

Striktura uretry jako příčina sekundární hyperaktivity močového měchýře

MUDr. Martin Petzel, Ph.D., MUDr. Marcel Gärtner

Porodnicko-gynekologická klinika, FN Ostrava

Kazuistika je příkladem léčby sekundárně vzniklé hyperaktivity močového měchýře (OAB) na podkladě subvezikální obstrukce způsobené strikturou uretry. Výrazného léčebného efektu bylo dosaženo chirurgickým řešením subvezikální obstrukce v kombinaci s následným podáváním uroselektivních spazmolytik.

Klíčová slova: hyperaktivní močový měchýř, subvezikální obstrukce, striktura uretry.

Urethral stricture as a cause of secondary bladder overactivity

This case report demonstrates the treatment of secondary induced overactive bladder (OAB) by the subvesical obstruction caused by urethral stricture. Major treatment effect was achieved by surgical treatment of subvesical obstruction in combination with subsequent administration of uroselective spasmolytics.

Key words: overactive bladder, subvesical obstruction, urethral stricture.

Pacientka, 60 let, byla odeslána na urogynekologickou ambulanci našeho pracoviště ošetřující ambulantní gynekoložkou pro symptomy hyperaktivity močového měchýře (urgenci a močovou inkontinenci), kterými trpěla asi 4 roky. Doposud byla léčena praktickým lékařem, kdy v rámci terapie užívala bez léčebného efektu 6 měsíců spazmolytikum – trospium chlorid v dávce 15 mg 2× denně a následně po dobu 3 měsíců solifenacin v dávce 5 mg 1× denně. Osobní anamnéza pacientky byla bez zátěže, rovněž alergická anamnéza byla němá. Rodinná anamnéza byla bez souvislosti s onemocněním. Pacientka si subjektivně stěžovala na zvýšenou frekvenci mikce, dle mikční karty byla frekvence mikce během dne v hodinových intervalech, mikční objemy se pohybovaly od 50 po 250 ml (průměrně 100 ml). Subjektivně byla každá mikce doprovázená silnou urgencí s únikem moči. Pacientka měla nykturie 2× za noc. V rámci komplexního klinického vyšetření byla rovněž provedena kalibrace uretry, která zjistila strikturu v oblasti zevního uretrálního ústí – kdy kalibrační sonda výrazně vázla při průměru sondy Charr 18. Následné urodynamické vyšetření prokázalo při plnění cystometrii sníženou maximální kapacitu močového měchýře (Vmax 248 ml) a nízkou hodnotu prvního nucení na mikci (FDV 102 ml). Uroflowmetrie prokázala oploštělý a prodloužený tvar křivky, kdy byla průtoková rychlost hraničně snížena (Q ave 10,4 ml/s, Q max 17,3 ml/s). Na základě provedených vyšetření byla stanovena diagnóza hyperaktivního močového měchýře (OAB wet). Vzhledem k významnému nálezu subvezikální obstrukce v důsledku striktury

uretry, která s vysokou pravděpodobností mohla způsobovat sekundární hyperaktivitu detruzoru, bylo doporučeno její operační řešení. Pacientka byla odeslána na spádové urologické oddělení v místě bydliště, kde byla striktura uretry vyřešena operačně bez komplikací. Při kontrolním vyšetření s odstupem měsíce po výkonu pacientka sdělovala mírné zlepšení stavu co se týče frekvencí mikce, intenzita urgencí však zůstala beze změny. Vzhledem k přetrvávajícím obtížím proto byla předepsána anticholinergika – trospium chlorid v dávce 15 mg tbl. p. o. 2× denně a byla doporučena úprava pitného režimu a trénink močového měchýře. Po 3 měsících od nasazení terapie byl stav téměř beze změny, subjektivně pacientka pozorovala jen zcela mírné snížení frekvence mikce během dne. Pacientka nadále měla při pocitu plného močového měchýře silnou urgenci někdy i s inkontinencí, výskyt a intenzita urgencí zůstaly beze změny. Vzhledem k nedostatečnému léčebnému efektu stávající terapie byla změněna medikace, byl nasazen fesoterodin v dávce 4 mg 1× denně ráno. Po 2 měsících užívání fesoterodinu se stav pacientky subjektivně zlepšil, frekvence mikce poklesla na 2–3 hodiny. Dle mikční karty se mikční porce pohybovaly od 150 do 200 ml, došlo ke snížení výskytu urgencí, které nebyly spojeny s inkontinencí, vymizela rovněž nykturie. Vzhledem k ještě ne zcela uspokojivému léčebnému efektu byla navýšena terapeutická dávka fesoterodinu na 8 mg 1× denně. Navýšení terapeutické dávky již vedlo k uspokojivému efektu, kdy po dalších 6 měsících terapie byla zaznamenána stabilizace stavu, snížení frekvence mikce během dne

co 2–3 hodiny, vymizení urgencí, inkontinence a nykturie a terapie byla proto vysazena.

Diskuze

Hyperaktivní měchýř je definován jako syndrom charakterizovaný kombinací těchto příznaků: urgence s/bez urgentní inkontinence, frekventní mikce a mnohdy i nykturie. V případě, že je příčina neznámá, hovoříme o tzv. primárním hyperaktivním měchýři, na rozdíl od sekundárního hyperaktivního měchýře, kdy obtíže vznikají na podkladě zánětu, nádoru močového měchýře, cystolitíazy, cizího tělesa v měchýři, neurogení poruchy, malé kapacity močového měchýře, stavu po radioterapii nebo na podkladě subvezikální obstrukce (1). I když je výskyt subvezikální obstrukce u žen nízký, je třeba na ni jako příčinu sekundární OAB myslet. V případě referovaném v této kazuistice byla příčinou sekundární OAB subvezikální obstrukce na podkladě striktury uretry. Operační řešení striktury bylo v tomto případě jednoduchou a efektivní metodou léčby subvezikální obstrukce a v kombinaci s následnou farmakoterapií vedla k uspokojivému výsledku. Ženská subvezikální obstrukce bývá velmi často podceňována a její klinický význam relativizován. OAB je onemocněním s mnoha různými příznaky, snažíme se o dodržování určitého vyšetřovacího algoritmu tak, abychom vyloučili některá závažná primární onemocnění, která by se uvedenými příznaky mohla projevit. I v tomto případě platí, že neodmyslitelnou součástí je anamnéza, zhodnocení mikční karty. Lze také hodnotit pacientem vyplněné dotazníky přízna-

Urol. praxi, 2012; 13(3): 125–126

ků OAB nebo kvality života. Při pátrání po příčině OAB v anamnéze se snažíme dotazy zjistit údaje o frekvenci mikce, častosti urgencí, frekvenci epizod urgentní inkontinence. Pátráme cílenými dotazy po známkách eventuální přítomnosti subvezikální obstrukce (slabý přerušovaný proud moči, nutnost tlačit při započetí mikce, pocit rezidua po vymočení), která může být příčinou hyperaktivního měchýře. Toto všechno je shrnováno pod pojem „neinvazivní urodynamika“: společně s objektivním vyšetřením a vyšetřením moče (při vyloučení infekce, eventuálně hematurie) a uroflowmetrií se stanovením postmiktického rezidua (kde je třeba vyloučit subvezikální obstrukci, či hypoaktivitu detruzoru). Jedná se o rychlý a pro pacienta nezatěžující způsob vyšetření, který většinou postačuje k rozhodnutí o další léčbě. Tam, kde léčba první volby nevede ke zlepšení, je na místě další vyšetření pacienta (video/urodynamické vyšetření, cystoskopie) (2). Uroflowmetrie je základní vyšetřovací metodou v diagnostice dysfunkcí dolních cest

močových včetně OAB. Je neinvazivní, snadno opakovatelná, jejím účelem je především vyloučení subvezikální obstrukce jako příčiny OAB. Při vyhodnocení výsledků vyšetření subvezikální obstrukce několika diagnostickými metodami a jejich porovnání s výsledky léčby symptomatických pacientek se subvezikální obstrukcí zjištěnou kalibrací uretry však bylo zjištěno, že žádná z urodynamických ani zobrazovacích metod není schopna samostatně obstrukci spolehlivě odhalit (3). Kalibrace uretry by měla proto být rutinní součástí vyšetření u žen se symptomy dolních močových cest. Fakt, že pracovní diagnózu syndromu hyperaktivního měchýře může stanovit a zároveň zahájit i léčbu lékař prvního kontaktu (typicky praktický lékař), je mimo diskuzi, avšak neúspěšnost obvykle účinných terapeutických postupů v období několika málo týdnů až měsíců je třeba považovat za jednoznačný impuls ke zvýšení diagnostického úsilí, eventuálně k referování pacienta do ambulance specialisty, kterým v případě mužského paci-

enta bude jistě urolog a v případě pacientky se může jednat kromě urologa, i o pracoviště urogynekologické.

Literatura

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 2003; 61: 37–49.
2. Saleem A. In women with urinary incontinence how necessary is cystometry? *J Pak Med Assoc*, 2010; 60: 356–359.
3. Krhut J, Kopecký J, Mainer K. Význam diagnostiky a léčby ženské subvezikální obstrukce v klinické praxi. *Čes Gynek* 2006; 71(1): 24–28.

Článek přijat redakcí: 10. 4. 2012

Článek přijat k publikaci: 29. 4. 2012

MUDr. Martin Petzel, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika,
FN Ostrava

17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba
m.petzal@seznam.cz

