

ALKOHOLIK V ORDINACI UROLOGA

MUDr. Dušan Fügner

Nemocnice Šumperk spol. s r. o.

Chronický alkoholismus je opomíjeným zdrojem urologických potíží. Autor se pokouší tuto problematiku přiblížit a upozornit na některé momenty, se kterými se může urolog v denní praxi setkat až překvapivě často.

Úvod

Kdyby jakákoliv choroba napadla naše občany tak jako alkoholismus, byl by vyhlášen stav národního ohrožení.

Výskyt

Asi 25 % nemocných na somatických, tj. jiných, než psychiatrických pracovištích, má přinejmenším problematický vztah k alkoholu. Alkoholismus je nejčastější diagnózou u mužů ve skupině 18–65 let a třetí nejčastější diagnózou nad 65 let. Alkoholici tvoří až 36 % hospitalizovaných v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Dle Medicare ve 38 % má v USA kterákoliv první diagnóza spojitost s alkoholem. Počty hospitalizovaných v souvislosti s alkoholem odpovídají počtu hospitalizovaných pro akutní infarkt myokardu. Na 28 % všech úmrtí nepřirozeným způsobem se podílí alkohol.

Velkým problémem hlavně u starších osob závislých na alkoholu je přidružený abúzus léků, především nesteroidních antirevmatik. Nepoznaných zůstává 80–90 % závislých, hlavně ve vyšších věkových skupinách.

Historie

Alkohol ve formě vína zná lidstvo 8 tisíc let. Alkoholismus je zmiňován v eposu o Gilgamešovi ze 4–3 tisíciletí před našim letopočtem. Hippokrates popisuje alkoholika jako člověka trpícího rychlým bušením srdce nespavostí s pocením, který často blouzní. Chronický alkoholismus přispěl k předčasnému úmrtí Alexandra Velikého roku 323 př. n. l. V české historii je alkoholismus zmiňován u řady panovníků, především u Václava IV. Čistý etanol byl destilací získán již v 11. století Araby. I pojem alkohol pochází s arabštiny – „Al-kuhl“ znamená „cosi, co je nejlepší“.

Charakteristika alkoholu

Etylalkohol je energeticky bohatá poživatina. Je to látka cizorodá, endogenní alkohol v těle neexistuje, ani se neukládá ve tkáních. Organismus se etanolu zbavuje z 90–98 % oxidací v játrech. Základní reakcí je odnětí dvou atomů vodíku za pomoci enzymu alkoholdehydrogenázy. Vodík narušuje chemickou rovnováhu a život buněk, jater, nich především.

Projevy akutní intoxikace alkoholem z pohledu urologa

Akutní intoxikace vyvolává centrální formu diabetes insipidus. Hypotonická polyurie zvýší osmolalitu aorganismus je nitrobuňčně dehydratován. Hrozí i hypoglykemie, ketoacidóza se může kombinovat s metabolickou alkalózou vyvolanou zvracením. Vzácnou komplikací je akutní alkoholická rhabdomyolýza jako příčina akutního renálního

ho selhání. Diagnóza akutní intoxikace nečiní potíží. Z křivky eliminace etanolu z krve a z moči se dá stanovit doba požití etanolu. V moči je vždy 1,4× vyšší koncentrace etanolu než v krvi.

Za zmínku stojí i další souvislost s mikcí. Díky periferní vazodilataci při akutní ebrietě nejsou vzácností tzv. mikční synkopy.

Postižení ledvin při chronickém etylizmu

Chronický alkoholik je v podstatě psychicky a fyzicky nemocný člověk s podivuhodnou hrdostí. Do poslední chvíle odmítá pomoc, o které ví, že je nevyhnutelná. Svůj problém dlouhodobě tají, často velice dovedně, a pak dochází k pádu na dno. Každý alkoholik má to své dno jiné. Nikdo není k tomu, aby se stal alkoholikem předurčený. Nikdo nemá předem však ani jistotu, že se jím nestane.

Poškození jater a výrazná souvislost úmrtnosti na cirhózu jaterní s chronickým alkoholizmem jsou opakovaně prokázány. V některých lokalitách je jaterní cirhóza třetí nejčastější příčinou smrti ve skupině 2–65 let.

Studii o vlivu chronického etylizmu na ledviny je mnohem méně, ale určitý souhrn je možný.

IgA nefropatie

Popsána Bergerem (1969) je charakterizována depozitací IgA v mezangiu. U zemřelých chronických etyliků jsou nacházena depozita v cévách ledvin, jater a kůže. Není-li vysvětlení pro určité renální onemocnění, lze z výsledku kožní biopsie vyslovit podezření na IgA nefropatii. Urolog se ve své praxi může setkat s takovým nemocným, u něhož pátrá po zdroji hematurie. Častá je tichá totální makroskopická hematurie v krátkém časovém intervalu po faryngeálním nebo bronchiálním infektu. V polovině případů je zde zvýšen IgA i v séru.

Intersticiální nefritida

Chronický alkoholismus je díky sekundárnímu hyperparatyreoidismu významným etiologickým faktorem vzniku osteoporózy. Tento fakt je nutno vždy vzít v úvahu při diagnostice poruchy známé jako „ADAM či PADAM“. Alkoholik je charakteristický deplecí fosforu z malnutrice a malabsorpce. Stejně příčiny má i porucha metabolismu vápníku. Závislí na alkoholu nezřídka požívají lihoviny pochybné kvality (samohonky, „moonshine“). I z těchto důvodů je u etyliků vyšší výskyt intersticiální nefritidy a urolitiázy. V přiboulinách bývá vyšší obsah olova a arzenu. Chronická intoxikace těmito látkami urychluje progresi intersticiální nefritidy.

Dalším faktorem ovlivňujícím vznik a vývoj intersticiální nefritidy a urolitiázy u alkoholika je porucha metabolismu kyseliny močové. Při látkové přeměně etanolu se tvoří laktát, laktátová acidóza snižuje clearance kyseliny močové. Alkohol zvyšuje obrát adeninových nukleotidů navíc, především pivo má i vysoký obsah purinů.

Problémy při podávání léků

Alkoholikova játra mají zvýšenou detoxikační kapacitu. Pokud je strážlivý, rychleji „likviduje“ léky – má k nim zvýšenou toleranci. V době alkoholového excessu játra dávají přednost detoxikaci alkoholu. Léky se naopak kumulují se všemi ohrožujícími následky.

Alkoholická polyneuropatie

Chroničtí alkoholici – ne všichni – trpí neuropatií. Projevy neuropatie u alkoholiků byly popsány už v roce 1787 Lettsonem jako bolestivá afekce dolních končetin. Za původce tohoto onemocnění, které je charakterizované axonální degenerací malých myelinových a non myelinových vláken, byl dříve považován deficit vitaminů skupiny B, především thiaminu.

Dnes je předpokládán přímý účinek etanolu při dlouhodobé expozici. Svou roli hrají uvolněné vodíkové ionty (u cirhózy jater je to prokázáno).

Zatímco u běžné populace je průměrná pravděpodobnost přežití dalších 7 let 94%, alkoholici s neuropatií mají tuto pravděpodobnost 88%. Alkohol je zodpovědný za 30 % všech neuropatií.

K vývoji stačí pravidelné požívání 300 ml destilátu (5–6 „velkých“) nebo 5 piv po dobu pěti let. Postižena může být kterákoliv věková skupina dospělých. Je tedy jen otázka, kdy dosáhne jedinec pětiletého výročí pravidelného nekontrolovaného požívání alkoholu. Neuropatie postihuje i vegetativní systém a centrální nervovou soustavu na všech etážích. Je charakteristické, že parasympatikus je poštěněn mnohem více než sympatikus.

Tabulka 1.

Pět celkových znaků

1. známky poškození jater
2. nevolnost
3. slabost dolních končetin
4. parestezie
5. poruchy chůze

Osum znaků při fyzikálním vyšetření

1. edémy
2. subikterus
3. hyperemie spojivek
4. telenagiektázie
5. tremor
6. hepatomegalie
7. jizvy (po pádech)
8. titubace

Tři kardinální laboratorní známky

1. gama-glutamyltransferáza GMT
2. asparát aminotransferáza AST
3. MCV = zvýšení průměrného volumu červených krvinek („blood cell macrocytosis“)

Prvním charakteristickým příznakem je noční dysestezie charakteru „bodání jehlami do dolních končetin“ zpočátku v jejich nejdálších částech (příznak ponožek).

V dalším vývoji přecházejí píchavé pocity v palčivou bolest. Typické bývá výrazné zhoršení v posledních třech měsících. Postižené nohy se nepotí na rozdíl od profuzního pocení zbytku těla. Spontánně bolí, ale citlivost na algické podněty, teplo a hlavně vibrace mizí.

Vedle neuropatie se na noze a bérce rozvíjí i myopatie charakterizovaná atrofií tzv. rychlých vláken. Nemocný má typickou zvláštní chůzi jako při únavě po dlouhé chůzi z prudkého kopce. Neuropatie je zodpovědná i za přidružené poruchy osmého hlavového nervu charakterizované postupnou ztrátou sluchu, poruchami rovnováhy a obličejem „vyžadujícím face-lift“.

Jícnové potíže má současně 61 % alkoholiků. Dominuje vysoká amplituda kontrakcí jícnu ve střední třetině, která vyvolává přestávky v řečovém projevu, ne při jídle. I za tuto poruchu je zodpovědný vodíkový iont.

Alkoholická polyneuropatie má své projevy i na dolních močových cestách, které nejsou specifické, zato však časté a časně. Příznaky tzv. „overactive bladder“ přecházejí 3–4 roky projevům na dolních končetinách. Svou roli přitom hraje i demyelinizace v motorických vlákních nervus pudendus. Prodlužuje se tzv. distální motorická latence k uretrálnímu sfinkteru, anální sfinkter zůstává nepostižený. Detruzor je poškozován vodíkovými ionty analogicky s játry, jícnem a myokardem. Svou roli hraje i vliv serotoninu. Každý alkoholik, ženy mnohem výrazněji, trpí depresemi. Hladiny serotoninu u těchto postižených jsou oproti normě 10× nižší. Chybí i zklidňující účinek serotoninu na detruzor. Chronický alkoholismus tedy multifaktoriálně postihuje komplex uretra – močový měchýř – dno pánevní.

Co je pro urologickou praxi důležité

Především musíme na možnost, že před sebou máme chronického alkoholika, myslet. Upozorním na některé záchytné body.

Inkontinentní degradovaná dementní osobnost asi nebude klientem naší ordinace, který by přišel sám. Nejcharakterističtější je často navoněný „švihák“ v čistém, leč poněkud z módy vyšlém oblečení (v posledních letech většinu prostředků vydal za alkohol). Snaží se vtipkovat, bagatelizovat, urologické potíže jej trápí a nesmírně vítá jinou možnou příčinu potíží sdělovanou mu lékařem, než je jeho alkoholismus.

Při odběru anamnézy se obtížně hýbeme z místa pro jeho ulpívavé myšlení. Pro lékaře nepsychiatra může být vodítkem tzv. zkrácený inventář markerů alkoholizmu (tabulka 1). Při pozitivitě této trojkombinace je pravděpodobnost chronického alkoholizmu 72 %.

Závěr

Urolog se ve své praxi s člověkem, který propadl alkoholu, setká poměrně často.

Toto onemocnění je klientem většinou umně skrýváno. Diagnóza je otázkou lékařovy všímavosti a schopnosti dát

si do souvislosti LUTS či „postpharyngitickou“ hematurii se slabostí dolních končetin a přidruženými, často dominujícími, poruchami v sexuální životě (již mimo rámec to-

hoto sdělení). Potvrzením diagnózy je uvedená symptomová trias a nově i na rtg výrazná osteoporóza až osteolýza hlavičky prvního metatarzu.

Literatura

1. Preedy VR, Paice AG, et al. Alcoholic myopathies. *Alcoholism* 1998; 22: 1614.
2. Richter JE. Oesophageal motility disorders. *The Lancet* 2001; 158: 823.
3. Monforte R, Estruch R, et al. Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism, a dose related toxic effect of alcohol: *Arch Neurol* 1995; 52, 45–51.

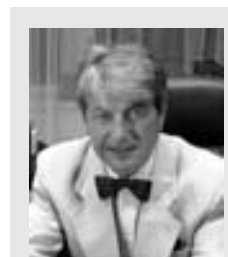
4. Tiebosch ATMG, Frederik PM et al: Thin membrane nephropathy in adults with persistent haematuria: *New Engl J Med* 1989; 320: 14–18.

Jednodenní intenzivní kurz na téma Stárnoucí muž (The Aging Male), problematika, diagnostika, léčba

V poslední době je věnována značná pozornost zdravotním problémům mužů po padesátce, shrnovaných pod Syndrom stárnoucího muže (The Aging Male). Pro rozmanitost symptomů a různost stupně jejich vyjádření je syndrom předmětem zájmu řady lékařských specializací. Nicméně jde o souborný problém jednoho stárnoucího muže, jehož řešení vyžaduje multidisciplinární spolupráci, ale také koordinaci a v neposlední řadě jistou organizační strukturu. Protože hlavní klientelu urologa tvoří právě stárnoucí muži, rozhodli jsme se uspořádat jednodenní kurz na téma Stárnoucí muž (The Aging Male) s cílem poskytnout především urologům ambulantní sítě základní penzum informací od renomovaných odborníků.

Kurz bude zakončen vyplněním dotazníku. Při správném zodpovězení obdrží posluchač certifikát o absolvování kurzu s prokázáním znalostí základů přednesené problematiky.

Kurz je pořádán z iniciativy Společnosti pro zdraví seniorů a Urocentra Praha, pod záštitou Oborové komise ČLK pro urologii. Je akreditovanou akcí.



doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.

Místo kurzu	Praha, FN Motol, budova ředitelství, malá pravá posluchárna
Datum konání	20. 4. 2002 (08.30 – cca 17.00)
Určeno pro	urology ambulantní složky, ostatní specialisty se zájmem o problematiku
Vedoucí lektor	doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.
Přednášející	doc. Hanuš, úvod do problematiky MUDr. Kubíček, urologická andrologie as. MUDr. Kalvach, interna prof. Stárka, endokrinologie doc. Kawaciuk, hormonální suplementace MUDr. Weiss, psychologie PhDr. Stílec, FTVS – tělesná rekondice MUDr. Staňková, možnosti dietologie
Přihlášky	seminar@clkcr.cz, vzdelavani@clkcr.cz, 0603/252483 a 02/57 21 13 29 nebo na adrese ČLK, Lékařská 2, 150 30 Praha 5.

Jde o první akreditovanou a certifikovanou akci v této problematice pořádanou ČLK. Absolvování kurzu dává certifikované oprávnění poskytování odborné péče v této oblasti. Skupina absolventů bude lokalizací svých praxí vytvářet základní síť odborných pracovišť doporučených veřejnosti zájmem se o tuto péči.

K účasti v kurzu zveme především urology ambulantní sféry.

doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.