

Paweł Franczuk, Witold Pieniążek, Krzysztof Rewiuk
Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Nietypowy obraz zatrzymania moczu u starszego pacjenta: opis przypadku

An untypical course of urinary retention in the elderly patient: case report

Abstract

Acute and chronic urinary retention are common disorders of elderly male patients. These urological problems could result in some cardiovascular complications. The case of 90-year-old man with pulmonary oedema secondary to acute urinary retention was presented. We discuss the possible pathophysiology and some of the therapeutic issues.

key words: elderly, urinary retention, pulmonary oedema

Wstęp

Rozpoznanie zatrzymania moczu u osób w podeszłym wieku może być trudne nawet dla doświadczonego klinicysty. Starszy pacjent z zaburzeniami logicznego kontaktu często nie jest w stanie przedstawić lekarzowi przyczyn swoich dolegliwości.

W niniejszej pracy przedstawiono nietypowy przypadek zatrzymania moczu z poważnymi następstwami kardiologicznymi.

Opis przypadku

Pacjenta w wieku 90 lat przyjęto do szpitala z powodu obustronnego zapalenia płuc. Do momentu hospitalizacji chory był raczej samodzielny, w niewielkim stopniu korzystał z pomocy rodziny, nie był nigdy hospitalizowany, przyjmował regularnie leki z powodu nadciśnienia tętniczego oraz gruczolaka prostaty. Na oddziale zmodyfikowano leczenie hipotensyjne, przerwano terapię α -adrenolitykiem. Zapalenie płuc leczono z zastosowaniem ciprofloksacyliny. Stan pacjenta, który początkowo ulegał szybkiej poprawie, w 4. dobie zaczął się gwałtownie pogarszać. Wystąpiła silna duszność, migotanie przedsionków

z akcją komór 140/min oraz nastąpił wzrost wartości ciśnienia tętniczego do 240/130 mm Hg. Chory wskazywał na niecharakterystyczne bóle brzucha. Konsultujący lekarz stwierdził obecność znacznego zastojów nad polami płucnymi. Mężczyznę przeniesiono na oddział intensywnej opieki medycznej z podejrzeniem zatorowości płucnej. W badaniu RTG klatki piersiowej wykazano obraz rozwiniętego obrzęku płuc. Ponadto stwierdzono znaczne powiększenie obwodu brzucha z silną bolesnością uciskową w podbrzuszu i stłumiony odgłos opukowy w rzucie pęcherza moczowego. Po zacewnikowaniu dróg moczowych uzyskano 3700 ml zalegającego moczu. Dolegliwości brzuszne ustąpiły, znormalizowano wartości ciśnienia tętniczego, wyrównano krążenie, powrócił rytm zatokowy. W badaniach dodatkowych (ECHO serca, RTG klatki piersiowej, stężenie troponiny, stężenie d-dimerów) wykluczono zator płucny, odmę opłucnową, zawał serca, tętniaka aorty, tamponadę osierdzia. W badaniu echokardiograficznym wykazano ponadto prawidłową czynność skurczową lewej komory serca (frakcja wyrzutowa 52%) z upośledzeniem funkcji rozkurczowej. Po stabilizacji stanu ogólnego pacjent powrócił na oddział ogólny z założonym cewnikiem. W 7. dobie hospitalizacji u chorego ponownie wystąpiły dolegliwości bólowe brzucha, tym razem przyczyną było zatkanie cewnika przez masy śluzowe. Po wymianie cewnika uzyskano 2500 ml zalegającego moczu, a dolegliwości

Adres do korespondencji:
dr med. Paweł Franczuk
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
tel.: (012) 421 11 13, faks: (012) 423 10 80
e-mail: franczuk@mp.pl

ustąpiły. Podczas hospitalizacji zatrzymanie moczu spowodowane zalegającymi masami powtórzyło się jeszcze 2-krotnie. Przeprowadzane wielokrotnie interwencje urologiczne z płukaniem cewnika były nieskuteczne. Pomimo podeszłego wieku chorego zakwalifikowano do przezcewkowej resekcji gruczołu krokowego. Operacja była skuteczna, a chory po zabiegu nadal funkcjonuje samodzielnie, nie korzystając z cewnika.

Dyskusja

Nagłe zatrzymanie moczu jest częstym zjawiskiem u pacjentów w podeszłym wieku. Szacuje się, że co 3. mężczyzna w wieku powyżej 80 lat doświadczy tego stanu w ciągu kolejnych 5 lat życia. Ryzyko ostrego zatrzymania moczu wzrasta u pacjentów z dodatnim wywiadem w kierunku chorób układu moczowego, przerostem prostaty oraz podwyższonym stężeniem antygenu swoistego dla prostaty (PSA, *prostate specific antigen*) [1]. Do zatrzymania moczu dochodzi najczęściej niespodziewanie, bez uchwytnej zewnętrznej przyczyny, przy czym towarzyszą temu silne dolegliwości bólowe. Choć leczeniem tego zespołu zajmują się przede wszystkim urolodzy, to u niektórych chorych wywołana bólem aktywacja adrenergiczna może prowadzić do poważnych następstw hemodynamicznych [2].

W omawianym przypadku do nagłego zatrzymania moczu doszło prawdopodobnie w wyniku modyfikacji leczenia — przy przyjęciu do szpitala przerwano terapię doksazosyną, ponadto dotychczas samodzielnie poruszający się pacjent z powodu osłabienia towarzyszącego zapaleniu płuc został unieruchomiony. Nie mógł oddać moczu w pozycji leżącej, o czym nie wiadomo, gdyż nie kontrolowano diurezy. Zalegający mocz powodował narastanie bólu brzucha, którego chory nie zgłaszał (jako były żołnierz uznał, że „taką drobnostką” nie wypada niepokoić pielęgniarek). Silny ból, w połączeniu z modyfikacją leczenia hipotensyjnego spowodował wzrost ciśnienia tętniczego, napad migotania przedsionków i ostatecznie obrzęk płuc. Mechanizm tego zjawiska może być następujący: charakterystyczna dla podeszłego wieku dysfunkcja rozkurczowa lewej komory w połączeniu ze wzrostem ciśnienia tętniczego doprowadziła do migotania przedsionków. Niedopełnienie komory w końcowej fazie rozkurczu zmniejsza pojemność minutową nawet o 30%, co wraz z tachykardią skracającą okres rozkurczu oraz wzrostem obciążenia następczego spowodowało ostrą niewydolność lewej komory serca. Tak pozornie prozaiczna przyczyna, jak zatrzymanie moczu w przebiegu gruczolaka prostaty, doprowadziła do zagrożających życiu następstw.

W ostatnich latach częstość stosowania doksazosyny i innych leków α -adrenolitycznych systematycznie się zmniejsza [3]. Wielu internistów korzystając z wyników badania *Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial* (ALLHAT), modyfikuje leczenie hipotensyjne u chorych i przerywa terapię lekami z tej grupy. Tymczasem należy pamiętać, że leki, takie jak antagoniści receptora α_1 -adrenergicznego, nadal są skuteczne w leczeniu objawów łagodnego przerostu prostaty, a ich nagłe odstawienie nasila objawy urologiczne i może prowadzić do ostrego zatrzymania moczu [4].

W kontekście omawianego przypadku warto podkreślić rolę zespołu pielęgniarskiego w zapobieganiu i rozpoznawaniu nagłego zatrzymania moczu. Osoby starsze czy to z powodu obniżonego progu odczuwania bólu, czy ewentualnego utrudnienia kontaktu słownego, czy wreszcie ze względu na zakłopotanie spowodowane tym problemem mogą nie informować o trudnościach w oddawaniu moczu. Wykwalifikowany personel, świadomy istotności problemu i mający doświadczenie w kontakcie z pacjentami w podeszłym wieku, może pomóc w rozpoznaniu zatrzymania moczu w jego wczesnej fazie [5, 6]. Wśród personelu pielęgniarskiego na oddziałach, na których ryzyko tego powikłania jest szczególnie duże (sale pooperacyjne, oddziały neurologiczne i rehabilitacji), niekiedy przeprowadza się szkolenia w zakresie nieinwazyjnego rozpoznawania retencji moczu za pomocą prostego przenośnego aparatu USG [7]. Łatwą metodą wczesnego rozpoznawania zatrzymania moczu jest prowadzenie bilansu płynów, a zwłaszcza kontrola diurezy, u wszystkich pacjentów zagrożonych tym powikłaniem.

W omawianym przypadku niemożność trwałego opanowania objawów przy użyciu metod zachowawczych doprowadziła do konieczności przeprowadzenia zabiegu przezcewkowej prostatektomii. Leczenie operacyjne jest wprawdzie docelowym postępowaniem u pacjentów z nagłym zatrzymaniem moczu i przerostem gruczołu krokowego, jednak u chorych w podeszłym wieku, u których występuje obciążenie kardiologiczne zaleca się postępowanie zachowawcze [8]. Warto zarazem zauważyć, że istnieją doniesienia świadczące o tym, iż wiek i choroby towarzyszące nie mają istotnego wpływu na powikłania zabiegu przezcewkowej prostatektomii [9].

Podsumowując, należy podkreślić, że przewlekła uropatia zaporowa z wysokim ciśnieniem wewnątrz pęcherza i wtórnym obustronnym wodonerczem jest jedną z częstszych przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego. Zespoły te określane skrótem HPCR (*high pressure*

chronic retention) przebiegają z reguły bezbólowo, a dominującym objawem może być oporne na leczenie nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, a nawet epizody obrzęku płuc. Zacewnikowanie pęcherza moczowego, a docelowo prostatektomia prowadzą najczęściej do normalizacji wartości ciśnienia tętniczego [10–12]. Innym opisywanym w piśmiennictwie poważnym hemodynamicznie powikłaniem przewlekłej retencji moczu jest zakrzepica uciskanych przez powiększony pęcherz żył miednicy mniejszej skutkująca zatorowością płucną [13].

Wnioski

Ostre i przewlekłe zatrzymanie moczu wtórne do przerostu prostaty jest częstym zjawiskiem u pacjentów w podeszłym wieku. Traktowane zasadniczo jako problem urologiczny schorzenia te mogą jednak prowadzić do poważnych powikłań hemodynamicznych. Właściwy nadzór pielęgniarski (monitorowanie diurezy) może zapobiec poważnym cierpieniom pacjenta i konieczności stosowania skomplikowanych metod diagnostycznych w przypadku ewentualnych powikłań.

Streszczenie

Ostre i przewlekłe zatrzymanie moczu jest częstym zjawiskiem występującym u mężczyzn w podeszłym wieku. Są to urologiczne dolegliwości, które mogą wiązać się z poważnymi komplikacjami ze strony układu sercowo-naczyniowego. W pracy przedstawiono przypadek 90-letniego mężczyzny z obrzękiem płuc wtórnym do ostrego zatrzymania moczu. Omówiono zasady opieki nad starszym pacjentem z przerostem prostaty.

słowa kluczowe: podeszły wiek, zatrzymanie moczu, obrzęk płuc

PIŚMIENNICTWO

- Emberton M., Anson K.: *Acute urinary retention in men: an age old problem*. BMJ 1999; 318: 921–925.
- Hogenson K.D.: *Acute postoperative hypertension in the hypertensive patient*. J. Post Anest. Nurs. 1992; 7: 38–44.
- Stafford R.S., Furberg C.D., Finkelstein S.N., Cockburn I.M., Alehegn T., Ma J.: *Impact of clinical trial result on national trends in alpha-blocker prescribing 1996–2002*. JAMA 2004; 291: 54–62.
- Evliyaoglu Y., Burgut R.: *Lower urinary tract symptoms, pain and quality of life assessment in chronic non-bacterial prostatitis patients treated with alpha-blocking agent doxazosin versus placebo*. Int. Urol. Nephrol. 2002; 34: 351–356.
- Pfeiffer G.M., Giacomara M.: *Benign prostatic hyperplasia. A review of diagnostic and treatment options*. Adv. Nurse Pract. 1999; 7: 31–36.
- Osborne D.M.: *Managing patients with a distended bladder*. Clin. J. Oncol. Nurs. 2000; 4: 103–104.
- Borrie M.J., Campbell K., Arcese Z.A. i wsp.: *Urinary retention in a geriatric rehabilitation unit: prevalence, risk factors and validity of bladder scan evaluation*. Rehabil. Nurs. 2001; 26: 187–191.
- Atala A., Amin M.: *Current concepts in the treatment of genitourinary tract disorders in the older individual*. Drugs Aging 1991; 1: 176–193.
- Ibrahim A.I., el-Mahlik E., Ghali A.M., Murad N., Saad M.: *Effect of age, comorbidity and type of surgery on perioperative complications and mortality of prostatectomy*. Br. J. Urol. 1995; 76: 341–345.
- Jones D.A., George N.J.R., O'Reilly P.H., Barnard R.J.: *Reversible hypertension associated with unrecognized high pressure chronic retention of urine*. Lancet 1987; 8541: 1052–1054.
- Ghose R.R., Harindra V.: *Unrecognised high pressure chronic retention of urine presenting with systemic arterial hypertension*. BMJ 1989; 298: 1626–1628.
- Bonapart I.E., Nienhuis J.E., Gravendijk R.E., Jonkman J.G., Dees A.: *Hypertension with neurologic manifestations caused by an enlarged prostate. (abstract in English)*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1998; 142: 1156–1158.
- Sousa Escandon M.A., Alejandro M., Garcia Figueiras R. i wsp.: *Pulmonary thromboembolism after chronic bladder distension*. Prog. Urol. 2001; 11: 323–326.