

# Podobieństwa i różnice między nietrzymaniem moczu a zapaleniem pęcherza moczowego

dr n. med. Aneta Zwierzchowska

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wydział Medyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

**Z**apalenie pęcherza moczowego i nietrzymanie moczu to choroby bardzo często dotykające kobiet. Część ich objawów pokrywa się, dlatego czasem początkowo niełatwo zorientować się, z którą z nich mamy do czynienia.

Aż 30-50 proc. kobiet doświadczy w swoim życiu zapalenia pęcherza moczowego. Co gorsza, u 20 proc. z nich będzie ono nawracać. Dlaczego infekcja pęcherza jest tak częsta u kobiet? Najprawdopodobniej z powodu anatomii. Niewielki dystans dzielący ujście zewnętrzne cewki od odbytu, źródła patogennych bakterii oraz krótsza niż u mężczyzn cewka moczowa, powodują, że zarazki z jelita grubego mają do przebycia mniejszy dystans do cewki i pęcherza moczowego.

## Jakie czynniki zwiększają ryzyko zapalenia pęcherza u kobiet?

U zdrowych kobiet czynnikami zwiększającymi ryzyko zapalenia pęcherza są m.in. współżycie płciowe oraz używanie środków plemnikobójczych (również tych obecnych w niektórych prezerwatywach). Choroba ta występuje też częściej u kobiet z cukrzycą oraz różnego rodzaju patologiami układu moczowego. Większe prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia pęcherza moczowego dotyczy również kobiet, które doświadczyły już tej choroby wcześniej. Może się to wiązać z wrodzoną predyspozycją (np. anatomiczną) bądź nieprawidłowym czy też niepełnym leczeniem poprzedniego epizodu infekcji.

W 70-95 proc. przypadków zapalenia pęcherza czynnikiem zakaźnym jest bakteria *Escherichia coli*. W pozostałych przypadkach są to przeważnie inne gatunki bakterii z rodziny *Enterobacteriaceae* (pałeczki jelitowe), tj. *Klebsiella pneumoniae* bądź *Proteus mirabilis*, rzadziej gronkowce, np. *Staphylococcus saprophyticus*. Jeśli w posiewie moczu stwierdzono obecność innych gatunków, zwłaszcza kilku naraz, każdego w niewielkich ilościach, to najprawdopodobniej mamy do czynienia z zanieczyszczeniem próbki bakteriami ze skóry lub pochwy. Taki wynik nie jest miarodajny i najczęściej trzeba powtórzyć badanie.

## Dlaczego objawy zapalenia pęcherza można pomylić z nietrzymaniem moczu?

Charakterystycznym objawem zapalenia pęcherza moczowego jest dyzuria – ból lub dyskomfort podczas od-

dawania moczu, odczuwany w podbrzuszu lub w cewce moczowej. Najczęściej do objawów dyzurycznych dołącza potrzeba częstego oddawania moczu (częstomocz), odczuwana jako bolesne parcie. Prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z zapaleniem pęcherza u kobiety, która doświadcza obu tych objawów, wynosi ponad 90 proc. Jednakże symptomy infekcji pęcherza mogą być też subtelne, zwłaszcza u starszych kobiet, u których powszechnie spotyka się niespecyficzne dolegliwości ze strony układu moczowego – dyskomfort/pieczenie podczas oddawania moczu i właśnie nietrzymanie moczu, które mogą imitować zapalenie pęcherza.

W przebiegu tej choroby może też pojawić się krwimocz (widoczna gołym okiem krew w moczu). Tego objawu nie obserwuje się u osób z samym nietrzymaniem moczu, jest to natomiast sygnał alarmowy – trzeba wówczas wykluczyć nowotwór pęcherza, który też może powodować krwawienia.

## Ostre i nawracające zapalenia pęcherza moczowego

W przypadku podejrzenia ostrego zapalenia pęcherza, lekarz zdecyduje, czy konieczne jest wykonanie posiewu moczu z antybiogramem (badaniem wrażliwości bakterii na antybiotyki), czy też można włączyć leczenie na podstawie samych objawów, ewentualnie z uwzględnieniem wyniku badania ogólnego moczu. Na wynik posiewu moczu czeka się kilka dni, co może opóźnić włączenie leczenia. Trzeba jednak być ostrożnym i pamiętać, że pochopne włączenie antybiotykoterapii na podstawie samych objawów może się wiązać z niepotrzebnym narażeniem pacjentki na działania niepożądane leku oraz możliwością wygenerowania oporności bakterii na antybiotyki. W rezultacie, gdy w przyszłości przydarzy się prawdziwa infekcja, standardowe leczenie może nie działać. Wytworzone w ten sposób odporne szczepy bakterii mogą również zostać przekazane innym osobom, przyczyniając się do globalnego narastania oporności na antybiotyki. W dobie powszechnego stosowania antybiotyków jest to bardzo poważny problem.

Prawdziwym wyzwaniem, zarówno w kwestii diagnostyki, jak i leczenia, są nawracające zapalenia pęcherza moczowego, definiowane jako co najmniej 2 epizody w ciągu 6 miesięcy lub co najmniej 3 w ciągu roku. Nawet jeśli w posiewie stwierdza się ponownie wzrost tej samej bakterii co podczas poprzedniego epizodu, to

i tak w większości przypadków jest to nowa infekcja, nie zaś przetrwanie bakterii pomimo zastosowanego leczenia. Wykazano, że jeśli pierwszy epizod zapalenia pęcherza był wywołany przez *Escherichia coli*, to ryzyko pojawienia się kolejnego zapalenia w ciągu 6 miesięcy jest wyższe, niż jeśli pierwotnie mieliśmy do czynienia z innym patogenem.

Silnym czynnikiem ryzyka nawracających zapaleń pęcherza moczowego jest współżycie płciowe. Ryzyko rośnie jeszcze bardziej, jeśli stosuje się środki plemnikobójcze.

Częściej do ponownych zapaleń dochodzi

też u kobiet,

które pierwszego epizodu doświadczyły

w wieku nasto-

letnim oraz u tych,

których matki rów-

nież miały zakaże-

nia układu moczowego.

Nie wykazano natomiast

związku z oddawaniem

moczu po współżyciu,

częstością mikcji, higieną,

rodzajem noszonej bielizny

czy z wskaźnikiem masy ciała

(BMI). U starszych kobiet

czynnikiem ryzyka nawracających

zapaleń pęcherza jest obniżanie na-

rzędów miednicy mniejszej i zaleganie

moczu w pęcherzu po mikcji.

Czasem kobiety cierpiące na nawra-

cające zapalenia pęcherza są w stanie

bez trudności rozpoznać kolejny epizod

infekcji po typowych objawach: dyzurii,

częstomoczu, parciach naglących i bólu

w podbrzuszu. W tych przypadkach roz-

poznanie jest oczywiste i najczęściej nie

jest konieczna dalsza diagnostyka. Zdarza

się jednak, że część kobiet przypisuje nie-

specyficzne, przewlekłe objawy zapaleniu

pęcherza, podczas gdy przyczyną dole-

gliwości jest zupełnie inny stan, nie mający

związku z infekcją. Wówczas bardzo pomocne może

być badanie moczu wykonane w okresie występowania

objawów.

W dużych badaniach wykazano, że aż 43-48 proc. ko-

biet leczonych antybiotykiem empirycznie (na pod-

stawie objawów, bez wykonania posiewu) na zapalenie

pęcherza moczowego tak naprawdę nie miało infekcji

- posiewy moczu pobranego przed włączeniem anty-

biotyku były u nich jałowe.

## Z czym należy różnicować zapalenie pęcherza moczowego?

Głównie z pęcherzem nadreaktywnym i nagłym nietrzymaniem moczu. To ostatnie to taka postać nietrzymania moczu, w której pacjent doświadcza nagłej, silnej potrzeby oddania moczu, z następowym lub równoczesnym mimowolnym wyciekaniem moczu. Ilość gubionego moczu może być bardzo niewielka - zaledwie kilka kropel, lub masowna, powodująca całkowite zmoczenie bielizny i ubrania.

Z nagłym nietrzymaniem moczu łączy się zespół pęcherza nadreaktywnego (z ang. *overactive bladder*

- OAB), definiowany jako parcia na-

glące z lub bez mimowolnego wy-

cieku moczu. Charakterystyczne

objawy pęcherza nadreaktywnego

to częstomocz (częste oddawanie

moczu) oraz nokturia (wybu-

dzanie w nocy w celu

oddania moczu).

Oba te symptomy

mogą być pomy-

lone z zapaleniem

pęcherza moczowego.

Pęcherzowi nadreak-

tywnemu nie musi towa-

rzyszyć nietrzymanie moczu

- może on równie dobrze wią-

zać się tylko z nagłymi parciami,

bez wycieku (tzw. suche OAB). Nad-

reaktywność to niekontrolowane skurcze

mięśnia wypieracza pęcherza moczowego

podczas jego wypełniania się. Najczęściej

przyczyna pojawienia się tej patologii u da-

nej osoby pozostaje nieustalona. Mówimy

wówczas o idiopatycznym OAB. Wyjątkiem

są pacjenci, u których występują zaburzenia

neurologiczne, np. po uszkodzeniu rdzenia

kregowego, oraz osoby cierpiące na niepra-

widłowości anatomiczne pęcherza moczowego.

Przypuszcza się, że częstość występowania

pęcherza nadreaktywnego jest większa, niż

mówią o tym oficjalne statystyki, ponieważ

część osób wykazujących jego objawy nie szuka

pomocy lekarskiej. Nagłące nietrzymanie moczu jest

związane z wiekiem - częściej występuje u osób star-

szych. W przypadku kobiet prawdopodobnie wiąże się

to z obniżonym po menopauzie poziomem estrogenów,

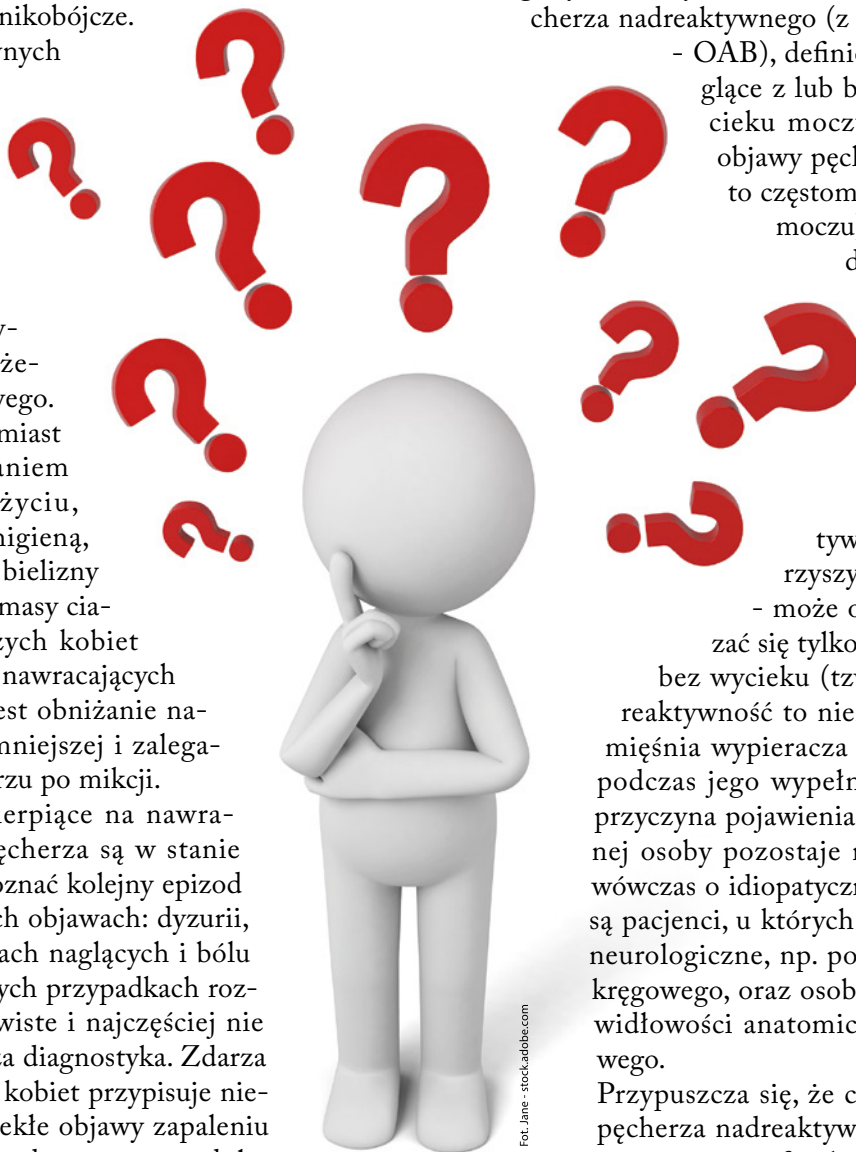
prowadzącym do zmian w mikroflorze dróg moczowo-

-płciowych. Od niedawna wiadomo bowiem, że do wy-

stąpienia pęcherza nadreaktywnego może się przyczy-

niać nieprawidłowy skład flory (mikrobiomu) pęcherza.

Ten ostatni aspekt jest obecnie obiektem intensywnych



Fot. Jane - stock.adobe.com

badania naukowych. Dotychczas sądzono, że pęcherz moczowy jest u zdrowych osób zupełnie jałowy, podczas gdy okazało się, że podobnie jak w innych rejonach ciała (jelita, pochwa, skóra), w narządzie tym znajdują się liczne gatunki bakterii. Wykryto, że DNA pałeczek kwasu mlekowego (*Lactobacillus*) jest rzadziej wykrywane w moczu kobiet chorujących na pęcherz nadreaktywny niż u kobiet wolnych od tej choroby. Z kolei DNA bakterii z rodzaju *Proteus* występuje u tych kobiet bardziej powszechnie niż u zdrowych kobiet. Co ciekawe, te różnice w składzie mikroflory pęcherza mogą wpływać na skuteczność leczenia OAB. Stwierdzono bowiem, że pacjenci reagujący na mniejsze dawki leku standardowo stosowanego w leczeniu pęcherza nadreaktywnego mieli mniej zróżnicowaną florę pęcherza niż ci, u których konieczne było stosowanie większych dawek i osoby, u których leczenie w ogóle nie skutkowało.

Zapalenia pęcherza moczowego należy również odróżnić od zespołu bolesnego pęcherza (dawniej śródmięzszowe zapalenie pęcherza). W przypadku tej choroby również mamy do czynienia z dyzurią, częstomoczem, ewentualnie parciem nagłymi. Podobnie jak w OAB nie ma tu czynnika infekcyjnego. Jeśli zaś objawom typowym dla zapalenia pęcherza towarzyszy obecność krwi w moczu, to trzeba też myśleć o możliwości występowania u danej osoby (i pilnie wykluczyć) raka pęcherza moczowego.

### Jak odróżnić nadreaktywność pęcherza od infekcji układu moczowego?

Mimo że nadreaktywność pęcherza oraz zakażenia układu moczowego mają podobne objawy, ich leczenie zasadniczo się różni. Dlatego bardzo ważne jest poprawne postawienie rozpoznania.

W procesie diagnostycznym u pacjentki prezentującej objawy pęcherza nadreaktywnego zazwyczaj pierwszą patologią, którą będziemy chcieli wykluczyć, jest zapalenie pęcherza moczowego. Ale uwaga! Może ono imitować OAB ze względu na towarzyszący mu częstomocz, a nierzadko też parcia na pęcherz oraz nokturie. Dyzuria z kolei jest objawem typowym dla zapalenia dróg moczowych, a co do zasady nie występuje w OAB. Jednakże jeśli kobieta osiągnęła wiek pomenopauzalny i cierpi na zmiany zanikowe w obrębie pochwy i dróg moczowych, może odczuwać pieczenie i podrażnienie w okolicy cewki moczowej imitujące objawy dyzuryczne towarzyszące zapaleniu pęcherza. Dołączające do tego nietrzymanie moczu z parć nagłych dodatkowo będzie sprzyjało błędnemu rozpoznaniu zapalenia dróg moczowych u takiej pacjentki.

W odróżnieniu OAB od zapalenia pęcherza może nam pomóc dynamika objawów. Pomimo podobieństwa symptomów zapalenia pęcherza moczowego i nagła-

cego nietrzymania moczu, stany te różnią się zwykle istotnie pod względem czasu i okoliczności ich pojawienia się. W przypadku zapalenia mamy zwykle do czynienia ze stanem ostrym - częstomocz i bolesne parcia (czasem połączone z mimowolnym wyciekaniem moczu) pojawiają się nagle, z dnia na dzień. Z kolei jeżeli mamy do czynienia z OAB, to przebieg choroby jest przewlekły. Dodatkowo, w przypadku OAB, zwykle nie ma bólu w podbrzuszu, podczas gdy objaw ten często towarzyszy zapaleniu pęcherza.

Złotym standardem w rozpoznawaniu zapalenia pęcherza jest posiew moczu. Jeśli jego wynik jest ujemny (nie stwierdzono wzrostu bakterii), to przy charakterystycznej konstelacji objawów możemy mieć do czynienia z pęcherzem nadreaktywnym. Wówczas przystępujemy do dalszej diagnostyki.

### W czym może pomóc dzienniczek mikcji?

Lekarz może zalecić założenie tzw. dzienniczka mikcji. Aby go prowadzić, konieczne jest wyposażenie się w pojemniki z możliwością zmierzenia objętości zarówno przyjmowanych płynów, jak i oddawanego moczu. Pacjentka otrzymuje specjalny formularz, na którym ma spisywać dane dotyczące każdego oddania moczu (mikcji), z uwzględnieniem godziny i objętości oddanego moczu, oraz - w oddzielnej kolumnie - ilość i rodzaj wypijanych płynów. Dzienniczek taki prowadzi się zwykle przez trzy dni (np. dwa dni powszednie oraz jeden dzień w weekend). Co ważne, zapisuje się w nim także epizody nietrzymania moczu i parć nagłych.

Dzienniczek mikcji jest narzędziem bardzo przydatnym dla lekarza i pacjentki, u której podejrzewa się parcia nagłe i/lub nietrzymanie moczu. Pozwala bowiem obiektywnie określić, czy i w jakim stopniu mamy do czynienia z problemem nietrzymania moczu, jakiego rodzaju jest to nietrzymanie (wysiłkowe vs nagłe), a także, jakie płyny zaostrzają objawy parć. Przykładowo, rutynowo obserwujemy związek objawów OAB z przyjmowaniem kofeiny (zaostrza nietrzymanie moczu z powodu działania skurczowego na mięsień wypieracza pęcherza oraz zwiększa wytwarzanie moczu). Dzięki dzienniczekowi mikcji niejednokrotnie udaje się również ustalić związek objawów z piciem nadmiernej ilości płynów, np. na noc. Dzienniczek można również wprowadzić ponownie po włączeniu leczenia, aby ocenić skuteczność zastosowanych leków.

Obecność nagłego nietrzymania moczu nie wyklucza zapalenia pęcherza moczowego i odwrotnie. Stany te mogą współwystępować, szczególnie że obu sprzyjają podobne czynniki, tj. menopauza i wiążący się z nią niedobór estrogenów, a najprawdopodobniej również nieprawidłowy skład flory bakteryjnej w pęcherzu moczowym. Dokładny wywiad z pacjentką i posiew moczu pozwolą postawić właściwą diagnozę.