

Noční inkontinence moči u dospělých

MUDr. Eva Burešová, MUDr. Aleš Vidlář, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Na rozdíl od enurézy u dětí, která se vyskytuje relativně často, je noční inkontinence u dospělých symptomem, který se vyskytuje vzácně. V článku se autoři věnují problematice noční inkontinence u dospělých, její diagnostice, rizikovým faktorům, vyvolávajícím příčinám a možnostem terapie.

Klíčová slova: noční inkontinence u dospělých, late onset enuresis, desmopresin.

Nocturnal urinary incontinence in adults

Unlike enuresis in children which is relatively common, nocturnal incontinence in adults is a symptom that occurs rarely. The article deals with nocturnal incontinence in adults, its diagnosis, risk factors, causative agents and treatment options.

Key words: nocturnal urinary incontinence, late onset enuresis, desmopressin.

Urolog. pro Praxi, 2011; 12(1): 42–43

Úvod

Noční inkontinence je definována jako nedobrovolný únik moči během spánku. Studie ukazují, že nejméně 2 % dospělých trpí nedostatkem kontroly nad močením během noci (1). Noční inkontinence nesmí být zaměňována s nykturií. Klinicky se mohou vyskytovat různé typy noční inkontinence. Základem je odlišit stavy, kdy dochází k úniku moči během celého dne nebo jen ve spánku v noci. Mezi noční inkontinence se řadí perzistující primární enuréza. Jedná se o stav, který začal již v dětství a trvá až do dospělosti (2). Dalším typem noční inkontinence je pozdě nastupující (tzv. late onset) enuréza, kdy má pacient mikci, respektive kontinenci pod kontrolou a až v dospělém věku se objeví noční inkontinence (3).

Epidemiologie

Noční inkontinence postihuje lidstvo mnoho let, již z doby před naším letopočtem jsou v literatuře patrné zmínky o přítomnosti tohoto problému. Zatímco enuréze u dětí se v minulosti věnovala řada výzkumných prací, o primární perzistující či pozdě nastupující enuréze u dospělých bylo vypracováno jen málo studií. Na rozdíl od nykturie, která je relativně častým symptomem dolních močových cest, noční inkontinence u dospělých se vyskytuje méně často.

Prevalence noční inkontinence v různých studiích kolísá. V některých souborech se zjistily noční úniky moči u 2,4 % pacientů starších 75 let a obě pohlaví byla postižena stejně (1, 4). Late onset enuréza dospělých bez denní inkontinence byla v jiné práci popsána jen u 0,02 %, častěji

se jednalo o muže, respektive ženy se objevovaly minimálně (5).

Etiologie a patofyziologie

Noční inkontinence u dospělých je symptomem s multifaktoriální etiologií (6). Větší část pacientů má potíže s udržením kontinence nejen v noci, ale i přes den. Je důležité pátrat po příznacích dalších urologických onemocnění, které se mohou podílet na vzniku noční inkontinence (tabulka 1), například recidivující infekce močových cest, hyperaktivita detruzoru, litiáza, subvezikální obstrukce, divertikly močového měchýře a další.

Na vznik noční inkontinence může mít vliv i dědičnost. Přestože to nebylo jednoznačně prokázáno u všech pacientů, byl ve studiích zaznamenán vyšší familiární výskyt. V jednom souboru se ukázalo, že pokud oba rodiče trpěli noční inkontinencí, je 77 % riziko výskytu i u potomků. Pokud je postiženým jen jeden rodič, riziko se snižuje na 40 % (7).

Další příčinou může být porucha sekrece ADH (antidiuretického hormonu) nebo nedostatečná odpověď ledvin při jeho normální hladině, která má za následek zvýšenou tvorbu moči a noční polyurii. Excesivní produkce moči v noci během spánku potom může vést ke vzniku noční inkontinence (8).

Hyperaktivní močový měchýř je důležitým faktorem. Studie prokázaly častou incidenci detruzorové hyperaktivity u noční inkontinence. U 70–80 % pacientů s perzistující primární enúrou byla ve studiích prokázána hyperaktivita detruzoru (5, 6). Mezi rizikové faktory se řadí i menší kapacita močového měchýře, respektive snížená

noční funkční kapacita močového měchýře (5). Některé látky, například alkohol a kofein, mohou působit iritativně na detruzor a tak způsobovat jeho hyperaktivitu.

Hypnotika, sedativa nebo psychofarmaka mají vliv na noční inkontinenci (9). Hluboký spánek vyvolaný sedativy může potlačit normální odezvu pacienta na naplněný močový měchýř a potřebu močit, a proto dojde k inkontinenci (10).

Sekundární pozdě nastupující enuréza je některými autory považována za varovný symptom, za kterým se může skrývat vážné urologické onemocnění, jako subvezikální obstrukce, sekundární dilatace horních močových cest, divertikl močového měchýře nebo pánevní prolaps u žen. Proto by měl být každý pacient řádně vyšetřen urologem. Přesný mechanismus vzniku noční inkontinence u subvezikální obstrukce není znám, ale předpokládá se, že nižší kapacita močového měchýře může vyvolávat jeho hyperaktivitu, a tím i kontrakce detruzoru během spánku (5).

Mezi sekundární příčiny noční inkontinence patří dekompenzovaný diabetes mellitus,

Tabulka 1. Nejčastější urologické příčiny noční inkontinence moči

Urologické příčiny sekundární noční inkontinence u dospělých
Recidivující uroinfekce
Hyperaktivita detruzoru
Litiáza
Subvezikální obstrukce
Divertikly močového měchýře
Sekundární dilatace horních močových cest
Prolaps u žen

infekce močových cest, litiáza a neurologická onemocnění.

Diagnostika

Základem diagnostiky je správně odebraná osobní a rodinná anamnéza a údaje o chronicky užívané medikaci. Dále je nutné se zaměřit na potíže pacienta, jeho pitné a mikční návyky, počet „suchých a mokrých“ dnů, resp. nocí. Důležité jsou informace týkající se obstrukčních příznaků – kvalita proudu moči či subjektivní pocit postmikčního rezidua. K objektivizaci potíží slouží pacientem vyplněný mikční deník za 48 hodin. Dle jeho zhodnocení lze stanovit porce moči a frekvenci močení, resp. počet epizod inkontinence, celkovou 24hodinovou diurézu, příjem tekutin a návyky (pití na noc, kvalita tekutin – káva, alkohol). Na základě těchto zjištění může být stanovena závažnost a odhalena i příčina (13). K základním vyšetřením patří analýza moči a vyloučení uroinfekce.

Nedílnou součástí je sonografické vyšetření ledvin a močového měchýře a digitální rektální vyšetření prostaty. K posouzení subvezikální obstrukce je možné provést uroflowmetrii, včetně změření postmikčního rezidua močového měchýře (11). Pokud není odhalena urologická příčina noční inkontinence, je vhodné doplnit neurologické vyšetření.

Léčba noční inkontinence

Terapie by měla být cílená, aby vedla k odstranění příčiny.

Konzervativní terapie

Základem je konzervativní a behaviorální léčba. Podobně jako u terapie nykturie se jedná především o úpravu pitných a mikčních návyků, je nutná restríktce tekutin na noc. Neznamená to ale snížit celkový příjem tekutin. Je doporučeno omezit pití kofeinových a alkoholických nápojů. U pacientů s hyperaktivitou detruzoru může trénink močového měchýře napomoci zvýšit jeho funkční kapacitu. Při terapii nespavosti pomocí sedativ je doporučeno tyto léky vysadit nebo snížit jejich dávku (10).

Alarmy

Stejně jako při léčbě noční enurézy u dětí se doporučuje i u dospělých pacientů používat inkontinenční alarmů ve spodním prádle. Tyto nemocného vzbudí v okamžiku, kdy dojde k úniku moči a pacient by se měl jít vymočit. Vstávání v noci sice neřeší příčinu noční inkontinence, ale může předejít úniku moči.

Farmakoterapie

Medikamentózní léčba je indikovaná, pokud je nedostatečný efekt konzervativních postupů. Cílem je snížit noční diurézu, resp. zvýšit kapacitu močového měchýře, a tím zamezit možné inkontinenci. Léčba je obdobná jako při terapii nykturie. Při noční polyurii je indikována terapie desmopresinem nebo diuretiky (12, 13).

Častou příčinou noční inkontinence je hyperaktivita detruzoru. V těchto případech jsou lékem volby anticholinergika, která jsou účinná v terapii noční inkontinence v 5–40% případů (14). Jejich hlavní nevýhodou jsou antimuskarinové vedlejší účinky – sicca syndrom, obstipace, poruchy akomodace. Po vysazení skoro vždy dojde k recidivě potíží.

Operační léčba

Chirurgická terapie je indikována u pacientů s prokázanou subvezikální obstrukcí, nejčastěji při hyperplazii prostaty. Ve studiích bylo zjištěno, že u těchto pacientů došlo po endoresektii prostaty k vymizení noční inkontinence (5, 6).

Závěr

Noční inkontinence se vyskytuje asi u 2% dospělé populace. Perzistující primární enuréza postihuje obě pohlaví stejně často, naopak pozdě nastupující enuréza se u žen téměř nevyskytuje. Jedná se o symptom s multifaktoriální etiologií. Mezi nejčastější příčiny patří užívání hypnotik, noční polyurie, hyperaktivita detruzoru nebo subvezikální obstrukce. Protože se noční inkontinencí zabývalo málo klinických studií na malém počtu pacientů, nelze jednoznačně stanovit standardní léčebný postup. Podle dostupných prací by měla být terapie multimodální, od konzervativní, přes farmakoterapii

až po chirurgickou léčbu s ohledem na vyvolávající příčiny.

Literatura

1. Mc Grother CW, Castleden CM, Duffin H, Clarke M. A profil of disordered micturition in the elderly at home. *Age Aging* 1987; 16: 105–110.
2. Van Kerrebroeck P. Standardization of terminology in nocturia: Commentary on the ICS Report. *British Journal of Urology International* 2002; 90: 16–17.
3. Koff SA. Enuresis. In: Walsh, Patrics C. (eds). *Campbell's urology*, 7th ed. Philadelphia: W. B Saunders, 1998: 2065.
4. Karaman MI, Esen T, Kocak T. Rationale of urodynamic assessment in adult enuresis. *Eur Urol* 1992; 21: 138.
5. Kyoko S, Blaivas JG. Adult onset nocturnal enuresis. *J Urol* 2001; 165: 1914–1917.
6. Lin AD, Lin AT, Chen KK, Chang LS. Nocturnal enuresis in older adults. *J Chin Med Assoc* 2004; 67: 136–140.
7. Williams A, Keye A, Naerger H. Adult nocturnal enuresis: guide to causes and treatment. *Prescribing in Practice* 2005; 23–26.
8. Miller W. Nocturnal polyuria in older people: pathophysiology and clinical implications. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1321–1329.
9. Akira M, Yanagimoto K, Yoshida I, Hashioka S. SSRI-Induced Enuresis: A case report. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004; 24: 564–565.
10. Burgio KL, Locher JL, Ives DG, Hårdin JM, Newman AB, Kuller LH. Nocturnal enuresis in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 139–143.
11. Chancellor MB, Blaivas JG, Kaplan SA, et al. Bladder outlet obstruction versus impaired detrusor contractility. The role of uroflow. *J Urol* 1991; 145: 810–812.
12. Reynard JM, Cannon A, Yang Q, Abrams P. A novel therapy for nocturnal polyuria: a double-blind randomized of furosemide against placebo study. *Br J Urol* 1998; 81: 215–218.
13. Blanker MH, Bernsen RM, Bosch JL, Thomas S, Groeneveld FP, Prins A, et al. Relation between nocturnal voiding frequency and nocturnal urine production in older men: a population-based study. *Urol* 2002; 60: 612–616.
14. Baykara MS, Yucel O, Kutlu, Kukul E. Impact of urodynamics in treatment of primary nocturnal enuresis persisting into adulthood. *Urology* 2004; 64(5): 1020–1025.

Článek přijat redakcí: 17. 12. 2010

Článek přijat k publikaci: 14. 1. 2011

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
evaburesova@fnol.cz

