

ho tlaku. Patofyziologickým podkladem SUI je porušený uzávěrový mechanismus uretry, vedoucí ke zvýšené mobilitě hrdla močového měchýře, či porucha na úrovni sfinkteru močové trubice (intrinsic sphincter deficiency), přičemž oba mechanismy se mohou kombinovat. Jedná se zpravidla o únik moči při každodenních činnostech – kašel, kýčání, zvedání břemen, skákání, sportování aj.

Mezi rizikové faktory vzniku stresové inkontinence patří vaginální porod. Porod per vias naturales způsobuje distenzi pánevního dna. To může způsobit anatomické a funkční poranění pánevního dna jako celku (zejména musculus levator ani a jeho ventrální části musculus pubococcygeus) (3). Poranění struktury pánevního dna při vaginálně vedeném porodu může být přechodně kompenzováno jinými mechanismy zajištění kontinence moči a problémy s úniky se proto mohou objevit i v mnohaletém odstupu, nejspíše až v postmenopauze. Mezi další rizikové faktory SUI patří porod plodu s hmotností nad 4000 g, prodloužená druhá porodní doba, extrakční porodnická operace (klešťový porod) či ruptura perinea III. a vyššího stupně. Porodnická epidurální analgezie vede k uvolnění svalů pánevního dna v průběhu porodu a mohla by proto být ochranným faktorem pozdějšího vzniku močové inkontinence.

Na vzniku SUI již v samotném těhotenství se může podílet vliv hormonálních změn a rozvolnění pojivových tkání pánevního dna a anatomická změna podpory hrdla močového měchýře. Elektivní císařský řez může mít protektivní vliv před rozvojem symptomů stresové inkontinence, avšak u žen se třemi a více císařskými řezy v anamnéze je výskyt SUI srovnatelný jako u žen, které rodily přirozeně (4).

Stresová inkontinence moči se dělí podle závažnosti do 3 stupňů, přičemž v případě selhání konzervativní léčby přichází na řadu chirurgické řešení. Konzervativní (nechirurgické) postupy zahrnují rehabilitaci svalstva pánevního dna (s nebo bez elektrostimulace) a lokální estrogení terapii.

Urgentní inkontinence moči

Urgentní inkontinence moči je součástí syndromu hyperaktivního měchýře (overactive bladder syndrome – OAB). Jedná se o ná-

hle vzniklé nepotlačitelné nucení na močení (urgence), často s vyšší frekvencí mikcí (více než 8krát za 24 hodin) a epizodami nočního močení (nykturie). Tyto symptomy vznikají v průběhu plnicí fáze močového měchýře, tedy při malém objemu moči v měchýři na základě náhlého zvýšení intravezikálního tlaku. Etiologie hyperaktivního močového měchýře je buď senzoričká (zvýšená senzitivita receptorů detrusoru močového měchýře) nebo motorická (podmíněná spontánní hyperaktivitou detrusoru). Suchá forma OAB zahrnuje symptomy urgencí bez úniku moči. Mokrá forma hyperaktivního měchýře je spojena s urgentním nekontrolovatelným únikem moči. Léčba je dominantně farmakologická a spočívá v podávání parasimpatolytik nebo beta-3 adrenergických agonistů. Tyto léky obsazují receptory ve svalovinu močového měchýře, čímž pomáhají tlumit aktivitu detrusoru a zvyšovat funkční kapacitu močového měchýře (5).

Smíšená forma inkontinence moči

Zahrnuje kombinaci úniků moči stresového typu a příznaků hyperaktivního měchýře (OAB).

Reflexní inkontinence moči

Vzniká následkem ztráty volní regulace vyprazdňování měchýře při poranění míchy či onemocnění centrálního nervového systému. Při reflexní inkontinenci moči je porušena regulace vědomé kontroly mikce a únik moči nastává při naplnění močového měchýře nekontrolovatelně, resp. reflexně.

Paradoxní inkontinence

Tento typ močové inkontinence se projevuje odtékáním moči z přeplněného a chronicky dilatovaného močového měchýře. K dilataci svaloviny močového měchýře a zhoršení evakuační funkce měchýře přispívá často subvezikální obstrukce následkem ana-

tomického poklesu dělohy a poševních stěn, resp. postinfekční striktura uretry. Druhou příčinou paradoxní ischurie je hypotonie svaloviny močového měchýře (např. po radikálních onkogynekologických operacích), která se zpočátku projevuje neúplným vyprazdňováním měchýře se zvyšujícím se močovým reziduem. Pokud intravezikální tlak převyší uzavírací tlak uretry, nastává únik moči z přetékání bez detrusorové aktivity.

Extrauretrální inkontinence moči

Tato skupina zahrnuje problematiku vrozených vývojových vad (extrofie močového měchýře, ektopický ureter) nebo získané formy (urogenitální píštěle), kdy dochází k úniku moči mimo močovou trubici.

Epidemiologie

Příznaky inkontinence moči se vyskytují u žen dvakrát častěji než u mužů. Maximum výskytu močové inkontinence je mezi 6. a 7. dekadou života. Prevalence stresové inkontinence moči v populaci dospělých žen se dle Milsoma pohybuje v intervalu 20–45 %, přičemž symptomy hyperaktivního měchýře trpí až 30 % žen (2). Stanovení přesné prevalence močové inkontinence je obtížné, protože odbornou pomoc vyhledává méně než 10 % žen s tímto symptomem. Zbylá část žen se za své problémy stydí a aktivně je svému praktickému lékaři či gynekologovi nesdělí. Část populace se dokonce domnívá, že močová inkontinence je neléčitelná a je běžnou součástí procesu stárnutí. Aktivní dotaz praktického lékaře na symptomy močové inkontinence by mohl představovat onu pomyslnou pomocnou ruku, které by se ženy s inkontinencí moči mohly chytit a začaly své problémy řešit.

Vliv na kvalitu života

Močová inkontinence negativně ovlivňuje osobní a partnerský život a snižuje kvalitu života. Nechtěné úniky moči v průběhu

Tab. 1. Klasifikace inkontinence moči

Klasifikace dle Ingelmanna-Sundberga	Únik moči
1. stupeň	■ při náhlé změně intraabdominálního tlaku, např. kašel, kýčání, smích, skok
2. stupeň	■ při běžných denních pohybových aktivitách, např. zvedání břemen, popoběhnutí, zrychlená chůze
3. stupeň	■ bez fyzické aktivity, i vleže