

A még mindig ismeretlen kór: a hólyagfájdalom-szindróma

1808-ban Physik írta le először az általa „tic douloureux”-nek nevezett kórképet, amelyet a hólyagkő hiányában észlelhető „hólyagfekély” és kifejezett vizelési gyakoriság, kínzó vizelési inger, valamint vizelési és kismedencei fájdalmak jellemeznek. 1887-ben Skene „interstitialis cystitis”-nek nevezte azt a hasonló tünetekkel járó gyulladást, amely „részben vagy teljesen tönkretesz a nyálkahártya rétegét és az izomfalig terjed”. 1915-ben Hunner írta le a hólyagnyálkahártya vörös, hámfosztott területeit, melyek a hólyagfal megújítására vérezni kezdenek, s fekélyeknek nevezte őket. 1978-ban Walsh vezette be a kórképre jellemző vérző nyálkahártya-területekre a „glomerulációk” fogalmát, amit azóta is a legjellemzőbb tünetnek tartunk. 2008 óta az interstitialis cystitis helyett hivatalosan a hólyagfájdalom-szindróma (Bladder Pain Syndrome, BPS) kifejezés használata ajánlott.

Előfordulás. A hosszú ideig igen ritkának tartott megbetegedésről az utóbbi évtizedekben kiderült, hogy sokkal gyakoribb, mint gondolták; egyes országokban, ahol fokozottabb figyelmet fordítanak felismerésére, kezelésére, mint pl. az Egyesült Államokban, újabban már 200-250/100 000 lakos az előfordulási aránya, míg a másik véglet pl. Magyarország, ahol ez a szám 1/100 000 körül mozog. A férfiak-nők arányát korábban 1:10-hez adták meg, de az utóbbi években kiderült, hogy a férfiak gyakori, fájdalmas vizelése háttérben sem mindig a prosztatata, hanem ez a szindróma állhat. Egyes kutatók szerint a nemek közti arány ma már megközelíti az 1:1-et.

Kóroktan, eredet. A BPS keletkezésének okai mindmáig, 200 év múltán sem tisztázottak. A kórelőzményben gyakran szereplő, ismétlődő bakteriális húgyúti infekciók is inkább a betegség korai tüneteinek tekinthetők, mint kóroki tényezők. A tünetek kialakulásáért a hólyagnyálkahártya védő szerepet betöltő nyákbevonatának, a glikozamin-glikán- (GAG) rétegnek a sérülése, elégtelen működése tehető felelőssé. A vizeletben lévő irritáló anyagok, elsősorban a K-ionok a submucosa rétegébe jutva tartósan

ingerlik a fájdalomreceptorokat, és krónikus gyulladással tartanak fenn, ami előbb-utóbb a hólyagfal rugalmasságának csökkenését, fokozódó hegesedését, végül zsugorhólyag kialakulását okozza. Érdekes megfigyelés, hogy a BPS gyakrabban fordul elő egyes autoimmun betegségekkel (pl. Crohn-betegség, SLE, IBS, colitis stb.), ami felveti az immunfolyamatok szerepének lehetőségét.

Tünetek, életminőség. A BPS-re jellemző tünetek a betegség fennállásának idejével párhuzamosan fokozódnak. Az igen gyakori vizelési ingerhez (súlyosabb esetekben éjjel-nappal is akár félóránkénti vizelés) kis vizeletporciók (maximum 50–80 ml) és a hólyag telődésére fokozódó hólyagtáji és húgycső- vagy hüvelytáji fájdalom társul. Fontos, hogy ugyanekkor nincs kimutatható húgyúti infekció (pyuria vagy bakteriuria). Mikroszkópos haematuria Hunner ulcus jelenléte mellett szólhat. A kínzó tünetek lehetlenné teszik az éjszakai pihenést, a munkaképességet korlátozó állapot a munkahely elvesztését okozza, a fájdalmak miatt a betegek képtelenek a házaséletre. A betegség diagnosztikájának elhúzódása tovább fokozza a betegek elkeseredettségét, gyakran csak az öngyilkosságban látják a megoldást.

Diagnosztika, differenciáldiagnosztika. A hólyagfájdalom-szindróma pontos diagnózisa nehéz feladat. A legfontosabb tünetek fennállása mellett (igen gyakori, parancsoló vizelési inger, kis vizeletporciók, hólyag- és húgycsőtáji fájdalom, mely a hólyag telődésére fokozódik) az is feltétel, hogy a bakteriális húgyúti infekció kizárható legyen (bacteriuria és pyuria hiánya). Mivel nem létezik egyetlen, a BPS-t bizonyító tünet, a kórismét egy sor, hasonló tüneteket okozó betegség kizárásával lehet megállapítani (ún. kizárásos diagnózis). Ezek között is a legfontosabb a hólyag malignus tumorainak kizárása (carcinoma in situ), aminek céljából korábban kötelező volt a hólyagbiopszia elvégzése, de a legújabb irányelvek szerint a negatív vizeletcitológiai lelet is elfogadható. A BPS diagnosztizálására amúgy sem alkalmas a szö-

vettani vizsgálat, mivel nem létezik olyan hisztológiai kép, ami bizonyító erejű lenne. Megérősítheti a diagnózist, ha cystoscopia során Hunner ulcus vagy vérzéses glomerulációk észlelhetők.

Terápia. Mai ismereteink szerint a BPS véglegesen nem meggyógyítható betegség. Kezelés nélkül a tünetek lassan progrediálnak, s évtizedek múltán elviselhetetlen fájdalom mellett zsugorhólyag alakul ki, néha veseelzáródást és következményes veseelégtelenséget is okozva. A minél előbbi diagnózist követően a megfelelő tartós kezelés enyhíti a panaszokat, s megállítja a progrediáló gyulladós folyamatot. Több esetben akár egy-másfél évig is tartó, szinte teljes panaszmentesség is kialakulhat. A panaszok fokozódása esetén a kezelés megismétlése újbóli javulást eredményez. A kezelés a BPS ismeretlen kóroka miatt hagyományosan elsősorban tüneti, vagyis fájdalomcsillapítók, gyulladáscsökkentők, antidepresszánsok, antihisztaminok vagy ezek kombinációja jöhet szóba. Ezek az orálisan alkalmazott szerek többnyire csak tartós szedés után hozhatnak mérsékelt eredményt.

A terápia újabban a lokális (intravesicalis) gyógyszeralkalmazás irányában mozdul el. Ez katéteren keresztül közvetlenül az üres hólyagba beadott gyógyszert vagy gyógyszerek keverékét jelenti. Előnyei: nincsenek általános mellékhatásai, mivel a beadott gyógyszernek csak elenyésző töredéke jut a keringésbe, viszont a hólyag felszínével nagy koncentrációban érintkezik. Többféle „hólyagkóktél” ismert, ezek szinte kivétel nélkül tartalmaznak valamilyen, a GAG-réteg felépítésében szereplő anyagot, mint pl. hialuronsavat, heparint, kondroitin-szulfátot vagy pentozán-poliszulfátot és pufferolt lokális anesztetikumot (pl. Lidocain), esetleg kortikoszteroidot is. Leghatékonyabbnak a gyakorlatban a hialuronsav cink- vagy nátriumsóinak oldata bizonyult. A helyi hólyagkezelésekkel sokkal gyorsabban érhető el

javulás, és az eredmények tartósabbak, mint az orális gyógyszerelésnél.

Szintén tartósabb hatása lehet a hólyag mechanikus megtágításának, amit korábban folyadékkal (hydrodistensio), ma már inkább speciális tágító ballonkatéterrel végzünk. A tágítás hatására jelentkező vérzéses glomerulációk elektromos vagy lézeres koagulálása a beteg nyálkahártya-területek alatt felszaporodott fájdalomérzékelő receptorok elpusztításával azonnal megszünteti a fájdalmat, s az ép területekről meginduló hámregenerációt követően hosszú hónapokig (akár 12–18 hónapig) tartó panaszmentesség következhet. A hámregeneráció 8 hete alatt, annak támogatására rendszeresen adunk cink-hialuronát-oldatos hólyagkezeléseket, de úgy tűnik, hogy a teljes panaszmentesség elérése után is előnyös még 4-6 hetenként fenntartó jelleggel GAG-réteget regeneráló hólyaginstillációkat alkalmazni.

Zsugorhólyag észlelése esetén a fenti kezelés csökkentheti vagy akár meg is szüntetheti a fájdalmakat, de a minimális hólyagkapacitás miatt az életminőség így is tűrhetetlen, ezért a hólyag teljes eltávolítására és hólyagpótló műtét elvégzésére kényszerülhetünk.

Összefoglalás. Ma Magyarországon mintegy 20 000-re tehető a hólyagfájdalom-szindrómában szenvedő betegek száma, s csak maximum 1%-uk kap megfelelő ellátást. A többség orvostól orvosig vándorol, egyik szakmától a másikhoz irányítva hosszú éveken keresztül sem talál megoldást, s a betegség progresszióját észelve kifejezett kínlódás, szenvedés az élete. Ezért fontos, hogy minden orvos, legfőképp az urológusok, a nőgyógyászok, a háziorvosok, a neurológusok és a pszichiáterek tisztában legyenek a hólyagfájdalom-szindróma alapjaival, s ha felmerül e kórkép gyanúja, a minél korábbi kezelés érdekében időben irányítsák a beteget urológushoz.

DR. LOVÁSZ SÁNDOR
urológus, Budapest

Mennyi szépségversenyt rendeznek ebben a csúnya világban! Jóságversenyt még nem rendeztek soha.

(Juhász Gyula)