

R. Fiala, F. Zátura, R. Reif, R. Vrtal

pracoviště: Urologická klinika, FN Olomouc
přednosta: doc. MUDr. František ZÁTURA

MYOGENNÍ SELHÁNÍ DETRUZORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A INKONTINENCE MOČE

KLÍČOVÁ SLOVA:

Inkontinence moči
Myogenní selhání močového měchýře
Líný měchýř
Čistá intermitentní katetrizace

SOUHRN:

Autoři upozorňují na možnost záměny dvou onemocnění, která mají odlišnou etiologii a způsob léčby. Líný měchýř - myogenní selhání měchýře - je onemocnění, které se může projevovat únikem moče, záněty a velmi častým nebo naopak nepravidelným a obtížným močením. Může imitovat stressovou inkontinenci, urgentní inkontinenci nebo idiopatické retenční stavy.

Vyhodnoceny byly nálezy 35 pacientek odeslaných s diagnózou inkontinence, u kterých byl dalšími vyšetřeními prokázán líný měchýř. 21 (60 %) z nich mělo již za sebou neúspěšnou medikamentózní terapii v trvání 4 - 24 měsíců. Po zavedení čisté intermitentní katetrizace bylo 34 (97 %) nemocných ihned kontinentních, u jedné přetrvává minimální stressová inkontinence, kterou řeší vložkou při sportovních aktivitách. Doba léčby byla různá, do 6 měsíců bylo vyléčeno 22 (63 %) nemocných, déle jak rok se léčilo 6 (17 %) nemocných.

KEY WORDS:

Urine incontinence
Myogenous urinary bladder failure
Lazy bladder
Frequent intermittent catheterisation

SUMMARY:

THE MYOGENOUS FAILURE OF URINARY BLADDER DETRUSOR AND URINE INCONTINENCE

Authors mention a possible confusion of both illnesses, which have different aetiology and different treatment. Lazy bladder - myogenous bladder failure - is a disease with symptoms of urine escape, inflammations and very frequent micturition or contrary irregular and difficult micture. It can imitate the stress incontinence, urgent incontinence or idiopathic retention status.

The findings in 35 patients sent for incontinence diagnosis were evaluated, where by further examinations the lazy bladder was finally diagnosed. 21 of them (60 %) have underwent an unsuccessful pharmacological treatment in duration from 4 to 24 months. After introduction of frequent intermittent catheterisation became 34 (97 %) immediately continent, one remains minimum stress incontinent, solving this situation by use of pads in sport activities. The length of treatment duration varied, 22 women (63 %) recovered after six months, 6 patients (17 %) were treated for longer than one year.

ÚVOD:

Inkontinence moče je mimovolný únik moče, který je projevem dysfunkce dolních močových cest. Příčina je v porušeném detruzoru, sfinkteru nebo obou. Etiologicky se jedná o pestroutu paletu onemocnění, které se liší prevalencí a incidencí. Jednou z méně častých příčin inkontinence je i získané myogenní selhání detruzoru - tzv. líný měchýř (9, 11), nejčastější je naopak stresso-

vá inkontinence. Příliš zjednodušený pohled na problematiku kontinence vede k záměně těchto onemocnění, projevujících se stejným příznakem, ale s různou etiologií.

Myogenní selhání detruzoru u líného měchýře vzniká volným potlačováním nutkání na močení, které vede k poruše uskladňování, velké kapacitě a velké komplianci měchýře, nízké frekvenci močení (1 - 2 x za den). Trvalá distenze stěny způsobuje poruchy v aktinomyozinovém komplexu a působí poruchu kon-

traktility a tím poruchu vyprazdňování měchýře. Zvyšuje se močové reziduum, protože kontrakce detruzoru je slabá nebo krátká. S růstem rezidia se zvyšuje frekvence mikce, může se objevit infekce, litiáza, inkontinence.

MATERIÁL A METODIKA:

Retrospektivně byla vyhodnocena dokumentace 51 pacientů z let 1993 - 1998, u kterých byla prokázána diagnóza líného měchýře. Jednalo se o 8 mužů a 43 žen.

Myogenní selhání detruzoru se u 35 žen projevilo inkontinencí moče, u ostatních 8 žen jinými symptomy dolních močových cest (frekventní mikce, recidivující akutní cystitidy apod.).

Věk patientek s myogenním selháním detruzoru a inkontinencí byl 18 - 69 let, průměrný věk 51,3. Patientky mladší 18 let nebyly vyhodnoceny, jsou v péči dětské urologické ambulance.

Všechny patientky byly vyšetřeny po vysazení medikace ovlivňující dolní močové cesty. Po stanovení přesné diagnózy byly všechny patientky léčeny podle stejného protokolu, který používáme u tohoto onemocnění.

První 3 měsíce prováděly nemocné čistou intermitentní katetrizaci ráno, dopoledne, v poledne, odpoledne, večer a před spaním. Ani jedna neměla při kontrole mikčního diáře excesivní příjem tekutin, tedy ani zvýšený výdej moči.

Po tomto úvodu další 3 měsíce prováděly docévkování po normálním pokusu o spontánní močení. Docévkovaná rezidua si zapisovaly do protokolu. Při další kontrole byl deník s močovými rezidui vyhodnocen. Pokud v některou denní dobu poklesla rezidua pod 50 ml, byla intermitentní katetrizace v tomto čase zrušena a prováděla se pouze sporadicky (jednou za týden až dva) jako kontrola. Nejčastěji přetrvávaly vyšší rezidua ráno a večer.

Ostatní nemocné dodržovaly další 3 měsíce úplný režim čisté intermitentní katetrizace. Poté byly instruovány o nahodilém provádění docévkování, aby závčas zjistily, zda se onemocnění upravuje.

Ve studii jsme hodnotili i primární terapii, protože 21 (60 %) žen se dostavilo na urologickou ambulanci již po nějakém neúspěšném způsobu terapie od jiného lékaře. Dále jsme sledovali úspěšnost intermitentní katetrizace - vymizení inkontinence a obnovení funkce detruzoru.

VÝSLEDKY:

Z 35 žen odeslaných na urologickou ambulanci jinými lékaři s diagnózou močové inkontinence jich 7 (20 %) bylo odesílajícím odborníkem označeno jako stressová inkontinence, 15 (43 %) jako urgentní inkontinence, 9 (26 %) jako smíšená inkontinence a 4 (11 %) jako retence moče a inkontinence (paradoxní ischurie).

	Stressová inkontinence	Urgentní inkontinence	Smíšená inkontinence	Retence močová
Ditropan	0	7	5	3
Mictionorm	0	2	0	0
Melipramin	1	1	0	1
Estrogeny	1	0	0	0
Celkem	2	10	2	4

Tabulka 1: Typy referované inkontinence a její terapie

Primární terapie.

21 (60 %) nemocných bylo již před odesláním na urologickou ambulanci léčeno gynekologem nebo urologem, důvodem urologického konzilia byl terapeutický neúspěch (Tab. 1).

Z patnácti patientek s diagnózou urgentní inkontinence jich sedm bylo léčeno Ditropanem, dvě Mictionormem a jedna Melipraminem ve standardní denní dávce. Doba terapie se pohybovala v rozmezí 4 - 15 měsíců.

Ze sedmi patientek s diagnózou stressové inkontinence byla jedna léčena 24 měsíců estrogenovými náplastmi a druhá 13 měsíců Melipraminem.

Ze čtyř nemocných, které měly močovou retenci a přetékající měchýř, užívaly tři nemocné Ditropan a jedna Melipramin.

Pět nemocných s obrazem smíšené inkontinence bylo léčeno Ditropanem 9 - 17 měsíců.

Nejčastěji předepisovaný preparát byl Ditropan (15 nemocných), podstatně méně Melipramin (3 nemocné) a Mictionorm (2 nemocné), pouze jedna brala hormonální substituci. Délka neúspěšné terapie činila 4 - 24 měsíců (průměr 11 měsíců).

Čistá intermitentní katetrizace.

Celková délka intermitentní katetrizace do úspěšné úpravy mikce byla různá. Pouze 5 (14 %) patientek ukončilo úspěšně terapii již za 3 měsíce. Téměř polovině nemocných, 17 (49 %), stačilo 6 měsíců, 6 nemocných (17 %) potřebovalo 9 měsíců do úpravy potíží, jedna pacientka (3 %) se upravila do roka a ostatní, 6 (17 %), vyžadovaly terapii delší jak jeden rok.

Všechny patientky, které uspěly v terapii, byly instruovány tak, aby pokračovaly v přesně stanoveném denním mikčním programu a prováděly sporadickou čistou intermitentní katetrizaci ke zjištění relapsu.

Úspěšnost ve smyslu získání kontinence byla okamžitá. 34 (97 %) nemocných se stalo po zahájení intermitentní katetrizace ihned suchými, pouze u jedné přetrvává minimální stressová inkontinence, kterou řeší vložkou při sportovní aktivitě (Tab. 2).

	ihned	3 měsíce	6 měsíců	9 měsíců	12 měsíců	Déle
Kontinence	34					1
Úprava mikce	0	5	17	6	1	6

Tabulka 2: Vliv čisté katetrizace na inkontinenci a úpravu mikce v závislosti na čase

DISKUSE:

Líný měchýř je non-neurogenní myogenní získaná porucha, která postihuje muže, ženy i děti (2, 3, 6, 9).

Při jeho vzniku se uplatňuje volné potlačování nucení na močení a oddalování mikce s prodlužováním intervalu mezi jednotlivými mikcemi. Postupně se rozvíjí porucha uskládění moče, pro níž je charakteristický velký mikční objem a nízká denní frekvence močení (9, 16). Urodynamicky při plnění cystometrii lze nalézt velkokapacitní měchýř (1000 - 2000 ml), sníženou senzitivitu na náplň, velkou complianci a normoaktivní detruzor (1). Trvalá distenze stěny měchýře však vede ke změnám ve svalových vláknech detruzoru a k poruchám aktinomyozinového komplexu. Využívá se porucha kontraktility (5, 6, 11), kontrakce je krátká, nestačí evakuovat všechnu moč z měchýře a k poruše uskládění (2) se přidává porucha vyprazdňování (9). Narůstající reziduum

a snížená funkční kapacita měchýře vedou ke změně mikční frekvence, od nízké přes normální až k patologické frekvenci mikcí o nízkých objemech nebo i k močové retenci. Reziduální moč může být příčinou recidivujících cystitid nebo inkontinence.

Onemocnění je často profesionálně vázané (učitelky, zdravotní sestry), objevuje se však i v dětském věku. Od myogenní poruchy je nutno odlišit sekundární detruzorové poruchy při subvezikální obstrukci a neurogenní poruchy vyznačující se narušenou senzitivitou (diabetes mellitus), nebo chlopňový měchýř (14).

V anamnéze je zprvu typická nízká frekvence mikce. Pokud nepřivede nemocného závčas k lékaři, mění se ve frekvenci vysokou. Lze ji verifikovat mikčním diářem. Porucha kontraktility může být patrná při uroflowmetrii (9, 16). Její křivka je nepravidelná a typická pro mikci s použitím břišního lisu, který ale nestačí k úplnému vyprázdnění. Postupem času roste reziduum. Diagnózu stanovíme endoskopií, ultrasonografií, plnicí a mikční cystometrií (videourodynamika).

Velké reziduum může být příčinou inkontinence, která může imitovat stressovou, urgentní i smíšenou inkontinenci. Myogenní selhání detruzoru končí retencí nebo paradoxní ischurií. Záměna primární myogenní poruchy s jinými poruchami dolních močových cest projevujících se inkontinencí vede k nesprávnému způsobu léčby a tím k prodlužování strádání pacienta. Například preskripce anticholinergik u pacienta s vysokou frekvencí mikce, která je způsobená reziduem a neschopností detruzoru moč vytlačit, vede pouze ke zvýšení frekvence močení nebo až k retenci. Takto bylo léčeno 11 (31 %) našich pacientek. Rovněž hormonální preparáty, pánevní cviky nebo operace neovlivní průběh tohoto onemocnění. Nelze očekávat ani zlepšení stavu podáváním parasymptomimetik (4, 5). Účinek na myogenní selhání nemají žádný a pacienta obtěžují nežádoucími účinky. Nadějným se zdá cisapride (6). Redukční cystoplastika se provádí výjimečně (10), rovněž neuromodulace (8, 15) není standardní terapií. Léčebným standardem zůstává čistá intermitentní katetrizace (7, 12, 13).

ZÁVĚR:

U pacientů s inkontinencí moče je třeba myslet i na jiné příčiny potíží než jsou klasická stresová nebo urgentní inkontinence. Patří sem i nevědomá inkontinence (není provázána ani urgencí ani není přítomen stressový manévr), postmikční dribling, kontinuální inkontinence (nejčastěji ureterické), reflexní inkontinence (u neurogenních měchýřů) a inkontinence z přetékání. Každá z těchto poruch kontinence může mít různou etiologii. Přechodnou inkontinenci může způsobit infekce, atrofická kolpitis, zácpa a imobilizace u starých nemocných, excesivní výdej tekutin (při léčbě srdečního selhání), stavy zmatenosti a některé léky (di-uretika, antihypertenziiva, antidepresiva, hypnotika, neuroleptika).

Líný měchýř u našich nemocných s původní diagnózou inkontinence se podařilo po stanovení správné diagnózy velmi dobře ovlivnit čistou intermitentní katetrizací, a tím nejen ochránit horní močové cesty, ale i výrazně zlepšit kvalitu jejich života.

MUDr. Richard Fiala, Csc.
Wolkerova 54
779 00 Olomouc

LITERATURA:

1. Abrams, P.H., Blaivas, J.G., Stanton, S.L. et al.: Standardisation of lower urinary tract function. *Neurol Urol. Urodynam.*, 1998, 7, s.403-408.
2. Bauer, S.B., Retik, A.B., Colodny, A.H.: The unstable bladder of childhood. *Urol.Clin. North. Am.*, 1980, 7, s.32-35.
3. Bloom, D.A., Seele, W.W., Ritchie, M.L. et al.: Toilet habits and continence in children: An opportunity sampling in search of normal parameters. *J. Urol.*, 1993, 149, s.1087-1090.
4. Farrel, S.A., Webster, R.D., Higgins, L.M. et al.: Duration of postoperative catheterization: A randomized double-blind trial comparing two catheter management protocols and the effect of bethanechol chloride. *Int. Urogynecol. J.*, 1990, 1, s.132-140.
5. Finkbeiner, A.E.: Is bethanechol chloride clinically effective in promoting bladder emptying? A literature review. *J. Urol.*, 1985, 134, s.443-449.
6. Franceschetti, G.P., Candurra, S.M., Vicini, D., Tonini, M.: Cisapride enhances detrusor contractility and improves micturition in a woman with lazy bladder. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1997, 31, č.2, s.209-210.
7. Hanuš, T.: Intermitentní katetrizace močového měchýře. *Čas. Lék. čes.*, 122, 1983, č.37, s.1135-1137.
8. Hohenfellner, M., Schulz-Lampel, D., Dahms, S.: Bilateral chronic sacral neuromodulation for treatment of lower urinary tract dysfunction. *J. Urol.*, 1998, 160, s.821-824.
9. Kirby, R.S., Fowler, C., Gilpin, S.A., Holby, E. et al.: Non obstructive detrusor failure, a urodynamic, electromyographic, neurohistochemical and autonomic study. *Brit. J. Urol.*, 55, 1983, č.6, s.652-695.
10. Klarskov, P., Holm-Bentzen, M., Larsen, S.: Partial cystectomy for the myogenous decompensated bladder with excessive residual urine. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1988, 22, s.251-256.
11. Koefoot, R.B., Webster, G.D., Anderson, E.E. et al.: The primary megacystis syndrome. *J. Urol.*, 1981, 125, s.232-234.
12. Lapiques, J., Diokno, A., Silber, S. et al.: Clean intermittent selfcathetrization in the treatment of urinary tract disease. *World. J. Urol.*, 1991, 9, s.99-100.
13. Lapiques, J., Diokno, A.C., Lowe, B.S. et al.: Follow-up on unsterile, intermittent self-cathetrization. *J. Urol.*, 1974, 111, s.184-187.
14. Peters, C.A., Bauer, S.B.: Evaluation and management of urinary incontinence after surgery for posterior urethral valves. *Urol. Clin. North. Am.*, 1990, 17(2), s.379-387.
15. Shaker, H.S., Hassouna, M.: Sacral root neuromodulation in idiopathic nonobstructive chronic urinary retention. *J. Urol.*, 1998, 19, s.1476-1478.
16. Webster, G.D., Koefoot, R.B., Sihelnik, S.: Urodynamic abnormalities in neurologically normal children with micturition dysfunction. *J. Urol.*, 1984, 132, s.74-77.