



YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

PROF. DR. İSMAİL METE İTİL

2. BAŞKAN

PROF. DR. FULYA DÖKMECİ

SEKRETER

PROF. DR. PETEK KAPLAN

SAYMAN

PROF. DR. BERNA HALİLOĞLU PEKER

ÜYELER*

PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

PROF. DR. FUAT DEMİRCİ

DOÇ. DR. FUNDA GÜNGÖR UĞURLUCAN

DOÇ. DR. ORHAN ÜNAL

PROF. DR. ÖMER TARIK YALÇIN

PROF. DR. ÖNAY YALÇIN

DOÇ. DR. ÖZGÜR YENİEL

**Soyada göre alfabetik dizilmiştir.*

İLETİŞİM

Murat Reis Mah. Allame Cad.
Yenidersane Sok. Akgün Apt.

No.81 K.2 D.5 Bağlarbaşı,
Üsküdar / İSTANBUL

T: 0216 553 79 32

F: 0216 553 79 32

dernek@urojinekoloji.org

www.urojinekoloji.org

ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTANIN YÖNETİMİ

7 EYLÜL 2017

ULUSLARARASI KILAVUZLAR NE DİYOR ?

Temel ve İleri Değerlendirme Önerileri
Tedavi Önerileri

Fulya Dökmeci

Berna Haliloğlu Peker

Funda Güngör Uğurcanlı

Özgür Yeniel

Ş. Esra Çetinkaya

M. Murat Seval

İsmail Mete İtil





AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence	2017
FIGO working group report Evaluation and surgery for stress urinary incontinence	2017
ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Urinary Incontinence in Women	2015
EAU (European Association of Urology) Guidelines on Urinary Incontinence	2015
CUA (Canadian Urological Association) Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association	2012
NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women	2013
ICI (International Consultation on Incontinence) Incontinence	2013
AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Diagnosis And Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults:	2012
AUA/SUFU (American Urologic Association / Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction) Urodynamic Studies in Adults	2012
AUA (American Urologic Association) Guideline for the Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence	2009

I. Temel Değerlendirme Önerileri

II. İleri Değerlendirme Önerileri

III. Konservatif Tedavi Önerileri

IV. Medikal Tedavi Önerileri

V. Cerrahi Tedavi Önerileri



I. TEMEL DEĞERLENDİRME

ANAMNEZ			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinans yakınması ile başvuran kadınlarda yapılması gereken minimum değerlendirme şunları içermelidir; (i) Anamnez (ii) İdrar analizi (iii) Fizik muayene (iv) Stres üriner inkontinansın değerlendirilmesi (v) Üretral mobilitenin değerlendirilmesi (vi) İşeme sonrası artık idrar hacminin ölçümü	ACOG		Level C
Üriner inkontinansın tipini ve derecesini anlamak amacıyla ayrıntılı anamnez alınması önerilir.	EAU AUA CUA NICE	Level 4	
	ICI	Level 5	Grade D
	AUGS		Level C
Doğum öyküsünün detaylı olarak alınması önerilir	EAU		
Diğer hastalıkların (malignite, ektopik üreter vb) ekarte edilmesi önerilir	EAU		
Anti-inkontinans cerrahisi planlanan stres ağırlıklı üriner inkontinansı olan kadınlarda “normal işeme sonrası artık idrar hacmi, normal idrar analizi, ve pozitif öksürük testi” içeren temel değerlendirme ürodinamik değerlendirmeden daha az değerli değildir	ACOG		Level A
Sıralanan durumlarda hasta bir uzmana refere edilmelidir; - Hematüri (mikroskopik veya aşık), - Persiste/rekürren idrar yolu enfeksiyonu, - Semptomatik prolapsus, obstrüksiyon veya retansiyon bulguları (ele gelen mesane, hidronefroz veya obstrüktif renal yetmezlik), - Şüpheli nörolojik hastalık, - Kitle (üretral, mesane veya pelvik), - Fistül (üriner veya barsak), - Fekal inkontinans, - Geçirilmiş pelvik cerrahi veya radyoterapi öyküsü	ICI	Level 5	Grade D



FİZİK MUAYENE

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Genel durum değerlendirmesi, abdominal ve pelvik muayene yapılması önerilir	EAU, AUA,	Level 1	Grade B
Pelvik taban kas gücü değerlendirmesi yapılması önerilir	ICI	Level 5	Grade D
	NICE	Level 4	
	CUA		Grade C
Stres üriner inkontinans tanısı koyulması için idrar kaçağının gösterilmesi önerilir	AUA		

YAŞAM KALİTESİ ANKETLERİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Valide edilmiş durum spesifik semptom skorları tarama ve üriner inkontinansın tiplerinin ayırımına yardımcı olabilir	EAU	3	
Valide edilmiş semptom skorları üriner inkontinansın şiddetini ölçebilir	EAU	3	
Durum spesifik ve genel sağlık anketleri mevcut sağlık durumu ve tedavi sonrasındaki değişimi ölçebilir	EAU	3	
Yaşam kalitesi anketleri yapılması önerilir	EAU		Grade B
Hastanın tedaviden beklentisinin değerlendirilmesi önerilir	CUA	Level 2	Grade B
Spesifik klinik durumlar için ilk değerlendirmenin bir parçası olarak ICIQ anketinin yapılması önerilir	CUA, ICI		Grade A



İDRAR ANALİZİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
İdrar analizi üriner inkontinanslı hastaların ilk değerlendirmesinin bir parçası olarak yapılmalıdır	EAU		Grade A (uzman görüşü)
Üriner inkontinans için yapılması planlanan ileri tetkik veya tedaviler öncesinde idrar tahlili ile idrar yolu enfeksiyonunun tanısı konmalı ve tedavisi yapılmalıdır.	ACOG		Level C
İnkontinanslı hastada idrar yolu enfeksiyonu saptanırsa, tedavi sonrası tekrar değerlendirme yapılması önerilir	EAU		Grade A (uzman görüşü)
Üriner inkontinansı düzeltmek amacı ile yaşlı hastalarda asemptomatik bakteriüri tedavisi rutin olarak yapılmaz	EAU		Grade B
İdrar tahlili yapılması önerilir	AUA, CUA, ICI,	Level 2	
Üriner inkontinansı olan bütün kadınlarda idrar analizi (dipstick test veya sediment incelemesi) önerilir	ICI	Level 5	Grade D
Dipstick test kullanılacaksa hematüri, glukoz, lökosit esteraz ve nitrit testini içermesi önerilir	ICI	Level 5	Grade D
Dipstick testte protein, keton, pH ve bilirubin bakılması ilk değerlendirmede önerilmez	ICI	Level 5	Grade D
Dipstick test üriner enfeksiyon için spesifiktir ancak sensitivitesi düşüktür	ICI	Level 3	Grade C



İŞEME SONRASI ARTIK İDRAR ÖLÇÜMÜ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Mesaneyi tam boşaltamama semptomları olan veya muayenede dolu mesane saptanan hastalarda işeme sonrası artık idrar hacmi ölçülmesi önerilir	EAU, AUA, CUA,		
İşeme semptomları olan üriner inkontinanslı hastalarda ölçüm önerilir	EAU		Grade B
Komplike üriner inkontinanslı kadınların değerlendirilmesinde ölçüm önerilir	EAU		Grade C
İşeme güçlüğü gelişmesine neden olabilecek tedaviler alan kadınlarda işeme sonrası artık idrar ölçümü yapılmalıdır.	EAU		Grade B
Ölçümde ultrason kullanılması önerilir	EAU		Grade A

İŞEME GÜNLÜĞÜ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinansı olan kadınlarda işeme günlüğü yapılması önerilir	NICE	Level 3	
	ICI	Level C	
	AUA		Grade C
	AUA/S UFU		
Eşlik eden depolama ve boşaltma işlev bozukluklarının değerlendirilmesi amacı ile üriner inkontinanslı kadınlarda idrar günlüğü tutulması istenmelidir.	EAU		Grade A
3 günlük işeme günlüğü önerilir	ICI		
3-7 gün süreli işeme günlüğü kullanın	EAU		Grade B
3-7 günlük işeme günlüğü ortalama işeme hacmi, gündüz ve gece sıklığı, inkontinans sıklığı hakkında objektif bilgi verir		Level 2b	



PED TESTİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Ped testi için süre ve aktiviteler standart bir protokolle uygulanmalıdır	EAU		Grade B
Üriner inkontinans miktarının belirlenmesi gereken durumlarda ped testi kullanılmalıdır	EAU, AUA		Grade C
Objektif bir ölçümün gerektiği durumlarda tedavi sonrası tekrar ped testi yapılmalıdır	EAU		Grade C
Tanısal değeri veya klinik kullanımına ilişkin kanıt olmamakla birlikte, inkontinans tedavilerini değerlendirmede ped testi yararlı olabilir	NICE	4	

DIĞER YÖNTEMLER

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Görüntüleme yöntemlerinin rutinde kullanılması önerilmez	EAU, AUA,		
Alt veya üst üriner sistem görüntülemesi üriner inkontinans değerlendirmesinin bir parçası olarak rutin yapılmaz	EAU		Grade A
Komplike olmayan üriner inkontinanstaki sistoskopi önerilmez	EAU, AUA,		
Fistül şüphesi varsa sistoskopi önerilebilir	CUA		



II. İLERİ İNCELEME

İLERİ DEĞERLENDİRME ENDİKASYONLARI			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
§ Steril hematuri (AUA/SUFU) § İnkontinans ile ilişkili ağrı yakınması bulunan olgular § Pelvik organ prolapsusu olan olgular § Tekrarlayıcı idrar yolu enfeksiyonu bulunan olgular § Pelvik radyasyon öyküsü bulunan olgular § Fazla miktarda işeme sonrası artık idrar hacmi saptanan olgular § İlk basamak tedavilere yanıt vermeyen olgular	ICI		

ÜRODİNAMİK İNCELEME			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinans için konservatif tedavi önerildiğinde rutin ürodinamik inceleme yapılmamalıdır. Konservatif tedavi sonuçlarının ürodinami ile öngörülemediği bilgisi hakkında danışmanlık verilir.	EAU		Grade B
Eğer bulgular invaziv tedavi seçeneklerini değiştirebilecekse ürodinamik inceleme uygulanır	EAU		Grade B
Her ne kadar ürodinamik incelemenin üriner inkontinans tedavisi sonuçlarının öngörülmesi ile ilişkili kanıtlar yeterli değilse de, hastalara ürodinami sonuçlarının tedavi seçeneklerinin tartışılmasında faydalı olabileceği bilgisi verilir.	EAU		Grade C
Komplike olmayan stres inkontinanslı kadınlarda (Sadece stres tipi kaçırma yakınması olan, işeme sonrası artık idrar hacmi 150ml den az, idrar tahlili normal, öksürük testi pozitif olan ve pelvik organ prolapsusu olmayan kadınlar) primer antiinkontinans cerrahisi öncesi çok kanallı ürodinamik inceleme gerekli değildir.	ACOG		Level A
Sıkışma şikayeti olan ve invaziv tedavi planlanan olgularda ürodinamik inceleme önerilebilir	AUA		
İnvaziv tedavi başarısızlığı durumunda ürodinamik inceleme önerilir	ICI, AUA,		
Tanı belirsiz ise, stres inkontinans nedeni ile geçirilmiş cerrahi öyküsü varsa ya da aşırı aktif mesane veya işeme bozukluğu bulguları olması halinde ürodinamik inceleme önerilir	NICE		
Üriner inkontinanslı hastalarda ürodinamik inceleme gerçekleştirecek hekimler; - Testin hastanın semptomlarını gösterdiğini garantiye almalı - Klinik problem çerçevesinde sonuçları yorumlayabilmeli - Kayıtların kalite kontrolünü yapabilmeli - Aynı kişide bile fizyolojik varyasyonların olabileceğini göz önünde tutmalı.	EAU		Grade C
Ürodinami uygulayacak kişiler ICS'in "İyi Ürodinamik Uygulamalar" standartlarına uymalıdır.	EAU		Grade C
İnkontinansın şiddetini belirlemede veya tedavi sonuçlarını öngörmede üretral basınç profili veya sızma noktası basıncı kullanılmamalıdır.	EAU		Grade C



VİDEO ÜRODİNAMİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Video ürodinami endikasyonları; - Geçirilmiş anti- inkontinans veya vajinal cerrahi öyküsü, - Nörolojik hastalıklar - Üretral divertikül şüphesi	ICI		
Nörojenik mesane değerlendirmesinde yeri var ancak yararlılığı açık değil	ICI		
Nörojenik mesane, diğer nörolojik hastalıkların mevcudiyeti ve fazla miktarda işeme sonrası artmış idrar olması halinde önerilebilir	AUA/S UFU		

SİSTOÜRETROSKOPİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Rutin olarak sistoüretroskopi kullanımı önerilmemektedir	ICI, AUA,		
Fistül şüphesi halinde sistoüretroskopi önerilir.	CUA		
Komplike olgularda, nüks olgularda, üretra divertikülü düşünülen olgularda bir tanı seçeneği olarak önerilebilir.	ICI		

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Rutin olarak görüntüleme yöntemlerinin kullanımı önerilmemektedir	ICI, AUA,		Grade A
Komplike olgularda işeme sonrası artmış idrar hacminin değerlendirilmesinde ultrasonografi kullanılabilir	EAU		
Komplike, nüks üriner inkontinans olgularında, pelvik organ prolapsusu eşlik eden olgularda ultrasonografi tanı seçeneği olarak önerilebilir. Üretra divertikülü bulunan olgularda görüntüleme yöntemleri (MRI ve ultrasonografi) önerilir. Pelvik organ prolapsusu, işeme sonrası artmış idrar fazlalığı, hematüri gibi durumlarda üst üriner sistem incelemesi önerilir. Nörolojik bir hastalığın eşlik ettiği olgularda klinik değerlendirme ile birlikte MRI inceleme önerilir	ICI		



III. KONSERVATİF TEDAVİ

KONSERVATİF TEDAVİ			
<i>Tüm kılavuzlar cerrahi tedavi öncesinde konservatif tedaviyi önermektedir. Konservatif tedaviler; davranış tedavileri, mesane eğitimi ve fizyoterapidir. Davranış tedavileri hem stres üriner inkontinans hem sıkışma tipi üriner inkontinans için önerilmektedir.</i>			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
İnkontinans peserleri stres ve karışık tipte üriner inkontinans semptomlarını iyileştirebilir, ancak etkinlikleri ile ilgili objektif kanıt rapor edilmemiştir.	ACOG		Level B
Üriner inkontinanslı tüm hastalarda ayrıntılı anamnezle hangi ilaçları kullandığı öğrenilmelidir	EAU		Level A
Hormon replasman tedavisi olarak oral konjuge östrojen alan ve üriner inkontinans geliştiren veya yakınmaları kötüleşen kadınlarda farklı bir hormon replasman tedavisi önerilmelidir	EAU		Level A
Sistemik östrodiol kullanan ve üriner inkontinans yakınmaları olan kadınlara östrodiol kullanımının durdurulmasının inkontinans yakınmalarını düzeltmeyeceği anlatılmalıdır	EAU		Level A
Üriner inkontinans gelişimi veya kötüleşmesi ile ilgili hastanın kullandığı tüm ilaç tedavileri gözden geçirilmelidir	EAU		Level C

DAVRANIŞ TEDAVİLERİ			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Davranış tedavileri ve pelvik taban kas egzersizleri üriner inkontinans semptomlarını düzeltmektedir. İnvaziv olmayan bu yöntem ilk basamak tedavi olarak önerilir	ACOG		Level A
Anormal derecede az veya fazla sıvı tüketen hastaların sıvı alımlarının düzenlenmesi önerilir	EAU		Grade C
Aşırı sıvı tüketimi olanlarda sıvı alımının kısıtlanması önerilir	CUA		Grade B
Aşırı aktif mesane veya üriner inkontinans şikayetleri olanlarda aşırı miktarda sıvı tüketimi varsa sıvı alımının düzenlenmesi önerilir	NICE		
Hastalara kafein alımını azaltmalarının sık idrara gitme ve sıkışma şikayetlerini azaltabileceği anlatılmalıdır	EAU, CUA		Grade B
AAM semptomları olan kadınlarda kafein kısıtlaması önerilmelidir	NICE		
Sigaranın bırakılmasının üriner inkontinans üzerine olan etkisi kesin olarak gösterilememiş olsa da sigara kullanımının bırakılması önerilmelidir	EAU	Level 4	Grade A
Üriner inkontinans şikayetlerini iyileştireceğine dair yeterli kanıt olmasa da konstipasyonun engellenmesi önerilmektedir	EAU	Level 4	Grade C



OBEZİTE

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Aşırı kilolu ve obez kadınlarda makul düzeylerde kilo vermek üriner inkontinans semptomlarının düzelmesini sağlayabilir.	ACOG		Level A
Obez kadınların kilo vermesi önerilmektedir	CUA		Grade A
AAM tedavisinde davranış tedavilerine kilo verme eklenmelidir	AUA/S UFU		
Vücut kitle indeksi 30'un üzerinde olan kadınların kilo vermesi önerilmektedir	NICE		
Obez kişilerde tedavi planı olarak vücut ağırlığının en az %5'inin verilmesi önerilmektedir	EAU		Grade A

ÖNLEM ALMA ŞEÇENEKLERİ - PED KULLANIMI

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinanslı hastalar ve/veya yakınlarına tek başına önlem alma yolları sunulmadan önce uygun tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgilendirme yapılmalıdır	EAU		Grade A (uzman görüşü)
Hafif idrar kaçırmaya olan hastalarda tek kullanımlık pedlerin kullanımı önerilebilir	EAU		Grade A (uzman görüşü)
Deneyimli diğer sağlık çalışanları ile birlikte ortak çalışarak orta ve ciddi seviyede idrar kaçırmaya olan hastalara en uygun ped, dıştan uygulanan tıbbi ürünler ve kateter seçiminde yardımcı olunmalı, kar zarar ilişkisi yapılmalıdır	EAU		Grade A (uzman görüşü)
Çok fazla farklılık ve değişiklik gösteren materyal ve tasarıma sahip pedlerin seçiminde hastanın kişisel durumu, idrar kaçırmaya derecesi ve özellikleri göz önünde tutulmalıdır	EAU		Grade C



PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

Öneri	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Pelvik taban kas egzersizleri hem stres tipi hem de karışık tipte üriner inkontinans şikayetlerini ve hayat kalitesini düzeltir	EAU	Level 1	
Yoğun pelvik taban kas egzersizleri, en az 3 ay süre ile stres ve karışık tipte üriner inkontinanslı kadınlara birinci basamak tedavi olarak önerilir	EAU		Grade A
Karışık tipte üriner inkontinansı olan kadınlar, tek başına stres üriner inkontinansı olanlara göre pelvik taban kas egzersizleriyle tedavi şanslarının daha az olduğu konusunda uyarılmalıdır	EAU		Grade B
Pelvik taban kas egzersizleri, sıkışma tipi üriner inkontinansı olan olgularda davranışsal tedaviye ek olarak birinci basamakta önerilebilir	CUA, EAU		Grade A
Birinci basamak tedavi olarak pelvik taban kas egzersizlerinin en az 3 ay uygulanması önerilir	NICE		
Pelvik taban kas egzersizlerinin uzun dönemde tedavi etkinliği azalmaktadır	EAU	Level 2	
Uygulamada, egzersiz programlarının yoğun olması, geribildirim eklenmesi ve hastanın egzersizleri bir gözetmen eşliğinde yapması önerilir	EAU		Grade A
Vajinal kon tedavileri, elektriksel uyarı ve özellikle stres tipi üriner inkontinanslı olgularda mesane eğitimi ile kıyaslandığında pelvik taban kas egzersizleri, üriner inkontinansın düzelmesinde daha etkilidir	EAU	Level 1	
Pelvik taban kas egzersizleri sıkışma tipi üriner inkontinans ve karışık tip üriner inkontinans olgularında mesane eğitimi kadar etkilidir	EAU	Level 2	
Pelvik taban kas egzersizleri üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda önerilir	EAU		Grade B
Erken gebelikte başlanan pelvik taban kas egzersizleri gebeliğin geç döneminde ve postpartum ilk 6 ayda görülen üriner inkontinansı azaltır. Erken postpartum dönemde başlanan pelvik taban kas egzersizleri postpartum 12 aya dek kadınların üriner inkontinans şikayetlerini azaltır	EAU	Level 1	
Herhangi bir yan etki saptanmamış olsa da üriner inkontinansın tedavisinde veya düzeltilmesinde elektromanyetik sandalyenin etkinliği ile ilgili geçerli kanıt yoktur	EAU	Level 2a	
Posterior tibial sinir uyarısı sıkışma tipi üriner inkontinans tedavisinde üçüncü basamak tedavi olarak önerilir. Ancak bu tedavinin etkinliği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır	AUA, EAU, CUA, NICE		Grade B

IV. MEDİKAL TEDAVİ

ANTİMUSKARİNİK İLAÇLAR			
Öneri	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Sıkışma tipi üriner inkontinans için ilk ve ikinci basamak tedavi olarak önerilir	CUA, EUA,	Level 1a	Grade B
Fesoterodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin, tolterodin, darifenasin ve trospium ile sıkışma tipi üriner inkontinanstaki tedavi veya iyileşme oranları plasebo ile karşılaştırıldığında daha yüksektir	EAU	Level 1a	
Sıkışma tipi üriner inkontinanstaki iyileşme veya yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından herhangi bir antimuskarinik ilacın diğer bir antimuskarinik ilaca göre üstünlüğü gösterilememiştir.	EAU	Level 1a	
Geç salımlı veya günde tek doz kullanılan preparatlar erken salımlı preparatlara göre daha az ağız kuruluğu gibi yan etkilere yol açmaktadır, fakat tedaviyi yarıda bırakma oranları benzerdir	EAU	Level 1b	
Erken veya geç salımlı oksibutinin preparatları, tolterodine göre daha fazla oranda ağız kuruluğu yan etkisi yapar	EUA	Level 1a	
Sıkışma tipi üriner inkontinanslı olgularda ilaç tedavisinin pelvik taban kas egzersizlerine ve davranışsal tedavilere göre herhangi bir üstünlüğü gösterilememiştir, hatta davranışsal tedavilerde daha yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlanmaktadır.	EUA	Level 1b	
Tedavi mümkün olan en düşük dozda başlanmalıdır	NICE		
Erken salımlı preparatlar öncelikle tercih edilmeli, eğer tedavide başarılı olunmaz ise geç salımlı preparatlar önerilmelidir	EAU		Grade A
Sıkışma tipi üriner inkontinansı için antimuskarinik başlanan hastaların, yan etkilerin değerlendirilmesi amacı ile erken dönemde (<30 gün) kontrole çağrılması önerilir	EAU		Grade A
İlaç etkinliğinin değerlendirilmesi için tedaviye başladıktan sonra 8-12 hafta beklenmelidir. Bu süreden önce doz değişikliği yapılmaması önerilir	ICI, CUA, AUA/S, UFU		Grade B
Hastalar ilacın etkisinin 4 haftadan önce başlamayacağı konusunda bilgilendirilmelidir	NICE		



YAŞLI HASTALAR

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Tüm antimuskarinik ilaçlar yaşlılarda etkilidir. Ancak yaşlı hastalarda antimuskarinik kullanırken dikkat edilmelidir.	EAU, CUA, AUA/S UFU	Level 1b	
Yaşlı hastalarda antikolinergik özellikleri olan ilaçların özellikle kognitif fonksiyonlar üzerine olan etkileri birikerek maruziyet süresi ile artmaktadır	EAU	Level 3	
Yaşlı hastalarda ilaç dışı tedaviler ilk seçenek olmalıdır	EAU		Grade A
Oksibutinün yaşlı hastalarda günlük aktiviteleri olumsuz yönde etkileyebileceğinden, kullanılmasından kaçınılmalıdır	NICE		
Solifenasin, darifenasin ve fesoterodinün yaşlı hastalarda kognitif disfonksiyon artışına neden olduğuna yönelik kanıt yoktur	EAU	Level 1b	
Kapalı açglokomu açısından oftalmolojik değerlendirme yapılmadan ilaç başlanmamalıdır	AUA/S UFU		
Üriner inkontinans kontrolü için antimuskarinik ilaçların yazıldığı yaşlı hastalarda, hastanın kullandığı diğer ilaçların düzenlenerek antimuskarinik ilaç yükünün düşürülmesi önerilir	EAU		Grade C
Mide boşalma zamanı ve üriner retansiyon risklerine dikkat edilmelidir	AUA/S UFU		

ALFA-ADRENERJİK İLAÇLAR

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Stres üriner inkontinans tedavisinde plaseboya göre üstünlükleri bulunmamaktadır	EUA		

BETA-ADRENERJİK İLAÇLAR

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Sıkışma tipi üriner inkontinanslı hastalara ikinci basamak tedavi seçeneği olarak önerilir. Konstipasyon ve ağız kuruluğu gibi yan etkileri antimuskariniklere göre daha azdır, ancak uzun dönem etkileri henüz net değildir ve komorbidite riski taşır	AUA/S UFU		Grade B
Mirabegron sıkışma tipi üriner inkontinans semptomlarının iyileştirilmesinde plaseboya göre üstündür	EAU	Level 1a	
İnkontinansın kalıcı tedavisinde (kür) mirabegronun plaseboya göre üstün olduğunu gösteren kanıt yoktur	EAU	Level 1b	
Mirabegronun adrenerjik yan etkileri hafif olup, klinik olarak önem göstermez	EAU	Level 1a	
Sıkışma tipi üriner inkontinanslı hastalara mirabegron önerilebilir, ancak hastalar ilacın uzun dönem yan etkilerinin net olmadığı konusunda uyarılmalıdır	EAU		Grade B

DULOKSETİN

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinans geçici tedavisinde kullanılabilir	EUA, ICI		Grade B (EAU-uzman görüşü)
İlaç kullanımını etkileyecek kadar ciddi GIS ve SSS yan etkileri olabilir	EUA	Level 1a	
Yüksek oranda ciddi yan etki riski nedeni ile Duloksetinin doz titrasyonu dikkatli yapılmalıdır	EAU		Grade A

DESMOPRESİN

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Üriner inkontinansı kontrol altına almak amacı ile uzun dönem kullanılması önerilmez	EAU		Grade A
Oral desmopressin alınımını takiben 4 saat süre ile üriner inkontinans riski azalmaktadır, fakat etki 4 saati geçmemektedir. Sürekli kullanımı üriner inkontinansı düzeltmemektedir.	EAU	Level 1b	
Düzenli desmopressin kullanımı hiponatremiye neden olabilir	EAU	Level 3	
Hastalara uzun dönem etkisinin olmadığı, Avrupa'da ve FDA tarafından kullanım lisansı olmadığı bilgisi verilmelidir	EUA		Grade B
65 yaş üstü kişilerde, HT veya KVS hastalığı olanlarda ve kistik fibrozisli hastalarda kullanımına dikkat edilmelidir	NICE		

ÖSTROJEN

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Özellikle vajinal atrofünün diğer bulgularının da mevcudiyetinde postmenopozal üriner inkontinans yakınması olan kadınlara lokal östrojen tedavisi önerilir. Üriner inkontinans tedavisi için oral (sistemik) östrojen kullanımı önerilmez.	EAU		Grade A
Oral konjuge östrojen üriner inkontinans riskini artırır ve semptomları kötüleştirir.	EUA, NICE	Level 1+	
Vajinal östrojen kullanımının stres üriner inkontinansa kür sağladığına dair veri yoktur	EAU	Level 2	
Üriner inkontinans cerrahi tedavisi için adjuvan veya neoadjuvan lokal östrojen kullanımı ile ilgili veri bulunmamaktadır	EAU	Level 1a	



KARIŞIK TİP ÜRİNER İNKONTİNANSTA İLAÇ TEDAVİSİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Karışık tip üriner inkontinanslı hastalarda ilk olarak baskın olan semptomlar tedavi edilmelidir	EAU		Grade C
Sıkışma tipi üriner inkontinansı baskın olan hastalarda antimuskarinikler tercih edilebilir	EAU		Grade A
Duloksetin karışık tip üriner inkontinanslı hastalarda stres ve sıkışma tipi inkontinansın iyileşmesinde etkilidir, konservatif tedavilere yanıt vermeyen ve kür beklentisi olmayan hastalarda duloksetin verilebilir	EAU	Level 1b	Grade B

V. CERRAHİ TEDAVİ

AÇIK KOLPOSUSPANSİYON (L/S - L/T)			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Laparoskopik yöntemler açık yöntemle göre stres üriner inkontinans tedavisinde benzer etkinliğe ve benzer yan etki (işeme bozukluğu ile sonradan gelişen sıkışma şikayeti) riskine sahiptirler	EAU	1a	
Açık tekniğe göre kıyaslandığında laparoskopik yöntem ile hastanede kalma süresi ve komplikasyon görülme riski daha azdır	EAU	1a	
Rutin cerrahi tedavide laparoskopik kolposuspansiyon önerilmemekte ancak planlanmış bir laparoskopik operasyon var ise beraberinde yapılması önerilmektedir	CUA, NICE		Grade A

MİDURETRAL SLİNG - AÇIK KOLPOSUSPANSİYON			
Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Stres inkontinanslı kadınlarda miduretral slinglerin 1 yıllık sübjektif ve objektif kür sonuçları pelvik taban kas egzersizleri ile karşılaştırıldığında daha yüksektir.	ACOG		Level A
Sentetik midüretal slinglerin stres inkontinanslı kadınlar için primer cerrahi tedavi olarak kabul edilmesini destekleyen etkinlik ve güvenilirlik açısından yeterli veri vardır.	ACOG		Level A
Komplike olmayan stres üriner inkontinanslı kadınlarda mümkünse miduretral slingler tercih edilmelidir	EAU		Grade A
SU'li kadınlarda miduretral slingler uygulanamıyor ise açık/laparoskopik kolposuspansiyon veya suburetral fasial slingler önerilir	EAU, NICE		A
Sentetik miduretral slingler geleneksel suburetral fasial slinglere, açık kolposuspansiyon ve laparoskopik kolposuspansiyonlara benzer etkinlik göstermektedir. Ancak suburetral fasial slingler ile karşılaştırıldığında sentetik miduretral slingler ile daha az yan etki görülmektedir.	ACOG		Level A
Kolposuspansiyon ile karşılaştırıldığında retropubik miduretral sentetik slinglerin 5 yıllık gözlemlerde stres üriner inkontinans için sübjektif kür oranları benzerdir	EAU, CUA	1a	
Kolposuspansiyon ile karşılaştırıldığında miduretral slingler ile sıkışma ve işeme bozukluğu daha az oranda görülür	EAU	1a	



TVT - TOT (MUS)

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Transobturator yöntem ile karşılaştırıldığında retropubik yaklaşımda mesane perforasyonu ve işeme bozukluğu riski daha yüksektir	EAU	1a	
Retropubik midüretal sling uygulanacak hastalara, transobturator yaklaşıma göre daha fazla perioperatif komplikasyonla karşılaşabileceği bilgisi verilmesi önerilir	EAU		A
12 aylık izlem sonucunda transobturator yaklaşımda retropubik yaklaşıma göre daha fazla oranda kronik ağrı, meşin vajinal kesiden dışarıya açılma riski mevcuttur	EAU	1a	
Transobturator mid-uretral sling uygulanacak hastaların, bu yöntem ile uzun dönemde ağrı ve disparoni gibi yakınmaların olabileceği hakkında bilgilendirilmesi önerilir	EAU		A
Hem retropubik hem de transobturator yaklaşımda dıştan içe uygulama yüksek oranda postoperatif işeme bozukluğu ile ilişkilidir	EAU	1b	
Ayarlanabilir miduretral sentetik slingler kadınlarda stres üriner inkontinansın iyileşmesinde veya kür oluşumunda etkili olabilir, ancak standart miduretral slinglere göre üstünlüklerini gösteren bir kanıt yoktur	EAU	3	
Retropubik yaklaşımda rutin olarak, transobturator yaklaşımda ise uygulama sırasında güçlükle karşılaşıldığında veya belirgin sistoseli olan olgularda sistoskopi yapılması önerilir	EAU		C

PUBOVAJİNAL SLİNG

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Pubovajinal slingler; ciddi stres inkontinansı olup; nonmobil fikse üretra, üretral divertikül veya fistül varlığında; veya anterior vajene yerleştirilmiş mesh komplikasyonu geliştirmiş kadınlarda tercih edilmelidir	ACOG		Level C
Açık kolposuspansiyon ve pubovajinal sling kadınlarda stres üriner inkontinans tedavisinde benzer etkinlik göstermektedir ancak pubovajinal slingler ile komplikasyon riski, işeme güçlüğü ve postoperatif idrar yolu enfeksiyonu riski daha fazladır	EAU	1b	
Pubovajinal sling uygulanacak kadınlara postoperatif işeme güçlüğü ve temiz aralıklı kateter gereksinimi riskinin olduğu anlatılmalıdır	EAU		C
Retropubik midüretal slingler, pubovajinal slingler kadar etkilidir ancak de-novo dolum semptomları pubovajinal slinglerde daha fazla görülmektedir	CUA	Level 2	



SIS (Mini-sling)

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Stres üriner inkontinans tedavisinde mini-slingler ilk planda önerilmemektedir	CUA, NICE		Grade A
Mini-slingler ile operasyon ve hastanede kalma süresi kısalmakta, kan kaybı ve postoperatif ağrı yakınmaları daha az görülmektedir, ancak konvansiyonel slingler ile karşılaştırıldıklarında etkinlikleri net değildir.	EAU	Level 1b	
Mini-sling planlanan hastalar yöntemin uzun dönem etkileri ile ilgili net verilerin olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir	EAU		A
Standart tedavi seçimi hasta tercihi ve hekimin deneyimine bırakılsa da Midüretal slingler (TVT/TOT/SIS) mümkünse uygulanmalıdır. Midüretal sling uygulaması mümkün değil ise BURCH veya PVS tercih edilebilir, ancak işeme güçlüğü riskleri yüksektir	AUA		Grade C

İLERİ YAŞ VE SUİ CERRAHİ TEDAVİSİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Yaşlı hastalar üriner inkontinans için cerrahi tedaviden fayda görürler	EAU	1	
Yaşlı hastalarda herhangi bir cerrahi yaklaşımın bir diğerine göre etkinlik veya güvenilirlik açısından üstünlüğü gösterilememiştir.	EAU	4	
Stres üriner inkontinans cerrahi tedavisinin başarısızlığı, istenmeyen etkilerinin ortaya çıkma riski yaşla birlikte artmaktadır	EAU	2	
Stres üriner inkontinans nedeni ile cerrahi uygulanan hastalarda genel seksüel fonksiyonlar nadiren bozulur ve koital inkontinans yakınmaları düzelmektedir. Postoperatif seksüel disfonksiyon riskinin midüretal sling ameliyatları arasında farklılık gösterdiğine dair kanıt bulunmamaktadır	EAU	3	
İleri yaştaki stres üriner inkontinanslı kadınlar, cerrahi ile ilişkili risklerinin arttığı ve başarı şanslarının azalabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Herhangi bir vajinal cerrahinin seksüel fonksiyonları üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği konusunda bilgi verilmelidir.	EAU		B



KOMPLİKE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Komplike stres inkontinanslı kadınlar için ilk seçenek olarak sekonder sentetik slingler, kolposuspansiyon veya otolog slingler düşünülmelidir	EAU	C	
Rekürrens stres inkontinansı olan kadınlar ikinci basamakta tercih edilecek cerrahi yaklaşımın sonuçlarının aynı yöntemin ilk basamakta uygulanması ile elde edilecek olan başarı sonuçlarından daha kötü olacağı konusunda uyarılmalıdır. İkinci seçenek olarak uygulanan birçok teknik, ilk seçenek olarak kullanımlarına göre daha az etkinlik göstermektedir.	EAU	C	
Stres üriner inkontinans için ikiden fazla ameliyat geçirmiş olan kadınlarda açık kolposuspansiyon yöntemleri pubovajinal slinglere göre daha az etkilidir.	EAU	2	
Artifisyal sfinkter implantasyonu üretral sfinkter yetmezliği olan stres üriner inkontinanslı kadınlarda inkontinansın iyileştirilmesi ve kür oluşturulmasını sağlayabilir	EAU	3	
Ayarlanabilir kompresyon cihazlarının implantasyonu, komplike üriner inkontinansı iyileştirebilir	EAU	3	
Rekürrens stres inkontinans için cerrahi yöntem seçimi video ürodinamik incelemelerin de içerisinde olduğu kişiselleştirilmiş bir değerlendirme sonrası yapılmalıdır	EAU	C	
Komplike stres inkontinanslı kadınlar için artifisyal sfinkter ve ayarlanabilir kompresyon tedavileri sadece konu ile ilgili deneyimi olan merkezlerde yapılmalıdır. Bu tedavilerinin uygulanacağı kişiler, deneyimli merkezlerde dahi yüksek oranda komplikasyon, mekanik başarısızlık ve eksplantasyon ihtiyacı riski ile karşı karşıya oldukları konusunda bilgilendirilmelidir.	EAU	C	

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU VE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Pelvik organ prolapsusu (POP) olan ancak üriner inkontinans yakınması olmayan hastalar POP cerrahisi sonrası inkontinans riski taşımaktadırlar	EAU	1a	
Öksürük testinde stres inkontinansın gösterilmiş olması pelvik organ prolapsusu cerrahi tedavisi sonrası stres üriner inkontinans riskini arttırmaktadır.	ACOG		Level B
Preoperatif stres inkontinansı olmayan kadınlarda pelvik organ prolapsusu için yapılan abdominal sakrokolpopeksi sırasında BURCH kolposuspansiyonunun eklenmesi, vajinal cerrahi sırasında da retropubik miduretral sling eklenmesi postoperatif stres inkontinans riskini azaltmaktadır.	ACOG		Level A
POP cerrahisine profilaktik anti-inkontinans cerrahisi eklenmesi postoperatif üriner inkontinans riskini azaltmakta ancak postoperatif komplikasyon riskini arttırmaktadır	EAU	1b	
Pelvik organ prolapsusu onarımı sırasında operasyona stres üriner inkontinans cerrahisi eklenebilir. Ama bu durumda tek başına pelvik organ prolapsusu cerrahisine göre komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu hastalara hatırlatılmalıdır	EAU	Level 1b	Grade A
Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansı olan kadınlarda POP ve stres üriner inkontinans cerrahisinin birlikte yapılması tek başına POP cerrahisi yapılmasına göre kısa dönemde daha yüksek kür oranları sunmaktadır	EAU	1a	
Pelvik organ prolapsusu nedeni ile cerrahi uygulanacak kadınlarda stres inkontinans yakınmaları mevcut ise her iki durum beraber tedavi edilmelidir.	ACOG		Level C
POP ile birlikte aşikar veya gizli stres inkontinansı olan ve cerrahi planlanan hastalarda POP ve üriner inkontinans için kombine cerrahi tedavi önerilen hastalara tek başına POP cerrahisi uygulanacak kişilere göre artmış komplikasyon riski taşıdıkları anlatılmalıdır	EAU		A
POP ve aşırı aktif mesanesi olan kadınlarda POP cerrahi tedavisi sonrasında aşırı aktif mesane semptomlarının iyileştiğini destekleyen düşük düzeyde, yeterli olmayan bazı kanıtlar bulunmaktadır	EAU	3	

BOTULİNÜM TOKSİN

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Anti-muskarinik ilaçlar ile kıyaslandığında intravezikal botulinum toksin enjeksiyonu sonuçlarının inkontinans epizotlarının azalması açısından benzer olduğu, birçok hastada inkontinans yakınmalarının tamamen geçtiği, bu nedenle intradetrusor botulinum toksin uygulamasının aşırı aktif mesane tedavisinde uygun vakalarda iyi bir tedavi seçeneği olabileceği ile ilgili bilgiler hasta ile mutlaka paylaşılmalıdır	ACOG		Level A
Mesane duvarına tek seansta botulinum toksini (100U) enjeksiyonunun, sıkışma tipi üriner inkontinans semptomlarının iyileşmesinde ve yaşam kalitesinin 12 aya kadar varan sürelerde artmasında plaseboya göre üstün olduğu bildirilmektedir	EAU	1a	
Tedavi etkinliğinin devamı için tekrarlayan dozlara ihtiyaç duyulmakta ve tedavi ile özellikle ileri yaştaki kişilerde artmış işeme sonrası artık idrar için yüksek risk bulunduğu bildirilmektedir	EAU	3	
Antimuskarinik tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi üriner inkontinanslı hastalara mesane duvarına botulinum toxin A (100U) enjeksiyonu önerilmelidir	EAU		A
Hastalar tedavi yanıtının sınırlı süre devam ettiği, idrar yolu enfeksiyonu açısından riskin arttığı ve belirli bir süre temiz aralıklı kateterizasyon uygulama ihtiyacı olabileceği konusunda uyarılmalıdır. (işlem öncesinde hastaların temiz aralıklı kateterizasyon yapabildiklerinden emin olunmalıdır)	EAU		A

PARAÜRETRAL ENJEKSİYON

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Paraüretral enjeksiyonlar stres inkontinans tedavisi için rölatif olarak non-invaziv bir yöntem olup; cerrahi tedavinin semptomlar üzerinde yeterli düzelme sağlamadığı durumlarda, cerrahi sonrası semptomların tekrar ettiği durumlarda, üretral mobilitesi olmayan kadınlarda veya komorbidite nedeni ile anestezi veya invaziv cerrahi yöntemlerini tolere edemeyecek olan yaşlı kadınlarda uygun bir seçenek olabilmektedir.	ACOG		Level B
Paraüretral enjeksiyonlar stres üriner inkontinanslı kadınlarda semptomlarda kısa süreli (3ay) iyileşme sağlamakta, ancak kür oluşturamamaktadır. Kolposuspansiyon ve pubovajinal slinglere kıyasla etkileri daha azdır. Tekrarlayan enjeksiyonlar gerektirmektedir. Açık cerrahi tekniklere göre düşük yan etki profiline sahiptir.	EAU	2a	
Herhangi bir enjeksiyon ajanının bir diğerine üstünlüğünü gösteren bir kanıt yoktur	EAU	1b	
Transuretral yol ile karşılaştırıldığında transperineal yoldan yapılan enjeksiyonlarda üriner retansiyon riski daha yüksektir	EAU	2b	
SUI nedeni ile kalıcı çözüm arayan kadınlara periüretral ajanlar önerilmemelidir	EAU		A (uzman görüşü)
İleri yaşta, anestezi riski varsa ve az invaziv girişimlerin gerekli olduğu durumlarda önerilmektedir	CUA		
Tekrarlayan enjeksiyonların gerekli olacağı, tedavi öncesinde mutlaka açıklanmalıdır.	CUA, NICE		Grade B

SAKRAL SİNİR STİMULASYONU

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Sıkışma tipi üriner inkontinans için başarı sağlamamış tedavinin devam ettirilmesi ile karşılaştırıldığında sakral sinir nöromodülasyonu daha etkindir, ancak bu sonuçlarda yalancı cerrahinin uygulandığı kontrol olgular yoktur	EAU	1b	
Mümkün olduğu koşullarda konservatif tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi üriner inkontinanslı hastalarda sakral sinir nöromodülasyonu önerilir.	EAU		A

KARIŞIK TİP ÜRİNER İNKONTİNANS CERRAHİ TEDAVİSİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Karışık tip üriner inkontinansı olan kişilerde en fazla hangi semptom baskınsa ilk	EAU		C
Tek başına stres üriner inkontinansı olanlar kadınlar ile karşılaştırıldığında karışık tipte üriner inkontinans tanısı olan kadınlar, stres üriner inkontinans cerrahi tedavisinden daha az fayda görmektedirler	EAU	1c	
Mevcut bulunan sıkışma semptomlarının stres üriner inkontinans cerrahi tedavisine vereceği yanıt öngörülemez, semptomlar iyiye ya da kötüye gidebilir	EAU	3	
Karışık tipte üriner inkontinansı olan hastalar üriner inkontinans tedavisi için tek tedavi yönteminin etkili olamayabileceği; en fazla sıkıntı yaratan semptomda olduğu gibi diğer komponentleri için de ek tedavilerle ihtiyaç duyulabileceği konusunda bilgilendirilmelidir	EAU		A (panel ortak görüşü)

MEŞ KOMPLİKASYONLARI

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Meş komplikasyonları nadirdir	AUA		
Riskin azaltılması amacı ile tüm MUS uygulamalarından sonra rutin sistoskopi yapılması önerilmektedir	AUA		
Meş komplikasyonlarına bağlı tekrar cerrahi gereksinimi riski hastalara hatırlatılmalıdır	CUA		

İLERİ YAŞTAKİ KİŞİLERDE CERRAHİ TEDAVİ

Öneriler	Kılavuz	Kanıt düzeyi	Öneri Düzeyi
Yaşlı kadınlar inkontinans için uygulanan cerrahi tedaviden fayda görürler	EAU	1	
Stres üriner inkontinans cerrahi tedavi başarısızlığı veya yan etki riski yaşla birlikte	EAU	2	
Yaşlı kadınlarda herhangi bir cerrahi tekniğin güvenlik ve etkinlik bakımından diğerine göre üstünlüğü gösteren bir kanıt bulunmamaktadır	EAU	3	
Üriner inkontinanslı yaşlı kadınlar cerrahi ile ilişkili risk artışı (botulinum A enjeksiyonu dahil), başarısızlık olasılığı konusunda bilgilendirilmelidir	EAU		B