

Üriner inkontinans ve kadın cinsel sağlığı

Uzm. Dr. Akın Soner Amasyalı, Uzm. Dr. Ercan Kazan, Prof. Dr. Haluk Erol
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Cinsel fonksiyon kompleks bir süreç olup nörolojik, endokrin ve vasküler sistem ile koordine edilir. Aynı zamanda ailesel, sosyal ve dini inanışlar cinsel fonksiyonu etkilemektedir (1). Kadın cinsel siklusu istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olmak üzere 4 bölümden oluşur (2). Kadın cinsel bozukluğu yaygın bir hastalık olup literatürde insidansı %19 ile %50 arasında değişmektedir (3). Daha çok psiko-sosyal faktörler olmak üzere yaşam şekli, (alkol, küretaj, kontrasepsiyon aleti) biyolojik özellikler, (menarş yaşı ve menstruasyon problemleri) cinsel bilgi ve genel sağlık durumu kadın cinsel bozukluklarına neden olabilir (4–7). Üriner inkontinansın (Üİ) kadın cinsel sağlığına etkisi ile ilgili fazla literatür bilgisi bulunmamakla beraber, Üİ'ı olan cinsel aktif kadınların %50'den fazlasında kadın cinsel bozukluğu görülmektedir (3).

Üriner inkontinans (Üİ) toplam prevalansı %11.4–73 arasında olduğu tahmin edilmekte ve hastaların %20'si tedavi olmaktadır. Üriner inkontinans birçok kadının hayat kalitesini düşüren faktördür (8,9). Uluslararası Kontinans Cemiyeti'nin tanımına göre Üİ 3'e ayrılır:

- 1) Stres üriner inkontinans (SÜİ)
- 2) Aşırı aktif mesane (AAM)
- 3) Mikst üriner inkontinans (MÜİ)

Üriner inkontinans kadın cinsel sağlığını çeşitli derecelerde bozmaktadır. Psikolojik baskı, ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu, kötü koku endişesi etiyolojide rol oynamaktadır (8). Üriner inkontinansı olan kadınlarda en sık cinsel şikayetler istekte azalma, vajinal kuruluk ve ilişki sırasında ağrı şeklinde sıralanabilir.

Stres üriner inkontinans (SÜİ) ve cinsel yaşam

Stres üriner inkontinans hayat kalitesi ve cinsel yaşam üzerine büyük etkisi olan dünyada oldukça sık görülen bir hastalıktır. Vajinal doğum, yüksek parite, obezite, yaş, menopoza ve genitoüriner prolapsus SÜİ için risk faktörleridir (10–12). Stres üriner inkontinansı olan kadınlarda

bildirilen kadın cinsel bozukluğu oranı %26–47 arasındadır. İlişki sırasında idrar kaçırma endişesi, vulvanın idrar dermatitine bağlı disparoni, kendine güvensizlik ve libidonun azalması etyolojide rol oynamaktadır (13).

Stres üriner inkontinanslı cinsel aktif 155 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada SÜİ için risk faktörlerinin kadın cinsel bozukluğu ile ilişkisi araştırılmış. Hastalar pelvik organ prolapsus/üriner inkontinans seksüel anketi (PISQ-Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) ile değerlendirilmiş. Sonuç olarak fazla doğum, ileri yaş, menopoza ve ciddi prolapsus cinsel disfonksiyon için belirteç olduğu saptanmıştır. Beden kitle indeksi, doğum şekli, genital hiatus ve toplam vajinal uzunluk cinsel disfonksiyon ile ilişkili bulunmamıştır. Çok yönlü analizde ise paritenin cinsel disfonksiyon için tek bağımsız faktör olduğu saptanmıştır (13).

Üriner inkontinans ve/veya alt üriner sistem semptomları olan 216 kadın hasta üzerinde yapılan bir çalışmada FSFI skorları yaşları ile uyumlu sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmış. Ürodinamik değerlendirmesi de yapılan 216 hastanın %46'sında (n:99) cinsel bozukluk saptanmıştır. Cinsel bozukluk saptanan hastaların %34'ü hipoaktif cinsel bozukluk, %23'ü uyarılma bozukluğu, %11 orgazm bozukluğu ve %44'ünde ağrı bozukluğu (koital/non koital ağrı) saptanmıştır. Hipoaktif cinsel bozukluğu olan hastaların %47'sinde stres tipi üriner inkontinans olduğu tesbit edilmiştir. İstek bozukluğunun ilişki sırasında idrar kaçırma endişesinin neden olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca uyarılma ve ağrı bozukluğu olan hastalarda sırasıyla %60 ve %61 oranında tekrarlayan bakteriyel sistit saptanmıştır. Normal uyarılma fazında artması gereken vajinal ve klitoral kan akımı uyarılma bozukluğu olan hastalarda azalır ve bu lokal paryetal kan akımının azalması mesane duvarının bakterilere karşı direncin azalmasına neden olduğu ve enfeksiyona zemin hazırladığı düşünülmektedir. Sonuç olarak uyarılma ve orgazm hariç tüm parametrelerin hastaların

kontrol grubuna göre daha fazla izlendiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış (14).

Stres üriner inkontinans için risk faktörlerinden biri olan genitoüriner prolapsus ile cinsel bozukluk arasında ilişkiyi araştıran birçok literatür bilgisi bulunmaktadır. Anatomik olarak pelvik taban yukardan aşağı şu tabakalardan oluşur:

Endopelvik fasyanın destek bağ dokusu

Pelvik diafram (levator ani ve coccygeus kası)

Perineal membran (ürogenital diafram)

Yüzeyel tabaka (bulbospongiosus, ischiocavernosus ve superfisyal transvers perineal kas)

Levator ani; iliococcygeus, pubococcygeus, puborektalis kaslarından oluşur ve pelvik organ prolapsusu ve inkontinansı önlemede büyük rol oynar (15). Yapılan bir çalışmada üriner ve cinsel şikayetleri olan hastaların %77.2'sinde pelvik organ disfonksiyonu saptanmıştır. Bu hastaların %69.3'ünde pelvik kasların aşırı aktif istirahat tonusuna sahip iken, %7.9'unda ise normalin altında istirahat tonusuna sahip olduğu bulunmuştur (15).

Üriner inkontinansı olan 113 kadın hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalar pelvik organ prolapsusu (POP) olan ve olmayan olmak üzere 2 gruba ayrılmış ve pelvik organ prolapsus/üriner inkontinans seksüel anketi (PISQ12) ile cinsel bozukluk araştırılmış. Cinsel istek bozukluğu POP pozitif ve negatif grupta sırasıyla %53.2 ve %30.4 iken orgazm bozukluğu yine aynı sıra ile %48.5 ve %29.8 oranında saptanmış. Pelvik organ prolapsusu olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazla cinsel bozukluğa eğilimli olduğu sonucuna varılmış (16).

Üriner inkontinans için özellikle stres tipi inkontinansa birçok cerrahi tedavi yöntemi geliştirilmiştir. En sık uygulanan transobturator suburetral tape (TOT) ve tension-free vajinal tape (TVT) prosedürleri üzerinde yapılan çalışmada 77 kadın üzerinde preoperatif ve postoperatif cinsel fonksiyon değerlendirilmiş. Çalışmada 44 hastaya TOT ve 33 hastaya TVT uygulanmış. Cinsel bozukluk (özellikle disparoni) TOT yapılan grupta TVT'ye göre daha fazla görülse de preoperatif değerlendirmeye göre her 2 grubun cinsel fonksiyon üzerine pozitif etki ettiği gösterilmiştir (17).

Stres üriner inkontinans cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonu değerlendiren güncel bir metaanalizde, bütün SÜİ cerrahileri (TOT, TVT, Burch kolposüspanسیون, otolog fasial sling) için %55,5 oranında cinsel semptomlarda değişiklik olmadığı, %31,9 iyileştiği ve %13,1 kötüleştiği

rapor edilmiş. Miduretral sling operasyonları için cinsel semptomlar %56,7 değişmediği, %33,9 düzeldiği ve %9,4 kötüleştiği bildirilmiş. Semptomlarda iyileşme oranları karşılaştırıldığında her iki miduretral sling operasyonu (TOT vs TVT) arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuş (18).

Aşırı aktif mesane ve cinsel yaşam

Aşırı aktif mesane (AAM) sık idrara çıkma, noktüri ve aciliyet hissi (kontinan veya inkontinan) semptomlarını içeren bir sendromdur (19). Toplumda %10–20 arasında izlenmekte olup yaş arttıkça insidansı artar (20). Günlük fonksiyonu etkilediği ve hayat kalitesini düşürdüğü önceki çalışmalarda gösterilmiştir (21,22). Cinsel yaşamın değerlendirildiği bir çalışmada AAM'ye sahip 34 hasta ele alınmış. Cinsel olarak aktif ve yaş ortalaması 48.4 olan bu hastalar kontinan (n:11) ve inkontinan (n:23) olmak üzere 2 gruba ayrılmış. Kontinan grubun inkontinan gruba göre daha fazla cinsel ilişkiye girdiği saptanmış. İnkontinan grubun %50'sinde cinsel istekte azalma olurken, kontinan grupta >%50 hasta ilişki sırasında ağrı ve işeme hissi nedeniyle ara verdiği bildirilmiş. Her 2 grup da ağrı ve ilişki sırasında idrar kaçırma endişesi nedeniyle orgazma ulaşmada zorluk çektiğini belirtmiş. Ayrıca yaklaşık hastaların üçte biri cinsel konuları doktora iletmemiş, ancak tüm hastalar AAM'nin cinsel yaşama etkisi hakkında şikayetlerini belirtmiş (2).

İnternet üzerinden yapılan bir çalışmada yaşları 20 ile 49 arasında değişen 3372 cinsel olarak aktif kadın Bristol kadın AÜSS sorgulaması ve Üİ / hayat kalitesi anketi ile değerlendirilmiş. Sonuçlar sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmış. Buna göre AAM kontrol grubuna göre hayat kalitesini ve cinsel yaşamı sırasıyla 11.0 ve 4.8 kat bozarken, Üİ sırasıyla 2 ve 3 kat bozmaktadır (23).

İnkontinansın cinsel yaşamı nasıl etkilediği tam olarak bilinmese de patofizyolojide birtakım hipotezler ortaya atılmıştır. Serati ve arkadaşları penis penetrasyonunun intrinsek sfinkter yetmezliği ve sistoseli olan kadınlarda inkontinansı artırabileceği ve orgazmın ise detrusorun aşırı aktivitesini tetikleyebileceğini ileri sürmüşlerdir (24). Ancak yine aynı literatürde orgazmik inkontinansı olan AAM'li hastaların %41.2'sinde antimuskarinik ilaçların fayda etmediği ve trigonal vanilloid reseptörlerin detrusor instabilitesine neden olabileceği belirtilmiş (24). Vanilloid reseptörler transient reseptör potansiyel vanilloid ailesinin

(TRPV1) üyesi olup alt üriner sistemde kas, mukoza ve ürotelyumda bulunur. Non selektif iyon kanalı olan vanilloid reseptörler kapsaisin, mekanik stres, soğuk, sıcak ve düşük PH ile aktive olmaktadır (25). Orgazm sırasındaki mekanik stres ve ısı artışı vanilloid reseptörleri aktive edebileceği düşünülmektedir.

Mikst üriner inkontinans ve cinsel yaşam:

Aşırı aktif mesane ve stres üriner inkontinansın birlikte görüldüğü mikst üriner inkontinans ile ilgili yapılan bir çalışmada premenopozal Üİ'li 21 kadın hasta 18 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmış. Mesane disfonksiyon ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişki FSFI anketi ile değerlendirilmiş. Üriner inkontinans grubundaki hastaların sağlıklı kontrollere göre cinsel fonksiyonlarının anlamlı şekilde daha kötü olduğu ancak inkontinans tipleri (AAM, SÜİ, MÜİ) arasında herhangi bir fark olmadığı saptanmış (8).

Yapılan bir başka çalışmada ürodinamik değerlendirmesi yapılan 236 AÜSS veya Üİ olan kadının FSFI skorları karşılaştırılmış. Maksimal sistometrik kapasitenin <200 cc olduğu hastalarda cinsel fonksiyonun anlamlı derecede bozulmadığı izlenmiş. Cinsel fonksiyonu en iyi olan grup kuru AAM'li hastalar iken, en kötü cinsel fonksiyona sahip olan ise MÜİ'li hasta grubu olarak saptanmış. Ürodinamik değerlendirmede ise detrusor aşırı aktivitesine sahip Üİ'li hastalar daha şiddetli cinsel bozukluğa sahip oldukları tesbit edilmiş. Cinsel fonksiyonlardan en fazla istek, lubrikasyon ve orgazmın etkilendiği saptanmış (26).

Cinsel aktivite sırasında inkontinans

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma insidansı değişik

çalışmalarda farklı rapor edilse de Üİ ve cinsel bozukluğu olan kadınların yaklaşık %25'i ilişki sırasında idrar kaçırmaktadır. Stres üriner inkontinans olan kadınlarda koital inkontinans oranı %89.4 iken detrusor aşırı aktivitesi olan kadınlarda bu oran %33.3 olarak rapor edilmiştir (27). Stres üriner inkontinansı olan hastalar daha çok penetrasyon sırasında idrar kaçırdıkça, AAM'ye sahip kadınlar orgazm sırasında idrar kaçırdıkça (2). Koital inkontinans intraabdominal basınç artışı, penis insersiyonu ve derin penetrasyon, aşırı uyarılma ve orgazm, klitoral stimülasyon gibi birçok provakatif olay sonucunda oluştuğu bildirilmektedir (27).

Koital inkontinans hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada orgazm sırasında idrar kaçıranların %69.4'ü AAM'ye sahip iken %10.2'si SÜİ grubuna girmiştir. Bunun yanında penetrasyon sırasında idrar kaçıranların %48.2'si SÜİ grubunda iken %15.7'si AAM grubunda olduğu saptanmış (24). Koital inkontinans, hastaların gerek cerrahi ve gerekse pelvik taban kas egzersiz tedavisi ile anlamlı derecede gerilediği gösterilmiştir (28). Stres üriner inkontinans cerrahisi sonrası koital inkontinansın anlamlı derecede azaldığı (OR 0.12; %95 CI 0.08, 0.17) metaanaliz verileriyle de ortaya konulmuştur (18).

Sonuç

Patofizyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamasına rağmen Üİ'nin cinsel fonksiyona etkisi bilinmektedir. Birlikte görülme oranı dikkate alındığında Üİ olan hastalarda cinsel fonksiyon mutlaka sorgulanmalı. Çoğu zaman Üİ tedavisi cinsel fonksiyonları düzeltmektedir. Alt üriner sistem semptomları ve Üİ'nin cinsel yaşama etkisini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Mehta A, and Bachmann G. Premenopausal women with sexual dysfunction: The need for a bladder function history. *J Sex Med* 2008;5:407-412.
2. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? *J Sex Med.* 2007 May;4(3):656-666.
3. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, Strasser H. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int.* 2008 Mar;101(6):717-721.
4. Lau JT, Cheng Y, Wang Q, Yang X. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among adult married women in rural China: A population-based study. *Int J Impot Res* 2006;18:89-97.
5. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med* 2007;4:311-321.
6. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems—HSDD in Europe. *J Sex Med* 2007;4(suppl 3):211-219.
7. Eplöv L, Giraldi A, Davidsen M, Garde K, Kamper-Jorgensen F. Sexual desire in a nationally representative Danish population. *J Sex Med* 2007;4:47-56.
8. Aslan G, Koseoglu H, Sadik O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. *Int J Impot Res* 2005;17:248-251.
9. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V; Gruppo Interdisciplinare di Studio Incontinenza Urinaria (GISIU). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *Eur Urol.* 2003 May;43(5):535-538.
10. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: Scientific review. *JAMA* 2004;291:986-995.
11. Hilton P, Dolan LM. Pathophysiology of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *BJOG* 2004;111(1 suppl):5-9.
12. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;67:57-67.
13. Yang S-H, Yang J-M, Wang K-H, and Huang W-C. Biologic correlates of sexual function in women with stress urinary incontinence. *J Sex Med* 2008;5:2871-2879.
14. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is

- common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a crosssectional study. *Eur Urol* 2004;45:642–648
15. Voorham-van der Zalm PJ, Lycklama à Nijeholt GAB, Elzevier HW, Putter H, and Pelger RCM. "Diagnostic Investigation of the Pelvic Floor": A helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:864–871.
 16. B.Özel, T.White, R.Urwitz-Lane, S.Minaglia. The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* (2005) 17: 14–17
 17. Pace G, and Vicentini C. Female sexual function evaluation of the tension-free vaginal tape (TVT) and transobturator suburethral tape (TOT) incontinence surgery: Results of a prospective study. *J Sex Med* 2008;5:387–393.
 18. Jha S, Ammenbal M, Metwally M. Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012 Jan;9(1):34–43.
 19. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37–49.
 20. Coyne KS, Margolis MK, Brewster-Jordan J, Sutherland SE, Bavendam T, Rogers RG. Evaluating the impact of overactive bladder (OAB) on sexual health in women: What is relevant? *J Sex Med* 2007; 4:124–136.
 21. Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF, et al. Healthrelated quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: Results from a U.S. community-based survey. *Urology* 2001;57:1044–1050.
 22. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, Kurth H, Abrams P. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Qual Life Res* 2002;11:563–574.
 23. Kim YH, Seo JT, Yoon H. The effect of overactive bladder syndrome on the sexual quality of life in Korean young and middle aged women. *Int J Impot Res* 2005;17:158–163.
 24. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Cromi A, Khullar V, Cardozo L, Bolis P. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. *Eur Urol.* 2008 Oct;54(4):911–915.
 25. Charrua A, Cruz CD, Cruz F, Avelino A. Transient Receptor Potential Vanilloid Subfamily 1 is Essential for the Generation of Noxious Bladder Input and Bladder Overactivity in Cystitis. *J Urol.* 2007 Apr;177(4):1537–1541.
 26. Cohen BL, Barboglio P, and Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. *J Sex Med* 2008;5:1418–1423.
 27. Pastor Z. Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: a systematic review. *J Sex Med.* 2013 Jul;10(7):1682–1691.
 28. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi RE, and Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: A review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med* 2009;6:40–48.