

► czowych, stanowią naprawdę niewielki odsetek leczonych. Oczywiście z punktu widzenia pacjentki, każde schorzenie jest dla niej najważniejsze, ale dane epidemiologiczne, aczkolwiek fragmentaryczne, stanowią jak wyżej. Jest to jednocześnie dziedzina naszej aktywności, w której w ciągu ostatnich lat dokonał się największy postęp i dokonuje się on w dalszym ciągu na naszych oczach, co powoduje konieczność nieustannego doskonalenia umiejętności i powiększania zasobu wiedzy w tej dziedzinie.

- Jak Pan Profesor ocenia umiejętności lekarzy ginekologów i urologów w zakresie leczenia NTM? Co można zrobić aby je jeszcze poprawić?

- Należy tutaj rozgraniczyć dwie rzeczy - wiedzę i umiejętności praktyczne. Te ostatnie są bezlitośnie weryfikowane przez wyniki leczenia. Uroginiekologia jest tą dziedziną naszego działania, w której obowiązują zasady medycyny rekonstrukcyjnej, a nie amputacyjnej. Wymaga to naprawdę dużych umiejętności i zmiany mentalności „operacyjnej”. W leczeniu NTM kluczo-

wym etapem jest postawienie właściwej diagnozy - w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia - powszechna dostępność badania urodynamicznego i umiejętność interpretacji wyników tego badania, w tym przełożenie na odpowiedni sposób leczenia. W zakresie leczenia operacyjnego wydaje mi się, że nie ma dostatecznie powszechnej świadomości, że operacja w wysiłkowym nietrzymaniu moczu jest zabiegiem prostym, ale nie jest zabiegiem łatwym do wykonania - w tym sensie aby został wykonany ściśle według precyzyjnie określonych reguł dla danej drogi operacyjnej i stosowanego produktu leczniczego. Ogólnie oceniając umiejętności w tym zakresie, mogę powiedzieć, że ośrodki o dużym doświadczeniu prezentują dobre i bardzo dobre wyniki, nieco gorzej jest w ośrodkach wykonujących takie zabiegi sporadycznie albo w niewielkiej liczbie. Chwała również tym, którzy świadomi swoich możliwości odsyłają pacjentki do ośrodków mających doświadczenie w uro-

ginekologii. W nawiązaniu do powyższych spostrzeżeń, oczywistym jest fakt konieczności nieustannego szkolenia, kontaktów między poszczególnymi ośrodkami i w przyszłości - mam nadzieję nieodległej - stworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych, które podjęłyby trud ustawicznego szkolenia i weryfikacji umiejętności wykonujących zabiegi uroginiekologiczne. Niewątpliwie elementem podnoszącym jakość leczenia uroginiekologicznego byłaby nadspecjalizacja w tym zakresie - jak mówiłem na początku naszej rozmowy wymaga to rozwiązań systemowych - w tym przypadku piłka jest po stronie Ministerstwa Zdrowia.

- W imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM życzę Panu Profesorowi aby najbliższe lata, kiedy będzie Pan kierował pracami Sekcji Uroginiekologii PTG, były owocne nie tylko dla lekarzy ginekologów i urologów, ale w szczególności dla pacjentek dotkniętych tymi problemami.

Zalecenia ICI dotyczące rozpoznawania i postępowania w nietrzymaniu moczu u pacjentów z wybranymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego – cz. III

Zanik wieloukładowy

DR BARTOSZ DYBOWSKI, DOC. PIOTR RADZISZEWSKI

KATEDRA I KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ I CZYNNOŚCIOWEJ WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Epidemiologia i chorobowość

Zanik wieloukładowy (ang. multiple system atrophy; MSA), opisywany wcześniej jako zespół Shy i Dragera, jest rzadko występującą chorobą degeneracyjną układu nerwowego o nieznanym podłożu, dotyczącą osób dorosłych. Charakteryzuje się zaburzeniami funkcji autonomicznych tj. ortostyczne spadki ciśnienia, brak wydzielania potu, zaburzenia wzrodu, objawy pozapiramidowe i upośledzenie kontroli nad oddawaniem moczu i stolca. Objawy nietrzymania moczu są spowodowane neurogenną nadreaktywnością wypieracza i osłabieniem zwieracza zewnętrznego cewki (Beck i wsp.).

Kirchhof i wsp. (2003) stwierdzili, że objawy zaburzenia czynności pęcherza poprze-

dzwały wystąpienie ortostatycznych spadków ciśnienia u 76% pacjentów. Zaburzenia czynności zwieracza rozpoznawane przy użyciu EMG stwierdzano u 91% pacjentów z MSA.

Patologia i swoiste dla choroby objawy ze strony dolnych dróg moczowych

Miejszem odpowiedzialnym za występowanie zaburzeń mikcji w MSA, wydaje się, że jest miejsce sinawe (ośrodek mikcji w moście). Prace Benarrocha (2001, 2003) wykazały, że w MSA dochodzi do poważnego zmniejszenia liczby neuronów katecholaminergicznych

w brzuszno-bocznych obszarach C1 i A1 rdzenia, co może powodować odpowiednio ortostatyczne spadki ciśnienia i zaburzenia endokrynologiczne występujące w tej chorobie. Do występowania neurogennych zaburzeń czynności pęcherza może ponadto prowadzić utrata neuronów syntetyzujących kortykoliberynę.

Obszerne badania nad występowaniem objawów ze strony układu moczowego u pacjentów z MSA przeprowadzili Sakakibara i wsp. (1993, 2001). Stwierdzili następującą częstość występowania poszczególnych objawów: trudności w oddawaniu moczu u 79%, częstomocz nocny u 74%, parcia naglące u 63%, nietrzymanie moczu z parcia u 63%, częstomocz dzienny u 45%, moczenie u 19% i zatrzymanie moczu u 8% pacjentów. 100% pacjentów z MSA prezentowało

co najmniej jeden objaw ze strony dolnych dróg moczowych.

Za pomocą badania wideourodynamicznego wykazano występowanie zaburzeń fazy napełniania, tj. nadreaktywność wypieracza u 56% pacjentów z MSA i nie zahamowana relaksacja zwieracza zewnętrznego cewki u 33%. Otwartą szyję pęcherza, podczas rozpoczynania napełniania pęcherza stwierdzono u 53% pacjentów z MSA, co wskazuje na odnerwienie zwieracza wewnętrznego. Podczas mikcji dyssynergię wypieraczowo-zwieraczową zaobserwowano u 47% chorych. Osłabienie wypieracza występowało u 71% kobiet i 63% mężczyzn. Zaleganie moczu po mikcji przekraczające 100ml występowało u 47% osób chorych na MSA. Prawdopodobnie, w przebiegu MSA zaburzenia mikcji występują częściej i wcześniej niż ortostatyczne spadki ciśnienia. Inni autorzy prezentowali podobne wyniki, podając występowanie zalegania powyżej 30 ml i powyżej 100ml u odpowiednio 74% i 52% pacjentów. Nadreaktywność wypieracza stwierdzano u 56%, małą podatność ścian pęcherza u 31%, brak czynności wypieracza u 5% chorych. Dyssynergię wypieraczowo-zwieraczową obserwowano u 45% osób z MSA (Beck i wsp., 1994, Bonnet i wsp. 1997).

Rozpoznanie i leczenie swoiste dla choroby

Ponieważ u pacjentów z MSA zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych bardzo często poprzedzają wystąpienie ortostatycznych spadków ciśnienia i innych objawów ze strony układu autonomicznego, diagnostyka tych objawów ma duże znaczenie.

Najczulszym z testów jest EMG zwieracza zewnętrznego cewki. Analiza potencjałów jednostki ruchowej zwieracza wykazała neurogenne potencjały jednostki ruchowej u 93% osób z MSA, wskazując na odnerwienie zwieracza zewnętrznego (Sakakibara 2001). W pracy Palace i wsp. (1997) stwierdzono nieprawidłowy zapis EMG zwieracza u 82% pacjentów z MSA. Oertel i wsp. (2003) wskazywali, że osłabienie czucia w okolicy płciowej może być u kobiet objawem patognomonicznym dla MSA (tak samo ważnym jak zaburzenia wzdrodu u mężczyzn). Osłabione czucie w okolicy płciowej zgłosiło łącznie 47% kobiet z MSA i 4% kobiet w grupie kontrolnej. Ponadto, wystąpienie osłabienia czucia w okolicy

płciowej u kobiet z MSA ściśle korelowało z czasem wystąpienia choroby.

Leczenie zaburzeń mikcji w przebiegu MSA również powinno podlegać ogólnym regułom terapii opartej na wynikach badań urodynamicznych. Należy jednak zauważyć, że u chorych z MSA nie zaleca się stosowania agresywnego leczenia chirurgicznego.

Chandiramani i wsp. (1997) stwierdzili, że wszyscy chorzy z MSA, którzy przebyli TURP nie trzymali moczu po zabiegu, prawdopodobnie w związku z progresją choroby. Takie same obserwacje poczynili Beck i wsp. (1994), którzy dokonali oceny wyników TURP i operacji nietrzymania moczu u pacjentów z MSA. Stwierdzili oni, że wyniki leczenia operacyjnego były złe, natomiast chorzy odnosili korzyść ze stosowania przerywanego cewnikowania, leków cholinolitycznych i desmopresyny w aerozolu. Takie postępowanie powodowało zmniejszenie nasilenia nietrzymania moczu w 82%.

Ponieważ prawie połowa osób chorych na MSA ma trudności w oddawaniu moczu, zastosowanie alternatywnej metody postępowania do przerywanego cewnikowania, byłoby bardzo atrakcyjne. Sakakibara i wsp. (2000) porównali skuteczność stosowania nieselektywnych i alfa 1 selektywnych alfa adrenolityków (prazosyna i moxisilinan) w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, u chorych na MSA. Zmniejszenie objętości moczu zalegającego po mikcji uzyskano u 38,1% i 35,2% odpowiednio dla prazosyny i moxisilianu. Obserwowano również zmniejszenie nasilenia objawów ze strony układu moczowego. Działania niepożądane, pod postacią ortostatycznych spadków ciśnienia wystąpiły u 23,8% chorych w grupie przyjmującej prazosynę i u 10,7% chorych otrzymujących moxisilinan.

Wytyczne do dalszych badań

MSA jest wolno postępującą, nieuleczalną chorobą. Konieczne są badania oceniające skutki długotrwałej terapii zaburzeń ze strony dolnych dróg moczowych oraz stosowania różnych metod leczenia farmakologicznego.

Wnioski

Objawy ze strony dolnych dróg moczowych często poprzedzają wystąpienie klinicznej manifestacji zaniku wieloukładu.



dowego. Najczęściej występującymi zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych są: nadreaktywność wypieracza, dyssynergia wypieraczowo-zwieraczowa, relaksacja zwieracza i osłabienie wypieracza. Istotne zaleganie moczu po mikcji obserwuje się u około połowy pacjentów z zanikiem wieloukładowym.

Zalecenia

Najczulszym testem wykrywającym zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych, związanych z zanikiem wieloukładowym, jest EMG zwieracza zewnętrznego cewki.

Ze względu na postępujący charakter choroby, agresywne leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych w obrębie dróg moczowych (np. TURP), nie są zalecane.

Postępowaniem z wyboru, w przypadku zalegania większej ilości moczu po mikcji, jest przerywane cewnikowanie i stosowanie alfa adrenolityków.