

Dr. Langmár Zoltán¹, Dr. Börzsönyi Balázs¹, Dr. Németh Miklós²

A női vizelettartási zavarok diagnosztikája és kezelése

Inkontinenciának nevezzük az akaratlan vizeletvesztést, amely önmagában nem betegségnek, hanem tünetnek tekintendő. A vizelettartási zavarok elsősorban a nőket érintik, de az életkor előrehaladtával férfiakban is előfordulhatnak. Külön csoportot képviselnek a műtét következtében, annak szövődményeként kialakult vizelettartási zavarok (radikális prostatectomia, vagy hysterectomia után). Utóbbiakat jelen közleményünkben nem tárgyaljuk. A vizelettartási zavarok korszerű diagnosztikája és kezelése napjainkban már a rutin nőgyógyászati-urologiai gyakorlat része. Tekintettel arra, hogy az idősebb korosztályt széles körben érintő betegségről, illetve tünetegyüttesről van szó, indokolt, hogy az alapvető klinikai ismereteket az alapellátásban dolgozók számára is összefoglaljuk.

A Nemzetközi Kontinencia Társaság (ICS) a vizelettartási zavarokat 4 csoportba osztályozza:

- stressz inkontinencia
- késztetéses (urge) inkontinencia
- túlfolyásos inkontinencia
- reflex inkontinencia

Stressz inkontinencia

Ebben az esetben akaratlan vizeletelfolyás lép fel fizikai aktivitás, hasprés, köhögés, tüszentés hatására, a detruzor izom összehúzódása nélkül. A hasúri nyomásfokozódás áttérjed a húgyhólyagra, és az intravezikális nyomás meghaladja a maximális húgycső-nyomást. A

stressz inkontinenciát súlyosság szerint osztályozzuk. A húgycsőnyomás csökkenéséért a hólyagnyak hiper-mobilitása és a gátizomzat gyengesége (meggyengülése) felelős elsősorban. A gátizomzat meggyengülésének több oka, hajlamosító tényezője lehet (pl. korábbi szülések, fokozott fizikai munka, ösztrogénhiány talaján kialakult sorvadás, idült hólyaghurut, bizonyos gyógyszerek, krónikus köhögés, veleszületett kötőszöveti gyengeség, dohányzás).

Késztetéses (urge) inkontinencia

A kórkép vezető tünete a hirtelen jelentkező, igen erős, „parancsoló” vizelési késztetéshez társuló akaratlan vizeletszivárgás. Az eltávozott vizelet mennyisége változó lehet. Főként idősebb korban és éjjel jelentkezik. Gyakori oka a detruzor izomzat instabilitása, amelyet akarattól független összehúzódások jellemeznek. Két fő formája ismert:

Motoros (hiperaktív detruzorműködés miatt) – neurológiai kórképek következményeképpen (pl. Alzheimer-kór, Sclerosis multiplex, Parkinson-kór)

Szenzoros (hiperszenzitivitás miatt) – többnyire neurológiai ok mellett a hólyag kórfolyamata is jelen van (krónikus gyulladás, kő, tumor). Utóbbi tényezők a húgyhólyag és a húgycső receptorainak túlérzékenységét okozzák. Gyakori a pyuria jelenléte is. A késztetéses vizelettartási zavar stressz inkontinenciától való elkülönítése egyes esetekben igen nehéz lehet, a tünetek gyakran összemosódnak.

Túlfolyásos (overflow) inkontinencia

A hólyagnyomás anélkül haladja meg a húgycső zárónyomását, hogy a húgyhólyagban kontrakció lépne fel. Ez lényegében a hólyag túlfeszülését jelenti, aminek már nem tud ellenállni az urethra záróizmzata. Nőkben viszonylag ritka, de előfordulhat előzőleg vizelettartási

zavar miatt operált páciensekben, nagy méretű hólyagsérv (cystocele) esetén, amely megfeszíti a húgycsövet és kóros anatómiai viszonyokat eredményez. Neurológiai betegségek, sérülések is okozhatnak túlfolyásos inkontinenciát.

Reflex inkontinencia

Az akaratlan vizeletelfolyás vizelési inger nélkül a detruzor izomzat hiperreflexiája, vagy sphincter relaxáció következtében jön létre. Oka az abnormális gerincvelői reflex-működés. Teljes vizelési képtelenség is előfordulhat, neurológiai kórképek, sérülések hozhatják létre.

Diagnosztika

Alapos kórelőzmény-felvétel (kérdőívek, vizelési napló, gyógyszereszedésre vonatkozó kérdések, tünetek elemzése) és gondos fizikális vizsgálat (érezszavarok, anatómiai eltérések, genitáliák) indokolt. A laboratóriumi vizsgálatok közül javasolt a vizeletüledék vizsgálata, adott esetben tenyésztéssel kombinálva. A hólyag tároló kapacitását, működését, a húgycső záró apparátusát urodinamiás vizsgálatokkal tisztázhatjuk. Ezekkel a vizsgálatokkal urológusok, illetve ebben járatos nőgyógyászok foglalkoznak.

Kezelési lehetőségek

Stressz inkontinencia

A konzervatív terápia során a testsúly csökkentése (elhízás esetén), a dohányzás elhagyása, valamint a gátizomzat és a húgycső záróizmmainak megerősítése a cél, amelyet tornával (pl. Kegel-gyakorlatok), illetve elektrostimulációval (TENS-készülékkel) lehet elérni. A Kegel-gyakorlatok lényege a vizelés megindítása, majd akaratlagos megállítása, illetve ennek többszöri megismétlése. Műtéti kezelés akkor indokolt, ha súlyos fokú inkontinencia áll fenn, illetve a konzervatív módszerek hatástalanok. A megfele-

Dr. Langmár Zoltán¹, Dr. Börzsönyi Balázs¹, Dr. Németh Miklós²

1 Semmelweis Egyetem II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
2 Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati és Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Budapest
Levelezés: Dr. Langmár Zoltán
Semmelweis Egyetem II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1082 Budapest, Üllői út 78/A

lő műtéttípus kiválasztása alapvető fontosságú. Az operációkat elsősorban urológiai és nőgyógyászati osztályokon végzik. A beavatkozások célja az anatómiai viszonyok rendezése, illetve a vizelettartási zavart okozó elváltozás megszüntetése. Az eljárások lényege a hólyagnyak és a húgycső megemlése, intra-abdominalis helyzetbe juttatása, ahol a hasi nyomás már záróerőként hat, fokozva a kifolyási ellenállást. Léteznek mind hüvelyi, mind hasi úton végezhető operációk. A legmodernebb eljárások közé az ún. feszülésmentes szalagműtétek (Tension Free Vaginal Tape – TVT) tartoznak, ezeknek a legjobb az eredményessége. A műtétek során egy szövetbarát hálót, szalagot vezetnek fel a húgycső mellett, alátámasztva, megemelve ezzel a hólyagnyakat, biztosítva a kontinenciát. A beteg általános állapota, illetve társbetegségei (elhízás, kötőszöveti gyengeség) is befolyásolják a módszerek eredményességét. Az eljárás szövődményei közé tartozik a hegesezés okozta, nem szűnő fájdalom, amely a szalag eltávolítását is szükségessé teheti. Utóbbi szövődmény viszonylag ritkán jelentkezik. A beültethető szalagokat

folyamatosan tökéletesítik, illetve az eljárások technikáját is módosították. Az ún. transz-obturator szalagok alkalmazásánál a hólyagsérülés veszélye lényegesen kisebb, így nem igényli intraoperatív hólyagtükrözés végzését.

Készítétes inkontinencia

A terápia célja a hólyagműködés stabilizálása, a kapacitás növelése, illetve a vizelesi frekvencia csökkentése, valamint az akaratlan detruzor összehúzódások megszüntetése. Szenzoros típusokban az okok keresése, és kezelése (pl. hólyagkő eltávolítása, gyulladás kezelése) az elsődleges. Motoros formák esetén a gyógyszeres kezelés indokolt (antikolinerg szerek, Ca-antagonisták, direkt simaizom lazítók). Az oxybutinin a leggyakrabban alkalmazott szer, sajnos gyakoriak a mellékhatások (szájszárazság, látási zavarok). Bizonyos esetekben pszichoterápia is hatásos lehet. Alkalmazhatóak továbbá a hólyagnyak ellenállását fokozó adrenerg-stimuláló gyógyszerek is, illetve elektroterápia is hasznos lehet. A műtéti kezelés általában nagy felkészültséget igényel, és csak igen súlyos esetekben jön szóba

(hólyag-denerváció, hólyag-nagyobítás zsugorhólyag esetén).

A túlfolyásos és reflex inkontinenciák kezelése (ellátása) rendkívül komplex, multidiszciplináris, az esetek többségében igen nagy gondoskodást igénylő feladat. A terápiás lehetőségek természetesen nagyban függenek a kiváltó okoktól is, amelyet gyakran egyáltalán nem lehet megszüntetni. A betegek komplex rehabilitációja azonban ilyenkor is rendkívül fontos.

Irodalomjegyzék:

1. Katona F., Hamvas A., Klauber A. (szerk): *Inkontinencia – diagnosztika, terápia, rehabilitáció*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2006.
2. Pál A., Vajda Gy.: *A vizelet inkontinencia nőgyógyászati aspektusai*. Webdoki Továbbképző Füzetek, 2007,6:8-13.
3. Richter H.E. és mtsai: *Predictors of outcomes in the treatment of urge urinary incontinence in women*. Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 2009 (in press)
4. Kaelin-Ganbirsó I. és mtsai: *Complications associated with transobturator sling procedures: analysis of 233 consecutive cases with a 27 months follow-up*. BMC Womens Health, 2009,9:28.
5. Caruso D.J. és mtsai: *Medical management of stress urinary incontinence: is there a future?* Curr. Urol. Rep., 2009,10(5):401-407.

Osteoporózis Világnap

Magyarországon ma a népesség tizede, becslések szerint mintegy 900 ezer ember szenved osteoporózisban. A betegség számlájára mintegy évi 100 ezer csonttörés írható. Ennek sürgősségi ellátása 16 milliárd forintba kerül, majd a további ellátás – a törést követő első évben – további jelentős összeggel (mintegy 10,5 milliárd forinttal) terheli meg az egészségügyi büdzsét.

A törések közül a legsúlyosabb a csípőtáji (évi 14 ezer), mert ezen esetek ötöde (20%), a súlyos szövődmények következtében egy éven belül halált okoz. Önálló képességét csak a túlélők egyötöde nyeri vissza. Az Osteoporózis Világnapon – évek óta – szerte a világon azért szerveznek rendezvényeket, hogy a csonttritkulással kapcsolatosan a megelőzés fontosságára hívják fel a közvélemény figyelmét. A laikusok mellett a politikusok és a döntéshozók számára is fontos üzeneteket fogalmaznak meg. A Nemzetközi Osteoporózis Alapítvány (IOF) ez évben hirdetett programja („Állj ki a csontjaidért!”) a csontritkulásos betegek ellátásának jobbítását célzó törekvéseket akarja erősíteni, mind a kormányzati egészségügyi, mind a társadalombiztosítási, illetve egyéb ellátó hálózatokon belül. A betegközösség tagjainak és a csontritkulás miatt aggódó millióknak hangját kívánja fölerősíteni, hogy álljanak ki saját érdekeikért, és aktívan vegyenek részt ellátásuk megszervezésében, jobbításában. Cél, hogy fontos törekvésekkel lépjenek saját országuk társadalma, döntéshozói és a világ közvéleménye elé. Jelentős törekvés napjainkban az Egészségügyi Világszerve-

zetnek (WHO) a törési kockázatot megbecsülő „eszköz” (Fracture Risk Assessment Tool). Arról van szó, hogy a magas kockázatú betegek azonosításával, kiválasztásával (azaz az úgynevezett FRAX® módszer bevezetésével) jobban lehet kihelyezni, felhasználni az egészségügyi forrásokat, hatékonyabban, mert célzottan, a megfelelő beteg ellátására lehet fordítani adott anyagi eszközöket.

A Világnapi Programok másik fontos törekvése, a közösségi hálózatépítő program (az OSTEOLINK) beindítása. <http://www.iofbonehealth.org/about-iof/iof-programs/outreach-education/osteolink.html>. A program bevezetését megelőző felmérésben Magyarország is szerepelt, részt is kíván venni mind az online, mind a személyes rendszer használatában. Az OsteoLink ötletgazdái, a szervezők azt várják, hogy a közösségi hálózat (angolul social network) segítségével jobb kommunikáció, lényegibb, tartalmasabb párbeszéd alakítható ki a betegek és orvosok között, illetve a betegközösségen belül, szerte Európában és a programban ugyancsak résztvevő Ausztráliában.

Az Osteoporosis Betegek Magyarországi Egyesülete (OBME), a betegszervezetek Pekingben tartott nemzetközi találkozóján (2009. szeptember 22-25.) elnyerte a Nemzetközi Osteoporózis Alapítvány (IOF) és az Amgen gyógyszergyártó cég közös díját. Az elismerő oklevél és a kitüntetéssel járó 10 ezer dollár az OBME azon pályamunkájának szólt, amely a betegközösség tájékoztatásának egy újszerű – játékosan tanító, felvilágosító – formáját kívánja megvalósítani.