

Prof. Dr. Romics Imre, Dr. Kelemen Zsolt, Dr. Fazakas Zsolt

A vizeletvesztés ritka formái; uretero – vesicovaginális fisztulák

A vizeletvesztés – inkontinencia – legismertebb és leggyakoribb formái a stress- és urge inkontinencia túlnyomó többsége egyszerű műtétrel vagy gyógyszerrel gyógyíthatók.

Ritkábbak, diagnosztikájukban gyakran, műtéti megoldásukban csaknem mindig nehezek az uretero- és/vagy vesicovaginális fisztulák.

Korábban – és a harmadik világban ma is – a vesicovaginális sipolyok oka az episiotomia nélküli „nehéz” szülések. A fejlett országokban a fisztulák 90%-a valamilyen nőgyógyászati-szülészeti sebészeti műtéti beavatkozás következményeként jön létre. 10% sugárterápiát követően, vagy kismencedei gyulladás -tumor, idegentest miatt alakul ki.

Mik a sipolyok tünetei?

– A leggyakoribb „klasszikus” tünet az állandó vizeletvesztés, a mindig nedves alsóruházat.

– Kicsi sipoly esetén előfordulhat, hogy a normális vizeléshez társul a hüvelyen át ürülő kevés vizelet.

– Az állandó vizeletcsorgáshoz előbb-utóbb a gáttáj bőrének különböző mértékű gyulladása is társulhat.

Tudni kell, hogy sugárterápiák után évekkel is kialakulhat sipoly, az ismert leghosszabb idő 24 év!

A diagnosztikai lehetőségek elég szegényesek, és néha nehéz bizonyítani vagy kizárni a fisztula jelenlétét.

Elsőként legfontosabb a pontos anamnézis. Ismerni kell a lezajlott szüléseket, azok lefolyását: hüvelyi szülés vagy császármetszés történt. Nőgyógyászati vagy egyéb kismencedei műtétek pontos leírása fontos. Kismencedei sugárkezelés mindig tartogatja a később kialakuló sipoly lehetőségét.

Gyakran elegendő a hüvely feltárása a sipoly kórismézéséhez. Kis fisztulák esetén azok kórismézésére a hüvelyi inspekció és a cystoscopia eredménytelen lehet. Ilyen esetekben

javasolják a tampon tesztet, melynek lényege a következő: a hólyagba katéteren keresztül metilénkéket fecskendezünk, a hüvelybe a műtőben használatos tampont (bucit) teszünk. Ha a buci kék lesz, a sipoly bizonyítottan tekinthető.

A hüvelybe tekintés során a sipolygyanús járatba szondát helyezhetünk, cystoscopon keresztül a gyanús helyre ureter-katétert vezethetünk, amelyek segíthetnek a diagnózisban. Retrográd, -vagy mictióis cystographia során röntgen kontrasztanyaggal ábrázolhatjuk a sipolyjáratot. Ureterovaginális sipoly kórismézésében az urographia vagy a retrográd ureterographia segít.

A diagnózis megállapításánál a következőket kell tisztázni:

- a sipoly mérete, száma, lokalizációja
- a sipoly viszonya az ureter szájadékához
- a sipoly körüli gyulladás, necrosis
- komplikáló (kiváltó?) tényezők: kő, fonal, idegentest
- hólyagkapacitás
- az ép húgycső hossza
- hüvely szöveteinek minősége, mennyisége
- a rectum ép volta

A fenti összes kérdés ismerete alapján dönthetünk az alkalmazott terápiáról, mely túlnyomó többségben sebészeti.

Kis, nem sugarazott sipoly katéter melletti spontán záródására csak néhány százalékban számíthatunk.

Nem operatív beavatkozás a sipoly elektromos fulgurációja vagy fibrin ragasztóval való kezelése kevés sikerrel kecsegtet.

Siker műtéti beavatkozástól várható. Ezzel kapcsolatban több alapvető kérdés merül fel:

1. Mikor operáljunk?
2. Alkalmazunk-e preoperatív ösztrogén és antibiotikum kezelést?
3. Vaginális vagy hasi behatolást választunk?
4. A sipolyt kimetsszük vagy csak összevarrjuk?
5. A szexuális funkció megtartására törekedünk-e?

Ad.1. Korábban 3 hónapot vártunk a – általában műtét következtében kialakuló – sipoly megjelenése után. Előnye kétségtelen, hogy a szövetgyulladás konszolidálódik, de a betegnek a folytonos vizeletcsorgás sok kellemetlenséget okoz. Utóbbi időben törekszünk a korai ellátásra, az eredmények nem rosszabbak.

Azt tudni kell, sikertelensége minden időben és módon elvégzett műtétnek van, de a legkisebb az első sipolyzáró műtété.

Sugarárterápia után legalább 3 évet ajánlatos várni!

Ad.2. Infekció esetén antibiotikum kezelés szükséges, menopauzában ösztrogénkezelés előnyös.

Ad.3. A sipoly elhelyezkedésétől, nagyságától, a sebész gyakorlatától függ. Függ attól, hogy tervezünk-e interpositumokat (pl. peritoneum) az összevarrandó rétegek közé.

Ad.4. Előfordulhat, hogy a tervezett műtét a hüvely jelentős megrövidülésével vagy szűküléssel jár; a beteggel ezt egyeztetni kell a műtét előtt.

Műtéttechnikai kérdésekkel ezen lap hasábjain részletesen nem kívánunk foglalkozni, a postoperatív kérdéssel azonban igen.

Kétféle behatolás lehetséges. Hasi behatolás esetén transvesecalis behatolásból a sipolyfalat körbevágjuk, a hólyag hátsó falát a sipolyig „kettévágjuk”, külön rétegenként zárjuk a hólyagot és a hüvelyt, közéjük cseplest vagy hashártyát helyezhetünk.

Hüvely felől a sipoly kimetszése után szintén három rétegben varrjuk össze a szöveteket. Nagy, főleg sugárzás után kialakuló sipoly esetén közti anyagként nagyajakból vett lebenyt használhatunk.

Magyarországon évi 150-160 vesicovaginális sipolyzárás történik, az ureterovaginális sipolyzárások száma 5-10 körül lehet. Ezek az évi urológiai műtétek néhány tizedszázaléka, de a betegség súlyosságát, az életminőséget jelentősen befolyásoló – technikailag gyakran nehéz – műtétek fontosságát a statisztika nem tükrözi.

A fisztulák ellátása nehéz szakorvosi feladat. A betegség felismerésé-

ben az esetleges várakozási és post-operatív periódusban a háziorvossal való szoros együttműködés elengedhetetlen.

Irodalomjegyzék:

1. Kelemen Z., Lehoczky G.: *Repair of fistulas in*

the vesicovaginal area by forming a urinary reservoir. Eur. Urol., 1986, 12, 389

2. Blandy JP, Badenoch DF, Fowler CG et al.: *Early repair of iatrogenic injury to the ureter and bladder after gynecological surgery.* J. Urol. 1991, 146, 761

3. Stothers L, Chopra A, Raz S.: *Vesicovaginal fistula.* In: Raz S. ed. Female

urology. Philadelphia, London: W.B. Saunders Co, 1996, 492

4. Woo III, Rosario DJ, Chapple Cr: *The treatment of vesicovaginal fistulae.* Eur. Urol. 1996, 29, 1

5. Pajor L., Kelemen Z.: *The treatment of vesicovaginal fistulae (letter).* Eur. Urol., 1997, 31, 126

Dr. Majoros Attila

A neurológiai kórállapotok következtében kialakult vizeletinkontinencia

Összefoglalás: A szerző ismerteti az idegrendszeri betegségek, sérülések következtében fellépő vizelettartási rendellenességek típusait, tüneteit, gyógykezelésüket, külön részletezi a háziorvos teendőit ezen betegek gondozása során.

A témaválasztást az indokolja, hogy számos esetben találkozunk a háziorvos olyan betegekkel, akik gerincvelő-sérülés, vagy valamilyen betegség következtében nem képesek kiüríteni hólyagjukat a normális módon. Ezen betegek gondozása speciális feladat, hiszen gyakran szorulnak különböző gyógyászati segédeszközökre, és a hólyagműködési zavarokon kívül gyakran egyéb fogyatékségeik is vannak.

Bevezetés: Az alsó húgyutak működése két fázisra osztható. A *telődési fázisban* a hólyagizomzat elernyed és a harántcsikolt sphincter zárva van, majd a hólyag minimális nyomásemelkedés mellett eléri azt a térfogatot, melynél a beteg már erős vizelési ingert érez. Ekkor a detrusor izomzat összehúzódik, a sphincter izomzat elernyed, a hólyag egészséges esetben jó áramlással, residuummentesen, normális nyomástartományba eső detrusor kontrakcióval, hasprés alkalmazása nélkül kiürül. Ez utóbbi a hólyagműködés *ürülési fázisa*. Bármilyen sérülés, betegség, mely a perifériás, vagy a központi idegrendszert érinti hólyagműködési zavarral járhat, ezen állapotokban alkalmazzuk összefoglaló néven a *neurológiai hólyag* kifejezést. A funkcióeltérés lehet vizelettartási zavar,

inkontinencia, illetve vizeletürítési zavar, retenció. Neurogén hólyagműködési zavar esetén 90 %-ban az első csoporttal találkozunk, ezért a továbbiakban részletesen ezzel fogunk foglalkozni.

Osztályozás: Kiváltó okok szerint (*veszületett pl.:* meningomyelocele, *szerzett:* sérülés, sclerosis multiplex, Parkinson-kór, tumor, gyulladás, degeneratív betegség, toxikus ártalom, gyógyszer) is lehetséges, de célszerűbb a gyakorlatban jobban alkalmazható funkcionális beosztást választani. Eszerint megkülönböztetünk a sérülés helye alapján a sacralis vizelési központ felett kialakult ún. *felső motoneuron léziót*, melyre a **detrusorhyperreflexia**, illetve esetenként a spasticus sphincter működés jellemző. A sacralis vizelési központ szintjében, illetve alatta történt sérülés az *alsó motoneuron lézió* tünetegyüttesét okozza. Mely a hólyagbénulásán kívül a medencefenék petyhüdt bénulásával is jár, ebben az esetben **neurológiai stressz inkontinencia** alakulhat ki. A **neurológiai túlfolyásos inkontinencia** az előbbi állapotok legrosszabb kombinációjakor alakul ki, ha a detrusor gyengeség záróizom spaszticitással társul.

Vegyük sorra az egyes kategóriákat.

Reflexinkontinencia: Detrusor hyperreflexia, vagyis neurogén alapon létrejövő akaratlan detrusor-kontrakció következtében lép fel.

Tünetek: Amennyiben ez az állapot *komplett gerincvelői lézió* következménye, akkor a beteg nem érez semmilyen vizelési ingert, illetve hólyagtelődést, a vizelet akaratlanul, nem befolyásolhatóan rendszeresen elfolyik. Ebben az esetben *reflexhólyagról*, vagy *automata hólyagról* beszélünk. Spinalis sérülés esetén az állapot

detrusor sphincter dyssinergiával (DSD) kombinálódhat, supraspinalis lézió esetén ez a diszkordináció nem lép fel. *Inkomplett lézió* esetén nem gátolt neurogén hólyagról beszélünk. Ebben a formában a beteg érez vizelési ingert, hólyagtelődést, de az ingert nem képes elnyomni, a vizelet akaratlanul elfolyik, tehát az akaratlagos szabályozás itt sem működik, de a szenzoros funkció megmaradt. Ennek is ismeretes spinalis és cerebrális formája, utóbbiba sorolható az idős korban vascularis, vagy degeneratív agyi betegségek kapcsán fellépő vizeletinkontinencia.

Diagnózis: az anamnézis korrekt felvétele az esetek nagy részében már előre vetíti a diagnózist. Az *általános fizikális vizsgálaton* kívül fontos a *neuro-urologiai klinikai vizsgálat*, mely a genito-urinalis tájék érzés illetve fájdalom vizsgálatából, anális sphinctertonus vizsgálatból áll. A *vizeletvizsgálat* a húgyúti infekció kizárása céljából elengedhetetlen. *Ultrahang* vizsgálattal egyrészt a residuális vizelet mennyiségét ellenőrizzük, másrészt kizárhatjuk vesicoureteralis reflux fennállását, mely utóbbi ezen betegeknek nem ritkán észlelhető. Az *urodinámiai vizsgálat* első alkalommal mindig egy gáti EMG-vel kiegészített nyomás-áramlás vizsgálatból áll. Ez pontosan megmutatja, hogy a hólyagürülés milyen intravesicalis nyomásértékek mellett következik be, tájékoztat a hólyag complianceról (egységnyi intravesicalis térfogatváltozásra jutó nyomásemelkedés), és a detrusor szinergikus működéséről vagy diszfunkciójáról illetve diszkordinációjáról. Amennyiben a vizsgálat során komplikált neurogén hólyagműködési zavart észlelünk (a diszfunkció DSD-val, vesico-ureteralis refluxszal, alsó húgyúti obs-

Dr. Majoros Attila
Semmelweis Egyetem,
ÁOK, Urológiai Klinika
1082 Budapest, Üllői út 78/b.