

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY

GUIDELINES EAU PRO LÉČBU INKONTINENCE MOČI

Převzato pracovní skupinou EAU Inkontinence

CH HAMPEL, M HOFFENFELLNER, P ABRAMS, JT ANDERSEN, E CHARTIER-KASTLER,
TLJ TAMMELA, PH VAN KERREBROECK, G VIGNOLI, JW THÜROFF (PŘEDSEDA)

PŘEVZATO Z PUBLIKACE JW THÜROFF, P ABRAMS, W ARTIBANI, F HAAB, S KHOURY,
H MADERSBACHER, R NIJMAN, P NORTON
CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF INCONTINENCE.
IN: P ABRAMS, S KHOURY, A WEIN (EDS). INKONTINENCE.
PLYMOUTH: HEALTH PUBLICATIONS 1999: 933-943.

OBSAH

1. OBECNÉ CÍLE	58	5. ŘEŠENÍ MOČOVÉ NEUROGENNÍ INKONTINENCE	63
2. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U DĚTÍ	58	5.1 Počáteční řešení	63
2.1 Počáteční řešení	58	5.2 Specializované řešení	64
2.2 Specializované řešení	58	6. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U NEMOHOUCÍCH STARŠÍCH LIDÍ	65
3. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN	58	7. ZÁVĚR	65
3.1 Počáteční řešení	58	8. LITERATURA	66
3.2 Specializované řešení	60	9. ZKRATKY UŽITÉ V TEXTU	66
4. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U MUŽŮ	62		
4.1 Počáteční řešení	62		
4.2 Specializované řešení	62		

1. OBECNÉ CÍLE

Cílem těchto klinických *guidelines* je poskytnout užitečné praktické informace pro diagnostiku a léčbu močové inkontinence. Odráží současné poznatky specialistů v tomto oboru, a proto představují nejmodernější literaturu pro všechny klinické lékaře.

První lékařská návštěva pacienta by se měla vždy zaměřovat na základní diagnostické testy, fyzikální vyšetření a pečlivé hodnocení pacientovy anamnézy, protože tento přístup je vždy snadno dostupný. Pokud je léčba hodnocena jako vhodná, i v této rané části evaluace, je popisována jako počáteční řešení, bez závislosti na tom, kdo ji poskytuje (lékař či sestra).

V případě, že přesná diagnóza onemocnění vyžaduje další vyšetření (tj. složité situace, jako například neuropatický močový měchýř), nebo pokud počáteční léčba selhala, mohou být nezbytné specializované diagnostické a specifitější možnosti léčby.

Stručně řečeno *guidelines* by měly poskytovat informaci o vhodných diagnostických i terapeutických možnostech při léčbě tohoto onemocnění, také by měly vymezovat kvalifikaci poskytovatele zdravotní péče i nejmodernější standardy a přiměřený stupeň péče, jež by měla záviset na stupni narušení kvality života pacienta, dostupnosti diagnostických možností a možnostech léčby a ekonomické situaci zdravotnického systému.

Z praktických důvodů byly zde prezentované *guidelines* rozděleny do oddílů podle klíčové populace (děti, ženy, muži, pacienti s neuropatickým močovým měchýřem a starší pacienti), k níž se vztahují. Algoritmus každého řešení je sestaven chronologicky a zahrnuje následující body:

1. hodnocení klinické anamnézy pacienta a jeho symptomů
2. klinické hodnocení symptomů a poruch

3. determinace stavu a spojené patofyziologie

4. terapeutické možnosti, rozdělené na počáteční léčbu a specializovanou terapii

Použitá terminologie je standardizována dle doporučení Mezinárodní společnosti pro kontinenci (*International Continence Society* - ICS).

2. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U DĚTÍ

2.1 Počáteční řešení (schéma 1)

Klinické prezentace dle anamnézy a symptomů lze rozdělit do 3 skupin podle zvyšující se komplikovanosti (monosymptomatická noční enuréza, pomočování v kteroukoliv denní dobu, inkontinence spojená a anomáliemi močového systému, neuropatiemi či předchozí operací v pelveské oblasti). Všechny 3 skupiny by měly být na počátku zhodnoceny standardními diagnostickými metodami (obecné hodnocení, fyzikální vyšetření, zhodnocení střevní funkce, vyšetření moči ±kultivace moči). Pokud tyto prokážou monosymptomatickou (nekomplikovanou) enurézu, je možné začít konzervativní léčbu (trénink močení, modifikace chování, alarmové systémy, analog vazopresinu) bez dalších diagnostických vyšetření [1].

Postmikční reziduální moč (PVR) je důležitý diagnostický parametr, který by měl být zhodnocen u pacientů s komplexní anamnézou. V případě recidivující infekce močového systému, pouze nízké hodnoty PVR (< 10 % kapacity močového měchýře) umožní nepřímou léčbu pomocí antibiotik. Pokud nejsou přítomny příznaky infekce a je předpokládána urgentní inkontinence, jsou velké hodnoty PVR kontraindikací pro použití antimuskarinik a vyžadují specializované řešení [2].

Je nezbytné prověřit střevní funkci pacienta, neboť korekce chronické zácpy (tj. vlákninou, laxativy, adekvátním příjmem tekutin) může vyřešit některé urologické symptomy.

Konečně, pokud jakákoliv forma počáteční terapie selže, je nezbytné přejít k specializovanému řešení (schéma 2).

2.2 Specializované řešení (schéma 2)

Speciální vyšetření, jako zobrazovací vyšetření horních a dolních močových cest, se snaží naplnit zvýšené diagnostické požadavky pro specializované terapeutické možnosti. V případě abnormálních zobrazovacích vyšetření je třeba zvážit další funkční testy (mikční cystoureterogram - VCUG, urodynamické vyšetření), endoskopie nebo specifické zobrazovací vyšetření (magnetická rezonance - MRI).

Anomálie močových cest (ektopický močovod, vezikouretrální reflux) se obvykle léčí antibiotiky a chirurgickou nápravou anomálie. Jakákoliv komplexní močová inkontinence, jež vyžaduje specializované řešení, vyžaduje další urodynamické zhodnocení a opakované zhodnocení PVR, neboť mnohé léčebné strategie silně závisí na správné diagnóze, a je nezbytné je individualizovat [3-5].

3. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

3.1 Počáteční řešení (schéma 3)

Klinické projevy u žen lze vhodně rozdělit do 4 skupin, lišících se různou komplikovaností a diagnostickými požadavky (inkontinence při fyzické činnosti, inkontinence se smíšenými symptomy, inkontinence s frekvencí/urgencí a inkontinence s komplikovanou anamnézou). Základní testy a zhodnocení se provádí u všech 4 skupin (anamnéza pacienta, mikční diář, skóre symptomů, narušení kvality

Schéma 1. Počáteční řešení močové inkontinence u dětí.

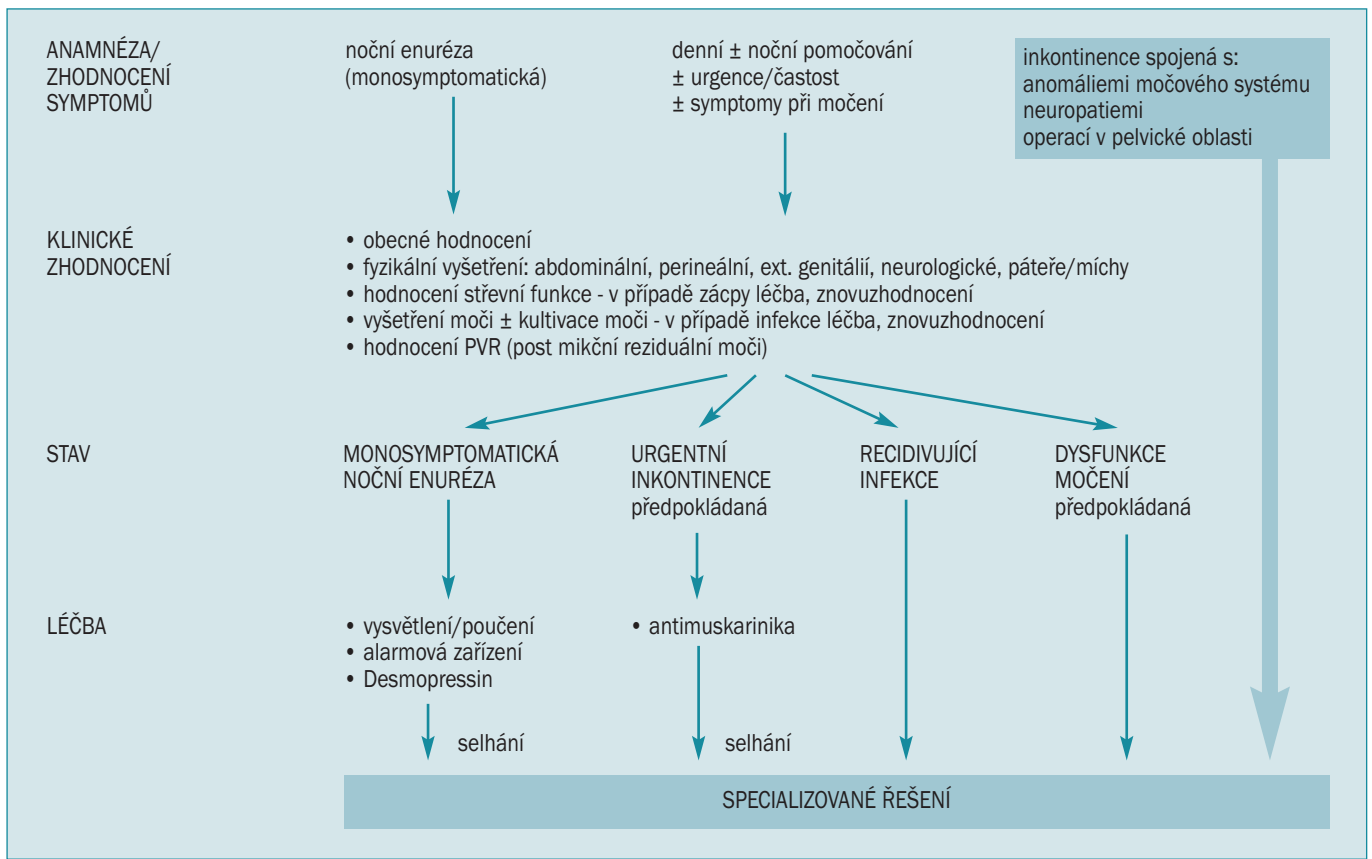
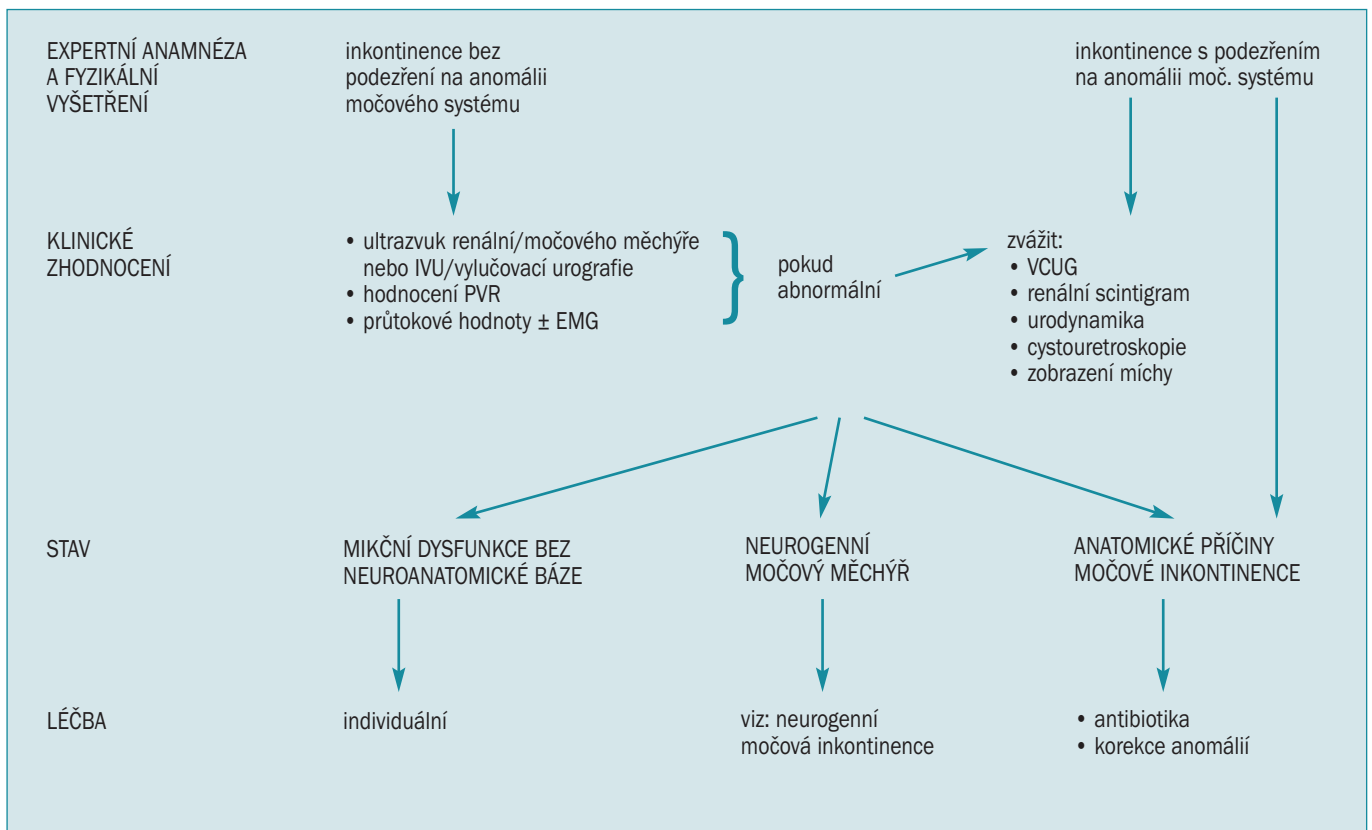


Schéma 2. Specializované řešení močové inkontinence u dětí.



života, fyzikální vyšetření). Kultivace moči a hodnocení PVR poskytuje další nezbytné informace.

Preferovanými formami počáteční léčby pacientek se symptomy stresové inkontinence a absence komplikované anamnézy nebo prolapsu pánevních orgánů [6,7] jsou intervence do životního stylu, posilování svalstva pánevního dna a trénování močového měchýře. Další fyzikální možnosti zahrnují použití vaginálních konusů, Kegelových manometrů a vnější elektrickou stimulaci [8]. Naopak u pacientek se symptomy urgentní inkontinence jsou první volbou počáteční léčby antimuskarinika. U pacientek se smíšenými symptomy by měl být nejprve léčen dominující příznak.

U pacientek s komplikovanou anamnézou hraje důležitou roli PVR. Primární empirická terapie, zmíněná výše, by měla být užita pouze v případě, že je PVR nízké. Prokázaná infekce močových cest (UTI) by měla být léčena před jakoukoliv další terapií. Specializované řešení je nezbytné u žen s komplikovanou anamnézou, jejichž PVR přesáhne 10 % kapacity močového měchýře. Navíc pacienti se signifikantním prolapsem pánevních orgánů

a/nebo pacienti, u nichž selhala počáteční terapie, by měli být okamžitě odkázáni ke specialistovi.

3.2 Specializované řešení (schéma 4)

Kromě základního klinického zhodnocení urodynamické studie a hodnocení pohyblivosti pánevních orgánů pomáhají určit přesnou diagnózu typu inkontinence před zahájením specializované léčby.

Stupeň nedostatečnosti sfinkteru u pacientek se stresovou inkontinencí je zjištěn měřením profilu uretrálního tlaku (UPP) a/ nebo Valsalva *leak point pressure* (VLPP). Před plánováním chirurgické intervence by mělo být zvaženo provedení uretrocystoskopie. Operace stresové inkontinence (s korekcí průvodního prolapsu pánevních orgánů) je indikována zvláště u pacientek, u nichž selhala konzervativní léčba.

Pouze pomocí cystometrie je možné rozlišit mezi motorickou urgencí (hyperaktivní detruzor) a senzoricou urgencí (hypersenzitivita močového měchýře) u pacientek se symptomy urgentní inkontinence.

V případě, že počáteční konzervativní léčba pacientek s urgentní inkontinencí

selže, jsou dalšími agresivnějšími terapeutickými možnostmi neurostimulace, sakrální nervová blokáda, augmentace/substituce močového měchýře a močová derivace [9]. Tyto radikální přístupy jsou ovšem vhodné především pro léčbu těžkých případů neuropatického močového měchýře a intersticiální cystitidy (viz sekce 5. Řešení neurogenní močové inkontinence), neboť většina ostatních případů reaguje na použití antimuskariničů [10].

Obstrukce výtoku z močového měchýře a/nebo hypoaktivita detruzoru může způsobovat vysoké PVR, a poté *overflow* inkontinenci. Pokud je subvezikální obstrukce funkčního původu, je možno ji léčit zpětnovazebným tréninkem, neurostimulací nebo čistou intermitentní katetrizací (CIC). Anatomická obstrukce výtoku z močového měchýře (BOO) je nejčastěji spojená se stenózou uretrálního meatu, který je možno léčit operačně. Přesto však je třeba u těchto případů mít na vědomí současnou slabost detruzoru (idiopatická akontraktilita způsobená denervací/decentralizací), jež může bránit zlepšení symptomů po operaci a vyžaduje další (přechodnou) CIC nebo intravezikální neurostimulaci.

Schéma 3. Počáteční řešení močové inkontinence u žen.

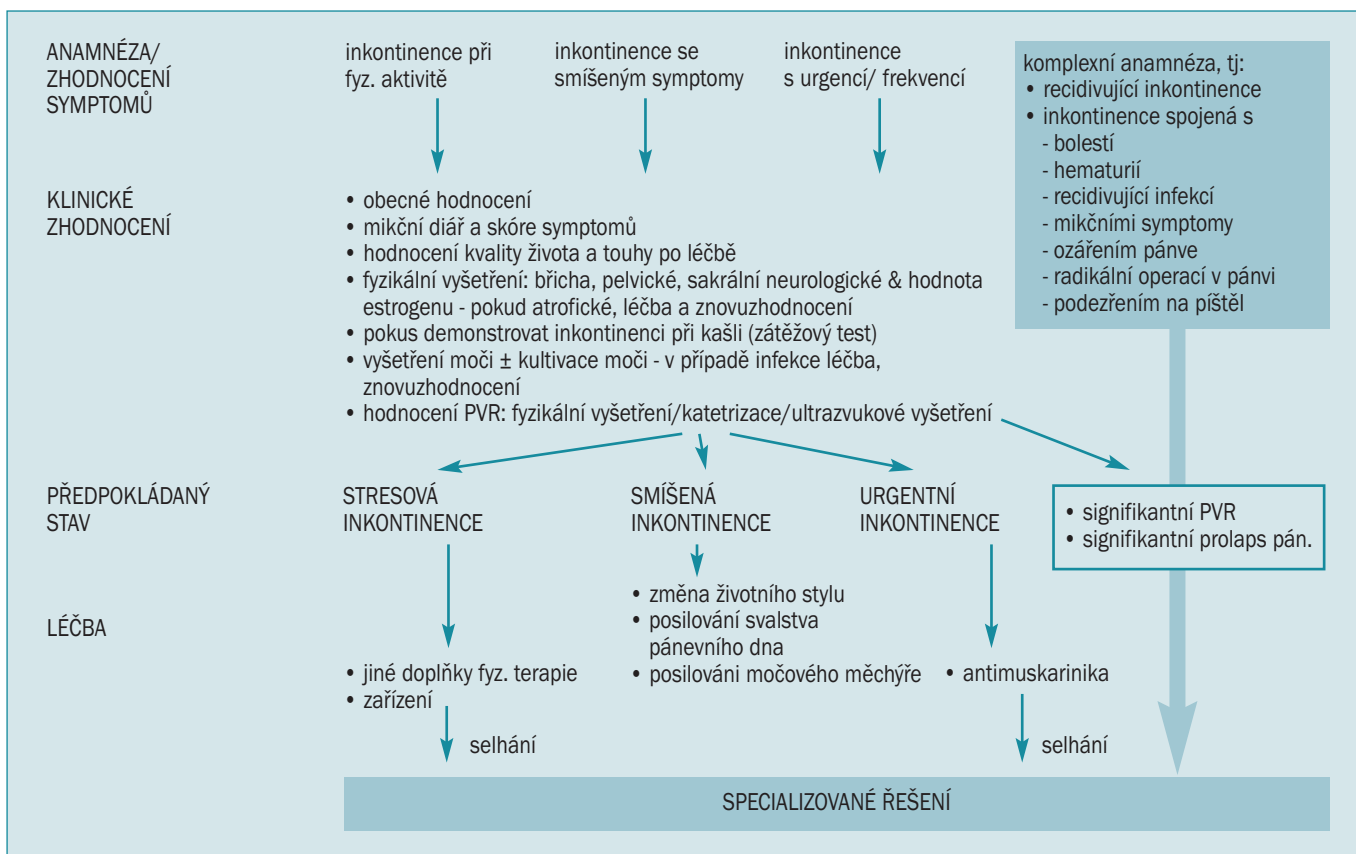


Schéma 4. Specializované řešení močové inkontinence u žen.

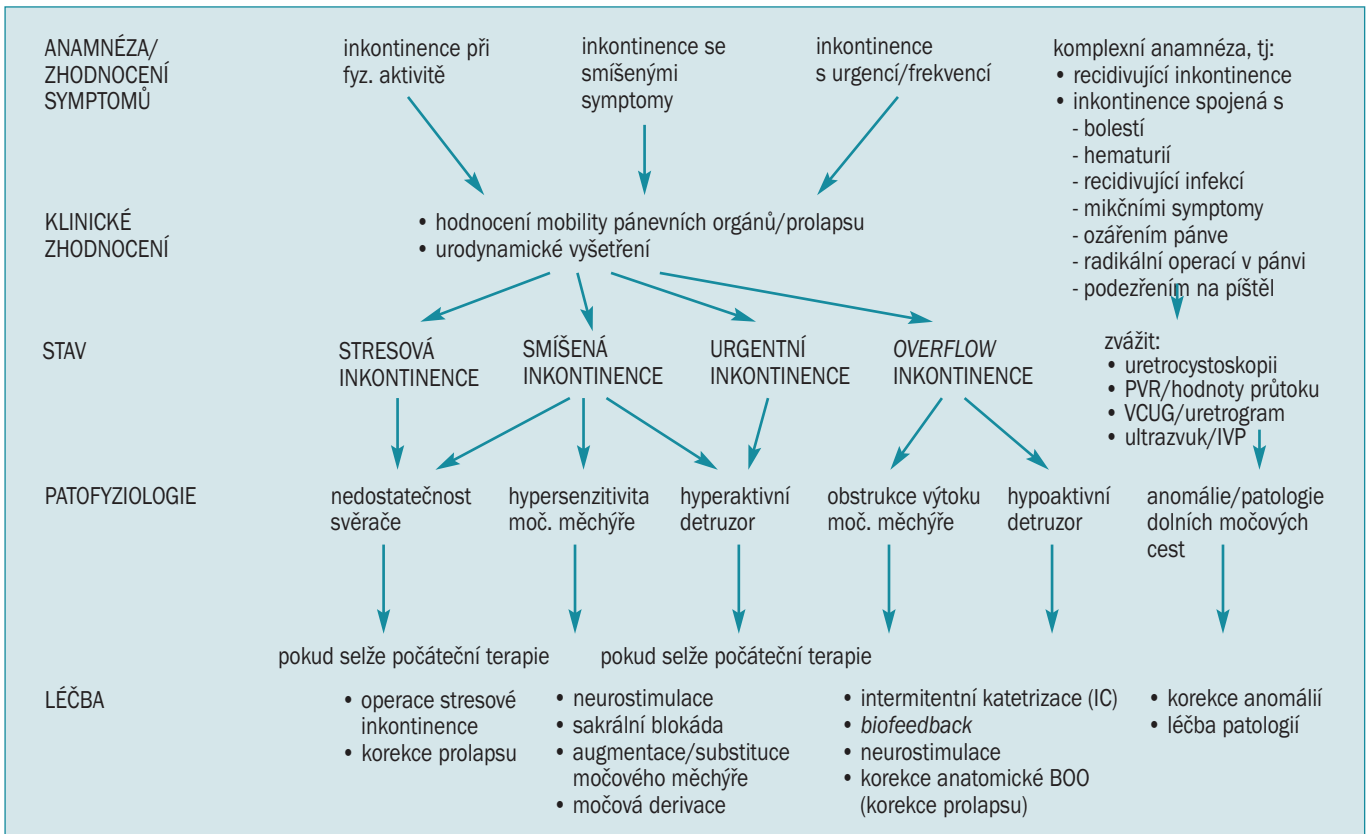
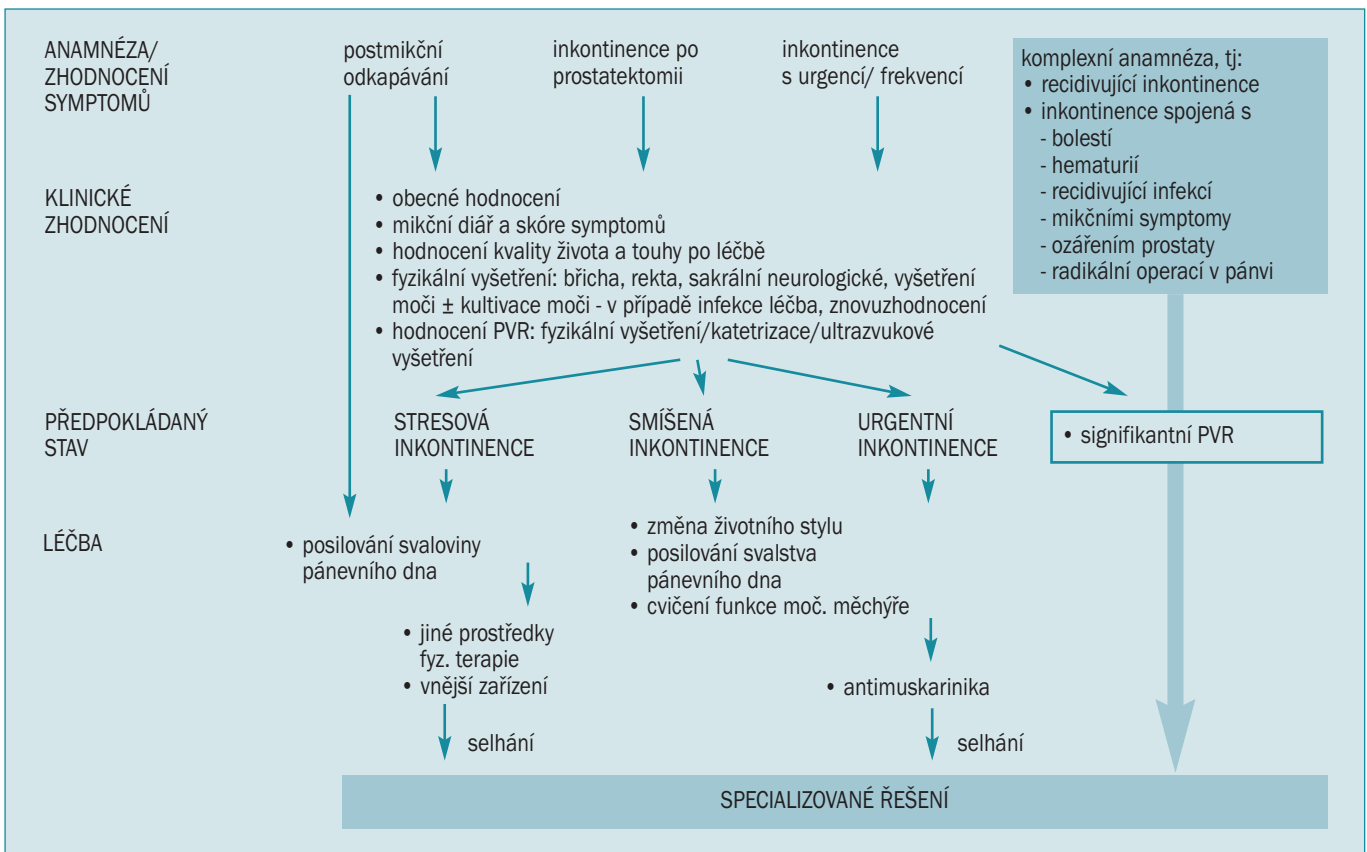


Schéma 5. Počáteční řešení močové inkontinence u mužů.



Další specializované řešení, jako například uretrocystoskopie a zobrazení horních a dolních močových cest, může být nezbytné u komplikovaných případů, u nichž selhala předchozí operace inkontinence, ozáření nebo radikální operace páneve. Pokud výsledky ukazují, že za symptomy inkontinence jsou odpovědné anomálie nebo patologie močových cest, další léčba se musí soustředit na jejich korekci [11].

4. ŘEŠENÍ MOČOVÉ INKONTINENCE U MUŽŮ

4.1 Počáteční řešení (schéma 5)

Klinické projevy mužů se symptomy a anamnézou močové inkontinence lze rozdělit do 4 podskupin (postmikční odkapávání, inkontinence po prostatektomii, inkontinence spojená s frekvencí/urgencí a inkontinence se složitou anamnézou). U pacientů s postmikčním odkapáváním nejsou intenzivní diagnostická vyšetření nezbytná, a je možné je vynechat. Doporučovanou léčbou je v tomto případě vymačkávání moči z uretry a posilování svaloviny pánevního dna. U všech ostatních projevů by měla stan-

dardní diagnostická vyšetření zahrnovat obecné zhodnocení, mikční diář a skóre symptomů, hodnocení kvality života a touhy po léčbě. Mělo by být provedeno také fyzikální vyšetření s vyšetřením břicha a rekta, vyšetření moči a/nebo kultivace moči a určení PVR. Dle výsledků jsou pro pacienty s inkontinencí po prostatektomii (předpokládanou stresovou inkontinencí) nebo se symptomy frekvence/urgence (předpokládanou urgentní inkontinencí) [12,13] možnými léčebnými strategiemi např. změna životního stylu, posilování svaloviny pánevního dna s nebo bez doplňující fyzikální terapie (vnější elektrostimulace), vnější zařízení (vločky) a cvičení funkce močového měchýře s nebo bez použití antimuskarinik.

Pokud je PVR u pacientů s komplikovanou anamnézou nižší než 10 % kapacity močového měchýře, je vhodné provádět primární empirickou terapii s léčením dominujících příznaků. V ostatních případech (PVR > 10 % kapacity močového měchýře) by měli být pacienti odkázáni na specializovanou léčbu. Specializované řešení se také doporučuje u všech inkontinentních pacientů, u nichž selhala primární empirická terapie. Před zahájením jakékoliv terapie by měly být

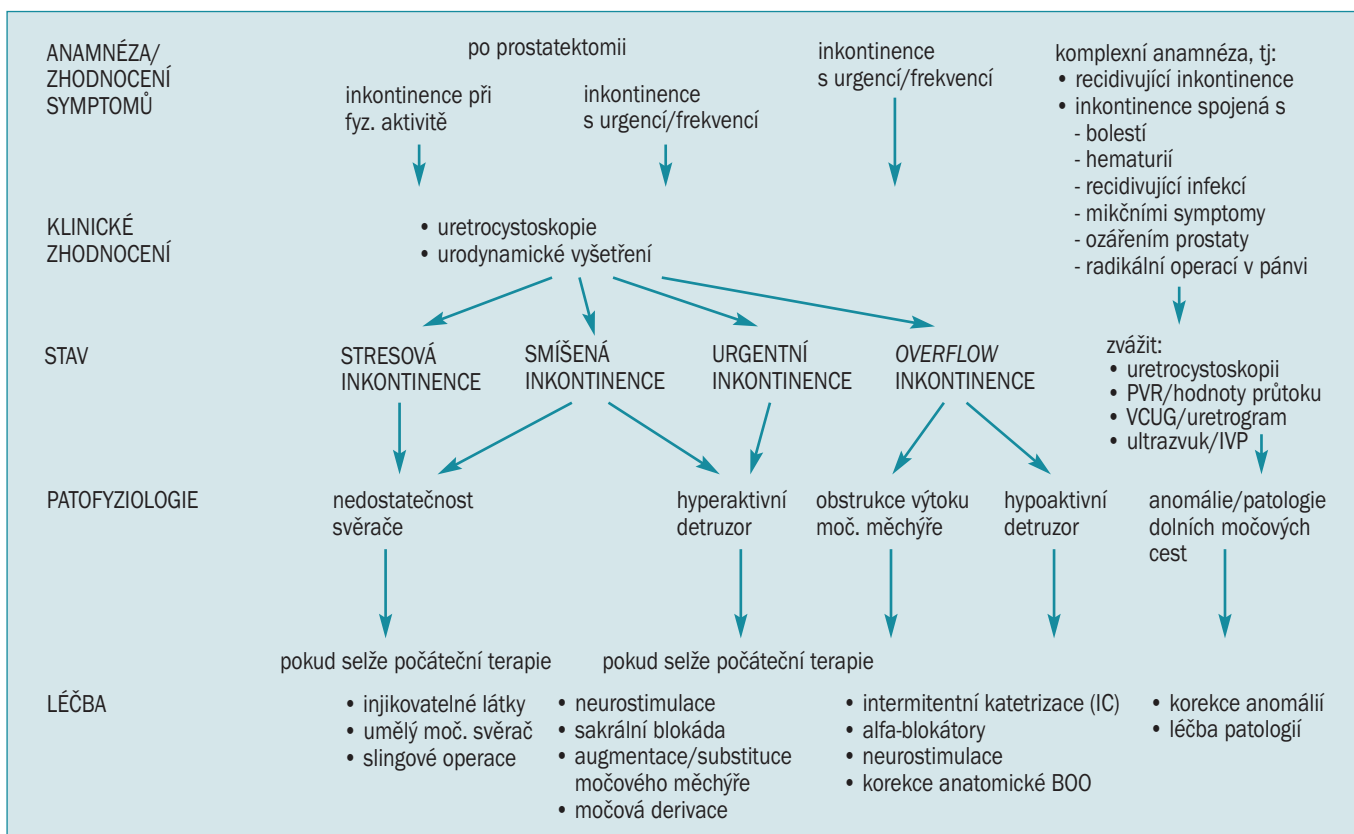
prokázané infekce močových cest léčeny pomocí antibiotik.

4.2 Specializované řešení (schéma 6)

Rozšířené diagnostické vyšetření u specializovaného řešení inkontinentních mužů doporučuje zahrnout cystometrii (pro vytvoření urodynamické diagnózy). Navíc u pacientů s inkontinencí po prostatektomii by se měla provádět také uretrocystoskopie (pro zhodnocení přítomnosti a rozsahu poškození sfinkteru a/nebo jiných anomálií močového měchýře a močové trubice). Určení UPP a/nebo VLPP poskytuje další informace o pacientech se stresovou inkontinencí jakéhokoliv původu. Pacienti se stresovou inkontinencí, u nichž selhaly počáteční terapeutické možnosti, mohou být léčeni endoskopicky nebo otevřenou operací [14-16].

Neurostimulace, blokáda sakrálního nervu, augmentace močového měchýře nebo močová derivace mohou být indikovány jako druhotné řešení u pacientů s motorickou urgentní inkontinencí (hyperaktivní detruzor), u kterých nebyly předchozí konzervativní přístupy úspěšné. Tyto terapeutické možnosti se obvykle volí v případech neuropatického močového

Schéma 6. Specializované řešení močové inkontinence u mužů.



měchýře nebo poradiační cystitidy, neboť dokonce u pacientů s těžkou idiopatickou urgentní inkontinencí normálně reagující na méně agresivní a invazivní terapie (viz sekce 4.1 Počáteční řešení) [10].

Obstrukce výtoky z močového měchýře a hypoaktivita detruzoru mohou vést k *overflow* inkontinenci, jež vyžaduje urodynamické vyšetření pro určení správné diagnózy. CIC, alfablokátory a chirurgická korekce anatomických poruch (uretrální striktura, benigní hyperplazie prostaty) mohou být indikovány u pacientů s BOO, zatímco intravezikální neurostimulace a/nebo CIC se doporučuje u pacientů s akontraktilním detruzorem, způsobeným denervací (tj. po operacích v páni), decentralizací (tj. mozkovou příhodou) nebo dekompenzací (tj. chronickou obstrukcí).

Pokud má pacient komplikovanou anamnézu, mohou být indikovány další vyšetření (uretracystoskopie, hodnoty průtoku, VCUG, retrogradní uretrogram, zobrazovací vyšetření horních močových cest). Jakákoliv anomálie nebo patologie dolních močových cest, která by mohla být příčinou inkontinence by měla být léčena dle nálezu.

5. ŘEŠENÍ NEUROGENNÍ MOČOVÉ INKONTINECE

5.1 Počáteční řešení (schéma 7)

Klinické projevy pacientů s neurogenní inkontinencí lze rozdělit do 3 kategorií dle stupně neurologických lézí:

1. léze periferního nervstva (tj. po radikální operaci v páni) a léze konu/kaudy (např. po prolapsu lumbálního disku)
2. suprasakrální infrapontinní míšní léze
3. suprapontinní cerebrální léze (např. Parkinsonova choroba, mozková příhoda, Alzheimerova choroba)

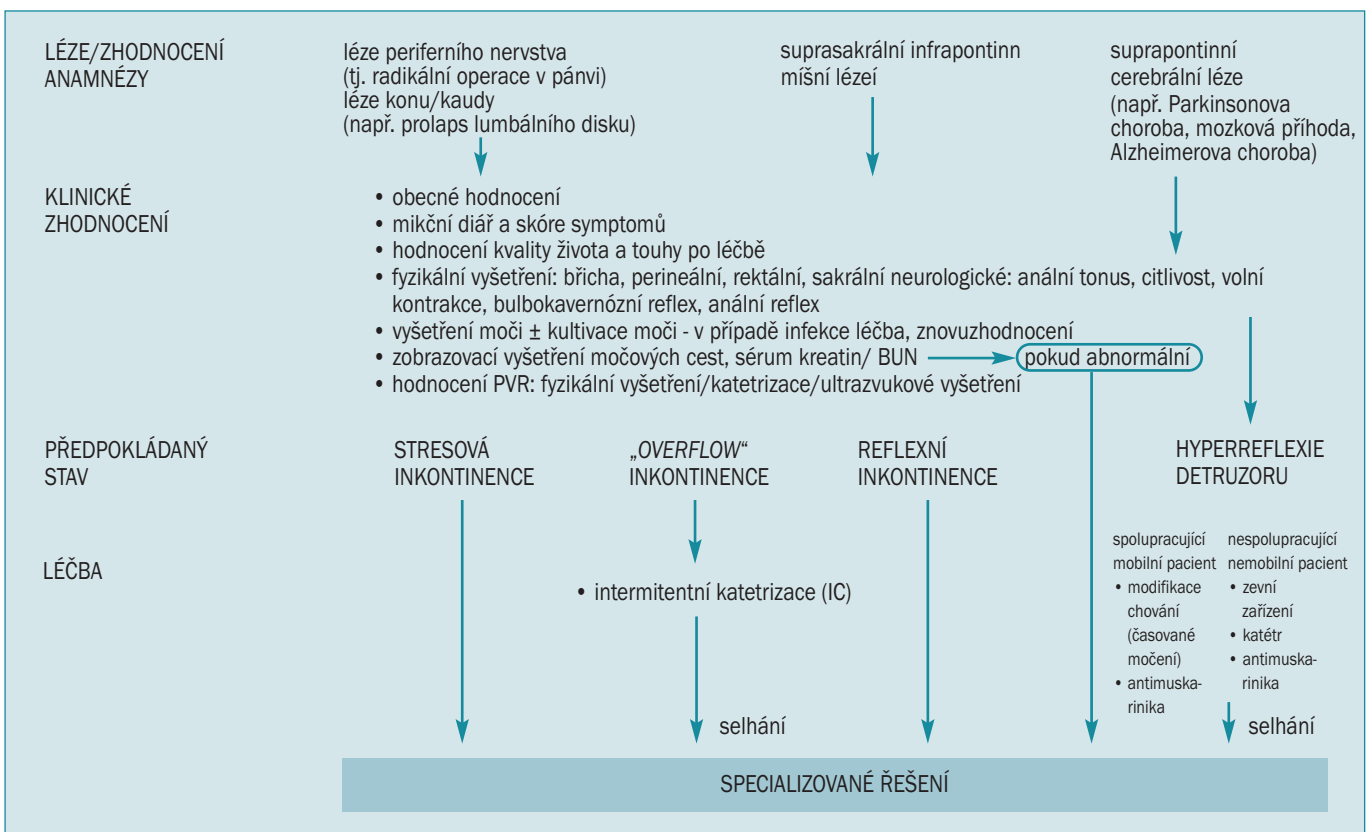
K základnímu diagnostickému vyšetření patří obecné zhodnocení, mikční diář a skóre symptomů, hodnocení kvality života, určené touhy po léčbě, fyzikální vyšetření zahrnující vyšetření břicha, perinea, rekta a sakrální neurologické vyšetření (anální tonus, citlivost, a volní kontrakce sfinkteru, bulbokavernózní reflex, anální reflex), vyšetření moči a/nebo kultivace moči, PVR, zobrazovací vyšetření močového systému, a sérové hodnoty kreatininu/urey (BUN) [17].

Pokud pacienti s močovou inkontinencí po radikální operaci pánve nebo lézi konu/kaudy (včetně obecných neuropatií jako je roztroušená skleróza) prokazují pouze malý objem PVR (< 10 % kapacity močového měchýře), jejich stav ukazuje na stresovou inkontinenci (nedostatečnost sfinkteru), zatímco signifikantní PVR (< 50 % kapacity močového měchýře) ukazuje na *overflow* inkontinenci, která by měla být léčena čistou intermitentní katetrizací [18].

Suprasakrální infrapontinní míšní léze (zahrnující obecné neuropatie, jako roztroušená skleróza) obvykle způsobují reflexní inkontinenci, která bývá většinou spojena s detruzoro-sfinkterovou dysynergií (DSD). Chronická DSD vede ke zvýšení intravezikálního tlaku, vezikorenálnímu refluxu, a poté deterioraci renálních funkcí. Proto je predominantním cílem léčby u těchto pacientů ochrana horních močových cest včasnou intervencí (viz sekce 5.2 Specializované řešení).

Hyperreflexie detruzoru s konsektivní močovou inkontinencí je častým důsledkem suprapontinní cerebrální léze (např. mozkové příhody, Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby). Obvykle nebývá

Schéma 7. Počáteční řešení neurogenní močové inkontinence.



spojena s DSD a citlivost močového měchýře zůstává stejná nebo zvýšená. Proto tyto pacienti vykazují symptomy motorické urgentní inkontinence. Protože stejné terapeutické možnosti jsou vhodné buď pro nestabilitu detruzoru (urgentní inkontinence způsobená idiopatickou hyperaktivitou detruzoru) nebo hyperreflexii detruzoru (urgentní inkontinence způsobená známými neurologickými poruchami), měla by být zpočátku použita konzervativní terapeutická řešení, jako například modifikace chování (časované močení) a použití antimuskarinik. Globálně narušení pacienti (mozková příhoda, Alzheimerova choroba) s omezenou mobilitou a/nebo kooperací mohou přesto vyžadovat použití vnějších zařízení nebo zavedení katétru.

Pokud selže počáteční empirická terapie, je u všech případů neurogenní inkontinence indikováno specializované řešení.

5.2 Specializované řešení (schéma 8)

Specializované diagnostické studie u neurogenní inkontinence zahrnují video-urodynamické vyšetření, určení „leak point pressure“ detruzoru (DLPP) a opakované zobrazovací vyšetření močových cest (sle-

dování). V případě předpokládané deteriorace renální funkce by měl být proveden renální scintigram.

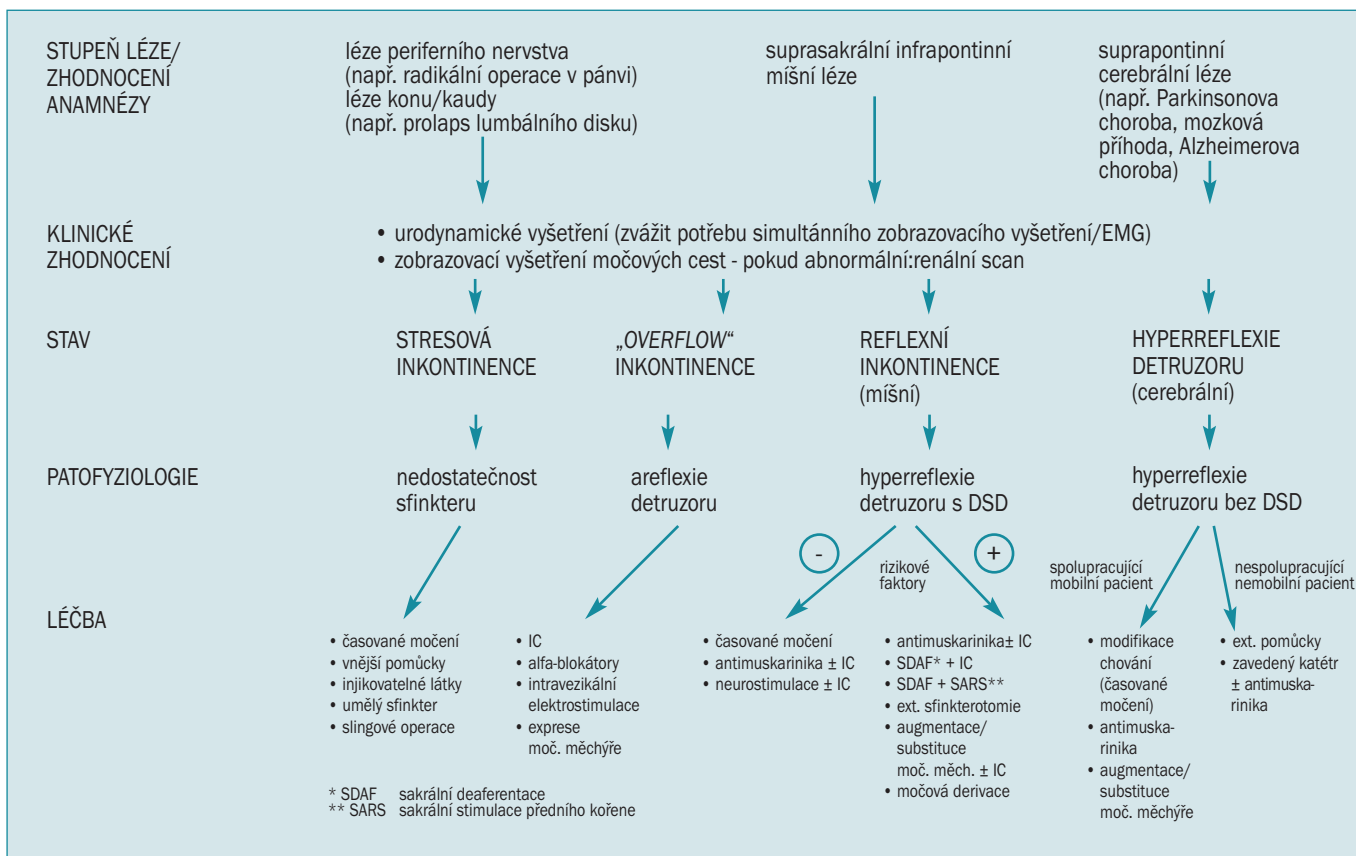
Nízké hodnoty PVR a inkontinence v případě léze periferního nervstva ukazuje na nedostatečnost sfinkteru (stresová inkontinence). Určení UPP před chirurgickou intervencí může mít v těchto případech prognostickou hodnotu. Suficientní tlak sfinkteru může být obnoven transuretrálně aplikovanými látkami, umělými sfinktery nebo slingovými operacemi. Modifikace chování (časované močení) a vnější pomůcky nezlepšují činnost svěrače, ale pomáhají snížit frekvenci a závažnost symptomů. Pokud je léze periferního nervstva spojená s inkontinencí a vysokými hodnotami PVR, je třeba předpokládat predominantní areflexii detruzoru a následnou „overflow“ inkontinenci. U těchto pacientů by měla být zvážena CIC, alfa-blokátory, Credé manévr (exprese močového měchýře) a intravezikální elektrostimulace [19].

Jak již bylo zmíněno, reflexní inkontinence s průvodní DSD způsobenou suprasakrální infrapontinní míšní lézí způsobuje riziko horním močovým cestám. Je

proto nezbytné provádět opakovaná zobrazovací vyšetření HMC. Časně určené DLPP pomáhá odhadnout individuální riziko. Iniciace spouštění močení, antimuskarinika a CIC jsou proveditelné možnosti řešení, pokud hodnota DLPP zůstává pod 40 cm³ vody. Vyšší hodnoty tlaku vyžadují agresivnější přístupy k ochraně renálních funkcí. Jako vhodné mohou být dále považovány CIC a antimuskarinika, sakrální deafferentace, sakrální stimulace předních míšních kořenů, vnější sfinkterotomie, augmentace/substituce močového měchýře a močová derivace [20].

Protože hyperreflexie detruzoru způsobená suprapontinní cerebrální lézí není obvykle spojená s DSD, riziko narušení renálních funkcí je spíše nižší. Modifikace chování (časované močení), použití antimuskarinik, neurostimulace a dokonce augmentace močového měchýře jsou možnými léčebnými alternativami, přestože je třeba brát v potaz celkový zdravotní stav pacienta a poměr úsilí k získanému benefitu. Zvláště nepohybliví a/nebo nespolupracující pacienti jsou potenciálními kandidáty pro zavedení katétru nebo nošení vnějších pomůcek [21].

Schéma 8. Specializované řešení neurogenní močové inkontinence.



6. ŘEŠENÍ INKONTINENCE U NEMOHOUCÍCH STARŠÍCH LIDÍ

(schéma 9)

V těchto guidelines bude popsáno pouze počáteční řešení močové inkontinence u starších lidí, neboť specializované řešení je velmi individuální a závisí na celkovém stavu pacienta.

Dle komplikovanosti klinických projevů lze rozdělit pacienty do čtyř kategorií s odlišnými diagnostickými požadavky (inkontinence při fyzické aktivitě, inkontinence s frekvencí/urgencí, inkontinence s retencí/mikčnými symptomy a inkontinence spojená s komplikujícími faktory). Základně je třeba vyšetřit centrální nervový systém (CNS), schopnost poznávání, pohyblivost, činnosti běžného života (ADL), stupeň „křehkosti“, mikční chování, narušení kvality života a touhu po léčbě. Mnemotechnická pomůcka DIAPPERS je vhodná pro snadné vybavení standardních diagnostických postupů, které hodnotí zvrtné predispozice inkontinence. Je třeba také zhodnotit komplikující stavy a faktory (viz schéma 9). Fyzikální vyšetření by mělo zahrnovat vyšetření břicha,

perinea, rekta a sakrální neurologické vyšetření. Zátěžový test (únik moči během kašle) a určení PVR doplňují doporučený výčet diagnostických vyšetření.

Pokud pacient s anamnézou inkontinence při fyzické aktivitě prokáže pozitivní zátěžový test s minimálním PVR, nejpravděpodobnější diagnózou je stresová inkontinence. Naopak anamnéza inkontinence spojená s urgencí a frekvencí společně s negativním zátěžovým testem a nízkými hodnotami PVR svědčí pro urgentní inkontinenci. Konečně, pokud jsou mikční symptomy pacienta kombinované se signifikantním PVR (> 50 % kapacity močového měchýře), je třeba předpokládat „overflow“ inkontinenci.

Před jakoukoliv specifickou urologickou terapií by měly být provedeny korekce všech odhalených zvrtných predispozicí a komplikujících faktorů. Poté by měly následovat primární urologické terapeutické možnosti (posilování svaloviny pánevního dna, biofeedback a elektrická stimulace pánevního dna u stresové inkontinence, cvičení funkce moč. měch. u stresové inkontinence, cvičení funkce močového měchýře, použití antimuskarínik a biofeedback u urgentní inkontinence, operační odstranění BOO

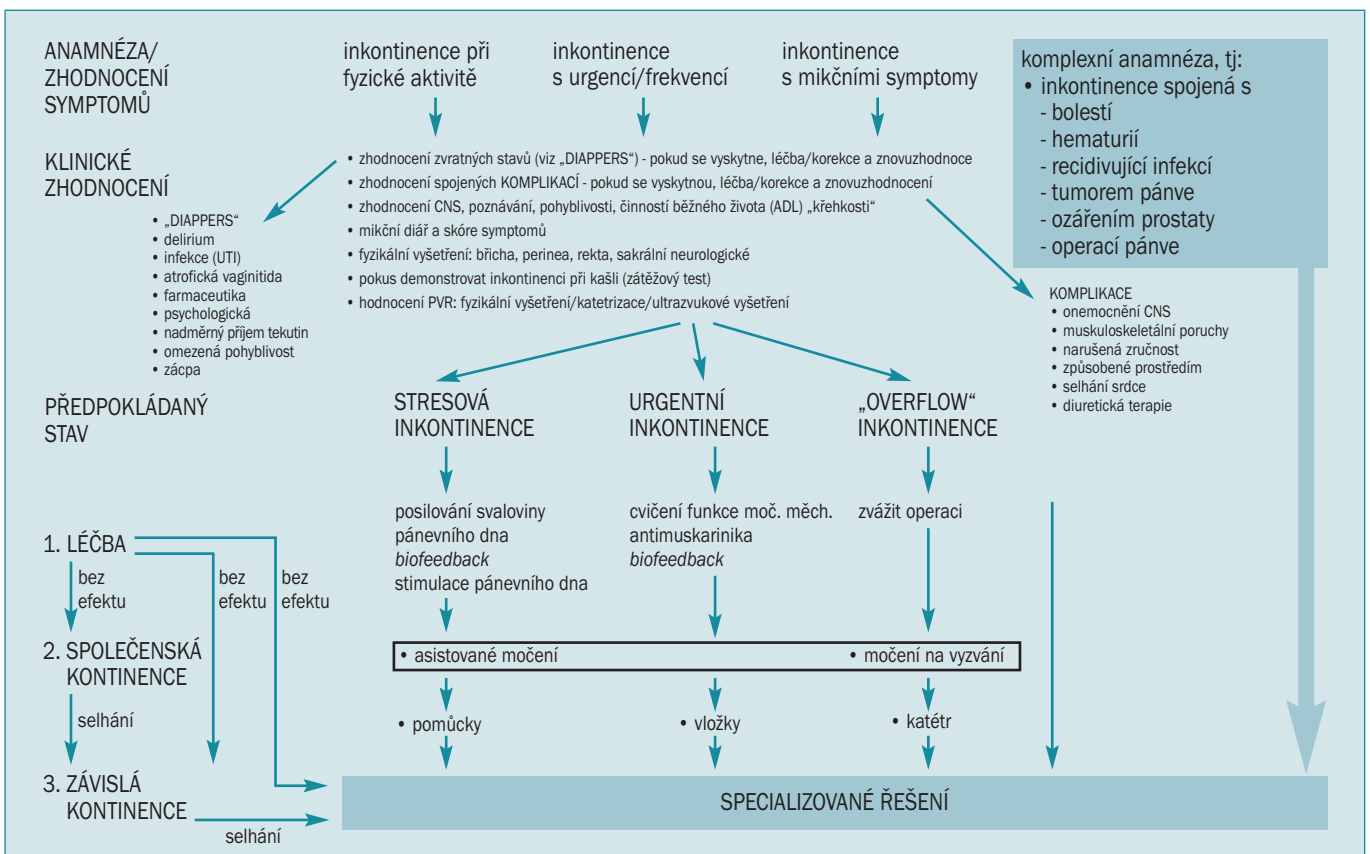
u „overflow“ inkontinence) zlepšit či léčit předpokládaný stav. Vzhledem k jejich často narušenému celkovému zdravotnímu stavu mohou být starší pacienti nezpůsobilí pro primární léčebná řešení. V tomto případě, nebo pokud selžou primární léčebné postupy, jsou vhodné terapie druhé volby (asistované močení, močení na vyzvání) pro dosažení takzvané „společenské kontinence“. Terapie třetí volby (použití zařízení, vložek a katétrů) je určena pacientům, pro něž není vhodná druhotná léčba nebo u nichž tyto přístupy selhaly. Stav, jehož je dosaženo pomocí úspěšné terciární terapie, je nazýván „dependent“ kontinence [22,23].

Specializované řešení je nezbytné u pacientů s perzistentním selháním terapie nebo komplikujícími symptomy, jako například inkontinence spojená s bolestí, hematurií, recidivující infekcí, nádorem v perineu nebo anamnézou předchozí operace/ozáření v oblasti pánve.

7. ZÁVĚR

Základ uvedených algoritmů je tvořen obecně akceptovanými údaji vědecké literatury. Algoritmy by měly být nejen jedno-

Schéma 9. Řešení močové inkontinence u nemohoucích starších lidí.



duché a jasné, ale měly by odrážet podstatu celkové empirické klinické praxe v Evropě.

Vzhledem k tomu, že specialisté urologie se nacházejí po celé Evropě, jejich intervence by se neměly omezovat pouze na „specializovanou“ řešení. Přestože by se mohly objevit pochybnosti o rozdělení algoritmů na „počáteční“ a „specializované“ řešení, včasné zahrnutí specialisty - dokonce při první návštěvě pacienta - je velmi důležité z důvodu vyhnutí se provádění zbytečných a nákladných diagnostických vyšetření, selhání léčby a zbytečného prodlužování trvání onemocnění kvůli menší zkušenosti praktických lékařů.

8. LITERATURA

- Cook E. Assessing continence needs in children. *Nurs Stand* 1999; 13: 48-52; quiz, 54.
- Curran MJ, Kaefer M, Peters C, Loggjian E, Bauer SB. The overactive bladder in childhood: long-term results with conservative management. *J Urol* 2000; 163: (2000) 574-577.
- Norgaard JP, van Gool JD, Hjaimas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. *International Children's Continence Society. Br J Urol* 1998; 81 (Suppl 3): 1-16.
- Steiner G, Muller SC, Bruhl R. Urinary incontinence in neurogenic defects and urogenital anomalies in childhood. *Wien Med Wochenschr* 1998; 148: 299-304.
- Kryger JV, Gonzalez R, Barthold JS. Surgical management of urinary incontinence in children with neurogenic sphincteric incompetence. *J Urol* 2000; 163: 256-263.
- Lewey J, Billington A, O' Hara LOH. Conservative treatment of urinary continence. *Elder Care* 1997; 9 (suppl 6): 9-11.
- Coiling JC, Newman DK, McCormick KA, Pearson BD. Behavioral management strategies for urinary incontinence. *J ET Nurs* 1993; 20: 9-13.
- Berghmans LC, Hendriks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bie RA, van Waalwijk, van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol* 1998; 82: 181-191.
- Bosch JL, Groen J. Sacral nerve neuromodulation in the treatment of patients with refractory motor urge incontinence: longterm results of a prospective longitudinal study. *J Urol* 2000; 163: 1219-1222.
- Brubaker L. Electrical stimulation in overactive bladder. *Urology* 2000; 55 (suppl 5A): 17-23; discussion, 31-32.
- Leach GE, Dmochowski RR, Appell RA, Blaivas JG, Hadley HR, Lubner KM, Mostwin JL, O'Donnell PD, Roehrborn CG et al. Female Stress Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *The American Urological Association. J Urol* 1997; 158: 875-880.
- Moore KN, Cody DJ, Glazener CM. Conservative management of post prostatectomy incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001843.
- Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppet H, De Ridder D, Feys H, Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 98-102.
- Wahle GR. Urinary incontinence after radical prostatectomy. *Semin Urol Oncol* 2000; 18: 66-70.
- Montague DK, Angermeier KW. Postprostatectomy urinary incontinence: the case for artificial urinary sphincter implantation. *Urology* 2000; 55: 2-4.
- Iselin CE. Periurethral collagen injections for incontinence following radical prostatectomy: does the patient benefit? *Curr Opin Urol* 9 (1999); 9: 209-212.
- Schultz-Lampel D. Pathophysiology and diagnosis of functional disorders of micturition. *Urologe A* 1999; 38: 14-19.
- Assessment and treatment of urinary incontinence. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153-2158.
- Malone PS. The management of urinary incontinence. *Arch Dis Child* 1997; 77:175-178.
- Plancke HR, Delaere K, Pons C. Indiana pouch in female patients with spinal cord injury. *Spinal Cord* 1999; 37: 208-210.
- Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CE, Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1257-1262.
- Fleishman R, Heilbrun G, Mandelson J, Shirazi V. Improving the quality of institutional care of urinary incontinence among the elderly: a challenge for governmental regulation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 2: 105-119.
- McCormick KA, Newman DK, Coiling J, Pearson BD. Urinary incontinence in adults. *Am J Nurs* 1992; 92: 75-88.

9. ZKRATKY POUŽITÉ V TEXTU

ADL	aktivity běžného života
BOO	obstrukce výtoku z močového měchyře
BUN	močovina v krvi/urea
CIC	čistá intermitentní katetrizace
CNS	centrální nervový systém
DIAPPERS	delirium
	infekce
	atrofická vaginitida
	farmaceutika
	psychická dysfunkce
	endokrinní poruchy
	omezená pohyblivost
	zácpa
DLPP	„leak point pressure“ detruzoru
DSD	detruzoro-sfinkterová dyssynergie
EMG	elektromyogram
IC	intermitentní katetrizace
ICS	Mezinárodní společnost kontinence
IVP	intravenózní pyelogram
MRI	magnetická rezonance
PVR	post mikční reziduální moč
UPP	profil uretrálního tlaku
UTI	infekce močových cest
VCUG	mikční uretrogram
VLPP	Valsalva „leak point pressure“

ICI Guidelines sloužily jako základ pro EAU Guidelines on incontinence. Autoři ICI guidelines: JW Thüroff, P Abrams, W Artibani, F Haab, S Khoury, H Madersbacher, R Nijman, P Norton.