Οξεία επίσχεση ούρων μετά από χρήση κοκαΐνης

Νικόλαος Καλογεράς[1], Αλέξανδρος Σ. Ζησόπουλος[1], Δημήτριος Μαυράκης[2], Νέστωρας Καραγιώτας[2]

[1] Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ο Άγιος Δημήτριος»
[2] Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. Καρδίτσας

Η οξεία επίσχεση ούρων αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση με ποικίλα αίτια και σημαντική επίπτωση, ιδίως στον ανδρικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια περιγράφονται αρκετά περιστατικά στα οποία ενοχοποιείται η χρήση τοξικών ουσιών. Παρουσιάζουμε παρακάτω μια ενδιαφέρουσα περίπτωση νεαρού άνδρα με οξεία επίσχεση ούρων μετά από χρήση κοκαΐνης.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ: ***ΚΟΚΑΪΝΗ, ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ, ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ***

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την αποθήκευση και αποβολή των ούρων. Παρότι λειτουργεί με τη βοήθεια αυτόνομων νευρικών οδών βρίσκεται υπό το συνεχή έλεγχο και συντονισμό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Η επιτυχημένη κένωση της κύστης προϋποθέτει την ταυτόχρονη σύσπαση του εξωστήρα μυ και τη χαλάρωση του έξω σφιγκτήρα. Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης με μειωμένη δραστηριότητα του εξωστήρα και υπερτονία του σφιγκτήρα οδηγεί συνήθως σε οξεία επίσχεση.[1]

Η επίδραση αναισθητικών και ναρκωτικών ουσιών στη νευροφυσιολογική λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού δυνατόν να εκδηλώνεται με δυσχέρεια ούρησης έως επίσχεση ούρων. Με την εξάπλωση της χρήσης νευρολητικών ουσιών πληθαίνουν οι περιπτώσεις δυσλειτουργίας της ούρησης σε νεαρές ηλικίες χωρίς προηγούμενο ιστορικό.[2] Παρότι η συσχέτιση αυτή είναι γενικά παραδεκτή, υπάρχει ένδεια βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης του μηχανισμού δράσης των ναρκωτικών ουσιών στη λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού. Σκοπός της παρούσας είναι η περιγραφή περιστατικού με οξεία επίσχεση ούρων μετά από χρήση κοκαΐνης και η προσέγγιση των πιθανών εμπλεκόμενων μηχανισμών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα, ηλικίας 29 ετών, ο οποίος προσήλθε σε ημέρα γενικής εφημερίας αιτιώμενος δυσχέρεια ούρησης και άτυπο οπισθοηβικό άλγος από διημέρου. Προηγήθηκε επίσκεψη σε Κέντρο Υγείας, όπου διαγνώσθηκε οξεία προστατίτιδα και συνταγογραφήθηκε σιπρο-φλοξασίνη.

Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα πλην ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση υπερηβικά. Ο ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα κοιλίας, το οποίο κατέδειξε κύστη πλήρη περιεχομένου. Ακολούθησε δεύτερο υπερηχογράφημα μετά από δυσχερή ούρηση, το οποίο παρουσίαζε μεγάλο υπόλειμμα ούρων.

Στην προσπάθεια πληρέστερης λήψης ιστορικού ο ασθενής αποκάλυψε περιστασιακή χρήση κοκαΐνης από διμήνου και συστηματική λήψη τα τελευταία τρία εικοσιτετράωρα. Το ατομικό του αναμνηστικό ήταν ελεύθερο παθήσεων. Τέθηκε άμεσα ουροκαθετήρας και χορηγήθηκαν α-αναστολείς. Κατά την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα παροχετεύθηκαν σταδιακά 700ml ούρων (400ml αρχικώς και 300ml σε δεύτερο χρόνο). Η γενική εξέταση και η καλλιέργεια ούρων, τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο Κέντρο Υγείας, ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Μετά από 48 ώρες έγινε αφαίρεση του ουροκαθετήρα, οπότε ο ασθενής άρχισε να ουρεί ικανοποιητικά, χωρίς

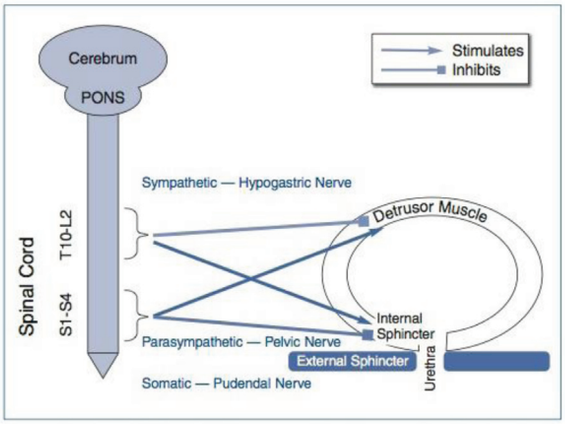
κώλυμα, γεγονός που επιβεβαιώθηκε από νέο υπερηχογραφικό έλεγχο.

Στο πλαίσιο της διερεύνησης της αιτίας της επίσχεσης ούρων προγραμματίστηκε ουροδυναμικός έλεγχος, από τον οποίο δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Ζητήθηκε εκτίμηση από Νευρολόγο, ο οποίος συνέστησε MRI σπονδυλικής στήλης προς αποκλεισμό πιθανής πολλαπλής σκλήρυνσης. Όλος ο έλεγχος απέβη φυσιολογικός.

Ακολούθησε ραντεβού με υπηρεσία αρμόδια για την ψυχολογική στήριξη και αποτοξίνωση χρηστών ουσιών. Σε επανέλεγχο, μετά από ένα μήνα ,ο ασθενής αρνήθηκε νέα χρήση κοκαΐνης και δεν ανέφερε άλλο επεισόδιο δυσχέρειας ούρησης ή επίσχεσης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τη φυσιολογική πλήρωση και κένωση της ουροδόχου κύστης καθορίζεται από την αλληλεπίδραση αυτόνομου και σωματικού νευρικού ελέγχου. Η πλήρωση της κύστης ρυθμίζεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (Θ10-Ο2). Εμμύελες Αδ ίνες φέρουν προσαγωγά ερεθίσματα από το τοίχωμα της κύστης στο νωτιαίο μυελό, ενεργοποιώντας αντανακλαστικά τόξα που φέρονται μέσω του υπογάστριου νεύρου σε αδρενεργικούς υποδοχείς και προκαλούν χάλαση του εξωστήρα μυ, σύσπαση του αυχένα της κύστης και των λείων μυικών ινών του έσω σφιγκτήρα. Στο μηχανισμό της εγκράτειας συμμετέχουν επιπλέον απαγωγές σωματικές ίνες από το αιδοϊϊκό νεύρο που διεγείροντας τους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης επάγουν τη σύσπαση του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας. Η αντίθετη διαδικασία της κένωσης της κύστης οφείλεται στη δράση αντανακλαστικών τόξων από το παρασυμπαθητικό (Ι2-Ι4), που φέρουν απαγωγά σήματα μέσω των πυελικών νεύρων στον έσω ουρηθρικό σφιγκτήρα, ο οποίος χαλαρώνει και στον εξωστήρα της κύστης, επάγοντας τη σύσπαση του. Ο εκούσιος έλεγχος της ούρησης γίνεται από το φλοιό και το λιμβικό σύστημα, ενώ η εναλλαγή των φάσεων της ούρησης καθορίζεται από το εγκεφαλικό στέλεχος, όπου συντονίζονται το αυτόνομο και σωματικό νευρικό σύστημα (εικόνα 1).[1-3]



Εικόνα 1. *Νευρολογικές οδοί στη λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού*

Η ισορροπία της πολύπλοκης αυτής νευροφυσιολογικής λειτουργίας μπορεί εύκολα να διαταραχτεί από τη χρήση τοξικών ουσιών. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται περιστατικά επίσχεσης ούρων μετά από χρήση ουσιών όπως τα οπιοειδή, η κοκαΐνη, η κεταμίνη, η μεθαμφεταμίνη και το LSD.[4]

Η χρήση οπιοειδών (μορφίνη, ηρωίνη) μειώνει την αισθητική ικανότητα του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης μέσω δέσμευσης των υποδοχέων των οπιοειδών στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, όπου άγονται τα προσαγωγά αισθητικά ερεθίσματα από την κύστη. Η οδός χορήγησης φαίνεται να παίζει ρόλο στη συχνότητα εμφάνισης επίσχεσης, με την ενδοφλέβια και επισκληρίδια οδό να υπερτερούν. Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι τα οπιοειδή αυξάνουν τον τόνο του έσω σφιγκτήρα μέσω υπερδιέγερσης του συμπαθητικού, δυσχεραίνοντας την έξοδο των ούρων. Η αλληλουχία αυτή οδηγεί σε καθυστερημένη έναρξη της ούρησης και σε αύξηση της λειτουργικής χωρητικότητας της κύστης.[3,5,6]

Η κοκαΐνη δρα αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη κατεχολαμινών και έτσι αυξάνει την κυκλοφορούσα ενδογενή νορεπινεφρίνη, δρώντας συμπαθητικομιμητικά στην κύστη, γεγονός το οποίο μπορεί επίσης να οδηγήσει σε οξεία επίσχεση ούρων.[2,3]

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ουρολογική κοινότητα εμφανίζει η κατάχρηση της κεταμίνης. Πρόκειται για ανταγωνιστή των NMDA υποδοχέων, ευρέως χρησιμοποιούμενο στην παιδιατρική αναισθησία. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες ουσίες, η δράση της στο κατώτερο ουροποιητικό επιτυγχάνεται μέσω των προϊόντων αποδόμησής της στα ούρα. Η αποβαλλόμενη με τα ούρα υδροξυνορκεταμίνη προκαλεί ερεθιστικά συμπτώματα από την κύστη με τη δημιουργία ηωσινοφιλικής ελκωτικής κυστίτιδας και ουροδυναμικά ευρήματα υπερλειτουργικού εξωστήρα και μειωμένης ευενδοτότητας.[7,8]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χρήση της κοκαΐνης δεν έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του κλινικού ιατρού ως αιτία επίσχεσης ούρων. Εν προκειμένω, παρότι η επίσχεση του ασθενούς δεν μπορεί να

αποδοθεί αναμφισβήτητα στο ιστορικό χρήσης κοκαΐνης, η απουσία άλλης παθολογίας και το ελεύθερο ιστορικό του οδηγούν στην απόδοση του συμβάματος στην πρόσφατη κατάχρηση της τοξικής αυτής ουσίας.

Η διάδοση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών και η επίδρασή τους σε πολλαπλά συστήματα καθιστούν μείζονος σημασίας τον υψηλό βαθμό υποψίας του ιατρού κατά τη λήψη ιστορικού.

SUMMARY

N. Kalogeras[1], A. Zisopoulos[1], D. Mavrakis[2], N.Karagiotas[2]

Acute urinary retention, associated with cocaine abuse

Hellenic Urology 2013, 25: 224-226

[1] Department of Urology " Agios Dimitrios", General Hospital of Thessaloniki
[2] Department of Urology General Hospital of Karditsa

Acute urinary retention is an unpleasant situation with significant incidence especially in male population, the causes of which are numerous and diverse. During the last few years, an increased number of patients with acute urinary retention are being associated with drug abuse. We report the case of a young man suffering from acute urinary retention following cocaine abuse.

KEYWORDS: ***COCAINE, URINARY RETENTION, DRUGS***

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ANDERSSON KE. Neurophysiology and pharmacology of the lower urinary tract. Smith's general urology. 17th ed., McGraw Hill, New York, 2007: 426-437
2. ANDERSSON KE, HEDLUND P. Pharmacologic perspective on the physiology of the lower urinary tract. Urology 2002, 60: 1-20
3. ELSAMRA SE, ELLSWORTH P. Effects of analgesic and anesthetic medications on lower urinary tract function. Urologic Nursing 2012, 32: 60-68
4. DELGADO JH, CARUSO MJ, WAKSMAN JC, HONIGMAN B, STILLMAN D. Acute, transient urinary retention from combined ecstasy and methamphetamine use. J Emerg Med 2004, 26: 173-175
5. DARRAH DM, GRIEBLING TL, SILVERSTEIN JH. Postoperative urinary retention. Anesthesiology Clinics 2009, 27: 465-484
6. BALDINI G, BAGRY H, APRIKIAN A, CARLI F. Postoperative urinary retention: Anesthetic and perioperative considerations. Anesthesiology 2009, 110: 1139-1157
7. BEUERLE JR, BARRUETO F JR. Neurogenic bladder and chronic urinary retention associated with MDMA abuse. J Med Toxicol 2008, 4: 106-8
8. CHU PS, MA WK, WONG SC, CHU RW, CHENG CH, WONG S, et al. The destruction of the lower urinary tract by ketamine abuse: A new syndrome? BJU int 2008, 102: 1178-1179