



ZABURZENIA PĘCHERZA I JELIT W HSP

Pacjenci z SPG, podobnie jak osoby z innymi chorobami neurologicznymi, często doświadczają zaburzeń funkcji pęcherza oraz jelit. Przyczyną jest uszkodzenie dróg nerwowych przebiegających w rdzeniu kręgowym. W przypadku SPG najczęściej występują parcia naglące na mocz, tzn. nagła potrzeba oddania moczu bez możliwości utrzymania moczu. W przypadku braku możliwości skorzystania z toalety, występuje nietrzymanie moczu z parcia. Pacjenci doświadczają zwiększonej częstotliwości oddawania moczu w ciągu dnia, jak również konieczności oddawania moczu w nocy, czasem >4 razy/noc. Długo utrzymujące się objawy często prowadzą do braku kontroli nad zwieraczem pęcherza i konieczności korzystania z pieluchomajtek z uwagi na mimowolne popuszczenie moczu. Zaburzenia te związane są z dysfunkcją zwieracza pęcherza moczowego. Problem ten opisano dla Pacjentów dorosłych, zwykle dla grup z częstymi postaciami SPG, tzn. SPG4, SPG3, SPG11, jak również dla rzadkich typów SPG, w tym SPG AP4.

Wśród grupy dorosłych Pacjentów z SPG4 badanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN, Warszawa) parcia naglące oraz nietrzymanie moczu zgłaszało 50% chorych, natomiast w grupie SPG3 25% chorych. Wszyscy Pacjenci z SPG11 borykali się z zaburzeniami zwieracza pęcherza moczowego. Z uwagi na bardziej postępujący przebieg SPG11 i bardziej złożone objawy (wszyscy Pacjenci z SPG11 w grupie z IPiN mieli postać złożoną HSP) problem z nietrzymaniem moczu występował dużo wcześniej w tej grupie. Nie było badania naukowego w IPiN dotyczącego innych postaci SPG z uwagi na bardzo małe grupy Pacjentów z rzadszymi postaciami SPG.

Parcia naglące na stolec (nagła potrzeba oddania stolca z trudnością jego utrzymania) była zdecydowanie rzadziej zgłaszana przez chorych z SPG w naszej kohorcie z IPiN (5% wszystkich chorych, głównie SPG11). Jednak może być to związane z niezgłaszaniem tego problemu przez chorych lekarzowi z uwagi na bardzo stygmatyzujący charakter tego objawu, a jednocześnie zdecydowanie obniżający jakość życia. Częściej chorzy zgłaszali problemy z wypróżnieniem, czyli zaparcia – 17% chorych z SPG4, 10% z SPG3, 20% z SPG11. Czynnikiem sprzyjającym zaparciom są: zwiększone napięcie mięśni dna miednicy, niewłaściwa dieta z małą zawartością błonnika, w tym niedożywienie, zbyt mała ilość przyjmowanych płynów oraz mniejsza mobilność chorych (spędzanie więcej czasu w pozycji siedzącej lub u osób z bardziej zaawansowanymi objawami – leżących). Dodatkowym czynnikiem predysponującym do zaparć jest utrudniony kontakt z chorym spowodowany zaburzeniami funkcji poznawczych. Dotyczy to głównie rzadkich postaci SPG, w tym postaci neurorozwojowych SPG.

Zagadnienia dotyczące zaburzeń zwieraczy u chorych z SPG są poruszane jedynie w kilku artykułach, które najczęściej zbiorczo omawiają różne objawy znacząco zmniejszające jakość życia Pacjentów, jak uczucie sztywności kończyn dolnych, ból i skurcze mięśni, obrzęk stóp i podudzi, zaburzenia zwieraczy, zimne stopy, zaburzenia równowagi. W artykułach opisujących wybiórczo zaburzenia zwieraczy dane odnoszą



się do Pacjentów dorosłych z SPG, zwykle nie jest sprecyzowane jak to postać genetyczna tej choroby.

Niestety, jest bardzo niewiele badań porównujących skuteczność leczenia zaparć w uszkodzeniach układu nerwowego (nie ma takich opracowań dla SPG). Dostępne dowody mają niską jakość metodologiczną, dotyczą małych grup chorych, poszczególne formy leczenia zaparć zostały porównane raczej z brakiem interwencji niż w porównaniu ze sobą.

Nie opracowano, jak dotychczas wytycznych dla chorych z SPG. Stosuje się więc u nich leczenie objawowe, jak u innych Pacjentów z podobnymi problemami.

OBJAWY TOWARZYSZĄCE ZAPARCIOM:

- bóle brzucha,
- ból w trakcie oddawania stolca (potęguje problem zaparć z uwagi na strach przed nim),
- utrata apetytu,
- nudności i wymioty,
- wzdęcia brzucha,
- popuszczanie stolca (rozciągnięcie odbytnicy może wywołać zniesienie uczucia parcia na stolec),
- obecność krwi w stolcu,
- biegunka (może występować naprzemiennie z zaparciem),
- bóle głowy,
- rozdrażnienie.

Zaparcia sprzyjają infekcji dróg moczowych.

LECZENIE ZAPARĆ:

Najważniejsze jest wczesne zgłoszenie się do specjalisty – gastroenterologa i wczesne włączenie leczenia. W przeciwnym razie problem narasta. Gdy dotyczy to osoby niepełnoletniej, dziecko boi się oddawania stolca, bo jest ono połączone z bólem. Ważna jest też kontrolowanie wypróżnień, tzn. powinny odbywać się w podobnej porze dnia w spokojnych warunkach (w domu).

Warto pamiętać o odpowiedniej podaży płynów.

Leczenie farmakologiczne (powinno być prowadzone pod kontrolą lekarską i odpowiednio długo):

1. doustne środki osmotycznie czynne (zwiększają przenikanie wody do światła jelita, przyczyniają się do zmiękczenia stolca i ułatwiają wypróżnianie): glikol polietylenowy – makrogole (Forlax, Dicopeg), laktuloza.

Makrogole są preferowanym sposobem leczenia z uwagi na niewchłanianie się z prze-



wodu pokarmowego i ich bezpieczeństwo.

Czopki glicerynowe i wlewki doodbytnicze (Enema) – TYLKO jako leczenie ratunkowe, doraźne.

Leki, które powinno stosować się krótko, jeśli jest taka konieczność:

2. doustne środki przeczyszczające drażniące: bisacodyl (Dulcobis), Picolax, Sennae (Xenna)

3. doodbytnicze środki przeczyszczające: bisacodyl, DocuSol

- masaż powłok brzusznych
- w krytycznych sytuacjach leczenie chirurgiczne (wszczepianie stymulatorów nerwów krzyżowych, przezskórna elektrostymulacja jelita, operacja Malone- wyłonienie niewielkiej stomii w obrębie wyrostka robaczkowego, przez którą można wprowadzić zgłębnik w celu wykonania lewatywy, usunięcie fragmentu jelita).

Nowe badania nie wykazały skuteczności stosowania probiotyków w zaparciach.

dr n. med. Iwona Stępnia