

W czym może pomóc pacjentowi z OAB lekarz rodzinny?

Dr Honorata Błaszczuk
Specjalista medycyny rodzinnej
Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi



Fot. Erica Smit - stock.adobe.com

Podstawowa opieka zdrowotna powinna stanowić pierwszy etap w rozpoznaniu, diagnostyce i leczeniu pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder, OAB).

Jakie są objawy OAB?

Zespół pęcherza nadreaktywnego to zespół objawów, na który składa się naglące parcie na pęcherz moczowy, częstomocz w ciągu dnia (>8 mikcji) oraz w nocy (>1 mikcja przerywająca sen, po której ponownie następuje sen), z możliwością wystąpienia nietrzymania moczu (NTM) związanego z parciem nagłym, przy zmniejszonej objętości porcji oddawanego moczu.

Objawy występują zwykle bez obecności czynników patologicznych mogących wytłumaczyć ich obecność, takich jak:

- zakażenie układu moczowego,
- guzy w obrębie miednicy mniejszej,
- nowotwory pęcherza,
- uchyłki pęcherza, cewki moczowej,
- wypadanie narządów miednicy.

Zapadalność na OAB na świecie szacuje się na 16 proc. populacji dorosłych, z podobną częstością występowania wśród kobiet i mężczyzn.

Według raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” z czerwca 2019 roku, zespół pęcherza nadreaktywnego rozpoznawany jest w Polsce u 27 proc. kobiet i 10,8 proc. mężczyzn powyżej 18. roku życia, a częstość jego występowania zwiększa się wraz z wiekiem. W populacji lekarza rodzinnego, liczącej około 2750 pacjentów, można spodziewać się zatem nawet 400 pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego.

Schorzenie to znacząco wpływa na jakość życia - osoby z OAB charakteryzują się mniejszą efektywnością w pracy, mniejszą satysfakcją seksualną i większą częstością zaburzeń wzrodu, częstszym występowaniem objawów depresyjnych, gorszym zdrowiem psychicznym i jakością snu.

Podstawę rozpoznania stanowi wywiad lekarski, który powinien być ukierunkowany na:

- stwierdzenie zasadniczych objawów OAB: parć naglących, zwiększenia ilości mikcji w ciągu dnia i nocy oraz epizodów gubienia moczu,
- określenie sytuacji, które doprowadzają do gubienia moczu,
- identyfikację chorób współistniejących i przyjmowanych leków mogących być przyczyną dolegliwości,

- identyfikację czynników ryzyka (przebyte ciąży i porody, otyłość, starszy wiek, choroby gruczołu krokowego).

Badanie fizykalne jamy brzusznej i ocena gruczołu krokowego w badaniu per rectum powinny być uzupełnione badaniem ginekologicznym - w celu wykluczenia nieprawidłowości anatomicznych i funkcjonalnych narządu rodowego. W tym celu należy zaproponować konsultację ginekologiczną, ponieważ niewielka część lekarzy rodzinnych wykonuje obecnie badanie i diagnostykę ginekologiczną.

Podstawowe badania dodatkowe przeprowadzane w POZ

Są to następujące badania:

- badanie ogólne moczu i ewentualnie badanie bakteriologiczne - w celu wykluczenia zakażenia układu moczowego, krwimoczu, glukozurii,
- badanie USG układu moczowego z oceną objętości moczu zalegającej po mikcji w pęcherzu moczowym - w celu wykluczenia nowotworów, kamicy dróg moczowych oraz zmniejszonej aktywności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Cennym narzędziem diagnostycznym jest dzienniczek mikcyjny, w którym pacjent przez trzy kolejne dni odnotowuje ilość wypijanych płynów, liczbę mikcji w ciągu dnia i nocy, ilość oddawanego moczu podczas mikcji, obecność parć naglących i epizodów nietrzymania moczu.

Rozpoznane OAB można ustalić, jeżeli przy obecności typowych objawów klinicznych wykluczy się zakażenie układu moczowego, nie stwierdza się istotnych zaburzeń statyki narządu rodowego, w badaniu przedmiotowym wykluczy się inne przyczyny prezentowanych objawów i nie stwierdza się zalegania moczu w pęcherzu moczowym po mikcji.

Dostępne opcje terapeutyczne

W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom zgłaszającym się z typowymi objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego należy wdrożyć leczenie. Złotym standardem jest leczenie farmakologiczne.

Lekami pierwszego wyboru są leki działające antagoniście względem receptora muskarynowego i można je zastosować, uzyskując korzyści kliniczne, bez potrzeby wykonywania inwazyjnych procedur urodynamicznych. Antagoniści receptorów muskarynowych działają w trakcie fazy napełniania pęcherza w cyklu mikcyjnym poprzez hamowanie bodźców aferentnych (czuciowych) pochodzących z pęcherza moczowego oraz poprzez bezpośrednie zahamowanie skurczów mięśni gładkich pęcherza. W Polsce dopuszczone do obrotu w leczeniu OAB są: solifenacyna, tolterodyna, fezoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina, z czego tylko dwie pierwsze substancje znajdują się na liście leków refundowanych w terapii OAB.

Leki antymuskarynowe charakteryzują się licznymi objawami niepożądanymi (suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia poznawcze, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu), dlatego decyzję dotyczącą ich długoterminowego stosowania należy zostawić pacjentowi. W związku z powyższym, według zaleceń światowych, obecnie lekiem pierwszego rzutu jest solifenacyna, wykazująca największą selektywność wobec receptorów muskarynowych w pęcherzu moczowym. W 2016 roku zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego solifenacynę. Wymóg ten został podtrzymany natomiast dla leków zawierających tolterodynę. Na rynku dostępnych jest obecnie kilkanaście preparatów zawierających solifenacynę lub tolterodynę, sprzedawanych w zróżnicowanych cenach. Można zatem zaproponować lek w cenie akceptowalnej dla pacjenta.

Alternatywą dla leków antymuskarynowych (drugą linią leczenia OAB) jest mirabegron - agonista receptorów β -3-adrenergicznych. Pobudzenie receptorów β -3-adrenergicznych w pęcherzu moczowym prowadzi do relaksacji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co skutkuje zwiększeniem objętości poszczególnych mikcji i pozwala złagodzić objawy związane z częstym oddawaniem moczu. Mirabegron charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa oraz umiarkowanymi objawami niepożądanymi.

Coraz bardziej popularne staje się leczenie skojarzone OAB - mirabegron oraz selektywne leki antymuskarynowe. Niestety mirabegron nie znajduje na liście leków refundowanych i stosowanie go wiąże się z dużym obciążeniem finansowym dla chorych.

Leczenie uzupełniające OAB

Uzupełnieniem leczenia farmakologicznego jest trening behawioralny - poprawa kontroli nad chorobą poprzez uczenie pacjenta, jak zahamować lub przerwać skurcze mięśnia wypieracza pęcherza moczowego oraz trening pęcherza moczowego - modyfikacja czynności pęcherza moczowego poprzez stosowanie ustalonego harmonogramu oddawania moczu zamiast mikcji w odpowiedzi na parcie naglące.

Inne metody leczenia OAB, które można zaproponować chorym w przypadku niepowodzenia terapii farmakologicznych to iniekcje z toksyny botulinowej czy neuromodulacja nerwów krzyżowych. W wypadku występowania znacznego stopnia zaburzeń statyki narządu rodowego, np. wypadania przedniej ściany pochwy, które mogą być pierwotną przyczyną pojawienia się parć naglących i zespołu pęcherza nadreaktywnego, jako pierwsze rozważyć należy leczenie operacyjne korygujące zaburzenia statyki. Do tego typu leczenia kwalifikuje lekarz ginekolog lub urolog.

Piśmiennictwo u Autorki.