

Syndrom hyperaktivního měchýře

– 1. část

MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU,
Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze,
TH klinika, s.r.o., Praha

Problematika hyperaktivního měchýře (OAB, „overactive bladder“) je aktuálním tématem, kterému je věnována velká část klinických, výzkumných i publikačních aktivit urologů, urogynekologů a těch, kteří se zabývají neurourologií. Ukazuje se také, že je tímto stavem postiženo mnohem více lidí, než se dosud myslelo. Přestože se nejedná o stav, který by pacienta ohrožoval přímo na životě a životních funkcích, je problémem velmi obtěžujícím a limitujícím pacienta v mnoha ohledech. Díky probíhajícímu výzkumu se v posledních letech zásadně změnil pohled na patofyziologii, diagnostiku a farmakoterapii těchto obtíží.

Úvod

Problematika hyperaktivního měchýře je velmi aktuálním tématem, kterému se věnuje současná urologie, urogynekologie a neurourologie. Tak, jak se prodlužuje délka života populace, patrně bude přibývat pacientů s tímto onemocněním. U populace nad 40 let (obou pohlaví) je prevalence OAB více než 17%. V některých studiích autoři dokonce zjistili prevalenci 28,5, resp. 30%. Hyperaktivní měchýř se tak stává závažným léčebným, ale také socioekonomickým problémem.

Mnozí pacienti vůbec nepovažují své mikční obtíže za zásadní, mají za to, že je to daň stárnutí a také nezdravému životnímu stylu. A to i navzdory tomu, že musí měnit své běžné denní pracovní a sportovní aktivity, pracovní zařazení a někteří jsou donuceni změnit pracovní místo.

Definice

Hyperaktivní měchýř je definován jako syndrom charakterizovaný kombinací těchto příznaků: urgence s/bez urgentní inkontinence, frekventní mikce a mnohdy i nykturie. Nahrazuje tedy jen součást OAB – **urgentní inkontinenci**, kterou byly příznaky OAB do nedávné doby pojmenovávány. V případě, že je příčina neznámá, hovoříme o tzv. **primárním** hyperaktivním měchýři, narozdíl od **sekundárního** hyperaktivního

měchýře, kdy obtíže vznikají na podkladě zánětu, nádoru močového měchýře, cystolitíazy, cizího tělesa v měchýři, neurogenní poruchy, po radioterapii nebo na podkladě subvezikální obstrukce.

Urgence je náhle vzniklý pocit, při kterém má pacient silné nucení na močení, kterému nelze odolat. Přichází většinou náhle bez závislosti na náplni močového měchýře. Jen obtížně se jej daří vědomě potlačit. Pokud pacient nevyhoví tomuto nucení a nevyhledá toaletu, nucení se stupňuje a může vyústit v únik moče – urgentní inkontinenci. Urgence je ostatně pacienty udávána jako nejhorší příznak hyperaktivního měchýře. Jako **frekvenci** definujeme močení častější než 8krát v průběhu 24 hodin. **Nykturií** označujeme každou epizodu močení, která je důvodem přerušování nočního spánku.

Patofyziologie a etiopatogeneze

V posledních letech se výzkum soustředil na pochopení struktury a funkce receptorů močového měchýře, zejména muskarinových. Rozdílnými geny jsou kódovány subtypy receptorů M1-M5. Jsou strukturálně odlišné a z toho plyne i různá možnost farmakologického ovlivnění. Ukázalo se, že jsou M-receptory uloženy jak ve svalovině močového měchýře (detruzoru), tak v metabolicky aktivním urotelu. Kontrakci detruzoru přitom zabezpečují M3-receptory. V urotelu je těchto receptorů dvakrát více než v detruzoru. I přesto, že jsou popisovány celkem detailně různé teorie vzniku hyperaktivity detruzoru, zcela jasná příčina však není jasná. Hyperaktivita detruzoru je obvykle vysvětlována neurogenní teorií (neadekvátní aktivací mikčního reflexu) nebo myogenní teorií (stav, kdy je hyperaktivita detruzoru dána nepatříčnou reakcí svalových buněk detruzoru).

Diagnostika

I přesto (či snad právě proto), že je OAB onemocněním s mnoha různými příznaky, snažíme o dodržování určitého vyšetřovacího algoritmu tak, abychom vyloučili některá závažná primární onemocnění, která by se uvedenými příznaky mohla projevit. Snahou je vždy to, aby bylo vyšetření a stanovení diagnózy co nejrychlejší a co nejméně zatěžující pacienty.

Velmi cennou součástí jsou údaje, které sdělí sám pacient (údaje týkající se současného zdravotního stavu, jiných onemocnění, operací a užívaných léků). Pomoci může vyplnění některých jednoduchých **dotazníků** (příznaků OAB či kvality života). K hodnocení četnosti močení, množství moče, silného nucení a eventuálních úniků moče během časových úseků (24 a více hodin) slouží zápis těchto údajů do tzv. **mikční karty**. To vše je, společně s objektivním vyšetřením, vyšetřením moče (vyloučení infekce, ev. hematurie, tumoru apod.) a uroflowmetrií se stanovením zbytkové moči po mikci (snažíme se o vyloučení subvezikální obstrukce ev. hypoaktivity detruzoru) shrnováno pod pojem **neinvazivní urodynamika**. Jedná se o vesměs rychlý a pacienta nezatěžující způsob vyšetření, který většinou postačuje k rozhodnutí o další terapii. Jen tam, kde základní léčba nevede ke zlepšení, je na místě další vyšetření pacienta (video/urodynamické vyšetření, cystoskopie, ev. biopsie detruzoru apod.).

Léčba

Stejně jako v diagnostice OAB i v léčbě platí, že by měla být přísně individuální a přizpůsobena nálezům a potřebám pacienta. Podle mezinárodních doporučení je na prvním místě v léčbě behaviorální terapie a rehabilitace svalů pánevního dna. Pokud tato léčba nepřinese úlevu, je na místě (mnohde preferovaná) farmakoterapie a posléze i další metody (elektrostimulace). Chirurgické řešení je namísto v případech jinak neřešitelné hyperaktivity detruzoru.

Závěr

I přesto, že etiopatogeneze hyperaktivního měchýře je stále nejasná, je zřejmé, že vzhledem k velké skupině pacientů s tímto onemocněním, je nutno se tomuto problému aktivně věnovat jak na poli výzkumu, tak v diagnostice a stanovení dokonalejších léčebných algoritmů. Velké množství dosud užívaných léčebných postupů je nutno přizpůsobit individuálním potřebám pacientů, ale také principům medicíny založené na důkazech (evidence based medicine).

Literatura u autora.