

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/047/153

Inkontinence moči

Autor: MUDr. Libor Zámečník
Spoluautor: Doc. MUDr. Tomáš Hanuš, CSc.

Gesce: Česká urologická společnost ČLS JEP

Oponenti: MUDr. Jaroslav Petr
MUDr. Marcela Bradáčová

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu
IGA MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.cls.cz)
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

A)

I

Inkontinence moči (IM) je stavem (symptomem) nedobrovolného úniku moči a představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém (ICS – International Continence Society). Vyskytuje se u řady vrozených i získaných onemocnění, z nichž některé jsou systémové nebo vůbec nemusí souviset s močovým ústrojím. Frekvence a důvody výskytu IM se mění s věkem a liší se u obou pohlaví. Např. incidence stresové IM se odhaduje 0,1-0,2 %, prevalence na 21 % u multipar a 5 % u nulipar. Urgentní IM se vyskytuje rovnoměrně ve všech věkových skupinách, stresová IM častěji u rodivších žen, a ve věku 45-55 let. U mužů je nejčastější příčinou operační výkon na prostatě, incidence IM po prostatektomii pro benigní hyperplázii prostaty (BHP) se udává 0,5-10 % a po radikální prostatektomii mezi 5 – 35 %.

Příčiny IM (dle etiopatogeneze) jsou tedy různorodé (morfologické, funkční a jiné): **I. morfologické příčiny:** extrofie močového měchýře, ektopie ureteru, epispadie uretry, infravezikální obstrukce (striktura uretry, BHP, karcinom prostaty), cystolitiáza, cystitida, tumor měchýře či uretry, descensus pánevního dna, **II. funkční příčiny: non-neurogení, neurogení (kongenitální - spinální dysrafizmy, získané traumatické – míšní trauma, trauma CNS, trauma pánevního plexu po operaci v malé pánvi, získané non-traumatické – syndrom natažené míchy, nádory a infekce CNS, m. Parkinson, sclerosis multiplex, endokrinopatie – DM, tyreopatie, III. jiné příčiny (většinou přechodné):** komatózní stavy, imobilizace pacienta, cévní mozkové příhoda, obstipace, vliv léků (hypnotika, diuretika, anticholinergika, spasmolytika, antiparkinsonika, alfa-lytika, alfa-mimetika) a prostředí.

II

V zájmu sjednocení klasifikace, diagnostiky a léčby IM se v současné době doporučuje užívat klasifikace ICS. Podle této klasifikace se rozlišuje **inkontinence urgentní** (únik moče je spojen s naléhavým nucením na moč: může být buď **motorická** - způsobená stahy detruzoru nebo **senzorická** - způsobená hypersenzitivitou receptorů detruzoru např. při nádoru, cystitidě či cystolitiáze), **stresová** - únik moči je mimovolní při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru a lze toto objektivně prokázat, **reflexní** - u pacientů s patologickým neurologickým nálezem, kdy nemocný nemívá nucení na močení a únik je způsoben hyperreflexií detruzoru a **inkontinence z přetékání (tzv. paradoxní ischurie)** - což je mimovolní únik moči při přeplněném močovém měchýři. **Výše uvedenému rozdělení odpovídá i klinický obraz onemocnění, tedy to, co pacienta většinou k praktickému lékaři přivede.**

Pro hodnocení stupně postižení **stresovou inkontinencí** se v klinické praxi ujala klasifikace dle *Ingelmana - Sundberga*:

I. stupeň je charakterizován únikem moči po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí a zvedání těžkých předmětů. K úniku moči dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku. Moč uniká jen intermitentně.

II. stupeň - moč uniká v situacích, kdy je podstatně nižší vzestup intraabdominálního tlaku, než při stupni prvním. Např. při běhu, chůzi, chůzi po schodech a lehčí fyzické práci.

III. stupeň - k úniku moči dochází již při velmi nízkém vzestupu intraabdominálního tlaku. Moč uniká téměř permanentně při pomalé chůzi či i v klidu ve vzpřímené poloze.

Nedostatkem výše uvedené klasifikace ovšem je subjektivismus, proto se doporučuje k rozlišení inkontinence používat řadu dotazníku a metod k objektivnímu určení množství uniklé moči - to však již náleží do kompetence specializovaného lékaře - urologa.

Pacient s inkontinencí moči po vyšetření praktickým lékařem by měl být s údaji z anamnézy a objektivním vyšetřením (spolu se základními pomocnými vyšetřeními) rozlišen typ a event. i stupeň inkontinence a pacient by měl být odeslán k odbornému vyšetření, stanovení definitivní diagnózy a typu léčby k odbornému lékaři – urologovi (či urogynnekologovi – jedná-li se o stresovou inkontinenci moči u žen)!! S navrženou konzervativní léčbou či po operačním řešení urolog/urogynnekolog předá pacienta zpět do péče **praktickému lékaři** (event. stanoví nutnost následné urologické dispenzarizace). Většina stavů, vedoucích k inkontinenci moči, se kterými se praktický lékař může setkat, může být vyšetřena urologem v řádném termínu a to na spádové urologické ambulanci, jejíž lékař určí typ a úroveň další urologické péče (výjimku tvoří inkontinence moči způsobená bakteriálním zánětem močových cest či inkontinence z přetékání měchýře - stavy, které by měly být řešeny bezodkladně).

Základní vyšetření na úrovni praktického lékaře (souhrn - viz přílohu č. 1):

- anamnéza
- klinické vyšetření (včetně vyšetření zevního genitálu: možný pokles pánevních orgánů, malformace a vrozené vady, zánětlivé afekce a nádory), samozřejmě včetně vyšetření **per rectum** či **per vaginam**
- vyšetření moči chemicky a vyšetření močového sedimentu: nález krve a bílkoviny v moči musí být považován za závažný a musí následovat vyšetření urologem, stejně tak recidivující infekce dolních močových cest
- mikrobiologické vyšetření moči: každá bakteriurie musí být vyšetřena urologem

- biochemické vyšetření séra: renálních funkcí (urea, kreatinin) a prostatického specifického antigenu u mužů (včasná diagnostika karcinomu prostaty)
- sonografické vyšetření (stav horních močových cest, opakované měření postmikčního rezidua v močovém měchýři)
- u žen gynekologické vyšetření (není-li pacientka kontrolována pravidelně)

Další vyšetření (speciální) provádí **urolog či urogynekolog** (jedná-li se o stresovou inkontinenci moči u žen). Zásadní je odlišit jednotlivé typy inkontinence, zejména **urgentní a stresovou**. K základním vyšetřením (viz výše) doplňuje: dotazník dle Gaudenze, funkční sonografii transperineální (introitální), rentgenologické (cystouretrografie v předozadní projekci či mikční) a instrumentální vyšetření (kalibrace uretry, cystoskopie), test vážení vložek aj. Speciální urologické vyšetření zahrnuje též vyšetření urodynamické (uroflowmetrie, cystometrie, profilometrie, elektromyografie). Léčba IM se indikuje na základě všech nálezů.

Přehled léčby urgentní, reflexní a stresové inkontinence u žen – viz také přílohu č. 2

Léčba urgentní IM

- **farmakologická** (parasymptolytika, spasmolytika, beta-mimetika, alfa-lytika, inhibitory prostaglandinů, hormonální preparáty, analoga vazopresinu, lokální anestetika aplikovaná intravezikálně, antagonisté kalcia) – relaxace detruzoru, zlepšení výtokových poměrů z měchýře, analgetický efekt
- **operační** (v této indikaci se provádějí např. augmentační enterocystoplastiky zvětšující kapacitu močového měchýře apod.)
- **reflexní** (vaginální, rektální či míšní elektrostimulace, vytvoření podmíněného reflexu zajišťujícího kontinenci využívá biologická zpětná vazba - tzv. "biofeedback")

Léčba reflexní IM

- **farmakologická** (myorelaxancia, polysynaptické inhibitory, alfa-lytika) – relaxace detruzoru, oblasti hrdla močového měchýře a příčně pruhovanéh svěrače uretry
- **intermitentní (auto)katetrizace**
- **biologická zpětná vazba** ("biofeedback")
- **blokáda n. pudendus**
- **neuromodulace**
- **míšní stimulace**

Léčba stresové IM

- **nechirurgická** (velmi výhodné jsou hormonální preparáty – po konzultaci s gynekologem, rehabilitace - cvičení pánevního dna, vaginální stimulace, alfa-mimetika – tonizace oblasti uretry a příčně pruhovaného svěrače, beta-lytika, anticholinergika – relaxace detruzoru, antagonisté kalcia, antidepresiva – relaxace detruzoru a tonizace příčně pruhovaného svěrače a uretry, inhibitory prostaglandinů, elektrostimulace n. pudendus, protetická léčba - pleny, vložky)
- **chirurgická**
 1. závěsné suprapubické operace (vezikopexe) i laparoskopicky
 2. vaginální operace (jehlové závěsy, kolpoplastiky)
 3. "sling" operace ("smyčkou" z fascie dakronu, lyodury, vaginální stěny, TVT – prolénová páska atd.)
 4. injekční operace (transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu, tuku aj.)
 5. umělý svěrač uretry

V případě, kdy selhává indikovaná léčba IM, je vhodné konzultovat také ostatní specialisty (např. psychiatra, neurologa).

Léčba inkontinence moči u mužů po prostatektomii pro benigní hyperplázii prostaty: farmakologická (alfa-mimetika, beta-lytika – tonizace oblasti hrdla měchýře a příčně pruhovaného svěrače uretry), protetická (kondomový urinál, penilní svorka, v krajním případě permanentní cévka či epicystostomie), operační (Hauriho operace - zanoření bulbární uretry mezi kavernózní tělesa penisu, umělý svěrač uretry, injekční léčba - aplikace kolagenu či silikonu intrauretrálně submukozně).

Léčba inkontinence po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty: postihuje 40 - 60 % pacientů po dobu 4 - 12 týdnů po operaci, incidence mezi 5 až 40 % se uvádí pro permanentní IM po 6 až 8 měsících po operaci. U časně IM postačí fyzioterapie, vložky či protetické pomůcky, u permanentní IM řešíme hyperaktivitu detruzoru anticholinergiky, insuficienci svěrače řešíme většinou operačně (viz výše).

Ošetrovatelská péče je prováděná buď na specializovaném pracovišti (vyžaduje-li to stav pacienta a fáze onemocnění, či např. preskripční omezení protetických pomůcek) či náleží praktickému lékaři po doporučení specialistou - urologem.

III

Prognóza IM je závislá na prognóze onemocnění k tomuto symptomu vedoucímu a je závislá na individuálním léčebném přístupu a terapeutické odpovědi. Stejně tak prevence je individuální a závisí na možném postižení, které by vedlo k IM.

Posudková hlediska pro IM jsou zpracována ve Vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb. kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

TYP INKONTINENCE MOČI	míra poklese schopnosti soustavné výdělečné činnosti v %
1) lehký odchod moči při zatížení (stresová IM I. stupně)	10-15
2) stresová inkontinence moči II. stupně	30-50
3) úplná IM s ohledem na etiologii a řešení permanentním katétrem	70-80

B) literatura

Thüroff JW, Abrams P, Artibani W et al: **Clinical Guidelines for the Management of Incontinence**. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. Plymouth: Health Publication Ltd. 1999.

Základní vyšetření u IM na úrovni praktického lékaře

- anamnéza
- klinické vyšetření (včetně vyšetření zevního genitálu a vyšetření **per rectum (per vaginam)**)
- vyšetření moči chemicky a vyšetření močového sedimentu, kultivační vyšetření moči
- biochemické vyšetření séra: renálních funkcí (urea, kreatinin) a prostatického specifického antigenu u mužů
- sonografické vyšetření (stav horních močových cest, postmikční reziduum v močovém měchýři)
- u žen gynekologické vyšetření (není-li pacientka kontrolována pravidelně)

Další vyšetření (speciální) provádí **urolog** či **urogynekolog**

farmakologická	(parasymptolytika, spasmolytika, beta-mimetika, alfa-lytika, inhibitory prostaglandinů, hormonální preparáty, analoga vazopresinu, lokální anestetika aplikovaná intravezikálně, antagonisté kalcia),
operační	(v této indikaci se provádějí např. augmentační enterocystoplastiky zvětšující kapacitu močového měchýře apod.)
reflexní	(vaginální, rektální či míšní elektrostimulace, vytvoření podmíněného reflexu zajišťujícího kontinenci využívá biologická zpětná vazba - tzv. "biofeedback")

Léčba reflexní IM

farmakologická	(myorelaxancia, polysynaptické inhibitory, alfa-lytika)
intermitentní (auto)katetrizace	
biologická zpětná vazba ("biofeedback")	
blokáda n. pudendus	
neuromodulace	
míšní stimulace	

Léčba stresové IM

nechirurgická	(hormonální preparáty, rehabilitace - cvičení pánevního dna, vaginální stimulace, alfa-mimetika, beta-lytika, anticholinergika, antagonisté kalcia, antidepresiva, inhibitory prostaglandinů, elektrostimulace n. pudendus, protetická léčba - pleny, vložky)

chirurgická	závěsné suprapubické operace (vezikopexie) i laparoskopicky
	Vagiální operace (jehlové závěsy, kolpoplastiky)
	"sling" operace ("smyčkou" z fascie dakronu, lyodury, vaginální stěny, TVT – proléňová páska atd.)
	injekční operace (transuretrální aplikace teflonu, silikonu, kolagenu, tuku aj.)
	umělý svěrač uretry

V případě, kdy selhává indikovaná léčba IM, je vhodné konzultovat také ostatní specialisty (např. psychiatra, neurologa)