

Leki wciąż ważne

Z prof. dr. hab. Tomaszem Rechbergerem, Przewodniczącym Sekcji Uroinekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego rozmawiają Magdalena Kowalewska oraz Tomasz Michałek

Panie Profesorze, kiedy należy stosować środki farmakologiczne w leczeniu nietrzymania moczu?

W typowych postaciach klinicznych nietrzymania moczu nie stosuje się samych leków, ale również sięga się po inne formy terapii. Leczenie farmakologiczne dominuje przy tzw. nagłym NTM, którego podstawą są niekontrolowane skurcze mięśnia wypieracza. Tutaj stosowane są preparaty antycholinergiczne blokujące receptory muskarynowe. U części pacjentów, która nie reaguje na wcześniej podane leki, można stosować terapię odnervienia pęcherza. Dość popularną substancją obecnie stosowaną w takich przypadkach jest toksyna botulinowa.

Jak Pan ze swojej praktyki ocenia skuteczność farmakoterapii?

W leczeniu nagłego typu NTM skuteczność farmakoterapii jest dość duża, ale mimo wszystko to nie jest to czego - my lekarze i sami pacjenci - oczekiwaliśmy od leków. Mimo ogromnego postępu leczenia nietrzymania moczu główny sposób farmakoterapii nagłego pęcherza to blokowanie receptorów muskarynowych. Receptory te, oprócz ściany pęcherza zlokalizowane są również w innych częściach organizmu, np. w śliniankach, układzie pokarmowym. Stąd biorą się objawy uboczne działania leków antymuskarynowych takie jak suchość w jamie ustnej, zaparcia czy zawroty głowy.

Na dzień dzisiejszy skuteczność antycholinergików sięga 85%, jednak nie wszyscy pacjenci mogą nimi być leczeni z uwagi na nasilenie objawów niepożądanych. Ok. 50% pacjentów uważa, że efekt działania leków jest daleki od doskonałości. Lek nowej generacji są drogie, a terapię trzeba stale kontynuować. Stąd większość pacjentów korzysta z oksybutyny, która jest najtańsza, ale ma skutki uboczne.

Środki farmakologiczne nie leczą nietrzymania moczu tylko łagodzą jego objawy. Kiedy chory przestaje je zażywać, dolegliwość NTM nasila się. Dlatego często pacjenci zniechęcają się do farmakoterapii i wybierają stosowanie środków wchłaniających.

W Polsce leki na NTM nie są objęte refundacją, z wyjątkiem oksybutyny refundowanej w 70% przy stwardnieniu rozsianym (SM). Jak Pan ocenia tę sytuację na tle innych krajów europejskich?

W większości krajów europejskich leki antycholinergiczne są refundowane. W Niemczech pacjent za solifenacynę płaci 1 euro. Koszty zakupu tego leku są tam niewielkie, a chorzy otrzymują konkretne korzyści z leczenia.

W Polsce, niestety, leki na NTM nie są objęte refundacją, z wyjątkiem przypadków współwystępowania stwardnienia rozsianego. Mam nadzieję, że w przyszłości uda się uruchomić właściwe programy lekowe adresowane do odpowiednich grup chorych, tak jak to ma miejsce w przypadku SM. Na przykład ok. 80% pacjentek po przebytej radioterapii nowotworów narządu rodowego odczuwa problemy związane z nietrzymaniem moczu i właśnie one powinny brać odpowiednie leki. Myślę jednak, że w terapii długoterminowej dla chorych z NTM programy lekowe będą raczej w Polsce nieosiągalne.

To bardzo pesymistyczna wizja... Co w takim razie pozostaje pacjentom, których nie stać na nowoczesne leki leczące NTM?

Dostosowanie się do tej sytuacji. Terapię behawioralną, zmianę trybu życia, ograniczenie płynów, czy używanie środków wchłaniających mogą złagodzić objawy nietrzymania moczu. Oczywiście nie wszyscy chorzy mogą się przystosować.

U niektórych pacjentów - np. z dolegliwościami typu neurologicznego - zmiana trybu życia może być niemożliwa, bo tacy chorzy często nie są samodzielni. Podobnie trudną sytuację mają osoby z przetokami czy po naswietlaniach, ponieważ powinny odczekać rok do właściwej operacji na NTM. Dla takiego pacjenta, który ma poczucie, że non stop się z niego „leje”, to prawdziwy dramat. Może on korzystać z refundowanych środków wchłaniających, ale ilość 60 pieluch na miesiąc i tak nie wystarczy. I tworzy się tzw. błędne koło. Niestety, kosztem chorych.

Dodatkowo w Polsce powoli zaczyna narastać problem pacjentów geriatrycznych, na co jesteśmy kompletnie nieprzygotowani. Mimo dokonującego się postępu leczenia NTM, za 10-15 lat w wyniku starzenia się społeczeństwa problem nietrzymania moczu będzie jeszcze większy niż obecnie.

Czy farmakologia w terapii NTM może nas jeszcze czymś zaskoczyć? Czy w niedługim czasie mają się pojawić nowe leki?



Obecnie jedynie preparaty antycholinergiczne (oksybutyna, tolterodyna, trospium, solifenacyna oraz darifenacyna) oraz zmniejszająca wydzielanie moczu desmopresyna posiadają stopień referencyjności 1A, tzn. mają udowodnione istotne działanie kliniczne. W przypadku pierwszej grupy chyba już więcej, z klinicznego punktu widzenia, nie da się uzyskać - solifenacyna plasuje się blisko ideału.

Cały czas trwają jednak badania nad nowymi lekami. Jest sprawą oczywistą, że w terapii NTM główny nacisk kładzie się na kontrolę ośrodkowego układu nerwowego. Jest cały szereg neurotransmiterów biorących udział w kontrolowaniu mikcji. Na przykład gaba-pentyna, środek farmakologiczny stosowany w leczeniu padaczki - tutaj zasadnicza linia terapii polega na blokowaniu sygnałów z mózgu do pęcherza.

W jakim kierunku podąża farmakoterapia NTM? Myślę, że w kierunku badań nad agonistami receptora beta-3, odpowiedzialnego za relaksację pęcherza moczowego, a także nad niektórymi środkami opioiowymi (np. tramadol) mogącymi znaleźć zastosowanie w parciach nagłych. No i nie zapominajmy o toksynie botulinowej, która staje się coraz bardziej popularna wraz ze wzrastającą ilością informacji klinicznych, dotyczących jej skuteczności terapeutycznej.

Czego życzy Pan pacjentom cierpiącym na NTM?

Po prostu - żeby nie mieli tej dolegliwości. A precyzując to życzę wszystkim pacjentom takich regulacji prawnych, aby umożliwiała chorym szerszy dostęp do nowoczesnych form terapii. Obecnie dla 90% pacjentów są one nieosiągalne z przyczyn finansowych. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia stać było na przeznaczenie odpowiedniej puli pieniędzy na farmakoterapię NTM, osoby rzeczywiście cierpiące na tę dolegliwość miałyby łatwiejszy dostęp do leków.

Dziękujemy za rozmowę.