

V naší ambulanci se setkáváme se skupinou (nejen) onkologických pacientů, jejichž komfortní život může být do určité míry limitován některou z forem močové inkontinence. Přičemž jako hlavní příčinu močové inkontinence považujeme vnitřní inkoordinaci svaloviny pánevního dna, kterou lze do jisté míry ovlivnit léčebnou fyzioterapií. Proto by jsme touto prací chtěli nastínit rehabilitační možnosti její léčby.

Obecná část

Pánevní svalovina se skládá ze dvou skupin svalů, které se liší původem, inervací i funkcí.

- Svaly, které vznikly ze svěrače kolem kloaky a rozdělily se na m. sphincter ani a m. sphincter urogenitalis (inervace z n. pudendus).
- Diaphragma pelvis, patří vývojově k přední svalovině ocasního úseku páteře, tato přestavba je přímým důsledkem vzpřímení postavy člověka (inervace s plexus sacralis). Diaphragma pelvis se kromě své fyziologické (vyprazdňování a zadržování moče a stolice, pohlavní akt.) a mechanické funkce (opora orgánů malé pánve, ovlivnění postavení křížové kosti, udržování optimálního intraabdominálního tlaku.) významně podílí i při posturálních funkcích páteře, a tím hraje klíčovou roli při rehabilitaci [1].

Uvedené anatomické svalové skupiny mají tři funkční úrovně zapojení. Povrchová vrstva se účastní sfinkterové funkce, do posturálních funkcí se zapojuje nejméně, aktivuje se například při kašli. Střední vrstva se účastní především na stabilizaci kyčlí a pánve. Ovlivňuje tonus dolních končetin a je zodpovědná za pružnost chodidel. Při její dysfunkci se utlumuje až bortí klenba nožní, zhoršuje se pružnost chůze. Nejhlouběji uložená vrstva je hlavní součástí hlubokého stabilizačního systému, spolupracuje s hlubšími vrstvami břišní stěny a je funkčně zapojena s bránicí, s horní hrudní aperturou a se spodinou dutiny ústní [6].

Objektivní nález

V naší ambulanci se nejčastěji setkáváme s pacienty trpící především stresovou inkontinencí, kdy dochází k mimovolnému úniku moči při zvýšení intraabdominálního tlaku, kterému uzávěrový mechanismus močového měchýře a trubice není schopen odolat.

Často je těchto pacientů patrná tvrdá chůze bez došlapu, zkrácení adduktorů a lýtkových svalů, přítomnost plochonoží, haluces valgi. M. gluteus maximus bývá hypotrofický, prověšený nebo naopak výrazně stažený, často je přítomný asymetrický tonus hýžďového svalstva. Při nedostateční aktivaci pánevního dna a bránice dochází k vyklenutí břišní stěny, hyperlordóze bederní páteře, a tím k excentrickému povolení ventrálního řetězce trupu, což může mít za následek sníženou mobilitu pánve. Dále může být patrná zešíkmená pánev, tzv. nůžkovitý posun pánve, asymetrické postavení sedacích hrbolů, ligamentová bolest, palpačně bolestivá kostrč s přítomností S-reflexu a jiné. Může se objevit zvýšená aktivita pomocných dechových svalů, nedostatečné rozšiřování v oblasti dolních žeber do stran, málo otevíraná ústa při řeči až zastřený hlas či chrapot, mimické svaly bývají stažené [4, 6].

V anamnéze pacienta mohou být uvedeny operační zákroky v oblasti břišní dutiny, stavy po radioterapii pánevních orgánů, traumatické poranění pánevního pletence, neurologická onemocnění, hormonálně deficitní stavy u žen ve fyziologické nebo arteficiální menopauze, porody vaginální cestou, gynekologické operace, ale také obezita, či náhlý pokles váhy. Z dalších rizikových faktorů podílejících se na inkontinenci je chronický kašel u astmatiků a kuřáků. Vyšší riziko je u nemocných se sedavým zaměstnáním a malou fyzickou kondicí.

Ze subjektivních symptomů uváděnými pacienty se kromě inkontinence objevuje u žen infertilita, dyspareunie, bolestivá menzes, u mužů impotence, bolest při erekci a ejakulaci, diskomfort při sezení, obstipace, pelvalgie, retence moče, bolesti zad a jiné.

Možnosti konzervativní terapie v léčbě močové inkontinence

- korekce klíčových oblastí
- cvičení pánevního dna
- fyzikální léčba – biofeedback, elektrostimulace

Oblasti které bývají u poruch pánevního dna zdrojem patologické aferentace je chodidlo, oblast pánve, sakroiliakální skloubení a oblast šije, proto je nutné všechny tyto klíčová místa ošetřit a správně nastavit.

Nefunkční klenba je zdrojem zkreslené aferentace, avšak po její stimulaci dochází ke změně postavení pánve a přímo k aktivaci hlubších vrstev pánevní svaloviny. Korekce se provádí nejprve vsedě, poté vestoje a po zvládnutí a pravidelné stimulaci je možné ztížit cvičení na labilních plochách.

Oblast pánevního dna bývá velmi málo a nepřesně vnímána, pokud přichází aferentace, tak především z oblasti svěračů, které mohou být i předrážděné nevhodnou elektrostimulací nebo u nevhodně zaměřeného cvičení, jehož cílem je pouze zvýšení svalové síly svěrače. Pouhé stahování svěrače neřeší svalovou inkoordinaci, naopak vede k většímu útlumu hlubších vrstev svaloviny. Objevuje se příznak trubice, během něhož se pochva stahuje synchronně se svěračem a tento stav pak vede k dyspareunii a ještě zhoršuje stávající inkontinenci [6].

Samotnému nácviku aktivace pánevního dna by mělo především předcházet vhodné ošetření hýžďových svalů, jejich fascií, popřípadě fascií břicha, ošetření kostrče a sakroiliakální skloubení, uvolnění bránice a správné nastavení trupu a pánve. Cvičení pánevního dna můžeme zahájit vleže na zádech, popřípadě na boku, teprve po nácviku aktivaci m. transversus abdominis. Jakmile si pacient osvojí tuto dovednost, zahájíme aktivaci pánevního dna v náročnějších situacích jako je kašel, kýchnutí, zvedání břemena a podle situace volíme posturálně náročnější pozice. Neustále však kontrolujeme tonus hýžďového a mimického svalstva [4].

Jako vhodnou fyzikální léčbu můžeme zvolit elektrickou stimulaci a biofeedback. Léčba pomocí zpětné vazby, biofeedbacku, vychází z předpokladu, že cílený aktivní pohyb nelze uskutečnit bez přiměřené proprioceptivní informace z periferie. Při porušené propriocepti se na kontrole pohybu více uplatňují jiné mechanismy – kontrola zrakem a sluchem. Z těchto principů vychází myostimulace, kdy svalovou aktivitu pánevního dna snímáme pomocí vaginální nebo anální sondy a demonstrujeme ji pacientovi akustickými signály nebo opticky na obrazovku. Využití senzorké zpětné vazby je široké – od nácviku relaxace, přes facilitaci volní aktivity svalů [5].

Elektrostimulace se volí při funkčním útlumu svalů pánevního dna, nikoliv při jejich paréze. Je vhodná především pro lehčí stupeň inkontinence, také ji můžeme zvolit jako výbornou předoperační přípravu. Stimulují se svalová vlákna m. coccygeus bodovou elektrodou, a to buď symetricky nebo asymetricky podle požadovaného účinku. Volí se elektrostimulace o frekvenci 40-50 Hz, která navozuje kontrakci svalů pánevního dna, frekvence o 10 Hz, která má za následek inhibiči detruzoru [4].

Nutné je však zdůraznit, že podobně jako elektrostimulace, tak i biofeedback, považujeme jako doplňkovou léčbu, která nemá efekt bez aktivní spolupráce s pacientem v rámci edukace cvičení pánevního dna.

Podle doktora Skalky se výsledky obvykle dostávají s latencí 3-6 měsíců od zahájení rehabilitační léčby a přibližně u třetiny vhodně indikovaných nemocných dochází k plné úpravě kontinence [6]. Samotná rehabilitace močové inkontinence může být znesnadněna především u onkologických pacientů jejich aktuálním zdravotním a psychickým stavem. Naskytá se také otázka, do jaké míry lze postupovat pouze touto konzervativní léčbou, nebo zda raději volit operační přístup s následnou léčebnou rehabi-

REHABILITAČNÍ PÉČE V ONKOCHIRURGII A ONKOLOGII

litací, která by měla pokračovat i po zákroku. Aby se dosáhlo požadovaného účinku, měla by být také na místě nedílná spolupráce mezi urologem a rehabilitačním lékařem.

Literatura

1. ČIHÁK, R.: Anatomie I., Grada Publishing spol. s r. o, 2001, Praha. ISBN 80-7169-970-5.
2. GETLÍK, L.: Možnosti využitia EMG-feedbacku v rehabilitácii. Rehabilitácia 1994, roč. 27, č. 1, s. 42.
3. HÖFLEROVÁ, H.: Cvičení ke zpevnění pánevního dna pro ženy a muže. Beta – Dobrovský, 2004, Praha. ISBN 80-7306-148-1.
4. PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, I. Víkendový kurz, Diagnostika a terapie dysfunkce svalů pánevního dna, 2007.
5. PFEIFFER, J. ET AL.: Facilitační metody v léčebné rehabilitaci, 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1976. ISBN 08-023-76.
6. SKALKA, P.: Možnosti rehabilitace v léčbě močové inkontinence [online], [cit. 200-01-08]. Dostupné na internetu <<http://www.solen.cz/pdfs/uro/2002/03/02.pdf>>.