

NTM w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego

dr n. med. Robert Kozłowski, Ordynator Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku
 dr n. med. Piotr Dobroński, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie
 dr n. med. Piotr Radziszewski, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie
 prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski, Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie

Lagodny rozrost stercza (gruczołu krokowego, prostaty - benign prostatic hyperplasia - BPH) jest jedną z najczęściej spotykanych patologii wśród mężczyzn po 50 roku życia. Uważa się, że już między 40 a 49 rokiem życia ponad 14% mężczyzn zgłasza objawy BPH. Częstość występowania tej jednostki chorobowej rośnie wraz z wiekiem. W siódmej dekadzie życia dotyka ona ponad 43% mężczyzn, a po 80 roku życia cierpi na nią powyżej 80% mężczyzn. Nietrzymanie moczu jest częstym objawem zgłaszanym w przebiegu BPH i może występować u blisko 40% chorych.

Do klinicznej manifestacji BPH dochodzi głównie w wyniku wystąpienia przeszkody w odpływie moczu z pęcherza moczowego (przeszkoda podpęcherzowa - bladder outlet obstruction - BOO). Ogólnie, objawy zgłaszane przez chorych na BPH dzielimy na te, które są związane z gromadzeniem moczu w pęcherzu moczowym (częste oddawanie moczu, oddawanie moczu w nocy, nagłace parcia na mocz, NTM z parcia), objawy związane z procesem mikcji, czyli wydalania moczu z pęcherza moczowego (osłabienie strumienia moczu, przerywane oddawanie moczu, kroplowe oddawanie moczu pod koniec mikcji - terminal dribble) oraz objawy występujące bezpośrednio po zakończeniu mikcji (uczucie niekompletnego opróżnienia pęcherza moczowego, kroplowy wyciek moczu po mikcji - postmicturition dribble). Rozpoznanie podpęcherzowej przeszkody w odpływie moczu na tle łagodnego rozrostu gruczołu krokowego możemy postawić dopiero po wykluczeniu innych chorób, które mogą powodować podobne dolegliwości. Przede wszystkim powinniśmy wykluczyć zakażenie układu moczowego, nowotwór pęcherza moczowego i/lub gruczołu krokowego oraz choroby neurologiczne.

Na podstawie wielu badań epidemiologicznych ustalono, że objawami obniżającymi w największym stopniu jakość życia pacjentów z BPH są objawy nietrzymania moczu, które w przebiegu tej choroby występują najczęściej jako nietrzymanie moczu z parcia, nocne nietrzymanie moczu oraz kroplowy wyciek moczu z cewki moczowej występujący po zakończeniu mikcji (postmicturition dribble). Ponad 80% pacjentów, u których dochodzi do wystąpienia w/w objawów podaje je jako najbardziej uciążliwe w trakcie trwania choroby.

Etiologia

Przyczyn wystąpienia NTM w przebiegu BPH może być kilka. Objawy związane z procesem mikcji są spowodowane przeszkodą w odpływie moczu - przerośniętym gruczołem krokowym, który stopniowo powoduje zaciśnięcie światła cewki moczowej i/lub uszczywnienie ścian cewki sterczowej.

Objawy gromadzenia moczu świadczą o uszkodzeniu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Jest on odpowiedzialny za wytworzenie ciśnienia śródpęcherzowego, którego wzrost powoduje wypływ moczu na zewnątrz. Uszkodzenie wypieracza jest zjawiskiem wtórnym do obecności przeszkody w odpływie moczu. Dochodzi wówczas do przerostu (pogrubienia) ściany pęcherza moczowego, odkładania się w niej włókien kolagenowych oraz uszkodzenia dróg nerwowych odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie mięśnia wypieracza. Taki rodzaj uszkodzenia określa się mianem niestabilności wypieracza na tle przeszkody podpęcherzowej. Powoduje to utratę podatności i pojemności pęcherza moczowego oraz prowadzi do występowania częstych, niekontrolowanych skurczów mięśnia wypieracza. Efektem opisanych zmian jest częste oddawanie moczu, oddawanie moczu w nocy, nagłace parcia na mocz i nietrzymanie moczu z parcia.

Inną przyczyną może być nadmierne wypełnienie pęcherza moczowego, przekraczające jego maksymalną pojemność (overflow incontinence, ischuria paradoxa). Powodem jest współistnienie znacznego stopnia przeszkody w odpływie moczu wraz z dekompensacją mięśnia wypieracza pęcherza moczowego na tle BOO. Prowadzi to do zalegania moczu w pęcherzu po mikcji, mogą powodować powikłania ze strony górnych dróg moczowych w postaci niewydolności nerek.

Kroplowy wyciek moczu z cewki moczowej po zakończeniu mikcji (postmicturition dribble) należy traktować jako oddzielny problem NTM u mężczyzn. Mimo, że jest to objaw często zgłaszany przez chorych na BPH, jego etiologia wydaje się być bardziej złożona i może dotyczyć znacznie szerszą populację mężczyzn niezależnie od grupy pacjentów z BPH. Częstość występowania tego objawu u mężczyzn w trzeciej dekadzie życia określa się na 11%, a w szóstej może sięgać nawet 27%. W więk-

szości przypadków NTM z nim związane opisywane jest jako plamienie bielejczy, które nie występuje codziennie. Uważa się, że u 2,3% ogólnej populacji mężczyzn powyższy objaw stanowi istotny problem zdrowotny i higieniczny zmuszający do szukania pomocy lekarskiej. Spośród pacjentów z BPH ponad 11% zgłasza kroplowy wyciek moczu po mikcji. Jest to jeden z trzech objawów, obok NTM z parcia i nocnego (wysiłkowego) NTM, najdotkliwiej upośledzający jakość życia chorego na BPH.

Uważa się, że przyczyną kroplowego wycieku moczu po mikcji jest nadmierne zaleganie moczu w cewce opuszkowej. Wśród mechanizmów patofizjologicznych odpowiedzialnych za wystąpienie tego schorzenia wymienia się także niewydolność mięśni opuszkowo-jamistych i kulszowo-jamistych. Kroplowy wyciek moczu po mikcji występuje częściej u pacjentów z BPH niż w ogólnej populacji mężczyzn.

Leczenie

W leczeniu BPH mamy do wyboru kilka różnych opcji - od bacznej obserwacji przez farmakoterapię po leczenie chirurgiczne. Wybierając metodę leczenia powinniśmy kierować się dwoma zasadami. Po pierwsze, należy możliwie szybko zlikwidować najbardziej uciążliwe objawy, czyli te, które w najistotniejszy sposób obniżają jakość życia pacjenta. Po drugie, naszym celem powinno być zapobieżenie lub zlikwidowanie powikłań BPH (zakażenie układu moczowego, kamica pęcherza moczowego, niewydolność nerek, krwimocz, ostre zatrzymanie moczu). W przypadku pacjenta, u którego w przebiegu BPH wystąpiło NTM, należy przypuszczać, że mamy do czynienia z procesem zaawansowanym, wymagającym podjęcia zdecydowanych kroków. Pacjent z NTM wymaga szczegółowej diagnostyki w celu ustalenia przyczyny NTM i uniknięcia błędów w wyborze metody terapeutycznej.

Leczenie zachowawcze

Rozważając leczenie farmakologiczne należy wziąć pod uwagę leki z grupy blokujących receptory alfa-adrenergiczne. Powodują one zmniejszenie napięcia mięśni gładkich torebki i zrębu gruczołu krokowego oraz szyi pęcherza moczowego. Leki z tej grupy przynoszą najszybszą poprawę w przypadku przewag objawów związanych z wydalaniem moczu. Niemniej ponad 75% urologów stosuje te leki także w przypadku występowania objawów związanych z gromadzeniem moczu w pęcherzu moczowym. W przypadku skuteczności tego rodzaju terapii poprawa następuje już w kilka dni po jej wdrożeniu.

Inne grupy leków tzn. inhibitory 5 α -reduktazy i leki pochodzenia roślinnego będą miały niewielkie zastosowanie ze względu

dokończenie na str. 9

Niedosłuch, wada słuchu - te słowa mają ogromne znaczenie dla coraz większej części społeczeństwa. Wielu z nas ma wśród swoich znajomych, rodziny osoby, które mają problemy ze słuchem, do których trzeba mówić głośnie i z bliskiej odległości, aby móc się z nimi porozumieć. Najczęściej są to ludzie starsi, ale co raz częściej problem niedosłuchu dotyczy dzieci, również tych najmłodszych i jest on o wiele bardziej złożony.

Podjeżdżając niedosłuch u kogoś ze swoich bliskich przeważnie szukamy najpierw pomocy u lekarza pierwszego kontaktu, który kieruje nas do laryngologa. Lekarz specjalista po wykluczeniu wszystkich schorzeń uszu, które można leczyć oraz po wykonaniu badań słuchu często sugeruje pacjentowi zaopatrzenie w aparat lub aparaty słuchowe. Ostateczną decyzję o aparowaniu podejmuje pacjent, który musi przede wszystkim sam odczuwać potrzebę korzystania z pomocy słuchowej i chcieć lepiej słyszeć.

Obecny rynek aparatów słuchowych oferuje bardzo szeroką gamę aparatów różnych firm, różnej klasy, różnego typu, zróżnicowanych również cenowo. Nie ma aparatu, o którym można by powiedzieć, że będzie najlepszy dla każdego pacjenta. Subiektywne wrażenia dotyczące odbioru dźwięków przetworzonych przez aparat słuchowy mogą być bardzo różne. Dlatego każdemu pacjentowi należy dać możliwość zapoznania się z różnymi aparatami, co w praktyce sprowadza się do zmierzenia co najmniej trzech.

Słyszeć lepiej



Andrzej Rzepka

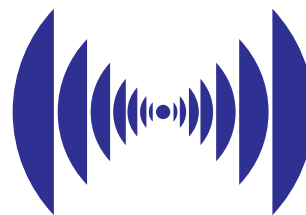
Prezes Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu

Przed przystąpieniem do doboru aparatu słuchowego należy określić, jakie są oczekiwania pacjenta w stosunku do proponowanej mu protezy słuchowej. Rozmawiając z pacjentem, obserwując go podczas doboru aparatu staramy się ocenić jego możliwości w zakresie obsługi aparatu (zdolności manualne, stopień inteligencji), co również decyduje o powodzeniu protezowania słuchu. Prognozowanie o skuteczności zalecanego aparatu słuchowego najlepiej jednak oddaje ocena zysku zrozumiałości mowy.

Proces doboru aparatu słuchowego jest zawsze procesem bardzo indywidualnym. Zdarza się, że trzeba go kilkukrotnie powtarzać, aby wybrać dla danego pacjenta aparat najbardziej optymalny. Żaden aparat słuchowy jednak nie przywróci słuchu, w stopniu takim jaki ma człowiek prawidłowo słyszający, może go tylko mniej lub bardziej do tego ideału zbliżyć. W wielu przypadkach, szczególnie gdy korygowany ubytek słuchu jest znaczny, pacjent z aparatem słuchowym odbiera dźwięki inaczej niż przed protezowaniem. Wielu dźwięków nie zna, nie potrafi ich identyfikować, są mu obce, czasami drażniące. Z tego względu niezwykle istotny jest tzw. trening słuchowy. Po do-

braniu aparatu słuchowego pacjent musi nauczyć się, co czasami trwa kilka miesięcy, żyć w świecie dźwięków, który był dla niego dotychczas niedostępny.

Bardzo wiele zależy od świadomości samego pacjenta. Wciąż jeszcze aparat słuchowy kojarzy się z czymś wstydliwym, co należy ukrywać. Najczęściej to rodzina zmusza do jego zastosowania, nie mając możliwości porozumienia się. Pamiętajmy, że jest to taki sam środek zaradczy przy wadzie słuchu, jak okulary przy wadzie wzroku.



Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu

tel./fax: 61 - 877 05 69

Osiedle Piastowskie 66/2, 61-157 Poznań

www.pspss.cc.pl

NTM w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego

na okres jaki musi upłynąć od momentu wdrożenia terapii do chwili wystąpienia efektu klinicznego (kilka miesięcy). W przypadku wybranych pacjentów można by rozważyć leczenie skojarzone blokerem α -adrenergicznym i inhibitorem 5α -reduktazy. Ze szczególną ostrożnością należy podejść do stosowania preparatów oxybutyniny i tolterodyny, które hamują czynność skurczową wypieracza. U większości chorych z BPH są one przeciwwskazane ze względu na współistnienie przeszkiody podpecherzowej i ryzyko wystąpienia ostrego zatrzymania moczu.

Leczenie zabiegowe

Wśród metod zabiegowych wyróżniamy metody małoinwazyjne i metody operacyjne. Do metod małoinwazyjnych zaliczamy stenty zakładane do cewki sterczowej, rozszerzanie cewki sterczowej balonem, przecewkową

igłową ablację prostaty (TUNA), termoterapię gruczołu krokowego (TUMT), a także szereg metod wykorzystujących energię laserową do ablacji tkanki gruczołu krokowego.

Metody operacyjne są metodami najczęściej stosowanymi w leczeniu zaawansowanych postaci BPH. Cechują się także najwyższą skutecznością w terapii tej jednostki chorobowej. Przecewkowa elektroresekcja prostaty (TURP), która została wprowadzona na przełomie lat 20-tych i 30-tych XX wieku, dzięki stałym udoskonaleniom stanowi dzisiaj złoty standard leczenia BPH. Równie skuteczne, chociaż rzadziej stosowane są tradycyjne metody chirurgicznej resekcji tkanki gruczołowej (adenomektomia). W obecnej dobie są to metody bezpieczne, obciążone niewielkim ryzykiem powikłań. Metody operacyjne pozwalają na szybkie zlikwidowanie przeskiody w odpływie moczu oraz ustąpienie objawów. Zlikwidowanie przeskiody w odpływie moczu stwarza możliwość ustąpienia współistniejącej niestabilności wypieracza u ponad 75% pacjentów. Badając skuteczność metod operacyjnych określono, że szanse na uzyska-

nie poprawy po TURP wahają się między 70 a 96% (średnio 88%). Jednocześnie stopień zmniejszenia nasilenia objawów wynosił po TURP ponad 85%. Podane wyniki znacznie przewyższają skuteczność metod małoinwazyjnych w leczeniu BPH.

Leczenie kroplowego wycieku moczu po zakończeniu mikcji jest we wszystkich przypadkach podobne. Pacjent powinien zostać poinstruowany, aby po mikcji ucisnął cewkę moczową w okolicy kroczka i starał się ewakuować (wycisnąć) zalegający w niej mocz na zewnątrz. Poprawę można także osiągnąć stosując fizykoterapię polegającą na treningu mięśni dna miednicy, elektrostymulacji mięśni dna miednicy, biofeedbacku (biofeedbacku). Jak do tej pory nie znamy skutecznych metod leczenia farmakologicznego tego typu NTM.

Poprawa osiągana po leczeniu farmakologicznym jest mniejsza niż po leczeniu chirurgicznym. Mając na uwadze stopień zaawansowania choroby i potrzebę szybkiego uwolnienia pacjenta od dolegliwości w większości przypadków NTM na tle BPH należy rozważyć leczenie operacyjne.