

Przyczyny NTM

Dr n. med. Anna Pawlaczyk

Ginekolog - położnik, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Gdańsku

Nietrzymanie moczu nie może być traktowane jako jednostka chorobowa, ponieważ do rozwoju tej dolegliwości nie prowadzi ściśle określony czynnik etiologiczny. Jest to objaw, który pojawia się w wyniku działania wielu czynników ryzyka. Zapobieganie wystąpienia nietrzymania moczu powinno obejmować umiejętność rozpoznania tych czynników i w miarę możliwości ich wyeliminowanie. Czynniki te sklasyfikowano na predysponujące, promujące oraz związane z urazem tkanek otaczających.

Czynniki predysponujące

- Rasa. Badania analizujące występowanie NTM w populacjach różnych ras wykazały, że u kobiet rasy czarnej, hiszpańskiej

i azjatyckiej objaw ten spotykany jest rzadziej w porównaniu do populacji kobiet rasy białej. Predyspozycja wśród przedstawicieli rasy białej związana jest z bardziej delikatną budową anatomiczną krocza, które jest bardziej narażone na urazy niż u kobiet innych ras.

- Rodzinne występowanie. Badanie EPINCONT potwierdza wpływ czynników genetycznych na występowanie nietrzymania moczu. Jeśli kobieta ma matkę i/lub starszą siostrę obciążoną tą przykrą dolegliwością, to ryzyko rozwoju nietrzymania moczu u tej pacjentki jest trzykrotnie podwyższone.

- Wady anatomiczne. Wrodzone wady budowy anatomicznej dolnego odcinka układu moczowego (np. śródrzeczowe lub pozazwierzaczowe ujście moczowodu

ektopicznego nerki podwójnej powodujące moczenie moczowodowe) lub też nabyte w postaci przetoki cewkowo - pochwowej, pęcherzowo - pochwowej, moczowodowo - pochwowej, czy pęcherzowo - macicznej związane są z różnego stopnia niekontrolowanym wyciekaniem moczu.

- Zaburzenia układu nerwowego. Schorzenia neurologiczne wrodzone (np. rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowa - rdzeniowa) lub nabyte (np. urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego, urazy mózgu w wyniku wypadku komunikacyjnego, krwawienia do centralnego układu nerwowego, zawały, nowotwory mózgu, zmiany degeneracyjne, dyskopatie, zespół Guillain - Barré, zapalenie rdzenia poprzeczne, choroba Lyme, zakażenie wirusem Herpes zoster poliomyelitis, neuropatia obwodowa w przebiegu cukrzycy, urazy splotu miedniczego w następstwie operacji w obrębie miednicy mniejszej (np. po usunięciu macicy, po brzuszno-kroczeniowym odjęciu odczynicy)), mogą prowadzić do zaburzeń funkcji oddawania (dysynergizm wypieraczowo-zwierzaczowy, niedoczynność wypieracza) i gromadzenia moczu w postaci pęcherza nadreaktywnego lub wysiłkowego nietrzymania moczu.

Czynniki promujące

- Przyjmowanie niektórych leków. Zastosowanie blokerów receptora alfa adrenergicznego w leczeniu nadciśnienia tętniczego może prowadzić do osłabienia funkcji aparatu zwieraczowego cewki, a tym samym do klinicznej manifestacji wysiłkowego nietrzymania moczu. Leki antycholinergiczne starszych generacji (np. oksybutynina) stosowane w leczeniu nadreaktywności pęcherza, mogą prowadzić do zalegania moczu, a w skrajnych przypadkach nietrzymania moczu z przepełnienia. Objawy niepożądane leków moczopędnych - częstomocz, parcia naglące - mogą imitować obraz kliniczny nadreaktywności pęcherza. Działanie uboczne inhibitorów acetylocholinerazy (uporczywy kaszel) może skutkować rozwojem wysiłkowego nietrzymania moczu.

- Menopauza. Nabłonek dolnego odcinka układu moczowego posiada receptory dla





estrogenów. W razie spadku poziomu estrogenów metabolizm tych tkanek ulega spowolnieniu, co prowadzi do zmian atroficznych i związanych z tym objawów klinicznych - między innymi NTM.

- Zaburzenia procesów poznawczych. Liczne badania przeprowadzone w domach opieki wykazały, że pacjenci obciążeni demencją nie są w stanie świadomie kontrolować czynności gromadzenia i opróżniania pęcherza. Dodatkowo fizyczne inwalidztwo często utrudnia dotarcie do toalety na czas. Jest to tzw. czynnościowe NTM

- Zakażenie układu moczowego. Przez długi okres czasu nawracające infekcje w układzie moczowym były uznawane jako czynnik sprzyjający rozwojowi nietrzymania moczu, jednakże wpływ ten pozostaje kontrowersyjny. Niewątpliwie ostre zapalenie pęcherza, powodując podrażnienie jego ściany, może objawiać się także bolesnym nietrzymaniem moczu z parcia.

- Zwiększone ciśnienie śródbrzuszne. Badania wykazały znamienne częstsze występowanie NTM u młodych nieródek zawodowo lub rekreacyjnie wykonujących ćwiczenia fizyczne powodujące zwiększanie ciśnienia w jamie brzusznej (np. podnoszenie ciężarów), w porównaniu do prowadzących siedzący tryb życia.

- Otyłość. Jest to udowodniony czynnik ryzyka rozwoju nietrzymania moczu, szczególnie typu wysiłkowego. Dodatkowy ciężar powłok brzusznych zwiększa ciśnienie śródbrzuszne i wewnątrzpęcherzowe, oraz obciąża przeponę miednicy powodując rozciąganie i osłabienie mięśni i struktur łącznotkankowych dna miednicy. Otyłe pacjentki 4,2 - krotnie częściej zapadają na wysiłkowe nietrzymanie i 2,2 krotnie częściej na nadreaktywność wypieracza. Utrata masy ciała u tych pacjentek powoduje

zmniejszenie dolegliwości z 62% do 12% badanej populacji otyłych.

- Choroby współistniejące takie jak cukrzyca, niewydolność krążenia, nabyta wada serca mogą osłabić mechanizmy gwarantujące prawidłową czynność gromadzenia moczu. Choroby płuc związane z przewlekłym kaszlem, który raptownie zwiększa ciśnienie śródbrzuszne, są uznanym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu. Podobna zależność występuje u pacjentek palaczek, u których oprócz nagłych znaczących wzrostów ciśnienia wewnątrzpęcherzowego w trakcie kaszlu, zaznacza się również antyestrogenowy wpływ nikotyny. Zaparcia nawykowe, poprzez wpływ obciążający mas kałowych na dno miednicy, z uszkodzeniem nerwu sromowego lub bez, prowadzą do niewydolności przepony miednicy i wysiłkowego NTM.

- Wiek jest w wielu badaniach udowodnionym czynnikiem ryzyka - częstość występowania nietrzymania moczu zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta. Wraz z nim zmniejsza się pojemność pęcherza oraz postępują zmiany degeneracyjne tkanek budujących przeponę miednicy. Wraz z wiekiem częściej występują cukrzyca, niewydolność krążenia i demencja.

Urazy tkanek otaczających

Ciąża, poród i rodność u kobiet są często wymieniane jako czynnik ryzyka nietrzymania moczu. Jest to objaw dość powszechny u ciężarnych, częstość występowania szacuje się na 80- 85%. Czynnikiem sprawczym może być nadmierne obciążenie dna miednicy przez ciężarną macicę. Wystąpienie nietrzymania podczas ciąży jest czynni-

kiem ryzyka rozwoju tej dolegliwości w późniejszym okresie życia.

W wielu doniesieniach podkreśla się fakt odbycia porodu drogą pochwową jako czynnik uszkadzający struktury i unerwienie dna miednicy. W świetle teorii integralnej Petrosa i Ulmstena tak powstały defekt anatomiczny może powodować wysiłkowe nietrzymanie moczu jak również nadreaktywność pęcherza. Nacięcie krocza i operacje położnicze w porodzie drogą pochwową (próżniociąg) zwiększają ryzyko rozwoju nietrzymania 1,5 - krotnie w porównaniu z porodem fizjologicznym bez nacięcia, natomiast 3,1 - krotnie w porównaniu z rodzącymi drogą brzuszną. Waga urodzeniowa noworodka powyżej 4000g może predysponować do wystąpienia tego objawu. Powstanie przetoki pęcherzowo - pochwowej na skutek urazu położniczego jest rzadką obecnie w Europie USA ale nadal częstą w Afryce przyczyną nietrzymania moczu typu pozacewkowego. Nietrzymanie moczu jest bardziej powszechne u kobiet, które odbyły cztery i więcej porodów drogą pochwową. Badania przeprowadzone w Australii wykazały istotny związek pomiędzy rodnością w grupie kobiet młodych i wystąpieniem nietrzymania moczu. Czynniki takie jak operacje w miednicy małej - usunięcie macicy, operacje pochwowe, radioterapia - mogą prowadzić do uszkodzenia unerwienia i struktur anatomicznych dolnego odcinka dróg moczowych, co może objawiać się zaburzeniami gromadzenia i opróżniania pęcherza moczowego. ■

