

Hyperaktivní močový měchýř a urgentní inkontinence u žen – diagnostika a sociální aspekty

MUDr. Lukáš Horčíčka, MUDr. Jan Zmrhal, CSc.

NZZ GONA spol. s r. o., Urogynnekologická ambulance, Praha

Hyperaktivní měchýř je jednou z nejčastějších příčin chronických obtíží a poruch kvality života ve vyspělých zemích. Ukazujeme přehled diagnostiky počáteční, základní a specializované. V diferenciální diagnostice je upozorněno na závažná onkologická, neurologická i metabolická onemocnění, vykazující symptomatiku hyperaktivního měchýře. Zvláštní pozornost je věnována diagnostice u pacientek ve stáří, kde autor zdůrazňuje nutnost pomoci a individuální diagnostické přístupy. Jsou posouzeny sociální aspekty syndromu hyperaktivního močového měchýře a přístup společnosti k ženám postiženým syndromem dysfunkce dolních močových cest.

Klíčová slova: hyperaktivní měchýř, urgentní inkontinence, sociální aspekty močové inkontinence.

Overactive bladder syndrome and urinary incontinence

Overactive bladder is one of the most common causes of chronic complaints and impaired quality of life in developed countries. The paper deals with the initial, basic and specialized diagnosis. The differential diagnosis involves consideration of serious oncological, neurological as well as metabolic diseases showing the symptoms of overactive bladder. Special attention is paid to the diagnosis in elderly female patients where emphasis is placed on the need for assistance and individual diagnostic approaches. The social aspects of overactive bladder syndrome and the attitudes of society toward women suffering from the syndrome of lower urinary tract dysfunction are discussed.

Key words: overactive bladder, urgent incontinence, social aspects of urinary incontinence.

Med. Pro Praxi 2010; 7(5): 229–232

Úvod

Dle International Continence Society (ICS) je hyperaktivní měchýř (Overactive bladder, OAB) definován jako „urgence, s nebo bez urgentní inkontinence, doprovázená obvykle polakisurií a nykturií“ (1). Jedná se o symptomový syndrom, budící podezření na přítomnost dysfunkce dolních močových cest. Historicky byla oblast těchto potíží nazývána senzorickou urgentní inkontinencí.

Podle řady evropských i světových studií (2) jde o problém s vysokou prevalencí, zejména ve věku nad 40 let. Nad 60 let věku je pak skutečným problémem, postihujícím mužskou i ženskou část populace. Některé novější práce, např. studie finské populace (Tikkinen, a kol.) však uvádějí menší prevalenci – do 7,5 %.

Syndrom hyperaktivního měchýře je častý stav, který postihuje stovky milionů lidí na celém světě. Naprostá většina (73 %) **pacientek** má pocit, že se špatně se syndromem hyperaktivního močového měchýře vyrovnává, přesto pomoc u lékaře nehledá (3, 4). Hyperaktivní měchýř tak negativně ovlivňuje kvalitu života a je spojen se značnou stigmatizací **pacientek**. Ve společnosti obecně panuje značná nevědomost, týkající se diagnostiky, léčby, či vyhlídek na zlepšení inkontinence, nebo dosažení „sociální kontinence“. I pouhé zmírnění potíží vede

k výraznému zlepšení kvality života a současně ke snížení stále stoupajících zdravotních nákladů na léčbu inkontinence.

Typy hyperaktivního měchýře

Podle definice jde v každém případě o symptomy frekvence a urgency s nykturií, tedy zkrácení doby od varovného signálu k nutnosti vyprázdnit měchýř, zpravidla v důsledku sníženého objemu močového měchýře. Tento stav může být doprovázen inkontinencí, pak jde o „**mokrý**“ hyperaktivní měchýř. V případech, kdy pacientka inkontinentní není, hovoříme o hyperaktivním měchýři „**suchém**“.

Přehled diagnostiky hyperaktivního měchýře

Vyšetření hyperaktivního měchýře se prakticky shoduje s vyšetřením urgentní inkontinence. Vzhledem k tomu, že do syndromu hyperaktivního měchýře se řadí také tzv. smíšené formy inkontinence, kde převažuje urgentní složka, jsou i základní rozlišení a diagnostika mezi stresovou a urgentní inkontinencí zásadní. V diagnostice je nutno vždy vyloučit poruchu evakuace ze zřetel na ochranu horních cest močových a ledvin. V další fázi vyšetřování je výhodou zhodnotit funkci detruzoru. Je-li normální, lze pak pátrat a upřesňovat poruchy

uzávěrového mechanismu, ať již z pohledu uroynamiky nebo morfologických metod.

Z diagnostických metod se uplatňují zejména:

- anamnéza a klinické vyšetření
- mikční deníky, dotazníky, hodnocení kvality života
- laboratorní diagnostika
- zobrazovací metody, ultrazvuk
- endoskopie
- uroodynamika, videouroodynamika a další metody

Popis, význam a validita těchto metod pro urogynnekologickou diagnostiku byly popsány jinde (5, 6, 7).

Základní postupy

Anamnéza by měla řešit otázku, zda symptomatologie hyperaktivního měchýře v daném případě zhoršuje kvalitu života, jak jsou symptomy závažné, jaký je příjem tekutin, jaká je kvalita tekutin (káva, čaj, alkohol ...), zda nejde o vliv medikamentů, a zda jsou obtíže „idiopatické“, anebo vyvolávány konkrétní příčinou. Jde především o vyloučení infekce močových cest, diabetu (zvyšuje riziko infekcí a v pozdějších stadiích vede k neuropatii), zvažování vlivu předchozích

abdominálních operací a jiných onemocnění. Velmi důležitá je porodnická anamnéza (vedení porodu, poranění, hmotnost plodů, délka II. doby porodu). Pátráme po neurologických onemocněních (cévní příhody, parkinsonismus, ateroskleróza ...) a hodnotíme duševní stav pacientky (demence, deprese, jiná duševní onemocnění). Posuzujeme také věk, poruchy hybnosti a domácí prostředí, které situaci výrazně ovlivňují.

Mikční karty jsou užitečnou pomůckou, jejichž vyplnění se musí řídit mimo jiné také mentálními schopnostmi pacientky. Kromě zaznamenání objemu a časů přijímaných tekutin doby močení a objemu mikce mohou mikční deníky obsahovat i další údaje – např. epizody inkontinence, použité vložky.

Významnou roli hrají různé dotazníky na kvalitu života, jako kupř. Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire a jiné (8, 9). Další základní kroky jsou vyšetření moči, vyloučení uroinfekce a klinické vyšetření. Klinické vyšetření zahrnuje palpaci měchýře, v ordinaci gynekologa pak základní vyšetření k vyloučení gravidity, pánevních tumorů, při vyšetření v zrcadlech posouzení zánětu pochvy, typu prolapsu, cysto a rektokély. Doporučujeme i orientační vyšetření tzv. dolního reflexního oblouku, k němuž patří vyšetření perineálního čítí nebo bulbokavernózního reflexu (7).

Specializovaná diagnostika

Tato diagnostika patří do rukou erudovaného odborníka, ale specializované vyšetření je na místě jen u části pacientů. V každém případě je nutná pokud základní vyšetření a léčba nevedou ke zlepšení potíží, nebo pokud je podezření na závažné onemocnění (tumor, obstrukce močových cest, litiáza ...)

Speciální diagnostické postupy byly za posledních deset až dvacet let publikovány v desítkách titulů a jejich význam je nesporný. Uvádíme proto jen několik stručných poznámek k jejich využití u hyperaktivního měchýře.

Jedná se především o **ultrazvuk**, jemuž dáváme ze známých důvodů v zobrazovacích metodách přednost (5). Vylučovací urografie s následnou mikční cystografií ztratila na významu a řetzková cystografie je již záležitostí zastaralou. Magnetická rezonance není rutinou, ale přinesla řadu poznatků v základním výzkumu (10) a zřejmě ještě přinese další výsledky.

Cystoskopie a uretroskopie nemají výpovědní hodnotu o typu inkontinence. V indikovaných případech (vyloučení závažných uroteliálních patologií včetně karcinomu měchýře) u symptomů urgencye jsou však nezbytné (11).

Urodynamická diagnostika základní zahrnuje uroflowmetrii a cystometrii (plnicí, mikční).

Uroflowmetrie je neinvazivní metoda vyšetření, pomocí které se měří rychlost proudu moči za určitou časovou jednotku. Při uroflowmetrii se obvykle hodnotí $Q_{\max}$, Q_{pir} , V , typ křivky za nejpřínosnější považujeme hodnocení parametru maximálního proudu ($Q_{\max}$), kdy hodnoty pod 12 ml/sec jsme našli u žen se závažnou stenózou (6).

K uroflowmetrii patří stanovení postmikčního rezidua, změřeného při ultrazvukovém vyšetření. Uroflowmetrie z hlediska stanovení inkontinence význam nemá, u hyperaktivního měchýře lze pouze předpokládat snížený mikční volum.

Cystometrie je funkčním vyšetření měchýře a má zásadní význam v diagnostice hyperaktivního měchýře. Při vyšetření jej charakterizuje nízká hodnota prvního nucení na mikci (FDV), snížený maximální objem měchýře ($V_{\max}$), snížená hodnota compliance u hypertonického či svaštělého měchýře (C). U motorických forem urgentní inkontinence zachytíme spontánní či provokované kontrakce detruzoru (6).

Poznámky k diferenciální diagnostice

Hyperaktivní měchýř je symptomový syndrom a zahrnuje řadu poruch se shodnými příznaky frekvence, urgencye, nykturie, popřípadě inkontinence. V dalších odstavcích uvádíme některá onemocnění, projevující se symptomy hyperaktivního měchýře.

Nejzávažnější jsou tumory měchýře. Ve skupině 600 vyšetřených žen pro hyperaktivní měchýř a inkontinenci jsme prokázali takřka ve 2 % uroteliální karcinom a ve stejném procentu uroteliální dysplazie (11).

Zde považují za základní vyšetření při podezření tu m. m. cystoskopii, dále ultrazvuk, event. vylučovací urografie, či CT.

Litiáza postihuje především horní močové cesty, ale při obstrukci DMC se vykytuje i cystolithiáza. Litiáza má symptomatologii obstrukce a bolesti dle toho, kde je kámen uložen. Uretrolitiáza nemusí vyvolávat bolest, ale může působit mikční obtíže. Cystolithiáza irituje stěnu měchýře a vede k symptomům frekvence, urgencye a hematurie. Diferenciálně diagnosticky je nutné vyloučit i juxtavezikální ureterolithiázu.

Otázku močových infekcí není třeba rozvádět. Klinické příznaky jsou v praxi jasné.

Diabetes mellitus je zpravidla doprovázen močovými symptomy. Glykosurie predisponu-

je k uroinfekcím, zejména v kombinaci s postmikčním reziduem v měchýři. Pokročilejší stadia diabetu komplikuje neuropatie periferních nervů i se ztrátou pocitu nucení, což může vést k retenci a paradoxní inkontinenci z přetékání (overflow incontinence).

Závažná jsou některá neurologická onemocnění. Cévní mozkové příhody poškozují centra pro měchýř, pokud je zachována senzibilita měchýře, projeví se příznaky hyperaktivního měchýře. Často je postižena celková hybnost pacientky, což stav komplikuje. Roztroušená mozkomíšní skleróza se může projevit buď měchýřovými symptomy, v pozdějším stadiu i ztrátou kontroly sfinkterů. Urologické symptomy má také Parkinsonova choroba.

V diferenciální diagnostice se doporučuje zvážit i některé zdánlivě banální příčiny, jako například nadměrný přívod tekutin. Demence, deprese a jiné poruchy duševního stavu pacientky rovněž potencují symptomy hyperaktivního měchýře. Také musíme brát v úvahu poruchy hybnosti, obrny nebo sníženou hybnost v důsledku traumat či kloubních onemocnění.

Hyperaktivní měchýř a senium

Podle řady studií prevalence hyperaktivního měchýře narůstá po 60.–70. roce věku až k 50 %. Ve vyšším věku může být dokonce ještě vyšší. Práce Zmrhala (12), který zjišťoval měchýřové symptomy a urgentní inkontinenci v některých sociálních zařízeních, ukazuje 80 % prevalenci u pacientek osmdesátiletých a starších. Za potencující faktory hyperaktivního měchýře v seniu považujeme hlavně nervová onemocnění, četné pády, vliv farmak a lékové interakce, ale také poruchy duševní a sociální izolace. Zdá se, že hyperaktivní měchýř ve své „mokrě“ podobě je jedním z hlavních problémů starých lidí.

V otázkách diagnostiky této skupiny pacientek jsme limitováni jejich hybností a spoluprací, určitý stupeň validní diagnostiky lze poskytnout vždy. Anamnéza může být nespolehlivá, v mnohém jsme odkázáni na spolupráci s geriatrem, neurologem či internistou. Laboratorní a ultrazvuková diagnostika omezení nemá, některá urodynamická vyšetření, například cystometrie, jsou proveditelná vždy. Stejně tak v indikovaných případech nečiní u žen problémy endoskopická vyšetření. V každém případě však diagnostika v seniu vyžaduje individuální přístup s řadou omezení.

Sociální aspekty

Pro pochopení sociální problematiky je náležité pomyslné rozdělení faktu **úniku moči** –

tedy objektivně dokazatelného údaje pomocí různých měření a subjektivního údaje **o pomoci** – tedy údaje pacientky, který ukazuje nepříjemnou sociální situaci.

I když syndrom hyperaktivního detruzoru má výrazný vliv na každodenní život, je známo, že interval od objevení se prvních problémů do doby, kdy pacientka přichází do ordinace lékaře je mnohdy dlouhý – řádově i roky.

Z vysoké prevalence je zřejmé, že existuje významná zátěž pro jednotlivce, instituce a společnost, a to nejenom strádáním pacientů, ale i jejich rodin a pečovateli. Také ekonomické důsledky, které řeší pacienti, se týkají samozřejmě společnosti, která platí péči o inkontinentní.

Příčina syndromu hyperaktivního močového měchýře u žen zůstává nejasná, multifaktoriální. Neurotizmus a psychogenní faktory jej doprovázejí, ale rozhodně nejsou v příčinné souvislosti. Všichni však pozorujeme, že zmenšení atak inkontinence vede k redukci psychogenních symptomů, a tak se ženám zlepšuje kvalita života, zejména opětovnou možností zúčastnit se znovu společenského života.

Pro definování vlivu OAB na sociální podmínky lze rozdělit život ženy na tři následující období a přiblížit si tak problematické situace, specifické pro jednotlivá věková období:

- **dětství a dospívání** – enuresis nocturna – je řešeno v mnoha rodinách, je léčeno pediatrii i dalšími odborníky (urolog, psycholog, neurolog). V dětství často nacházíme i původ potíží mnoha žen – rodinný život, školka, společné toalety, školní zařízení včetně nevhodného časového harmonogramu vytvářejí předpoklad hygienických návyků. Důležitou roli hrají vrstevníci, kamarádi a jejich posměch až vytlačení z kolektivu her. Návyky, které zde začínají, ať už řízený režim pití či řízený režim vyprazdňování, vedou k prohlubování některých problémů v **produktivním věku**, kdy již zaběhnuté zvyklosti jsou dále posilovány charakterem zaměstnání či péčí o děti. Ovlivňují také např. výběr zaměstnání – průvan, nemožnost přestávky atd. OAB také podmiňuje výběr zábavy, časový režim a možnosti pohybových aktivit. Dochází tak k postupnému vyčlenění ze společenského života.
- **období stáří** – je velmi podobné předchozímu období a dále dochází k prohlubování všech potíží, zejména však projevů OAB – jeho projevy jsou také horší pro sociální začlenění do společnosti, hlavně pro nemožnost

volního ovlivnění. Snížení pohybových aktivit má i vliv na ostatní onemocnění, omezení cestování, sportu i nakupování apod. Dochází ke snížení kontaktů s příbuznými, přáteli. Také podmínky následné péče jsou omezené – viz podmínka k přijetí do lázni či LDN.

Psychosociální následky lze rozdělit do třech sfér – postižená žena, její rodina, ev. pečovatel.

1. v **individuální sféře** jde zprvu o hněv, rozpaky, ke kterým přistupují frustrace, strach deprese, sociální omezení ve smyslu zaměstnání a dalších společenských aktivit a izolaci. O ztrátě sebeúcty a sebereflexe by mohli referovat psychiatři, od kterých někdy naše pacientky přicházejí. Dochází i k postižení sexuálních funkcí. Problému, o kterém ženy téměř nehovoří, a přesto cílenými otázkami získáváme informace např. o snížení sexuální apetence v důsledku nechtěného úniku moči při sexuálním vzrušení (13). Hovoří se o snížené kvalitě života a v posledních letech se ukazuje, že komplexní zhodnocení kvality života (např. dotazníkovou formou) může být nejlepším a nejjednodušším testem, jak posoudit míru onemocnění, kterým je žena sužována. Tyto metody je možné využít k hodnocení pooperačního stavu. Dochází také k omezení produktivity práce, se zpětným působením na psychické poruchy (14).
2. **zátěž rodiny** – pokud se nebude žena cítit dobře, nebude ani rodina v pořádku, ať je to v jakémkoliv věku. K tomu, aby se cítila dobře, musí být schopná se postarat o rodinu, ale také si kvalitně odpočinout.
3. **pečovatel** – nekvalitní personál v zařízeních sociální péče svoji nekvalitní péčí dále zhorší zdravotní stav postižené ženy.

Společnost a OAB

Reakce společnosti na ženy, postižené syndromem OAB je značně individuální. Vybrali jsme faktory, které souvisejí s věkem a/nebo zevními vlivy:

- například starší ženy čekají dvakrát tak dlouho, než se rozhodnou pro vyšetření, jedním z důvodů je například obava z operace. V případě OAB nemístná.
- pro mnohé z nich hrají svoji roli i ekonomické aspekty – je třeba si uvědomit, že ne všechny jsou v důchodovém věku, spíše jsou

v klimakteriu a nemožnost změny povolání nebo dlouhodobá pracovní neschopnost je pro ně nepřekonatelnou sociální překážkou možné léčby.

- ženy nejlépe spolupracují při léčbě, pokud jim nekoliduje se sociálními aktivitami či soukromou sférou.
- 40 % inkontinentních žen se domnívá, že jsou inkontinentní, protože jsou staré – (možná jeden z důvodů, proč je v urogynekologických poradnách stále jen 20 % inkontinentních).
- některé ženy nedokážou říci, při jaké příležitosti jsou inkontinentní, a proto o potížích nehovoří ani v poradnách.

Závěr

Pokusili jsme se o komplexní pohled na diskutovaný a vysoce frekventovaný problém hyperaktivního měchýře a urgentní inkontinence moči. Základní vyšetření v prvním kontaktu přináší cenné údaje a mohou být návodem k započetí léčby. Specializovaná diagnostika umožňuje především odlišit závažná onemocnění nádorová, metabolická nebo neurologická postižení. Zvláštní a individuální přístup vyžadují diagnostické procedury u osob starých a přestárých, kde jsou však obtíže nejčastější. Při řešení hyperaktivního měchýře je doporučeno vyloučit nejprve poruchy evakuační a v dalších postupech vycházet z guidelines pro léčbu inkontinence moči EAU.

Skutečnost, zda žena vyhledá lékaře, nezávisí na úrovni vzdělání, zaměstnání či počtu dětí nebo psychologických faktorech, ale odpovídá stupni nespokojenosti, což svědčí o větší míře její zátěže.

Zdá se, že kvalita života se liší podle typu inkontinence, neboť ženy s urgentní inkontinencí, i syndromem hyperaktivního močového měchýře udávají větší vliv inkontinence na jejich život, než ženy se stresovou inkontinencí.

Literatura u autora a na www.medicinapraxi.cz

MUDr. Lukáš Horčíčka

NZZ GONA spol. s r. o., Urogynekologická ambulance
Národní 25, 110 00 Praha 1
horcic.luk@volny.cz