

řila zejména na podporu uretry a ne na elevaci hrdla močového měchýře do místa působení intraabdominálního tlaku, což bylo principem v té době „zlatého standardu“ chirurgické léčby stresové inkontinence pomocí tzv. závěsné operace – kolposuspenze podle Burche (10).

V roce 1995 byla představena první transvaginální páska pro léčbu stresové inkontinence, tzv. tension-free vaginal tape (TVT) (11). Tato páska je vyrobena z polypropylenu – biokompatibilního materiálu, který je přiměřeně pružný a inkorporuje se do okolní pojivové tkáně. Monofilamentní pásy mají ve srovnání s dříve používanými biologickými suburetrálními implantáty (například z fascia lata) dlouhodobou pevnost a efektivitu (10).

Operace pomocí retropubicky zavedené TVT využívá efektu kolénkového zalomení mediální a distální uretry o zavedenou pásku (knee-angulation), které nastává při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku. Páska na zaváděcí jehle se aplikuje cestou krátké přední mediální kolpotomie, jehla se po průchodu retropubickým prostorem vyvádí suprapubicky bilaterálně od střední čáry a za kontroly tahu se volně podkládá pod střední část močové trubice. Takto uložená páska tvoří mechanickou podporu. Při zavádění TVT pásky je nutná peroperační kontrola integrity močového měchýře cystoskopií (pro riziko perforace). TVT je vhodná pro pacientky s nízkým uzávěrovým tlakem a menší pohyblivostí uretry.

Pro komplikace spojené s TVT byla na trh v roce 2001 uvedena „bezpečnější“ tzv. transobturatorně zaváděná polypropylenová páska (TVT-O) (12).

Operace využívá horizontálního zavedení pásky pod uretru přes m. obturatorius internus, foramina obturatoria kostí stydkých, m. obturatorius externus, adduktory, dále podkožím a kůží. V případě zavedení metodou „in-out“ je páska na zaváděcí jehle aplikována transvaginálně vypreparovanými podslizničními tunely pod přední poševní stěnou bilaterálně, po průniku obturatorní membránou se jehla z pásky vypíchne kůží v úrovni genitofemorální rýhy přibližně 2

cm nad rovinou uretry (13). Za kontroly tahu se páska volně ukládá pod střední část močové trubice. Pásku je možné zavést také technikou „out-in“, u které je princip preparace tunelů pod sliznicí pochvy obdobný, ale páska se zakládá zvenku incizí kůže v genitofemorálním sulku (12). Komplikace této metody jsou ve srovnání s klasickou TVT méně časté. Hlavní riziko operace pomocí TVT-O představuje poranění nervové cévního svazku (nervus et vasa obturatoria, nervus pudendus) v laterální části foramen obturatorium. Komplikací operace může být bolestivost v místě úponů adduktorů, infekce či vznik hematomu. Rizikem je také hyperkorekce pásky a nemožnost spontánní mikce. Z dlouhodobých komplikací se můžeme setkat s protruzí implantátu či syndromem pánevní neuropatie.

Dalším typem tahuprostých pásek jsou tzv. minipásy. Implantát je kratší a je fixován plastovou kotvou do m. obturatorius internus a jeho fascie bilaterálně. Rizika peroperačních komplikací jsou díky tomuto minimalizována. Minipásy nejsou vhodné u obézních žen.

Výběr antiinkontinentního výkonu je pro každou ženu individuální. Operace mohou probíhat v lokální či celkové anestezii. Dlouhodobá úspěšnost miniinvazivních operací pomocí TVT a TVT-O dosahuje 95 % (14).

V případě selhání antiinkontinentního výkonu či u pacientek s nízkým uretrálním tlakem se do submukózního prostoru 1 cm od vnitřního ústí uretry aplikuje polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®), který mechanicky zvyšuje výtokový odpor uretry. Efekt této metody je přibližně 75 % (15).

Terapie hyperaktivního měchýře

Cílem terapie hyperaktivního měchýře je potlačení příznaků. K tomuto se používají parasympatolytika a beta-3 adrenergní agonista.

Parasympatolytika působí na cholinergní receptory močového měchýře, čímž inhibují funkci detrusoru, tlumí vnímání náplně močového měchýře a zlepšují jímací funkci močového měchýře. Hlavní limitací této jinak efektivní

terapie hyperaktivního měchýře představují nežádoucí účinky této léčby, zejména vliv na centrální nervovou soustavu a kognitivní funkce (např. poruchy paměti a zmatenost), dále suchost sliznic očí a úst (xerofthalmie, xerostomie), sklon k obstrukci a poruchy akomodace. Tento soubor nežádoucích účinků může být důvodem ukončení léčby. Léčba parasympatolytiky je kontraindikována u pacientek s glaukomem (s uzavřeným úhlem), myastenii gravis, nespecifickými střevními záněty či srdečními arytmiemi (16).

Léčba přípravy s parasympatolytickým účinkem (1. generace – trospium, propiverin, oxybutinin; 2. generace – fesoterodin, solifenacin, darifenacin) začíná obvykle nižšími dávkami těchto léčiv, přičemž podle efektivity a tolerance nežádoucích účinků je možné léčbu navýšit. Mezi léky první generace patří trospium, který je vhodný u starších pacientek, neboť na rozdíl od dalších zástupců starší generace parasympatolytik minimálně přestupuje přes hematoencefalickou bariéru, čímž je minimalizován vedlejší efekt na kognici. Nevýhodou je podání až 3× denně. Léčivé přípravky z novější druhé generace mají vyšší selektivitu k receptorům M2 a M3 na močovém měchýři, neprochází hematoencefalickou bariérou a vykazují méně systémových nežádoucích účinků.

Stejný terapeutický efekt mají beta-3 adrenergní agonisté. Jediným zástupcem této skupiny je mirabegron, který mohou užívat i ženy s glaukomem. Mirabegron se používá zejména v případě kontraindikace, neúspěchu či intolerance léčby pomocí parasympatolytik (17). Lze využít v kombinaci s parasympatolytiky. Kontraindikací k léčbě mirabegronem je nekontrovaná hypertenze.

Efekt farmakoterapie můžeme hodnotit za 3 měsíce při pravidelném užívání a u zhruba 80 % pacientek vede léčba ke snížení příznaků OAB. U smíšené formy inkontinence močí je možné využít i tricyklická antidepresiva (imipramin). U pacientek s nykturiemi je alternativou podání antidiuretika (desmopresin). V případě léčby indikované urogynekologem je možná preskripce cestou praktického lékaře. Důležité

AIDIAN

Více info na www.aidian.cz, info@aidian.cz



**Uricult®
Trio / Plus**

- průkaz IMC přímo v ordinaci
- výsledek rychleji než z laboratoře
- hrazeno pojišťovnou – kód 02222