

ZALECENIA ICI DOTYCZĄCE ROZPOZNAWANIA I POSTĘPOWANIA W NIETRZYMIANIU MOCZU U PACJENTÓW Z WYBRANYMI SCHORZENIAMI ÓŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO – CZ. I

Otępienie

DR BARTOSZ DYBOWSKI, DOC. PIOTR RADZISZEWSKI

KATEDRA I KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ I CZYNNOŚCIOWEJ WUM
W WARSZAWIE

Epidemiologia i chorobowość

Nietrzymanie moczu (NTM) jest tradycyjnie związane ze stanem psychicznym pacjenta i otępieniem, nawet jeśli współistnieją neurogenne zaburzenia czynności pęcherza. Etiopatogeneza nietrzymania moczu związanego z otępieniem jest wieloczynnikowa i może łączyć się ze zmianami, zarówno w ośrodkowym układzie nerwowym, jak i na obwodzie. Ustalenie częstości występowania NTM związanego z otępieniem jest problematyczne, z powodu trudności w różnicowaniu między nietrzymaniem moczu spowodowanym otępieniem, a nietrzymaniem spowodowanym zmianami pęcherza powiązanymi ze starzeniem się lub z innymi, współistniejącymi zaburzeniami. Prawdziwa częstość występowania nietrzymania moczu, które jest wynikiem otępienia, jest nieznaną. Ouslander i wsp. stwierdzili, że wystąpienie dziennego nietrzymania moczu ma związek z płcią męską, rozpoznaniem otępienia, nietrzymaniem stolca i niezdolnością do samodzielnego przemieszczania się.

Horimoto i wsp. (2003) określili na 97% częstość występowania nietrzymania moczu u pacjentów z otępieniem, z ciałkami Lewy'ego. Toba i wsp. (1996) wykazali natomiast, że najczęstszym typem nietrzymania moczu w populacji osób starszych, jest czynnościowe nietrzymanie moczu u pacjentów, którzy z przyczyn psychicznych lub fizycznych nie są w stanie dojść do toalety bez pomocy (21,5%). Czynnościowe nietrzymanie moczu rozpoznano u 38,1% chorych w szpitalach geriatrycznych i tylko u 3,9% pacjentów w oddziałach niegeriatrycznych. U chorych z otępieniem, nietrzymanie moczu stwierdzano u 88,7% z nich, podczas gdy u osób bez otępienia odsetek ten był znacznie niższy (51,5%).



Campbell i wsp. (1997) wykazali, że występowanie nietrzymania moczu jest bardziej prawdopodobne u chorych z otępieniem, niż u osób zdrowych psychicznie. U większości osób z nietrzymaniem moczu powyżej 80 r. ż., schorzenie to było związane z występowaniem zaburzeń orientacji lub z kilkoma różnymi zaburzeniami.

Leung i wsp. (1997) określili, że stosunek mężczyzn do kobiet z nietrzymaniem moczu związanym z otępieniem wynosi 1:15, natomiast Thom i wsp. (1997) wykazali, że ryzyko hospitalizacji było większe o 30%, po rozpoznaniu nietrzymania moczu w przypadku kobiet i o 50% większe w przypadku mężczyzn - po wprowadzeniu poprawek dla wieku, grupy pacjentów i chorób towarzyszących. Skorygowany współczynnik ryzyka wskazywał, że prawdopodobieństwo przyjęcia do domu opieki jest 2 razy większe w odniesieniu do kobiet z nietrzymaniem moczu i 3,2 razy większe w odniesieniu do mężczyzn z NTM.

Patologia i swoiste dla choroby objawy, ze strony dolnych dróg moczowych

Sakakibara i wsp. (1999) wykazali, że za zaburzenia mikcji u pacjentów po udarze mózgu, odpowiedzialny jest zakręt czołowy środkowy.

Griffiths (1998) w badaniach z zastosowaniem tomografii emisji pozytonów stwierdził, że funkcje poznawcze były nieco bardziej upośledzone u pacjentów z prawdziwym wysiłkowym nietrzymaniem moczu, ale najsilniejszą i najbardziej swoistą zależność wykazał dla zaburzeń orientacji w czasie. Występowanie prawdziwego wysiłkowego nietrzymania moczu i osłabienia uczucia napełniania pęcherza, wiązało się z uogólnionym zmniejszeniem przepływu krwi w korze mózgu, a zwłaszcza z osłabieniem perfuzji obszarów czołowych mózgu, szczególnie po stronie prawej. Jirovec i wsp. (1990) stwierdzili, że osoby z nietrzymaniem moczu różnią się istotnie od osób bez nietrzymania moczu, zdolnościami poznawczymi i przemieszczania się. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że najsilniejszym predyktorem NTM jest brak zdolności samodzielnego przemieszczania się, a następnym uszkodzenie funkcji poznawczych.

W badaniu przeprowadzonym przez Resnicka i wsp. (1989), którym objęto 245 starszych osób z nietrzymaniem moczu, przebywających w zakładach opieki, na podstawie badań urodynamicznych wykonanych u 94 z nich stwierdzono, że nadreaktywność wypieracza była główną przyczyną u 61%. Połowię z pacjentów towarzyszyło upośledzenie kurczliwości wypieracza. Innymi przyczynami wśród kobiet było wysiłkowe nietrzymanie moczu (21%), osłabienie kurczliwości wypieracza (8%) i przeszkoda podpęcherzowa (4%). W stosunkowo małej grupie mężczyzn przeszkodę podpęcherzową rozpoznano u 29% chorych. Yoshimura i wsp. (1991) określili, że częstość występowania nadreaktywności wypieracza sięgająca 47%, koreluje z częstością występowania otępienia.

Kontynuacja artykułu w kolejnym numerze Kwartalnika NTM

W oparciu o *Incontinence*, red P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein. Health Publications LTD 2005. J. J. Wyndaele, D. Castro, H. Madersbacher, E. Chartier-Castler, Y. Ygawa, A. Kovidha, P. Radziszewski, A. Stone, P. Wiesel. *Neurologic urinary and faecal incontinence*. 1059-1162