

Ürodinamik Tanı Dağılımlarının Doğum Şekli, Bebek Doğum Ağırlığı ve Menopoz Durumuyla İlişkisi

RELATIONSHIP BETWEEN DISPERSIONS OF URODYNAMICS DIAGNOSIS AND TYPE OF DELIVERY, BIRTH WEIGHT AND MENOPAUSE

Dr. Alpaslan AKYOL,^a Dr. Sevgin MUTLU,^b Dr. H. Cemal ARK,^a Dr. İbrahim ÇELEBİ^a

^aBakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İSTANBUL

^bKastamonu Devlet Hastanesi, KASTAMONU

Özet

Amaç: Vakumla doğum, sezaryenle doğum, bebek doğum ağırlığı ve menopoz durumunun ürodinamik tanı dağılımı üzerinde etkisinin araştırılması.

Gereç ve Yöntemler: Ocak-Eylül 2004 tarihleri arasında idrar kaçırma şikayeti ile ürojinekoloji kliniğine başvuran 304 hastaya ürodinamik inceleme yapıldı. Olgular herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan, daha önce jinekolojik cerrahi bir operasyon geçirmemiş, idrar yolu enfeksiyonu saptanmayan hastalardan seçildi. Ürodinamik tanıda, dolum sistometrisi ve üretral basınç profili değerleri kullanıldı. Ürodinamik tanı olarak olgular; anatomik stres inkontinans, detrusor instabilitesi, miks tip inkontinans şeklinde sınıflandırıldı. Daha sonra olgular vakumla doğum yapanlar yapmayanlar, sezaryenle doğum yapanlar yapmayanlar, doğurulan en ağır bebek doğum ağırlığına göre 3000 gram altı, 3000-4000 gr arası ve 4000 gramın üzeri olarak, menopoz durumuna göre de premenopoz ve menopoz grubu olarak gruplara ayrılıp ürodinamik tanı dağılımları incelendi. Menopoz grubundaki olgular hormon replasman tedavisi almıyorlardı. İstatistik incelemede SPSS 10.0 paket programın χ^2 ve ANOVA testi kullanıldı.

Bulgular: Olgular, vakumla doğum yapanlar (13) ve yapmayanlar (291) olarak gruplandırıldığında ürodinamik tanı olarak gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p=0.374$). Sezaryenle doğum yapanlar (21) ve yapmayanlar (283) olarak gruplandırıldığında yine ürodinamik tanı dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel fark yoktu ($p=0.092$). Olgular, en ağır doğum kilosuna göre 3000 gram altı (36), 3000-4000 gram arası (195), 4000 gram üstü (73) olarak gruplandırıldığında da gruplar arasında istatistiksel fark yoktu ($p=0.622$). Menopoz durumu dikkate alınarak yapılan gruplandırılmada ise premenopoz (189) ve menopoz (115) grubu olarak olgular ikiye ayrıldı. Yine ürodinamik tanı dağılımları bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (0.064).

Sonuç: Vakumla doğum, sezaryenle doğum, bebek doğum ağırlığı ve menopoz durumunun ürodinamik tanı dağılımında belirgin farklılıklar yaratmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Vakum ekstraksiyon; doğum ağırlığı; menopoz; ürodinamik çalışma.

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007, 17:276-282

Abstract

Objective: To investigate effects of vacuum delivery, cesarean delivery, birth weight and menopause on urodynamic diagnosis.

Material and Methods: 304 patients with complain of urinary incontinence were evaluated between January-September 2004. Patients with systemic and neurologic disease, history of any gynecologic operation and urinary tract infection were excluded. Filling cystometry, urethral pressure profile values were used on urodynamic diagnosis. The cases were classified as anatomical stress incontinence, detrusor instability and mixed type incontinence according to urodynamic diagnosis. Later, patients were classified into categories as vacuum delivery or not; cesarean delivery or not; highest birth weights classified in groups of less than 3000 g, between 3000-4000 g and above 4000 g; menopause state as premenopause or postmenopause, and distribution of urodynamic diagnoses were revised. Postmenopausal patients were not receiving any hormone replacement therapy. SPSS 10.0 packet program and χ^2 and ANOVA tests were used in statistical analysis.

Results: As to vacuum delivery (13) or not (291); there was no significant difference in statistical analysis between groups according to urodynamic diagnosis ($p=0.374$). As to cesarean delivery (21) or not (283) again, there was no significant difference ($p=0.092$). As to highest birth weight classification less than 3000 g (36), between 3000-4000 g (195), above 4000 g (73), there was no significant statistical difference ($p=0.622$). As to premenopause (189) and postmenopause (115), there was no significant difference between groups according to urodynamic diagnosis ($p=0.064$).

Conclusion: Vacuum delivery, cesarean delivery, birth weight and menopausal state have no significant effect on distribution of urodynamic diagnosis.

Key Words: Vacuum extraction, obstetrical; birth weight; menopause; urodynamics

Geliş Tarihi/Received: 25.12.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 12.03.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Alpaslan AKYOL
Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları
Eğitim Hastanesi
İSTANBUL
alpakyol@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Üriner inkontinans kadının istem dışı idrar kaçırmasıdır. Üriner inkontinans bir semptom, bir bulgu veya bir durum olabilir. Semptom üriner inkontinans hasta idrar kaçırmaktan şikayetçidir. Bulguda idrar kaçırma başka

kişi tarafından gözlenir.¹ Bulgu olarak ortaya koyulmada faydalandığımız en önemli laboratuvar çalışmaları da üroodinamik testlerdir. Üroodinamik çalışmalar yalnızca üriner inkontinansı bulgu olarak ortaya koymakla kalmayıp, aynı zamanda inkontinans tipi ve ayırımında da bize yardımcı olur.

Bu klinik patoloji yalnız alt üriner sistemin izole bir bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen karmaşık, multifaktöriyel bir durumdur.² Üriner inkontinansın ortaya çıkışını hazırlayan veya kolaylaştıran bazı risk faktörleri vardır. Cinsiyet, yaş, ırk, parite, doğum ağırlığı, doğum şekli, obezite, sigara içme, menopoz durumu bunlardan bazılarıdır.³

Çalışmamızda önce tüm hastalar üroodinamik testlerden sistometri ve üretral basınç profili ile değerlendirilip üriner inkontinans sınıflandırması yapıldı. Sonra üriner inkontinans risk faktörü kabul edilen yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), parite, vajinal doğum sayısı, vakum müdahalesi ile doğum, sezaryenle doğum, bebek doğum ağırlığı ve menopoz durumunun üroodinamik tanı dağılımına etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntemler

Ocak-Eylül 2004 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Doğumevi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ürojinekoloji Kliniği'ne idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalardan çalışma kriterlerine uygun olanlar seçildi. Geçirilmiş jinekolojik veya anti-inkontinans cerrahi öyküsü olan, bilinen sistemik, nörolojik veya metabolik hastalığı (Diyabet, Multipl skleroz, Parkinson hastalığı vb) bulunan, yapılan idrar kültüründe enfeksiyon saptanan olgular çalışmaya alınmadı. Sonuçta 304 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu olgular için etik kurul onayı ve hasta onamı alındı.

Çalışma kapsamındaki tüm hastalara üroodinamik inceleme kliniğimizde mevcut bulunan 'Life-Tech, Inc.' model multikanallı üroodinami cihazı kullanılarak yapıldı. İdrarını yapmış ve rezidüel idrarı boşaltılmış tüm hastalara dolum sistometri ve üretral basınç proflovetrisi (UPP) uygulandı. 2 derece ve daha yukarı pelvik organ prolapsusu saptanan olgularda, üretral kıvrımlara bağlı yanlış negatif değerlendirmelerden kaçınmak için, vaginal bir tamponla

pelvik organlar normal anatomik pozisyonlarına getirilmeye çalışıldıktan sonra üroodinamik inceleme yapıldı. Ancak bu sırada vaginal tamponun üretraya bası yapmamasına özen gösterildi.

Dolum sistometri sırasında, infüzyon hızı 30 ml/dk olacak şekilde, oda ısısındaki izotonik NaCl kullanıldı. Mesane doldurularak ilk his (ml), mesane kapasitesi (ml), komplians (ml/cm H₂O) değerleri kaydedildi. Dolum sırasında inhibe edilemeyen fazik detrusor kontraksiyonları not edildi. Aynı işlem sırasında hasta 100 cc'den başlayarak her 50 cc volum artışında bir, gittikçe artan şiddette öksürtülerek eksternal meatustan idrar kaçağı olup olmadığı gözlemlendi. Eğer kaçırma olduysa, valsalva ile idrar kaçırma basıncı (VLPP, cmH₂O) değeri kaydedildi. Öksürme dışı zamanlarda inhibe edilemeyen detrusor kontraksiyonlara bağlı idrar kaçakları kaydedildi.

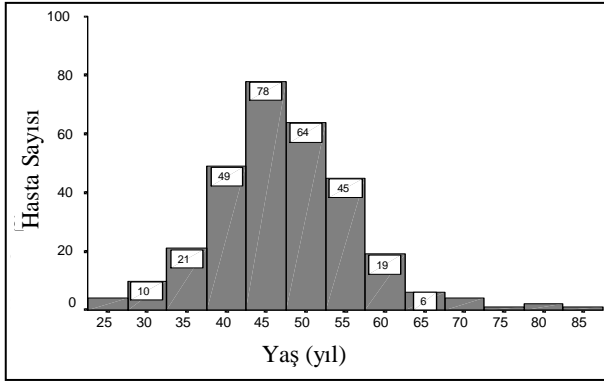
Dolum sistometrisi sırasında abdominal basıncıdaki artışa bağlı, detrusor kontraksiyonu olmaksızın üriner inkontinansın olması üroodinamik stres inkontinans olarak kabul edildi. İnhibe edilemeyen bazal detrusor basınçlarındaki yükselmeye birlikte idrar kaçırma detrusor overaktivitesi olarak alındı. Üroodinamik stres inkontinans ve idiopatik detrusor overaktivitesinin birlikte olduğu olgular mikst inkontinans tanısına dahil edildi.^{4,5}

Daha sonra vakumla doğum, sezaryenle doğum, bebek doğum ağırlığı ve menopoz durumuna bağlı üroodinamik tanı dağılımında belli bir tanıya kaymanın olup olmadığı, tanı grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı değerlendirildi. İstatistiksel farklılıkları değerlendirmede SPSS 10.0 paket programın χ^2 ve ANOVA testleri kullanıldı.

Bulgular

Ocak-Eylül 2004 tarihleri arasında çalışmaya aldığımız 304 hastanın yaşa göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir. Yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), parite, vajinal doğum sayısı ortalaması açısından üroodinamik tanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. 304 olgunun üroodinamik tanıya göre yaş, VKİ, parite ve vajinal doğum sayısı özelliklerini içeren tablo aşağıdaki gibidir (Tablo 1).

Üroodinamik tanı grupları arasında yaş, VKİ, parite ve vajinal doğum sayısı ortalaması açısından



Şekil 1. Olguların yaşa göre dağılımı.

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Hastaların yaş ortalaması 47.2 yıl olup, başvuran en genç hasta 24 yaşında ve en yaşlı hasta 87

yaşında idi (Şekil 1). VKİ (kg/m^2) ortalaması 28.9 olarak saptandı. Doğum sayısı ortalaması 3.5, vajinal yoldan gerçekleşen ancak vakum uygulanmamış doğum sayısı ortalaması 3.4 idi.

Vakumla doğum yapmış olan hastalar Tablo 2’te gösterilmiştir.

Vakum müdahalesi ile doğum yapan ve yapmayan gruplar arasında, ürodinamik tanı grupları dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

304 hastadan 12’sinin 1 kez vakum ile müdahaleli doğumu olmuşken sadece 1 hastanın 2 kez vakumla doğumu olmuştur.

Hastaların sezaryen ile doğum sayıları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaş, VKİ, parite ve vajinal doğum sayısının ürodinamik tanı dağılımına etkileri.

	Normal		Stres İnkontinans		Detrusor Overaktivitesi		Mikst İnkontinans		Toplam		p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	
Yaş	46.49	8.63	47.16	8.76	49.94	11.00	46.11	7.82	47.29	9.06	.115
VKİ	28.94	4.25	29.06	5.18	29.13	4.96	28.18	3.75	28.91	4.68	.726
Parite	3.56	1.98	3.62	1.89	3.63	1.97	3.16	1.68	3.54	1.90	.535
Vajinal Doğum Sayısı	3.50	2.02	3.44	1.92	3.54	1.97	2.96	1.74	3.40	1.94	.406

ANOVA ORT= Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 2. Vakum ile doğum yapan ve yapmayan grupların ürodinamik tanı dağılımları.

Vakumla doğum	Normal		Stres İnkontinans		Detrusor Overaktivitesi		Mikst İnkontinans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	82	95.3	115	95.0	52	100.0	42	93.3	291	95.7
Var	4	4.7	6	5.0			3	6.7	13	4.3

$\chi^2 = 3.11$

$p = 0.374$

Tablo 3. Sezaryen doğum yapan ve yapmayan grupların ürodinamik tanı dağılımları.

Sezaryen	Normal		Stres İnkontinans		Detrusor Overaktivitesi		Mikst İnkontinans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	85	98.8	109	90.1	48	92.3	41	91.1	283	93.1
Var	1	1.2	12	9.9	4	7.7	4	8.9	21	6.9

$\chi^2 = 6.44$

$p = 0.092$

Ürodinamik tanı grupları arasında sezaryen ile doğum yapma sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

16 hasta 1 kez, 4 hasta 2 kez ve 1 hasta 3 kez sezaryen ile doğum gerçekleştirmiştir.

Tablo 4’de hastaların doğurmuş oldukları en ağır bebeğin kilosu ile ürodinamik tanılarına göre dağılımı görülmektedir. Hastaların 73 (%23.9)’ünün 4000 g’ın üzerinde en az bir doğumu varken, 195 (%64.5)’inin 3000-4000 g arası en az bir doğumu mevcuttu. Geriye kalan hastalardan 36 (%11.8)’si en az bir kez 3000 gramın altında doğum yapmıştır.

Ürodinamik tanı grupları arasında doğurdukları en ağır bebek bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Çalışmaya alınan hastalardan 189 olgu, (%62.2’si) perimenopoz döneminde iken, 26 (%8.6)’sı menopozda olup HRT almakta, 89 (%29.2)’u menopozda ve hormon replasman tedavisi (HRT) almamaktadır (Tablo 5).

Ürodinamik tanı grupları arasında menopoz durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Tartışma

Üriner inkontinansın epidemiyolojik karakteristikleri tam olarak anlaşılamamıştır. Hasta anamnezindeki bazı özellikler inkontinans oluşumunda hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı rol oynayabilir. Başlıca risk faktörleri; yaş, ırk, obstetrik öykü, menopoz durumu, geçirilmiş cerrahi operasyon, VKİ, sigara, kahve, alkol tüketimi ve üriner enfeksiyondur.⁶

Risk faktörlerinden biri olan yaşla ilgili olarak bir çalışmada 65 yaş altı kadınlarda stres inkontinans daha sık iken, 65 yaş üzerinde urge ve mikst inkontinansın daha sık olduğu bulunmuştur.⁷ Yaşlı populasyonda üriner inkontinansın sık olması östrojen azalması ve azalmış mesane kapasitesi gibi yaşa bağımlı değişikliklerle ilişkilidir. Ancak sağlıklı orta yaş kadınlarda da üriner inkontinans siktir. Burgio ve ark.⁸ Baltimore’da yaptıkları çalışmada 42-50 yaşlarındaki 541 sağlıklı kadının %58’i herhangi bir zamanda idrar kaçırma ve %30.7’si en az ayda bir kez idrar kaçırma rapor etmişlerdir.

Çalışmamızda olgular yaş gruplarına ayrılarak ürodinamik testler değerlendirilmemiş, farklı bir yaklaşımla ürodinamik değerlendirme ile tanı alan

Tablo 4. Doğum ağırlığına göre olguların ürodinamik tanı dağılımları.

En Ağır Doğum Kilosu	Detrusor									
	Normal		Stres İnkontinans		Overaktivitesi		Mikst İnkontinans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 3000	12	13.6	11	9.1	7	13.7	6	13.6	36	11.8
3000-4000	59	67.1	76	62.8	30	58.8	30	68.2	195	64.5
4000+	17	19.3	34	28.1	14	27.5	8	18.2	73	23.9

$\chi^2 = 4.40$

$p = 0.622$

Tablo 5. Menopoz ve perimenopozdaki grupların ürodinamik tanı dağılımları.

Menopoz	Detrusor									
	Normal		Stres İnkontinans		Overaktivitesi		Mikst İnkontinans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Premenopoz veya Perimenopoz	53	61.6	83	68.6	23	44.2	30	66.7	189	62.2
Menopoz (HRT alıyor)	10	11.6	7	5.8	5	9.6	4	8.9	26	8.6
Menopoz (HRT almıyor)	23	26.7	31	25.6	24	46.2	11	24.4	89	29.2

$\chi^2 = 11.91$

$p = 0.064$

olguların yaş ortalaması değerlendirilmiştir. Olgulara bu açıdan bakıldığında yaş 24-87 arasında değişmekte iken, yaş ortalaması 47.2 yıl idi. Üroodinamik olarak normal saptanan hastaların yaş ortalaması 46.4, üroodinamik stres inkontinans tanısı alanlarda 47.1, idiopatik detrüör overaktivitesinde 49.9, mikst inkontinans 46.1 yıl saptandı. Üroodinamik tanı grupları arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Bir diğer risk faktörü vücut kitle indeksidir. Artan vücut ağırlığı, karın bölgesi ağırlığının artmasına, intraabdominal basıncın ve intraveziküler basıncın yükselmesine sebep olur. Aynı zamanda yüksek bel kalça oranı stres inkontinans için bağımsız bir risk faktörüdür. Morbid obez hastalarda zayıflama stres inkontinans bulgularını düzeltebilir.⁹

Dwyer ve ark. nın¹⁰ yaptığı bir çalışmada obezite (boya ve yaşa göre ortalama kilodan %20 fazla olma) üroodinamik stres inkontinans ve idiopatik detrüör overaktivitesi olan kadınlarda, normal popülasyona göre anlamlı derecede sık bulunmuştur.

Çalışmamızda olguları obez ve obez olmayan grup olarak değil de, yine tam tersi bir yaklaşımla; üroodinamik değerlendirmeye tanı almış gruplar arasındaki VKİ ortalamasına baktığımızda, genel olarak olguların VKİ ortalaması 28.9 idi. Üroodinamik olarak normal saptanan 86 hastanın ortalama VKİ'si 28.9 bulundu. Üroodinamik stres inkontinans ve idiopatik detrüör overaktivitesi tanısı alanların ortalama VKİ'si sırasıyla 29 ve 29.1 idi. Mikst inkontinans tanısı alanların ortalama VKİ'si 28.1 bulundu. Üroodinamik tanı grupları arasında VKİ bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

MacLennan ve ark.¹¹ inkontinans ve parite arasında anlamlı bir birliktelik saptamışlardır. Nullipar kadınlarda multipar kadınlara oranla inkontinans daha az rapor edilmiştir. Pariteyle stres ve mikst inkontinansın prevalansı artmakla birlikte urge inkontinans 2.7 saptanmamıştır. Paritenin inkontinans prevalansı üzerine etkisi yaştan bağımsızdır.

Vajinal doğum pelvik fasiyal desteğe hasar verir. Pelvik taban ve üretral kasların parsiyel

denervasyonuna yol açar. Vajinal doğumla fonksiyonel üretral uzunluk, üretral kapanma basıncı ve maksimum üretral basınçta azalma meydana gelir.¹¹ Sezaryen doğum stres inkontinansa karşı koruyucu bir etkiye sahiptir.¹²

Farrell ve ark.¹³ 690 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada forsepsle doğumun, sezaryen ve spontan vajinal doğuma göre üriner inkontinans riskini arttırdığını saptamışlardır. Vakumla doğumda risk vajinal doğuma oranla farklı bulunmamıştır. Elektif sezaryen ve travay başladıktan sonra uygulanan sezaryen arasındaki inkontinans riski farklı bulunmamıştır.

Arya ve ark.nın¹⁴ Florida'da 315 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada postpartum dönemde (doğumdan 2 hafta sonra) üriner inkontinans insidansı forseps, vakum veya spontan vajinal doğumda benzer bulunmuştur. Ancak doğumdan 3 ay ve 1 yıl sonra stres inkontinans insidansı ve ciddiyeti forseps doğumla; spontan vajinal doğum veya vakumla doğuma oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Milsom ve ark.nın⁶ yaptığı bir çalışmada artmış üriner inkontinans prevalansı ile yüksek paritenin ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle prevalans artışı ilk doğumdan sonra belirgindir. Fakat prevalansı arttırmanın full-term gebelik mi yoksa doğumun kendisi mi olduğu açık değildir. Iosif ve Ingemarsson¹⁵ özellikle sezaryen olmuş kadınlardaki inkontinans araştırılmışlardır. Sezaryen doğum sonrası stres inkontinans %9 oranında rapor edilmiştir. Bu sonuç full-term gebeliğin tek başına üriner inkontinansa yol açtığı teorisini desteklemektedir.

Holst ve Wilson'un¹⁶ 1988'de yayınlanan çalışmasında nulliparlarda üriner inkontinans insidansı %20; 1 gebelik sonrası %53; 2 gebelik sonrası %34; 3 gebelik sonrası %39; 4 gebelik sonrası %54; 5 ve daha fazla gebeliklerde %62 bulunmuştur.

Burgio ve ark.nın⁸ 1991'de yaptığı bir çalışmada kontinant kadınların parite ortalaması 2.6, nadir olarak üriner inkontinans olanların parite ortalaması 2.5 ve düzenli olarak inkontinans olanlarda 2.7 saptanmıştır.

Snooks ve ark.¹⁷ forseps doğum ve artmış doğum ağırlığının ciddi pelvik taban denervasyonuna

yol açarak üriner ve/veya anorektal inkontinansa sebebiyet verdiğini öne sürmüşlerdir. Doğum ağırlığı, pudental sinir hasarıyla ilişkilidir ki bu doğum kanalından pasajın, pelvik taban kasları denervasyonuna yol açan major faktör olduğuna işaret eder.

Bizim çalışmamızda tüm olguların parite ortalaması 3.5 idi. Üroodinamik olarak normal saptanan hastaların parite ortalaması 3.5, üroodinamik stres inkontinanslı hastaların 3.6, idiopatik detrüsor overaktivitesi olanların 3.6, mikst inkontinanslıların 3.1 bulundu. Üroodinamik tanı grupları arasında parite ve vajinal doğum sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

304 olgudan 12 tanesinin 1 kez vakum ile müdahaleli doğum öyküsü var iken, sadece 1 hastanın 2 kez vakum doğum öyküsü vardı. Üroodinamik tanı grupları arasında vakum ile doğum yapma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Farklılık olmayışı vakumla doğum öyküsü veren olgu sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Vakum doğum öyküsünün üroodinamik tanıya etkisi konusunda olgu sayısının daha fazla olduğu ve vaka-kontrol gruplarının daha dengeli dağıldığı başka çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda 16 hasta 1 kez, 4 hasta 2 kez ve 1 hasta 3 kez sezaryen ile doğum gerçekleştirmiştir. Üroodinamik tanı grupları arasında sezaryen ile doğum yapma sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). Sezaryenle doğum öyküsünün üroodinamik tanı üzerindeki etkisi konusunda da olgu sayısı açısından daha kapsamlı çalışmalar gerekmektedir.

Samuelsson ve ark.nın¹⁸ İsveç'te 487 kadın üzerinde yaptığı çalışmada maksimum doğum ağırlığı arttıkça zayıf ve belirgin olmayan bir eğilimle inkontinansın da arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların doğurmuş oldukları en ağır bebeğin kilosu ile üroodinamik tanılarına göre dağılımı Tablo 4'de görülmektedir. Hastaların 73 (%23.9)'ünün 4000 g'ın üzerinde en az bir doğumu varken, 195 (%64.5)'inin 3000-4000 g arası en az bir doğumu mevcuttu. Geriye kalan hastalardan 36 (%11.8)'sı en az bir kez 3000 gramın altında doğum yapmıştır. Üroodinamik tanı grupları

arasında doğurdıkları en ağır bebek bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Menopoz sonrası genitoüriner semptomlar siktir. Vajinal semptomlar kuruluk ve disprenü iken, üriner semptomlar sık idrara çıkma, sıkışma, disüri ve inkontinanstır. Östrojen yokluğu distal üretrada sitolojik değişikliklere yolaçar. Azalmış üretral vaskülarite ve anormal düz, çizgili kas etkinliği düşük üretral dinlenme basıncına ve anormal stres cevabına yol açar.⁵

Çalışmaya aldığımız hastaların büyük çoğunluğu (187 olgu, %61.5'i) pre-perimenopoz döneminde iken, 91 (%29.9)'i menopozda ve hormon replasman tedavisi (HRT) almamakta, 26 (%8.6)'sı menopozda olup HRT almaktadır. Üroodinamik tanı grupları arasında menopoz durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Üriner inkontinans için birden çok risk faktörü tanımlanmıştır. Üriner inkontinans için bilinen risk faktörlerinin tek tek veya birlikte ele alınarak üroodinamik tanıya etkisi araştırıldığında sonuçları birinden diğerine farklı çıkabilir. Çalışmamızda üriner inkontinans için tek bir risk faktörünün üroodinamik tanı dağılımını değiştirmeye yetmediği gösterilmiştir. Birden çok risk faktörünün birlikte ele alınarak değerlendirilmesinde, bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar çıkabilir. Nitekim literatürdeki çoğu çalışma da bu şekilde yaklaşarak, farklı bir istatistik değerlendirme kullandığından sonuçları bizim çalışmamızdan farklı görünmektedir.

Üroodinamik tanı dağılımında, üriner inkontinans açısından risk faktörü olarak görülen doğum şekli, bebek doğum ağırlığı ve menopoz durumu tek tek ele alındığında görüldü ki bu risk faktörleri üroodinamik tanı dağılımını etkilememektedir.

Sonuç

Üriner inkontinans oluşumunda veya ortaya çıkmasının kolaylaşmasında bir takım risk faktörleri tanımlanmıştır. Çalışmamızda bu risk faktörlerinden bazılarının üroodinamik tanı dağılımına etkisi olup olmadığı araştırıldı. Sonuçta, üroodinamik tanıların dağılımında yaşa, vücut kitle indeksine, pariteye, vajinal doğum sayısına, vakumla doğuma,

sezaryenle doğuma, bebek doğum ağırlığına, menopoza durumuna bağlı istatistiksel anlamlı bir fark oluşmadığı görüldü.

KAYNAKLAR

- Güner H. Üriner inkontinanslara genel bakış. Ürojinekoloji 2000; s.19-25.
- Cundiff G, Harris RL, Coates K, Bump R. Clinical predictors of urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 1997;177:262-7.
- Parazzini F, Colli E, Origgi G. Risk factors for urinary incontinence in women. Eur Urol 2000;37:637-43.
- Nitti VW, Combs AJ. Correlation of Valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. J Urol 1996;155:286-7.
- Tanagho EA. Urodynamic studies. Smith's General Urology 2000;30:527.
- Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol 1993;149:1459-62.
- Walters MD, Karram MM. Epidemiology and social impact of urinary incontinence. Mosby-Year Book 1993;3:30-3.
- Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol 1991;146:1255-9.
- Brown JS, Grady D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Obstet Gynecol 1999;94:66-70.
- Dwyer PL, Lee ET, Hay DM. Obesity and urinary incontinence in women. Br J Obstet Gynaecol 1988;95:91-6.
- MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG 2000;107:1460-70.
- Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. Br J Obstet Gynecol 1996;103:154-61.
- Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primipars. Obstet Gynecol 2001;97:350-6.
- Arya LA, Jackson ND. Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1318-24.
- Iosif CS, Ingemarsson I. Prevalence of stress incontinence among women delivered by elective cesarian section. Int J Gynaecol Obstet 1982;20:87-9.
- Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. N Z Med J 1988;101:756-8.
- Snooks SJ, Swash M, Mathers SF, Henry MM. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: A 5-year follow-up. Br J Surg 1990;77:1358-60.
- Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:208-15.