

Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů

MUDr. Miroslava Ryšánková

Urologická klinika, FN Hradec Králové

Klasifikace inkontinence i prolapsu pánevních orgánů se v průběhu let mění a není zcela jednotná. Mnozí lékaři používají různé staré klasifikace i přes doporučení odborných společností. Základem pro správné stanovení diagnózy je důkladné vyšetření pacientek. A základem pro dobrou léčbu je přesné stanovení diagnózy.

Klíčová slova: inkontinence moče, prolaps pánevních orgánů, klasifikace.

Classification of female urinary incontinence. Classification pelvic organ prolapse

Classification of urinary incontinence and pelvic organ prolapse is changed over the years and is not completely uniform. Many doctors use different classifications despite the recommendations of international companies. The basis for correct diagnostics is a thorough examination of female patients. A good base for treatment is proper diagnosis.

Key words: urinary incontinence, pelvic organs prolapse, classification.

Močová inkontinence podle definice ICS (Mezinárodní společnosti pro inkontinenci) je stav, kdy dochází k jakémukoliv nedobrovolnému úniku moče. Tvoří v současnosti vážný socioekonomický problém a hendikepuje postižené pacienty. Zastoupení jednotlivých typů se liší v závislosti na věku pacienta a jeho pohlaví. V minulosti klasifikace podléhala mnohým změnám a ani v současnosti není jednotná v různých literárních zdrojích. ICS v roce 2010 klasifikovala inkontinenci do těchto skupin, které se týkají jen ženské populace (1):

- stresová inkontinence (activity-related)
- urgentní inkontinence
- smíšená inkontinence (kombinovaná, nejčastější 1. a 2.)
- posturální inkontinence
- trvalá inkontinence
- inkontinence z přetékání
- noční inkontinence
- bezpocitová inkontinence
- koitální inkontinence

Diagnostika všech typů je založená na získání důkladné anamnézy pacientky, vyplnění dotazníků a dále fyzikálního vyšetření gynekologického, urologického a neurologického. Nezbytností jsou vyšetření moče, ultrazvuku močových cest a zbytkové moče po vymočení, cystoskopické vyšetření a urodynamické vyšetření.

Stresová inkontinence – jedná se o únik moči, kdy intraabdominální tlak převyší tlak intrauretrální. Nově se také označuje jako „inkontinence souvisící s aktivitou pacienta nebo fyzickou námahou“ (activity-related). Provokačními situacemi je například poskok, rychlejší chůze, kašel, kýchání, smích (1). Tímto typem inkontinence trpí zejména ženy a to ve 40–63 %. U těhotných žen se vyskytuje přibližně v 60 %, s postpartálním přetrváváním u 32 % pacientek (2).

Urgentní inkontinence – důvodem úniku moče je patologická kontrakce detruzoru. Dochází k jeho nechtěné aktivaci bez možnosti vědomého ovlivnění pacientem. Patří do syndromu takzvaného hyperaktivního močového

měchýře (OAB, overactive bladder). OAB syndrom zahrnuje frekvenci (časté močení), urgenci (náhlé silné nucení na močení) s/bez urgentní inkontinence a nykturie (noční močení). V případě, že je jeho součástí urgentní inkontinence, pak mluvíme o mokré OAB syndromu (OAB wet syndrom). Vyskytuje se v populaci přibližně v 16 % (3).

Smíšená inkontinence je kombinace více druhů močové inkontinence. Nejčastěji se jedná o inkontinenci urgentní a stresovou (1). Jednotlivé složky se mohou kombinovat v různém poměru.

Posturální inkontinence je nechtěný únik moče v důsledku změny polohy. Jedná se o poměrně běžný typ úniku moče, avšak jeho mechanismus vzniku není zcela objasněn. Pravděpodobně se jedná o stresovou nebo urgentní inkontinenci (1, 4, 5). Léčba závisí na symptomech, které převažují.

Trvalá inkontinence (totální inkontinence) je kontinuální únik moče, který nelze ovlivnit. Nejčastěji jde o extrasfinkterickou vadu, kdy



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

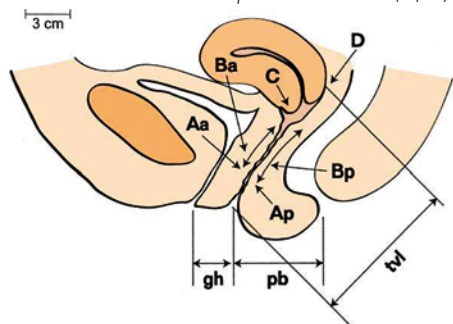
MUDr. Miroslava Ryšánková, mirrah7@email.cz

Urologická klinika FN Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Cit. zkr: Urol. praxi 2016; 17(2): 72–74

Článek přijat redakcí: 27. 12. 2015

Článek přijat k publikaci: 14. 3. 2016

Obr. 2. Zobrazení bodů pro ICS klasifikaci (11, 12)

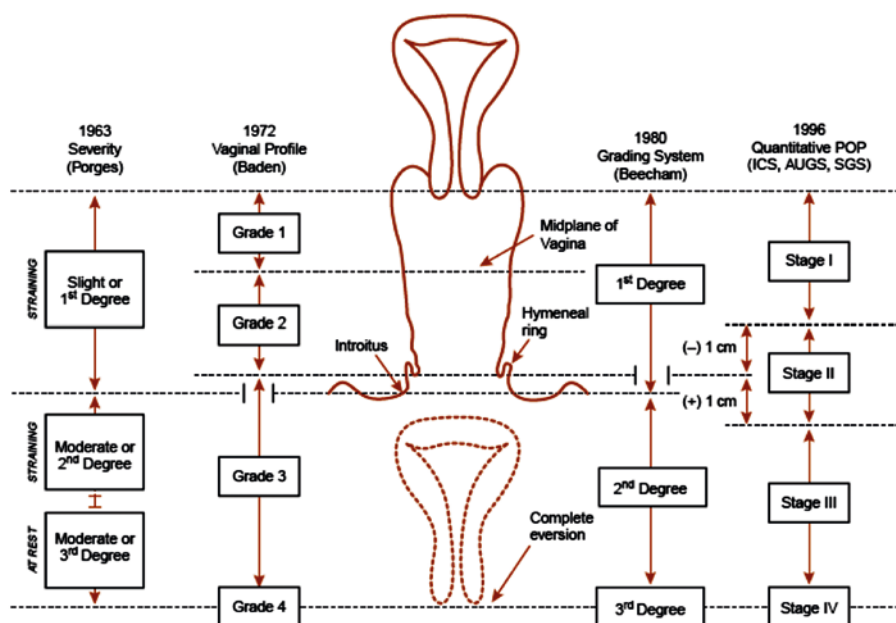
moč obchází přirozené močové cesty a volně odtéká. Může být způsobena přítomností močové píštěle (vezikovaginální, vezikoenterická ...), ektopickým vyústěním močovodu mimo trigonum močového měchýře (například pod svěrač), nebo po sfinkterotomii (1, 4, 5).

Inkontinence z přetékání (overflow incontinence) je únik moče při přeplněném močovém měchýři způsobený selháním sfinkterového mechanismu. Dochází k ní u pacientů s močovou retencí (zadržením moče). Postihuje častěji muže, u žen se s ní setkáváme jen výjimečně, například při dekompenzaci neurologického onemocnění nebo nově vzniklé neurologické etiologii potíží (1).

Noční inkontinence je únik moče v průběhu spánku. Jedná se zejména o dětský typ inkontinence (enuréza) (1, 4). U dospělých je symptomem s multifaktoriální etiologií. U většiny pacientů má souvislost s jinými potížemi. V klinických studiích byla až u 80 % pacientů potvrzena hyperaktivita detruzoru (6, 7). Další příčinou je porucha sekrece antidiuretického hormonu nebo nedostatečná odpověď na jeho účinek. Jde o noční polyurii s následnými atakami noční inkontinence (8, 9). K dalším patří recidivující infekce močových cest, močové kameny nebo divertikl močového měchýře. V případě nově vzniklé noční inkontinence u starších pacientů by měl lékař jistě zbystřit pozornost. Vždy je nutné vyloučit kardiální etiologii těchto potíží. U žen může jít o projev vážného urologického nebo gynekologického problému (subvezikální obstrukce se sekundární dilatací horních močových cest, divertikl močového měchýře nebo pánevní prolaps).

Bezpečitová inkontinence je únik moče, o kterém nemá pacientka zdání na podkladě čeho a za jakých okolností k ní dochází (1).

Koitální inkontinence je únik moče při sexuálním styku. Může jít o únik spojený s penetrací nebo při orgasmu (1).

Obr. 3. Porovnání klasifikací (11, 12)

Terapie inkontinence závisí na důkladné diagnostice a na typu inkontinence. U některých se dá vyřešit pomocí režimových opatření, jindy farmakologicky nebo jen chirurgickými metodami. Také závisí na věku pacientky, jejím celkovém stavu a rizikových faktorech, na životním stylu a očekáváních pacientky.

Klasifikace prolapsu pánevních orgánů u ženy

Jako prolaps orgánů pánevních (POP) označujeme stavy vedoucí k poklesu rodidel u ženy. Rozlišujeme více stupňů této poruchy. Může se vyskytovat izolovaně jen v některé části pochvy (přední, střední nebo zadní), nebo kombinovaně ve více částech.

Nejstarší klasifikace a v současnosti stále platná je Baden-Walkerova klasifikace z roku 1972. Nejdůležitější hranicí je úroveň hymenu, od které se klasifikace POP odvíjí. Ty tvoří přesnou polovinu vzdálenosti mezi normálním stavem uložení pánevních orgánů a stavu při kompletním descenzu rodidel (10).

- stupeň 0 – stav bez prolapsu
- stupeň 1 – pokles do poloviny vaginy
- stupeň 2 – pokles do úrovně hymenu
- stupeň 3 – pokles mimo lumen vaginy
- stupeň 4 – maximální descenzus

ICS klasifikuje prolaps podle 6 přesně definovaných anatomických bodů:

- Aa – polovina přední stěny vaginy 3 cm proximálně od zevního uretrálního ústí

- Bb – nejdálší poloha horní části přední stěny vaginy od poševního pahýlu nebo přední vaginální klenby k bodu Aa
- C – nejdálší hrana cervixu, eventuálně nejvzdálenější bod jizvy na poševním pahýlu u ženy po hysterektomii
- D – zadní klenba poševní (Douglasův vak)
- Bp – nejdálší poloha horní části zadní stěny poševní od zadní vaginální klenby k bodu Ap, event.. od poševního pahýlu
- Ap – střední čára zadní stěny vaginy 3 cm proximálně k hymenu
- Další body: genitální hiatus (gh), perineum (pb), celková délka vaginy (tvl)

Základem pro určení POP je gynekologické vyšetření ženy (palpačně, aspecí) a zobrazovací metody jako ultrazvuk, případně magnetická rezonance, které zpřesňují diagnostiku. Lékař přesně zaznamenaná výše uvedené body v závislosti na pozici hymenu v centimetrech.

Při propojení Baden-Walkerovy klasifikace a klasifikace ICS to vypadá následovně:

- Stupeň 0 – body Aa, Ap, Bb a Bp jsou všechny ve vzdálenosti – 3 a bod C nebo D jsou ve vzdálenosti < -(X-2) cm od hymenu
- Stupeň I – kritéria pro st. 0 nejsou splněna a nejvyšší hrana prolapsu je -1 cm
- Stupeň II – nejvyšší hrana prolapsu je > -1 cm ale < +1 cm
- Stupeň III – nejvyšší hrana prolapsu je < +1 cm ale < +(X-2) cm

- Stupeň IV – nejzazší hrana prolapsu je $< +(X-2)$ cm (hodnota X je celková délka vaginy v cm)

Po klasifikaci POP se terapie odvíjí od celkového stavu pacientky, jejího věku, jejich očekávání, rizikových faktorů, aktivity sexuálního života a také životního stylu pacientky.

Závěr

Močová inkontinence u ženy a také POP spolu úzce souvisí. Obojí pacientky velice obtěžuje. Vyskytují se izolovaně nebo nejčastěji v kombinaci. Jejich léčba je přímo závislá na důkladném urologickém a gynekologickém vyšetření. Dalším důležitým faktorem, který má vliv na léčbu je očekávání

pacientek a jejich věk. Vždy je nutno zvážit aby je léčba nezatížila více než stávající stav. Močovou inkontinenci a prolaps pánevních orgánů je nutno řešit ve spolupráci urologa a gynekologa.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/ international continence society (ICS) join report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J, 2010; 21: 5–26.
2. Struppl D. Současné trendy v chirurgické léčbě stresové inkontinence moči. Urol. Praxi, 2009; 10(5): 274–278.
3. Brodák M, Holub L, Košina J, Romžová M, Pacovský J, Navrátil P, Louda M. Prevalence symptomů dolních močových cest a hyperaktivního močového měchýře u žen a mužů v běžné populaci. Urol. Praxi, 2008; 1: 19–21.
4. Abrams P, Cordero L, Fall M, Griffin D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary

- tract function. Report from the standardisation subcommittee of the International continence society. Neurourol Urodyn, 2002; 21: 167–178.
5. Blaivas JG, Appel LA, Fantl JA, Leach G, McGuire E, Resnick N, et al. Definition and classification of urinary incontinence: recommendation of the Urodynamics society. Neurourol Urogyn, 1997; 16: 149–151.
6. Kyoko S, Blaivas JG. Adult onset nocturnal enuresis. J Urol 2001; 165: 1914–1917.
7. Lin AD, Lin AT, Chen KK, Chang LS. Nocturnal enuresis in older adults. J Chin Med Assoc 2004; 67: 136–140.
8. Williams A, Keye A, Naerger H. Adult nocturnal enuresis: guide to causes and treatment. Prescribing in Practice 2005; 23–26.

9. Miller W. Nocturnal polyuria in older people: pathophysiology and clinical implications. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1321–1329.
10. Abrahams P, Blaivas JG, Stenton SL, Anderson JT. The international continence committee on standardisation of terminology of lower urinary tract function. Neurourology and urodynamics 1988; 7: 403–427.
11. Chadřabová Š. Ošetrovatelská péče o pacientku s prolapsem dělohy. Bakalářská práce, červen 2014, 70 s.
12. http://dev.epubbud.com/uploads/1/3/3/6/13366375/images/Berek____Novak_s_Gynecology_14_ed_pdf/index-1321_1.jpg (cit. 11. 6. 2014)