

Inkontinence – nemoc, která se dá léčit

MUDr. Jiří Slíva, Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

Pod pojmem inkontinence (z lat. „in“ – zápor; „contineo“ – držet pohromadě) si pravděpodobně většina z nás představí samovolný únik moči. Statisticky uvádějí, že s poruchami inkontinence má vlastní zkušenost dokonce až každá čtvrtá žena starší 18 let. Nemalé množství obyvatel však trápí i inkontinence fekální (též anální), která postihuje 2–18% nemocných. Z běžné klinické praxe vyplývá, že problémy s kontinencí má přibližně 10 % dětí starších 5 let, respektive 1% adolescentů nad 16 let. Právě v této věkové kategorii je pomůčování se (zejména v noci – enuresis nocturna) vnímáno jako velmi trapné a ponižující, a to nejen pro dítě samotné, ale bohužel často i pro rodiče, kteří se stydí a mnohdy váhají s vyhledáním odborné pomoci.

Příčin inkontinence moči je celá řada. Vedle psychogenních faktorů se jedná o příčiny organické, ze kterých zmiňme vrozené vývojové vady, operace či úrazy malé pánve nebo páteře, neurologická onemocnění – sclerosis multiplex, poliomyelitis, infekce či degenerativní stavy spojené se stárnutím organismu. Inkontinence se rovněž může objevit jako doprovodný jev při těhotenství, resp. po porodu, a to jako důsledek pozměněných anatomických poměrů v malé pánvi.

V případě fekální inkontinence pak bývají nejčastěji zmiňovány vrozené vývojové vady, komplikované porody, chirurgické výkony v oblasti anorekta, nádorová, zánětlivá či neurologická onemocnění kolorekta, na druhé straně se však může jednat i o psychiatrické poruchy (demence, deprese, úzkost), onemocnění svalů (myasthenia gravis, myopatie), diabetes mellitus (sekundárně vzniklá neuropatie) či některé autoimunitní choroby (sklerodermie – fibrotizace vnitřního análního svěrače). Neméně důležitou roli hraje i přítomnost infekčního agens, konzumace některých potravin či užívání určitých léků (šírokospektrá ATB, laxativa, cytostatika, antitirevmatika aj.).

Klasifikace močové inkontinence

Močovou inkontinenci běžně dělíme dle etiopatogeneze na inkontinenci: 1) stresovou (únik moči v důsledku náhlého zvýšení tlaku v dutině břišní při fyzické námaze, kašlání, smíchu nebo kýčání); 2) urgentní (únik moči

následkem nedostatku koordinace impulsů mozku a činností močového měchýře, kdy dochází k silnému a náhlému nucení na močení); 3) z přetékání (pozvolné unikání moči při přeplněném močovém měchýři – ischuria paradoxa – při zúžení močové trubice); 4) smíšenou (kombinace předchozích).

Léčba

Léčebné postupy je obecně možné rozdělit na nemedikamentózní a medikamentózní a samotný přístup k pacientovi lze charakterizovat jako multidisciplinární (problematika urologie, gynekologie, fyzioterapie či psychologie).

Z prvních skupin zmiňme především rehabilitační cvičení zaměřená na posílení dna pánevního (např. tzv. Kegelyovy cviky). Vedle standardní gymnastiky pánevního dna je dále u žen možné vyzkoušet vaginální konusy zesilující tuto svalovinu. Analogicky pracují i elektrodočasně umístěné v pochvě či konečniku, stimulační svalová vlákna ve svém okolí. Taková stimulace tak může stabilizovat hyperaktivní svalovinu a zároveň stimulovat kontrakci hladkých svalových buněk močové trubice. Je proto možné ji užít při stresové i urgentní inkontinenci. Velmi blízká předchozím metodám je i metoda biofeedbacku, spočívající v záznamu kontrakcí sfinkterů hladké svaloviny močového měchýře i uretry (popřípadě recta), jež pacientovi usnadní jejich cílenou volní kontrolu, respektive udá, že je třeba navštívit toaletu, neboť záhy bude zcela jistě následovat samovolný únik moči (respektive stolice).

Medikamentózní léčba

Při fekální inkontinenci jsou nejčastěji podávány obštipancia působící prostřednictvím opioidních receptorů (t.č. jsou v České republice registrovány loperamid, loperamid/sime-ticon či diphenoxylat), jejichž stimulace vede ke zpomalení peristaltiky a zvětšení klidového tonu análního svěrače. Podobně příznivý účinek byl zjištěn i u tricyklického antidepresiva amitriptylinu, který lze přičíst na vrub jeho anticholinergnímu a serotoninergnímu působení.

Možnosti medikamentózní intervence u stresové inkontinence jsou velmi omezené. Nejčastěji využívány jsou α 1-sympatomimetika, jež přispívají ke zvýšení intrauretrálního tlaku (efedrin, norfenefrin, midodrin, phenylpropanolamin či methoxamin). Jejich poměrně dobrý klinický účinek však bývá vyvážen řadou nežádoucích účinků, vycházejících z jejich mechanismu působení (zejm. bolest hlavy, palpitate, nevolnost, sucho v ústech, třes, arytmie, poruchy spánku aj.). Zajímavé je, že účinnost těchto látek byla rovněž sledována při jejich kombinování

s estrogeny, a to za snížení samovolného úniku moči a signifikantního subjektivního zlepšení. Samotný mechanismus působení estrogenů však zůstává přinejmenším poněkud zamlžený (možný senzitivizující vliv na α -receptory?, zvýšení počtu epiteliálních buněk v uretře?...). Vzhledem k rozsahu ovlivnění řady receptorů nacházejí své uplatnění v léčbě i tricyklická antidepresiva, která působí pozitivně na výtokový odpor v uretře a navíc snižují kontraktilitu močového měchýře (pravděpodobně inhibicí zpětného vychytávání noradrenalinu na synapsích uretry). Podobně jako sympatomimetika, i tyto látky jsou spojeny s řadou nežádoucích účinků (především sucho v ústech, zácpa, hypotenze, rozostřené vidění, arytmie aj.) a relativně vysokým potenciálem lékových interakcí. Nově je využíváno molekuly duloxetinu, která našla mj. též uplatnění v léčbě depresivní poruchy či neuropatické bolesti (působí jako inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu na nervové synapsi).

Léčba inkontinence urgentního typu se nese v duchu snahy obnovy volní kontroly mikce prostřednictvím ovlivnění inervace. Vzhledem k bohatému zásobení parasympatickými vlákny je nasnadě využívání zejména parasympatolytik, a to se selektivitou k muskarinovým receptorům M3 a M2. Zatímco receptory M3 jsou důležité pro fyziologickou kontrakci močového měchýře, typ M2 se uplatňuje zejména při patologických stavech. Z parasympatolytik se klinicky osvědčily především látky obsahující ve své molekule čtyřmocný dusík a dále parasympatolytika se smíšeným (navíc spasmolytickým) účinkem. Čtyřmocný dusík do určité míry zvyšuje afinitu těchto látek k nikotinovým receptorům vegetativních ganglií, čímž se mj. zvýší i spasmolytický účinek v místě močového měchýře. Z těchto látek zmiňme alespoň ty, jež jsou v současné době (AISLP 2008.3) registrovány v ČR – darifenacin (Emsalex), solifenacin (Vesicare), tolterodin (Detrusitol, Detrusitol SR, Uroflow), trospium (Spasmed, Spasmex, Urplex). K léčivým přípravkům se zvýrazněným spasmolytickým účinkem patří oxybutinin (Ditropan, Kentera, Uroxal) a propiverin (Mictonetten, Mictonorm). Oxybutinin začíná být nově adjustován i do náplastové transdermální formy, jejíž aplikace je spojena s nižším výskytem nežádoucích účinků. I u urgentního typu inkontinence mohou být podána tricyklická antidepresiva, přičemž největší zkušenosti jsou s imipraminem (Melipramin), jež kromě synaptických hladin noradrenalinu a serotoninu navíc působí parasympatolyticky a sympatomimeticky.

Literatura u autora.