

# Gdy w leczeniu pęcherza nadaktywnego farmakoterapia nie działa...

lek. med. Tadeusz Hessel

Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

## Czy istnieją jeszcze inne możliwości leczenia zachowawczego oprócz tabletek?

Do podstawowej farmakoterapii w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB) należą leki antycholinergiczne. Wśród nich są zarówno leki starego typu, jak oksybutynina, tolterodyna, jak i nowe - np. darifenacyna czy solifenacyna. Nowością

metodzie - dlatego warto spróbować zmienić styl życia i udać się na zajęcia z wykwalifikowanym fizjoterapeutą! W Polsce, przy braku finansowania przez NFZ rehabilitacji urologicznej, z pomocą przychodzi Stowarzyszenie Pacjentów z NTM UroConti, gdzie za bardzo niską opłatą, można z takiego sposobu terapii skorzystać.

## Co rozumiemy poprzez brak działania farmakoterapii?

Oznacza to stan, gdy nie udało się uzyskać satysfakcjonującej kontroli choroby lub gdy pacjent nie toleruje skutków ubocznych preparatów. Można wtedy rozważyć leczenie bardziej inwazyjne.

## Leczenie chirurgiczne

Istnieją tutaj dwie główne metody: iniekcje z toksyny botulinowej oraz neuromodulacja nerwów krzyżowych. Druga metoda, pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT z 8 września 2014 r., nie jest do dzisiaj refundowana w Polsce. Oprócz nich istnieją chirurgiczne metody leczenia pęcherza nadaktywnego, które traktujemy jako leczenie drugiego rzutu.

## Wybór numer 1 - leczenie iniekcją toksyny botulinowej dopęcherzowo

Zalecane dla wszystkich pacjentów, u których nie powiodło się leczenie lekami antycholinergicznymi. Przed podjęciem leczenia toksyną botulinową pacjent/ka musi być poinformowany/a o:

1. ograniczonym czasie działania leku od 6 do 12 miesięcy i ewentualnej konieczności ponownego wykonania zabiegu,
2. ryzyku wystąpienia zakażenia układu moczowego,
3. konieczności wdrożenia samocewnikowania.

## Wybór numer 2 - neuromodulacja nerwów krzyżowych, tzw. „rozrusznik pęcherza”

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego to także metoda leczenia, która powinna być oferowana dla pacjentów, u których nie powiodło się leczenie lekami antycholinergicznymi. Powinna być ona interesująca dla osób, które w perspektywie długiego okresu leczenia nie chcą być poddawane wielokrotnym iniekcjom toksyną botulinową, a jednocześnie akceptują większą inwazyjność zabiegu i konieczność kontroli działania urządzenia. Niezmiernie istotny jest tutaj wspólny wysiłek Stowarzyszenia UroConti oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego, który ma na celu uzyskania pełnej dostępności tej metody leczenia w Polsce.



Fot. #95231324 © freehandz - Fotolia.com

w farmakologicznym leczeniu OAB i jednocześnie alternatywą dla leków antycholinergicznymi jest mirabegron - antagonist receptorów beta-3-adrenergicznych. Prócz farmakoterapii możemy wymienić następujące możliwości terapeutyczne:

1. Zmianę stylu życia poprzez:
  - a) zmniejszenie spożycia kawy,
  - b) utratę masy ciała,
  - c) ograniczenie spożywanej ilości płynów,
  - d) zaprzestanie palenia papierosów.
2. Fizjoterapię:
  - a) trening pęcherza,
  - b) ćwiczenia mięśni dna miednicy,
  - c) elektrostymulację nerwu piszczelowego.
3. Właściwe użycie produktów absorpcyjnych - dla osób z nietrzymaniem moczu z parć, które nie chcą lub nie mogą być leczone w inny sposób lub w przypadku których inne metody terapii okazały się nieskuteczne.

Trzeba zaznaczyć, iż według Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego nie udowodniono wyższości leczenia behawioralnego nad leczeniem farmakologicznym w terapii nietrzymania moczu z parć naglących. Notuje się większą satysfakcję pacjentów w pierwszej

**Inne metody w przypadku leczenia chirurgicznego**

Możemy tutaj wymienić między innymi:

1. Auto-augmentację pęcherza moczowego - jest to operacja polegająca na nacięciu mięśnia wypieracza bez jednoczesnego nacięcia śluzówki pęcherza. Pozwala to na wytworzenie uchylka pęcherza i uzyskanie większej objętości pęcherza moczowego.
2. Augmentację pęcherza moczowego - tzn. powiększenie pęcherza moczowego o płat/fragment jelita (enterocystoplastyka).

3. Wytworzenie innego odprowadzenia moczu - tzn. chirurgicznego utworzenia innego miejsca niż pęcherz moczowy, przez który może się wydostawać mocz, np. poprzez zbiornik jelitowy.
4. W przypadku pęcherza neurogennego można również rozważyć przecięcie nerwów krzyżowych (rizotomia krzyżowa).

Wszystkie w/w metody niosą ze sobą duże ryzyko powikłań i wymagają od pacjenta w okresie po zabiegu regularnej kontroli lekarskiej do końca życia.

Zródło: [www.uroweb.org/course/overactive-bladder-mechanisms-and-management](http://www.uroweb.org/course/overactive-bladder-mechanisms-and-management)

## Problemy urologiczne u kobiet w ciąży

Agnieszka Dokowicz

**U**kład moczowy kobiety ciężarnej jest szczególnie narażony na występowanie chorób infekcyjnych. Powiększająca się macica może powodować ucisk na moczowody, co utrudnia odpływ moczu z nerek. Z kolei obecność rozwijającego się płodu ogranicza, a czasem nawet uniemożliwia wykorzystanie niektórych metod diagnostycznych (na przykład tych z użyciem promieni RTG). Dlatego leczenie problemów urologicznych kobiety ciężarnej wymaga współpracy ginekologa, urologa, a czasami i radiologa.

*- Cięża powoduje fizjologiczne zmiany w układzie moczowym kobiety - mówi prof. Ewa Barcz, ginekolog z Uniwersyteckiego Centrum Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. - Poszerzają się miedniczki nerkowe i moczowody, zwiększa przepływ nerkowy, a zmniejsza poziom kreatyniny i mocznika. Pod wpływem zmian hormonalnych zmniejsza się również napięcie mięśni moczowodów i pęcherza moczowego, co może powodować zastój moczu i ułatwia rozwój zakażeń układu moczowego. Ponadto u niektórych ciężarnych w moczu obecna jest glukoza (nawet jeżeli nie chorują na cukrzycę), co sprzyja namnażaniu się bakterii w drogach moczowych.*

### Infekcje układu moczowego

W prawidłowo funkcjonującym organizmie, drogi moczowe powyżej ujścia zewnętrznego cewki, powinny być jałowe, jednak czasem dochodzi do wnikania drobnoustrojów i namnażania w drogach moczowych, co powoduje stan zapalny. Sama obecność bakterii w układzie moczowym nie zawsze prowadzi do rozwoju stanu zapalnego i objawów choroby. Jeśli nie ma objawów zakażenia, a badania wykazują obecność bakterii, mówi się o bakteriomoczu bezobjawowym. U kobiet ciężarnych wymaga on leczenia (choć nie ma objawów zakażenia), gdyż u wielu z nich (ok. 40%), w późniejszym okresie ciąży (II i III trymestr), zakażenie może rozszerzyć się na górne drogi moczowe i wystąpią objawy odmiedniczkowego zapalenia nerek.

Przyczyną zakażenia układu moczowego w przytłaczającej większości przypadków (prawie w 90%) jest bakteria



Fot. #9521324 © freehandz - Fotolia.com