

**Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
A női stressz inkontinencia sebészi kezeléséről**

Készítette: Az Urológiai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

Definíció: az inkontinencia akarattól független, objektíven kimutatható vizeletvesztés a húgycsővön keresztül, amely szociális és higiénés problémát okoz. Egyik főként nőknél előforduló formája a stressz inkontinencia.

Oka: A hólyagzáróizom működésének elégtelensége.

Ennek főbb formái:

- a húgycső és a hólyagnyak hypermobilitása, a medencefenéki izomzat és kötőszövet gyengesége (melső hüvelyfal süllyedése-cystocele) miatt.
- a hólyag belső záróizmának gyengesége – neurológiai eltérések, korábbi műtétek, rtg. besugárzás, vagy ismeretlen ok miatt.
- kevert forma – az előző két ok egyaránt előfordulhat

Előfordulása: Az inkontinens nőbetegek közel 50 %-a számol be stressz jellegű vizeletvesztésről. Hazánkban ugyan nincsenek pontos statisztikai adatok az inkontinencia előfordulását illetően, de a nemzetközi statisztikák szerint a népességben a kortól függetlenül ez elérheti az 50%-ot is.

A stressz inkontinencia a menopausa utáni korcsoportban az inkontinencia fokától függetlenül minden 4. nőnél jelentkezhet. Sebészi kezelésre azonban csak a betegek egy harmadában van szükség.

Tünetek: Fizikai aktivitásra, a hasi nyomás váratlan fokozódására (köhögés, nevetés, lépcsőre való fel vagy lelépés, futás, torna) jelentkezik a vizeletvesztés, a hólyagürítő izom (m. detrusor) összehúzódása nélkül. A vizeletvesztés foka a néhány csepptől a teljes hólyagkiürülésig előfordulhat.

II. Diagnosztika

1. Az anamnézis – inkontinenciára utaló panaszok, korábbi hasi, nőgyógyászati műtétek, szülések, menopausa, gyógyszerek (alfa receptor blokkolók), dohányzás, elhízás, székrekedés, húgyúti fertőzések, neurológiai eltérések előfordulásának felderítése.

A kérdőívek (pl. Gaudenz) hasznosak lehetnek az állapotfelmérésben, differenciáldiagnosztikában (stressz vagy urge inkontinencia?). Bizonytalan panaszok esetén a vizeleti napló is hasznos lehet.

2. Fizikális vizsgálat

- a gát és a hüvely vizsgálata, a prolapsus felmérése.
- a descensus mértéke meghatározható:
 - I. fok. A cystocele ill. rectocele a hymen szintje felett
 - II. fok. A cystocele ill. rectocele a hymen szintjében
 - III. fok. A cystocele ill. rectocele a hymen szintje alatt
- a descensus és, a húgycső mobilitásának a mértékét Q tip. teszt is megmutatja: ha a húgycsőbe tett pálca 30 foknál jobban megemelkedik az urethra hypermobilitására utal.

A stressz inkontinencia fokának, súlyosságának meghatározása:

Stressz teszt- spontán, de legalább 150 ml-s hólyagtelődés mellett fekvő és állva hasprés és köhöggetés mellett észlelhető-e vizeletvesztés.

- I. fok. Vizeletvesztés, köhögéskor, tüszentéskor, emeléskor
- II. fok. Vizeletvesztés járáskor, felkeléskor
- III. fok. Vizeletvesztés fekvéskor

A pad (betét) teszt a vizeletvesztés kvantitatív mérésére szolgál.

Urodinamikai vizsgálat – a hólyag vizelettartó és ürítő képességét méri fel.

Alkalmas az urge inkontinenciától való elkülönítésre, ill. a neurogén vizeletürítési és tartási zavar kizárására.

Pozitív stressz teszt esetén normális vizeletáramlási görbe és legalább 150 ml-s hólyagkapacitás mellett, reziduumentes ürítés után a stressz inkontinencia ténye valószínűsíthető.

Minden más esetben, különösen, ha a napi vizeletürítések száma több mint 10 és a betegnél korábban vizeletinkontinencia miatt műtét volt, illetve neurológiai eltérés ténye áll fenn, a teljes urodinamikai vizsgálat (uroflow, cystometria, folyás/nyomás vizsgálat, vizeletvesztési nyomás vizsgálat, urethrayomás vizsgálat) elvégzése szükséges.

A vizeletvesztési nyomás vizsgálata alkalmas a húgycsőzáróizomzat állapotának felmérésére és ezáltal a műtét irányának meghatározására.

Endoscopos vizsgálat – cystoscopy – infekció, vagy korábbi a hólyagon vagy környezetében végzett műtét esetén ajánlott.

III. Terápia

A stressz inkontinencia sebészi kezelése:

Sebészi kezelés ajánlott:

1. Korábbi konzervatív vagy gyógyszeres kezelésre nem javuló II-III fokú vizeletvesztés esetén.
2. Korábban végzett sikertelen műtéti megoldások után, amennyiben azt az urodinamikai vizsgálat indokoltá teszi

A műtéti kezelés célja az anatómiai helyzet valamint a záróizomfunkció helyreállítása.

A leggyakrabban alkalmazott műtéti megoldások értékelése a bizonyítékokon alapuló ajánlások szintjeinek ismertetésével.

I. Colporrhaphia anterior – mellső falisztatika

A legrégebben, hazánkban talán ma is a leggyakrabban alkalmazott módszer. Az első leírók Kelly ill. Stoeckel voltak. A műtét lényege hogy a húgycső alatt összehúzzuk a gát harántcsikolt izmait, a húgycsővet „alápárnázzuk”.

A metanalízisek során a kontinencia ráta 66-70% volt. A komplikációk 1%-ra voltak tehetőek. A műtétek után „de novo” urge panaszok száma 6 % volt. A 10 éves utánkövetés során a kontinens betegek száma 38% volt szemben a retropubikus M-M-K szuspenziós műtétekkel. A Nemzetközi Kontinencia Társaság (ICS) ajánlási szintje A fokozatú, míg evidencia szintje 1-s, vagyis az eljárás hatékonyságát elég sok hiteles bizonyíték támasztja alá és ezért az eljárást ajánlják ugyan, de annak figyelembe vételével hogy a vizsgálatok nem az utóbbi években történtek.. Nincsenek új adatok arra vonatkozólag, hogy ezt az ajánlást revideálni kellene.

II. Colposuspenzió – Burch-féle műtét

A műtét lényege hogy suprapubikus feltárásból vagy laparoscoposan a paravaginális fasciába helyezett öltéssel a hüvelyt a húgycső alatt azt megemelve a ligamentum Cooperihez rögzítik. Ezáltal az anatómiai helyzet helyreáll, a cystocele megszűnik és a húgycső ellenállása is megnőhet. Az irodalomban több ezer beteg randomizált, kontrollált vizsgálatáról számolnak be. A kontinencia ráta átlagosan 30 hónapos megfigyelés (3 hó-15 év) mellett szubjektíve 78,4% , objektíve 85,5 % volt. Jó eredményekről számoltak be, mint másodlagos műtétként végzett beavatkozás során is. 4 éves utánkövetés során a szubjektív javulás 71 % volt, míg az objektív javulás 80 %. Mások 15 éves megfigyelés után 93,7 %-os objektív javulásról számoltak be. 3,5-6 %-ban számoltak be a műtétek után vizeletürítési nehézségről. A post operatív urge tünetek előfordulása 1-6 % volt. Az ICS a feldolgozott irodalmi adatok alapján úgy véli, hogy a nyílt műtéttel végzett colposuspenzió hatékony eljárás akár priméren akár secundéren végezzük. Annak ellenére, hogy vizeletürítési nehézség, vizeletretenció, hólyagtúlműködés (OAB) és utero-vaginális prolapsus előfordulhat a műtét szövődeményeként az evidencia szintje 1-s. A műtét sok bizonyíték alapján felállított ajánlási szintje A fokozatú.

A laparoscopos megoldás a második ezredforduló táján terjedt el. 5 kontrollált tanulmányban számoltak be az eredményességről, amely 6-18 hónap után 85-96 %-os volt.

5 év után viszont csak 48% volt a gyógyulás. Az összesen 56 tanulmány eredményei elég szerteágazóak így a beavatkozás evidenciaszintje alacsony és a beavatkozást egyelőre az összefoglaló tanulmány nem ajánlja.

III. Marshall-Marchetti – Krantz műtét

A retropubikus urethrasuspensió 1950-1990 között igen elterjedt beavatkozás volt. Hazánkban is sokan végezték. Az egyéni tapasztalatok, beszámolók jók voltak.

Miután azonban nagyobb beteganyagban csak szerzők számoltak be és kevés hosszú idejű utánvizsgálat történt, a viszonylag jó eredmények ellenére a bizonyítékok szintjén 3-s. Az ajánlások sorában C fokozatot kapott a beavatkozás, mert az osteitis pubis magas száma (2,5 %) csökkenti a bizonyítékok szintjét az ajánlást.

IV. Túvel végzett urethrasuspensió műtétek (Pereyra, Stamey, Gittes)

A műtétek során az urethra mellett vezetnek be tartófonalakat, amelyeket a hasfali izom fasciája felett rögzítettek, esetenként a módszertől függően a symphysishez. Hazánkban is végezték ezeket a műtéteket, de inkább csak egyéni megfigyelések voltak, amelyek jó eredményességről de kevésbé jó késői tapasztalatokról számoltak be. A viszonylag kevés beszámoló a nemzetközi irodalomban azt bizonyította, hogy az ilyen suspensiók eredményessége rosszabb, mint a nyílt (Burch) műtéteké. A csonthoz való rögzítést használó módszerek pedig magas komplikáció aránnyal bírtak. Így az ICS összességében e módszereket nem ajánlja.

V. A szalagműtétek

A szalagműtétek már a 20. század elején megjelentek a női vizeletinkontinencia kezelésében. Az eljárás lényege hogy a húgycső alatt 1-2 cm-s, különféle anyagokból készült szalagot helyezünk be, amely alátámasztja esetenként összeszorítja a húgycsővet és ezáltal akadályozza meg a hasi nyomásfokozódáskor a stressz jellegű vizeletvesztést.

A műtétek nagyon sok típusa ismeretes. Ezek különbözhetnek a szalagok anyagát illetően

- autológ graft – a beteg saját izom, fascia darabja
- allograft – cadaverből nyert és speciálisan feldolgozott anyag pl. dura máter
- xenograft – állatból nyert és speciálisan feldolgozott anyag pl. disznó vékonybelének submucosája

E módszert hazánkban is alkalmazták, az utóbbi 4-5 évben beszámoló közlemény vagy szóbeli közlés nem történt a női stressz inkontinencia kezelésében történt alkalmazásról.

A nemzetközi irodalomban számos közlemény jelent meg és ezek értékelés során az autológ szalagokat, az allograftokat és a xenograft szalagokat a bizonyítékok szintjén 3, 4 –s fokozatra értékeli. Az autológ szalagok használata ad hosszútávon jó eredményeket ezért használatukat B szinten szerepel az ajánlásokban.

VI. Feszülésmentes szalagműtétek (Tension Free Vaginal Tape – TVT)

A módszer 1996 óta ismeretes a szakirodalomban. Használata gyorsan átment a gyakorlatba és az eltelt 10 évben különféle kisebb módosításokkal végzett variációja a női stressz inkontinencia leggyakrabban alkalmazott módszere lett. A lényege, hogy hüvelyi feltárásból a húgycső alá feszülésmentesen szalagot helyezünk, amely a ligamentum pubouretrálét helyettesítve teszi lehetővé a kontinenciát. Ebben az esetben is többféle anyagú szalag használatos (többnyire valamilyen polipropilénből készült hálószerű szalag). A bevezetéshez is több eszköz használatos (speciális kanyarulatú tűk) valamint a cystoscopia elengedhetetlen része a hólyagsérülés elkerülésének.

Ezidáig több mint 220 közlemény jelent meg a módszerről. 2 éve utánkövetés 3 random módszert felhasználó közleményben jelent meg, amelyek hasonló eredményességről számoltak be, mint a colposuspensió műtétek (1-s, 2-s evidenciaszint). Egy randomizált és egy nyílt tanulmány mutatott ki a laparoscopos colposuspensióhoz hasonló eredményt (1-s, 2-s evidenciaszint). Széles részvétellel végzett kohort vizsgálat és 7 éves prospektív értékelés szerint a gyógyult betegek száma 81 %, a javult állapotot mutató betegek száma 94 % volt.

Ezek alapján a 2-s bizonyíték szinten a módszer végzése ajánlott.

VII. Periurethrális párnaképzés

A módszer szintén több évtizedes múltra tekint vissza. Lényege hogy a hólyagnyak köré, vagy belülről a húgycső felől vagy kívülről a húgycső mellett különféle gélszerű anyagot fecskendezünk be, amely rugalmas ellenállást képezve hozza létre a kontinenciát.

Az anyag lehet glutáraldehiddel kezelt kollagén, teflon, silicon tartalmú. Ezek más-más tulajdonsággal bírnak, a szöveti kompatibilitást, a migrációt, a rtg. áteresztőképességet, keménységet, biztonságosságot illetően. Ideális anyagot még nem sikerült előállítani.

Használatuk többnyire csak a záróizomelégtelenség kezelésére szolgál, de néhány tanulmány urethra hypermobilitás esetén is jó eredményekről számolt be.

Mindössze harminc közlemény ismert és így csak 4-s evidenciaszintet ér el miután nincs releváns randomizált klinikai tanulmány. Az ajánlási szintje pedig C vagyis opcionálisan alkalmazható különösen urodinamikailag igazolt záróizom-elégtelenségben kis morbiditási rátája és alacsony hosszú távú eredmény hiányában.

VIII. Műsphincter

Már több évtizede használt módszer. Lényege hogy a hátsó húgycső köré felfújható silicon mandzsetta kerül, amelyet nőknél az alhas bőre alá ültetett szelep és pumparendszerrel lehet zárni és nyitni. Nőknél elvételre kerül alkalmazásra, hiszen a korábban leírt módszerekkel a nők stressz inkontinenciája majdnem 100 %-ban gyógyítható. Evidencia szintje 2-3-as, ajánlása B fokozatú.

Összefoglalás

A nők stressz inkontinenciájának sebészi kezelésében következő ajánlások fogadhatók el:

Urodinamikailag igazolt záróizom elégtelenség (intrinsic sphincter defficiency - ISD)

- TVT
- Hagyományos szalagplasztikák
- Periurethrális párnaképző műtétek

Urethra hypermobilitás (mellső fali süllyedés) + urodinamikailag igazolt záróizom elégtelenség (VLPP kisebb, mint 60 vízcml)

- TVT + mellső fali plasztika (colporrhaphia anterior)

Urethra hypermobilitás (mellső fali süllyedés) + kielégítő záróizomműködés (VLPP több mint, 60 vízcml)

- Colposuspenzió (Burch műtét)

Recidív stressz inkontinencia: az urodinamikai vizsgálatról és a mellső fali süllyedéstől függően

- ismételt TVT, vagy colposuspenzió
- műsphincter

IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

VI. Irodalom

1. www. ICS org.- ICI Book, Incontinence volume 2. Managment 2005
2. Inkontinencia – diagnosztika, terápia, rehabilitáció, Medicina Könyvkiadó Rt.,Budapest,2006
3. Urinary incontinence , szerk: Pat D.O,Donnel, Mosby 1997
4. www. Iuga org.- Incontinence

A szakmai protokoll érvényessége 2010. december 31.