

# Nokturia, nadreaktywność i ból - objawy czy zespół?

Joanna Kanabrocka



prof. Andrzej Borkowski

Mimo, iż rok 2005 już dawno za nami, warto na chwilę cofnąć się do roku ubiegłego. A wszystko to za sprawą grudniowego Seminarium Neurourologii. Było to już czwarte z kolei spotkanie poświęcone leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. Sympozjum zostało zorganizowane przez Klinikę Urologii AM w Warszawie i zgodnie z tradycją odbyło się w pierwszą sobotę grudnia. Patronat, jak co roku objęły Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jest bowiem problemem interdyscyplinarnym, z którym spotykają się urologi, neurologi, lekarze rodzinni oraz ginekolodzy.

Seminarium, podobnie jak poprzednie spotkania, cieszyło się ogromnym zainteresowaniem. Wśród prelegentów prowadzących poszczególne sesje znaleźli się wybitni polscy specjaliści z tej dziedziny, jak również zaproszeni goście ze znanych ośrodków zagranicznych. Nad całością spotkania przewodnictwo objął prof. Andrzej Borkowski oraz dr Piotr Radziszewski. Wszystkie wygłoszone wykłady koncentrowały się wokół problemu leczenia trzech objawów - nadreaktywności, bólu oraz nokturii.

Seminarium rozpoczęło się od krótkiego Sympozjum Satelitarnego, podczas którego prof. Tomasz Rechberger i dr Piotr Radziszewski dokonali podsumowania wyników ogólnopolskiego badania obserwacyjnego dotyczącego świadomości lekarzy oraz sposobu postępowania z pacjentkami z nietrzymaniem moczu.

Półrocznym badaniom obserwacyjnym została poddana duża grupa kobiet poszukujących pomocy lekarskiej z powodu nietrzymania moczu. Głównym celem badania było określenie bezpo-

średnich kosztów leczenia. Poza tym próbowano ocenić również wpływ nietrzymania moczu na jakość życia związaną ze stanem zdrowia, określić rodzaj i stopień nietrzymania moczu oraz opisać stosowane sposoby leczenia tego schorzenia. Ogromna większość kobiet z objawami NTM zwraca się ze swoim problemem do lekarzy pierwszego kontaktu. Ci jednak często ograniczają się tylko do wykonania podstawowych badań. Okazuje się, że aż 42% lekarzy ogólnych nie korzysta z konsultacji urologicznych, dlatego większość pacjentek pomimo długiego czasu trwania choroby nie jest leczona.

Wnioski z przeprowadzonych badań można podsumować w kilku punktach:

- \* wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszą postacią NTM - prawie połowa, bo aż 48% kobiet poddanych badaniu, cierpiało na wysiłkowe

nietrzymanie moczu, dużo mniej (11%) przypadków związane było z parciem nagłym, zaś 39% pacjentek cierpiało na mieszane nietrzymanie moczu;

- \* najczęstsze czynniki ryzyka nietrzymania moczu to przebyte porody oraz okres po menopauzie;

- \* brakuje standardów postępowania diagnostycznego i leczniczego.

Po przedstawieniu wniosków z badań przyszedł czas na całą serię wykładów zgłębiających problem nietrzymania moczu. Jako pierwszy głos zabrał brytyjski specjalista - Michael Craggs. Jego wystąpienie pozwoliło bliżej poznać problematykę patofizjologii dolnych dróg moczowych. W swoich rozważaniach nie poprzestął on jedynie na badaniu objawów, ale starał się zbadać ten problem jak najgłębiej i dotrzeć do samego źródła jego powstania. Według niego wiele symptomów związanych z problemami dolnych dróg moczowych, jak na przykład nokturia, nadreaktywność i ból ma swoje początki w ośrodkowym układzie nerwowym. To właśnie w mózgu dochodzi do zaburzeń czuciowych, zaś skutki tego zauważamy w pęcherzu. Takie zaburzenie może doprowadzić do nadreaktywności krzyżowych odruchów, nieskoordynowanych funkcji pęcherza i zwieraczy przez centrum mikcji w móście oraz nieprawidłowych procesów w mózgu. Patologia związana z czuciowym zaburzeniem pęcherza, jak na przykład w przypadku śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego, infekcji dróg moczowych, przeszkody podpęcherzowej czy zaburzeń neurogennych może wywołać zakłócenie normalnej funkcji oddawania moczu i nieprawidłowych reakcji receptorów czuciowych leżących w tkankach dróg moczowych.



od lewej: prof. Mariusz Majewski, dr Piotr Radziszewski



prof. Emanuel Chartier-Kastler (Paryż, Francja)

Wypełnienie pęcherza i skład moczów mogą zaburzać sygnały wysłane do centralnego systemu nerwowego, prawdopodobnie wywołującego zmiany funkcji nerwowych w podwzgórzu oraz zmianę wydzielania hormonów podwzgórza i przysadki, jak również powodując zaburzenie zwieracza cewki moczowej i objawy opisane powyżej. Cała prezentacja zmierzała do postawienia tezy, iż badając patofizjologię dolnych dróg moczowych powinniśmy wziąć pod uwagę nie tylko czynności dolnych dróg, lecz musimy spojrzeć na ten problem znacznie szerzej.

Kolejny wykład dotyczył podstaw farmakoterapii dolnych dróg moczowych. Prof. Christopher Chapple tłumaczył, że system czuciowy jest istotny w nadreaktywności pęcherza, ale czy dzieje się tak z powodu nakładania się na siebie pęcherza nadreaktywnego i śródmiąższowego zapalenia pęcherza nadal pozostaje niezbadane. W naszej wiedzy na ten temat ciągle istnieje bardzo dużo luk dotyczących tych wewnętrznych relacji. Chapple podkreślił również, że leki przeciwmuskulacyjne dają efekty w leczeniu nadreaktywności pęcherza, pomimo ich dobrze znanych efektów ubocznych. Istnieją różnice skuteczności i tolerancji między różnymi lekami, bardzo ważne jest miareczkowanie dawki. W przypadkach oporności na leki lub przeciwwskazań do ich stosowania toksyna botulinowa stanowi leczenie z wyboru w terapii pęcherza nadreaktywnego. W przyszłości będziemy mogli spodziewać się nowych leków sprawujących kontrolę nad pęcherzem poprzez oddziaływanie na system nerwowy.

W drugiej sesji głos zabrało aż sześciu uczonych. Podczas trzech pierwszych wykładów starano się znaleźć odpowiedź na pytanie „jak leczyć?": pęcherz nadreaktywny, zapalenie śródmiąższowe pęcherza oraz nokturie.

Problemiowi leczenia OAB (pęcherza nadreaktywnego) uwagę poświęcił prof. David Castro. Zauważył on, iż w leczeniu tego schorzenia obecnie najczęściej stosuje się leki hamujące czynność skurczową pęcherza moczowego, tzw. leki antycholinergiczne. Są one stosowane już od 30 lat, lecz pomimo swej niewątpliwej skuteczności mają silne objawy uboczne. Inne sposoby leczenia OAB to: podawane lokalnie (dopochwowo) preparaty estrogenowe, substancje działające na ośrodkowy układ serotonergiczny, substancje wpływające na drogi przewodzenia dopaminergicznego oraz neurotoksy-

ny. W sytuacji, kiedy te metody leczenia nie przyniosą spodziewanego efektu, należy rozważyć zastosowanie bardziej inwazyjnego leczenia - leczenia operacyjnego. Chirurgiczne leczenie pęcherza nadreaktywnego stosuje się zwłaszcza u pacjentów z ciężkim neurogennym uszkodzeniem dolnych dróg moczowych oraz u osób z zagrożeniem uszkodzenia górnych dróg moczowych.

Wykład na temat diagnozowania i leczenia IC, czyli bolesnego zapalenia śródmiąższowego pęcherza, wygłosił belgijski urolog - prof. Jean-Jacques Wyndeale. Definicja IC jest

bardzo niejasna. Zapalenie śródmiąższowe pęcherza rozpoznaje się po wykluczeniu innych czynników mogących wywołać podobne objawy oraz po spełnieniu szeregu pewnych kryteriów. Wykluczenie innych przyczyn jest ważne, ponieważ istnieje długa lista możliwości innych powodów bolesnego pęcherza. Leczenie IC zazwyczaj wymaga zastosowania różnych leków w celu zlikwidowania różnych symptomów. Urologowie powinni być wyczuleni na schorzenia towarzyszące IC m.in. alergię, zapalenie jelit, chroniczne zmęczenie itp. Wyndeale podkreślił fakt, iż pacjenci z IC potrzebują dużego wsparcia i doradztwa. I tutaj bardzo ważną rolę mogą odegrać grupy wsparcia pacjentów. Sami pacjenci mogą zrobić dużo, np. zmniejszyć stres, czy dopasować dietę. Ponowna ocena jest wskazana po kilku latach, by sprawdzić czy pierwotna diagnoza była prawidłowa oraz czy można było znaleźć inne symptomy. Belgijski specjalista stwierdził, iż IC to raczej nadwrażliwość niż nadreaktywność pęcherza, chociaż niektórzy pacjenci mogą mieć obie.

Christopher Chapple opisał nokturie jako bardzo powszechny i kłopotliwy stan, który jest główną przyczyną zachorowalności, a nawet śmiertelności (ze względu na wysokie ryzyko niebezpiecznych złamań i upadków, które mogą zdarzyć się zwłaszcza osobom w podeszłym wieku podczas nocnych wędrowek do łazienki). „Zła jakość” snu ma negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia, ponadto zwiększa również prawdopodobieństwo depresji.

Długość pory nocnej może mieć wpływ na OAB, IC, czy nagłące nietrzymanie moczu. Nokturia powinna być więc rozpatrywana w warunkach patofizjologicznych przyczyn ogólnie w ciele, jak również określonych zaburzeń związanych z pęcherzem.

Kolejne dwa wykłady dotyczyły zastosowania neuromodulacji. Neuromodulację jako sposób leczenia pacjentów z OAB omówił prof. Emanuel Chartier-Kastler, zaś problem leczenia osób z IC poruszył prof. Jerzy Gajewski. Chociaż neuromodulacja nie jest głównym sposobem leczenia, to mimo wszystko ma ona swoje miejsce w leczeniu tego typu zaburzeń. Ujemną stroną stanowi jednak stosunkowo wysoki koszt leczenia oraz trudna dostępność (w wielu krajach, w tym w Polsce, z uwagi na brak refundacji przez państwo nie ma możliwości poddania się takiemu leczeniu). Prof. Mariusz Majewski i dr Piotr Radziszewski przedstawili wyniki badań histopatologicznych, które mają świadczyć o wspólnym, neurogennym podłożu omawianych objawów. W przypadku zarówno nadreaktywności pęcherza jak i zapalenia śródmiąższowego pęcherza dochodzi bowiem do zmian w unerwieniu pęcherza. Na chwilę obecną nie umiemy jeszcze wykorzystać w pełni tej wiedzy, ale może ona stanowić podstawę do opracowania nowych sposobów leczenia nadreaktywności oraz bólu pęcherza.

Podczas popołudniowej sesji odbyła się dyskusja okrągłego stołu z udziałem znakomitych zagranicznych i polskich ekspertów, w trakcie której poruszono rozmaite zagadnienia dotyczące standardów leczenia pacjentów z objawami nadreaktywności, bólu oraz nokturii. Oto niektóre spośród wielu pojawiających się pytań: Czy OAB, ból i nokturia są objawami szerszego zespołu? Czy poziom hormonów jest odpowiedzialny za objawy pęcherza nadreaktywnego? Czy hormony płciowe mają wpływ na działanie dróg moczowych? Czy neuropatologia jest nowym narzędziem diagnostycznym dla obranego za cel leczenia? Mimo tego, że zdania dysputantów na różne tematy były czasami podzielone to połączyła ich jedna wspólna myśl - wszyscy zgodzili się z tym, że w dziedzinie neurourologii konieczna jest dużo większa liczba badań. ■



prof. Christopher Chapple (Sheffield, UK)