

Enuréza

Enuréza je nekontrolovaný únik moči v období, kdy již okolí dítěte považuje za normální, že dítě mikci kontroluje. Podle *International Consultation on Incontinence* je enuréza nedobrovolný únik moči v noci u dětí starších 5 let, a to častěji než dvakrát za měsíc, pokud nebyl prokázán vrozený ani získaný defekt centrální nervové soustavy a močového traktu. Většina dětí se pomočuje v noci (**enuresis nocturna**). Mezi pomočením jsou vždy intervaly, kdy dítě mikci zvládá. **Inkontinence moči** je stav, kdy dítě není prakticky nikdy schopné kontrolovat únik moči a jeho pleny/prádlo jsou trvale vlhké/mokrý. Příčinou je většinou hyperaktivní detrusor močového měchýře.^{[1][2]}

Klasifikace

- **primární enuréza** – dítě dosud nikdy nekontrolovalo mikční akt;
- **sekundární enuréza** – dítě se po předchozím suchém intervalu (alespoň 6 měsíců) začne znovu pomočovat;
 - psychický stres, rozvod rodičů, narození sourozence atd.;
 - pomočování v noci i ve dne – infekce močových cest, urolitiáza.^[2]

Nebo:

- (primární) monosymptomatická (noční) enuréza (80 % případů)^[2] – pomočování u dítěte bez další anatomické patologie močových cest a bez anamnézy významné dysfunkce močového měchýře;
- sekundární enuréza - závažnější organická či funkční porucha.^[1]

Epidemiologie

Enuréza je velmi častý fenomén. Při nástupu do školy v 6 letech se ještě pomočuje okolo 10 % dětí, v 10 letech 5 %, ve 20 letech 1-3 % osob. Příležitostně se pomočuje asi 0,5-1 % dospělých.^[1]

Etiopatogeneze

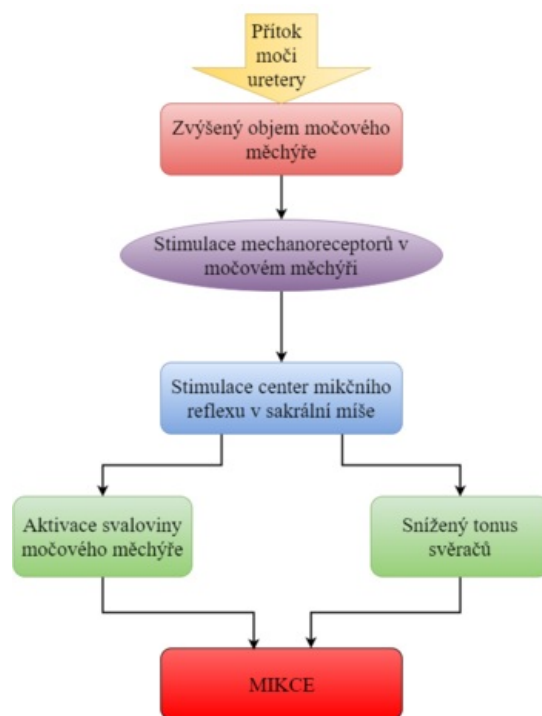
Příčiny jsou multifaktoriální. Při monosymptomatické noční enuréze na podkladě funkční poruchy močového měchýře hrají roli genetické predispozice. V noci je zvýšená diuréza až noční polyurie – nad 130 % kapacity močového měchýře. Moč má nižší osmolalitu. Mezi další příčiny patří anomálie vývodných močových cest; spina bifida occulta; syndrom fixované míchy (*tethered cord syndrome*); neurogenní močový měchýř.^[1]

Diagnostika

- **anamnéza**: suchá pauza, psychomotorický vývoj, stresové faktory;
- **mikční karta**: příjem tekutin, počet mikcí (normální je 4-8 denně), množství moči v jednotlivých porcích (vážení suchých a mokrých plen);
 - kapacita močového měchýře: 30ml + (věk v letech × 30); u dětí nad 12 let: 300-400 ml;
- **uroflowmetrie**: dítě by mělo po vyzvání k mikci začít močit ihned, bez viditelného úsilí, proud moči má být silný, nepřerušovaný;
- **fyzikální vyšetření**: zevní genitál (fimóza, synechie labií), prádlo, okolí análního otvoru, lumbosakrální oblast (kožní vklesliny? → MR páteřního kanálu a míchy); výška, hmotnost, krevní tlak;
- základní **vyšetření moči**, specifická hustota ranní moči (norma: > 1010 g/l);
- event. **ultrazvuk** uropoetického traktu a základní funkční vyšetření ledvin;
- při poruše mikce – **mikční cystourethrografie** (MCUG), event. **urodynamické vyšetření**;
- **postmikční reziduum** – ultrazvukem do 5 minut po mikci (opakovaně zjištěné reziduum > 20 ml → funkční porucha vyprazdňování).

Poruchy mikce:

- opožděný start mikce, zapojení břišního lisu při mikci, slabý a přerušovaný proud – susp. funkční porucha měchýře nebo infravezikální obstrukce;
- zadržovací manévry – dítě cítí potřebu mikce, ale oddaluje ji zkřížením dolních končetin, stoupaním na špičky a dřepnutím na paty, které tlačí na perineum;
- postmikční dribling – u dítěte se bezprostředně po mikci objevuje nekontrolovaný únik moči;
- vaginální reflux (influx) – při mikci vniká moč do vaginy a poté odtud volně odtéká;
- nízká frekvence mikcí se často spojuje s poruchou vyprazdňování stolice a enkoprézou.^[1]



Terapie

Při monosymptomatické noční enuréze jsou indikována **režimová opatření** například omezení tekutin v pozdních odpoledních a večerních hodinách. Pacient si vede enuretický deník, zavádí se systém odměn při suchých nocích. Podle potřeby se doplňuje psychologická péče.

Nejrychlejší efekt má farmakologická terapie využívající **analog antidiuretického hormonu** (desmopressin acetát). *Minirin-Melt* se sublingválně aplikuje před spaním, významně snižuje objem moči, ale často se objevuje návrat enurézy po vysazení. Při předávkování hrozí riziko **retence tekutin až otrava vodou** (bolesti hlavy, nauzea, zvracení až tonicko-klonické křeče). Dále je možné předepsat **tricyklická antidepresiva** (imipramin hydrochlorid), perorální aplikace, po vysazení často návrat enurézy. Při předávkování jsou patrné závažné CNS příznaky, GIT komplikace, kardiotoxicita.

Nejlepší dlouhodobý účinek mají **enuretické alarmy**. Do postele či spodního prádla dítěte se vloží elektrické vodiče napojené na zdroj o nízkém napětí. Elektrický okruh se zapojí, pokud se v oblasti elektrod objeví moč (stačí několik ml), zazní alarm, dítě se probudí a zadrží mikci. Terapie vyžaduje velkou spolupráci rodiny. Enuréza mizí cca za 1–3 měsíce, po vysazení relaps, ale výrazně méně často než u desmopressinu.

Na dráždivý močový měchýř se využívají **anticholinergika** (oxybutynin).^[1]

Prognóza

Monosymptomatická enuréza většinou ustoupí spontánně, prognóza ostatních forem závisí na příčině. U starších dětí je pomočování závažný stresový faktor, snižuje jejich sebevědomí; u rodičů často klesá tolerance vůči enuréze a směřuje k trestání enuretiky^[1].

Odkazy

Související články

- Enkopréza
- Inkontinence moči v dospělosti

Použitá literatura

- LEBL, Jan, Jan JANDA a Jan STARÝ, et al. *Klinická pediatrie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2012. 698 s. ISBN 9788072627721.

Reference

- LEBL, J, J JANDA a P POHUNEK, et al. *Klinická pediatrie*. 1. vydání. Galén, 2012. 698 s. s. 622-624. ISBN 978-80-7262-772-1.
- FLÖGELOVÁ, Hana a Jan VÁVRA. Noční pomočování – problém každé ambulance pediatra. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, roč. 10, vol. 3, s. 146-150, dostupné také z <<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/03/02.pdf>>.