

# Üriner İnkontinans ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyoloji, Etiyoloji ve Risk Faktörleri

## EPIDEMIOLOGY, ETHIOLOGY AND RISK FACTORS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION AND URINARY INCONTINENCE

Hamit Alper TANRIVERDİ\*, Hakan SADE\*, Volkan AKBULUT\*

\* Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ZONGULDAK

### Özet

Pelvik taban disfonksiyonunun klinik yansıması olan üriner inkontinans ve pelvik prolapsus kadınlar arasında yaygın görülen bir klinik tablodur. Bazı kadınlar pelvik taban disfonksiyonu açısından daha yüksek risk taşımaktadır. Bununla beraber, üriner inkontinans ve pelvik prolapsus ile değişik risk faktörlerinin arasındaki bağlantı henüz net olarak bilinmemektedir. Bunun ötesinde, bazı çalışmalarda saptandığı şekliyle parite, östrojenler, sigara içilmesi vb. risk faktörlerine maruz kalan kadınlarda doza bağımlı bir etkileşim bulunup bulunmadığı konusunda fikir yürütmek de zordur.

Özellikle parite ile üriner inkontinans arasındaki bağlantıyı araştıran az sayıda büyük ölçekli çalışma bulunmaktadır. Paritenin bir risk faktörü olarak kabul edildiği çalışmalarda, genellikle yaş faktörü ve diğer risk faktörleri epidemiyolojik olarak değerlendirmeye alınmadığından pelvik taban disfonksiyonunun gelişimi ile ilgili bir yargıya varmak da oldukça sıkıntılıdır. Bu derlemede, ileri yaşlarda ortaya çıkan pelvik taban disfonksiyonu ile değişik risk faktörleri, epidemiyolojik ve etiyolojik faktörler arasındaki bağlantı tartışılmıştır. Aynı zamanda pelvik taban disfonksiyonu ile ilgili güncel literatür değerlendirilmiş ve sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Pelvik taban disfonksiyonu,  
Stres üriner inkontinans,  
Pelvik prolapsus, Risk faktörleri,  
Epidemiyoloji, Etiyoloji

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:231-238

### Summary

Urinary incontinence and pelvic prolapsus are highly prevalent among women, and some women seem to be at a higher risk for pelvic floor dysfunction. The mechanism for the association between different risk factors and urinary leakage or pelvic prolapsus is, however, not understood. Furthermore, it has been difficult to decide whether there is a straightforward dose-response relationship with parity, estrogens, smoking etc., as found in some studies, or whether there is a certain threshold for degree of exposure that results in pelvic floor dysfunction.

Few large epidemiologic studies have investigated parity as a risk factor for urinary incontinence. Where parity has been studied as part of general risk factor surveys, important confounders and effect modifiers, especially age, have seldom been taken into consideration. The aim of the present review is to discuss the association of different risk factors, the epidemiology and etiologic factors and pelvic floor dysfunction in later life. We have also reviewed the current literature related to pelvic floor dysfunction.

**Key Words:** Pelvic floor dysfunction,  
Stress urinary incontinence,  
Pelvic prolapsus, Risk factors,  
Etiology, Epidemiology

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:231-238

### Genel bilgiler

Üriner inkontinans genel tanımı itibarı ile hastanın istemsiz idrar kaçırması durumudur (1). Özellikle kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen üriner inkontinans hastalarda farklı derecelerde ortaya çıkmaktadır (2) (Tablo 1). Çoğu kadın ara sıra hapsirirken veya gülerken idrar kaçırdığını belirtirken, sosyal ya da hijyenik bir problem haline gelen üriner inkontinans 18-64 yaş arasındaki kadınların %8-42'sinde, 65 yaşın üzerindeki

ise %11-59'unda gözlenmektedir (3-6). Kadınlarda tüm yaş grupları için üriner inkontinansın prevalansı ortalama %25 (%8-59) olarak bildirilmektedir (7).

Bu derlemede pelvik prolapsus ve üriner inkontinansın epidemiyolojik, etiyolojik ve risk faktörleri tartışılmakta ve klinik pratikte inkontinans ve/veya pelvik prolapsusu olan hastalarda anamnez alınırken dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmaktadır.

**Tablo 1.** Kadın ve erkeklerde yaş gruplarına göre üriner inkontinans prevalansının dağılımı. Tablodan da görüleceği gibi, kadınlarda erkeklere oranla inkontinans daha sık ortaya çıkmaktadır (7).

Yaş grubu	Kadın	Erkek
20 – 29	4%	2%
30 – 39	11%	3%
40 – 49	23%	4%
50 – 59	35%	4%
60 – 69	37%	8%
>= 70	36%	11%

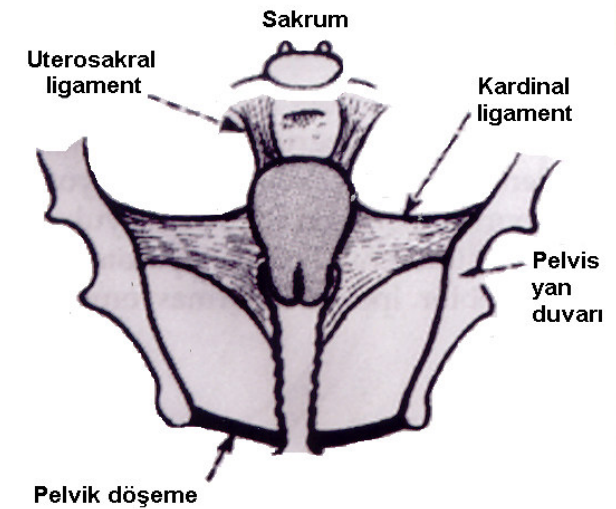
### Pelvisin genel anatomisi ve pelvik prolapsusta anatomik değişimler

Pelvik organların ana destekleri pelvik fascialar ve levator kompleksidir. Fascialar organları yerinde tutarken, levator kompleksi intrabdominal basınca karşı direnç oluşturmaktadır. Yani fascialar daha çok mekanik destek, levator kompleksi ise daha çok fonksiyonel bir direnç mekanizması oluşturmaktadır.

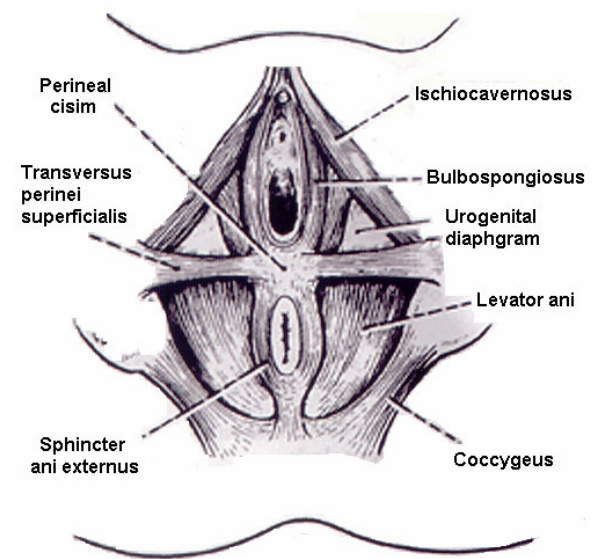
İnkontinansın iyi bir şekilde tedavisini yapabilmek için pelvisin bağ dokusunun anatomik yapısını çok iyi bilmek gerekmektedir. Pelvik destek doku, ürogenital diafragma, puboüretral bağ, levator kası, perine kasları, uterosakral ve kardinal bağ ve endopelvik fasciadan meydana gelmektedir. Uterusun asıl destek dokusu endopelvik fasciannın yoğunlaşarak oluşturduğu kardinal ve uterosakral bağlardır. Bunlar pelvisin yan duvarındaki kaslar ve sakrumun üzerindeki fibröz dokuya yapışmaktadır (8) (Resim 1). Pelvik diafragma levator ani ve koksigeus kası ve bağ dokusu oluşturmaktadır (Resim 2). Bu dokular pelviste geniş ve çukur bir döşeme meydana getirirler. Ürogenital diafragma ise, pelvik diafragmanın altında, esas olarak üretranın simfiz pubis arkasına sağlamca tutunmasını sağlayan bir yapıdır (Resim 3). Üretra, vajina ve rektum pelvik döşemenin en fazla kuvvete maruz kaldığı en zayıf noktalarında olup sarkma eğilimindedir (9).

Üretra destek sistemi, üretranın anatomik pozisyonunu sağlayan sistemdir. Bu sistemde ana elemanlar; ön vajen duvarı, endopelvik fascia, pelvik fasciannın arkus tendineus kısmı ve muskulus

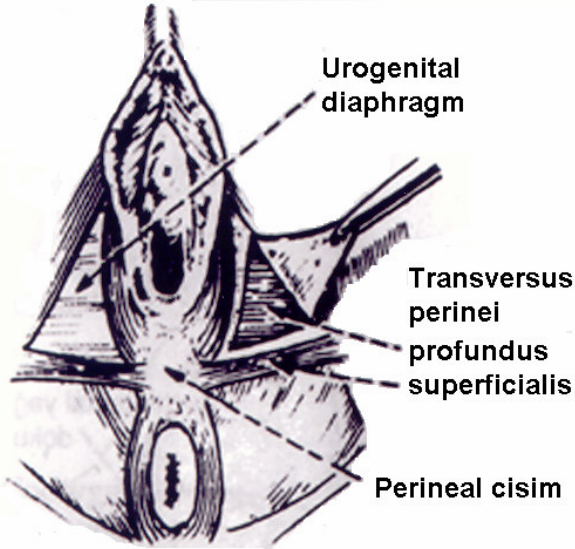
levator ani'dir (9;10) (Resim 4). Başta pelvik fasciannın arkus tendineusu olmak üzere, tüm bu yapılar tıpkı bir hamak gibi üretraya alttan belli bir tonusta devamlı destek olmaktadır. Bunlar fonksiyonlarını yapabilir ve çalışır durumda iseler öksürük, ıkınma vb. durumda artan karın içi basıncı nedeniyle üretranın aşağıya doğru hareket etmesine ve aşırı mobilite göstermesine engel olmaktadır. Öksürme, aksırma ve ıkınma sırasında iki kuvvet arasında kalan üretranın (karın içi basıncı ve pelvis



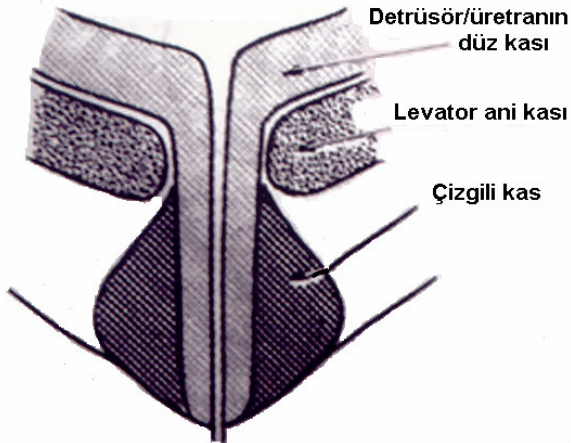
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Üretral kapanma mekanizmasının diaframı

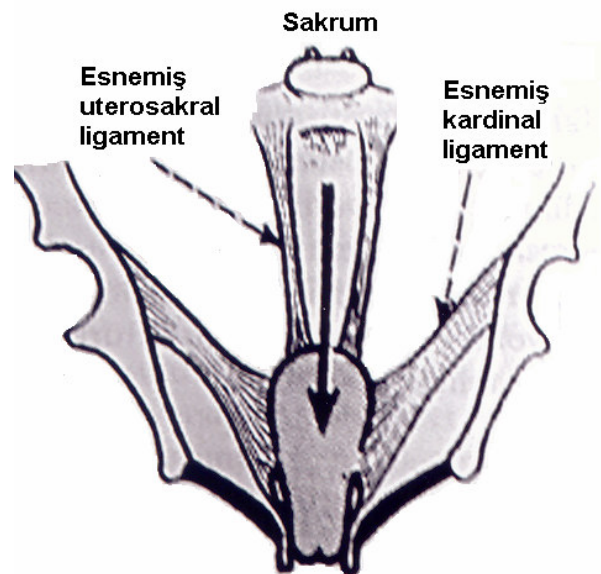
Resim 4.

desteği sağlayan elemanlar) ön ve arka duvarı bu iki basıncın etkisi ile bir araya gelmekte, iki duvar birbirine yapışmakta ve üretrayı kapamaktadır. Eğer üretranın alt desteğini oluşturan elemanlarda bir yetersizlik varsa, bu mekanizma çalışmayacak ve ön-arka duvar yapışıp destek oluşturulamayacak ve sonuçta hasta idrar kaçıracaktır (Stres üriner inkontinans) (10).

Pelvik taban disfonksiyonu genel anlam itibarı ile pelvisteki mekanik ve fizyolojik direnç mekanizmalarının birinde veya her ikisinde bir bozuk-

luğun gelişimini ifade etmektedir. Üriner inkontinans ve pelvik prolapsus bu mekanizmadaki dengelerin bozulmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Pelvik taban disfonksiyonu gelişen kadınların hangisinde pelvik organ prolapsusu, hangisinde üriner inkontinans gelişeceğini önceden saptamak mümkün değildir (11). Bu hem prolapsusun, hem de üriner inkontinansın benzer epidemiyolojik parametreler barındıran, benzer risk faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkan bir bozukluklar kompleksi olduğunu düşündürmektedir. Bu bakımdan bu rahatsızlıkların tedavisinde her iki durumun bir arada bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Pelvik prolapsus üretra, mesane, uterus, vajina ve onun üst arka duvar ve rektumun alt-ön duvarındaki fascialar ile bağlardan oluşan pelvik destek dokunun gevşemesine bağlı olarak ortaya çıkan anatomik bir bozukluktur (Resim 5). Üriner inkontinans ise, Uluslararası Kontinans Grubu (ICS) tarafından sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır (12). Stres inkontinans, karın içi basıncı yükselmesine (öksürme, gülme, aksırma vb) bağlı olarak irade dışında idrar kaçırmaktır. Urge inkontinans aynı zamanda aciliyet ya da sıkışma inkontinansı olarak



Resim 5.

da adlandırılmaktadır ve idrar yapmaya karşı engellenemeyen bir durumun varlığı söz konusudur. Bu tip inkontinans istemsiz detrusör kasılması söz konusudur. Hasta sıkışınca tuvalete yetişmeden idrarını kaçırmaktadır. Bu tip inkontinansın toplumdaki görülme sıklığının %10 olduğu bildirilmektedir (13). Bazı vakalarda stres inkontinans ile urge inkontinans birlikte görülmektedir. Buna da mikst tip inkontinans denmektedir (10).

Üriner inkontinansı olan hastalarda devamlı ıslaklık ve irritasyondan kaynaklanan rahatsızlık, buna bağlı olarak depresyona kadar varan emosyonel sorunlar gelişebilmektedir. İdrar kaçırmanın seksüel yaşamlarının ve günlük aktivitelerinin etkilendiği, bu durumu önlemek için hastaların bir çok sosyal ve fizik aktivitelerini, hatta sıvı alımlarını bile kısıtladıkları bilinmektedir. Günümüzde pelvik taban disfonksiyonu nedeniyle kadınların %11'i tüm hayatları boyunca en azından bir defa cerrahi tedavi görmek durumundadır (11).

Pelvik prolapsus, klinik pratikte üretrosel, sistosel, uterus prolapsusu, vajina kubbesi prolapsusu, enterosel ve/veya rektosel olarak karşımıza çıkmaktadır. Pelvik organların yer değiştirmesi genital traktus, üriner traktus ve distal intestinal traktusta fonksiyon bozukluklarına yol açabilmekte ve hastanın yaşam kalitesinde belirgin bir düşme ortaya çıkabilmektedir (14;15). Dolayısıyla, pelvik relaksasyonun tedavisi jinekoloji pratiğinde birçok kadının yaşam kalitesine hizmet edilmesi anlamına gelmektedir.

### **Risk faktörleri, Epidemiyoloji, Etiyoloji**

Uterus prolapsusu, 30 yaşın altındaki kadınlarda ve doğum yapmamış kişilerde de (%2) görülebilse de, ortaya çıkmasında en önemli neden vajinal doğumlardır (10). Daha önce jinekolojik ameliyat geçirmiş olanlarda pelvis statığı bozulduğu için bu hastalarda daha sık rastlandığı da bilinmektedir.

Ürojinekolojik semptomlar daha çok menopozda ve postmenopozda ortaya çıkmaktadır. Menopoz ve klimakterium döneminde hastalığın git-tikçe ilerlediği kabul edilmektedir(16-18). Bu dönemde ovaryen hormonların tonik etkisi kaybolmakta, fascialarda ve bağlarda atrofik değişimler

başlamakta ya da hızlanmaktadır (19). Destek dokunun zayıfladığı anatomik lokalizasyona göre değişik tip ve klinik özellikler gösteren pelvik relaksasyon tablosu ortaya çıkmaktadır. Dokuların gevşemesinde menopoza sekonder hormon (östrojen) yetersizliği dışında yaşlılığın etkisi de unutulmamalıdır (12).

İnkontinans etiyojisinde genel olarak şu faktörler rol oynamaktadır (6,10,18,20-24);

- ileri yaş,
- kadınlarda üretra boyunun kısalığı (3,5 - 4 cm),
- hormonal durum (hipoöstrojenemi),
- doğum travması (sinir-kas-konnektif doku yaralanması),
- doğum sonrasında erken postpartum dönemde aktif-ağır bir çalışma temposuna dönülmesi,
- genetik farklılıklar,
- diüretik kullanımı,
- tekrarlayan dirençli üriner enfeksiyonlar,
- şişmanlık (Body mass indeksinin >25 olması),
- kronik kabızlık,
- günde 20'den fazla sigara içmek (22) (Öksürmeye yol açmakta, Antiöstrojenik etkiye ve kollajen sentezinin azalmasına neden olmaktadır),
- ırka bağlı vücut yapısı,
- geçirilmiş histerektomi (abdominal, vajinal, geçirilmiş radikal pelvik cerrahi),
- radyoterapi,
- hareketsiz yaşam tarzı,
- çay (Günde 3 fincandan fazla içilmesi),
- çeşitli ilaçlar (Tablo 2),
- sistemik hastalıklar
  - ⇒ Diabetes mellitus ozmotik diürez ve nörojenik hasara sekonder),
  - ⇒ Periferik vasküler yetmezlik (Nokturnal inkontinans),
  - ⇒ Akciğer hastalıkları (Öksürme),
  - ⇒ Nörolojik hastalıklar (Parkinson, MS, Spinal travma),
  - ⇒ Konjestif kalp yetmezliği

**Tablo 2.** Üriner inkontinansa neden olabilen ilaçlar

İlaç
Sedatifler
Alfa blokörler (prazosin, terazosin)
Alfa adrenerjikler (Soğuk algınlığı ilaçları)
Kalsiyum kanal blokörleri
Antikolinerjikler
Antihistaminikler
Antidepresanlar
Antipsikotikler

Yapılan çalışmalarda, stres üriner inkontinansın obez hastalarda daha sık ortaya çıktığı (21) ve morbid obezlerde zayıflama ile şikayetlerin azaldığı bilinmektedir (25). Bununla beraber obez hastaların şikayetleri nedeniyle daha sık opere oldukları (11), ancak tedavi sonuçlarının obeziteden etkilenmediği gösterilmiştir (26). Konuyla bağlantılı olarak Zivkovic'in yaptığı bir çalışmada; 291 obez ve obez olmayan kadının %64'ü ürojinekolojik bir operasyon sonrası 5 yıl takip edilmiştir. Çalışmada Body mass indeksi (BMI) 20-25 olanlar normal, 26-30 olanlar fazla kilolu, >30 obez olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların 80'ine kolporafi anterior, 49'una kolporafi anterior+mesane boynu iğne süspansiyon ameliyatı, 58'ine de Burch operasyonu yapılmış ve beş yıllık takip süresince hastalarda anterior kolporafi yapılanların %58'inde, kolporafi+süspansiyon yapılanların %51'inde, Burch yapılanların ise %86'sında kontinans sağlandığı saptanmıştır. Yazarlar tüm bu sonuçların "obeziteden bağımsız" olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışma sonucunda gebeliğin başında (ilk trimester) alınan fazla kiloların inkontinansla ilişkili olduğu, gebelik sonuna kadar alınan toplam kilonun ise pelvik taban disfonksiyonu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (26).

Obstetrik komplikasyonların inkontinansı tetikledikleri genel olarak varsayılmakta (27) ancak bunun aksini iddia edenler de bulunmaktadır. Genel olarak obstetrik müdahale ve komplikasyonların (epizyotomi, anal sfinkter hasarı, büyük fetusun (>4000g) doğumu, uzamış doğum eylemi) inkontinansı tetikledikleri varsayılmaktadır (2;28).

Uzamış doğumlarda pelvik taban kas ve sinirleri üzerine yoğun ve uzun süreli kuvvet uygulanmakta, bu da artmış pelvik travma anlamına gelmektedir. Büyük epizyotomi ve operatif doğumların pelvik taban travmasını azalttığı ve koruyucu etkisi olduğunu savunanlar da bulunmaktadır (29).

Doğumlarla inkontinans arasında bir ilişki kurulması yaygın olarak kabul gören bir durumdur ve obstetrik majör risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir (23,24,30-32);

- ⇒ Vajinal doğumlarda fetal ağırlığın 4000g'dan büyük olması,
- ⇒ Uzamış doğum eylemi,
- ⇒ Paritenin artması,
- ⇒ Geniş epizyotomiler
- ⇒ Operatif vajinal doğum
- ⇒ Epidural analjezi
- ⇒ İlk doğumda maternal yaşın ileri olması (> 30 yaş),
- ⇒ Doğumda maternal BMI'nin >30 olması

Bazı araştırmacılar geniş epizyotomi ve operatif doğumun, doğum eylemini kolaylaştırdığı ve bu yolla koruyucu olduğunu savunmaktadır (23). Benzer şekilde epidural anestezi ile obstetrik analjezi sağlanmasının doğum eylemini uzatarak uzamış doğuma sekonder pelvik taban disfonksiyonunu indüklediğini düşünen araştırmacılar da bulunmaktadır (24). Obstetrik risk faktörleri ile ilgili bazı noktalar henüz netlik kazanmamış ve geniş katımlı çalışmaların yapılması gerekliliği bulunmaktadır.

Doğum yapmanın inkontinans açısından tek başına bir risk faktörü olup olmadığı da çeşitli birçok çalışmada incelenmiştir (Tablo 3). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda özellikle birinci doğumun nullipariteye göre riski arttırdığı (Relatif risk 5,7), takip eden doğumların ek risk getirmediği savunulmaktadır (23).

Ancak burada da birbiri ile çelişen bazı bilgiler bulunmaktadır: Nullipar kadınlarda, postmenopozal dönemde doğum yapmış kadınlarla aynı oranda inkontinans ortaya çıkması ve bu inkontinansın daha sık olarak stres inkontinans

**Tablo 3.** Kadınlarda yaş grupları ve parite durumuna göre üriner inkontinans prevalansının dağılımı görülmektedir. İstatistiki anlamlı fark özellikle nulliparlar ile primiparlar arasında bulunmaktadır (Tabloda \* ile işaretli yaş gruplarında). Primiparite ile multiparite arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (6).

Yaş grubu	Parite 0	Parite 1	Parite 3	Parite 6	Total
Tüm yaşlar	14	22	28	30	25
20-34*	8	17	19	-	15
35-44	15	21	25	33	23
45-54*	18	29	30	33	29
55-64*	16	24	28	22	27
65-74	28	27	30	29	29
>75	32	35	35	42	35

tipinde olması kafa karıştırıcıdır (3). Baloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vajinal doğum sonrasında daha yüksek stres inkontinans oranları saptanmış olsa da, semptomların başlangıç dönemi göz önüne alındığında, doğum travması dışındaki faktörlerin (zayıf fibril bağları, azalmış kollejen miktarı ya da Tip 1-3 oranı, vb.) inkontinansa zemin hazırlayan asıl faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bulgularına göre gebelikte ortaya çıkan stres üriner inkontinans, doğum sonrasında kalıcı inkontinans için bir risk faktörü oluşturmamaktadır (33). Doğumlardan sonra ortaya çıkan inkontinansın %53'ü stres üriner inkontinans, %11'i Urge ve %36'sı da miks tip inkontinans şeklinde klinik belirti vermektedir (7).

Vajinal doğumlarla sezaryen doğumları karşılaştıran çalışmalarda da yine birçok farklı sonuç bildirilmektedir. Örneğin gebelikte yapılan ürodinamik bir değerlendirmede, sezaryen doğum sonrasında da vajinal doğuma yakın oranlarda inkontinans (Detrüsör instabilitesi, Stres üriner inkontinans) geliştiği saptanmıştır. Bu bize doğumlarda mekanik travma harici faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir (34). Sezaryen operasyonu geçiren kadınlarda bazı çalışmalarda vajinal doğuma göre inkontinans gelişmesi riski düşük bulunmakla birlikte (5;18;28) bunu reddeden çalışmalar da bulunmaktadır (30).

Stres üriner inkontinans prevalansı, üçüncü sezaryen doğumdan sonra vajinal doğumların sık-

lığına erişmekte ve elektif sezaryen operasyonu ancak fetusun önde gelen kısmı pelvise angaje olmadan önce yapıldığında koruyucu etkiye sahiptir denilmektedir (35). Demirci ve arkadaşlarının çalışmasında tekrarlayan sezaryen olgularında, vajinal doğum ile benzer stres inkontinans oranları saptandığı bildirilmiştir (36).

Doğum indüksiyonu amacıyla kullanılan prostoglandinlerin (Dinoproston jel) puerperal dönemde inkontinans oranlarını anlamlı derecede arttırdıkları bilinmektedir (32). Bu ilaçlar veziköüretal fonksiyonda etkili olan PGE1 ve PGE2 gibi lokal otokoidlerin dengesini bozmakta ve fonksiyonel bazı değişimlere neden olmaktadır (32,37).

Prostoglandinlerle indüklenmiş doğumlardan sonra oluşan inkontinansın sadece pelvik tabanda oluşan travmaya sekonder olmayıp, üretral direnç mekanizmasında lokal otokoidlerin dengesizliğine bağlı bozulma olabileceği düşünülmektedir.

Postmenopozda stres üriner inkontinansın insidansının yüksek olduğu, bunun da düşük kan östrojen seviyesiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir (16). Bilindiği gibi, kardinal ve uterus sakral bağlar uterusu yerinde tutan en önemli yapılarıdır. Menopozda östrojen reseptör sıklığının bu destek yapılarında azaldığı bilinmektedir. Bu mantıktan hareketle premenopozal hastalarda yapılan bir çalışmada, stres üriner inkontinans ve pelvik prolapsus vakalarında östrojen reseptör sıklığının azaldığı gösterilmiştir. Bu sonuç, östrojenin pelvik taban fonksiyonlarında önemli bir role sahip olduğunu gösteren birçok çalışmayı desteklemektedir (17). Yaşla birlikte inkontinans sıklığının arttığı ve 60 yaşından sonra sıklığın yatay seyrettiği iyi bilinmektedir. Bu da yine hormonal durumla bağlantılı olarak en önemli değişimlerin menopozal-klimakterik dönemde oluştuğunu, geç menopozal dönemde vücudun östrojen eksikliğinden daha fazla etkilenmeyerek, pelvik tabandaki değişimlerin daha fazla bozulmadığını göstermektedir (38).

Pelvik taban disfonksiyonu, ister inkontinans, ister pelvik prolapsus şeklinde olsun kadınların yaşam kalitesini direkt olarak etkilemekte ve



psiko-sosyal bozukluklara yol açmaktadır (39). İnkontinans ile yaşam kalitesinde bozulmanın değerlendirildiği bir çalışmada, inkontinans bulunan tüm kadınlarda %65,7'sinde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikolojik streslerin yaşandığı saptanmıştır. Hatta ciddi derecede etkilenen kadınlarda %18,3 asosyalleşme, depresyon, utanma-suçluluk duygusu, küçüklük kompleksi gibi duygu durumları saptanmıştır (3).

### Sonuç

Stres Üriner İnkontinans ve pelvik prolapsus şeklinde belirti veren pelvik taban disfonksiyonu özellikle kadınlarda yüksek prevalansa sahip bir bozukluktur. Pelvik taban disfonksiyonunun önemi birçok meslek örgütü tarafından kabul edilmekle birlikte, halen koruyucu hekimlik anlamında ve istenen derecede etkili tedavi seçeneklerinin bulunması doğrultusunda optimal düzeye erişilememiştir. Bu eksikliğin giderilmesi için geniş çaplı klinik çalışmalar ve tedavi araştırmaları sürmektedir. Bu çalışmaların sonucunda bozukluğun karakteristik özellikleri ve çeşitli demografik özellikleri tanımlanmıştır. Ancak, henüz stres üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun yaşam kalitesinde oluşturduğu bozukluklar ve pelvik taban bozukluğuna bağlı ekonomik çerçeve netlik kazanmamıştır. Tedavi seçenekleri de çok çeşitlilik göstermekte ve henüz bir standarda getirilememiştir.

Tüm bu faktörlerin ayrıntılı analizi gün geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Tüm dünyada büyük bir sorun olan bu durum ile ilgili olarak bozukluğun epidemiyoloji, etiyoloji ve risk faktörlerinin uzman hekimler ve birinci basamakta hizmet veren hekimler tarafından çok iyi bilinmesi önemlidir. Ancak bu şekilde pelvik taban disfonksiyonu kapsamında ortaya çıkan stres üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun kaliteli tedavisi ve önlenmesinin mümkün olabileceği aşıkardır. Pelvik taban disfonksiyonu olan hastalara koruyucu hekimlik kapsamında klinik pratiğimizin anlatılan epidemiyolojik ve risk faktörleri doğrultusunda gözden geçirilmesinde sonsuz faydalar olacağını tekrar vurgulamak yerinde olacaktır.

### KAYNAKLAR

1. Ushiroyama T, Ikeda A, Ueki M. Prevalence, Incidence, And Awareness In The Treatment Of Menopausal Urinary Incontinence. *Maturitas* 1999; 33:127-32.
2. Siracusano S, Pregazzib R, D'aloia G, Sartoreb A, Di Benedettoc P, Pecoraria V Et Al. Prevalence Of Urinary Incontinence In Young And Middle-Aged Women In An Italian Urban Area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107:201-4.
3. Buchsbaum G, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence Of Urinary Incontinence And Associated Risk Factors In A Cohort Of Nuns . *Obstet Gynecol* 2002; 100(2):226-9.
4. Conner E, Lind L. Urinary Incontinence In Nursing Homes: Epidemiology And Management Guidelines. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2001; 8(6):248-52.
5. Dimpfl T, Hesse U, Schussler B. Incidence And Cause Of Postpartum Urinary Stress Incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43:29-33.
6. Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A Community-Based Epidemiological Survey Of Female Urinary Incontinence: The Norwegian Epiincont Study. *Journal Of Clinical Epidemiology* 2000; 53:1150-7.
7. Rortveit G, Hannestad Y, Daltveit A, Hunskaar S. Age-And Type-Dependent Effects Of Parity On Urinary Incontinence: The Norwegian Epiincont Study. *Obstet Gynecol* 2001; 98(6):1004-10.
8. Progetto Menopausa Italia Study Group I. Risk Factors For Genital Prolapse In Non-Hysterectomized Women Around Menopause Results From A Large Cross-Sectional Study In Menopausal Clinics In Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 93:135-40.
9. Wein A, Rovner E. Definition And Epidemiology Of Overactive Bladder. *Urology* 2002; 60(Supplement 5a):7-12.
10. Üriner İnkontinans. In: Atasu T, Sahmay S, Editors. *Jinekoloji*. 2001: 593-608.
11. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology Of Surgically Managed Pelvic Organ Prolapse And Urinaryincontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89(4):501-6.
12. Üriner İnkontinans. In: Kısınisci H, Editor. *Hacettepe Kadın Doğum Notları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1996: 730-48.
13. Yalçın O. Ürojinekoloji. In: Cicek M, Editor. *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*. İstanbul: Güneş Kitabevi, 2004: 686-724.
14. Bidmead J. Incontinence And Prolapse-An İntegrated View. *European Urology Supplements* 2002; 1:33-7.
15. Goepel M, Hoffman J, Piro M, Rübben H, Michel M. Prevalance And Physician Awareness Of Symptoms Of Urinary Bladder Dysfunction. *European Urology* 2002; 41:234-9.
16. Hextall A. Oestrogens And Lower Urinary Tract Function. *Maturitas* 2000; 36:83-92.
17. Lang J, Zhu L, Sun Z, Chen J. Estrogen Levels And Estrogen Receptors In Patients With Stress Urinary Incontinence And Pelvic Organ Prolapse . *Int J Gynecol Obstet* 2003; 80(1):35-39.

18. Skoner M, Thompson W, Caron V. Factors Associated With Risk Of Stress Urinary İncontinence İn Women. *Nurs Res* 1994; 43:301-6.
19. Skorupskia R, Rechbergera T, Postawska K, Woessner J, Jakowickia J. Is Diminished Pubocervical Fascia Collagen Content A Risk Factor For Failure Of Surgical Management Of Genuine Stress Urinary İncontinence İn Women? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102:195-8.
20. Brown J, Grady D, Ouslander J, Herzog A, Varner R, Posner S. Prevalence Of Urinary İncontinence And Associated Risk Factors İn Postmenopausal Women. *Obstet Gynecol* 1999; 94:66-70.
21. Foldspang A, Mommsen S. Adult Female Urinary İncontinence And Childhood Bedwetting. *J Urol* 1994; 152(1):103-4.
22. Hannestad Y, Rortveit G, Daltveit A, Hunskaar S. Are Smoking And Other Lifestyle Factors Associated With Female Urinary İncontinence? The Norwegian Epicont Study. *Bjog: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology* 2003; 110:247-54.
23. Meyer S, De Grandi P, Kuntzer T, Hurlimann P, Schmidt N. Birth Trauma: İts Effect On The Urine Continence Mechanisms. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1993; 33(4):236-42.
24. Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric Risk Factors For Stress Urinary İncontinence: A Population-Based Study. *Obstet Gynecol* 2000; 96:440-5.
25. Bump R, Sugerma H, Fantl J, Mcclish D. Obesity And Lower Urinary Tract Function İn Women: Effect Of Surgically Induced Weight Loss . *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(2):392-9.
26. Zivkovic F, Tamussino K, Pieber D, Haas J. Body Mass Index And Outcome Of İncontinence Surgery. *Obstet Gynecol* 1999; 93(5 Pt 1):753-6.
27. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The Symptom Of Stress İncontinence Caused By Pregnancy Or Delivery İn Primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79(6):945-9.
28. Ryhammer A, Bek K, Laurberg S. Multiple Vaginal Deliveries İncrease The Risk Of Permanent İncontinence Of Flatus Urine İn Normal Premenopausal Women. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:1206-9.
29. Nguyen T, Larsen T, Engholm G, Moller H. Increased Adverse Pregnancy Outcomes With Unreliable Last Menstruation. *Obstet Gynecol* 2000; 95((6 Pt 1)):867-73.
30. Iosif C, Ingemarsson I. Prevalence Of Stress İncontinence Among Women Delivered By Elective Cesarean Section. *Int J Gynaecol Obstet* 1982; 20:87-9.
31. Peeker I, Peeker R. Early Diagnosis And Treatment Of Genuine Stress Urinary İncontinence İn Women After Pregnancy: Midwives As Detectives. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48:60-6.
32. Pregazzia R, Sartorea A, Troianoa L, Grimaldia E, Bortolib P, Siracusanoc S Et Al. Postpartum Urinary Symptoms: Prevalence And Risk Factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103:179-82.
33. Baloglu A, Malay U, Guven M. Mesane Boynu Mobilitesinde Ve Üriner İnkontinans Gelişimine Etkileri Yönünden Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğumun Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2003; 13(1):41-7.
34. Chaliha C, Khullar V, Stanton S, Monga A, Sultan A. Urinary Symptoms İn Pregnancy: Are They Useful For Diagnosis? *Bjog* 2002; 109(10):1181-3.
35. Van Geelen J, Lemmens W, Eskes T, Martin Cj. The Urethral Pressure Profile İn Pregnancy And After Delivery İn Healthy Nulliparous Women. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144(6):636-49.
36. Demirci F, Ozden S, Alpay Z, Demirci E, Ayas S. The Effects Of Vaginal Delivery And Cesarean Section On Bladder Neck Mobility And Stress Ürinary İncontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12:129-33.
37. Parazzini F, Benedetto C, Danti L, Zanini A, Facchinetti F, Ettore G Et Al. A Randomized Comparison Of Vaginal Prostaglandin E2 With Oxytocin Plus Amniotomy For İnduction Of Labour İn Women With İntermediately Ripe Cervices. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 81(1):15-20.
38. Alling Møller L, Lose G, Jørgensen T. Risk Factors For Lower Urinary Tract Symptoms İn Women 40 To 60 Years Of Age. *Obstet Gynecol* 2000; 96:446-51.
39. Chiaffarinoa F, Parazzinia F, Lavezzaric M, Giambancod V. Impact Of Urinary İncontinence And Overactive Bladder On Quality Of Life. *European Urology* 2003; 303:1-4.

---

**Geliş Tarihi:** 21.11.2003

**Yazışma Adresi:** Dr. H. Alper TANRIVERDİ  
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
67600 Kozlu, Zonguldak  
tanriverdi@artemisonline.net