



Śródmiąższowe zapalenie pęcherza/Zespół bólowy pęcherza

Śródmiąższowe zapalenie pęcherza/zespół bólowy pęcherza (IC/BPS) jest definiowany jako przewlekły ból, ucisk, dyskomfort (utrzymujący się dłużej niż 3 miesiące) związany z uczuciem parcia na mocz i częstym oddawaniem moczu bez wyraźnej przyczyny (np. infekcja, nowotwór, wady strukturalne).

Objawy kliniczne

Na objawy kliniczne składają się ból, dyskomfort i nieprzyjemne objawy, postrzegane jako objawy ze strony pęcherza (zlokalizowane nadłonowo, w cewce moczowej, w obrębie pochwy, miednicy, towarzyszące wypełnieniu i/lub opróżnieniu pęcherza moczowego), ze zwiększonym parciem na mocz i częstomoczem. Typowym objawem jest częste oddawanie małych objętości moczu po obudzeniu, moczenie nocne, i potwierdzone w badaniu cystoskopowym glomerulacje (podśluzówkowe wybroczyny krwawe) lub uszkodzenia śluzówki lub owrzodzenia (uszkodzenia Hunnera).

Epidemiologia

IC/PBS częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn (szacunkowa różnica w zależności od płci od 2:1 do 10:1). Według badań autorów można rozpoznać IC/BPS u 800–900 na 100000 kobiet; objawy występują u 0.5–11% kobiet, w zależności od używanej definicji. IC/PBS jest najczęściej rozpoznawane w czwartej dekadzie życia, ale objawy mogą wyprzedzać diagnozę o wiele lat. Zaostrzenie objawów jest częstym zjawiskiem, z nasileniem objawów trwającym godziny, dni lub tygodnie. U pacjentów często współistnieją fibromialgia, zespół jelita drażliwego, bóle głowy, uczulenia, schorzenia reumatologiczne, wulwodynia, depresja, zaburzenia lękowe.

Patofizjologia

Patomechanizm IC/BPS nie jest do końca poznany, wydaje się mieć złożony charakter zależny od wielu czynników. Zakłada się, choć nie w pełni to jest potwierdzone, współdziałanie następujących czynników: defekty błony śluzowej wyściełającej pęcherz, patologiczne mastocyty, inne czynniki immunologiczne, nadwrażliwość układu nerwowego (komponenty obwodowe i ośrodkowe), czynniki genetyczne, przykurcz mięśni dna miednicy.

Diagnostyka

Dokładne zebranie wywiadu, badanie fizykalne, badania laboratoryjne są postępowaniem rutynowym w celu wykluczenia innych przyczyn. Przydatne badania: analiza moczu, badanie bakteriologiczne, pomiar objętości moczu zalegający po mikcji, badanie cytologiczne, jeśli w wywiadzie palenie papierosów. Objawy przy mikcji i natężenie bólu powinny być odnotowane w historii choroby i oceniane w celu oceny skuteczności leczenia. Cystoskopia i badanie urodynamiczne są przydatne, jeśli są wątpliwości w postawieniu diagnozy.

Opcje terapeutyczne

Leczenie zachowawcze obejmujące edukację, modyfikację stylu życia, ograniczanie stresu, mało forsowne ćwiczenia (spacery, rozciąganie, joga), leczenie fizykalne i manualne (obejmujące miednicę i/lub relaksacja w zakresie punktów spustowych). Farmakoterapia stosowana systemowo: leki przeciwhistaminowe, polisiarczan pentozanu, cyklosporyna A, opioidy i leki stosowane w bólu neuropatycznym (gabapentynoidy, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne). Leczenie dopęcherzowe: dimetylosulfoksyd (DMSO), lidokaina, heparyna. Inne procedury inwazyjne: hydrodystensja i ocena uszkodzeń śluzówki. Inne opcje terapeutyczne obejmują neurostimulację (w czasie parcia/częstomoczem), iniekcje toksyny botulinowej do mięśnia wypieracza, interwencyjne techniki leczenia bólu (blokady), cystoplastykę, odprowadzenie moczu,

cystektomię. Postępowanie terapeutyczne, które nie jest zalecane, za wyjątkiem badań klinicznych to długotrwała antybiotykoterapia ; systemowe stosowanie steroidów, wysokociśnieniowa, długotrwała hydrodystensja, dopęcherzowe podawanie resiniferatoksyny, lub laseczki Calmette-Guerin.

Piśmiennictwo :

- [1] Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams ACdeC. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35–48.
- [2] Hanno PM, Burks DA, Clemens J, Dmochowski RR, Erickson D, Fitzgerald MP, Forrest JB, Gordon B, Gray M, Mayer RD, Newman D, Nyberg L Jr, Payne CK, Wessellmann U, Faraday MM. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. American Urological Association (AUA) guideline. American Urological Association; 2011. Available at: http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/ic-bps/diagnosis_and_treatment_ic-bps.pdf.