

KONTİNANS DERNEĞİ
TERMİNOLOJİ STANDARDİZASYON RAPORU (15/4/2010)

ICS 2002 TERMİNOLOJİ STADARDİZASYON RAPORUNUN (1) KONTİNANS DERNEĞİ
TERMİNOLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TARAFINDAN DİLİMİZE UYARLAMA ÇALIŞMASIDIR

KONTİNANS DERNEĞİ TERMİNOLOJİ ÇALIŞMA GRUBU:

(yazarlar alfabetik sıra ile)

NİHAT ARIKAN, BÜLENT ÇETİNEL, YALÇIN İLKER, TANER KOÇAK, TUFAN TARCAN

GİRİŞ: Alt üriner sistem işlevi terminolojisinin standardizasyonu ürolojinin en sorunlu ve tartışmalı konularından biri olmuştur. Bu terminoloji belirsizliğinin altında şüphesiz hala alt üriner sistem işlevini tam olarak anlayamamamız yatmaktadır. Ancak, zaman içinde alt üriner sistem fizyolojisi hakkındaki bilgilerimizin artması ve değişmesi terminoloji standardizasyonunun da yeni bilgiler ışığında değişimini gerektirmiştir. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society - ICS) Standardizasyon alt komitesi 2002 yılında en son bilgiler ışığında terminoloji standardizasyon çalışmasını sonuçlandırmıştır (1). Bu standardizasyon çalışmasında, çocuklarda ve erişkinlerde geçerli olmak üzere ürodinamik çalışmalar ve alt üriner sistem işlev bozukluğu ile ilgili semptom, işaret, gözlem ve durumlar tanımlanmıştır (1). Artık, uluslararası bilimsel yayın, sunum ve toplantılarda bu terminoloji standardizasyonunun kullanılmasına karar verilmiştir. Bu yüzden, yeni terminolojinin tüm ürologlar ve nöroüroloji ile ilgili bilim adamları tarafından anlaşılması önem taşımaktadır. Özellikle, yurt dışı yayınlarda yeni terminolojinin kullanılmaması yayının kabulü açısından sorun yaratacaktır. Kontinans Derneği olarak bu yeni terminoloji standardizasyonunu üroloji literatüründe, Türkçe yayın ve sunumlarda kullanabilmek amacıyla dilimize çevirmeye çalıştık. Bunu yaparken “İnkontinans”ı idrar kaçırma olarak çevirirken, “stres” gibi dilimize yerleşmiş, ayrıca tam karşılığı tek kelimeyle ifade edilemeyecek terimleri oldukları gibi bıraktık. Terimlerin mümkün olduğu kadar kulağa hoş gelmesine ve pratik olmasına gayret ettik. Aşağıdaki Türkçe terminoloji standardizasyonunun, Türk Üroloji literatüründe kadın ve işlevsel üroloji (nöroüroloji) alanında kavram ve dil birliğini, uluslararası literatür ile uyumlu olarak sağlamasını umuyoruz.

KAYNAKLAR: 1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the

1- ALT ÜRİNER SİSTEM BELİRTİLERİ (AÜSB) AÜSB hasta tarafından tanımlanır. Belirtiler ya hasta tarafından doğrudan dile getirilir ya da sorgulama ile öğrenilebilir, kimi zaman da hastanın bakımından sorumlu kişilerce ortaya konur. AÜSS üç guruba ayrılır:

- 1- İdrarın depolanması ile ilgili belirtiler
- 2- İdrarın boşaltılması ile ilgili belirtiler
- 3- İşeme sonrası görülen belirtiler

1.1 İDRARIN DEPOLANMASI İLE İLGİLİ BELİRTİLER: Mesane depolama evresinde ve klasik olarak gündüz işeme sıklığı ve gece işemesi şeklinde görülür.

* Gündüz sık işeme Hasta gün boyunca çok sık idrar boşalttığını ifade eder

***Noktüri (gece işemesi):** Kişinin bir veya daha fazla idrar boşaltmak için gece uyanmak zorunda kalmasıdır. (Bkz Not-1)

***NOT-1:** Gece idrar boşaltma sıklığı, uykudan uyanarak idrar boşaltmadan farklıdır. Bu durum kişinin yatağa girip uyuyuncaya kadar geçen süredeki idrar boşaltmalarını da içerir. Aynı şekilde sabah erken saatlerde uandıktan sonra kişinin tekrar uykuya dönmesini engelleyen idrar boşaltmalarını da kapsar. Uyku öncesi ve sonrası görülen bu işemeler noktürenal poliüri gibi araştırma konularında incelenmelidir.*

***Sıkışma (urgency):** Aniden gelen, bekletilmesi zor hatta mümkün olmayan idrar boşaltma duyumudur.

***İdrar kaçırma:** Her türlü idrar kaçırma şikayetidir. (Bkz Not-2)

***NOT- 2:** İnfantlarda ve küçük çocuklarda idrar kaçırma tanımı uygun değildir. Bu durumlarda idrar kaçırma durumunun daha ayrıntılı açıklanması gerekir.*

İdrar kaçırma, tipi, sıklığı, şiddeti, idrar kaçmasına zemin oluşturabilecek faktörler, sosyal, hijyenik ve yaşam kalitesi üzerine etkileri, ıslanmadan korunmaya yönelik alınan tedbirler, hastanın idrar kaçırma nedeni ile yardım arayıp aramadığı açısından tanımlanmalıdır. (Bkz Not-3)

***NOT-3:** Eski ICS idrar kaçırma tanımındaki "sosyal veya hijyenik sorunlar" yaşam kalitesi değerlendirmesinin ana unsurları olarak ele alınmalıdır. Gerek yaşam kalitesini gerekse idrar kaçırma ve diğer AÜSB nin etkilerini değerlendirmek üzere değişik ölçüm yöntemleri geliştirilmiş ve geliştirilmektedir.*

* Stres tipi idrar kaçırma: Bir güç sarf edilmesi, egzersiz, ya da hapşırma veya öksürmeyle idrar kaçmasıdır. (Bkz Not-4)

NOT-4: "Stres idrar kaçırma " terimi İngilizcede taşıdığı anlam bakımından bu tip idrar kaçırma tanımlamak için yetersizdir. Fransızca ve İtalyancada kullanılan "Efor İnkontinans"daha doğru bir tanımlamadır. Ancak efor yada egzersiz tanımlamaları öksürme, hapşırma gibi idrar kaçırma neden olabilecek faktörleri gene de tam olarak yansıtamamaktadır.

* Sıkışma tipi idrar kaçırma: Acil idrar boşaltma ihtiyacı duyulması ile birlikte veya bu duyumu hemen takiben görülen idrar kaçırmadır. (Bkz Not-5)

NOT-5: Sıkışma tipi idrar kaçırma farklı belirtilerle karakterize biçimlerde görülebilir. Örneğin, istemli işemeler arasında sık ama düşük miktarda idrar kaçırma olabilir veya mesanenin tümüyle boşaldığı yüksek miktarlarda kaçırma görülebilir.

***Karışık tipte idrar kaçırma:** Hem sıkışma duyumu ile hem de zorlamaya bağlı idrar kaçırma biçimlerinin bir arada bulunmasıdır.

***Uykuda idrar kaçırma (Enürezis noktürna):** Kişi uykuya daldıktan sonra idrar kaçırmaya başlar. Enürezis herhangi bir idrar kaçağını ifade eder. Eğer uykuda idrar kaçırma kast ediliyorsa mutlaka "noktürnal" sıfatıyla birlikte kullanılmalıdır.

* Sürekli ya da devamlı) idrar kaçırma: Hastanın devamlı idrar kaçırma yakınması vardır.

* **Diğer idrar kaçırma tipleri** değişik ortamlara bağlı olabilir. Örneğin, cinsel ilişki esnasında ya da sadece gülerken (**Gülme idrar kaçırma**) idrar kaçağı ortaya çıkar. Kişi hiçbir şey hissetmeden, herhangi bir zorlama olmadan idrar kaçırdığını ifade edebilir. Duyu olmaması nörolojik bir hastalığa bağlı olabilir.

***Mesane duyusu** hastanın öyküsü alınırken beş kategoride tanımlanabilir.

Normal: Kişi mesanesinin dolmasının farkındadır ve bu duyu giderek artarak sonunda çok kuvvetli işeme duyumu ortaya çıkar.

Artmış: Kişi dolmuş fazının erken döneminde ve kalıcı bir işeme arzusu duymaya başlar.

Azalmış: Kişi mesane dolmasının farkındadır ama kuvvetli işeme hissi duymaz

Duyu olmaması: Kişi mesane dolmasını hissetmez, işeme duyumu yoktur

Özgün olmayan duyu: Kişi mesaneye özgü dolmuş duyusunu hissetmez ancak mesane dolmuş, karın dolgunluğu, kasılma ya da vegetatif belirtiler olarak algılanabilir. (Bkz Not-6)

NOT-6: Bu özgün olmayan belirtiler sıklıkla nörolojik hastalarda, özellikle spinal kord yaralanmalarında ve spinal kord malformasyonu olan çocuk ve erişkinlerde görülür.

1.2 İDRARIN BOŞALTIMASI İLE İLGİLİ BELİRTİLER

***Zayıf idrar akımı:** Kişi daha önceki idrar akımına göre ya da diğer kişilerin idrar akımları ile karşılaştırarak idrar akımının zayıf olduğunu belirtebilir.

***Çatallı, dağınık idrar akımı** bildirilebilir.

***Kesintili idrar akımı**, işeme esnasında bir veya birkaç kez idrar akımının durup tekrar başladığı akım biçimidir.

* **İdrara geç başlama** kişi idrar yapmak için kendisini hazırladıktan sonra işemeyi başlatmakta zorlandığını ifade eder, bu da işemenin başlatılmasında bir gecikmeye neden olur.

* **Zorlanarak idrar yapma** idrar boşaltımını başlatmak ya da boşaltma işlemini güçlendirmek için kas gücü kullanılması gerektiğini ifade eder. (Bkz Not-7)

***Terminal damlama**, idrar boşaltımının son devresi uzayarak akım iyice zayıflamış, damla damla boşalan bir şekilde gelmiştir.

NOT-7: İdrar akımını başlatmak ya da devam ettirmek için suprapubik basınç kullanılabilir. Credé manevrası bazı spinal kord travmalı hastalar ve azalmış detrusor aktivitesi bulunan kızlarda mesaneyi boşaltmak için kullanılır.

1.3 İŞEME SONRASI BELİRTİLERİ: İşmeden hemen sonra görülen belirtilerdir.

***İdrar boşaltımının tam olmaması duyumu**: İdrar yaptıktan sonra kişi tarafından duyulan kendi kendini açıklayan bir terimdir.

***İşeme sonrası damlama**: Kişi idrar yapmayı (işemeyi) bitirdikten sonra erkeklerde sıklıkla tuvaletten çıktıktan sonra kadınlarda ise tuvaletten kalkarken idrarın kontrolsüz olarak dışarı akması demektir.

1.4 CİNSEL BİRLEŞME İLE İLGİLİ BELİRTİLER

Cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinada kuruluk ve idrar tutamama kadınlarda cinsel ilişki sırasında ve sonrasında görülen yakınmalardır. Bu yakınmalar olabildiğince kapsamlı tanımlanmalıdır. İdrar kaçırma, penetrasyon sırasında, vajinal ilişki sırasında ya da orgazm sırasında olarak tanımlanmalıdır.

1.5 PELVİK ORGANLARIN SARKMASI İLE İLGİLİ BELİRTİLER

Kitle duyumu, bel ağrısı, ağırlık duyumu veya işeme veya defekasyon yapmak için dışarı çıkan organı parmakla yerine yerleştirme gereksinimi pelvik organ sarkması olan kadınların tanımladığı yakınmalardır. Bu yakınmalar olabildiğince kapsamlı tanımlanmalıdır.

1.6 GENİTAL BÖLGE VE AŞAĞI İDRAR YOLLARINDA AĞRI (Bkz Not-8)

NOT-8: Strangüri, mesane spazmı ve dizüri terimleri, tanımları zor ve yetersiz olmaları nedeniyle alt üriner sistem işlev bozukluğu tanımında ancak tam açıklanarak kullanılmalıdır. Dizüri, kelime anlamı anormal işeme olmasına rağmen çoğunlukla idrar yolu enfeksiyonuna bağlı işeme sırasında yanma-batma duyumunu tanımlamak için kullanılmaktadır. ICS

bu terimlerin gelecekte kullanılmamasını önermektedir.

Kişide ağrı, rahatsızlık ve basınçdan oluşan bir duyum anormalliği yelpazesi söz konusudur. Hastayı en rahatsız eden belirti ağrıdır. Dolum veya işeme fazında ortaya çıkabilir ve işeme sonrasında veya devamlı hissedilir. Ağrının tipi, sıklığı, süresi, ortaya çıkmasına ve kaybolmasına neden olan faktörler ve aşağıda tanımlandığı şekilde yeri belirtilmelidir. ***Mesane ağrısı** suprapubik bölgede hissedilir ve genelde mesane dolumuyla birlikde artar. İşeme sonrasında devam edebilir. ***Üretra ağrısı** üretrada hissedilir ve kişi ağrı bölgesi olarak üretrayı belirtir. ***Vulva ağrısı** dış genital organlarda ve civarında hissedilir. ***Vajina ağrısı** introitus üzerinde içerde hissedilir. ***Skrotum ağrısı** genel bir terim olup hastalar bu ağrıyı bölgeselleştirebilirler. Örneğin epididimlerin herhangi birinin baş kısmında hissedilmesi gibi. ***Perine ağrısı** kadında introitusun arka kenarıyla anüs arasında; erkekte skrotum ile anus arasında hissedilir. ***Pelvik ağrı** mesane, üretra veya perine ağrıları kadar iyi tanımlanamaz ve işeme siklusu (döngüsü) veya barsak işlevi ile daha az bağlantılıdır.

1.7 GENİTO-ÜRİNER AĞRI SENDROMLARI VE ALT ÜRİNER SİSTEM İŞLEV BOZUKLUĞU (AÜSİB) DÜŞÜNDÜREN BELİRTİ SENDROMLARI

Sendromlar, belirtiler gurubu veya değişik kombinasyonları olarak tanımlanabilirler fakat kesin bir tanı belirtmezler. Sendromun oluşabilmesi için bu sendromu tanımlayan belirtiyeye ilave en az bir başka belirtinin varlığı gereklidir. Bilimsel yazışmalarda sendromu olan kişilerin sayıları belirtilirken her bir belirtinin görülme sıklığı da verilmelidir. Tanımlanan sendromlar gerçek nedeni tanımlanamamış işlevsel patolojilerdir. Öykü alınması, fizik muayene ve uygun tetkiklerin infeksiyöz, neoplastik, metabolik ve hormonal belirgin lokal patolojileri ayırd ettiği kabul edilmektedir.

1.7.1 Genitoüriner ağrı sendromları kronik özelliktedir. Alt üriner sistem, barsak ve jinekolojik ya da cinsel yakınmalar ana yakınma olan ağrıya eşlik edebilirler.

***Ağrılı mesane sendromu** dolum fazına ait suprapubik ağrıdır. İspatlanmış bir üriner infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur ve tabloya gündüz ve gece sık idrar gibi diğer semptomlar eşlik eder. (Bkz Not-9)

***NOT-9:** ICS, bu terimi "interstisiyel sistit" terimine tercih etmektedir. İnterstisiyel sistit, sistoskopik ve histolojik doğrulama gerektiren özgün bir tanımdır. Mesane ağrısı değerlendirmesinde karsinoma in situ ve endometriozis ekartasyonu gerekli olabilir.*

***Üretral ağrı sendromu** işeme sırasında devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan üretra ağrısı olmasıdır. İspatlanmış bir üriner infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur ve tabloya gündüz sık idrar

ve noktüri eşlik eder.

***Vulval ağrı sendromu** devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan vulva ağrısı olmasıdır. Bu ağrı işeme döngüsü ile ilgili olabilir; gündüz işeme sıklığı gibi diğer AÜSS ile ya da cinsel işlev bozukluğu ile beraber görülebilir. İspatlanmış bir infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur. (Bkz Not-10)

NOT-10: ICS, "vulvadini" terimini tek bir semptom ve bir sendrom arasında karışıklığa yol açacağı için önermemektedir.

***Vajinal ağrı sendromu** devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan vajinal ağrı olmasıdır. Bu ağrı işeme döngüsü ile ilgili olabilir; AÜSS ile ya da cinsel işlev bozukluğu ile beraber görülebilir. İspatlanmış bir vajinal infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur.

***Skrotal ağrı sendromu** devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan skrotum ağrısı olmasıdır. Bu ağrı işeme döngüsü ile ilgili olabilir; AÜSS ile ya da cinsel işlev bozukluğu ile beraber görülebilir. İspatlanmış bir epididimo-orşit veya belirgin bir patoloji yoktur.

***Perineal ağrı sendromu** devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan perine ağrısı olmasıdır. Bu ağrı işeme döngüsü ile ilgili olabilir; AÜSS ile ya da cinsel işlev bozukluğu ile beraber görülebilir. İspatlanmış bir infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur. (Bkz Not-11)

NOT-11: ICS, "prostadini" terimini tek bir semptom ve bir sendrom arasında karışıklığa yol açacağı için önermemektedir.

***Pelvik ağrı sendromu** devamlı veya ataklar şeklinde tekrarlayan pelvik ağrı olmasıdır. Bu ağrı AÜSB, intestinal, cinsel veya jinekolojik işlev bozukluğu ile birlikte görülebilir. İspatlanmış bir infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur.

1.7.2. AÜSİB düşündürülen belirti sendromları

Klinik uygulamada kişinin AÜSS, fizik muayene bulguları ve idrar analizi ve diğer gerekli tetkiklerin değerlendirilmesinden sonra başlangıç tedaviye bir temel oluşturması amacıyla sıklıkla ampirik tanılar kullanılır. *Genellikle gündüz sık işeme ve gece işemesi ile birlikte görülen **sıkışma hissi** sıkışma tipi idrar kaçırma ile birlikte olsun veya olmasın sıklıkla **aşırı aktif mesane sendromu, sıkışma sendromu** veya **sıkışma-sık idrar sendromu** olarak tanımlanır. Bu belirti kombinasyonları ürodinamik olarak gösterilebilen detrusor aşırı aktivitesini) düşündürür, fakat diğer uretro-vezikal işlev bozukluklarına da bağlı olabilir. İspatlanmış bir üriner infeksiyon veya belirgin bir patoloji yoktur.

***Mesane çıkım tıkanıklığını (MÇT) düşündürülen AÜSB.** Bu terim, bir erkek baskın olarak işeme semptomlarından yakınıyorsa ve bunu açıklayan çıkım tıkanıklığına neden olan olası patolojilerin dışında belirgin bir patoloji ve üriner infeksiyon yoksa kullanılır. (Bkz Not-12)

NOT-12: Kadınlarda işeme semptomları MÇT'dan çok azalmış detrusor aktivitesini düşündürürler.

2. ALT ÜRİNER SİSTEM İŞLEV BOZUKLUĞU (AÜSİB) DÜŞÜNDÜREN İŞARETLER

2.1. AÜSS SIKLIĞININ, ŞİDDETİNİN VE ETKİSİNİN ÖLÇÜMÜ Hastanın işemelerini ve belirtilerini birkaç gün kaydetmesi ile çok önemli kısmen nesnel bilgi elde edilebilir. İşeme olaylarının kaydı 3 ana şekilde olabilir. (Bkz NOT-13)

NOT-13: Valide edilmiş sorgulamalar semptomların, sıklığının, şiddetinin, yarattığı sıkıntının, ve AÜSB'nin yaşam kalitesi üzerine etkisinin kaydedilmesinde faydalıdır. Kullanılan gereçler belirtilmelidir.

İşeme Zaman Çizelgesi : bu yalnız işeme zamanını, gündüz ve gece, en az 24 saat kaydeder.

Sıklık Hacim Tablosu (SHT): bu tablo, işeme zamanına ek olarak işeme hacmini de, gündüz ve gece, en az 24 saat kaydeder.

Mesane Günlüğü: bu tablo, yalnız sıklık ve hacmi değil aynı zamanda idrar kaçırma ataklarını, pet kullanımını ve sıkışma ve idrar kaçırma dereceleri gibi diğer bilgileri de kaydeder. (Bkz Not-13)

NOT-14: Hastadan, aldığı sıvı miktarı ile ilgili bir tahminde bulunmasını istemek faydalıdır. Bu, her içilen sıvının ölçülmesi ile ya da kabaca kaç bardak içildiğinin kaydedilmesi ile yapılabilir. Eğer hasta, bol miktarda su içeren sebze, meyve ya da salata gibi gıdalar alırsa bu idrar üretimini artıracaktır. Diüretik tedavi alınıyorsa bunun zamanı da not edilmelidir.

Aşağıdaki ölçümler sıklık hacim tablosu ve mesane günlüğüne kaydedilebilir:

***Gündüz işeme sıklığı**, uyumadan önceki son işemeyi ve sabah uyanış sonrası ilk işemeyi de içerecek şekilde uyanık saatlerdeki işeme sayısıdır.

***Gece işeme sıklığı**, bir gece uykusu sırasında olan ve öncesinde ve sonrasında uyuma eylemi bulunan işeme sayısıdır.

***24 saatlik işeme sıklığı** 24 saat boyunca gerçekleşen, noktürüyi de içeren total işeme sayısıdır.

***24 saatlik idrar üretimi** sabah ilk idrar sonrası 24 saat boyunca ölçülen idrar miktarıdır. 24 saatlik idrar ölçümü ertesi sabah ilk idrarı da içererek sonlanır.

***Poliüri** erişkinlerde 24 saatlik idrar miktarının 2,8 litreyi aşması ile tanımlanır. İdrar miktarını daha kısa zaman aralıkları ile değerlendirmek faydalı olabilir. (Bkz Not-15)

NOT-15: Poliüri nedenleri çeşitlidir ve başka bir yerde irdelenmiştir. Ancak, davranışsal aşırı su alımını da içerir. "2.8 lt" sınır değeri 40mg/kg/ 70 kg vücut ağırlığına göre hesaplanmıştır.

***Gece boyu idrar hacmi** hastanın uyuma amacıyla yatağa girdiği zamandan, kalkma amacıyla uyandıdığı zamana kadar geçen süredeki idrar hacmidir. Bu nedenle, gece yatmadan önceki son işemeyi içermez ancak, sabah ilk idrarı içerir.

***Noktürnal poliüri** 24 saatlik idrar üretiminin 1/3'ünden fazlasının gece (*gece, normal olarak yatakta 8 saati*

içerir) olmasıdır. Gece idrar üretimi gece yatmadan önceki son işemeyi içermez ancak, sabah ilk idrarı içerir. (Bkz Not 16)

NOT-16: Gece idrar üretimi yaşla değişir ve normal değerleri henüz belirlenmemiştir. Bu yüzden, noktürnal poliüri sınır değeri %20'den (genç erişkinler için), %33'e kadar (65 yaşın üstü) bir aralıktadır. Yani, kesin tanım yaşa göre değişir.

***İşenen maksimum idrar miktarı** tek bir işeme sırasında elde edilen en yüksek idrar hacmidir ve sıklık/hacim tablosundan ya da mesane günlüğünden, belirlenir. Kayıt süresince maksimum, ortalama ve minimum değerler belirlenebilir (Bkz Not-17)

NOT-17: "İşlevsel mesane kapasitesi" terimi, "işenen idrar hacmi" terimine göre daha fazla kafa karıştırıcı olduğu için önerilmedi. Mesane kapasitesi terimi kullanıldığında mesane kapasitesinin bir yöntemle, örneğin ultrason ile ölçülmüş olması gereklidir. Erişkinlerde işenen hacimler çok değişkendir. Çocuklarda beklenen hacim $(30 + (\text{yıl olarak yaş} \times 30))$ ml olarak hesaplanabilir. İşeme sonrası kalan idrar olmadığını kabul edersek bu değer "beklenen mesane kapasitesidir".

2.2 FİZİK İNCELEME: Abdominal, pelvik, perineal ve odaklanmış nörolojik inceleme AÜSİB olan hastaların değerlendirilmesinde temeldir. Olası nörolojik AÜSİB bulunan hastalarda daha ayrıntılı nörolojik inceleme gereklidir.

2.2.1 Abdominal: Mesane abdominal palpasyon ya da suprapubik perküsyon ile hissedilebilir. Suprapubik ya da iki elle vajinal inceleme sırasında uygulanan basınç hastada işeme isteği uyandırabilir.

2.2.2 Perineal/genital inspeksiyon derinin incelenmesi (örneğin atrofi ya da deri sıyrılmasının tanınması), anatomik bozuklukların tanınması ve idrar kaçırmanın gözlenmesini içerir.

***İdrar kaçırmaya (işaret)** fizik inceleme sırasında görülen üretral ya da üretra dışı idrar kaçağını tanımlar.

***Stres tipte idrar kaçırmaya**, ıkınma/efor ya da hapşırma/öksürme ile üretradan istemsiz idrar kaçağını ifade eder. (Bkz NOT-18) Artmış intraabdominal basınca bağlı olduğu var sayılır.

NOT-18: Öksürme detrusor kontraksiyonu yaratabilir. Dolayısıyla, stres tipi idrar kaçırmaya bulgusu ancak kaçırmaya ilk öksürük ile aynı anda başlayıp o öksürüğün sonunda kaybolursa ürodinamik stres tipi idrar kaçırmanın güvenilir bir göstergesidir.

***Ekstraüretral idrar kaçırmaya**, üretra dışı kanallardan idrar kaçağının gözlenmesi ile tanımlanır.

***Sınıflanamayan idrar kaçırmaya**, belirti ve semptomlar ışığında yukarıdaki sınıflara sokulamayan idrar kaçağı demektir.

2.3.3 Vajinal inceleme, gözlenen ve palpe edilen anatomik bozuklukların tanımlanmasını, pelvik taban kas işlevinin değerlendirilmesini sağlar. ICS Pelvik Organ Prolapsus Raporu'nda buradaki tanımların daha ayrıntılı açıklamaları bulunmaktadır.

***Pelvik organ sarkması** anterior ve/veya posterior vajinal duvar ve/veya vajinal apex (serviks ve uterus) ve/veya histerektomi sonrası vajinal kaf desensusu olarak tanımlanır. Sarkmanın olmaması evre sıfır olarak tanımlanır ve prolapsus evre "I" den "IV" e kadar derecelendirilir. Pelvik organ **sarkması** idrar kaçırma ya da diğer AÜSS ile birlikte olabilir ve bazen idrar kaçırmayı maskeleyebilir.

***Anterior vajinal duvar sarkması** anterior vajinanın desensusu demektir. Üretrovezikal bileşkenin (bu dış üretral meanın 3 cm proksimalinde bir noktadır) ya da bu bileşkenin proksimalindeki herhangi bir noktanın, himen planına 3 cm'den daha az kalacak şekilde yaklaşmasını tanımlar.

***Vajinal apex sarkması** histerektomi sonrası vajinal kaf nedbesinin ya da serviksin himen planına 2 cm'den daha az kalacak şekilde desensusu demektir.

* **Posterior vajinal duvar sarkması** posterior vajinal duvarın, orta noktasının ya da daha proksimalinde bir noktanın himen planına 3 cm'den daha az kalacak şekilde yaklaşmasını tanımlar.

2.2.4 Pelvik taban kas işlevi kalitatif olarak dinlenme tonusu ve istemli kasılmanın güçlü, zayıf veya olmaması ile veya Oxford sistemi gibi valide edilmiş bir sistem kullanılarak tanımlanabilir. Kasılma görülebilir, palpe edilebilir, elektromiyografi ya da perinometri ile ölçülebilir. Pelvis tabanı kas işlevi değerlendirme kriterleri güç, devamlılık, yer değiştirme ve tekrarlanabilirlik.

2.2.5 Rektal inceleme, gözlenen ve palpe edilen anatomik bozuklukların tanımlanmasını sağlar. Erkeklerde ve çocuklarda pelvik taban kas işlevinin en kolay değerlendirme yöntemidir. Ayrıca, idrar kaçırması bulunan çocuklarda fekal birikimi tanıyabilmek için rektal inceleme şarttır.

* **Pelvik taban kas işlevi** niteleyici olarak parmakla rektal incelemede dinlenme tonusu ve istemli kasılmanın güçlü, zayıf veya olmaması ile tanımlanabilir.

2.3 Ped testi idrar kaçırma ataklarında kaybedilen idrar hacminin hesaplanmasında kullanılır. Kısa uyarıcı bir testten 24 saatlik bir teste kadar farklı şekillerde yapılabilir.

3. ÜRODİNAMİK GÖZLEMLER VE ŞARTLAR

3.1 ÜRODİNAMİK TEKNİKLER Ürodinamik tekniğin iki ana tipi vardır:

***Geleneksel) ürodinamik çalışmalarda** mesane suni olarak doldurulur ve genellikle ürodinami laboratuvarında yapılır. Suni mesane dolumu mesanenin bir kateter yardımı ile belirli bir sıvıyla ve belirli bir hızla doldurulmasıdır.

***Ambulatuvar ürodinamik çalışmalar** doğal mesane dolumu ve hastanın her günlük aktiviteleri

sırasında yapılan alt üriner sistemin işlevsel testidir.(Bkz Not-19) Doğal dolum mesanenin idrar ile dolmasıdır.

NOT-19: Ambulatuvar ürodinami , ürodinami laboratuvarı dışında yapılır ve doğal dolum kullanılır.

Hem dolum sistometrisi hem de basınç akım çalışması aşağıdaki ölçümlere gereksinme duyar.

***Intravezikal basınç** mesanenin içindeki basınçtır.

***Abdominal basınç** mesaneyi çevreleyen basınçtır. Günümüz pratiğinde rektal, vajinal veya nadiren ekstraperitoneal veya barsak stomasından ölçülen basınçtır. Mesane içi basıncın doğru değerlendirilebilmesi için aynı anda abdominal basıncın ölçülmesi gereklidir.

***Detrusor basıncı** intravezikal basıncın mesane duvarı tarafından (aktif ya da pasif) oluşturulan kısmıdır. Mesane içindeki basınçtan abdominal basıncın çıkarılması ile bulunur.

3.2 DOLUM SİSTOMETRİSİ

“Sistometri” terimi işeme döngüsünün dolum fazının incelendiği ürodinamik çalışmadır. Karışıklığı engellemek için aşağıdaki tanımlar önerilmiştir.

***Dolum sistometrisi** mesanenin dolumu sırasında basınç/volüm ilişkisinin ölçüldüğü yöntemdir. Dolum fazı dolunun başlaması ile başlar ve ürodinami uygulayıcısının işemeye izin verdiği ana kadar devam eder. (Bkz Not-20)

NOT-20: ICS dolun hızlarını artık yavaş, orta, hızlı olarak sınıflamamaktadır. Pratikte hemen herkes orta dolun hızını kullanmaktadır ve bunun da geniş bir dağılımı vardır. Dolma hızını fizyolojik kabul edilip edilmeyeceği daha önemlidir.

Dolum sırasında mesane ve üretral işlevin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Mesanenin dolun hızı ikiye ayrılır:

***Fizyolojik dolun hızı** tahmini maksimum idrar üretiminden düşük olan dolun hızıdır. Maksimum idrar üretim oranı (ml/dk) kişinin ağırlığının (kg) 4'e bölünmesi ile bulunur.

* **Fizyolojik olmayan dolun hızı** tahmini maksimum idrar üretiminden fazla olan dolun hızıdır. Mesane depolama işlevi mesane duyumu, detrusor aktivitesi, mesane uyumu ve mesane kapasitesine göre tanımlanmalıdır. (Bkz Not-21)

NOT-21: Dolun sistometrisinde duyunun üretral veya pelvik komponentleri değerlendirmeye almadan sadece mesaneden kaynaklandığını varsaymak yanlış olabilir.

3.2.1 Dolun sistometrisi sırasında mesane duyumu

* **Normal mesane duyumu** ürodinami sırasında belirlenen üç nokta ile tanımlanır ve mesane kapasitesi

ve hastanın semptomları ile birlikte değerlendirilir. - Mesane dolum **ilk duyumu**, dolum sistometrisi sırasında hastanın mesanesinin dolduğunu algıladığı ilk duyumdur. - **İlk işeme isteği**, sistometri sırasında hastanın hemen işeyebileceği duyumun olduğu andır, fakat hasta gerekirse işemeyi geciktirebilir. - **Kuvvetli işeme isteği** sistometri sırasında kalıcı işeme isteğinin idrar kaçırma korkusu olmadan oluşmasıdır.

* **Artmış mesane duyumu** sistometri esnasında düşük mesane hacminde oluşan ve devam eden erken ilk duyum ve/veya erken kuvvetli işeme isteğinin oluşmasıdır.(Bkz NOT-22)

NOT-22: Mesane duyumu subjektif bir değerlendirmedir ve her zaman azalmış mesane hacmini gerektirmez.

***Azalmış mesane duyumu** sistometri esnasında mesane dolarken azalmış duyumdur.

***Mesane duyum yokluğu** sistometri esnasında kişinin mesane duyumunun olmamasıdır.

* **Özgül olmayan mesane duyuları**, sistometri esnasında kişiyi mesanesinin dolduğu hakkında uyarıcı abdominal dolgunluk veya vegetatif semptomlar gibi duyumlardır. *Sistometri sırasında **mesane ağrısı** kendini açıklayan bir terimdir ve anormal bir bulgudur. *Sistometri sırasında **sıkışma**, dolum sırasında ani ve zorlayıcı işeme duyumu oluşmasıdır.(Bkz Not-23)

NOT-23: ICS artık motor sıkışma (motor urgency) ve duyuşal sıkışma (sensory urgency) terimlerini önermemektedir. Bu terimler hem genellikle yanlış kullanılmakta hem de net karşılıkları yoktur. Sıkışmayı detrusor aktivitesinin olup olmaması ile ilişkilendirmek, özellikle aynı anda üretral basınç düşüyorsa, daha basittir.

* **Veziko-üretral duyu eşiği**, incelenen alanda kararlı olarak duyum oluşturabilen en düşük akımdır.

3.2.2 Dolu sistometrisi sırasında detrusor işlevi

Günlük yaşamda birey detrusor aktivitesini idrar yapabilecek uygun bir yer bulana kadar baskılar. Bu nedenle, dolu çalışmasının amaçları oluşunca ve hasta işeme isteği duyunca işemeye izni verilir. Bu izinden önceki her türlü detrusor aktivitesi istemsiz detrusor aktivitesi olarak tanımlanır.

***Normal detrusor işlevi**: Basınçta değişiklik olmadan veya çok az değişiklik ile mesanenin dolmasına izin verir. İstemsiz fazik kasılmalar kendiliğinden veya uyarılma ile oluşmaz.

* **Detrusor aşırı aktivitesi** istemsiz detrusor kasılmaları ile karakterize olan ürodinamik bir izlemdir. Kendiliğinden veya uyarılma ile olabilir. (Bkz Not-24)

NOT-24: İstemsiz detrusor kasılmasının cmH₂O olarak bir alt limiti yoktur, ancak 5 cmH₂O'dan az olan basınç dalgalarını doğru değerlendirmek için yüksek kalitede ürodinamik teknik gereklidir.

Detrusor aşırı aktivitesinin bazı şekilleri vardır:

***Fazik detrusor aşırı aktivitesi** karakteristik bir dalga formudur. İdrar kaçırmaya yol açabilir veya açmayabilir.(Bkz Not-25)

NOT-25: Fazik kasılmalar herhangi bir duyum ile birlikte olmayabilirler veya ilk işeme duyumu olarak değerlendirilebilirler.

***Terminal detrusor aşırı aktivitesi** sistometrik kapasiteye erişildiğinde oluşan ve baskılanamayan, çoğu zaman mesaneyi boşaltan işemeye yol açan tek bir istemsiz kasılma olarak tanımlanır (Bkz Not-26).

NOT-26: Terminal detrusor aşırı aktivitesi yeni bir ICS terminolojisidir: Tipik olarak azalmış mesane duyumu ile birlikte dir. Örnek olarak serebrovasküler kanama geçiren hastalarda işeme kasılması olduğunda sıkışma hissedilir. Bununla birlikte tam spinal kord travması olanlarda hiç duyum olmayabilir.

*** Detrusor aşırı aktivite** idrar kaçırmayı istemsiz bir detrusor kasılması sonucunda oluşan idrar kaçırmayı durumuna denir. Duyu kusuru olmayan bir hastada sıkışma duyumu, idrar kaçırmaya hadisesinden hemen önce ortaya çıkmaktadır. (Bkz Not-27)

NOT-27: ICS motor sıkışma idrar kaçırmaya “motor urge incontinence” ve refleks idrar kaçırmaya “reflex incontinence” terimlerinin hem sezgisel bir anlamları olmadığı hem de genellikle yanlış kullanıldıkları için artık kullanılmamalarını önermektedir.

Detrusor aşırı aktivitesi sebebe göre de değerlendirilmelidir. Örneğin; ***Nörojenik detrusor aşırı aktivitesi:** Eğer ilgili bir nörolojik sebep varsa kullanılır. Detrusor hiperrefleksisi teriminin yerini almaktadır. ***Açıklanamayan detrusor aşırı aktivitesi:** Belirli bir sebep yoksa kullanılır. Detrusor instabilitesi teriminin yerini almaktadır. (Bkz Not-28)

NOT-28: ‘Detrusor Instabilitesi’ ve ‘Detrusor Hiperrefleksisi’ terimleri İngilizce konuşan ülkeler ve İskandinavya’da ICS’nin 1976’daki ilk raporundan önce genel terimler olarak kullanılıyordu. Bu terimler üzerinde, sırasıyla, ‘açıklanamayan’ ve ‘nörojenik’ aşırı detrusor aktivitesi olarak uzlaşıldı. Bu terimlerin gerçek bir mantıksal yada sezgisel anlamları olmadığından ICS bu terimlerin artık terk edilmesi gerektiğine inanmaktadır.

Klinik ve araştırma pratiğinde, nörolojik incelemenin derinliği değişmektedir. Büyük olasılıkla nörolojik incelemenin derinliği arttıkça nörojenik/açıklanamayan detrusor aşırı aktivitesi oranı da artacaktır. Aşırı detrusor aktivitesinin diğer şekilleri görülebilir, örneğin uyumsuz sfinktere karşı işemeye çalışan omurilik hasarlı hastalarda fazik ve terminal detrusor aşırı aktivitesinin birlikteliği ve, devamlılık gösteren yüksek basınçlı detrusor kasılmaları görülmektedir.

***Uyarıcı manevralar**, ürodinami sırasında, hızlı doldurma, soğuk veya asit sıvılar kullanma, pozisyon değiştirme ya da el yıkama gibi aşırı detrusor kasılmaları uyandırmaya yönelik işlemlerdir.

3.2.3 Dolum sistometrisi sırasında mesane uyumu

***Mesane uyumu**, mesane hacmine ait değişiklikler ile detrusor basıncındaki değişiklikler arasındaki ilişkiyi tanımlar. Mesane uyumu volüm farkının (ΔV) detrusor basınç farkına (Δp_{det}) bölünmesi ile bulunur. Birimi ml/cmH₂O'dir. (Bkz Not-29)

NOT-29: Klasik dolum sistometrisi esnasında saptanan düşük mesane uyum bulguları genellikle mesanenin hızlı doldurulmasına bağlıdır. Eğer ambulatuar ürodinamideki gibi fizyolojik hızlarda mesane doldurulacak olursa düşük uyum görülme sıklığının anlamlı bir şekilde azaldığı görülür.

Mesane uyumunu hesaplamak için çeşitli yöntemler tanımlanmıştır. ICS, uyumu hesaplamak için iki standart noktanın kullanılmasını önermektedir. Bu noktalar:

1. mesaneyi doldurmaya başlamadan hemen önceki basınç ve mesane hacmi (genellikle sıfırdır) ve
2. sistometrik kapasitedeki ya da ciddi biçimde idrar kaçırmaya neden olacak bir detrusor kasılması başlamadan hemen önceki detrusor basıncıdır. Kasılma ve sonrasındaki idrar kaçırmaya sonucunda mesane kapasitesi azalacağından bu uyumu etkileyecektir).

Her iki nokta da detrusor kasılmaları hariç tutularak ölçülür.

3.2.4 Mesane kapasitesi: dolum sistometrisi sırasında

***Sistometrik kapasite**, dolum sistometrisinin sonunda genellikle işemeye izin verildiğinde elde edilen mesane hacmidir. Sonlanma noktası mutlaka belirtilmelidir, örneğin doldurma hastanın normal idrar yapma isteği geldiğinde sona erdirilmişse bu husus belirtilmelidir. Sistometrik hacim, işenen idrar miktarı ile mesanede kalan idrarın toplamıdır.(Bkz Not-30).

NOT-30: Bazı işlev bozukluğu tiplerinde sistometrik kapasite aynı şekilde tanımlanamaz. İdrar duyumunun olmadığı vakalarda maksimum sistometrik kapasite doktorun doldurma işlemi sona erdirdiği hacimdir. Dolunun durdurulma nedeni belirtilmelidir. Örneğin yüksek detrusor dolum basıncı, yüksek infüzyon volümü ya da ağrı gibi. Sfinkter yetersizliğinde maksimum sistometrik kapasite üretranın, örn. Foley sonda ile tıkanmasına bağlı anlamlı biçimde artabilir

***Maksimum sistometrik kapasite**, idrarı normal olarak hissedebilen hastalarda, artık daha fazla kendini tutamayacağını ifade ettiği hacimdir.

***Maksimum anestezi mesane kapasitesi**, mesanenin derin genel ya da spinal anestezi altında en fazla

doldurulabildiği hacimdir ve anestezinin tipine, dolum hızına, dolum zamanına ve basıncına göre özelleştirilmelidir.

3.2.5 Dolum sistometrisi esnasında üretral işlev

Depolama esnasında üretra kapanma mekanizması **normal** veya **yetersiz** olabilir.

***Normal üretra kapanma mekanizması**, abdominal basınç artmış olsa bile, mesane dolarken pozitif bir üretra kapanma basıncı oluşturarak devamlılık gösterir ancak bu detrusor aşırı aktivitesi tarafından aşılabılır.

***Yetersiz üretra kapanma mekanizması**, detrusor kasılması olmaksızın idrar kaçmasına imkan tanınması şeklinde tanımlanır. *Aşırı detrusor aktivitesi veya karınıçi basınç artışı olmaksızın üretranın gevşemesine bağlı idrar kaçırmaya **üretral gevşeme tipi idrar kaçırmaya** adı verilir. (Bkz Not-31)

***NOT-31:** Üretral basınçtaki dalgalanmalar “duragan olmayan üretra” olarak tanımlanmıştır. Ancak bu dalgalanmaların önemi ve terimin bizzat net olmayışı nedeniyle ICS artık bu terimi önermemektedir. Eğer semptomlar düşen üretral basınç ile ilgili ise o zaman tam bir tanımlama yapmak gerekir.*

***Ürodinamik stres** idrar kaçırmaya detrusor kasılması olmaksızın, karın içi basınç artışına bağlı, mesane içi basınç artarken ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırmaya denir. Ürodinamik stres idrar kaçırmaya şimdi gerçek stres idrar kaçırmaya yerine tercih edilen terim olmuştur. (Bkz Not-32)

***NOT-32:** Stres idrar kaçırmaya olan hastalarda üretral özellikler aşırı mobil fakat iyi intrinsik işlev gösteren bir üretradan, fiks fakat zayıf intrinsik işlev gösteren bir üretraya kadar değişebilir. Üretral hipermobilité ve intrinsik sfinkter yermezliği tanımları ek araştırma gerektirir.*

3.2.6. Dolum sistometrisi sırasında üretral işlevin değerlendirilmesi

* Üretral basınç ölçümü

- **Üretral basınç**, kapalı üretrayı sadece açmak için gereken sıvı basıncı olarak tanımlanır.
- **Üretral basınç profili**, üretra uzunluğu boyunca elde edilen basınç grafiğidir.
- **Üretral kapanma basınç profili**, üretral basınçtan mesane içi basıncın çıkartılmasıyla elde edilir.
- **Maksimum üretra basıncı** ölçülen profildeki en yüksek basınçtır.
- **Maksimum üretra kapanma basıncı (MUKB)** üretra basıncı ile mesane içi basınç arasındaki en yüksek farktır.
- **İşlevsel profil uzunluğu**, kadınlarda, üretral basıncın mesane içi basıncı aştığı üretra bölümünün uzunluğudur. (Dipnot 35)
- **Basınç iletim oranı** stres anında üretral basınç artışının, aynı anda oluşan intravezikal basınç

artışına oranıdır.

- **Abdominal kaçırma anı basıncı**, detrusor kasılması olmaksızın karın içi basıncın artmasına bağlı idrar kaçırmanın görüldüğü mesane içi basınçtır. (Bkz Not-33)

NOT-33: Kaçırma Anı Basıncı (KAB), hem rektum, vajen, mesane gibi ölçümün yapıldığı yere, hem de öksürük, valsalva manevrası gibi basıncın oluştuğu eyleme göre değerlendirilmelidir. KAB, temel aldığı alt basınç seviyesine göre 3 şekilde hesaplanabilir: 1. “Sıfır” çizgisine göre ortaya çıkan artış, 2. “Sıfır” hacimde ölçülen intravezikal basınca göre artış 3. Öksürük ya da valsalvadan hemen önceki (genellikle mesane 200 veya 300 ml doluyken) intravezikal basınca göre artış. KNB ölçümünde temel alınan basınç tanımlanmalıdır

- **Detrusor Kaçırma Anı Basıncı (DKAB)** detrusor kasılması ya da abdominal basınç artışı olmaksızın, idrar kaçırmanın oluştuğu en düşük detrusor basıncı olarak tanımlanır.(Bkz Not-34)

NOT-34: DKAB daha çok, mesane uyumu azalmış nörojenik hastalarda üst üriner sisteme ait problemleri anlamada kullanılır. ICS, DKAB'yi detrusor kontraksiyonu olmaksızın ölçerken, bazıları DKNB'ni istemsiz detrusor kasılmaları esnasında ölçmektedir.

3.3 Basınç Akım Çalışmaları

İşeme detrusor ve üretra işlevi ile tanımlanır ve idrar akım hızı ve işeme basınçları ile değerlendirilir. Basınç akım çalışmaları, mesane boşaltımı sırasında mesane içi basınçla idrar akım hızı arasındaki ilişkiyi ölçen yöntemdir. İşeme fazı “işemeye verilen izin” ya da kontrolsüz işeme ile başlar ve hastanın işemeyi bitirmesi ile sona erer.

3.3.1. İdrar akım ölçümü İdrar akımı ya “devamlı” (kesintisiz) ya da “aralıklı” (işeme durur ve tekrar başlar) olarak iki tipte tanımlanır. Devamlı idrar akım eğrisi “düzgün şekilli” ya da eğer devamlı akım sırasında birden fazla tepe noktası varsa “oynak”olarak tanımlanır. ***Akım hızı** üretradan birim zamanda atılan idrar miktarını gösterir. ***İşenen hacim** üretradan atılan toplam idrar hacmidir. ***Maksimum akım hızı** artefaktlar temizlendikten sonra, ölçülen en fazla akım hızıdır. ***İşeme zamanı** işemenin total süresidir, duraklamaları da içerir. Kesintisiz işemede, işeme zamanı akım zamanına eşittir. ***Akım zamanı** ölçülebilen akımın gerçekleştiği süredir. ***Ortalama akım hızı** işenen hacminin akım zamanına oranıdır. Ortalama akım hızının hesaplanması yalnız akım devamlı ise ve idrar sonu damlama yoksa anlamlıdır. ***Maksimum akıma kadar geçen süre** işemenin başladığı andan maksimum akım hızının gerçekleştiği zamana kadar geçen süredir.

3.3.2. Basınç akım çalışmaları (BAÇ) sırasında mesane basınç ölçümleri: Aşağıdaki ölçümler her bir basınç eğrisine uygulanabilir: intravezikal, abdominal ve detrusor basınçları

***İşeme öncesi basınç** ilk izovolümetrik kasılmadan hemen önce ölçülen basınçtır.

***Açılış basıncı** idrar akımının başlangıcında ölçülen basınçtır. (gecikmeyi göz önünde bulundurun)

***Açılış zamanı** detrusor basıncındaki ilk artıştan akımın başlamasına kadar geçen süredir. Bu, işemenin başlangıç izovolümetrik kasılma süresidir. Açılış zamanının hesaplanmasında akım ölçümündeki gecikme hesaba katılmalıdır.

***Maksimum basınç** ölçülen basıncın en yüksek değeridir.

***Maksimum akımda basınç** maksimum akım hızında kaydedilen en düşük basınçtır.

***Kapanış basıncı** ölçülen basıncın sonundaki basınçtır.

***Minimum işeme basıncı** ölçülebilen akım süresinde elde edilen en düşük basınçtır. Bu basınç açılış ya da kapanış basınçlarına eşit olmak zorunda değildir. ***Akım gecikmesi** mesane basıncındaki bir değişiklik ile akımda buna uyan değişiklik arasındaki gecikme süresidir.

3.3.3 İşeme sırasında detrusor işlevi

* **Normal detrusor işlevi** Normal işeme, tıkanıklık yokluğunda ve normal sürede, tam mesane boşalmasını sağlayabilecek, istemli başlatılan, kesintisiz detrusor kasılmasını gerektirir. Bir detrusor kasılması için, kaydedilen basınç artışının derecesi çıkım direncinin derecesine bağlıdır.

***Anormal detrusor aktivitesi** şöyle sınıflanabilir: - **Hipoaktif detrusor** normal süreden uzamış ya da yetersiz mesane boşalması ile sonuçlanan yeterli güçte ya da devamlılıkta kasılamayan detrusoru tanımlar. - **Kontraksiyonsuz detrusor** ürodinamik çalışmalarda kasılması gösterilemeyen detrusoru tanımlar. (Bkz Not-36)

NOT-36: Normal detrusor kasılması, yüksek çıkım direnci varlığında (örneğin meatal stenoz) yüksek basınçlı; normal çıkım direnci varlığında normal basınçlı; üretral direnç düşüğe (üretral yetmezlik) düşük basınçlı olarak tanımlanır. İleri derecede üretral yetmezliğe bağlı stres tipte idrar kaçırma

kadınlarda işeme sırasında detrusor kasılması gösterilmesi zor olabilir. Bu durumda bir Foley kateterin balonu mesane boynuna dayandırılarak işeme sırasında detrusor kasılması gösterilebilir.

- **İşeme sonrası kalan (İSK)** işemenin sonunda mesanede kalan idrar miktarını tanımlar. (Bkz Not-37)

NOT-37: Eğer tekrarlanan serbest idrar akım ölçümü sonrası kalan idrar yoksa, ürodinamik çalışmalarda bulunan işeme sonrası kalan idrar ölçümleri artefakt olarak kabul edilmelidir.

3.3.4. **İşeme sırasında üretral işlev** İşeme sırasında üretral işlev: - **Normal** olabilir: üretra açılır ve mesanenin normal basınçla boşalabilmesi için devamlı gevşek kalır. - **Anormal** olabilir: üretral aşırı aktiviteye bağlı tıkanıklık olabilir ya da büyümüş prostat ya da üretra darlığı nedeniyle üretra açılmaz
***Mesane çıkım tıkanıklığı** artmış detrusor basıncı ve azalmış idrar akım hızı ile karakterizedir. Eş zamanlı Qmax ve Pdet değerleri ile tanısı koyulur (Bkz Not-38)

NOT-38: Mesane çıkım tıkanıklığı, erişkin erkekler için tanımlanmış ancak henüz çocuklar ve kadınlar için tanımlanmamıştır.

***Disfonksiyonel işeme**, nörolojik olarak normal kişilerde istemsiz ve aralıklı pelvik taban kasılmalarına bağlı oluşan kesintili ya da oynak akım hızı ile karakterizedir. (Bkz Not-39)

NOT-39: Disfonksiyonel işeme çok özgül bir terim olmamasına rağmen, non-nörojenik nörojenik mesane gibi terimlere tercih edilir. "Açıklanamayan detrusor sfinkter uyumsuzluğu" ya da "sfinkter aşırı aktivitesine bağlı işeme bozukluğu" daha iyi terimler olabilir. Daha çok çocuklarda görülür. Pelvik taban kontraksiyonlarının sorumlu olduğu düşünülse de intraüretral çizgili kas sorumlu olabilir.

***Detrusor sfinkter uyumsuzluğu** üretral ve/veya periüretral çizgili kasın istemsiz kasılması ile eş zamanlı detrusor kasılmasını tanımlar. Bazen akım engellenebilir (Bkz Not-40)

NOT-40: Detrusor sfinkter uyumsuzluğu tipik olarak supra-sakral lezyonlu örneğin yüksek spinal kord yaralanmalarında görülür ve alt seviye yaralanmalarında çok seyrek. Çoğunlukla, intraüretral ve periüretral çizgili kas sorumlu tutulurken, bazen mesane boynu ve üretra düz kası da sorumlu olabilir.

***Gevşemeyen üretral sfinkter tıkanıklığı** nörolojik hastalarda izlenir ve gevşemeyen, kısmen tıkanıklık oluşturan üretra ve düşük akım hızı ile karakterizedir. (Bkz Not-41)

NOT-41: Gevşemeyen üretral sfinkter tıkanıklığı miyelomeningosel ya da radikal pelvik cerrahi sonrası gibi sakral ya da infrasakral lezyonlarda görülür. Ayrıca, genellikle mesane dolumu sırasında ürodinamik stres tipi idrar kaçırma vardır. Bu terim "isole distal sfinkter tıkanıklığı" teriminin yerini almıştır.

4. DURUMLAR

*** Akut idrar retansiyonu (ani başlangıçlı idrar yapamama)** hastanın ağrılı ve ele gelen ya da perküsyon veren mesane ile birlikte idrar yapamadığı durum olarak tanımlanır. (Bkz Not-42)

NOT-42: Akut idrar retansiyonu genellikle ağrılı bir durum olarak düşünülse de, intervertebral disk prolapsusunda, doğum sonrası ya da epidural anestezi sonrası gibi durumlarda ağrısız seyredebilir. Retansiyon hacmi normal mesane kapasitesinden oldukça fazla olmalıdır. Cerrahi sonrası hastalarda alt abdomenin bandajı ya da abdominal duvar ağrısı nedeniyle ağrılı ve ele gelen ya da perküsyon veren mesanenin saptanması zor olabilir.

*** Kronik idrar retansiyonu (süreğen idrar yapamama)** hasta idrar yaptıktan sonra ele gelebilen ya da perküsyon alınabilen ancak ağrısız mesane olarak tanımlanır. Bu hastalar idrar kaçırabilirler. (Bkz Not-43)

NOT-43: ICS “taşma tarzında idrar kaçırma” terimini artık uygun bulmuyor. Bu terim akıl karıştırmaktadır ve ikna edici bir tanıma sahip değildir. Eğer kullanılırsa, tam tanımı ve bağlı olduğu patofizyolojik durum (gerilemiş üretral işlev, aşırı detrusor aktivitesi/azalmış mesane uyumu gibi) belirtilmelidir. Kronik retansiyon terimi geçici işeme güçlüğü, örneğin stres tipte idrar kaçırma için cerrahi sonrası gibi, içermez ve, daha önce belirtildiği gibi en az 300 ml bakiye idrarı gerektirir.

* **Benign (iyi huylu) prostat tıkanıklığı**, mesane çıkım tıkanıklığının bir türüdür. Benign prostat hiperplazisinden kaynaklanan prostat büyümesine bağlı tıkanıklığa işaret eder. * **İyi huylu prostat hiperplazisi** hastalığı tanımlayan tipik histolojik patern için kullanılmalıdır. * **İyi huylu prostat büyümesi**, histolojik benign prostat hiperplazisine bağlı prostat büyümesini tanımlar. “Prostat büyümesi” terimi histolojik tanı olmadığı zaman kullanılmalıdır.