

# Stress İnkontinans ve/veya Sistosel Vakalarında Uygulanan Vajinal Operasyonlarda İdrar Sondasının 48 Saat Sonra Çıkarılmasının Sonuçları

THE RESULTS OF REMOVING THE TRANSURETHRAL CATHETERS 48 HOURS AFTER THE VAGINAL OPERATIONS FOR STRESS INCONTINANCE AND/OR CYSTOCELE

Dr.Cihangir ÇAKICI, Dr.Süheyla AYDOĞMUŞ, Dr.Hüseyin ŞENYURT,  
Dr.Levent KORKMAZ, Dr.Zehra YORGANCIOĞLU, Dr.Levent GÖKMEN

S.B. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

## ÖZET

Stress inkontinans ve/veya sistosel operasyonlarından sonra idrar sondasının çıkarılış zamanı olarak 48. saat alındığında 72 saat sonra çıkarılmasına göre enfeksiyon oranının azaldığı, rezidü idrar miktarının arttığı, ancak her iki grup arasında glob oluşma riski açısından bir farklılık olmadığı tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Stress inkontinans, Sistosel, Rezidü idrar  
T KlinObst 1993, 3:319-321

İdrar inkontinansı, üreme çağındaki kadınların %10'unda ve postmenopoz yaştakilerin %12-45'inde meydana gelmektedir (1,2). Normal kadınlarda yapılan bir çalışmada ise %32'sinde en az bir epizod inkontinans şikayeti geliştiği gösterilmiştir (3). İnkontinansa neden olan patolojinin tedavisinde östrojen, imipramin gibi medikasyonların yararlı olduğu bilinmekle beraber kesin sonuç genellikle cerrahi ile alınmaktadır (2,4). Operasyona alınan hastalara takılan Foley kateterler genellikle postoperatif 3. günde çıkarılmaktadır. Spontan miksiyon beklenmekte ve arkasından rezidü idrar miktarı ölçülerek, tekrar mesane kateterizasyonunun gerekliliğine karar verilmektedir. Bu çalışmamızda idrar sondasının daha erken olarak 48. saatte çıkarılmasının bir risk yaratıp yaratmadığını ve rezidü idrar bakımının anlamlı olup olmadığını araştırdık.

## MATERYEL VE METOD

Aralık 1991-Kasım1992 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine sistosel ve/veya stress inkontinans tanısı

Geliş Tarihi: 23.1.1993

Kabul Tarihi: 26.8.1993

Yazışma Adresi Dr.Cihangir ÇAKICI  
S.B. Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve  
Doğum Kliniği, ANKARA

Anatolian J Gynecol Obst 1993,3

## SUMMARY

After the vaginal operations for stress incontinence and/or cystocele. the removal of transurethral catheter 48 hours postoperatively instead of 72, reduces the risk of infection while the amount of residue urine is increased. However no statistical difference was noted between the groups as for the occurrence of globe.

Key Words: Stress incontinence, Cystocele, Residual volume  
Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:319-321

İle kabul edilen toplam 47 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara bu endikasyonlar Colporafi anterior (CA), Kelly, Kelly+CA, ya da Vajinal histerektomi (VAH)+CA operasyonlarından biri uygulandı Tablo 1. Ameliyatlar rutin çalışma programı içerisinde yapıldı. Sütür materyali olarak krome katgut kullanıldı.

Çalışmanın amacı; opere edilen bu hastalarda operasyon sonrasında takılan idrar sondasının 48. ya da 72. saat sonrasında çıkarılması arasında enfeksiyon ve glob oluşumu yönünden bir fark olup olmadığını tespit etmektir.

Hastalar randomize olarak iki gruba ayrıldılar. İdrar sondası 48 saat sonra çıkarılan 26 hasta A grubu, 72 saat sonra çıkarılan 21 hasta ise B grubu olarak sınıflandırıldı. Her iki grupta sondalar süreleri sonunda çıkartılırken sondalardaki idrardan kültür yapıldı. Spontan miksiyondan sonra tekrar sonda konularak rezidü idrar miktarı değerlendirildi. 8 saat içinde spontan miksiyon yapamayanlar globda kabul edilerek tekrar kalıcı sonda takıldı. Bu hastaların sondaları 24 saat sonra çıkartılarak tekrar glob oluşup oluşmadığı kontrol edildi. Hiçbir hastaya kültür neticesi gelmeden antibiyotik başlanmadı.

## SONUÇLAR

A grubundaki hastaların yaş sınırları 24-70 olup ortalama 52±14.66 bulundu. B grubunda ise yaşlar 31-66

Tablo 1. Her iki gruptaki hastalara uygulanan operasyon tipleri

OPERASYON TİPİ	A Grubu	B Grubu
Colporafi Anterior	3	9
Colporafi Anterior+Kelly	5	5
Kelly	5	3
Vajinai Histereklomi + Colporafi Anterior	8	A
TOPLAM	26	21

arasında olup yaş ortalaması 48,9+12.48 idi. A grubundaki hastaların ortalama gebelik sayısı 6.88+3.15, ortalama doğum sayısı 4.73+2.46 bulundu. B grubundaki hastalarda ise bu değerler sırasıyla 7.33+2.78 ve 4.76+2.12 idi. İki grup arasında yaş, gravida ve parite açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık tespit edilemedi.

Her iki gruba uygulanan operasyon tipleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Belirlenen sürelerin bitiminde sondaları çıkarılan hastaların sondadan idrar kültürleri alındı. A grubundan 26 hastanın 21 inde (%80.76) sondadan alınan idrar kültüründe üreme olmadı, 2 hastada (%7.69) üreme oldu, 3 hastada kontaminasyon tespit edildi. B grubundaki 13 hastada (%61.90) üreme yok iken 3 hastada (% 14.28) üreme oldu, 5 hastada kontaminasyon tespit edildi. A grubundaki hastaların kültürlerinde bakteri üreme oranı %7.6 iken bu oran B grubunda %14.2 olarak bulundu. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t testi, p<0.05). Spontan miksiyon sonrası hastalarda rezidü miktarları ölçüldü. A grubunda 24 hastada rezidü idrar miktarı 0-400 cc (ortalama 55.08+90.26) bulundu. 2 hastada glob gelişti ve bir hastadan 520, diğerinden 500 cc idrar boşaltıldı. Bu hastalarda tekrar glob gelişmedi. B grubunda rezidü idrar miktarı 1-40 cc (ortalama 11.57+9.26) arasında tespit edildi. Her iki gruptaki rezidü idrar miktarları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t testi, p<0.05).

B grubu hastaların hiçbirisinde glob gelişmedi. İki grup arasında glob gelişimi açısından anlamlı fark tespit edilmedi.

#### TARTIŞMA

Vajinanın kendisine veya destek dokularına olan travma sonucunda sistosel meydana gelir. Bu durum sinterüreterik aralığın önünde olursa anterior sistosel, arkasında olursa posterior sistosel denilmektedir (5). İntraabdominal basıncın kısa bir artışına bağlı olarak idrar inkontinansın meydana gelmesi ve başka bir semptomun olmaması halinde sadece stress inkontinansından bahsedilir. Bunların %30'unda anatomik olarak belirlenen detrusör kas instabilitesi mevcuttur (6). Stress inkontinans tanısı anarmez ile ve jinekolojik masada İstem dışı idrar kaçırmanın gözlenmesi ile konduğu takdirde tanıdaki hata payı %10 civarında olacaktır (7).

Stress inkontinansın mutlaka ayırılması gereken **urge** inkontinans ise İstem dışı idrar kaçırma, artan bir **idrar** hissi sonucu ve **stress** inkontinansın aksine İntakt bir uretre sfinkter mekanizmasına rağmen ortaya çıkar (8). Ve de ampirik olarak antlkolinerjiklerle rezidü idrar kalmaksızın tedavi edilebilmektedir. Urge İnkontinans tedavisinde kullanılabilen diğer ilaçlar muskulotropik ilaçlar, prostaglandin inhibitörleri, kalsium antagonistleri, polisınaptik inhibitörler ve beta adrenerjik stimulanlardır (9,10). Bazen de stress inkontinans ile urge inkontinans birlikte olabilmektedir.

Stress inkontinans ve/veya sistosel tedavisine yönelik operasyonlar uzun süreden beri Kadın Doğum kliniklerinde uygulanmaktadır. Klinik olarak sondanın çıkarılma süresi önceleri post-op 5. gün iken daha sonraları bu sürenin post-op 3. güne indirilmesinin yeterli olduğu görüldü (11). Biz bu çalışmamızda 48 saatlik sürenin yeterli olup olmayacağını gözlemeye çalıştık.

Amaç, oluşabilecek enfeksiyon riskini minimize etmek için idrar sondasını mümkün olduğunca erken çıkarmak, ancak bu işlemin sonunda da mesane overdistansiyonuna neden olacak, iyileşmesi günler alabilecek bir detrussor paralizisine, ya da distansiyon nedeni ile dolanımı bozulan mesanede enfeksiyona yol açmaktadır.

idrar sondası çıkarıldıktan sonra görülen miksiyon güçlüğü sadece stress inkontinans ve sistosel operasyonları değil, perineyi ilgilendiren epizyotomi, herniografi, hemoroidektomi gibi operasyonlar sırasında da oldukça sık karşılaşılan önemli bir sorundur. Mesanenin somatik, sempatik ve parasempatik sinirlerden oluşan üçlü uyarımı arasındaki uyum ve iletişim kişiden kişiye, zamandan zamana çok değişkenlik göstermektedir. Hastanın alışkın olmadığı ortam ve pozisyonda miksiyona başlayamaması dahi büyük sorunlar doğurmaktadır. Postoperatif mesane sondası çıkartıldıktan sonra sıklıkla karşılaşılan miksiyon güçlüklerinin önemli nedenleri şunlardır (12):

1. Ağrıdan ve ortam değişikliklerinden kaynaklanan korku ve anksiyete.
2. Mekanik engeller: İnternal üretral sfinkterin açılmasını ya da miksiyon esnası posterior ureterovezikal açının oblltere olmasını engelleyen lokal fiziksel faktörlerdir. Lokal ödem, vajinai tampon, rektal dolgunluk, aşırı distansiyon, ureteral veya uretral obstruksiyonlar.
3. Refleks mekanizmalar:
  - Levator spazmı
  - Rektus abdominalis kasındaki ağrı miksiyon esnasında mesane boynunun fizyolojik olarak açılmasını engeller.
  - Overdistansiyon geçici detrussor paralizisine neden olur.
4. Nörolojik bozukluklar: Diabet, multipl skleroz gibi durumlardaki nöropatinin yol açtığı kronik mesane hipotonisi.
5. Kullanılan ilaçlara sekonder mesane hipotonisi:

Diazepam, Klorodiazepesid hidroklorid, Prokloperazin, Meproamat gibi trankilizanlar.

Takılan transuretral Foley kateteri sayesinde devamlı idrar drenajı, sağlanmaktadır. Sonda çıkarıldıktan sonra mesanenin aşırı distansiyona girmemesine dikkat edilmelidir. Bazı yayınlarda 50 cc, bazılarında da 75 cc'den daha fazla rezidü idrar kalanlarda tekrar kateterizasyona gidilmesi önerilmektedir (11,13).

Bizim çalışmamızda A grubundaki hastalarda rezidü idrar miktarı daha fazla olmasına karşın B grubundaki hastalarda enfeksiyon daha sık görüldü. Glob açısından iki grup arasında anlamlı bir fark görülmedi. Bu bulgular göz önüne alındığında hastaların sondalarının 48 saat sonra çıkarılmasının enfeksiyonu bariz olarak azalttığı, glob oluşma riskini de artırmadığı gözlemlendi.

Bu sonuçlarla 48 saatin sonunda sondaların çıkarılmasının daha uygun olacağı görülmektedir. Daha önceleri de yapıldığı gibi sondaları çıkarılan hastaların spontan miksiyon yapıp yapmadıkları kontrol edilmelidir. Spontan miksiyon yapan hastalarda rezidü idrar miktarına bakmak yeni bir enfeksiyon riski doğurmaktadır. Her ne kadar hastalar bu açıdan değerlendirilmişse de sonda takma işleminin buna neden olacağı açıktır. Rezidü idrar bakılan hastalarda 100 cc üzerindeki rezidülerde sondaların bırakılması önerisi bizim çalışmamız sonucunda gereksiz görülmüştür. Görülmektedir ki globa girecek hastalar zaten miksiyon yapamamaktadırlar. Spontan miksiyon sonrası rezidü İdrar miktarı 0-400 cc arasında değişmektedir ve bu hastaların hiçbirisinde spontan miksiyon sonrası glob oluşmamıştır. Bu nedenle spontan miksiyon yapabilen hastalarda rezidü idrar miktarı kaç cc olursa olsun tekrar idrar sondası takılmasına gerek yoktur.

## SONUÇ

1. İdrar sondasının postoperatif 48. ya da 72. saatte çıkarılması arasında glob oluşması açısından bir farklılık yoktur, ayrıca 48. saatte çıkarılması enfeksiyon riskini azaltır.

2. Spontan miksiyon yapan hastalarda rezidü idrar miktarına bakılmasına gerek yoktur. Spontan miksiyonunu 8 saatte yapamayan hastalar globda kabul edilerek sonda tekrar takılmaktadır.

3. Rezidü idrar bakılan hastaların sonuçları kaç cc olursa olsun, tekrar idrar sondası takılmasına gerek yoktur.

## KAYNAKLAR

1. Hording U, Pederson KH, et al. Urinary incontinence in 45 year-old women. An epidemiological survey. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20:183-6.
2. Samsice G, Jansson I, et al. Occurrence, nature and treatment of urinary incontinence in a 70 year-old female population. *Maturitas* 1985; 7:335-42.
3. Glenning PP. Urinary voiding patterns of apparently normal women. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1985; 25:62-68.
4. Gilja I, Radej M, Koracic M, P-azajder J. Conservative treatment of female stress incontinence with imipramine. *J Urol* 1984; 132:909-11.
5. Ball TL. Anterior and posterior cyctocele. *Clin Obstet Gynecol* 1966; 9:1062-9.
6. McGuine EJ. Clinical evaluation of the lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 12(2):311-7.
7. Yıldız A, Güner H, Gürsoy R. Jinekolojide idrar inkontinansı ayırıcı tanısı. *Kadın Doğum Dergisi* 1989; 4(4):241-8.
8. Jonas U, Heidler H. Physiologie und pathophysiologie der harnblase. In: Hohenfelger R und Zmigg EJ. *Urologie in klinik und praxis*. Thieme Stuttgart Band 1982; 1:46.
9. Wein A. Pharmacology of the bladder and urethra. In: Stanton SL, Tanagho EA, eds. *Surgery of female incontinence 185-199*. Berlin: Heidelberg and New York: Springer-Verlag 1980.
10. Wein AJ. Classification of neurogenic voiding dysfunction. Overview. *J Urol* 1989; 125:605-9.
11. Varner RE, Sparks JM. Surgery for stress urinary incontinence the surgical clinics of north America 1991; 71 (5):111-34.
12. Nichols DH, Randall CL. *Vaginal surgery*. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore-USA Williams and wilkins 1989; 125-39.
13. Thompson JP, Wall LL, Growdon WA, Ridley JH. Urinary stress incontinence. In: Thompson JD, Rock JA, eds. *Te linde's operative gynecology*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lipponcott Company. 1992; 887-940.