

BİR YIL İÇİNDE KLİNİĞİMİZE GELEN İDRAR ENKONTİNANSI VAK'ALARI

Dr. Füzûzan Selcen (*)

Normal İdrar yolundan, irade dışı idrar kaçırmaya İdrar Enkontinansı denir.

Cemiyet hayatında büyük önem taşır. Genç kadının evlilik ahen-gini bozduğu gibi muhitinde de rahatsız eder, ve huzurunu kaçıır. Yaşlı kadınlar muhitinde tedirgin olduğu gibi müslümanlık görevi olan Namaz kılmada da olanak dışı haller yaratır.

Birçok kadınlar bu durumlarını kendilerinde bir sır olarak sak-lar. Tedavisi olmayan bir sakatlık gibi, kendisini bu duruma alıştı-rmaya gayret eder.

Birçokları tesadüfi olarak hekim tarafından tesbit edilir. Ancak ileri derecedeki enkontinaslar ise hekime baş vurur.

Doğum yapmamış genç kadınlarda çok nadirdir. Olanlarının se-bebi, mal formasyonlar veya bağ dokusunun genel bir zayıflığı hal-lerinde olur ki bu gibilerde hemeroid veya varisler de görülür. İlave-ten nörojenik sebeplerde söyleyebiliriz.

Konumuza girerken birde bu fonksiyonu idare eden faktörleri gözden geçirmek faideli olur.

İdrar kaçırılmaması için fiziksel ve biolojik şart :

İdrarla ilgili organların basıncının (meselâ Mesane ve Uretra) idrar basıncından fazla olmasıdır. Buna göre pek tabiidir ki üretra-nın basıncı mesane basıncından yüksek olursa, idrara hakim oluna-bilir. Bunun aksi hallerde yani, uretra basıncı, mesane ve ureterler basıncından düşük olursa bu hallerde idrar kontrol altında tutulamaz. Ayrıca yapı olarak ta:

Mesane sfinkterleri görevi yapan M. sfinkter vesika internus, Col vesikalı enlilemesine kapatan ve yassı düz adeleden yapılmıştır. M. sfinkter vesika eksternus da irade ile çalışır ve uretra etrafını sarar. Birde mesane dolması halinde pubo vesikal dokunun destek yapma-sı ile uretra da bükülme sağlar ki, bu destek dokusunun zayıflama-

(*) Şişli Çocuk Hastanesi II Kadın - Doğum Kliniği Şefi.

sı ile idrar kaçırmaları görülür. Örneğin, uzun doğum seyri ve Pro-lapsus uteri hallerinde görülür.

Enkontinons vak'alarını fistül ve yalancı enkontinanstan (İsc-hura paradoxa) dan ayırt etmek gerekir. *Teşhis*; eskiden daha ziyade Marchall de Bruin usulünde mesane doldurulur ve hasta öksürtülür. İdrar kaçırıp kaçırmadığı kontrol edilirdi.

Birde BONNEY usulu bir muayene vardır. Parmakla Vagina yolundan uretra yanlarına destek yapacak şekilde basınç yapıp hasta öksürtülür. İdrar kaçırırsa BONNEY testi müsbettir denir. Bu usul bilhassa destek dokusunun yetersizliği tesbitinde yararlıdır.

Ayrıca serebral motor inhibisyonu veya bir uretrit veya çeşitli hipersansivite halleri, mesane papillonu veya mesane duvarına infiltrasyon yapmadan önceki bir karsinom hallerinde meydana çıkabilen inkontinansın teşhisinde sistoskopi yararlı olur. RHİZOPATHİA denen arka sakral sinir köklerinin irritasyonu sonucu trigon bölgesinde ödem veya hiperemi tesbit edilir.

Etioloji :

Esas olarak Nörojeni ve mekanik sebepler rol oynamaktadır.

Nörojenik bozukluklar genellikle omur ilik ile ilgili supra nükle-ar ye infranüklear lezyonlardır. Tabii semptomlar, lezyon, bu hadiseye ne kadar karışmışsa o derecede kendini gösterir.

Ayrıca genç kadınlarda görülen inkontinansın bir sebebi de Mültipl sclerozdur. Omurilik tümörleri ve Syringomiyeli de inkontinans belirtiler ile karakterizedir. Mesane paralizi ile mesanenin aşırı dolması sonucu, birden, uretra basıncını aşması ile incontinans görülebilir. Nörojenik sebepleri bu kadarla bitirmek zorundayım. Zira konumuzla yani cerrahi tedavi ile alakalı olmadığından daha teferruata geçmiyorum. Mekanik sebeplerden; fazla doğum yapmak doğum müdahaleleri, vaginal ameliyatlar ve Abdominal Total hysterectomie ameliyatları, uretra önünde bağdokusu desteğini kaldırıp nedbe dokusu oluşumu ile inkontinansa sebep olur ki bu nedbe sebebi ile olan inkontinans vak'aları, muayenesinde, BONNEY testi negatif görülür.

Gebelik ve tümör hallerinde mesane içi basıncı artması ile inkontinence görülür.

Uretra duvarı ile M. pubo koksikus arasında oluşan adhesyonlar muskulusun kontraksiyonu ile uretranın çekilmesini sağlayarak, enkontinansı meydana getirir. Bu durumu YÖUSSEF tarif etmiştir.

Yaşlılıkta da muskulatürün kontraktıl kuvvetinin azalması ile ve müküs membranın atrofisi ile inkontinans görölüyor. Ayrıca sebep olarak bazı anomali ve malformasyonları da zikredebiliriz.

İdrar inkontinansı hallerinde; stres ile, meselâ, öksürme, aksırma ve cinsel faaliyet esnasında olan hafif şekiller olarak; hareketle veya ağır bir şey kaldırma anında olanları ise ciddi mütelaa etmek-teyiz.

Stres'e bağılı olmıyan inkontinanslar genellikle, psikojenik ve no-rojenik konuda toplandığından, hastanın bir Nöroloğa teslimi en iyi bir hareket olur.

Tedavi Şekli :

Tedaviye geçmeden, iyi bir anamnez şarttır. Çünkü tedavi, oluş sebebi göz önünde tutularak yapılmalı, ayrıca hastanın genel durumu ve yaşda keza segeceğimiz metot yönünden önemlidir.

Basit şekillerde, bazı muskulatürün sistemli ekzersizleri çok iyi sonuç vermektedir. İngelman'a göre en iyi ekzersiz şekli; 1,5-2 ay müddetle ve günde 3 defa 20-30 defa hastaya, idrar ederken ani olarak tutması öğretilerek yaptırılır. Bu şekilde pulbocoksuğius'un kontraksiyonlarının gelişmesi sağlanır ki, pek çok hafif vak'ada, tedavi için yeterlidir. Yaşlı kadınlarda, uretra müküs membranının kalınlaş-tırılması için, küçük dozda Östrojen ve anabolik bir preparat verilebilir.

Bu işte üretritlerin önem taşıması sebebi ile infeksiyon tedavi-side yapılır. Mesane hipertoniisi sebebi ile olan vak'alarda önce ant-kolinerjik ilaç verilir, olmazsa ganglion blokajı yapılır. Buna ce-vap vermez ise pleksus hipogastrikus inferiorun xylocain ile blokajı tavsiye edilir.

Operatif tedavi :

Esas olarak mesane kaidesi ve uretrayı yükseltmektir. Burada faideli bir not olarak şunu belirtmek yerinde olur. Prolapsus veya hysterectomie, vaginal ameliyatında mesaneyi taban kısmından çap-raz dikiş veya bursla reddetmek, muhtemel bir inkontinansa karşı gereklidir.

Ameliyat tekniği olarak Kelly - Marchetti - İngelman - Aldridge ve Millin'in yapmış oldukları metotlar en uygun gördüklerimizdir. Ha-fif inkontinans hallerinde Kelly'nin para uretral doku ile uretrayı

yükselme ve taban takviyesi gayesi ile yapılan yanlamasına tarzındaki 1 veya 2 sütur ile yapılmaktadır. Vagina mukozası kaldırıldıktan sonra ince bir devamlı sonda tatbik edilerek uretra tebarüz ettirilir. Yandaki doku kaldırılıp uretra önünü kapatacak şekilde sütur konur. Bilahare vagina mukozası dikilir. Mesane sondası en az 10 gün sonra alınır.

Bu metotla son 1 yıl içinde 4 vak'aya ameliyat yaptık, ve hepsinde şifa ile kliniğimizden çıkmışlardır. Son olarak da Millen tekniğın tatbik ettiğim vak'ayı arz etmek isterim: Hastamız, 69 yaşında 5 sene önce hysterectomie ameliyatı geçirmiş bir kadın, ameliyattan sonra idrarını tutamamakta ve bu yüzden gelini tarafından evinden atıldığından şikâyet ederek müracaat etmiştir.

Incontinance sebebi ile İstanbul da iki ayrı fakülte kliniğinde ameliyat yapılmış, birinde Kelly, iyileşmeyince diğer klinikte Marc-hetti yapılmış. Vaginadan muayene ile, col vesikada geniş nedbe dokusu hisediliyordu.

Bu vak'ada, Millen'in aponevroz ile askıya alma metodunu tatbik ettim. Fannenstiel şak ile aponevroza kadar indim. 1,5 cm. eninde 2 şerit hazırladım. Kökü solda kalanın ucu sağdan ayrıldı. Diğer tarafta, kökü sağda kalan, ucu soldan ayrıldı. Batın adelesinin altına geçip künt olarak retropubik boşluğu genişlettim. Peritonu açmamak için sarımsı renkte yağ dokusu ile preperitoneal dokuyu yukarı ittim.

Mesaneye, folley sondası tatbik ederek 250 cc. kadar steril serum dolduruldu. Bu küçük teknik ilâvem, ameliyatı kolaylaştırdığı gibi, aponevroz bağcıklarını tam istediğimiz kısma oturtmaya yaramaktadır. Bu şekilde işaret parmağı ile urater ve kol vesikal etrafına geçirip parmakla askıya aldım. Mesane, dolu balon gibi olduğundan mesane ve uretranın her bölümü rahatlıkla parmağımızın kontrolü altında bulunur. Bu kısmı böylece hazırladıktan sonra, Ameliyatın başında hazırlamış olduğumuz Aponevroz şeritlerinden biri alınır, M. rectus dışından daldırılır, mesane boynunun altından geçirilip karşı taraf m. rectus üzerine dikilir. Subpubiyen boşluğa meç konup, adale ve aponevroz karşılıklı dikilir. Aponevroz gerildiğinden hastayı bir süre batına basınç verdirecek hareketlerden sakındırmak gerekmektedir. 4-5 gün sonra, mesane sondası çıkartılır. Bu vak'amızda, tıbbi yönden şifa bulmuştur. Sosyal durumu itibariyle, hasta, ameliyattan sonra 20 gün yatırılmış sonra evine gönderilmiştir.

Sözlerimin sonunda İngilizman'ın hararetle tavsiye ettiği hususu tekrar etmeden geçemiyeceğim. Der ki: Her inkontinans ameliyatım-

da mesane tabanı ve uretrayı kaldırma işlemi sonunda, Anestezi Mühassısına hastanın öksürtülmesi söylenir. Hasta öksürtüldüğünde, idrar kaçırıyorsa, destek dikişine yine takviye konur. Bu kontrol yapılmadan ameliyata son verilmemelidir.

Özet

Bir yıl içinde gelen idrar enkontinansı vak'aları incelenmiştir.

Oldukça sık raslanan incontinence d'urin vak'aları, genel olarak gözden geçirilmiş, sebeplerine göre ve rahatsızlığın derecesine göre seçilecek tedavi şekilleri zikredilmiştir.

Konumuzda işlenen vak'a da Milliü operasyon tekniği tatbik edilmiş, ancak ameliyat esnasında operatöre kolaylık sağlayacak bir husus olarak Mesanenin doldurulması ile gerek tekniğin tatbiki ve gerekse neticenin daha sağlam olması yönünden küçük bir katkımızı arz ediyorum.

Summary

Cases presenting urinary incontinence were reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Dr. Joseph Funnell
(journal of Hospital Medicine)
- 2 — Te Linde - Richard W.
Operative Gynecology
- 3 — Falk, H.C. and TANCER.
Losa of urethra (obst. Gynec 9/458)
- 4 — AXEL İngelman - Sundberg.
(Karolinska Institutet Stockholm)
- 5 — Milli operation (Fergusson)