

باغچه خندا

طبابت هنراست،
هنر باهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	وندادی، شقایق ۱۳۷۲- اوروژنیکولوژی و اختلالات کف لگن در زنان از نواک: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص شقایق وندادی پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
شابک	۲۳۲ ص: جدول ج. ۱۰ ۹۵۱۰۰۰۰ ریال ۹۵۱۰۰۰۰ 978-622-404-282-8
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Berek & Novak's gynecology, 17th. ed, c2025" اثر جانانان برک است.
عنوان دیگر	بیماری های زنان نواک.
موضوع	آبستنی و زایمان--Obstetrics پزشکی زنان--Gynecology بارداری -- عوارض و عواقب--Pregnancy -- Complications پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. آبستنی و زایمان -- آزمون ها و تمرین ها Obstetrics -- Examinations, questions, etc. بارداری -- عوارض و عواقب -- آزمون ها و تمرین ها Pregnancy -- Complications -- Examinations, questions, etc. برک، جانانان--Berek, Jonathan S.
شناسه افزوده	نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری های زنان نواک
شناسه افزوده	۵۲۴RG
رده بندی کنگره	۲/۶۱۸
رده بندی دیویی	۹۱۶۳۳۶۸
شماره کتابشناسی ملی	فیپا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

اوروژنیکولوژی و اختلالات کف لگن در زنان Berek & Novak's gynecology2025 /17th edition	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: شقایق وندادی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی	شابک 978-622-404-282-8
ناشر: انتشارات کاردیا	تومان ۹۵۱،۰۰۰
صفحه آرا: رزیدنت یار - مبینا شرفلی	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱ - **شماره تماس ویژه: ۰۲۱ - ۹۱۰۹۵۹۶۷**

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اورونیکولوژی و اختلالات کف لکن در زنان و زایمان

Berek & Novak's gynecology 2025 / 17th edition

ترجمه و تلخیص



دکتر شقایق وندادی

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسخدهی به سوالات

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار) با جمعی از اساتید (رتبه A) را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



کتاب پیش‌رو حاصل ترجمه و تلفیص نواک، ویرایش ۲۰۲۵ است. در تدوین این مجموعه تلاش شده است ضمن وفاداری کامل به منبع اصلی، نکات کلیدی، جداول کاربردی و تصاویر مهم به شکلی منسجم و هدفمند گردآوری شود تا مطالعه و مرور مباحث برای همکاران و دستیاران ممتزم زنان و زایمان آسان‌تر و اثربخش‌تر گردد. امید است این کتاب بتواند گامی کوچک اما مؤثر در مسیر آموزش و ارتقای دانش همکاران گرامی و یاور دستیاران جوانی باشد که دوران دستیاری‌شان، یکی از سفت‌ترین و در عین حال پربارترین دوره‌های زندگی علمی آنان است.

در پایان، بر فود لازم می‌دانم از اساتید ارجمندم که با آموزش، راهنمایی و الهام‌بخشی فود چراغ راه این مسیر شدند، و نیز از همسر عزیزم که با عشق و صبوری پشتیبان همیشگی من بوده است، صمیمانه قدردانی کنم. با آرزوی توفیق روزافزون برای همه تلاشگران عرصه علم و درمان

دکتر شقایق وندادی

فهرست مطالب



فصل ۲۹: دستگاه ادرازی	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۹	۶۷
فصل ۳۰: پرولاپس اعضای لگن	۹۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۰	۱۳۱
فصل ۳۱: اختلالات عملکرد انورکتال	۱۳۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۱	۲۰۳

دستگاه ادراری

آناتومی:

در پوزیشن supine، مثانه بین استخوان پوبیس و فاشیای ترانسورسالیس (Transversalis) در قدام و فاشیای اندوپلوک و واژن و رحم در خلف قرار گرفته است. در لترال مثانه، فاشیای ابراتور و مجموعه‌ای از عضلات و بافت همبند به اسم فاشیای عضله آرکوس تندینوس (arcus tendinous muscles fascia) یا white line قرار گرفته است.

مثانه از ۳ لایه شامل موکوس، دترسور (بیشتر عضلات صاف) و سروز تشکیل شده است. موکوس مثانه از اوروتلیوم، غشای پایه و لامینا پروپریا تشکیل شده است که لامینا پروپریا از ماتریکس اکستراسلولار با سلول‌های مختلف و پایانه عصبی و عروق خونی و لنفی تشکیل شده است که مجموعه همه این‌ها باعث حفظ کمپلیانس مثانه و ارتباط بین سیستم عصبی و عضلات مثانه می‌شوند.

ناحیه تریگون یک ناحیه مثلثی شکل در قاعده مثانه است که شامل تریاد دو سوراخ حالب و پروکسیمال پیشابراه است که ۳ رأس این مثلث را می‌سازند.

(**توضیح مؤلف:** این ناحیه تریگون به دلیل منشأ جنینی متفاوت آن از سایر قسمت‌های اوروتلیوم مثانه در سیستم اسکوپمی نمای متفاوتی دارد و به صورت یک ناحیه مثلثی مشخص است).

Urethra (پیشابراه) یک ساختار لوله‌ای به طول تقریباً ۴ سانتی‌متر است که به وسیله عضلات اسکلتی پوشیده شده است و در طول دیواره قدامی واژن طی مسیر کرده و از دیافراگم اوروژنیتال زیر سمفیز پوبیس (Symphysis Pubis) خارج شده و به قسمت بالای مدخل واژن باز می‌شود.

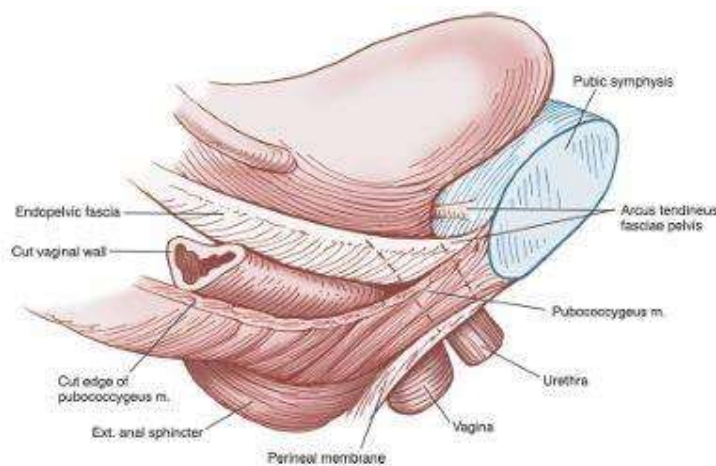


FIGURE 29-1 Lateral view of the pelvic floor showing the anatomic location of the bladder, urethra, vagina, and pelvic floor support structures transected at the level of the vesical neck.

در شکل ۲۹-۱ نمای لترال کف لگن را می‌بینید.

(**توضیح مؤلف:** فاشیای اندوپلوپیک در قسمت جانبی به فاشیای آرکوس تندینوس متصل می‌شود و بین مثانه و سرویکس و رکتوم مثل یک تور نگه دارنده وجود دارد ادامه آن در قسمت قدامی، فاشیای پوبوسرویکال و در قسمت میانی، لیگامان‌های USL (یوتروساکرال) و کاردینال و در قسمت خلفی فاشیای رکتواژینال یا Denonvilliers هست که نقص این فاشیا در قسمت قدامی یا در محل اتصال آن به فاشیای آرکوس تندینوس باعث هایپرموبیلیتی مجرا و بی‌اختیاری استرسی ادرار می‌شود. عضله پوبوکوکسیژئوس یکی از اجزای کمپلکس عضلات لواتور آنی هست که باعث حمایت فعال کف لگن خصوصاً هنگام افزایش فشار داخل شکمی می‌شود.)

عصب‌دهی مثانه و پیشابراه:

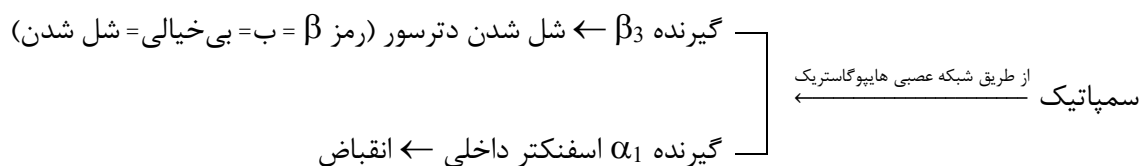
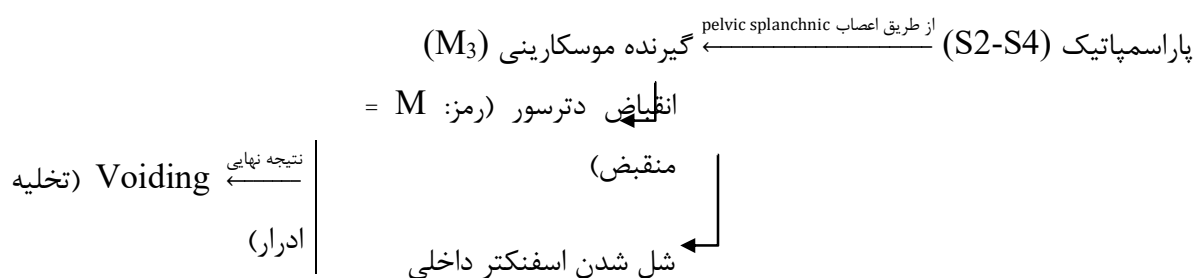
مثانه به طور اولیه توسط اعصاب اتونوم سمپاتیک و پاراسمپاتیک عصب‌دهی می‌شود. اعصاب سمپاتیک از ناحیه توراکولومبار طناب نخاعی منشأ می‌گیرد و از طریق شبکه عصبی inf hypogastric با نوروترانسمیتر نوراپی نفرین باعث تحریک دو نوع متفاوت رسپتور آدرنرژیک می‌شود: رسپتور α که در سطح پیشابراه (اسفنکتر داخلی) و تریگون است و رسپتور β که به طور اولیه در عضله دترسور است. اعصاب پاراسمپاتیک از ناحیه S2-S4 طناب نخاعی منشأ می‌گیرند و از طریق شبکه عصبی اسپلانکنیک (pelvic splanchnic nerves) و از طریق نوروترانسمیتر استیل کولین به گیرنده‌های موسکارینی عضله دترسور می‌روند و با تحریک آن‌ها باعث انقباض عضله دترسور می‌شود و در



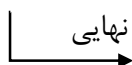
نهایت سیستم عصبی سوماتیک که از عصب پودندال (S2-S4) عصب می‌گیرد، باعث حرکت عضلات کف لگن و اسفنکتر اورترا و عصب‌دهی حسی ناحیه پرینه می‌شود. کنترل ادرار از کورتکس مغز و مخچه آغاز می‌شود؛ سپس از طریق مرکز pontine ادراری در ساقه مغز (brain stem) به مرکز ساکral منتقل شده و در نهایت زمان تخلیه یا مهار ادرار به عضلات مثانه و اسفنکترها ارسال می‌شود.

(توضیح مؤلف: همکاران گرامی درک عملکرد عصبی هر کدام از این گیرنده‌ها در تفهیم مکانیسم داروهای مورد استفاده در درمان بی‌اختیاری که جلوتر توضیح داده می‌شود اهمیت بسزایی دارد)

جمع‌بندی



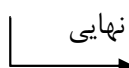
نتیجه



Storage (ذخیره ادرار)

عصب پودندال (S2-S4 سوماتیک) ← گیرنده نیکوتینی اسفنکتر خارجی

نتیجه



نگه داشتن ادرار



فیزیولوژی ذخیره (storage) و دفع (voiding) ادرار:

نقش اصلی عملکرد ذخیره ادرار در مثانه به سه دسته از عوامل وابسته است:

(۱) عوامل داخلی مثانه که شامل خاصیت الاستیک و قابلیت کششی عضله صاف دترسور در پاسخ به افزایش حجم ادرار است.

(۲) عوامل خارجی مربوط به مثانه شامل عملکرد هماهنگ اعصاب اتونوم و سوماتیک، یکپارچگی گردن مثانه و کارایی اسفنکتر پیشابراه در حفظ بسته بودن مجرای طی فاز filling (پر شدن)

(۳) عوامل حمایتی مثانه و پیشابراه شامل عضلات لواتور آنی، فاشیای اندوپلوئیک و فاشیای آرکوس تندینوس هستند.

پیشابراه نیز اجزای مختلفی دارد شامل:

(۱) عضله مخطط اسفنکتر پیشابراه، عضلات صاف پیشابراه و عروق و اعصاب پیشابراه که به الاستیسیته و یکپارچگی اپی تلیوم پیشابراه و در واقع حفظ فشار بسته شدن پیشابراه در فاز filling و شل شدن آن در فاز voiding کمک می‌کنند. اختلال در عملکرد اسفنکتر داخلی پیشابراه باعث اختلال در بسته شدن کامل آن در فاز filling و بی‌اختیاری ادراری ناشی از نقص اسفنکتر داخلی می‌شود که در ادامه توضیح می‌دهیم.

(۲) ساختارهای حمایتی اطراف پیشابراه مانند فاشیای اندوپلوئیک، آرکوس تندینوس و عضلات پوبوکوکسیژئوس هم نقش مهمی در حمایت پیشابراه در فاز filling دارند به طوری که اختلال در این ساختارها می‌تواند باعث هایپرموبیلیته مجرای و بی‌اختیاری استرسی ادرار شود.

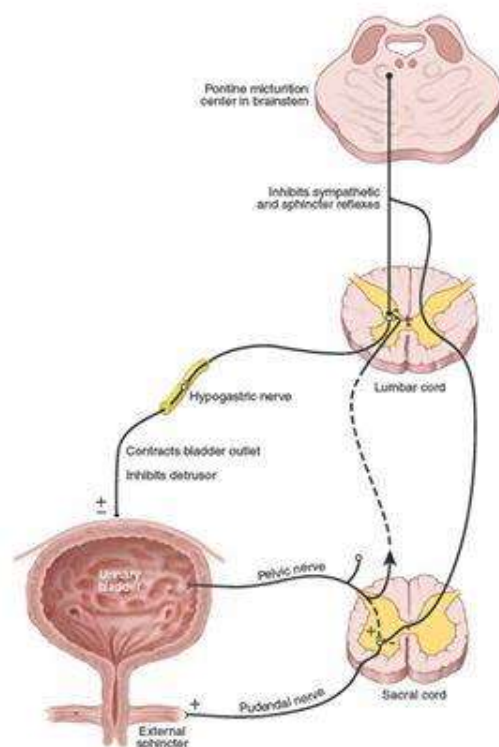


FIGURE 29-2 Detrusor-sphincter reflex during urine storage: The sympathetic system promotes the bladder to relax (inhibition) and the outlet to contract (stimulation). Concurrently, the pudendal nerve stimulates the urethral sphincter to contract. (DeGroat WC. A neurologic basis for the overactive bladder. *Urology* 1997;50(Suppl 6A):36-52; Figure 4, need permission.)

همان‌طور که در شکل ۲-۲۹ مشاهده می‌کنید در فاز *filling*، اعصاب سمپاتیک از طریق طناب نخاعی کمری و شبکه عصبی هایپوگاستریک، سیگنال‌های تحریکی به رسپتور β دترسور مثانه فرستاده و باعث ریلکس شدن عضله دترسور می‌شوند همچنین سیگنال‌های تحریکی به عضلات صاف تریگون و پیشابراه (اسفنگتر داخلی) که منقبض شده و ادرار خارج نشود حین پر شدن مثانه وقتی مثانه به اندازه ۷۵٪ ظرفیت خود پر شد، الیاف آوران مثانه ایمپالس‌هایی را به سیستم عصبی مرکزی می‌فرستند که این ایمپالس‌ها دو مسیر دارند: مسیر رفلکسی که پیام‌ها از طریق رفلکس ادراری به خود مثانه بازمی‌گردند و نقش تنظیم خودکار فعالیت عضلات مثانه را دارند. مسیر عمودی به مغز که فرد بتواند تصمیم آگاهانه درباره دفع یا عدم دفع ادرار بگیرد.

اگر از نظر اجتماعی شرایط برای دفع ادرار نامساعد باشد (تمایل به دفع ادرار وجود نداشته باشد) مغز سیگنال‌های تحریکی را از طریق اعصاب پودندال در جهت انقباض عضلات کف لگن و اسفنگتر خارجی پیشابراه و سیگنال مهاری به اعصاب سمپاتیک می‌فرستد تا ادرار خارج نشود.



و زمانی که تصمیم به خروج ادرار گرفته می‌شود عضلات کف لگن و اسفنکتر خارجی پیشابراه ریلکس شده و با تحریک اعصاب پاراسمپاتیک همان‌طور که گفته شد باعث تحریک رسپتور کولینرژیک و انقباض دترسور مثانه و شل شدن اسفنکتر داخلی پیشابراه و خروج ادرار می‌شود.

بی‌اختیاری ادراری:

اختلالات ذخیره ادرار به طور تیپیک در بیمارانی با علائم اختلال کنترل مثانه هستند شامل urgency، فرکوئنسی، ناکچوریا و بی‌اختیاری ادراری.

Urgency به عنوان تمایل شدید و ناگهانی دفع ادرار که به سختی قابل مهار کردن است، تعریف می‌شود. فرکوئنسی (یعنی افزایش دفعات دفع ادرار) و ناکچوریا (افزایش دفع شبانه ادرار) به عنوان جایگزین‌های urge در مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک به دلیل اندازه‌گیری آسان‌تر، بیشتر استفاده می‌شوند. بی‌اختیاری ادراری به صورت دفع ناخواسته ادرار، نسبت به urgency قابل اندازه‌گیری‌تر است و به صورت دفع ناخواسته ادرار در فاز filling تعریف می‌شود که دو ساب تایپ اصلی دارد: بی‌اختیاری ادراری استرسی که دفع حین ادرار حین فعالیت فیزیکی یا سرفه و افزایش فشار داخل شکمی هست و بی‌اختیاری ادراری فوریتی که دفع ادرار همراه با حس فوریت است.

دقت کنید که با urge که حالت دفع فوریت هنگام پر بودن مثانه هست و یک حالت نرمال است اشتباه نگیرید. بی‌اختیاری ادراری mix که دفع ادرار هنگام فعالیت یا افزایش فشار داخل شکمی به همراه تمایل قوی به ادرار کردن است. علائم این زنان ممکن است به صورت مداوم، بعد یا قبل دخول، همراه با ارگاسم، همراه با تغییر پوزیشن (postural)، همراه با احتباس یا تخلیه ناکامل ادرار (overflow)، ناکچوریا، بدون آگاهی از رخ دادن (insensible)، functional، مثل زنان مسنی که اختلال عملکرد مغزی یا علل روانی یا ناتوانی حرکتی دارند و علی‌رغم عملکرد نرمال مثانه و ساختارهای اطراف آن بی‌اختیاری ادراری را گزارش می‌کنند. طبقه‌بندی و تعاریف اختلالات دستگاه ادراری تحتانی در جدول ۱-۲۹ آورده شده است.



Table 29-1 Classification and Definition of Lower Urinary Tract Symptoms in Women

Abnormal Storage	Symptoms and Signs
Incontinence (symptom)	Any involuntary leakage of urine
Stress urinary incontinence (symptom)	Involuntary leakage on effort or exertion, or on sneezing or coughing
Stress urinary incontinence (sign)	Observation of involuntary leakage from the urethra, synchronous with exertion/effort, or sneezing or coughing
Urgency urinary incontinence (symptom)	Involuntary loss of urine associated with urgency
Mixed incontinence	Involuntary loss of urine associated with urgency and also with effort or physical exertion or on sneezing or coughing
Continuous urinary incontinence	Continuous involuntary loss of urine
Frequency	Number of voids in one day, from waking in the morning until falling asleep at night
Increased daytime frequency	Micturition occurs more frequently during waking hours than previously deemed normal by women (traditionally defined as more than seven episodes)
Nocturia	Interruption of the main sleep period one or more times because of need to micturate (each void is preceded and followed by sleep)
Nocturnal enuresis	Complaint of involuntary voiding that occurs at night during the main sleep period (i.e., bedwetting)
Urgency	A compelling need to urinate which is difficult to defer (pain, pressure, discomfort)
Postural urinary incontinence	Involuntary loss of urine associated with change of body position, for example, rising from a seated or lying position
Insensible urinary incontinence	Urinary incontinence where the women has been unaware of how it occurred
Coital incontinence (CI)	Urinary incontinence occurring before, during or after vaginal intercourse
Orgasmic urinary incontinence	Urinary incontinence at orgasm
Penetration urinary incontinence	Urinary incontinence at penetration (penile or sexual device)
Overactive bladder syndrome (OAB)	Urinary urgency, usually with urinary frequency and nocturia, with or without urgency urinary incontinence

شیوع بی‌اختیاری ادراری:

در مطالعات اخیر که در آمریکا انجام شده است بی‌اختیاری ادراری با افزایش سن به طور کلی افزایش می‌یابد اما الگوی آن بر اساس ساب تایپ بی‌اختیاری متفاوت است و همان‌طور که در شکل ۳-۲۹ مشاهده می‌کنید بی‌اختیاری ادراری استرسی در دهه ۵۰ زندگی پیک می‌زند و به طور کلی شایع‌ترین ساب تایپ است و شیوع بی‌اختیاری ادراری فوریتی و mix تا دهه ۴۰ زندگی پایین است اما بعد آن تدریجاً افزایش می‌یابد و بعد از حدوداً ۶۵ سالگی (سالمندی) (late adulthood) بی‌اختیاری ادراری mixed افزایش می‌یابد.

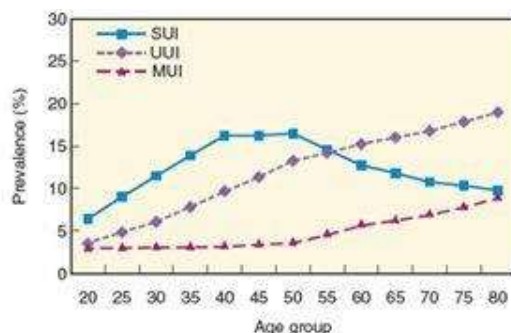


FIGURE 29-3 Prevalence of stress, urgency, and mixed urinary incontinence by age. Note the peak prevalence of stress urinary incontinence at 50 years of age followed by a decline; also note the continuous increase in mixed urinary incontinence into late adulthood where it becomes the most prevalent subtype. SUI, stress urinary incontinence; UUI, urgency urinary incontinence; MUI, mixed urinary incontinence. (Minassian VA, Stewart WF, Hirsch A. Why do stress and urge incontinence co-occur much more often than expected? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008;19:1429-1440; Figure 1; need permission.)

پاتوفیزیولوژی:

بی‌اختیاری ادراری استرسی: در گذشته، حمایت اصلی پیشابراه برای کنترل ادرار در گردن مثانه و پروکسیمال پیشابراه بوده است. لیگامان‌های پوبواورترال که از سطح زیرین استخوان پوبیس تا پیشابراه کشیده شده‌اند تصور می‌شد که ساختار مهمی در کنترل دفع ادرار است در سال‌های اخیر، Delancy تئوری Hummock را ارائه کرد که در آن بیان شد که حمایت اولیه گردن مثانه و پیشابراه به واسطه بافت واژن اطراف قاعده مثانه است که واژن از طریق عضلات لواتور آنی مثل گهواره‌ای برای حمایت گردن مثانه و فشردن پیشابراه و حفظ کنترل ادرار عمل می‌کند یعنی به زبان ساده فاشیای اندوپلوئیک و آرکوس تندینوس و کمپلکس لواتور آنی یک بستر یا گهواره (Hummock) زیر پیشابراه و گردن مثانه ایجاد می‌کنند که وقتی فشار داخل شکم زیاد می‌شود، این بستر سفت شده و پیشابراه را فشرده می‌کند تا ادرار خارج نشود. نقص این ساختارها می‌تواند باعث بی‌اختیاری استرسی ادرار بشود و این پایه و اساس درمان جراحی کولپوساسپنشن برج هست که جلوتر توضیح داده می‌شوند.

اخیراً تئوری اینتگرال برای بی‌اختیاری استرسی ادرار مطرح شده است که در آن ذکر شده است که بی‌اختیاری استرسی ادراری در نتیجه نقص و شلی بافت همبند واژن و لیگامان‌های حمایتی آن شامل پوبواورترال و آرکوس تندینوس و کاردینال یا یوتروساکرال رخ می‌دهد. در واقع حرکات چندبعدی عضلات کف لگن از طریق چند مکانیسم کنترل ادرار را در پیشابراه تنظیم می‌کنند:

(۱) حرکت رو به جلوی عضلات پوبوکوکسیژئوس باعث کشش بخش میانی واژن روی رباط پوبواورترال و انسداد پیشابراه می‌شود.

(۲) حرکت رو به عقب levator plate با کشش رو به عقب و پایین قسمت فوقانی واژن و قاعده مثانه در اطراف لیگامان پوبوورترال باعث بسته شدن پروکسیمال پیشابراه می‌شود که این تئوری رایج بی‌اختیاری استرسی ادرار در



حال حاضر است که بیشتر بر همراهی بی‌اختیاری استرسی ادرار با پرولاپس لگنی تمرکز دارد و اصول جراحی‌هایی مثل ساسپنشن لیگامان یوتروساکرال و اسلینگ های میداورترال است.

پاتوفیزیولوژی بی‌اختیاری فوریتی ادرار:

همان‌طور که اتیولوژی این نوع بی‌اختیاری ادراری به درستی مشخص نشده است، پاتوفیزیولوژی آن نیز به خوبی تعیین نشده است. اصطلاح "مثانه بیش‌فعال" معمولاً در همراهی یا معادل بی‌اختیاری فوریت ادرار به کار می‌رود. سندرم مثانه بیش‌فعال (OAB) در غیاب عفونت یا سایر پاتولوژی ادراری همراهی احساس فوریت دفع ادرار به همراه فرکوئنسی و ناکچوریا و بی‌اختیاری ادرار (OAB wet) یا بدون این علائم (OAB dry) می‌باشد. یک سری شرایط نورولوژیک خاص مثل مولتیپل اسکلروزیس (MS)، پارکینسون یا آسیب‌های طناب نخاعی می‌توانند باعث از دست رفتن عملکرد مهاری دفع ادرار و بی‌اختیاری بشوند (neurogenic OAB).

علل غیرنوروزنیک یا ایدیوپاتیک OAB شامل:

(۱) تئوری افزایش حساسیت اپی تلیوم که می‌گوید موادی در مثانه وجود دارند که باعث تحریک شیمیایی و ناپایداری آن میشوند. این مواد معمولاً مواد التهابی (مثل فاکتور رشد عصبی، پروستاگلاندینها و استیل کولین) هستند که موجب افزایش حساسیت عضله ی دترسور و تحریک پذیری اعصاب می‌گردند. اگر پوشش داخلی مثانه (یعنی اوروپیتلیوم) هم دچار آسیب یا نقص باشد، اثر این مواد بیشتر شده و حساسیت عضله ی دترسور باز هم افزایش پیدا میکند.

(۲) تئوری میوزنیک: در دوران رشد و تکامل، کف لگن در معرض فشارهای فیزیکی قرار دارد. اختلال عملکرد میوزنیک ثانویه به تغییرات ساختاری یا اختلالات فانکشن گروهی از میوسیت‌ها در عضله صاف دترسور، مستقل از عصب‌دهی آن است. به طور مثال انسداد طولانی مدت خروجی مثانه یا ایسکمی مثانه در نتیجه آترواسکلروز یا نوروپاتی دیابتی باعث دنرواسیون (آسیب عصبی) عضله دترسور و تخریب آن و افزایش تحریک‌پذیری در برابر استیل کولین می‌شود که باعث مثانه بیش‌فعال و اختلال کنترل ادرار می‌شود. این تئوری‌های گفته شده تحت تأثیر اختلالات سایکوسوشیال، عوامل مستعد کننده ژنتیکی، التهاب و داروهای محرک قرار می‌گیرند.

بی‌اختیاری ادراری مختلط:

شایع‌ترین ساب تایپ بی‌اختیاری ادراری در اواخر دوره بزرگسالی است و منجر به علائم شدیدتر و تأثیر بیشتر بر کیفیت زندگی می‌شود.