

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról

2016. EüK. 6. szám EMMI szakmai irányelv (hatályos: 2016.03.30 -)

Típusa: klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 000784

Érvényesség időtartama: 2019. 02. 28.

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: 2016. március

A hatálybalépés dátuma: 2016. április 1.

Az érvényességének lejárat dátuma: 2019. 02. 28.

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 szülészet-nőgyógyászat

0405 szülészet

0406 nőgyógyászat

6301 háziorvosi ellátás

6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás

5700 fizioterápia-gyógytorna

5711 gyógytorna

5722 fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)

0106 geriátria

2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységek

2208 politraumatizáltak, égésbetegek és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja

7304 otthoni szakápolás

7305 szakápolás (egészségügyi diplomával és/vagy szakápolói szakképesítéssel külön jogszabályban meghatározottak alapján)

GYS1 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (önálló üzletben)

GYS2 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (fióküzletben)

Ellátási forma:

A1 alapellátás

J1 szakrendelés

J2 egynapos sebészet

J4 nem orvosi szakellátás

D1 diagnosztika

F1 fekvőbeteg szakellátás (aktív fekvőbeteg-ellátás)

F2 fekvőbeteg szakellátás (krónikus fekvőbeteg-ellátás)

F3 fekvőbeteg szakellátás (ápolási ellátás)

F4 fekvőbeteg szakellátás (rehabilitációs ellátás)

Progresszivitási szint: I.–II.–III. szint

Egyéb specifikáció: –

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

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

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

1. Valamennyi egészségügyi ellátó számára, aki a tárgyalt klinikai problémával jelentkező beteg alapszintű ellátásában részt vesz, és szükség esetén szakellátásra küldi a beteget, így:

– felnőtt háziorvosi praxis által felismert, kivizsgált, beállított terápiával egyensúlyban lévő beteg gondozása;

– otthonápolási szolgálat.

2. Urológiai és nőgyógyászati szakellátásban dolgozó szakorvosok számára, kiegészítő speciális, képalkotó és invazív diagnosztikai vizsgálatok, invazív, műtéti kezelések, vagy konzervatív, de szakorvosi kompetenciát igénylő kezelések ;

3. Ügyeleti, sürgősségi ellátásban az elsősegélyszintű ellátást végzők (pl. katétercsere, infekciók ellátása) számára;

4. A betegség kezelésében közvetetten résztvevő szakellátók: mikrobiológus, radiológus, kémiai laboratóriumi szakellátók;

5. Gyógytornász és fizioterápiás szakemberek számára, akik az inkontinencia kezelésében alkalmazható fizioterápiás kezeléseket biztosíthatják;

6. Gyógyászati segédeszköz ellátás jó minőségű egyénre szabott segédeszközök használatának megvalósítása.

II. Az irányelv felhasználásának másik célja az *egészségpolitikai és ellátásmenedzsment* területén az *inkontinencia-hálózat kialakítása és működtetése* a szakmai tevékenység szabályozására, a betegutak megszervezéséhez, társadalombiztosítási finanszírozási környezet kialakításához a döntéshozatal támogatására.

III. Az irányelv további célja közvetett módon (1. pont szereplőin keresztül és a 2. pont terveinek megvalósításával) segíteni, minőségileg javítani a nem neurogén eredetű vizelettartási zavarral küzdő felnőtt női és férfi betegek kivizsgálását és ellátását.

6. A tartalomért felelősök köre

Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Urológia Tagozat

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

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

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

2. Szülészeti-nőgyógyászat és asszisztált reprodukció Tagozat

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

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

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

Dr. Simon Zolt, 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. Háziorvostan Tagozat

Prof. Dr. Hajnal Ferenc, háziorvos és gasztroenterológus szakorvos, tanszékvezető, SZTE Családorvosi Tanszék, Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvosi 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 (szakdolgozói) 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. Cserhádi Péter, sebész, traumatológus és rehabilitációs szakorvos, főigazgató, tanácskozási joggal

4. Magyar Kontinencia Társaság

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

5. IBE Egyesület a Kontinenciáért

Pálffi Brigitta, egyesületi elnök, tanácskozási joggal

7. Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

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

Azonosító: –

Cím: A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a vizeletinkontinenciáról (2. módosított változat)

Nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny 2011. LXI. évf. 7. szám 1605–1627. oldal

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

<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2011/7.pdf>

Azonosító: –

Cím: A magyar urológia irányelvei (szerk. Pajor László) [3]

Nyomtatott verzió: ISBN: 963-85825-5-3; The Promenade Kft., 2010

Elektronikus elérhetőség: –

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

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

Szerző(k): M.G. Lucas (chair) et al.

Tudományos szervezet: European Association of Urology

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: 2019. 02. 28.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét.

Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv

megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

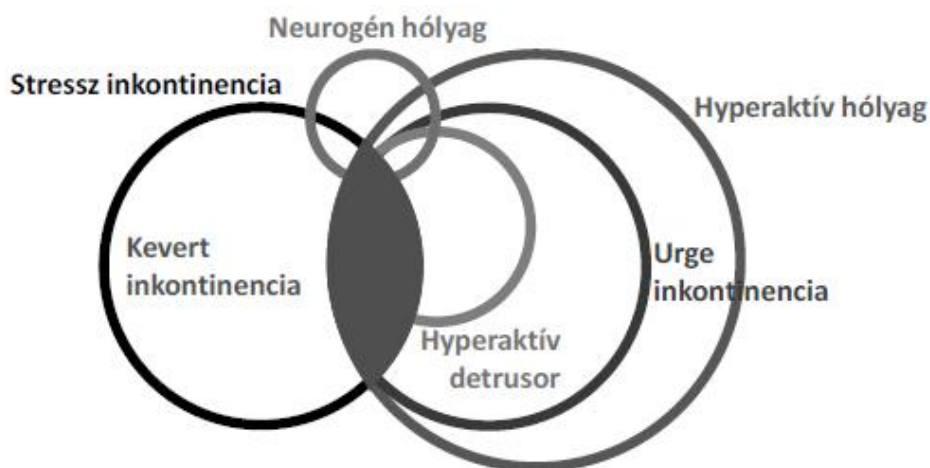
IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak

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

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

1. ábra. A vizelettartási zavarok áttekintő ábrája



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

Az inkontinencia formái:

- **Stressz (terheléses) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés hasi erő kifejtéskor, például sportolás, köhögés, tüsszentéskor.
- **Sürgősségi vagy késztetéses (urge) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés, melyet egyidejű, vagy előzetesen fellépő „sürgősség” (urgency) kísér.
- **Kevert inkontinencia:** a stressz és az urge vizeletinkontinencia panaszainak együttes megléte.
- **Folyamatos inkontinencia:** a vizeletvesztés folyamatosan jelen van.

– **Enuresis nocturna:** a vizeletvesztés éjszaka következik be.

– **Krónikus vizeletretencióval társult vizeletinkontinencia:** az akaratlan vizeletvesztés mellett a hólyag nem tud teljesen kiürülni (átlagosan 300 ml 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 tekintettük 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, kényeszerű változtatását, nem rontja az életminőséget. Ezek alapján a továbbiakban is javasoljuk a gyakorlatban gyakori nappali vizeletürítés felmérésére a régi meghatározás (8-nál több vizeletürítés/nap) alkalmazását.

– **Nocturia:** a beteg *egy vagy több alkalommal* felébred éjszaka, mert vizelnie kell.

– **Sürgősség (urgency):** hirtelen jelentkező vizeletürítési kényszer, melyet nehéz visszatartani.

– **Hyperaktív hólyagszindróma (szinonimák: *Overactive Bladder-OAB, urge szindróma, sürgősségi szindróma, Überaktive Blase*):** bár nem feltétlenül jár inkontinenciával, azonban itt kell megemlítenünk, hiszen etiológiáját, kivizsgálását és kezelését tekintve is szervesen ide kötődik. Jellemzője a kifejezett sürgősségi vizeletürítési kényszer inkontinenciával, vagy anélkül gyakran pollakisuriával és nocturiával is társul. A fentiek alapján az OAB-nak tehát „száraz” (inkontinencia nélkül) és „nedves” (inkontinenciával kísért) formája is ismeretes. A szindróma *tünettani diagnózis és nem azonos a hyperaktív detrusor fogalmával*, mely egy urodinamikai észlelés, azt jelenti, hogy a cystometria során akaratlan detrusor kontrakció látható. A szindróma felállításának kizárási kritériuma az egyidejű húgyúti fertőzés vagy más, a hólyagban kimutatható betegség (pl. tumor, kő) jelenléte.

Húgyhólyag érzőműködés zavarai:

– **Fokozott hólyagérzékenység:** a hólyagtelődés alatt erős vizelési inger jelentkezik, azonban az „urgency”-vel szemben a vizeletürítés halasztható.

– **Csökkent hólyagérzékenység:** a vizelési inger érzésének megjelenése a korábbiakhoz képest később jelentkezik.

– **Hiányzó hólyagérzékenység:** a hólyag telődésének és a vizelési ingernek a hiánya.

Vizelési és vizeletürítés utáni tünetek:

– **Késlekedés:** a vizeletürítés beindulása késik.

– **Csökkent vizeletáramlás:** a vizeletáramlás a korábbiakhoz vagy másokéhoz képest gyengült.

– **Szakaszos vizeletürítés:** vizelés alatt a vizeletsugár megszakad, majd újraindul, ez akár többször is ismétlődik a vizelési ciklus alatt.

– **Vizeletürítés haspréssel:** a beteg hasprést alkalmaz a vizelet indítására, az áramlás fenntartására, vagy javítása céljából.

– **Szóródó vizeletsugár:** a vizelet nem egy sugárban hagyja el a húgycsövet, hanem több sugárban szóródva ürül.

– **Utócsepegés:** a vizeletürítés utolsó szakasza elnyúlt, a vizeletáramlás lelassul, és csak csepeg, szivárog a vizelet.

– **Inkomplett hólyagürülés érzése:** a beteg érzi, hogy a hólyag nem ürül ki teljesen.

– **Azonnali ismételt vizeletürítés szükségessége:** vizeletürítés után azonnali, további vizeletürítés szükséges.

– **Vizelés utáni vizeletvesztés:** vizeletürítés után közvetlenül bekövetkező akaratlan vizeletvesztés.

– **Testhelyzet függő vizeletürítés:** a vizelés beindítására vagy a jobb vizeletürítés céljából a beteg speciális testhelyzetet vesz fel.

– **Dysuria:** vizelés alatti égő érzés, vagy diszkomfort. Hazánkban ezt a fogalmat a nehezített vizeletürítés leírására használjuk.

– **Vizeletretenció:** hasi 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 prostatica 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 defficiency – 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 Urológus Társaság (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 különíti el:

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

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az átmeneti vagy tartós vizeletinkontinencia incidenciája és prevalenciája alapján népbetegség mértékű probléma. Az inkontinens állapot mind az egyén, mind környezete és a társadalom számára is jelentős pszichés és anyagi terheket jelent. Az inkontinens állapottal együtt járó 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, eredményorientált 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 széles körben 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 incidencia/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 széles körben 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 munkatársai 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 időotthonokban 22–90% (átlag: 55,7% ± 25,13%). [3]

Az inkontinencia és hyperaktív hólyagszindróma Magyarországon

Hazánkban az INKO Forum szervezésében 2001-ben országos felmérés történt a nők vizeletinkontinenciájának felmérésére. 35 448 tizennyolc év feletti nőt kérdeztek vizelettartással kapcsolatos panaszairól. A megkérdezettek 56%-ának voltak inkontinens panaszai, azonban csupán 36% vallotta magát inkontinensnek. Bár a kérdőívre kapott válaszokból a vizeletcsepegés formái pontosan nem állapíthatók meg, úgy tűnik, hogy a leggyakoribbak a kevert jellegű, majd a stressz típusú, végül a 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 kérdőíves módszerrel vizeletinkontinens panaszairól. A megkérdezettek 30 éves kor alatt 40%-ban, 51 és 65 év között 68%-ban említettek inkontinens panaszokat, az alkalmi eseteket leszámítva a vizeletinkontinencia a különböző korcsoportokban 4% és 38% között fordult elő.

Az alkalmi panaszokat is beleértve a 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 szűrőprogramja 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 rövid távon 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 *felöltt*, 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, megfelelőség

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

- Az ellátás biztonságosságának növelése, a szövődmények csökkentése.

- Az ellátás hatékonyságának javítása, a recidív inkontinencia csökkentése.

c) Biztonságosság

- Az ellátás biztonságosságát a vizeletinkontinencia kivizsgálásának és kezelésének kétlépcsős modellje szavatolja. Az alapellátásban történjen meg az elsővonalbeli alapvető vizsgálatok elvégzése

és a beteg tünetmentesítése, valamint az egyszerű, tiszta, enyhe súlyossági fokozatú esetek primer ellátása. A szakellátás biztosítsa a komplikált, súlyos, recidív esetek kivizsgálását, ellátását, progressziójuk követését.

- A bonyolult műtéti technikák centrumokban történő végzése.
- Nőgyógyászati-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 korrall előrehaladva mind gyakrabban fordul elő mindkét nemben. Nőknél a stressz inkontinencia, míg férfiaknál elsősorban az urge és a kevert inkontinencia dominál. A hyperaktív hólyag incidenciája mindkét nemből azonos és az életkorral növekszik.

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

Az inkontinencia diagnosztikája és ellátási folyamata kétfélelépcsős. Az alapvető vizsgálatokat a beteg lakóhelyéhez legközelebb élő 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 mérvado kivizsgálás elvégzésére.

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

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

Megváltozott ellátási elvek. A legfontosabb változás, hogy a vizeletinkontinencia kivizsgálását és ellátását két lépcsőben kell megvalósítani. Az egyszerű, nem komplikált inkontinencia megoldását lehetőség szerint az alapellátásban kell elvégezni, illetve 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 vizelettartási 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, időotthonban vagy tartósan kórházban ápol, csökkent mentális állapotú beteg.

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

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

c igen

c nem

Panaszainak mérséklésére milyen segédeszközt használ?

c betétet

c nadrágpelenkát

c condom urinált

c katétert

c semmit

Milyen súlyosak a panaszai?

c enyhe (csöpög)

c közepes (szivárog)

c súlyos (folyik)

Milyen szakorvosnál járt emiatt?

c urológus

c nőgyógyász

c egyéb, éspedig:

c semmilyen

Kapott-e megfelelő segítséget panaszaira?

c igen

c nem

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

c igen,

c nem

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

c igen,.....

c nem

Volt-e műtétje vizeletinkontinencia miatt?

c igen

c nem

2. DIAGNOSZTIKA

Ajánlás2

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

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

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

2.1. Vizsgálatok

2.1.1. Diagnosztikai algoritmusok

Ajánlás3

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

Ajánlás4

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

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

Ajánlás5

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

Amennyiben a kezelés eredménytelen, szakellátásra beutalás szükséges.

Ajánlás21

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

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

Ajánlás22

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

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

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

Ajánlás23

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

Ajánlás26

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

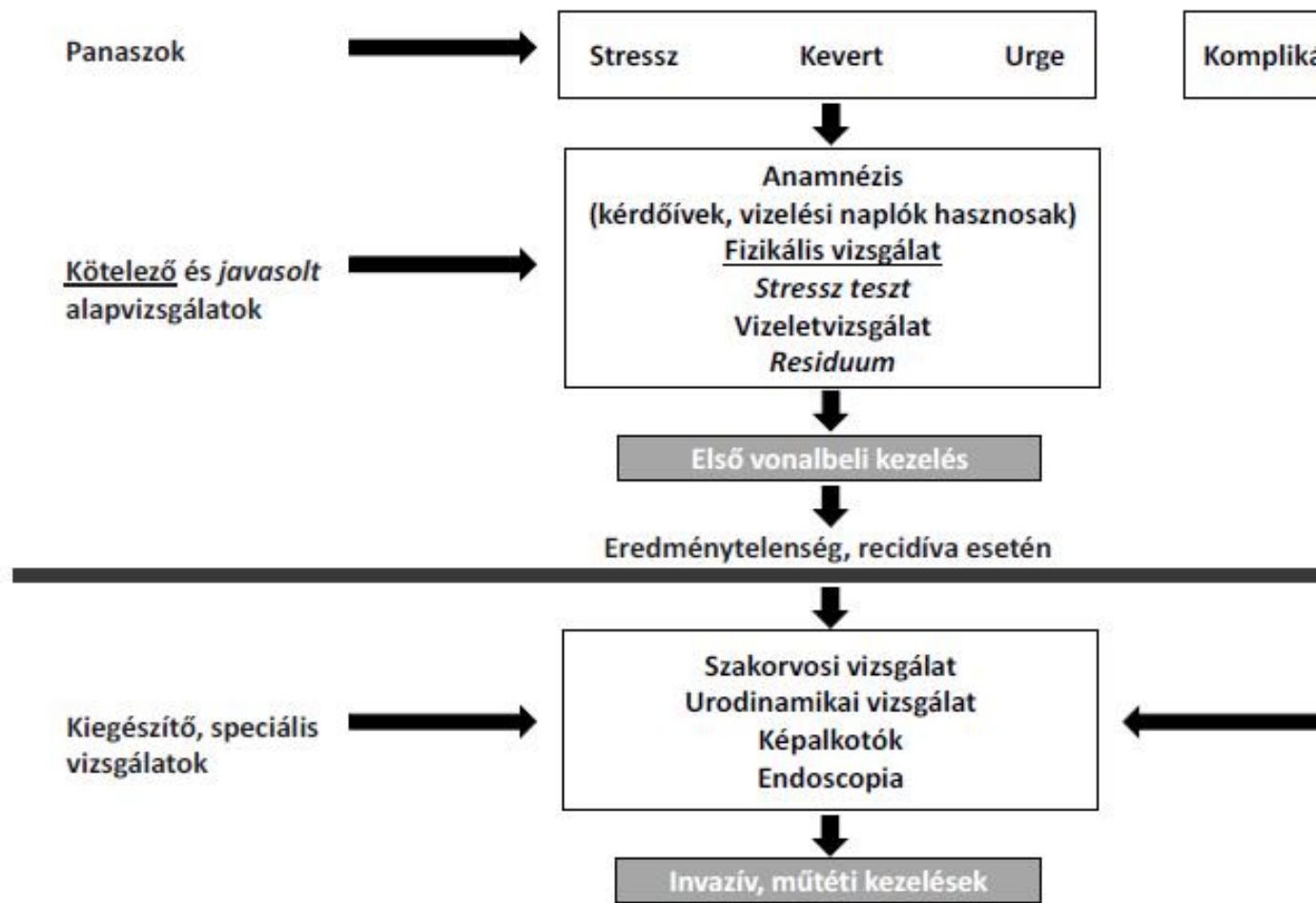
Ajánlás28

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

Ajánlás31

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

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



3. KEZELÉS

3.1. Elsővonalbeli, nem gyógyszeres, nem invazív konzervatív kezelés

3.1.1. Általános intézkedések, javaslatok, életmód-változtatás

Ajánlás32

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

Ajánlás33

Dohányos inkontinens betegeknek 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. Fiziotherápia

Ajánlás46

A medencefenéki 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 szert szedő betegünknel. (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 függően javasolja a beta adrenoreceptor agonista mirabegront az urge inkontinencia/OAB kezelésére. (B) [2]

Ajánlás89

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

Ajánlás95

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

3.3. Műtéti kezelés

Ajánlás96

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

Ajánlás97

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

Ajánlás106

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

Ajánlás108

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

Ajánlás111

A mellső hüvelyfali plasztika egyik módzata 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 laparoszópos kolposzuspenziót vagy autológ fascialis slinget, ha a feszülésmentes húgycső alatti szalagműtét nem jöhet szóba. (A) [2]

Ajánlás115

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

Ajánlás120

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

Ajánlás121

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

Ajánlás122

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

Ajánlás123

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

Ajánlás125

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

Ajánlás126

Egyidejű stressz inkontinencia és műtéti beavatkozást igénylő urogenitalis prolapsus esetén javasolt az egyidejű műtét mindkét 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 női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése csak más konzervatív módszer eredménytelensége esetén, kifejezett panaszok miatt javasolt. (D) [3]

Ajánlás131

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

Ajánlás132

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

Ajánlás141

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

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

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

Ajánlás149

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

Ajánlás152

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

Ajánlás156

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

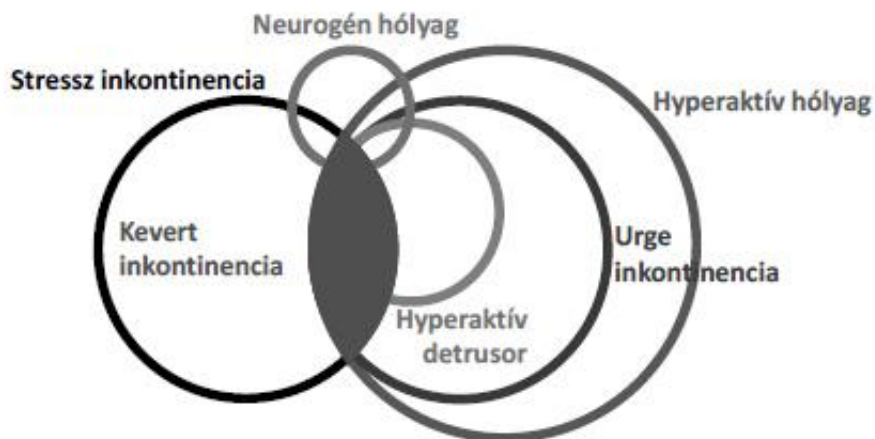
4. ábra. A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1]

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

3. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

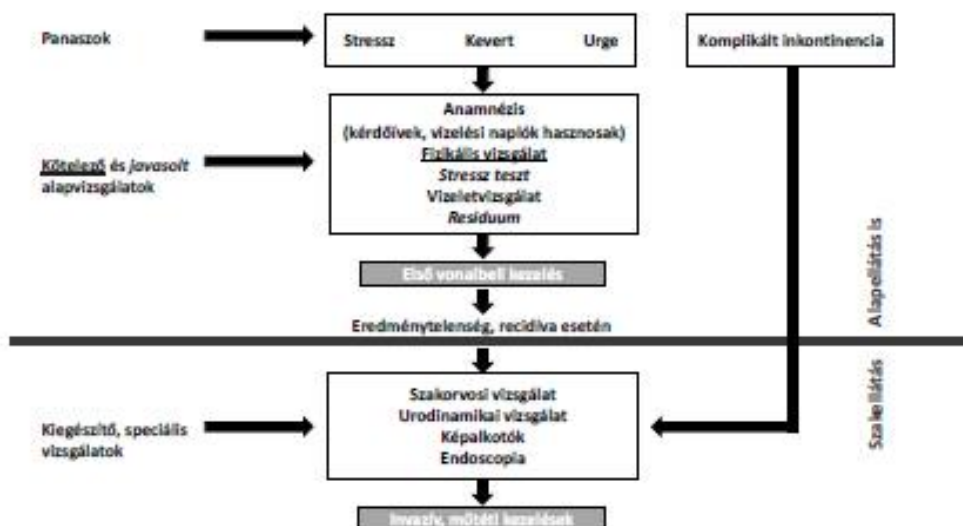
3.1. Ábra száma: 1.

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	Viselkedésterápia		
Biofeedback	Anticholinergicumok		
Duloxetin	Béta receptor agonisták	Stressz és urge inkontinencia	1. vonal
Életmódváltoztatás	Életmódváltoztatás	1. vonal terápia	
Nedvszívó eszközök	Nedvszívó eszközök		
<i>Primer:</i> TVT, TVTO	Botulinum toxin Sacralis	Stressz és urge inkontinencia	2.

<i>Recidiva:</i> második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	neuromoduláció	2. vonal terápia	vonal
Múshincter	Augmentáció Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

3.4. Ábra száma: 4.

Ábra címe: A férfi vizeletinkontinencia kezelési algoritmus [1]

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

3.5. Ábra száma: 5.

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

Ábra csatolása:

Főbb nedvszívó eszköztípusok (ISO 15621 konform eszközválasztási séma)	Beteg önellátó képessége kielégítő?	
Közepes – súlyos vizeletinkontinencia tüneti kezelésére	igen	nem

**Csak vizeletvesztés van?
(székletszivárgástól mentes
inkontinencia)**

igen alsónemű-szerű,
övvel rögzített **övvel rögzített**

nem övvel rögzített **ragasztócsíkos,
*övvel rögzített***