

Definice

- **Urgence** je silné nucení na močení, které lze obtížně potlačit a může být spojeno i s únikem moči, takové nucení na močení, které nutí pacienta okamžitě mu vyhovět. Na rozdíl od fyziologického nucení na močení, jehož intenzita narůstá plynule a pozvolna, intenzita urgencye naroste náhle, skokově.
- **Urgentní inkontinence** znamená mimovolní únik moči spojený s náhlým a neodkladným pocitem nucení na močení nebo bezprostředně předcházený náhlým a neodkladným pocitem nucení na močení (nutno odlišit od stresové inkontinence, která je spojena se zvýšením intraabdominálního tlaku).
- **Frekvence** je definována jako močení častější než 8 porcí za 24 hodin, za předpokladu normálního příjmu tekutin.
- **Nykturie** je nutnost přerušit spánek kvůli močení.

Etiologie

Příčinou syndromu dráždivého měchýře je porucha na úrovni mikčního reflexu. Zatímco u zdravého měchýře nervová zakončení vysílají signál k vyprázdnění při naplnění mě-

chýře, u dráždivého měchýře odchází signál k vyprázdnění, aniž by byl močový měchýř naplněn. Prokázané rizikové faktory pro vznik OAB jsou věk a obezita (4).

Základní inervační osa dolních cest močových (Obr. 1) se skládá z šedé kůry mozkové (korové centrum mikce je lokalizováno ve frontálním laloku, zajišťuje inhibici mikčního reflexu) – subkorová centra – pontinní mikční centrum (koordinace detruzoru a sfinkteru – přepojení mezi jímací a evakuační fází mikce) – sakrální mikční centrum S2–S4 (somatická inervace, Onufrowitzovo jádro, inervace svalů pánevního dna cestou n. pudendus) – periferní autonomní a somatické nervy (sympatická a parasympatická inervace z eferentních a aferentních vláken) sympatikus Th10–L2 plexus hypogastricus, parasympatikus S2–S4 plexus pelvius.

Dále je mikční reflex kontrolován centrem ve frontálním laloku, který zajišťuje jeho inhibici.

V praxi je vždy nutno odlišit, zda se jedná o primární (idiopatický), nebo sekundární hyperaktivní močový měchýř. U primárního OAB je příčina vzniku neznámá. Můžeme usuzovat buď na inadequate aktivaci mikčního reflexu (neurogenní teorie), nebo aktivaci

kontrakce detruzoru generovanou patologickou reakcí samotných svalových buněk (myogenní teorie) (6). U sekundárního OAB je příčina vzniku známá. Rozvíjí se na podkladě zánětu, nádoru, cizího tělesa, cystolitíazy, intersticiální cystitidy, subvezikální obstrukce, RT malé pánve, neurogenní poruchy (dyskopatie, m. Parkinson, roztroušená skleróza, CMP), postradiační cystitidy, traumat malé pánve, vedlejších účinků léků, alkoholu, kofeinu, deplece estrogenu u žen a z dalších příčin.

Diagnostika

1) Anamnéza

Základem diagnostiky OAB je pečlivě odebraná anamnéza. Zajímají nás údaje o začátku obtíží, přítomnost a míra závažnosti jednotlivých symptomů, jako je frekvence mikce, častost urgencí, frekvenci epizod urgentní inkontinence. Dále se ptáme na přidružené choroby, chronickou medikaci, operační výkony, RT pánve, gynekologickou anamnézu u žen, defekační obtíže, sexuální funkce, nutnost používání inkontinenčních pomůcek.

K vyhodnocení závažnosti symptomů a dopadu OAB na kvalitu života bylo vytvořeno několik dotazníků. Základní diagnostický nástroj u dysfunkcí dolních močových cest je vyplnění mikční karty (Obr. 2), která má mimořádnou objektivní výpovědní schopnost. Pacient si zapisuje čas a množství přijímaných tekutin, čas a množství vymočené moči, zaznamenává urgence i epizody inkontinence. Dle doporučení Evropské urologické společnosti (EAU) se vyplňuje alespoň 3 dny a slouží rovněž k posouzení efektivity terapie a k otestování míry spolupráce pacienta (7).

Nejběžněji používaný symptomový dotazník OAB V-8 si pacient v ideálním případě vyplní před návštěvou urologa na internetu (<https://urosante.cz/testy-a-dotazniky/hyperaktivni-mocovy-mechyr-oab-v8/>). Hodnotí dopad OAB na kvalitu života. Lze použít i obsáhlejší dotazníky jako Urgency Perception Scale (UPS) podle Cardozové, Patient Perception of Bladder Condition (PPBC), Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) a další.

Obr. 1. Inervační osa dolních močových cest

