

# A stresszinkontinencia konzervatív kezelésének lehetőségei



Gubás Péter dr.<sup>1</sup>, Németh Zoltán dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Semmelweis Tagkórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Miskolc  
(osztályvezető főorvos: Hajas Sándor dr.)

<sup>2</sup>Irgalmas Rendi Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Bécs, Ausztria  
(osztályvezető főorvos: prof. Németh Zoltán dr.)

A szerzők nemzetközi tanulmányokat figyelembe véve rendszerezik a nőket érintő stresszinkontinencia konzervatív kezelésének lehetőségeit. A gátizomtorna hatásosságának alapfeltétele, hogy a betegek visszajelzést kapjanak a helyes izomműködésről. A hüvelysúly alkalmazása nemcsak jó biofeedback, használata jelentősen növeli az izomerőt. Az urethra pesszárium a húgycső alátámasztásával fokozza a vizelettartó képességet. Az elektrostimuláció a n. pudendus stimulálása által javítja a kontinenciát. Az életmód változtatásával, pl. súlycsökkentéssel, is elérhető pozitív hatás. A gyógyszeres kezelés szerepe a stresszinkontinencia kezelésében marginális.

*Kulcsszavak: stresszinkontinencia, konzervatív kezelés, kontrollált gátizomtorna, pesszáriumok, hüvelysúlyok, elektrostimuláció, életmód-változtatás, gyógyszeres kezelés*

## The possibilities of the conservative treatment in case of urinary incontinence

The authors review the possible conservative therapies for urinary stress incontinence based on international studies. The basic requirement of an effective pelvic floor exercise is providing the patients with the appropriate feedback about the right muscle mechanism. Using vaginal weights is not only a good biofeedback but it is also a valuable tool to increase the muscle strength. The urethra pessary increases the ability of holding urine by supporting the urethra. The symptoms of urinary incontinence can also ameliorate by stimulating the n. pudendus using electrostimulation. A lifestyle change, like reducing body weight, may also lead to positive effects. Drugs however play only a marginal role in the treatment of urinary stress incontinence.

*Keywords: urinary stress incontinence, conservative therapies, effective pelvic floor exercise, urethra pessary, vaginal weights, electrostimulation, lifestyle changing, medication*

## Bevezetés

A stresszinkontinencia a leggyakoribb vizelettartási zavar, amely – az eltérő anatómiai viszonyok következtében – elsősorban a nőknek okoz problémát. A hasúri nyomás hirtelen megnövekedése valamilyen „stresszhelyzet” (köhögés, tüszentés, ugrálás stb.) következtében átadódik a hólyagra. Amennyiben a húghólyag záró mechanizmusa nem működik optimálisan, elcseppen a vizelet. Az inkontinencia kel-

lemetlen következményei nagymértékben rontják az érintettek önbecsülését [1], életminőségét [2], súlyos esetekben teljes szociális izolációhoz [3] vezethet. A konzervatív kezelés alapjait egy amerikai nőgyógyász, Arnold Kegel fektette le 1948-ban [4].

Jelen közleményünk egy, a nemzetközi tanulmányokat figyelembe vevő, irodalmi áttekintés, amely a nőket érintő stresszinkontinencia konzervatív kezelésének lehetőségeit foglalja össze.

## Kontrollált gátizomtorna

A medencealap izomzatának erősítése (Pelvic Floor Muscle Training – PFMT) a gátizomzat megerősítésére irányul. Ez az izomcsoport magába foglalja a m. levator ani izomzatát, a m. sphincter ani externust, és a húgycső harántcsíktolt izomzatát.

A hasüregi nyomás megnövekedésének hatására (pl. köhögés, tüsszentés) a medencealap izomzatának kontrakciója a húgycsövet a symphysishez nyomja, ezáltal megnövelve az urethrán belüli nyomást, illetve magában a húgycső sphincterében is emelkedik a nyomás [5]. Tulajdonképpen ugyanazok a szabályok vonatkoznak a gátizomzat erősítésére, mint bármely más harántcsíktolt izom esetében. Az egyetlen különbség, hogy a medencealap izomzata nem mozgat ízületet.

Irodalmi adatok bizonyítják, hogy a szóbeli és írásos instrukciók nem elégségesek a gátizomtorna megfelelő kivitelezéséhez. Ezek alapján a nőknek csak 36-49%-a képes felszólításra a medencealap izomzatának helyes kontrakciójára [6, 7, 8]. Thompson ultrahangos vizsgálattal kimutatta, hogy az izmok megszorítására adott kérés után csak a betegek 38%-a tudta a gátizmot kontrahálni, 43%-uk préselt, 19%-nál nem mozdult a m. levator ani. A préseléssel járó negatív hatás hosszú távon elősegítheti az inkontinencia és a prolapsus kialakulását [9]. Ezekből a tényekből következik, hogy a kontroll nélkül végzett intimtorna sok esetben nemcsak nem használ, hanem akár káros is lehet.

A Kanadai Nőorvosi Társaság 2006. évi szakmai ajánlása alapján a gátizomtorna (Kegel) a stresszinkontinencia konzervatív kezelésére evidence based I-A minősítéssel ajánlható, amely megfelelő kivitelezését digitális hüvelyi vizsgálattal vagy biofeedback-kel kell ellenőrizni [10]. Ennek az utóbbi megállapításnak szintén evidence based I-A a minősítése [10].

A kontrollált gátizomtorna elsősorban a női stresszinkontinencia kezelésére javasolt, de sürgősségi panaszok, illetve kevert inkontinencia esetén is előnyt jelent, ha a záróizomfunkció jobb. A nők enyhe vagy közepes stresszinkontinenciája esetén a medencefenéki izomtréning képezi az első vonalbeli kezelés alapját.

## Hüvelysúlyok

A gyógytornász nélkül végzett gátizomtorna eredményessége kétséges és nehezen mérhető, ezért nehéz az eredményességhez nélkülözhetetlen motiváció és kitartás fenntartása. Ennek a problémának a megoldására fejlesztette ki Stanislav Plevnik, egy szlovén biofizikus, a hüvelysúlyokat. Bemutatásuk az 1985-ös londoni ICS (International Continence Society) kongresszuson történt meg [11]. Az első közleményeket nagyon jó eredményekkel 1988-ban Pettie jelentette meg [12, 13]. Az elmúlt 26 évben a világ számos országából láttak közlemények napvilágot, Irántól Brazíliáig [14, 15].

A vaginális súlyt a hüvelybe helyezve, ennek elvesztésének érzete egy idegi reakciót vált ki, amely a kónusz körüli kismedencei izmok összehúzódását eredményezi, ennek kicsúsását megakadályozva (Biofeedback-hatás) [11]. A hüvelysúlyok egyszerű és célszerű eszközöknek tűnnek a gát-

izmok megtalálására és erősítésére, valamint a stresszinkontinencia javítására [16]. A stresszinkontinencia tünetei az érintettek kb. 70%-ánál 6-8 hét után eltűnnek, illetve szignifikánsan javulnak [12, 17].

A kezelésnek nincs mellékhatása, az egyetlen követelmény a beteget arra motiválni, hogy a kónuszt a hüvelybe helyezze, illetve azt a kezelés után eltávolítsa. Minden más automatikusan történik [18]. A szülés utáni gátizomzat rehabilitációra is alkalmas az eszköz. Fischer és mtsai tanulmányában a hüvelysúlyt alkalmazó összes hölgnél helyreállt az akaratlagos és reflektórikus gátizom-működés [19]. A kónusz terápia mind a vizeletinkontinencia megelőzésében, mind ennek kezelésében hatásos módszer [14]. A szexualitásra is pozitív hatással van a hüvelysúlyok használata [19, 20].

Gameiro és mtsai 2010-es munkája alapján elmondható, hogy az inkontinencia objektív tüneteinek javulása, hat hónap után szignifikánsan jobb volt a hüvelysúlyokkal kezelt betegekénél, a kontrollált gátizomtornát végzőkkel szemben. Az inkontinencia-betétek használata mind a két csoportban szignifikánsan csökkent. A csökkenés azonban a G1 csoportban (hüvelysúlyok) mind 6, mind 12 hónap után szignifikánsan magasabb volt, mint a kontrollált gátizomtornát végzőknél [15].

Haken szerint mivel ezeknek az eszközöknek a betanítása kevesebb orvosi, illetve nővéri időt vesz igénybe, a hüvely kónuszok használata egy nagyon gazdaságos lehetőség a stresszinkontinencia konzervatív kezelésére [21].

## Pesszárrium terápia

A méh- és hüvelysüllyedéses állapotok kezelésére már az ókorban is használtak pesszárriumokat [22]. Az elmúlt évtizedekben a stresszinkontinencia kezelésére alkalmas pesszárriumokat is kifejlesztettek. Hatásmechanizmusuk hasonló a modern műtéti eljárásokéhoz (szuburethrális szalagok), az urethra alátámasztásával segítik elő a kontinenciát. Randomizált vizsgálat jelenleg nem áll rendelkezésre. Három közlemény foglalkozik ezzel a témával [23, 24, 25]. Donelly és Farrel vizsgálatai alapján, a stressz- és kevert inkontinencia tüneteivel kezelték 50%-a elégedett volt az eredménnyel és folytatta a kezelést 11 hónap elteltével is [23, 25]. A szerzők gyűrűpesszárriumot és urethra pesszárriumot alkalmaztak a vizsgálatok során. Robert, aki urethra-csészalj pesszárriumot és urethra pesszárriumot alkalmazott, egy év után 25%-os sikerességről számolt be [24]. Azoknál a betegekénél, akiknek az anamnézisében inkontinenciaműtét szerepel, az eredmények rosszabbak. Mellékhatás csak minimális mértékben lépett fel a pesszárriumok alkalmazása során.

A kontinencia-pesszárriumok használata, mint hatásos és mellékhatások nélküli módszer, ajánlható a stressz- és kevert inkontinencia kezelésére (II-B) [10].

## Elektrostimuláció

A stresszinkontinencia kialakulásának egyik okaként a n. pudendus sérülését tartják számon. A hüvelyi szülések során a gátizomzat túltágulása révén következhet be ez a probléma [26]. Az elektrostimulációs kezelés során a n. pudendusra gyakorolunk hatást. A használt frekvenciától függően

két különböző hatást lehet kiváltani: vagy a medencealapi izomzatának passzív összehúzódását, vagy a hólyag reflexes kontrakcióinak gátlását [27]. Előnye a kezelésnek, hogy nem kíván a betegtől aktív részvételt, az áram az izmokat összehúzza, hátránya, hogy az izomkontrakciók gyengébbek. A kezelési paraméterek és protokollok sokszínűsége miatt nehéz a kezelés eredményességének megítélését közös nevezőre hozni [28]. Ajánlják a gátizomtornával kapcsolatos kezdeti nehézségek leküzdésére gyenge kismedencei izomzat esetén [29]. Bár az elektrostimuláció önmagában ritkán kerül alkalmazásra a stresszinkontinencia kezelésére, hatásos kiegészítő terápiának tűnik elsősorban azok számára, akiknek nehézséget okoz a gátizomzat identifikálása és kontrahálása [10].

## Egyéb eljárások a stresszinkontinencia konzervatív kezelésére

A magnetoterápia, mint a stresszinkontinencia konzervatív kezelésének egyik lehetséges módszere, több mint 15 éve került be a köztudatba. Egy 2015-ben közölt szisztematikus irodalmi áttekintés, amely 8 tanulmány 494 betegének kezelését értékelte az alábbi következtetésre jutott: nincs megfelelő evidencia arra nézve, hogy a magnetoterápia hasznos a stresszinkontinencia kezelésére [30]. A legújabb eljárás a konzervatív kezelésre, a lézer alkalmazása. Elsősorban a YAG-lézer elterjedt erre az indikációra. A szakirodalomban egyelőre nincs olyan evidencia, amely alapján ez a módszer a stresszinkontinencia kezelésére ajánlható lenne.

## Az életmód változtatásával elérhető eredmények

Túlsúlyos és elhízott nők esetében egyedül a testsúly 5-10%-os csökkentésével az inkontinencia-epizódok gyakorisága akár 60%-kal csökkenhet [31].

A köhögés, mint tünet, lehetőleg jobb kontrollja csökkenti az inkontinencia-epizódok gyakoriságát. Ennek megfelelően biztatni kell az érintetteket a dohányzás abbahagyására. Fontos az asztmában és a légúti allergiában szenvedő betegek lehetőleg jobb gyógyszeres beállítása.

Számos adat arra utal, hogy a székrekedés a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázati tényezője lehet. A normál populáció 4%-ával szemben, a stresszinkontinenciában szenvedő nők 30%-a, méh- és hüvelysüllyedéses állapotoktól érintettek 61%-a számol be székrekedéses problémákról [32]. Nagy valószínűséggel állítható, hogy ebben az esetben is a krónikusan megnőtt hasüregi nyomás károsítja az anatómiai struktúrákat. Ezért a széklet rendezése fontos feladat, nem csak a stresszinkontinencia szempontjából.

A populáris média és különböző diétás programok gyakran biztatnak túlzott mennyiségű folyadék bevitelére. A vizeleti napló kitöltése pontos adatokkal szolgál ezzel kapcsolatban. Tapasztalat szerint két liternél több folyadék fogyasztása az inkontinencia-epizódok gyakoriságának növekedéséhez vezet.

Azoknál a hölgyeknél, akiknél a mikciók közötti intervallum 4 óránál hosszabb, gyakrabban lép fel stresszinkontinencia a hólyag túltelítettségének következményeként.

A vizeleti napló ezt a problémát is láthatóvá teszi. A mikciók közötti időszak rövidítése ezekben az esetekben csökkenti a stresszinkontinencia-epizódok gyakoriságát.

## Gyógyszeres kezelés

A preszinaptikus idegvégződéseknél a norepinefrin és szerotonin újrafelvételét gátló duloxetin fokozott szimpatikus aktivitásfokozódás révén növeli az urethrális záró nyomást. A stresszinkontinencia kezelésében hatásossága I-A minősítéssel bizonyított [33]. Mellékhatásai – elsősorban hányinger – miatt használata limitált.

A társbetegségek miatt szedett gyógyszerek kedvezőtlenül befolyásolhatják a stresszinkontinenciát. Az alfa-blokkoló típusú antihipertenzívumok pl. a záróizomzat tónusának csökkenése révén vezethetnek inkontinenciához. Nőknél ezen készítmények előidézhethet vagy súlyosbíthatják a vizeletinkontinenciát. Az ilyen típusú gyógyszerek elhagyása, illetve adagolásának változtatása kedvező hatású lehet az inkontinenciára.

## Következtetés

A stresszinkontinencia kezelését mindig a legkevésbé invazív, mellékhatás nélküli módszerrel kell kezdeni. A konzervatív kezelés révén az esetek kb. 70%-ában elkerülhető a műtét. A műtéti megoldásokat azok számára kell fenntartani, akiknél a konzervatív kezelési módszerek nem hoznak kielégítő állapotjavulást. A műtéti kezelés jelenleg vezető képviselői a suburethrális feszülésmentes szalagműtétek (TVT /TOT).

## IRODALOM

1. Johnson TM II, Kincade JE, Bernard SL, Busby-Whitehead J, Hertz-Picciotto I, DeFries GH. The association of urinary incontinence with poor self-rated health. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 693–699.
2. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 259–271.
3. Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 282–288.
4. Kegell AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1948; 56: 238–248.
5. Miller JM, Ashton-Miller JA, Delancey JO. A pelvic muscle precontraction can reduce cough related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 870–874.
6. Bump RC, Hurt WG, Fantl A, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 322–9.
7. Theofrastous J, Wyman JF, Bump RC, McClish DK, Elser DM, Robinson D, Fantl JA. Relationship between urethral and vaginal pressures during pelvic muscle contraction. *Neurourol Urodyn* 1997; 16: 553–558.
8. Van Loenen N, Vierhout M. Augmentation of urethral pressure profile by voluntary pelvic floor contraction. *Int Urogynecol J* 1997; 8: 284–287.
9. Thompson JA, O'Sullivan PB. Levator plate movement during voluntary pelvic floor muscle contraction in subjects with incontinence and prolapse: cross-sectional study and review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 84–88.
10. Magali R, Ross S. Conservative Management of Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(12): 1113–1118.
11. Plevnik S. New method for testing and strengthening of pelvic floor muscles. In: *Proceedings of the 15th Annual Meeting, International Continence Society. Neurourology and Urodynamics* 1985; x: 267–268.
12. Peattie A. B, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95 (10): 1049–53.
13. Peattie A. B, Plevnik S. Cones versus physiotherapy as conservative management of genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1988; 7 (3): 72–73
14. Neisani L, Malekzadegan A, Yadavar Nikravesh M, Hosseini F, Khanjari, S Effect



of vaginal weight cones on stress incontinence *Middle East J of Age and Ageing* 2006; 3(3).

**15.** Gameiro MO, Moreira EH, Gameiro FO, Moreno JC, Padovani CR, Amaro JL Vaginal weight cone versus assisted pelvic floor muscle training in the treatment of female urinary incontinence. A prospective, single-blind, randomized trial *Int Urogynecol J* 2010; 21: 395–399.

**16.** Wilson PD, Borland M. Vaginal Cones for the Treatment of Genuine Stress Incontinence. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1990; 30: 156–160.

**17.** Kato K, Kondo A, Hasegawa S, Saito M, Yamada Y, Murase T, Miyake K Vaginal cones for the treatment of genuine stress incontinence. *Nippon Hinyokika Gakkai zasshi The Japanese journal of urology* 1990; 30(2): 98–504.

**18.** Wrigley T. The effect of training with vaginal weighted cones and pelvic floor exercises on the strength of the pelvic floor muscles: A pilot study *International Urogynecology Journal* 1995; 6(1).

**19.** Fischer W, Baessler K, Linde A. Use of vaginal cones for pelvic floor conditioning of postpartum women and for treatment of urinary incontinence *Zentralbl. Gynaekol* 1996; 118: 8–28.

**20.** Fischer W, Baessler K. Postpartum pelvic floor conditioning using vaginal cones: not only for prophylaxis against urinary incontinence and descensus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996; 7(4): 208–214

**21.** Haken J, Benness C, Cardozo L, Cutner A A randomised trial vaginal cones and pelvic floor exercises in the management of genuin stress incontinence. In: *Proceedings of the 21 st Annual Meeting International Continence Society. Neurourology and Urodynamics* 1991; 10: 393–394.

**22.** Miller DS. Contemporary use of the pessary. In: *Drogemueller W, Sciarra JJ, eds. Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. 1–12.*

**23.** Farrel SA, Singh B, Aldakhil L. Continence pessaries in the management of urinary incontinence in women. *J Obstet Gynecol Can* 2004; 26: 113–117.

**24.** Robert M, Mainprize T. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2002; 13: 326–9.

**25.** Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL, Nygaard IE. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 302–307.

**26.** Shafik A. Stress urinary incontinence: An alternative concept of pathogenesis. *Int Urogynecol J* 1994; 5(1): 3–11.

**27.** Robert M, Mainprize TC. Biofeedback and functional electrical stimulation. In: *Drutz H, Herschorn S, Diamant N, editors. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. London, UK: Springer-Verlag; 2002.*

**28.** Hay-Smith EJC, Bo K, Berghmans LCM, Hendricks HJM, de Bie RA, vanWaalwijk Doorn ESC. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1.

**29.** Reckemeyer I, Jundt K, Drinovac V, Dimpfl T, Peschers UM. Pelvic-floor re-education with electrical stimulation: how many women learn how to contract? *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 134.

**30.** Renly Lim, Shuan Wen Huey Lee, Ping Yee Tan, Men Long Liong, Kah Hay Yuen. Efficacy of electromagnetic therapy for urinary incontinence: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics* 2015; 34 (8): 713–722.

**31.** Subak LL, Whitecomb E, Shen H, et al. Weight loss: a novel and effective treatment of urinary incontinence. *J Urol* 2005; 174: 190–195.

**32.** Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, Hudson CN. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 147–152.

**33.** Mariappan P, Alhassan A, Ballantyne Z, et al. Duloxetine, a serotonin and nor-adrenalin reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol* 2007; 51: 67–74. Abstract

www.convention.hu

XXXIX.  
Alpe Adria Meeting  
of Perinatal Medicine

October 13-14, 2017  
Hotel Pelion, Tapolca, Hungary