

**Egészségügyi szakmai irányelv –  
A felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű  
vizeletinkontinenciáról**

**Típusa:** Klinikai egészségügyi szakmai irányelv  
**Azonosító:** 000784  
**Érvényesség időtartama:** 2016.04.01– 2019.02.28

## Tartalomjegyzék

<b>I. ADATLAP .....</b>	<b>3</b>
1. A dokumentum jellemzői .....	3
2. Kiadás és elérhetőség .....	3
3. Időbeli határok .....	3
4. Hatókör .....	3
5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja .....	4
6. A tartalomért felelősök köre .....	5
7. Egészségügyi szakmai irányelv előzménye: .....	7
8. Kulcsszavak .....	8
<b>II. CÍM .....</b>	<b>9</b>
<b>III. ELŐSZÓ .....</b>	<b>9</b>
<b>IV. DEFINÍCIÓK .....</b>	<b>9</b>
1. Fogalmak .....	9
2. Rövidítések .....	12
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja [2] .....	13
4. Ajánlások rangsorolásának módja .....	14
<b>V. BEVEZETÉS .....</b>	<b>15</b>
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása .....	15
2. Célok .....	17
<b>VI. ÖSSZEFOGLALÓ .....</b>	<b>18</b>
3. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák) .....	30
<b>VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE .....</b>	<b>33</b>
<b>VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA .....</b>	<b>85</b>
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban .....	85
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája .....	89
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok .....	89
4. Az ajánlások terjesztésének terve .....	90
<b>IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE .....</b>	<b>90</b>
<b>X. IRODALOM .....</b>	<b>90</b>
<b>XI. MELLÉKLET .....</b>	<b>92</b>
1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok .....	92
2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok .....	92
3. Alkalmazást segítő dokumentumok .....	97

## I. ADATLAP

### 1. A dokumentum jellemzői

<b>Címe:</b>	Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkorban előforduló nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról
<b>Azonosító:</b>	000784
<b>Típusa:</b>	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Ez a dokumentum az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó) helyesírási szabályait használja.

### 2. Kiadás és elérhetőség

<b>Kiadja:</b>	Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
<b>A megjelenés helye:</b>	
<b>Nyomtatott verzió:</b>	Egészségügyi Közlöny
<b>Elektronikus elérhetőség:</b>	<a href="https://kollegium.aEEK.hu">https://kollegium.aEEK.hu</a>

### 3. Időbeli határok

<b>Az irodalomkutatás lezárásának ideje:</b>	2015.02.28.
<b>A megjelenés dátuma:</b>	2016.03.30.
<b>A hatályba lépés dátuma:</b>	2016.04.01.
<b>Az érvényességének lejárat dátuma:</b>	2019.02.28.

### 4. Hatókör

<b>Egészségügyi kérdéskör:</b>	Nem neurogén eredetű vizelettartási zavarok
<b>Az ellátási folyamat szakasza(i):</b>	prevenció, diagnosztika, terápia, rehabilitáció, ápolás
<b>Az érintett ellátottak köre:</b>	Nem neurogén eredetű női és férfi felnőtt vizelettartási zavarok.
<b>Az érintett ellátók köre</b>	
<b>Szakterület:</b>	1100 urológia 1102 urodinamia 1103 neuro-urológia 0400 szülészeti-nőgyógyászat 0405 szülészeti 0406 nőgyógyászat 6301 háziiorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziiorvosi ellátás 5700 fizioterápia-gyógytorna 5711 gyógytorna

5722 fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)  
 0106 geriátria  
 2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységek  
 2208 politraumatizáltak, égésbetegek és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja  
 7304 otthoni szakápolás  
 7305 szakápolás (egészségügyi diplomával és/vagy szakápolói szakképesítéssel külön jogszabályban meghatározottak alapján)  
 GYS1 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (önálló üzletben)  
 GYS2 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (fióküzletben)

**Ellátási forma:**

A1 alapellátás,  
 J1 szakrendelés  
 J2 egynapos sebészet  
 J4 nem orvosi szakellátás  
 D1 diagnosztika  
 F1 fekvőbeteg szakellátás (aktív fekvőbeteg-ellátás)  
 F2 fekvőbeteg szakellátás (krónikus fekvőbeteg-ellátás)  
 F3 fekvőbeteg szakellátás (ápolási ellátás)  
 F4 fekvőbeteg szakellátás (rehabilitációs ellátás)

**Progresszivitási szint:**

I.- II.- III. szint

**Egyéb specifikáció:**

-

**5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja**

Jelen irányelv a nem neurogén eredetű felnőtt vizeletinkontinencia prevenciójával, kivizsgálásával, kezelésével, rehabilitációjával, gondozásával és ápolásával foglalkozó egészségügyi szakemberek számára íródott azzal a céllal, hogy a jelenleg aktuálisan legfrisebb nemzetközi ajánlásokat a magyarországi helyzetre adaptálva bemutassa, és ezzel segítse, illetve biztosítsa a korszerű betegellátást.

*I. A jelen irányelv azon hazai szakemberek (urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakemberek, háziorvosok, fizioterapeuták, ápolók stb.) számára készült, akik a vizeletinkontinencia kivizsgálásával és ellátásával foglalkoznak:*

1. Valamennyi egészségügyi ellátó számára, aki a tárgyalt klinikai problémával jelentkező beteg alapszintű ellátásában részt vesz, és szükség esetén szakellátásra küldi a beteget, így:
  - felnőtt háziorvosi praxis által felismert, kivizsgált, beállított terápiával egyensúlyban lévő beteg gondozása;

- otthonápolási szolgálat.
  - 2. Urológiai és nőgyógyászati szakellátásban dolgozó szakorvosok számára, kiegészítő speciális, képalkotó és invazív diagnosztikai vizsgálatok, invazív, műtéti kezelések, vagy konzervatív, de szakorvosi kompetenciát igénylő kezelések
  - 3. Ügyeleti, sürgősségi ellátásban az elsősegélyszintű ellátást végzők (pl. katétercsere, infekciók ellátása) számára;
  - 4. A betegség kezelésében közvetetten résztvevő szakellátók: mikrobiológus, radiológus, kémiai laboratóriumi szakellátók;
  - 5. Gyógytornász és fizioterápiás szakemberek számára, akik az inkontinencia kezelésében alkalmazható fizioterápiás kezeléseket biztosíthatják;
  - 6. Gyógyászati segédeszköz ellátás jó minőségű egyénre szabott segédeszközök használatának megvalósítása.
- II. Az irányelv felhasználásának másik célja az *egészségpolitikai és ellátásmenedzsment* területén az *inkontinencia-hálózat kialakítása és működtetése* a szakmai tevékenység szabályozására, a betegutak megszervezéséhez, társadalombiztosítási finanszírozási környezet kialakításához a döntéshozatal támogatására.
- III. Az irányelv további célja közvetett módon (1. pont szereplőin keresztül és a 2. pont terveinek megvalósításával) segíteni, minőségileg javítani a nem neurogén eredetű vizelettartási zavarral küzdő felnőtt női és férfi betegek kivizsgálását és ellátását

## 6. A tartalomért felelősök köre

### Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

#### 1. Urológia Tagozat

**Dr. Majoros Attila**, PhD, urológus és szülész-nőgyógyász szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat és Tanács, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest, társszerző és a fejlesztőcsoport kapcsolattartója

**Dr. Bajory Zoltán**, med. habil, PhD, urológus szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat és Tanács, Szegedi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Szeged, társszerző

**Dr. Pytel Ákos**, PhD, urológus szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat és Tanács, Pécsi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Pécs, társszerző

#### 2. Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat

**Dr. Rubliczky Levente**, szülész-nőgyógyász és urológus szakorvos, Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat és Tanács, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Székesfehérvár, társszerző

**Dr. Endródi Tamás**, szülész-nőgyógyász szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat és Tanács, Toldy Ferenc Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Cegléd, társszerző

**Dr. Sipos Attila**, szülész-nőgyógyász, Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat és Tanács, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Kistarcsa, társszerző

**Dr. Simon Zsolt**, PhD, urológus, Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat és Tanács, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Urológiai Osztály, Budapest, társszerző

### 3. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat

**Hock Márta**, gyógytornász, Egészségügyi Szakmai Kollégium mozgásterápia, fizioterápia tagozat és tanács, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet, társszerző

**Friedrichné Nagy Andrea**, gyógytornász, Egészségügyi Szakmai Kollégium Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat és Tanács, Semmelweis Egyetem, ETK, Fizioterápia Tanszék, Budapest, társszerző

**Balogh Edit**, gyógytornász, Egészségügyi Szakmai Kollégium Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat és Tanács, AEK HÉMORI Budapest, Hévíz, társszerző

### Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

#### 1. Házirosvostan Tagozat

**Prof. Dr. Hajnal Ferenc**, házirosvos és gasztroenterológus szakorvos, tanszékvezető, SZTE Családorvosi Tanszék, Egészségügyi Szakmai Kollégium Házirosvosi Tagozat elnöke, véleményező

#### 2. Geriátria és krónikus ellátás Tagozat

**Dr. Bakó Gyula**, belgyógyász, endokrinológus, allergológus és klinikai immunológus, geriatér szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium, Geriátriai Tagozat Elnöke, véleményező

#### 3. Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tagozat

**Prof. Dr. Kullmann Lajos**, rehabilitációs szakorvos, professor emeritus, Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tagozat elnöke, véleményező

**Dr. Klauber András**, ortopéd és rehabilitációs szakorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tanács tagja, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, véleményező

#### 4. Ápolás Tagozat

**Mészáros Magdolna**, Egészségügyi Szakmai Kollégium, Ápolási (szakdolgozó) Tagozat Elnöke, véleményező

**„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”**

**„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”**

#### **Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

##### **1. Forgalmazók az Egészségért Szövetség**

**Dr. Markovics Gyula**, stoma, inkontinencia tagozatvezető, tanácskozási joggal

##### **2. Országos Alapellátási Intézet**

**Dr. Füredy Gyula**, háziorvos, igazgató-helyettes, tanácskozási joggal

##### **3. Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet**

**Dr. Cserháti Péter**, sebész, traumatológus és rehabilitációs szakorvos, főigazgató, tanácskozási joggal

##### **4. Magyar Kontinencia Társaság**

**Prof. Dr. Szabó László**, gyermekgyógyász és nephrológus szakorvos, elnök, tanácskozási joggal

##### **5. IBE Egyesület a Kontinenciáért**

**Pálffi Brigitta**, egyesületi elnök, tanácskozási joggal

### **7. Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:**

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű egészségügyi szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

**Azonosító:** -  
**Cím:** A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a vizeletinkontinenciáról (2. módosított változat)  
**Nyomtatott verzió:** Egészségügyi Közlöny 2011. LXI. Évf. 7. szám 1605-1627. oldal  
**Elektronikus elérhetőség:** <https://kollegium.aEEK.hu>  
<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2011/7.pdf>

**Azonosító:** -  
**Cím:** A magyar urológia irányelvei (szerk. Pajor László) [3]  
**Nyomtatott verzió:** ISBN: 963-85825-5-3; The Promenade Kft., 2010  
**Elektronikus elérhetőség:** -

#### **Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

**Szerző(k):** M.G. Lucas (chair) et al.  
**Tudományos szervezet:** European Association of Urology

<b>Cím:</b>	Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology Guidelines (EAU) [2]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2015. március
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/">http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/</a>
<b>Szerző(k):</b>	Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury, Alan Wein (editors)
<b>Tudományos szervezet:</b>	International Consultation on Urological Diseases - European Association of Urology (ICUD-EAU)
<b>Cím:</b>	Incontinence 5 <sup>th</sup> Edition, 2013 (on the basis of the 5 <sup>th</sup> International Consultation on Incontinence, Paris, 2012) [1]
<b>Megjelenés adatai:</b>	2013, ISBN:978-9953-493-21-3
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.icud.info/index.html">http://www.icud.info/index.html</a>

**Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában megjelenés alatt álló hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban.

<b>Cím:</b>	Neurogén eredetű hólyagműködési zavarok megjelenés előtt
<b>Megjelenés adatai:</b>	
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://kollegium.aEEK.hu">https://kollegium.aEEK.hu</a>

**Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:**

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet.

<b>Cím:</b>	Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020
<b>Megjelenés adatai:</b>	2010
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="http://www.egeszsegprogram.eu/">http://www.egeszsegprogram.eu/</a>

**Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi program megvalósításában**

Vizeletinkontinencia, hyperaktív hólyag szindróma szűrése a felnőtt lakosság körében:

1. laikus média kampány,
2. szűrés (mobil tevékenység szűrőkamionnal az ország több pontján és hyperaktív hólyag tanácsadó pontok felállítása),
3. kiszűrt betegek kontinencia ellátó helyre irányítása, illetve a kontinencia ellátó helyek aktivitásának fokozása.

**8. Kulcsszavak**

Vizeletinkontinencia, prevenció, diagnosztika, terápia, rehabilitáció, ápolás



## II. CÍM

### Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkorban előforduló nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról

**Az érvényesség időtartama:**

2016.04.01 – 2019.02.28.

## III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

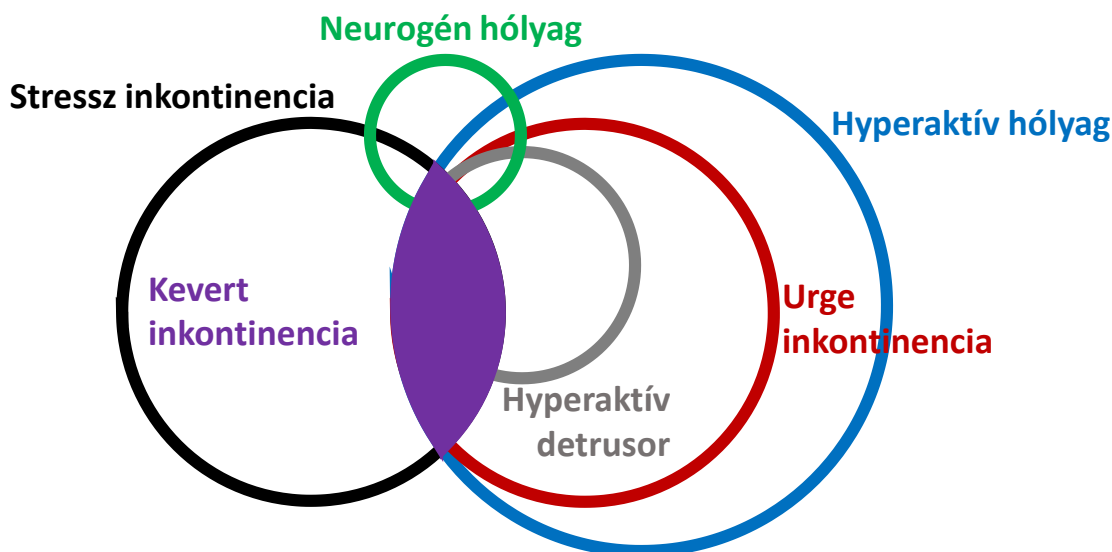
## IV. DEFINÍCIÓK

### 1. Fogalmak

A Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatározása szerint **vizeletinkontinenciának nevezünk bármely akaratlan vizeletvesztést.** [1] Ezen legújabb meghatározás nem tartalmazza, hogy „húgycsővön keresztül” történik a vizeletvesztés, mégis felhívjuk a figyelmet arra, hogy a gyakorlatban inkontinenciának azokat az eseteket tekintjük, amikor vizeletvesztés húgycsővön keresztül történik. A hüvelyi, rectalis vizeletvesztés ugyanis a sipolyok kategóriájába sorolandó, a nem kontinens sztómák pedig művileg vannak kialakítva, a beteg előzetes egyetértésével és beleegyezésével. [1]

A definíció tehát részben egy tünetet jelent, mely számos különböző betegség, anatómiai eltérés egyik megjelenési formája lehet, részben egy állapotot takar, hiszen többnyire intermittálóan jelentkezik (kivétel a folyamatos, vagy súlyos vizeletinkontinencia) és gyakran reverzibilis lehet (spontán vagy kezeléssel). A vizelettartási zavarok áttekintése látható az **1. sz. ábrán.**

## 1. ábra. A vizelettartási zavarok áttekintő ábrája



A Nemzetközi Kontinencia Társaság 2013-as ajánlásai alapján a vizelettartási zavarok témakörében a következő alapvető meghatározások használatosak [1].

### Az inkontinencia formái:

- **Stressz (terheléses) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés hasi erő kifejtéskor, például, sportolás, köhögéskor, tüsszentéskor.
- **Sürgősségi vagy késztetéses (urge) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés, melyet egyidejű, vagy előzetesen fellépő „sürgősség” (urgency) kísér.
- **Kevert inkontinencia:** a stressz és az urge vizeletinkontinencia panaszainak együttes megléte.
- **Folyamatos inkontinencia:** a vizeletvesztés folyamatosan jelen van.
- **Enuresis nocturna:** a vizeletvesztés éjszaka következik be.
- **Krónikus vizeletretencióval társult vizeletinkontinencia:** az akaratlan vizeletvesztés mellett a hólyag nem tud teljesen kiürülni (átlagosan 300ml residuális vizelet marad a hólyagban).
- **Panaszok alapján nem „azonosítható” vizeletinkontinencia:** az egyén képtelen az inkontinenciát jellemezni, csak a vizeletvesztés tényét észleli, de nem tudja azt semmilyen tevékenységhez, vagy ingerhez, eseményhez kötni.
- **Coitalis vizeletinkontinencia (csak nőknél):** vizeletvesztés csak szexuális aktus alatt.
- **Funkcionális vizeletinkontinencia:** vizeletvesztés annak következtében, hogy az egyén képtelen elérni a mellék helyiséget kognitív, funkcionális vagy mobilitási problémák miatt. Az alsó húgyúti traktus anatómiai és funkcionális állapota önmagában nem magyarázná a vizeletvesztést.

- **Multifaktoriális vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés, mely többszörös rizikófaktorok következményeképpen jelentkezik (*társbetegségek, gyógyszerek, életkor és környezeti faktorok*).

### Húgyhólyag tárolási zavarának tünetei:

- **Gyakori nappali vizeletürítés (pollakisuria):** A beteg a korábbiakhoz képest gyakoribb nappali vizeletürítést panaszol. A vizelések száma nincs meghatározva az új definíció szerint, így ez szubjektív és a betegtől függ. A korábbi gyakorlatban általánosan a napi hét alkalomnál több vizelést tekintettük kórosnak. Normális mértékű folyadékbevitelt és 14-16 órás nappali ébrenlétet feltételezve a *nappali 7-8 vizeletürítés* jelentheti azt a határértéket, mely még nem jelenti a beteg napi életvitelének jelentős, kényszerű változtatását, nem rontja az életminőséget. Ezek alapján a továbbiakban is javasoljuk a gyakorlatban gyakori nappali vizeletürítés felmérésére a régi meghatározás (8-nál több vizeletürítés / nap) alkalmazását.
- **Nocturia:** A beteg *egy vagy több alkalommal* felébred éjszaka, mert vizelnie kell.
- **Sürgősség (urgency):** Hirtelen jelentkező vizeletürítési kényszer, melyet nehéz visszatartani.
- **Hyperaktív hólyagszindróma (szinonimák: Overactive Bladder–OAB, urge szindróma, sürgősségi szindróma, Überaktive Blase):** Bár nem feltétlenül jár inkontinenciával, azonban itt kell megemlítenünk, hiszen etiológiáját, kivizsgálását és kezelését tekintve is szervesen ide kötődik. Jellemzője a kifejezett sürgősségi vizeletürítési kényszer inkontinenciával, vagy anélkül gyakran pollakisuriával és nocturiával is társul. A fentiek alapján az OAB-nak tehát „száraz” (inkontinencia nélkül) és „nedves (inkontinenciával kísért) formája is ismeretes. A szindróma *tünettani diagnózis és nem azonos a hyperaktív detrusor fogalmával*, mely egy urodinamikai észlelés, azt jelenti, hogy a cystometria során akaratlan detrusor kontrakció látható. A szindróma felállításának kizárási kritériuma az egyidejű húgyúti fertőzés vagy más, a hólyagban kimutatható betegség (pl. tumor, kő) jelenléte.

### Húgyhólyag érzőműködés zavarai:

- **Fokozott hólyagérzékenység:** a hólyagtelődés alatt erős vizelési inger jelentkezik, azonban az „urgency”-vel szemben a vizeletürítés halasztható.
- **Csökkent hólyagérzékenység:** a vizelési inger érzésének megjelenése a korábbiakhoz képest később jelentkezik.
- **Hiányzó hólyagérzékenység:** a hólyag telődésének és a vizelési ingernek a hiánya.

### Vizelési és vizeletürítés utáni tünetek:

- **Késlekedés:** a vizeletürítés beindulása késik.
- **Csökkent vizeletáramlás:** a vizeletáramlás a korábbiakhoz vagy másokéhoz képest gyengült.
- **Szakaszos vizeletürítés:** vizelés alatt a vizeletsugár megszakad, majd újraindul, ez akár többször is ismétlődik a vizelési ciklus alatt.

- **Vizeletürítés haspréssel:** a beteg hasprést alkalmaz a vizelet indítására, az áramlás fenntartására, vagy javítása céljából.
- **Szóródó vizeletsugár:** a vizelet nem egy sugárban hagyja el a húgycsövet, hanem több sugárban szóródva ürül.
- **Utócsepegés:** a vizeletürítés utolsó szakasza elnyúlt, a vizeletáramlás lelassul, és csak csepeg, szivárog a vizelet.
- **Inkomplett hólyagürülés érzése:** a beteg érzi, hogy a hólyag nem ürül ki teljesen.
- **Azonnali ismételt vizeletürítés szükségessége:** vizeletürítés után azonnali, további vizeletürítés szükséges.
- **Vizelés utáni vizeletvesztés:** vizeletürítés után közvetlenül bekövetkező akaratlan vizeletvesztés.
- **Testhelyzet függő vizeletürítés:** a vizelés beindítására vagy a jobb vizeletürítés céljából a beteg speciális testhelyzetet vesz fel.
- **Dysuria:** vizelés alatti égő érzés, vagy diszkomfort. Hazánkban ezt a fogalmat a nehezített vizeletürítés leírására használjuk.
- **Vizeletretenció:** hasi erő kifejtés ellenére a beteg képtelen vizeletet üríteni.
- **Vizelés utáni reziduum:** vizelés után a hólyagban visszamaradt vizeletmennyiség.

## 2. Rövidítések

**ACT:** adjustable continence therapy – utólagosan állítható feszességű, nyomású eszköz

**AUS:** artificial urinary system – műsphincter

**BPH:** benignus prosztata hyperplasia

**IBE:** Inkontinencia Betegegyesület

**ICI:** International Consultation on Incontinence – az inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás

**ICIQ:** International Consultation on Incontinence – Modular Questionnaire

**ICIQ-SF:** International Consultation on Incontinence – Short Form

**ICS:** International Continence Society – Nemzetközi Kontinencia Társaság

**ISD:** intrinsic sphincter deficiency – intrinsic sphincter elégtelenség

**EAU:** European Association of Urology – Európai Urológiai Társaság

**EN:** enuresis nocturia – éjszakai vizeletvesztés

**ER:** extended release – elhúzódó kibocsátású

**ES:** elektrostimuláció

**ExMI:** extracorporeal magnetic stimulation

**IR:** immediate release – gyors kibocsátású

**LUTS:** alsó húgyúti tünetek

**MUI:** kevert inkontinencia

**OAB:** overactive bladder – hiperaktív hólyagszindróma

**PFMT:** pelvic floor muscle training – medencefenéki izomtorna-gyakorlatok

**POP:** pelvic organ prolapse – medencefenéki szervek előesése

**POPQ:** pelvic organ prolapse quantification – medencefenéki szervek előesésének fokozata

**PVR:** post void residual urine – maradék vizelet

**RP:** radicalis prostatectomia

**SUI:** stressz inkontinencia

**TOT:** transobturator tape

**TVT:** transvaginal tape

**TURP:** transurethralis prostata resectio

**TULIP:** transurethralis laser incisio prostate

**UI:** vizeletinkontinencia

**UPP:** urethra nyomásprofil

**UTI:** húgyúti infekció

**UUI vagy UI:** urge inkontinencia

**VAS:** vizuális analóg skála

**VLPP:** Valsalva leak point pressure

### 3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja [2]

#### 1. táblázat: Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)

LE	Bizonyítékok tulajdonságai
1a	Randomizált vizsgálatok metaanalíziséből származó bizonyítékok
1b	Legalább egy randomizált vizsgálatból származó bizonyítékok
2a	Jól megtervezett, kontrollált, randomizálás nélküli vizsgálatból származó bizonyítékok
2b	Legalább egy jól megtervezett, kvázi kísérleti jellegű vizsgálatból származó bizonyítékok
3	Jól megtervezett, nem kísérleti jellegű vizsgálatokból, például összehasonlító vizsgálatokból, korrelációs vizsgálatokból és esettanulmányokból származó bizonyítékok
4	Szakbizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok

A bizonyítékok besorolására használt rendszert a fejlesztőcsoport az Európai UrológusTársaság (EAU) irányelvéből vette át. [2]

A szövegben a bizonyítékok besorolását a szöveges leírás után tett zárójelben jelöljük, pl.: (LE: 2).

A 2013. évi 5. Nemzetközi Inkontinentia Konzultáció (ICI) irányelvéből átvett bizonyítékok besorolását a fejlesztőcsoport átkonvertálta az EAU által alkalmazott bizonyíték besorolására.

#### 4. Ajánlások rangsorolásának módja

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. A fejlesztőcsoport alapvetően az EAU irányelv ajánlás rangsorolását (A, B és C ajánlás erősségi fokozatba rangsorolt ajánlásokat) alkalmazta [2], melyet kiegészített egy negyedik (D) ajánlás erősséggel, ami a hazai, szakmai konszenzuson alapuló szakértői vélemények rendszerbe illesztését szolgálja.

**2. táblázat: Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)**

GR	Ajánlások tulajdonságai
<b>A</b>	Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, amelyek az adott ajánlásokkal foglalkoznak, és legalább egy randomizált vizsgálatot magukban foglalnak
<b>B</b>	Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak
<b>C</b>	Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások
<b>D</b>	Hazai szakértői véleményen alapuló ajánlások

Az irányelv szövegében az ajánlások besorolását az ajánlás szövegét követően zárójelben jelöljük (pl. (A)).

Amennyiben az adaptált irányelvek egy-egy ajánlásra eltérő fokozatot állapítanak meg, a fejlesztőcsoport az alacsonyabb fokozatú ajánlásbesorolást alkalmazza.

Az ajánlásokat szándékosan, többnyire „intézkedésalapú” mondatokban fogalmaztuk meg.

Az ajánlások betartásának kötelezőségére különböző szintek léteznek a nemzetközi gyakorlatban is, melynek megkülönböztetésére jelen irányelv az alábbi kategóriákat különíti el:

- Amennyiben adott tevékenység elvégzése nélkül az ellátási folyamat nem mehet tovább, „alkalmazása kötelező”, vagy „kötelező”, „kell” kifejezések használatosak.
- Ha adott ellátási helyzet körülményei (feltételek, beteg preferenciák) alapján kell eldöntenie az ellátónak és a betegnek együtt, hogy milyen mértékben kerüljön alkalmazásra adott ajánlás, akkor a „javasolt...” kifejezést használjuk, melyen belül is megkülönböztetünk „erőteljesen javasolt...”, „javasolt...” és „ajánlott...” kifejezéseket attól függően gyengülő mértékben, mennyire fontos az adott ajánlás az ellátás eredményessége szempontjából.
- Amennyiben adott tevékenység nem ajánlott, akkor szintén mértékbeli megkülönböztetéssel a „tilos...”, „nem javasolt...” és „nem ajánlott...” kifejezések használatosak.

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az átmeneti vagy tartós vizeletinkontinencia incidenciája és prevalenciája alapján népbetegség mértékű probléma. Az inkontinens állapot mind az egyén, mind környezete és a társadalom számára is jelentős pszichés és anyagi terheket jelent. Az inkontinens állapottal együttjáró tünetekkel („gyanús” foltok az öltözéken, vizeletszag stb.) szemben a beteg társas környezete teljes mértékben elutasító. A beteget masszív szégyenérzettel tölti el a stigmatizáló és kirekesztő környezeti magatartás. A kezeletlen inkontinencia jellegzetes tünetei folytán a beteget teljes kirekesztéssel fenyegeti szociális közegéből, így a legelemibb társas tevékenységek (munka, családi élet, pihenés, bevásárlás stb.) sem láthatók el. A betegek ezért gyakran teljesen elmagányosodott, visszavonult, passzív életviteltbe kényszerülnek. Ennek a kirekesztettségnek, szégyenérzetnek tudható be az is, hogy szakemberhez is csak nehezen és késedelmesen fordulnak panaszaikkal, s inkább egyéb módon (pl. tisztasági betétek vásárlásával, dezodorokkal stb.) próbálják tüneteiket leplezni - többnyire eredménytelenül. Ezen túlmenően az első orvos-beteg találkozás alkalmával a betegek közel negyede tapasztalja, hogy a háziorvos érdektelenséget mutat a vizelettartási panaszok említése kapcsán, betegének nem ajánl további érdemi kivizsgálást, segítséget.

Míg a betegek a legkisebb maradványtünetet is kontinenciájuk teljes elvesztéseként élik meg, addig a súlyos inkontinenciát is jól tolerálják, amennyiben a tüneti kezelés eredményes. [Kullmann L, 2012] A kontinencia ellátás elsődleges célja, a beteg teljes társadalmi reintegrációja, melynek feltétele az azonnali, teljes tüneti stabilizáció (gyógyszeres és/vagy eszközös) biztosítása és az oki kezelés mielőbbi megkezdése. Ez csak személyre szabott ellátással, a társszakmák kompetenciáinak összehangolása révén valósulhat meg, melyben a korszerű, eredmény orientált szakmai irányelv nélkülözhetetlen segítséget nyújt.

Ezt támasztja alá az a tapasztalat, hogy a jelenlegi gyakorlatban a „megfelelő beavatkozás a megfelelő betegnek” elve nem hiánytalanul valósul meg. Gyakran kerülnek betegek urodinamikai vizsgálatra enyhe, konzervatív úton jól kezelhető panaszokkal, ugyanakkor recidív inkontinencia miatt több műtéten átesett betegekről derül ki, hogy urodinamikai vizsgálaton még egyszer sem esett át.

Gyógyszeres kezelés esetén már rendelkezésre állnak a korszerűbb, kevesebb mellékhatással bíró készítmények, azonban magas árak miatt ezek piaci részesedése töredéke a hyperaktív hólyagszindróma / urge inkontinencia terápiájában alkalmazott gyógyszereknek. Hazánkban még mindig a gyors felszívódású oxybutinin a piacvezető hatóanyag, mely bár hatékony, de a legtöbb kellemetlen mellékhatás - és ennek következtében bekövetkező terápiás lemorzsolódás - is a használatához köthető.

A női vizeletinkontinencia műtéti kezelésének területén bár széleskörben ismertek a jó eredményességet biztosító új generációs, feszülésmentes suburethralis szalagműtétek, mégis sok helyen még ma is végzik a kifejezetten gyenge eredményességű, ma már egyértelműen nem ajánlott műtéteket, például a stressz inkontinencia kezelése céljából hagyományos mellsőhüvelyfali plasztikát.

#### Nemzetközi incidenciac /prevalencia adatok

Az inkontinencia átlagos prevalenciáját a különböző nemzetközi statisztikák nőknél 4,6-58,5%, férfiaknál 1,6-24% között adják meg. [3] Hampel és munkatársai 1954 és 1995 között publikált 48 inkontinencia prevalencia vizsgálat eredményét dolgozták fel.

Három különböző definícióval végzett epidemiológiai vizsgálat eredményeit hasonlították össze, amely alapján a prevalencia nők esetén 14,0-40,5%, férfiak esetén 4,6-15,0%-nak adódott. A jelentős eltérést az igen eltérő módszertan magyarázza. Elmondható, hogy a panaszok kérdőíves vagy telefonos regisztrálása mellett, a klinikai vizsgálatot is magában foglaló felmérési módszerek alacsonyabb előfordulási adatokat eredményeztek. [3]

Az USA-ban kb. 12-20 millió ember érintett és egyes felmérések szerint az orvoshoz forduló betegek 44%-nak van ilyen jellegű problémája. [3]

Az 5. ICI összefoglaló szerint a vizeletinkontinencia becsült gyakorisága a középkorú és idősödő nők esetében 30-60% közötti és a növekvő életkorral emelkedik az előfordulása. A valóban jelenlévő, napi problémát okozó inkontinencia gyakorisága ebben a populációban 5-15% közötti, mely 70 év felett a 15%-ot is meghaladja. Bár az említett adatoktól eltérően ismeretesebb szélsőségesebb gyakorisági értékek Férfiaknál az epidemiológia nincs olyan széleskörben vizsgálva, mint nőknél, de a rendelkezésre álló felmérések alapján úgy tűnik legalább kétszer gyakoribb az inkontinencia nők esetében, mint férfiakban. [1] Férfiaknál, idősödő életkorban a nőkhöz képest még meredekebben emelkedik az inkontinencia előfordulási aránya. [1]

Nocturia előfordulásáról nincsenek megbízható statisztikai adatok, de gyakrabban fordul elő fiatal nőkben, mint fiatal férfiakban és mindkét nemből növekszik a gyakorisága az életkorral. Nocturia az egyik leggyakoribb alsó húgyúti vizelési tünet. [1] Az EN felnőttkori gyakorisága 0,5%.

A hyperaktív hólyagszindróma prevalenciája európai és USA-beli vizsgálatok alapján kortól függetlenül átlagosan kb. 16%-nak adható meg és a betegek kb. 37%-nak inkontinens panasza is van (késztetéses típus). [3]

Az OAB prevalenciáját Irwin és mtsai mindkét nemből közel azonosnak, átlagosan 11,8%-nak találták (nők: 12,8%, férfiak: 10,8%). Az OAB gyakorisága 40 éves kor felett nemtől függetlenül emelkedik az életkorral. A lakosság 5%-a érintett 40-44 éves korban, 65 éves kor körül közelíti a 25%-ot és a 75 év feletti korcsoportban a 30-35%-os sávba kerül. [3]

Kortól és nemtől függetlenül az inkontinencia előfordulási gyakorisága kórházakban illetve időotthonokban 22-90% (átlag: 55,7% ± 25,13%). [3]

### **Az inkontinencia és hyperaktív hólyagszindróma Magyarországon**

Hazánkban az INKO Forum szervezésében 2001-ben országos felmérés történt a nők vizeletinkontinenciájának felmérésére. 35 448 tizennyolc év feletti nőt kérdeztek vizelettartással kapcsolatos panaszairól. A megkérdezettek 56%-ának voltak inkontinens panaszai, azonban csupán 36% vallotta magát inkontinensnek. Bár a kérdőívre kapott válaszokból a vizeletcsepegés formái pontosan nem állapíthatók meg, úgy tűnik, hogy a leggyakoribbak a kevert jellegű, majd a stressz típusú, végül a késztetéses panaszok. A kor előrehaladottságával mind a vizeletelfolyás, mind a hyperaktív hólyagszindróma gyakorisága növekszik. 2000-ben ugyancsak az Inko Informban jelent meg egy felmérés, melyben Pápán és környékén élő 18 év feletti nőket kérdeztek kérdőíves módszerrel vizeletinkontinens panaszairól. A megkérdezettek 30 éves kor alatt 40%-ban, 51 és 65 év között 68%-ban említettek inkontinens panaszokat, az alkalmi eseteket leszámítva a vizeletinkontinencia a különböző korcsoportokban 4% és 38% között fordult elő. Az alkalmi panaszokat is beleértve a vizeletelfolyás előfordulása 55-60% volt, az alkalmi panaszokat nem számítva ez az arány 15-20% között mozgott. [3]



Egy budapesti felmérés során nők 56%-a, a férfiak 12%-a számolt be vizelettartási panaszokról, de csupán a válaszolók 30%-a fordult orvoshoz. [3]

*Amennyiben ezeket az adatokat nemzetközi vizsgálatokkal összevetjük, illetve a hazai népességre vonatkoztatjuk, akkor kb. 800 ezer panaszossal (az alkalmiakat is beleértve) számolhatunk.*

Hazánkban nincsenek használható statisztikai adatok a hyperaktív hólyagszindróma előfordulását illetően. A Magyarország 2010-2020 közötti átfogó egészségügyi szűrő-programja keretében 2011-ben végzett felmérés részeredménye szerint (sajnos összesen csupán 542 OAB tünetet említő beteg adataiból készült a feldolgozás) az OAB szindrómás betegek 22%-a férfi, 78%-a pedig nő volt. A betegek 10%-a súlyos, 32%-a közepes, 58%-a enyhe panaszokról számolt be. [Péntek és Gulácsi, 2012]

## 2. Célok

Az irányelv célja rövidtávon a vizeletinkontinencia hazai kivizsgálásának és ellátásának javítása, hosszú távon pedig bizonyítékokon alapuló szakmai ajánlásokat biztosítani egy országos lefedettségű, progresszivitási szintek szerint felépülő kontinencia hálózat szakmai működéséhez. Az irányelv alkalmazandó a *felnőtt*, női és férfi *nem neurogén eredetű vizelettartási zavarok kivizsgálásában, megelőzésében, kezelésében, rehabilitációjában és gondozása során.*

**A fentiek alapján a jelen szakmai irányelv konkrét céljai a következők:**

### a) Költség-hatékonyság

- az egyén a lakhelyéhez lehető legközelebb részesüljön alap kivizsgálásban és ellátásban, lépcsőzetesen felépülő kontinenciaellátási folyamat révén.
- Az alkalmazott kezelések hatékonysága fokozódjon megelőző tevékenység (például a terhességek előtt illetve alatt és a szülés után végzett medencefenéki izomtorna), életmód tanácsadás, kontinenciát javító viselkedésterápiás módszerek révén.

### b) Eredményesség, megfelelésség

- Korai, eredményes tüneti kezelés. Az elsővonalbeli nem invazív kezelést mielőbb el kell kezdeni a lehetőség szerinti teljes tünetmentesítés igényével. A beteg tüneti konzervatív kezelésének megkezdése egyúttal az esetlegesen szükséges további vizsgálatok előfeltétele is.
- Elsődleges és másodlagos diagnosztika: a kivizsgálás során kétlépcsős folyamatot kell alkalmazni. Az észlelt panaszok, tünetek alapján szükséges alapvető vizsgálatok a beteg első jelentkezésekor történjenek meg, de felesleges vizsgálatok ne forduljanak elő. Az alapvizsgálatok elvégzésén túl a priméren invazív kezelést szükségessé tevő állapotokban, valamint a komplikált, recidív és terápiareszisztens esetekben a részletes, invazív és specifikus diagnosztikai módszerek (urodinamika, endoscopia stb.) elvégzése is indokolt.
- A gyógyszeres kezelésben a kevesebb mellékhatással rendelkező készítmények alkalmazása kerüljön előtérbe.
- A hazánkban jelenleg csupán szűk körben alkalmazott fizioterápiás és rehabilitációs kezelések kiterjesztése. A korszerű műtétek minél szélesebb körben történő hazai elterjesztése.

- A jelenleg OEP finanszírozással (BNO hiányában) nem rendelkező beavatkozások kódkarbantartásának kezdeményezése.
- Speciális, nagy gyakorlatot igénylő, ritkán végzett, költséges beavatkozások központosítottan történő végzése.
- Az ellátás biztonságosságának növelése, a szövődmények csökkentése.
- Az ellátás hatékonyságának javítása, a recidív inkontinencia csökkentése.

### c) Biztonságosság

- Az ellátás biztonságosságát a vizeletinkontinencia kivizsgálásának és kezelésének kétlépcsős modellje szavatolja. Az alapellátásban történjen meg az elsővonalbeli alapvető vizsgálatok elvégzése és a beteg tünetmentesítése, valamint az egyszerű, tiszta, enyhe súlyossági fokozatú esetek primer ellátása. A szakellátás biztosítsa a komplikált, súlyos, recidív esetek kivizsgálását, ellátását, progressziójuk követését.
- A bonyolult műtéti technikák centrumokban történő végzése.
- Nőgyógyászati-urológiai határterületi, komplikált beavatkozások urológus-nőgyógyász team munkában történő ellátása vagy speciálisan képzett urogynaekológus által történő ellátása.

## VI. ÖSSZEFOGLALÓ

### 1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások (opcionális)

Jelen fejlesztés nem felülvizsgálat.

### 2. Meghatározó ajánlások

#### Összefoglalás

A vizeletinkontinencia akaratlan vizeletvesztést jelent. Az inkontinencia és a hólyag tárolási tünetek az életminőséget rendkívüli mértékben rontják, kezeletlenül minden társas funkciót ellehetetlenítenek. Fő formái a stressz, az urge (sürgősségi) és a kevert vizeletinkontinencia. A húgyhólyag működés tárolási tünetei a pollakisuria, a nocturia, az „urgency” (sürgősség) és a hyperaktív hólyagszindróma. A vizeletinkontinencia előfordulása lényegesen gyakoribb nőkben, de a korrall előrehaladva mind gyakrabban fordul elő mindkét nemben. Nőknél a stressz inkontinencia, míg férfiaknál elsősorban az urge és a kevert inkontinencia dominál. A hyperaktív hólyag incidenciája mindkét nemből azonos és az életkorral növekszik.

A valóságban sokkal több inkontinens ember él, mint akikkel az egészségügyi ellátások során találkozunk. A „rejtőzködő” betegek magas arányának oka elsősorban a szégyenérzet, a „tabu téma”, mely miatt a betegek nem szívesen fordulnak panaszukkal szakemberhez, miközben az inkontinenciára panaszukkal a háziorvosok 16%-a nem törődik.

Az inkontinencia diagnosztikája és ellátási folyamata kétlépcsős. Az alapvető vizsgálatokat a beteg lakóhelyéhez legközelebb eső háziorvos kell, hogy elvégezze a tüneti kezelés megkezdésével együtt. Az egyszerű, tiszta, primer esetek kivizsgálása és tünetmentesítő kezelése az alapellátás keretein belül is megtörténhet. A komplikált, súlyos, recidív esetek ellátása szakorvosi feladat. Az alap kivizsgálás segítségével az

esetek döntő hányadában megfelelő diagnózishoz juthatunk, és konzervatív kezelést kezdhetünk. Invazív kezelések, műtétek előtt törekedni kell a részletesebb, a definitív kezelés szempontjából mérvadó kivizsgálás elvégzésére.

A női stressz inkontinencia kezdeti stádiumban elsősorban konzervatív úton (gátizomtorna + fizioterápia) kezelendő, súlyosabb vagy recidív esetekben műtéti kezelés javasolt, melynek jelenleg vezető képviselői a suburethralis feszülésmentes szalagműtétek (TVT, TVTO). Férfiaknál stressz inkontinencia esetén enyhe stádiumban a nőknél javasolt konzervatív módszerek alkalmazandóak, súlyosabb esetben a műtéti terápia „gold standardját” a műsphincter beültetés jelenti. Jó alternatívát képeznek a szabályozható feszességű szalagok.

Készítetési inkontinencia / OAB esetén mindkét nemből viselkedésterápiával, anticholinerg vagy beta adrenoreceptor agonista gyógyszeres kezeléssel próbálkozunk először. Eredménytelenség esetén a hólyag érzékenységét, kontraktilitását csökkentő invazív kezelések (botulinum toxin, neuromoduláció, augmentáció) jönnek szóba. Kevert inkontinencia esetében mindig a konzervatív úton kezelhető vagy a súlyos panasz kezelendő elsőként. A további kivizsgálások gyakorlati előfeltételét is jelentő megfelelő életminőséget biztosító kielégítő tüneti kezelés szempontjából kiemelt jelentősége van a megfelelő nedvszívó kapacitású, méretű és típusú nedvszívó eszközök helyes, a beteg mindenkori szükségleteihez, adottságaihoz alkalmazkodó megválasztásának.

**Megváltozott ellátási elvek. A legfontosabb változás, hogy a vizeletinkontinencia kivizsgálását és ellátását két lépcsőben kell megvalósítani. Az egyszerű, nem komplikált inkontinencia megoldását lehetőség szerint az alapellátásban kell elvégezni, illetve elkezdeni. Eredménytelen kezelés vagy priméren komplikált inkontinencia esetén szakellátásra van szükség.**

## 1. FELDERÍTÉS

### Ajánlás1

**Bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő felnőtt páciens esetében az általános anamnézis szokásos eleme legyen - lehetőség szerint - a vizeletartási zavarra vonatkozó kérdéslista, különös tekintettel a magas rizikóval rendelkező esetekben! (D) [2]**

A kérdések tekintetében lásd az alábbi kérdéslistát.

*Magas rizikónak minősül:* idős, diabeteses, urogenitalis prolapsussal bíró, korábbi inkontinenciagátló műtéten átesett, immobilis, idősotthonban vagy tartósan kórházban ápoló, csökkent mentális állapotú beteg.

**Kérdőív. Bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt javasoltan megkérdezendő kérdések**

Van-e Önnek akaratlan (köhögésre, nevetésre, tüszentésre, emelésre vagy parancsoló vizeletelési inger mellett, vagy attól függetlenül jelentkező) vizletvesztése?

- igen
- nem

Panaszainak mérséklésére milyen segédeszközt használ?

- betétet
- nadrágpelenkát

- condom urinált
- katétert
- semmit

Milyen súlyosak a panaszai?

- enyhe (csöpög)
- közepes (szivárog)
- súlyos (folyik)

Milyen szakorvosnál járt emiatt?

- urológus
- nőgyógyász
- egyéb, éspedig: .....
- semmilyen

Kapott-e megfelelő segítséget panaszaira?

- igen
- nem

Szed-e inkontinencia gátló gyógyszert, és ha igen, mit szed?

- igen, .....
- nem

Szed-e vízhajtó gyógyszert, és ha igen mit szed ?

- igen, .....
- nem

Volt-e műtétje vizeletinkontinencia miatt?

- igen
- nem

## 2. DIAGNOSZTIKA

### Ajánlás2

**A vizelettartási panaszokat jelző beteg anamnézisének felvétele során az inkontinencia fajtájának meghatározását, súlyosságát, életminőséget befolyásoló mértékét felderítő kérdőív alkalmazása javasolt. (C) [2]**

*Az anamnézis felvétele során a panaszokból ki kell rajzolódnia, hogy a beteg inkontinenciáját milyen típusúnak gondoljuk (egyértelmű tiszta forma: stressz, urge, kevert inkontinencia, OAB szindróma, vagy komplikált inkontinencia)*

*A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozóan feltett célzott kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható (LE: 1).*

### 2.1. Vizsgálatok

#### 2.1.1. Diagnosztikai algoritmusok

### Ajánlás3

**A kivizsgálás első lépéseként ki kell zárni azokat az állapotokat (haematuria, húgyúti fertőzés, jelentős vizeletretenció vagy vizeletrekedés, neurogén állapot) melyek egyéb urológiai, neurológiai kórállapotokra (pl. gyulladás, daganat, kő, neurológiai betegség) utalhatnak. (D) [2, 3]**

#### Ajánlás4

**Az inkontinens beteg kivizsgálásának és ellátásának az alapellátás szintjén meg kell kezdődnie, de „komplikált” és recidív inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget. (D) [3]**

Jelen irányelv egyik elsődleges célja, hogy *az alapvető kivizsgálás és korai tünetmentesítő kezelés is lehetőleg kezdődjék meg az alapellátás keretein belül. Az egyszerű, tiszta és enyhe klinikai képen túlmutató vagy gyanús eseteket azonban mindenképpen és mielőbb szakellátásba kell irányítani.*

#### Ajánlás5

**A primér, tisztán meghatározható típusú női vizeletinkontinencia esetében a kötelező alapvizsgálatok a következők: anamnézis felvétele, fizikális vizsgálat, vizeletvizsgálat. Javasolt vizsgálatok: stressz teszt, residuum meghatározás. (D) [2, 3]**

Amennyiben a kezelés eredménytelen, szakellátásra beutalás szükséges.

#### Ajánlás21

**Az ICS javasolja minden olyan női betegnél az urodinamikai vizsgálat elvégzését, aki stressz inkontinencia miatt műtéti kezelésben fog részesülni. (B) [1]**

Jelen irányelv szerzői erősen ajánlják elvégezni a funkcionális urodinamikai vizsgálatot az Ajánlás22-ben felsorolt esetekben.

#### Ajánlás22

**Erősen ajánlott elvégezni a funkcionális urodinamikai vizsgálatot stressz inkontinencia műtéte előtt, recidív inkontinenciában, eredménytelen konzervatív / gyógyszeres kezelés után. (D) [2, 3]**

Kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése urge vagy kevert inkontinencia miatt végzett egyéb invazív beavatkozás (pl: sacralis neuromoduláció előtti teszt stimuláció, botulinum toxin intraderm injectio) előtt, vizelettel zavarral társult (kivéve az urogenitalis prolapsus okozta vizeletürítési zavar esetén, ha az anatómiai ok egyértelmű és emiatt egyébként is műtét szükséges) vagy egyértelmű kiváltó okra nem visszavezethető inkontinencia, neurogén háttér gyanúja esetén (LE: 4).

#### Ajánlás23

**Az előzetes urodinamikai eredmények befolyásolhatják a vizeletinkontinencia kezelésével kapcsolatos döntést, de nem érintik az stressz inkontinencia konzervatív terápiájának vagy gyógyszeres kezelésének kimenetelét, ezért nem javasolt rutinszerűen urodinamikai vizsgálat végzése, amikor a vizeletinkontinencia konzervatív kezelését javasoljuk, de javasolt urodinamikai vizsgálatot végezni, ha annak eredménye módosíthatja az invazív kezeléssel kapcsolatos döntést. (B) [2]**

#### Ajánlás26

**A cystometria nyomás-áramlás vizsgálat nélkül végezve csak korlátozott információt ad a hólyagfunkcióról, ezért a hólyag ürítési fázisának vizsgálata nélkül csak kivételes esetben javasolt végezni. (D) [3]**

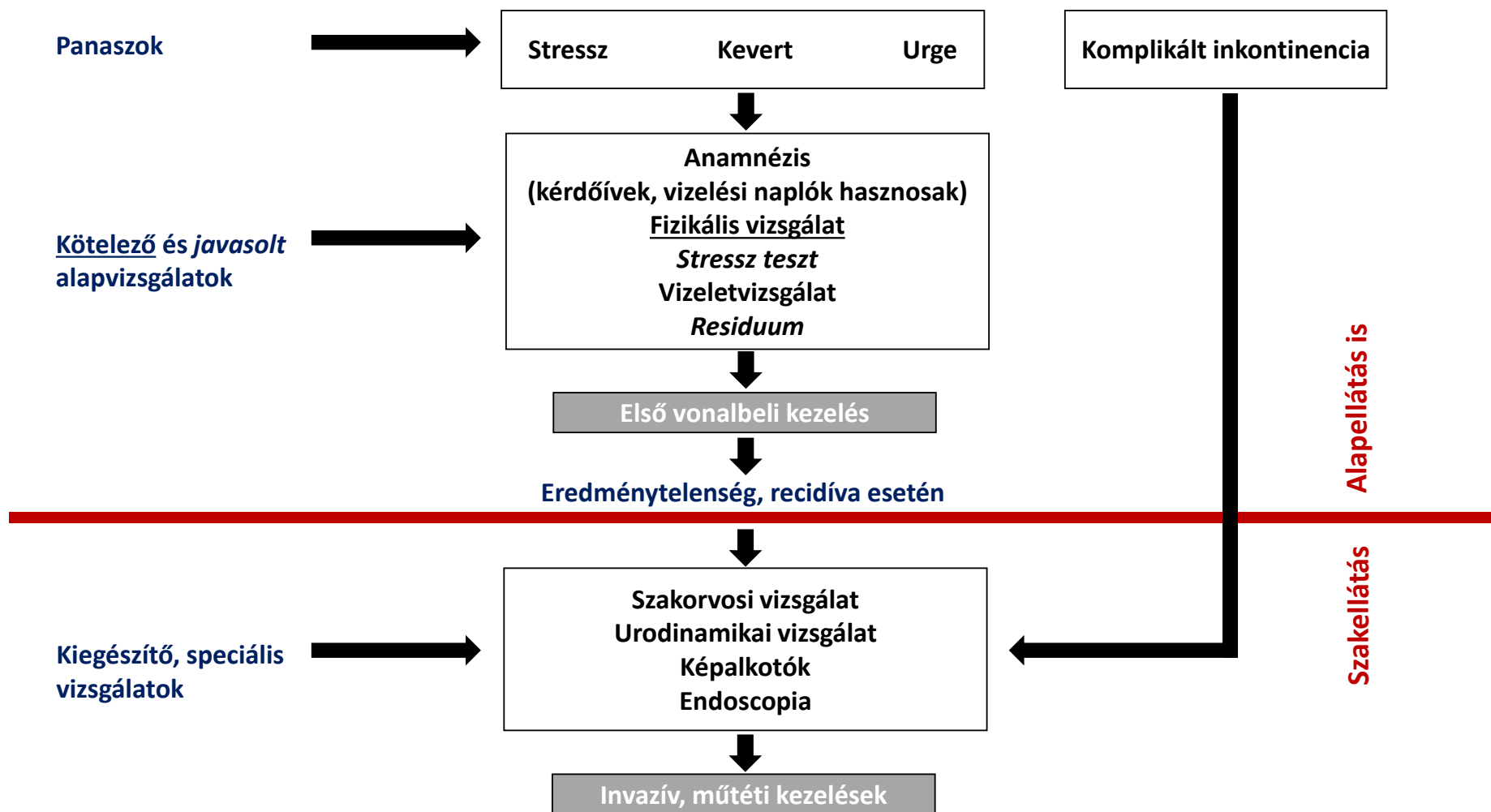
### **Ajánlás28**

**Urodinamikai vizsgálat során a cystometria után nyomás-áramlás vizsgálatot is végezni kell. (D) [3]**

### **Ajánlás31**

**A felnőtt inkontinencia műtéti kezelése előtt javasolt a hólyag és a vesék UH vizsgálata. (D) [3]**

2. ábra: A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus [3]



### **3. KEZELÉS**

#### **3.1. Elsővonalbeli, nem gyógyszeres, nem invazív konzervatív kezelés**

##### **3.1.1. Általános intézkedések, javaslatok, életmód-változtatás**

###### **Ajánlás32**

**Elhízott betegek javasolt a testsúlycsökkentés (A). A testsúly csökkentése bizonyítottan javítja a kontinenciát. [1, 2, 3]**

###### **Ajánlás33**

**Dohányos inkontinens betegek mindenképpen javasolt a dohányzásról való leszokás (A) [1, 2]**

###### **Ajánlás36**

**A kávéfogyasztás csökkentése javasolt inkontinencia illetve egyéb vizelet-tárási panaszok esetén. (D) [1, 3]**

###### **Ajánlás37**

**Ellentmondó bizonyítékok vannak arra, hogy a folyadékbevitel módosítása befolyásolja-e a vizeletinkontinenciát, illetve a tárolási tüneteket és az életminőséget, így egyértelmű ajánlás nem adható. (D) [1, 3]**

##### **3.1.1.1. Medencefenéki torna**

###### **Ajánlás38**

**A terhesség utáni inkontinencia jól reagál korai medencefenéki tornakezelésre. (B) [2]**

###### **Ajánlás39**

**A szakszerű segítséggel preventíven végzett (ante partum) gátizomtorna segíti megelőzni a szülés utáni inkontinencia kialakulását, ezért egészséges, kontinens elsőszülő nőknek javasolt szülés előtti medencefenéki izomtornát végezni. (A) [2]**

##### **3.1.2. Viselkedésterápia**

###### **Ajánlás43**

**Első vonalbeli terápiaként javasoljunk hólyagtréninget késztetéses vagy kevert vizeletinkontinens felnőtteknek. (A) [2]**

###### **Ajánlás44**

**A női stressz és kevert inkontinenciában a viselkedésterápiával kiegészített medencefenéki torna-kezelés rövid távon eredményesebb, mint a medencefenéki tréning önmagában végezve. (B) [2]**

###### **Ajánlás45**

**Csökkent kognitív képességű, inkontinens felnőtteknek javasolt az időzített vizeletürítés alkalmazása. (A) [1, 2]**



### 3.1.3. Fizioerápia

#### Ajánlás46

A medencefenéi izomtréning a stressz vizeletinkontinencia elsővonalbeli kezelése. (A) [1, 2, 3]

#### Ajánlás47

Az „intenzív” PFMT kezelés (többféle oktatási anyag, személyre szabott kezelés fizioterapeutával, rendszeres megerősítések) hatékonyabb a „standard” terápiával szemben. (A) [2, 3]

#### Ajánlás48

Javasolt legalább 3 hónapig tartó, felügyelt PFMT- elsővonalbeli terápiként stressz vagy kevert vizeletinkontinens nőknek. (A) [2, 3]

#### Ajánlás50

Javasolt felügyelt PFMT első alkalommal várandós, kontinens nőknek a szülés utáni időszakban az inkontinencia megelőzése érdekében. (A) [1, 2]

#### Ajánlás51

Radicalis prostatectomia előtti és utáni PFMT javasolt a stressz inkontinencia gyógyítására férfiakban. (B) [2]

#### Ajánlás56

Nem javasoljuk a felszíni elektródás (bőr, vaginális, anális) elektromos stimulálást önmagában a vizeletinkontinencia kezelésére. (B) [2]

### 3.1.4. Vizeletfelszívó segédeszköz

#### Ajánlás60

Javasolt vizeletfelszívó segédeszköz felírása az inkontinencia okozta panaszok javítása céljából vizeletinkontinens betegeknek. (B) [1, 2, 3]

#### Ajánlás61

A javasolni kívánt nedvszívó eszköz típusának, kapacitásának és méretének kapcsán a kiválasztás során vegyük figyelembe a vizeletinkontinencia típusát és súlyosságát, valamint a beteg testi és funkcionális adottságait, mobilitását, és egyéb ápolási-életviteli igényeit. (A) [2]

#### Ajánlás65

A vizeletinkontinencia az életminőséget jelentősen rontja, ezért minden inkontinens betegnek javasolt átmenetileg vizeletinkontinencia segédeszköz a kivizsgálás idejére, az adekvát kezelés időpontjáig, vagy ha a kezelés nem eredményezett teljes javulást, illetve véglegesen olyan betegeknek, akiknél eredményes kontinencia kezelésre nincs lehetőség. Ugyanakkor figyelmeztetni kell a betegeket, hogy a segédeszköz csak enyhíti a kellemetlen tüneteket, de egyáltalán nem javítja, illetve gyógyítja az inkontinenciát, nem jelent kezelési alternatívát. (D) [3]

### **3.2. Elsővonalbeli gyógyszeres kezelés**

#### **Ajánlás68**

Javasolt a szelektívebb, kisebb mellékhatás profillal rendelkező szerek alkalmazása akár már elsővonalban is, de főleg másodvonalban. Oxybuthinin kezelés okozta intolerabilitás esetén mindenképpen szelektívebb muszkarinreceptor blokkoló vagy béta adrenoreceptor agonista használata javasolt. (D) [3]

#### **Ajánlás69**

A hyperaktív hólyag szindróma / urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban antimuscarin (A) és béta adrenoreceptor agonista (B) típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. [1, 2]

#### **Ajánlás70**

Javasolt korai kontroll (<30 nap) és felmérés (hatékonyság és mellékhatás tekintetében) antimuscarin szert szedő betegünknél. (A) [1, 2]

#### **Ajánlás73**

Felnőtt urge inkontinens betegnek elsődleges kezelésként azonnali, vagy elhúzódó kibocsátású antimuscarin szer adása javasolt (A). [2]

#### **Ajánlás87**

Az Európai Urológus Társaság a nemzeti törzskönyvezési folyamatoktól függetlenül javasolja a beta adrenoreceptor agonista mirabegront az urge inkontinencia / OAB kezelésére. (B) [2]

#### **Ajánlás89**

Az ösztrogének adása postmenopauzában lévő OAB-s / urge inkontinens betegeknek ajánlott kezelési mód, de a legmegfelelőbb adagolásra és a terápia idejére vonatkozó adataink nincsenek. (A) [2]

#### **Ajánlás95**

Már az első gyógyszerfelírásakor lehetőség szerint olyan készítmény felírása javasolt az OAB / UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza. (D)

### **3.3. Műtéti kezelés**

#### **Ajánlás96**

A női inkontinencia gátló műtéteknél a megfelelő sebészi technika alkalmazása esetén, az alacsony szövődményarány eléréséhez évente legalább 10 beavatkozás végzése szükséges. (D)

#### **Ajánlás97**

A stressz vizeletinkontinenciával küzdő idősebb nőket tájékoztatni kell a műtét fokozott kockázatairól, beleértve idős korban a sikeresség várhatóan kisebb valószínűségét is. (B) [2]

**Ajánlás106**

A női stressz inkontinencia sebészi kezelése előtt mindenképpen javasolt a konzervatív kezelés megkísérlése azon esetekben, amikor annak feltételei a beteg részéről adottak (nincs medencefenéki izombénulás, illetve atrophia). (C) [1]

**Ajánlás108**

Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stressz inkontinens nőknek, akik a vizeletinkontinenciára végleges gyógymódot keresnek. (A) [2, 3]

**Ajánlás111**

A mellső hüvelyfali plasztika egyik módozata sem ajánlott önmagában a stressz inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]

**Ajánlás112**

Nem komplikált stressz inkontinencia esetén, nőknél javasolt a húgycső alatti feszülésmentes szalagokat érintő műtétet előnyben részesíteni a többi műtéti beavatkozással szemben. (A) [1, 2]

**Ajánlás113**

Stressz inkontinens nőknél javasoljuk a nyílt vagy laparoszkoós kolposzuspenziót vagy autológ fascialis slinget, ha a feszülésmentes húgycső alatti szalagműtét nem jöhet szóba. (A) [2]

**Ajánlás115**

Azokat a nőket, akiknek egy bemetszéses sling eszközt javasolunk a stressz inkontinencia kezelésére, figyelmeztetni kell, hogy a hosszú távú eredményesség továbbra is bizonytalan. (C) [2]

**Ajánlás120**

Marschall-Marchetti-Krantz műtét (MMK) ma már nem javasolt a stressz inkontinencia kezelésében. (A) [1, 2, 3]

**Ajánlás121**

Túvel végzett hólyagnyaki suspensios műtétek ma már nem ajánlottak a női stressz inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]

**Ajánlás122**

A laparoscopos Burch colposuspensio választható beavatkozás a stressz inkontinencia kezelésében. (B) [2]

**Ajánlás123**

A laparoscopos Burch colposuspensio nem elsődleges sebészi módszerként javasolt. (A) [2]

**Ajánlás125**

A mûsphincter női stressz inkontinenciában történő alkalmazásáról még relatív kevés adat áll rendelkezésre, jelenleg csak recidív, egyéb kezelésre nem reagáló esetekben javasolt műtéti típus. (C) [2]

**Ajánlás126**

**Egyidejű stressz inkontinencia és műtéti beavatkozást igénylő urogenitalis prolapsus esetén javasolt az egyidejű műtét mindkét panaszcsoporthoz kezelésére, ugyanakkor figyelmeztetni kell a nőket arra, hogy a kombinált műtétnél a nemkívánatos események kockázata magasabb, mint a csak prolapsus vagy inkontinencia megoldására hivatott műtétnél. (A) [2]**

**Ajánlás130**

**A női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése csak más konzervatív módszer eredménytelensége esetén, kifejezett panaszok miatt javasolt. (D) [3]**

**Ajánlás131**

**A botulinum toxin intradetrusor injectio iniciális konzervatív terápia sikertelensége esetén urge inkontinenciában / OAB szindrómában javasolt kezelés, azonban nem elsővonalbeli terápiai módszerként ajánlott. (B) [2]**

**Ajánlás132**

**Mindenképpen indokolt megkísérelni a botulinum toxin kezelést invazív idegsebészeti vagy belsebészeti beavatkozás előtt, amennyiben a hólyagkapacitás organikusan nem beszűkült. (A) [2]**

**Ajánlás141**

**Augmentáció kizárólag olyan OAB szindrómás / urge inkontinens betegeknek javasolt, akiknél a konzervatív terápia sikertelen volt, és akikkel megbeszéltük a botulinum toxin és a sacralis neuromoduláció lehetőségét. (C) [2]**

**3. ábra. A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1]**

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódváltás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódváltás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<i>Primer:</i> TVT, TVTO <i>Recidiva:</i> második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

**Ajánlás149**

**A submucosusan beadott párnaképző anyagok alkalmazását csak olyan férfiaknál javasoljuk, akik prostatectomia utáni enyhe inkontinenciával küzdenek, és az inkontinencia tüneteinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán. (C) [2]**

**Ajánlás152**

**A rögzített szalagokkal végzett inkontinenciagátló műtét csak enyhe vagy közepes súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén javasolható. (B) [2]**

**Ajánlás153**

**Szabályozható férfi szalagok azokban az esetekben ajánlottak elsősorban, ahol az inkontinencia enyhe-közepes fokú és sugárkezelés nem történt. (C) [2]**

**Ajánlás155**

**A műsphincter implantáció ajánlott közepes súlyos és súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén. (B) [1, 2, 3]**

**Ajánlás156**

**Az alsó húgyúti obstructio kiváltotta detrusor hyperaktivitás kezelésre az obstructio műtéti kezelését csak akkor javasoljuk, ha az obstructiot urodinamikai vizsgálattal igazoltuk, minden egyéb konzervatív, gyógyszeres kezelést megpróbáltunk és informáljuk a beteget a műtét eredménytelenségének nagyobb esélyéről. (D) [3]**

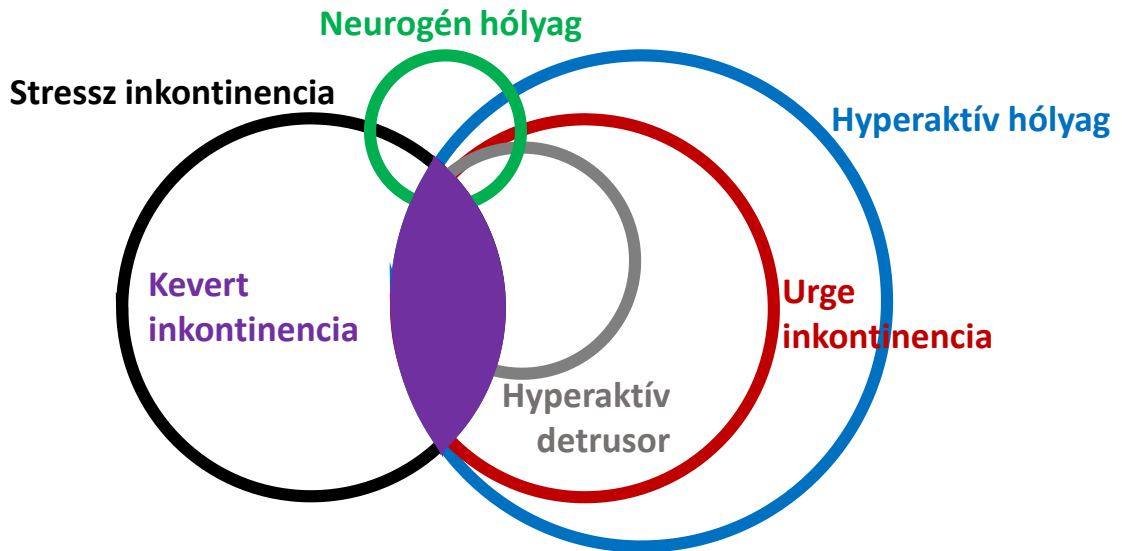
**4. ábra. A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1]**

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetin Életmódváltás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergicumok Béta receptor agonisták Életmódváltás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	<b>1. vonal</b>
<u>Enyhe-közepes fokozat:</u> Szabályozható feszeségű szalag, ProAct Nem szabályozható szalag <u>Közepes-súlyos fokozat:</u> Műsphincter	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	<b>2. vonal</b>
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	<b>3. vonal</b>

### 3. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

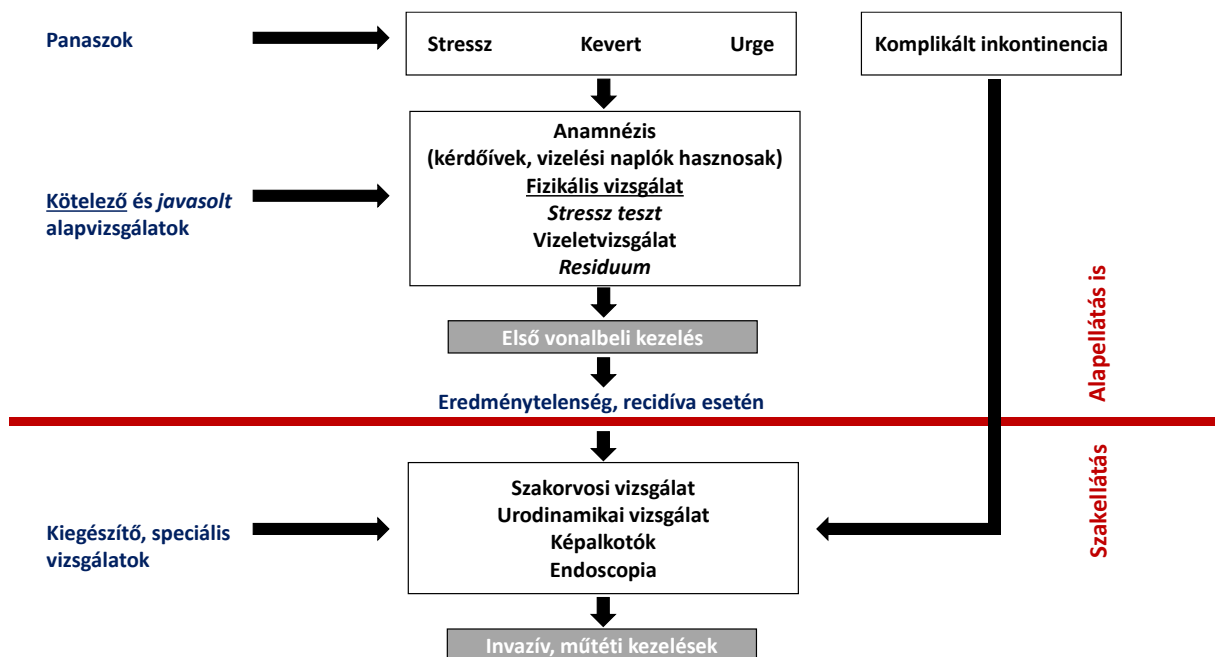
3.1. **Ábra száma: 1.**

**Ábra címe:** A vizelettartási problémák áttekintő ábrája



3.2. **Ábra száma: 2.**

**Ábra címe:** A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus [3]



**3.3. Ábra száma: 3.****Ábra címe:** A női vizeletinkontinencia kezelési algoritmus [1]

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetin Életmódváltoztatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergicumok Béta receptor agonisták Életmódváltoztatás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<u>Primer:</u> TVT, TVTO <u>Recidiva:</u> második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

**3.4. Ábra száma: 4.****Ábra címe:** A férfi vizeletinkontinencia kezelési algoritmus [1]

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetin Életmódváltoztatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergicumok Béta receptor agonisták Életmódváltoztatás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<u>Enyhe-közepes fokozat:</u> Szabályozható feszességű szalag, ProAct Nem szabályozható szalag <u>Közepes-súlyos fokozat:</u> Műsphincter	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

**3.5. Ábra száma: 5.**

**Ábra címe:** Nedvszívó segédeszköz felírási javaslat mátrix-szerűen ábrázolva [Kullmann L, 2012]

**Ábra csatolása:**

Főbb nedvszívó eszköztípusok (ISO 15621 konform eszközválasztási séma) Közepes - súlyos vizeletinkontinencia tüneti kezelésére		Beteg önellátó képessége kielégítő?	
		igen	nem
Csak vizeletvesztés van? (székletszivárgástól mentes inkontinencia)	<b>igen</b>	alsónemű-szerű, <i>övvel rögzített</i>	<b>övvel rögzített</b>
	<b>nem</b>	<b>övvel rögzített</b>	<b>ragasztócsíkos, <i>övvel rögzített</i></b>



## VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

### 1. FELDERÍTÉS

#### Ajánlás1

**Bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő felnőtt páciens esetében az általános anamnézis szokásos eleme legyen - lehetőség szerint - a vizeletтары zavarra vonatkozó kérdéslista, különös tekintettel a magas rizikóval rendelkező esetekben! (D) [2]**

A kérdések tekintetében lásd az alábbi kérdéslistát.

*Magas rizikónak minősül:* idős, diabeteses, urogenitalis prolapsussal bíró, korábbi inkontinenciagátló műtéten átesett, immobilis, idősoththonban vagy tartósan kórházban ápoltt, csökkent mentális állapotú beteg.

**Kérdőív. Bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt javasoltan megkérdezendő kérdések**

Van-e Önnek akaratlan (köhögésre, nevetésre, tüszentésre, emelésre vagy parancsoló vizeleti inger mellett, vagy attól függetlenül jelentkező) vizeletvesztése?

- igen
- nem

Panaszainak mérséklésére milyen segédeszközt használ?

- betétet
- nadrágpelenkát
- condom urinált
- katétert
- semmit

Milyen súlyosak a panaszai?

- enyhe (csöpög)
- közepes (szivárog)
- súlyos (folyik)

Milyen szakorvosnál járt emiatt?

- urológus
- nőgyógyász
- egyéb, éspedig: .....
- semmilyen

Kapott-e megfelelő segítséget panaszaira?

- igen
- nem

Szed-e inkontinencia gátló gyógyszert, és ha igen, mit szed?

- igen, .....
- nem

Szed-e vízhajtó gyógyszert, és ha igen mit szed ?

- igen, .....
- nem

Volt-e műtétje vizeletinkontinencia miatt?

- igen
- nem

## 2. RIZIKÓFAKTOROK

### 2.1. Általános rizikófaktorok

#### 2.1.1. Életkor

A betegség incidenciája nemtől függetlenül emelkedik az életkorral, átlagosan 1-11%/év. Korcsoportonként is eltérőek az inkontinencia prevalencia adatok. A 17-24 éves korosztályból 51-52% említ sporadikusan előforduló stressz jellegű vizeletvesztést, de rendszeres elfolyásról csak 5-16% számol be. A 30-60 év közötti nők esetében 14-41%-os, a 60 év feletti hölgyek esetében 4,5-44%-os (átlag: 23,5%) inkontinencia gyakoriságot találtak. Fiatalabb betegeknél a stressz inkontinencia, idősebb korosztályban a késztetéses és a kevert forma a gyakoribb. [3]

A „Veneto tanulmány” szerint 80 év felett nincs különbség a nemek között az állapot gyakoriságát illetően. 80-84 év közötti korcsoportban a férfiak 22%-a, a nők 23,9%-a számolt be inkontinenciáról. Az időskori gyakoribb megjelenés okai lehetnek: a vizelettároló funkciók tudatos, akaratlagos agyi szabályozásának korral járó csökkenése, elsősorban nőknél a menopausa után bekövetkező hormonhiány miatt kialakuló általános nyálkahártya és genitális atrophia előfordulása, továbbá férfiaknál a nehezített vizeletürítés miatt kialakult hólyagingerlékenység. [3]

50 év felett a hyperaktív hólyagszindróma előfordulási gyakorisága is párhuzamosan növekszik az életkorral, nemtől függetlenül. Míg a 40-45 év közötti korosztályban, Európában mindkét nemben 10% alatti az OAB prevalenciája, addig 70 év felett mindkét nemben meghaladja a 20, 75 év felett pedig a 30%-ot. Az Egyesült Államokban még a 35-44 éves korosztályban is csupán 10% körül marad a hyperaktív hólyagszindróma gyakorisága, de 65 év felett mindkét nemben eléri a 30%-ot. Nőknél már korábban (35 éves kortól), férfiaknál csak később (55 éves kortól) tapasztalható nagyobb mértékű prevalencia emelkedés. [3]

#### 2.1.2. Jellemző nem

Vizeletinkontinencia gyakrabban fordul elő nőkben, fiatal és középkorú betegekben a férfi-női arány kb. 1:6. Idősebb korban, 80 év felett (Veneto tanulmány) nincs különbség a nemek között, 22-24%-os inkontinencia arány észlelhető. A hyperaktív hólyagszindróma átlagos, kortól független prevalenciája mindkét nemben kb. 16%, a „nedves” forma előfordulása hölgyeknél háromszor gyakoribb. [3]

#### 2.1.3. Gyakori társbetegségek

Elhízás, diabetes, dementia, krónikus bronchitis, krónikus obstipatio, depresszió, húgyúti fertőzés, szexuális diszfunkció, dermatomycosis a külső genitáliákon és környékükön. [3]

#### 2.1.4. Genetikai háttér

A családi halmozódás egyértelműen megfigyelhető, azonban a genetikai tényezőktől nem választhatók el a környezeti faktorok. [3]

### 2.1.5. Mentális állapot

A kor mellett a mobilitás és a szellemi épség talán a két legmeghatározóbb faktor az időskori késztetéses inkontinencia és hyperaktív hólyagműködés kialakulásában. Idős betegek körében ép szellemi funkció mellett 36,2%, dementia esetén 76,7%-os inkontinencia arányt tapasztaltak. Idősothtonok lakói között végzett felmérés mobilis betegekben 23,5%-ban, immobilis betegeknél 82,1%-ban talált vizeletelfolyást, melynek döntő része késztetéses jellegű. [3]

### 2.1.6. Gyógyszerek

Számos, különösen időskorban szedett gyógyszer szignifikáns hatással bír a hólyagfunkcióra és mellékhatásként akár késztetéses, vagy kevert, ritkábban stressz inkontinenciát is okozhat. Az altatók, nyugtatók az alkoholhoz hasonlóan deprimálhatják a beteg hólyagműködésre fordított figyelmét, a diureticumok (vízhajtók) gyakori vizeletürítést, következményes késztetéses vizelési ingereket okozhatnak. A vérnyomáscsökkentők közül az alfa adrenerg antagonistáknak, a kalcium antagonistáknak és az ACE gátlóknak lehet inkontinenciát kiváltó, vagy azt fokozó hatása. Ezeknek a gyógyszereknek lehetőség szerinti elhagyása vagy más, a vizelettároló funkciót nem befolyásoló készítményre cserélése a kontinencia visszatérését eredményezheti. [2, 3]

### 2.1.7. Életmód

A folyadékbevitel nem játszik jelentős szerepet az inkontinencia és a hyperaktív hólyagszindróma pathogenesisében normális esetben. Fokozott folyadékfelvétel azonban ronthatja az inkontinens állapotot. A túlzott kávéfogyasztás szerepet játszhat a hyperaktív hólyagszindróma/urge inkontinencia kialakulásában, de hatása nem bizonyított. Fizikai aktivitás csökkenése, szellemi állapot hanyatlása növeli az inkontinencia esélyét. [1, 2, 3]

## 2.2. *Női vizeletinkontinencia speciális rizikófaktorai*

Fehér nők körében a vizeletinkontinencia gyakoribb, mint fekete vagy ázsiai nők esetében (LE 1b). Idősebb életkorban gyakrabban fordul elő inkontinencia (LE 1a). [1] Terhesség és hüvelyi szülés egyértelműen növeli a későbbi életkorban kialakuló vizeletinkontinencia kockázatát (LE 1a). [1] Elhízás, nagyobb testsúly egyértelműen hajlamosít inkontinencia kialakulására (LE: 1a). [1] Fizikai aktivitás csökkenése esetén gyakrabban jelentkezik vizelettartási zavar (LE: 2b). Diabetes mellitus fokozott kockázati tényezőt képez a vizeletinkontinencia megjelenése szempontjából (LE: 2 b). [1] Ötvenöt évesnél idősebb hölgyek esetében az orálsan adott ösztrogén szignifikáns rizikófaktort jelent a vizeletinkontinencia kialakulása szempontjából (LE: 1b) [1]. Menopausa nem jelenti a stressz inkontinencia független rizikófaktorát (LE: 2b). Korábbi hysterectomia a vizeletinkontinencia lehetséges rizikófaktor (LE 2b). POP növelheti a vizeletinkontinencia kockázatát. Dementia fokozza az inkontinencia kockázatát (LE: 2a). A genetikai hajlam egyértelműen igazolható a vizeletinkontinencia kialakulásában (LE: 1). Egyéb faktorok, mint a dohányzás, kávéfogyasztás, diéta, constipatio, depresszió, húgyúti fertőzés etiológiai szerepét nem tudták igazolni (LE: 3). [1]

### **2.3. Férfi vizeletinkontinencia speciális rizikófaktorai**

Lehetséges rizikófaktorok: idősebb életkor, UTI, LUTS, fizikai illetve szellemi leépülés, diabetes mellitus, neurológiai betegség, korábbi prostatectomia. [1, 2, 3]

### **2.4. Hyperaktív hólyagszindróma speciális rizikófaktorai**

Egyértelmű rizikófaktor az idősebb életkor, szóba jöhet még BPH, POP és csökkent szellemi status szerepe. [1, 2, 3]

### **2.5. A stressz vizeletinkontinencia kiváltó okai**

#### Nők:

- Medencefenéki prolapsus vagy más néven hypermobil urethra (cystocele, rectocele, enterocele): gyakori, anatómia eltérés látható, urge panaszok, kevert vizelettartási panaszok, ürítési zavarok is előfordulhatnak.
- Záróizom-gyengeség (Intrinsic Sphincter Defficiency - ISD): gyakori, funkcionális eltérés mérhető, anatómiai elváltozás nincs. Kötőszöveti-, izomfunkció gyengeségre, elégtelenségre vezethető vissza.
- Iatrogen vagy traumás sphinctersérülés (endoscopos műtét, baleset, téraránytalan szülés): ritka, többnyire mindig súlyos.

#### Férfiak:

Primer ISD: nagyon ritka.

- Iatrogen: radicalis prostatectomia (súlyos formában ritka: 1-3%, enyhe formában: 1-20%) TURP, TUIP urethrotomia, tranvesicalis prostatectomia (ritka: 0,5-1%)
- Traumás: ritka

### **2.6. Urge vizeletinkontinencia kiváltó okai**

#### Nők-Férfiak:

- Intravesicalis okok (gyulladás, idegentest, kő, daganat, kis kapacitás illetve compliance, korábbi hólyag és inkontinencia gátló műtétek, radiációs cystitis, interstitialis cystitis stb.).
- Anatómiai eltérések (nők: cysto-rectocele, meatusstenosis; férfiak: BPH, húgycsőszűkület; mindkét nem: húgycső és hólyagdiverticulum).
- Funkcionális alsó húgyúti obstrukció (spasztikus sphincter, detrusor sphincter disszinerfia).
- Gyógyszerek mellékhatásai (béta blokkolók, paraszimpatomimetikumok).
- Pszichogen.
- Idiopathiás (idős kor? myogen?).

### **2.7. Kevert vizeletinkontinencia kiváltó okai**

- a fenti okok együttesen jelentkezhetnek.

### 3. DIAGNOSZTIKA

#### Ajánlás2

**A vizelettartási panaszokat jelző beteg anamnézisének felvétele során az inkontinencia fajtájának meghatározását, súlyosságát, életminőséget befolyásoló mértékét felderítő kérdőív alkalmazása javasolt. (C) [2]**

#### 3.1. Panaszok, tünetek

*Általános jellemzők.* Az inkontinens beteg visszahúzódó, szégyenérzete van, sokszor depresszióban szenved, családi és szociális kapcsolatai beszűkülnek, megszűnnek. Szexuális tevékenységtől elzárkózik. Gyakran betétet visel, súlyos esetben ruhája kellemetlen szagú, az állandó vizeletes ázás miatt a külső genitáliák bőre gyakran felmárodott, érzékeny, gombás elváltozások jelentkeznek rajta.

*Panaszok, tünetek.* Akaratlan vizeletvesztés a húgycsövön keresztül. A panasz, vagyis a vizeletelfolyás *stressz inkontinencia* esetén valamely hasi erő- illetve nyomáskifejtéskor (emelés, cipekedés, köhögés, tüsszentés), *késztetéses inkontinencia* esetén pedig hirtelen jelentkező, erős sürgősségi ingerhez társultan lép fel. *Kevert típus* alkalmával mindkét panasz illetve tünet együttesen jelen van. Hyperaktív hólyagszindróma esetén a beteg sürgető vizelési ingerről panaszodik, melyet többnyire gyakori éjszakai illetve nappali vizeletürítés kísér, vizeletvesztéssel vagy anélkül.

*Az anamnézis felvétele során a panaszokból ki kell rajzolódnia, hogy a beteg inkontinenciáját milyen típusúnak gondoljuk (egyértelmű tiszta forma: stressz, urge, kevert inkontinencia, OAB szindróma, vagy komplikált inkontinencia)*

*A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozóan feltett célzott kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható (LE: 1).*

#### 3.2. Vizsgálatok

##### 3.2.1. Diagnosztikai algoritmusok

#### Ajánlás3

**A kivizsgálás első lépéseként ki kell zárni azokat az állapotokat (haematuria, húgyúti fertőzés, jelentős vizeletretenció vagy vizeletrekedés, neurogén állapot) melyek egyéb urológiai, neurológiai kórállapotokra (pl. gyulladás, daganat, kő, neurológiai betegség) utalhatnak. (D) [2, 3]**

#### Ajánlás4

**Az inkontinens beteg kivizsgálásának és ellátásának az alapellátás szintjén meg kell kezdődnie, de komplikált és recidív inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget. (D) [3]**

Jelen irányelv egyik elsődleges célja, hogy az *alapvető kivizsgálás és korai tünetmentesítő kezelés is kezdődjék meg az alapellátás keretein belül*. Az egyszerű, tiszta és enyhe klinikai képen túlmutató vagy gyanús eseteket azonban mindenképpen és mielőbb szakellátásba kell irányítani

## Ajánlás5

**A primér, tisztán meghatározható típusú női vizeletinkontinencia esetében a kötelező alapvizsgálatok a következők: anamnézis felvétele, fizikális vizsgálat, vizeletvizsgálat. Javasolt vizsgálatok: stressz teszt, residuum meghatározás. (D) [2, 3]**

Amennyiben a kezelés eredménytelen, szakellátásra beutalás szükséges.

*Az elsődleges inkontinencia management csak akkor kezdődhet el, ha kizártuk azokat az állapotokat (haematuria, húgyúti fertőzés, jelentős vizeletretenció vagy vizeletrekedés, neurogén állapot) melyek egyéb urológiai vagy neurológiai kórállapotokra (pl. gyulladás, daganat, kő, neurológiai betegség) utalhatnak. Ezen esetekben az egyszerű húgyúti fertőzést leszámítva szakellátásban zajló kivizsgálás javasolt.*

*„Komplikált” és recidiv inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget (LE: 4).*

A női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálásának és ellátásának összefoglaló algoritmus a **2. ábrán** látható. A női vizeletinkontinencia managementjét részletesen a **3. ábrán**, a férfi vizeletinkontinencia ellátási irányvonalait a **4. ábrán** mutatjuk be (forrás: ICS, EAU irányelvek). „Komplikált” inkontinenciában a vizeletvesztés mellett az alábbi kísérő jelenségek, állapotok észlelhetők: férfiak inkontinenciája, neurogén háttér gyanúja, fájdalom, haematuria, visszatérő húgyúti infekció, korábbi inkontinencia műtét, kismedencei műtét illetve besugárzás, jelentős hüvelyi prolapsus, vizeletürítési zavar.

### 3.2.1.1. Kötelező és ajánlott diagnosztikai alapvizsgálatok

Minden betegnél, minden esetben kötelező elvégezni a gyógyszeres / konzervatív kezelés megkezdése előtt is.

#### Anamnézis

Általános anamnesztikus adatok: kísérő betegségek, korábbi műtétek, jelenleg szedett gyógyszerek, elhízás, széklethabitus, mentális státusz, önellátó képesség, mozgászervi nehezítettség.

Speciális inkontinencia kórelőzmény: a panaszok jellege (széklet inkontinenciára is mindig kérdezzünk rá!), intenzitása, folyamatos vagy intermittáló volta, a fennállás időtartama, korábbi gyógyszeres / fizioterápiás / műtéti kezelések. Szülések száma, módja, nehezítő körülmények. Az anamnézis felvétele során a panaszokból ki kell rajzolódnia, hogy a beteg inkontinenciáját milyen típusúnak gondoljuk (egyértelmű tiszta forma: stressz, urge, kevert inkontinencia, OAB szindróma, vagy komplikált inkontinencia). A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinencia típusa megfelelő kérdésekkel sokszor jól meghatározható (LE: 1).

## Ajánlás6

**A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozólag feltett céltartalmú kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható. (B) [2]**

A folyadékbeviteli és vizeletürítési szokások felderítésében objektív segítséget nyújtanak a vizelési naplók (LE: 2b), melyek vezetése 3-7 nap közötti időtartamban javasolt (LE: 2b).

### Ajánlás7

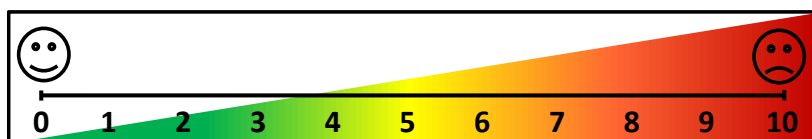
**A folyadékbeviteli és vizeletürítési szokások felderítésében objektív segítséget nyújtanak a vizelet naplók. (A) [2]**

### Ajánlás8

**A vizelet naplók vezetése 3-7 nap közötti időtartamban javasolt. (B) [2]**

A standardizált inkontinencia kérdőívek (ICIQ, ICIQ-SF, VAS skála 0-10) segíthetik a panaszok jellegének, súlyossági fokának részletesebb feltérképezését. Nincsenek ismeretek arra vonatkozóan, hogy felnőtt vizeletinkontinenciában a kérdőívek használata, a húgyúti tünetek vagy az életminőség értékelésére segíti-e a panaszok javítását.

**Vizuális analóg skála:**



### Ajánlás9

**Vizeletinkontinencia kérdőívek használata javasolt elsősorban akkor, amikor tünetek súlyosságának értékelése és/vagy a kezelés hatásosságának pontos monitorizálása szükséges. Az inkontinencia kérdőívek szűk indikációval javasolhatók a vizeletinkontinencia diagnosztikájában. (B) [2]**

Az inkontinencia kérdőívek szűk indikációval javasolhatók a vizeletinkontinencia diagnosztikájában (LE: 2-4). További vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy a húgyúti tünetek és/vagy az életminőség értékelésére szolgáló kérdőívek standard klinikai értékelés mellett történő alkalmazását össze lehessen hasonlítani a kérdőívek alkalmazása nélkül meghozott klinikai döntésekkel.

A vizeletfolyás mértékének megítélésében az 1, illetve 24 órás betét-teszt és a vizeletvesztési arány (24 óra alatti vizeletvesztés ml-ben / 24 óra alatti összes vizeletmennyiség) meghatározása jelent kvantitatív mérési módot. Gyakran alkalmaznak egy 20 perces rövid tesztet, ahol meghatározott tornagyakorlatokat követően mérik a vizeletvesztés mértékét: 1-10g enyhe, 11-50g: közepes, 51-100g súlyos, >100g nagyon súlyos mértékű inkontinenciát takar. Betét-teszt vizsgálattal pontosan igazolható a vizeletinkontinencia, a vizsgálat reprodukálható és az eredmény korrelál a betegek tüneteivel (LE: 2). A rendelői betét-teszt vizsgálat elvégzéséhez a diagnosztikai pontosság érdekében előre meghatározott hólyagteltésre és egy sor gyakorlatra van szükség (LE: 2). A betegek nem tartják be kellőképpen az otthoni betét-teszt vizsgálatra vonatkozó protokollokat. A 24 óránál hosszabb otthoni betét-teszt vizsgálatok nem jelentenek többelhasznót (LE: 2).

### Ajánlás10

**A betét-teszt vizsgálatok eredményei alapján lemérhető a kezelés hatékonysága, ezért ha a vizeletinkontinencia kvantitatív meghatározására van szükség, vagy ha a kezelés eredményességének objektív lemérése szükséges, végezzünk betét-teszt vizsgálatot. (C) [2]**

Betét teszt vizsgálat nem alkalmas az inkontinencia típusának megadására.

## Fizikális vizsgálatok

Kevés bizonyíték van arra, hogy a részletes fizikális vizsgálat elvégzése javítja az inkontinencia ellátását, azonban széles körű egyetértés van arra vonatkozóan, hogy a fizikális vizsgálat továbbra is a vizeletinkontinenciával küzdő egyének vizsgálatának lényeges részét kell, hogy képezze (LE: 1).

### **Ajánlás11**

**A fizikális vizsgálat kötelező része a vizeletinkontinenciával küzdő egyének vizsgálatának. (B) [2, 3]**

A vizsgálatnak magába kell foglalnia a hasi vizsgálatot (has és csípő körfogat, vizeletretenció, hasi terime észlelése) valamint a gát és végbél (prosztata) és/vagy a hüvely ujjal történő vizsgálatát.

Férfiaknál a külső genitáliák megtekintése illetve megtapintása szükséges. Rectalis vizsgálat során a prosztata tapintása (méret, konzisztencia) mellett a külső sphincter nyugalmi tónusának és kontrakciós képességének megítélése is javasolt. Csökkent kontrakciós képesség esetén a medencefenéki torna hatékonysága kérdéses. Nőknél a gát vizsgálata kiterjed az ösztrogénstátusz megítélésére és az esetleges kapcsolódó medencefenéki prolapsus (POP) körültekintő vizsgálatára. Stressz teszttel (köhögésteszt) ki lehet mutatni a stressz inkontinenciát, ha a húgyhólyag kellően tele van és a medencefenék kontrakciós képességét ujjal lehet vizsgálni (Oxford skála). Nőknél fontos a hüvelybemenet megtekintése és a mellső illetve hátsó hüvelyfal megtapintása. A vaginalis descensust / prolapsust lokalizáció (elülső kompartment descensus: cystocele, középső kompartment descensus: cervix, hüvelyboltozat középső része és hátsó kompartment descensus: rectocele) és súlyossági fokozat szerint osztjuk fel (I. fok: descensus a hüvelybemenet szintje felett, II. fok: prolapsus a hüvelybemenet szintjében, III. fok prolapsus a hüvelybemenet szintje alatt). A prolapsusok még pontosabb leírását teszi lehetővé a többnyire csak tudományos vizsgálatokban alkalmazott, bonyolult Pelvic Organ Prolapses Quantification (POPQ) módszer, mely a hüvely, a méh és a hólyag nyolc meghatározott anatómia pontját veszi figyelembe. Bár POPQ vizsgálat megbízható és reprodukálható, nem javasolt a rutin kivizsgálás részeként alkalmazni (LE: 4)

### **Ajánlás12**

**A POPQ vizsgálatot nem javasolt a rutin kivizsgálás részeként alkalmazni. (D) [1, 2, 3]**

A rectalis sphincter nyugalmi és akaratlagos, kontrakciós tónusának megítélése nőknél is javasolt. A vizsgálat szubjektív, a csökkent tónus az egész medencefenéki izomzat gyengeségére utalhat.

## Stressz teszt

Közepesen telt (kb. 200ml) hólyagnál végezzük. A köhögéssel (Boney teszt) vagy Valsalva manőverrel kiváltott vizeletvesztés többnyire igazolja a stressz inkontinenciát. (Nagyon ritkán észlelhető jelenség az ún. stressz provokálta urge inkontinencia, amikor a köhögés, tüszentés vizeletvesztéshez vezet, azonban az elcseppenést nem a záró-nyomást meghaladó hasi nyomás, hanem a köhögés, tüszentés provokálta akaratlan detrusor kontrakció hozza létre. Ilyen esetben a stressz teszt pozitív, a köhögés és a vizeletvesztés közötti látencia hosszabb és a betegnek egyéb „urge” tünetei is lehetnek.). A teszt reprodukálhatósága függ a hólyagteltiségtől, a testhelyzettől.



Stressz inkontinencia vonatkozásában szenzitivitása 90%, specificitása 80%, pozitív prediktív értéke pedig 98%. Amennyiben a stressz teszt fekvő helyzetben negatív eredményt ad, akkor álló helyzetben meg kell ismételni. A Valsalva manőverrel is kiváltható (kisebb hasi nyomásnövekedés, mint köhögés esetén) pozitív stressz teszt felveti intrinsic sphincter elégtelenség lehetőségét.

### Vizeletvizsgálat

#### **Ajánlás13**

**Húgyúti fertőzés kizárására javasolt elvégezni (vizeletüledék vagy stix, pozitív lelet esetén esetleg tenyésztés) a vizeletvizsgálatot. (A) [2, 3]**

#### **Ajánlás14**

**Igazolt infekció esetén adekvát kezelés indokolt. (A) [2]**

#### **Ajánlás15**

**Idős betegeknél nem szükséges a tünetmentes bacteriuria kezelése az inkontinencia javítása céljából (B), azonban műtét előtt ilyen esetekben is érdemes a bacteriuriát kezelni. [2]**

### Reziduum vizsgálat

*A maradékvizet meghatározása kevés kivételtől eltekintve (pl. amikor az uroflowmetriát urodinamikai vizsgálat követi és ezért katéter behelyezése szükséges) ultrahang vizsgálat segítségével történjen (LE: 1b).*

#### **Ajánlás16**

**A maradékvizet meghatározása ultrahang vizsgálat segítségével történjen. (A) [2, 3]**

Kifejezett folyadékbevitel esetén, jó vizeletáramlás mellett észlelt mérsékelt mértékű (50-100ml) reziduum nem valódi retenciót jelent.

#### **Ajánlás17**

**Javasolt a maradékvizet mérése azon inkontinens betegeknél, akiknek vizeletürítési zavarai is vannak (B) illetve akiknek inkontinenciája „komplikált” jellegű. (C) [2]**

#### **Ajánlás18**

**A vizeletürítési zavart okozó, vagy azt esetlegesen súlyosbító kezelésben részesülő inkontinens betegeknél javasolt a PVR rendszeres ellenőrzése. (B) [2]**

### *3.2.1.2. Kiegészítő és speciális vizsgálatok*

#### Urodinamikai vizsgálatok

Figyeljünk arra, hogy az urodinamikai paraméterek nagyfokú, akár 15%-os azonnali és rövid távú vizsgálat–megismételt vizsgálat variabilitást mutatnak ugyanannál a betegnél. A vizsgálat–megismételt vizsgálat variabilitás pedig átfedést eredményezhet a „normális” és az „abnormális” tartományok között, ami még inkább megnehezítheti az urodinamikai leletek értékelését egy adott személynél (LE: 2). Továbbá ellentmondás lehet a kórtörténet és az urodinamikai vizsgálatok eredményei között, ezért az eredményeket mindig a klinikai probléma kontextusában értelmezzük (LE: 3).

### Ajánlás19

**Az urodinamiás vizsgálati eredményeket mindig a klinikai probléma kontextusában értelmezzük. (C) [2]**

Tájékoztatni kell a betegeket az urodinamikai vizsgálatokról. Kevés bizonyíték van arra, hogy az urodinamikai vizsgálatok módosítják a vizeletinkontinencia kezelésének kimenetelét (LE: 1a-4).

### Ajánlás20

**Tájékoztatni kell a betegeket arról, hogy az urodinamikai vizsgálatok eredményei hasznosak lehetnek a kezelési lehetőségek megbeszélésekor, azonban kevés bizonyíték van arra, hogy az urodinamikai vizsgálatok módosítják a vizeletinkontinencia kezelésének kimenetelét. (C) [2]**

Az ICS minden olyan női betegnél javasolja elvégezni az urodinamikai vizsgálatot, aki stressz inkontinencia miatt műtétileg kezelve lesz (LE: 1a).

### Ajánlás21

**Az ICS javasolja minden olyan női betegnél az urodinamikai vizsgálat elvégzését, aki stressz inkontinencia miatt műtéti kezelésben fog részesülni. (B) [1]**

Jelen irányelv szerzői erősen ajánlják elvégezni a funkcionális urodinamikai vizsgálatot az Ajánlás22-ben felsorolt esetekben.

### Ajánlás22

**Erősen ajánlott elvégezni a funkcionális urodinamikai vizsgálatot stressz inkontinencia műtete előtt, recidív inkontinenciában, eredménytelen konzervatív / gyógyszeres kezelés után. (D) [2, 3]**

Kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése urge vagy kevert inkontinencia miatt végzett egyéb invazív beavatkozás (pl: sacralis neuromoduláció előtti teszt stimuláció, botulinum toxin intradetrusor injectio) előtt, vizelési zavarral társult (kivéve az urogenitalis prolapsus okozta vizeletürítési zavar esetén, ha az anatómiai ok egyértelmű és emiatt egyébként is műtét szükséges) vagy egyértelmű kiváltó okra nem visszavezethető inkontinencia, neurogén háttér gyanúja esetén (LE: 4).

### Ajánlás23

**Az előzetes urodinamikai eredmények befolyásolhatják a vizeletinkontinencia kezelésével kapcsolatos döntést, de nem érintik a stressz inkontinencia konzervatív terápiájának vagy gyógyszeres kezelésének kimenetelét, ezért nem javasolt rutinszerűen urodinamikai vizsgálat végzése, amikor a vizeletinkontinencia konzervatív kezelését javasoljuk, de javasolt urodinamikai vizsgálatot végezni, ha annak eredménye módosíthatja az invazív kezeléssel kapcsolatos döntést. (B) [2]**

Korlátozott számú bizonyíték van arra, hogy az ambuláns urodinamikai vizsgálatok érzékenyebbek a hagyományos urodinamikai vizsgálatoknál a stressz inkontinencia vagy a detrusor hyperaktivitás diagnosztizálása szempontjából (LE: 2).

Az előzetes urodinamikai eredmények a nem komplikált, tiszta, klinikailag igazolható stressz inkontinens nőknél nem javítják a stressz inkontinencia műtétjének eredményességét (LE: 1b). [2]

#### Ajánlás24

**Prostatectomia utáni súlyos, nem javuló inkontinencia esetén javasolt az urodinamikai vizsgálat elvégzése. (D) [3]**

#### Ajánlás25

**Nem javasolt rutinszerűen urodinamikai vizsgálat végzése genitális prolapsus műtéti megoldása előtt (D), de tájékoztassuk a beteget arról, hogy POP sebészet után nem előrejelezhető a műtét utáni stressz inkontinencia bekövetkezése. (B) [1, 2]**

Genitális descensus esetén gyakran észlelhető az ún. „*larvált*” stressz inkontinencia. Ennek lényege, hogy a prolapsus műtét előtt kontinens beteg, műtét után a megváltozott hólyagnyak-húgycső szöglet és csökkent kiáramlási ellenállás miatt inkontinenssé válhat. Ennek preoperatív előrejelzésére szolgálhat a műtét előtt, a vaginalis descensust hüvelyi tamponnal korrigálva elvégzett urodinamikai vizsgálat illetve a prolapsus lapoccal történő korrekciója alkalmával végzett medencefenéki ultrahang vizsgálat is.

#### Ajánlás26

**A cystometria nyomás-áramlás vizsgálat nélkül végezve csak korlátozott információt ad a hólyagfunkcióról, ezért a hólyag ürítési fázisának vizsgálata nélkül csak kivételes esetben javasolt végezni. (D) [3]**

#### Ajánlás27

**Műtéti megoldást igénylő stressz inkontinencia esetén a húgycső záró-funkciót jellemző mérések (VLPP, UPP) önmagukban, más urodinamikai vizsgálat nélkül végezve nem javasoltak a vizelet inkontinencia diagnosztikájában. (C) [2]**

*Uroflowmetria +PVR.* Elsősorban alsó húgyúti obstrukció kizárására szolgál. Fontos paraméterek a maximális vizeletáramlás, az ürített vizeletmennyiség térfogata és a görbe formája. Vizeletáramlás-vizeletmennyiség nomogrammok (Siroky) ismeretese az alacsony vizeletporciók mellett észlelt vizeletáramlás normális mértékű vizeletürítésre vonatkoztatott megadásához. [1, 3]

*Cystometria (hólyagműködés telődési fázisa).* Hólyagszenzibilitás és hólyagkapacitás meghatározása. Detrusor hyperaktivitás (akaratlan detrusor kontrakció, mely lehet egyszeres, terminálisan jelentkező, vagy fázikusan ismétlődő) kimutatása / kizárása. Hólyag compliance megadása. A compliance 20ml/vízcm alatt csökkent, 10ml/vízcm alatt kifejezetten alacsony. Tárolási szakaszban a detrusor nyomás mérése. [3]

*Nyomás-áramlás vizsgálat (hólyagműködés ürítési fázisa).* Tájékoztat a hólyag kontraktilitásáról, ez alapján eldönthető, hogy a csökkent vizeletáramlás elsődleges oka a gyengült hólyagműködés (hypo-, akontraktilis detrusor) vagy alsó húgyúti obstructio (hyperkontraktilis detrusor). Ezen vizsgálat elvégzése különösen fontos olyan beavatkozások előtt, ahol a kifolyási ellenállás fokozása a cél (inkontinencia gátló műtétek). Megjegyzés: gyakran panaszkodnak egyes vizsgáló helyeken, hogy nyomás-áramlás vizsgálatot nem tudnak végezni. Amennyiben a cystometria feltételei adottak, akkor természetesen az ürítési fázis is vizsgálható, hiszen ez csupán azt jelenti, hogy a hólyag feltöltése után a beteg a húgycsőben lévő mérő-katéterek mellett vizelet. A fentiek alapján mindenképpen javasolt cystometriát követően a hólyag ürítési fázisát is vizsgálni.

## Ajánlás28

### **Urodinamikai vizsgálat során a cystometria után nyomás-áramlás vizsgálatot is végezni kell. (D) [3]**

*Urethra nyomás-profil vizsgálat (UPP).* A húgycső záró-nyomásának grafikus ábrázolását adja. Standardizált technika, de bonyolult, hosszadalmas az elvégzése és nehezen reprodukálható.

Formái:

- Nyugalmi profil (nyugalmi záró-nyomást adja meg)
- Stressz profil (köhögés alatti urethralis nyomástranszmisszió)
- Munka profil (akaratlagos sphincter-kontrakció megítélése)

Segítséget nyújthat recidív női stressz inkontinencia esetén az alsó húgyúti záró-működés pontosabb jellemzésében és a további kezelés, műtéti típus kiválasztásában. A nyugalmi profil csökkenése elsősorban sphincter-gyengeségre, a nyomástranszmisszió csökkenése pedig inkább vaginalis descensus jelenlétére utal. A munkaprofil romlása a medencefenéki rehabilitációs torna és fizioterápiás kezelés eredménytelenségét vetítheti előre (mindkét nemre igaz). A 20 vízcm alatti nyugalmi záró-nyomás mindenképpen nehezen kezelhető, súlyos inkontinenciára utal. Postpostatectomiás vizeletinkontinenciában a nyugalmi és a munkaprofil meghatározása adhat további információt. A húgycső működését mérő különböző módszereknek jó lehet a vizsgálat/megismételt vizsgálat megbízhatósága, de az eredmények nem korrelálnak más urodinamikai vizsgálatokkal vagy a vizeletinkontinencia súlyossági fokával (LE: 3). [1, 2] Egymásnak ellentmondó, alacsony szintű bizonyíték van arra, hogy a húgycső működésének urodinamikai vizsgálatai vajon előre jelzik-e a stressz inkontinencia műtéti kimenetelét nőknél.

## Ajánlás29

### **Nem javasolt rutinszerűen a húgycsőnyomás-profilometria női betegnél. (C) [1, 2]**

*Valsalva Leak Point Pressure (VLPP).* A vizeletelcseppenési nyomás meghatározása történhet vesicalisan, hólyagban lévő mérőkatéter segítségével (vesicalis VLPP) vagy hólyagkatéter nélkül rectalis mérőszonda segítségével (abdominalis VLPP). Nem standardizált technika, nehezen reprodukálható, ugyanakkor egyszerűbb, mint az UPP. Elsősorban arról informál, hogy a stressz inkontinencia hátterében inkább záróizom gyengeség vagy inkább urethralis hypermobilitas áll-e.

*Videourodinamikai vizsgálat.* Neurogén háttér, magasnyomású hólyagműködés, reflux gyanúja esetén, ha az inkontinencia alsó húgyúti obstrucióval társul, többszöri eredménytelen műtéti kezelés után jelenthet jelentős segítséget. [3]

*Urethro-cystoscopia.*

A húgyhólyagban (gyulladás, kő, daganat, diverticulum, fistula, cystocele) és a húgycsőben (szűkület, kő, obstruktív prosztatata lebenyek, szűk hólyagnyak, spasztikus belső-külső sphincter) észlelhető elváltozások kimutatását segíti. Férfiaknál megíthető a külső záróizom tónusa, az akaratlagos kontrakciós képessége. [3]

Kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése urge vagy kevert inkontinencia miatt végzett egyéb invazív beavatkozás (pl.: sacralis neuromoduláció előtti teszt stimuláció, botulinum toxin intradetrusor injectio) előtt, vizelési zavarral társult (kivéve az

urogenitalis prolapsus okozta vizeletürítési zavar esetén, ha az anatómiai ok egyértelmű és emiatt egyébként is műtét szükséges), vagy egyértelmű kiváltó okra nem visszavezethető inkontinencia, neurogén háttér gyanúja esetén (LE: 4).

#### *Képalkotó vizsgálatok.*

Hasi ultrahang javasolt műtét előtt vese-üregrendszeri tágulat kizárására, hólyagban lévő elváltozások kimutatására. Cystographia, transvaginalis UH jól mutatja az anatómiai eltéréseket, a descensus mértékét, elhelyezkedését, hasi nyomásfokozódáskor bekövetkező változásokat, refluxot, fistulát. Kifejezetten nagyméretű prolapsus, enterocele esetén gondoljunk az ureterek helyzetének megváltozására (urographia, CT). A medencefenék vizsgálatára (prolapsusok, hólyagnyak mobilitása, szalagok, hálók elhelyezkedése) az ultrahang mellett az MRI is alkalmazható. Képalkotó vizsgálatokkal megbízhatóan lehet mérni a hólyagnyak és a húgycső mobilitását, noha nincs bizonyíték arra, hogy bármilyen klinikai haszon lenne ebből az inkontinens betegek számára (LE: 2b) [1, 2]. Medencefenéki képalkotó vizsgálatokkal ki lehet mutatni a levator ani leválását és hiatusát, azonban kevés bizonyíték van ennek klinikai hasznára (LE: 2b) [1]. Ultrahangvizsgálattal jól lehet vizsgálni a húgycső alatti szalagok pozícióját, azonban további kutatásra van szükség a sling pozíciója és a műtét eredményessége közötti kapcsolat vonatkozásában (LE: 2b) [2]. A fentiek alapján tehát látható, hogy nincs egyértelmű evidencia a képalkotó vizsgálatok klinikai hasznosságára, de ez nem jelenti azt, hogy későbbi vizsgálatok esetleg nem igazolnák bármely előnyüket a kivizsgálásban. Ezért ha van rá lehetőségünk és a kezelés kimenetelét befolyásolhatja a medencefenéki anatómiát mutató képalkotók eredménye, elvégezhetjük azokat.

#### **Ajánlás30**

**A nemzetközi irányvonalak nem ajánlják a női, nem komplikált stressz vizeletinkontinencia rutinszerű vizsgálatában a felső illetve alsó húgyúti képalkotók alkalmazását. (A) [2]**

Ezzel az ajánlással jelen irányelv készítő nem értenek egyet. Hazai viszonyok közepette egy urológus vagy nőgyógyász által végzett hólyag és vese ultrahangnak jelképes finanszírozása van csupán, így a kezelési költségeket nem emeli meg. Ugyanakkor minden kismencedei, alsó húgyúti műtét után, ha ritkán is, de előfordulhat vizeletürítési zavar, részleges vagy teljes ureterocclusio. Előbbi megítélése csak akkor lehet korrekt, ha a betegnek a műtét előtt is volt vese ultrahang vizsgálata.

#### **Ajánlás31**

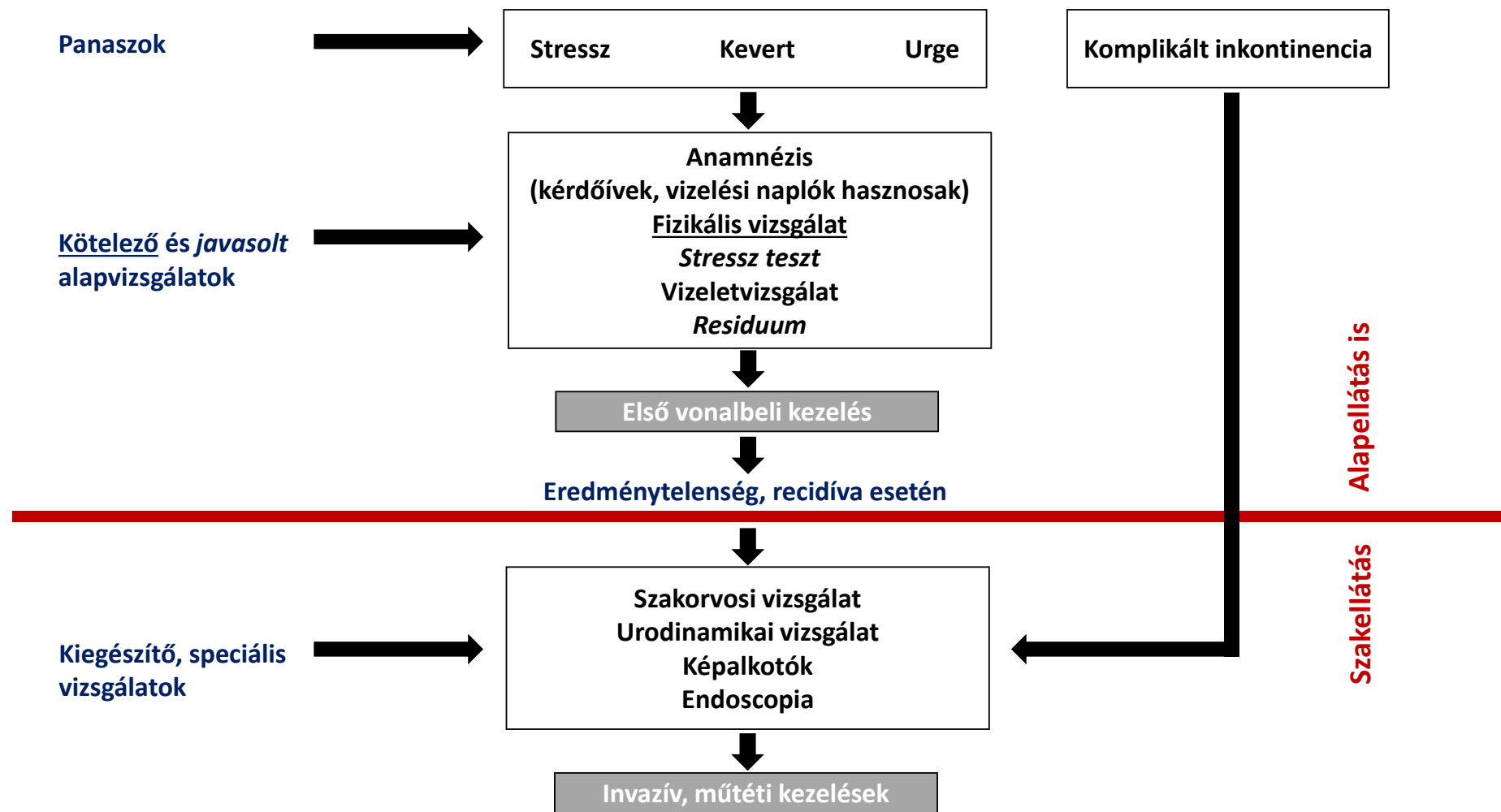
**A felnőtt inkontinencia műtéti kezelése előtt javasolt a hólyag és a vesék UH vizsgálata. (D) [3]**

### **3.3. Differenciál diagnosztika**

- *Túlfolyásos „inkontinencia” (ischuria paradoxa):* Nem valódi vizeletvesztés. Alsó húgyúti obstrució (BPH, húgycső szűkület, extrém mértékű vaginalis prolapsus, stb.) vagy akontraktilis hólyagműködés (myogen vagy perifériás neurogén denerváció) miatt a hólyag teljesen telt, további telődés nem lehetséges és a fölös vizelet cseppekben távozik. Panasz: állandó vizeletelfolyás cseppekben, a beteg sugárban nem tud vizelni, sokszor ingert már nem éreznek a hyposzenzibilitás miatt. Kimutatás: kopogtatás, ultrahang.

- *Húgyúti fistulák (vesico-vaginalis, uretero-vaginalis, urethro-vaginalis):* anamnézisben többnyire nőgyógyászati, ritkábban urológiai műtét, vagy kismedencei besugárzás (akár évekkel korábban is) szerepel. Panasz: folyamatos vizeletvesztés a hüvelyen keresztül. Kimutatás: cystographia, cystoscopy, retrograd ureterographia, CT.
- *Ectopiás ureter:* a sphincter alatti szakaszon nyílik az urethrába, ezért a vizelet egy része akaratlanul elvész. Nagyon ritka fejlődési rendellenesség. Panasz: állandó vizeletvesztés a húgycsővön keresztül, inger nélkül. Kimutatás: CT, urographia, urethro-cystoscopy.
- *Polidipsia* miatti gyakori nappali és éjszakai vizeletürítés. Urge tünet többnyire nem kíséri. Vizelési napló alapján a diagnózis egyértelmű. Diabetes irányában kivizsgálás javasolt.

2. ábra: A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus [3]



## 4. KEZELÉS

### 4.1. *Első vonal beli, nem gyógyszeres, nem invazív konzervatív kezelés*

#### 4.1.1. **Általános intézkedések, javaslatok, életmód-változtatás**

Számos életmódfaktor kontinenciára gyakorolt hatását vizsgálták. Férfiakban jelenlegi ismereteink szerint nincsenek bizonyítékokra alapozott ajánlások. Nőknél az alábbiakban részletezettek ismeretesek.

##### 4.1.1.1. *Túlsúly*

A *túlsúly* szerepe egyértelműen bizonyítottnak tűnik az inkontinencia kialakulásában, illetve a testsúlycsökkentés a panaszok javulását eredményezheti. (LE: 1b)

#### **Ajánlás32**

**Elhízott betegnek javasolt a testsúlycsökkentés (A). A testsúly csökkentése bizonyítottan javítja a kontinenciát.** [1, 2, 3]

A túlsúlyosság a vizeletinkontinencia egyértelmű kockázati tényezője nőknél. Az 5%-t meghaladó mértékű fogyás hatására túlsúlyos nőknél mérséklődik az inkontinencia. Túlsúlyos cukorbeteg felnőtteknél a testsúlyredukció csökkenti a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát.

##### 4.1.1.2. *Dohányzás*

A *dohányzás*, valószínűleg a gyakori, heves köhögési rohamok miatt (krónikus bronchitis) fokozhatja a vizeletelfolyás kockázatát, bár az eddig ismeretes tudományos bizonyítékok nem tudták a dohányzás és az inkontinencia összefüggését egyértelműen igazolni. Különösen azon betegekben, akik naponta 20-nál több cigarettát szívnak, felerősödhet a vizeletinkontinencia (LE: 3). Nincs egyértelmű bizonyíték, hogy dohányosoknál gyakoribb lenne az inkontinencia (LE: 3) és arra sem, hogy a dohányzás elhagyására javulna az inkontinencia (LE: 4). Bár a bizonyítékok nem tudták a dohányzás és a vizeletinkontinencia egyértelmű összefüggését igazolni, dohányos inkontinens betegnek javasoljuk a dohányzás elhagyását.

#### **Ajánlás33**

**Dohányos inkontinens betegnek mindenképpen javasolt a dohányzásról való leszokás. (A)** [1, 2]

##### 4.1.1.3. *Székrekedés*

A tartós, krónikus *székrekedés* növeli az inkontinencia esélyét (LE: 3), azonban nem ismeretes tudományos vizsgálat arra vonatkozóan, hogy a székrekedés kezelése javítana az inkontinens állapoton (LE: 4). Ugyanakkor idős betegeknek a multimoduláris magatartásterápia javítja a székrekedést és a vizeletinkontinenciát egyaránt (LE: 1b).

#### **Ajánlás34**

**Vizeletinkontinencia és egyidejűleg fennálló székrekedés esetén kezeljük a székrekedést. (C)** [2]



#### 4.1.1.4. *Testmozgás*

A rendszeres *testmozgás*, az ülő jellegű munkavégzés csökkentése jótékony hatású lehet a medencefenéki izomfunkció javítására és a stressz inkontinencia előfordulásának csökkentésére. A nehéz fizikai munkát végző nőknél a medencefenéki prolapsus és a vizeletcsepegés előfordulása gyakoribb lehet. Nincs még bizonyíték arra, hogy a fizikai aktivitás kerülése, vagy csökkentése javítana vizeletinkontinencián. Női sportolók tapasztalhatnak vizeletinkontinenciát intenzív fizikai aktivitás közben, de a mindennapi tevékenységeik közben nem (LE: 3). A megerőltető testmozgás nem hajlamosítja a nőket vizeletinkontinencia kialakulására a későbbi életükben (LE: 3). Mérsékelt intenzitású testmozgás esetén kisebb az inkontinencia előfordulási aránya a középkorú vagy idősebb nőknél (LE: 2b).

#### **Ajánlás35**

**Az intenzív testmozgást végző női sportolókat tájékoztassuk arról, hogy az intenzív testmozgás nem hajlamosítja őket inkontinenciára későbbi életük folyamán. (C) [2]**

#### 4.1.1.5. *Kávéfogyasztás*

A diétás megszorítások között a *csökkent kávéfogyasztás* vizelettárolási zavart mérséklő hatását igazolta néhány vizsgálat. A koffeinbevitel csökkentése nem javítja a vizeletinkontinenciát, de csökkentheti a sürgősségi tüneteket és a gyakoriságot (LE: 2).

#### **Ajánlás36**

**A kávéfogyasztás csökkentése javasolt inkontinencia illetve egyéb vizelettartási panaszok esetén. (D) [1, 3]**

#### 4.1.1.6. *Alkoholfogyasztás*

A rendszeres *alkoholfogyasztással* kapcsolatosan vannak ugyan közlések, de jelenleg még nincs egyértelmű bizonyíték arról, hogy ezen élvezeti szer fogyasztása és a vizeletinkontinencia közötti szoros kapcsolat létezne.

#### 4.1.1.7. *Folyadékbevitel*

A csökkentett *folyadékbevitel* szerepet játszhat az inkontinens epizódok számának redukálásában abnormálisan sok folyadékot fogyasztó betegekben. Egyébként azonban a folyadékmegvonás dehidrációhoz és a húgyúti fertőzések kialakulásához vezethet (javasolt, hogy a napi vizeletmennyiség 1500 és 3000ml között legyen). Ennek megfelelően diabeteses betegekben az osmoticus diurézis és a következményes polyuria csökkentése javíthatja a vizelettartási panaszokat.

#### **Ajánlás37**

**Ellentmondó bizonyítékok vannak arra, hogy a folyadékbevitel módosítása befolyásolja-e a vizeletinkontinenciát, illetve a tárolási tüneteket és az életminőséget, így egyértelmű ajánlás nem adható. (D) [1, 3]**

A hólyagban lévő betegségek (gyulladás, kő, daganat) szanálása már önmagában elégséges lehet a többnyire urge inkontinencia formájában jelentkező vizelettartási zavar kezelésére. Akut alsó húgyúti fertőzés esetén 25%-ban észlelhetünk inkontinenciát. [3]

#### 4.1.1.8. *Életkor*

A vizeletvesztés gyakrabban nőknél (női–férfi arány: 85:15%) fordul elő és a kor előrehaladásával gyakorisága növekszik (LE: 1) [3], bár a „Veneto Tanulmány” szerint 80 év felett nem észlelhető különbség a nemek között.

#### 4.1.1.9. *Immobilitás*

*Immobilitás* hasonlóan kártékony, mert ágyhoz kötött betegeknel gyakrabban jelentkeznek vizelettartási panaszok. Idősebb lakói között végzett felmérés mobilis betegekben 23,5%-ban, immobilis betegeknel 82,1%-ban talált vizeletfolyást, melynek döntő része késztetéses jellegű. A rendszeres testmozgás fokozza az izmok, így a medencefenéki izomzat vérellátását és javítja működésüket, azonban nincs még tudományos bizonyíték arra, hogy a fizikai aktivitás kerülése, vagy csökkentése rontana a vizeletinkontinencián. [3]

#### 4.1.1.10. *Mentális állapot*

Idős betegek körében ép *szellemi funkció* mellett 36,2%, demencia esetén 76,7%-os inkontinencia arányt tapasztaltak. Demencia fokozza az inkontinencia kockázatát (LE 2). [3]

#### 4.1.1.11. *Terhesség, szülés*

*Terhesség és hüvelyi szülés* egyértelműen növeli a későbbi életkorban kialakuló vizeletinkontinencia kockázatát (LE: 1) [1, 2, 3]. Nehéz szülések, eszközös beavatkozások, nagy súlyú magzat esetén gyakrabban észlelhető post partum inkontinencia.

### **Ajánlás38**

**A terhesség utáni inkontinencia jól reagál korai medencefenéki tornakezelésre. (B) [2]**

### **Ajánlás39**

**A szakszerű segítséggel preventíven végzett (ante partum) gátizomtorna segít megelőzni a szülés utáni inkontinencia kialakulását, ezért egészséges, kontinens elsőszülő nőknek javasolt szülés előtti medencefenéki izomtornát végezni. (A) [2]**

#### 4.1.1.12. *Társbetegségek, műtétek*

Vizeletinkontinenciát okozhatnak, illetve – különösen időseknél – súlyosbíthatják a panaszokat az alábbi betegségek, állapotok, amelyek poliuriával, nocturiával, fokozott hasüregi nyomással, csökkent medencefenéki izomtónussal vagy központi idegrendszeri zavarokkal járhatnak együtt: szívelégtelenség, krónikus veseelégtelenség, cukorbetegség (LE: 2), krónikus obstruktív tüdőbetegség, idegrendszeri zavarok, stroke, demencia, sclerosis multiplex, általános kognitív károsodás, alvászavarok, obesitas,

genetikai hajlam (LE: 1), urogenitalis prolapsus, hysterectomia (LE: 2) kismedencei radicalis műtétek, besugárzás, illetve transurethralis beavatkozások.

#### 4.1.1.13. *Nem inkontinencia miatt szedett gyógyszerek adagolásának változtatása*

Számos, különösen időskorban szedett gyógyszer szignifikáns hatással bír a hólyagfunkcióra és mellékhatásként akár inkontinenciát is okozhat. Az esetek többségében azonban nem lehet bizonyossággal megállapítani, hogy egy adott gyógyszer okoz-e vizeletinkontinenciát. Jóllehet az alapbetegségre adott gyógyszerek adagolásának módosítása az inkontinencia kezelését szolgáló egyik korai beavatkozásnak tekinthető, nagyon kevés bizonyíték van ennek hasznára. Ennek ellenére, javasolt rögzíteni a korábbi gyógyszeres kezeléseket és ellenőrizni minden újonnan elkezdett gyógyszerrel, amely összefügghet a vizeletinkontinencia kialakulásával vagy súlyosbodásával.

#### **Ajánlás40**

**Javasolt a korábbi gyógyszeres kezeléseket minden vizeletinkontinens betegnél rögzíteni. (A) [2]**

#### **Ajánlás41**

**Javasolt minden újonnan elkezdett gyógyszert ellenőrizni, amely összefügghet a vizeletinkontinencia kialakulásával vagy súlyosbodásával. (C) [2]**

Fennáll annak a kockázata is, hogy a gyógyszerelés leállítása vagy megváltoztatása nagyobb kárral jár, mint haszonnal. A hypnotikumok illetve a központi idegrendszerre ható gyógyszerek az alkoholhoz hasonlóan deprimálhatják a beteg hólyagműködésre fordított figyelmét, a diureticumok polyuriát, következményes késztetéses vizelést okozhatnak (LE: 3) [1]. Ezeknek a gyógyszereknek lehetőség szerinti elhagyása vagy más, a vizelettároló funkciót nem befolyásoló készítményre cserélése a kontinencia visszatérését eredményezheti. Az alpha blokkoló típusú antihypertensivumok a záró-izomzat tónuscsökkenése révén vezethetnek inkontinenciához. Nőknél ezen készítmények előidézhetik vagy súlyosbíthatják a vizeletinkontinenciát, így a gyógyszerek abbahagyása enyhítheti az inkontinenciát (LE: 3). Korábban kontinens nőknél a szisztémás ösztrogénpótló terápia fokozza a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát (LE: 1a) [2] és súlyosbítja a vizeletinkontinenciát azoknál a nőknél, akiknél az már korábban is fennállt (LE: 1b) [1].

#### **4.1.2. Viselkedésterápia**

Korlátozott bizonyíték van arra, hogy női vizeletinkontinencia esetén a magatartási beavatkozások jobbák, mintha a beteg nem kapna kezelést (LE: 1b). A viselkedésterápia két részből áll és önmagában alkalmazva a női hyperaktív hólyagpanaszok, urge, illetve kevert inkontinencia első vonalbeli kezelésében lehet hatásos.

Jól együttműködő beteg esetén *hólyagtréninget (vizelési tréninget más néven késleltetett vizelést)* alkalmazhatunk, melynek célja a hólyagkontroll javítása és a vizelések közötti időtartam meghosszabbítása így a vizelések számának csökkentése. A tréning során a vizelési folyamat és a hyperaktív hólyagműködés fiziológiájának ismertetése után a beteget megtanítjuk a késleltetett vizeletürítés technikájára. Vizelési inger jelentkezésekor a beteg nem megy a mellékhelyiségre, hanem záróizmait összehúzva várja, míg az inger lecsendesedik, és csak ekkor üríti ki hólyagját. Eredményes kezelést követően akár hetente 20 perccel is sikerül növelni a vizelések közötti időtartamot. A tréning fontos része a vizelési napló, melyből a folyadékbevitel és vizeletkiválasztás

ellenőrzése mellett a vizeletürítések számát és a vizelések között eltelt időt is láthatjuk. Utóbbi két információ a beteg számára a tréning során pozitív visszajelzésként is szolgál és növeli a kezelés hatékonyságát. A tréning előfeltétele a normális tónusú, tudatosan szabályozható, jó akaratlagos kontrakciós képességgel bíró sphincter-működés. Az idős betegek 30%-a önállóan már nem képes a sphincter akaratlagos összehúzására, ezért ilyen esetben a vizelési tréning előtt a sphincter-működés helyreállítását elősegítő fizioterápiára is szükség van.

#### **Ajánlás42**

**A késztetéses inkontinencia kezelésében a hólyagtréning sokkal effektívebb, mint a placebo. (B) [2]**

A kezelés után 6 héttel a betegek felénél az inkontinens epizódok száma 50%-al csökkent, 30% pedig panaszmentes lett.

#### **Ajánlás43**

**Első vonalbeli terápiaként javasoljunk hólyagtréninget késztetéses vagy kevert vizeletinkontinens felnőtteknek. (A) [2]**

#### **Ajánlás44**

**A női stressz és kevert inkontinenciában a viselkedésterápiával kiegészített medencefenéki torna kezelés rövid távon eredményesebb, mint a medencefenéki tréning önmagában végezve. (B) [2]**

A hólyagtorna hatékonysága csökken a kezelés abbahagyása után (LE: 2). Ellentmondó bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a hólyagtorna jobb-e a gyógyszeres terápiánál (LE: 2). A hólyagtréning és az antimuszkarin gyógyszerek kombinálása nem eredményez nagyobb javulást vizeletinkontinenciában, de lehetnek egyéb előnyei a kombinált kezelésnek (LE: 1b). A hólyagtorna jobb, mint az önmagában használt pesszárium (LE: 1b). [1, 2]

Mentálisan rosszabb állapotú, nem kooperáló betegnél a *toalett tréning (serkentett vagy időzített vizelés)* lehet eredményes. Ennek lényege, hogy a betegnek a vizelési naplóból megismert vizelési időközöket figyelembe véve, a nem kontrolálható vizelési inger előtt el kell mennie a mellékhelyiségre hólyagját kiürítenie. Ez a technika rosszabb általános állapotú betegek esetén akár az ápoló személyzet segítségével (figyelmezteti a beteget a vizeletürítésre) is végezhető. A módszer az inkontinens epizódok számát 40%-al is csökkentheti.

A toalett tréning – önmagában vagy magatartás-módosítási program keretében alkalmazva – javítja a kontinenciát a gondozásra szoruló idős embereknél (LE: 1b). Az időzített vizeletürítés csökkenti a vizeletszivárgás gyakoriságát a károsodott kognitív képességű férfiaknál és nőknél (LE: 1b).

#### **Ajánlás45**

**Csökkent kognitív képességű, inkontinens felnőtteknek javasolt az időzített vizeletürítés alkalmazása. (A) [1, 2]**

### 4.1.3. Medencefenéki izomzat funkciójának javítása

A medencefenéki izomzat erősítése három kezelési formát jelöl. Elsősorban női stressz inkontinencia kezelésére javasolt, de „sürgősségi” panaszok illetve kevert inkontinencia esetén is előnyt jelent, ha a záróizom-funkció jobb, sőt férfiak prosztatata műtét utáni záróizom-gyengeségre visszavezethető vizeletinkontinenciája esetén is hatékony.

A *medencefenéki izomtorna-gyakorlatok* (Kegel-gyakorlatok vagy más néven Pelvic Floor Muscle Training – PFMT) a periurethralis izomzat kontrakciós erejének javítása révén fokozzák a záróizom-apparátus nyugalmi és kontrakciós tónusát. Nők enyhe vagy közepes stressz inkontinenciája esetén a medencefenéki izomtréning képezi az elsővonalbeli kezelés alapját.

#### Ajánlás46

**A medencefenéki izomtréning a stressz vizeletinkontinencia elsővonalbeli kezelése. (A) [1, 2, 3]**

Az izomtorna-gyakorlatok végzése esetén szignifikánsan jobb gyógyulási és javulási arányok észlelhetők, mint placebo mellett vagy a kezelés nélküli esetekben. Stressz inkontinens idős nőknél az intenzív PFMT hatékonyabb, mint a hólyagtorna (LE: 1). A gyógyulási/javulási arány PFMT után stressz és urge inkontinenciában: 56-70%. Stressz és kevert inkontinens nőknél a PFMT hatékonyabb az inkontinens epizódok csökkentésében és az életminőség javításában, mintha a beteg nem kapna kezelést. Nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a PFMT jobb, mint a kezelés hiánya a gyógyulás tekintetében (LE: 1). A nagyobb intenzitású tornaprogramok, illetve a biofeedback fokozza a jótékony hatást, azonban a különbségek nem maradnak meg hosszú távon (LE: 1).

Úgy tűnik, a biofeedback nem a gátizom-tornagyakorlatok hatékonyságát növeli, hanem a helyes technika elsajátításában segít. A betanított/felügyelt PFMT program hatékonyabb, mint az egyedül elsajátított PFMT (LE: 1). A csoportban végzett PFMT ugyanolyan hatékony, mint az egyénileg végzett kezelés (LE: 1). Az „intenzív” PFMT kezelés (többféle oktatási anyag, személyre szabott kezelés fizioterapeutával, rendszeres megerősítések) hatékonyabb a „standard” terápiával szemben (LE: 1). Az izomtorna szerepe, más egyéb kezelési módokkal kiegészítve még nem bizonyított a stressz inkontinencia megelőzésében. A PFMT hatékonyabb a stressz inkontinencia terápiájában, mint az ES (LE: 1) és a viselkedésterápia (LE: 2). Javasoljunk legalább 3 hónapig tartó, felügyelt PFMT-t elsővonalbeli terápiaként stressz vagy kevert vizeletinkontinens nőknek. A PFMT programoknak a lehető legintenzívebbeknek kell lenniük.

#### Ajánlás47

**Az „intenzív” PFMT kezelés (többféle oktatási anyag, személyre szabott kezelés fizioterapeutával, rendszeres megerősítések) hatékonyabb a „standard” terápiával szemben. (A) [2, 3]**

#### Ajánlás48

**Javasolt legalább 3 hónapig tartó, felügyelt PFMT- elsővonalbeli terápiaként stressz vagy kevert vizeletinkontinens nőknek. (A) [2, 3]**

## Ajánlás49

### **A PFMT programoknak a lehető legintenzívebbeknek kell lenniük. (A) [2, 3]**

Stressz inkontinens nőknél a PFMT ugyanolyan hatékony, mint a duloxetine kezelés, és kevesebb mellékhatással jár (LE: 2). Az urge inkontinencia kezelésében a PFMT jobban tolerálható, mint az oxybutynin (LE: 2). A terhesség korai szakaszában elkezdett PFMT csökkenti az inkontinencia kockázatát a terhesség késői szakaszában, illetve akár 6 hónapig a szülés után (LE: 1). Nőknél a szülés után közvetlenül elkezdett PFMT akár 12 hónapon keresztül is javíthatja a vizeletinkontinenciát (LE: 1).

## Ajánlás50

### **Javasolt felügyelt PFMT első alkalommal várandós, kontinens nőknek a szülés utáni időszakban az inkontinencia megelőzése érdekében. (A) [1, 2]**

A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján, RP utáni inkontinens betegeknél a biofeedback segítségével, illetve anélkül végzett gátizomtorna gyorsítja a kontinensé válást, azokkal a szemben, akiknél nem alkalmaztak gátizom gyakorlatokat. Az ES és ExMI esetében további vizsgálatokra van szükség annak érdekében, hogy a kezelések pontos eredményessége a postprostatectomiás inkontinencia kezelésében lemérhető legyen. RP után végzett egyéni gátizom torna még hatékonyabb, ha orvos vagy szakképzett nővér / asszisztens felügyeletével, ellenőrzésével történik (LE: 1b). Ellentmondásos bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy vajon az elektromos stimulációval, biofeedbackkel kiegészített vagy felügyelettel kontrollált PFMT növeli-e a hatékonyságot az önmagában alkalmazott PFMT-el szemben (LE: 1b-2). A gátizomtorna hasznos azoknál az RP utáni, évek óta inkontinens betegeknél is, akiknél nem volt korábban kezelés (LE: 1b-2). A korai biofeedback, gátizomtorna RP után nemcsak gyorsítja az inkontinencia gyógyulását, de jelentős javulást eredményez súlyos inkontinencia és vizeletürítési problémák esetén, valamint javítja a gátizmok erejét, 12 hónappal a műtét után is (LE: 1b). A preoperatív gátizom-torna javítja a kontinenciát és az életminőséget RP után (LE: 1b). Preoperatív kombinált gátizomtorna+biofeedback, havonta végzett posztoperatív fizioterápiával kombinálva lényegesen hatékonyabb RP utáni inkontinencia esetén, mint a standard eljárás (LE: 1b). Nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a műtét előtti PFMT-vel megelőzhető-e a radikális prostatectomia utáni vizeletinkontinencia. A műtét utáni PFMT-hez hasonlóan, a preoperatív torna hatására is hamarabb helyreállhat a kontinencia (LE: 2). Ellentmondásos bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a radikális prostatectomia előtt vagy után a PFMT valamilyen formáját végző férfiaknál hamarabb helyreáll-e az inkontinencia, mint a nem kezelt férfiaknál (LE: 2).

## Ajánlás51

### **Radikális prostatectomia előtti és utáni PFMT javasolt a stressz inkontinencia gyógyítására férfiakban. (B) [2]**

A *hüvelyi súlytréning* hüvelybe helyezett golyó vagy kúp alakú súlyok megtartásával próbálja fokozni a medencefenéki izomzat kontrakciós képességét. Ugyancsak 1-es evidencia szintek igazolták, hogy a hüvelyi súlytréning a stressz inkontinencia kezelésében sokkal effektívebb, mint a kezelés nélküli módszer. A PFMT jobban csökkenti a vizeletszivárgás gyakoriságát, mint a hüvely-kónuszt alkalmazó torna, de nincs különbség a beteg által jelentett gyógyulást vagy javulást illetően (LE: 1).

**Ajánlás52**

**A hüvelyi súlytréningnek a konvencionális medencefenéki izomtorna-gyakorlatokkal szemben semmilyen plusz hatása nincs. (B) [2]**

Emellett a *hüvelyi súlyok* alkalmazása kevésbé népszerű a hölgyek körében és sokan beszámoltak hüvelyi gyulladások, fájdalmak kialakulásáról.

**Ajánlás53**

**A hüvelyi súlytréningnek stressz és kevert inkontinenciában az elektrostimulációval azonos hatékonysága és mellékhatás aránya van. (B) [2]**

A *biofeedback* gyakorlatok lényege, hogy a hólyag illetve a medencefenéki izomzat aktivitásáról (pl. a tornagyakorlatok során végzett kontrakciók erejéről) a beteg számára vizuális vagy auditív módon visszajelzést küldünk, mely mintegy pozitív megerősítés révén növeli a gyakorlatok hatékonyságát. A biofeedback a rosszul rögzült reflexek korrigálásában, illetve a tornagyakorlatok során a megfelelő izomcsoportok mozgásának begyakorlásában is segít. Mérlegeljük biofeedback alkalmazását kiegészítő kezelésként női stressz vizeletinkontinencia esetén.

**Ajánlás54**

**Biofeedback javasolható kiegészítő kezelésként női stressz vizeletinkontinencia esetén. (A) [2]**

*Egyéb technikák.* Még nincs megfelelő bizonyíték arra, hogy az alternatív gyakorlatok (hasizom tréning, Paula method, Pilates jóga, Tai Chi, légzési gyakorlatok, posturalis tréning, általános fitnessz) csökkentenék a vizeletvesztést stressz inkontinencia esetén. A klinikai gyakorlatban az alternatív gyakorlatok nem ajánlhatók stressz inkontinens nők részére.

**4.1.4. Elektrostimuláció (ES)**

Az elektrostimuláció célja kettős: javítani a medencefenéki izomfunkciót (stresszinkontinencia) és csökkenteni a detrusor hyperaktivitást (urge inkontinencia, „sürgősségi”panasz, OAB). Két fő formája ismeretes.

*Direkt terápiás válaszindukálás* során (az izomzatot stimuláljuk) a hüvelybe vagy a végbélbe helyezett elektródákon keresztül a medencefenéki izomzat aktivitása javítható, valamint a hólyag ingerlékenysége (reflexgátlás révén) csökkenthető. Ez a forma a stressz és az urge inkontinencia /sürgősségi panasz kezelésében használatos.

Az *indirekt forma* a nervus pudendus afferens rostjainak noninvazív (n. pudendus transcutan ingerlése: TENS, pl. a clitorisra vagy a penisgyökre helyezett elektróddal) ingerlését jelenti, mely reflexes úton a hyperaktív hólyagműködés / urge tünet / urge inkontinencia javulásához vezethet. Stressz inkontinencia kezelésében az elektrostimuláció hatékonyabbnak mutatkozott, mint a placebo (sham kezelés) (LE: 2a) [2]. Kevés bizonyíték van arra, hogy ezt a hatékonyságot urge inkontinencia esetén is igazolni tudjuk. Ismert tény azonban, hogy elektrostimuláció esetén a placebo-hatás lemerése meglehetősen nehéz.

**Ajánlás55**

**Nincs bizonyíték arra, hogy az elektrostimuláció növelné medencefenéki izomtorna hatékonyságát nőkben illetve férfiakban. (B) [2]**

Az elektromos stimuláció nem hatékonyabb, mint az antimuszkarin terápia urge inkontinencia esetében (LE: 1a [2]). Egymásnak ellentmondó bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy az elektrostimuláció önmagában javítja-e a vizeletinkontinenciát (LE: 2a).

#### **Ajánlás56**

**Nem javasoljuk a felszíni elektródás (bőr, vaginális, anális) elektromos stimulációt önmagában a vizeletinkontinencia kezelésére. (B) [2]**

#### **4.1.5. Percutan Nervus Tibialis Stimuláció (Neuromoduláció)**

A hátulsó sípcsontideg elektromos stimulálásával (PTNS) elektromos ingereket lehet kiváltani a keresztcsonti vizeletürítési központban, az S2-S4 keresztcsonti ideg plexusán keresztül. A PTNS hatásos lehet urge inkontinens betegeknél is. A PTNS hatásos az urge inkontinencia enyhítésében azoknál a nőknél, akiknél antimuszkarin gyógyszer nem fejtett ki jótékony hatást (LE: 1b). Nőknél a PTNS nem hatékonyabb a tolterodinnál az urge inkontinencia kezelésében (LE: 2b). Nem számoltak be PTNS-szel összefüggő súlyos nemkívánatos eseményekről.

#### **Ajánlás57**

**Nem javasolt önmagában a PTNS nőknek vagy férfiaknak a készítményes vizeletinkontinencia gyógyítására. (A) [2]**

#### **Ajánlás58**

**Ha van rá mód, javasolható a PTNS a készítményes vizeletinkontinencia javítására olyan nőknél, akiknél az antimuszkarin gyógyszeres kezelés nem volt eredményes. (B) [2]**

#### **4.1.6. Magnetoterápia (Electromagnetic Stimulation, ExMI)**

Kevés klinikai vizsgálat ismeretes. Hatékonyága még nem tisztázott, de jelenleg úgy tűnik, a mágneses stimuláció nem gyógyítja vagy javítja a vizeletinkontinenciát (LE: 2a). [2] A mágneses stimulációval összefüggő nemkívánatos eseményekről nem számoltak be (LE: 1b). Hathetes magnetoterápiás kezelés után egy csoport közepes mértékű javulást mutatott a vizeletinkontinencia tekintetében, más vizsgálatok hatástalannak tartották. Urge inkontinencia és OAB szindróma 12 hetes kezelése után vizelettartási panaszok nem javultak [2]. Stressz inkontinenciában szenvedő nőbetegek esetén a NeoControl magnetoterápiás szék szintén nem volt eredményes [2]. Az ExMI magnetoterápiás szék egy további non – invazív terápiás lehetőség az inkontinenciában szenvedő betegek részére. Azonban további vizsgálatok szükségesek, hogy alátámasszák a terápiás hatást. [Wöllner, 2012].

#### **Ajánlás59**

**Önmagában végezve nem javasolt a mágneses stimuláció az inkontinencia vagy a hiperaktív hólyag kezelésére felnőtt nőknél. (B) [2]**



#### 4.1.7. Speciális ápolási teendők

##### 4.1.7.1. *Vizeletfelfogó segédeszközök (betétek, nadrágpelenkák, condom urinal)*

A jó minőségű és elegendően nagy nedvszívó kapacitású vizeletgyűjtő betétek és nadrágpelenkák elengedhetetlen segédeszközei az inkontinens betegek ellátásának. Egyidejű széklettartási probléma esetén nadrágpelenka viselése javasolt. A betétekkel nem lehet hatásosan kezelni a vizeletinkontinenciát (LE: 1b), azonban a betegek életminősége szempontjából a vizeletfelfogó eszközök használata jobb, mintha semmilyen kezelést nem alkalmaznánk (LE: 4). A kontinencia gondozásban, ápolásban, segédeszköz alkalmazásakor alapvető cél a betétek, nadrágpelenkák teljes szivárgásmentességének biztosítása, melynek eléréséhez szükség van a beteg testi és szellemi adottságaihoz leginkább illeszkedő nedvszívó segédeszközökre, mivel a különböző betéteknek különböző előnyei illetve hátrányai vannak (LE: 1b) [2].

#### Ajánlás60

**Javasolt vizeletfelszívó segédeszköz felírása az inkontinencia okozta panaszok javítása céljából vizeletinkontinens betegeknél. (B) [1, 2, 3]**

#### Ajánlás61

**A javasolni kívánt nedvszívó eszköz típusának, kapacitásának és méretének kapcsán a kiválasztás során vegyük figyelembe a vizeletinkontinencia típusát és súlyosságát, valamint a beteg testi és funkcionális adottságait, mobilitását, és egyéb ápolási-életviteli igényeit. (A) [2]**

Nedvszívó segédeszköz választáskor javasolt az **5. ábra** alapján történt leegyszerűsített segédeszkövválasztási sémát követni. Ennek alapján először a beteg napi életvitelének és ápolási igényeinek megfelelő alaptípus kiválasztása, majd a testméret és a nedvszívókapacitás is figyelembe vétele. A végleges döntés előtt mérlegelni kell azt is, hogy végül gyakorta a családtagok és azápoló személyzet feladata lesz ezek alkalmazása, cseréje. A beteg életvitelének, funkcionális és anatómiai adottságainak, az inkontinencia jellegének is megfelelő, valamint a meglévő önellátó képesség maximális kiaknázását egyaránt biztosító nedvszívó segédeszköz alkalmazás így jó eséllyel elérhető. A módszerrel minimálisra csökkenthető a hibás segédeszköz használat miatt előforduló vizeletszivárgás, ami által mindennemű járulékos költség és a napi betét / pelenkacsere szükséglet is csökken. Vizeletinkontinens férfiaknál a hímvesszőpelenkák hatékonyabb vizeletfelfogást és jobb életminőséget biztosítanak, mint az egyéb nedvszívó termékek (LE: 1b). A hímvesszőpelenkák biztonságosabbak, mint a húgyúti katéterek, ha nincs maradványvizelet (LE: 1b). Férfiak esetében a penisre húzható és vizeletgyűjtő zsákhöz csatlakoztatható kondom urinalok is javasolhatók, ha a hólyagürülés reziduumentes. A vizelettől felmárt bőrterületet hámosító kenőcsökkel kezeljük. Gombás bőrjelenségek gyógyítására gombaellenes krémeket, kenőcsöket használunk.

**5. ábra. Nedvszívó segédeszköz felírási javaslat mátrix-szerűen ábrázolva**  
[Kullmann L, 2012]

<b>Főbb nedvszívó eszköztípusok</b> (ISO 15621 konform eszközválasztási séma) <b>Közepes - súlyos vizeletinkontinencia</b> tüneti kezelésére		<b>Beteg önellátó képessége kielégítő?</b>	
		igen	nem
<b>Csak vizeletvesztés van?</b> (székletszivárgástól mentes inkontinencia)	<b>igen</b>	alsónemű-szerű, <i>övvel rögzített</i>	övvel rögzített
	<b>nem</b>	övvel rögzített	ragasztócsíkos, <i>övvel rögzített</i>

**Ajánlás62**

Javasolt a kondom urinal használata olyan vizeletinkontinens férfiaknak, akiknél nincs jelentős mennyiségű maradék vizelet. (A) [2]

**Ajánlás63**

Férfiaknál péniszelszorító eszközök alkalmazása a vizeletinkontinencia kezelésére nem javasolt. (A) [2]

**Ajánlás64**

Rutinszerűen ne javasoljuk hüvelyen belüli eszközök használatát a vizeletinkontinencia kezelésére nőknél. (B) [2]

Konzervatív, vagy műtéti úton nem kezelhető inkontinencia esetén, ha a hólyagban a hólyagkapacitás felét, de maximum 150ml-t nem meghaladó retenciót észlelünk, vizeletgyűjtő betétet javasolhatunk, illetve férfi beteg condom urinalt használhat.

**Ajánlás65**

A vizeletinkontinencia az életminőséget jelentősen rontja, ezért minden inkontinens betegnek javasolt átmenetileg vizeletinkontinencia segédeszköz a kivizsgálás idejére, az adekvát kezelés időpontjáig, vagy ha a kezelés nem eredményezett teljes javulást, illetve véglegesen olyan betegeknél, akiknél eredményes kontinencia kezelésre nincs lehetőség. Ugyanakkor figyelmeztetni kell a betegeket, hogy a segédeszköz csak enyhíti a kellemetlen tüneteket, de egyáltalán nem javítja, illetve gyógyítja az inkontinenciát, nem jelent kezelési alternatívát. (D) [3]

**4.1.7.2. Katéteres vizeletelvezetés**

Neurogén hólyagműködés esetén, vagy ha a vizelettartási zavar ürítési zavarral párosul, az inkontinencia megelőzésére, illetve a nagyobb vizeletretenció lebocsátására

intermittáló önkatéterezés szükséges. Az átmeneti katéterezés az alsó húgyúti fertőzés és a bacteriuria kialakulásának kisebb kockázatával jár, mint az állandó katéter használata (LE: 1b).

#### **Ajánlás66**

**A vizeletresiduummal járó vizeletinkontinencia kezelésére javasolt az intermittáló önkatéterezés. (A) [2]**

Az intermittáló önkatéterezés a neurogén eredetű hólyagfunkciózavarok bázisterápiája. Lásd részletesebben: „Neurogén eredetű hólyagműködési zavarok” c. irányelv.

#### **Ajánlás67**

**Rossz általános állapotú, más módon nem kezelhető betegeknél, amennyiben az inkontinencia mellett jelentős vizeletresiduumot is észlelünk, állandó hólyagkatéter behelyezése javasolható. (B) [2]**

Lehetőség szerint epicystostomiát létesítsünk, az állandó húgycsőkatéter behelyezése a lehető legrosszabb megoldás, több komplikációval (húgycsőgyulladás, húgycsőfekély és decubitus, epididymitis, prostatitis) jár, mint a suprapubicus katéter viselése. Ischuria paradoxa (túlfolyásos inkontinencia) esetén is a katéter behelyezés az első lépés. Tartós használatra férfiaknál 14, nőknél 16 Ch-es katétereket alkalmazunk. Állandó katéterviselés mellett a bacteriuria és a pyuria nem elkerülhető, ezért csak a tüneteket okozó húgyúti fertőzéseket kell kezelni. Idős, rossz általános állapotú, magas kockázatú betegek esetében javasolt a katétercserék alkalmával 3 napig adott célzott antibiotikum profilaxis. A naponkénti rendszeres katéter-toalett (a meatus urethraenak és környékének dezinficiálása) elengedhetetlen. Rövid időtartamú, átmeneti katéterviselésre hagyományos, latex anyagú katétereket, tartós használatra 6-8 hetente cserélendő szilikon alapanyagú katétereket javasolunk. A bacteriuriát ezen katéterekkel sem tudjuk kivédeni, azonban az ezüsttel impregnált katéterek csökkenthetik a kórokozók elszaporodását. Lokálisan adott dezinficiens csak átmenetileg csökkentik a bacteriuria mértékét. Katéter eltávolítása után célzott vizeletdezinficiálás javasolt.

#### **4.1.8. Betegoktatás**

A vizeletinkontinencia nem egy betegséget jelent, hanem egy állapotról van szó. Ennek alapján érthető, hogy a betegoktatásnak ki kell térnie, mindazon előbbieken említett tényezőkre (megelőzés, rizikófaktorok, életmód-változtatás, konzervatív kezelések), melyek segítségével a betegek önmaguk is képesek állapotukat javítani, illetve a tünetek kialakulását megelőzni.

A vizelettartási zavarok nagyobbik része konzervatív úton kezelhető. A terápiában aktív szerep jut a megfelelő beteg-együttműködésnek. A medencefenéki izomtréning csak akkor lesz hatékony, ha a gyakorlatokat a beteg helyesen elsajátította és azokat napi rendszerességgel az előírt intenzitással és mennyiségben végzi. A torna megtanulásában nagy segítséget jelent a biofeedback módszer, mely izomerőt jelző, különféle mérhető paraméterek auditív vagy vizuális úton történő visszajelzésével serkent a gyakorlatok intenzívebb végzésére. A gátizomtorna elsajátításában, különösen olyan betegek esetében, akik a medencefenéki izmokat már nem érzik helyesen, nélkülözhetetlen szerepet játszanak a képzett gyógytornászok. Jó medencefenéki inervációval és az izommozgás megfelelő tudatosulásával bíró betegeknél azonban a gátizomtorna elsajátítása gyógytornász nélkül is lehetséges adekvát ismeretanyag segítségével.

A viselkedésterápia két fő módszerének, a „hólyagtréning” és a „toilet-tréning” elsajátításának is elengedhetetlen feltétele a betegek szakszemélyzet által történő oktatása.

A betegoktatásban és a panaszok alapján történő „betegirányításban” a legnagyobb szerep nem is az orvosra, hanem az inkontinencia ellátására kiképzett, gyakorlatlalt rendelkező szakasszisztensi hálózatra kellene, hogy jusson. Jelenleg ez hazánkban még nem megoldott, de mielőbb célszerű lenne egy akkreditált képzési formában történő „kontinencia szakasszisztens” szakképzés megteremtése. Addig is helyi szinten minden betegellátó egységnek saját magának kellene megszerveznie az adott körzetre vonatkozó betegoktatást, betegirányítást.

## **4.2. Elsővonalbeli gyógyszeres kezelés**

### **4.2.1. A hyperaktív hólyag szindrómában / urge inkontinenciában ajánlott gyógyszeres kezelés**

#### *4.2.1.1. Antimuscarin hatású gyógyszerek*

Az urge inkontinencia kezelésében elsővonalban szereplő antimuscarin gyógyszerek blokkolják a detrusor izomzatban található, paraszimpatikus stimuláció során acetilkolin hatására aktíválódnak muszkarin receptorokat (M3). A kezelés eredményeként csökken a hólyagkontraktilitás, nő a hólyagkapacitás, az antimuscarinok eredményesen csökkentik az akaratlan hólyagkontrakciók számát, erősségét és időtartamát. Az egyes gyógyszerek pharmacokinetikai, pharmacológiai tulajdonságai, kiszáradási formájuk egymástól eltérő lehet. Az antimuszkarin szerek ER formulációi (elhúzódó kibocsátású) hatékonyan javítják és gyógyítják az urge inkontinenciát / hyperaktív hólyagszindrómát (LE: 1b) [2]. Az antimuscarin szerek többsége (atropin, tolterodin, solifenacin, darifenacin) nagyobb lipoldoldékonysággal jellemezhető terciér amin, melynek következtében bejuthatnak a központi idegrendszerbe és ennek megfelelő mellékhatásokat okozhatnak. A kvaterner aminok (trospium) a vér-agy gáton nem jutnak át, így központi idegrendszeri mellékhatásokat nem okoznak. Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy bármelyik antimuszkarin gyógyszer jobb a másikonál a vizeletinkontinencia / OAB szindróma gyógyítása vagy javítása tekintetében, illetve hogy a gyógyszeres terápia hatékonyabb lenne a magatartás terápiánál a vizeletinkontinencia / OAB kezelésében (LE: 1a). Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy a gyógyszeres terápia hatékonyabb lenne a PFMT-nél az UI / OAB kezelésében (LE: 1b). A gyors (IR) és a lassú (ER) kibocsátású gyógyszerformák eltérő hatékonyságúak és mellékhatásprofilúak lehetnek. Az antimuszkarin szerek ER formulációi nagyobb arányú szájszárazságot eredményeznek, mint a placebo (LE: 1b). Az antimuszkarin gyógyszerek ER és napi egyszeri formulációival általában kisebb a szájszárazság aránya, mint az IR készítményekkel, noha a kezelés-megszakítási arányok hasonlóak (LE: 1b). A betegek több mint fele az első 3 hónapban abbahagyja az antimuszkarin szerek szedését a hatásosság hiánya, nemkívánatos események (elsősorban emiatt) és a költségek miatt (LE: 2). Az antimuscarin gyógyszerek szignifikánsan hatékonyabban, az urge inkontinencia kezelésében és szignifikánsan hatékonyabban csökkentik az inkontinens epizódok számát, mint a placebo (LE: 1a). [2]

#### **Ajánlás68**

**Javasolt a szelektívebb, kisebb mellékhatás profillal rendelkező szerek alkalmazása akár már elsővonalban is, de főleg másodvonalban. Oxybutinin kezelés okozta intolerabilitás esetén mindenképpen**

**szelektívbbmuszkarinreceptor blokkoló vagy béta adrenoreceptor agonista használata javasolt. (D) [3]**

#### **Ajánlás69**

**A hyperaktív hólyag szindróma / urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban antimuscarin (A) és béta adrenoreceptor agonista (B) típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. [1, 2]**

#### **Ajánlás70**

**Javasolt korai kontroll (<30 nap) és felmérés (hatékonyság és mellékhatás tekintetében) az antimuscarin szert szedő betegünkénél. (A) Ha idős embernek írunk fel antimuscarin szert, akkor fordítsunk figyelmet az eszeleges cognitív funkciókat érintő mellékhatásokra. (C) [1, 2]**

#### **Ajánlás71**

**Ismert cognitív dysfunkciójú betegnél antimuscarin szer csak kiemelt óvatossággal használható. (B) [2]**

#### **Ajánlás72**

**Ha cognitív dysfunkcióra van gyanú, javasolt mentális felmérés elvégzése az antimuscarin terápia megkezdése előtt, illetve a mentális staus ellenőrzése a terápia alatt. (C) [2]**

#### **Ajánlás73**

**Felnőtt urge inkontinens betegnek elsődleges kezelésként azonnali, vagy elhúzódo kibocsátású antimuscarin szer adása javasolt (A). [2] Az elhúzódo kibocsátású gyógyszerformák hatékony kezelésnek számítanak, mellékhatásuk azonban a placebóval összehasonlítva magasabb.**

#### **Ajánlás74**

**Ha az azonnali kibocsátású készítmény hatástalan, javasolt elhúzódo kibocsátású, vagy hosszú hatású készítményt alkalmazni. (A) [2]**

#### **4.2.1.2. Anticholinergicumok**

A *tropium chlorid* nem szelektív muszkarin receptor blokkoló. Nem lép át a vér-agy gáton, így a kognitív funkciókat nem befolyásolja. Hosszú felezésű idejű, naponta 30-45mg-os adagban hatékony a hyperaktív hólyagpanaszok, késztetéses inkontinencia kezelésében.

#### **Ajánlás75**

**A tropium chlorid javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

#### **Ajánlás76**

**Ismert cognitív dysfunkciójú betegnél tropium adása megfontolandó. (B) [2]**

A *tolterodin* gyors felszívódású terciar amin. Bár nem szelektív muszkarin receptor blokkoló, mégis a hólyaghoz a nyálmiriggyel szemben sokkal nagyobb funkcionális szelektivitást mutat. A vér-agy gáton átlép. Rövid (1-2mg, naponta kétszer) és tartós (2-4mg, naponta egyszer) hatású kiserelési formái ismeretesek. Igazolt a hatékonysága a hyperaktív hólyag / urge inkontinencia kezelésében.

### Ajánlás77

**A tolterodin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

A tartós hatású készítmény mind effektívitasában, mind tolerabilitásában a rövid hatású készítmény felett áll.

A *fesoterodin* a tolterodinhoz hasonló vegyület, mindkettő aktív metabolítja az 5-hydroxytolterodin. Előnye a tolterodinnal szemben, hogy a hatékonyságát tekintve nincs akkora egyének közötti különbség, tekintve, hogy az észterifikálást a fesoterodinnál észterázok és nem a CYP2D6 rendszer végzi, ami a lakosság egy részében gyenge metabolizmust eredményez, és ezeknél a betegeknél aktív metabolit nem tud képződni. Napi egyszeri 4-8mg az ajánlott dózisa.

### Ajánlás78

**A fesoterodin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2]**

*Darifenacin*. Szelektív M3 receptor blokkoló terciér amin. Napi egyszeri 7,5-15mg-os dózisban ajánlott a hyperaktív hólyag panaszok, urge inkontinencia kezelésében.

### Ajánlás79

**A darifenacin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

A *solifenacin* hosszú-hatástartamú terciér amin, hatékonyabb az IR tolterodinnál az UI javításában. Ajánlott napi dózisa 5-10mg. Ajánlott a hyperaktív hólyag panaszok, urge inkontinencia kezelésében.

### Ajánlás80

**A solifenacin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

#### 4.2.1.3. Kalcium-csatorna blokkolók

A muszkarin receptorok aktiválása kalcium-ionok segítségével történik. Az extracelluláris kalcium koncentráció csökkentésével vagy a sejtmembránon keresztüli kalcium transzport blokkolásával a detrusor izomzat aktivációja csökkenthető, és így a hyperaktív hólyagra jellemző tünetek javíthatók. Jelenleg még nincs elegendő tudományos bizonyíték a hypothesis igazolására.

#### 4.2.1.4. Kevert hatásmechanizmusú gyógyszerek

Ebbe a csoportba tartozó gyógyszerek antimuszkarin, lokál anesztetikus és direkt izomrelaxáns hatással bírnak, azonban klinikai hatékonyságuk többnyire anticholinerg aktivitásukkal magyarázható.

A gyógyszercsoport legismertebb képviselője az *oxybutinin*, mely egy terciér amin. Az M1 és M3 receptorokkal szemben szignifikánsan magasabb aktivitást mutat, mint az M2 receptorokkal szemben.

### Ajánlás81

**Az oxybutinin erősen ajánlott a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

A gyors hatástartamú készítmény adagja 3x5mg, a tartós hatású formáé 10mg naponta (Magyarországon csak előbbi van forgalomban). *A hatékonyság tekintetében a gyors és a tartós hatású készítmények között nincs különbség, azonban a mellékhatások szignifikánsan gyakrabban észlelhetők gyors hatástartamú készítmények alkalmazása során.* Az oxybutynin ER formája jobb, mint a tolterodin ER és IR formái az UI javulása tekintetében (LE: 1b). Az IR vagy ER oxybutyninnal nagyobb a szájszárazság aránya, mint a tolterodin azonos formulációjával (LE: 1a). A transzdermalis oxybutynin adagolás a hatékonyság szempontjából megegyezik az orális adagolással, de a szájszárazság előfordulása szignifikánsan ritkább ezen kezelési formánál (transzdermalis forma: 38%, gyors hatású forma: 94%), de a bőrreakciók gyakoribbak (LE: 1b).

### Ajánlás82

**Transzdermalis oxybutynin terápia megfontolandó, ha az orális szer nem tolerálható a mellékhatások miatt. (B) [2]**

Ha az orális kezelés mellékhatások miatt nem alkalmazható az intravesicalis instillatio is megpróbálható.

### Ajánlás83

**Az IR oxybutynin károsíthatja a kognitív funkciót, ezért kerüljük az azonnali kibocsátású oxybutynin kezelést azon betegeknél, akiknél magas a kognitív dysfunkció veszélye. (A) [2]**

A *propiverin* napi 15mg-os dózisban dokumentáltan jótékony hatású a panaszok kezelésében.

### Ajánlás84

**A propiverin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok / urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2]**

A különböző antimuscarin gyógyszerek hatékonyságáról, mellékhatásokról, egymással történő összehasonlításáról, számos tanulmány áll rendelkezésünkre. Ezek alapján a következő megállapítások tehetők: Nincs egyértelmű bizonyíték, hogy egyik antimuscarin gyógyszer egy másik antimuscarin szernél hatékonyabb lenne az urge inkontinencia /OAB gyógyításában (LE: 1a) Az elhúzó kibocsátású és napi egyszeri adagolású gyógyszerformák általában kevesebb mellékhatással bírnak, mint az azonnali kibocsátású formák (LE: 1b). Nincs bizonyíték, hogy valamelyik antimuscarin szer hatékonyabban javítaná az életminőséget, mint egy másik (LE: 1a)

Az antimuscarin hatású gyógyszerek leggyakoribb mellékhatása a szájszárazság, melynek előfordulását illetően szignifikáns különbségek mutatkoznak az egyes szerek között. Az azonnali kibocsátású oxybutynin alkalmazása mellett észlelhető leggyakrabban szájszárazság. Sajnos hazánkban ezen gyógyszer a legolcsóbb, így a betegek jelentős hányada abba-hagyja a kezelést a kellemetlen mellékhatások miatt. A kevesebb mellékhatást okozó készítmények drágák, így nem elérhetők minden beteg számára. Egyéb mellékhatások, mint székrekedés, accomodatio zavar, kognitív dysfunkció, dyspepsia, erythema, viszketés, vizeletretentio, lényegesen ritkábban fordulnak elő. A solifenacinról, tolterodinnal és darifenacinról nem mutatták ki, hogy károsítanák a kognitív funkciót egészséges idős egyéneknél (LE: 3). UI / OAB-s betegeknél a solifenacin, tolterodin és darifenacin hatásossága és mellékhatásainak kockázata nem változik a beteg életkorától függően (LE: 3).

Az antimuszkarin gyógyszerek ER és napi egyszeri formulációival általában kisebb a szájszárazság aránya, mint az IR készítményekkel, noha a kezelés-megszakítási arányok hasonlóak (LE: 1b). A betegek több mint fele az első 3 hónapban abbahagyja az antimuszkarin szerek szedését a hatásosság hiánya, nemkívánatos események (elsősorban emiatt) és a költségek miatt (LE: 2).

#### 4.2.1.5. *Antidepresszánsok*

Számos gyógyszer hatékonyságát vizsgálták a hyperaktív hólyagműködés / sürgősségi tünet / urge inkontinencia kezelésében, de általánosságban csak az *imipramin* használata terjedt el. Az imipramin komplex farmakológiai hatású gyógyszer, jelentős szisztémás antikolinerg hatással. Az ajánlott dózisa naponta 50-150mg. Csupán kevés, alacsony minőségű tanulmány (LE: 3) igazolta a szer hatékonyságát. Ennek megfelelően, nem első-vonalbeli, esetenként választható kezelésként javasolják. Enurézis nocturna kezelésében hatékonysága jól dokumentált.

#### **Ajánlás85**

**Az imipramin alkalmazása első-vonalbeli kezelésként nem javasolt, esetenként választható kezelésként javasolják. (C) [2]**

#### 4.2.1.6. *Alpha adrenoreceptor antagonisták*

Ezen gyógyszercsoport képviselői (alfuzosin, doxazosin, prazosin, terazosin, tamzulosin) a hólyagnyakon található alpha receptorok blokkolása révén javítják a kifolyási ellenállást. Elsősorban férfiak BPH okozta hyperaktív hólyagműködésének, késztetéses inkontinenciájának kezelésében alkalmazhatók sikerrel. Kevés a randomizált, kontrollált vizsgálat (LE: 3) a hatékonyság megítélésére.

#### **Ajánlás86**

**Az alpha adrenoreceptor antagonisták hyperaktív hólyag / urge inkontinencia kezelésére csak válogatott esetekben ajánlhatók. (C) [1, 2]**

#### 4.2.1.7. *Béta adrenoreceptor agonisták*

A detrusor izomzatban elhelyezkedő béta receptorok stimulációja a detrusor izomzat relaxációjához vezet, így javítja a hyperaktív hólyagműködés / urge inkontinencia tüneteit. Jelenleg a *mirabegron* elhúzódó kibocsátású formájáról rendelkezünk adatokkal. Ezek alapján a mirabegron mellékhatásprofilja csekély, vagy nem klinikailag szignifikáns (LE: 2). Javasolt kezdő dózisa 50 mg naponta.

#### **Ajánlás87**

**Az Európai Urológus Társaság a nemzeti törzskönyvezési folyamatoktól függetlenül javasolja a beta adrenoreceptor agonista mirabegront az urge inkontinencia / OAB kezelésére. (B) [2]**

#### 4.2.1.8. *Proszttaglandin szintézis inhibitorok*

Proszttaglandin hatására a detrusor izomzat kontrakciója következik be, ennek alapján a proszttaglandin szintézis gátlása a hyperaktív detrusor tevékenység eredményes kezeléséhez vezethet. Az irodalomban eddig csupán kevés tanulmány (LE: 2) vizsgálta az *indomethacin* és a *flurbiprofen* hatékonyságát a hyperaktív hólyagműködés kezelésében.



#### 4.2.1.9. Vasopressin analóg szerek

A *desmopressin* hatékonyságát a felnőttkori polyuriás eredetű nocturia kezelésében magas evidencia szintű vizsgálatok igazolták. Négy órán belül hatékonyan csökkenti az inkontinens panaszokat, de 4 órán túl már kevésbé hatékony (LE: 1b). Tartós alkalmazása nem javítja az inkontinenciát (LE: 1b), és elhúzódó alkalmazása hyponatraemiát okozhat (LE: 3).

#### Ajánlás88

**A vasopressin analóg szerek tartós kezelésre nem ajánlottak (ajánlás: A), olyan betegeknek ajánljuk őket, akik alkalmoszerűen, rövid hatást szeretnének elérni és tájékoztassuk a beteget arról, hogy a gyógyszer nem engedélyezett ebben az indikációban. (B) [2]**

#### 4.2.1.10. Ösztrogének

Az urogenitalis atrophia kezelése, a húgyhólyag irritabilitás csökkenését eredményezi. Menopausában a hyperaktív hólyagműködés / urge inkontinencia alternatív kezelési módja lehet a lokálisan adott ösztrogén (LE: 1a). Nem áll rendelkezésre bizonyíték helyi ösztrogének neoadjuváns vagy adjuváns alkalmazásáról vizeletinkontinencia műtétje közben (LE: 1a).

#### Ajánlás89

**Az ösztrogének adása postmenopauzában lévő OAB-s / urge inkontinens betegeknek ajánlott kezelési mód, de a legmegfelelőbb adagolásra és a terápia idejére vonatkozó adataink nincsenek. (A) [2]**

#### Ajánlás90

**A vanilloidok, a capsaicin és a resiniferatoxin intravesicalis instillatio formájában alkalmazhatók és a hyperaktív hólyag / urge inkontinenciakezelésben azonos hatékonyságot mutatnak, de csak egyéb kezelés eredménytelensége esetén, mint alternatív gyógyszeres lehetőségek ajánlottak. (C) [2]**

### 4.2.2. Stressz inkontinencia esetén ajánlott gyógyszeres kezelés

#### 4.2.2.1. Alfa adrenoreceptor agonisták

Az *ephedrine* és a *norephedrine* hatékonyságát gyenge bizonyító erejű klinikai vizsgálatok tesztelték és a rendelkezésre álló adatok alapján a stressz inkontinencia kezelésére nem ajánlották.

#### Ajánlás91

**Az ephedrine és a norephedrine nem javasolt a stressz inkontinencia kezelésére. (D) [2]**

*Duloxetine*. A norepinephrin és a serotonin újrafelvételét gátolja a preszinaptikus idegvégződésekben, melynek következtében fokozott szimpatikus aktivitásfokozódás révén növeli az urethralis záró-nyomást. A stressz inkontinencia kezelésében hatékonyságát magas evidencia szintű vizsgálatok igazolják. Ajánlott kezdő dózisa napi 80mg. Bár a duloxetin önmagában nem gyógyítja meg az inkontinenciát, de hatékonyan javítja azt (LE: 1a). Nők esetében stressz és kevert inkontinenciában is hatékony (LE:

1a), és urge inkontinenciában is kedvező hatású (LE: 1b). Férfiaknál stressz inkontinenciában bizonyított a hatékonysága (LE: 1b). Mellékhatásprofilja jelentős, elsősorban gastrointestinalis (hányinger, hányás) és központi idegrendszeri (insomnia, somnolencia, szédülés) tüneteket okozhat (LE: 1a).

#### **Ajánlás92**

**A duloxetine kezelést olyan betegeknek ajánljuk, akik a stressz inkontinencia átmeneti javulását szeretnék, és elsősorban más kezelési formával (medencefenék torna) kombinálva javasolt alkalmazása. (B) [2]**

#### **Ajánlás93**

**A duloxetine kezelés jelentős mellékhatásprofilja miatt titrálósos terápias alkalmazása javasolt. (A) [2]**

#### **4.2.2.2. Ösztrogének**

Az urethralis nyálkahártya és a submucosus vénás plexusok regenerációjában van pozitív hatásuk, de stressz inkontinencia kezelésében hatékonyságuk nem bizonyított ezért nem ajánlott kezelés (LE: 2). [2]

#### **Ajánlás94**

**Az ösztrogének nem ajánlottak a stressz inkontinencia kezelésére. (D) [2]**

#### **4.2.3. A gyógyszeres kezelés terápias algoritmusai**

*A hyperaktív hólyag szindróma / urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban* antimuscarin és béta adrenoreceptor típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. Gondoljunk a mellékhatásokra és vegyük figyelembe azt a gyógyszerválasztásnál, illetve váltsunk gyógyszert mellékhatás jelentkezésekor. Jelen irányelv szerzői javasolják, hogy már az első gyógyszerfelíraskor lehetőség szerint olyan készítményt írjunk fel az OAB / UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza.

#### **Ajánlás95**

**Már az első gyógyszerfelíraskor lehetőség szerint olyan készítmény felírása javasolt az OAB / UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza. (D)**

*Második vonalbeli kezelésként* imipraminnal, urogenitalis atrophia esetén az ösztrogénekkel próbálkozhatunk. *Alsó húgyúti obstructioval* kombinálódott esetekben alpha blokkoló adása hatásos lehet. *Terápiarezisztens* esetekben, a másodvonalbeli kezelés fő irányvonala a botulinum toxin detrusor izomzatba történő injectálása, melyről később írunk. Intravesicalis instillatiót végezhetünk capsaicinnel, resinifenatoxinnal is, bár az ajánlások ezen szerek tekintetében nem egyértelműek. Tekintettel arra, hogy ez utóbbi kezelések már átmenetet jelentenek az invazív kezelések irányában, ezért csak más, nem invazív kezelési forma hatástalansága esetén alkalmazhatók.

*A stressz inkontinencia gyógyszeres kezelésének egyetlen hatékony készítménye a duloxetin.* Sikertelenség esetén alpha szimpatomimetikumokkal, imipraminnal, ösztrogén preparátumokkal kísérletezhetünk, bár ezen készítmények a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján jelenleg tudományos megalapozottsággal nem ajánlhatók.

*Kevert inkontinenciában* mindig a konzervatív úton kezelhető vagy a súlyosabb panasz kezelendő elsődlegesen.

A felnőtt vizeletinkontinencia ellátási algoritmusai a **2., 3. és 4. ábrán** láthatók.

### **4.3. Műtéti kezelés**

#### **4.3.1. Általános intézkedések**

Fontos, hogy a szakmai személyzet járatos legyen az inkontinencia kivizsgálásában, a helyes műtéti típus kiválasztásában, a kísézően jelentkező hüvelyi prolapsusok megoldásában, bélszakasz felhasználásával végzett műtétek esetén belsebészeti beavatkozásokban és az antiinkontinens műtétek esetleges szövődményeinek ellátásában is. Idegsebészeti beavatkozások (idegsebész végzi) indikálásakor és ellenőrzésekor elengedhetetlen a neuro-urologiai gyakorlat. Kevert inkontinencia esetén elsődlegesen a konzervatív úton is kezelhető panaszt próbáljuk gyógyítani, amennyiben műtéti beavatkozás szükséges, úgy a súlyosabb probléma kezelendő elsődlegesen.

#### **4.3.2. Speciális ápolási teendők**

Hüvelyi beavatkozások után a hüvelyi tampon eltávolítása, esetleges vaginalis utóvérzés felismerése, a katéteres beteg megfigyelése és a katéter eltávolítása után a maradékvízelet ellenőrzése. Különböző belsebészeti módszerrel kialakított vizeletdeviációs technikák esetében a „Neurogén eredetű hólyagműködési zavarok” című irányelvben foglaltak a mérvadók. Botulinum toxin injectiot követően rendszeres reziduum ellenőrzés. Férfi inkontinencia gátló műtétek után rendszeres reziduum ellenőrzés ultrahanggal.

#### **4.3.3. A női stressz inkontinencia sebészi kezelése**

A női stressz inkontinencia sebészi kezelésére több mint 100 különböző típusú műtét ismeretes. Ez a nagy szám is jelzi, hogy sokáig nem volt tökéletes operatív megoldás. A feszülés-mentes hüvelyi szalagok (TVT) széleskörű elterjedése áttörést jelentett a sebészi kezelésben. A korábbi, hasi feltárást és több napos kórházi bennfekvést igénylő vagy gyenge eredményességű hüvelyplasztikai műtéteket felváltották a kis műtéti megterhelést jelentő, minimálisan invazív, effektív eljárások. Ezen műtétek szövődményrátáját tovább csökkentette egy újabb módozata a szalagműtéteknek, a transzobturátor technikát használó TOT vagy más néven TVTO, melynél kisebb arányban fordulnak elő olyan komplikációk, mint a hólyag-, vagy bélsérülés, illetve a posztoperatív vizeletelakadás, ugyanakkor a hatékonyság szempontjából nem maradnak el a TVT-től.

A beavatkozások szövődményeit illetően valós hazai adatok csak korlátozott mértékben állnak rendelkezésünkre. Ennek ellenére *női inkontinencia gátló műtétek esetén a szövődményarány általában alacsonynak mondható megfelelő sebészi technika alkalmazása esetén.*

#### **Ajánlás96**

**A női inkontinencia gátló műtéteknél a megfelelő sebészi technika alkalmazása esetén, az alacsony szövődményarány eléréséhez évente legalább 10 beavatkozás végzése szükséges. (D)**

Az SUI műtéti korrekciójának sikertelenségével és a nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos kockázat a jelek szerint az életkorral együtt nő (LE: 2). Nincs bizonyíték arra, hogy a műtéti eljárások hatásossága vagy biztonságossága között különbség lenne idősebb és a fiatalabb nők között (LE: 4).

#### **Ajánlás97**

**A stressz vizeletinkontinenciával küzdő idősebb nőket tájékoztatni kell a műtét fokozott kockázatairól, beleértve idős korban a sikeresség várhatóan kisebb valószínűségét is. (B) [2]**

Összességében nem valószínű, hogy a szexuális funkció romlana a SUI műtétje után, azonban tájékoztassuk erről is a nőket.

#### **Ajánlás98**

**Tájékoztassuk a nőket, hogy minden hüvelyműtét befolyásolhatja a szexuális funkciót. (C) [2]**

A SUI kezelését célzó műtéten átesett nőknél valószínűleg javul a coitalis inkontinencia (LE: 3).

#### **Ajánlás99**

**A recidív stressz inkontinencia műtéti kezelésének kiválasztása az egyes betegek gondos értékelésén alapuljon, beleértve esetleg a video-urodinamikai vizsgálatot is. (C) [2]**

A stressz inkontinencia műtéti kezelésének sikertelenségi aránya magasabb azoknál a nőknél, akik korábban az inkontinencia kezelését célzó műtéten estek át, vagy akiknek prolapsusa is volt (LE: 1). Az eljárások többsége kevésbé hatásos, amikor azokat második vonalbeli beavatkozásként végzik, szemben azzal, amikor elsődleges eljárás-ként alkalmazzák (LE: 2). Nincs bizonyíték arra, hogy korábbi inkontinencia-gátló műtéten átesett nőknél bármelyik műtét hatásosabb lenne a másikonál vizeletinkontinencia gyógyulása vagy javulása tekintetében (LE: 3).

#### **Ajánlás100**

**Olyan új eszközök használata, amelyek nem 1-es szintű bizonyítékon alapulnak, kizárólag strukturált kutatási program keretében javasolt. (A) [2]**

#### **Ajánlás101**

**Állítható mid-urethral slinget kizárólag strukturált kutatási program keretében javasolt végezni a stressz vizeletinkontinencia elsődleges műtéti kezelésére. (C) [2]**

#### **Ajánlás102**

**A recidív stressz vizeletinkontinenciával küzdő nőket figyelmeztetni kell arra, hogy a második vonalbeli kezelésként alkalmazott sebészeti eljárások kimenetele általában rosszabb, mint elsővonalbeli alkalmazásuké, így csökken a hatásosság és fokozódik a szövődmények kockázata is. (C) [2]**

#### **Ajánlás103**

**Mérlegelni kell másodlagos szintetikus sling, kolposzuspenzió vagy autológ sling első opcióként történő alkalmazását recidív stressz vizeletinkontinenciával küzdő nőknél. (C) [2]**

### Ajánlás104

**Nem javasolt nyílt kolposzuspenzió végzése olyan nőknél, akik korábban két-től több műtéten estek át inkontinencia miatt. (C) [2]**

### Ajánlás105

**Recidív stressz vizeletinkontinenciával küzdő nőknél AUS vagy ACT eszköz beültetését csak nagy gyakorlattal rendelkező centrumokban célszerű javasolni (C). Az AUS vagy ACT eszközt kapó nőket figyelmeztessük arra, hogy még a nagy forgalmú centrumokban is magas a szövődmények, a mechanikai meghibásodások és az explantáció szükségességének aránya. (C) [2]**

#### 4.3.3.1. *Műtéti indikáció*

A női stressz inkontinencia esetében részletes kivizsgálás után, stádium orientáltan, az iniciális, konzervatív terápia sikertelensége esetében javasolt a műtéti kezelés, illetve előzetes kezelések nélkül a tiszta stressz inkontinencia azon súlyos stádiumaiban, amikor a konzervatív kezeléstől javulás nem várható. Tekintettel arra, hogy az inkontinencia „csupán” életminőséget rontó, de életet nem veszélyeztető állapot, továbbá, hogy a műtéti beavatkozás irreverzibilis jellegű, sebészi kezelés előtt javasolt a konzervatív kezelés megkísérlése

### Ajánlás106

**A női stressz inkontinencia sebészi kezelése előtt mindenképpen javasolt a konzervatív kezelés megkísérlése azon esetekben, amikor annak feltételei a beteg részéről adottak (nincs medencefenéki izombénulás, illetve atrophia). (C) [1]**

A gáti torna eredményes elsajátítása nem fogja megszüntetni a súlyos stressz inkontinenciát, de a helyesen megtanult és műtét után is végzett tréning segíthet a kontinencia tartósabb megtartásában.

### Ajánlás107

**Urogenitalis prolapsus és inkontinencia egyidejű fenállása esetén, a prolapsus kivizsgálását és kezelését is meg kell tervezni a vizeletinkontinencia kezelésének megtervezésével egyidőben. (D)**

#### 4.3.3.2. *Műtéti előkészítés*

Sebészi intervenció előtt ajánlott az urodinamikai vizsgálat elvégzése. Különleges műtéti előkészítést az antiinkontinens beavatkozások nem igényelnek. Fertőtlenítő hüvelyöblítések, antibiotikum profilaxis és LMWH profilaxis javasolható. Múspinctor vagy egyéb implantátum beültetése előtt javasolt az érintett bőrterület fertőtlenítő szappannal történő rendszeres tisztítása a műtétet megelőzően több napon keresztül és a műtéti sterilitás kompromisszummentes, fokozott betartása, illetve célzott perioperatív antibiotikum terápia alkalmazása.

#### 4.3.3.3. *Műtéti érzéstelenítés*

Általában spinalis érzéstelenítés vagy altatás megfelelő a műtéthez, de a legújabb, minimálisan invazív szalagtechnikák már helyi érzéstelenítésben is elvégezhetőek.

#### 4.3.3.4. Műtéti típusok

*Submucosus injectios technikák.* Perinealis, periurethralis, vagy transurethralis úton a húgycső nyálkahártyája alá juttatott duzzasztó anyag (politetrafluoroethylen, kollagén, ethylen vinyl alkohol copolymer, nem állati stabilizált hyaluronsav, karbon-golyócskák, kalcium hydroxylapatit, szilikon, autológ zsír) záró effektusa révén fejtik ki hatásukat. Indikáció: idős korban, nagykockázatú betegeknel, anatómiai eltérés nélküli stressz inkontinencia esetén. Sikerarány két év után: 10-36%. Nincs összehasonlító adat a konzervatív és minimál invazív beavatkozásokkal. A műtéttel elért tüneti javulás a placeboval összehasonlítva szignifikáns (LE: 1). Duzzasztó anyagok (tömegnövelő szerek) periurethralis injekciójával stressz inkontinens nőknél a tünetek rövid távú (3 hónapos) javulása érhető el, gyógyulás azonban nem (LE: 2a). Gyakran ismételt injekciókra van szükség a kívánt terápiás hatás eléréséhez (LE: 2a). A tömegnövelő szerek a kolposzuspenzionál és az autológ slingnél kevésbé hatásosak a stressz inkontinencia kezelésében (LE: 2a). A szövődmények, mellékhatások ritkábbak, mint a nyílt műtéti eljárásoknál (LE: 2a). Nincs bizonyíték, hogy egyik típusú injektált anyag az eredményességet tekintve jobb lenne a másiknál (LE: 1b). A perinealis bejuttatás magasabb retenciós kockázattal járhat, mint a transurethralis bejuttatás (LE: 2b). A beteget fel kell világosítani, hogy vizeletinkontinencia kezelésére használt submucosus iniektiók alkalmazásakor a hatásosság az idővel csökken, mivel az alkalmazott duzzasztó anyagok elvándorolnak a kívánt helyről és többszöri kezelés válhat szükségessé továbbá, hogy a beavatkozás kevésbé hatékony, mint más műtéti eljárás (LE: 2a).

Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stressz inkontinens nőknek, akik a vizeletinkontinenciára végleges gyógymódot keresnek (LE: 2a) és elég fitt állapotban vannak ahhoz, hogy egyéb, hatékonyabb műtéti beavatkozást is elvégezhesünk náluk az inkontinencia gyógyítása érdekében (LE: 4).

#### Ajánlás108

**Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stressz inkontinens nőknek, akik a vizeletinkontinenciára végleges gyógymódot keresnek. (A) [2, 3]**

#### Ajánlás109

**Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stressz inkontinens nőknek, akik elég fitt állapotban vannak ahhoz, hogy egyéb, hatékonyabb műtéti beavatkozást is elvégezhesünk náluk az inkontinencia gyógyítása érdekében. (D) [2]**

#### Ajánlás110

**A submucosus injectios technikák, rutinszerűen nem ajánlottak a női stressz inkontinencia kezelésére, azonban elvégezhető idős korban, nagykockázatú betegeknel, anatómiai eltérés nélküli stressz inkontinencia esetén. (D) [1]**

A műtét előnyei: kis megterhelés, egyszerű műtéttechnika. Hátránya: alacsony sikerarány, idővel romló eredményesség. Leírtak nagyon ritkán előforduló, súlyos, emboliás szövődményeket is.

*Mellső hüvelyfal plasztika.* Számos módoszata ismert. Eredményessége összehasonlítható a túvel végzett hólyagynyaki suspensiók műtétekkel, de kevésbé hatékony, mint a nyílt colposuspensio. Előnyei: kis megterhelés, egyszerű műtéttechnika. Hátránya,

hogyan az eredményesség jelentősen csökken (1 év után 50%-os, posztoperatív inkontinencia recidíva aránya összességében 70%-os) a műtéttől eltelt idővel (LE: 1a).

### Ajánlás111

**A mellső hüvelyfali plasztika egyik módozata sem ajánlott önmagában a stressz inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

Alkalmazható az inkontinenciával nem járó cystocele megoldására, de a recidíva arány itt is magasabb lehet bizonyos esetekben (tractios cystocele), ezért ilyen esetekben mérlegelni kell a hüvelyi vagy laparoscopos háló implantáció lehetőségét.

*Húgycső alatti feszülésmentes szalag műtétek (mid urethral sling).* A műtétek lényege, hogy 1-2cm-es mellső hüvelyfali feltárásból, a középső húgycsőszakasznak megfelelően felpreparálunk a húgycső két oldalán és egy szintetikus szalagot fektetünk be a húgycső alá feszülésmentesen, ezzel biztosítva a kontinenciához szükséges anatómiai viszonyokat. Fontos kritérium a szalag minőségével kapcsolatban, hogy ne legyen hajlamos a felpördülésre és 75µm-nél nagyobb pórusmérettel rendelkezzen, mert így biztosított a kielégítő szövetbenövés a pórusokba és a megfelelő makrofág funkció.

A húgycső alatti szalag műtéteket két fő csoportba oszthatjuk, attól függően, hogy a bevezetett szalag végeit retropubikusan (TVT, IVS, SPARC, Sratasis), vagy transobturatorikusan (TOT) hozzuk ki a bőrfelszínre. Mindkét műtét elvégezhető a hüvelyből a bőr szintje felé történő (in-ex), illetve fordítottan végzett (ex-in) szalagbevezetéssel. A retropubikus szalagműtéteknél az ex-in technikát kevésbé hatékonynak találták, mint az in-ex módszert (LE: 1a). Az ex-in technika mindkét formánál magasabb rizikót jelent a posztoperatív vizelési zavarok kialakulásában (LE: 1b).

A TVT (transvaginal tape: retropubicus műtét) volt a legelső ilyen műtétechnika. Műtét során a legfontosabb feladat a szalag feszülésmentes beállítása. Rögzítésre nincs szüksége, mert azt a szalag apró mikrosörtéi biztosítják. Egyes szalagoknál mód van az utólagos lazításra. A műtétek valós kockázata a hólyagperforáció, ezért az intraoperatív cystoscopia végzése kötelező. Öt éven túli eredményességük 90% körüli. Komplikációk: hólyagsérülés (5-10 %), húgycsősérülés, bélsérülés, alsó húgyúti obstructio és posztoperatív vizeletáramlási zavar, posztoperatív OAB vagy urge tünet, húgycső erózió, idegentest reakció (ritkább, mint a korábbi műtéteknél), sebfertőzés, haematoma, ritkán ér-, idegsérülés, vagy vesico-vaginalis fistula kialakulása.

TOT/TVTO (transobturator tape) során a húgycső két oldalán felpreparálva jutunk az obturator nyílás mögé, elkerülve a húgyhólyagot és más kismedencei szerveket, így csökkentve ezek sérülésének kockázatát. Eredményességük 90% körüli 5 éven túl is. Komplikációk: húgycsősérülés, ritkán hólyagsérülés, posztoperatív vizeletáramlási zavar, „de novo” hólyag hyperaktivitás, idegentest reakció (ritkább, mint a korábbi műtéteknél), sebfertőzés, haematoma, elvétve ér és idegsérülés. A krónikus hüvelyi fájdalom és szexuális zavar gyakoribb TVTO esetében, viszont a vizeletürítési zavarok kialakulásának aránya és a hólyagperforáció esélye alacsonyabb (LE: 1a). Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy a posztoperatív szexuális diszfunkció kockázata eltérő lenne az egyes mid-urethral sling eljárások esetében (LE: 3). Cystoscopia végzése nem kötelező a műtét során, de cystokelével társult esetekben ajánlott.

A feszülésmentes szalagműtétek előnyei: kis műtéti megterhelés, gyors felépülés, rövid kórházi tartózkodás, alacsony szövődésméyráta, tartósan jó sikerarány, egyszerű műtétechnika. Hátránya: idegentest beültetése. Figyelmeztessük azokat a nőket, akiknek retropubikus behelyezéssel szintetikus slinget javasolunk, hogy a perioperatív szö-

vödmények relatív kockázata nagyobb, mint a transobturator behelyezésnél [1, 2]. Figyelmeztessük azokat a nőket, akiknek „mid-urethral sling” transobturator behelyezését javasoljuk, hogy hosszabb távon nagyobb a fájdalom és a dyspareunia kockázata. [1, 2]

#### **Ajánlás112**

**Nem komplikált stressz inkontinencia esetén, nőknél javasolt a húgycső alatti feszülésmentes szalagokat érintő műtétet előnyben részesíteni a többi műtéti beavatkozással szemben. (A) [1, 2]**

#### **Ajánlás113**

**Stressz inkontinens nőknél javasoljuk a nyílt vagy laparoszko-pos kolposzuspenziót vagy autológ fascialis slinget, ha a feszülésmentes húgycső alatti szalagműtét nem jöhet szóba. (A) [2]**

#### **Ajánlás114**

**Javasolt cystoscopia végzése retropubicus mid-urethralis sling behelyezésekor, vagy ha nehézségek lépnek fel a transobturator sling behelyezése közben, illetve ha jelentős cystocele észlelhető. (C) [2]**

A „*mini-sling*”, vagy egymetszéses szalagtechnikáknál csupán pár cm hosszú szalagot helyezünk egy apró hüvelyseben keresztül a húgycső alá. A szalag magától rögzül a beállított pozícióban. Az eljárás nem igényel hosszú trokár bevezetést és bőrmetszést, ezáltal tovább csökken a vérzéses szövődmények és a posztoperatív fájdalom kialakulásának kockázata (LE: 1b).

Előnye a rövidebb műtéti idő, kisebb műtéti kockázat és helyi érzéstelenítésben, akár egynapos sebészet keretében is elvégezhető a beavatkozás, és a beteg visszailleszkedése az aktív életbe is gyorsabb.

Mivel számos, tervezéseikben szignifikánsan eltérő eszköz van forgalomban, így általános véleményt alkotni nehéz, sőt a legtöbb bizonyítékot szolgáltató vizsgálatokban szereplő TVTS terméket azóta ki is vonták a forgalomból. Mindazonáltal kimondható, hogy bár a mini-slingek rövid távú eredményessége közel megegyezik, addig közép-távú eredményessége elmarad az egyéb feszülésmentes szalagműtétek eredményességétől (LE: 1b).

#### **Ajánlás115**

**Azokat a nőket, akiknek egy bemetszéses sling eszközt javasolunk a stressz inkontinencia kezelésére, figyelmeztetni kell, hogy a hosszú távú eredményesség továbbra is bizonytalan. (C) [2]**

Nincs bizonyíték arra, hogy más műtéti beavatkozások szövődményei nagyobb vagy kisebb valószínűséggel fordulnak elő a mini-slingeknél, mint a standard mid-urethral slingeknél (LE: 1b).

A feszülésmentes szalagműtétek eredményessége műtét után 12 hónappal felmérve azonos, mint a colposuspensio, illetve mint az autológ slingek eredményessége (LE: 1a-2). A műtéti idő, a hospitalizáció és a normális fizikai aktivitás visszatérteig eltelt idő rövidebb, mint colposuspensio esetében (LE: 1-2). Colposuspensionál gyakrabban észlelték vizeletürítési zavar és de novo urge kialakulását és a későbbiekben kialakuló genitális prolapsus műtéti kezelésének valószínűsége is nagyobb (LE: 1a).



### Ajánlás116

**Feszülésmentes szalagműtétek abszolút ellenjavallatát képezi az urethrovaginalis fistula, urethra diverticulum, intraoperatív húgycsősrülés és kezeletlen húgyúti malignóma. (C) [2]**

A szövődményarányt növeli a megelőző radioterápia, húgyúti infekció, szteroid használat, COPD, anticoaguláns terápia, vaginalis atrofia, és kongenitális malformációk. A „mini-sling” műtétekkel kapcsolatosan kevés bizonyíték áll rendelkezésre, ezért részletes ajánlások még nem lehetségesek.

*Állítható szalagok.* Ezen szalagműtétek során egy olyan speciális szalag kerül beültetésre a középső húgycsőszakasz alá, melynek feszessége a műtét után korrigálható, elméletileg csökkentve a posztoperatív vizelési diszfunkciók kialakulásának kockázatát. Egyelőre nem állnak rendelkezésre bizonyítékok arra vonatkozólag, hogy az állítható szalagok bármilyen szempontból jobb eredményességgel, vagy kevesebb szövődményrátaival lehetnének alkalmazhatók, mint az egyéb szalagok (LE: 4). Az állítható szintetikus mid-urethral sling eszközök hatékonyak lehetnek a stressz inkontinencia gyógyításában vagy javításában nőknél (LE: 3).

*Autolog fascia sling műtétek.* Az autológ fascia slingek eredményessége megegyezik a nyílt colposuspensio vagy egyéb szalagműtétek eredményességével (LE: 1b). Az autológ szalag műtétek szövődményaránya nagyobb, mint a nem autológ sling műtéteké (LE: 3). A nyílt kolposzuspenzióhoz képest az autológ fascialis slingnél nagyobb a műtéti komplikációk, különösen a vizeletürítési zavarok és a műtét utáni UTI kialakulásának kockázata (LE: 1b). Azoknál a nőknél, akik korábban SUI miatt kettőnél több sebészeti beavatkozáson estek át, a nyílt colposuspensio eredményei rosszabbak az autológ fascia slingekkel elért eredményeknél (LE: 2).

### Ajánlás117

**A hagyományos suburethralis szalag műtét (autológ sling) hatásos, hosszú távú eredményességet biztosító kezelés stressz inkontinenciában, de csak akkor ajánlott, ha feszülésmentes szalag beültetése nem elérhető. (A) [2]**

### Ajánlás118

**Figyelmeztessük azokat a nőket, akik autológ fascialis sling műtét előtt állnak, hogy a vizeletürítési nehézség nagyobb kockázata áll fenn; illetve ha műtét után önkátérezésre van szükség, győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandók-e és képesek-e ezt elvégezni. (A) [2]**

*Nyílt Burch colposuspensio.* A műtét eredményessége összehasonlítható a középszakaszi húgycső alatti retropubikus, hólyagnyaki (LE: 1) és a transobturatorikus szalag műtétekkel (LE: 2). TVT-hez viszonyítva azonos a „de novo” detrusor túlműködés gyakorisága, de magasabb a posztoperatív urogenitalis prolapsus kialakulásának esélye (LE: 1). Vizeletürítési zavarok kialakulása ugyancsak gyakoribb TVT-kez képest, de ritkább a hagyományos slingekhez képest (LE: 1). A nyílt colposuspensio hatékony, hosszú távú eredményességet biztosító kezelés (ajánlás: A). Előnyei: magas sikerráta, tartós eredményesség. Hátrányai: jelentősebb műtéti megterhelés, hosszabb hospitalizáció és lábadozás. A nyílt kolposzuspenzió és az autológ fascialis sling egyformán hatásos az SUI gyógyításában nőknél (LE: 1b).

### Ajánlás119

**Nyílt Burch colposuspensio csak azon betegek esetében ajánlott, akiknél hasi műtéti beavatkozás tervezett az inkontinencia kezelése mellett, vagy feszülésmentes szalag beültetése nem lehetséges. (D) [2]**

*Marschall-Marchetti-Krantz műtét (MMK).* Az utóbbi években Magyarországon már nem végeztek ilyen műtétet. Bár rövid-távú eredményessége összehasonlítható a Burch műtéttel, de a hosszú távon gyengébb és a műtétől eltelt idővel folyamatosan csökken a kontinencia (LE: 3).

### Ajánlás120

**Marschall-Marchetti-Krantz műtét (MMK) ma már nem javasolt a stressz inkontinencia kezelésében. (A) [1, 2, 3]**

*Túvel végzett hólyagnyaki suspensiók.* (Stamey-Pereyra, Raz, Gittes) Az utóbbi években Magyarországon nem végzett műtéti típusok. Magas szintű bizonyítékok alapján eredményessége rövid távon rosszabb, mint a nyílt colposuspensioé, vagy a feszülésmentes szalagműtéteké (LE: 1) és hosszú-távú eredményessége is gyengébb (LE: 3).

### Ajánlás121

**Túvel végzett hólyagnyaki suspensios műtétek ma már nem ajánlottak a női stressz inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]**

*Laparoscopos colposuspensio.* Tapasztalt sebész által végzett műtét eredményessége a nyílt műtéttel egyező és azonos a vizelési nehezítettség és a de novo urge tünetek kialakulásának a rizikója is. Ugyanakkor rövidebb a kórházi tartozkodás ideje és kisebb az egyéb szövődmények kialakulásának a kockázata, mint nyílt műtét esetén (LE: 1a). Laparoscopos colposuspensio esetén azonos a szubjektív gyógyulási arány és a szövődmény ráta, mint feszülésmentes szalagok behelyezésekor, bár 18 hónapos utánkövetésnél az objektív gyógyulási arány a szalagműtéteknél kedvezőbbnek mutatkozott (LE:1-2). Előnyei: magas sikerráta, tartós eredményesség, nyílt colposuspensiohoz képest kisebb műtéti megterhelés. Hátránya: nyílt műtétnél hosszabb tanulási periódus. Hosszabb műtéti idő, mint a feszülésmentes szalagműtéteknél.

### Ajánlás122

**A laparoscopos Burch colposuspensio választható beavatkozás a stressz inkontinencia kezelésében. (B) [2]**

### Ajánlás123

**A laparoscopos Burch colposuspensio nem elsődleges sebészi módszerként javasolt. (A) [2]**

*Húgycsővön kívüli állítható kompressziós eszközök.* Ezen eszközök használatának indikációja a visszatérő stressz inkontinencia, megelőző antiinkontinens sebészi beavatkozást követően, illetve neurológiai eredetű inkontinencia esetén, amikor a belső sphincter funkciója elégtelen, nagyon alacsony leak point pressure vagy alacsony urethrális zárónyomás mellett. Ezen esetekben mindenképpen urodinamikai vizsgálatnak meg kell előznie az újabb műtéti beavatkozásokat.

Két ilyen eszköz van forgalomban, az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) és a műsphincter, illetve legújabban az állítható műsphinctert is bemutatták, mely utóbbi

nyomása alkalmazkodni képes a hirtelen változó intra-abdominalis nyomásváltozásokhoz.

Az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) használatakor két miniballont ültetnek be UH vagy röntgen vezérléssel a hólyagnyak két oldalára. A nagyajkakba helyezett subcutan szelepen keresztül utólagosan állítható a ballonok nyomása, a szükségletnek megfelelően. Az eddigi vizsgálatok a női stressz inkontinencia 47%-os objektív javulását és akár 100%-os szubjektív javulását írták le az ACT beültetésével kapcsolatban (LE: 3). A legtöbb betegnél utánállítás volt szükséges és az eszközök 21%-át el kellett távolítani valamilyen szövődmény miatt. Az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) női stressz inkontinenciában történő alkalmazásáról még relatív kevés adat áll rendelkezésre.

#### **Ajánlás124**

**ACT eszköz beültetése a női stressz inkontinencia kezelésében jelenleg csak recidív, egyéb kezelésre nem reagáló esetekben javasolt. (C) [2]**

Hazánkban ilyen műtéti beavatkozás még nem történt.

Músfhincter (AUS) beültetés. Mesterséges záróizom beültetésével javítható vagy gyógyítható az inkontinencia nőknél, a záróizom működési elégtelensége által okozott stressz esetén (LE: 3). A háromkomponensű eszköz beültetése során a felfújható mandzsetta a hólyagnyaki húgycsőszakaszra kerül, a kiegyenlítő ballon a symphysis mögé, perivesicalisan képzett üregbe, míg a pumpa a nagyajak bőre alá. Kevés irodalmi adat áll rendelkezésre AUS beültetésről női inkontinencia esetén és ezen vizsgálatok sem egységes szempontok szerint készültek. Indikációról sincs egységes vélemény: csak többszöri, sikertelen műtét után, recidív hypo vagy atonusos urethra (pl. sikertelen szalagplasztika után a szkeletizálás miatt funkcióját veszített urethra) esetben, vagy súlyos neurológiai hólyagdiszfunkció esetén. Magyarországon eddig egyetlen AUS beültetés történt női inkontinencia miatt. Szubjektív javulási arány: 59-88% (LE: 3). Gyakoriak a szövődmények, melyek 10 éves távlatban a 42%-ot is elérhetik és az AUS eltávolítása 5,9-15%-ban szükséges (LE: 3). Az idősebb életkor, a megelőző Burch műtét és a besugárzás növelik a szövődmények előfordulásának kockázatát (LE: 3).

#### **Ajánlás125**

**A músfhincter női stressz inkontinenciában történő alkalmazásáról még relatív kevés adat áll rendelkezésre, jelenleg csak recidív, egyéb kezelésre nem reagáló esetekben javasolt műtéti típus. (C) [2]**

*Vizeletinkontinencia és urogenitalis prolapsus egyidejűleg.* Gyakori észlelés női betegeknél, hogy urogenitalis prolapsus és stressz inkontinencia együttesen jelentkezik. Régóta vita tárgya, hogy ezen betegeket hogyan kezeljük. Együlésben, vagy szeparáltan történjék a prolapsus és az inkontinencia műtéti megoldása? Az alábbiakban a jelenleg legaktuálisabb bizonyítékokat és ajánlásokat részletezzük. Urogenitalis prolapsus és stressz inkontinencia együttes fennállása esetén a kombinált műtéttel (SUI+POP) nagyobb a rövid távú gyógyulási arány, mint csak POP műtéttel, ugyanakkor ellentmondó adatok vannak a kombinált műtét hosszú távú relatív előnyéről, és tudnunk kell, hogy a POP+SUI kombinált műtétje a szövődmények gyakoribb előfordulásával jár (LE: 1b).

### Ajánlás126

**Egyidejű stressz inkontinencia és műtéti beavatkozást igénylő urogenitalis prolapsus esetén javasolt az egyidejű műtét mindkét panaszcsoport kezelésére, ugyanakkor figyelmeztetni kell a nőket arra, hogy a kombinált műtétnél a nemkívánatos események kockázata magasabb, mint a csak prolapsus vagy inkontinencia megoldására hivatott műtétnél. (A) [2]**

Ezzel szemben kontinens nők POP-a esetén, a prolapsus műtéti megoldása után fennáll a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázata (LE: 1a). A kiegészítő kezelésként végzett inkontinencia gátló műtét ebben az esetben csökkenti a posztoperatív vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát azonban ugyanolyan mértékben növeli a nemkívánatos események előfordulását (LE: 1b).

### Ajánlás127

**Figyelmeztetni kell azokat a kontinens nőket, akiknél prolapsus műtét történik, hogy műtét után *de novo* stressz vizeletinkontinencia alakulhat ki. (A) [1, 2]**

### Ajánlás128

**Az urogenitalis prolapsus műtéti megoldásával egyidejűleg végzett, a stressz inkontinencia megelőzésére szolgáló műtét preventív jótékony hatása még nem bizonyított. (C) [1, 2]**

### Ajánlás129

**Urogenitalis prolapsus műtéti megoldásával egyidejűleg végzett stressz inkontinencia megelőzésére szolgáló műtét kedvező hatását felülmúlhatják a műtétből eredő szövődmények. (A) [2]**

#### 4.3.4. A női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése

### Ajánlás130

**A női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése csak más konzervatív módszer eredménytelensége esetén, kifejezett panaszok miatt javasolt. (D) [3]**

Ilyen betegekben többnyire neurogén háttér vagy organikusan csökkent hólyagkapacitás állhat a panaszok mögött. Ezen műtétek előtt mindig mérlegelni kell, hogy a preoperatív panaszok elég jelentősek-e, jelentenek-e olyan életminőségbeli romlást, hogy megszűnésük az esetleges posztoperatív műtéti szövődmények, stoma problémák, katéterezési kellemetlenségek, metabolikus anyagcserezavarok előfordulását is kompenzálni tudja-e.

#### 4.3.4.1. Műtéti indikáció

Konzervatív kezelésre nem reagáló késztetéses inkontinencia / hyperaktív hólyagszindróma.

#### 4.3.4.2. Műtéti előkészítés

Általános műtéti előkészítés. Bélműtétek esetén béltisztítás, antibiotikum profilaxis.

#### 4.3.4.3. Műtéti érzéstelenítés

Spinalis anaesthesia, bélműtétek esetén narcosis.

#### 4.3.4.4. Műtéti típusok

*Botulinum toxin.* Gátolja az acetylcholin felszabadulást a preszinaptikus idegvégződéseken. Hét altípusa ismeretes, közülük az urológiai gyakorlatban az „A” (Botox, Dysport) és a „B” (Myobloc) szerotípust alkalmazzák. Számos közlemény igazolta a detrusor izomzatba fecskendezett toxin hatékonyságát a neurogén és a nem neurogén detrusor túlműködés kezelésében.

#### Ajánlás131

**A botulinum toxin intradetrusor injectio iniciális konzervatív terápia sikertelensége esetén urge inkontinenciában / OAB szindrómában javasolt kezelés, azonban nem elsővonalbeli terápias módszerként ajánlott. (B) [2]**

#### Ajánlás132

**Mindenképpen indokolt megkísérelni a botulinum toxin kezelést invazív idegsebészeti vagy belsebészeti beavatkozás előtt, amennyiben a hólyagkapacitás organikusan nem beszűkült. (A) [2]**

A botulinum toxin kezelés hazánkban és a világ számos országában törzskönyvezett mind a neurogén, mind az idiopatiás detrusor túlműködés kezelésére. Idiopathias detrusor hyperaktivitás / OAB szindróma során magasabb a vizeletretenció veszélye.

#### Ajánlás133

**Botulinum toxin injektálása transurethralisan úton a detrusor izomzatba történik, a trigonum megkímélése javasolt. (B) [2]**

Nincs bizonyíték arra, hogy a botulinumtoxin „A” injekciók beadási módszerei között különbségek lennének a hatásosság és a szövődmények tekintetében (LE: 1a). A különböző Botulinum toxint tartalmazó gyári készítmények között nincs dózis ekvivalencia, a pontos dózisbeállításhoz további prospektív randomizált tanulmányok szükségesek. Nincs bizonyíték arra, hogy a botulinumtoxin „A” ismételt injekciói csökkentették volna a hatásosságot (LE: 3). Az onabotulinumtoxin „A” ismételt injekciói a kezelés megszakítás magas arányaival járhatnak (LE: 2). A 100 NE onabotulinumtoxin „A” jobb a szolifenacinnál az urge inkontinencia súlyos formáinak gyógyítását illetően (LE: 1a).

#### Ajánlás134

**Jelenleg alkalmazott dózisokkal (100-300 IU Botox®, 500-750 IU Dysport®) és technikával a botulinum neurotoxin „A” injektálása biztonságos és hatékony kezelése az urge inkontinenciának / OAB szindrómának. (A) [1, 2, 3]**

#### Ajánlás135

**Minden esetben ellenőrizzük a botulinum toxin márkanévét az injekció előtt, mivel a kereskedelmi forgalomban lévő márkák dózisait nem lehet egymás között felcserélni. (D) [2]**

A 100NE feletti onabotulinumtoxin „A” dózisok alkalmazása a *de novo* vizeletretenció és az emiatt szükségessé váló CIC fokozott kockázatával járnak (LE: 1a). A nem neurogén eredetű urge inkontinencia / OAB szindróma alkalmazásakor a 100NE feletti

onabotulinumtoxin „A” dózisok alkalmazásakor nem javul tovább az életminőség (LE: 1b).

### Ajánlás136

**Urge inkontinencia / OAB szindróma esetében javasoljuk 100 NE onabotulinumtoxin „A” alkalmazását kezdeti dózisként a vizeletretenció és a húgyúti fertőzés kockázatának csökkentése érdekében. (B) [2]**

Leggyakoribb mellékhatás a részleges, ritkábban teljes vizeletretenció. Gyenge egészségi állapotú idős betegeknél nagy a posztoperatív vizeletretenció kialakulásának esélye (LE: 3). A húgyúti fertőzés kialakulásának kockázata magasabb azoknál, akiknél CIC-re van szükség (LE:1b). Súlyos mellékhatások előfordulása ritka.

### Ajánlás137

**Jelenleg a botulinum toxin intradetrusor injectio tekinthető az urge inkontinencia / OAB szindróma leghatékonyabb minimálisan invazív kezelésének. (A) [2, 3]**

### Ajánlás138

**Figyelmeztessük a betegeket a botulinum toxin kezelés hatásának korlátozott időtartamára, az önkatéterezés lehetséges hosszú távú szükségességére (győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandók és képesek erre), valamint a húgyúti fertőzés ezzel járó kockázatára. (C) [2]**

*Sacralis neuromoduláció.* A pontos hatásmechanizmusa az eljárásnak nem tisztázott. S2-S3 gyöki ingerlés történik. Az afferens rostok ingerlése kétféle úton gátolhatja a hólyag túlműködését: a) gátolja a sacralis interneuronális kapcsolatokat, b) direkt gátolja a vizelési reflex preganglionaris neuronjait. Valószínűleg az első mechanizmus játszik inkább szerepet, mely ezáltal gátolja a hólyag és a hídban lévő vizelési központ közötti kapcsolatot, így az akaratlan húgyhólyag kontrakciókat. Ugyanakkor detrusor kontraktilitás csökkenése, vizeletretenció esetén is alkalmazható az eljárás. A postnatalisan gátlás alá kerülő veleszületett reflexek reaktiválódása segítheti a hólyag ürülését. A neuromoduláció az ún. spinalis guarding reflexek kikapcsolása révén csökkenti a húgycső ellenállást illetve a csökkent húgycső aktivitás elősegíti a hólyag működését, és javítja a vizeletürítést, csökkenti a retenció mértékét.

### Ajánlás139

**A sacralis neuromoduláció szelektált beteganyagban hatékony kezelési eljárásnak tekinthető, ezért ha van rá lehetőségünk, javasoljuk a konzervatív terápiával szemben refrakter, készletes vizeletinkontinenciás / OAB szindrómás betegeknek a sacralis neuromodulációt, mielőtt mérlegeljük a hólyagnagyobbítást vagy a vizeletelaterelést. (B) [2]**

Az implantációs eljárásból átesett betegek legalább 50%-ánál több mint 50%-os javulást figyeltek meg az 5 éves utánkövetés után, és 15%-uk gyógyult maradt (LE: 3). Az egyszakaszos implantáció után több beteg kap végleges implantátumot, mint előzetes átmeneti tesztstimuláció után (LE: 4).

*Augmentatio kirekesztett bélszakasszal.* A műtéti előkészítés, speciális ápolási teendők részletei megegyeznek az izominvazív hólyagtumorok kezelése kapcsán leírtakkal. A műtét során a hólyag ürterét egy kirekesztett és detubularizált vékonybél (többnyire ileum) szegmentummal nagyobbítjuk meg. Eredményességi arány: 52-80%. A

betegek 20 %-a nagy residuális vizeletmennyiségek miatt posztoperatív önkatéterezésre szorul. Prospektív randomizált tanulmányok hiányoznak. Kevés bizonyíték van a hólyagnagyobbító cisztoplastika és a vizeleteltérítés hatásosságáról az idiopáthiás detrusor hyperaktivitás kezelésében (LE: 3). A hólyagnagyobbító cisztoplastika és a vizeleteltérítés a rövid és hosszú távú súlyos szövődmények gyakoribb előfordulásával jár (LE: 3). Augmentáció után nagyon gyakran tiszta intermittáló önkatéterezésre van szükség (LE: 3). Nincsenek adatok az augmentáció és az egyéb típusú vizeletelterelés hatékonyságának és szövődményeinek összehasonlításáról (LE: 3). Nincsenek adatok a detrusor izom miektómiájának hosszú távú eredményességéről idiopáthiás detrusor hyperaktivitással küzdő felnőtteknél (LE: 3).

#### **Ajánlás140**

**Hólyagaugmentációt csak abban az esetben javasolt elvégezni, ha minden más kezelési forma sikertelen volt, a beteg tisztában van és elfogadja a beavatkozás peri- és posztoperatív morbiditását, valamint tudatában van annak, hogy az augmentáción átesett betegeknek csak 50%-a elégedett a műtét eredményével. (C) [2]**

#### **Ajánlás141**

**Augmentáció kizárólag olyan OAB szindrómás / urge inkontinens betegnek javasolt, akiknél a konzervatív terápia sikertelen volt, és akikkel megbeszéltük a botulinum toxin és a sacralis neuromoduláció lehetőségét. (C) [2]**

#### **Ajánlás142**

**Figyelmeztessük a hólyagnagyobbító cisztoplastikát vállaló betegeket a tiszta átmeneti önkatéterezés szükségességének magas kockázatáról; győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandóak és képesek erre. (C) [2]**

#### **Ajánlás143**

**A detrusor izom miektómiája nem javasolt a vizeletinkontinencia kezelésére. B) [2]**

#### **Ajánlás144**

**Figyelmeztetni kell a hólyagnagyobbító cisztoplastikát vagy egyéb bélfelhasználással készített vizeletelterelési eljárást vállaló betegeket a rövid és hosszú távú szövődmények magas kockázatára, valamint a vizeletelvezetésre felhasznált bélben kialakuló malignus tumorok esetleges megjelenésére. (C) [2]**

#### **Ajánlás145**

**Élethosszig tartó utánkövetés javasolt azoknál a betegeknél, akik hólyagnagyobbító cisztoplastikán vagy egyéb bélszakasz felhasználásával készült vizeletelterelési eljárásen estek át. (C) [2]**

*Orthotopicus hólyagpótlás.* A műtéti előkészítés, speciális ápolási teendők részletei megegyeznek az izominvazív hólyagtumorok kezelése kapcsán leírtakkal. A beteg számára jó életminőséget biztosít, előnye az augmentációval szemben, hogy a residuális detrusor izomzat is eltávolításra kerül. Hátránya a béleredetű, súlyos komplikációk rizikója, a nagy műtéti megterhelés, a hosszú hospitalizáció és lábadozás, a bonyolult műtétechnika, a stressz inkontinencia vagy a vizeletretentio lehetősége, impotencia bekövetkezése. A nagy műtéti megterhelés miatt csak 70 éves kor alatt javasolt végezni.

**Supravesicalis vizeletelterelés.** Indikáció: sikertelen augmentáció vagy egyéb ok miatt a hólyag illetve az alsó húgyútak nem használhatók. Formái: inkontinens (ileum-, colon-conduit), kontinens (Mitrofanoff elvvel végzett hasfali stoma kialakítás+augmentáció, Kock-pouch, Mainz II.-pouch) Hátrányaik a béleredetű, súlyos komplikációk rizikója, nagy műtéti megterhelés, hosszú hospitalizáció és lábadozás valamint a bonyolult műtétechnika, illetve a hasfali stoma szükségessége egyes módzatoknál.

**Egyéb beavatkozások.** Ezen módszerek eredményességét illetően nincsenek egyértelmű bizonyítékok. Amennyiben a cystocele oki szerepe a hyperaktív hólyagműködés hátterében bizonyított és a konzervatív kezelés eredménytelen, a *cystocele műtéti korrekciója* is szóba jöhet (mellső hüvelyfali plasztika, mellsőfali háló implantáció vagy colposuspensio, laparoscopos sacrocolpopexia mellsőfali hálóval), bár tudjuk, hogy ezen műtéteknek önmagában is van hólyag-hyperaktivitást okozó hatása.

Organikusan csökkent hólyagkapacitás esetén a hólyagtágítás effektivitása alacsony (20 % alatti), ezért alkalmazása csak más módszer kivitelezhetetlensége esetén jön szóba. A hólyagtranssectio a detrusor izomzat circularis haránt átvágását jelenti a trigonum felett. Ma már nem alkalmazzuk.

### 3. ábra. A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1]

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódválttatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergicumok Béta receptor agonisták Életmódválttatás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<u>Primer:</u> TVT, TVTO <u>Recidiva:</u> második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

#### 4.3.5. A férfi stressz inkontinencia sebészi kezelése

##### 4.3.5.1. Műtéti indikáció

Konzervatív kezelésre nem reagáló férfi stressz inkontinencia.

##### 4.3.5.2. Műtéti előkészítés

Általános műtéti előkészítés. Implantátum (szalag, ballon, műsphincter) beültetése esetén preoperatív antibiotikum profilaxis, műtét előtt pár nappal el kell kezdeni a műtéti terület dezinficiáló szappannal történő rendszeres lemosását.



#### 4.3.5.3. *Műtéti érzéstelenítés*

Spinalis anaesthesia, műsphincter beültetése esetén esetleg narcosis.

#### 4.3.5.4. *Műtéti típusok*

Számos műtéti eljárás látott napvilágot az irodalomban a probléma orvoslására. Korábban alkalmazott Kaufmann műtét és különböző „rég típusú” suspensios szalagműtétek napjainkban lekerültek a műtéti palettáról. A legjobb rövid és hosszú távú kontinencia eredményekkel az American Medical Systems (AMS) által kifejlesztett és több módosításon átesett műsphincter (AMS 800) büszkélkedhet. Jelenleg is ez tekinthető a súlyos stádiumú férfi stressz inkontinencia „gold standard” terápiájának. Ugyanakkor a jelentős szövődményarány, az 5-10 évente szükséges implantátum csere és az eszköz magas ára további műtéti beavatkozások kifejlesztésére kényszerítette az urológusokat.

#### **Ajánlás146**

**Enyhe-középsúlyos inkontinenciában a műsphincter reális alternatívái lehetnek az újonnan kifejlesztett fix, vagy szabályozható feszességű vagy nyomású szalagok, ballonok. (C) [2]**

#### **Ajánlás147**

**Magyarországon a műsphincter és a férfi inkontinencia szalag beültetését is finanszírozza a TB, centrumok számára, egyedi finanszírozási kérelem alapján. Beültetésük csak centrumokban lehetséges. (D)**

#### **Ajánlás148**

**A műsphinctert vagy szabályozható kontinencia terápiais eszközt (ACT) kapó férfiakat figyelmeztessük arra, hogy még a nagy kapacitású centrumokban is magas a szövődmények, a mechanikai meghibásodások és az explantáció szükségességének aránya. (C) [2]**

*Submucosusan adott „párnaképző” injekciós technikák.* Lényege, endoscoposan a húgycső nyálkahártyája alá duzzasztó anyag fecskendezése. Számos anyag bejuttatásával próbálkoztak, de egyik sem bizonyult lényegesen jobbnak a másiknál (LE: 3) Csak kevés, kis esetszámú vizsgálat áll rendelkezésre a módszer hatékonyságának vizsgálatára. Radikális prosztatatektómiát követő inkontinenciában nem találták hatásosnak az inkontinencia gyógyításában (LE: 2a), csupán enyhe és rövidtávú javulás volt észlelhető a betegek életminőségében (LE: 3). A submucosusan beadott párnaképző anyagok rövidtávú eredményessége a férfi stressz inkontinencia kezelésében 46 % körüli, ezért ne javasoljuk tömegnövelő szerek alkalmazását prostatectomia utáni súlyos inkontinenciával küzdő férfiaknak, illetve csak olyan férfiaknál javasoljuk ezt a beavatkozást akik prostatectomia utáni enyhe inkontinenciával küzdenek, és az inkontinencia tüneteinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán (LE: 3.). A műtét előnye az alacsony műtéti megterhelés, az egyszerű technika és az ismételhetség. Hátránya az alacsony sikerráta, a gyakori recidíva és az idővel romló eredményesség.

#### **Ajánlás149**

**A submucosusan beadott párnaképző anyagok alkalmazását csak olyan férfiaknál javasoljuk, akik prostatectomia utáni enyhe inkontinenciával küzdenek, és az inkontinencia tüneteinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán. (C) [2]**

*Periurethralis ballonok (ProACT®).* A módszer lényege, hogy a húgycső mellé felfújható mikroballon kerül beültetésre, melynek szelepjét a scrotum bőre alá helyezik, így annak bőrön keresztüli punctiójával, a postoperatív időszakban bármikor állítható a ballon nyomása és ezen keresztül a zárási erősség. A műtét hátránya a magas ár, továbbá a sikertelenség és a szövődmények gyakoribb előfordulása, ami az eszköz gyakoribb explantációjához vezet (LE: 3).

#### **Ajánlás150**

**A periurethralis ballonok (ProACT) férfi inkontinenciakezelésben mutatott előnye a kis műtéti megterhelés, az egyszerű technika és a későbbi szabályozhatóság. Eredményessége 70% körüli. (C) [2]**

#### **Ajánlás151**

**Periurethralis ballon beültetése kismedencei besugárzást követően nem ajánlott. (C) [2]**

*Szalag műtétek.* Számos, a férfi húgycső különböző szakaszainak alátámasztására, megtöretésére szolgáló szalagműtétet dolgoztak ki. A régebbi szalagok permanens obstructiot okoztak, az újabbak, továbbfejlesztett kialakításukkal, struktúrájukkal, vagy szabályozhatóságukkal, jobb eredményesség mellett kevésbé vezetnek „de novo urge” tünetekhez, vizeletretencióhoz. Többféle műtéti feltárás ismeretes: perinealis, perinealis+retropubicus, perinealis+transobturator. Kontinencia szempontjából a szalag anyaga is döntő jelentőségű (eredményesség: biológiai 56% vs. szintetikus 87%).

A nem szabályozható retropubicus és transobturator férfi szalagok két módon fejtik ki hatásukat: egyrészt a húgycsőre kifejtett komprimáló hatásuk révén (In Vance®, Istop,) vagy a bulbáris urethra repozícionálásával (AdVance™). Az AdVance rendszerrel a poszt prostatektómiás inkontinencia gyógyulási aránya 8,6-73,6% között mozgott, átlagban 49,5% (LE: 3). Az InVance eszközt jelenleg kivonták a piacról. Egyik eszköz sem jobb bizonyítottan a másiknál (LE: 3). A fentebb említett két rögzítési útvonal (retropubicus és transobturator) kombinációjával fejt ki előnyös tulajdonságait az M-sling rendszer, melynél a bulbáris urethra alátámasztása szélesebb területen valósul meg, illetve a négy rögzítő szalagnak köszönhetően az elmozdulás, megcsavarodás valószínűsége alacsonyabb. A súlyos vizeletinkontinencia, megelőző radioterápia vagy húgycsőszűkület rontja a rögzített (nem szabályozható típusú) szalagműtét sikerességét, rosszak az eredmények (LE: 3). A beültetést követően a vizelési diszfunkció kialakulásának a kockázata 1,3-5,7%, míg erózió és krónikus fájdalom csak maximum 0,4%-ban fordult elő. Az összegzett komplikációs ráta 20% körüli. Kevés rövid távú bizonyíték van arra, hogy a rögzített férfi slinggel gyógyítható vagy javítható a prostatectomia utáni inkontinencia enyhe vagy közepesen súlyos inkontinens betegek-nél (LE: 3).

#### **Ajánlás152**

**A rögzített szalagokkal végzett inkontinenciagátló műtét csak enyhe vagy közepesen súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén javasolható. (B) [2]**

A szabályozható férfi szalagok beültetésénél mód van a szalag feszességének műtét utáni módosítására. Három rendszer használatos: Remeex, Argus, ATOMS. Eredményességeik megállapításához csak nagyon kevés, is kis esetszámú vizsgálat áll rendelkezésre (LE: 3). Nincs bizonyíték arra, hogy a szabályozható szalagok jobb eredményességet szolgáltatnának, mint az egyéb szalagok (LE: 3). Siker arányuk 17-91% között változik, szubjektív javulást átlagban 57%-ban érnek el (LE: 3). 22-41%-ban

igényelnek (többnyire többszöri) után-állítást. A leggyakoribb szövődményeik a mechanikai hiba, az infekció, az erozió, a perforáció és a krónikus fájdalom, melyek miatt 10-15%-ban kell eltávolítani az eszközt (LE: 3).

#### **Ajánlás153**

**Szabályozható férfi szalagok azokban az esetekben ajánlottak elsősorban, ahol az inkontinencia enyhe-közepes fokú és sugárkezelés nem történt. (C) [2]**

#### **Ajánlás154**

**Amennyiben enyhe-középsúlyos inkontinencia miatt szalagműtétet terve-zünk, lehetőség szerint válasszunk szabályozható feszességű szalagot, an-nak ellenére, hogy nincs egyértelmű bizonyíték arra vonatkozóan, hogy ezzel a kezelés eredményesebb lenne. (D)**

*Műsphincter.* Perinealis, vagy penoscrotalis behatolásból a húgycső köré helyezett, egy vagy kettő mandzsettából, a symphysis mögé helyezett reservoár ballonból és scrotumba ültetett pumpából áll. Az egyes részek színekódolt összekötő csövecskékkel csatlakoznak egymáshoz. A rendszer folyadékkal telt. A pumpa megnyomására a mandzsettából átáramlik a folyadék a reservoárba és a húgycső megnyílik. A beteg obstructio-mentesen vizek. Pár perc múlva a mandzsetta automatikusan ismét feltöltődik, és a húgycső záródik. A beültetés végén az eszközt deaktiváltan kell hagyni, így a mandzsetta leeresztett állapotba kerül és a sebgyógyulás 6 hetében alacsony nyomás tartható fenn a mandzsettában. A műsphincter aktivációját kontroll vizsgálat során az orvos végzi el. Súlyos post-prostatectomiás inkontinenciában nincs más terápiás alternatíva, ami hasonlóan jó eredményekkel (kontinencia:77-97%, elégedettség:87-97%) kecsegtetne és teljesen szabad, obstructio nélküli vizeletürítést biztosítana (LE: 2b).

#### **Ajánlás155**

**A műsphincter implantáció ajánlott középsúlyos és súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén. (B) [1, 2, 3]**

A kétmandzsettás beültetés nem hatékonyabb, mint az egymandzsettás (LE:3). A korábbi medence-sugárkezelés a jelek szerint nem befolyásolja az AU beültetés kimenetelét (LE: 3). Hátránya a magas beszerzési költség, és a komplikációk és az eltávolítás szükségességének relatív gyakorisága (6-30%) (LE: 3). Az eltávolított eszköz helyett a későbbiekben újabb helyezhető be. A mechanikai hibák mellett, infekció, húgycső erozió, illetve atrophia fordul elő gyakrabban. Az eredményességet illetően nincs különbség a perinealis és a penoscrotalis behelyezés között (LE: 3). További hátrányuk, hogy a szerkezet működtetéséhez a beteg részéről megfelelő kognitív funkcióra és manuális képességre van szükség (LE: 3).

### **4.3.6. A férfi késztetéses inkontinencia sebészi kezelése**

(Lásd a 3.3.4. „A női késztetéses inkontinencia sebészi kezelése” című fejezetet is.)

*Húgyúti obstructio és következményes detrusor instabilitás megszüntetése:* TURP, TULP, urethrotomia interna, meatotomia mint kiegészítő kezelések javasoltak. Műtét előtt egyértelműen nem megítélhető, hogy az obstructio megszüntetése után a detrusor instabilitás és a következményes urge panaszok, gyakori vizezés megszűnik. Erről a beteget tájékoztatni kell.

**Ajánlás156**

**Az alsó húgyúti obstructio kiváltotta detrusor hyperaktivitás kezelésre az obstructio műtéti kezelését csak akkor javasoljuk, ha az obstructiot urodinamikai vizsgálattal igazoltuk, minden egyéb konzervatív, gyógyszeres kezelést megpróbáltunk és informáljuk a beteget a műtét eredménytelenségének nagyobb esélyéről. (D) [3]**

*Botulinum toxin.* Lásd a női készítettékes inkontinencia fejezetben leírtakat.

**Ajánlás157**

**Botulinum toxin intradetrusor injectio alkalmazásakor férfiaknál a posztoperatív vizeletretenció esélye nagyobb. (C) [2]**

*Sacralis neuromoduláció.* Lásd a női készítettékes inkontinencia fejezetben leírtakat.

*Autoaugmentáció vagy vizeletelterelés kirekesztett bélkaccsal.* Lásd a női készítettékes inkontinencia fejezetben leírtakat. A posztoperatív vizeletretenció, intermittáló katéterezés szükségessége gyakoribb, mint nőknél.

*Orthotopicus hólyagpótlás.* Lásd a női készítettékes inkontinencia fejezetben leírtakat. A posztoperatív vizeletretenció, intermittáló katéterezés szükségessége gyakoribb, mint nőknél; ugyanakkor posztoperatív stressz inkontinencia esélye kisebb.

*Supravesicalis vizeletelterelés (kontinens-inkontinens sztómák).*

*Epicystostomia vagy állandó húgycsőkatéter.* Csak igen rossz általános állapotban, ha az inkontinencia mellett jelentős vizelet-visszamaradás is észlelhető és más kezelés nem jön szóba.

**4. ábra. A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1]**

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódválttatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódválttatás Nedvszívó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<u>Enyhe-közepes fokozat:</u> Szabályozható feszességű szalag, ProAct Nem szabályozható szalag <u>Közepes-súlyos fokozat:</u> Műsphincter	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Műsphincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

**4.4. Fizikai aktivitás**

Stressz inkontinencia miatt végzett műtét után 6 hétig javasolt a nehéz fizikai aktivitás kerülése. Egyébként az általános posztoperatív kímélet javasolt. Ameddig húgyúti infekció fennáll, kerülendő a nyilvános fürdő, uszoda használata. [3]

#### 4.5. Diéta

A húgyúti fertőzések kezelésében és megelőzésében döntő jelentőségű a megfelelő, elosztott bőséges folyadékfogyasztás. A savas vegyhatású gyümölcslevek, üdítő italok kerülése javasolt. Bélműtétek után diéta szempontjából standard sebészeti protokoll követése szükséges. [3]

#### 4.6. Betegoktatás

Jelentős vizeletretenció, nyáktermelődés (augmentáció, bélhólyag) esetén a betegnek el kell sajátítania az intermittáló önkatéterezés technikáját. Katéterezhető kontinens stoma ápolása, katéterezése. Inkontinencia segédeszközök (betét, condom urinal) használata. Múshinctor kezelésének betanítása. Sacralis neuromodulátor kezelésének betanítása. [3]

#### 4.7. Rehabilitáció

Hólyagtréning, toalett tréning. Medencefenéki torna. Intermittáló önkatéterezés, segédeszközök rendelése, használatának megtanítása. Életmódi tanácsadás. Pszichológiai felmérés és tanácsadás.

#### 4.8. Gondozás

##### 4.8.1. Rendszeres ellenőrzés

Orvosi ellenőrzés (kontinencia, vizeletürítés, infekció, felső húgyutak, életminőség). Ápolás: katéter, betétek, nadrágpelenka, condom urinal, felmaródások a bőrön, decubitus.

##### 4.8.2. Megelőzés

Szülések után és radicalis, kontinenciát csökkentő kismedencei műtétek előtt végzett gáti torna, fizioterápiás kezelések.

## VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA

### 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

#### 1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

- **Alapellátás:** háziorvosi praxisteam

Kontinencia státusz felvétele minden anamnéziséknél. Nem komplikált, egyértelműen besorolható vizeletinkontinencia kivizsgálása. (Kötelező és javasolt vizsgálatok (lásd VII. fejezet) elvégzése), konzervatív kezelés megkezdése.

- **I. progresszívítási szintű szakellátás:** urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakorvosok, fizioterapeuták, nővérek, asszisztensek.

Az alapellátás szintjén nem ellátható, vagy onnan beutalt betegek kivizsgálása és ellátása, ami magában foglalja a kontinencia státusz felvételét, a részletes kivizsgálást, a kiegészítő, invazív vizsgálatok elvégzését is és a műtéti kezelést.

- **II.-III. progresszivitási szintű szakellátás:** urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakorvosok, fizioterapeuták, nővérek, asszisztensek, pszichológusok.

Az I. szakellátási szinten nem ellátható, vagy az alsóbb szintekről tovább utalt inkontinens betegek teljeskörű kivizsgálása és ellátása (konzervatív, minimálisan invazív és invazív kezelések).

#### **Ajánlás 4**

**Az inkontinens beteg kivizsgálásának és ellátásának az alapellátás szintjén meg kell kezdődnie, de „komplikált” és recidív inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget. (D) [3]**

#### **1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)**

*A hazai kontinencia ellátás lépcsőzetesen három szintre épül.* (Lásd: 1.1. pontot.) Az egyes szinteken szükséges tárgyi követelményekről a rendszer hatályos minimumfeltételeiről szóló miniszteri rendelet intézkedik.

Biztosítani kell a személyi feltételek (vizeletinkontinencia kezelésére kiképzett gyógytornászok) mellett a fizioterápiás tevékenység OEP által történő finanszírozását és ennek alapján annak megvalósítását, hogy legalább a regionális kontinencia központokban legyen lehetőség képzett gyógytornászok által oktatott fizioterápiás technikák elsajátítására.

A kevesebb mellékhatással rendelkező szerek akár elsővonalbeli kezelésként való alkalmazása nem lehetséges a finanszírozás (támogatás) átalakítása nélkül, tekintettel arra, hogy az OAB / urge inkontinencia hazai piacán az oxybutininen kívül rendelkezésre álló gyógyszerek - magas árak miatt - csak szűk betegkör részére hozzáférhetők.

A jelenlegi felírási rendszer nem biztosít lehetőséget arra, hogy igazolt mellékhatás jelentkezése esetén, szakorvosi javaslatra a beteg nagyobb támogatással juthasson hozzá a kevesebb mellékhatást okozó egyéb gyógyszerhez (pl. mirabegron).

Mindenképpen javasolt a támogatási rendszer átalakítása oly módon, hogy oxybutinin IR készítmény alkalmazásakor jelentkező dokumentált mellékhatás esetén, a szakorvosnak legyen lehetősége nagyobb ártámogatással egyéb, kevesebb mellékhatást okozó készítményt (ER típusú nem anticholinergicumot, vagy béta adrenoreceptor agonista mirabegront) felírni.

Addig ilyen esetekben méltányossági engedéllyel juttatható a beteg ilyen támogatott ellátáshoz. Egyébként a készítmény teljes áron rendelhető, mivel CTK jelzéssel európai központi engedélyezéssel rendelkezik.

A szakellátáson belül a *kifejezetten költséges* (múshinctor, férfi szalagok, neuromoduláció) *vagy bonyolult* (női prolapsus hálók alkalmazása hüvelyi vagy hasi úton) *beavatkozások* elvégzése, *vagy a komplex határterületi esetek* (pl. uterus prolapsussal társult vizeletinkontinencia esetén egyidejű hysterectomia és medencefenéki rekonstrukció elvégzése) ellátása mindenképpen csak olyan centrumban javasolt, ahol a finanszírozási feltételek mellett az adott műtéttel kapcsolatosan megfelelő szakmai tapasztalat, jártasság van és a beavatkozások végzésének személyi (pl. urogynekológus, vagy nőgyógyász-urológus közös együttműködése) és tárgyi feltételei adottak. Ennek megfelelően a fenti költséges beavatkozások finanszírozását az

OEP egyedi méltányossági engedély alapján biztosítja. Múshinctor beültetés csak a négy egyetemi urológiai klinikán engedélyezett, míg korszerű szalagműtét végzése csak kiemelt III-as szintű központban finanszírozott.

*A botulinum toxin intradetrusor injectio* hatékony és megfelelő másodvonalbeli kezelés a hyperaktív hólyagszindróma / urge inkontinencia kezelésében, ugyanakkor nincs hivatalos OEP által finanszírozott beavatkozási kódja. Cél, a hivatalos, megfelelő mértékű finanszírozás megteremtése.

*A sacralis neuromoduláció* végzését egyedi méltányossági alapon javasoljuk a budapesti illetve a pécsi egyetem idegsebészeti klinikáin urológiai indikáció alapján.

Tekintettel arra, hogy a vizeletinkontinens betegek egy részénél székletinkontinencia is fennáll, továbbá a panaszok súlyossága között jelentős különbségek észlelhetők, javasolt lenne a jelenlegi segédeszköz központú felírási rendszert átalakítani és betegközpontúvá, egyénre szabottá tenni.

Javasolt a jelenlegi segédeszköz-központú gyógyászati segédeszköz felírási rendszer betegcentrikussá történő átalakítása

*Az egyénre szabott minőségi segédeszköz-ellátás feltétele, a jelenlegi segédeszköz központú ártámogatási rendszer átalakítása és a betegközpontú differenciált nedvszívó eszközutalványozás és támogatás bevezetése.*

A nedvszívó eszközök utalványozási *rendjének továbbfejlesztése* a minőségi (szívárgásoktól mentes), kiegyensúlyozott ellátás irányában és megtartására időszerű és indokolt. Mivel a jelenlegi felírhatósági és támogatási séma (magasabb effektív teljesítményt nyújtó termékek ár/darab és piacrész alapú rutin-delistázása, egynemű 80%-os normatív támogatás, a megfelelő eszköztípus kiválasztását segítő irányelv hiánya, szakorvosi javaslat kényszere) a beteg állapotváltozását nem követő, ineffektív ellátást generál.

Fentiek miatt jelen irányelv szerzői a felírhatósági és ár-támogatási szabályzókra alkalmazva javasolják a két-lépcsős felírhatóságot, a két-kulcsos támogatási intenzitást és a támogatott-körbe kerülés szabályainak egyidejű korrekcióját. Ezen kívül a napi gyakorlatban egyneműen használható, egyértelmű termék alaptípus megjelölését kezdeményezik (**5. ábra**).

Középtávon a támogatási rendszer átgondolása szükséges, az eszköz központú támogatás helyett a betegközpontú támogatás elvei szerint, mivel a mostani rendszerrel szemben az utóbbi ösztönöz a minél alacsonyabb napi eszközhasználat mennyiség irányába a magasabb adherencia révén.

*Javasolt változtatások:*

Az alapellátásban dolgozó orvosnak minden inkontinens betegnél joga van egy alacsonyabb támogatási kulccsal (45%) nedvszívó segédeszköz felírására minden betegmegjelenés alkalmával, maximum 3 hónapra. Amennyiben a segédeszköz felírása a későbbiekben is szükséges, az csak szakorvosi vizsgálatot követően lehetséges magasabb támogatási kulccsal (80%). A tartósan immobilis, egyéb kezelésre alkalmatlan, súlyos vizeletinkontinenciával küszködő betegeknél a haematuria, vizeletrekedés, húgyúti fertőzés kizárása után a háziorvos tehet javaslatot nedvszívó segédeszköz tartós viselésére, de nagyobb ártámogatással történő segédeszköz felírást, vagy segédeszköz nagyobb ártámogatással történő kiváltásához javaslatot csak urológus, nőgyógyász (női beteg esetén), neurológus, sebész, geriatér vagy rehabilitációs szakorvos adhat.

A házi orvos közvetlenül utalványozhasson, **45%-os** támogatással:

- Maximum 3 hónapra 45%-os támogatás intenzitással utalványozhat nedvszívó segédeszközt a házi orvos, ha dokumentáltan és megfelelően elvégezte a kontinencia státusz felvételét és az alap kivizsgálást, mely során tünetmentesítő kezelés szükségesége megállapítást nyert. Amennyiben a beteg panaszai nem javultak, vagy progeszióra, komplikált esetre van gyanú, a tünetmentesítő kezelés megkezdésével egyidőben szakorvosi beutalás szükséges. (a 80%-os házi orvosi utalványozhatóság továbbra is szakorvosi javaslatához kötött kell maradjon).
  - A szakorvosi javaslat az inkontinencia mértékére és jellegére kell utaljon, de a nedvszívó GYSE alaptípust sem annak méretét nem szabad behatárolja, legfeljebb 8 ISO karakter pontos legyen (ha a javaslat funkcionális csoport szintű, pl. minden testmérettel összefüggő módosítás új szakellátásba utalással jár).

*Várható eredményesség és hatékonyság javulás:*

Fenti szempontokat tükröző eszközválasztási és utalványozási séma hazai gyakorlati alkalmazásával mintegy 40%-kal volt fejleszthető a kontinencia gondozás eredményessége, ami már a beteg életminőségét is szignifikánsan javítani képes [3]. A módszer 25%-al jobb költséghatékonyságot (pelenkacserék száma, a szükséges szakdolgozói idő, hulladék és mosatási szükséglet csökkenés) és a személyzet körében 25%-al jobbnak megélt ápolási körülményeket hozott. [Tamás LJ és mtsai, 2013]

Jelen irányelv szerzői a fentiek alapján javasolják az új GYSE utalványozási rendszer bevezetését, melynek fő szempontjai, vagyis a hiányzó önellátási képesség (rossz mobilitás és/vagy mentális státus) és a széklet inkontinencia fennállása adnák a differenciált, betegközpontú GYSE ellátás biztosításának alapját. Alapvetően hasonló elvekre épül az ISO 15621 nemzetközi célszabvány is. A betegközpontú, differenciált nedvszívó GYSE ellátás áttekintő sémáját az **5. ábrán** mutatjuk be.

*A jelen irányelvben feltüntetett ártámogatási mértékek csupán javaslatok, melyek eldöntése a finanszírozó kompetenciája.* Azonban, a támogatási mértékektől függetlenül a házi orvosok GYSE utalványozási engedélyét, a fenti szigorú feltételek betartásával mindenképpen vissza kell állítani. (Ezt a kompetenciát a házi orvosoktól 2009-ben vették el, aminek a következménye a szakellátás túlterhelése, hosszú várólisták, gyengébb eredményességű és összességében költségesebb tüneti kezelés lett.) Az inkontinens betegek nagy része ugyanis az alapellátásban jelentkezik először, így ezen betegek megfelelő első ellátása csak akkor valósulhat meg maradéktalanul, ha az alapellátásban a kötelezettségek mellett jogokat is biztosítunk.

Sajnos a szakképzett gyógytorna módszerek finanszírozása jelenleg nem megoldott, ezért sok helyen, bár személyzet lenne, nem történnek fizioterápiás kezelések. Célszerű lenne, regionális központokként kialakítani egy-egy finanszírozottan működtetett fizioterápiás központot. Biztosítani kell a személyi feltételek (vizeletinkontinencia kezelésére kiképzett gyógytornászok) mellett a fizioterápiás tevékenység OEP által történő finanszírozását és ennek alapján annak megvalósítását, hogy legalább a regionális kontinencia központokban legyen lehetőség képzett gyógytornászok által oktatott fizioterápiás technikák elsajátítására.

### **1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai**

Az érintett populáció nagyságrendileg 5-600.000 ember lehet. A betegek nagyfokú heterogenitást mutatnak a tájékozottság, a szociális és kulturális körülmények, illetve az



elvárások tekintetében.

A feljesztőcsoport tagjai felhívják a figyelmet arra, hogy társadalmi célú hirdetésekben széles körben kellene tájékoztatni a betegeket arról, hogy az inkontinencia gyógyítható, a segédeszközök bár fontosak, de nem oldják meg a problémát, csak a kellemetlen tüneteket enyhítik.

Ugyanakkor célszerű lenne minden kereskedelmi forgalomban kapható higiénés betét csomagolásán feltüntetni, hogy inkontinencia kezelésére nem javasolt, s ha a beteg ilyen célzattal vásárolja a terméket, feltétlenül forduljon orvoshoz, hiszen panaszára van megoldás.

#### **1.4. Egyéb feltételek**

##### *Biztonságosság*

Az ellátás biztonságosságát a vizeletinkontinencia kivizsgálásának és kezelésének kétlépcsős modellje szavatolja.

Az alapellátásban csak az egyszerű, tiszta, enyhe súlyossági fokozatú, többnyire primér esetek ellátása történik.

A szakellátás biztosítja a komplikált, súlyos, recidív esetek kivizsgálását, ellátását.

## **2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**

### **2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Nincsenek

### **2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

1. VAS skála 0-10
2. Kérdőív: bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt kötelezően megkérdezendő kérdések

### **2.3. Táblázatok**

1. táblázat: Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)
2. táblázat: Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)

### **2.4. Algoritmusok**

2. ábra: A női és férfi felnőtt vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus
3. ábra: A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus
4. ábra: A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus

## **3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok**

1. milyen arányban történt meg a tüneti és életminőségi kérdőív felvétele,
2. milyen arányban javult a klinikai eredményességet jelző mutató a tünetmentes napok (szivárgás és átázásmentes) száma 3 hónap alatt (dry day index) mutatók értéke
  - gyógyszeres kezelés hatásossága/mellékhatás szám (napok / 3 hónap),
  - re-operációs arány,
  - önkatéterezés szükségessége,
  - visszatérő húgyúti infekciók,
  - szövődmények előfordulása.

#### 4. Az ajánlások terjesztésének terve

Internet

Nyomtatott verzió

Akkreditált szakorvosi és szakdolgozói továbbképzések

Kongresszusok

### IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

2019-ben esedékes EAU és ICS aktuális irányvonalak felhasználásával frissítést végezni.

Az irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséért felelős tagozat: Urológia Tagozat.

A felülvizsgálat felelősei: az egészségügyi szakmai kollégium Urológia, Szülészet-nőgyógyászat, asszisztált reprodukció és Mozgásterápia, fizioterápia Tagozatai által kijelölt személy(ek).

A felelős személyek feladata: irodalomkutatás, aktuális szakirodalom és hazai ellátó környezet nyomon követése, a változások azonosítása, a fejlesztőcsoport tagok tájékoztatása, megbeszélés, konszenzus, felülvizsgálat kezdeményezése, és az aktualizálás elvégzése. Az irányelvvel kapcsolatos szakirodalom nyomonkövetését és a változások azonosítását a társszerző tagozatok irányelvfejlesztő kollégái végzik folyamatosan.

A felülvizsgálat ideje: legkésőbb 2019. 01. 02., de a változtatások szükségességének függvényében hamarabb.

### X. IRODALOM

#### Jelen irányelv három meghatározó irányelv alapján készült:

- [1] Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. (eds.) Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence, Paris, February, 2012. SMART-DOT marketing and web consultants-2013, ISBN: 978-9953-493-21-3.
- [2] Lucas MG, Bedretdinova D, Bosch JLHR et al. European Association of Urology (EAU) Guidelines: Guidelines on Urinary Incontinence. 2015.
- [3] Majoros A, Pytel Á, Bajory Z. A vizeletinkontinencia. A Magyar Urológia irányelvei, Szeged: 2010; 36-57.

#### További felhasznált irodalom:

- Andrada Hamer M, Larsson PG, Teleman P et al. Short-term results of a prospective randomized evaluator blinded multicenter study comparing TVT and TVT-Secur. *Int Urogynecol J* 2011 Jul; 22(7):781-7.
- Atkins D, Eccles M, Flottorp M et al. System for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE working group. *BMC Health Serv Res* 2004 Dec 22, 4(1):38
- Bajory Z, Deák G, Király I et al. Elsősorban a szalag minősége felelős a késői szövődményekért TOT-műtétekben. *Magy. Urol.* 2008, 3:138-142.
- Bajory Z, Fekete Z, Király I et al. Consecutive vesicovaginal fistula for transobturator sling perforations and successful repairs with skin flap. *Neurourol Urodyn* 2011; 30(8):1530-2.

- Bajory Z, Meszlényi I, Pajor L. Posztoperatív inkontinencia megszüntetése mûsphincter beültetésével. *Magy. Urol.* 2009, 1: 12-17.
- Bauer R, Fullhase C, Stief C et al. AdVance sling: the 'repositioning test', the most important tool for preoperative evaluation. *Urology* 2010 Sep; 76(3 Suppl 1):S4, abstract no. POK-1.09. [http://www.siu-urology.org/userfiles/files/URL\\_1.pdf](http://www.siu-urology.org/userfiles/files/URL_1.pdf)
- Birch C, Fynes MM. [The role of synthetic and biological prostheses in reconstructive pelvic floor surgery.](#) *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002, 14(5):527-35.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17; 10:CD007471. doi:10.1002/14651858.CD007471.pub2
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD et al. Pelvic Floor Muscle Training for Prevention and Treatment of Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: A Short Version Cochrane Review
- de Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol.* 2003, 44(6):724-30.
- Jeffery ST, De Jong P, Abdool Z et al. Single-incision sling operations for urinary incontinence in women (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9):CD008709.
- Kullmann L. Inkontinencia és életminőség. *Rehabilitáció* 2012, 22(1):21-24.
- MacDonald R, Fink HA, Huckabay C et al. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. *BJU Int* 2007; 100:76-81. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.06913.x
- Majoros A, Bach D, Keszthelyi A et al. Urinary incontinence and voiding dysfunction after radical retropubic prostatectomy (prospective urodynamic study). *Neurourol Urodyn*, 2006, 25(1):2-7.
- Majoros A, Hamvas A, Keszthelyi A et al. Az abdominális vizeletvesztési nyomás vizsgálat értéke a stressz inkontinencia differenciáldiagnosztikájában. *Orv Hetil*, 2003, 144(47): 2321-5.
- Majoros A, Nagy F, Hamvas A et al. A Gaudenz teszt értéke a stressz és az urge inkontinencia elkülönítésében az urodinamikai vizsgálatok tükrében. *Magy Urol*, 1998, 2:133-9.
- Majoros A. Az inkontinencia konzervatív kezelése. *Orv Hetil*, 2005, 146(49):2509-11.
- Marinez-Fonres TM, Perez FC, Lopez FC et al. A three year follow-up of a prospective open randomized trial to compare tension-free vaginal tape with Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2009 Nov; 33(10):1088-96.
- Péntek M, Gulácsi L. Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010-2020, Inkontinencia és Vizeletürítési Zavarok alprogram kérdőíves felmérés (2011), 2012 Nov; [http://www.egeszsegprogram.eu/img/content/hirek/20121129/kutatasi\\_eredmenyek.pdf](http://www.egeszsegprogram.eu/img/content/hirek/20121129/kutatasi_eredmenyek.pdf)
- Rutman M, Itano N, Deng D et al. Long-Term Durability of the Distal Urethral Polypropylene Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: Minimum 5-Year Followup of Surgical Outcome and Satisfaction Determined by Patient Reported Questionnaires. *The Journal of Urology*, 2006, 175:610-613.

- Simon Zs, Nagy F, Demeter J et al: TVT- műtéteink öt éves utánkötése. *Magy Urol*, 2004, XVI. 2: 91-96.
- Sivaslioglu AA, Unlubilgin E, Aydogmus S et al. A prospective randomized controlled trial of the transobturator tape and tissue fixation mini-sling in patients with stress urinary incontinence: 5-year results. *J Urol* 2012 Jul, 188(1):194-9.
- Smiths ARB, Dmochowski R, Hilton P et al. Surgery for Urinary Incontinence in Woman. Incontinence (4th International Consultation on Incontinence) Health publicatin Ltd pp:1193-1272, 4th Edition, 2009.
- Stoffel JT, Barrett DM. The artificial genitourinary sphincter. *BJU Int* 2008, 102: 644-658
- Tamás LJ, Csordás A, Feller G et al. Az ISO 15621 Nemzetközi Szabvány teljesítménye hazai környezetben, a Petz Aladár Megyei Oktatókórház Pszichiátriai Osztályán. *Rehabilitáció* 2013; 23(1-2):29-34.
- Tienforti D, Sacco E, Marangi F et al. Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int*, 2012; 110:10 0 4 – 1011. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.10948.11451.x
- Wöllner J, Neisius A, Hampel C et al. Extracorporeal magnetic innervation. *Der Urologe* 2012(51)10:1432-1437.

## XI. MELLÉKLET

### 1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok

*(OBDK tölti ki)*

<b>Témaválasztási javaslat</b>	Igen
<b>Delegálás a fejlesztőcsoportba</b>	Igen
<b>Fejlesztőcsoport felkérése</b>	Igen
<b>Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok</b>	Igen
<b>Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok összefoglaló</b>	Igen
<b>Csoportos nyilatkozata fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról, a szponzori függetlenségéről és az elfogulatlanságról</b>	Igen
<b>Konzultációs feljegyzés(ek)</b>	Igen
<b>Módszertani szűrőértékelés</b>	Igen
<b>Részletes módszertani értékelés(ek)</b>	Igen
<b>Tagozatvezetői nyilatkozatok az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről</b>	Igen

### 2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok

A jelen egészségügyi szakmai irányelv a kapcsolódó nemzetközi irányelvek hazai adaptációja. Az irányelvekből átvett, magyarra fordított ajánlások és magyarázatok mögött a kapcsolódó hivatkozások megjelölése is szerepel, illetve ezen források összegyűjtve a dokumentum Irodalomjegyzék c. fejezetében külön is feltüntetésre kerültek.

#### 2.1. Fejlesztőcsoport megalakulása, folyamat, és feladatok dokumentálása

A vizeletinkontinencia irányelv megalkotásában három tagozat (urológia, szülészet-nőgyógyászat és mozgásterápia, fizioterápia) kívánt társszerzőként részt venni. További két tagozat (háziiorvosi és csecsemő-gyermekgyógyászat) jelezte, hogy véleményezőként kíván a fejlesztési folyamatban közreműködni, de mivel a gyermekkori vonatkozásokra önálló irányelv kidolgozását javasolja a fejlesztőcsoport, az alapellátás részéről a háziiorvosi szakterület véleményezését kértük. Az érintett tagozatvezetők kijelölték azon munkatársakat, akik az irányelv megírásában szerepet vállaltak.

A fejlesztőcsoport tagjai az alakuló ülésen megválasztották a fejlesztőcsoport koordinátorát. Az irányelv elkészülése után, a véleményező tagozatok véleményezték az irányelvet. A lehető legszélesebb szakmai konszenzus elérése céljából az irányelv társszerzői további szakmai véleményezésre felkérték a Háziiorvostan Tagozatot, a Geriátria és krónikus ellátás Tagozatot, a Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tagozatot és az Ápolási Tagozatot. A végleges forma elkészítésében tanácskozási joggal részt vett a Magyar Kontinencia Társaság, az Országos Alapellátási Intézet és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, továbbá a Forgalmazók az Egészségért Szövetség munkatársai. Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az EAU vizeletinkontinencia irányelv urológusok számára íródott és bármely európai egészségügyi környezetben alkalmazható. Az EAU munkabizottsága ugyanakkor elismeri, hogy az EAU iránymutatásait az urológusokon kívül számos különböző egészségügyi szakember használja. A munkabizottság szintén elismeri, hogy egy beteg nem minden esetben urológushoz fordul először, és előfordulhat az is, hogy a kezelést – például fizioterápiát – végző egészségügyi szakember nem urológus. Emiatt egyes egészségügyi szakembereknek lehet az a véleménye, hogy az EAU iránymutatásai nem magyaráznak kellő részletességgel egy adott témát az ő igényeikhez, például a medencefenéki izom erősítésének (PFMT) módjait.

A fentiek miatt jelen irányelvet urológusok, nőgyógyászok és fizioterapeuták közösen állították össze és további érintettek (lásd fent) is véleményezték.

## 2.2. Irodalomkeresés, szelekció

A fejlesztőcsoport a szakterület által leginkább elfogadott irányelveken kívül a további adaptálható, jó minőségű irányelvek kiválasztásához a Guidelines International Network adatbázisában ([www.g-i-n.com](http://www.g-i-n.com)) végzett irányelvkeresést, majd kiválasztották az adaptálandó irányelveket.

A jelen irányelv alapját az EAU legújabb inkontinencia irányelve és a társszakmák (nőgyógyászok és fizioterapeuták) által is széleskörben elfogadott és használt ICS kiadvány (Incontinence 5th Edition 2013: melynek alapja: 5th International Consultation on Incontinence, Paris, 2012) jelenti (utóbbi tulajdonképpen az ICS irányelve).

Az adaptált irányelvek irodalomkutatásának záró időpontjai (ICS: 2012. február; EAU: a következő táblázat szerinti) voltak:

Chapter	Latest 'cut-off' date for search
Assessment and diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PROMS &amp; Questionnaires: 30 April 2014</li> <li>– Urinalysis and urinary tract infection: 1 May 2014</li> <li>– Post-voiding residual volume: 12 May 2014</li> <li>– Pad testing: 29 September 2014</li> <li>– Urodynamics: 7 May 2014</li> <li>– Imaging: 12 May 2014</li> </ul>
Conservative therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>28 June 2012</li> <li>– Containment: 10 July 2013</li> </ul>

Drug therapy	28 June 2012 – Anticholinergic load: 29 April 2013 – Mirabegron: 25 April 2014
Surgical therapy	9 July 2012 – POP & OAB: 29 April 2013 – Prolapse reduction stress test: 16 May 2013 – Urethral diverticulum: 7 May 2013

A fenti időpontok és 2015. március 31. közötti időszakra a következő keresési stratégiáját alkalmazta a fejlesztőcsoport:

A MEDLINE és az EMBASE adatbázisokban, valamint a Cochran Könyvtárban a Cochran Incontinence Group (oldalán <http://incontinence.cochrane.org/our-reviews>) a „urinal” „incontinence”, „non-neurogenic”, „prevention”, „diagnosis”, „assessment”, „treatment”, „rehabilitation” keresőszavak kombinációival végeztek kereséseket. A talált bizonyítékok közül a fejlesztőcsoport döntésének megfelelően csak 2012. február utáni és a randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok, ezek közül is csak az angol nyelven megjelent tanulmányok kerülhettek figyelembe vételre. Az e szempontoknak megfelelő szócikket a fejlesztőcsoport úgy ítélte meg, hogy a jelen irányelv ajánlásai szempontjából ezek új/megfontolandó információt/bizonyítékot nem tartalmaztak.

### 2.3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték, vagy ajánlás mátrix”)

A két adaptált irányelv hasonló bizonyítékbesorolási rendszert alkalmaz. A rendszereket a következő összehasonlító táblázatban mutatjuk be:

EAU guideline		ICS guideline	
LE	type of evidence	LE	type of evidence
1a	Evidence obtained from meta-analysis of randomised trials.	1	(incorporates Oxford 1a, 1b) usually involves meta-analysis of trials (RCTs) or a good quality randomised controlled trial, or 'all or none' studies in which no treatment is not an option, for example in vesicovaginal fistula.
1b	Evidence obtained from at least one randomised trial.		
2a	Evidence obtained from one well-designed controlled study without randomisation.	2	(incorporates Oxford 2a, 2b and 2c) includes "low" quality RCT (e.g. < 80% follow up) or metaanalysis (with homogeneity) of good quality prospective 'cohort studies'. These may include a single group when individuals who develop the condition are compared with others from within the original cohort group. There can be parallel cohorts, where those with the condition in the first group are compared with those in the second group.
2b	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study.		
3	Evidence obtained from well-designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports.	3	(incorporates Oxford 3a, 3b and 4) includes: good quality retrospective 'case-control studies' where a group of patients who have a condition are matched appropriately (e.g. for age, sex etc) with control individuals who do not have the condition. good quality 'case series' where a complete group of patients all, with the same condition/disease/therapeutic intervention, are described, without a comparison control group.

EAU guideline		ICS guideline	
LE	type of evidence	LE	type of evidence
4	Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities.	4	(incorporates Oxford 4) includes expert opinion where the opinion is based not on evidence but on 'first principles' (e.g. physiological or anatomical) or bench research. The Delphi process can be used to give 'expert opinion' greater authority. In the Delphi process a series of questions are posed to a panel; the answers are collected into a series of 'options'; the options are serially ranked; if a 75% agreement is reached then a Delphi consensus statement can be made.

A fejlesztőcsoport kritikusán értékelt a két adaptációra kiválasztott irányelv bizonyíték és ajánlásbesorolási rendszerét és ennek alapján eldöntötte, hogy a jelen irányelvben az EAU irányelv által alkalmazott rendszert alkalmazza. A más irányelvből/publikációból származó evidenciákat megvizsgálta és az EAU rendszernek megfelelően sorolták át.

Meg szeretnénk említeni, hogy 1-es szintű bizonyítékok csak kevés esetben állnak rendelkezésre. Ugyanakkor nem feltétlenül jelenti a magasszintű bizonyítékok hiánya, hogy nem lehet egyértelmű ajánlást megfogalmazni egy adott kérdéssel kapcsolatban.

#### 2.4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Következésképpen a fejlesztőcsoport döntése alapján és a 2.3. pontban leírtak szerint az ajánlások besorolása is az EAU guideline besorolási rendszerén alapul.

A magyarországi sajátosságokat, a hazai adaptálhatóságot minden ajánlásnál figyelembe vették és a fejlesztőcsoport ezeknek megfelelő szakmai ajánlásokat fogalmazott meg. A jelen irányelv minden ponton figyelembe veszi a hazai alapellátás, a járó és fekvőbeteg szakellátás igényeit és lehetőségeit.

Az EAU és ICS irányelvek ajánlásbesorolási rendszerek összevetését a következő táblázatban ismertetjük:

EAU guideline		ICS guideline	
GR	nature of recommendations	GR	nature of recommendations
<b>A</b>	Based on clinical studies of good quality and consistency addressing the specific recommendations and including at least one randomised trial.	<b>A</b>	recommendation usually depends on consistent level 1 evidence and often means that the recommendation is effectively mandatory and placed within a clinical care pathway. However, there will be occasions where excellent evidence (level 1) does not lead to a Grade A recommendation, for example, if the therapy is prohibitively expensive, dangerous or unethical. Grade A recommendation can follow from Level 2 evidence. However, a Grade A recommendation needs a greater body of evidence if based on anything except Level 1 evidence
<b>B</b>	Based on well-conducted clinical studies, but without randomised clinical trials.	<b>B</b>	recommendation usually depends on consistent level 2 and or 3 studies, or 'majority evidence' from RCT's.

EAU guideline		ICS guideline	
GR	nature of recommendations	GR	nature of recommendations
C	Made despite the absence of directly applicable clinical studies of good quality.	C	recommendation usually depends on level 4 studies or 'majority evidence' from level 2/3 studies or Dephi processed expert opinion.
		D	"No recommendation possible" would be used where the evidence is inadequate or conflicting and when expert opinion is delivered without a formal analytical process, such as by Dephi.

A szövegközi bizonyítékok ismertetései tömör összefoglalót adnak arról, hogy a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok mit mondanak egy adott klinikai kérdéssel. Az összefoglalók az EAU által alkalmazott bizonyítékszinteknek megfelelően kerülnek bemutatásra.

Az EAU és az ICS irányelvek adaptációja a magyarországi viszonyok, lehetőségek, igények figyelembevételével történt. Sok olyan pontja van a nemzetközi irányelveknek, ahol nincs egyértelmű ajánlás, vagy az adott ajánlás a hazai gyakorlattól eltér, mert az Magyarországon csak más formában valósítható meg. Minden ilyen esetben jelen irányelv szerzői maguk tettek ajánlást, mely hivatkozva a személyes tapasztalatra 4-es szintű bizonyítéknak felel meg és D típusú ajánlásként javasolható. Az ajánlások részletezésekor jobbnak tartottuk az olvasmányos, folyamatosan követhető szöveg szerkesztést, struktúrát, ezért a részletes részben az ajánlásokat kimeltük.

Megjegyzendő, hogy az ajánlások osztályozásakor nincs automatikus kapcsolat a bizonyíték szintje és az ajánlás fokozata között. Randomizált kontrollált vizsgálatok (RCT-k) meglepte nem feltétlenül jár „A” fokozatú ajánlással módszertani korlátozások vagy a publikált eredmények közötti különbségek esetén.

Ugyanígy, a magas szintű bizonyítékok hiánya nem szükségszerűen zárja ki az „A” fokozatú ajánlást; ha minden kétséget kizáró klinikai tapasztalat és konszenzus van a magas szintű ajánlás támogatására, akkor azt meg lehet adni. Ezen túlmenően, lehetnek olyan kivételes helyzetek, melyekben nincs mód hitelesítő vizsgálatok végzésére, például etikai vagy egyéb okok miatt. Ebben az esetben az egyértelmű ajánlások minősülnek hasznosnak a klinikus számára. A tudományos bizonyíték minősége rendkívül fontos tényező, de a fokozat meghatározásánál nem kell kiegyensúlyozottnak lennie az előnyöknek és hátrányoknak a személyes tapasztalatokkal és preferenciákkal szemben.

Nemzetközi irányelvek ajánlásai mellett azon kérdésekben, ahol speciális hazai ajánlások megfogalmazása volt célszerű (pl. ajánlások alkalmazási feltételei), a fejlesztőcsoport konszenzusos alapon saját ajánlásokat is megfogalmazott.

## 2.5. Véleményezés módszere, és dokumentációja

Az ellátásban érintett egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatoknak a tervezetet eljuttatva a fejlesztőcsoport koordinátora a visszaérkező javaslatokat és véleményeket összesítette, majd a javasolt módosításokat feltüntetve a tervezetet a fejlesztőcsoport tagjainak ismételt elküldte véleményezésre.

Mivel az inkontinens betegek esetében a társadalomba való reintegráció az elsődleges társadalmi cél, aminek elérése a megfelelően tervezett, szervezett és elvégzett rehabilitáció hiányában elképzelhetetlen, a rehabilitációs szakma javaslatai a jelen irányelv törzsszövegébe kerültek beépítésre.



A FESZ által javasolt módosítások elsősorban az alapellátás kompetenciáihoz, valamint a tüneti kezelés kérdésköréhez tartozó ajánlások és szakmai magyarázatok pontosításához járultak hozzá, így a fejlesztőcsoport a módosító javaslatok áttekintését követően a módosító javaslatok többségét elfogadta és beépítette az irányelvbe.

Az urológiai szakterület minőségügyi szakfőorvosa az irányelvet elsősorban a gyakorlati alkalmazhatóság szempontjából véleményezte.

Az elfogadott módosítások a fentieknek megfelelően kerültek beépítésre.

## **2.6. Független szakértői véleményezés módszere és dokumentációja**

Az irányelv tervezet független szakértői véleményezését az érintett szakterület minőségügyi szakfőorvosa, Prof. Dr. Pajor László végezte el. Véleményét a fejlesztőcsoport figyelembe vette és beépítette a tervezetbe.

## **2.7. Felülvizsgálat módszertana (opcionális, ha aktuálisan felülvizsgálat történik)**

Jelen irányelv nem felülvizsgálat keretében készült.

## **2.8. Egyéb**

Nincs.

## **3. Alkalmazást segítő dokumentumok**

### **3.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Nincsenek

### **3.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

1. VAS skála 0-10
2. Kérdőív: bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt kötelezően megkérdezendő kérdések

### **3.3. Táblázatok**

1. táblázat: Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)
2. táblázat: Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)

### **3.4. Algoritmusok**

2. ábra: A női és férfi felnőtt vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus
3. ábra: A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus
4. ábra: A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus

### **3.5. Egyéb dokumentumok**

Nincsenek.