

A hüvelyi pesszáriumterápia szerepe a kismedencei szervi süllyedések konzervatív kezelésében

Oláh Orsolya dr.¹, Majoros Attila dr.²

¹Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Urológiai Klinika és Uronkológiai Centrum, Semmelweis Egyetem, Budapest



Levelező szerző: Dr. Oláh Orsolya, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, 1082 Budapest, Üllői út 78/A, e-mail: olah.orsolya@semmelweis.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

A kismedencei szervi süllyedések (pelvic organ prolapse, POP) a női populáció jelentős részét érintő, az életminőséget rontó kórképek, amelyek elsővonalbeli kezelésébe tartozik a konzervatív terápia részét képező hüvelyi pesszáriumterápia is. A hüvelyi pesszáriumok több évszázados múltra tekintő, hatékony és reverzibilis eszközei a prolapsus nem műtéti kezelésének. A közlemény célja a hüvelyi pesszáriumterápia szerepének áttekintése a kismedencei süllyedések kezelésében, különös tekintettel a történeti háttérre, a hazai és nemzetközi ajánlásokra, az indikációkra és kontraindikációkra, valamint a pesszáriumtípusok alkalmazási elveire, különös tekintettel az urológiai gyakorlatban. A brit NICE és az UK Clinical Guideline for best practice in the use of vaginal pessaries ajánlásai alapján ismertetjük a leggyakoribb és a ritkább szövődményeket, valamint azok megelőzésének és utánkövetésének alapelveit. A betegpreferenciák figyelembevételével a pesszáriumterápia biztonságos, költséghatékony és hosszú távon is fenntartható alternatívát jelent a sebészeti kezeléssel szemben, megfelelő beteg kiválasztás és rendszeres kontroll mellett.

KULCSSZAVAK

KISMEDENCEI SZERVI SÜLLYEDÉS, POP, HÜVELYI PESSZÁRIUM, KONZERVATÍV KEZELÉS, IRÁNYELVEK

Vaginal pessary therapy in the conservative treatment of pelvic organ prolapse

SUMMARY

Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition affecting a substantial proportion of the female population and significantly impairing quality of life. Conservative management, including vaginal pessary therapy, represents a first-line treatment option. Vaginal pessaries have a history spanning several centuries and constitute an effective, reversible, and nonsurgical approach to the management of prolapse. The aim of this review is to provide a comprehensive overview of the role of vaginal pessary therapy in the management of pelvic organ prolapse, with particular emphasis on the historical background, national and international guidelines, indications and contraindications, and principles of pessary selection and use, with special regard to urological praxis. Based on the recommendations of the UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the UK Clinical Guideline for Best Practice in the Use of Vaginal Pessaries, the most common and less frequent complications are discussed, along with key aspects of prevention and follow-up. Considering patient preferences, pessary therapy represents a safe, cost-effective, and sustainable long-term alternative to surgical treatment, provided that appropriate patient selection and regular follow-up are ensured.

KEYWORDS

PELVIC ORGAN PROLAPSE, POP, VAGINAL PESSARY, CONSERVATIVE MANAGEMENT, CLINICAL GUIDELINES

Bevezetés

A kismedencei szervi süllyedések (pelvic organ prolapse, POP) a hüvelyfalak, a méh, méheltávolítás után a hüvelyconk caudalis irányba történő süllyedését jelentik a medencefenéki struktúrák meggengyngülése következtében (1). A 40 év feletti nőknek

több mint a felét érintik valamilyen mértékben prolapsusos tünetek (2). Egyes vizsgálatok szerint annak az esélye, hogy egy nőnek élete során prolapsus- vagy inkontinenciaműtétet kell átesnie, 20% (3, 4), ugyanakkor a kiújulási ráta 30% körüli (5), így érthető, hogy egy vizsgálat szerint a prolapsussal élő panaszos betegek csaknem kétharmada választana nem műté-

ti terápiát, a pesszáriumokat is beleértve (6). A pesszáriumok olyan, hüvelybe helyezendő segédeszközök, amelyek tartós vagy (napi kontrollt igénylő típusoknál) intermittáló használata a süllyedt hüvelyfal(ak), a méh, vagy annak eltávolítása után a hüvelycsontok anatómiai repozíciójára szolgál.

Történeti áttekintés

A kismedencei süllyedések pesszáriummal történő kezelése több ezer évre nyúlik vissza, már Hippokratész is javasolta méhsüllyedésnél a gránátalma használatát (7). A középkor és a kora újkor során a pesszáriumok formavilága és anyaga fokozatosan bővült: megjelentek a fából, fémből, később gumból készült eszközök. A 19–20. század fordulóján a nőgyógyászati tankönyvekben már részletes leírások találhatók a különböző pesszáriumtípusokról és azok indikációjáról. A magyar nyelvű szakirodalom is korán beszámolt a pesszáriumterápiáról: az 1916-ban kiadott Tauffer-féle szülészeti-nőgyógyászati tankönyv többféle formai megoldást és alkalmazási javaslatot ismertet, ami jelzi, hogy a módszer már ekkor integrált része volt a prolapsus kezelésének (8). A 20. század második felében a latexből készült gyűrűpesszárium vált széles körben elterjedté, különösen az egyszerű használhatóság és a jó tolerálhatóság miatt. Az utóbbi évtizedekben azonban egyre inkább háttérbe szorultak a latexalapú eszközök, és helyüket az orvosi szilikonból készült, változatos formájú pesszáriumok vették át.

A pesszáriumkezelés helye a POP konzervatív terápiájában

A kismedencei szervi süllyedések kezelése során a nemzetközi ajánlások hangsúlyozzák, hogy a terápiás döntéshozatal középpontjában a beteg preferenciái és egyéni adottságai kell, hogy álljanak. A magyar urogynekológiai egészségügyi szakmai irányelv (9) és az Egyesült Királyságban irányadó NICE „Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: manage-

ment” irányelv (10) szerint minden prolapsusban szenvedő beteg esetében át kell tekinteni a kezelési lehetőségek teljes spektrumát, beleértve a kezelés nélküli obszervációt, illetve a konzervatív és műtéti lehetőségeket is, az életmódbeli tényezőket, a társbetegségeket, az életkort, a további gyermekvállalási szándékot, valamint az előző kismedencei műtéteket és az egyes lehetséges beavatkozások előnyeit és kockázatait.

A konzervatív kezelés alapját az irányelv szerint a pesszáriumkezelés mellett a testsúlyoptimalizálás, hüvelyi atrófia esetén a lokális hüvelyi ösztrogénkezelés és korai stádiumú tüneteket okozó kismedencei süllyedésnél a legalább 16 hétig tartó, fizioterapeuta által felügyelt medencefenéki torna adja (1. táblázat). A hosszú történeti fejlődés ellenére a pesszáriumterápia megítélése hosszú ideig ellentmondásos maradt. Bár eredményes, alacsony kockázatú és költséghatékony kezelési lehetőséget jelent, alkalmazása mind a nemzetközi, mind a hazai gyakorlatban gyakran háttérbe szorult a sebészi megoldásokkal szemben. Ennek fő oka, hogy szakemberek (még a prolapsussebészettel foglalkozó nőgyógyászok, urológusok is) kevéssé ismerik ezt a konzervatív kezelési módszert. További okok között a megfelelő oktatás és tapasztalat hiányát, részben pedig a forma- és méretválasztással kapcsolatos bizonytalanságot lehet említeni, amely utóbbi a sikeres pesszáriumbeállítás egyik kulcstényezője. Ezt támasztja alá egy közelmúltban készült francia tanulmány is, amelyben több, mint 1000 egészségügyi szakember válasza alapján a szakembereknek csak 54%-a ajánlaná a pesszáriumokat kismedencei süllyedésnél elsővonalbeli terápiának (11). Éppen ezek alapján gondoltuk, hogy szükséges az urológusokat is alapszinten tájékoztatni a pesszáriumterápia legfontosabb ismereteiről.

A fent említett NICE és a hazai irányelv szerint a pesszárium hatékony, reverzibilis és alacsony kockázatú alternatívát jelenthet mindazon kismedencei szervi süllyedésben szenvedő betegek számára, akik vagy el kívánják kerülni, vagy halasztani szeretnék a műtéti kezelést, illetve akik számára a sebészi beavatkozás valamilyen oknál fogva kontraindikált, továbbá akiknél a súlyos stádiumú prolapsusok azonnali korrekciója javasolt. Az irányelvek a pesszáriumkezelés megkezdése előtt javasolják a hüvelyi

1. TÁBLÁZAT: KONZERVATÍV KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK POP ESETÉN A NICE NG123 IRÁNYELV SZERINT (FORRÁS: NICE NG123 „URINARY INCONTINENCE AND PELVIC ORGAN PROLAPSE IN WOMEN: MANAGEMENT”, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI IRÁNYELV AZ UROGYNEKOLÓGIÁRÓL)

Terápia	Indikáció / Javaslat	Gyakorlati megjegyzés
Életmódbeli tanácsadás	Minden POP esetén	Súlycsökkentés BMI > 30 kg/m ² esetén, emelés minimalizálása, székre-kedés megelőzése/kezelése
Lokális hüvelyi ösztrogén	POP + vulvovaginalis atrófia jelei esetén	Nem receptköteles készítmények, azonban korábbi emlő- és petefészek-daganat esetén nem javasolt az alkalmazásuk
Kontrollált medencefenéki torna (PFMT)	Korai (POP-Q 1–2) stádiumban a POP-tüneteket csökkentheti	Legalább 16 hétig, lehetőség szerint gyógytornász felügyeletével, tünetek javulása esetén folytatás javasolt
Hüvelyi pesszárium	Tüneteket okozó POP esetén önmagában vagy PFMT-vel kombinálva	- A megfelelő típus/méret megtalálásához több próba kellhet - Szexuális aktivitásra a konzultáció során ki kell térni - Tartós pesszárium mellett legalább 6 havonta szakorvosi kontroll javasolt - Felhelyezést, követést nőgyógyász, urológus egyaránt végezheti - Meglévő uterus esetén további rendszeres nőgyógyászati rákszűrés javasolt

atrófia kezelését, valamint a betegek részletes tájékoztatását arról, hogy gyakran több próbálkozás szükséges a megfelelő típus és méret kiválasztásához.

Pesszáríumkezelés indikációi, kontraindikációi

Az említett irányelvek szerint (12) a hüvelyi pesszáríum akkor javasolható, ha a páciens preferálja vagy elfogadja a pesszáríumkezelést, és nem állnak fenn kontraindikációk. A pesszáríum alkalmazása rövid és hosszú távú konzervatív kezelési lehetőségként is szóba jön, feltéve, hogy a beteg megérti a rendszeres kontrollvizsgálatok szükségességét, vagy alkalmas az önálló pesszáríumhasználatra.

A pesszáríum átmeneti megoldásként ajánlható olyan betegek számára, akik még nem zárták le a gyermekvállalást, vagy akiknél a definitív sebészi megoldás későbbre halasztandó. Emellett a pesszáríum használható diagnosztikus-terápiás eszközként is, például a prolapsus csökkentésének a vizelet- és székletürítési funkciókra gyakorolt hatásának megítélésére a műtéti kezelés mérlegelése előtt. Emellett nagyon fontos indikáció a nagy méretű urogenitalis prolapsusok (POP-Q stádium III.–IV.) által okozott súlyos panaszok (vizeletretenció, obstipáció, felső húgyúti pangás, vagy a prolapsus miatti fájdalmas ülés, állás, mozgás stb.) akut ellátása, amely pesszáríumfelhelyezéssel sokszor azonnal orvosolható.

Az idézett irányelvek világosan rögzítik azokat az állapotokat, amelyek fennállása esetén pesszáríum nem alkalmazható; ezeket a 2. táblázatban foglaltuk össze. Ide tartozik, ha a páciens nem képes rendszeres kontrollvizsgálatokon részt venni, és az önálló pesszáríumhasználat sem kivitelezhető. Kontraindikációnak számít az aktív hüvelyi vagy kismedencei fertőzés, gyulladásos állapot, ismeretlen eredetű hüvelyi vérzés vagy folyás, illetve vulvovaginalis vagy cervixmalignitás. Nem javasolják a pesszáríum használatát, ha a beteg korábban kismedencei sugárkezelésben részesült, ha a hüvelyfal súlyosan atrofias és nem reagál előkezelésként alkalmazott lokális ösztrogénre, továbbá, ha a hüvely anatómiai túl szűk vagy túl rövid a pesszáríum stabil és megfelelő pozícionálásához. Kontraindikációt



1. ÁBRA: AZ ANGOLSZÁSZ GYAKORLATBAN LEGGYAKRABBAN HASZNÁLT ÉS HAZÁNKBAN IS ELÉRHETŐ, KISMEDENCEI SZERVI SÜLLYEDÉSEK KEZELÉSÉRE KIFEJLESZTETT PESSZÁRIUMTÍPUSOK, MILEX®, COOPERSURGICAL®

jelent továbbá a korábban beültetett szintetikus hüvelyi háló eróziójának jelenléte. Kognitív deficit vagy demencia esetén mindig egyéni mérlegelés szükséges, mivel ezek az állapotok befolyásolhatják a beleegyezés érvényességét és a biztonságos utánkövetést.

2. TÁBLÁZAT: INDIKÁCIÓK, KONTRAINDIKÁCIÓK ÉS MÉRLEGELÉST IGÉNYLŐ TÉNYEZŐK PESSZÁRIUMKEZELÉS ESETÉN (FORRÁS: UK CLINICAL GUIDELINE FOR BEST PRACTICE IN THE USE OF VAGINAL PESSARIES FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI IRÁNYELV AZ UROGYNEKOLÓGIÁRÓL)

Indikációk: Kinek ajánlható?	Tartós megoldásként tüneteket okozó POP esetén, ha a beteg preferálja/elfogadja a konzervatív kezelést, vállalja a rendszeres kontrollt vagy alkalmas önálló pesszáríumhasználatra. Átmeneti megoldásként a családtervezés befejezéséig, illetve műtét halasztásáig. Diagnosztikus próbaként: a POP reponálásának vizelet- és székletürítésre gyakorolt hatásának megítélésére műtét mérlegelése előtt. Súlyos stádiumú prolapsus esetén akut panaszok (vizeletretenció, felső húgyúti pangás, obstipáció, fájdalmak stb.) azonnali kezelésére.
Kontraindikációk: Kinek ne javasoljuk?	Ha rendszeres kontroll nem megoldható, és önálló használat nem kivitelezhető. Aktív hüvelyi vagy kismedencei fertőzés/gyulladás, hüvelyi vérzés, illetve fennálló hüvelyi vagy cervixmalignitás esetén. Korábbi kismedencei irradiáció esetén. Lokális ösztrogénkezelésre nem reagáló vulvovaginalis atrofia. Túl szűk vagy túl rövid hüvely a pesszáríum illeszkedéséhez. Hüvelyi hálóerózió.
Relatív kontraindikációk: Egyéni mérlegelés szükséges	Nagyfokú vulvovaginalis atrophia esetén. Korábbi hüvelyi háló beültetése esetén. Krónikus hüvelyi fájdalom (pl. n. pudendus neuralgia) esetén.

Pesszáriumtípusok és alkalmazási elvek

Használatuk szerint a pesszáriumok két fő csoportra oszthatók. A tartós viselésűek felhelyezés után állandóan a hüvelyben vannak, és legelterjedtebb formájuk a gyűrű vagy a membránnal ellátott gyűrű (ring with support), és a Gellhorn-pesszárium. Ide tartozik még a helykitöltő donut, a felfújható ballonpesszárium is, utóbbiakat is a szakorvos helyezi fel és ellenőrzi rendszeresen (13).

A másik csoportba a napi kontrollt igénylő pesszáriumok tartoznak, amelyeket a páciensek reggelente helyeznek fel a hüvelybe és lefekvés előtt távolítanak el. Előnyük, hogy nem alakulnak ki a hüvelyben olyan nyomáspontok, ahol a tartósan csökkent vérellátásnak köszönhetően hüvelyfali eróziók jöhetnek létre (14). Legelterjedtebb formájuk a perforált kockapesszárium 6 homorú oldallal és több perforációval, amelyen keresztül a hüvelyváladék ürülni tud. Fontos megemlíteni, hogy szemben a tartós használatú pesszáriumokkal, a napi kontrollt igénylő pesszáriumok eltávolítása esténként kötelező. Ha a beteg ezt nem végzi el rendszeresen, a pesszárium által okozott vákuumhatás miatt hüvelynyálkahártya-sérülések, illetve súlyosabb szövődmények is kialakulhatnak. A klinikumban leggyakrabban használt pesszáriumformákat az 1. ábrán tüntettük fel, és a 3. táblázatban foglaltuk össze.

A pesszárium kiválasztása és méretezése anatómiai mérések alapján, „trial and error” módszerrel történik, ennek vezérfonalát az 5. táblázatban mutatjuk be. A behelyezés után ellenőrizni kell a spontán vizeletürítést, a vizeletretenciót, valamint az esetleges, „de novo” vizeletinkontinencia kialakulását. Általában annál jobb az esélyek a sikeres pesszáriumpróbára, minél jobb állapotban vannak a felületes és a mély gátizmok, amelyeken a pesszáriumok meg tudnak támaszkodni. Egy vizsgálatban hüvelyi szüléskor sérült mély medencefenéki (m. levator ani) izomsérülés mellett magasabb arányban látták a

gyűrűpesszárium kilökődését, mint ép levator ani izomzat mellett, ami szintén az izomzatnak a pesszárium alátámasztásában játszott fontos szerepét mutatja (15).

A felhelyezés után az első kontrollvizsgálat két héten belül, majd jellemzően 3–6 havonta javasolt a pesszárium eltávolításával és hüvelyi vizsgálattal kiegészítve. Ha a pesszárium megfelelően funkcionál és szövődmény nem észlelhető, ugyanazon pesszárium (típus és méret azonos) visszahelyezhető, ellenkező esetben alternatív pesszáriumtípus alkalmazása mérlegelendő. Egy adott pesszárium 3–4 éven keresztül alkalmazható, ha időközben nem sérült meg. A pesszáriumtípus megválasztásakor kiemelt jelentőségű a páciens szexuális aktivitása. A gyűrűpesszáriumok mellett esetenként még sikeres is lehet a szexuális együttlét, de általában sikertelen vagy fájdalmas, míg a többi tartós viselésű pesszárium (pl. Gellhorn, shelf) használata a penetratív együttlétet szinte teljesen ellehetetleníti. A napi kontrollt igénylő kockapesszárium mellett az esti eltávolítás után nincs akadálya a penetratív szexuális együttlétnek, így szexuálisan aktív betegeknél gyakorlatunk szerint konzervatív terápia esetén az elsődleges választás a kockapesszárium. Az irányelvi ajánlások szerint a szexualitás kérdésének a pácienssel történő megvitatása elengedhetetlen, mivel a nem megfelelő pesszáriumválasztás a terápia korai megszakításához vezethet.

A pesszáriumkezelés során leggyakrabban előforduló szövődmények

Fontos a lehetséges szövődményekkel kapcsolatos betegájékoztató (lásd 4. táblázat). A hüvelyfali eróziók megelőzése vagy időben történő felismerése érdekében az irányelvek hangsúlyozzák, hogy a pesszáriumot – ahogy fentebb említettük – szakorvosi vizsgálat keretein belül legalább 6 havonta el kell távolítani és a hüvelyfalat feltárással szükséges ellenőrizni. Saját gyakorlatunkban ezt háromhavonta végezzük. Így még

3. TÁBLÁZAT: PESSZÁRIUMTÍPUSOK (FORRÁS: UK CLINICAL GUIDELINE FOR BEST PRACTICE IN THE USE OF VAGINAL PESSARIES FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI IRÁNYELV AZ UROGYNEKOLÓGIÁRÓL)

* A BETŰJEL AZ 1. ÁBRÁN BEMUTATOTT TÍPUSRA UTAL.

Típus *	Használat típusa	Megjegyzés
Gyűrű (Ring): A	Tartós; többnyire klinikai csere	Leggyakrabban használt típus; széles méretválaszték, ma már kevésbé korszerűnek számít.
Gyűrű belső támasztékkal (Ring with support): E	Tartós; többnyire klinikai csere	Többlet centrális támasz a membránnak köszönhetően. Kiválóan alkalmazható izolált hüvelyi kompartmentdescensusok esetén, pl. cysto- vagy rectocele esetén.
Shaatz: B	Tartós; többnyire klinikai csere	Keményebb támasz, a gyűrű alternatívája.
Dish + knob/urethral bowl:N-Q	Tartós; többnyire klinikai csere	A prolapsus repozíciója mellett az esetleges stresszinkontinens tünetek kezelésében a „knob” segíthet, mivel a pesszáriumon lévő gomb a húgycsövet alátámasztja.
Gellhorn: C_D_F	Tartós; klinikai csere	Súlyos POP esetén, ha más pesszárium nem marad fenn, javasolható, de eltávolítása nehezebb lehet.
Kocka/tandem kocka: J-I	Napi eltávolítás kötelező éjszakára, önálló behelyezés	Perforált kivitel segíti a hüvelyváladék ürülését, önálló használatra a legalkalmasabb; penetratív szexuális együttlét lehetséges mellette.
Donut: O	Tartós; klinikai csere	Súlyos POP-ban alternatíva, ellenőrzés, csere nehezebb lehet.
Felfújható: S	Tartós; többnyire klinikai csere	Bizonyos anatómiai helyzetekben alternatíva.

a viszonylag nehezen eltávolítható Gellhorn-pesszáriumok kontrollvizsgálatát is könnyen el tudjuk végezni. Többéves tapasztalatunk szerint a napi eltávolítást igénylő kockapesszáriumok esetében ilyen rendszerességű kontrollra nincsen szükség, ezen betegek esetében elegendő az évenkénti megjelenés.

Gyakoribb szövődmények

- fokozott hüvelyi folyás
- a hüvelyhám eróziója vagy felszínes hámsérülése
- hüvelyi vérzés
- diszkomfortérzés
- a pesszárium kiesése
- vizelet-, illetve székletürítéssel kapcsolatos „de novo” tünetek, amelyek magukban foglalhatják:
 - az addig okkult stresszinkontinencia megjelenését a prolapsus reponálása miatt,
 - sürgető vizelési vagy székelési ingert,
 - vizeletretenciót vagy obstruktív székletürítési panaszokat a pesszárium nyomáshatásának következtében

Ritkább szövődmények

- hüvelyfali ulceráció (ha nem gyógyul, szövettani mintavétel és a pesszáriumterápia megszakítása indokolt)
- a pesszárium eltávolításának nehézsége
- hüvelyi infekció
- incarceratio (a pesszárium a hüvely vagy a cervix szöveteibe ágyazódik)
- fistula kialakulása

Pesszáriumok anyaga, pesszáriumok cseréje

A modern pesszáriumok döntő többsége biokompatibilis polymeranyagokból készül, leggyakrabban orvosi szilikonból, ritkábban etilén-vinil-acetát kopolimerekből, termoplasztikus poliuretánból vagy PVC-alapú anyagokból. Az anyagválasztás meghatározza a pesszárium rugalmasságát, tartósságát, tisztíthatóságát és viselési komfortját, ezáltal közvetve a beteg együttműködését is (16). A szilikon előnyei közé tartozik a nonabszorbens tulajdonság, az alacsony mikrobiális adhézió, a hipoallergén jelleg, valamint a hosszú élettartam, ami lehetővé teszi a többszöri tisztítást és sterilizálást.

4. TÁBLÁZAT: PESSZÁRIUMHASZNÁLAT SORÁN ÉSZLELHETŐ SZÖVŐDMÉNYEK ÉS ELLÁTÁSUK (FORRÁS: UK CLINICAL GUIDELINE FOR BEST PRACTICE IN THE USE OF VAGINAL PESSARIES FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI IRÁNYELV AZ UROGYNEKOLÓGIÁRÓL)

Tünet / Szövődmény	Javasolt teendő(k)
Enyhe hüvelyi folyás	■ Ha nem zavaró, nincs vele teendő
Bő és/vagy odor. hüvelyi folyás	■ Normál hüvelyi pH és <i>Lactobacillus</i>-flóra visszaállítása (pl. hüvelyi probiotikum) ■ Rendszeres hüvelyi dezinficiálás ■ Hüvelyváladék-tenyésztés infekció kizárására ■ Igazolt bakteriális vaginosis/infekció esetén antibiotikumkezelés ■ Pesszárium eltávolítása, majd pár hetes pihentetés után, ha a panaszok megszűntek, a pesszáriumterápia folytatása
Hüvelyi vérzés hámsérülés/erózió/ulceráció miatt	■ Pesszárium eltávolítása a gyógyulásig (általában 2–4 hét) ■ Hüvelyi ösztrogén megkezdése (CAVE: emlő- és petefészekdaganat) ■ Túl nagy pesszárium gyanúja esetén kisebb méretre váltás ■ Nem gyógyuló ulceráció esetén biopszia mérlegelendő, pesszáriumkezelés nem folytatható
Ismeretlen eredetű hüvelyi vérzés	■ Nőgyógyász szakorvosi vizsgálat
Fájdalom vagy diszkomfort	■ Pesszárium eltávolítása ■ Új méret és/vagy más típus választása
Vizeletinkontinencia („de novo” vagy romló), dysuria, vizeletretenció	■ Pesszárium eltávolítása és a vizeletürítési funkció újraértékelése ■ Új méret és/vagy más típus választása ■ Húgyúti fertőzés gyanúja esetén antibiotikumterápia
Székrekedés vagy nehezített székletürítés	■ Obstipatio kezelése ■ Pesszárium eltávolítása után a székletürítés megítélése ■ Új méret és/vagy más típus választása
Eltávolítási nehézség	■ Hüvelyi ösztrogénkrém vagy síkosító, majd vizsgáló ujj bevezetése a pesszárium mögé, óvatos rotáció és eltávolítás megkísérlése ■ Alternatíva: a beteg által hüvelyi ösztrogénkrém otthoni használata és ismételt próbálkozás 1–2 hét múlva ■ Ambuláns vizsgálat során a pesszárium helyben történő „elvásgálása”, ha sikertelen, altatásban végzett eltávolítás
Egyéb súlyos ellátásra szoruló szövődmények, pl: hüvelyfalba belenőtt pesszárium (± fistula), cervixincarceratio, hüvely- vagy cervixmalignitás gyanúja, septicæmia	■ Azonnali nőgyógyászati beutalás

A hüvelyi környezet hatására a pesszáriumok klinikai használat során elszíneződhetnek cervikovaginális váladék, vér vagy egyéb biológiai tényezők következtében. Ez az elszíneződés a rendelkezésre álló adatok szerint nem befolyásolja az eszköz mechanikai tulajdonságait vagy terápiás hatékonyságát, ugyanakkor esztétikai szempontból zavaró lehet a betegek számára, és negatívan hathat a hosszú távú elfogadásra. A klinikai gyakorlatunkban ezért – a funkcionális élettartamtól függetlenül – a pesszáriumok háromévenkénti cseréjét javasoljuk, elsősorban a betegkomfort és a compliance javítása céljából.

Urológiai szempontok a pesszáriumterápiában

Mivel a kismencedei szervi süllyedések a kórképek előrehaladásával egyre gyakrabban okoznak obstruktív vizeletürítést,

részleges vagy teljes vizeletretenciót és következményesen visszatérő húgyúti infekciókat, így ezek a páciensek az urológiai betegellátásban is gyakran megfordulnak. Ezen betegek-nél a pesszáriumkezelés egyik legnagyobb előnye, hogy gyors, alacsony kockázatú és azonnali segítséget nyújt a prolapsus reponálására és a következményes funkcionális panaszok enyhítésére. A prolapsus pesszáriummal történő reponálása gyakorlatilag azonnal megszüntetheti a dysuriát és a retenciós panaszokat, emellett felszínre hozhatja az okkult stresszinkontinenciát, ami a további diagnosztikát és terápiás döntést segíti. A megfelelő pesszáriumtípust a prolapsus típusa és stádiuma, a szexuális aktivitás és a beteg önmenedzselési képessége alapján javasolt meghatározni. A pesszáriumtípust illetően nincsenek kőbe vésett szabályok, bizonyos betegek-nél több típus is megfelelő lehet, így a következő ajánlások nem kötelező érvényűek, inkább csak gyakorlati példák. Izolált cystoccele esetén idősebb, szexuálisan nem aktív betegek-nél elsőként

5. TÁBLÁZAT: PESSZÁRIUMTERÁPIA KLINIKAI ÚTVONALA ÉS JAVASOLT UTÁNKÖVETÉS (FORRÁS: UK CLINICAL GUIDELINE FOR BEST PRACTICE IN THE USE OF VAGINAL PESSARIES FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI IRÁNYELV AZ UROGYNEKOLÓGIÁRÓL)

Lépések	Részletek	Ideje
Pesszáriumminta és méretvétel előtti vizsgálat	- POP típusa és stádiumbeosztása - Kismencedei patológia kizárása - Vizelet- és székletürítési panaszok mérlegelése; székrekedés kezelése - Hüvelyhám állapotának vizsgálata - Beteg compliance-ének megítélése a rendszeres kontrollok szempontjából	Első vizsgálat
Kontraindikációk kizárása	Lásd 2. táblázat	Első vizsgálat
Pesszáriumtípus és -méret kiválasztása	- A klinikus egyéni tapasztalata és az elérhető típusok alapján, „trial and error” elvét követve több típus/méret kipróbálására lehet szükség - Beállításnál hüvelyhossz és hüvelyszélesség értékelése: hossz a hátsó boltozattól a symphysis pubicáig, szélesség a mutató- és középső ujj vízszintes szétterpesztése a cervix vagy a hüvelyconk magasságában; ezek alapján a kiválasztott pesszáriummal történő vizuális összevetés - Az új pesszárium megmosása a gyártási/kezelési maradványok eltávolítása céljából - Vízbázisú géllal síkosítva a pesszárium felhelyezése és a symphysis mögé történő pozicionálása, a pesszárium körül kb. egyujjnyi hely maradjon	Első vizit (+ ismételt próbák szükség szerint)
Beállítás utáni kontrollvizsgálat	- A pesszárium mellett nincs fájdalom vagy diszkomfort - A pesszárium nem mozdul el: – álló helyzetben, – köhögéskor, – Valsalva-manőver során, – mozgás közben - Spontán vizeletürítés kontrollja - Jelentkezik-e „de novo” vizeletinkontinencia, illetve fennálló vizeletinkontinencia rosszabbodása észlelhető-e?	Bepróbálás után az első vizsgálat során, illetve a beteg otthonában az első kontrollig
Utánkövetés	- Kontroll 2 héten belül; ezután max. 6 havonta (tovább ritkítható önálló napi használat mellett) - Minden kontrollnál: pesszárium eltávolítása, spekulummal hüvelyfal és cervix inspekciója - Ugyanazon pesszárium visszahelyezhető, vagy sz.e. típus/méret módosítása - Dokumentációban típus, méret szerepeljen	Első kontroll: 2 hét; majd ≤6 havonta (önálló használat esetén ritkábban)
Önálló használat	- Betanítás és kompetenciaellenőrzés eltávolításra és visszahelyezésre - Kontroll gyakorisága pesszáriumtípustól és betegpreferenciától függően	Első kontroll 3 hónap múlva, majd évente mérlegelhető

membrános gyűrű (ring with support) javasolható. Az előbbi kiesése vagy elégtelen hatása esetén térkitöltő típus, például donut típusú pesszárium mérlegelhető. Teljes uterovaginalis vagy hüvelyconkprolapsus esetén a kiesés esélyének csökkentése érdekében a stabilan pozícionálódó Gellhorn, néha esetleg donut típusú pesszárium javasolható. Szexuálisan aktív, önálló kezelésre alkalmas betegeknél a pesszáriumok közül a napi eltávolítást igénylő kockapesszárium javasolt első választásként.

Következtetések

A hüvelyi pesszáriumterápia a kismencedei szervi süllyedések konzervatív kezelésének hatékony, reverzibilis és alacsony kockázatú eszköze, amely megfelelő indikáció esetén rövid és hosszú távon egyaránt alkalmazható. A nemzetközi irányelvek és a rendelkezésre álló szakirodalom alapján a pesszáriumkezelés különösen előnyös azoknál a betegeknél, akik a műtéti beavatkozást el kívánják kerülni vagy halasztani szeretnék, illetve akiknél a sebészi megoldás kontraindikált, továbbá akiknél a súlyos stádiumú prolapsus akut panaszokhoz vezet, amelyeket azonnal kezelni szükséges. A kezelés sikerességének kulcsa a gondos beteg kiválasztás, a megfelelő

lő pesszáriumtípus és -méret egyénre szabott megválasztása, valamint a beteg részletes tájékoztatása és aktív bevonása a döntéshozatalba.

A pesszáriumterápia integrált megközelítést igényel, amely magában foglalja az életmódbeli tanácsadást, szükség esetén a lokális hüvelyi ösztrogénkezelést és a medencefenéki izomtréninget. A rendszeres utánkövetés és a szövődmények korai felismerése elengedhetetlen a biztonságos alkalmazáshoz és a hosszú távú compliance fenntartásához. A szexuális aktivitás, az „önmenedzselési” képesség és az egyéni élethelyzet figyelembevételével a pesszáriumválasztás során alapvető jelentőségű, mivel ezek jelentősen befolyásolják a kezelés elfogadottságát és fenntarthatóságát.

Összességében a hüvelyi pesszáriumok megfelelő szakmai gyakorlattal és a rendszeres kontrollt lehetővé tevő strukturált ellátási rendszerben alkalmazva a kismencedei szervi süllyedések kezelésének értékes, azonban jelenleg még sok helyen alulértékelt alternatíváját jelentik. A legfontosabb, hogy gondoljunk a pesszáriumterápia lehetőségére, ha POP-panaszokkal jelentkező beteget vizsgálunk. A fenti szempontok figyelembevételével a beteg számára a típusában és méretében legideálisabb pesszáriumot nemcsak a nőgyógyászati, hanem az urológiai gyakorlatban is kiválaszthatjuk, felhelyezhetjük és a beteget rendszeresen ellenőrizhetjük.

Irodalom

- Haylen BT, Maher CF, Barber MD, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J* 2016; 27(2): 165–194. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2932-1>
- Slieker-ten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, et al. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20(9): 1037–1045. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0902-1>
- Wu JM, Matthews CA, Conover MM, et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014; 123(6): 1201–1206. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000286>
- Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, et al. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1096–1100. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f73729>
- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89(4): 501–506. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00058-6)
- 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(10): 1157–1161. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0930-x>
- Barbalat Y, Tunuguntla HSGR. Surgery for pelvic organ prolapse: a historical perspective. *Curr Urol Rep* 2012; 13(3): 256–261. <https://doi.org/10.1007/s11934-012-0249-x>
- Taufer V, Tóth I. A nőgyógyászat kézikönyve. II. kötet. Budapest; 1916.
- Egészségügyi szakmai irányelv az urogynecológiáról. Belügyminisztérium, Egészségügyi Államtitkárság; Egészségügyi Szakmai Kollégium. 2024. augusztus 30.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NICE guideline NG123). London: NICE; 2019. PMID: 31211537.
- Pizzoferrato A-C, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, et al. Vaginal Pessary for Pelvic Organ Prolapse: A French Multidisciplinary Survey. *J Womens Health (Larchmt)* 2022; 31(6): 870–877. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0229>
- Lough K, Davies J, Smith G, et al. UK clinical guideline for best practice in the use of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. London: United Kingdom Continence Society; 2021.
- CooperSurgical. Milex® termékoldal. Elérhető: https://www.coopersurgical.com/products/?brand_name=milex
- Nemeth Z, Nagy S, Ott J. The cube pessary: an underestimated treatment option for pelvic organ prolapse? Subjective 1-year outcomes. *Int Urogynecol J* 2013; 24(10): 1695–1701. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2093-z>
- Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, et al. Levator ani muscle avulsion is a risk factor for expulsion within 1 year of vaginal pessary placed for pelvic organ prolapse. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50(6): 776–780. <https://doi.org/10.1002/uog.17407>
- McCoy CF, Barry HE, Boyd P, et al. Discolouration of vaginal devices during clinical use: a narrative review of the scientific literature and a thematic analysis of Reddit posts. *npj Womens Health* 2025; 3: 61. <https://doi.org/10.1038/s44294-025-00111-w>