

Diagnostyka i leczenie zespołu bolesnego pęcherza

dr hab. med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Zespół bolesnego pęcherza to występowanie dolegliwości bólowych w obrębie pęcherza, przy braku uchwytnych procesów patologicznych, które mogłyby tłumaczyć takie objawy. Tak więc, gdy podczas napękania się pęcherza pojawia się ból, współistniejący z parciem nagłym, często-moczem, a badania dodatkowe są w normie, można z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać zespół bolesnego pęcherza.

Najczęściej chorują kobiety. Ocenia się, że częstość występowania zespołu bolesnego pęcherza wynosi 100-200 przypadków/100 000 kobiet (w odniesieniu do mężczyzn to liczba około 10-30/100 000 mężczyzn). Schorzenie może dotyczyć pacjentów w każdym wieku. Chorują zarówno młode osoby, jak i pacjenci w wieku podeszłym.

Ocenia się, że średni czas od wystąpienia dolegliwości do postawienia rozpoznania wynosi około 5 lat. Jest to związane z niespecyficznymi objawami schorzenia oraz koniecznością postawienia tzw. „rozpoznania z wykluczenia“.

Uważa się, że u podstaw powstawania zespołu bolesnego pęcherza leży tzw. zapalenie neurogenne pęcherza. Jest to niebakteryjny proces zapalny, powodujący podrażnienie nerwów czuciowych oraz zmianę przepuszczalności nabłonka urotelialnego, a w efekcie tych zmian pojawienie się parć nagłych i dolegliwości bólowych. Zapalenie neurogenne, przebiegające z aktywacją włókien czuciowych było opisywane w wielu tkankach i narządach, np. skórze, stawach, oku, drogach oddechowych. Sugeruje się, że może ono odgrywać znaczną rolę w patofizjologii astmy oskrzelowej, zapalenia stawów czy migreny.

Istnieje wiele teorii na temat czynnika sprawczego, powodującego powstanie zespołu bolesnego pęcherza. Uważa się, że przebyta infekcja bakteryjna dróg moczowych, silny stres (i wydzielanie do krwiobiegu hormonów nadnerczy), a także zaburzenia immunologiczne mogą prowadzić do zmiany przewodnictwa we włóknach nerwowych unerwiających pęcherz, co z kolei powoduje wzrost przepuszczalności nabłonka urotelialnego, zniszczenie na jego powierzchni warstwy glikoaminoglikanów i wnikanie do ściany pęcherza drażniących substancji, które normalnie nie są w stanie przeniknąć bariery urotelium.

Aby rozpocząć leczenie zespołu bolesnego pęcherza należy przede wszystkim postawić właściwe rozpoznanie. Diagnostyka powinna

składać się z:

- badania ogólnego moczu wraz z posiewem; przy czym badania te należy powtórzyć kilkakrotnie. Jeśli nie stwierdza się infekcji bakteryjnej, wówczas należy rozważyć jeszcze wykonanie badań w kierunków nietypowych uropatogenów takich jak Chlamydie i Mycoplasmy. Stwierdzenie jałowego ropomoczu (znaczną liczbą leukocytów) powinno skłonić do diagnostyki w kierunku gruźlicy urogenitalnej,
- badania usg, z oceną górnych dróg moczowych, pojemności pęcherza i zalegania moczu po mikcji,
- cytologii osadu moczu,
- cystoskopii (ewentualnie w z znieczuleniu, gdy pobierane są wycinki),
- badania urodynamicznego, przy podejrzeniu zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych.

ZESPÓŁ BOLESNEGO PĘCHERZA
kobiety: 100-200 przypadków / 100 000
mężczyźni: 10-30 przypadków / 100 000

Diagnostyka ta zmierza do wykluczenia następujących schorzeń, które mogą dawać podobne objawy jak zespół bolesnego pęcherza: infekcji, kamicy, nowotworów, zaburzeń czynnościowych mikcji, wad układu moczowego.

Po postawieniu rozpoznania należy rozpocząć leczenie, które składa się z terapii łagodzącej objawy (ból, parcia nagłe) oraz leczenia zmierzającego do przerwania błędnego koła napędzającego zapalenie neurogenne w obrębie pęcherza. W terapii zespołu bolesnego pęcherza zarysowują się dwie wyraźne grupy: leczenie zabiegowe oraz farmakologiczne, które także czasami wymaga zabiegu, jakim jest cewnikowanie pęcherza moczowego.

Leki doustne można podzielić na kilka kategorii, w zależności od proponowanego mechanizmu działania. Zgodnie z koncepcją, iż przy-czyną zespołu bolesnego pęcherza jest uszkodzenie warstwy glikoaminoglikanów na powierzchni nabłonka pęcherza, w użyciu są leki mające po podaniu doustnym lub do-pęcherzowym odbudowywać ich strukturę. Do odbudowy ochronnej warstwy glikokaliksłu służy popularny w USA i Europie pentozopolisarczan sodowy (nieodstępny w Polsce). W leczeniu doustnym stosowane są także sterydy, hormony oraz leki przeciwhistaminowe. Równie czę-

sto co pentozopolisarczan sodowy, stosowane są trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (z uwagi na działanie antycholinergiczne i adrenomimetyczne). Obiecujące efekty w łagodzeniu przewlekłych objawów bólowych uzyskano po zastosowaniu gabapentyny, która działa na receptory GABA-ergiczne zlokalizowane w mózgu i rdzeniu kręgowym. Pojawiły się doniesienia o zastosowaniu leków cytotastycznych (cyklosporyna).

Farmakoterapia dopęcherzowa ma głównie za zadanie odtwarzanie uszkodzonej warstwy urotelium i zapobieganie jego wzmożonej przepuszczalności dla drażniących czynników zewnętrznych. Ponadto środki stosowane do-pęcherzowo mają hamować wydzielanie mediatorów stanu zapalnego i hamować rozwój zapalenia neurogenne pęcherza moczowego. Jednym z najwcześniej stosowanych leków jest heparyna, która należy do grupy glikoaminoglikanów, a odkładając się na powierzchni ściany pęcherza, odtwarza warstwę ochronną. Dodatkowo wykazuje działanie przeciwzapalne, hamuje proliferację fibroblastów oraz angiogenezę.

Rozwinięciem tej metody jest podawanie kwasu hialuronowego (jedynego nie siarczanowanego glikoaminoglikanu). Kwas hialuronowy odtwarza fizjologiczną warstwę glikoaminoglikanów w nabłonku urotelialnym, wykazując znacznie większe właściwości przylegające do nabłonka niż heparyna. Stosuje się go w postaci wlewk dopęcherzowych raz w tygodniu. Preparat kwasu hialuronowego o nazwie Cystistat® jest w chwili obecnej jedynym lekiem stosowanym w leczeniu zespołu bolesnego pęcherza, zarejestrowanym w Polsce. Badania wykonane w Klinice Urologii AM w Warszawie wykazały, że stosowanie Cystistatu® przez 8 tygodni powoduje zmniejszenie się dolegliwości bólowych o 25%, a parć nagłych o 21% (Radziszewski i wsp., 2007).

W przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego, należy wdrożyć leczenie zabiegowe. Leczenie zabiegowe w chwili obecnej to głównie stosowanie neurotoksyn w postaci zastrzyków dopęcherzowych (toksyna botulinowa) oraz zabiegi operacyjne zmierzające do powiększenia pęcherza (ileocystoplastyka).

W wyjątkowych przypadkach jako ostateczne rozwiązanie należy rozważyć usunięcie pęcherza i ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu.

Literatura:

1. P. Radziszewski, A. Gugata, T. Borkowski, A. Borkowski, *Skuteczność kwasu hialuronowego w łagodzeniu objawów zespołu bolesnego pęcherza* (w druku).
2. P. Radziszewski, M. Majewski, *Neurouroginekologia - pęcherz nadreaktywny i zespół bólowy pęcherza moczowego*. „Uroginiekologia Praktyczna“, red. T. Rechberger, Bifolium 2007.