

# Intersticiální cystitida

Intersticiální cystitida je chronické onemocnění močového měchýře, které se nově zařazuje do širší skupiny onemocnění jako **syndrom bolestivého měchýře**. Jedná se o **neinfekční onemocnění**, pro které je typická **bolestivost** a diskomfort v oblasti močového měchýře a podbřišku, a také **velmi časté nucení na močení**. Pro stanovení diagnózy je **nutné vyloučit další možné příčiny** těchto obtíží: mezi ně patří infekční zánět močového měchýře (nejčastěji bakteriální), gynekologické záněty, přítomnost močových kamenů v močovodu nebo močovém měchýři, nádor močového měchýře nebo ženských pohlavních orgánů či ozáření malé pánve v léčbě zhoubných nádorů. Onemocnění postihuje převážně **ženy středního věku**. Diagnostika i léčba onemocnění bývají **komplikované**.



## Jaké jsou projevy syndromu bolestivého měchýře?

Pacienti si stěžují na **bolest** v oblasti močového měchýře, která se **stupňuje** s jeho narůstající **náplní**. Bolest nutí

k vymočení, po němž se částečně zmírňuje. Proto je pak typická **zvýšená frekvence** močení, v extrémních případech až např. s půlhodinovými intervaly. Jedná se o takzvané urgencye, tedy náhlé a nepřekonatelné nucení na močení, které je obtížné oddálit. Někdy pacienty probouzí nutnost močení i v noci. Bolest je typicky v podbřišku nad stydkou sponou a někdy může vyzařovat do třísel, pochvy, močové trubice, konečníku či do křížové oblasti. Samotné močení většinou nebývá doprovázeno obtížemi – pálení a řezání při močení je málo časté. Pacientky velmi často trpí také bolestmi při pohlavním styku. Úniky moči při tzv. stresových manévrech (kýchnutí, smích, kašel, zapojení břišního lisu...) nepatří mezi typické příznaky syndromu bolestivého měchýře.

### **Jaké jsou příčiny vzniku syndromu bolestivého měchýře?**

Přestože existuje mnoho hypotéz, žádná z nich nevysvětluje uspokojivě samotnou příčinu onemocnění. Předpokládá se spolupůsobení několika faktorů. Mezi nejčastěji zmiňované faktory patří zánětlivé postižení stěny močového měchýře, které **není způsobeno infekcí**, což znamená, že se v moči pacienta opakovaně neprokáže žádný infekční původce.

S tím souvisí prostoupení stěny močového měchýře **aktivovanými buňkami zánětu** (žírné buňky). Ty buďto svou přítomností, nebo prostřednictvím svých produktů, mohou vyvolat zánětlivou reakci okolní tkáně, aktivovat její přestavbu ve vazivo, dráždit nervová zakončení, a tak vyvolat bolestivé vjemy nebo stažení svaloviny měchýře.

Sliznice močového měchýře zabraňuje průchodu škodlivých látek do hlubší vrstvy stěny měchýře – jedním z dalších důvodů může být **porušení této ochranné funkce**. Příčinou může být nedostatečná tvorba tzv. glykosaminoglykanové vrstvy sliznice v měchýři, která působí jako ochranný film. Pokud přes porušenou sliznici projdou škodlivé látky obsažené v moči do hlubších vrstev stěny měchýře, mohou spustit různé mechanismy zánětlivé odpovědi organismu. Tato zánětlivá odpověď těla na

škodlivinu následně může poškodit samotný měchýř.

Určitou roli v narušení imunitní rovnováhy a spuštění zánětlivých mechanismů sehrávají i **autoimunitní poruchy**.

Dalším faktorem může být tzv. **neurogení zánět**, tedy zánět postihující nervové svazky ve stěně měchýře a v jeho okolí. Rovněž je někdy popisovaná zvýšená senzitivita těchto nervů.

### **Jak se syndrom chronické bolesti močového měchýře diagnostikuje?**

Syndrom bolestivého měchýře je diagnózou, ke které dospějeme postupným **vyločením jiných příčin**, které můžeme jasně identifikovat. Diagnostika je založena na souhrnu nejčastěji se vyskytujících **subjektivních potíží** nemocných a **objektivních nálezů**. Součástí vyšetření by měla být **podrobná anamnéza** včetně užívaných léků. Některé **léky** totiž mohou zvyšovat citlivost měchýře při jeho plnění (např. cyklofosfamid, vitamin C, nesteroidní protizánětlivé léky, alopurinol). Neměl by chybět **pitný a mikční deník**, kam pacient alespoň dva dny po sobě zaznamenává příjem a výdej tekutin ve smyslu času a množství.

**Klinická vyšetření** jsou zaměřena na vyloučení jiné možné objasnitelné příčiny potíží. Patří mezi ně **fyzikální** vyšetření nemocného, **laboratorní** a **mikrobiologické** testy (odběr krve, moči), **zobrazovací metody** (ultrazvukové, případně i rentgenologické vyšetření). Dále může být zahrnuto funkční vyšetření dolních močových cest, tzv. **urodynamické vyšetření**.

V průběhu diagnostiky je nutné **vyločit** onemocnění, která by mohla působit obdobné obtíže. Mezi ta závažná patří **nádor močového měchýře**, méně častá jsou tuberkulóza močového měchýře, parazitární onemocnění či u žen **endometrióza** (výskyt děložní sliznice jinde než v děložní dutině) v močovém měchýři. Rovněž je nutné vyloučit **onemocnění nervového systému**, konkrétně nervů vedoucích v dané oblasti. Podobné příznaky může způsobovat **zánětlivé onemocnění stydké spony** a

## šlach vnitřních stehenních svalů.

Základním a dosud nenahraditelným diagnostickým testem je **cystoskopie s hydrodistenzí** a odběrem **biopsie** (vzorku stěny měchýře). Vyšetření se provádí nejlépe v celkové nebo svodné anestezii. Spočívá v zavedení optického přístroje se zdrojem světla přes močovou trubici do močového měchýře. Měchýř se nejprve naplní speciálním roztokem (tj. hydrodistenze) a následně celý prohlédne. Vzorek ze stěny měchýře je odebrán klíšťkami a odeslán k histopatologickému vyšetření.

Hydrodistenze spočívá v naplnění a rozepnutí měchýře roztokem do jeho maximální kapacity. Vyčká se jednu až dvě minuty, pak se část náplně vypustí a sliznice se opět prohlédne. Hydrodistenze je zároveň i jednou z léčebných možností.

Normální cystoskopický a bioptický nález však nevylučují tuto diagnózu, pokud jsou přítomné ostatní charakteristické příznaky.



## Jaké jsou možnosti léčby syndromu bolestivého měchýře?

Protože neznáme vyvolávající příčinu tohoto syndromu, je toto onemocnění **léčitelné**, ale **nikoli zcela vyléčitelné**. Léčba pacientů je proto zaměřena na **ovlivnění a potlačení obtěžujících příznaků** s cílem, aby se nemoc stala snesitelnou

a co nejméně omezující. Důležité je pacientovi **vysvětlit povahu onemocnění**.

**Léčba** je pro každého nemocného **individuální** a vhodný postup či kombinaci metod je nutno trpělivě hledat. Součástí **režimových opatření** by měla být **úprava jídelníčku** s omezením jídel, která mohou působit dráždivě na již tak citlivou sliznici měchýře (citrusy, čokoláda, káva, kořeněné jídlo, alkohol, rajčatový protlak...).

U nemocných trpících zvýšenou frekvencí močení a urgencemi lze potíže zmírnit **úpravou návyku močení** – přesně naplánovaný čas a interval mezi močením, kontrolovaný příjem tekutin. Pacient pak postupně prodlužuje intervaly mezi močením, čímž se sníží míra obtěžujících příznaků. Někdy stav zlepší fyzioterapie, posilování svalů pánevního dna nebo elektrostimulace.

**Medikamentózní léčba** je zaměřena na potlačení nepříjemných vjemů a bolestí souvisejících s močovým měchýřem. Využívají se antidepresiva, antiepileptika, antihistaminika (“léky na alergii”) či analgetika s různým mechanismem účinku – často jsou předepisovány kombinace léků.

Další modalitou je lokální léčba pomocí **výplachů močového měchýře** speciálními roztoky, které působí protizánětlivě, snižují vnímání bolestivých symptomů a četnost svalových kontrakcí měchýře. Dostupná je například aplikace roztoku heparinu či kyseliny hyaluronové. V případě neúspěchů konzervativních metod je možné opakování hydrodistenze.

Pokud při cystoskopickém vyšetření odhalíme vředovité změny sliznice, může stav zlepšit endoskopické odstranění těchto ložisek. Krajním řešením při neustupujících a urputných obtížích je **operační výkon** – ten spočívá v odstranění močového měchýře, který je nahrazen částí tenkého střeva. Další variantou je tzv. augmentace (zvětšení kapacity) měchýře. Jedná se však o operace technicky a časově náročné, s vyšší pravděpodobností dalších možných komplikací. Proto se

k takovému řešení přistupuje až **po vyčerpání všech ostatních možností**.

Diagnostika a následná léčba pacientů se syndromem bolestivého měchýře, jsou-li vyloučeny jiné možné příčiny, je svízelná, musí být individualizovaná a často je vyžadována mezioborová spolupráce odborníků. Z tohoto důvodů je vhodné péči o tyto pacienty koncentrovat na specializovaná pracoviště.



**Autoři textu:**

MUDr. Hana Dittrichová (Urologické oddělení, Nemocnice Příbram)

MUDr. Daniela Kovářová (Urologická klinika FN Plzeň)

Supervize: prim. MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU, FECSM