

I Warszawskie Seminarium Neurourologii

Na pograniczu trzech nauk

prof. Andrzej Borkowski, dr Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie



Szybkie tempo zmian w postępie cywilizacyjnym zachodzących w ciągu ostatnich kilkunastu lat doprowadziło do identyfikacji różnego rodzaju problemów społecznych o podłożu zdrowotnym. To, co dawniej uważano za przypadkową chorobę dziś, ze względu na wzmożoną częstotliwość występowania, uznano za problem społeczny.

Jednym z nich jest problem nietrzymania moczu, którego leczenie wymaga współdziałania trzech specjalistów: urologa, neurologa i ginekologa. O skali tej współpracy, jej zasadach rozmawiali specjaliści tych trzech dziedzin podczas I Warszawskiego Seminarium Neurourologii, zorganizowanego przez Katedrę i Klinikę Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. Odbyło się ono 14 i 15 grudnia 2002 w hotelu Victoria. Na seminarium przybyło ponad 450 specjalistów z kraju i z zagranicy.

Patronat honorowy objęły: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne.

Pionierzy współczesnej neurourologii

Wykład inauguracyjny, poświęcony pamięci prof. Roberta Krane'a, wygłosił prof. Michael Siroky z Bostonu,

USA. Prof. Krane był długoletnim kierownikiem Kliniki Urologii Uniwersytetu Bostońskiego oraz twórcą Zakładu Neurourologii. Jego prace dały podwaliny uroflowmetrii. Wraz ze swym przyjacielem, prof. Sirokym, stał się twórcą podstaw współczesnej neurourologii i urodynamiki. Z kolei razem z prof. Irvinem Goldsteinem stworzyli podwaliny współczesnych metod leczenia zaburzeń wzdrodu, a ich prace doprowadziły do odkrycia roli tlenu azotu w fizjologii wzdrodu i w konsekwencji do odkrycia sildenafilu.

Problem urologiczny czy interdyscyplinarny?

Prof. Andrzej Borkowski rozpoczął naukową część spotkania wykładem na temat neurourologii. Głównym przesłaniem jego wystąpienia było uzasadnienie konieczności współpracy specjalistów w zakresie pełnej diagnostyki u pacjentów cierpiących na zaburzenia w gromadzeniu i oddawaniu moczu. Szczególną uwagę zwrócił na pacjentki ze schorzeniami neurologicznymi, które cierpią na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

W trakcie dyskusji okazało się, że tylko niewielka część urologów i ginekologów współdziałała ze sobą. Powodem braku współpracy jest m.in. inna taktyka operacyjna stosowana przez lekarzy tych

specjalności. Ginekolodzy chętniej operują z dostępu załonowego, zaś urolodzy preferują dostęp od strony pochwy. Omawiano także neurourologię z punktu widzenia różnych specjalności. Prof. Andrzej Borówka wykazał, iż pacjenci z objawami pęcherza neurogennego powinni zgłaszać się przede wszystkim do urologa, którego zadaniem stanie się zaplanowanie procesu diagnostycznego i skierowanie pacjenta na odpowiednie badania dodatkowe.

Punkt widzenia neurologów przedstawiła prof. Anna Członkowska w wykładzie zatytułowanym "W jaki sposób urolodzy mogą uzupełnić postępowanie urologiczne i ginekologiczne?". Poruszyła tematy powszechnie znanych chorób wywołujących zaburzenia czynności dróg moczowych, takich jak stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona, rzadkie neuropatie obwodowe oraz problemy związane z mikcją występujące u pacjentów po udarze mózgu. Prof. Tomasz Rechberger, przewodniczący sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego omówił rolę ginekologa w opiece nad pacjentką z pęcherzem neurogennym. Jego zdaniem, przed podjęciem decyzji o zastosowaniu miejscowej suplementacji estradiolem bądź estriolem, powinien on ustalić rodzaj oraz nasilenie zaburzeń statyki narządu rodnego, zidentyfikować możliwe patologie

organiczne w obrębie miednicy małej, a także ocenić estrogenizację nabłonka pochwy i ewentualnie cewki moczowej (wskaźniki kariopyknozy i eozynofilii). Końcowym elementem konsultacji ginekologicznej powinno być podjęcie decyzji o ewentualnej korekcji chirurgicznej określonych defektów anatomicznych i ustalenie jej zakresu w oparciu o konkretne metody operacyjne.

Prof. Paul Abrams z Bristolu (Wielka Brytania), sekretarz generalny International Continence Society (ICS), przedstawił raport Komitetu ds. Standaryzacji ICS w zakresie nowej terminologii czynności dolnych dróg moczowych. Prof. Abrams zwrócił uwagę na istotne zmiany w nazewnictwie dotyczące zaburzeń funkcji pęcherza moczowego. Podał m. in. definicję pęcherza nadreaktywnego (rozpoznanie w oparciu o objawy) oraz nadreaktywnego wypieracza (rozpoznanie czynnościowe, w oparciu o badanie urodynamiczne). Zwrócił też uwagę na to, że pojęcie “pęcherz neurogenny” jest określeniem bardzo często nadużywanym, w odniesieniu do patologii, w których podłoże neurogenne nigdy nie zostało udowodnione.

Z kolei prof. Werner Schaefer z Aachen poruszył problemy kontroli jakości badań urodynamicznych, sposobu ich wykonywania i oceny. Według uczonego, nie można rozpocząć badania urodynamicz-

brane pod uwagę, gdyż znacząco wpływa na zafałszowanie rozpoznania.

Na aspekty techniki badań urodynamicznych u pacjentów z uszkodzeniem neurogennym pęcherza moczowego zwrócił uwagę prof. Guusa Kramera z Murnau. - Istnieje konieczność wykonania pełnej diagnostyki neurologicznej przed rozpoczęciem takich badań - powiedział, dodając, że zaburzenia czynności dróg moczowych u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi mają charakter dynamiczny i zmieniają się w czasie trwania choroby.

Prof. M. Siroky z Bostonu omówił problem nawracających infekcji dróg moczowych u pacjentów z neurogennym uszko-

Przyszłe kierunki rozwoju należy wiązać z techniką zastosowania komórek macierzystych, terapią genową oraz wprowadzeniem selektywnych blokerów i stymulatorów receptorów neuropeptydowych.

dzieniem pęcherza moczowego. Stwarzają one zagrożenie dla górnych dróg moczowych. Można je znacząco zmniejszyć, stosując samocewnikowanie. Jednocześnie podkreślił, że bezobjawowa bakteriuuria u tych pacjentów nie wymaga leczenia. Największe ryzyko uszkodzenia górnych dróg moczowych występuje u osób z wysokim ciśnieniem wypieracza i dyssynergizmem wypieracz-zwieracz.

Prof. Mariusz Majewski z Katedry Fizjologii UW i M w Olsztynie przedstawił interesujący wykład pt. “Plastyczność neuronalna w dolnych drogach moczowych”. Wyjaśnił, dlaczego czynność dolnych dróg moczowych zmienia się w trakcie trwania choroby oraz jakie są molekularne podstawy tych zmian.

Prof. Majewski omówił też wyniki badań wykonanych wspólnie z Kliniką Urologii AM w Warszawie oraz II Kliniką Neurologii I PiN w Warszawie. Według niego przyszłość leczenia to modulowa-

nie, przy zastosowaniu odpowiednich neurotransmiterów, patologicznych łuków odruchowych oraz celowana “naprawa” poszczególnych połączeń neuronalnych.

Następny gość, prof. Helmut Madersbacher wygłosił wykład na temat “Neurostymulacja elektryczna i neuromodulacja elektryczna w zaburzeniach neurogennych dolnych dróg moczowych”. Metody te, z uwagi na wysoki koszt, nie są stosowane w Polsce. Neuromodulacja odruchów mikcji poczyniła znaczne postępy w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Obecnie stosuje się stymulatory, których elektrody są implantowane do otworów krzyżowych w bezpośrednim sąsiedztwie nerwów. Ten rodzaj leczenia jest zarezerwowany dla pacjentów, którzy nie odpowiadają na klasyczną farmakoterapię.

Prof. Israel Nissenkorn z Tel-Awivu, zaprezentował nową metodę leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych z zastosowaniem stymulacji okolicy zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Badania wykonane zostały we współpracy z Kliniką Urologii AM w Warszawie. Przy pomocy tej nowej metody można leczyć zarówno wysiłkowe nietrzymanie moczu (tzw. stymulacja zwieracza na żądanie) jak i nietrzymanie moczu z parcia (hamowanie odruchowe czynności wypieracza poprzez pobudzenie czynności zwieracza), a także śródmiąższowe zapalenie pęcherza (hamowanie dośrodkowej impulsacji czuciowej).

Leki przyszłości

Na zakończenie seminarium dr n.med. Piotr Radziszewski omówił zastosowanie neurotoksyn w urologii. Mają one zdolność modulacji unerwienia dolnych dróg moczowych i mogą się okazać “lekiem przyszłości”. Obecnie, w urologii zastosowanie znalazły dwie neurotoksyny: toksyna botulinowa i resiniferatoksyna. Stosuje się je w przypadku nadreaktywności pęcherza, zespołu bolesnego pęcherza, śródmiąższowego zapalenia pęcherza oraz, w przypadku toksyny botulinowej, czynnościowej przeszkody podpęcherzowej.

Z badań wykonanych w Klinice Urologii AM w Warszawie, wynika, że w grupie pacjentów opornych na inne, dotychczas stosowane metody lecze-

Prof. Mariusz Majewski

UWiM w Olsztynie

Układ nerwowy nie jest tworem trwałym, podlega wpływowi środowiska zewnętrznego jak i wewnętrznego, cały czas wykazując zdolność adaptacji do zmian strukturalnych. Niekiedy mechanizmy kompensacyjne zawodzą i wówczas dochodzi do utraty kontroli nad dolnymi drogami moczowymi, gdyż rozwijają się patologiczne odruchy.

nego w przypadku złej jakości sygnału ciśnieniowego, a podczas całego badania powinna przy nim być obecna osoba, która będzie je później interpretować. Stwierdził, że źle technicznie wykonane badanie urodynamiczne nie powinno w ogóle być



montaż: Daria Bobniak

nia, resiniferatoksyna osiąga skuteczność ponad 50%, a toksyna botulinowa ponad 75%. Według dr Radziszewskiego przyszłość leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych będzie polegać na modelowaniu unerwienia czuciowego pęcherza moczowego, które może przywrócić utraconą równowagę pomiędzy mechanizmami pobudzającymi i hamującymi w dolnych drogach moczowych.

Przy okrągłym stole

Podczas sesji zatytułowanej “Dobra diagnostyka kluczem do dobrego leczenia” prowadzonej przez prof. Abramsa, przedstawiono przypadek chorego po urazie rdzenia, z nietrzymaniem moczu. U tego pacjenta na przestrzeni 4 lat podejmowano różne, bezskuteczne próby leczenia. Ostatecznie wykonano ileocystoplastykę, a z uwagi na nieefektywną mikcję wprowadzono samocewnikowanie.

Omawiano także problem wykonywa-

nia i interpretacji badań urodynamicznych u małych dzieci. Badanie urodynamiczne opiera się na subiektywnych doznaniach pacjenta, dlatego wskazania do jego wykonania oraz liczba pozyskanych wartościowych informacji z takiego badania sprawia, iż ich wykorzystanie u bardzo małych dzieci jest ograniczone.

Drugą sesję, poświęconą “Polu do wspólnych działań urologów, neurologów i ginekologów”, prowadził prof. A. Borkowski. Omawiano przypadek chłopca z dysplazją na odcinku lędźwiowo-krzyżowym, którego głównym problemem było moczenie nocne. W trakcie dyskusji prof. Madersbacher wykazał, że w takich przypadkach należy zawsze rozważyć czynnik, który mógłby uszkodzić unerwienie pęcherza (w tym przypadku dysplazja). Ostatecznie, ze wskazań zarówno neurourologicznych jak i neurochirurgicznych, u pacjenta została wykonana korekcja neurochirurgiczna.

Ostatnią sesję okrągłego stołu zaplanowano na omówienie “Kontrowersji w po-

stępowaniu w czynnościowych zaburzeniach mikcji: stare i nowe metody”. Sesję prowadził dr Piotr Radziszewski. Omówił leki stosowane w terapii zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych. Zgodnie z rekomendacjami WHO jedynie niektóre preparaty antycholinergiczne mają w pełni udowodnioną skuteczność w leczeniu zaburzeń mikcji. Nadal bowiem brak jest wypracowanych standardów leczenia tych zaburzeń.

Uczestnicy sympozjum zgodzili się, że przyszłość leczenia w neurourologii należy do wszystkich omówionych metod. Nadal w niektórych przypadkach celowe jest wykonywanie inwazyjnych zabiegów chirurgicznych (ileocystoplastyka, ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu).

Mamy nadzieję, że sympozjum poświęcone neurourologii i różnym aspektom leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych przybierze cykliczną formę spotkań wszystkich trzech specjalności medycznych. Następne odbędzie się pod koniec roku.