

# OAB: Od diagnostyki po właściwą ścieżkę terapeutyczną

Violetta Madeja

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) to schorzenie, które dotyka pacjentów w każdym wieku. Choczą, których rytm życia wyznaczają kolejne wizyty w toalecie, a aktywność ograniczona jest do miejsc z dostępem do sanitariatów, powinni mieć zapewnioną nie tylko kompleksową diagnozę swojego problemu, ale przede wszystkim właściwie dobrane i stopniowane w zależności od nasilenia objawów postępowanie terapeutyczno-rehabilitacyjne.

Ekspertki przypominają, że podstawą rozpoczęcia jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej powinna być właściwie postawiona diagnoza. – *Pierwszym krokiem jest postawienie prawidłowej diagnozy, ponieważ nie każdy częstomocz oznacza od razu zespół pęcherza nadaktywnego. Na nadaktywność pęcherza składają się bowiem takie objawy jak wspomniany częstomocz, ale też obecność parć naglających oraz nokturii, czyli konieczności skorzystania z toalety w nocy więcej niż dwa razy* – podkreśla Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka z doświadczeniem w pracy z pacjentami urologicznymi i ginekologicznymi, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

## Jakie badania zleci lekarz POZ?

Potwierdza to lekarz rodzinna Honorata Błaszczuk, która wskazuje, że podstawowym elementem procesu diagnostycznego w gabinecie lekarza POZ powinien być wnikliwy wywiad z pacjentem oraz zlecenie mu kilku badań z katalogu dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. – *U pacjenta, u którego podejrzewamy zespół pęcherza nadreaktywnego, zaczynamy od badań podstawowych, pozwalających nam na wykluczenie potencjalnych innych przyczyn występowania dolegliwości. Rozpoczynamy zatem od badania przedmiotowego. Dodatkowo, każdemu pacjentowi z problemami urologicznymi zlecam wykonanie badania ogólnego moczu, a w przypadku, gdy istnieje dalsza potrzeba diagnozowania, tj. kiedy podejrzewam zakażenie układu moczowego, rozszerzam katalog badań o badanie bakteriologiczne* – tłumaczy Honorata Błaszczuk.

W sytuacji, gdy w podstawowych badaniach stwierdzone zostaną inne nieprawidłowości, takie jak np. krwinkomocz, wówczas konieczne może okazać się zlecenie kolejnych badań, tj. USG układu moczowego, pozwalającego lekarzom wykluczyć inne przyczyny, zarówno anatomiczne, jak i patologiczne, które mogą przyczyniać się do wystąpienia niepokojących objawów.

– *Do takich dolegliwości należą chociażby kamica pęcherza moczowego, ale również schorzenia nowotworowe. Dodatkowo, u mężczyźni zgłaszających objawy mogące sugerować OAB*

*proszę o wykonanie w badaniu USG oceny gruczołu krokowego, tak aby wykluczyć, że stanowi on przeszkodę podpęcherzową* – mówi Honorata Błaszczuk i dodaje: – *W panelu badań dodatkowych, które zlecam pacjentom z nietrzymaniem moczu, w tym również z OAB, jest badanie USG układu moczowego z oceną zalegania moczu po mikcji.*

Na czym polega to badanie? Pacjent powinien zgłosić się na nie z wypełnionym pęcherzem, a następnie po pierwszym USG oddać mocz i poddać się kolejnemu badaniu USG, które pozwoli ocenić, jakie jest zaleganie moczu po mikcji. Pomocnym w diagnostyce OAB na poziomie POZ jest również wynik konsultacji ginekologicznej lub badań pozwalających na ocenę wyrównania cukrzycy lub przewlekłej choroby nerek.

– *To wszystko, czyli pogłębiony wywiad i wstępne badania diagnostyczne możliwe do zlecenia w POZ, może służyć jako podstawa do zainicjowania leczenia pęcherza nadreaktywnego. Rozmawiam zatem z pacjentami o zmianie nawyków, terapii behawioralnej, a następnie przechodzę do złotego standardu, jakim w OAB jest farmakoterapia. Mam świadomość, że pacjenci w miarę szybko chcą odczuć poprawę swojego stanu, stąd też często podejmuję równoległą decyzję o rozpoczęciu farmakoterapii razem z terapią behawioralną* – tłumaczy lekarka.

## Pomoc z gabinetu fizjoterapeuty

Ważnym elementem terapii OAB jest terapia nieinwazyjna, opierająca się na terapii behawioralnej i fizjoterapii.

– *Istotnym dla pacjenta powinno być to, by jego lekarz prowadzący zdawał sobie sprawę z wagi rehabilitacji w procesie leczenia oraz by fizjoterapeuta, do którego trafia pacjent z OAB, był wyszkolony w prowadzeniu pacjentów z taką diagnozą. Badania wykazują, że aktualnie najskuteczniejszą formą leczenia nadaktywności pęcherza jest połączenie fizjoterapii i farmakoterapii, która jest leczeniem II rzutu, zaraz po terapii zachowawczej. Zatem lekarz specjalista powinien zacząć od zalecenia pacjentowi, aby ten skontaktował się z fizjoterapeutą urologicznym oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, wypisał receptę na odpowiednie leki* – wskazuje Kinga Religa-Popiołek.

Dodaje, że właściwie rozpoczęty proces fizjoterapii powinien obejmować wywiad z pacjentem i wnikliwe zapoznanie się z nawykami toaletowymi, które prezentuje pacjent. Dopiero tak rozpoczęty proces terapeutyczny daje podstawy do właściwie prowadzonej rehabilitacji.

– *Skuteczność fizjoterapii w leczeniu nadaktywności pęcherza uzależniona jest m.in. od zaangażowania przede wszystkim pacjenta, ponieważ z doświadczenia wiem, że zmiana nawyków jest elementem najtrudniejszym. Największy sukces z zastosowania fizjoterapii osiągają pacjenci w wieku młodym*

i średnim oraz ci, którzy np. nie mają chorób współistniejących. Niestety, fizjoterapia najmniejsze efekty będzie przynosić u pacjentów obciążonych np. cukrzycą, czy też otyłością. Zaawansowany wiek pacjenta również może wpływać na zmniejszenie efektów rehabilitacji, choćby ze względu na trudności w komunikacji - przyznaje Kinga Religa-Popiołek.

### Kiedy trening pęcherza, a kiedy mięśni dna miednicy?

Co więcej, w zależności od typu problemu fizjoterapeuta będzie dobierał pacjentom formę terapii. Jak podkreśla Kinga Religa-Popiołek, wyjściową formą jest trening pęcherza poprzez ustalenie konkretnych pór mikcji. Zdarzają się jednak pacjenci, u których dochodzi do epizodów nietrzymania moczu (tzw. mokre OAB), co świadczyć może o niewydolności dna miednicy. W takich sytuacjach, zdaniem Kingi Religi-Popiołek, nieodzownym staje się badanie przez fizjoterapeutę, pozwalające ustalić, czy dysfunkcja wynika z osłabienia, czy też nadmiernego napięcia mięśni dna miednicy.

- Jeżeli problemem jest osłabienie, należy wdrożyć odpowiedni trening dna miednicy zlecony przez fizjoterapeutę i nie ćwiczyć na podstawie filmików z Internetu, jeśli nigdy wcześniej nie miało się do czynienia ze wzmacnianiem tych mięśni. A jeśli problemem jest nadmierne napięcie, wtedy pierwszym krokiem jest wprowadzenie metod rozluźniających i ewentualnie w drugiej kolejności trening wzmacniający. Zatem fizjoterapia powinna być wdrażana na każdym etapie leczenia OAB, jednak nie wszystkie metody, takie jak np. trening mięśni dna miednicy, będą odpowiednie dla danego pacjenta - ocenia fizjoterapeutka.

### Gdy problemu nie da się opanować w POZ

Honorata Błaszczuk przyznaje jednak, że nie zawsze diagnostyka na poziomie POZ, czy też podjęta farmakoterapia przynosi pożądaną efekt. W takich przypadkach pacjenci powinni być kierowani do poradni specjalistycznych. - Pogłębionej diagnostyki ambulatoryjnej z pewnością potrzebują pacjenci, w przypadku których istnieją wątpliwości co do rozpoznania lub objawy są u nich mocno nasilone. Tych pacjentów staram się kierować do lekarzy specjalistów - urologów lub ginekologów, którzy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogą skierować je na badanie urodynamiczne - wskazuje lekarka rodzinna. Przyznaje również, że zdarza jej się kierować do specjalistów tych pacjentów, u których rozpoczęte leczenie w ramach POZ nie przyniosło efektów klinicznych. - Jeżeli nie ma poprawy, nie staram się zatrzymywać pacjenta na etapie leczenia w POZ, tylko kieruję go do AOS, gdzie może dalej diagnozować się i leczyć pod okiem lekarza urologa lub ginekologa - mówi Honorata Błaszczuk.

### Warto być przygotowanym na wizytę u specjalisty

Jak podkreślają sami pacjenci, ogromnym problemem jest to, że OAB jest nadal traktowany po macoszemu i wielu

lekarzy nie zwraca uwagi na tę wstydlivą, zdaniem wielu, przypadłość. - Zdarza się niestety, że nawet wśród lekarzy świadomość częstotliwości tej choroby bywa niska. Lekarze pierwszego kontaktu, a nawet ginekolodzy czy urolodzy, nie pytają o te dolegliwości. A pacjentka sama z siebie raczej o nich nie mówi, bo albo się krępuje, albo uważa, że skoro lekarz nie pyta, to widocznie nie jest to nic ważnego - wskazuje Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jednocześnie dodaje, że zespół pęcherza nadreaktywnego można nie tylko właściwie zabezpieczyć środkami chłonnymi, ale również skutecznie leczyć. Dlatego kluczowym jest postawienie właściwej diagnozy i stopniowe wdrażanie kolejnych etapów terapii - tak, by pacjentki nie były bezpodstawnie kierowane na zabieg zakładania taśm, bo ta terapia jest akurat w pełni refundowana.

- Trzeba jedynie przełamać strach i poszukać wiarygodnej wiedzy w Internecie. Jest tam coraz więcej informacji o nietrzymaniu moczu i sposobach postępowania z nim. Warto się wyedukować, zanim trafimy do specjalisty - zachęca Anna Sarbak i poleca zajrzeć do bezpłatnej publikacji „Poradnik dla pacjenta z pęcherzem nadaktywnym” dostępnej na stronie Stowarzyszenia „UroConti”. Jest to niezwykle ważne, gdyż dopiero w przypadku niepowodzenia leczenia farmakologicznego lekarze powinni rozważyć zasadność skorzystania z terapii toksyną botulinową lub refundowaną od niedawna neuromodulacji nerwów krzyżowych.

### Brakujący element terapeutycznej układanki

Pacjenci podkreślają również, że starają się samodzielnie inicjować zajęcia związane z fizjoterapią urologiczną. Anna Goch, wiceprezes oddziału lubelskiego „UroConti” i jednocześnie pełniąca obowiązki przewodniczącej Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia, wskazuje, że potrzeby pacjentów w tym obszarze są bardzo duże. Niestety, trwająca pandemia koronawirusa skutecznie sparaliżowała uruchomienie zajęć dla pacjentów zmagających się z OAB.

To jednak nie jedyna rzecz, o którą zabiegają chorzy. Ich zdaniem brakującym elementem prawidłowej ścieżki terapeutycznej jest brak refundacji dla leku stanowiącego drugą linię leczenia farmakologicznego.

- Niestety, w zespole pęcherza nadreaktywnego, lista leków refundowanych praktycznie nie zmieniła się od początku jej istnienia, czyli od 2011 roku. W pierwszej linii leczenia nadal mamy dostęp jedynie do dwóch substancji czynnych o tym samym mechanizmie działania: solifenacyny i tolterodyny, natomiast drugiej linii refundacji nadal nie mamy - przyznaje Anna Goch i rozgoryczona dodaje, że pacjenci obchodzili właśnie drugą rocznicę wydania drugiej już pozytywnej rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dla mirabegronu, leku będącego jedyną opcją terapeutyczną dla pacjentów w II linii leczenia OAB. - Brak rozstrzygnięcia sprawia, że Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, który go nie refunduje - podsumowuje Anna Goch.