

Inkontinence a menopauza

MUDr. Zuzana Trněná^{1,2}, MUDr. Lukáš Horčíčka²

¹Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta a FN Královské Vinohrady, Urologická klinika, Praha

²GONA spol. s r. o. – nestátní zdravotnické zařízení, Praha

Uvádíme přehledový článek pojednávající o problému močové inkontinence u žen v období klimakteria. Samovolní nekontrolovatelný únik moči – močová inkontinence – postihuje v průběhu života až 50 % žen. Nejrizikovější skupinou jsou ženy v období kolem menopauzy a po ní. Postupná ztráta funkce vaječníků má za následek pokles hladiny estrogenů. Estrogenní deficit způsobuje atrofii tkání uropoetického traktu se všemi důsledky, včetně vzniku či zhoršení močové inkontinence. Hormonální substituce estrogenů má prokázaný pozitivní vliv na zvýšení kvality života patientek i zlepšení jejich obtíží, ať již v monoterapii či v kombinaci s dalšími možnostmi léčby inkontinence.

Klíčová slova: inkontinence, menopauza, estrogeny, urogenitální atrofie, parasymphatolytika, tahuprostá páska.

Incontinence and menopause

The present review deals with urinary incontinence in climacteric women. Urinary incontinence, an involuntary/uncontrolled leakage of urine, affects up to fifty percent of women at some point in their lives. The groups with the highest risk are peri- and postmenopausal women. The gradual loss of ovarian function results in decreased oestrogen levels. Oestrogen deficiency causes the tissues of the uropoietic system to atrophy with all its implications, including the development or impairment of urinary incontinence. Oestrogen hormone replacement therapy has been shown to have a positive impact on increasing the quality of life of patients as well as improving their complaints, whether in monotherapy or in combination with other treatment options for incontinence.

Key words: incontinence, menopause, oestrogens, urogenital atrophy, parasymphatolytics, tension-free tape.

Urolog. pro Praxi, 2011; 12(1): 29–32

Samovolní nekontrolovatelný únik moči – močová inkontinence – postihuje v průběhu života až 50 % žen. Nejrizikovější skupinou jsou ženy v období kolem menopauzy a po ní, kdy postupná ztráta funkce vaječníků má za následek pokles hladiny estrogenů. Tento deficit způsobuje atrofii tkání uropoetického traktu se všemi důsledky, včetně vzniku či zhoršení močové inkontinence. Hormonální substituce estrogenů má prokázaný pozitivní vliv na zvýšení kvality života patientek i zlepšení jejich obtíží, ať již v monoterapii či v kombinaci s dalšími možnostmi léčby inkontinence.

Močová inkontinence je Mezinárodní společností pro kontinenci (ICS – International Continence Society) definována jako objektivně prokazatelný samovolný únik moči. Dělení inkontinence je vzhledem k širokému spektru jejích příčin možné z různých hledisek.

ICS dělí inkontinenci na stresovou, urgentní (OAB – overactive bladder) a smíšenou. Stresová inkontinence představuje cca 50 % všech případů, urgentní asi 30 %. Ve 20 % se jedná o příznaky smíšené, tj. urgentní i stresové. Raritně se vyskytují formy reflexní a paradoxní inkontinence (1).

S postupným stárnutím populace dochází i ke zvyšování frekvence inkontinence, a to dle dostupných zdrojů až u 38 % žen ve věkové skupině 35–44 let. Mezi 80. a 90. rokem

života trpí nechtěným únikem moči více než 60 %.

U starších patientek bývají nejčastější příčinou hlavně změny související s urogenitální atrofií způsobenou nedostatkem estrogenů v době menopauzy a po ní.

Menopauza je ukončení pravidelného menstruačního cyklu ženy a nastává zpravidla ve věku 49–51 let. Může ale nastat i mnohem dříve následkem chirurgického odstranění vaječníků či jejich zničením radio- nebo chemoterapií.

V přechodné době mezi reprodukčním věkem ženy a senií, tzv. klimakteriem, postupně vyhasíná až úplně zaniká aktivita a funkce vaječníků s následným sekundárním vzestupem hladin gonadotropinů.

Symptomy klimakteria

Nedostatek hormonů produkovaných ovárií, zejména pokles hladiny estrogenů, má za následek celou řadu nepříjemných příznaků, souhrnně nazývaných klimakterický syndrom. Až 75 % žen trpí návaly horka, pocením, palpitacemi a arytmiemi, bolestmi hlavy a migrénami, poruchami nálad, depresemi, podrážděností, nespavostí, snížením libida apod. (2).

Pokles až úplná absence ovariálních estrogenů způsobuje i pozdní orgánové a metabolické projevy, označované jako estrogen-deficitní syndrom. Právě jejich nedostatkem dochází k pro-

aterogenním změnám, negativnímu ovlivnění metabolismu tuků a inzulinu, snížení funkce endotelu a svaloviny cévních stěn. Zrychluje se metabolismus kostí a zvyšuje se kostní resorpce. Kůže a sliznice atrofují, obzvláště v oblasti zevního genitálu, pochvy, močového měchýře a uretry. Projevují se morfologické změny pánevního dna, atrofické vulvovaginitidy, recidivující či chronické uroinfekce, symptomy urgentní i stresové močové inkontinence a další.

Urogenitální atrofie

Společným embryologickým základem genitálního a uropoetického traktu lze vysvětlit přítomnost ženských steroidních receptorů pro estrogeny (a gestageny) i v oblasti močového měchýře a uretry. Jejich koncentrace v dolních močových cestách je mnohonásobně nižší než v endo- a myometriu uteru, ale i tak je patrná výrazná pozitivní trofická role estrogenu ve stimulaci zmíněných orgánů.

Estrogenní deficit má vždy negativní vliv na estrogen dependentní tkáň. Dochází k její postupné atrofii, redukci podkožního tuku a mukózy, ke snížení elasticity pojivové tkáně, degeneraci svalové tkáně, ztrátě schopnosti zvlhčovat poševní prostředí a výraznému zhoršení stresové i urgentní inkontinence (3).

V oblasti vagíny se projevuje ztenčením a fragilitou sliznice poševní stěny a s tím spojený-

mi pocity suchosti sliznice, svěděním, pálením, nedostatečnou lubrikací a možným krvácením z ragád. Redukuje se koncentrace glykogenu dlaždicového epitelu, což vede ke zvýšení pH prostředí pochvy. To má za následek snížení koncentrace laktobacila, změnu složení vaginální flóry a nemožnost udržet kyselé pH jako přirozenou ochranu sliznice proti napadení patogenními bakteriemi.

V oblasti urotraktu způsobuje nedostatek estrogenů atrofii urotelu a redukcí vrstvy polysacharidu na jeho povrchu. Tím se snižuje přirozená imunita sliznic dolních cest močových a zvyšuje riziko výskytu uroinfekcí a dalších rizik s tím spojených (4). Recidivující záněty zhoršují polakisurii a dysurické obtíže včetně inkontinence.

Dochází také k redukcí vaskularizace a náplně suburetrálních a submukózních plexů. Zejména v zadní části uretry se atrofizací snižuje tkáňový turgor, redukuje počet svalových vláken uretrálního sfinkteru, mění se poměr a struktura kolagenu a elastinu v závěsných strukturách urogenitálního traktu a tvoří se karunkuly. V oblasti pánevního dna dochází k poruchám inervace svalů, ubývání příčné pruhovaného svalstva a degeneraci pojivové tkáně. V okolí báze měchýře, uretro-vezikální junkce a uretry vzniká méně adrenergních receptorů a zhoršuje se jejich senzitivita.

Subjektivní příznaky urogenitální atrofie se objevují zpravidla dříve než ty objektivní, výrazněji se projevují u obézních pacientek a diabetiček, velkou roli hraje i individuální predispozice.

Ovlivnění kvality života

Vegetativní i orgánové příznaky menopauzy markantně ovlivňují kvalitu života a značně zvyšují nemocnost této skupiny žen.

Vegetativní symptomy jsou dočasnou záležitostí. V době přechodu do senia většinou plně a bez následků vymizí. Orgánové symptomy jsou trvalé a ve značné míře zhoršují nejen zdravotní, ale i psychologický a sociální stav pacientek.

Inkontinence je stresující a invalidizující stav, který během života sužuje více jak 50 % ženské populace. Postižené ženy tomuto stavu podřizují veškeré své aktivity. Mají pocit nejistoty a nečistoty. Svůj pobyt omezují pouze na známá prostředí s blízkostí toalety. Vyhybají se společnosti, uzavírají se do sebe, ztrácí sebedůvěru. Kvůli inkontinenci dokonce opouští zaměstnání, přestávají se potkávat s přáteli, vzdávají se sportu a fyzických aktivit, vyhýbají se sexu. Zhoršuje se jejich psychologický stav. Trpí jejich profesní, so-

ciální i partnerské vztahy. Zároveň progreduje nemocnost těchto žen – častý únik moči a vlhké prostředí mají za následek záněty urogenitálního traktu, svědění, podráždění kůže, infekční ekzémy apod. Pokles hladiny ovariálních estrogenů má vliv i na sexualitu žen v klimakteriu. Jak již bylo zmíněno, zejména nedostatečná poševní lubrikace, křehkost sliznice poševní stěny, možná lehko vzniklá krvácení v důsledku mechanických traumat a vyšší incidence výskytu vaginálních a močových infekcí vedou k poklesu frekvence až úplné koitální abstinenci a mají tak negativní dopad na partnerský život.

Průzkumy potvrdily, že většina pacientek má velké psychologické zábrany se o svém problému svěřit ošetřujícímu lékaři a s vyhledáním pomoci čeká v průměru tři roky.

Terapie symptomů urogenitální atrofie – estrogeny a jejich vliv na estrogen-dependentní tkáň uropoetického a genitálního traktu

Cílem prevence a terapie symptomů menopauzy je zlepšení kvality života žen v tomto období a spočívá principiálně v hormonální substituci. U žen s dělohou in situ je při systémové hormonální terapii nutno hradiť nejen estrogeny, ale i gestagen, který má protektivní účinek na proliferaci endometria (HST – hormonální substituční terapie estrogen-progestogenními preparáty). Ženám po hysterektomii se podávají pouze estrogenové preparáty (EST – estrogen substituční terapie) (2).

Pacientkám, které v (post-) menopauze dominantně trpí symptomy urogenitální atrofie, jsou určeny estrogenové preparáty s estriolem nebo estradiolem k lokální (vaginální) aplikaci.

Vaginální aplikace estrogenu se vyznačuje mnoha výhodami: má 7–10krát vyšší účinnost než při systémovém podání, rychle se absorbuje, má výrazný trofický účinek na vaskularizaci urogenitální tkáně a specifický stimulační efekt na pochvu, děložní hrdlo, močový měchýř, uretru a pánevní dno. U pacientek s dělohou je možná lokální aplikace bez výrazného rizika proliferace endometria (5).

Zásadní je zlepšení kvality poševní sliznice, posílení odolnosti sliznice uretry a trigona močového měchýře, zvýšení vrstvy urotelu, zlepšení prokrvení v kapilárních plexech dolních cest močových (6). Ustupuje nepříjemné pálení a svědění. Dochází k větší produkci zvlhčujícího sekretu pochvy, a tím se lepší i lubrikace během pohlavního styku. Estrogeny podporují opětovné osídlení pochvy Doderleinovými laktobacily, které přeměnou glykogenu na kyselinu mléč-

nou napomáhají udržovat fyziologicky kyselé pH (4,5) v pochvě, a tím i přirozenou imunitu proti vaginálním infekcím. Pozitivní vliv estrogenů na urotel a kvalitu sliznic uropoetického traktu má za následek výrazné snížení incidence recidivujících uroinfekcí a zlepšení, resp. snížení stupně močové inkontinence.

Lokální použití estrogenů je možné v podobě poševních čípků, krému, tablet nebo pesaru. Iniciální dávka při zahájení terapie je 0,5 mg estriolu nebo 0,025 mg (25 µg) estradiolu denně po dobu 2 týdnů s následnou (dlouhodobou) udržovací dávkou 0,5 mg estriolu (či 25 µg estradiolu) 2–3krát týdně (7). První pozitivní efekt léčby lze očekávat po 4 až 6 týdnech. K docílení a udržení výsledného žádoucího klinického účinku musí být terapie pravidelná a dlouhodobá (8).

Terapie močové inkontinence

Léčba močové inkontinence v období kolem menopauzy má svá specifika a vychází z vyhodnocení subjektivních potíží pacientek a objektivního nálezu. V každém případě musí být na základě důkladného komplexního vyšetření identifikován typ existující inkontinence a její terapie přesně indikována, individuálně upravena a podle dosaženého efektu odstupňována.

Konzervativní léčba

Snížení tělesné hmotnosti, redukce těžkých fyzických aktivit, úprava pitného režimu, ale i omezení kouření či změna stravovacích návyků a prevence chronické obstrukce mohou vést ke zlepšení až úplnému vymizení symptomů inkontinence (9).

Až 70 % případů stresové inkontinence lze upravit konzervativně – změnou životního stylu s korekcí negativních vlivů na vznik inkontinence, pravidelným správným cvičením svalů pánevního dna, popř. pomůckami, které rehabilitaci a posílení svalů podporují nebo elektrostimulací (10).

Ke zvýšení tonu a kontrakčních schopností pánevního dna se při rehabilitaci využívá soustavy tzv. Kegelových cviků. Jedná se o cílený trénink stahování svalů pánevního dna bez současného zapojení břišní stěny či gluteálních svalů (11). Při dlouhodobém pravidelném správném cvičení je úspěšnost tohoto cvičení až 80 %. Rehabilitaci je možné doplnit použitím perineometru, který pomocí EMG snímá svalový biopotenciál pánevního dna (biofeedback) (12). Cvičení svalů pánevního dna lze podpořit i vaginálními konusy s různě těžkými závažími.

Elektrostimulace se užívá pro všechny typy inkontinence. Efektivita této metody je zajištěna pouze tehdy, je-li zachována integrita daného nervového zásobení cílové svalové skupiny.

Medikamentózní léčba

Mechanismus a efekt medikamentózní terapie vychází z neurofarmakologické situace dolních cest močových (13).

Léčba urgentního typu inkontinence spočívá v tlumení kontraktility detruzoru, a tím i zvětšení funkční kapacity močového měchýře. K docílení spazmolytického účinku na hladkou svalovinu detruzoru je nejčastěji využíváno parasympatolytik se selektivitou k muskarinovým receptorům M2 a M3. V praxi jsou používána anticholinergika s kvartérním dusíkem v molekule (solifenacin, tolterodin, trospium) a léky se smíšeným spazmolytickým a parasympatolytickým efektem (oxybutinin, propiverin). Terapeutický efekt je až 80 %. Kombinací vaginální estrogenní léčby a anticholinergik je možné docílit podstatně lepšího efektu při současném možném snížení dávek anticholinergik (14). Tím se redukuje výskyt vedlejších nežádoucích účinků, zejm. suchost v ústech,

xeroftalmie, neurastenie, zácpa, vzestup nitroočního tlaku, arytmie, únava apod., které mohou jinak vést až k přerušení léčby.

U pacientek se smíšeným typem inkontinence je možné využít anticholinergního a alfa-adrenergního efektu tricyklických antidepresiv (imipramin). Způsobují relaxaci detruzoru a zároveň kontrakci uretrálního sfinkteru. Nežádoucí účinky jako únava, arytmie, ortostatická hypotenze apod. vyplývají zejména z jejich anticholinergního působení.

Možnosti pozitivního farmakologického ovlivnění stresové inkontinence jsou dosti omezené. Vychází z predominance alfa-adrenergních receptorů v oblasti hrdla měchýře a proximální uretry. Alfa1-sympatomimetika (midodrin) mají dobrý klinický efekt a svým působením zvyšující uretrální uzávěrový tlak (10). Zároveň ale mohou vést k velmi závažným nežádoucím účinkům kardiovaskulárním (hypertenze, vazokonstrikce, zvýšení kontrakce myokardu, arytmie až srdeční zástava).

Jak bylo výše zmíněno, značný vliv na zlepšení močové inkontinence má i lokální aplikace estrogenů. A i když v rozsáhlých studiích nebyl jejich vliv ve srovnání s placebem žádnou ob-

jektivní měřicí metodou (urodynamika) jasně prokázán, subjektivní zmírnění symptomů urgentní i stresové inkontinence bylo v metanalýze randomizovaných studií z období 1969–1992 statisticky potvrzeno (15).

Vzhledem k věku a možným přidruženým komorbiditám cílové skupiny je vždy nutné dobře zvážit očekávaný přínos medikamentózní léčby a možný stupeň vedlejších nežádoucích účinků včetně dalších rizik z nich vyplývajících.

Chirurgická léčba

Při selhání či nedostatečnosti konzervativní a farmakoterapie, zejm. u vyšších stupňů stresové inkontinence, je indikována léčba chirurgická. V dnešní době je nejčastější operací pro stresovou inkontinenci tzv. miniinvasivní technika pomocí TVT (tension-free vaginal tape neboli tahuprostá páska) nebo TOT (transobturator tape) pásek, prováděná ve spinální nebo i lokální anestezii, za krátké hospitalizace či ambulantně. Jedná se o volně uložené pásky pod distální uretru, a to buď retropubickou (TVT) nebo transobturatorní (TOT) cestou (11). Efektivita páskových operací je 90–95 % a spočívá v kompresi dolní

části močové trubice přenášeným intraabdominálním tlakem při stresové zátěži (16, 17).

Další možnou operační metodou jsou závažné operace: abdominální retropubická kolpopexie podle Burcha a její modifikace či kombinované závažné operace (18).

Poslední možností je submukózní aplikace cizorodé látky do oblasti horní třetiny uretry. Injikovaný materiál vytvoří valy uzavírající vnitřní ústí močové trubice. Tato metoda je určena pacientkám s mírným stupněm inkontinence nebo u již dříve opakovaně operovaných (19). Úspěšnost ve srovnání s klasickými technikami je jen okolo 60 % a výsledky jsou v dlouhodobém časovém odstupu horší.

Alternativou chirurgické léčby je vaginální pesaroterapie. Zavedením pesaru dojde ke změně anatomických poměrů a zvýšení výtokového odporu uretry. Pesary mají různé tvary a jsou vyrobeny z rozmanitých materiálů, v dnešní době nejčastěji ze silikonu. Jejich úkolem je stabilizace proximální uretry, která při stresové zátěži odolá zvýšenému intraabdominálnímu tlaku a zůstane uzavřená. Mohou sloužit jako provizorium před plánovanou operací, nebo jako definitivum u pacientek, které operaci odmítají, nebo je u nich chirurgická léčba kontraindikována. Nezbytnou podmínkou trvalého používání pesaru jsou pravidelná gynekologická vyšetření v odstupu tří až maximálně šesti měsíců, řádná hygiena a lokální aplikace estrogenů. Chybně vybraná velikost pesaru či jeho dlouhodobé ponechání in situ způsobuje otoky sliznice poševní stěny a v extrému může dojít ke vzniku dekubitů (20).

Závěr

Močovou inkontinenci můžeme považovat za celosvětově rozsáhlý problém, postihující

během života až polovinu žen. Její incidence v populaci převyšuje výskyt i takových onemocnění, jako je morbus Alzheimer či některých civilizačních chorob, např. alergií. Nechtěný únik moči v souvislosti s klimakterickými obtížemi postihuje více než 25 % žen, ale i tak jej nelze považovat jen za příznak či projev stárnutí. Velmi často se objevuje s dalšími, zejména gynekologickými obtížemi právě v menopauze, kdy se projevují negativní důsledky nedostatku ženských pohlavních hormonů – estrogenů. Rozpoznání typu inkontinence, zavedení adekvátní léčby včetně terapie symptomů urogenitální atrofie patří k managementu péče o pacientky v době menopauzy a po ní. Dostupnost a možnost pomoci těmto ženám by měly být známy široké lékařské i laické veřejnosti.

Literatura

1. Abrams P, et al. Clinical Manual of Incontinence in Women. Health Publications 2005.
2. Živný J, Fait T. Endokrinologie klimakteria a hormonální substituční terapie. Psychiatr. pro Praxi 2003; 3: 101–106.
3. Robinson D, Cardozo L. The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. Urology 2003; 62: 45–51.
4. Calleja-Agius J, Brincat M. Urogenital atrophy. Climacteric 2009; 12(4): 279–285.
5. Hejlová P, Zmrhal J. Vliv estrogenů na dolní cesty močové. Prakt Gyn 2002; 4: 26–28.
6. Cardozo L. Role of estrogens in the treatment of female urinary incontinence. JAGS 1990; 38: 326–328.
7. Simunic V, et al. Local estrogen treatment in patients with urogenital symptoms. Int J Gynaecol Obstet 2003; 82: 187–197.
8. Gärtner M. Hormonální terapie a léčba inkontinence moči. Prakt Gyn 2006; 10(4): 147–148.
9. Kolařík D. Konzervativní léčba v urogynekologii. In: Halaška, et al. Urogynekologie. Galén 2004: 75–87.
10. Krhut J. Farmakologická léčba stresové inkontinence. Urolog. pro Praxi 2006; 2: 52–54.
11. Nygaard I, et al. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed incontinence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 120–125.
12. Dzvinčuk P, Müller O, Látalová E. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. Interní Med. 2008; 10(2): 90–91.
13. Kolařík D, Martan A. Farmakologická léčba v urogynekologii. In: Halaška, et al. Urogynekologie. Galén, 2004: 95–107.
14. Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 892–897.
15. Fantl JA, Cardozo L, McClish D. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. Obstet Gynecol 1994; 83: 12–18.
16. Miklica J. Nemoci ženského močového traktu z pohledu urogynekologa. Med. pro Praxi 2006; 3: 132–134.
17. Ulmsten U, et al. A multicenter study of tension free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 1998; 9: 210–213.
18. Drutz H, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. Clin Obstet Gynecol 1998; 41: 786–793.
19. Kolařík D, Šimon V, Otčenášek M, Martan A, Halaška M, Mašata J. Léčba stresové inkontinence moči u žen pomocí periuretrálních implantátů. Česká gynekologie 2000; 2: 82–88.
20. Horčíčka L. Pesary v urogynekologii. Prakt Gyn 2002; 5: 6–7.

Článek přijat redakcí: 31. 10. 2010

Článek přijat k publikaci: 30. 11. 2010

MUDr. Zuzana Trněná
Univerzita Karlova v Praze,
3. LF a FN KV, Urologická klinika
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
zuzana.trnena@volny.cz

