

## **Esettanulmány**

### **Súlyos genitális szülés utáni süllyedésből való teljes felépülés konzervatív terápiát követően- esettanulmány**

Zoltan Nemeth & Johannes Ott

Beérkezett: 11 January 2011 / Elfogadva: 3 May 2011

# Nemzetközi Urogynecológiai Társaság 2011

#### **Bevezetés**

A kismedencei szervek süllyedésének általános előfordulási gyakorisága több mint 10% a nyugati világ női lakossága körében. Mint azt nemrég Chaliha és mtsai is leírták, a hüvelyi szülés jelentős rizikófaktort jelent a prolapszusok kifejlődésében. A szült nők kb. 50 százalékánál lehet bizonyos mértékű kismedencei szervsüllyedést (POP – Pelvic Organ Prolapse)) diagnosztizálni 50 éves korukig[1].

A postpartális prolapszusok előfordulási gyakoriságáról nincsenek irodalmi adatok.

Kezelésként a műtét a legjellemzőbb eljárás mind a fiatalabb, mind pedig az idősebb nők esetében is. Bár a műtét hatékony az anatómiai elváltozások korrigálásában, a funkcionális eredmény nem mindig kielégítő. Konzervatív kezelési lehetőségként a hüvelyi pesszárriumok használatosak és tulajdonképpen egyedüli bizonyítottan hatékony kezelési eszközök a műtét nélküli megoldások terén [2]. Az általános javaslatok szerint a pesszárrium viselése csak tüneti javulást eredményez, azonban a rendelkezésre álló adatok szerint, ennek az eljárásnak kevés mellékhatása van.

Ezen felül a női vizeletinkontinencia esetében hatásosként ismert gátizom torna szerepe sem tisztázott a méh- és hüvelysüllyedés kezelésében [4]. Jelen tanulmányunkban egy olyan esetet mutatunk be, melynél a konzervatív kezelés a postpartális prolapszus teljes gyógyulásához vezetett.

#### **Eszközök és módszerek**

Esettanulmányunk retrospektív megfigyelés alapján készült. A tanulmány retrospektív jellegének köszönhetően nem volt szükség etikai bizottsági jóváhagyásra.

#### **Esetismertetés**

Tanulmányunkban egy 35 éves, egyébként teljesen egészséges kaukázusi típusú (BMI, 20.3 kg/ m<sup>2</sup>) nőről számolunk be, akinél POP alakult ki, miután életet adott egy egészséges

fiúgyermeknek (születési súly: 3600g) 2008 szeptemberében. A kitolási szakasz elhúzódása miatt vákuum extrakcióra volt szükség a szülés befejezéséhez. A szülést követő első naptól kezdve a beteg kismedencei fájdalmat érzett, amely már pár perces álló helyzet után fellépett. Ezen felül köhögés és tüsszentés során fellépő vizelet inkontinenciáról is beszámolt.

A hat hetes nőgyógyászati kontroll vizsgálat **harmadfokú hólyagsérv, harmadfokú végbélsérv és kettesfokú méhsüllyedés** kialakulását állapította meg az IUGA/ICS terminológiája alapján.( 5) A kismedencei fájdalmak továbbra is fennálltak, de a **vizelet inkontinencia** elmúlt. A beteg elkezdte a gátizom tornát (Kriston módszer) egy intimitorna tréner segítségével. A napi rendszerességgel végzett torna ellenére a 2009 januári nőgyógyászati kontroll vizsgálaton nem mutatkozott állapotjavulás. A kialakult helyzet jelentős mértékben negatívan befolyásolta a beteg életminőségének több területét is, elsősorban a szexualitást és a testi aktivitást. Ráadásul fokozódó kismedencei fájdalmat kezdett érezni lehajlás és felállás közben. 2009 januártól júliusig számos nőgyógyással konzultált, akik különböző típusú operációkat javasoltak számára (Manchester operációt mellső- és hátsó hüvelyfali plasztikával, a kerek méhszalagok laparoszkópiás rögzítését és teljes háló beültetést a méh megőrzése mellett). 2009 májusában állapota súlyosbodott, miután felfedezte, hogy a portio 3 cm-el a hüvelybemenet előtt található.

Legelőször 2009 augusztusában kereste fel a beteg a tanulmány első szerzőjét (NZ). A nőgyógyászati vizsgálat eredménye: 3-as fokú méh/méhnyak süllyedés, a portio 2cm-el a szűzhártya alatt helyezkedett el, másod fokú mellső hüvelyfali prolapsus (>1 cm) és másod fokú hátsó hüvelyfal prolapsus (0 cm). A bimanuális vizsgálat normál állapotot mutatott. A levátor izomzat gyenge volt és a hüvelybemenet 6 cm széles volt. A stressz teszt köhögésre negatív volt a vizeletvesztés tekintetében.

A beteg egy 37 mm széles **perforált hüvelyi kocka pesszáriumot** kapott (Arabin™ GmbH & Co, Witten, Germany), melyet napközben használt. A gátizomzat erősítése **hüvelysúlyok** segítségével végrehajtott gátizomtornával (LadyPower™ cone shell-graduated vaginal weights, SRS Medical, N. Billerica, USA) történt. A gyakorlatokat naponta kb. 20 percig végezte a hüvelyi kockapesszárium kivétele után. Az első néhány hét során a klasszikus gátizomtornát a hüvelysúly segítségével kellett végeznie félig fekvő pozícióban. Ugyanebben az időszakban elkezdtük a beteg **neurostimulációs kezelését** a DETRUSAN 500 stimulátor és egy hüvelyi szonda segítségével (INNOVAMED™ GmbH, Austria) heti egy alkalommal 20 percen keresztül (Puls 350, Frequenz 50 Hz, Sec:6).

Az egy hónappal később elvégzett vizsgálat során a beteg beszámolt arról, hogy kismedencei fájdalmai azonnal megszűntek, amint a kockapesszáriumot hordani kezdte. Ugyanekkor képesnek érezte magát arra, hogy belekezdjen néhány tornagyakorlat végzésébe is. A kocka pesszáriumot ki lehetett cserélni, egy 32 mm szélesre, miután a hüvelybemenet átmérője, csakúgy, mint a hüvely teljes térfogata csökkent. Így már képes volt a gátizom gyakorlatot álló helyzetben is végezni és megtartani a hüvelysúlyt a hüvelyben. Újabb hónap telt el a következő vizsgálatig, amikor újból kisebbre lehetett cserélni a kocka pesszáriumot, egy 29 mm szélességűre. A méhsüllyedés legnagyobb mértéke is már csak 1 cm volt a szűzhártya fölött. A betegnek 2009 decemberétől sikerült elhagynia a kocka pesszárium viselését. 2010 áprilisában a méhszáj 6 cm-rel a hymen szintje felé került (0 fokozat). Megszűnt a mellső és a hátsó fali **hüvelysüllyedés**, a

hüvelybemenet átmérője 4 cm-re csökkent. A beteg szerint a hüvely átmérője több, mint 50 %-al csökkent. A szexuális élete teljes mértékben normalizálódott. A süllyedéssel kapcsolatos panaszok megszűntek, újból normális életet tudott élni a megszokott fizikai tevékenységek végzésével. Általános közérzete 2.6-ról- 2009. augusztus előtt - 9.7-re nőtt – 2010 április-, egy számszerűsített értékelő skála alapján (VAS: 0=legrosszabb közérzet, 10=legjobb közérzet).

## Megbeszélés

A szakirodalomban nincs adat arra, hogy a szülést követő medencealap elégtelenség a szülés után néhány hónappal genitális süllyedéshez vezethet. Ismereteink szerint egyetlen egy közelmúltbeli esettanulmány létezik ebben a témában (3). Elképzelhető, hogy a szülést követő prolapsus etiológiája különbözik a menopauzában jelentkező süllyedéssel kórképektől. Ettől függetlenül a műtét a legelterjedtebb kezelési eljárás a nagyobb fokú genitális prolapsusok esetén fiatal nők esetében is.

A POP műtétek fő célja az anatómiai elváltozás korrigálása. Az anatómiai korrekció önmagában előre nem mindig kiszámítható módon befolyásolja a vizelettartást, a bélfunkciót és a szexualitást. Az anatómia helyreállítása nem jelenti automatikusan a funkció javulását is. Vakili B és társa a POP műtéten átesett nők 34,6%-a esetén állapították meg a prolapsus kiújulását ( a 0 fokozaton felüli prolapsus műtéteket tekintve) [6]. A műtétek tervezésekor szükséges lenne a műtétből adódó lehetséges problémákat figyelembe venni, beleértve az újraoperálás szükségességének lehetőségét is. Éppen ezért kívánatos lenne a konzervatív kezelési lehetőségek kiépítése.

Betegünknel a POP közvetlenül az első, vakum extrakciót igénylő, hüvelyi szülése után alakult ki. A hüvelyi szülés köztudottan a gátizomzati diszfunkció kialakulásának legjelentősebb okaként ismert. A vákum extrakció további rizikófaktort jelent, miután fokozott erőkihátással jár a medencefenék izomzata irányában [7]. A prolapsusban szenvedő nőknél a mágneses rezonancia vizsgálat gyakran utal a gátizomzat sérülésére, amely a hüvelyi szülés hatására kialakuló sérüléshez nagyon hasonló. Az izometriás hüvelyi záró izomerő gyengülése is hasonló. A biomechanikai modellek azt mutatják, hogy az izomerő gyengülése POP –hoz vezethet (7,8).

Már 1993-ban felállította Norton a prolapsus kialakulását magyarázó „hajó a száraz dokkban” elméletet. E szerint a kismedencei szerveket (a hajó) a gátizomzat támasztja alá (a víz) és a kismedencei szalagok (a kötelek) tartják helyben. Amikor a medencefenék izomzatának integritása a hüvelyi szülés során károsul, ahogyan a mi esetünkben is (a víz eltűnt), a kismedencei szalagok (a kötelek) hirtelen nagy megterhelés alá kerülnek és megnyúlnak. Ez a kismedencei szervek süllyedéséhez vezet [9]. Chen és társai kifejlesztettek egy egyszerű biomechanikai modellt a mellső hüvelyfali süllyedés tekintetében (hólyagsérv, cystocele) 2006-ban [10]. E modell szerint a megfelelő gátizomerő alapvető feltétele a POP megelőzésének. Ismertetett kezelési koncepciónk ezen adatokon alapult. Hipotézisünk szerint egy újra megfelelően funkcionáló m. levator ani nem csak a problémákat enyhítheti, hanem képes lehet akár a kismedence anatómiájának helyreállítására is. Fő célunk a medencefenék izomzat integritásának javítása volt. Arra törekedtünk, hogy a méhet, illetve a hüvelyfalakat a hüvelyi kocka pesszárium segítségével helyükön tartsuk. Ez utóbbit a betegnek nap közben kellett hordania. Ez a technika lehetővé teszi a megnyúlt szalagok és

hüvel falak tehermentesítését. Amíg a szövet folyamatos nyomás alatt áll, a helyzet nem javulhat. Hisszük, hogy a nyomás alóli tehermentesítés alapfeltétele a szövetek zsugorodásának. Így egy megfelelő nagyságú izomerő kiépülése után a hüvely szűkülhet és kisebb méretű kocka pesszárium alkalmazható. Esetünkben a betegnél lépésről lépésre egyre kisebb kocka pesszáriumot tudtunk alkalmazni, míg végül egyáltalán nem volt már szüksége a pesszáriumra a kezelés végén.

A gátizomtornát a beteg esetünkben hüvelysúllyal végezte. Köztudott az izomregeneráció tekintetében, hogy az izomerő sokkal eredményesebben növelhető ellenállással, mint ellenállás nélkül. Magali és társai szerint a hüvelykónusz a stressz inkontinenciában szenvedő hölgyek kismencedei regenerációjához ajánlható eszközök egyike.(I/A) [10].Mint ahogyan már leírták, a hüvelykónusszal végzett torna úgy kezelhető, mint a hagyományos szülés utáni gyakorlatok alternatívája, vagy kiegészítője[11]. Más részről egyfajta „bio-feedback”-et is szerettünk volna beépíteni az edzésprogramba. Fontosnak tartjuk, hogy a beteget először a hagyományos kismencedei gyakorlatokat végezze a kónusz helyes alkalmazásával. Kezdetben a hüvelybemenet túl tág ahhoz, hogy a hüvelysúlyt állva lehessen használni. A megfelelő izomerő kialakulása után a hüvely szűkül és a kónusz álló helyzetben is használható lesz.

Ezen kívül elektrostimulációt is alkalmaztunk hüvelyi elektródával. Az irodalmi adatok szerint a hüvelyi szülés a n. pudendus sérüléséhez vezethet a tágulási szak során ennek túlnyúlása miatt. Ezáltal sérül az ideg-izom kapcsolat, mely a gátizomzat gyengüléséhez vezet.

Az elektrostimulációval a medencefenék izomzatát szándékoztunk stimulálni az idegi beidegződés károsodása lehetőségének figyelembe vételével. Elképzelésünk szerint a felügyelet mellett végzett elekromos stimulálás javíthatja a fizioterápia eredményeit.

Miután három különböző konzervatív kezelési eszközt is alkalmaztunk egy időben, nem lehet megállapítani, melyik, milyen mértékben járult hozzá a genitális prolapszusban szenvedő beteg gyógyulásához. Ezt tanulmányunk egy korlátjaként lehet értékelni.

Mindamellet a tanulmányban bemutatott eset elsőként bizonyítja, hogy egy szülést követő méh-, és hüvelysüllyedésben szenvedő fiatal nő betegsége csupán konzervatív kezelési eljárások segítségével is gyógyítható. Esetünkben teljes gyógyulásról számoltunk be.

A jövőben olyan klinikai vizsgálatokra van szükség, melyek vizsgálják a POP konzervatív kezelése következtében fellépő anatómiai és funkcionális változásokat.

## References

1. Chaliha C (2009) Postpartum pelvic floor trauma. Curr Opin Obstet Gynecol 21:474–479
2. Doshani A, Teo RE, Mayne CJ, Tincello DG (2007) Uterine prolapse. BMJ 335:819–823
3. Berkowitz LR (2004) Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 20–2004. A 46-year-old woman with pelvic-floor relaxation after a second vaginal delivery. N Engl J Med 350:2699–2706

4. Poma PA (2000) Non surgical management of genital prolapsed. A review and recommendation for clinical practice. *J Reprod Med* 45:789–797
  5. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM et al (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 29:4–20
  6. Vakili B, Zheng YT, Loesch H, Echols KT, Franco N, Chesson RR (2005) Levator contraction strength and genital hiatus as risk factors for recurrent pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 192:1592–1598
  7. Ashton-Miller JA, Delancey JO (2009) On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. *Biomed Eng* 11:163–176
  8. Chen L, Hsu Y, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL (2006) Interaction between apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapsed. *Obstet Gynecol* 108:324–332
  9. Norton PA (1993) Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 36:926–938
  10. Magali R, Ross S (2006) Conservative management of urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol Can* 28:1113–1118
  11. Fischer W, Baessler K (1996) Postpartum pelvic floor conditioning using vaginal cones: not only for prophylaxis against urinary incontinence and descensus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 7:208–214
  12. Kawashima Y, Takahashi S, Suzuki M et al (2003) Anesthesiarelated mortality and morbidity over a 5-year period in 2,363,038 patients in Japan. *Acta Anaesthesiol Scand* 47:809–817
  13. Dumoulin C, Seaborne DE, Quirion-DeGirardi C, Sullivan JS (1995) Pelvic-floor rehabilitation, part 2: pelvic-floor reeducation with interferential currents and exercise in the treatment of genuine stress incontinence in postpartum women—a cohort study. *Phys Ther* 75:1075–1081
- Int Urogynecol J*

Both authors contributed equally to project development, data management, and manuscript writing.

Z. Nemeth (\*)

Department of Gynecology, Saint John of God Hospital,  
Johannes Gott Platz 1,  
1020 Vienna, Austria  
e-mail: drnemeth@gmx.at

Z. Nemeth : J. Ott

Department of Obstetrics and Gynecology,  
Petz-Aladár Teaching Hospital,  
Győr, Hungary

J. Ott

Department of Obstetrics and Gynecology,

Medical University Vienna,  
Vienna, Austria