

# Kadınlarda İdrar İnkontinansı Tanısında Oykunun Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi

ASSESSMENT OF THE VALUE OF PATIENT'S HISTORY IN THE DIAGNOSIS OF FEMALE URINARY INCONTINENCE USING URODYNAMIC DIAGNOSIS AS "GOLD STANDARD"

Tuncay NAS, Haldun GÜNER, M.Zeki Taner,  
M.Bülent Tıraş, Saadet AHMED, Cahit GÖZÜAKÇA, Mülazım YILDIRIM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, ANKARA

## ÖZET

**Amaç:** İdrar İnkontinansı şikayeti olan kadınlarda öykü ile konulan tanının güvenilirliğinin incelenmesi.

**Çalışmanın Yapıldığı Yer:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

**Materyel ve Metod:** İdrar inkontinansı şikayeti ile başvuran 96 kadın hastanın öyküsü alınıp daha sonra ürodinamik çalışma gerçekleştirilmiştir. Hastalar öyküye göre gerçek stress inkontinans, detrüsr instabilitesi, mikstinkontinans ve kontinans olmak üzere 4 tanı grubuna ayrılmışlar, ürodinamik çalışma sonrası ortaya çıkan tanımlar ile karşılaştırılmışlardır.

**Bulgular:** Ürodinamik çalışma tanıda "gold standard" olarak kabul edildiğinde öykünün doğru tanı koyma başarısı %60.4 olup, bu değer gerçek stress inkontinansda %73, detrüsr Instabilitesinde %60, mikst inkontinansda ise %75 bulunmuştur. Urgency, pollakiüri, noktüri, ve noktürnal enürez semptomları unstabil mesanelerde daha sık görülmesine karşın inkontinans tipinin tayininde önemli bir rol oynamamıştır.

**Sonuç:** İdrar "inkontinansı tanısında sadece öykü bulguları yeterli olmayıp, mutlaka ürodinamik çalışma ile değerlendirmek gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** idrar inkontinansı, Ürodinamik çalışma, İdrar yolları semptomları

T Klin Jinekoloj Obst 1996, 6:71-77

İdrar inkontinansı kısaca istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanabilir. İdrar inkontinansı kadınlarda genel bir sağlık sorunudur (1). Jinekolojide idrar inkontinansı şikayeti ile başvuranlar hasta yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kadınlarda genel idrar inkontinans prevalansı %6 (1) olup, 15-64 yaşları arasında

Geliş Tarihi: 3.11.1995

Yazışma Adresi: Dr.Tuncay NAS  
Bilkent-1 Konutları E-1 Blok No:26,  
06530 Bilkent, ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6

## SUMMARY

**Objective:** To assess the value of patient's history in the diagnosis of female urinary incontinence.

**Institution:** Gazi University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology.

**Material and Method:** A total of 96 women with complaint of urinary incontinence has been assessed by history taking. Patients were separated into four groups according to their presenting symptoms as genuine stress incontinence, detrusor instability and mixed incontinence. We evaluated the value of patient's history by comparing with urodynamic diagnosis accepted as "gold standard" in the diagnosis of urinary incontinence.

**Results:** Overall correct diagnosis of patient's history was 60.4%, accepting urodynamic study as "gold standard" in the diagnosis of urinary incontinence. History of genuine stress incontinence, detrusor instability and mixed incontinence had correct diagnosis of 73%, 60%, 75% respectively. Symptoms of urgency, frequency, nocturia, nocturnal enuresis had no significant value in diagnosing the type of incontinence.

**Conclusion:** Patient's history is not a good predictor of urinary incontinence and it must be accompanied by urodynamic study for the final diagnosis.

**Key Words:** Urinary incontinence, Urodynamic study, Urinary symptoms

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6:71-77

%8.5, 65 yaş üstünde ise %11.6 civarındadır (2). Yüksek parite idrar inkontinans riskini arttırdığı için (2) ülkemizde prevalansı daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. İdrar inkontinansı medikal olduğu kadar, sosyal yönden de çok önemli bir sorundur. Kişinin günlük yaşamını derinden etkileyebilir. Sosyal aktivitelerin kısıtlanması, işveriminin düşmesi veya utangaçlık, sinirlilik gibi birtakım psikolojik sorunlara da neden olabilir.

İdrar inkontinansı şikayeti olan kadınlarda öykü bulgularına göre tedaviye geçmek veya her hastaya rutin ürodinamik çalışma gerekliliği hakkında kesin bir fikir birliği yoktur. Birçok çalışmada İdrar inkontinanslı kadın-

ların hepsine tedavi öncesi mutlaka ürodinamik çalışma yapılması gerektiği bildirilmiştir (3-10). Buna karşın diğer bir görüş ise ürodinamik çalışmanın pahalı ve zor bir işlem olduğu, bu nedenle tanıya mümkün olduğunca öykü bulguları ile gidilmesi gerektiği, sadece öykü bulguları ile İnkontinans tipinin tam olarak anlaşılmadığı vakalarda ürodinamik çalışma yapılması gerektiği şeklindedir (11-16).

Günümüzde, özellikle ülkemizde, idrar inkontinans şikayeti olan kadınların büyük bir kısmına sadece öykü bulgularına göre medikal veya cerrahi tedavi yapılmaktadır. Acaba bu vakaların hepsi için rutin ürodinamik çalışma gerekli midir veya bu vakalardan hangilerine ürodinamik çalışma yapılmalıdır, sadece öykü tanı için yeterli midir? İşte cevaplandırılması gereken sorular bunlardır.

Bu çalışmada idrar inkontinansı şikayeti olan 96 hastadan önce öykü alınıp daha sonra ürodinamik çalışma yapılarak idrar inkontinansı ile ilgili semptomların ürodinamik çalışma sonuçları ile karşılaştırılmış, aralarındaki ilişki değerlendirilmiş ve semptomların tanıdaki güvenilirliği araştırılmıştır.

## MATERYEL VE METOD

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına Ekim 1992 - Haziran 1994 tarihleri arasında idrar inkontinansı şikayeti ile başvuran 96 hastaya öykü ve fizik muayene sonrası multi-channel ürodinamik çalışma (sistometri, üretral basınç profilleri, üroflovmetri, sfinkter elektromyografi) yapılmıştır. Nörolojik bir soruna veya üriner enfeksiyona bağlı inkontinansı olan vakalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Vakaların yaş ortalaması 42.19±9.50 olup, en genç vaka 27, en yaşlı olanı ise 70 yaşında idi. Ortalama parite 3.02±1.60, parite sayısı ise 0-8 arasında değişmekteydi. Vakaların %77'si premenopozal, %33'ü postmenopozal dönemde idi.

Vakaların hepsine işlem öncesi üriner enfeksiyonu ekarte etmek için tam idrar tetkiki ve idrar kültürü yapıldı. Hastalardan daha önce hazırlanmış forma (17) uygun olarak aynı hekim tarafından jinekolojik ve ürolojik öykü alındı. Öykü alınımında genel ve jinekolojik sorunlar hakkında bilgiler yanında aşağıda tanımları verilen semptomlar ayrıntılı olarak soruldu.

**Stress inkontinans:** Kişinin fiziksel egzersiz (öksürme, gülme, hapşırma, oturma, ayağa kalkma vs.) sırasında istemsiz idrar kaçınmasıdır.

**Urge inkontinans:** idrar yapmaya aşırı istek ve sonrası istemsiz idrar kaçınmasıdır.

**Urgency:** Aşırı derecede idrar yapma isteği ve beraberinde idrar kaçırma veya ağrı duyma korkusunun varlığıdır.

**Poilaikiüri** (frequency): Günde 10 veya daha sık idrar yapmaktadır.

**Noktüri:** Uyurken idrar yapmak amacı ile iki veya daha sık yataktan kalkmaktır.

**Noktürnal enürez:** Uykuda istemsiz idrar kaçırmasıdır.

Fizik muayeneyi pelvik muayene, nörolojik muayene ve alt üriner sistemin değerlendirilmesi oluşturmuştur. Sistosel, rektosel, descensus uteri, myoma uteri, divertikül, üriner fistül gibi anormal bulgulara bakıldı. Öykü ve fizik muayene sonrası semptomlar değerlendirildikten sonra hastayı gerçek anlamda hekime getiren şikayet veya şikayetlere göre tanı konuldu. Stress inkontinans öyküsü ile gerçek stress İnkontinans (GSI), urge İnkontinans öyküsü ile detrusör instabilitesi (DI) ve her iki şikayetin birlikte bulunduğu durumlarda ise mikst inkontinans (MI) tanısı konuldu. Bunlara ek olarak urgency, poilaikiüri, noktüri, noktürnal enürez semptomları daha sonra ürodinamik tanı ile karşılaştırmak üzere kaydedildi.

Son aşamada hastalara Weist firmasına ait Urocompact 6215 ürodinamik set (ölçüm ünitesi, monitör ve printer) ile ürodinamik çalışma yapıldı. Her bir hastanın işlemi yaklaşık 45 dakika sürdü. Çalışmadan önce hastalara miksiyon yaptırılıp, 14 numaralı Foley kateter ile rezidü idrar bakıldı. Daha sonra sırası ile sistometri, üretral basınç profilleri, üroflovmetri ve beraberinde sfinkter elektromyografisi yapıldı.

Sistometri ve üretral basınç profillerinde mesane ve üretra içi basınçları Porges firmasına ait 10 numaralı, çift lümenli pvc perfüzyon kateteri ile ölçülmüştür. Sistometri sırasında rektal basınç Porges firmasına ait 22 numaralı rektal manometri balon kateter ile ölçüldü. Elektromyografide sfinkter aktivitesi yüzey elektrotların perineal bölgeye yerleştirilmesi ile incelendi.

Sistometri hasta supin pozisyonda iken, perfüzyon kateterinin bir lümeninden sabit hızda (50 mL/dk) ve oda sıcaklığında serum fizyolojik verilirken diğer lümen yardımıyla mesane içinde oluşan hidrostatik basınç transdüserine aktarılıp oradan da Urocompact ölçüm ünitesine aktarıldı. Aynı anda intraabdominal basınç rektuma yerleştirilen kateter ile ölçüldü. Cihaz otomatik olarak iki basınç arasındaki farkı da (gerçek detrusör basınç) diğer basınçlarla birlikte monitörde göstermiştir. Mesane dolumu sırasında öksürme, pozisyon değiştirme gibi detrusör aktivitesini provoke edici testler yaptırıldı.

Üretral basınç profilleri sistometriden sonra mesane dolu iken sistometride kullanılan aynı kateterin bir lümeni mesane içine, diğeri proksimal üretraya gelecek şekilde yerleştirilerek yapılmıştır. Üretra içindeki lümen pompa yardımıyla sabit hızda (5 mL/dk) sıvı verilirken aynı anda kateter bir motor ile 1 mm/sn hız ile dışarı çekilerek üretra içindeki lümen proksimal üretradan distale doğru ilerletildi. Bu işlem sırasında intraüretral basınç, intraservikal basınç, üretral kapanma basıncı (intraüretral basınç-intravesikal basınç) ve fonksiyonel üretra uzunluğu multi-channel ürodinamik sistem ile ölçüldü.

Tablo 1. Semptomatik ve ürodinamik tanıların karşılaştırılması

Table 1. Comparison of symptomatic diagnosis and urodynamic diagnosis

Semptomatik Tanı	n	Ürodinamik Tanı				Mİ		Kontinans	
		GSİ		Dİ		n	%	n	%
GSİ	33	27	82	2	6	0	0	4	12
Dİ	24	0	0	12	50	4	17	8	33
Mİ	32	10	31	6	19	12	37	4	13
Kontinans	7	0	0	0	0	0	0	7	100
Toplam	96	37		20		16		23	

çüldü. Aynı işlem daha sonra öksürme, ıkınma, pozisyon değişikliği gibi provokatif testler sırasında tekrarlandı. Son aşama olarak hastalara uroflowmetri testi uygulandı.

Bu çalışmada tanımlar, değerlendirmeler ve işlemler International Continence Society komitesinin hazırladığı alt üriner sistem terminolojisinin standardizasyonuna uygun olarak yapılmıştır (18). Çalışmada elde edilen bulgular için chi-square veya Fisher testi uygulanmıştır. Tablolarda veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ile gösterilmiş, istatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Semptomatolojiye göre tanı dağılımında ilk sırada 33 hasta ile GSİ yer almıştır. İkinci sırada 32 hasta ile Mİ gelmiştir. Öykü ile Dİ tanısı alan 24 hastaya bulunurken, 7 hastaya öyküde kontinans olduğu düşünülmeye karşın, preoperatif ve postoperatif değerlendirme amacı veya sebebi açıklanamayan alt üriner sistem şikayetleri gibi nedenlerden dolayı ürodinamik çalışma yapılmıştır. Fizik muayenede 5 sistosel, 4 sistorektosel, 3 hastada ise descensus uteri tesbit edilmiştir.

Ürodinamik bulguların değerlendirilmesi sonucu vakaların 37'sinde (%38.5) GSİ, 20'sinde (%20.8) Dİ, 16'sında (%16.7) Mİ tesbit edilmiş, 23 kadın (%23.8) ise kontinant bulunmuştur.

Ürodinamik tanı ile semptomatik tanıların karşılaştırıldığında, öykü ile GSİ tanısı konulan 33 vakadan 27'sinde GSİ olduğu ürodinamik çalışma sonrası kesinleşmiştir. Öyküde GSİ tanısı alan ve ürodinamik çalışmada kontinant bulunan 4 vakadan birinde hipotonik mesane tesbit edilmiştir. Dİ ön tanısı ile ürodinamik çalışma yapılan 24 hastadan 12'sinde doğru tanı konulmuştur. Bu vakaların 4'ünde Mİ olup, 8 vaka ise kontinant bulunmuştur. Mİ öyküsü tesbit edilen 32 hastaya ürodinamik çalışma yapıldığında, 10 hastada GSİ, 6'sında Dİ olduğu, sadece 12 hastada doğru tanı konulduğu gözlenmiştir. Mİ ön tanısı ile çalışmaya alınan

4 kadın ise kontinant bulunmuştur. Çeşitli nedenlerle (preoperatif veya postoperatif değerlendirme, sebebi açıklanamayan alt üriner sistem şikayetleri vs.) ürodinamik çalışma yapılan 7 kontinant ön tanısı almış kadınların hepsinde öykü ile doğru tanının konulduğu anlaşılmıştır. Bu kadınlarda inkontinans şikayetleri kesin ve belirgin olmayıp urgency, pollakiüri, disüri gibi diğer alt üriner sistem semptomları bulunmaktaydı. Bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öykü ile tanıda, GSİ'da spesifisite %90.8 olup sensitivite, pozitif ve negatif prediktif değerler sırasıyla %73, %81.8, %85.5 bulunmuştur. Dİ'de sensitivite (%60) ve pozitif prediktif değer (%50) düşük iken spesifisite (%86), negatif prediktif değer (%90) daha yüksek tesbit edilmiştir. Mİ için pozitif prediktif değer (%37.5) oldukça düşük olup sensitivite, spesifisite ve negatif prediktif değerler sırasıyla %75, %80 ve %95 bulunmuştur (Tablo 2).

Öykünün doğru tanı koyma başarısı GSİ'da %73, Dİ'de %60, Mİ'de %75 bulunmuştur. Toplam 96 vakanın 58'inde (%60.45) öykü ile doğru tanı konulabilmiştir.

En sık görülen semptom stress inkontinans idi (%67.7). urgency (%64.6), pollakiüri %62.5, urge inkontinans %60, noktüri %26, noktürnal enürez %9.3 sıklıkla görülmüştür. Hastaların 4'ünde izole stress inkontinans şikayeti olup, ürodinamik çalışmada bu hastaların hepsinde GSİ tesbit edilmiştir.

Tablo 2. Semptomatik tanının sensitivite, spesifisite, pozitif ve negatif prediktif değerleri

Table 2. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of symptomatic diagnosis

	GSİ	Dİ	Mİ
Sensitivite (%)	73	60	75
Spesifisite (%)	90.8	86	80
Pozitif prediktif değer (%)	81.8	50	37.5
Negatif prediktif değer (%)	85.5	90	95

Tablo 3. Üriner semptomların ürodinamik tanılarına göre dağılımı

Table 3. Distribution of urinary symptoms according to urodynamic diagnosis

	Semptomlar (n)					
	Stress ink.	Urge ink.	Urgency	Pollakiüri	Noktüri	Noktürnal enürez
Stabil mesane n=60	45	20	26	31	7	3
Unstabil mesane n=36	20	36	36	29	18	6
Toplam (n)	65	56	62	60	25	9
X2	39.4	38.9	30	6.83	15.23	
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.01	<0.01	<0.05*

•Fisher testi

Klinikte en sık gereksinim duyulan konu stabil mesanenin (GSİ ve kontinans) unstabil mesaneden (Dİ ve Mİ) pratik ve kolay bir yol ile ayrılmasıdır. Bu amaçla vakalar iki gruba ayrılıp, semptomların dağılımı incelendiğinde; stress inkontinans semptomu stabil mesane grubunun %75'inde, unstabil grubun ise %55.6'sında (p<0.001), urge inkontinans stabil mesanelerin %33.3'ünde unstabil mesanelerin hepsinde görülürken (p<0.001), urgency stabil vakaların %43.3'ünde unstabil vakaların hepsinde (p<0.001), pollakiüri için bu değerler sırasıyla %51.7 ve %80.7 (p<0.01), noktüri için %11.7 ve %50 (p<0.01), noktürnal enürez için ise %5 ve %16.7 (p<0.05) bulunmuştur (Tablo 3). Bu semptomların iki grupta görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir.

## TARTIŞMA

İlk olarak Bates ve ark idrar inkontinansı tanısının sadece semptomların yeterli olamayacağını, örneğin öyküde Dİ olmadığı kabul edilen birçok kadında sistometri sonrası Dİ tesbit edildiğini bildirmişlerdir (19). Benzer bir çalışmada Arnold ve ark semptomların tanı için hassas olduklarını ancak, kesin tanı için mutlaka ürodinamik çalışma gerektiğini belirtmişlerdir (20).

Buna karşın Farrar ve ark semptomların dikkatli incelenmesiyle birçok hastaya pahalı ve sofistike bir işlem olan ürodinamik çalışmanın yapılmasına gerek olmadığı şeklinde görüş bildirmişlerdir (12). Özellikle izole stress inkontinans şikayeti olan hastalarda Dİ'nin görülmemesi nedeni ile ürodinamik çalışmaya ihtiyaç duyulmadığını iddia etmişlerdir.

Bu tartışma günümüzde de halen devam etmektedir. Ürodinamik çalışmanın önemini savunanlar mesanenin güvenilmeyecek bir tanık olduğunu, bu nedenle inkontinans öyküsü olan kadınlarda mutlaka ürodinamik çalışma yapılması gerektiğini iddia etmektedirler (21,22). Diğer taraftan ürodinamik çalışmanın pahalı, zor ve karmaşık bir işlem olduğu, bu nedenle her hastaya uygulanmasının doğru olmadığı konusunda ısrar eden gruplar da vardır (11-13,15).

1975-1992 yılları arasında bu konuda yapılan yayınların değerlendirildiği meta-analiz çalışmada öykü-

nün ürodinamik tanıya göre zayıf bir prediktör olduğu, sadece öyküye dayanılarak birçok hastaya yanlış tanı konulabileceği, özellikle Dİ ve Mİ tanısını veren semptomların GSİ semptomlarına göre çok daha az güvenilir olduğu tesbit edilmiştir. Yanlış yere cerrahi veya medikal tedavi vermenin ürodinamik çalışma yapmaktan daha masraflı olacağı belirtilmiştir (21).

İnkontinanslı vakalarda asıl amaç birçok karşıt görüş olmasına rağmen (23,24), genel olarak kabul edilen görüş cerrahi başarıyı azaltması nedeni ile Dİ bulunan mesanelerin preoperatif mutlaka tesbit edilmesidir (5,19,20,25,26).

Birçok çalışmada öykü ile GSİ tanısı koyma başarısı %31-81 arasında olup (15,22,27) bizim çalışmamızda doğru tanı koyma başarısı %73 bulunmuştur. Öykü ile tesbit edilemeyen 10 GSİ'li hastanın Mİ semptomlarından şikayetçi olduğu anlaşıldı. Sadece öyküye dayanılarak tanı konulmuş olsaydı bu hastalar medikal tedaviye alınarak gereksiz yere zaman kaybına yol açacak hatta zararlı olabilecek bir girişim yapılmış olacaktı. Ayrıca öykü ile GSİ tanısı alan 6 hastada (%6.3) ürodinamik çalışma sonrasında GSİ görülmediği için gereksiz cerrahi girişim önlenmiş oldu.

İzole stress inkontinans semptomunun yüksek sensitivite ve spesifisiteye sahip olduğu bildirilmiştir (12,13,28). Hastie ve ark çalışmalarında 89 vakadan izole stress inkontinans semptomu bulunan 54 hastanın hiçbirinde Dİ tesbit etmemişlerdir (13). Keza diğer bir çalışmada izole stress inkontinans öyküsü olan vakaların sadece %5.8'inde Dİ bulunmuş ve bu vakaların hepsinde Dİ'nin postoperatif dönemde kaybolduğu bildirilmiştir (14). Buna karşın stress inkontinans için provokatif testler olan öksürme veya ayağa kalkma gibi hareketlerde detrüsör kasının aktive olup Dİ'ne yol açabileceği, dolayısıyla izole stress inkontinans öyküsü veren bazı hastalarda GSİ yerine Dİ olabileceği bildirilmiştir (21). Bizim çalışmamızda izole stress inkontinans semptomunun çok sık görülmediği (%4.2), genellikle diğer semptomlarla birlikte olduğu tesbit edilmiştir. Bu vakaların hepsinde ürodinamik çalışma sonrası GSİ

tesbit edildi. Stress inkontinans öyküsünün güvenilir olduğu bildirilen çalışmalarda vakaların çoğunda izole stress inkontinans semptomunun bulunduğu, bu nedenle de stress inkontinans öyküsünün tanıda başarılı olduğu dikkati çekmektedir. Biz çalışmamızdan edindiğimiz sonuçlara göre klinikte izole stress inkontinans semptomunun sık görüldüğü kanısında değildir. Ayrıca, izole stress inkontinanslı vaka sayımızın azlığı nedeni ile bu semptomun GSİ tanısı için güvenilirliği hakkında daha detaylı yorum yapmamız mümkün olmadı.

Stress inkontinans öyküsü veren ve ürodinamik çalışmada Dİ tanısı alan hasta sayımız 2 (%6) olup, Haylen ve ark'nın (6) çalışmasında bulunan değer (%32) kadar yüksek olmasa da, stress inkontinans öyküsü sonrası kontinant bulunan vakaları da (4 hasta) eklersek öykü ile GSİ alan vakaların %18.8'ine (toplam vakaların %6.3'ü) gereksiz yere cerrahi girişim yapılmış olacaktı. Bu nedenle stress inkontinans öyküsü olan hastalarda ürodinamik çalışmanın gereksiz olduğu (14,15) görüşüne katılmıyoruz.

Öykü ile Dİ tanısında sensitivitenin %60, spesifitesinin %86 olması bu semptomun güvenilir olmasına karşın tanı için yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda Dİ öyküsü bulunan hastaların sadece %50'sinde Dİ gösterilebilmiştir. Geriye kalan vakalarda Mİ (%16.7) ve kontinans (%33.3) tesbit edilmiştir. Hiçbir vakada GSİ tesbit edilmemesi dikkat çekici olsa da, vakaların birçoğunun kontinant bulunması düşündürücüdür. Eğer sadece öyküye göre tanı konulmuş olsaydı Dİ tanısı altında 8 kontinant hastaya (toplam vakaların %8.3'ü) gereksiz yere medikal tedavi verilmiş olacaktı.

Bir görüşe göre ürodinamik çalışmanın sınırlı zaman içinde yapılan bir laboratuvar araştırması olduğundan hastanın semptomlarına iyi bir tanık olamayacağı iddia edilmektedir. Henüz araştırma fazında olan ambulatuvar ürodinamik test (hastanın günlük aktiviteleri sırasında 24 saat boyunca yapılan ürodinamik test) ile klasik ürodinamik çalışmada stabil mesane olduğu düşünülen vakaların %25-%60'ında Dİ olduğu gösterilmiştir (29,30). Belki bizim hastalarımızın bir kısmında da ürodinamik çalışmada görülemeyen ancak ambulatuvar ürodinamik testte açığa çıkabilecek Dİ var idi. Eğer bu görüş doğru ise çalışmamızda 8 Dİ öyküsü olup kontinant bulunan hastaların bir kısmında Dİ olması beklenir ve öykünün Dİ tanısında spesifitesinin yükselmesi ve güvenilirliğinin artışı söz konusu olacaktır.

Mİ'li vakalarda öykünün doğru tanı koyma başarısı en düşük bulunmuştur (%37.5). Özellikle 10 vakada (%31.3) cerrahi girişim gerektiren GSİ tesbit edilmesi urge inkontinans semptomunun güvenilirliğine gölge düşürmektedir. Bu nedenle öykünün stabil-unstabil mesane ayırımında yetersiz kaldığını söylemek yanlış olmaz.

Vakalarımızdan 23'ünde (%23.9) ürodinamik çalışma sonrası inkontinans görülmemesi oldukça düşündürücüdür. Bu vakaların 7'sinde inkontinans şikayeti olmayıp urgency, pollakiüri, noktüri veya noktürnal enürez gibi diğer alt üriner sistem semptomları vardı. Koe-foot ve ark çalışmalarında benzer irritatif şikayetleri olup idrar inkontinansı olmayan 93 kadından sadece 6'sında inkontinans (Dİ) bulmuş, diğer vakaları hipersensitif mesane (sensory urgency) tanımı altında toplamışlardır. Bunlarda sistometri yapılırken mesane dolumu sırasında mesane duvarının gerilimine bağlı oluşan hipersensitivitenin semptomları açığa çıkardığı düşünülmüştür (31).

Geriye kalan 16 kadın inkontinans şikayeti ile başvurup ürodinamik çalışmada kontinant bulunlarıdır. Bu vakalardan bir kısmı daha önce belirttiğimiz gibi laboratuvar şartlarında yapılan ürodinamik çalışmanın yetersizliği nedeni ile kontinant bulunmuş olabilir. Ambulatuvar ürodinamik çalışma yapılmış olsa idi belki bir kısmında inkontinans ortaya çıkabilirdi. Ancak, bunun yine de vakaların hepsi için yeterli bir açıklayıcı neden olmadığı görüşündeyiz. Maes ve ark inkontinans öyküsü olan kadınların %26'sında kontinans tesbit etmişlerdir (32). Bu kadar yüksek orandaki farklı sonucu ise, aynı derecede inkontinans şikayeti olan kadınların bu sorunlarına farklı reaksiyon göstermeleri, sosyo-ekonomik düzey ve günlük aktivite farklılıklarına bağlamışlardır. Bazı kadınların aşırı titiz olduğu çok az derecede belki de geçici olan inkontinans için tedavi yolu aradıkları, diğerlerinin ise çok ağır inkontinansı bile tolere edebildiği bilinen bir gerçektir. Buna ek olarak hekimin hasta şikayetlerini çabuk kabul etmesi (bizim çalışmamızda öykü titiz bir şekilde aynı hekim tarafından alınarak bu faktörün etkisi mümkün olduğunca en aza indirilmeye çalışılmıştır), inkontinansın sadece premenstrual dönemler gibi geçici sürelerde ortaya çıkması öykünün güvenilirliğini azaltabilir (16). Kontinans sayımızı arttıran faktörlerin en başında, hastalarımızın daha fazla ilgi göreceklərini düşünerek üriner sistem sorgulamasında birçok semptomu kolayca kabul etmesinin geldiği kanaatindeyiz. Ayrıca, bazı hastaların semptomların tanımlarını tam olarak anlayamadığı için hangisinin kendisinde olduğunu karar vermekte zorlandığı dikkati çekmiştir. Tartışmasız, bu hastalarda ürodinamik çalışma kesin endike olmalıdır.

İnkontinanslı hastaların büyük bir kısmı sadece stress veya urge inkontinans şikayeti ile değil, beraberinde diğer alt üriner sistem semptom veya semptom kompleksleri ile (urgency, pollakiüri, noktüri, noktürnal enürez) de hekime başvururlar. İnkontinans tanısında bu semptomların değeri tartışmalıdır. Urgency, pollakiüri ve noktüri, urge inkontinans semptomu ile birleştirildiğinde unstabil mesane tanısında başarı oranının %98 olduğu, ancak bu semptomların sadece unstabil mesa-

neye spesifik olmadığı, stabil mesane grubunun önemli bir kısmında da görüldüğü tesbit edilmiştir (33). Halbuki, klinikte en önemli sorun stabil-unstabil mesanelerin ayırımıdır. Urgency, pollakiüri ve noktüri semptomlarının birlikte veya tek başlarına unstabil mesane hakkında kesin bir bilgi veremeyeceği bildirilmiştir (25). Buna karşın noktüri ve noktürnal enürez, urge inkontinans ile birleştirildiğinde Dİ tanısı için anahtar semptomlar olduğu, bu vakaların aksi ispat edilinceye kadar Dİ kabul edilmesi gerektiği iddia edilmiştir (11). Koefoot ve ark ise inkontinans şikayeti olmayan vakalarda bu semptomların varlığının ürodinamik çalışma yapılması için endikasyon oluşturmadığını belirtmişlerdir (31).

Bulgularımız her ne kadar urgency, pollakiüri, noktüri ve noktürnal enürezin unstabil mesanede daha sık görüldüğü yönünde ise de ( $p<0.05$ ), stabil mesane grubunun önemli bir kısmında da bulunması nedeni ile bizim hedefimiz olan stabil-unstabil mesanenin ayırıcı tanısında çok fazla yeri olmadığını göstermektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, sadece öykü ile tanıya ulaşılmaya çalışıldığında vakaların %60.4'ünde doğru tanı konulurken, %39.6'sında yanlış tanıya varılıp, %29.2'sine yanlış tedavi uygulanmış olacaktır.

Sonuç olarak öykü ve fizik muayenenin inkontinans tanısında çok başarılı olmadığı ve özellikle preoperatif vakalar olmak üzere bütün hastaların mutlaka ürodinamik çalışma ile kombine edilerek değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz. Öykü ve fizik muayene bize inkontinansın varlığı hakkında bilgi verip ürodinamik çalışma gibi daha ileri tetkikler için yönlendirici olmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in general practice. *Br Med J* 1988; 286:1300-02.
- Hargreave TB, Galloway NTM. Incontinence (Editorial). *Br Med J* 1983; 287:1002-03.
- Busch R, Kuhlencordt R. Significance of urodynamic investigations in diagnosis of the female urinary incontinence. *Urol Int* 1985; 40:235-7.
- Byrne DJ, Hamilton Steward PA, Gray BK. The role of urodynamics in female urinary stress incontinence. *Br J Urol* 1987; 59:228-9.
- De Muylder X, Claes H, Neven P, De Jaegher K. Usefulness of urodynamics investigations in female incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 44:205-8.
- Haylen BT, Sutherst JR, Frazer MI. Is the investigation of most stress incontinence really necessary? *Br J Urol* 1989; 64:147-9.
- Jarvis GJ, Hall S, Stamp S, Millar DR. An assessment of urodynamic examination in incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:893-6.
- Korda A, Krieger M, Hunter P, Parkin G. The value of clinical symptoms in the diagnosis of urinary incontinence in the female. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1987; 27:149-51.
- Sand PK, Hill RC, Ostergard DR. Incontinence history as a predictor of detrusor stability. *Obstet Gynecol* 1988; 71:257-9.
- Summit RL, Thomas GS, Alfred EB, Ostergard DR. Urinary incontinence: Correlation of history and brief office evaluation with multichannel urodynamic testing. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1835-44.
- Cantor TJ, Bates CP. A comparative study of symptoms and objective urodynamic findings in 214 incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:889-92.
- Farrar DJ, Whiteside CG, Osborne JL. Urodynamic analysis of micturition symptoms in the female. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141:875-81.
- Hastie KJ, Moisey CU. Are urodynamics necessary in female patients presenting with stress incontinence? *Br J Urol* 1989; 63:155-6.
- Kaufman JM. Urodynamics In stress urinary incontinence. *J Urol* 1979; 122:778-81.
- Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Van Well. Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1991; 67:569-72.
- Le Coutour X, Jung-Faerber S, Klein P, Renaud R. Female urinary incontinence: comparative value of history and urodynamic investigations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 37:279-86.
- Synder JA, Lipsitz DU. Evaluation of female urinary incontinence. *Urol Clin North Am* 1991; 18:197-209.
- Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; (suppl 6):1-16.
- Bates CP, Loose H, Stanton SL. The objective study of incontinence after repair operations. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136:17-22.
- Aronld EP, Webster JR, Loose H, Brown ADG, Turner Warwick RT, Whiteside CG, Jequer AM. Urodynamics of female incontinence: Factors influencing the results of surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 117:805-15.
- Jensen JK, Nielsen RF, Ostergard DR. The role of patient's history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994; 83:904-10.
- Van Waalwijk van Doom ESC, Remmers A, Janknegt RA. Extramural ambulatory urodynamic monitoring during natural filling and normal daily activities: Evaluation of 100 patients. *J Urol* 1991; 146:124-31.
- Kuzmarov IW. Urodynamic assessment and chain cystogram in women with stress urinary incontinence: clinical significance of detrusor instability. *J Urol* 1984; 24:236-8.
- Mc Guire EJ, Lytton B. Puboagmal sling procedure for stress incontinence. *J Urol* 1978, 19:82-6.

25. Cardozo LD, Stanton SL. Genuine stress incontinence and detrusor instability: A review of 200 patients. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:184-90.
26. Stanton SL, Cardozo L, Williams JE, Ritchie D, Allan V. Clinical and urodynamic features of failed incontinence after repair operations. *Obstet Gynecol* 1978; 51:515-20.
27. Ouslander J, Staskin D, Shlomo R, Su HL, Hepps K. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population. *J Urol* 1987; 137:68-71.
28. Glezerman M, Glasner M, Rikover M. Evaluation of reliability, of history in women complaining of urinary stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986; 21:159-64.
29. Versi E, Cardozo L, Anand D, Cooper D. Symptoms analysis for the diagnosis of genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:815-9.
30. Webb RJ, Ramsden PD, Neal DE. Ambulatory monitoring and electronic measurement of urinary leakage in the diagnosis of detrusor instability and incontinence. *Br J Urol* 1991; 68:148-52.
31. Koefoot BR, Webster GD. Urodynamic evaluation in women with frequency, urgency symptoms. *Urol* 1983; 21:648-51.
32. Maes D, Wyndaele JJ. Correlation between history and urodynamics in neurologically normal incontinent women. *Eur Urol* 1988; 14:377-80.
33. Whiteside CG, Arnold EP. Persistent primary enuresis: a urodynamic assessment. *Br Med J* 1975; 1:364-7.