Leczenie OAB u mężczyzn

lek. med. Anna Bonder-Nowicka
Oddział urologii, Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

Czym jest OAB?

Zespół pęcherza nadreaktywego (OAB) zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) to uczucie nagłego parcia na mocz z towarzyszącym lub nie nietrzymaniem moczu (NTM), związane zazwyczaj z częstomoczem i nokturią przy założeniu, że nie są to objawy infekcji ani innej patologii (takiej jak np.: przeszkoda podpęcherzowa, zwężenie cewki moczowej, ciało obce w drogach moczowych, neurogenna dysfunkcja pęcherza, niedoczynność wypieracza, guz pęcherza moczowego, kamica dolnego odcinka moczowodu itp.). Jest to jeden z elementów zespołu objawów określanych mianem LUTS - lower urinary tract syndrome (objawy z dolnego odcinka dróg moczowych).

OAB nie rozróżnia płci

Pomimo iż OAB jest głównie kojarzony z płcią żeńską, częstość występowania OAB nie różni się istotnie u kobiet i u mężczyzn. W badaniu NOBLE (2003 r.) stwierdzono, że problem zespołu pęcherza nadreaktywnego dotyczy 16% mężczyzn i 16,9% kobiet, przy czym u mężczyzn objawy OAB rzadziej są związane z NTM.

Metody leczenia stosowane u mężczyzn

Leczenie zachowawcze, podobnie jak u kobiet, należy rozpocząć od zwalczania nadwagi i nikotynizmu. Ograniczenie płynów i unikanie kofeiny, alkoholu oraz gazowanych napojów, a także czekolady, pikantnych potraw i orzechów pozwala złagodzić dokuczliwość objawów.

Trening mięśni dna miednicy i biofeedback to regularne, codzienne ćwiczenie mięśni Kegla pozwalające pacjentom przywrócić kontrolę nad powstrzymywaniem mikcji i przeciwdziałanie epizodom parcia. Trening mięśni dna miednicy polega na świadomym napinaniu mięśni odpowiedzialnych za wstrzymanie strumienia moczu. Biofeedback dodatkowo pozwala na dokładną lokalizację wspomnianych mięśni i dostosowanie siły skurczu.

Terapia behawioralna jest to trening pęcherza polegający na opróżnianiu go w regularnych odstępach czasu (nie czekając na parcie). Wzmacnianie kontroli wymaga stopniowego i systematycznego wydłużania odstępu pomiędzy mikcjami.

Leki antymuskarynowe można nazwać „złotym standardem" w leczeniu OAB. W Polsce dostępne są: Oxybutynina (od red.: Driptane i Ditropan), Tolterodyna (od red.: Detrusitol oraz Uroflow) i jej pochodna Fesoterodyna (od red.: Toviaz), Darifenacyna (od red.: Em-

selex - obecnie niedostępny), Solifenacyna (od red.: Vesicare), Trospium (od red.: Spasmo-Lyt, Spasmex). Mechanizm ich działania jest podobny i polega na zmniejszaniu aktywności mięśnia wypieracza poprzez blokowanie w nim receptorów muskarynowych odpowiedzialnych za skurcz. Różnią się w nasileniu objawów niepożądanych i sposobie dawkowania. Objawy uboczne to: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia funkcji poznawczych. Przeciwwskazaniem bezwzględnym do ich stosowania są: jaskra z wąskim kątem przesączania, miastenia, znaczne zaleganie po mikcji. W leczeniu OAB u mężczyzn trzeba zwrócić szczególną uwagę na współwystępowanie przeszkody podpęcherzowej, dlatego stosowane leki nie mogą wpływać na fazę mikcji - to kryterium jest spełniane przez leki nowej generacji. Leczenie uzupełniające preparatami blokującymi receptory alfa, takimi jak np. Tamsulosyna zmniejsza impulsację odśrodkową do pęcherza i zmniejsza opór podpęcherzowy.

Alternatywną formą terapii dla pacjentów nietolerujących działań niepożądanych leków przeciwmuskarynowych może się okazać niedawno wprowadzony w USA lek, będący agonistą receptorów beta-3: Mirabegron. W odróżnieniu od poprzedników, rozkurcza mięsień wypieracza przez całą fazę napełniania i tym samym zwiększa pojemność pęcherza. Dotychczas zarejestrowane objawy niepożądane to: nieznaczny wzrost ciśnienia tętniczego, skłonność do infekcji górnych dróg oddechowych i układu moczowego oraz bóle głowy. Niestety, nie jest on jeszcze zarejestrowany w Polsce.

Udowodnioną skuteczność w łagodzeniu objawów OAB mają leki dotychczas stosowane w leczeniu zaburzeń erekcji - **inhibitory fosfodiesterazy** (Sildenafil, Wardenafil, Tadalafil). Wykazano, że stosowane codziennie poprawiają kontrolę nad mikcjami, zmniejszają dokuczliwość objawów z dolnych dróg moczowych, a także poprawiają jakość życia. Ich mechanizm działania i miejsce w leczeniu OAB wymagają jeszcze badań.

Innymi lekami łagodzącymi objawy OAB są Imipramina i Doksepina, należące do grupy **trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych** z uwagi na ich działanie ośrodkowe i obwodowe. Jednak ich działanie jest słabsze, a objawy niepożądane częstsze niż ma to miejsce w przypadku leków przeciwmuskarynowych.

W przypadku braku reakcji na leczenie wyżej wymienionymi lekami można zastosować **neurotoksyny**. Ich modulujący wpływ na pęcherz polega na porażeniu włókien nerwowych po podaniu dopęcherzowym jak w przypadku waniloidów (Kapsaicyna i Resiniferatoksyna) lub poprzez iniekcję do mięśnia wypieracza (toksyna botulinowa). Działanie tych preparatów jest ograniczone czasowo, dlatego konieczne jest podawanie kolejnych dawek dla podtrzymania efektu terapeutycznego.

Neuromodulacja unerwienia pęcherza moczowego pomaga złagodzić dolegliwości u dużej części chorych, a nawet spowodować ustąpienie objawów. Modulacja nerwów krzyżowych wpływa na częstotliwość i siłę nieprawidłowych skurczy wypieracza i zmniejsza nasilenie NTM, a przy tym nie zakłóca odczuwania i prawidłowych mikcji. Polega na wszczepieniu stymulatora (InterStim), który wysyła impulsy do nerwów i jest regulowany przez zewnętrzny programator. Przeciwwskazaniami do zastosowania tej metody leczenia są istotne nieprawidłowości anatomiczne kręgosłupa lub samej kości krzyżowej, niezdolność do obsługi urządzenia lub oceny jego działania oraz brak współpracy ze strony pacjenta.

Na potwierdzenie swojej skuteczności wciąż oczekują **metody elektrostymulacji miednicznej i stymulacji magnetycznej,** dotychczas stosowane w leczeniu wysiłkowego NTM. Elektrody lub generatory pola magnetycznego umieszczone przezskórnie lub doodbytniczo pobudzają skurcz mięśni dna miednicy oraz hamują przewodnictwo zarówno we włóknach ruchowych jak i czuciowych nerwów podbrzusznych i sromowych. Tym samym poprawiają funkcjonowanie pacjentów z OAB przy małym nasileniu objawów niepożądanych.

Cystoplastyka to chirurgiczne powiększenie pęcherza pozwalające uzyskać odpowiednią pojemność pęcherza lub zwalczyć niestabilność wypieracza. Wytworzenie takiego zbiornika pozwala pacjentom zachować kontynencję i uchronić górne drogi moczowe przed niewydolnością. Przeciwwskazaniami do wykonania takiej operacji są choroby zapalne jelit, zespół krótkiego jelita, guz pęcherza moczowego, pęcherz popromienny lub schyłkowa niewydolność nerek. Po zabiegu pacjent musi być ściśle monitorowany ze względu na ryzyko wystąpienia kamicy, zaburzeń metabolicznych i zaburzeń odżywiania, niewydolności nerek lub nowotworów.

Wobec wydłużającej się długości życia w naszym społeczeństwie, a także coraz większej dbałości o jakość życia pacjentów, problem OAB staje się coraz bardziej zauważalny i pilny. Być może w przyszłości uda się opracować nowe formy terapii dla wciąż rosnącej grupy pacjentów.