saat geçmişse idrarını yapar, geçmemişse idrarını ertelemelidir. Bunun için önce oturur ve mesane üzerindeki basıncı azaltır. Sonra 2 dak. Boyunca pelvik taban kaslarını kasar ve beynine mesaj yollayarak tuvalete gitmeyeceğini belirtir. İki dakikanın sonunda büyük oranda tuvalete gitme ihtiyacı ortadan kalkmış olur.

Konservatif Tedaviler

Pelvik Taban Egzerizleri: Kegel egzersizleri olarak da bilinir. Amaç üretral sfikteri güçlendirerek idrar kaçırmayı azaltmaktır. Günde en az 100 kez tekrarlanmalıdır.

Medikal Tedaviler

AAM'nin medikal tedavisinde kullanılan 2 grup ilaç bulunmaktadır, bunlar;

Antimuskarinikler (antikolinerjikler)

Ve

Beta Adrenerjik Agonistlerdir

Antikolinerjikler

AAM tedavisinde en çok reçete edilen ve en fazla bilinen grubu oluştururlar. Genel olarak asetilkolin tarafında uyarılan kolinerjik reseptörlere bağlanarak mesane kapasitesini artırıp idrara çıkma sıklığını azaltırlar. Ülkemizde 7 çeşit antikolinerjik mevcuttur

1. Oksbutinin (uropan) ilk piyasaya çıkan
2. Tolterodine
3. Darifenasin
4. Fesoterodin
5. Solifenasin
6. Trospium
7. Propiverin

Antikolinerjikler

Antikolinerjiklerin kullanımı

KontROLSÜZ taşIARITMI

Myastenia Gravis

Dar açılı gIokom

Gastrik Retansiyonu

olanlarda kontrendikedir

Antikolinerjikler

Demansı olanlarda da antikolinerjikler kullanılmamalıdır çünkü demansı artırabildikleri gösterilmiştir.

Antikolinerjikler

En sık görülen yan etkileri:

Üriner Retansiyon

Ağız Kuruluğu

Konstipasyon

Yakın objeleri bulanık görme

Taşikardi

Uyku sersemliği

Kognitif fonksiyonlarda azalma

Antikolinerjikler

Yan etkilerine bağlı olarak antikolinerjiklerin bırakılma oranı oldukça yüksektir. En sık ağız kuruluğuna bağlı olarak tedavi bırakma görölmektedir.

Bir yıllık takiplerde hastaların %36 ile %50 sinin tedaviye devam ettiği görölmektedir

Antikolinerjikler

Antikolinerjikler içinde ağız kuruluğunu en az yapanlar oksubutinin transdermal formu ve fesoterodindir.

Santral sinir sistemine en az geçenler ise darifenasin ve trospiyumdur.

Beta-3 Reseptör Agonistleri

Mirabegron: Detrussor düz kasında yaygın olarak bulunan beta-3 reseptörleri uyararak detrussör gevşemesine neden olurlar. Mirabegron ile antikolinergikleri etkinlik yönünden karşılaştıran çalışmalar yapılmış ve etkinliklerinin benzer olduğu görülmüştür.

Mirabegron

En sık görülen yan etkisi Hipertansiyon dur. Bu nedenle kontrolsüz hipertansiyonu olanlarda kullanımı(160/100 ve üzeri)kontrendikedir.

Üriner retansiyon, konstipasyon ve ağız kuruluğu gibi yan etkiler antikolinerjiklere göre daha az görülür.

Kognitif fonksiyonları etkilemediği için demanslılarda kullanılabilir.

Tedaviyi bırakma oranları da antikolinerjiklerden azdır.

Mirabegron

Yeterli etkinlik oluşmadığı zaman bir antikolinergik ile kombine edilebilir.

İleri Tedaviler

Tekli yada ikili medikal tedaviden fayda görmeyen hastalar bir Üroloji uzmanına refere edilmelidir.

3. Basamak tedaviler;

1. İntravezikal botulinum toksin
2. Sakral nöromodülasyon
3. Perkütanöz tibial sinir stimülasyonu
4. Akupunktur

Cerrahi Tedavi

- 3. basamak tedavilerden de fayda sağlanamazsa cerrahi tedaviler önerilir.

TEŞEKKÜRLER

Doç. Dr. Murat GÖNEN