

AKUTNÍ RETENCE MOČOVÁ - POKRAČOVÁNÍ

MUDr. Dušan Fügner

Nemocnice Šumperk, spol. s r.o.

Příčiny poruch mikce, které mohou vyvrcholit akutní retencí močovou (ARM), hledáme v nedostatečném intravezikálním tlaku a zvýšeném uretrálním odporu. Při různých klinických stavech jdou tyto poruchy většinou ruku v ruce. V tomto pokračování se autor věnuje projevům běžným a přitom často opomíjeným.

Klíčová slova: retence, infarkt, sympatiktomie, celková anestézie.

ACUTE RETENTION OF URINE - CONTINUATION

Causes of micturition disorders, which could lead to acute retention of urine, stem from an insufficient intravesicular pressure and an increased urethral resistance. Under various clinical conditions these disturbances frequently go hand in hand. In this part the author emphasises some very common signs which are quite often missed.

Key words: retention, infarction, sympathectomy, total anesthesia.

Vycházíme ze základního předpokladu: „Inervaci orgánů v pánvi od sebe ještě nikdy nikdo neoddělil“.

Anovezikální inhibice detruzoru

Při urologických konziliích se často zamýšlíme nad nemocnými, u nichž je ARM v souvislosti s bolestivými anorektálními stimuly většinou u obou pohlaví. Snad všichni jsme se již setkali s ARM při bolestivé fissuře řiti, při infarzaci či po operaci hemoroidů. K ARM může dojít i po divulzi svěrače anu z jakéhokoliv důvodu, anální koitus nevyjímaje. ARM nezřídka vyvolá i kopiízní stolicí distendovaná ampula rektální. Pompeius (1966) a jiní prokázali jednoduchý spinální reflex anovezikální inhibice detruzoru (i kolpo?).

Autor sám se setkal s mladou ženou, u níž docházelo k opakovaným ARM při „sexuální dyssatisfakci z krátkodobého přerušovaného pohlavního styku“. Po poučení o mimokoitálních aktivitách a následně „personální výměně“ se tyto epizody již nevyskytly.

Operační výkony v okolí

Často pozorujeme ARM po operacích kyčelních kloubů. Tuto zkušenost mají ortopedi a permanentní drenáž měchýře cévkou perioperačně bývá pravidlem. Faktory nejsou jasné: Hypoteticky změna statiky pánve? Opiátová analgetika? Zvýšený alfaadrenergický tonus perioperačně?

Neudávané potíže subvezikální předoperačně?

Abdominoperineální amputace rektu

Byla publikována Milesem už v roce 1908. Od té doby byly popisovány dysfunkce měchýře po operacích tohoto typu. Frekvence ARM se zvýšila se zavedením staplerových technik.

Existuje zde řada nespecifických příčin: imobilizace, poloha vleže, bolest působící neschopnost relaxovat dno pánevní, sympatiktomie, reziduální efekt anestetik a analgetik. Do 90. let (už) minulého století byla za hlavní příčinu ARM po této operaci považována latentní subvezikální obstrukce zhoršená pooperačně změnami anatomickými poměry (ztráta podpory měchýře s následnou změnou vezikouretrálního úhlu).

Urodynamická vyšetření tyto předpoklady nepotvrdila (3, 4).

Zajímavým postřehem byla souvislost ARM a erektilní dysfunkce (5). Tato kombinace obrátila pozornost na poškození pánevních nervů během operace (dočasné nebo trvalé).

Místem poranění je anterolaterální strana rekta. Je zde možnost jak přetětí nervových svazků, tak i tahového poranění (neuropaxie) při mobilizaci rekta a především při použití staplerů.

K úplné denervaci dochází u 7–15 % operovaných. Přejde-li ARM v chronickou a trvá-li déle než 4 měsíce, je možno stav považovat za permanentní. Je otázka, co obětovat v rámci radikality onkochirurgického výkonu. Stejnou situaci předoperačně totiž může vyvolat i prorůstání tumoru do anterolaterálně umístěného svazku.

Co z toho pro urologa vyplývá:

Je nutno opustit zažité schéma, že vždy jde o projev subvezikální, před operací skryté obstrukce. Hrozí trvalá inkontinence jako následek „operačního řešení obstrukce“.

Vyšetřovat urodynamicky má význam až 3–4 měsíce po původní chirurgické operaci.

Nemocný má právo být poučen předoperačně, jaké mikční potíže mohou nastat. Stejně musí být informován o možnosti impotence nebo sexuální dysfunkce u ženy.

Náhla cévní příhoda mozku

Dalším „oříškem“ při konziliární činnosti urologa jsou nemocní po akutní cévní příhodě mozkové (ACPM). ACPM je definována jako akutní začátek neurologického deficitu.

Z 80 % má okluzivní příčinu. Třetina nemocných ataku nepřežije. Urologickým projevem ACPM jsou poruchy mikce od inkontinence po ARM (6).

Inkontinence bezprostředně po mrtvici je častější a je indikátorem špatné prognózy. ARM je druhým časným projevem a setkáme se s ní asi u 40 % postižených. Neurologické vysvětlení této ARM z areflexie detruzoru není dosud známé. Často se hovoří o tzv. cerebrálním šoku (Hald 1982).

Po stabilizaci se u 60 % postižených vyvine hyperreflexie detruzoru v kombinaci s neinhibovanou relaxací zevního žíhaného svěrače během nebo těsně před detruzorovými kontrakcemi.

Jestliže nemocného s anamnézou subvezikální obstrukce ještě před ACPM budeme znovu vyšetřovat a indikovat k operačnímu řešení, je doporučeno vyčkat alespoň 9 měsíců od ACPM.

ARM u žen

Incidence ARM u žen je udávána 7/100 000/l rok, což je asi 1/13 incidence ARM u mužů. S ARM se setkáváme nejčastěji u akutní infekce močové. Existují publikace o ženách s prokázanou subvezikální obstrukcí. I u žen je častá souvislost s celkovou anestézií hlavně při abdominálních a gynekologických operačních výkonech (7). Nezřídka se za ARM u ženy skrývá hysterie (přímá supraspinální inhibice detruzorového reflexu) (8).

Goodwin 1998 (9) publikoval skupinu mladých žen (15–30 let) s polycystickými vaječníky, nepravidelnými

menzes a příznaky virilizace. Měly poruchu depolarizace na úrovni vláken žíhaného svěrače a byly charakteristické infrekventním močením 2–3× za 24 hodin a atakami ARM.

Autor sám se setkal s takovou nemocnou, u níž navíc prokázal funkční klitoridální přídatnou uretru (bude předmětem jiného sdělení).

Závěr

Je samozřejmé, že v tomto souhrnu nebyly vyčerpány všechny příčiny ARM u obou pohlaví. Stejně tak si autor nekladl nároky na podrobnější urodynamické rozbor. Šlo spíše o osvěžení někdy opomíjených znalostí, které je možné vzít v úvahu v problematice tak košaté, jakou je denní praxe běžného urologa.

Literatura

1. Caine, M., Pfau, A., Pelberg, S. (1976): The use of alpha – adrenergic blockers in benign prostatic obstruction. *Br. J Urol* 48: 255–261.
2. Lasanen, L. T., Tammela, T. L. J., Leisi, P. et al. (1992): The effect of acute distension on vasoactive intestinal polypeptide (VIP) and neuropeptide Y (NPY) and substance P (SP) immunoreactive nerves in female rat urinary bladder. *Urol. Res* 20: 259–263.
3. Anderson, J. B., Grant, J. B. F. (1991): Postoperative retention of urine: a prospective urodynamic study, *BMJ* 302, 894–896.
4. Mundy, A. R. (1982): An anatomical explanation for bladder dysfunction following rectal and uterine surgery. *Br. J. Urol* 54: 501–504.
5. Leveckis, J. N., Boucher, B. T., Parys, M. W. R. et al. (1995): Bladder and erectile dysfunction before and after rectal surgery for cancer, *Br. J. Urol* 76: 752–756.
6. Marinkovic, S. P., Baldavi, G. (2001): Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accident, *J. Urol* 165: 359–370.
7. Klarikov, P., Andersen, J. T., C. F. et al. (1987): Acute urinary retention in women: a prospective study of 18 consecutive women. *Scan J. Urol Nephrol* 21, 29–31.
8. Barret, D. M. (1978): Evaluation of psychogenic urinary retention, *J. Urol* 120: 191–194.
9. Goodwin, R. J., Swin, M. J., Fowler, C. J. (1998): The neurophysiology of urinary retention in young women and its treatment by neuromodulation, *World J. Urol* 16: 305–307.

DATA PROJEKTOR