

VÝSLEDKY UROLOGICKÉ PÉČE NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE KRAJSKÉ NEMOCNICE LIBEREC

MUDr. Vladimír Šámal, MUDr. Jan Mečl

Urologické oddělení Krajské nemocnice Liberec

Autoři hodnotí výsledky urologické péče o nemocné po spinálním traumatu s neurogení dysfunkcí dolních močových cest od vzniku spinální jednotky (SJ).

V období od ledna 2003 do prosince 2004 bylo zhodnoceno 133 pacientů. U 90 % se jednalo o neurogení dysfunkci po akutním úraze, 10 % bylo po starším traumatu nebo s netraumatickou poruchou. Pro léčbu a diagnostiku byly vypracovány standardy časné pooperační péče, urodynamického vyšetření, léčby a následné dispenzarizace. V souboru bylo provedeno rozdělení dle výšky míšní léze a podle etiologie. Při příjmu na SJ bylo 85 % pacientů s derivací moči či inkontinentních, při propuštění postižených zůstalo s trvalou derivací moči jen 7,5 %.

Naše zkušenosti ukazují, že vznik specializovaných center pro poranění páteře a míchy byl správným krokem k zlepšení komplexní péče o nemocné, včetně problematiky urologické. Před vznikem spinálních jednotek byla urologická péče často nedostatečná nebo žádná. Celoživotní dispenzarizace těchto pacientů je stejně důležitá jako akutní a časná fáze urologické péče.

Urolog. pro Praxi, 2006; 1: 30–31

Úvod

Incidence traumatických lézí míšních v posledních letech narůstá. V České republice dochází každoročně k téměř 300 novým případům poranění míchy. Protože tyto úrazy postihují většinou mladé lidi v produktivním věku, jde o komplexní medicínsko – sociální problém, vyžadující multidisciplinární přístup. Urolog má ve spinálním týmu při řešení neurogení dysfunkce dolních močových cest důležitou roli. Jeho úspěšnost je jedním ze zásadních předpokladů pro resocializaci nemocného a jeho reintegraci do společnosti.

Metodika

Urologická péče na spinální jednotce v Krajské nemocnici Liberec (dále jen KNL) je standardizována.

Většina pacientů má při přijetí zajištěnou derivaci moči permanentním katétre. U žen je ponechán po celou dobu trvání míšního šoku. U mužů je po stabilizaci celkového zdravotního stavu po úraze (většinou 2.–3. den) založena punkční epicystostomie. Ve fázi míšního šoku vyměňujeme permanentní katétr nebo epicystostomii po šesti týdnech a léčíme pouze symptomatické uroinfekce, vždy cíleně dle kultivace moči. Urodynamické vyšetření je prováděno po odeznění míšního šoku po předchozím neurologickém vyšetření. Vyšetřujeme synchronní urodynamický záznam včetně monitorace LPP. Pravidlem je UZ screeningové vyšetření stavu horních močových cest. Endoskopie dolních močových cest patří k fakultativním vyšetřením.

Výsledky

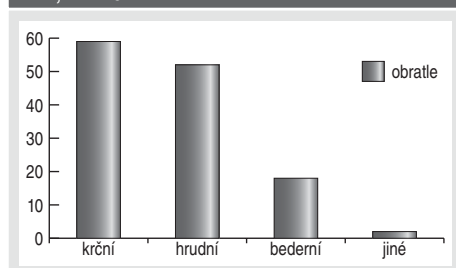
V období od ledna 2003 do prosince 2004 bylo na spinální jednotku KNL přijato 133 nemocných. Průměrná doba hospitalizace byla 62 dní. U 90 % pacientů se jednalo o traumatickou transversální

lézí míšní (TLM) bezprostředně po úraze, u zbylé části souboru šlo o nemocné se spinálním poraněním v anamnéze s komplikacemi (dekubity, svalové kontraktury, kalcifikace nosných kloubů, urologické problémy atd). U části pacientů se jednalo o stavy po operacích míchy po úraze, operacích pro degenerativní onemocnění páteře a nádorová onemocnění páteře nebo míchy. V 64 % šlo o akutní příjmy po čerstvých úrazech, 17 % pacientů bylo polytraumatizovaných.

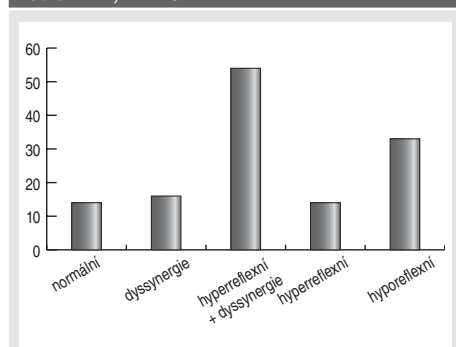
V souboru převažují TLM v oblasti krční míchy (ve 44 %) s následnou kvadruplegií. Dále byla úroveň přerušeno míšního segmentu u 39 % v oblasti hrudní míchy, v 13 % v oblasti míchy bederní a ve 3 % byl poraněn míšního kón nebo epikón (graf 1). Dle urodynamického nálezu je pacientovi navržen způsob vyprazdňování moči. Podrobné výsledky jsou uvedeny v grafech 2 a 3. Zatímco při přijetí na spinální jednotku má 85 % pacientů permanentní katétr nebo epicystostomii, propuštěno s trvalou derivací je jen 7,5 % pacientů a nikdo není významně inkontinentní. Po odstranění derivace močilo spontánně pouze 30 pacientů (22 %), zbytek byl odkázán na ČIAK, ČIK personálem či trvalou derivací moči. Frekvenci ČIAK znázorňuje graf 5. U jednoho pacienta jsme k zvládnutí hyperaktivního detruzoru při špatné toleranci parasympatolytik použili intravezikální aplikaci botulotoxinu. U 98,5 % pacientů jsme zaznamenali nozokomiální uroinfekci. V souboru jsme nepozorovali žádnou závažnou urologickou komplikaci. U jednoho nemocného s poraněním krční míchy byl při urodynamickém vyšetření zaznamenán syndrom autonomní dysreflexie s lehkým průběhem. Stav horních močových cest byl u všech pacientů po čerstvém poranění míchy v pořádku. Ve skupině pacientů po poranění míchy

staršího data (n=42), kteří neměli urologickou dispenzarizaci, byla 3x zaznamenána chronická renální

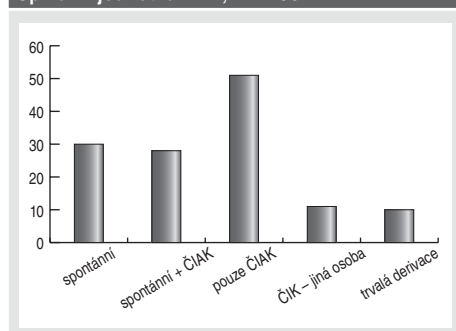
Obrázek 1. Úroveň míšní léze. Spinální jednotka KNL, n = 131



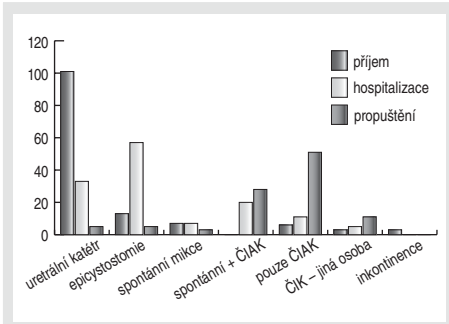
Obrázek 2. Urodynamické nálezy. Spinální jednotka KNL, n = 131



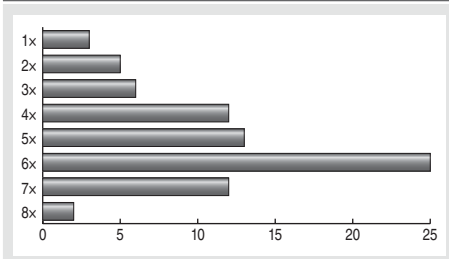
Obrázek 3. Stav po odstranění trvalé derivace. Spinální jednotka KNL, n = 133



Obrázek 4. Funkce dolních močových cest v průběhu hospitalizace



Obrázek 5. Frekvence ČIAK za 24 hodin



insuficience se sekundárními megauretery. Jednomu byl zaveden permanentní močový katétr, dva edukováni k ČIAK. U všech došlo ke zlepšení nebo stabilizaci renálních funkcí.

Diskuze

Postupy v rámci akutní a časné fáze u pacientů s TLM byly opakovaně popsány a cíle jsou zřejmé (2, 5), problémem zůstává dlouhodobá dispenzární péče o tyto nemocné.

Od zahájení činnosti SJ v Liberci měníme ve fázi míšního šoku permanentní katetry i epicystostomie po šesti týdnech, i když literatura popisuje významně kratší intervaly (3). Zpočátku jsme permanentní močový katétr nebo epicystostomii intermitentně uzavírali při zachování uzavřeného systému k udr-

žení kapacity měchýře. V poslední době s souladu s novými poznatky od tohoto ustupujeme (2).

Urodynamické vyšetření je prováděno po odeznění míšního šoku po předchozím neurologickém vyšetření (5). Dobrá spolupráce s neurologem a správné načasování urodynamického vyšetření je základním předpokladem získání validního výsledku.

Závažným problémem jsou nozokomiální močové infekce, které se v našem souboru vyskytly ve vysokém procentu. Jedinou možností jak pacienty před těmito infekcemi chránit, je přejít v co nejrannějším období po úraze na ČIAK (3). V období míšního šoku léčíme pouze symptomatické infekce nebo infekce bakteriálními kmeny rozkládajícími močovinu vždy cíleně podle kultivace moči. Po odstranění derivace se intenzivně snažíme o důslednou eradikaci uroinfekce. U polyrezistentních bakteriálních kmenů se nám osvědčila konzultace výběru vhodného antibiotika s ATB střediskem.

Po zahájení provozu SJ byl střední zdravotnický personál proškolen v katetrizaci močového měchýře mužů. Po krátkém zacvičení většina sester tento výkon dobře zvládá. Trendem poslední doby je přechod na techniku ČIAK ještě ve fázi míšního šoku před provedením urodynamického vyšetření (6). Relativním problémem zůstávají pacienti s těžkou detruzo-ro-sfinkterickou dyssynergií. Zde se nám osvědčilo ke snadnější katetrizaci používat hydrofilní cévky.

Časný přechod na ČIAK je pro pacienta v mnohých ohledech výhodnější, snižuje riziko nozokomiálních močových infekcí, umožňuje lepší rehabilitaci, ale je finančně náročnější.

Problémovou skupinou jsou pacienti TML v oblasti horních krčních míšních segmentů s poúrazovou kvadruplegií končetin, kde ochrnutí horních končetin neumožňuje pacientovi sebeobsluhu. Pokud zde pak není ideální sociální zázemí, končí nemocný často s trvalou derivací moče. Určitý problém představují také pacienti s nižším intelektem, kteří dobře nespoupracují. Zde se jeví výhodnější a přínosnější trvalá derivace moči.

Závěr

Naše zkušenosti ukazují, že vznik specializovaných center pro poranění páteře a míchy byl správným krokem ke zlepšení komplexní péče o nemocné, včetně problematiky urologické. U pacientů s neurogenními poruchami dolních močových cest byla před vznikem spinálních jednotek urologická péče často nevyhovující nebo žádná. Jejich celoživotní dispenzarizace je stejně důležitá jako akutní a časná fáze urologické péče.

MUDr. Vladimír Šámal

Urologické oddělení Krajské nemocnice,
Husova 10, 460 01 Liberec
e-mail: vladimir.samal@nemlib.cz

Literatura

1. Bycroft JA, Hamid R, Shah J. Management of neuropathic bladder: Hosp Med 2003 Aug; 64: 468–472.
2. Dahlberg A, Perttinen I, Wuokko E, AL-Opac M. Bladder management in person with spinal cord injury. Spinal cord 2004, Dec 42(12): 694–698.
3. Garcia ME, Esclarin De Ruz. Management of UTI in patients with spinal cord injury. Clin Microbiol Infect 2003 Aug, 9: 780–785.
4. Generao SE, Dalleria JT. Spinal cord injury in children – long term urodynamic outcomes. J Urol 2004 Sep: 173–817.
5. Hanuš T. Dysfunkce dolních močových cest In: Dvořáček, J. a kol.: Urologie III., ISV nakladatelství Praha, 1998, 1305–1335.
6. Madersbacher HG. Neurogenic bladder dysfunction. Curr Opin Urol 1999 Jul; 9: 303–307.
7. Mure PY, Galdo M, Compagnone N. Bladder function after incomplete spinal cord injury. J Neurosurg. 2004 Jan, 56–61.