

# Benign prostat hiperplazisinde izlem politikası

Dr. Turgut Alkibay

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

Hafif, orta derecede semptomatik alt üriner sistem semptomları olan, komplike olmayan hastalar izlem politikası için uygun olgulardır. Bu derlemede izlem seçeneği için olgu seçimi ve izlem grubuna alınan olgularda takip edilecek yol, güncel bilgiler eşliğinde gözden geçirilmiştir.

## ABSTRACT

Non-complicated cases with mild lower urinary tract symptoms are suitable for watchful waiting. In this article, current concepts of watchful waiting policy is reviewed.

**G**eleneksel olarak yaşlanan erkeklerdeki alt üriner sistem semptomları (AÜSS) Benign Prostat Hiperplazi (BPH) ve buna bağlı alt üriner sistem obstrüksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Ancak zaman içinde artan bilgi birikimi, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan AÜSS'lerinin her iki cinsiyette de görüldüğünü ve salt BPH ile ilişkilendirilemeyeceğini göstermiştir (1-3). Ayrıca yaş, BPH, AÜSS ve Kronik Pelvik Ağrı Sendromu arasındaki içe geçme veya birliktelik daha çok dikkati çekmeye başlamıştır. Bu saptama, işeme semptomlarının en azından bir kısmının prostat dışı faktörlerden kaynaklandığını ve her iki cinste de etkili olduğunu düşündürmektedir (1). Erkeklerde daha çok görülmesinin olası nedeni ise BPH'ya bağlı obstrüksiyonun bu tabloya eklenmesi olarak açıklanmaya çalışılmaktadır (1).

Elimizdeki bilimsel veriler BPH'nın progresif bir hastalık olduğunu göstermekle birlikte, her olguda semptomların artacağı ve komplikasyonların kaçınılmaz olduğu da gösterilememiştir(4,5). Nitekim, Bristol Üroloji Enstitüsünde ürodinamik parametreler kullanılarak yapılan bir çalışma, ortalama 13,9 yıllık tedavisiz takipten sonra yapılan değerlendirmede olguların çoğunluğunda ölçülen parametrelerde gerileme olmadığını ve sadece küçük bir grubun semptomatik olarak daha kötülediğini göstermiştir(6). Bu veriler BPH/AÜSS olan olgularda izlemin mantıklı bir seçenek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca unutulmaması gereken bir diğer husus da, her olgunun en azından semptomların başlangıç aşamasında izlem politikasını yaşayacağı

## İzlem için olgu seçimi

Komplike olmayan, hafif veya orta derecede semptomatik ve semptomlarından fazla yakınmayan olgular izlem için uygun olgulardır. Komplike olgular doğal olarak bu değerlendirme sonrası ayrıştılarak bir girişimsel tedaviye yönlendirilirler.

PLESS çalışması (5) ve Olmsted County'den elde edilen bulgular (4) izlem için uygun olmayan hastaları ayırtmak için bazı klasikleşmiş verilerin derlenmesini sağlamıştır. IPSS'e göre hafif-orta semptomatik, semptomların yaşam kalitesine etkisinin az olduğu veya

olmadığı, PSA değerinin düşük olduğu, prostat hacminin düşük (<50 ml) olduğu, rekürren üriner enfeksiyonu, hematurisi, mesane taşı, böbrek yetmezliği olmayan, göreceli olarak az işeme sonrası residüsü (<200 ml) ve yine göreceli olarak iyi Qmax'ı (> 10-15 ml/sn) olan olgular izlem için uygun olgulardır.

## İzlem nasıl yapılmalıdır?

İzlem için uygun olduğu saptanan olgularda ilk atılması gereken adım sözel ve yazılı olarak hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesidir. BPH ve prostat kanseri hakkında bilgilendirme ve yaşanan semptomların kanserle ilişkili olmadığını anlatılması ve hastaya bu yönde güven verilmesi önceliklidir. Hastanın bu izlem süreci boyunca düzenli kontrol edilmesi de önemlidir (7).

İzleminde olan hastalara yaşam biçimi ve davranışları ile ilgili değişiklikler önererek, semptomlarında azalma sağlamak ve hastalığın bir sonraki aşamalarını (ilaç tedavisi, cerrahi girişimler) geciktirmenin, erteleme veya engellemenin olası olduğu pek çok hekim tarafından kabul edilmekte ve uygulanmaktadır. Ancak bu öneriler standardize değildir ve hekimden hekime değişiklik göstermektedir. İngiltere'de yapılan randomize bir çalışmada bu öneriler standardize edilmeye çalışılarak izlem grubundaki hastalarda daha iyi bir sonuç alınabileceği gösterilmiştir (7,8). Bu randomize çalışma ve ilintili çalışmalar irdelemeye değerdir.

Hastalar standart izlem ve kendi kendini yönetme (self management) olarak tanımlayabileceğimiz iki gruba randomize edilmiştir. Standart izlem grubunda olgulara sadece alt üriner sistemleri ile ilgili standart yazılı bilgilendirme yapılmıştır. Kendi kendini yönetme grubunda ise hastalara 5-8 kişilik gruplar halinde küçük oturumlar düzenlenip, uzman bir üroloji hemşiresi eşliğinde 1,5-2 saat süre ile semptomları ve ilişkili problemleri ile nasıl baş edebilecekleri ve yaşam tarzları ile alışkanlıklarında yapmaları gereken değişiklikler öğretilmiştir. Bu oturumlar randomizasyondan sonra ardışık olarak, 1., 2. ve 6. haftalarda yapılmıştır. Üçüncü, 6. ve 12. aylarda hastalar değerlendirilerek iki grup karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda kendi

*“Semptomların rahatsız edici veya kısıtlayıcı olduğu durumlarda (örneğin, uzun yolculuklar, topluluk içine çıkılırken) sıvı kısıtlaması önerilerek rahatlama sağlanması önerilmektedir.”*

kendini yönetme eğitimi alan grupta tedavi başarısızlığının (IPSS’de 3’den fazla artış, ilaç tedavisine geçme, akut retansiyon ve cerrahi tedavi) daha az olduğu ve bu grubun standart tedavi grubuna göre daha fazla semptom şiddetinde azalma yaşadığı gösterilmiştir (7). Noktüri ve pollaküri oranı, standart izlem grubuna göre kendi kendini yönetme programında olan grupta belirgin olarak azalmıştır (8).

Kendi kendini yönetme programı uygulanan hastalara verilen eğitimin öğeleri kısaca aşağıda sıralanmıştır (8):

**Eğitim ve Güven Kazandırma:** AÜSS’nin nedenleri, normal mesane ve prostatın işlevleri öğretilmektedir. BPH ve AÜSS’nin doğal öyküsü ve gelecekte yaşanabilecek sıralanmaktadır. Prostat kanserinin olmadığı yönünde güven telkin edilmektedir.

**Sıvı Dengesi Yönetimi:** Günlük 1500-2000 ml sıvı alımı tavsiye edilmekte ve işeme çizelgeleri kullanılarak fazla veya yetersiz sıvı alımı saptanarak dengelenmektedir. Semptomların rahatsız edici veya kısıtlayıcı olduğu durumlarda (örneğin, uzun

yolculuklar, topluluk içine çıkılırken) sıvı kısıtlaması önerilerek rahatlama sağlanması önerilmektedir. Noktüri’nin ön planda olduğu olgularda akşamdan itibaren sıvı alımını kısıtlanması önerilmektedir. Sıvı içeriği fazla meyveler yerine kurutulmuş meyveler önerilebilir.

**Kahve ve Alkol:** Kafein diyetten çıkarılıp diğer içecekler (örneğin kafeinsiz kahve veya diğer alternatifler) önerilmektedir. Noktüri sorunu ise, akşamları alkol kısıtlanmaktadır. Yüksek hacimli alkollü içeceklerin (bira) yerine daha az hacimli alkollü içeceklerin tercih edilmesi gerektiği öğretilmektedir.

**İlaçlar:** AÜSS üzerine etkili olanların saatleri değiştirilerek hastanın dışarıda olduğu saatlerde yaşayabileceği sıkıntı azaltılmaya çalışılmaktadır. Mümkünse diüretik içeren antihipertansif ilaç başka bir ilaçla değiştirilmelidir.

**Tuvalet Eğitimi:** İkili işeme önerilmektedir. İlave olarak depolama kapasitesini artırmak amacıyla iki işeme arasındaki süreyi 3 saatin üzerine ve işenen hacmi 200-400 ml civarına taşımak için teknikler (tanımlanmış zihinsel egzersizler, solunum egzersizleri, perineal baskı ve penisi sıkarak işemeyi erteleme, pelvik taban egzersizleri) önerilmektedir. Acil işeme ihtiyacını önce 1 dakika, sonra 5 ve daha sonra 10 dk gibi sürelerle haftalık olarak baskılayarak işemeyi erteleme teknikleri önerilmekte ve değişimler işeme çizelgeleri ile izlenmektedir.

**Diğer Önlemler:** Kabızlık AÜSS olan olgularda önlenmelidir.

İzlem grubunda irdelenmesi gereken bir diğer grup ise, noktüri yakınmasının ön planda olduğu olgulardır. Bu grubun içerisinde

ürologlar tarafından sıkça göz ardı edilen bir alt grup ise noktürnal poliüri olan olgulardır. Bu olgular işeme çizelgeleri ile kolayca tanımlanabilir. Noktürnal poliüri sendromunda alışılmış günlük idrar çıkışı ritmi bozulmuştur. Total idrar hacmi değişmeksizin, günlük idrar miktarının %33’den fazlası gece uykuda çıkarılmaktadır (9). Oldukça kompleks bir fizyopatolojisi olan bu durumun sıkça görülen nedenleri konjestif kalp yetmezliği, nefrotik sendrom, otonom nöropati, kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, venöz yetmezlik, diabetes mellitus ve insipitus, obstrüktif uyku apnesi, insomnia ve Parkinson ve Alzheimer gibi nörolojik hastalıklar olarak sıralanabilir. Sayılan bu hastalıkların ilgili disiplinlere yönlendirilerek, hastanın gerekli tedavileri almasının sağlanması noktüri’nin azaltılmasında fayda sağlayacaktır. AÜSS olan olgularda dikkatli alınacak öykü ve sistemik fizik muayene ile gerekli yönlendirilmenin yapılması mümkündür.

Bazı pratik öneriler ile ürologlarda dramatik değişimler sağlayabilir. Örneğin, venöz yetmezliği olan olgulara varis çorabı önerilmesi veya öğleden sonra birkaç saat bacak elevasyonu uygulayarak sıvı birikiminin azaltılması sağlanabilir. Gün içinde sıvı atılımını arttırmak için yürüyüş veya evde egzersiz önermekte faydalı olabilmektedir.

## Takip

İzlem için seçilen hastalar önce 6. ayda, daha sonra yıllık kontrollerle izlenmelidir. Güncel EAU kılavuzu kontrollerde IPSS, uroflowmetri ve postvoiding residüel idrar miktarının ölçümünü önermektedir (10).

## Kaynaklar

1. Bushman W. Etiology, epidemiology, and natural history. Urol Clin North Am. 2009; 36: 403-15.
2. Nordling J. The aging bladder- a significant but underestimated role in the development of lower urinary tract symptoms. Exp Gerontol. 2002; 37:991-99.
3. Dubeau CE. The aging lower urinary tract. J Urol. 2006; 175(suppl 3):11-15.
4. Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling J, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling men. J Urol. 1996; 155: 595-600.
5. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, Andriole G, Lieber M, Holtgrewe HL, Albertsen P, Rohrborn CG, Nickel JC, Wang DZ, Taylor AM, Waldstreicher J. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. New Eng J Med. 1998; 338:557-63.
6. Thomas AW, Cannon A, Barthlet E, Ellis-Jones E, Abrams P. The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: minimum 10 year urodynamic follow-up of untreated bladder outlet obstruction. BJU Int. 2005; 96: 1301-06.
7. Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, Mundy A, Newman SP, van der Meulen J, Emberton M. Self-management for men with lower urinary tract symptoms – a randomized controlled trial. BMJ. 2007;334:25.
8. Yap TL, Brown C, Cromwell DA, van der Meulen J, Emberton M. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. BJU Int. 2009;104:1104-8.
10. Asplund R. The nocturnal polyuria syndrome. Gen Pharmacol. 1995; 26:1203-9.
11. Oelke M, Bachmann A, Descalcaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, N’Dow J, Nordling J, de la Rosette JJ. Male LUTS, EAU Guidelines. 2010 edition.