ROUND TABLE 9 otázek odpovědí z geriatrie

NA TÉMA INKONTINENCE

Rozhovor s prof. MUDr. Evou Topinkovou, CSc., přednostkou Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Inkontinence moči nebo stolice je pro laiky jedním ze symbolů neveselého stáří. Je potřeba hledat příčinu ve starším věku, nebo jsou hlavní příčiny v urogynekologických onemocněních?

I když je ve stáří výskyt inkontinence vyšší než v jiných věkových skupinách, nelze automaticky stárnutí spojovat s inkontinencí. Ve skupině nad 70 let je stále více než dvě třetiny seniorů plně kontinentních. Inkontinence tedy není projevem normálního stárnutí a musíme se snažit správně diagnostikovat její příčiny. Například u inkontinence moči bývá příčinou nejen onemocnění močových cest, onemocnění prostaty u mužů a gynekologické příčiny u žen, ale častá jsou onemocnění mozku (mozkové příhody, Alzheimerova choroba a další), diabetes mellitus či užívání některých léků, například diuretik nebo psychofarmak. Inkontinenci může vyvolat i zhoršená pohyblivost, kdy se nemocný nedostane včas na WC nebo se nedokáže rychle svléci. Navíc se u starších pacientů příčiny sdružují.

Uvedla jste i potřebu správně diagnostikovat přítomnost inkontinence a její příčiny. Do jaké míry jsou pacienti ochotni se lékaři s únikem moči nebo stolice svěřit? Jaký přístup by měl lékař u pacienta zvolit?

Do nedávné doby byl únik stolice a hlavně moči tabuizovaným tématem pro mnoho pacientů, ale často i pro lékaře. S rozvojem diagnostických postupů, se zavedením nových farmak a miniinvazivních operací a také se zlepšením dostupnosti pomůcek pro inkontinentní se situace zlepšuje. Svou roli sehrála i osvěta a více informací například na internetu nebo formou letáků v čekárnách. Reklamu na inkontinenční pomůcky můžeme vidět v televizi nebo v časopisech. To zlepšilo i komunikaci pacientů s lékaři. U starší generace však pocity studu, osobního selhání, strach ze společenské izolace mohou hrát větší roli. Proto v geriatrii doporučujeme, aby součástí komplexního vyšetření nebo preventivní prohlídky byl i dotaz na (in)kontinenci, a to i tehdy, když si pacient sám nestěžuje. Odhalením inkontinence pak můžeme předejít závažným zdravotním komplikacím, jako jsou dekubity, dermatitidy či infekce močových cest. Navíc je inkontinence moči u starších věkových kategorií spojena s nesoběstačností a vyšším výskytem pádů a úrazů.

V mladším věku je typická zejména stresová inkontinence. Nacházíme tento typ inkontinence i u starších nemocných?

Ve stáří se mění nejen příčiny inkontinence, ale i zastoupení jejích jednotlivých typů. I když stresová inkontinence (z poruchy uzávěrového mechanismu uretry) je stále nejčastější formou inkontinence moči u starších žen, značně narůstá podíl urgentní inkontinence především v rámci širšího příznakového komplexu hyperaktivního měchýře („overactive bladder"), vyšší podíle je i u inkontinence neurogenní z neurologických příčin. Nejčastější jsou však formy smíšené.

Jaká je účinnost farmak užívaných k léčbě urgentní inkontinence? Liší se jejich účinek ve středním a vysokém věku? Nemusíme se bát vyššího výskytu nežádoucích polékových reakcí?

Při urgentní inkontinenci je metodou volby farmakoterapie antimuskariniky, je li vyloučena obstrukce a postmikční reziduum méně než 100 ml. Účinnost antimuskarinik byla prokázána i u pacientů vyšších věkových skupin. Zatímco starší léčiva (oxybutynin, propiverin) nevykazují vazebnou specificitu a jsou zatížena více nežádoucími účinky, nová léčiva (tolterodin, solifenacin, darifenacin) ovlivňují více muskarinové receptory typu M3, event. i M2, ve stěně močového měchýře, a jsou proto označována jako močová antimuskarinika 2. generace. Jednotlivá farmaka se liší receptorovým profilem a schopností prostupovat přes hematoencefalickou bariéru. To ovlivňuje též spektrum jejich nežádoucích účinků (NÚ) a relativní kontraindikace ve smyslu závažnější kardiální patologie, onemocnění CNS a riziko interakcí.

U seniorů doporučujeme zahajovat léčbu přípravkem trospium, který neprostupuje hematoencefalickou bariérou, a proto má minimum NÚ ze strany CNS (zhoršení paměťových funkcí, zmatenost, poruchy spánku, deliria) a má pro svůj minimální vliv na receptory M2 i menší riziko kardiálních NÚ (prodloužení intervalu QT, tachyarytmie). Trospium je také nejbezpečnějším antimuskarinikem s ohledem na interakční potenciál, neboť není metabolizováno CYP450, a je vhodným léčivem i u seniorů s polyfarmakoterapií. Bylo uvolněno pro preskripci praktickými lékaři. V případě nedostatečného účinku léčby a při vysokém riziku NÚ (u pacientů s kardiálním onemocněním, onemocněním CNS, gastrointestinálního traktu, glaukomem, seniorů polymorbidních s polyfarmakoterapií) zvažujeme v léčbě antimuskarinika s vysokou selektivitou k muskarinovým receptorům M3, například solifenacin nebo tolterodin (má však vyšší výskyt NÚ v CNS). Léčba je preskripčně omezena a vyhrazena specialistům.

Zvládání inkontinence patří k důležitým složkám ošetřovatelské péče. Posouvají nové dostupné postupy práci ošetřovatelů k jednodušší a komfortnější péči, která umožňuje zaměření na další oblasti?

Komplexní management poruchy funkce dolních močových cest a zvládnutí inkontinence moči je v současnosti považován za jeden z indikátorů kvality zdravotní péče a nelze jej zjednodušit pouze na ošetřovatelskou péči. Podle britských doporučení představují ohrožené skupiny nejen senioři, ale i osoby s fyzickým postižením nebo s intelektovými poruchami. Pro ně inkontinence představuje mnohdy obtížně řešitelný problém a jejich přístup ke specializovaným zdravotním službám může být omezen. Proto by zejména v primární a komunitní péči měla být inkontinentním osobám věnována zvýšená pozornost – ať již cílenému vyhledávání pacientů s močovou inkontinencí, diagnostice typu a příčin močové inkontinence, či návrhu vhodných léčebných a ošetřovatelských postupů. U seniorů je třeba individualizovat vyšetření i léčbu s ohledem na schopnost absolvovat diagnostická vyšetření (např. urodynamické vyšetření) a předpokládaný přínos léčebné intervence, v úvahu je nutno brát omezené schopnosti při vyřizování administrativních záležitostí spojených např. s žádostí o příspěvek na péči, nárokování pomůcek pro inkontinentní apod.

V nedávno zveřejněných průzkumech v rezidenčních zařízeních pro seniory a v domácí péči byly zjištěny problémy v péči o inkontinentní pacienty. Jaké jsou hlavní zdroje těchto problémů?

V rámci projektu „Inkontinence v kontextu ošetřovatelské péče", uskutečněného společností Inkofórum (www.inkoforum.cz) ve spolupráci s Českou asociací sester v těchto zařízeních, bylo zjištěno nedostatečné využívání diagnostických léčebných metod – například u 70 % pacientů nebyl stanoven v dokumentaci typ inkontinence moči, jen necelá 2 % absolvovala chirurgickou léčbu a jen 6 % bylo léčeno farmaky, málo uplatněna byla i cílená fyzioterapie zaměřená na nácvik kontinence. Asi u pětiny inkontinentních byly přítomny komplikace – dermatitida (20 %), dekubity (12 %) nebo močová infekce (19 %).

Jak vnímají inkontinenční pomůcky pacienti? Jsou dostatečně informováni o možnostech, které se pro zvládání inkontinence nabízejí?

Podceněnou oblastí managementu inkontinence je používání pomůcek pro inkontinentní. Je třeba si však uvědomit, že nejde o „terapeutický" postup, ale pouze o symptomatické řešení inkontinence, i když tyto prostředky mohou významně zvýšit komfort a pocit bezpečí pacienta. Proto by absorpční pomůcky (vložky, pleny, plenkové kalhotky) pro inkontinentní neměly být předepsány bez vyšetření pacienta, aniž by byla stanovena diagnóza a příčina inkontinence a zhodnocen potenciál pacienta ke znovunabytí kontinence. Je třeba volit vhodné pomůcky s ohledem na závažnost inkontinence, pohybový režim pacienta, schopnost manipulovat samostatně s pomůckami a jeho preference.

Průměrný věk populace se neustále zvyšuje a starší věkové skupiny jsou stále početnější. Daří se obdobným způsobem zvyšovat i počet specialistů v geriatrii?

V některých evropských zemích odpovídá nárůst počtu geriatrů demografickým změnám. V ČR dosáhl počet atestovaných geriatrů 240, v oboru pracuje asi 200. Jejich geografické rozmístění však je nerovnoměrné, a tak jsou kraje s pouze jedním či několika specialisty. Současný počet lékařů specialistů v geriatrii považuje Česká gerontologická a geriatrická společnost za nedostačující. Experti v oboru se shodují na potřebě cca 400 geriatrů pro ČR. Máme tedy před sebou ještě velký úkol. Zvyšování počtu specializovaných odborníků se však týká i potřeby zdravotních sester specialistek v péči o seniory, fyzioterapeutů a ergoterapeutů.

Za hlavní garanty geriatrické péče by bylo možno označit specializované geriatrické kliniky. Daří se přenášet poznatky z těchto klinik i do širšího klinického terénu?

Také zde je jedna z Achillových pat oboru geriatrie. V České republice se sedmi lékařskými fakultami existují pouze tři klinická specializovaná pracoviště. Díky přednáškové a publikační aktivitě těchto pracovišť se nové informace dostávají k odborné veřejnosti rychle. Je však třeba rozšířit podobná pracoviště i na další lékařské a zdravotně sociální fakulty. Další podmínkou rozvoje oboru je i vědecká činnost a zapojení do mezinárodní sítě výzkumných pracovišť v zahraničí.

rozhovor vedl PharmDr. Vladimír Végh

POZASTAVENÍ REGISTRACE EFALIZUMABU (RAPTIVA)

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.
Edukafarm, Praha

Americká agentura pro potraviny a léčiva (FDA) ohlásila v dubnu 2009, že léčivo efalizumab (Raptiva), užívané k léčbě psoriázy (lupénky), bude staženo z trhu vzhledem k tomu, že zvyšuje riziko vzniku progresivní multifokální leukoencefalkopatie (PML). Před rozhodnutím FDA už došla k obdobnému pokynu Evropská léková agentura (EMEA).

EMEA doporučila pozastavení registrace léčivého přípravku Raptiva (efalizumab) ve všech státech Evropské unie. Vycházela při tom z hodnocení Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP), že přínosy léčby efalizumabem nepřevyšují její rizika. Efalizumab je v EU registrován od roku 2004 pro terapii pacientů se středně těžkými až těžkými formami chronické ložiskové psoriázy, u kterých nelze použít jinou systémovou léčbu, včetně ciklosporinu, methotrexátu a PUVA (psoralen a UVA záření). Na trh v české republice byl efalizumab uveden v roce 2005.

K nejzávažnějším nežádoucím účinkům efalizumabu patří progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML), infekce mozku způsobená virem označovaným jako JCV (John Cunningham virus). Výskyt tohoto viru v lidském organismu není vzácný, ale při poruše imunity může vzniknout PML. Při této chorobě dochází k poškození pouzdra obalujícího nervová vlákna a následnému těžkému neurologickému poškození. Nemoc může skončit letálně. Při léčbě efalizumabem byla zaznamenány tři potvrzené případy a jeden suspektní případ onemocnění PML, přičemž dva z pacientů s potvrzeným onemocněním exitovali.

Výbor pro humánní léčivé přípravky při EMEA na základě vyhodnocení dostupných údajů o bezpečnosti a účinnosti přípravku efalizumabu prohlásil, že u tohoto léčiva nepřevažují přínosy nad riziky, která zahrnují kromě PML i další nebezpečné stavy, jako je např. encefalitida, encefalopatie, meningitida, sepse a oportunní infekce. Výbor proto doporučil zastavení registrace efalizumabu, resp. léčivého přípravku Raptiva. V důsledku tohoto opatření nebude léčivý přípravek dostupný na trhu do té doby, než se nepodaří identifikovat skupinu pacientů, u kterých by přínosy z léčby Raptivou převážily nad jejími riziky.

Lékařům předepisujícím efalizumab se doporučuje nezahajovat léčbu Raptivou u žádného nového pacienta, a u pacientů užívajících toto léčivo přehodnotit léčbu s cílem vysadit efalizumab. Vysazování musí být postupné a je třeba přejít v případě potřeby na jiný typ léčby. Vzhledem k tomu, že účinek efalizumabu na imunitní systém přetrvává 8 až 12 týdnů, měli by lékaři zajistit další sledování pacientů léčených tímto léčivem s ohledem na možný výskyt infekcí a neurologických symptomů.

Pokud jde o pacienty užívající přípravek Raptiva, měli by navštívit svého ošetřujícího lékaře. Pacienti by neměli přerušit léčbu náhle. Měli by se poradit s lékařem o nejvhodnější alternativní terapii. Pacienti, kteří užívali Raptivu v minulosti a mají dotazy, by se měli obrátit na svého lékaře či lékárníka.

Literatura

Úplné doporučení Evropské lékové agentury (EMEA) je dostupné na webových stránkách EMEA: www.emea.europa.eu

Více informací o léčivém přípravku Raptiva je dostupných v hodnotící zprávě EMEA: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/raptiva/raptiva.htm