

## Szemelvények az incontinencia és obstipáció kezelésével foglalkozó 2004-es irodalomból.

(dr. Lestár Béla, Szent Rókus kórház sebészete, Budapest)

Az elmúlt évben forradalmi jellegű változás nem történt a gastroenterológia azon területén mely a széklet ürítés gondjaival foglalkozik. Van azonban néhány, olyan jelentősnek látszó, nemzetközileg elfogadott kezelési mód, mely a hazai gyakorlatban még nem vagy csak alig szerepel. Ezek közül néhányat kiragadtam.

### **1. Sacralis ideg stimuláció, a széklet incontinencia (és az obstipatio) kezelésére**

Urológiában vizelt visszatartási és ürítési panaszok kezelésére közel tíz éve használják a sacralis ideg stimulációt. Tíz éve vették észre azt, hogy a vizelet incontinencia kezelése során amikor az széklet incontinenciával is párosul, a sacralis stimuláció a széklet tartási panaszokat enyhíti. Az elmúlt néhány évben, a rövid idő ellenére közel 1000 széklettartási panasszal küszködő beteget kezeltek ezzel a módszerrel (Tjandra). A széklet visszatartási panaszok hátterében igen gyakran a gát és sphincter izomzat denervatioja áll. Ilyen esetekben a terápiás lehetőségek igen korlátozottak, az eredmények rosszak. A sacralis ideg stimulációval a denervatio miatt kialakult incontinencia az esetek többségében -80% - ban- számottevően javítható (Tjandra). A módszer lényege a következő: Először csak néhány hetes „teszt időszakra”, általában az egyik S3-as foraminába elektródát helyeznek. Az elektródán keresztül a sacralis idegeket 25Hz - es frekvenciával, 250us pulzus hosszal, 1- 10 V közötti feszültséggel ingerlik. Az ingerlés hatására a gát és sphincter izomzat kontrakcióba kerül. Néhány hét után, ha a beteg continenciája megfelelően és objectív módon bizonyíthatóan javul akkor az addig külső, ideiglenes, az elektromos impulzusokat adó generator bőr alá ültethető végleges stimulátorra cserélik. A stimulátort a glutealis tájékra vagy az alhas bőre alá helyezik. A kezelés hatás mechanizmusa pontosan nem ismert. Valószínűleg a motoros efferens, az érző afferens rostok ingerlése meghatározó, ez megváltoztatja a reflex mechanizmusokat is (Madoff). Korábbi vizsgálatok bizonyították, hogy a kezelés hatására az analis sphincter alapnyomása és a szorítási nyomása növekszik, javul a rectum érzés minősége. Ausztrál árviszonyokat figyelembe véve a sacralis ideg stimulációt igen költség hatékony módszernek véleményezték, a stimuláció műszerigényének az ára 16 000 ausztrál dollár (kb= 2352000 Ft) (Tjandra). Módszer Európában is rohamosan terjed, Jarrett (1.) az Egyesült Királyság tapasztalatait összegzi. Az összes sacralis stimulációval kezelt betegek adatait prospektív módon vizsgálták. Három centrumban 59 betegnél végeztek ideg stimulációt. Az

esetek 78%-ban azaz 46 betegnél került sor végleges stimulátor beültetésre a teszt periódus után. Egy év távlatában két eset kivételével (44/46) a continentia javulása tartósnak bizonyult. A megfigyelés ideje alatt mindössze egy stimulátort kellett eltávolítani. Hasonlóan jó eredményt közöl Uludag Hollandiából. Megfigyelésük szerint strukturálisan intact sphincter apparatus esetén érdemes ezt a módszert alkalmazni, ebben az esetben a siker ráta mint azt gyakorlatuk is bizonyítja igen magas, 75 beteg közül 62 esetben, azaz 83%-ban volt a tapasztalat kedvező. Ezt a véleményt megerősítette Matzel a Lancet- hasábjain is. Jarrett 2. szerint sacralis stimulációnak az obstipátóra is kedvező hatása van. A kezelés hatására székeléskor a rectum kiürülése lehet teljesebb. Az irodalmat összesítve úgy tűnik, hogy ezzel az interdisziplinális módszerrel mely gastroenterológus belgyógyász. gastroenterológus sebész illetve idegsebész közreműködését feltételezi a korábban alig befolyásolható, denervation alapuló un. idiopathiás incontinentiák eredményesen kezelhetők. Ismereteim szerint ezzel a kezelési módszerrel a hazai tapasztalat még várat magára.

### **Dinamikus gracilis plasztika.**

Ebben a témában jelentős újdonság nem történt az elmúlt évben, hosszú távú eredményeket, tapasztalatokat összegzik. Az eljárás annak ellenére nem ismert általánosan hazánkban, hogy az eljárást másfél évtizede már alkalmazzák. A módszer egyébként hosszú fejlődésen ment át. Cél mindig az volt, hogy az erősen károsodott, vagy már nem is létező sphincter izomzatot más, erre alkalmas izommal pótolni kell. A gracilis izomzat erre megfelelőnek tűnt. A gracilis izomzat azonban nem sphincter izomzat, így nem érek folyamatosan gerincvelői stimulusok mint a fiziológiás „eredeti” sphincter izomzatot. A gracilis izom csak gyors és rövid összehúzódásra alkalmas ezért a korábbi évtizedekben elvégzett spincter pótlások gyenge functionális eredménnyel jártak. Több mint 15 évvel ezelőtt azonban rájöttek arra, hogy a gracilissal történt sphincter pótlás eredményét jelentősen lehet javítani, ha a pótlásra használt izomzatot gerincvelői stimulusokat utánozva pacemaker segítségével folyamatosan ingerlik. Ebben az esetben a transponált izomzat fokozatosan, hónapok múlva képes lesz állandó tónus tartására. Kezdetben ezt az ígéretesnek látszó módszert nagy lelkesedéssel fogadták. Idővel azonban a módszer hátrányai az általános elterjedés meggátolták. Penninckx a Belgiumi tapasztalatokat gyűjtötte össze retrospectiv módon. Belgium Magyarországhoz hasonlóan 10 milliós ország. Belgiumban az elmúlt tíz évben 60 beavatkozást végeztek. Ezek közül azonban 27 esetben elsődlegesen a functionális eredmény nem volt kielégítő. Ha azonban további kiegészítő continencia javító módszert alkalmaztak pl: anterograd bélátmosást, akkor a 60 operált beteg közül 47 (78%) tud a stoma nélkül élni és a szilárd székletre continens

lenni. A dinamikus gascilis plasztikának ugyan nem volt mortalitása de a morbiditás magas volt. A 60 beteg közül 44-nél kellett 61 reoperatiót végezni. Hasonló eredményt közöl Thorton Ausztráliából. Az elmúlt 10 évben, egy sydney-i intézetben 38 beteget operáltak hasonló módon. Az esetek 27%-ban kellett stomát feltenni az állandósuló incontinenca illetve kiürülési zavar miatt. A cikk véleménye szerint a növekvő sebészi gyakorlat és tapasztalat ellenére a szövődmény és a kudarc ráta magas marad. Általánosan megfogalmazható, hogy megfelelően válogatott esetekben, ha a beteg motivációja kifogástalan akkor az eljárás a bonyolultsága ellenére alkalmazható, szükség esetén teljes sphincter pótlás kivitelezhető. Ismereteim szerint a hazai próbálkozások szerények, mindössze néhány betegnél végeztek ilyen beavatkozást (Dr. István Gábor)

### **Anterograd tisztító beöntés alkalmazása pseudo-continencia létrehozására.**

Tíz évvel ezelőtt kezdték ez a módszert alkalmazni. A hasfalra kiszájaztatott appendixbe kathétert vezettek, a kathéteren át folyadékot fecskendeztek be a colonba. Ideális esetben a beadott folyadék hatására rövid időn belül a colon tartalma az anuson keresztül szinte teljesen kiürült. Ideális esetben a következő 24 órában székletürítés nincs. A módszert egyaránt használták incontines és obstipáló betegek kezelésére. A módszer viszonylag egyszerű. Lees obstipáló betegek kezelésére alkalmazta ezt a módszert. A cikk szerint anterograd tisztító beöntést 32 betegen alkalmaztak az elmúlt 10 évben. A beöntés beadására 20 esetben appendicostomát, 10 esetben ileum, 2 esetben colon conduitot készítettek, 5 esetben coecumból neoappendixet alakítottak ki. Az esetek 50% -ban megfelelő functionális eredményt értek el, de az esetek 88%-ban kellett valamilyen kisebb-nagyobb korrekciós beavatkozást végezni. Herndon ezt a módszert 127 betegnél alkalmazta incontinencia kezelésére. Ezen nagy számú beavatkozást 6 év alatt végezték el. A beavatkozás fiatal betegeken történt. Az átlagos életkor 9.6 év volt. A betegek döntő többségének az incontinentiája myelomeningocele miatt alakult ki. A beavatkozásra functionális eredményei meglepően jók voltak, 91%ban értek el (pseudo)continentiát. Az esetek 10%-ban kellett stoma revisiot készíteni, stenosis, prolapsus vagy szivárgás miatt. A két közleményt összehasonlítva úgy tűnik, hogy ez a módszer lényegesen hatásosabb az incontinencia tüneteinek a csökkentésére mint az obstipatio kezelésre. A beavatkozás előnye többek között az is, ha a functionális eredmény rossz, akkor viszonylag egyszerűen az eredeti állapot helyre alítható. Természetesen megfelelően működő appendicostomát laparascopos úton is ki lehet alakítani (Rakic). Hazai gyakorlat ezzel az egyszerű, de nem teljesen probléma mentes módszerrel szerény. Kongresszusi előadás szintjén, 9 beavatkozás eredményét közölték. (Lestár)

**Irodalom:**

1. Tjandra JJ., Lim JF, Matzel, K.: Sacral nerve stimulation: an emerging treatment for faecal incontinence, ANZ J Surg. 74, 1098-1106 (2004)
2. Madoff RD.: Surgical treatment options for fecal incontinence, Gastroenterology 126 (1Suppl 1): S48-54 (2004)
3. Jarrett ME, Varma JS, Duthie GS, Nicholls RJ, Kamm MA: Sacral nerve stimulation for faecal incontinence in the UK. Br J Surg. 91, 755-761 (2004)
4. Uludag O, Koch SM, van Gemert WG, Dejong CH, Baeten CG: Sacral neuromodulation in patients with fecal incontinence: a single-center study. Dis Colon Rectum 47:1350-1357 (2004)
4. Matzel KE, Kamm MA, Stosser M, Baeten CG, Christiansen J, Madoff R, Mellgren A, Nicholls RJ, Rius J, Rosen H. : Sacral spinal nerve stimulation for faecal incontinence: multicentre study. Lancet 363,1270-1276 (2004)
5. Jarrett ME. Mowatt G, Glazener CM, Fraser C, Nicholls RJ, Grant AM, Kamm MA, Systematic review of sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation, Br.J Surg. 91,1559-1669 (2004)
6. Peninckx F: Belgian experience with dynamic graciloplasty for faecal incontinence. Br.J Surg 91:872-878 (2004)
7. Thorton MJ, Keneddy ML, Lubowski DZ, King DW: Long-term follow-up dynamic graciloplasty for faecal incontinence. Colorectal Dis 6: 470-476 (2004)
8. Lees NP, Hodson P, Hill J, Pearson RC, MacLennan I: Long-term results of the antegrade continent enema procedure for constipation in adults. Colorectal Dis 6,362-368 (2004)
9. Herndon CD, Rink RC, Cain MP, Lerner M, Kaefer M, Yerkes E, Casale AJ: In situ Malone antegrade continence enema in 127 patients: a 6-year experience. J Urol.172.1689-1691 (2004)
10. Rakic S, Baeten CG. :Laparoscopic appendicostomy with cecoplication for antegrade colonic enema procedure. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 14, 165-166, (2004)
11. Lestár B. Hornok L, Csiky L, Bihari L, Polányi Cs. Appendicostoma, orthograd bélátmosás a székürítési zavarok enyhítésére Magyar Sebészet 57. 151. (Abstract) (2004)