

VIZELETTARTÁSI ZAVAROK, HIPERAKTÍV HÓLYAG

Romics Miklós dr., Majoros Attila dr.

*Semmelweis Egyetem,
Urológiai Klinika,
Budapest*



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

Az akaratlan vizeletvesztés, azaz a vizeletinkontinencia soha nem „normális” vagy „tolerálható”. Nem evidens következménye az életkori változásoknak, és nem természetes velejárója a többszörös gyermekvállalásnak vagy a prosztatabetegségeknek. Minden esetben enyhíthető, kezelhető, ám sokszor elsiklunk felette: vagy a vizsgálóorvos felejt el rákérdezni, vagy az inkontinens személy fél/felejt el jelezni. Ez azonban nem ok arra, hogy ne próbáljuk felkutatni és kezelni a panaszos betegpopulációt – főleg, hogy a terápia első vonalába tartozó diagnosztikus és terápiás megoldások (legyen szó késztetéses vagy terheléses inkontinenciáról) már az alapellátásban is, széles körben elérhetők. Írásunkban a fizikai terhelésre és késztetések mellett megjelenő inkontinencia kivizsgálásának és kezelésének alapjait tekintjük át.

BEVEZETÉS

A fizikai terhelésre vagy hirtelen késztetések mellett megjelenő vizelettartási zavarok szinte minden nemből és életkorban előfordulhatnak. Hazánkban tízezrek élnek – sokszor ellátatlanul – inkontinenciával, vagy sűrű vizelési ingerekkel jelentkező túlműködő hólyag szindrómával. Az akaratlan vizeletvesztés pedig nemcsak egészségügyi probléma, hanem mint mentálhigiénés, szociális és gazdasági tényező is jelentős keresztet jelent társadalmunkon, ezért kiemelten fontos, hogy up-to-date ismeretekkel rendelkezünk az inkontinencia kivizsgálását és kezelését illetően. Munkánkban a vizelettartási panaszok menedzsmentjének modern lehetőségeit tekintjük át (1).

TERHELÉSRE JELENTKEZŐ VIZELETVESZTÉS

A fizikális terhelésre, hasúri nyomásnövekedésre (köhögésre, felállásra, emelésre) megjelenő vizeletvesztés a hölgyek körében gyakoribb, akár a nők 60%-át is érintő

inkontinenciátípus. Férfiak esetében főleg radikális prosztataműtétek után alakul ki a stresszinkontinencia (2). A rizikófaktorok közül kiemelendő a többszörös várandósság, a dohányzás, az obesitas és a krónikus székrekedés. Hovatovább olyan, főleg előrehaladott életkorral jelentkező eltérések, mint a hüvelyi prolapszusok, szintén provokálhatják a terhelésre jelentkező inkontinencia kialakulását (3).

Diagnosztikája nem különösképpen bonyolult: amennyiben egy jól telt hólyag húgycsővé elé helyezett papírvatta köhöggetés után vizeletessé válik, kimondható a stresszinkontinencia jelenléte. Ezt célszerű kiegészítenünk ultrahangvizsgálattal (vizeletretenció és túlfolyásos inkontinencia kizárására) és más alapvizsgálatokkal, hogy pontosabb képet kapjunk, de bonyolultabb funkcionális vagy képalkotó vizsgálatok nem szükségesek az elsővonalbeli terápia megkezdéséhez.

Kezelését elsősorban a már jelen lévő és befolyásolható rizikófaktorok menedzsmentjével érdemes kezdenünk: a testtömeg optimalizálásával, a folyadékfogyasztási szokások normalizálásával és a (potenciálisan köhögést provokáló) dohányzásról való

leszoktatással. A medencefenéki izmok erősítése (lehetőleg gyógytornász segítségével) az egyik legfontosabb konzervatív kezelési megoldás, amelyet minden esetben érdemes felajánlanunk! Amennyiben az elsővonalbeli terápia nem segít, úgy szóba jöhet – egyedüli, ám off-label – gyógyszeres megoldásként a duloxetin is nota bene (4)! Ezt, az Európában inkontinenciakezelésre nem törzskönyvezett gyógyszert, csakis körültekintő betegtájékoztató után érdemes felajánlani és felírni. Mellékhatásai (az alvás- vagy szexuális zavarok, a szédülés és a fejfájás) gyakran a gyógyszer elhagyására kényszerítik a panaszos személyeket, ám azt is csak lépcsőzetesen érdemes, a hirtelen elvonás okozta problémák elkerülése végett. Ha azonban e megoldások nem jönnek szóba, vagy nem hoznak eredményt, akkor műtéti megoldás javasolható: húgycsővet alátámasztó szalagok, legyenek azok az obturator foremeneken vagy a hólyag felett (retropubikusan) bevezetett, autológ vagy gyári, merev vagy állítható feszességűek (5). A szalagok mellett a művi húgyhólyagzáróizomrendszerek is kiváló eredménnyel enyhítik a terhelésre jelentkező vizeletvesztést, ám implantációjuk előtt különös körültekintéssel kell eljárunk: nem elég bizonyítanunk a hasi nyomásnövekedésre jelentkező vizeletfolyás jelenlétét, arról is érdemes meggyőződnünk, hogy a húgyhólyag összehúzódó képessége, azaz kontraktilitása is megtartott-e (6). Ellenkező esetben egy olyan hólyag alá ültethetünk inkontinencia megoldására szánt implantátumot, amely végső soron – gyengébb kontraktilitású hólyag esetén – nemcsak az akaratlan, hanem az akaratlagos vizeletvesztést is meggátolja. A hólyagműködés kivizsgálására urodinamikai megoldások alkalmazhatók: a vizeletáramlás (flow) és vizeletét követően, a hólyagban maradó vizelet mennyiségének meghatározása már nagyban segíthet a hólyagfunkció meghatározásában, ám nőknél – a rövid és jelentős rezisztenciát nem jelentő húgycső miatt – gyengébb hólyag-összehúzódással is elérhető jó vizeletsugár. Ezek a nem invazív vizsgálatok szélesebb körben elérhetőek, elvégzésük mindenképpen javasolt, de csak a cisztometriás és nyomás-áramlás vizsgálat (köznapi megfogalmazással urodinámias kivizsgálás) ad teljes leírást a hólyag tágulékonyságáról, érzékenységről, összehúzódási képességéről.

KÉSZTETÉSES INKONTINENCIA

Mikor egy erős és visszatartthatatlan vizeletési inger kíséretében akaratlan vizeletelfolyás jelentkezik, késztetéses (urge) inkontinenciáról beszélünk. Bár számos olyan körülményt ismerünk, amely sürgető vizeletvesztést vált ki (mint a vizeletfertőzés, hólyagban megbúvó kő vagy idegen test stb.), az esetek jelentős részében nincs a klasszikus értelemben betegségnek nevezhető eltérés, „csupán” a hólyagfal rugalmasságának a (hormonális, neurológiai vagy egyéb okok miatt történő) megváltozása és a hólyag érzékenységének fokozódása, valamint akaratlan összehúzódása áll a panaszok hátterében (7, 8).

Amennyiben minden olyan eltérés kizárásra került, amely hirtelen és parancsoló vizeletési ingerekhez, vagy akár késztetéses vizeletvesztéshez, gyakori vizeletürítéshez, valamint éjszakai vizeletekhez vezethet, túlműködő hólyagról (Overactive Bladder, OAB) beszélünk.

Az urge panaszok kivizsgálásában tehát elengedhetetlen a késztetéses vizeletési panaszokat leggyakrabban okozó állapotok, mint például a vizeletfertőzés kizárása, ezért az első lépésben elvégzett vizsgálatok közt kiemelt jelentőségű a vizeletvizsgálat, a húgyhólyag vizelés előtt és utáni ultrahangvizsgálata (esetleges térfoglaló folyamatok és jelentős mennyiségű vizeletretenció kizárására) (19). Az ultrahangvizsgálat – a prosztatata méretének, valamint a hólyagfalvastagság meghatározásán keresztül – ugyancsak felvetheti alsó húgyúti kifolyási akadály gyanúját, a vizeletvizsgálat pedig nemcsak vizeletfertőzést, hanem mikroscópos vérvezelés- és cukorbetegséget is segíthet feltárni.

A vizeletési panaszok, főként a vizeletési frekvencia, továbbá a folyadékfogyasztási habitus vizsgálatára kiváló és ingyenes eszköz a vizeletési napló. Ennek alkalmazása során a panaszos személy három napon keresztül rögzíti a bevitt és kivizelt folyadékporciókat, és jelöli, hogy mikor tapasztalt imperatív vizeletési ingert vagy inkontinenciát. Ezzel nemcsak a panaszos személyek vizeletési panaszira kapunk mélyreható betekintést, de patológiás folyadékfogyasztási habitus is felismerésre kerülhet.

Fizikális vizsgálat szintén javasolt, ám önmagában ritkán ad választ a panaszok eredetére. Mindazonáltal a férfi külső genitáliák vizsgálá-

lata során jelentős fokú előbőrszűkület, nők esetében szignifikáns hüvelyi előesés kerülhet felismerésre, amelyet gyakran kísérnek alsó húgyúti panaszok.

A panaszok kikérdezése, az imént felsorolt vizsgálatok elvégzése – amelyek mindegyike megtalálható és elvégezhető szakrendelőben, háziorvosi praxisközösségekben stb. – már elegendő a konzervatív kezelés megkezdéséhez (10).

Első vonalban, mint ahogy a terheléses panaszok esetében, itt is a kiváltó és rizikófaktorok megoldása a cél: a testtömeg optimalizálása és a metabolikus szindróma menedzsmenete több különböző úton is segít enyhíteni a panaszokat, hovatovább csökkent a hólyagra és a medencefenéki szervrendszerre helyezett nyomást. A helytelen folyadékfogyasztási szokások (túlzott koffein, szénsavas italok és alkohol) korrekciója, valamint a bevitt folyadékmennyiség egészséges tartományba való csökkentése szintén enyhítőleg hathat a késztetéses panaszokra. (Érdekesség, hogy bár sokan próbálnak a bevitt folyadékmennyiség mérséklésén keresztül csökkenteni a vizelési frekvenciát, ez sokszor kontraproduktív lehet, hiszen a koncentráltabb vizelet jobban ingerelheti a hólyagot, mint a hígabb.)

Szintén a túlműködő hólyag elsővonalbeli kezeléséhez tartozik a medencefenéki izmok tornáztatása, valamint a hólyagtréning (11). Utóbbi a vizelési ingerek kontrollált elnyomását és így a vizelések fokozatosan egyre hosszabb időn keresztüli elodázását jelenti, amely akár 20-25%-kal is megnövelheti a hólyagkapacitást.

Amennyiben a nem gyógyszeres megoldások nem hoznak enyhülést vagy egyszerűen nem kivitelezhetőek, a gyógyszeres kezelés szintén megkezdhető az említett vizsgálatok eredményének birtokában: antikolinerg szerek és béta-agonista készítmények állnak rendelkezésünkre, amennyiben orális terápiát választunk. (Fitoterápia vagy nem receptköteles gyógykészítmények nem rendelkeznek elegendő evidenciával, hogy a késztetéses panaszok, a hólyagtúlműködés kezelésében ajánlhatnánk őket – szemben például a jóindulatú prosztatamegnagyobbodás kezelésében használt készítményekkel.)

Az antikolinerg és a béta-agonista szerek hatásmechanizmusukban jelentősen eltérnek: míg az antikolinerg szerek (mint a szolifenacin vagy a darifenacin) a paraszimpatikus

idegrendszer ellensúlyozásával, a vizeletürítés visszafogásával enyhítik a késztetéses panaszokat, ám mellékhatásaik gyakran számottevőek, így nem ritka, hogy akár pár nap után elhagyják azokat. Leggyakrabban szájszárazság, székletürítési nehézség, vizeletürítési panaszok és központi idegrendszeri tünetek (zavartság, látászavar, demencia fokozódása) jelentkeznek, ám természetesen a várt hatás elmaradása is vezethet a gyógyszer leváltásához (12). A béta(3)-agonista szerek, a mirabegron vagy a vibegron, a vegetatív idegrendszer másik ágára, a szimpatikus rendszerre hatnak, így nem a vizelet ürítését nehezítik meg, hanem a tárolását fokozzák, ezért mellékhatásprofiljuk is kedvezőbb, ám adrenerg hatásmechanizmusuk miatt hajlamosak a vérnyomás emelésére és palpitáció kiváltására is.

A konzervatív és gyógyszeres megoldások után minimálisan invazív beavatkozások javasolhatók: a húgyhólyagba adható onabotulinumtoxin segítségével időlegesen lebéníthatjuk a húgyhólyag egyes izmait és így egyszerre növelhetjük meg a hólyagkapacitást és vehetjük elejét a hirtelen, akaratlan és inkontinenciát okozó hólyag-összehúzódnak. Hátránya, hogy hozzátétőlegesen évente ismételni szükséges, valamint áteshetünk a „ló túloldalára”, azaz a botoxkezelés hatására – egy csökkent kontraktilitású, de késztetéses panaszokat provokáló hólyag – nehézzvizelés, de akár jelentős mértékű vizeletretenció is kialakulhat, amely katéterviselést vagy az intermittáló önkátéterezés elsajátítását teheti szükségessé. Ezért, mint ahogy a terheléses inkontinencia műtéti megoldásai előtt, itt is jelentős szerepet kap az invazív (katéteres) urodinamikai vizsgálat és a csökkent kontraktilitású hólyagok kiszűrése (13).

A botoxinjekciók mellett szintén javasolható a különböző, több módon is kivitelezhető neuromoduláció/neurostimuláció. Ennek során az alsó húgyúti szervrendszerhez futó idegek működésének befolyásolásán keresztül változtatjuk meg a húgyhólyag működését és a központi idegrendszerbe érkező szenzációk minőségét, enyhítve ezzel a hirtelen és parancsoló vizelési ingerek okozta kellemetlenséget. A beavatkozásnak két formája van: egy minimálisan invazív típus, amely során a nervus tibialis posterior kerül ingerlésre, transzskután módon egy felcsatolható stimulátorral, valamint egy jóval in-

vazívabb, keresztcsonti (szakrális) módszer, amely során a keresztcsont foramenjein keresztül kerül beültetésre az idegeket elérő vezeték, és a farpofák/derék zsírrétege alá kerül a (gyufásdoboznál is kisebb) impulzusgenerátor (14).

KEVERT TÍPUSÚ INKONTINENCIA

Természetesen – minthogy mechanizmusuk eltérő – késztetéses és terheléses panaszok egyszerre is előfordulhatnak. Az ilyen esetek kezelési algoritmusára nincs egyértelmű irányvonal, és nincs igazi oka, hogy ne foglalkozzunk mindkét panasszal egy időben. Azonban az ilyen esetekben különös körültekintéssel kell eljárunk, és javasolt lépcsőzetesen, először a súlyosabb panasz megoldásával kezdeni a menedzsmentet.

TÚLFOLYÁSOS INKONTINENCIA

Ischuria paradoxa – vagy köznapi magyar nevén túlfolyásos inkontinencia – akkor következik be, ha a hólyag (alsó húgyúti

kifolyási akadály vagy összehúzóási kép telenség következtében) nem tud kiürülni, és a tetemes vizeletretenció egy része „utat talál” magának a húgycsővön keresztül. Természetesen itt elsősorban nem a klasszikus értelemben vett vizelettartási probléma az alapvető gond, a vizeletretenció megelőzése-megoldása, a vizelet lecsapolása a szükséges tennivaló.

ÖSSZEFOGLALÁS

Mint látható, az akaratlan vizeletvesztés – szakrendelői szintű – kivizsgálása nem ördögösség, nem vesz igénybe jelentős időt, pénz vagy energiát. De ugyanez elmondható az első vonalba tartozó kezelési megoldásokról is, így nehéz magyarázatot találni, miért nem foglalkozunk többet az inkontinenciával, miért nem keressük aktívan a vizeletvesztő személyeket, hiszen ezen panaszok enyhítése nemcsak betegeink pénztárcáit fogja megkímélni (a meg nem vásárolt betéteken keresztül), hanem visszaadhatja szociális és szexuális életüket és a fizikális aktivitás lehetőségét is.

IRODALOM

- Zhang Y, Wu X, Liu G, et al. Association between overactive bladder and depression in American adults: A cross-sectional study from NHANES 2005-2018. *J Affect Disord.* 2024; 356: 545–553. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.030> Epub 2024 Apr 18. PMID: 38642902
- Majoros A, Keszthelyi A, Bánfi G, et al. Prostatiták kezelése utáni vizeletinkontinencia ellátása. *Magyar Urológia* 2023; 35: 3, 121–124.
- Lugo T, Leslie SW, Mikes BA, et al. Stress Urinary Incontinence. 2024 Aug 31. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 30969591
- Lorzadeh N, Jahanshahi M. The effect of duloxetine on stress urinary incontinence. *Health Sci Rep.* 2024; 7(5): e2091. <https://doi.org/10.1002/hsr.2.2091>. PMID: 38736475 PMID: PMC11082090
- Romics M, Keszthelyi A, Hamvas A, et al. Vizeletinkontinencia. *Gyógyszerész Továbbképzés* 2019; 13: 2, 54–58.
- Majoros A, Bánfi A, Romics M, et al. A műsphincter-implantáció eredményessége a férfi stresszinkontinencia sebészi kezelésében. *Magyar Urológia* 2019; 29: 2, 81–82.
- Gamé X, Phé V. Physiopathologie du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale [Pathophysiology of overactive bladder]. *Prog Urol.* 2020; 30(14): 873–879. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.08.003> PMID: 33220815
- Hagovska M, Svihra J Sr, Macko L, et al. The effect of pelvic floor muscle training in men with benign prostatic hyperplasia and overactive bladder. *World J Urol.* 2024; 42(1): 287. <https://doi.org/10.1007/s00345-024-04974-7> PMID: 38698269; PMID: PMC11065782
- Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, et al. The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder. *J Urol.* 2024; 212(1): 11–20. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003985> Epub 2024 Apr 23. PMID: 38651651
- Majoros A, Romics M. A hiperaktív hólyag kivizsgálása és kezelése. *Lege Artis Medicinae* 2020; 30: 3, 131–136.
- Hsu LN, Hu JC, Chen PY, et al. Metabolic Syndrome and Overactive Bladder Syndrome May Share Common Pathophysiologies. *Biomedicine.* 2022; 10(8): 1957. <https://doi.org/10.3390/biomedicine10081957> PMID: 36009505; PMID: PMC9405560
- Trump T, Goldman HB. Overactive Bladder Medications in Geriatrics-Risks and Realities. *Clin Geriatr Med.* 2025; 41(2): 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2025.01.001> Epub 2025 Mar 4. PMID: 40345770
- Majoros A, Romics M, Ali A, et al. Hiperaktív (túlműködő) hólyag kezelése botulinumtoxin-A-terápiával. *Orv Hetil.* 2021; 162(36): 1459–1465.
- Romics M, Kiss G, Eröss L, et al. Kezdeti tapasztalataink sacralis neuromodulációval az idiopátiás vizeletretenció kezelésében. *Magyar Urológia* 2017; 29(4): 167–172.