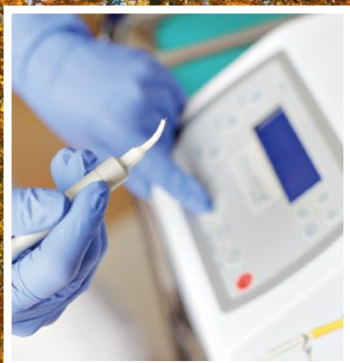


OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Dużo zapowiedzi
- rosnące obawy
pacjentów**

LECZENIE



**Laseroterapia w NTM
- czy to działa?**



WYWIAD



**Podążamy tym samym
rytmem co Europa**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Gdzie jesteśmy
i dokąd zmierzamy**



LEGISLACJA



**Najważniejsze zmiany
w prawie**

Diagnostyka i leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego - aktualne algorytmy postępowania

dr n. med. Mariusz Blewniewski

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej

II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Pęcherz nadaktywny (ang. overactive bladder - OAB), w polskiej terminologii nazywany również nadreaktywnym, jest zespołem objawów towarzyszących konieczności pilnego oddania moczu. Osoby cierpiące na to schorzenie czasami nie są w stanie dotrzeć do toalety i popuszczają mocz wcześniej. Problem dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Wiele osób nie jest leczonych, a pacjenci leczenia przerywają terapię z powodu objawów ubocznych, które występują w trakcie przyjmowania leków.

Najczęstsze przyczyny OAB

OAB ma złożoną etiologię. Charakteryzuje się grupą objawów, do których należą: oddawanie moczu w nocy, częstomocz dzienny i nagła potrzeba oddania moczu. Objawy te mogą występować bez uchwytniej przyczyny (pęcherz nadaktywny idiopatyczny), z przyczyny neurologicznej lub miogennej (nadaktywność neurogenna). Do przyczyn wpływających na czynność dolnych dróg moczowych pęcherza należą:

- łagodny rozrost prostaty,
- osłabienie dna miednicy mniejszej lub wypadanie narządu rodnego u kobiet,
- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- atrofia pochwy,
- schorzenia neurologiczne (np. urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona),
- infekcje układu moczowego,
- nowotwory dolnych dróg moczowych,
- cukrzyca.

Kiedy pęcherz napełnia się moczem, jego ściany rozciągają się i nie występują parcia naglące. Zdrowy pęcherz jest w stanie zgromadzić do 500 ml moczu. W przypadku OAB pęcherz przesyła informacje do mózgu już przy znacznie mniejszym wypełnieniu. Skurcz mięśni pęche-

rza powoduje, że w przypadku słabszych mięśni miednicy mniejszej mocz wydostaje się na zewnątrz, a chory nie może nad tym zapanować.

Jak rozpoznaje się OAB?

Rozpoznanie OAB opiera się na dokładnie zebranych wywiadzie lekarskim dotyczącym objawów związanych z gromadzeniem i wydalaniem moczu. Lekarz powinien dowiedzieć się, jakie leki przyjmuje chory, na co ma alergię, czy pali papierosy, spożywa alkohol oraz zebrać dane



Fot. #179353469 © Voyagerix - fotolia.com

na temat wcześniejszych ciąży i zabiegów operacyjnych. Obiektywnym narzędziem służącym do rozpoznania OAB oraz wykluczenia innych chorób wpływających na czynność dolnych dróg moczowych są wypełnione przez pacjenta kwestionariusze i dzienniczek mikcji. Należy zadać mu pytania o częstość oddawania moczu w dzień, w nocy, parcia naglące, epizody gubienia moczu, moczenia nocnego, ocenę strumienia moczu.

Badaniami diagnostycznymi (USG, cystoskopia, posiew moczu) należy wykluczyć schorzenia wpływające na funkcje pęcherza, przeprowadzić badanie fizykalne polegające na badaniu brzucha, wykonać badanie przez pochwę u kobiet i przez odbył u mężczyzn. Innymi badaniami są: badanie ogólne moczu z posiewem, aby wykluczyć infekcję oraz USG z oceną zalegania moczu po

OAB objawia się jako silny skurcz pęcherza przy niecałkowitym wypełnieniu i może powodować gubienie moczu, a także częstsze chodzenie do toalety w dzień oraz budzenie się w nocy w celu oddania moczu.

mikcji, co pozwala ocenić zaleganie moczu po mikcji i wykluczyć inne patologie w pęcherzu.

Zaczynamy od leczenia zachowawczego

Leczenie polega na nauce kontroli własnych mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu oraz spożyciu odpowiedniej ilości i jakości płynów.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy polegają na stosowaniu się do instrukcji lub wykonywaniu ćwiczeń wraz z fizjoterapeutą. Ćwiczenia Kegla są przykładem ćwiczeń poprawiających funkcje mięśni dna miednicy mniejszej.

Technika treningu pęcherza polega na wydłużaniu czasu między kolejnymi oddawaniami moczu, np. co tydzień można próbować wydłużyć czas z 1 godziny do 1 godziny i 10 minut, następnie do 1 godziny i 20 minut itd. Ćwiczenia te muszą być skojarzone z techniką wyhamowania parć naglających z użyciem mięśni dna miednicy.

Redukcja spożycia płynów zawierających kofeinę wpływa pozytywnie na zdolność kontroli nad układem moczowym. Ograniczenie spożycia płynów może pozytywnie wpłynąć na objawy ze strony układu moczowego, lecz zbyt duże ograniczenie może doprowadzić do zaparć lub infekcji w układzie moczowym. Rodzaj płynów też jest bardzo ważny, ponieważ płyny z kofeiną, soki owocowe, alkohole mogą powodować występowanie objawów podrażnionych pęcherza moczowego.

Innymi czynnikami wpływającymi na funkcje pęcherza są duże ilości owoców i warzyw, obniżenie wagi ciała, aktywność fizyczna.

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu OAB stosujemy leki doustne, które poprawiają zdolność pęcherza do gromadzenia moczu. Na początku leczenia należy stosować leki przez 2-3 tygodnie, aby ocenić ich skuteczność i nasilenie objawów ubocznych, jak zaparcia i suchość w jamie ustnej. Każdy chory może odpowiedzieć różnie na dany lek, jednak celem głównym leczenia jest znalezienie leku o najwyższej skuteczności i jak najmniejszym nasileniu objawów ubocznych. Duże nadzieje pokłada się w leku nowej generacji, zawierającym substancję czynną mirabegron, którego mechanizm działania jest inny od mechanizmu leków antycholinergicznym. Leki stosowane w leczeniu OAB to: darifenacyna, fesoterodyna, oksybutynina (refundacja tylko dla osób z SM), solifenacyna (refundacja bez konieczności badania urodynamicznego), tolterodyna (refundacja tylko po wykonaniu badania urodynamicznego), tropsium jako I linia leczenia oraz mirabegron jako II linia leczenia. Alternatywnie można zastosować leczenie łączone leków o różnych mechanizmach działania na pęcherz moczowy (np. solifenacyna z mirabegronem).

Inne metody leczenia

W przypadku braku odpowiedzi na leczenie farmakolo-

giczne, możemy zastosować toksynę botulinową, stymulację nerwu strzałkowego lub neuromodulację nerwów krzyżowych.

Toksyna botulinowa jest jedną z najsilniejszych trucizn. Podawana jest w postaci roztworu, który zawiera 100-200 jednostek toksyny, do ściany pęcherza, w 20 miejsc podśluzówkowo, przy użyciu cystoskopu ze specjalną igłą. Świadczenie jest dostępne w ramach pełnej refundacji w wybranych oddziałach urologicznych i ginekologicznych.

Stymulacja nerwu strzałkowego jest techniką elektrycznego drażnienia nerwu strzałkowego w okolicy kostki. Drażniony nerw wysyła sygnał przez rdzeń kręgowy do ściany pęcherza. Leczenie to może zmniejszyć objawy OAB i trwa 12 tygodni, jednak nie jest refundowane przez NFZ, dlatego nie jest szeroko stosowane.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych polega na wprowadzeniu elektrod do otworów w kości krzyżowej i połączeniu ich z neuromodulatorem. Elektryczna stymulacja może wpływać na funkcje mięśni dna miednicy mniejszej i zmniejszać objawy OAB. Jeżeli test, trwający 2 tygodnie, przyniesie efekt, to w następnym kroku następuje implantacja ostatecznego stymulatora. Terapia należy do małoinwazyjnych i odwracalnych. W Polsce metoda ta uzyskała pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji do refundacji we wrześniu 2014 r. W tym roku została wpisana do katalogu świadczeń i ma być wkrótce refundowana..

Wszystkie powyższe sposoby leczenia nie znoszą całkowicie objawów. Jeżeli mamy do czynienia z OAB o typie mokrym, chory będzie wymagał zabezpieczenia się w całym okresie diagnostyczno-leczniczym za pomocą specjalistycznych produktów absorpcyjnych, takich jak majtki chłonne, pieluchomajtki czy wkładki urologiczne (częściowo refundowane w ściśle określonych jednostkach chorobowych).

Podsumowanie

Aby rozpoznać OAB, należy zebrać dokładny wywiad chorobowy, wypełnić trzydniowy dzienniczek mikcji i wykluczyć inne schorzenia dolnych dróg moczowych.

W leczeniu kluczowy jest dobór odpowiedniej terapii. Należy zacząć od leczenia zachowawczego, które można połączyć z leczeniem farmakologicznym lub zastosować tylko leczenie farmakologiczne. Warto również zwrócić uwagę na dietę, rodzaj spożywanych płynów oraz wagę ciała. OAB wymaga leczenia skojarzonego. Mimo braku możliwości całkowitego wyleczenia, dolegliwości mogą znacznie się zmniejszyć, a jakość życia może ulec znacznej poprawie.

W przypadku zdiagnozowania mieszanego NTM (wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz nietrzymanie z parcie) leczenia należy zacząć od przeważającej dolegliwości.