

A zavar típusától függően számos ellátási forma közül választhatunk

A vizeletinkontinencia kivizsgálása és kezelése

A vizeletinkontinencia népbetegség mértékű probléma. A betegek panaszai az enyhétől a súlyos stádiumig változnak, sokszor tartósak, de a tünetek átmeneti jellegűek is lehetnek. Megfelelő kivizsgálással és kezeléssel az érintettek döntő hányada gyógyítható. A kezelésre nem alkalmas betegeknél vagy a végleges terápiás ellátásig minőségi segédeszközök biztosításával lehet jobb életminőséget biztosítani.

A vizeletinkontinencia húgycsővön keresztüli akaratlan vizeletvesztést jelent (1). Hazánkban nem ismeretesek pontos adatok az érintettek számát illetően, de a nemzetközi statisztikai adatokat a magyarországi népességszámmra vetítve, kb. 600-800 ezer, átmenetileg vagy tartósan inkontinens beteggel számolhatunk. Tehát népbetegség mértékű problémáról beszélünk. A nőknél hatszor gyakrabban fordul elő az állapot. Ezt a terhességek, szülések, gyengébb kismencedei záróizom-funkció következményének tartjuk. Az életkor előrehaladtával férfi vizeletinkontinenciával is gyakrabban találkozunk, és 75 év felett nincs különbség a vizeletinkontinencia előfordulási gyakoriságát illetően a nemek között. Ennek oka az, hogy idősödő férfiaknál a prosztata megnagyobbodása miatt kialakuló panaszok egy része is vizelettárolási zavarként jelentkezik (1, 2).

A VIZELETINKONTINENCIA TÍPUSAI

A vizeletinkontinenciát négy nagy csoportra oszthatjuk (1. ábra):

- Stresszinkontinencia vagy más néven terheléses típusú vizeletinkontinencia elsősorban nőknél észlelhető. Fizikai aktivitás, köhögés, tüsszentés, emelés stb. alkalmával a megnövekedett hasúri nyomás oly mértékben megemeli a hólyagnyomást, hogy a záróizom nem tudja biztosítani a vizelettartást, és a beteg vizelete hirtelen, az említett fizikai megterhelések alkalmával elcseppen, elfolyik. Férfiaknál csak ritkábban, többnyire radikális prosztataeltávolítást követően meggyengült medencefenéki funkció esetén tapasztalhatjuk ezt a formát.

- Sürgősségi (urge) vagy késztetési vizeletinkontinencia esetén a beteg hirtelen, erős vizelési késztetést, ingerteret érez, amelyet nem képes meggátolni és a vizelet akaratlanul elfolyik. Ennek oka a hólyag fokozott érzékenysége, csökkent kapacitása vagy a húgyhólyag-izomzat akaratlan összehúzódása. A kiváltó okok között szerepel a hólyaggyulladás, húgyhólyagkő, egyéb intravesicalis eltérések, alsó húgyúti szűkületek miatt akadályozott hólyagürülés. Az esetek több mint fele azonban idiopathiás jellegű. Meg kell különböztetnünk a sürgősségi vizeletinkontinenciát a hiperaktív hólyag szindrómától, amely lényegesen nagyobb kategóriát jelent. Lényege, hogy a beteg sürgető vizelési ingereket érez, de akaratlan vizeletelfolyás nem feltétlenül következik be. Sokszor gyakori nappali és/vagy éjszakai vizeletürítéssel kísért. A kiváltó okok és a kezelés, ellátás az urge inkontinenciával azonos.

- Kevert típusú vizeletinkontinencia a két fenti típusra jellemző panaszok együttes előfordulását jelenti.

- Neurogén okokra (sérülés, fejlődési rendellenesség, gyulladás, tumor, sclerosis multiplex stb.) visszavezethető vizelettárolási zavarok képezik a negyedik csoportot.

KIVIZSGÁLÁS

A legfontosabb a beteg panaszai, tünetei alapján történő kategorizálás, amelyhez alkalmazhatók az inkontinencia típusát és súlyosságát meghatározó kérdőívek is. Vizelési napló segítségével pontos képet kaphatunk a beteg folyadékbeviteli és azzal összefüggésben észlelt vizeletürítési szokásairól. Fizikális vizsgálat során a hüvelyi státus felmérése, az esetleges urogenitalis prolapsusok (cystocele, uterus descensus, hüvely-csonk prolapsusa, rectocele) megítélése, a köhögéssel szinkron, húgycsővön keresztüli vizeletvesztés megfigyelése (stresszteszt), a rectalis tónus tapintó ujjal történő megítélése a legfontosabb teendő. A beteg panaszai, tünetei és a fizikális vizsgálat segítségével az esetek döntő hányadában meg tudjuk adni, milyen típusú vizeletvesztése van a betegnek. Fontos a jelentős mértékű

vizeletreziduum (ultrahang) és a húgyúti fertőzés, illetve haematuria (vizeletvizsgálat) kizárása.

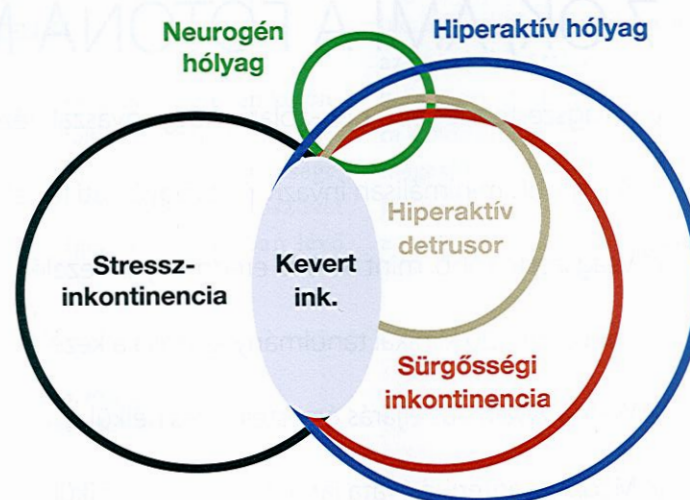
Amennyiben a fenti alapvizsgálatokkal a beteg panaszai egyértelműek, nem súlyosak, és kizárható a neurogén eredet, illetve a haematuria, javasolt az inkontinencia későbbiekben említendő első vonalbeli kezelését már az alapellátás szintjén elkezdni. A nem egyértelmű, bonyolultabb, neurogén hátterű, súlyos vagy recidív esetek szakellátásra utalása javasolt (2. ábra). A szakorvosi ellátás (urológia, nőgyógyászat) során a pontosabb kóris-mezés céljából urodinamikai vizsgálat végzése javasolt az egyéb, nem invazív vizsgálatokkal pontosan nem megítélhető panaszok tisztázása céljából. Az egyetlen nem invazív vizsgálat a vizeletáramlás mérése (uroflowmetria). Ezt követően hólyagnyomásmérést (cystometria) és nyomás-áramlás vizsgálatot célszerű végezni a húgyhólyag érző és motoros funkciójának, kapacitásának, ingerlékenységének felmérése céljából. A húgyúti záróizom-funkció vizsgálatára a húgycsőnyomásprofil vagy a vizeletelcseppenési nyomás megmérése a legjobb módszer. Ezekkel a vizsgálatokkal tehát biztosan meghatározzuk, hogy a betegnek stressz, sürgősségi vagy kevert típusú vizelettartási zavara van-e, és ennek megfelelő kezelést javasolunk (1, 2).

KEZELÉS

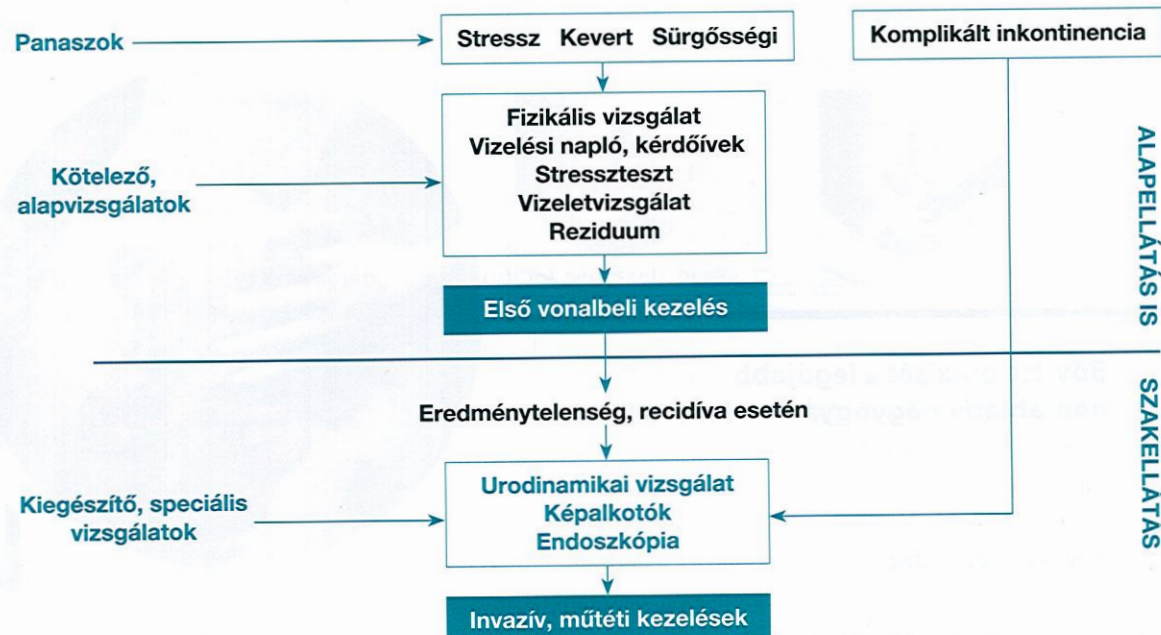
Az enyhe stádiumú stressz-vizeletinkontinencia kezelése mindkét nemben gátizomtornával, fizioterápiával (elektrostimuláció, biofeedback, magnetoterápia) történik. Jó és igazoltan hatékony, elfogadott gyógyszeres kezelés erre az állapotra nincs. Menopauzában lévő nőknél ösztrogéntartalmú lokális hormonpótlás segíthet valamennyit az urogenitalis atrófia okozta panaszok és így az inkontinencia kezelésében. Férfiaknál a szerotonin-noradrenalin visszavételt gátló duloxetin adása megkísérélhető a záróizomtónus fokozása céljából, azonban hazánkban ilyen indikációra ezt a gyógyszert nem törzskönyvezték.

A minimálisan invazív kezelések új lehetősége a lézerterápia, amelyről azonban még nem állnak rendelkezésre ajánlás, besorolását lehetővé tevő szakmai bizonyítékok. Súlyosabb, konzervatív kezelésre nem reagáló esetekben nőknél a suburethralis feszülésmentes szalaggal végzett műtétek képezik a megoldást, amelyeket hüvelyi feltárásból transobturátor (TOT) vagy retropubicus (TVT) módon végezhetünk. Társuló urogenitalis prolapsus esetén a prolapsus méretétől és a panaszok súlyosságától függően akár kétféle műtéti megoldás is javasolható. Férfiaknál a kezelésre nem reagáló enyhe stádiumú stressz-vizeletinkontinencia megoldására a fix rögzítettségű (Advance, Advant XL, M-Sling stb.) vagy még inkább az utólagosan állítható, szabályozható feszességű szalagoktól (Argus, ATOMS stb.) várható jó eredmény. Ezeket a szalagokat a gáti húgycsőszakasz alá ültetjük be, rögzítjük transobturátor vagy retropubicus módon történhet. Az utólagos állítási lehetőség minimális invazivitás árán lehetővé teszi, hogy nem teljesen jó kontinencia esetén a szalag feszességét vagy a bulbaris húgycsőre gyakorolt nyomását műtét után bármikor, akár többször is, változtathassuk. A közepes-súlyos-súlyos férfi stressz-vizeletinkontinencia megoldásának legjobb módszere a művi záróizom-beültetése. Hazánkban és világszerte legelterjedtebben az AMS 800 műsphinctert alkalmazzuk. Az eszköz egy szilikon pumparendszert jelent. A bulbaris húgycső köré helyezzük el a zárófunkciót biztosító mandzsettát, amely vékony vezetékekkel van összekötve a herezacskóba helyezett pumpával, illetve a peritonealisan vagy praeperitonealisan beültetett nyomás-szabályozó ballonnal. A beteg a pumpa megnyomásával nyitja a záróizmot, ilyenkor a folyadék a mandzsettából visszaáramlik a ballonba, a beteg tud spontán vizeletet üríteni, majd pár per-

1. ábra. A vizelettartási zavarok formái



2. ábra. A vizeletinkontinencia kivizsgálási algoritmus



Folytatás a 18. oldalról

cen belül a folyadék a ballonból ismét visszakérül a mandzsettába és a húgycső záródik (1–3).

A hiperaktív hólyag szindróma, illetve a sürgősségi inkontinencia kezelésében mindkét nemnél alapvető az esetleges kiváltó okok (pl. hólyaggyulladás, húgyhólyagkő, húgycsőszűkület, nagymértékű urogenitalis prolapsus stb.) szanálása. Egyéb kiváltó faktorok hiányában ezeknek az inkontinens betegeknek a bázisterápiáját a húgyhólyagtréning és a gyógyszeres kezelés jelenti.

A farmakoterápia elsősorban antikolinergikumok adását jelenti. Hatásukra nő a hólyagkapacitás, csökken a hólyagingerlékenység és az akaratlan detrusorinkontrakciók száma, így csökken a vizeletürítés, illetve az inkontinens epizódok száma. Az elsőként bevezetett oxybutininszármazékok mellett ma már rendelkezésre állnak a szelektívbb muszkarinreceptor-blokkolók (solifenacin, darifenacin, tolterodin, trospium chlorid), amelyek kevésbé okozzák az oxybutinin mellett gyakran megfigyelt kellemetlen mellékhatásokat (szájszárazság, székrekedés, a látás akkomodációs zavara, szívritmuszavar). A trospium nem lép át a vér-agy gáton, így nem okoz zavart a kognitív funkcióban. Eredménytelenség esetén a húgyhólyag detrusorizomzatába fecskendezett botulinumtoxin injekcióval vagy a sacralis ideggyökökre ültetett elektródákön keresztül végzett neuromodulációval próbálkozhatunk. Organikusan beszűkült, terápiarezisztens csökkent hólyagkapacitás esetén csak a kirekesztett bélszakasszal történő hólyagpótlás vagy a vizeletelterelés jön szóba (2, 4, 5).

Rossz általános állapotú, más kezelésre nem alkalmas betegeknek, illetve a végleges terápiás megoldásig (pl. műtét) minőségi nedvszívó segédeszközzel való ellátás javasolt, a szociális kontinenciát biztosító szivárgás- és szagmentesség elérése érdekében.

DR. MAJOROS ATTILA

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

IRODALOM

1. Majoros A, Pytel Á, Bajory Z. A vizeletinkontinencia. A Magyar Urológia Irányelvei. Szeged; 2010:36–57.
2. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról. EÜK. 2016. 6. szám http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2312/fajlok/EEM_szakmai_iranyelve.pdf. Letöltve: 2017. 02. 05.
3. Burkhard FC, Ucas MG, Berghmans LC, et al. Urinary Incontinence, EAU Guideline 2016. <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
4. Chapple CR, Kumar V. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol. 2005;48:5–26.
5. Majoros A. Az inkontinencia konzervatív kezelése. Orv Hetil. 2005;146(49):2509–11.

A merevedési zavar és a korai magömlés kezelési lehetőségei napjainkban

Hatásos és biztonságos szerek az illegálisak helyett

Az utóbbi évek kutatásai hatékony terápiák előtt nyitották meg a lehetőséget a férfiak két leggyakoribb szexuális problémájának kezelésében. A széleskörű információátadás, valamint az orvosok részéről az aktívabb hozzáállás egyaránt szükséges ahhoz, hogy minél több, szexuális problémával küszködő férfi jusson hatékony és biztonságos kezeléshez az interneten terjedő hamisítványok használata helyett.

Az egészséges szexuális élet a párkapcsolat alapvető eleme, és fontos tényezője az életminőségnek. A férfi szexuális problémák két leggyakoribb fajtája a merevedési zavar és a korai magömlés, ezek sokszor együtt is előfordulnak. Átmeneti vagy alkalmi probléma mindenkinél adódhat élete során, ez kóros állapottá akkor válik, ha a férfi tartósan (3–6 hónapon át) képtelen a szexuális aktivitáshoz szükséges merevedés elérésére vagy fenntartására. Korai magömlésről akkor beszélhetünk, ha a magömlés a nemi élet során mindig vagy legtöbbször a bevezetés előtt vagy azt követően körülbelül egy percen belül, a kívánnál hamarabb következik be, a férfi nem képes a magömlést szabályozni és ez szorongást okoz számára.

Ezek a panaszok a férfiak 20–30%-a számára jelentenek gondot és legtöbbször partnerüket is aggasztják, emiatt és a populáció átlagéletkorának növekedésével egyre fokozódik az igény a szexuális egészség megőrzésére, helyreállítására. A javuláshoz legtöbbször szükség van az életmód és a párkapcsolat javítására is, de a vényre kapható hatékony gyógyszerek az alapjai e panaszok kezelésének. Ma már hatékony gyógyszerekkel rendelkezünk a csökkent merevedés és a korai magömlés javítására, ennek ellenére a páciensek töredéke kap orvosi kezelést, nagyon sokan interneten vagy a feketepiacról szerzett illegális, hamisított, veszélyes, sokszor pedig hatástalan szereket alkalmaznak.

A FÉRFI SZEXUÁLIS PROBLÉMÁK OKAI ÉS VIZSGÁLATUK

A merevedési zavar számtalan szeri oka közül az érrendszeri és/vagy az idegrendszeri érintő betegségek vagy sérülések, endokrin eltérések, gyógyszer mellékhatások a leggyakoribbak. A lelki tényezők közül a szorongás és a fokozott önmegfigyelés, párkapcsolati, önértékelési gondok, továbbá az utóbbi időben az internetes szexfüggőség fordulnak elő leginkább. Sok esetben több tényező együttesen felelős a merevedés romlásáért.

A primer, élethosszig tartó korai magömlés pontos okait nem ismerjük. Az utóbbi években a magömlés szabályozásában szerepet játszó központi

Ezek a panaszok a férfiak 20–30%-a számára jelentenek gondot, és legtöbbször partnerüket is aggasztják

idegrendszeri mediátorok (szerotonin) kóros szintjével magyarázzák a kontroll képességének csökkenését (1).

Az orvosnak kell megtennie az első lépést a szexuális probléma megismeréséhez, mert a betegek maguktól ritkán merik előhozni ezt.

Ha az anamnézis során rutinszerűen rákérdezzük a szexuális működésre, igenlő válasz esetén néhány egyszerű, célzott kérdéssel már diagnózishoz juthatunk. Hasznos röviden tájékozódni a párkapcsolatról, mert sok esetben ennek a zavara az alapja vagy máskor éppen a következménye a nemi élet romlásának. A genitáliák és a keringési rendszer fizikális vizsgálata is fontos része a férfi szexuális problémák felderítésének.

Hormonvizsgálatokat rutinszerűen nem kell végezni, csak hypogonadizmusra vagy más endokrin problémára utaló tünetek vagy fizikális eltérések esetén. Vizeleti panaszoknál, genitális eltérések gyanúja vagy 45 éves kor felett urológiai ellenőrzés is szükséges, mivel a genitáliák és a prosztata betegségei az erektilis diszfunkció (ED) gyakori okai között szerepelnek. Bizonytalan kardiovaszkuláris állapotú betegeknél kardiológiai vizsgálat jön szóba. Komolyabb párkapcsolati,

komplex pszichés zavaroknál pszichológus, esetleg pszichiáter segítsége válhat szükségessé (2).

A MEREVEDÉSI ZAVAR KEZELÉSE

Fontos része a szexuális problémákkal való foglalkozásnak az életmód, valamint a párkapcsolat javítására irányuló tanácsadás a szexualitással kapcsolatos tévhitek, félelmek eloszlatására.

A gyógyszeres kezelést napjainkban a PDE5-enzim-gátló hatású

letti kontrollt, ugyanakkor nincs olyan hatással a hangulatra vagy a libidóra, mint a folyamatos szedésű SSRI-k. Az észlelt mellékhatások (hányinger, szédülés, fejfájás, álmoság) általában enyhék, a páciensek 3%-ánál észleltek jelentősebb mellékhatást. Mivel a mellékhatások a 60 mg-ot alkalmazóknál gyakoribbak, javasolt a kezelést a 30 mg-os adaggal kezdeni, csak ha nem kellő a hatékonyság és nincsenek mellékhatások, akkor kell mérlegelni az adag emelését (7).



szerek alkalmazása jelenti (3). Ezek a szerek a válogatás nélküli betegek közel 70–80%-ában hatékonyan javítják a merevedést. A korábbi PDE5-gátlók alkalmazása mellett a leggyakoribb mellékhatások a kipirulás, a fejfájás, emésztési zavarok, izom-, hátfájás, illetve az orrdugulás voltak. Mindezek a mellékhatások általában enyhék és múlóak, azonban a betegek egy részét zavarhatják (4). A PDE5-gátló kezelés során szintén gondot okozhat a gyógyszer bevitelének időzítése, ami a hatékonyságot is befolyásoló tényező. A nemrég megjelent avanafil (Spedra) a PDE5-gátlók új tagja. Farmakokinetikáját gyors felszívódás és elhúzódó felezési idő jellemzi, emellett szelektivitásából eredően mellékhatásprofilja kedvező. Ilyen módon ötvözi a korábbi szerek előnyös tulajdonságait, ezzel segítve a betegek és a partnerek igényeinek teljesítését (5, 6) (1. táblázat).

A KORAI MAGÖMLÉS KEZELÉSE

A korai magömlés gyógyszeres kezelésére napjainkban az egyetlen törzskönyvezett gyógyszer a dapoxetin (Priligy). A dapoxetin egy újonnan kifejlesztett, gyors hatású, gyorsan kiürülő szerotoninvisszavétel-gátló (SSRI). Maximális plazmakoncentrációját a bevétele követően egy-két órával eléri, és 24 órán belül 95%-ban kiürül a szervezetből. A dapoxetin együtltét előtt alkalmazva szignifikánsan javítja a magömlés idejét és a magömlés fe-

Törekedni kell továbbá a partner bevonására a kezelésbe, mert a partner támogatása sokszor a javulás feltétele. A PDE5-gátlók a magömlésre közvetlenül nem hatnak. Elsősorban a merevedési zavar miatt kialakult, másodlagos korai magömlésben alkalmazhatók sikeresen, azaz olyan pácienseknél, akiknél a két probléma együtt jelentkezik (8).

DR. FEKETE FERENC

Mr Clinica Rendelő, Budapest

IRODALOM

1. Giuliano F, Clement P. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management. Eur Urol. 2006;50:454–66.
2. Wespes E, Eardley I, Giuliano F, et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction. European Association of Urology 2013. http://www.spandrolgia.pt/pdfs/Publicacoes/12%20Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf. Accessed 6th Feb 2017.
3. Fekete F, Fábán E. A hatékonyság és mellékhatások vizsgálata erekciós zavarok sildenafil kezelésénél. Orv Hetil. 2000;141:115–8.
4. Carson C, Lue T. Phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction. BJU Int. 2005;96:257–80.
5. Allison M, Grant T, Obaidi M, et al. Pharmacokinetics of avanafil: a novel, rapidly-absorbed, selective PDE5 inhibitor for the treatment of mild to severe erectile dysfunction (ED). J Sex Med. 2011;8:466.
6. Goldstein I, McCoullough AR, Jones LA, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Evaluation of the Safety and Efficacy of Avanafil in Subjects with Erectile Dysfunction. J Sex Med. 2012;9:1122–33.
7. Porst H. An overview of pharmacotherapy in premature ejaculation. J Sex Med. 2011;8:335–41.
8. Asimakopoulos AD, Miano R, Finazzi, et al. Does current scientific and clinical evidence support the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of premature ejaculation? J Sex Med. 2012;9:2404–16.

1. táblázat. Az avanafil farmakokinetikai jellemzői

Farmakokinetikai paraméterek	Avanafil	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
Maximális plazmaszint (T_{max} óra)	0,5–0,75	1	1	2
Terminális felezési idő ($T_{1/2}$ óra)	6–7	3–5	4–5	17,5