

Diferenciální diagnostika hyperaktivního měchýře

Jan Zmrhal

Gynekologicko-porodnické oddělení NsP Mělník

Korespondenční adresa:

prim. MUDr. Jan Zmrhal, CSc., Gynekologicko-porodnické oddělení NsP Mělník, Pražská 528, 276 01 Mělník
zmrhal@nspmelnik.cz

Publikováno: 15. 6. 2009 Přijato: 10. 5. 2009 Akceptováno: 30. 5. 2009

Actual Gyn 2009, 1, 21-24

ISSN 1803-9588

Tento článek lze stáhnout z www.actualgyn.com

© 2009, Aprofema s.r.o.

Abstract

The overactive bladder as a most frequent cause of chronic disturbances and impairment of the quality of life is evaluated, including cost effectiveness of health-care systems in developed countries. The overview of initial, basic, and special urogynecologic diagnostics is presented. Serious tumors of the bladder, neurologic and metabolic diseases with the similar symptoms, as the hyperactive bladder has, are mentioned in the differential diagnostics. The special attention is devoted to the problems of elderly female patients, where the necessity of special care and individual diagnostic approach are emphasized.

Key words:

overactive bladder, urge incontinence, differential diagnosis, overactive bladder in elderly

Abstrakt

V práci je uveden hyperaktivní měchýř jako nejčastější příčina chronických obtíží a poruch kvality života ve vyspělých zemích, včetně ekonomické zátěže zdravotnických systémů. Je předložen přehled diagnostiky počáteční, základní a specializované. V diferenciální diagnostice je upozorněno na závažná onkologická, neurologická i metabolická onemocnění, která se klinicky projevují jako hyperaktivní měchýř. Zvláštní pozornost je věnována diagnostice u pacientek ve stáří, kde autor zdůrazňuje nutnost pomoci a individuální diagnostické přístupy.

Klíčová slova:

hyperaktivní měchýř, urgentní inkontinence, diferenciální diagnostika, hyperaktivní měchýř ve stáří

Úvod

Hyperaktivní měchýř (Overactive bladder, OAB) je symptomový soubor budící podezření na přítomnost dysfunkce dolních močových cest. Dle Standardisation Subcommittee International Continence Society je definován jako „urgence, s nebo bez urgentní inkontinence, doprovázená obvykle polakisurií a nykturií“ (1). Podle řady evropských i světových studií (2) jde o problém s vysokou prevalencí, zejména ve věku nad 40 let věku, nad 60 let je pak skutečným problémem, postihujícím mužskou i ženskou část populace.

Ve srovnání s jinými chronickými chorobami, jako diabetes, srdeční onemocnění, astma a jiné, je epidemiologie hyperaktivního měchýře zhruba dvojnásobná, a postihuje je dle různých studií např. 15 % evropské populace. Navzdory tomu pouze necelá polovina postižených vyhledá lékaře, a jen asi 27 % z nich se léčí (3). V neposlední řadě je hyperaktivní měchýř ekonomickou zátěží vyspělých zemí, kdy náklady například v USA byly vyčísleny na 12 miliard dolarů, včetně asistenčních služeb, ústavní léčby a nákladů nepřímých, přičemž náklady na lékařskou péči a léky činí relativně malé procento této sumy.

Typy hyperaktivního měchýře

Podle definice jde v každém případě o symptomy frekvence a urgencye s nykturií, tedy zkrácení doby od varovného signálu k nutnosti vyprázdnit měchýř, zpravidla v důsledku sníženého objemu močového měchýře. Tento stav může být doprovázen inkontinencí, pak jde o „vlhký“ hyperaktivní měchýř, v případech, kdy pacientka inkontinentní není, hovoříme o hyperaktivním měchýři „suchém“.

Přehled diagnostiky hyperaktivního měchýře

Na prvním místě je nutno vyloučit poruchu evakuace se zřetelem na riziko postižení horních cest močových a ledvin. V dalším postupu je třeba zhodnotit funkci detrusoru, a je-li normální, pak pátrat po poruchách uzávěrového mechanismu, ať již metodami funkční diagnostiky, nebo morfológickými. Tuto základní myšlenku jsme navrhli gynekologické odborné veřejnosti (4), neboť i Guidelines EAU (European Association of Urology, pracovní skupina Inkontinence) přistupují k problematice podobně (5).

Z diagnostických metod se uplatňují zejména:

- anamnéza a klinické vyšetření
- mikční deníky, dotazníky, hodnocení kvality života
- laboratorní diagnostika
- zobrazovací metody, ultrazvuk
- endoskopie
- urodynamika, videourodynamika a další metody

Popis, význam a validita těchto metod pro urogynekologickou diagnostiku byly popsány jinde (6, 7, 8).

1. Základní, počáteční („iniciální“) postupy

Anamnéza by měla řešit otázku, zda symptomatologie hyperaktivního měchýře v daném případě zhoršuje kvalitu života, jak jsou symptomy závažné, jaký je příjem tekutin, jaké jsou kvality tekutin (káva, čaj, alkohol...),

zda nejde o vliv medikamentů, a zda jsou obtíže „idiopatické“, anebo vyvolávány konkrétní příčinou. Jde především o vyloučení infekce močových cest, metabolické poruchy, předchozí abdominální operace či jiná onemocnění. Velmi důležitá je porodnická anamnéza (vedení porodu, poranění, hmotnost plodů, délka II. doby porodu), neurologická onemocnění a duševní stav pacientky (demence, deprese, jiná duševní onemocnění). Je třeba posoudit také věk, poruchy hybnosti a domácí prostředí, které situaci výrazně ovlivňují.

Mikční karty a mikční deníky jsou užitečnou pomůckou, jejichž vyplňování se musí řídit mimo jiné také mentálními schopnostmi pacientky. Od jednoduchého zaznamenávání doby močení mohou mikční deníky obsahovat další cenné údaje, až po měření objemu mikce, epizody inkontinence a další fakta nutná pro hodnocení inkontinence, včetně objemu přijímaných tekutin.

Tak často citovaný Gaudenzův dotazník zřejmě již splnil svou historickou úlohu a v postupech vyšetření inkontinence není doporučován, vyjma německy mluvících zemí. Významnou roli hrají různé dotazníky na kvalitu života, jako kupř. Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire a jiné (9,10).

Další základní kroky jsou analýza moči, pátrání po uroinfekci a klinické vyšetření. Klinické vyšetření zahrnuje palpaci měchýře, v ordinaci gynekologa pak základní vyšetření k vyloučení gravidity, pánevních tumorů, při vyšetření v zrcadlech posouzení zánětu pochvy, typu prolapsu, cysto a rektokély. To jsou zcela známé zásady, zapomíná se však na orientační vyšetření tzv. dolního reflexního oblouku, k němuž patří vyšetření perineálního čítrí nebo bulbokavernózního reflexu (8).

Uvedené iniciální metody je schopen aplikovat každý lékař a v zásadě stačí k započetí medikamentózní terapie. Pokud tato však selhává, je nutno přikročit nejdéle po 3 měsících k diagnostice specializované.

2. Specializovaná diagnostika

Tato patří do rukou erudovaného odborníka a je nutná tam, kde léčba selhává anebo kde je podezření na obstrukci. I komentář k evropským guidelines uvádí, že speciální diagnostické kroky se nemají příliš odkládat, s ohledem na bezpečnost pacientky a možnost včasné kauzální léčby.

Speciální diagnostické postupy cituje urologická a gynekologická bibliografie doslova v tisících titulů posledních deseti až dvaceti let a jejich popis a význam byl již publikován jinde. Uvádíme proto jen několik stručných poznámek k jejich využití u hyperaktivního měchýře.

Jedná se především o *ultrazvuk*, jemuž dáváme ze známých důvodů přednost (6). Vylučovací urografie s následnou mikční cystografií tak postupně ztrácí na významu a řetězková cystografie je již záležitostí muzeální. Magnetická rezonance není rutinou, ale přinesla řadu poznatků v základním výzkumu (11) a zřejmě ještě přinese další poznatky.

Cystoskopie a uretroskopie u přetrvávajících symptomů urgencye jsou nezbytné k vyloučení závažných uroteliálních patologií včetně karcinomu měchýře, což můžeme z vlastní zkušenosti potvrdit (12). Cílená biopsie, nejlépe s použitím flexibilních endoskopů, nepochybně vyžaduje erudici a značnou zkušenost. Screeningovou metodou uroteliálních patologií je urocytologie. *Kalibrace uretry*,

často opomíjená, napomáhá v diagnostice uretrální stenózy.

Urodynamická diagnostika základní zahrnuje uroflowmetrii a cystometrii. *Uroflowmetrie* je neinvazivní metodou vyšetření evakuace měchýře, je velmi vhodné ji kombinovat s elektromyografií k vyloučení funkčních obstrukčních uropatií. K uroflowmetrii patří stanovení postmikčního residua. Za nejpřínosnější považujeme hodnocení parametru maximálního uroflow (Qmax), kdy hodnoty pod 12 ml/sec jsme nalézali pouze a jen u žen se závažnou stenózou (7). Z hlediska stanovení inkontinence však uroflowmetrie význam nemá, u hyperaktivního měchýře lze pouze předpokládat snížený mikční volem.

Cystometrie je funkčním vyšetřením detrusoru a má pro vyšetření hyperaktivního měchýře význam dosti zásadní. Hyperaktivní měchýř je nejspíše charakterizován nízkou hodnotou prvního nucení na mikci (FDV), sníženým maximálním objemem měchýře (Vmax), sníženou hodnotou compliance u hypertonického či sraštělého měchýře (C), u motorických forem urgentní inkontinence pak verifikací spontánních či provokovaných kontrakcí detrusoru (7). Cystometrie a uroflowmetrie v kombinaci s elektromyografií mohou být doplněny o zobrazení ultrazvukové či kontrastní rentgenové v metodě *videourodynamiky*, která dobře koreluje údaje funkční a morfolo- gické zobrazení.

Metody vyšetření uzávěrového mechanismu uretry, jako profilometre, dynamické testování profilu, leak-point pressure měření (13,14,15) patří k diagnostice hyperaktivního měchýře, pokud se jedná o smíšené formy inkontinence. Budou prováděny také tam, kde musíme objektivně zhodnotit, zda porušený uzávěrový mechanismus a stresová inkontinence nejsou mylně interpretovány jako symptomy urgencye.

Diferenciální diagnostika hyperaktivního měchýře

Hyperaktivní měchýř je symptomový syndrom a zahrnuje řadu poruch se shodnými příznaky frekvence, urgencye, nykturie, popřípadě inkontinence, spojené se zhoršením kvality života. Iničiální diagnostika je velmi jednoduchá, spočívá v odebrání anamnézy a v základním klinickém vyšetření. Je dostatečná k započetí například anticholinergní léčby. Je nutno si však uvědomit, že symptomy hyperaktivního měchýře mohou být vyvolány řadou závažných onemocnění, jejichž objasnění bezpodmínečně vyžaduje diagnostiku specializovanou, zejména pokud farmakoterapie selhává. V dalších odstavcích uvádíme některá onemocnění, projevující se symptomy hyperaktivního měchýře.

Nejzávažnější jsou *tumory měchýře*, zejména v lokalizaci v blízkosti trigona. Ve skupině 600 vyšetřených žen pro hyperaktivní měchýř a inkontinenci jsme prokázali takřka ve 2 % uroteliální karcinom a ve stejném procentu uroteliální dysplazii (12).

Kromě biopsie patří k diagnostice zobrazovací techniky, především ultrazvuk a vylučovací urografie.

Litiáza postihuje především horní cesty močové, ale menší konkrementy mohou sestoupit do měchýře a zde narůstat. Litiáza má symptomatologii obstrukce a bolesti dle toho, kde je kámen uložen. Uretrolitiáza nemusí vyvolávat bolest, ale může působit mikční obtíže. Cysto-

litiáza irituje stěnu měchýře a vede k symptomům frekvence, urgencye a hematurie. Otázku *močových infekcí* není třeba zvláště rozvádět. Klinické příznaky jsou v praxi většinou jasné.

Diabetes je zpravidla doprovázen močovými symptomy. Glykosurie predisponuje k uroinfekcím, zejména v kombinaci s postmikčním residuem v měchýři. Pokročilejší stadia diabetu jsou komplikována neuropatií periferních nervů i se ztrátou pocitu nucení, což může vést k retenci a paradoxní inkontinenci z přetékání (overflow incontinence).

Onemocnění štítné žlázy mohou vést k plexopatiím, radikulopatiím a neuropatiím, které podmiňují poruchy viscerální motility. Jistou roli hrají *kardiovaskulární choroby, ischemická choroba dolních končetin a obliterace viscerálních cév*, stejně jako *metabolický syndrom a nadváha. Cévní a degenerativní choroby páteře, plotének a míšních kořenů*, stejně jako *cévní mozkové příhody a kraniocerbrální a míšní úrazy* mohou být příčinou paradoxní ischurie, která má navenek symptomy hyperaktivního měchýře. *Komprese kaudy* je také příčinou neurogení mikční poruchy.

Závažná jsou také některá neurologická onemocnění. Jde například o atroficko-degenerativní choroby CNS s kognitivními a motorickými poruchami, jakou je *choroba Alzheimerova. Cévní mozkové příhody* poškozují centra pro měchýř, pokud je zachována sensibilita měchýře, projeví se příznaky hyperaktivního měchýře. Další choroby se symptomy hyperaktivního měchýře mohou být dekompenzovaná *Parkinsonova choroba či roztroušená skleróza mozkomíšní*. Ta se projevuje buď měchýřovými symptomy, anebo v pozdějším stadiu ztrátou kontroly sfinkterů. Další možné příčiny jsou neuro- a encefalomyelopatie *při chronickém alkoholizmu*, primární nebo metastatické *nádorové postižení mozku*, či stavy po operacích těchto nádorů. Často je také postižena celková hybnost pacientky, což stav komplikuje.

V diferenciální diagnostice se doporučuje zvažovat i některé zdánlivě banální příčiny, jako například nadměrný přívod tekutin. *Demence, deprese a jiné poruchy duševního stavu* pacientky symptomy hyperaktivního měchýře potencují rovněž. *Poruchy hybnosti, obrny, sníženou hybnost v důsledku traumat* či kloubních onemocnění musíme brát rovněž v úvahu (16).

Hyperaktivní měchýř a senium

Podle řady studií prevalence hyperaktivního měchýře narůstá po 60.–70. roce věku až k 50 %. Ve vyšším věku může být dokonce ještě vyšší. Dle vlastních pozorování (17) jsme u pacientek osmdesátiletých a starších zjišťovali měchýřové symptomy a urgentní inkontinenci v některých lůžkových zařízeních až u 80 % dotázaných. Senium přináší některé potencující faktory, k nimž přistupují nervová onemocnění, četné pády, vliv farmak a lékové interakce, ale také poruchy duševní a sociální izolace. Zdá se, že hyperaktivní měchýř ve své „mokrě“ podobě je jedním z hlavních problémů starých lidí.

V otázkách diagnostiky této skupiny pacientek jsme limitováni jejich hybností a spoluprací, určitý stupeň validní diagnostiky však lze poskytnout vždy. Anamnéza může být nespolehlivá, v mnohém jsme odkázáni na spolupráci s geriatrem, neurologem či internistou. Laboratorní a ultrazvuková diagnostika omezení nemá, některá uro-

dynamická vyšetření, například cystometrie, jsou proveditelná vždy. Stejně tak v indikovaných případech nečiní u žen problémy endoskopická vyšetření. V každém případě však diagnostika v seniu vyžaduje individuální přístup s řadou omezení.

Závěr

Zavedení pojmu hyperaktivní měchýř v praxi značně zjednodušilo diagnostický přístup k symptomům frekvence, urgency a nykturie, kdy v první fázi vystačíme s iniciálními postupy. V převážné většině případů pak zahajujeme symptomatickou léčbu farmakologickou. Je však třeba si stále uvědomovat, že stejné symptomy mohou mít i obstrukce, závažná onemocnění nádorová, metabolická a nervová. Zde je již nutná diagnostika specializovaná, mnohdy i interdisciplinární spolupráce, a léčba často kauzální. Zvláštní a individuální přístup vyžadují diagnostické procedury u osob starých a přestárných, kde jsou obtíže nejčastější (18).

Vysoká prevalence hyperaktivního měchýře ve vyspělých zemích činí z tohoto onemocnění jeden z největších problémů diagnostických i léčebných, zejména starých lidí, a je výraznou ekonomickou zátěží zdravotnictví těchto zemí.

Literatura

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics*. 2002;21(2):167-178.
2. Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *Br J Urol Int*. 2001;87:760-766.
3. Chapple CR et al. Solifenacin - a new therapeutic option of OAB? Kongres České urologické společnosti, Praha, říjen 2005.
4. Zmrhal J. Diagnostika v urogynekologii. Celostátní konference České gynekologicko-porodnické společnosti, Hradec Králové, květen 2005.
5. Thüroff JW, Abrams P, Artibani W et al. Clinical guidelines for the management of incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A. *Incontinence*, Plymouth Health Publications. 1999; 933-943.
6. Martan A et al. *Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. PanMed. Praha, 2001.
7. Zmrhal J et al. Místo a význam urodynamických metod v současnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003;12(1):56-70.
8. Zmrhal J. Základy diagnostiky v urogynekologii. *Urologické listy*. 2004;2(1):5-13
9. Jackson S, Donova J, Brookes et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire: development and psychometric. *Br J Urol*. 1996;77:805-812.
10. Huvar I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. 2003;7(1):18-22.
11. Otčenášek M. Současné možnosti využití magnetické rezonance v urogynekologii. *Postgraduální medicína*. 2003;5(8):878-880.
12. Tomolová Z, Zmrhal J, Voženílek J. Nálezy závažných patologií urotelu u pacientek s OAB ve vlastním materiálu. *Praktická urogynekologie XIV, celostátní konference Urogynekologické společnosti ČR, Mělník, prosinec 2005*.
13. Zmrhal J, Horčíčka L, Lochman P. Dynamische Tests des urethralen Verschluss-mechanismus und Beckenboden. *Zentrabl Gynäkol*. 2001;123:158 – 161.
14. Nitti VW, Combs AJ. Correlation of Valsalva leak - point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence. *J Urol*. 1996;155:281-283.
15. Sultana CJ. Urethral closure pressure and leak-point pressure in incontinent women. *Obstet.Gynecol*. 1995;85:704-706.
16. Bojar M, Mazanec R, Kučera Z. Role neurologa v diagnostice, léčbě a rehabilitaci osob trpících inkontinencí moči. *Neurol pro praxi*. 2006;(4):212-219 a (5):262-265.
17. Zmrhal J, Topinková E. Inkontinence moči u žen vyššího věku, diagnostika a léčebné možnosti. *Postgraduální medicína, příloha Geriatrie pro praktické lékaře*. 2004;6(3):47-56.
18. Zmrhal J, Martan A, Horčíčka L. Současné názory na péči o hyperaktivní měchýř z pohledu gynekologa. *Postgraduální medicína*. 2007;9(7):704-710.