

Inkontinence moči u žen – palčivý, ale řešitelný problém

MUDr. Atanas Ivan Belkov, doc. MUDr. Martin Huser, Ph.D., MUDr. Marcela Pastorčáková, MUDr. Michal Felsing
Gynekologicko porodnická klinika FN a MU Brno

Přehledná práce podává stručný popis základních diagnostických postupů vhodných k určení typu močové inkontinence a jejich léčebných modalit. Její součástí je informace o nových možnostech medikamentózní a operační léčby močové urgencye a inkontinence.

Klíčová slova: močová inkontinence (MI), diagnostika a léčba urgentní inkontinence (UI), nové možnosti operační léčby močové urgencye (MU).

Urinary incontinence – unpleasant but solvable problem

The topic gives information about basic diagnostic procedures for urine incontinence and way of possible therapy. Part of this article is information about new possibilities of conservative and operative therapy of urine incontinence.

Key words: urine incontinence, diagnostic and therapy of urine urge and urine incontinence, new way in treatment of urine urge.

Úvod

Inkontinence moči a její možnosti řešení se staly, v přeneseném smyslu slova, tématem dne. Intimní problém, který většina ženské populace spíše tajila a k němuž se velmi nerada hlásila, se stal zcela běžně diskutovanou záležitostí. Tento fakt zcela nesporně přispěl k popularizaci medicínského oboru urogynekologie a nepřímě k rozvoji celé řady léčebných modalit. Jsou vyvíjeny nové preparáty s cílem řešit urgentní složku močové inkontinence (UI), nové operační postupy v řešení stresové inkontinence (SIM) a v neposlední řadě máme možnost bohatého výběru pomůcek pro inkontinenci (4, 7). Nicméně, močová inkontinence představuje i nadále závažný zdravotní a společenský problém. Dle definice ICS (International Continence Society) je inkontinence definována jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči (1). Procento žen postižených epizodou neovladatelného úniku moči stoupá, do značné míry, s věkem. Je obecně známo a z každodenní praxe vyplývá, že močová inkontinence postihuje zejména ženy v postmenopauzálním věku.

Jedná se o poruchu držení moče způsobenou řadou patologicko anatomických změn. Patří sem mimo jiné: vrozené vývojové vady urogenitálního systému (VVV), poranění v oblasti malé pánve či páteře nebo postiradiační či pooperační komplikace (příštěle).

Organická postižení centrálního nervového systému (CNS) mohou rovněž způsobit obtíže ve smyslu neovladatelného úniku moči (Sclerosis multiplex, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba apod.) Častou komplikací závažných sestupů rodidel jsou záněty dolních cest močových. Sanace zánětu může vést ke zmírnění pro-

jevů urgencye a úniku moči. Z tohoto důvodu je vhodné provést kultivační vyšetření moče a stěru z močové trubice jako první krok v komplexním algoritmu urogynekologického vyšetření.

Četnost mikčních aktů v průběhu dne (polakisurii) a ve spánku (nokturii) mohou rovněž ovlivnit některé chorobné stavy (diabetes mellitus), druhy léčiv (hypotenziva, diuretika, laxativa a jiné) a neadekvátní příjem tekutin. Neměli bychom zapomínat ani na diuretický účinek složky potravin (kofein).

Hypermobilita močové trubice a porucha jejího uzávěrového systému jsou považovány za nejčastější příčinu úniku moči při stresových situacích (smích, kašel, prudký pohyb apod.)

Typy močové inkontinence dle ICS:

- Stresová inkontinence moči
- Urgentní inkontinence moči
- Kombinovaná inkontinence moči
- Noční inkontinence moči
- Průběžná inkontinence moči
- Reflexní inkontinence moči
- Inkontinence z přetékání
- Zvláštní (fistulární) inkontinence moči
- Nedefinovatelná inkontinence moči

Diagnostika inkontinence

Výchozí informací je podrobná rodinná a osobní anamnéza, vyhodnocení dotazníku (Gaudez, Bristol Lower Urinary Tract Symptoms) a mikčního deníku. Vzhledem k intimitě zdravotního problému je žádoucí obzvláště citlivý přístup. Následuje komplexní gynekologické vyšetření včetně ultrazvukového vyšetření dolního močového traktu (zhodnocení mobility uretry a jejího tvaru, zhodnocení síly stěny veziky).

Odběr cévkované moči na kultivaci a citlivost z velké míry garantuje objektivitu nálezu. Nedílnou součástí komplexního hodnocení je urodynamické vyšetření a v indikovaných případech lze doplnit i cystoskopii (5).

Z anamnestických údajů, které mohou mít příčinnou souvislost s projevy močové inkontinence, je to především údaj o porodech makrosomních plodů (4000g a více), extrakčních porodnických operacích (forceps, vakuumextraktor) a traumatech malé pánve (1, 6). Gynekologické vyšetření se zaměřením na poruchy statiky – výhřezu orgánů malé pánve (descensus uteri, prolapsus uteri, přítomnost cystocele nebo rectocele). Kultivační vyšetření moči dovoluje cílené přeléčení případného uroinfektu. Urodynamické vyšetření (UD) doplněné o stress test při profilometrii umožní objektivizovat únik moči (3). Pro urgentní inkontinenci moči (UIM) svědčí zejména snížená jímavost močového měchýře. Detruzorová aktivita se na křivce znázorňuje jen sporadicky. Pro SIM je charakteristická převaha intravezikálního tlaku nad uretrálním a výrazně nízké hodnoty maximálního uzávěrového tlaku (MUT) v močové trubici (hypotonie uretry). Údaje získané z profilometrie jsou mnohdy dubiozní a proto je tato metoda v poslední době považována za obsolentní.

Konzervativní léčba urgentní močové inkontinence

- redukce hmotnosti, omezení kouření, omezení močopudných látek (kofein)
- nácvik mikce (blader drill) zejména u urgentní inkontinence
- medikamentózní léčba (1, 2, 3)

Konzervativní léčba stresové inkontinence

- gymnastika svalstva dna pánevního
- elektroléčba
- pesaroterapie (2)

Operační léčba močové inkontinence zahrnuje dvě oblasti:

- korekce sestupů rodidel a úprava statiky orgánů malé pánve
- závěsné operace uretry (6, 7)

Farmakoterapie urgentní inkontinence moči

Představuje nejrozšířenější formu léčby hyperaktivního močového měchýře. Je to především použití anticholinergik, která způsobují blokádu muskarinových receptorů urotelu. Cílovým efektem je tlumení nekontrolovatelných kontrakcí detrusoru. Dále se v medikamentózní léčbě urgentní inkontinence uplatňuje aplikace preparátů s obsahem estrogenů.

Močovou inkontinenci lze účinně ovlivnit aplikací antidepressiv (Melipramin).

Nejčastěji aplikovaná farmaka při terapii urgentní inkontinence

Oxybutinin

Oxybutinin působí cíleně na muskarinové receptory M1, M2, M3. Po perorálním podání je velmi dobře absorbován a v játrech dochází téměř v 90% k jeho metabolizaci na aktivní složku N-desthyloxybutinin. Oxybutinin má poměrně časté nežádoucí účinky (sucho v ústech), a proto se doporučuje počáteční dávka 1–2 × 2,5mg.

Propiverin

Propiverin má kombinovaný anticholinergní a lokálně anestetický účinek. Velmi rychle se vstřebává z gastrointestinálního traktu a je vylučován hepatálním metabolismem. Z klinického hlediska má poměrně vysokou efektivitu až u 70% pacientů. Doporučená dávka je 2x15mg

Trospium

Trospium je chemicky kvartérní amin s vysokou afinitou na receptory M1-M3. Z klinického hlediska má menší výskyt nežádoucích účinků na centrální nervový systém a ovlivnění kognitivních funkcí. Doporučená denní dávka 45 mg. Při výrazných obtížích možno navýšit až na 90mg/den.

Tolterodin

Tolterodin je terciární amin s vysokou afinitou na muskarinové receptory močového

měchýře. Prodloužené uvolňování dovoluje dávkování jedenkrát denně.

Fesoterodin

Fesoterodin je po perorálním podání štěpen na 5-hydroxymetyltolterodin. Hematoencefalickou bariérou prostupuje minimálně. Doporučená dávka je 4–8mg jedenkrát denně

Solifenacin

Solifenacin má vysokou selektivní afinitu k M3 receptorům. Velmi dobře se absorbuje. Doporučená dávka 5 mg/den může být v závažných stavech navýšena na 10 mg/den.

Mirabegron

Nově přichází na náš trh přípravek mirabegron s předpokládanými minimálními vedlejšími účinky. Představuje takzvanou třetí řadu preparátů proti močové urgenci.

Konkrétní dávkování jednotlivých preparátů a jejich kombinace je dána snášenlivostí, efektem léčby a projevy vedlejších účinků (suchá sliznice, obstipace).

Kombinovaná léčba

Výše uvedená anticholinergica možno kombinovat s antidepressivy. Dle klinických obtíží a celkového stavu možno připojit aplikaci Melipraminu v dávce 1–2 tbl. denně. Doporučována je i substituční hormonální terapie. Estrogeny můžeme aplikovat zejména v lokálním podání (například Vagifem tbl. vag 1 × týdně v délce 6–8 týdnů). Možné je i podání jakékoliv jiné dostupné lékové formy s obsahem estrogenů.

Operační léčba urgentní inkontinence moči

Jedná se o nový pohled na etiopatogenezi vzniku urgentní inkontinence.

Dle autorů této metody (Prof. Wolfram Jäger, Köln am/Rhein, osobní sdělení) je příčinou urgentní inkontinence defekt zadní části pánevního dna. Insuficientní a ochablé zadní vazy jsou pomocí speciální techniky závěsné operace (CESA/VASA) zpevněny. Operace vede ke zmenšení cystokele a k vymizení projevů urgencye. Pokud přetrvává únik stresového charakteru, je dodatečně indikována uretropexe (obturatorní beznapěťová páska).

Do operační léčby urgentní inkontinence lze zařadit:

* aplikaci botulotoxinu do stěny močového měchýře

* augmentaci močového měchýře

Tyto výkony provádí převážně urologická pracoviště.

Operační léčba stresové inkontinence moči Rekonstrukční operace

Cílem rekonstrukčních operací je plastická úprava rodidel a především navození lepší funkce uzávěrového systému močové trubice. Limitujícím momentem korekčního výkonu u různých stupňů sestupu rodidel může být požadavek na zachování možnosti sexuálního styku. Běžně prováděné operační výkony jsou:

Poševní plastiky (kolporrhaphia anterior, kolpoperineoplastica)

Tento operační výkon je z hlediska léčby SIM považován v současnosti za obsolentní. Nicméně je i nadále indikován jako operace první volby u závažných typů sestupu rodidel. Připojení závěsné operace uretry (uretropexe – aplikace beznapěťové pásky) je věcí volby. Nejnověji se uplatňují aplikace různých druhů síťových implantátů.

Závěsné operace

Uretropexe

Uretropexe je operační výkon spočívající v podpoře uretry pomocí speciální polypropylenové pásky, která je umístěna pod distální třetinou močové trubice. Nejčastěji používaným typem pásky je v současnosti tzv. TOT (transobturatorní páska). Tato operační technika byla poprvé popsána a publikována Ulmstenem v r. 1995. V současné době představuje „zlatý standard“ v operační léčbě stresové inkontinence. Její nespornou předností je miniinvasivní technika, která v některých situacích dovoluje provedení zákroku ambulantní formou. V současnosti je k dispozici celá řada pásek a závěsných systémů. Vedle obturatorních pásek (s technikou aplikace insideout nebo outside in) jsou k dispozici i pásky retropubické. Dle literárních údajů a vlastních zkušeností není výrazného rozdílu v konečném efektu.

Endouretální implantáty

Jedná se o injekční aplikaci kolagenních látek v oblasti uretrovezikální junkce (bulking operace). Tato metoda se používá spíše u recidivující inkontinence.

Umělé svěrače uretry

Jsou doménou urologické operativy na vysoce specializovaných pracovištích a v současné době nepatří mezi nejfrekventovanější operační výkony.

Závěr

Močová inkontinence vyžaduje nejen komplexní, ale především individuální přístup. Toto platí zejména u seniorů. Před zahájením léčby je

nutno vyšetřit a cíleně sanovat veškeré projevy zánětů dolních cest močových a eventuálních zánětů pochvy. Upravit pitný režim a dávkování diuretický působících léků. Dle možnosti a dostupnosti provést komplexní urogynekologické vyšetření včetně urodynamiky, introitální sonografie a případné cystoskopie. Jako primární preferovat konzervativní léčbu a až při jejím nedostatečném efektu či neúspěchu přistoupit k operačnímu řešení některou z miniinvazivních metod.

Léčba močové inkontinence dosáhla za poslední dvě desetiletí nebývalého rozvoje. Efektivita léčby je hodnocena především v návaznosti na zlepšení kvality života. Prodlužování aktivního věku, zvyšující se nároky na uplatnění v osobním i pracovním životě, bude nepochyb-

ně i nadále ovlivňovat pozitivní rozvoj v péči o ženy s projevy močové inkontinence.

Literatura

1. Alois Martan a kol. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba JESSENIUS-MAXDORF, 2006.
2. Norman R. Zinner, Stephanie C. Koke, Lars Viktrup. Pharmacotherapy for Stress Urinary Incontinence: Present and Future Options. *Drugs* 2004; 64(14): 1503–1516.
3. Jan Krhut. Hyperaktivní močový měchýř. JESSENIUS-MAXDORF, 2007.
4. Lobodasch K. Transurethrale Injektionen mit Bulkamid, erste klinische Erfahrungen Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2010; 70: 47–51.
5. Belkov AI, Huser M, Pastorčáková M, Sedláková K. Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci. *Urologie pro praxi*, 2011; 12(5): 307–311.
6. Chmel R. Ženská močová inkontinence. *Acta medicae*, 2013; 4: 46–50.

7. Parden SA, et al. Incontinence Outcomes in Women Undergoing Primary and Repeat Midurethral Sling Procedures. *Obstetric and Gynecology*. 2013; 2: 273–278.

8. Friedman S, et al. Pelvic Muscle Strength After Childbirth. *Obstetric and Gynecology*, 2012; 5: 1021–1028.

*Článek byl převzatý z
Med. praxi 2015; 12(1): 30–33*

MUDr. Atanas Ivan Belkov

*Gynekologicko porodnická klinika
FN a MU Brno, FN Brno, PRM
Obilní trh 11, 625 00 Brno
ibelkov@fnbrno.cz*

