

NEMOCI ŽENSKÉHO MOČOVÉHO TRAKTU Z POHLEDU UROGYNEKOLOGA

MUDr. Jan Miklica

Gynekologicko – porodnické oddělení, Nemocnice Pelhřimov

Etiologie močové inkontinence a infekce dolních močových cest je multifaktoriální, často se vyskytuje současně a obě nemoci mají velmi podobné projevy. Mezi ně patří polakisurie, nykturie, dysurie, suprapubická bolest s urgencí a urgentní inkontinence. Dle literárních údajů se močová inkontinence vyskytuje u 20–30 % žen a různé formy močové infekce v podobném procentu. Velmi důležitá je odpovídající diagnostika onemocnění a tomu odpovídající kauzální léčba. V případě močové inkontinence preferujeme komplexní přístup a individuální plán léčby podle typu inkontinence, u močových infekcí cílenou antimikrobiální léčbu.

Klíčová slova: inkontinence, polakisurie, nykturie, detruzor, cystokele, ultrasonografie, ureterocystoskopie, cystometrie, uroflowmetrie, profilometrie, TVT, IAT, biofeedback, uretropexie, NMR, overflow, denervace.

FEMALE URINARY TRACT DISEASE AS SEEN BY A UROGYNAECOLOGIST

The aetiology of urinary incontinence and lower urinary tract infection is multifactorial; the two conditions often present concurrently with similar manifestations. These include pollakiuria, nocturia, dysuria, and suprapubic pain with urgency and urgent incontinence. According to literary data, urinary incontinence occurs in 20–30 % of women and various forms of urinary infections are represented similarly. Of major significance is appropriate diagnosing and relevant causal treatment. In the case of urinary incontinence, a complex approach and an individual treatment plan according to incontinence type are preferred, in urinary infections, targeted antimicrobial treatment is preferred.

Key words: incontinence, pollakiuria, nocturia, detrusor, cystocele, ultrasonography, ureterocystoscopy, cystometry, uroflowmetry, profilometry, TVT, IAT, biofeedback, ureteropexy, NMR, overflow, denervation.

Urolog. pro Praxi, 2006; 5: 226–227

Úvod

Inkontinence moči je podle definice nechtěný únik moči, který představuje problém nejen zdravotní a hygienický, ale i sociální a ekonomický. Stále existuje velké procento žen, které inkontinenci považují mylně za následek stárnutí, stydí se o svých potížích komunikovat a smiřují se s tím. V posledních letech si přesto stále více žen, díky zlepšené informovanosti, uvědomuje své onemocnění a přichází k lékaři pro radu. Inkontinence močová je evidentně málo komunikovaná, a to i ze strany lékaře, který by měl aktivně o tomto osobním problému se ženou hovořit.

Inkontinence močová není vlastně nemoc v pravém slova smyslu, ale jedná se spíše o příznak či následek určité anatomické nebo funkční poruchy urogenitálního traktu a svalového dna pánevního. Rizikové faktory vzniku močové inkontinence můžeme rozdělit na několik skupin. Mezi predispozice patří pohlaví, rasa, rodinná onemocnění, nemoci neurologické a svalové. Vyvolává ji porod, gynekologické operace, aktinoterapie, traumata, podporuje ji obezita, plicní onemocnění, kouření, deficit estrogenů v menopauze, zácpa, povolání, medikace a různá infekční onemocnění, včetně močového traktu. Může ji dekompenzovat stárnutí, demence, celková slabost, přidružená onemocnění, životní prostředí a léková medikace.

Rozdělení

Inkontinence je symptom, který má různé příčiny. Můžeme ji rozdělit na několik skupin:

1. Stresová inkontinence – mimovolný únik moči uretrou při stresu, kdy při fyzické námaze tlak v močovém měchýři převyší tlak v uretře. Je spojena s nedostatečností uzávěru uretry na podkladě hypermobility nebo insuficiencí vnitřního svěrače. Při změně IAT se uretra místo komprese dá do pohybu, po dobu stresu se obrátí tlakový gradient a dojde k úniku moče. Doba stresu přesně odpovídá době inkontinence. Není přítomna urgence vznikající zvýšenou detruzorovou aktivitou. Je to nejčastěji se vyskytující typ močové inkontinence, její podíl je kolem 50 %.
2. Urgentní inkontinence – jde o samovolný únik moče spojený s abnormální funkcí detruzoru močového měchýře. Mluvíme o hyperaktivním měchýři, kdy dochází k netlumeným kontrakcím, je přítomna polakisurie, nykturie a žena typicky udává suprapubickou bolest, která předchází epizodě pomočení. Uzávěrový systém je zcela v pořádku. Její incidence je kolem 20 % a častěji se vyskytuje v postmenopauze. Kolem 30 % se udává takzvaná smíšená forma močové inkontinence, kdy jsou přítomny obě formy.
3. Overflow inkontinence, nebo rovněž tzv. ischuria paradoxa, je odkapávání moče z přeplněného měchýře v důsledku zánětu, intravezikální překážky, neurologického onemocnění apod.
4. Extrauretrální inkontinence – únik moče mimo uretru, příčinou jsou vrozené vývojové vady močového traktu, píštěle po operacích, aktinoterapii apod.

Stresová a urgentní inkontinence se vyskytuje v populaci nejčastěji, proto se jim budeme věnovat podrobněji.

Diagnostika

Diagnostika močové inkontinence musí být komplexní a vyžaduje důkladné vyšetření. Základním kamenem je podrobná anamnéza, zahrnující osobní a zvláště gynekologickou anamnézu. K základní orientaci o typu inkontinence nám slouží dotazníky (Gaudenz), které po vyhodnocení stanoví stresové a urgentní skóre. Následuje podrobné gynekologické vyšetření, zda není přítomen descensus vnitřních pohlavních orgánů, pokles močového měchýře, tzv. cystokele. Nezbytné je mikrobiologické vyšetření poševního sekretu a samozřejmě kultivace moči. K ozřejmení močové inkontinence nám slouží některé klinické testy, např. Stress test, Marshallův test, Pad-weight test apod. Následuje endoskopické vyšetření močového měchýře – ureterocystoskopie, ultrasonografie a v ojedinělých případech i nukleární magnetická rezonance (NMR).

Nejpřesnější informace o typu inkontinence nám poskytují urodynamické vyšetřovací metody, kam řadíme cystometrii, uretrální profilometrii a uroflowmetrii.

Optimální terapie inkontinence moči je závislá na přesné identifikaci typu existující inkontinence moči pomocí uvedených metod.

Léčba stresové inkontinence

Metody terapie dělíme na konzervativní a operační. Platí zásada vždy vyčerpat konzervativní metody před indikací k operační léčbě. Léčba musí být přesně indikovaná a individuální.

Konzervativní metody léčby

- a) **cvičení svalstva pánevního dna** (diafragma pelvis a urogenitale). Jelikož ochablost svalů pánevního dna patří k hlavním příčinám vzniku stresové inkontinence je rehabilitace základní metodou léčby. Posiluje svalové dno pánevní a zvyšuje jejich tonus a kontrakční schopnost. Uznávanou metodou jsou Kegelovy cviky, jejichž úspěšnost při dlouhodobém cvičení je udávána kolem 80 %.
- b) **biofeedback**. Podobná metoda využívající Kegelovy cviky doplněná o snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG. Úspěšnost 75 %.
- c) **vaginální konusy**. Speciální konusy s různou hmotností, které si žena zavádí do pochvy. Aby zabránila jejich vyklouznutí, je nucena stahovat svaly pánevního dna. Úspěšnost se pohybuje kolem 50 %.
- d) **pesaroterapie**. Využití pesarů k léčbě močové inkontinence je stále méně časté, zvyšují uretrální uzavírací tlak a v určitém smyslu imitují výsledek chirurgického zákroku. Metodou volby je dočasná aplikace pesaru např. při oddálení operace.
- e) **elektrostimulace**. Zvyšování tonu svalového dna pánevního pomocí elektrických potenciálů.
- f) **alternativní zařízení**. Uretrální mechanická obturující tělíska, která se vkládají do uretry – přílnavá zátka, uretrální vložka, podtlakové silikonové čepičky. Využití je problematické, časté komplikace, hlavně uroinfekce, hematurie.
- g) **medikamentózní léčba**. Obecně používáme léky zvyšující uretrální uzávěrový tlak. Jsou to jednak tricyklická antidepresiva a alfasympatomimetika, u kterých zvláště musíme dávat pozor na výskyt vedlejších účinků. Zvláštní kapitolou je hormonální terapie, konkrétně estrogeny. Teorie jejich účinku je založena na tom, že mají trofický vliv na uretrální epitel, zvyšují subepiteliální vaskularizaci a zvyšují koncentraci alfa – adrenergických receptorů v hladké svalovině uretry a tím vzestup uretrálního uzávěrového tlaku. Léčba je indikována u žen v postmenopauze, kde kombinujeme celkovou i lokální aplikaci.

Operační terapie SIM

Po vyčerpání konzervativních terapeutických postupů je na místě pečlivé zvážení operační léčby SIM.

Cílem operační léčby je řešit jednu či kombinaci několika příčin SIM, a tak vrátit ženě schopnost kontinence. Tím je stabilizace uretry a umožnění přenosu změn IAT na uretru spolu se zvýšením výtokového odporu uretry.

- a) **terapie SIM s uretrální hypermobilitou**
 - **otevřená retropubická uretropexie** (Burch, MMK). Před lety jedna z nejvíce využívaných operací, nyní je na ústupu. Úspěšnost metody byla po 5 letech až 88 %.
 - **transvaginální jehlová suspenze** (Peyra, Stamey, Gittes). Historické operační metody, dlouhodobá úspěšnost byla nízká, kolem 43 %.
- b) **terapie SIM s insuficiencí vnitřního sfinkteru uretry**
 - **pubovaginální závěs**. Patří mezi smyčkové operace, zvýšení uzavíracího uretrálního tlaku pomocí zúžení průsvitu uretry. Úspěšnost byla až 88 %.
 - **tahuprostá poševní páska** – TVT (Ulmsten a Petros). Patří rovněž mezi smyčkové operace, kde smyčku nenakládáme pod hrdlo močového měchýře, ale pod distální uretru. Výhodou je spolupráce pacientky při operaci, možnost dávkování tahu pásky podle efektu na inkontinenci. Mezi další výhody tohoto postupu patří minimální invazivita, ambulantní charakter metody, použití lokální analgezie, minimální reakce okolní tkáně na materiál pásky (prolen) a krátkodobý výkon (20–30 min.) Úspěšnost až 93 %.
 - **transobturatorní páska – TOT**. Jedná se o modifikaci předchozí metody, páska zůstává stejná, jen zavádění se liší. TVT proniká retropubickým Retziovým prostorem a vyvádí se nad symfyzou, transobturatorní páska se zavádí skrz foramen obturatorium a podkládá uretru svým téměř horizontálním průběhem. Výhodou je menší možnost poranění močového měchýře, zkrácení operační doby a stejná účinnost.

Literatura

1. Abrams P et al. Urology 2003; 61: 37–49.
2. Bump RC et al. Obstet Gynecol. Clin North Am 1998; 25, 4: 723–746.
3. Feyereisl J, Krofta L, Pán M, Kašíková E. Operační terapie stresové inkontinence moči. Focus: Urogynekologie. Postgrad Med 2003; 8: 899–902.
4. Huvar I. Současná diagnostika uretrální inkontinence. Prakt Gynek 1999; 1: 46–47.
5. Chmel R. Ženská močová inkontinence. Practicus 2003; 7: 12–14.
6. Martan A, Mašata J, Švábík K. Konzervativní léčba inkontinence moči. Mod Gynek Porod 2003; 1: 98–99.

Léčba urgentní inkontinence

Konzervativní metody

- a) **behaviorální léčba** – trénink močového měchýře. Pomocí mikčného deníku se snažíme dostat urgenci pod volní kontrolu a postupně prodlužovat intervaly mezi jednotlivými epizodami mikce. Tím zvyšujeme kapacitu močového měchýře.
- b) **medikamentózní léčba** – Oproti stresové inkontinenci máme v léčbě urgency mnohem větší možnosti, jak ovlivnit hyperaktivní měchýř. Využíváme spazmolytického efektu léků na svalovinu močového měchýře, snižujeme frekvenci i intenzitu detruzorových kontrakcí. Jedná se o parasimpatolytika, sympatomimetika, antidepresiva atd. Součástí medikamentózní léčby je i hormonální terapie, konkrétně estrogeny, a to jak ve formě HRT, tak i lokální.
- c) **akupunktura**
 - operační metody. Je využívána mnohem v menší míře, a to zejména při neúspěchu konzervativní terapie. V úvahu přichází denervace močového měchýře, dilatace uretry apod.

Závěr

Jak již bylo řečeno, inkontinence moči je málo sdělovaná a málo diagnostikovaná. Z článku vyplývá, že v současné době má urogynekolog k dispozici mnohem více možností k ovlivnění různých dysfunkcí dolních močových cest, včetně popisované močové inkontinence. S technickým rozvojem se vyvíjejí stále nové operační techniky, které umožňují, aby chirurgický zákrok byl jednodušší, efektivnější a s menší morbiditou.

Převzato z Med. pro Praxi 2006; 3: 132–134.

MUDr. Jan Miklica
Nemocnice Pelhřimov
Slovanského bratrství 710, 39338 Pelhřimov
e-mail: jmiklica@hospital-pe.cz