

Inkontinence moči, diagnostika a léčba

MUDr. Libuše Vilhelmová

Chirurgické obory, Praha

Inkontinence je definována Mezinárodní společností pro inkontinenci (ICS) jako stav nedobrovolného úniku moči. V první řadě je nutné určit typ inkontinence. Léčba se rozděluje na konzervativní, farmakologickou a chirurgickou. Zvláštní kapitolu tvoří léčba stresové inkontinence u mužů.

Klíčová slova: inkontinence, mikční karta, dotazník, mužská inkontinence.

Urinary incontinence, diagnosis and treatment

Urinary incontinence is defined by ICS as the complaint of any involuntary loss of urine. The first step is to diagnose the specific type of incontinence. The treatment is conservative, pharmacologic and surgical. The special part of management is the men's urinary incontinence.

Key words: incontinence, voiding diary, questionnaire, men's urinary incontinence.

Urol. praxi, 2011; 12(2): 97–99

Úvod

Inkontinence je definována Mezinárodní společností pro inkontinenci (ICS) jako stav nedobrovolného úniku moči. Její prevalence stoupá s věkem. V dospělé populaci se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Závažnost inkontinence je vždy nutné hodnotit s ohledem na kvalitu života. Různí jedinci mohou stejný únik moči vnímat zcela odlišně. Vnímání její závažnosti je jistě ovlivněno věkem, ale i sociálními a kulturními aspekty. Diagnóza se stanovuje na základě anamnézy, vyhodnocení mikční karty a dotazníků, klinického vyšetření, laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod a urodynamického vyšetření. Močovou inkontinenci dělíme na urgentní, stresovou, smíšenou, reflexní a inkontinenci z přetékání. Léčba inkontinence je konzervativní a chirurgická, většinou v kombinaci s léčbou farmakologickou.

Epidemiologie

Prevalenci močové inkontinence je velmi obtížné určit vzhledem k různorodosti jejích typů a stupňů postižení (1). Mnoho respondentů studií si též tento problém nepřipouští. Dle WHO inkontinenci trpí 5–8 % obyvatelstva (2). Odhaduje se, že méně než polovina lidí se středním a těžkým stupněm inkontinence vyhledá odbornou pomoc (3).

Prevalence inkontinence stoupá s věkem. Nad 65 let se u obou pohlaví vyskytuje mezi 15–35 %, v dospělé populaci dvakrát až čtyřikrát častěji u žen než u mužů. Ve vyšších věkových skupinách výskyt stoupá a stírá se rozdíl mezi pohlavími (4).

U lidí v ústavní péči je postiženo nad 50 %. Ve skupině nad 80 let se inkontinence předpo-

kládá u 46 % žen a 34 % mužů (5). Ve skupině 1 812 žen s průměrným věkem 36 let na základě srovnání dotazníků the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) a the Incontinence Severity Index (ISI), byla epizoda inkontinence zjištěna u 19 % – z toho stresová u 41 %, urgentní u 17 % a smíšená u 39 % (6).

Dle studie z r. 1999–2001 byla prevalence epizodické inkontinence u žen 38 %, denní únik v závislosti na věku nad 60 let 12–20 % (7). Podle některých studií se stresová inkontinence vyskytuje i u dvacetiletých vrcholových sportovkyň během sportovního výkonu, a to až v 28 % (8).

Patofyziologie

Dle definice ICS se symptomy dolních močových cest (LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms) dělí na symptomy jímací a mikční. Močová inkontinence patří mezi symptomy jímací a je nově definována jako jakýkoliv nedobrovolný únik moči. Podle symptomů se dělí na urgentní inkontinenci, stresovou inkontinenci, smíšenou inkontinenci, reflexní a inkontinenci z přetékání (ischuria paradoxa).

Na vnik stresové inkontinence se podílejí dva mechanismy. Hypermobilita uretry, při které je porušeno stlačení močové trubice proti stěně poševní při zvýšení nitrobršního tlaku, a nedostatečnost vnitřního svěrače uretry. Na podkladě hormonální dysbalance dochází k redukci submukózního vaziva a venózních pletení uretry, což má za následek snížení uzavíracího tlaku v uretře. Podíl má i snížená schopnost kontrakce svaloviny při náhlém zvýšení nitrobršního tlaku.

U urgentní inkontinence hraje roli porušení rovnováhy vegetativního nervstva. V jímací fázi převládá tonus sympatiku a ke zvýšení tonu parasympatiku dochází při přechodu z jímací do mikční fáze. Tento přechod je kontrolován volnými mechanismy (9).

Kontinenci ovlivňuje věk, obezita, četnost porodů u žen, užívané léky, úrazy či operace v malé pánvi, kvalita tkání.

Diagnostika

Základní diagnostiku inkontinence většinou provádí praktický lékař, gynekolog nebo urolog, specializovaná vyšetření pak urolog nebo urogynekolog.

Anamnéza

Cílem anamnézy je zjištění možné etiologie inkontinence a stanovení plánu dalších vyšetření.

Kromě běžných anamnestických dat je nutné se zaměřit na příznaky LUTS a na možné příčiny inkontinence (tabulka 1).

Fyzikální vyšetření

Zhodnocení psychického stavu pacienta je velmi důležité i z hlediska odhadu možné spolupráce. Od toho se často odvíjejí i další provedená vyšetření. Mezi základní fyzikální vyšetření patří i stanovení BMI (body mass index) a posouzení mobility. Vedle vyšetření břicha je potřeba se zaměřit na oblast zevního genitálu, oblast perinea, vyšetření per rectum, u žen vaginální vyšetření s posouzením stavu sliznice, vyloučení prolapsu pánevních orgánů a patologie močové trubice. Nedílnou součástí je orientační neurologické vyšetření.

Tabulka 1. Příčiny inkontinence

■ operace močopohlavního ústrojí
■ operace dolní části zažívacího traktu
■ aktinoterapie oblasti malé pánve
■ stavy vedoucí k prolapsu pánevních orgánů
■ stavy vedoucí k chronickému kašli
■ medikamentózní léčba
■ parita
■ způsob vedení porodu a jeho komplikace
■ velikost plodu
■ hormonální stav
■ celkový stav organismu (mobilita, kognitivní funkce)
■ životní styl, fyzická aktivita
■ kouření
■ pitný režim

Pitná a mikční karta, dotazníky

Pitná a mikční karta je velmi dobrou pomůckou v diagnostice a určení léčebného plánu u močové inkontinence. Měla by vždy být jeho nedílnou součástí. Dokáže objektivizovat udávanou frekvenci močení vzhledem k bilanci tekutin, posoudit funkční kapacitu močového měchýře, zmapovat výskyt inkontinence a hlavně vyloučit noční polyurii jako příčinu obtíží. Problémem často bývá schopnost pacienta validně kartu vyplnit a na druhé straně vůle lékaře pomůcku použít. I když se jedná o někdy poměrně časově náročné vysvětlení způsobu sběru dat a následné vyhodnocení, jsou údaje pro další diagnostiku a léčbu velmi cenné.

Dotazníků pro posuzování močové inkontinence existuje celá řada. Nelze od nich očekávat, že jednoznačně určí diagnózu. Z hlediska praxe je nejdůležitější ohodnocení dopadu inkontinence na kvalitu života samotnými pacienty (sebehodnotící dotazníky). Dále je lze dobře použít k hodnocení léčby. Dotazníky zabývající se kvalitou života jsou všeobecné (např. Nottinghamský dotazník zdraví, SF36) a specifické pro danou nemoc (např. Incontinence Quality of Life Questionnaire, King’s Health Questionnaire) (10). Dříve hojně používaný Gaudenzův dotazník se dnes považuje za obsolentní (11).

Pro výzkumné účely a možnost srovnávání jednotlivých výsledků se používají validované dotazníky – např. the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) nebo the Incontinence Severity Index (ISI).

Pro každodenní ambulantní praxi je důležité, aby dotazník byl jednoduchý a pro pacienta dobře srozumitelný. Toto dobře splňuje např. Sebehodnotící dotazník či OAB V8.

Laboratorní vyšetření

K základním vyšetřením patří vyšetření močového sedimentu a vyšetření moči bakteriologicky. Biochemické vyšetření vyloučí eventuelní renální nedostatečnost, u mužů stanovujeme PSA.

Zobrazovací vyšetření

Rutinně používanou zobrazovací metodou je ultrasonografie, která je dnes běžně dostupná v každé urologické ambulanci. Rtg metody využíváme většinou v případech přítomnosti hematurie, výrazného prolapsu, jedná-li se o neurogenní postižení, nebo když je inkontinence spojena s výrazným postmikčním reziduem.

Endoskopické vyšetření

Neprovádí se rutinně, pouze k vyloučení patologických procesů sliznice močového měchýře např. při hematurii, snížené kapacitě močového měchýře či podezření na píštěl. V případě potřeby se provádějí zobrazovací a endoskopická vyšetření dolní části zažívacího traktu.

Urodynamické vyšetření

Rutinně provádíme uroflowmetrii u mužů. Cystometrie hodnotí vztah mezi intravezikálním tlakem a objemem měchýře v jeho plnící (plnící cystometrie) nebo mikční fázi (mikční cystometrie, tlakově průtoková – PQ – studie). Při vyšetření inkontinence má cystometrie význam pro určení maximální kapacity měchýře, pocitu prvního nucení a maximálního tlaku. Měření intraluminálního tlaku v uretře v klidu a při stresových manévrech – profilometrie – je nahrazována technikou „leak point pressure“, tedy odečítáním tlaku, při kterém moč uniká z uretry. Může být vztažen na tlak detruzoru, intrabdominální tlak či tlak při Valsalvově manévru. Doporučuje se provádět při poloviční náplni z maximální kapacity. Nejpřesnější metodou je videourodynamické vyšetření, které umožní posoudit i morfologické změny na močových cestách během plnící a mikční fáze. Invazivní urodynamické vyšetření (cystometrie, určení VLPP, profilometrie, mikční cystometrie či videourodynamické vyšetření) je indikováno před invazivní léčbou močové inkontinence a prolapsu pánevních orgánů, pro získání více informací o charakteru poruchy při neúspěchu zavedené léčby a u komplikovaných případů inkontinence (12).

Léčba

Léčbu inkontinence můžeme obecně rozdělit na režimovou, farmakoterapii a operační.

Při selhání či v kombinaci s různými typy léčby se využívají inkontinenční pomůcky.

Typ léčby je hlavně závislý na typu inkontinence.

Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinencí označujeme nedobrovolný únik moči spojený s náhlým nucením. Dnes se zahrnuje do syndromu vlhkého hyperaktivního měchýře.

Léčba v první řadě zahrnuje úpravu režimu – přiměřená restrikce tekutin, omezení kávy, čaje a nápojů obsahujících kofein, pravidelná evakuace močového měchýře. Důležitou součástí tvoří behaviorální techniky – trénink močového měchýře, Kegelovo cvičení, biofeedback. Základní léčbou jsou farmaka s anticholinergním nebo i současným spazmolytickým efektem. Jejich účinnost je limitována častými vedlejšími účinky (xerostomie, obstipace, poruchy vidění apod.). Kromě nich se v léčbě urgentní inkontinence používají i tricyklická antidepresiva, alfa1 blokery, analoga vazopresinu, vaniloidy a botulinum toxin. Zcela výjimečně, tedy po vyčerpání konzervativních metod, se u urgentní inkontinence uplatňuje operační léčba. V úvalu připadá supravезikální derivace moči, augmentační techniky, náhrada močového měchýře orto- či heterotopická. Další možnou léčbou je neuromodulace.

Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je stav mimovolního úniku moči při zvýšení nitrobršního tlaku bez současné kontrakce detruzoru, přičemž tento stav lze objektivně prokázat. Příčinou může být zvýšená mobilita močové trubice, posunutí horní části močové trubice mimo oblast působení nitrobršního tlaku (často bývá provázeno i prolapsem pánevních orgánů) a inkompetence svěrače močové trubice. Režimová opatření jsou velmi důležitá. U nízkého stupně stresové inkontinence mohou obtíže zcela odstranit. Největším problémem zůstává přesvědčit pacienta ke spolupráci a motivovat jej k dlouhodobému dodržování režimu. Jedná se o redukci hmotnosti, vyloučení příčin chronického kašle (hlavně kouření) a cílené a hlavně pravidelné cvičení svalstva pánevního dna. K reedukaci pánevního dna je používána i elektrostimulace – např. Stollerova metoda. Dosud neexistuje žádná světově doporučená farmakoterapie pro stresovou inkontinenci. V omezené míře se používají léky zvyšující uretrální uzavírací tlak. Jsou využívána alfa sympatomimetika, tricyklická antidepresiva (melipramin) a duální specifický inhibitor zpět-

ného vychytávání serotoninu a noradrenalinu duloxetin (není hrazen ze zdravotního pojištění) a estrogeny. Vaginální pesary u žen redukuje symptomy stresové inkontinence tím, že upravují porušené anatomické poměry a zvyšují výtokový odpor uretry. V dnešní době se začínají opět více využívat. Vede k tomu hlavně změna používaných materiálů. Mohou být alternativou operačního řešení u žen, které nejsou operace schopny či operaci odmítají, nebo jsou využívány intermitentně např. při sportu.

Operační metody

Do 90. let minulého století byly k léčbě stresové inkontinence nejvíce využívány závažné operace – Burchova kolposuspenze a jehlové suspenze dle Pereyry, Stammeyho a Raze. Technika smyčky, slingu, se používala u insuficiencí vnitřního svěrače, protože kromě závesu uretry zvyšovala její odpor. V 90. letech 20. století byla nahrazena méně inazivní metodou tahuprosté pásky TVT (tension free vaginal tape). K minimalizaci rizik plynoucích z uložení pásky byla vyvinuta transobturátorová páska TOT (13). Dnes se stále více uplatňují minipásky (např. TVT-Secure). Jejich výhoda tkví ve snadné aplikaci, výkon je možné provádět ambulantně v lokální anestezii. V menší míře se u žen uplatňují periuretrální aplikace (bulking) s užitím autologního či heterologního materiálu. V přesně indikovaných případech a jako poslední možnost léčby lze zmínit použití arteficiálního svěrače (AMS – American Medical System, Mentor).

S léčbou stresové inkontinence je úzce spjata i současná chirurgická korekce prolapsů či jiných abnormalit.

Zvláštní kapitolu tvoří léčba stresové inkontinence u mužů. Její prevalence stoupá s množstvím radikálních operací v malé pánvi, především pro malignity, a dále s množstvím radikálních prostatektomií (RAPE). Při RAPE dochází ke ztrátě fixace uretry k pánevnímu dnu při přerušení pubouretrálního a rektouretrálního

ligamenta, a tak dojde ke zkrácení funkční délky uretry. Dále může dojít k částečné či kompletní denervaci rabdosfinkteru. Léčba je založena především na reedukaci pánevního dna (cvičení, elektrostimulace), medikamentózní terapii anticholinergiky hlavně u smíšené inkontinence, dále alfa1 blokery a duloxetine. V případech, kde není indikována operační léčba, lze využít penilní svorky, kondomový urinál či permanentní katétr. Chirurgická léčba zahrnuje slinky, periuretrální injekce a v přesně indikovaných případech a jako poslední možnost léčby umělý svěrač. K experimentálním metodám pro léčbu stresové inkontinence patří intrasfinkterická implantace buněk. Jsou využívány autologní myoblasty a fibroblasty či kmenové buňky.

V případě selhání léčby či v kombinaci s jinými prostředky se užívají inkontinenční pomůcky pro I.–III. stupeň inkontinence, tj. vložky, vložné pleny či plenkové kalhotky. Široký sortiment inkontinenčních pomůcek, který je navíc velmi propagovaný v různých sdělovacích prostředcích, poskytuje dnes pacientům velký komfort. Nesmí být ale důvodem k tomu, aby se proto neobraceli na odbornou pomoc, která je těchto pomůcek může definitivně zbavit.

Závěr

Močovou inkontinencí se může projevit celá řada patologických procesů v malé pánvi (záněty, malignity, stavy po chirurgických výkonech či onkologické léčbě), mohou se na nich podílet neurologická, kardiovaskulární, endokrinní či systémová onemocnění, ale i poruchy psychické. Bez ohledu na to, jak ovlivňují morbiditu či mortalitu, mají pro pacienty dopad na kvalitu života. Část nemocných s těmito problémy vůbec nevyhledá lékařskou pomoc. Příčinou může být stud, považování symptomů za přirozený důsledek stárnutí, nedůvěra v léčbu, obavy z nepříjemných vyšetření, či dokonce chirurgické léčby. Roli může hrát také neschopnost se svěřit se svými problémy lékaři. Proto je zde tak důle-

žitá role lékařů primární péče. Mohou posoudit míru obtíží a rozhodnout, zda budou pacienta léčit sami, či zda je nutné další vyšetření a léčba u specialisty.

Literatura

1. Nitti VW. The Prevalence of urinary incontinence. Rev Urol. 2001; 3(Suppl 1): S2–S6.
2. Hanuš T. Epidemiologie inkontinence moči. Urologické listy, 2004; 1: 14–18.
3. Burgio K. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol. 1991; 146(5): 1255–1259.
4. Perry S. Prevalence and severity of urinary Incontinence by sex and age group. J. Public Health Med. 2000; 22(3): 427–434.
5. Stoddart H. Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? Br J Gen Pract. 2001; 51(468): 548–552.
6. Klovning A. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. Centre for Medical Web Research, Frederik Stangsgt 11/13, N-02104 Oslo, N.
7. Gary D. Urinary incontinence widely prevalent in both sexes. Medscape Conference Coverage, based on selected sessions at the: American Urological Association 2005 Annual Meeting.
8. Nygaard IE, Thompson FL, Svengalis SL, Albright JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. Obstet Gynecol 1994; 84: 183–187.
9. Krhut J. Hyperaktivní močový měchýř. Praha: Maxdorf, 2007.
10. Huvar I. Kvalita života při močové inkontinenci. Praktická gynekologie 1/3: 18–22.
11. Krhut J, Havránek O. Léčba hyperaktivního měchýře u žen. Urol. Listy, 2009; 7(4): 55–58.
12. Abrams P. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolaps and faecal incontinence. 4th International consultation on incontinence recommendations of the International Scientific Committee. 1767–1820.
13. Zmrhal J. Několik poznámek k diagnostice a léčbě stresové inkontinence moči. Urolog. pro Praxi, 2007; 2: 61–65.

Článek přijat redakcí: 30. 11. 2010

Článek přijat k publikaci: 4. 3. 2011

MUDr. Libuše Vilhelmová

Chirurgické obory, Praha
Seydlerova 8, 100 00 Praha 13
libuse.vilhelmova@fnb.cz

