

Pacient s onemocněním ledvin v ordinaci urologa

MUDr. Jiří Klečka, Ph.D., MBA

*Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha;
Urocentrum Plzeň, ResearchSite*

SOUHRN

Žádný z klinických oborů není státem ve státě a v rámci každodenní praxe se setkáváme s polymorbidními pacienty, jejichž léčba vyžaduje větší či menší míru mezioborové spolupráce. V rámci urologie a nefrologie toto platí ještě více. V následujícím textu jsem se dotkl nejčastějších styčných témat urologie a nefrologie.

KLÍČOVÁ SLOVA: mikroskopická hematurie – benigní hyperplazie prostaty – litiáza – nádory močového měchýře

Úvod

Nefrologie a urologie jsou obory, které se v mnoha svých podoblastech zcela prolínají a spolupráce urologa a nefrologa je každodenní součástí naší lékařské praxe. Vzpomínám si na svého učitele a přednostu Urologické kliniky FN Plzeň doc. MUDr. Zdeňka Oudu, CSc., který se mě u státní zkoušky z chirurgie ptal, u jakých urologických onemocnění se může vyskytovat mikroskopická či makroskopická hematurie. Jako medik jsem byl touto otázkou zaskočen, protože jsem nedokázal rychle vybrat onemocnění, a tak jsem řekl, že prakticky u všech, a moje odpověď byla kvitována pozitivně. Se vstupem do praxe se toto tvrzení potvrdilo a například diagnostika, resp. diferenciální diagnostika příčin mikroskopické hematurie je našim každodenním chlebem. Rozebírat na tomto místě všechny možné příčiny přítomnosti erytrocytů v moči by bylo nad rámec rozsahu tohoto sdělení, a tak se dotknu spíše zásadních urologických témat s dopadem na obor nefrologie. Na tomto místě si jen neodpustím jednu vsuvku, která se spíše než erudovaných nefrologů týká „periferních“ lékařů, kteří dodnes zcela nechápou termín mikroskopická hematurie, definovaný jako přítomnost erytrocytů v moči, a nikoliv jako kolonka krev na jeden či více křížků s nálezem 0–4 erytrocyty. Detekce hemoglobinu v moči bez přítomnosti erytrocytů a následná vyšetření urologem spadají spíše do oblasti celkového screeningu. Ten ovšem s ohledem na včasnou detekci, kdy se jedinec dostane do ambulance z jiných zdravotních příčin (s urologickou symptomatologií), pravděpodobně neumožní

záchyt jiných než urologických onemocnění. Pravdou však zůstává, že přibližně u 15–18 % pacientů s mikroskopickou hematurií nalezneme urologickou malignitu, nejčastěji tumory močového měchýře a nádory ledvin, kde je Česká republika na prvním místě na světě.

Co se týče diagnostiky příčin hematurie, asi nemá smysl zde podávat výčet diagnostických modalit, ale jejich nedílnou součástí je endoskopické vyšetření, resp. cystoskopie. Ultrazvuk je miniinvazivní vyšetření, které má sice vysokou senzitivitu a specifitu, ale na drobné tumory močového měchýře nedosáhne a u pacientů s *carcinoma in situ* je zcela nepoužitelné. Přístrojové vybavení je v současné době stále kvalitnější a v případě cystoskopie jsou zařízení vybavena systémy NBI (narrow band imaging), které umožňují lepší zobrazení patologické vaskularizace, a tím pádem lepší diagnostiku maligních onemocnění močového měchýře a v mnoha případech mohou nahradit i ekonomicky náročnou fotodynamickou diagnostiku s použitím kyseliny hexa-aminolevulové.

Další společnou problematikou urologie a nefrologie je renální selhání. Dělení na prerenální, renální a subrenální selhání snad ani není potřeba připomínat, každopádně léčba je skoro vždy mezioborová, zvláště u subrenálních příčin, kde primární akutní fázi řeší nefrolog a následuje většinou chirurgická intervence urologa. Mezi nejčastější příčiny patří nefro- či ureterolitiáza, retence moči při subvezikální obstrukci prostatou či striktura uretry. Dovolu mi na tomto místě pár poznámek urologa k výše uvedeným stavům.

Subvezikální obstrukce prostatou (benigní hyperplazie prostaty), symptomy dolních močových cest (LUTS)

Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je nejčastější benigní onemocnění mužů, jehož prevalence a incidence s věkem stoupá. Charakterizuje ji zvětšení prostaty, které svými důsledky může významně ovlivnit kvalitu pacientova života. V posledních letech se klinicky benigní hyperplazie prostaty řadí mezi širší skupinu diagnóz označovaných jako symptomy dolních močových cest (lower urinary tract symptoms, LUTS).¹ Pohled na problematiku a léčbu LUTS se řídí doporučenými postupy Evropské urologické společnosti. V posledních letech zaznamenala léčba tohoto onemocnění značný rozvoj od pouhého sledování přes farmakoterapii až po možnosti chirurgické.

Klinický obraz LUTS a jejich komplikace

V symptomatologii LUTS dominují mikční potíže. Ty jsou rozděleny na symptomy evakuační, dříve označované jako obstrukční, a symptomy jímací, dříve označované jako iritační.

Evakuační symptomatologie zahrnuje malý proud moči, prodlevu v začátku močení, protrahované močení, pocit nedostatečného vymočení, či přímo akutní náhlou retenci moči, která již vyžaduje neodkladný lékařský zásah. Druhá složka symptomatologie LUTS, tedy jímací, zahrnuje sníženou jímací schopnost močového měchýře projevující se pocitem nutné náhlé potřeby vymočit se, zvýšenou frekvencí této potřeby, polakisurií a nykturií, a v neposlední řadě i náhlou inkontinencí. Dalším ze symptomů, nebo přesněji komplikací, která již nepatří mezi LUTS, je i hematurie.

Dle míry obtíží rozeznávají někteří autoři tři stadia vývoje tohoto onemocnění. V prvním stadiu pociťuje pacient typické mikční potíže, a to zejména v nočních hodinách. Přes den jsou potíže mírnější. Další prohloubení těchto potíží, charakterizované zejména častou nykturií a pocitem neúplného vymočení, je známkou pokročilosti onemocnění (druhé stadium), kdy již dochází k postupné dekompenzaci stavu. V nejvyšším, třetím stadiu LUTS dochází ke kompletní retenci moči, někdy doprovázené stálým odkapáváním moči, v důsledku přeplnění močového měchýře, které vede až k renálnímu selhání.

Dlouhodobá retence moči pak vede k patologickému rozšíření močových cest, včetně dutého systému ledvin (ledvinné pánvičky s ledvinnými kalichy), které vyústí v poškození ledvin doprovázené mimo jiné uremií.² Výjimkou není ani cystolitiáza a infekce močových cest, či přímo urosepsy. S prvními dvěma zmiňovanými komplikacemi se můžeme setkat u pacientů již ve druhém stadiu LUTS.

Pro zhodnocení míry závažnosti obtíží může být nápomocný dotazník doporučený Světovou zdravotnickou organizací – Mezinárodní skóre prostatických symptomů (International Prostate Symptom Score, IPSS). Vzhledem k tomu, že BHP významně ovlivňuje kvalitu života nemocného (Quality of Life, QoL), důležitou roli sehrává

i subjektivní hodnocení mikčních potíží pacientem. Součástí dotazníku je proto i dotaz směřovaný na kvalitu života nemocného. Odpověď pak lze také použít jako hodnotící marker vývoje onemocnění v průběhu času a k sledování vlivu chronické terapie.^{3–5}

Závěrem této kapitoly je však nutno uvést, že klinické potíže při zbytnění prostatické tkáně nemusí vždy pacient, zejména v počáteční fázi onemocnění, pociťovat. A opačně, potíže blízké LUTS nemusejí být nutně vyvolány BHP, ale např. nadměrně anatomicky vyvinutou tkání prostaty či patologickým procesem, zánětem či maligním nádorem prostaty nebo močového měchýře. I proto je nutné doporučit pacientovi, jenž trpí mikčními potížemi, odborné lékařské vyšetření co nejdříve.

Léčba

Problematika BHP je široká a lze ji léčit několika způsoby od prostého sledování přes farmakoterapii (monoterapie, kombinovaná léčba) až v poslední řadě chirurgickou intervencí. Vše závisí na závažnosti subjektivních obtíží a na výskytu možných komplikací. Chirurgická léčba je určena pro ty pacienty, u kterých se vyskytly komplikace a farmakoterapie nebyla dostatečná. Nemocné, kteří mají pouze mírné symptomy (IPSS < 8) a nemají komplikace z obstrukce, lze sledovat a případnou léčbu zahájit až v případě progresu. U těch pacientů, kteří už mají obtíže střední až výrazné (IPSS 8–35) a jsou bez komplikací, je obvykle nutné zahájit farmakoterapii, eventuálně chirurgickou léčbu. V současné době máme na trhu řadu přípravků, které mají ověřený účinek na symptomatologii benigní hyperplazie prostaty. Můžeme mezi ně počítat antagonisty α -adrenergických receptorů, inhibitory 5 α -reduktázy, anticholinergika (ovlivňující především iritační symptomatologii), fytopřípravky a jejich kombinace.

Co se týče léčby chirurgické, platí stále, že zlatým standardem léčby je transuretrální resekce prostaty. V současné době se stále více uplatňují miniinvasivní metodiky typu fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) či holmiové enukleace prostaty (HoLEP). Otevřená prostatektomie je již relativně minoritní metodikou, jež zůstává rezervována pro prostaty s hmotností nad 100 gramů.

Subrenální obstrukce (nefro-, ureterolitiáza)

Urolitiáza je druhým nejčastějším urologickým onemocněním a patří dnes k jedné z nejčastějších civilizačních chorob. Každým rokem se urolitiáza nově objevuje přibližně u 0,1–0,5 % populace.⁶ Prevalence se pohybuje kolem 4–5 % dospělé populace a s rostoucí spotřebou živočišných bílkovin v potravě se výskyt tohoto onemocnění zvyšuje. Infekce močových cest jsou nejčastějšími bakteriálními infekcemi⁷ a představují jeden z nejpálčivějších problémů nejen v urologii, ale v medicíně vůbec. Poměr zastoupení přítomnosti litiázy u mužů a žen je 2 : 1 s výjimkou romské menšiny, kde je poměr opačný. Problematika symptomatologie a léčby uroinfekcí je v odborné lékařské veřejnosti všeobecně dostatečně známa.

Příčiny vzniku litiázy

Multifaktoriální teorie epidemiologie urolitiázy předpokládá, že na genezi konkrementů mají vliv vnitřní a vnější faktory. Vnitřní faktory jsou souhrnem převážně dědičných biochemických nebo anatomických vlastností každého člověka. Zahrnují etnické, rasové, familiární vlivy a vrozené fyziologické nebo anatomické predispozice k tvorbě močových konkrementů. Vnější faktory jsou souhrnem vlivů okolního prostředí. Zahrnují místní klima, kvalitu pitné vody, dietní režim dané populace, přítomnost nebo nepřítomnost některých stopových prvků v potravinách nebo v pitné vodě a faktory sociologické.

Léčba urolitiázy

Cílem léčby v akutním stadiu je uvolnit obstrukci v odtoku moči, dále odstranit konkrement a současně zachovat močové cesty v dobrém funkčním a morfologickém stavu. Součástí komplexní léčby urolitiázy je i detekce rizikových faktorů jejího vzniku a doporučení takových opatření, která by co nejvíce snížila riziko vzniku recidivy konkrementu.

Konzervativní léčba spočívá v analgetické a spasmolytické léčbě bolesti při akutní renální kolice s eventuálním spontánním vyloučením konkrementu. Ke konzervativní léčbě řadíme i disoluci RTG nekontrastní litiázy. Chirurgická léčba spočívá nejčastěji v aplikaci rázové vlny jak na oblast ledviny, tak ureteru, dále jde o endoskopické metody, které představuje uretroskopie či perkutánní extrakce. Otevřené výkony jako pyelolitomie či ureterolitomie jsou dnes již raritní a stále více se indikují výkony laparoskopické – laparoskopická ureterolitomie.

Závěr

Na závěr mi dovoluji konstatovat, že výše uvedená témata jsou jen základní společnou problematikou nefrologie a urologie a mohl bych pokračovat dále a klidně sepsat pojednání na téma „nefrologie z pohledu urologa“, ale to nebylo cílem tohoto článku. Urolog bude i nadále úzce spolupracovat s nefrologem a vážít si jeho práce, když nefrolog umožní například neodkladnou dialýzou stabilizovat pacienta a připravit jej k podání anestezie tak, aby urolog mohl pokračovat chirurgickou léčbou.

LITERATURA

1. Rudolf K. Farmaceutická péče u pacientů s benigní hyperplazií prostaty. *Prakt Lékáren* 2012;8:177–180.
2. Hanuš M. Benigní hyperplazie prostaty. In: Abrahámová J. Doporučený postup pro léčbu vybraných urologických onemocnění: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011. Praha, Společnost všeobecného lékařství, 2011, 3–6.
3. Juliao AA, Plata M, Kazzazi A, et al. American Urological Association and European Association of Urology guidelines in the management of benign prostatic hypertrophy: revisited. *Curr Opin Urol* 2012;22:34–39.
4. Andersen JT, Ekman P, Wolf H. Can finasteride reverse the progress of benign prostate hyperplasia? A two-year placebo-controlled study. The Scandinavian BPH Study Group. *Urology* 1995;46:631–637.
5. McConell JD, for the MTOPS Steering Committee. The long term effects of medical therapy on the progression of BPH: results from MTOPS trial (Abstract 1042). *J Urol* 2002;167(4 Suppl):265.
6. Mates J, Křížek V. Urolithiasis. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1958.
7. Bartoníčková K. Infekce močových cest a jejich léčení. *Remedia* 1996;6:21–34.