

Inkontinence moči u žen – možnosti její korekce

MUDr. Ivan Belkov, MUDr. Martin Huser

Gynekologicko-porodnická klinika, FN Brno

Problematika močové inkontinence je všeobecně známa. Různé formy močové inkontinence se projevují u ženské populace ve více jak 50 %. V České republice se udává incidence cca 350 000 případů ročně. Nárůst je v korelaci s věkem a zejména v postmenopauzálním období. Předkládané sdělení prezentuje klasifikaci, diagnostiku a možnosti léčby močové inkontinence.

Klíčová slova: urgentní inkontinence, stresová inkontinence, konzervativní terapie močové inkontinence, beznapěťová páska TVT.

Urinary incontinence in woman – correction possibilities

Problematic and therapy of urine incontinence is in general very known. Different grade of urine incontinence is present by womens during their live in more than 50 %. Incidence in Czech Republic is about 350 000 in a year and is growing up with age, especialy in the postmenopausal age. In this article is presenting classification, most known reasons of urine incontinence and possibilities of urine incontinence therapy.

Key words: urge incontinence, stress incontinence, conservative therapy of urine incontinence, tension free vaginal tapes (TVT).

Interní Med. 2009; 11 (7 a 8): 351–354

Úvod

Inkontinence moči je definována jako závažný zdravotní a společenský problém. Je způsobena celou řadou příčin, především organického původu. Může být podmíněna jak vrozenou vývojovou vadou (VVV), tak pooperačním stavem nebo úrazem v oblasti malé pánve či páteře. Nemalou měrou se na problematice inkontinence podílejí neurologická onemocnění (sclerosis multiplex, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba apod.). ►

Úvod	
Mnohdy opomíjenou a přitom velmi častou příčinou, zejména u seniorek, mohou být záněty dolních cest močových. Záněty mohou vyvolat močovou urgenci s nebo bez močové inkontinence. Četnost mikčních aktů v průběhu dne (polakisurií) a ve spánku (nykturií) mohou rovněž ovlivnit některé chorobné stavy (diabetes mellitus), druhy léčiv (hypotenziva, diuretika, laxativa a jiné) a neadekvátní příjem tekutin. Neměli bychom zapomínat ani na diuretický působící složky potravin (kofein). Poruchy statiky orgánů v oblasti malé pánve (sestupy rodidel) a s ní často spojená porucha uzávěrového systému močové trubice (insuficience svěrače) způsobují únik moči při stresových situacích (smích, kašel, prudký pohyb apod.).	
Klasifikace močové inkontinence dle etiopatogeneze	
Uretrální	■ Stresová inkontinence (SIM) ■ Urgentní inkontinence (UI) ■ Reflexní inkontinence ■ Ischuria paradoxa
Extrauretrální	■ Extrofie močového měchýře ■ Píštěle
Klasifikace močové inkontinence z hlediska praktické urogynekologie	
Stresová inkontinence (cca 40–50 %)	v důsledku převýšení intracystického tlaku nad uretrálním při absenci detruzorové aktivity
Urgentní inkontinence (cca 30–40 %)	v důsledku zvýšené detruzorové aktivity
■ motorická urgentní inkontinence (vyvolaná patologickou aktivitou receptorů M2 a M3) ■ senzorická urgentní inkontinence (vyvolaná hypersenzitivitou aferentní inervace z míšních center v oblasti S2 a S4)	
Smíšená inkontinence (cca 20–30 %)	
Diagnostika inkontinence	
■ Výchozí informací je podrobná a cílená rodinná a osobní anamnéza. ■ Následuje komplexní gynekologické vyšetření včetně sonografického. ■ Jeho součástí je odběr moči + výtěr z močové trubice na kultivaci a citlivost. ■ Nedílnou součástí urogynekologického vyšetření je urodynamika a cystoskopie.	
Při zpracování cílené anamnézy u pacientek s močovou inkontinencí se zaměřujeme zejména na údaje o projevech inkontinence v dětství (enuresis nocturna), porodech dětí s hmotností nad 4000 g, porodnické operace (klešťové porody, vakuumextrakce), závažné úrazy pánve.	
Palpační a UZ vyšetření nám upřesní gynekologický nález, zejména velikost dělohy. Dále je důležitý stupeň sestupu či výhřezu rodidel (descensus uteri, prolapsus uteri, přítomnost cystokély nebo rektokély).	
Pozitivní kultivační vyšetření moči a stěru z uretry indikuje cílené léčení uroinfektu dle citlivosti.	
■ Pomocí dotazníku je možné do značné míry rozlišit formu močové inkontinence. ■ UZ vyšetření uretry dovoluje detekovat její případnou hypermobilitu, která je nejčastější příčinou stresové inkontinence (SIM).	
Urodynamické (UD) vyšetření stanovuje tlakové poměry v uretře a močovém měchýři.	
■ Pro urgentní inkontinenci moči (UIM) je charakteristická nadměrná detruzorová aktivita. ■ Pro SIM je charakteristická převaha intracystického tlaku nad uretrálním a výrazně nízké hodnoty uretrálního tlaku (hypotonie uretry).	
Cystoskopii považujeme za nedílnou součást komplexního UD vyšetření.	
■ Pátráme zejména po projevech chronického zánětu (zvýšená cévní kresba), změnách v oblasti trigona vesiky (leukoplakie) a známkách malignity (suspektní papylomatózní formace).	
Stavy způsobující močovou inkontinenci	
Netlumené kontrakce detruzoru močového měchýře	
Nízká compliance močového měchýře – je vyjádřením míry akomodace detruzoru na rostoucí náplň močového měchýře	
Abnormalita sfinkteru vedoucí k hypotonii uretry	
Porucha statiky orgánů malé pánve způsobující hypermobilitu uretry	
Overflow inkontinence	
Extrauretrální inkontinence	

Léčba inkontinence moči může být

Konzervativní

- **Gymnastika svalstva dna pánevního** – gymnastika-rehabilitace svalstva dna pánevního je vhodným doplňkem konzervativní léčby zejména u mladých a mobilních patientek.
- **Elektroléčba** – velmi efektivně zvyšuje tonizaci svalstva dna pánevního a může významně přispět k úpravě inkontinence. V této souvislosti je kladen důraz na redukci tělesné hmotnosti!
- **Pesaroterapie** – příznivý efekt různých typů pesarů v indikovaných případech
- **Medikamentózní léčba** – cílem medikamentózní léčby je tlumení nekontrolovatelných kontrakcí detruzoru močového měchýře a zlepšení uzávěrového systému močové trubice.

Mezi nejčastěji používané látky patří:

- ▶ spazmolytika (oxybutinin – Ditropan, propiverin – Mictonorm)
- ▶ parasimpatolytika (trospium – Spasmed)
- ▶ antimuscarinica (5-hydroxytolterodin – Toviaz, solifenacin – Vesicare)

Uvedené lékové skupiny můžeme podávat v kombinaci s estrogeny a antidepresivy.

Konkrétní dávkování jednotlivých preparátů a jejich kombinace je dána snášenlivostí, efektem léčby a projevy vedlejších účinků (suchá sliznice, obstrukce).

Možná dávkovací schémata:

- ▶ Mictonorm tbl. per os 15 mg 1–0–1
- ▶ Ditropan tbl. per os 5 mg 1–0–1
- ▶ Spasmed tbl. per os 15 mg 1–0–1
- ▶ Toviaz tbl. per os 8 mg 1–0–0
- ▶ Vesicare tbl. per os 5 mg 1–0–0

Dle klinických obtíží a celkového stavu možno připojit aplikaci Melipramin tbl. per os jedna až dvě denně.

Estrogeny můžeme aplikovat v lokálním podání (Vagifem tbl. vag 1x týdně nebo po 10 dnech) v délce 6–8 týdnů. Možné je i podání jakékoliv jiné dostupné lékové formy.

Operační

- korekce sestupů rodidel a úprava statiky orgánů malé pánve
- závažné operace uretry

Operační léčba stresové inkontinence moči

Cílem rekonstrukčních operací u poruch statiky orgánů malé pánve, a s ní velmi častou související močovou inkontinencí, je vedle plastické úpravy rodidel především navození lepší funkce uzávěrového systému uretry.

Limitujícím momentem operačního výkonu může být požadavek na zachování možnosti sexuálního styku.

Běžně prováděné operační výkony jsou:

- **Poševní plastiky** – Tento operační výkon je z hlediska léčby SIM považován v současnosti za obsolentní. Nicméně je i nadále indikován jako operace první volby u závažných typů sestupu rodidel. Připojení závažné operace uretry je věcí volby. Nejnověji se uplatňují aplikace různých druhů síťových implantátů.
- **Uretropexe** – Uretropexe je operační výkon spočívající v podpoře uretry pomocí speciální polypropylenové pásky, která je umístěna pod distální třetinou močové trubice. Nejčastěji používaným typem pásky je v současnosti tzv. TVTo (obturatorní páska). Tato operační technika se v průběhu posledních 10 let stala zcela převládající metodou díky jednoduchému a převážně bezpečnému způsobu operování. V současné době je upřednostňována především tzv. obturatorní páska (TVTo).

Vlastní operační postup

Operaci provádíme v gynekologické poloze s maximální abdukci dolních končetin v kyčelních kloubech. Výkon lze provést v lokální nebo celkové anestezii. Prvním krokem je suburetrální incize asi 1 cm od zevního ústí uretry. Dalším krokem je parauretrální preparace směrem k foramen obturatore. Po proniknutí přes fascii foramen obturatore zavádíme vodicí jehlu s páskou a vypichujeme v oblasti genitofemorální rýhy na úrovni klitoris. Posledním krokem je jednoduchá sutura incize vstřebatelnými stehy. Vedle obturatorní pásky lze též použít pásku retropubickou (klasické TVT) a nejnověji tzv. minipásky (MiniArc, Secure).

Obrázek 1. Suburetrální incize cca 1 cm od zevního ústí uretry



Obrázek 2. Parauretrální preparace směrem k foramen obturatore



Obrázek 3. Protažení a vypíchnutí pásky



Obrázek 4. Sutura incize



Závěr

Léčba močové inkontinence vyžaduje komplexní, ale především individuální přístup. To platí zejména u seniorů. Před zahájením léčby je nutno vyšetřit a cíleně sanovat veškeré projevy zánětů dolních cest močových a eventuálních zánětů pochvy. Upravit pitný režim a dávkování diuretických léčiv. Dle možnosti a dostupnosti provést komplexní urogynekologické vyšetření včetně urodynamiky, introitální sonografie a cystoskopie. Jako primární preferovat konzervativní léčbu a až při jejím nedostatečném efektu či neúspěchu přistoupit k operačnímu řešení některou z miniinvasivních metod.

MUDr. Ivan Belkov
Gynekologicko-porodnická klinika,
FN Brno
Obilný trh 11, 602 00 Brno
ibelkov@seznam.cz

