

Léčba inkontinence moči kombinací čisté intermitentní autokatetrizace s podáváním fesoterodinu u pacientky se sclerosis multiplex

MUDr. Květoslav Novák, FEBU

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Kazuistika je příkladem léčby inkontinence neurogenního močového měchýře při sclerosis multiplex. Výrazného léčebného úspěchu bylo dosaženo kombinací čisté intermitentní autokatetrizace s podáváním moderního uroselektivního spasmolytika – fesoterodinu – při nesnášenlivosti ostatních antimuskarinik.

Klíčová slova: inkontinence, roztroušená skleróza, spasmolytika.

Management of urinary incontinence with clean intermittent autocatheterization and fesoterodine in patients with sclerosis multiplex

The case is presented as a treatment example of urinary incontinence in neurogenic bladder in patients with multiple sclerosis. The significant treatment effect was reached by combination of clean intermittent autocatheterization and administration of fesoterodine at intolerance of others antimuscarinics.

Key words: incontinence, sclerosis multiplex, spasmolytics.

Úvod

Sclerosis multiplex (SM) – roztroušená skleróza – je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění u pacientů mladšího věku; více než 80 % z nich pak má urologické obtíže (1). Nejčastější dysfunkcí je hyperaktivita detruzoru (OAB – overactive bladder), u třetiny z těchto pacientů je diagnostikována dyssynergická mikce. Nejčastější léčbou je potom kombinace podávání spasmolytika a evakuace močového měchýře intermitentní (auto)katetrizací (ČIAK), pokud mají pacienti dobrou motorickou funkci rukou. Spasmolytika mají často vyjádřené nežádoucí účinky (xerostomie, obstipace, dyspepsie, poruchy akomodace atd.), které mohou jejich použití limitovat. V posledních letech je léčba OAB akcentována a s tím souvisí vývoj nových léčiv, zejména retardovaných forem s výraznou redukcí těchto nežádoucích účinků.

Kazuistika

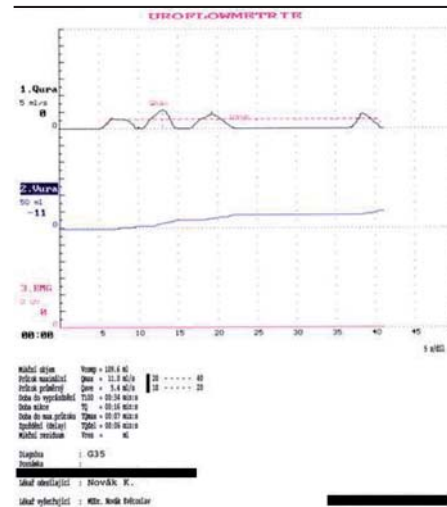
Nyní 43letá pacientka je sledována na naší klinice od roku 1998, diagnóza sclerosis multiplex byla stanovena neurologem v roce 1992. V té době měla rok trvající mikční obtíž, které datovala od laserové ablace kondylomat zevního genitálu (1997). V době vyšetření již anamnesticky udávala nesnášenlivost preparátů Cystrin, Mictonorm, Oxyphenon, kterými byly její obtíže léčeny na jiném pracovišti, snášela Baclofen 3 × 25 mg, který byl nasazen neurologem. Udávala střídání inkontinence a retence

moči, denně spotřebovala 4 vložky. Z osobní anamnézy jsou závažná data o retrobulbární neuritidě s únavovým syndromem (1989), záchyt defektu buněčné imunity léčené Ribomunylem a Biostimem. Retrobulbární neuritida se opakovala 3× do stanovení diagnózy SM. Od 1992 je na trvalé imunosupresi (Solu-Medrol, Prednison, Imuran), od roku 1998 je aplikován cyklicky Betaferon (interferon beta). Nerodila, gravidní nebyla, alergická je na penicilin.

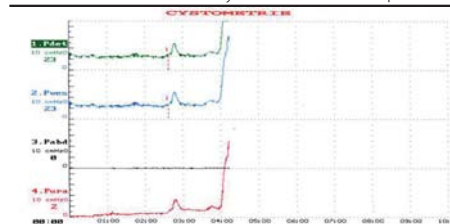
Na našem pracovišti byla důsledně vyšetřena: horní močové cesty bez patologického nálezu, cystografie – menší kapacita, trabekulizace stěny močového měchýře, reziduum. Urologické vyšetření: uroflowmetrie – $Q_{\max}$ 21 ml/s, přerušovaná mikce (obrázek 1), objem 210 ml, plnicí cystometrie – první nucení při náplni 87 ml, únik moče kolem cévky ale již při náplni 110 ml (Pdet 152 cm H₂O). Opakovaně zjištěna rezidua 50–100 ml. Kvantitativní bakteriurie byla tehdy nevýznamným nálezem, cytologie moče hodnocená PAP II, cystoskopicky sliznice močového měchýře klidná, s mírnou trabekulizací. Diagnóza byla uzavřena na základě provedených vyšetření jako neurogenní močový měchýř – dysfunkce mikce charakteru detruzorosfinkterové dysynergie. Pro nevalidní údaje o nesnášenlivosti léků byla indikována léčba tehdy dostupnými spasmolytiky na bázi oxybutininu či kvarterních amoniových solí (Cystrin, Spasmed). Potvrdila se intolerance těchto preparátů, zejména pro poruchy akomodace a bolesti hlavy, ostatní vedlejší

účinky byly též vyjádřeny, ale nebyly tak závažné (xerostomie, obstipace). Spasmolytika byla vysazena, pro nárůst reziduální moči (až 210 ml) – byla zaučena v ČIAK. Nepravidelně se objevovala symptomatická kolibacilární infekce dolních močových cest. V dalším průběhu letitého sledování byla pacientka pouze na režimu ČIAK (množství do 300 ml) bez jiné urologické medikace s výjimkou léčby symptomatických (afebrilních) atak IMC (2–3× ročně). K dosažení kontinence se bohužel zvyšovala frekvence nutné autokatetrizace ze 4× denně až na 10× denně (2005). V té době začala uspokojivě tolerovat podávání tolterodinu (1× denně Detrusitol 4 mg), s občasnými nežádoucími vegetativními příznaky.

Obrázek 1. Přerušovaná dyssynergická mikce na záznamu uroflowmetrie



Obrázek 2. Plnicí cystometrie – záznam hyperaktivního močového měchýře se sníženou kapacitou



Takto se podařilo snížit frekvenci autokatetrizací na 6–7 denně, dle cystometrického záznamu byla stále přítomna hyperaktivita, nicméně kapacita moč. měchýře byla vyšší (obrázek 2). Při tomto režimu byla téměř kontinentní (ojedinělé úniky moči – spotřeba 1–2 minivložek denně). Vzhledem k dobré motorice nebyl důvod ustupovat od řešení evakuace močového měchýře autokatetrizací. Chirurgickému řešení hyperaktivity (augmentace) nebyla pacientka nakloněna a vzhledem k povaze základního onemocnění (vývoj neurologického nálezu při SM) je i jeho indikace diskutabilní. Se zavedením fesoterodinu byla pacientce navržena změna medikace ve snaze odstranit občasné vegetativní obtíže; podáván Toviaz 8 mg tbl. 1x denně. Užívá jej 10 měsíců, urologická symptomatologie se nezměnila – nadále je téměř kontinentní při autokatetrizaci (6x denně, cévkovaná množství jsou do 300 ml). Pacientka je nyní bez jakýchkoli

vegetativních obtíží, má jen minimálně naznačenou xerostomii, která ji dle vlastních slov nijak nelimituje.

Diskuze

Kazuistika popisuje složitý postup dosažení uspokojivého efektu léčby inkontinence a hyperaktivity s dyssynergí mikcí u pacientky s neurogenním močovým měchýřem na podkladě demyelinizačního onemocnění, které má svůj vývoj v čase a je obtížně léčitelné. Tomu odpovídá též proměnlivost urologické symptomatologie a tudíž je zřejmá tendence ke konzervativní léčbě proti chirurgické (např. augmentace močového měchýře). Významnou úlohu ve zlepšení příznaků urgencí a inkontinence hrají spasmolytika. Zejména dobře tolerované jsou novější preparáty a jejich retardované formy. Mezi ně patří fesoterodin (Toviaz). Jako proléčivo se hydrolyzuje v těle esterázami na 5-hydroxymetyltolterodin (5-HMT) jako vlastní aktivní metabolit (2). Z předcházejících studií je známo, že zlepšuje významně všechny příznaky hyperaktivního močového měchýře (frekvence mikce, epizody inkontinence, počet urgencí atd.), lepší efekt má dávka 8 mg než 4 mg 1x denně. Klíčový je nárůst kapacity a zvětšení mikčního objemu. Fesoterodin 4 mg a 8 mg zvyšuje mikční objem oproti placebo 3–4násobně, tolterodin 2,5násobně (3, 4).

Nežádoucí účinky jsou ve srovnání s dříve používanými antimuskariny nízké, zejména díky retardovaným formám léku (SR). Fesoterodin je dle našich zkušeností účinný a dobře tolerovaný lék pro pacienty s příznaky hyperaktivního detruzoru na neurogenním i non-neurogenním podkladě. V kombinaci s ČIAK je další možností léčby i u pacientů se známkami detruzorosfinkterové dyssynergie.

Literatura

1. Krhut J. Mikční dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou. In: Krhut J, et al. Neurourologie. Praha: Galén, 2005: 77–83.
2. Simon HU, Malhotra B. The pharmacokinetic profile of fesoterodine: similarities and differences to tolterodine. Weiss Med Wkly. 2009; 139(9–10): 146–151.
3. Chapple CR, Van Kerrebroeck PE, Junemann, et al. Comparison of fesoterodine and tolterodine in patients with overactive bladder. BJU Int. 2008; 102(9): 1128–1132.
4. Khullar V, Rovner ES, Dmochowski R, et al. Fesoterodine dose response in subjects with overactive bladder syndrome. Urology. 2008; 71(5): 839–843.

MUDr. Květoslav Novák, FEBU
Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha
Ke Karlovu 6, 128 08 Praha 2
slavek.novak@seznam.cz

