

A kismedencei szervek süllyedésének és a női terheléses vizeletvesztésnek a konzervatív és sebészi kezelése Magyarországon

Felmérés az egészségügyi szolgáltatók körében

Kolumbán Szilárd dr.¹ ■ Kovács Kálmán dr.^{2, 5*} ■ Majoros Attila dr.³
Németh Zoltán dr.⁴ ■ Bódis József dr.^{2, 5*} ■ Farkas Bálint dr.^{2, 5*}

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

²Pécsi Orvostudományi Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Tanszék, Budapest

⁴St. John of God Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Bécs, Ausztria

⁵Pécsi Tudományegyetem, Humán Reprodukciós Nemzeti Laboratórium, Pécs

Bevezetés és célkitűzés: Mivel klinikai iránymutatások a genitális prolapsusok kezelésére Magyarországon nem léteznek, a süllyedéses kórképek konzervatív és sebészi ellátási stratégiája országon belül nem standardizált, és széles határok között mozog. A Magyar Kontinencia és Urogynecológiai Társaság megalakulásának tiszteletére célul tűztük ki a jelenlegi kezelési elvek felmérését a genitális prolapsusok és a női terheléses vizeletvesztés vonatkozásában.

Módszer: Létrehoztunk egy 20 kérdésből álló online kérdőívet, melyet 40 urológiai és 65 nőgyógyászati osztálynak továbbítottunk 2021 szeptemberében és októberében.

Eredmények: Az online kérdőívre adott válaszok aránya 24,76% volt. A válaszadók 96,15%-a a panaszokat okozó süllyedéses kórképek kezelésére elsőként választandó módszerként a konzervatív terápiát ajánlja a betegeknek. A mellső kompartment panaszokat okozó süllyedése esetén a legtöbben a mellső hüvelyfali plasztikát (28,96%) és a laparoszkópos sacrohysteropexiát/sacrocolpopexiát (27,42%) választják mint sebészi ellátást. Apicalis prolapsus esetén a laparoszkópos sacrofixatio az elsőként választandó módszer válaszadóink körében (35,88%). A női terheléses vizeletvesztés kezelésében a transobturator (61,53%) és a transvaginalis (15%) szalag implantációja a leginkább alkalmazott sebészi módszer.

Következtetés: Eredményeink jó alapot biztosíthatnak a női terheléses vizeletvesztés és a genitális prolapsusok diagnosztikájának és ellátásának magyarországi továbbfejlesztéséhez, melyet az Európai Urogynecológiai Társasághoz való friss csatlakozásunkkal talán könnyebben elérhetünk. Továbbá urogynecológiai szakképesítéssel a betegellátást még színvonalasabbá tehetnénk.

Orv Hetil. 2022; 163(52): 2072–2078.

Kulcsszavak: genitális prolapsus, kérdőív, felmérés, urogynecológia, stresszincontinencia, Magyarország

Conservative and surgical treatments performed for symptomatic pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence in Hungary

A survey among the health care providers

Introduction and objective: As clinical guidelines are available for the treatment of stress urinary incontinence, but not pelvic organ prolapse, in Hungary, the treatment of pelvic organ prolapse varies widely throughout the country and is not standardized. Due to the establishment of the Hungarian Continence and Urogynecological Association, we aimed to determine current conservative and surgical treatment trends and strategies for these conditions in Hungary and compare them with international practice.

*Az MTA–PTE Humán Reprodukciós Tudományos Kutatócsoport tagja, Magyar Tudományos Akadémia, Pécs

Method: An online questionnaire consisting of 20 multiple-choice, checkbox, multiple-choice grid, and short-answer items was sent to 40 urology and 65 gynecology departments in Hungary in September and October 2021.

Results: The overall response rate was 24.76%. Almost all (96.15%) respondents reported that conservative treatment options were offered as first-line therapy to patients with symptomatic pelvic organ prolapse. For symptomatic anterior-wall prolapse, anterior repair, and laparoscopic sacrohysteropexy/sacrocolpopexy were the preferred surgical options (by 28.96% and 27.42% of respondents, respectively). For apical prolapse, laparoscopic sacrofixation was the first-choice treatment (35.88%). For stress urinary incontinence, mid-urethral sling insertion with a transobturator (61.53%) or retropubic (15%) approach was the preferred intervention.

Conclusion: The low overall response rate in this study alone reflects the current condition of Hungarian urogynecology. Our findings might provide a good basis for the improvement and refinement of diagnosis and therapy for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse in the country. As Hungary is a new affiliated partner of the European Urogynecological Association, we hope that this goal can be achieved soon. In addition, a curriculum for urogynecological specialization is needed.

Keywords: pelvic organ prolapse, questionnaire, survey, urogynecology, stress urinary incontinence, Hungary

Kolumbán Sz, Kovács K, Majoros A, Németh Z, Bódis J, Farkas B. [Conservative and surgical treatments performed for symptomatic pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence in Hungary. A survey among the health care providers]. *Orv Hetil.* 2022; 163(52): 2072–2078.

(Beérkezett: 2022. október 3.; 2022. október 18.)

Rövidítések

ELKH = Eötvös Loránd Kutatási Hálózat; ETT TUKÉB = Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásügyi Bizottság; MAKUT = Magyar Kontinencia és Urogynecológiai Társaság; NICE = (National Institute for Health and Care Excellence) Országos Egészségügyi és Ellátási Kiválósági Intézet, Egyesült Királyság; POP = (pelvic organe prolapse) kismedencei szervi prolapsus; PTE = Pécsi Tudományegyetem; SOCG = (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) Kanadai Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság; SUI = (stress urinary incontinence) terheléses vizeletvesztés, stressz-incontinencia; TOT = (transobturator tape) transobturator szalag; TVT = (transvaginal tape) transvaginalis szalag

Az anatómiai és funkcionális kismedencei elváltozások (például genitális prolapsusok, vizelet- és székletincontinencia) még napjainkban is tabutémának számítanak az érintett nők körében. 40 és 85 éves kor között a nők 41–50%-ában alakul ki objektíven kimutatható, tünetmentes kismedencei szervi prolapsus (POP) vagy vizeletincontinencia, de a betegek csupán 3%-a számol be tünetekről [1]. 2050-re a POP-ban szenvedő nők száma várhatóan 4,9 millióra nő, ez 46%-os növekedést jelent [2]. E betegségek valós gyakoriságát azonban nehéz objektíven felmérni, tekintettel arra, hogy a tünetek a betegeknek gyakran szegyenérzetet okoznak, és ebből kifolyólag ritkán veszik igénybe sülyedésszerű panaszok vagy vizeletincontinencia miatt az egészségügyi ellátóintézményeket. A betegség incidenciája az életkor előrehaladtával növekszik, és a tünetek megjelenésekor a konzervatív beavatkozások már ritkábban nyújtanak kellő javulást. A tüneteket okozó és a tünetmentes POP közötti határ-

vonal éles, mivel a hüvelyi idegentest-érzés, a vizeletürítési nehézség, a fájdalom, a dyspareunia és a betegség egyéb tünetei drámaian csökkentik a betegek életminőségét [3]. A genitális prolapsusok és a terheléses vizeletvesztés (stressz-incontinencia) folyamatosan progrediáló állapotok, eredetük multifaktoriális (szülészeti anamnézis, életkor, kötőszöveti betegségek, genetikai tényezők és krónikus hasi nyomásfokozódás, például kóros elhízás, krónikus tüdőbetegségek esetén) [4, 5], és így a kezelési stratégiák is különbözőek lehetnek. Két fő kezelési lehetőség áll rendelkezésre: konzervatív és sebészi megoldás. A konzervatív kezelés magában foglal különböző dietetikai tanácsokat, a lokális hormonpótlást, a medencefenéki izomtornát, a neurostimulációt (percutan nervus tibialis stimuláció), a biofeedbacket és a hüvelyi pesszáriumokat. A POP sebészeti beavatkozását natív szövetekkel végzik, mint elülső vagy hátsó hüvelyi plasztika, a méh eltávolításával vagy anélkül. A hüvelyi háló alkalmazása ellentmondásos; ha mégis alkalmazzák, az arany standard a hasi megközelítés, hysterio-, cervico- vagy sacrocolpopexia. A terheléses vizeletvesztés (SUI) sebészi kezelése szintén ellentmondásos; a suburethralis szalagok használata Európában továbbra is elterjedt, de az angolszász területeken tilos.

Prolapsus miatt kétszer olyan gyakran végeznek műtet, mint terheléses vizeletvesztés miatt. A POP-műtét prevalenciája 6–18% között mozog, és 60–69 éves korban éri el a csúcspontot [1].

A Magyar Kontinencia és Urogynecológiai Társaság (MAKUT) 2021. évi megalakulása alkalmából online felmérést végeztünk a POP és a SUI magyarországi kezelési elveinek felmérésére.

Anyagok és módszer

Tanulmányterv és résztvevők

Ezt a prospektív kohorszvizsgálatot az Országos Egészségügyi Tudományos Tanács engedélyével végeztük (ETT TUKEB, IV/7737-3/2021/EKU). A POP és a SUI kezelési lehetőségeiről és kezelési stratégiáiról szóló online kérdőívet 2021 szeptemberében és októberében

Kérdőív

1. Milyen szakirányú az intézmény?
2. Kérjük, jelölje meg, hogy milyen szintű az egészségügyi ellátóegység.
3. A méh- és hüvelysüllyedésből adódó panaszok esetén elsőként választandó kezelésként felajánlja-e az intézmény a konzervatív kezelési módszereket?
4. Amennyiben felajánlja a konzervatív kezelést, kérjük, nevezze meg a felajánlott módszereket.
5. Amennyiben NEM ajánlja fel a konzervatív kezelést, akkor döntését mely tényezők befolyásolják?
6. Kérjük, adja meg, hogy évente hány műtétet végeznek süllyedés miatt.
7. Szimptomatikus cystokele esetén (Grade II–IV. – amikor a probált mellső hüvelyfál az introitustól 1 cm-re vagy annál mélyebbre süllyed) milyen műtéti beavatkozásokat választanak?
8. Szimptomatikus méhsüllyedés esetén (Grade II–IV. – amikor az uterus az introitustól 1 cm-re vagy annál mélyebbre süllyed) milyen műtéti beavatkozást választanak?
9. Amennyiben szimptomatikus méhsüllyedés (Grade II. – amikor az uterus az introitustól 1 cm-ig lesüllyed) áll fönn, és az uterus egészségesnek tűnik, sor kerül-e méheltávolításra a műtét során?
10. Szimptomatikus rectokele esetén (Grade II–IV. – amikor a hátsó hüvelyfál az introitustól 1 cm-re vagy annál mélyebbre süllyed) milyen műtéti beavatkozást választanak?
11. Hüvelyi méheltávolítás esetén rögzítik-e külön a hüvelycsontot?
12. Mikor tartja indokoltnak az intézmény a hüvelyi háló primer behelyezését?
13. Kérjük, adja meg, hogy évente hány műtétet végez az intézmény női stresszincontinentia miatt.
14. Stresszincontinentia-műtét előtt felajánlja-e az intézmény a konzervatív kezelés lehetőségét?
15. Amennyiben felajánlja a konzervatív kezelést, kérjük, nevezze meg a felajánlott módszereket.
16. Amennyiben nem ajánlja fel a konzervatív kezelést, akkor ennek az oka:
17. Amennyiben műtétre kerül sor, mi az elsődlegesen választott műtéti beavatkozás?
18. Végeznek-e, vagy kérnek-e rutinszerűen urodinamikai vizsgálatot női stresszincontinentia műtéti kezelése előtt?
19. Van-e lehetőség az osztályon vagy kooperációban urodinamikai vizsgálatra?
20. Végeznek-e rutinszerűen medencefenék-ultrahangvizsgálatot női stresszincontinentia/urogenitalis prolapsus műtéti kezelése előtt?

e-mailben küldtük el a magyarországi urológiai és nőgyógyászati osztályok vezetőinek. A válaszadókat arra kértük, hogy jellemezzék az intézményükben jelenleg alkalmazott gyakorlatot a POP és a SUI vonatkozásában.

A kérdőívet a szerzők kifejezetten ehhez a vizsgálat-hoz hozták létre, amely 20 feleletválasztós és rövid választ igénylő kérdésből áll (*Kérdőív*). A kérdések tartalma kiterjedt a konzervatív és a műtéti kezelés indikációinak meghatározására, a beavatkozás kiválasztására a különböző POP-stádiumok és a SUI esetében, valamint a megfelelő kezelés kiválasztását potenciálisan befolyásoló egyéb tényezőkre (például hormonális status, szexuális aktivitás, POP-stádium, urodinámia alkalmazása). 10 kérdés a süllyedéses kórképeket mérte fel, 8 kérdés a terheléses vizeletvesztéshez kapcsolódott, míg 2 kérdés a válaszadók szakterületére és az egészségügyi egység progresszivitási szintjére vonatkozó információkat gyűjtötte be.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) programmal végezték a Pécsi Tudományegyetem Bioanalitikai Intézetében. Az összes hiánytalanul kitöltött kérdőív adatait bevontuk az elemzésbe. Az adatokat gyakoriságok vagy százalékos arányok formájában mutattuk be.

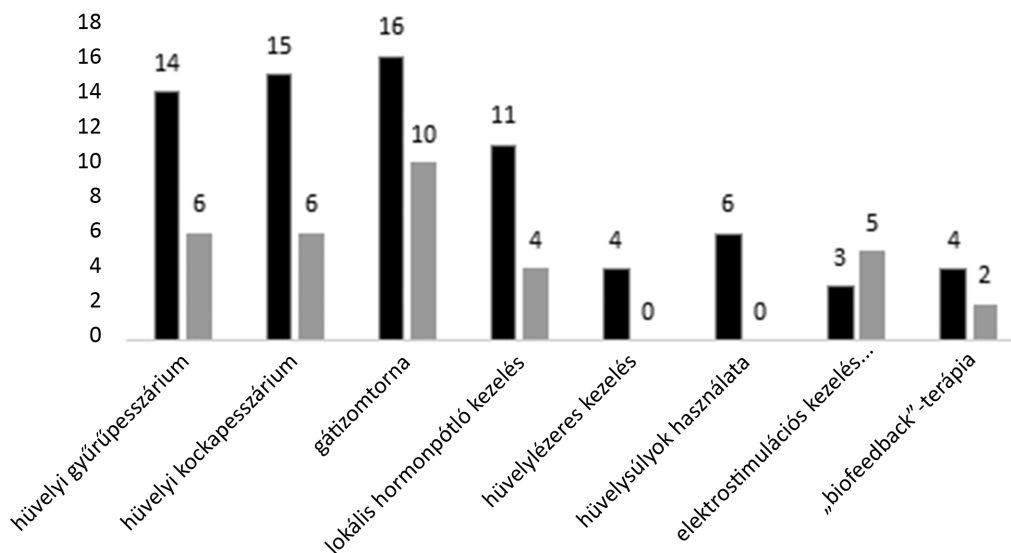
Eredmények

Általános adatok

A 40 urológiai és 65 nőgyógyászati osztályra e-mailben elküldött 105 kérdőív-ből 26 teljesen kitöltött kérdőív érkezett vissza (24,76%-os válaszadási arány [25% a nőgyógyászati és 24,61% az urológiai osztályokról]). A válaszadó nőgyógyászok 26,92%-a és a válaszadó urológusok 11,53%-a uroginékológiára szakosodott. A válaszadó orvosok több mint 42%-a megyei kórházakban, 30,76%-a városi kórházakban, közel 27%-a pedig egyetemi klinikai központokban dolgozott.

Kismedencei szervi prolapsus

Majdnem minden válaszadó (96,15%) arról számolt be, hogy intézményükben a tüneteket okozó POP első vonalbeli terápiájaként a konzervatív kezelést ajánlják fel a betegeknek. A leggyakrabban ajánlott konzervatív kezelés a medencefenéki izomtorna (24,53%) és a különböző típusú hüvelyi pesszáriumok (kockapesszárium: 19,81%; gyűrűpesszárium: 18,87% – *1. ábra*) alkalmazása volt. A válaszadók jelezték, hogy a konzervatív kezelés mellőzésére vonatkozó döntést a leginkább a prolapsus súlyossága (35,82%) és a konzervatív kezelésnek a beteg általi elutasítása (32,83%) befolyásolta; további tényező volt a betegek szexuális aktivitási státusza (19,40%) és a hor-

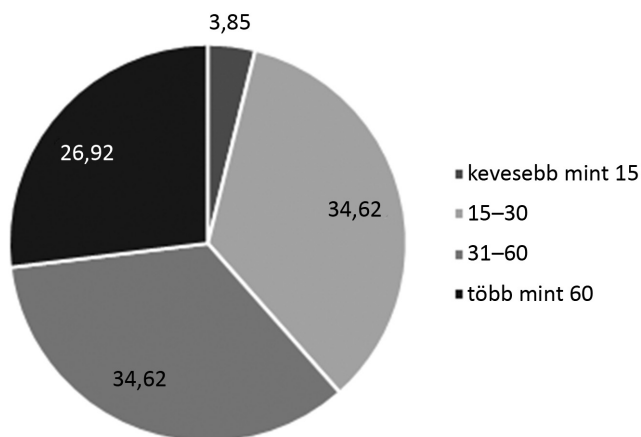


1. ábra | A kismedencei szervek süllyedése konzervatív kezelésének megoszlása Magyarországon. A fekete sávok a szülész-nőgyógyász szakorvosokat, a szürke sávok az urológusokat jelölik

monális státusz (4,47%). A válaszadók 7,46%-a úgy vélte, hogy a POP konzervatív kezelése általában nem hatékony, 4% pedig arról számolt be, hogy intézményükben a konzervatív kezeléseket egyáltalán nem alkalmazzák. A POP miatt évente elvégzett műtéti beavatkozások száma az intézmény mérete, az orvosok száma és a progresszivitási szint alapján széles határok között mozgott. A legtöbb beavatkozást az egyetemi klinikai központokban végezték (2. ábra).

A tünetekkel járó, mellső fali II–IV. fokú prolapsus esetében a leginkább alkalmazott műtéti lehetőség a laparoszkópos sacrohysteropexia/sacrocolpopexia volt (28,96%, illetve 27,42%). A sebészek mindössze 14,34%-a számolt be arról, hogy intézményükben a tünetekkel járó előrehaladott cystokele esetén a hüvelyi méheltávolítás volt az első választás. A válaszadóknak csak 13,14%-a alkalmaz hüvelyi hálót a cystokele műtéti megoldására.

A tünetekkel járó, II–IV. fokú apicalis prolapsus leggyakrabban végzett műtéte a laparoszkópos sacrohysteropexia/sacrocolpopexia volt (35,88%). A második leg-



2. ábra | A kismedencei szervek süllyedésének éves műtéti volumene a magyarországi intézményekben

gyakrabban végzett műtét a hüvelyi méheltávolítás volt hátsó és mellső hüvelyplasztikával kiegészítve (31,65%). Ventrofixatiót, laparotomiás sacrohysteropexiát/sacrocolpopexiát és colpocleisist (Neugebauer–LeFort-műtét) a válaszadók hasonló arányban végeztek (10,11–14,53%). Teljes hüvelyhálót és Manchester-plasztikát ritkán alkalmaztak. Bizonyított méheltávolítás esetén (myoma, hypertrophia) a méh eltávolítása felmérésünkben ellentmondásos eredményeket adott. Az osztályok 34,61%-ában csak akkor végeztek méheltávolítást, ha a hüvelyi méheltávolítás kivitelezhető volt; az osztályok 28,46%-ában minden esetben megőrizték az egészséges méhet. Néhány (19,23%) válaszadó arról számolt be, hogy a méh konzerválását laparotomiás vagy laparoszkópos műtétekkel végezték. A válaszadók 7,69%-a az egészséges méhet minden esetben konzerválja.

A tüneteket okozó, II–IV. fokú hátsó fali prolapsus esetében a leggyakrabban végzett műtét (45,5%) a hátsó hüvelyplasztika volt, perineorrhaphiával kombinálva. A válaszadók kisebb része számolt be egyszerű hátsó hüvelyplasztikáról (20,88%) vagy hátsó hüvelyi háló alkalmazásáról (22,8%).

A kérdőívre adott válaszok alapján kitűnik, hogy a hüvelycsonknak a környező struktúrákba való magas rögzítése a hüvelyi méheltávolítás során (az adnexumok eltávolításától függetlenül) ellentmondásos. A válaszadók egyharmada, akiknek többsége urológus, arról számolt be, hogy a hüvelycsonkot nem rögzítették, 26,92%-a számolt be a hüvelycsonk McCall-féle felfüggesztésének elvégzéséről, 23,07%-a a sacrospinalis szalag rögzítési pontként való használatáról, míg a válaszadók 19,23%-a arról, hogy intézményükben soha nem végeztek hüvelyi méheltávolítást.

A válaszadó intézmények 44,11%-ában a hüvelyi háló első vonalbeli indikációja szigorúan egyéni elbíráláson alapult. A válaszadók kisebb arányának válaszaiból kitű-

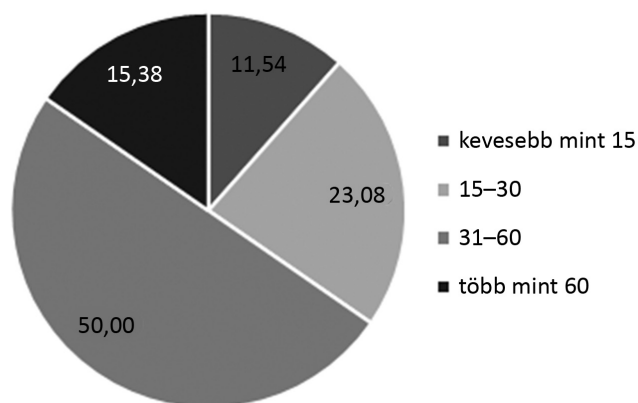
nik, hogy a hálót csak szexuálisan inaktív betegeknél (17,64%) és 60 évnél idősebb nőknél (5,88%) alkalmazták. Néhány orvos jelezte, hogy intézményükben a hüvelyi hálót nem alkalmazzák első vonalbeli terápiaként, aminek oka, hogy hatékonysága nem bizonyított.

Terheléses vizeletvesztés

A terheléses vizeletvesztés esetében sebészeti beavatkozás előtt a válaszadó intézmények többségében (88,46%) konzervatív kezelést javasoltak a betegeknél mint elsőként választandó módszert. A gátizomtornát a válaszadók 100%-a ajánlja betegeinek a terheléses vizeletvesztés kezelésében. A további preferált konzervatív módszerek között van a helyi hormonpótlás (20,77%), az elektrostimuláció (15,58%), a hüvelyi pesszárium használata (9,09%), a lézertérápia (7,79%) és a biofeedback-kezelés (7,79%); a válaszadók elenyésző hányada számolt be a hüvelyi súlyok alkalmazásáról. A konzervatív kezelés elutasításának leggyakrabban említett oka a beteg elutasítása volt (65,38%). Az orvosok jelentős része (34,61%) úgy vélte, hogy a konzervatív módszerek nem hatékonyak a SUI kezelésében.

A SUI leginkább alkalmazott műtéti kezelése a feszülmentes szalagok húgycső alatti transobturatoricus (TOT; 61,53%) vagy transvaginalis (TVT; 15%) behelyezése volt. Az esetek 23,07%-ában mellső hüvelyplasztikát (Stoockel-öltéssel vagy anélkül) alkalmaztak a terheléses vizeletvesztés kezelésére. A Burch-műtét egyik válaszadó intézményben sem volt az első választandó műtéti kezelése között. A legtöbb műtéti beavatkozást az egyetemi klinikákon végezték a terheléses vizeletvesztés kezelésére (3. ábra).

A válaszadók több mint fele arról számolt be, hogy intézményükben csak akkor végeztek urodinamiás vizsgálatot a SUI-műtét előtti kivizsgálások részeként, ha bizonytalanság állt fenn a diagnózist illetően, 34,61% pedig azt jelezte, hogy minden SUI esetében alkalmazzák az urodinamiát. A kérdőívet kitöltők 7,69%-a szerint az urodinamiát csak recidíva esetén alkalmazzák. A válaszadó intézményekben az esetek 23,07%-ában nem volt lehetőség urodinamiás vizsgálatra.



3. ábra | A női terheléses vizeletvesztés éves műtéti volumene a magyarországi intézményekben

A válaszadók többsége (57,69%) a műtét előtti kismencedencei ultrahangvizsgálatot csak akkor végezte el, ha a SUI diagnózisa bizonytalan volt, míg az ultrahangvizsgálatot az intézmények 30,76%-ában minden esetben elvégezték. A válaszadók 11,53%-a egyáltalán nem végezte kismencedencei ultrahangvizsgálatot a terheléses vizeletvesztés kivizsgálása során.

Megbeszélés

Tanulmányunkat azért végeztük, hogy áttekintést adjunk a POP és a SUI jelenlegi magyarországi konzervatív és sebészi kezelési stratégiájáról. A nemzetközi irányelvekkel és a betegek többségének preferenciájával összhangban [6] a legtöbb válaszadó intézményben a konzervatív kezelést ajánlották első vonalbeli terápiaként a tünetekkel járó POP-ban és SUI-ban szenvedő páciensek esetében. Különböző tanulmányok kimutatták, hogy a kontrollált körülmények között végzett gátizomtorna (45–60 ismétlés két vagy három sorozatban naponta) hatékonyan javítja a POP és a SUI tüneteit, de nem gyógyítja ezeket a kór állapotokat [7, 8]. Tekintettel arra, hogy jelentős mennyiségű bizonyíték áll rendelkezésre a medencefenéki torna pozitív hatásaira, válaszadóink is első vonalbeli terápiaként ajánlják a POP és a SUI kezelésére [9–11]. A válaszadók gyakrabban javasoltak pesszáriumot (Magyarországon kocka- és gyűrűpesszáriumot) a POP, mint a SUI kezelésére; e kezelés ajánlása összhangban van azokkal a nemzetközi ajánlásokkal, amelyek szerint a különböző pesszáriumok az elsőként választandó konzervatív kezelésekként kell hogy legyenek minden, POP-ban és/vagy SUI-ban szenvedő páciens esetén, mivel ezek hatékonysága bizonyított, és a betegelégedettségi szint magas (Grade IA bizonyíték) [12]. Annak ellenére, hogy a POP első vonalbeli kezelésére általánosan a konzervatív terápiát javasolják [13], a válaszadók kis hányada jelezte, hogy véleménye szerint ez a megközelítés nem hatékony, vagy hogy intézményükben nem alkalmaznak konzervatív kezelési eljárásokat.

A medencefenéki rekonstrukciós műtéteket olyan, panaszokat okozó süllyedéses kórakban szenvedő betegeknél javasolják, akiknél a konzervatív kezelési módszerek nem hoztak javulást, vagy azoknak, akiknek a betegségét előrehaladott stádiumban ismerik fel, illetve azoknak, akik a konzervatív módszereket elutasítják. Az elülső kompartment tünetekkel járó (Grade II–IV.) süllyedésének általánosan ajánlott műtéti lehetősége a natív szövetekkel való rekonstrukció [14], mely válaszadóink körében is a leginkább alkalmazott módszer, azonban a laparoszkópos sacrohysteropexiát/sacrocolpopexiát hasonló gyakorisággal végezték.

A tüneteket okozó apicalis süllyedés sebészi kezelésére a Kanadai Szülészek és Nőgyógyászok Társasága (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada – SOCG) a minimálisan invazív beavatkozást ajánlja a nyitott sacrohysteropexiával/sacrocolpopexiával szemben,

a jobb objektív eredmények és a rövid és középtávon is hasonló szubjektív eredmények miatt [15]. Ezzel az ajánlással összhangban válaszadóink arról számoltak be, hogy intézményükben a laparoszkópos sacrohysteropexia/sacrocolpopexia volt a leggyakrabban végzett beavatkozás az apicalis prolapsus miatt. A hüvelyi obliteratio (colpocleisis) a sebészeti beavatkozások közül a legnagyobb sikerességi aránnyal és a legkevesebb intraoperatív és posztoperatív komplikációval rendelkezik, így a szexuálisan inaktív nők esetében a legelőnyösebb megoldás [16]; a beavatkozást szigorú egyéni elbírálás alapján szükséges végezni. Vizsgálatunkban colpocleisist 11,13%-os gyakorisággal végeznek.

Egyes tanulmányok szerint az egészséges méh megőrzése bármely POP műtéti megoldása során hasonló eredményeket hoz, mint a méheltávolítás [17], bár ez megnövekedett műtéti idővel, potenciálisan nagyobb vérvesztéssel és egyéb szövődeményekkel járhat [18]. Válaszóink körülbelül fele számolt be arról, hogy intézményükben nem végeztek méheltávolítást POP-műtét során, ha a méh a preoperatív vizsgálatok során, illetve ha intraoperatív egészségesnek tűnt. A hátsó kompartment süllyedése esetén válaszadóink közel 50%-a számolt be arról, hogy a saját szövettel történő rekonstrukciót – mint általánosan preferált opciót – a hátsó hüvelyfalra történő hálóbehelyezés nélkül végezték el. Az alkalmazásával járó szövődemények (például hálóerózió és dyspareunia) miatt a hüvelyhálót 2019-ben kivonták a piacról az Amerikai Egyesült Államokban, Ausztráliában, Új-Zélandon és az Egyesült Királyságban, ennek megfelelően az irányelvek a transvaginalis rekonstrukciót, recidív POP esetén a natív szövetek alkalmazását javasolják a hüvelyi háló alkalmazásával szemben [19]. Válaszóink mintegy 44%-a számolt be arról, hogy intézményükben a hüvelyi háló elsődleges alkalmazása szigorúan egyéni mérlegelésen alapul, és csak a 60 év feletti, szexuálisan inaktív, recidív süllyedéssel betegek-nél alkalmazzák.

A „National Institute for Health and Care Excellence” (NICE) és a SOCG egyértelműen a medencefenéki tornát (Kegel-gyakorlatok) javasolja a SUI első vonalbeli konzervatív kezelésére [20, 21], és valamennyi válaszadó a medencefenéki gyakorlatokat alkalmazza a SUI konzervatív kezelésében. A Kegel-féle gyakorlatok mellett a SUI egyéb, gyakran ajánlott konzervatív kezelése közé tartozik a helyi hormonpótlás és az elektrostimuláció. Válaszóink az elektrostimulációt nem alkalmazzák rutinszerűen, alkalmazásuk azoknál a pácienseknél történik meg, akiknél a medencefenéki izomösszehúzó képesség teljesen elveszett vagy alig kivitelezhető. Az elektrostimulációt a válaszadóknak csak a 15%-a ajánlja, függetlenül attól, hogy osztályukon rendelkezésre áll, vagy sem. Válaszóink közel 35%-a úgy vélte, hogy a konzervatív módszerek nem hatékonyak a SUI kezelésében.

A SUI kezelésének nemzetközi arany standard műtéti megoldása a szintetikus szalag behelyezése a húgycső közzépső harmadához TVT- vagy TOT-megközelítéssel

[22], és válaszadóink intézményeiben is ezt a műtéti eljárást részesítették előnyben. Egy korábbi, 2015-ben Magyarországon urológusok és nőgyógyászok körében végzett felmérés alapján a TOT behelyezése szignifikáns növekedést mutatott (36%-ról 61,53%-ra), és a nemzetközi trendekkel ellentétben jelentősen csökkent ennek az eljárásnak a TVT-megközelítéssel történő elvégzése (38%-ról 15%-ra) [23]. A TVT használatának csökkenése azzal magyarázható, hogy a legtöbb magyarországi nőgyógyászati osztályon nem áll rendelkezésre cisztoszkóp – a beavatkozást követően kötelezően elvégzendő vizsgálat a cisztoszkópia. Sajnálatos módon válaszadóink közel egynegyede számolt be a mellső hüvelyfali plasztika alkalmazásáról, Stoeckel-öltéssel kiegészítve vagy anélkül, a SUI kezelésére.

A NICE nem ajánlja az urodinamiás vizsgálatok rutinszerű alkalmazását a SUI diagnózisához, mivel a diagnózishoz a betegek részletes klinikai kórtörténete és az alapos vizsgálat elegendő [24]; ennek megfelelően válaszadóink több mint fele arról számolt be, hogy urodinamiás vizsgálatot csak diagnosztikai bizonytalanság esetén végeznek. Magyarországon a sebészeti osztályok körülbelül egynegyedénél nem áll rendelkezésre urodinamiás vizsgálat, illetve nincs lehetőség más osztályokkal történő kooperációra sem a vizsgálat elvégzéséhez.

Bizonyított, hogy a műtét előtti és utáni kismedencei ultrahangvizsgálat jó klinikai relevanciával bír [25]. Magyarországon a műtét előtti kismedencei ultrahangvizsgálat alkalmazása a SUI azon eseteire korlátozódik, amikor a diagnózist illetően bizonytalanság áll fenn; válaszadóink több mint 30%-a arról számolt be, hogy intézményükben minden műtét előtti kivizsgálás során elvégezték a medencefenéki ultrahangvizsgálatot.

A kellő tapasztalattal rendelkező operátor megléte fontos tényező a POP és a SUI sebészeti kezelésében. Tanulmányunkban a POP-műtétek 38%-át és a SUI-műtétek 34%-át olyan intézményekben végezték, ahol a sebészeti volumen kevesebb mint 30 műtét/év volt. Mivel ez a volumen gyakran több különböző sebész által végzett beavatkozást jelent, a megfelelő sebész gyakorlat kialakítása nehéz és időigényes lehet.

Erősségek és korlátok

Tudomásunk szerint kevés olyan országos klinikai vizsgálat történt, amely a POP és a SUI kezelésének jelenlegi klinikai gyakorlatát mérné fel Magyarországon. A felmérést online, biztonságos módon, a 2019. évi koronavírus-pandémia idején végeztük. A vizsgálat eredményei jó alapot nyújthatnak a POP kezelésére vonatkozó nemzeti irányelvek kidolgozásához.

Tanulmányunknak számos korlátja van, többek között a kérdőív kitöltésében részt vevő kollégák kis hányada. A legfontosabb korlát az, hogy az ilyen jellegű felmérések csak a fő tendenciákat mutatják, mivel minden sebész egyedi technikával rendelkezik, a műtéti eljárások standardizálása ellenére is.

Következtetés

A személyre szabott, de egységesen végzett sebészi és konzervatív kezelések javíthatják a betegellátást, összehasonlítható eredményekkel szolgálhatnak, ezáltal megvédhetik az orvosokat a műhibaperektől, így Magyarországon a POP és a SUI kezelésére vonatkozó, a nemzetközi trendekhez igazodó nemzeti irányelvekre van szükség. Emellett szükség van egy uroginékológiai specializációra vonatkozó curriculumra is. Reméljük, hogy az Európai Uroginékológiai Társasághoz való 2021. évi csatlakozásunk lehetővé teszi e célok elérését.

Felmérésünk szerint a POP és a SUI műtéti ellátása jelenleg Magyarországon már centralizált intézményekben zajlik.

Anyagi támogatás: Ezen tudományos értekezés a „Nemzeti Laboratóriumok Létrehozása 2020” program keretében a Humán Reprodukció Nemzeti Laboratórium projekt támogatásával valósult meg. A kutatást az Innovációs és Technológiai Minisztérium Magyarország 2020 Tematikus Kiválóság Program Intézményi Kiválóság Alprogramja finanszírozta, a Pécsi Tudományegyetem és az ELKH–PTE Humán Reprodukció Tudományos Kutatócsoport (Pécs, Magyarország), valamint a Nemzeti Emberi Reprodukció Laboratórium második tematikus programja keretében, a „Nemzeti Laboratóriumok létrehozása 2020” program keretében.

Szerzői munkamegosztás: K. Sz.: Irodalomkutatás, a kézirat megírása. K. K.: Kéziratszerkesztés, technikai támogatás. M. A., N. Z.: Projekttervezés, adatgyűjtés, kézirat-szerkesztés. B. J.: Kéziratszerkesztés, technikai támogatás. F. B.: Projektfejlesztés, kéziratszerkesztés. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek jelenteni való érdekltségeik.

Irodalom

- Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013; 24: 1783–1790.
- Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, et al. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009; 114: 1278–1283.
- Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 942–948.
- Vergeldt TF, Weemhoff M, Int’Hout J, et al. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2105; 26: 1559–1573.
- Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, et al. Pelvic floor disorders 5–10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011; 118: 777–784.
- Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, et al. Conservative *versus* surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20: 1157–1161.
- Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ, et al. Pelvic floor muscle training *versus* no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 10: CD005654.
- Wiegersma M, Panman CM, Kollen BJ, et al. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014; 349: g7378.
- Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12): 003882.
- Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016; 27: 981–992.
- Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2016; 35: 15–20.
- Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, et al. Guideline No. 411: vaginal pessary use. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021; 43: 255–266. e1.
- Committee on Practice Bulletins – Gynecology and the American Urogynecologic Society. Practice bulletin no. 176: pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2017; 129: e56–e72.
- Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1976; 126: 568–573.
- Geoffrion R, Larouche M. Guideline No. 413: Surgical management of apical pelvic organ prolapse in women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021; 43: 511–523. e1.
- Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 1455–1461.
- Zucchi A, Lazzeri M, Porena M, et al. Uterus preservation in pelvic organ prolapse surgery. *Nat Rev Urol.* 2010; 7: 626–633.
- Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, et al. Uterine preservation *vs* hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219: 129–146. e2.
- Robinson D, Araklitis G. Vaginal mesh: what lessons have we learnt? *Case Rep Womens Health* 2020; 28: e00258.
- National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline NG123, London. Published: 2 April 2019.
- Robert M, Ross S, Urogynaecology Committee. Conservative management of urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28: 1113–1118.
- Cox A, Herschorn S, Lee L. Surgical management of female SUI: is there a gold standard? *Nat Rev Urol.* 2013; 10(2): 78–89. Erratum: *Nat Rev Urol.* 2013; 10(4): 188.
- Sipos A, Kovács Á, Nyirády P, et al. The Hungarian practice of surgical treatment of female stress urinary incontinence and urogenital prolapse. [A női vizeletinkontinencia és urogenitális prolapszus sebészi kezelésének hazai gyakorlata.] *Magy Nőorv L.* 2015; 78: 38–45.
- National Guideline Alliance (UK). Evidence review for urodynamic assessment prior to primary surgery for stress urinary incontinence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Evidence review A. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). London, 2019 Apr. (NICE Guideline, No. 123.)
- Kira KE, Bezhenar VF, Prokhorova V. Urethrovesical segment ultrasound for the efficacy evaluation of surgical treatment of stress urinary incontinence. *J Obstet Women’s Dis.* 2020; 69: 43–48.

(Kolumbán Szilárd dr.,
Pécs, Vörösmarty M. u. 4., 7621
e-mail: kolumbanszil@gmail.com)