

Asocierea obstrucție subvezicală și sindrom al vezicii hiperactive

A.V. Manu-Marin, N. Calomfirescu

Secția de Urologie, Spitalul „Prof. Dr. D. Gerota” București

Abstract

Bladder outflow obstruction is associated in a large number of cases with overactive bladder. This article present the results of a study which has evaluated the association

of antimuscarinic treatment (Driptane) with alfa receptor blocking agents (Omnice) in patients with outflow obstruction symptoms and those of overactive bladder.

Rezumat

Obstrucția subvezicală se asociază într-un procent semnificativ statistic cu vezica hiperactivă, fiind considerată între patologii ce pot determina apariția vezicii hiperactive. Articolul prezintă rezultatele unui studiu care a evaluat asocierea tratamentului cu antimuscarinic (Driptane) la cel cu alfa-blocant (Omnice) la pacienți care asociau simptome obstructive și simptome de vezică hiperactivă.

Introducere

Diagnosticul de vezică hiperactivă este un diagnostic stabilit pe criterii cli-

nice la un pacient ce asociază urinarea frecventă cu imperiozitatea micțională. Volumele mici urinate la fiecare micțiune fac ca debitul maxim al acestor pacienți să aibă valori reduse, fapt ce aduce în discuție asocierea obstrucției subvezicale. Obstrucția subvezicală se asociază într-un procent semnificativ statistic cu vezica hiperactivă, fiind considerată între patologii ce pot determina apariția vezicii hiperactive. Cel mai frecvent, obstrucția subvezicală apare la bărbat, principala cauză a acesteia fiind hipertrofia prostatei (HBP sau adenom prostatic).

Simptomele aparatului urinar inferior, definite prin LUTS (Lower Urinary Tract

Symptoms), sunt împărțite în simptome ale fazei de umplere (imperiozitate, urinare frecventă) și simptome ale fazei de golire (dificultate de inițiere a micțiunii, efortul de a urina, jetul slab și/sau întrerupt, driblingul terminal, senzația de golire incompletă) - Abrams, 1994. Simptomele fazei de golire, jet slab, întrerupt, urinarea cu efort sunt determinate de obstrucția subvezicală. Diagnosticul obstrucției subvezicale este unul urodinamic; proba urodinamică de screening fiind măsurarea debitului urinar (debitmetria) însoțită de determinarea rezidului vezical postmicțional; la pacienții la care se decide necesitatea unei intervenții chirurgicale asu-

pra prostatei, la cei care nu răspund la tratamentul medical și la cei ce asociază incontinență urinară, sunt necesare probe urodinamice complexe care măsoară simultan presiunea din detrusor și debitul urinar (probe presiune-debit). Debitmetria, folosită în depistarea pacienților cu obstrucție subvezicală, nu este o investigație care oferă date certe despre obstrucție, dar este general acceptat că la o valoare a debitului maxim (Q_{max}) sub 10 ml/s există 90% șanse ca pacientul să aibă obstrucție subvezicală. La o valoare a Q_{max} între 10 și 15 ml/s, șansa scade la sub 70% (Abrams, 1978). Pentru a obține o debitmetrie utilă pentru diagnostic, pacientul trebuie să urineze un volum mai mare de 150 ml. Sub această valoare debitul maxim poate fi scăzut ca urmare a volumului redus de urină eliminat fără a se putea face aprecieri asupra existenței obstrucției subvezicale.

Simptomele fazei de umplere, imperiozitatea micțională însoțită de urinarea frecventă, caracterizează conceptul de vezică hiperactivă. Vezica hiperactivă este un diagnostic clinic bazat pe anamneză, calendar micțional și examen obiectiv. La bărbați, vezica hiperactivă se asociază semnificativ cu obstrucția subvezicală, ambele fiind prezente concomitent la 40% dintre pacienții cu LUTS (Vesely, 2003). Examenul urodinamic nu este considerat necesar pentru a decide începerea unui tratament medicamentos pentru vezica hiperactivă. Medicamentele cele mai folosite sunt cele anticolinergice: oxybutinin, propiverine hidrocilorid și cel mai recent introduse pe piața românească - tolterodine și solifenacine. Pacienții care nu răspund la tratament sunt îndrumați să efectueze probe urodinamice.

Până în prezent s-a considerat că începerea imediată a tratamentului la pacienții cu vezică hiperactivă nu poate fi realizată la cei care asociază și simptome ale fazei de golire (dificultate în inițierea micțiunii, jet slab), la care se

presupune că ar asocia și obstrucție subvezicală deoarece medicamentele folosite pentru relaxarea detrusorului ar agrava obstrucția, ar slăbi jetul urinar, ar determina creșterea rezidului post-micțional și ar predispuce la retenția completă de urină. Studii clinice recente încep să demonstreze că medicamentele antimuscarinice pot fi folosite în siguranță pentru tratarea vezicii hiperactive și la pacienții cu obstrucție subvezicală dată de hipertrofia prostatei (Kaplan, 2006).

Material și metodă

În anul 2006 s-au prezentat la consultații 67 de pacienți care asociau simptome obstructive și simptome de vezică hiperactivă. Pacienții, după anamneză și examen clinic, au efectuat sumarul de urină și eventual urocultura, cât și determinarea PSA, a glicemiei, ureei și creatininei sangvine, iar apoi au fost instruiți să completeze acasă un calendar micțional pe o perioadă de trei zile. La următoarea programare se examina calendarul și pacientul efectua debitmetria. Datele din calendar au obiectivat simptomele și au făcut posibilă calcularea volumului mediu și maxim urinat la o micțiune. În funcție de acestea, s-a hotărât dacă debitmetria este reprezentativă sau nu. Debitmetriile nerepresentative au fost repetate. Ecografic, s-a determinat starea aparatului urinar, volumul prostatei și reziduul post-micțional. Au fost selectați pacienții la care în urma acestor investigații s-a ajuns la concluzia că au vezică hiperactivă și la care debitmetria în mod repetat înregistra Q_{max} între 10 și 15 ml/s, la care ecografic s-a evidențiat mărirea de volum a prostatei și reziduul post-micțional (2 probe) era între 50 și 100 ml. A fost astfel format un lot de 32 pacienți cu vârste cuprinse între 59 și 78 de ani. Aceștia au început un tratament care asocia un alfa-blocant, tamsulosin (Omnice), 1 tb/zi, cu un antimuscarinic,

oxybutinin (Driptane), 3 tb/zi. Pacienții au fost urmăriți săptămânal printr-o trecere în revistă a evoluției simptomelor urinare, a reacțiilor adverse și prin determinarea rezidului post-micțional. La două săptămâni a fost reevaluată doza de antimuscarinic și redusă în cazul în care reziduul era în creștere și/sau reacțiile adverse erau supărătoare. După o lună de tratament, pacienții au completat un nou calendar micțional. Cei care au dorit să continue au mai fost urmăriți la fiecare 2 săptămâni încă o lună.

Rezultate și discuții

Toți pacienții au încheiat prima lună de tratament. Reacții adverse caracteristice antimuscarinicului (uscăciunea gurii, constipație) au prezentat 17 (53%) pacienți care au și dorit reducerea dozei și au continuat cu 2 tb de Driptane pe zi (începând din a doua săptămână de tratament). La două săptămâni, reziduul post-micțional a crescut la 27 (84%) de pacienți cu o medie de 30 ml (15-70 ml). Diminuarea imperiozității micționale a fost resimțită de 29 (90%) de pacienți. Au dorit să renunțe la tratament după prima lună 9 (28,1%) pacienți, 4 nemulțumiți de eficiența tratamentului asupra simptomelor și 5 datorită reacțiilor adverse. La cei 23 de pacienți care au continuat tratamentul cu Omnic și Driptane, reziduul post-micțional nu a crescut, la cele două determinări din a doua lună, la mai mult de 170 ml (media rezidului urinar 83 ml).

Concluzii

Asocierea tratamentului cu antimuscarinic (Driptane) la cel cu alfa-blocant (Omnice) oferă posibilitatea tratării unei game mai largi de simptome urinare la bărbații cu hipertrofie de prostată. Driptane nu a determinat retenții complete de urină pe o perioadă de două luni cât a durat acest studiu și s-a dovedit eficient în controlul imperiozității asociate obstrucției subvezicale.

Bibliografie

1. Abrams P. New words for old. Lower urinary tract symptoms for prostatism. *Br Med J* 1994;308:929-30.
2. De Nunzio C, Franco G, Rocchegiani A, Iori E, Leonardo C, Laurenti C. The evolution of detrusor overactivity after watchful waiting, medical therapy and surgery in patients with bladder outlet obstruction. *J Urol* 2003 Feb; 169(2):535-9.
3. Kaplan S, Roeluborn C, Boyner E. Tolterodine and Tamsulosin for the treatment of men with LUTS and OAB. *JAMA* 2006; 296:2319-2328.
4. Knutson T, Edmund C, Fall M, Dahlstrand C. BPH with coexisting overactive bladder dysfunction - an everyday urological dilemma. *Neurourol Urodyn* 2001;20(3):237-47.
5. Vesely S, Knutson T, Fall M, Damber JE, Dahlstrand C. Clinical diagnosis of bladder outlet obstruction in men with lower urinary tract symptoms: reliability of commonly measured parameters and the role of idiopathic detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn* 2003;22(4):501-5.