

Konzervativní léčba inkontinence moči po radikální prostatektomii

MUDr. Miroslava Ryšánková

Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Každý pacient podstupující radikální prostatektomii, bez ohledu na přístup, je potenciálně více či méně ohrožen rozvojem močové inkontinence. Jedná se o výrazný socioekonomický problém, který má vliv na kvalitu života pacienta a jeho pooperační morbiditu.

Klíčová slova: močová inkontinence, karcinom prostaty, radikální prostatektomie.

Článek byl podpořen programem PRVOUK P37/04

Conservative treatment of urinary incontinence after radical prostatectomy

Every patient who has undergone a radical prostatectomy, regardless of the approach, is potentially more or less risk for the development of urinary incontinence. This is a significant socioeconomic problem that affects the quality of life of the patient and his postoperative morbidity.

Key words: urinary incontinence, prostate cancer, radical prostatectomy.

The article was supported by program PRVOUK P37/04

Urol. praxi, 2015; 16(4): 157–158

Úvod

Močová inkontinence je Mezinárodní společností pro kontinenci (ICS) definována jako jakýkoliv nedobrovolný únik moči. Zahrnuje pestré skupiny pacientů napříč všemi věkovými skupinami a oběma pohlavími. Dle dělení Heidena z roku 2010, uveřejněného v časopise Journal of Urogynecology, můžeme inkontinenci rozdělit následovně (1):

- stresová inkontinence – k úniku moči dochází na podkladě oslabeného pánevního dna, když nitrobršňí tlak překoná tlak uretrální; může být uváděna i jako tzv. „activity-related“ inkontinence
- urgentní inkontinence – k úniku dochází při patologické nechtěné aktivaci detruzoru
- smíšená inkontinence – je kombinací více druhů inkontinence, nejčastěji stresové a urgentní
- posturální inkontinence – je únik moči při změně polohy do stoje; nejspíše se jedná o stresový typ inkontinence
- totální inkontinence – stálý únik moči; jedná se o typ způsobený vrozeným nebo získaným anatomickým defektem močových cest (močová píštěl, extrasfinkterická vada, ektopický močovod)
- inkontinenci z přetékání – je únik moči při přeplněném močovém měchýři u pacientů s močovou retencí z jakýchkoliv příčin (benigní hyperplazie prostaty, tumor prostaty, tumor močového měchýře, tamponáda, striktura močové trubice, ...)
- postprostatektomická inkontinence – únik moči u pacientů po radikální prostatektomii

- noční enuréza – únik moči ve spánku přetrvávající po 5. roce života
- bezpocitová inkontinence – únik moči bez uvědomění si vyvolávajícího momentu pacientem
- koitální inkontinence – únik moče při sexuelním styku ve spojitosti s penetrací nebo při orgasmu

Postprostatektomická inkontinence (PPI) je inkontinence vyskytující se u mužů po prodělané operaci prostaty pro karcinom (radikální prostatektomie). Objevuje se u mužů jak po otevřené prostatektomii, tak po laparoskopické prostatektomii nebo po roboticky asistované prostatektomii. Každý pacient podstupující radikální prostatektomii, bez ohledu na přístup, je ohrožen vznikem PPI.

Incidence PPI se udává do 10% (3). Avšak může být ve skutečnosti mnohem vyšší, i literární zdroje se v jeho výskytu rozcházejí. Vše se odvíjí od definice inkontinence. Někde se uvádí její výskyt v závislosti na tzv. absolutní kontinenci, kdy pacientovi moč neuniká vůbec a nepotřebuje žádné inkontinenční pomůcky. Za sociální kontinenci se považuje pacient s únikem, kterému vystačí jen jedna vložka na 24 hodin.

Mužská inkontinence závisí na pěti základních anatomických strukturách: detruzoru močového měchýře, vnitřním svěrači, svalech trigona měchýře, levátorových svalech a rabdomyosfinkteru (2, 4). Po odstranění prostaty dojde k odstranění proximální části uretry, která plnila funkci proximálního svěrače. Poté je inkontinence nejvíce závislá na rabdomyosfinkteru. S odstraněním

prostaty mohou být postiženy i neurovaskulární nervové svazky, které se nacházejí jen 0,3–1,3 cm od apexu prostaty (5). Také detruzor močového měchýře je ovlivněn operačním výkonem. Jedná se zejména o jeho stabilitu.

Mezi nejdůležitější pooperační anatomické jednotky v udržení kontinence patří detruzor a uretra. U močové trubice rozhoduje její délka, zejména tzv. funkční délka uretry, dostatečnost rabdomyosfinkteru a možná přítomnost pooperační striktury anastomózy. U funkce detruzoru hraje roli stabilita. Hyperaktivita detruzoru se po radikální prostatektomii pohybuje v rozmezí 13–70% (2, 6).

Rozlišujeme dva typy PPI podle doby trvání od operace:

- časná PPI, která vzniká po operaci a může přetrvávat až 12 měsíců od operace; je charakterizovaná nestabilitou detruzoru močového měchýře; incidence se pohybuje mezi 30 až 60% pacientů (7)
- pozdní PPI je stav trvající déle jak jeden rok; tento typ je nejčastěji způsoben poruchou sfinkteru v průběhu operace

Diagnostika PPI

Správná diagnostika PPI a její formy jsou základem úspěšné léčby. Důležitými anamnestickými údaji jsou délka obtíží, počet močení za den a noc, intervaly mezi močeními, urgence, schopnost močení oddálit, vyvolávající příčina inkontinence, iritační symptomy, množství moči v jedné porci, pocit nedomočení. Vyšetření moči chemicky a kultivačně vyloučí močovou infekci. Její přítomnost může PPI vyvolávat nebo zhoršovat.

Cílené přeléčení infekce je nezbytné. Důležitá je anamnestická informace o přítomnosti jakékoliv hematurie. Ta může být příznakem závažnějšího onemocnění, jako je tumor měchýře. Ultrazvukové vyšetření poukáže na stav horních i dolních močových cest a také určí reziduum moči po mikci. Opomíjeným, ale neméně důležitým je analýza mikčního deníku. V některých případech je indikováno kompletní urodynamické vyšetření. Dovolí prozkoumat dynamiku močového měchýře v průběhu plnění, ale také zjistí mikční parametry. Cystoskopické vyšetření má své opodstatnění v ozřejmění anatomických vztahů v močovém měchýři a v močové trubici, stav sfinkteru a anastomózy. Proto by mělo být provedeno u všech pacientů s PPI. Je nezbytností u pacientů s hematurií. Přínosem v diagnostice inkontinence jsou i jednoduché funkční testy, zejména Froevisův test (únik moči při naplněném močovém měchýři za použití stresových manévřů (kašel)). Pro kvantifikaci PPI používáme tzv. pad testy (test vážení vložek). Pacient váží vložky nebo pleny za určitý časový interval a nárůst hmotnosti udává míru inkontinence. Obvykle se provádí jednohodinový nebo dvouhodinový test. Během toho testu pacient vypije určené množství tekutiny a vykonává činnosti, o nichž víme, že provokují únik moči. Test je pozitivní, pokud se hmotnost vložek zvýší o víc jak 2 gramy (8).

Léčba PPI

Nejjednodušším postupem je behaviorální terapie. Ta obnáší úpravu stravovacích návyků ve smyslu eliminace dráždivých jídel nebo nápojů. Dále pak tzv. trénink močového měchýře (bladder drill). Jedná se o postupné natrénování detruzoru močového měchýře (9).

Fyzioterapie je zaměřena na cvičení svalů pánevního dna. Včasné zahájení fyzioterapie již hraje velkou roli na stabilizaci kontinence pacienta po prostatektomii. Literatura uvádí až 59% obnovení kontinence už tři měsíce po výkonu v případě, že pacient začal cvičit ještě před operací. U pacientů, kteří začali s rehabilitací až po operaci, se uvádí jen 37% úspěšnost (10).

Farmakoterapie zahrnuje zejména anticholinergní léčbu – látky s parasympatolytickým nebo

kombinovaným účinkem. Kompetitivně inhibují acetylcholin na muskarinových receptorech detruzoru močového měchýře. Jeho bloádou dochází k relaxaci hladkého svalstva močového měchýře a tím ke zvětšení jeho kapacity. Dále pak ke snížení počtu urgencí (11). K zástupcům patří:

- Trospium chlorid (kvartérní amin, neprochází HEB, neselektivní)
- Tolterodin (částečně selektivní, neprospuje HEB)
- Solifenacin (selektivní)
- Fesoterodin (druhá generace, selektivní, částečně prostupuje HEB)
- Darifenacin (u nás nedostupný, selektivní, neprospuje HEB)
- Oxybutinin (neselektivní, kombinovaný účinek se spazmolytickým, prostupuje HEB)
- Propiverin (kombinovaný účinek s bloádou kalciových kanálů, neselektivní)

Další skupinou léků jsou sympatomimetika. Jedná se o novou skupinu v léčbě hyperaktivity detruzoru všeobecně, bez ohledu na etiologii (idiopatický hyperaktivní detruzor, neurogení detruzor, PPI). Zástupcem je mirabegron (agonista beta-3-adrenoreceptorů). Jeho užívání vede až k 50% redukcí inkontinenčních epizod (12). Konkrétní literární data pro PPI však nejsou v současnosti známa.

Také antidepresiva mají místo v konzervativní terapii PPI. Zejména Duloxetin. Jedná se o inhibitor zpětného vychytávání serotoninu, čímž dochází k relaxaci detruzoru se stimulací sfinkteru v jedné době. Působí přes Onufovo jádro v sakrální míše. Literárně se uvádí zlepšení kvality života pacientů a pokles počtu vložek za 24 hodin u 54% pacientů po třech měsících (13).

Závěr

Cílem chirurgické léčby karcinomu prostaty by měla být prevence vzniku PPI. To znamená provádět operativu tak, aby se předešlo jejímu vzniku. Ta je pro pacienta obtěžující, snižuje jeho kvalitu života a zvyšuje jeho morbiditu. Následná léčba vzniklé PPI může být zdoluhavá a ne vždy zcela úspěšná. Při selhání konzervativní terapie je dalším možným řešením chirurgická léčba.

Literatura

1. Heiden BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/ international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, 2010; 21: 5–26.
2. Hoyland K, Vasdev N, Abrof A, Boustead G. Post-Radical Prostatectomy Incontinence: Etiology and Prevention. *Rev Urol*. 2014; 16(4): 181–188.
3. Wilson LC, Gilling PJ. Post-prostatectomy urinary incontinence: a review of surgical treatment options. *BJU Int*. 2011; 107(Suppl 3): 7–10.
4. Golomb J, Chertin B, Mor Y. Anatomy of urinary continence and neurogenic incontinence. *Therapy*. 2009; 6: 151–155.
5. Egawa S, Minei S, Iwamura M, et al. Urinary continence following radical prostatectomy. *Jpn J Clin Oncol*. 1997; 27: 71–75.
6. Giannantoni A, Mearini E, Di Stasi SM, et al. Assessment of bladder and urethral sphincter function before and after radical retropubic prostatectomy. *J Urol*. 2004; 171: 1563–1566.
7. Peyromaure M, Ravery V, Boccon-Gibod L. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU* 2002; 90: 155–161.
8. Zachoval R, Borovička V, Záleský M, Vík V. Diagnostika a léčba inkontinence moči. *Medicína po promoci*, supp. 1/2008.
9. Romžová M. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urol. praxi*, 2014; 15(5): 221–226.
10. Centemero A, et al. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomised controlled study. *Eur Urol* 2010; 57: 1039–1044.
11. Filocamo MT, et al. Pharmacologic treatment in post-prostatectomy stress urinary incontinence. *Eur Urol* 2007; 51(6): 1559–1564.
12. Nitti VW1, Khullar V, van Kerrebroeck P, Herschorn S, Cambrono J, Angulo JC, Blauwet MB, Dorrepaal C, Siddiqui E, Martin NE. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. *Int J Clin Pract*. 2013; 67(7): 619–632. doi: 10.1111/ijcp.12194. Epub 2013 May 21.
13. Serra AC, Rubio-Briones J, Payás MP, Juan II, Ramón-Borga JC, Narbón ES. Postprostatectomy Established Stress Urinary Incontinence Treated With Duloxetine. *Urology*, 2011; 78(2): 261–266.

Článek přijat redakcí: 8. 2. 2015

Článek přijat k publikaci: 15. 6. 2015

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

MUDr. Miroslava Ryšáneková

Urologická klinika LF UK
a FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
miroslava.romzova@fnhk.cz

