

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

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

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 000784

Érvényesség időtartama: – 2019.02.28

[CÉ1] megjegyzést írt: Megjelenés napjával egybeesik

Tartalomjegyzék

I. ADATLAP	3
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
II. CÍM	9
III. ELŐSZÓ	9
IV. DEFINÍCIÓK	9
1. Fogalmak	9
2. Rövidítések	12
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja [2]	13
4. Ajánlások rangsorolásának módja	14
V. BEVEZETÉS	15
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	15
2. Célok	17
VI. ÖSSZEFOGLALÓ	18
3. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák)	30
VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	33
VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA	85
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
IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	90
X. IRODALOM	90
XI. MELLÉKLET	92
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**

Címe: Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkorban előforduló nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról

Azonosító: 000784

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

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

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma –
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

A megjelenés helye:

Nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny

Elektronikus elérhetőség: <https://kollegium.aEEK.hu>

3. Időbeli határok

Az irodalomkutatás lezárásának ideje: 2015. 02. 28.

A megjelenés dátuma: év hónap nap
(Közlönykiadó adja meg)

A hatályba lépés dátuma: év hónap nap

Az érvényességének lejárat dátuma: 2019.02.28.

[CÉ2] megjegyzést írt: E két dátum megegyezik a fejlesztők döntése alapján.

4. Hatókör

Egészségügyi kérdéskör: Nem neurogén eredetű vizelettartási zavarok

Az ellátási folyamat szakasza(i): prevenció, diagnosztika, terápia, rehabilitáció, ápolás

Az érintett ellátottak köre: Nem neurogén eredetű női és férfi felnőtt vizelettartási zavarok.

Az érintett ellátók köre

Szakterület: 1100 urológia
1102 urodinamia
1103 neuro-urológia
0400 szülészeti-nőgyógyászat
0405 szülészeti
0406 nőgyógyászat
6301 háziorvosi ellátás
6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás
5700 fizioterápia-gyógytorna
5711 gyógytorna

5722 fizikoterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)
 0106 geriátria
 2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységek
 2208 politraumatizáltak, égésbetegek és szepsztikus 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 legfrissebb nemzetközi ajánlásokat a magyarországi helyzetre adaptálva bemutassa, és ezzel segítse, illetve biztosítsa a korszerű betegellátást.

i. A jelen irányelv azon hazai szakemberek (uroológusok, 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 problémáival jelentkező beteg alapszintű ellátásában részt vesz, és szükség esetén szakellátásra küldi a beteget, így:
 - felnőtt háziorvosi praxis által felismert, kivizsgált, beállított terápiával egyenúlyban lévő beteg gondozása;

- otthonápolási szolgálat.
 - 2. Urológiai és nőgyógyászati szakellátásban dolgozó szakorvosok számára, ki-egészítő speciális, képalkotó és invazív diagnosztikai vizsgálatok, invazív, mű-téti 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, ra-diológus, kémiai laboratóriumi szakellátók;
 - 5. Gyógytornász és fizioterápiás szakemberek számára, akik az inkontinencia keze-lésében alkalmazható fizioterápiás kezeléseket biztosíthatják;
 - 6. Gyógyászati segédeszköz ellátás jó minőségű egyénre szabott segédeszközök használatának megvalósítása.
- II. Az irányelv felhasználásának másik célja az *egészségpolitikai és ellátásmenedzs-ment területén az inkontinencia-hálózat kialakítása és működtetése* a szakmai te-vékenység 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, Egész-ségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat és Tanács, Semmelweis Egye-tem, Urológiai Klinika, Budapest, társszerző és a fejlesztőcsoport kapcsolattar-tója

Dr. Bajory Zoltán, med. habil, PhD, urológus szakorvos, Egészségügyi Szak-mai Kollégium Urológiai Tagozat és Tanács, Szegedi Tudományegyetem, Uro-lógiai 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, Szülé-szet-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat és Tanács, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Székesfehérvár, társszerző

Dr. Endrődi 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. Házirosvtan Tagozat

Prof. Dr. Hajnal Ferenc, házirosv és gasztroenterológus szakorvos, tanszékvezető, SZTE Családorvosi Tanszék, Egészségügyi Szakmai Kollégium Házirosvi Tagozat elnöke, véleményező

2. Geriátria és krónikus ellátás Tagozat

Dr. Bakó Gyula, belgyógyász, endokrinológus, allergológus és klinikai immunológus, geriater 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. Füredi 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**
Pálffy 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

Cím: Guidelines on Urinary Incontinence.
European Association of Urology Guidelines (EAU) [2]

Megjelenés adatai: 2015. március

Elérhetőség: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>

Szerző(k): Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury, Alan Wein (editors)

Tudományos szervezet: International Consultation on Urological Diseases - European Association of Urology (ICUD-EAU)

Cím: Incontinence 5th Edition, 2013 (on the basis of the 5th International Consultation on Incontinence, Paris, 2012) [1]

Megjelenés adatai: 2013, ISBN:978-9953-493-21-3

Elérhetőség: <http://www.icud.info/index.html>

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

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

Cím: Neurogén eredetű hólyagműködési zavarok
Megjelenés adatai: megjelenés előtt
Elérhetőség: <https://kollegium.aeek.hu>

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet.

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

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: év hónap nap – 2019.02.28.

[CÉ3] megjegyzést írt: Megjelenés napjával egybeesik

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.

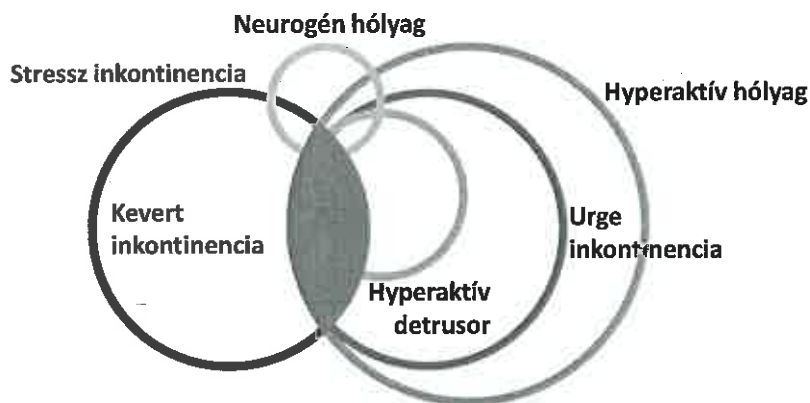
IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak

A Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatározása szerint **vizeletinkontinenciának** nevezünk bármely akaratlan vizeletvesztést. [1] Ezen legújabb meghatározás nem tartalmazza, hogy „húgycsövön keresztül” történik a vizeletvesztés, mégis felhívjuk a figyelmet arra, hogy a gyakorlatban inkontinenciának azokat az eseteket tekintjük, amikor vizeletvesztés húgycsövön keresztül történik. A hüvelyi, rectalis vizeletvesztés ugyanis a sipolyok kategóriájába sorolandó, a nem kontinens sztómák pedig műviileg 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 erőfeszítéskor, például, sportoláskor, köhögéskor, tüsszentéskor.
- **Sürgősségi vagy késztetési (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 mellékhelyiséget 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 tekintették kórosnak. Normális mértékű folyadékbevitelt és 14-16 órás nappali ébrenléte 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 úraindul, 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 erőlködés 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 Inkontinencia 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
A	Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, amelyek az adott ajánlásokkal foglalkoznak, és legalább egy randomizált vizsgálatot magukban foglalnak
B	Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak
C	Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások
D	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 különbözteti el:

- Amennyiben adott tevékenység elvégzése nélkül az ellátási folyamat nem lehet 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 széleskörűen 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 nemben 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 (késztetési típus). [3]

Az OAB prevalenciáját Irwin és mtsai mindkét nemben 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 idősothonokban 22-90% (átlag: 55,7% $\pm$ 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 panaszokról. 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 késztetési panaszok. A kor előrehaladottságával mind a vizeletfolyás, 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 panaszokról. 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 vizeletfolyás 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 terápiarezisztens 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 kétféle 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-urologiai 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 korral 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 nemben 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 panaszkodókkal a háziorvosok 16%-a nem törődik.

Az inkontinencia diagnosztikája és ellátási folyamata kétfélecsős. 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 alkalmazandók, súlyosabb esetben a műtéti terápia „gold standardját” a müsfhincter beültetés jelenti. Jó alternatívát képeznek a szabályozható feszességű szalagok.

Készítéscs inkontinencia / OAB esetén mindkét nembn viselkedésterápiával, anticholinerg vagy beta adrenoreceptor agonista gyógyszeres kezeléssel próbálkozunk először. Eredménytelenség esetén a hólyag érzékenységet, 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 elkezdni. 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 ápol, 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, tüsszentésre, emelésre vagy parancsoló vizeleti inger mellett, vagy attól függetlenül jelentkező) vizetvesztése?

- ☐ igen
- ☐ nem

Panaszainak mérséklésére milyen segédeszközt használ?

- ☐ betétet
- ☐ nadrágpelenkát

☐ condom urinaál ☐ katétert ☐ semmit
Milyen súlyosak a panaszai? ☐ enyhe (csöpög) ☐ közepes (szivárog) ☐ súlyos (folyik)
Milyen szakorvosnál járt emiatt? ☐ urológus ☐ nőgyógyász ☐ egyéb, és pedig: ☐ 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, CAB szindróma, vagy komplikált inkontinencia)

A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozóan feltett céizott 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, vizeleti 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]

13305

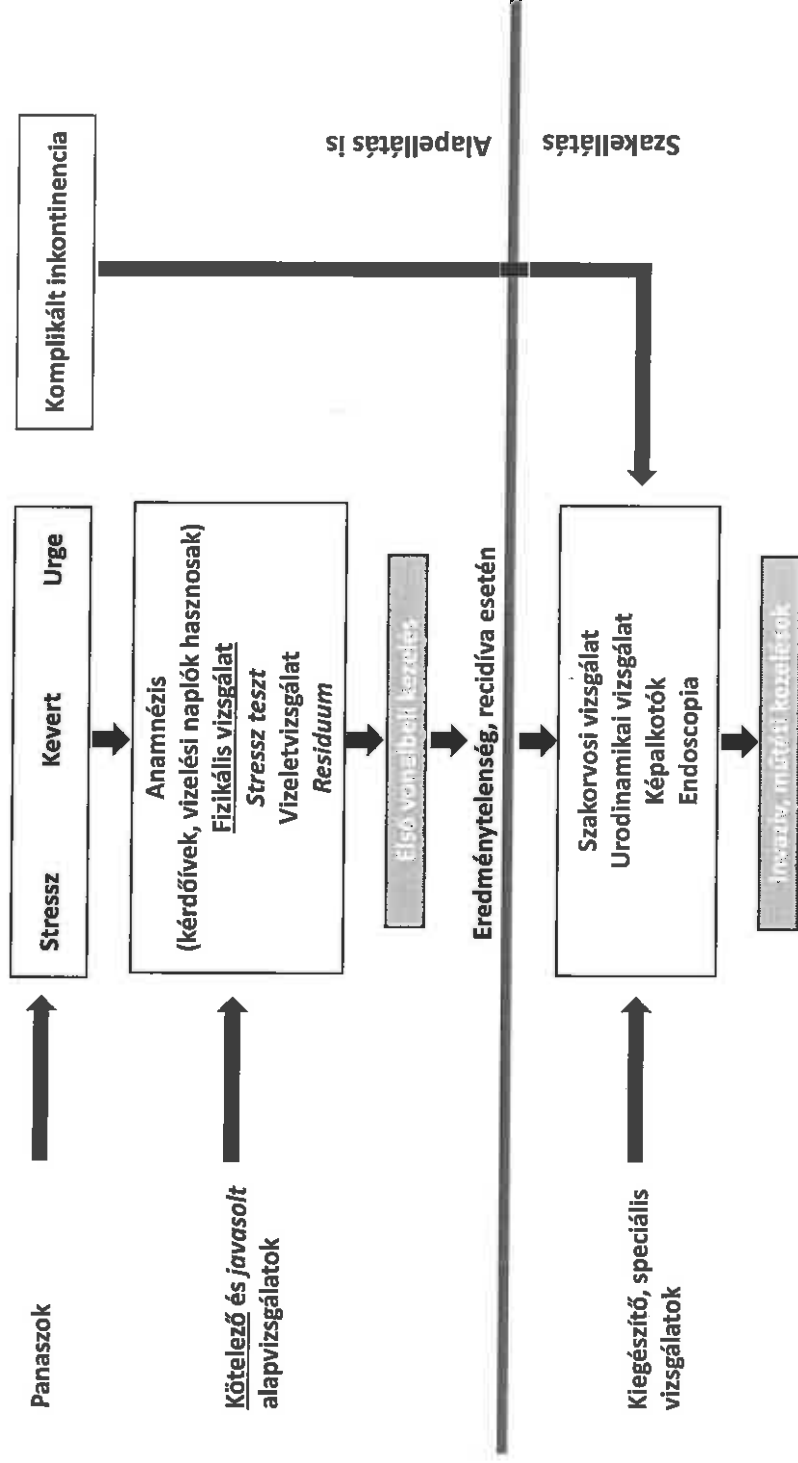
Ajánlás28

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

Ajánlás33

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

Ajánlás36

A kávéfogyasztás csökkentése javasolt inkontinencia illetve egyéb vizelettartási 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. Fizioterápia

Ajánlás46

A medencefenéli 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 terápiaként 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 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]

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]

3.2. Elsővonalbeli gyógyszeres kezelés

Ajánlás68

Javasolt a szelektívebb, kisebb mellékhatás profillal rendelkező szerek alkalmazása akár már elsővonalban is, de főleg másodvonalban. Oxybutinin 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 szerrel szedő betegünkénél. (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 gyógyszerfelíraskor 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 sebészeti technika alkalmazása esetén, az alacsony szövődésménnyarány 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 adóttak (nincs medencefenéki izombénulás, illetve atrophia). (C) [1]

Ajánlás108

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

Ajánlás111

A mellső hüvelyfali plasztika egyik módoszata 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 laparoscópos 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

Túlvégzett hólyagnyaki suspensio 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 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]

Ajánlás130

A nő készíttetéses 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 terápiás módszerként ajánlott. (B) [2]

Ajánlás132

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

Ajánlás141 *kiegészítés?*

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]

3. ábra. A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmusa [1]

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátzomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódváltoztatás Nedvzivó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódváltoztatás Nedvzivó eszközök	Stressz és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
<u>Primer:</u> TVT, TVTO <u>Receptív:</u> második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Müsfhincter	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 tüneteiinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán. (C) [2]

Ajánlás152

A rögzített szalagokkal végzett inkontinenciagátló műtét csak enyhe vagy közepesúlyos 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 közepesúlyos és súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén. (B) [1, 2, 3]

Ajánlás156

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

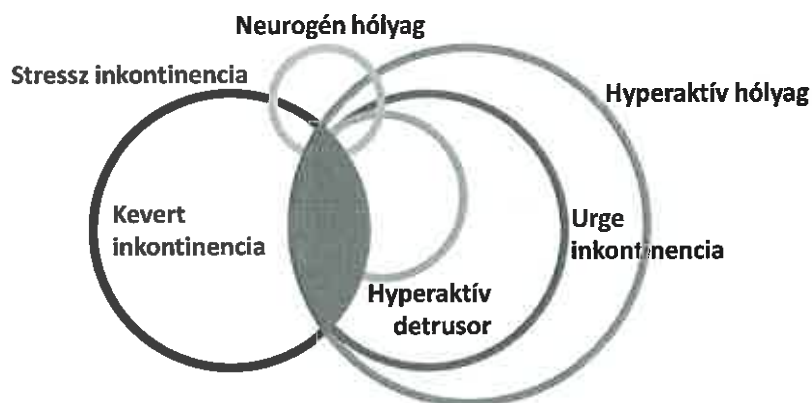
4. ábra. A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmusa [1]

Stressz inkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia Biofeedback Duloxetine Életmódváltoztatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok 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. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

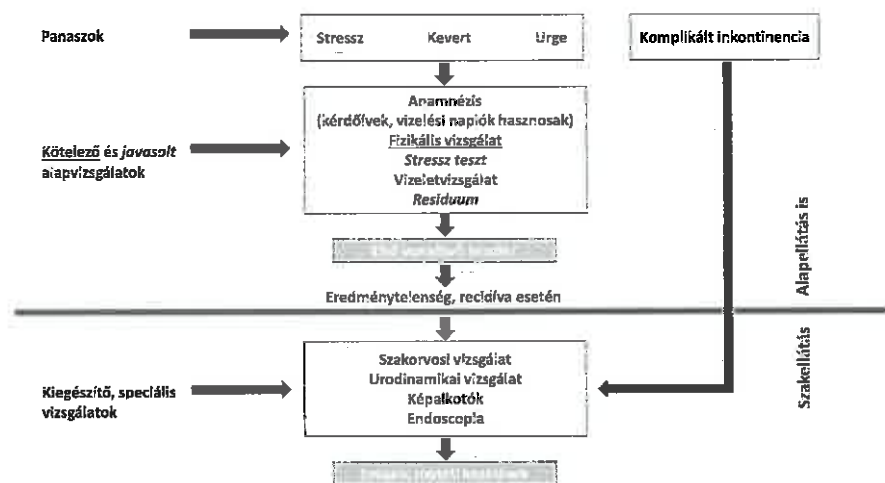
3.1. Ábra száma: 1.

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 Duloxetine Életmódváltztatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódváltztatás 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
Múshpincter	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 Duloxetine Életmódváltztatás Nedvszívó eszközök	Viselkedésterápia Anticholinergikumok Béta receptor agonisták Életmódváltztatás 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> Múshpincter	Botulinum toxin Sacralis neuromoduláció	Stressz és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Múshpincter	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 [Kuilmann 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)	igen	alsónemű-szerű, övvel rögzített	övvel rögzített
	nem	övvel rögzített	ragasztócsíkos, övvel rögzített

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 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 ápol, 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, tüsszentésre, emelésre vagy parancsoló vizeleti inger mellett, vagy attól függetlenül jelentkező) vizetvesztése?

- ☐ 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, és pedig:
☐ 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 késztetési 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 vizeletáramlás 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 betegeknél 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 idős kori késztetési inkontinencia és hyperaktív hólyagműködés kialakulásában. Idős betegek körében ép szellemi funkció mellett 36,2%, dementia esetén 76,7%-os inkontinencia arányt tapasztaltak. Idősothonok lakói között végzett felmérés mobilis betegekben 23,5%-ban, immobilis betegeknél 82,1%-ban talált vizeletelfolyást, melynek döntő része késztetési jellegű. [3]

2.1.6. Gyógyszerek

Számos, különösen idős korban szedett gyógyszer szignifikáns hatással bír a hólyagfunkcióra és mellékhatásként akár késztetési, 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 késztetési 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 orálisan adott ösztrogén szignifikáns rizikófaktorot 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, téraarányatlan 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, intersticiális cystitis stb.).
- Anatómiai eltérések (nők: cysto-rectocele, meatusstenosis; férfiak: BPH, húgycsőszűkület; mindkét nem: húgycső és hólyagdiverticulum).
- Funkcionális alsó húgyúti obstrukció (spasztikus sphincter, detrusor sphincter dissinergia).
- 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 felmaródott, érzékeny, gombás elváltozások jelentkeznek rajta.

Panaszok, tünetek. Akaratlan vizeletvesztés a húgycsővön keresztül. A panasz, vagyis a vizeletfolyás *stressz inkontinencia* esetén valamely hasi erő- illetve nyomáskifejtéskor (emelés, cipekedés, köhögés, tüsszentés), *készítetű inkontinencia* esetén pedig hirtelen jelentkező, erős sürgősségi ingerhez társultan lép fel. *Kevert típus* alkalomával mindkét panasz illetve tünet együttesen jelen van. Hyperaktív hólyagszindróma esetén a beteg sürgető vizelési ingerről panaszkodik, 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 recidív inkontinencia észlelésekör 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 az **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, székiethabitus, mentális státusz, - önálló 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 célzott kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható. (B) [2]

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

Ajánlás7

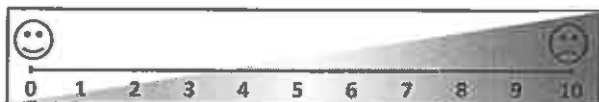
A folyadékbeviteli és vizeletürítési szokások felderítésében objektív segítséget nyújtanak a vizeleti naplók. (A) [2]

Ajánlás8

A vizeleti 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 vizeletelvezetés 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 tomagyakorlatokat 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 többlethasznot (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. Rectális 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) körütekintő vizsgálatára. Stressz teszt (köhögéstezt) ki lehet mutatni a stressz inkontinenciát, ha a húgyhólyag keletlenül tele van és a medencefenék kontrakciós képességét ujjal lehet vizsgálni (Oxford skála). Nőknél fontos a hüvelybemenet megtekintése és a mellő 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 akaratiagos, kontrakciós tónusának megítélése nőknél is javasolt. A vizsgálat szubjektív, a csökkent tónus az egész medencefenéki izomzat gyengeségére utalhat.

Stressz teszt

Közepesen felt (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, tüsszentés vizeletvesztéshez vezet, azonban az elcsöppenést nem a záró-nyomást meghaladó hasi nyomás, hanem a köhögés, tüsszentés 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 hólyagteltségtől, 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 (vizeletűledék 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 urodinamiai 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, vizeleti zavarrai társult (kivéve az urogenitális 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 sebészeti 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 lapoccai 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). Tájékoztató a hólyag kontraktilitásáról, ez alapján eldönthető, hogy a csökkent vizeletáramlás elsődleges oka a gyengült hólyagműködés (hypo-, akontraktilis detrusor) vagy alsó húgyúti obstrukció (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 vízcml 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] Egy másnak ellentmondó, alacsony szintű bizonyíték van arra, hogy a húgycső működésének urodinamikai vizsgálatai vajon előre jelzik-e a stressz inkontinencia műtétének kimenetelét nőknél.

Ajánlás29

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

Valsalva Leak Point Pressure (VLPP). A vizeletcseppenési 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 obstrukcióval társul, többszöri eredménytelen műtéti kezelés után jelenthet jelentős segítséget. [3]

Urethro-cystoscopy.

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 megítélhető 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, vizeleti zavarai 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 obstrukció (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 vizeletfolyás 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, cystoscopia, 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 húgycsőn keresztül, inger nélkül. Kimutatás: CT, urographia, urethro-cystoscopia.
- **Polidipsia** miatti gyakori nappali és éjszakai vizeletürítés. Urge tünet többnyire nem kíséri. Vizelési napló alapján a diagnózis egyértelmű. Diabetes irányában kivizsgálás javasolt.