

# Detrüsör İnstabiliteli Bir Olgu: Nasıl Tanı Konulmalı, Ne Zaman Tedavi Edilmeli?<sup>1</sup>

A CASE OF DETRUSOR INSTABILITY: HOW SHOULD IT BE DIAGNOSED, WHEN SHOULD IT BE TREATED?

Fuat DEMİRCİ\*, İsmail ÖZDEMİR\*\*, Oğuz YÜCEL\*\*\*

\* Doç.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

\*\* Yrd.Doç.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

\*\*\* Prof.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, DÜZCE

## Özet

Kadın hastalarda, detrüsör instabilitesi tanı ve tedavi koşullarının bir olgu nedeniyle gözden geçirilmesi, tanı ve tedavide karşılaşılabilecek zorlukların değerlendirilmesi.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Uterus prolapsusuna bağlı üriner retansiyonu olan hastaya, ayrıntılı pelvik muayene ve ürojinekolojik değerlendirme yapılmadan Dİ tanısı konmuş ve tedaviye başlanmıştı. Yakınmalarının artması nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın ayrıntılı değerlendirilmesinde 2.derece uterus prolapsusu ve paravajinal defekt saptandı. Üretral katlanma ve üriner retansiyona bağlı olarak gelişen Dİ pelvik rekonstrüktif cerrahi sonrası ortadan kalktı.

Üriner inkontinansı olan olgularda ürodinami yapılmadan önce tam bir pelvik muayene ve ürojinekolojik değerlendirme yapılmalıdır. Prolapsusu olan olgular üriner retansiyon ve miksiyon güçlüğü bakımından değerlendirilmeli, rezidüel idrar mutlaka ölçülmeli ve ürodinami yapılırken bu bulgular gözönüne alınmalıdır. Serviks olması gereken yere redükte edilerek ürodinami yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Üriner inkontinans, Detrüsör instabilitesi, Genital prolapsus, Paravajinal onarım

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:165-166

## Summary

Because a case, to look over the diagnosis and the treatment of the detrusor instability and to evaluate the difficulty in the diagnosis and treatment of DI in women.

Abant İzzet Baysal University, Duzce Medical School, Department of Obstetrics and Gynecology

The patient had received medical treatment for DI without pelvic investigation and urogynecological evaluation. She was admitted to the hospital because of her complaints had increased. Uterine prolapsus and paravaginal defect were found during her pelvic examination. Detrusor instability which was due to urethral kinking and urinary retention, resolved after pelvic reconstructive surgery.

Before urodynamic study, detailed physical examination and urogynecological evaluation should be performed particularly on patients with urinary retention. On the other hand, patients with uterine prolapsus should be investigated in terms of voiding dysfunction, urinary retention, and residual urine should be measured and these must be kept in mind when performing urodynamic studies. Cervix has to be replaced to its original location prior to performing the urodynamic studies

**Key Words:** Urinary incontinence, Detrusor instability, Genital prolapsus, Paravaginal repair

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:165-166

Bn. E.M 63 yaşında, G:7, P:6, Y:5 olan hasta idrar tutamama yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın daha önce bir hastaneye, aynı yakınma (urgency, urge ve stres inkontinans) ile başvurduğu ve ürodinami sonucu detrüsör instabilitesi tanısı konarak, Oksibutinin 3x1 oral verildiği saptandı. Hasta, ilacı düzenli kullanmasına karşın yakınmalarının düzelmediğini ve bir miktar arttığını belirtti. Jinekolojik muayenede, ekstragenital organlar doğal, 3.derece sistoüretrosel, 2.derece rektosel ve 2.derece uterus desensusu saptandı (1). Paravajinal defekt varlığı, iki over pensi çapraz

olarak kullanılması ile vajen üçte bir orta bölümü lateral alanda yükseltiyle, sistoüretroselin düzelmesi ile doğrulandı. Perineal ultrasonografide mesane boynu hiper mobilitesi saptandı. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. İdrar kültürü ve biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu. Ürodinamik incelemede; 50 ml/dakika hızla yapılan su sistometrisinde normal sensitif, normal komplians, normal mesane kapasiteli, uninhibe kontraksiyon gösteren sistometrik bulgular saptandı. Hastanın yapılan basınç-akım çalışmasında obstrüksiyon bulguları saptandı. Miksiyon sonrasında 190 ml

rezidüel idrar saptandı. Mesane 300 ml doldurularak yapılan stres test, litotomi ve ayakta pozisyonda negatif bulundu. Mesane boynu hiper mobil olduğu halde stres testin negatif olması uterin desensusa bağlandı. Hastaya mikst üriner inkontinans tanısı konarak TAH+BSO, abdominal sakrokolpopeksi, paravajinal onarım, anal sfinkteroplasti ve kolporafi posterior operasyonları yapıldı. Postoperatif izlemde özellik saptanamayan hasta 6. günde taburcu edildi. Sekiz hafta sonra yapılan üroflovetri ve basınç/akım çalışmasında detrusör instabilitesi ve obstrüksiyon bulgularına rastlanmadı.

### Tartışma

Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırma durumudur ve olguların büyük çoğunluğunda, mesane boynunun anatomik desteğinin azalmasına ya da internal sfinkter yetmezliğine bağlı olarak gelişen gerçek stres inkontinans vardır. İkinci neden ise çalışmalarda %9 ile %55 arasında değişen oranda görülen detrusör instabilitesidir (2). Tedavisi medikal olan Dİ'nin tanısı, sistometrik incelemede detrusör aşırı aktivitesinin saptanması ve bu patolojinin nörolojik nedeninin elimine edilmesi ile konur. Bazı hastalarda pelvik taban ya da mesane boynunun anatomik desteğinin azalması ve üretral çıkışta obstrüksiyon, detrusör instabilitesine predispozisyon yaratmakta ve bu patolojinin düzeltilmesi detrusör instabilitesini ortadan kaldırmaktadır. Bazı çalışmalarda bu oran, seçilen cerrahi yöntemle de ilişkili olarak hastaların %67-91'inde düzelmeye olduğu doğrultusundadır (3,4).

Detrusör instabilitesi tanısı bir laboratuvar tetkik sonucu olarak düşünülmemeli ve hastalar tam bir pelvik değerlendirme sonrası muayene bulguları da doküman edilerek ürodinamik inceleme yapılmalıdır. Hastanın ön değerlendirilmesinde, öncelikle idrar kültürü ile enfeksiyon elimine edilmeli, sonra da rezidüel idrar mutlaka ölçülmelidir. Pelvik değerlendirmede patoloji yoksa (mesane boynu hiper mobilitesi, paravajinal defekt, geniş sistosel/rektosel, uterin desensus), ayrıca üriner enfeksiyon ve üretral çıkış obstrüksiyonu yoksa tıbbi tedavi verilmelidir. Olgumuzda ürodinamide detrusör instabilitesi olmasına karşın, Dİ üretral

kıvrılmaya bağlı üretral çıkış obstrüksiyonu sonrası gelişmiştir ve cerrahi sonrası predispozan faktör ortadan kalkınca spontan olarak ortadan kaybolmuştur. Benzer şekilde benign prostat hipertrofisi olan ve işeme gücünü çeken erkek hastaların 1/4'ünde Dİ görülmektedir (5). Hastanın ürojinekolojik değerlendirilmesinde basitten karmaşığa gidilmeli ve muayene sırasında rezidüel idrar mutlaka ölçülmelidir. Rezidüel idrar varlığı ya üretral çıkışta obstrüksiyonu ya da detrusör kasının disfonksiyonunu göstermektedir ve etyolojinin aydınlatılması için basınç akım çalışması yapılmalıdır. Sistosel ya da uterin desensusu olan hastaların muayene ve ürodinamisi sırasında, serviksi yukarı ve arkaya (olması gereken anatomik lokasyon) iten peserler veya tampon monte kullanıldığında üretral katlanma düzelecek ve yanlıgı ortadan kalkacaktır. Pelvik muayenenin iyi yapılması ve pelvik defektlerin uygun cerrahi yaklaşımla düzeltilmesi mesanenin normal fonksiyonunu kazanmasını sağlayacaktır. Bu nedenle inkontinansa yaklaşım yalnızca onun düzeltilmesini değil, nedeninin ortaya çıkarılması, tetkiklerin basitten karmaşığa doğru yapılması ve pelvik defektlerin yalnızca bir semptomaya yönelik değil kombine "site specific" cerrahi yaklaşımla düzeltilmesi şeklinde olmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Beecham CT. Classification of vaginal relaxation. Am J Obstet Gynecol 1980; 136: 957.
2. Turner-Warwick RT, Milroy EJ. A appraisal of the value of routine urological procedures in the assessment of urodynamic function. Symposium on clinical urodynamics. Urol Clin North Am 1979; 6: 63-9.
3. McGuire EJ, Lytton B. Pubovaginal sling procedure for stress incontinence. J Urol 1997; 119: 82-4.
4. Demirci F, Yucel O, Eren S, Alkan A, Demirci E, Yıldırım U. Longterm results of Burch colposuspension. Gynecol Obstet Invest 2001; 51: 243-7.
5. Waide BS, Ebrahim el-HE, Gomha MA. The relationship of detrusor instability of symptoms with objective parameters used for diagnosing bladder outlet obstruction: a prospective study. J Urol 2002; 168: 132-4.

Geliş Tarihi: 14.08.2002

Yazışma Adresi: Dr. İsmail ÖZDEMİR  
Düzce Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve  
Doğum AD, DÜZCE  
ozdemirismayil@hotmail.com

¶17-19 Nisan 2002 tarihinde II. Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul'da poster olarak sunulmuştur.