

Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB

Obecne wytyczne zespołu ekspertów z dziedziny urologii i ginekologii powstały w związku z pojawieniem się nowych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB). Przy opracowaniu wzięto pod uwagę nie tylko najlepszą aktualną wiedzę medyczną, ale również aktualne uwarunkowania prawne i ekonomiczne w systemie opieki zdrowotnej. Zaproponowany sposób postępowania ma na celu maksymalizację efektu klinicznego, przy jak najlepszym wykorzystaniu dostępnych środków, z uwzględnieniem aspektów farmakoekonomicznych. Istotnie ograniczono dostęp pacjentów do farmakoterapii II rzutu, racjonalizując jej zastosowanie.

Definicja pęcherza nadreaktywnego

Na zespół chorobowy nazywany nadreaktywnością pęcherza moczowego składają się parcia naglące, którym może, ale nie musi towarzyszyć częstomocz, nokturia i nietrzymanie moczu spowodowane parciem nagłym.

rodowe wskazują na występowanie pęcherza nadreaktywnego u około 16% społeczeństwa, co pozwala przyjąć, że w Polsce pęcherz nadreaktywny może dotyczyć nawet 6 milionów osób. Zapadalność szacuje się na około 10-15 tysięcy na rok i rośnie ona wraz z wiekiem (po 44. roku życia u kobiet i 65. roku życia u mężczyzn).

Jakość życia

Największy wpływ na obniżenie jakości życia mają objawy nadreaktywności pęcherza moczowego oraz nietrzymania moczu z powodu parć. Jakość życia kobiet z objawami nietrzymania moczu z powodu parć jest niższa niż grupy chorych z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Jako przyczynę takich wyników podaje się fakt, że kobiety z objawami parć nagłych nigdy nie wiedzą, kiedy pojawi się epizod parcia z wyciekaniem moczu, ich życiu nieustannie towarzyszy ryzyko zaskoczenia, niepewności, poczucie mniejszej kontroli nad własnym ciałem. U osób z objawami nadreaktywności pęcherza



Fot. #127461295 © sayuri_k - Fotolia.com

Konieczne jest też wykluczenie innych schorzeń dróg moczowych, w przebiegu których dochodzi do pojawienia się podobnych objawów.

Epidemiologia

Wg szacunkowych danych, w Europie z powodu pęcherza nadreaktywnego cierpi około 50 milionów osób, ale leczonych jest jedynie 5 milionów. Badania międzyna-

moczowego z epizodami nietrzymania moczu jakoś życia jest znacznie niższa niż u osób z innymi przewlekłymi chorobami, takimi jak cukrzyca czy astma.

Diagnostyka

Pęcherz nadreaktywny to schorzenie, na które składa się szereg objawów klinicznych podawanych przez pacjentów. Objawy te mogą współistnieć ze sobą lub występo-

wać pojedynczo, jednak w każdym przypadku konieczne jest pojawienie się parcia naglącego. Różni się ono od fizjologicznego odczucia, jakim jest parcie na mocz, głównie dyskomfortem, oraz poczuciem braku kontroli nad nim. Ponieważ objawy są subiektywnymi odczuciami podawanymi przez pacjenta, trzeba je zobiektywizować. Najlepszym narzędziem służącym do tego celu, cechującym się dużą powtarzalnością i korelacją z objawami klinicznymi, jest dzienniczek mikcji. Jego czułość w odniesieniu do diagnostyki pęcherza nadreaktywnego wynosi 75 procent, a swoistość 85 procent. Dzienniczek mikcji nie tylko pozwala na zobiektywizowanie danych z wywiadu, ale też umożliwia diagnostykę różnicową czynnościowych zaburzeń mikcji. Na potrzeby dzienniczka mikcji należy określić następujące parametry: liczbę mikcji w ciągu dnia, liczbę mikcji w nocy, 24-godzinną objętość wydalanego moczu, nocną objętość wydalanego moczu, średnią objętość mikcyjną, całkowitą częstość incydentów nietrzymania moczu (oraz liczbę incydentów nietrzymania moczu wysiłkowego i z parcia) w ciągu 24 godzin, liczbę parć naglących w ciągu 24 godzin oraz ich nasilenie, wskaźnik zużycia wkładek/podpasek na 24 godziny (z podaniem rodzaju - chłonności wkładki). Pacjent powinien prowadzić rejestr przez 3 dni, przy czym jeden z tych dni powinien być wolny od pracy. Warto pamiętać, by wypełniać dzienniczek mikcji w chwili zdarzenia/po zdarzeniu, ponieważ retrospektywne uzupełnianie, później niż 12 godzin po zdarzeniu, powoduje istotne zafałszowanie wyników.

Terapie behawioralna

Wśród opcji terapeutycznych pęcherza nadreaktywnego mamy zarówno postępowanie behawioralne (zmiana stylu życia i trening pęcherza), leczenie farmakologiczne, jak i leczenie inwazyjne. Zmiana nawyków żywieniowych i stylu życia może w znacznym stopniu złagodzić dolegliwości. Warto więc pamiętać o redukcji masy ciała, rzuceniu palenia, ograniczeniu kofeiny, czy w ogóle spożywania płynów, a także o ćwiczeniach rehabilitacyjnych mięśni dna miednicy.

Farmakoterapia

Farmakoterapia stanowi podstawową formę leczenia nadreaktywności pęcherza. Schorzenie to można kontrolować za pomocą leków antycholinergicznymi lub adrenomimetycznymi. Obecnie nie jest znany lek, który pozwoliłby całkowicie wyleczyć pęcherz nadreaktywny, dlatego farmakoterapia jest przewlekłą. Pacjenci przyjmujący dłuższy czas leki antycholinergiczne, często rezygnują z leczenia bądź na skutek niewystarczających

efektów, bądź z uwagi na niemożliwe do zaakceptowania objawy niepożądane. Należą do nich: suchość w ustach, zparcia, zaburzenia rytmu serca, widzenia i procesów poznawczych, zaleganie moczu, bóle głowy i nasilenia objawów choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Nie ma obecnie badań porównawczych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leków antycholinergicznymi, ale z wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego wynika, że jeśli chodzi o rezygnację z leczenia, to najmniej pacjentów podejmuje taką decyzję po leczeniu solifenacyną, tolterodyną i darifenacyną, zaś najlepszy stosunek skuteczności do tolerancji ma solifenacyna.

Leki beta-adrenomimetyczne stymulują rozkurcz pęcherza moczowego. Ich profil działania jest zupełnie inny niż leków antycholinergicznymi. Jedynym przedstawicielem tej nowej klasy leków zarejestrowanym we wskazaniu pęcherz nadreaktywny, jest mirabegron. Ma on dobrze udowodniony profil skuteczności i bezpieczeństwa. W sposób istotnie lepszy od placebo wpływa na wszystkie objawy pęcherza nadreaktywnego, ponadto jest skuteczny u osób, które były uprzednio leczone lekami antycholinergicznymi i nie odpowiedziały na leczenie w sposób satysfakcjonujący, ewentualnie musiały zrezygnować z dalszej terapii z powodu nasilonych objawów niepożądanych. Bardzo ważne jest, że mirabegron można stosować u osób, u których podawanie leków antycholinergicznymi jest przeciwwskazane, czyli na przykład jaskra z wąskim kątem przesączania - około 30-40 tys. osób w Polsce!

Leczenie zabiegowe

Jeśli chodzi o leczenie inwazyjne, to jedyną refundowaną obecnie w Polsce metodą leczenia inwazyjnego pęcherza nadreaktywnego jest dopęcherzowe wstrzyknięcia toksyny botulinowej. Przed podaniem toksyny botulinowej konieczne jest wykonanie kompleksowego badania urodynamicznego, wykonanie badania endoskopowego, w celu wykluczenia nowotworu pęcherza czy uzyskanie zgody na samocewnikowanie.

U pacjentów opornych na leczenie farmakologiczne i zabiegowe, zalecana jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. U pacjentów poddawanych neuromodulacji krzyżowej obserwuje się poprawę w oddawaniu moczu, zmniejszenie dolegliwości bólowych, powrót do życia zawodowego i społecznego. Niemniej terapia ta wciąż nie jest w Polsce refundowana.

Leczenie inwazyjne jest zarezerwowane dla niewielkiego odsetka chorych z pęcherzem nadreaktywnym, którzy nie odpowiedzieli na leczenie zachowawcze.

Źródło:

1. „Zalecenia zespołu ekspertów odnośnie leczenia pęcherza nadreaktywnego z wykorzystaniem nowych technologii medycznych” pod redakcją prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Stanisława Radowickiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Marka Sosnowskiego i prof. Zbigniewa Wolskiego.
2. „Neuromodulacja nerwów krzyżowych w leczeniu chorych z zaburzeniami czynności pęcherza moczowego” pod redakcją profesorów: Tomasza Dreyu, Jerzego Gajewskiego, Marka Sosnowskiego oraz Zbigniewa Wolskiego.