

Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce

dr n. med. Andrzej Przybyła

Europejskie Centrum Kontynencji, Karpacz

Brak standaryzacji - nieadekwatność pomocy w stosunku do potrzeb

Radykalna prostatektomia stanowi standard operacyjny w leczeniu raka prostaty. Niezależnie od metody, jaka zostanie zastosowana - klasyczna/otwarta (załonowa lub przekroczeniowa), laparoskopowa czy laparoskopowa przy użyciu robota da Vinci, jedną z najczęstszych dolegliwości pooperacyjnych jest ta związana z pęcherzem moczowym i jego opróżnianiem.

O ile we wczesnej fazie po prostatektomii, mamy do czynienia najpierw głównie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (inkontynencja wysiłkowa) i zaburzeniami erekcji (ang. *erectile dysfunction after prostatectomy*), o tyle w późniejszym okresie dominować mogą objawy podobne do tzw. OAB (ang. *overactive bladder*). Bardzo często powyższe dolegliwości występują razem (tzw. nietrzymanie moczu mieszane, inkontynencja mieszana).

Pacjenci skarżą się wtedy na częstomocz z parciem nagłym lub/i uczucie niepełnego opróżniania pęcherza po mikcji. Nierzadko mamy do czynienia także z algurią (bolesnym oddawaniem moczu), a nawet z nagłym zatrzymaniem moczu. To wszystko utrudnia pacjentom normalne funkcjonowanie i wpływa negatywnie na jakość ich życia, doprowadzając częściej niż zwykle do reakcji wycofania oraz depresji, a nawet samobójstw.

Aby dokładniej zrozumieć patomechanizm objawów pęcherza nadreaktywnego po radykalnej prostatektomii, trzeba poznać zarówno niezwykle skomplikowaną anatomię miednicy mniejszej i jej biomechanikę oraz orientować się, jak wygląda i do czego doprowadza sam zabieg operacyjny. Na końcowy efekt operacji składa się wiele czynników, zależnych zarówno od chirurga-urologa, jak i samego pacjenta, a także m.in. otyłość, wcześniejsze schorzenia, cukrzyca, choroby neurologiczne, doświadczenie operatora itd.

Po usunięciu prostaty powstaje całkowicie nowa sytuacja anatomiczna. Najważniejsze struktury tej okolicy to mięsień zwieracz zewnętrzny cewki moczowej, szyja pęcherza moczowego, anastomoza pęcherzowo-cewkowa i ich wzajemny, nowy kąt nachylenia oraz brak wcześniejszej podpory (prostaty). Ze struktur mięśni dna miednicy najważniejszą rolę grają natomiast mięsień łonowo-guziczny (łac. *Musculus pubococcygeus*), podłużny mięsień odbytu, mięsień biodrowo-guziczny (łac. *Musculus iliococcygeus*) i mięsień łonowo-odbytniczy (łac. *Musculus puborectalis*). Wzajemna korelacja między powyższymi strukturami zostaje całkowicie zaburzona po operacji. W trakcie zabiegu przecięte zostają m.in. więzadła łonowo-sterczowe (łac. *Ligamen-*

tum puboprostaticum) i ważne powięzie (tzw. fasciae), które mają wpływ zarówno na tonus (napięcie) mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej (odpowiedzialnego za trzymanie moczu), jak i na szyję pęcherza moczowego. Nadmienić należy także naturalny proces starzenia się organizmu i zwiotczenia, utraty elastyczności struktur mięśniowo-włóknistych w obrębie miednicy mniejszej (degeneracja włókien kolagenowych).

Sytuację pacjenta może pogorszyć jeszcze opcja dodatkowego naświetlania (radioterapii) okolicy łożyska prostaty, która jest niekiedy konieczna. Radioterapia może dodatkowo wpłynąć negatywnie na wrażliwą tkankę pęcherza moczowego, ale i odbytnicy i sprężystej tkanki okolicy kroczonej, i mięśni dna miednicy.



Fot. #75519617 © Jovannig - Fotolia.com

Standard postępowania z pacjentem po radykalnej prostatektomii

Standardem postępowania z pacjentem po radykalnej prostatektomii jest na świecie stacjonarna, a następnie ambulatoryjna rehabilitacja urologiczna. Od niedawna multimodalna stacjonarna rehabilitacja urologiczna możliwa jest także w Polsce (Europejskie Centrum Kontynencji w Karpaczu).

Rehabilitacja urologiczna po radykalnej prostatektomii, powinna mieć miejsce optymalnie w ciągu dwóch pierwszych lat po zabiegu. Wtedy uzyskuje się najlepsze wyniki i zapewnia tym samym maksimum komfortu życia pacjentom, co jest szczególnie ważne dla tych, którzy np. wciąż pracują i są aktywni socjalnie.

Zanim pacjent rozpocznie rehabilitację urologiczną w wyspecjalizowanym ośrodku, musi przejść podstawową dia-

gnostykę i badanie wstępne, które obejmuje m.in. dokładny wywiad lekarski z analizą przebiegu leczenia, badanie fizykalne włącznie z badaniem per rectum oraz orientacyjnym badaniem neurologicznym, badaniem USG (z pełnym pęcherzem i pęcherzem po mikcji) oraz badaniem moczu i testem wkładkowym.

Rehabilitacja urologiczna w przypadku objawów nadreaktywnego pęcherza

Rehabilitacja urologiczna w przypadku objawów nadreaktywnego pęcherza, po radykalnej prostatektomii, obejmuje m.in.:

Terapię pierwszego rzutu, czyli leczenie nieoperacyjne, konserwatywne, które w większości przypadków jest skuteczne:

- trening pęcherza moczowego i trening zachowawczy;
- trening mięśni kroczywych/dna miednicy (bezprzrządowy - klasyczny, podstawowy i przyrządowy - zaawansowany, tzw. Projekt Andros);
- biofeedback (np. videoendoskopowy);
- odpowiednia dieta i ilość dostarczanych płynów;
- ewentualnie dodatkowo zewnętrzna elektrostymulacja.

Trening pęcherza moczowego obejmuje zajęcia teoretyczne i praktyczne. Pacjent otrzymuje podstawową i niezbędną wiedzę na temat fizjologii i anatomii układu moczowego oraz uczy się jak postępować w warunkach życia codziennego.

Trening mięśni kroczywych i mięśni dna miednicy odbywa się przy udziale lekarza oraz wyszkolonego fizjoterapeuty. Program treningu, zarówno klasycznego, jak i przyrządowego (Projekt Andros), ustalany jest indywidualnie i obejmuje szereg czynników, które muszą zostać wzięte pod uwagę, jak np.: stan pooperacyjny struktur miednicy (w badaniu przedmiotowym i USG), wiek pacjenta, mobilność, choroby współistniejące, otyłość, wydolność krążeniowo-oddechowa. Niezwykle istotnym elementem właściwego wykonywania ćwiczeń jest umiejętność prawidłowego oddychania podczas treningu, które nie jest dla pacjentów łatwe i dlatego wymaga ciągłej kontroli wykwalifikowanego personelu. Odpowiedni ruch, zgranie oddechu i aktywacja mięśniowa stanowią podstawę efektywnego treningu mięśni miednicy. Zasadniczą różnicą między treningiem klasycznym a przyrządowym jest skala napięć, jakie uzyskuje się podczas ćwiczeń. W treningu przyrządowym (Projekt Andros) mamy do czynienia z nawet czterokrotnie większą aktywnością mięśniową. Dlatego też niezwykle istotny jest indywidualny dobór rodzaju i natężenia programu dla każdego pacjenta. Wymaga to odpowiednio przeszkolonego zespołu, ale gwarantuje największą skuteczność terapii i daje pewność, że pacjent będzie prawidłowo kontynuował zalecenia w domu.

Niekiedy konieczne jest zastosowanie tzw. biofeedbacku, gdzie pacjenci, mający problem z prawidłową aktywacją mięśni, uczą się tego pod kontrolą wzroku. Najlepszym

rozwiązaniem jest tzw. TRUS-Biofeedback (przy użyciu USG) lub videoendoskopowy biofeedback (podczas uretrocystoskopii giętkiej).

Dieta po radykalnej prostatektomii powinna być lekkostrawna (szczególnie w pierwszych 6 miesiącach po zabiegu) i oparta na produktach bogatych w selen, chrom, koenzym Q. Ilość wypijanych płynów (niezależnie od posiłków) powinna wynosić minimum 2 litry dziennie. Często pacjenci popełniają błąd i piją zbyt mało, ponieważ cierpią na inkontynencję (nieutrzymanie moczu) i wzbraniają się od przyjmowania płynów. Duża ilość wypijanych płynów jest szczególnie istotna w pierwszym roku po zabiegu, aby unikać infekcji oraz zapobiegać powstawaniu „małego pęcherza”. Należy unikać spożywania substancji, które mogą drażnić pęcherz (duże ilości kawy, herbaty, nikotyna, suplementacja wysokimi dawkami witamin itd.). Z substancji godnych polecenia wspomnę chociażby wierzbownicę wąskolistną (*epilobium angustifolium*), aronię, żurawinę, pierzgę, brokoły, ostropest czy rozmaryn. Zewnętrzna elektrostymulacja znajduje zastosowanie rzadko, ale w niektórych przypadkach może być pomocna. Warunkiem jej stosowania jest właściwa diagnoza problemu oraz aplikacje o odpowiedniej częstotliwości przy kontroli doświadczanego fizjoterapeuty.

Farmakoterapia - leki skojarzone z leczeniem konserwatywnym

W przypadku terapii drugiego rzutu, głównie obejmuje to leki antycholinergiczne (np. fesoterodyna, oksybutynina, solifenacyna, tolterodyna itd.), które mogą być bardzo pomocne zarówno w leczeniu krótkotrwałym, jak i skojarzonym długofalowym. Jednak leczenie to wymaga dużej wiedzy od specjalisty i musi uwzględniać ich możliwe objawy niepożądane. Trzeba pamiętać o tym, iż najczęstszym powodem przerwania terapii lekami antycholinergicznymi są takie objawy jak obstypacje, suchość w ustach, wzdęcia czy zaburzenia widzenia.

W polskim systemie refundacyjnym brakuje preparatów farmakologicznych nowszej generacji, jak mirabegron, będący agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych, który uzyskał pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT z listopada 2014 r. we wskazaniu II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. Cierpią na tym głównie pacjenci, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zrezygnowali z farmakoterapii ze względu na zbyt dużą uciążliwość skutków ubocznych. W przypadku niepowodzenia terapii pierwszo- i drugorzutowej, wskazana jest dalsza diagnostyka (np. uretrocystoskopia, badanie urodynamiczne itd.) i leczenie bardziej inwazyjne (iniekcje botuliny A, neuromodulacja sakralna, wlewki dopęcherzowe), które odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach urologicznych i neurourologicznych.