

Inkontinence moči u mužů: Kdy a jakou roli má v její léčbě umělý močový svěrač?

Dalibor Pacík

Inkontinence je definována jako neúmyslný a vůlí neovladatelný únik moči a odborná literatura uvádí její prevalenci u mužů ve věkové skupině 60–65 let asi 11 % s nárůstem až na 31 % u mužů starších 85 let (postihuje asi třetinu mužů trpících symptomy dolních cest močových – lower urinary tract symptoms – LUTS). I když je článek zaměřen na podrobnější pohled na indikaci a použití umělého močového svěrače, nelze text vytrhnout ze širších souvislostí, které porucha udržení moči bezpochyby má.

Inkontinence představuje velmi závažný nejenom medicínský a zdravotní, ale také hygienický, sociální, ale ve svých důsledcích i ekonomický problém. Neumírá se na ni, ale velmi špatně se s ní žije. Představuje tedy velmi zásadní negativní zásah do kvality života jedince.

Inkontinenci můžeme dle její povahy dále schematicky a didakticky dělit na stresovou, urgentní a smíšenou.

Epidemiologie a patofyziologie

Stresová inkontinence představuje asi 10 % všech typů a je definována jako únik moči během fyzické aktivity především při zvýšení nitrobřišního tlaku. K faktorům, které ji přímo vyvolávají a působí nedostatečnost mechanismu

močového svěrače nebo spolupůsobí jako faktory, které přispívají k jejímu vzniku, patří zejména operace pro obstrukci způsobenou nezhoobeným zbytněním prostaty, radikální prostatektomie pro karcinom prostaty, operace močové trubice a operace v pánevní oblasti, ale i neurogenní poruchy.

Pacienti udávají únik moči především během fyzické aktivity, typicky při kašli, smíchu, kýchnutí, naopak k úniku nedochází v noci během spánku.

Urgentní inkontinence je častější, její prevalence se udává v rozmezí 40–80 % a k úniku dochází současně s epizodou naléhavého nutkání močit nebo bezprostředně po ní.

Na jejím vzniku se podílí a kombinuje se při něm celá řada faktorů počínaje procesem stárnutí, dysfunkcí anorektálního segmentu a obecně celého

gastrointestinálního systému, ale i dietetickými vlivy, jako je příjem tekutin a konzumace potravin obsahujících kofein, chronická obstrukce vyvolaná zbytněním prostaty, poruchy struktury i funkce stěny močového měchýře (cystitida nejrůznější etiologie včetně tzv. intersticiální cystitidy, fibróza stěny apod.), záněty močových cest, neurogenní poruchy.

Tyto stavy vyvolávají hyperaktivitu detruzoru močového měchýře, stimulaci jeho epiteliální výstelky a zesílení aferentních signálů vedoucích vzruchy do centrálního nervového systému, dysfunkci normální souhry činnosti pánevních orgánů i ischemii stěny močového měchýře.

Pacient to vnímá jako náhlé a nutkavé pocity nucení k močení (někdy spojené s únikem moči), zvýšenou denní i noční frekvenci močení.

Výskyt smíšené inkontinence je udáván s prevalencí 10–30 %, a jak již název napovídá, je působena kombinací příčin stavů obou předchozích typů a tak se také subjektivně projevuje.

Diagnostika

Diagnostické kroky, které jsou stále nezastupitelné, mohou přinést zcela zásadní informace a nevyžadují přístup specialisty, začínají samozřejmě kompletní a detailní anamnézou včetně symptomů, komorbidit a již zavedené medicíny a fyzikálního vyšetření se zaměřením na oblast pánve a zevního genitálu.

Rovněž užití speciálních validovaných dotazníků zaměřených na močovou inkontinenci, vyplnění pitné a mikční karty (zaznamenávající po několika dnech přesný příjem i výdej tekutin) a tzv. pad-test (test vážení absorpčních vložek) přináší poměrně snadno a neinvazivně velmi důležité informace.

Další vyšetření hodnotící množství zbytkové moči po vymočení, endoskopické vyšetření dolních močových cest a tzv. urodynamické vyšetření (hodnotící funkční objemové a tlakové poměry v dolních močových cestách) již patří do rukou specialisty – urologa.

Neléčený a neřešený samovolný únik moči může vést nejen k fyzickým zdravotním problémům, ale také k narušení psychiky. Muži jsou v tomto ohledu obzvláště senzitivní (tím bych snad nechtěl bagatelizovat dopad na pohlaví ženské), připadají si jako nemužní a nemožní, pociťují to jako zásadní prohru v životě, kterou se velmi trápí, s níž se však zpravidla nesvědčí, ale dusí ji v sobě. Na rozdíl od žen, které vyhledají lékaře téměř okamžitě, jakmile mají problém, muži návštěvu odkládají a není vůbec žádnou výjimkou, že muže „přivede za ruku“ s tímto problémem k lékaři až jeho partnerka.

Terapie

Konzervativní opatření představují nepochybně první a také nejméně invazivní krok, který v případě určitých a méně závažných poruch může

přinést příznivý efekt zlepšení. Patří k nim úprava životního stylu a denního režimu, ale také důkladná analýza (a případná změna) stávající již nasazené medicíny, která v řadě případů může k inkontinenci vést, nebo ji alespoň zhoršovat.

Užití absorpčních pomůcek jímajících moč představuje sice paliativní opatření, nicméně alespoň velmi účinnou hygienickou pomoc, která pacientovi přináší přinejmenším úlevu ve smyslu pocitu většího bezpečí a možnosti lepší socializace. Tam, kde jsou používány na přechodné období do definitivního efektivního řešení, představují vítanou možnost toto období snáze překlenout, tam, kde se stávají řešením bohužel definitivním, lze říct „díky Bohu za něj“ ve srovnání se stavem, kdy ještě v dnešní sofistikované podobě k dispozici nebyly (a není tomu zase tak dávno).

Rovněž postupy behaviorální a techniky fyzioterapie mají svoje významné místo. Metody pobídky k zahájení mikce, když je to vhodné a potřebné, tzv. tréninku močového měchýře, a fyzioterapie rehabilitace pánevního dna (včetně techniky tzv. biofeedback a elektrostimulace svaloviny) mohou intenzitu inkontinence zmírnit a napomoci urychlení návratu kontinence v případě insuficience svěračového mechanismu.

K medikamentózní léčbě urgentní inkontinence se s poměrně dobrým efektem používají anticholinergní přípravky nebo mirabegron (případně kombinace obou).

Na rozdíl od urgentní inkontinence má medikamentózní léčba stresové inkontinence velmi omezené možnosti a v zásadě existuje jediný přípravek – duloxetin (působící cestou ovlivnění centrálního nervového systému). Jeho efekt není ale obvykle dostatečný a také pro nežádoucí účinky, které vyvolává, není v Evropské unii registrován a lze ho použít pouze off-label.

Operační a intervenční metody léčby nedostatečného sfinkterického mechanismu

Dříve používané i doporučované tzv. injikovatelné látky dnes už doporučovány nejsou. Jednalo se o látky

vpravené do organismu parauretrálně s cílem zvýšit odpor močové trubice a zlepšit kontinenci. Nejčastěji používanými sloučeninami byly kolagen, polyakrylamid, kopolymer kyseliny hyaluronové, polymethylsiloxan i polytetrafluorethylen. Nicméně jejich efekt byl dočasný, často krátkodobý, provázený nežádoucími účinky, a protože nevedly k vyléčení, přestaly být užívány a kupř. i guidelines Evropské urologické společnosti jejich použití nedoporučují.

Implantace tzv. non-adjustabilních pásek představuje další terapeutickou možnost. Jejich efekt spočívá ve vytvoření trvalé komprese močové trubice a jsou doporučovány u inkontinence po prostatektomii „mírné až střední“ intenzity. Problém je, že nikde není publikována definice tohoto stupně inkontinence. Jejich užití se nedoporučuje u inkontinence těžkého stupně a u pacientů, kteří podstoupili předchozí radioterapii pánevní oblasti, kde tyto pásky mohou vést dokonce ke zhoršení stavu. Adjustabilní pásky přinášejí možnost přizpůsobit kompresi močové trubice konkrétní situaci a potřebě pacienta. Nebyl prokázán nějaký zásadní rozdíl v efektu oproti předchozímu typu.

Zlatý standard léčby

Umělý močový svěrač představuje zlatý standard léčby tohoto typu inkontinence středního až těžkého stupně. Naprosto zásadní podíl na jeho vývoji a vzniku má Dr. F. Brantley Scott (Baylor College of Medicine, Houston), jenž zkonstruoval první prototyp již v roce 1972 a po několika variantách byl nakonec vyvinut typ AMS 800, který se prakticky v nezměněné podobě užívá dodnes (**obr. 1A, B**). Jedná se o inflatibilní silikon-elastomerové zařízení, které je naplněno tekutinou – fyziologickým roztokem, simuluje funkci normálního svěrače a je plně pod kontrolou pacienta. Dr. Scott mimochodem zkonstruoval také první inflatibilní penilní protézou. Svěrač je tvořen třemi komponentami – manžetou uloženou kolem bulbární části uretry, pumpičkou uloženou na dně scrota a tlakovacím balonkem umístěným do dutiny břišní nebo retroperitoneálního prostoru. Komponenty jsou

propojeny hadičkami tak, že vytvářejí uzavřený hydraulický systém, který je naplněn fyziologickým roztokem a po implantaci a aktivaci funguje tak, že v klidovém stavu je manžeta naplněna a cirkulárně stlačuje močovou trubici, zvyšuje odpor a brání úniku moči. Když se močový měchýř naplní a pacient potřebuje močit, stiskne si přes kůži šourku pumpičku, manžeta se tímto vyprázdní a pacient se normálně vymočí. Opětovně naplněná manžeta znovu uzavře močovou trubici automaticky během asi 60 vteřin tlakem z tlakovacího balonku a systém se vrátí do původního stavu.

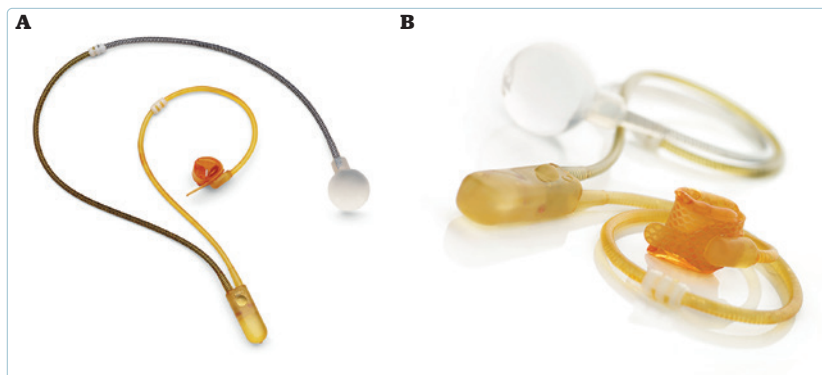
První implantaci tohoto svěrače v ČR provedl profesor Tomáš Hanuš na Urologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze v roce 1992 a byl za několik měsíců následován týmem Urologické kliniky LF MU a FN Brno, kterou jsem tehdy vedl a svěrač tam poprvé implantoval. Metoda byla tímto zavedena do České republiky a obě pracoviště byla Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) akreditována jako referenční centra k provádění této operace. Od té doby bylo umělých močových svěračů implantováno bezmála tisíc.

Obecně se doporučuje tuto operaci provádět v centrech, kde se případy koncentrují a zkušenosti kumulují, protože to umožní minimalizovat komplikace tohoto velmi specifického výkonu.

Úspěch, dobrý efekt a minimalizace komplikací a problémů závisí samozřejmě na správné indikaci a volbě vhodného pacienta. Indikován je muž (u dětí byl umělý močový svěrač použit zcela ojediněle a u žen také spíše výjimečně) se stresovou inkontinencí způsobenou narušením sfinkterického mechanismu – pacient, který má od výkonu realistické očekávání, je nezbytná jeho určitá mentální úroveň a rovněž manuální zručnost potřebná k pravidelnému užívání a ovládání.

Absolutní kontraindikací k provedení operace představuje přítomnost močové infekce, dále pak vysokotlaký močový měchýř s malou kapacitou a velmi je třeba implantaci zvážit v případě infravezikální překážky v močové trubici, kde lze očekávat recidivu, nutnost řešení a opakovanou instrumentaci.

Přestože výsledný efekt – dosažení úplné (bez potřeby absorpčních pomůcek) nebo tzv. sociální (maximálně



Obr. 1A, B Svěrač AMS 800 (hydraulický systém složený z pumpičky, tlakovacího balonku a manžety spojené spojovacími hadičkami)

Zdroj: Boston Scientific

1 vložka denně) kontinence – je v literatuře udáván v rozmezí 75–100 % a dopad na zvýšení kvality života je naprostou většinou pacientů označován jako zásadní a neocenitelný, i zde bohužel existuje druhá strana mince a možná úskalí a komplikace.

Při krátkodobém sledování je spokojenost udávána u více než 90 % pacientů a stejné množství by výkon doporučilo svému blízkému nebo bylo ochotno podstoupit jej znovu. Při dlouhodobém sledování udává nespokojenost 10–23 % pacientů a ta je zpravidla spojena s výskytem nějaké komplikace a nutnosti podstoupit reoperaci.

Komplikace implantace umělého svěrače a jejich řešení

K možným a nejčastějším (i když málo frekventním) komplikacím spojeným s touto operací patří infekce, mechanická porucha, eroze a atrofie močové trubice. Infekce je komplikací obávanou a je extrémně důležité zdůraznit preventivní opatření, která jejímu vzniku mají zabránit. Pokud k ní ale dojde (1–14 %), konzervativně se vyléčit nedá a je nutná explantace svěrače (s následnou možností odloženě implantovat nový ve druhé době). Mechanická porucha (8–21 %) spočívá nejčastěji v úniku tekutiny mimo hydraulický systém nebo v selhání mechanismu pumpičky, což zpravidla vede k selhání funkce svěrače. Řešením je operační revize a náhrada někdy jen části a někdy celé protězy. Poranění

močové trubice při operaci je vzácné a vyžaduje nejprve její suturu a zhojení. Eroze uretry a protruze manžety do jejího lumen (4–15 %) vyžaduje vždy odstranění manžety, suturu a zhojení defektu a následně implantaci nové části. Atrofie stěny močové trubice způsobená dlouhodobým tlakem manžety na stěnu uretry vyvolá zhoršení dosažené kontinence. Řešením je implantace manžety menší velikosti nebo přidání druhé manžety k již implantované. Nově vyvinuté svěrače nabízejí možnost adjustace přidáním tekutiny do systému, což umožní zvýšit tlak působící na stěnu uretry. Nelze než zdůraznit, že výskyt komplikací a jejich případné úspěšné řešení jsou daleko příznivější na pracovištích koncentrujících tyto případy a provádějících operace často a ve velkých objemech.

Postoperační management

Po implantaci je svěrač deaktivován (tedy manžeta je prázdná bez komprese na uretru). Aktivaci provádíme za 6–8 týdnů po operaci, kdy otok i případný drobný hematoma se resorbují a proces hojení je téměř ukončen.

Pacient by měl být poučen, že jakákoliv instrumentace v močové trubici bez deaktivace svěrače může veškeré úsilí a úspěšný efekt zcela znehodnotit, protože je vysoce pravděpodobné, že dojde k poranění a perforaci stěny uretry. Potom jiné řešení než explantace svěrače není. Jestliže je nutná instrumentace (kupř. opakované kontrolní cystoskopie v případech sledování

po odstranění nádoru močového měchýře), měl by tyto výkony provádět lékař, který je s technikou deaktivace a následné aktivace seznámen. Pacient by měl mít s sebou mezi doklady kartičku upozorňující zdravotnický personál, že má toto zařízení implantováno a že v případě kupř. bezvědomí a potřeby akutně zajistit derivaci močového měchýře by tato měla být provedena preferenčně zavedením episcystostomie.

Svěrač AMS 800 byl očividně tak dokonalý, že první úspěšná snaha ho nahradit novým zařízením se objevila až v roce 2008 v podobě svěrače ZSI 375. Jednalo se o svěrač sestávající ze dvou komponent (manžeta a pumpička) s možností adjustovat náplň systému přidáním tekutiny cestou speciálního portu. Zařízení neslo s sebou ovšem zase jiná úskalí. Další snahy se objevily až před několika lety, počátkem této dekády, v podobě svěračů ContiClassic a ContiReflex, což byla zařízení sestávající opět ze tří komponent. Test času a sledování efektu u těchto nových svěračů jsou ve srovnání s délkou zkušeností s AMS 800 ale stále příliš krátké k vystavování nějakých definitivních soudů a srovnání, a tak výsledek výzkumu a práce doktora F. B. Scotta je stále možno i nutno považovat za zlatý standard v této oblasti.

Operační léčba urgentní inkontinence u mužů

Aby byl přehled možností invazivní a operační léčby mužské inkontinence kompletní, musím zmínit ještě možnosti léčby inkontinence urgentní. Pacientům s urgentní inkontinencí, která neodpovídá na léčbu medikamentózní, lze nabídnout injekce botulotoxinu do detruzoru stěny močového měchýře. Pacienta je třeba poučit, že efekt léčby je vždy dočasný (ale injekce lze opakovat), je provázen existencí možného rizika močové infekce a pacient musí počítat s možností přechodné

čisté intermitentní self katetrizace (z důvodu dočasné neschopnosti měchýře se vyprázdnit). Tedy musí být toho schopen mentálně i manuálně.

Ve specifických případech u pacientů refrakterních na konzervativní léčbu lze nabídnout stimulaci sakrálních nervů.

Zvětšení kapacity močového měchýře augmentační cystoplastikou je metoda možná, ale spojená s poměrně vysokým rizikem komplikací. Pacientům, kde všechno méně invazivní možnost selhaly, je možno nabídnout možnost vpravdě poslední – derivaci moči. Pacient musí ovšem akceptovat rizika operace a existenci stomatu na povrchu tělním.

Kazuistika o (ne)lidském přístupu

Na závěr bych chtěl uvést jeden příklad z vlastní klinické praxe, který demonstruje závažnost postižení inkontinencí a její nesmírný negativní dopad na pacienta. Pochází z poloviny devadesátých let, kdy práci revizního lékaře (který indikaci svěrače vždy musel schválit) pro naše pracoviště vykonával bývalý neúspěšný kandidát na pozici přednosta urologické kliniky. Jak se dá tušit, spolupráce s ním byla velmi neradostná a obtížná. Jeho schvalovací pochody se opíraly místo o racionální a medicínská hlediska především o osobní antipatie, a tak hlavním hybatelem rozhodnutí bývalo, jak to udělat, aby to neschválil. Když jsme mu odeslali žádost o schválení implantace svěrače u 76letého pacienta, jeho odpověď byla záporná se zdůvodněním vysokým věkem. Přitom se jednalo o pacienta ve výborném biologickém stavu, kromě inkontinence zcela zdravého, pracujícího v zemědělství, který byl zvyklý zvedat těžké pytle s krávkou, inkontinence po operaci prostaty na jiném pracovišti ho však silně handicapovala a jeho práci znemožňovala. Pacienta poslal jeho praktický

lékař. Indikace svěrače byla po detailní diagnostice medicínsky naprosto jasná a dokumentovaná, nebylo zde žádné úskalí, natož kontraindikace. Se záporným rozhodnutím jsem se nesmířil a tady začala moje „bitva“ s cílem rozhodnutí revidovat a zvrátit. Boj byl dlouhý (dopisy, které jej dokumentovaly, postupně naplnily jeden docela objemný šanon) a skončil nakonec až u tehdejšího ředitele VZP, od kterého jsem posléze asi po roce dostal kladné vyjádření a potvrzení naší indikace. Když jsem tuto informaci radostně telefonicky sděloval praktickému lékaři pacienta s tím, že se konečně můžeme domluvit na termínu operace, smutně mi opáčil, že už to nebude možné, protože pacient spáchal sebevraždu. Oběsil se. A před smrtí svému praktikovi sdělil, že to učinil, protože ztratil víru, že se jeho stav ještě uspokojivě vyřeší...

Závěr

Inkontinence moči je vždy velmi závažným problémem těžce a vážně negativně zasahujícím do života pacienta. I když jakési obecné povědomí tuto poruchu přisuzuje častěji ženám, u mužů není o nic méně závažnou. Inkontinence stresová, vznikající dnes nejčastěji po operaci prostaty, není bohužel problémem výjimečným. I když na jedné straně se zdokonaluje technika operace a frekvence komplikací se snižuje, s rozvojem diagnostiky na straně druhé dramaticky přibýlo zejména radikálních prostatektomií prováděných pro karcinom, a tedy přibýlo také inkontinencí. Dobrou zprávou je, že když už se u pacienta tento katastrofický scénář naplní, existuje velmi uspokojivé a efektivní řešení, které ho může vrátit zpět do normálního života. Bez rakoviny a bez inkontinence!

Prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.

Urologie Prof. Pacík, s.r.o., Brno
E-mail: dalibor.pacik@gmail.com