

Ostre zatrzymanie moczu występujące w charakterze objawu konwersyjnego

Ravi C. Sharma, MD, Rajeshwar S. Thakur, MS

- U kobiet występujące bez uchwytne podłoża neuroanatomicznego zatrzymanie moczu jest problemem diagnostycznym i terapeutycznym.
- Ostre zatrzymanie moczu występujące w postaci objawu konwersyjnego u kobiet było uważane przede wszystkim za rozpoznane przez wykluczenie.
- U młodych kobiet związek czasowy między zatrzymaniem moczu a stresem psychospołecznym silnie przemawia za etiologią psychogenną.
- Odcięcie wtórnych korzyści i rozwiązanie stresujących sytuacji psychospołecznych przyspiesza remisję objawów i pozwala uniknąć niepotrzebnych badań urodynamicznych i wielokrotnego cewnikowania.

Streszczenie

W piśmiennictwie niewiele uwagi poświęcono ostremu zatrzymaniu moczu jako objawowi konwersyjnemu. Uważano je przede wszystkim za rozpoznane przez wykluczenie. Poniżej przedstawiono przypadek 20-letniej kobiety, u której wystąpiło ostre zatrzymanie moczu w charakterze objawu konwersyjnego związane z istotnymi poprzedzającymi je czynnikami psychologicznymi. Dzięki usunięciu wtórnych korzyści, sugestiom i przeprowadzeniu poradnictwa rodzinnego pacjentka całkowicie wyzdrowiała.

Wprowadzenie

W piśmiennictwie brakuje informacji na temat przyczyn i leczenia ostrego zatrzymania moczu u kobiet, mimo że ten sam problem dotyczący mężczyzn jest dobrze opisany.¹ Przyczyny ostrego zatrzymania moczu można podzielić na cztery grupy etiologiczne: obstrukcyjne (zaporowe), neurologiczne, farmakologiczne i psychogenne.² Chore z zatrzymaniem moczu występującym bez uchwytne podłoża neuroanatomicznego stwarzają problemy diagnostyczne i terapeutyczne i mogą być lekceważone jako osoby cierpiące na dolegliwości psychogenne.³ W prezentowanym przypadku zwrócono uwagę na znaczenie identyfikowania i rozwiązywania problemów psychospołecznych prowadzących do ostrego zatrzymania moczu u młodej kobiety.

Opis przypadku

20-letnia niezamężna kobieta, uczennica XII klasy, zgłosiła się do ambulatorium chirurgicznego (Surgical Out Patient Department, OPD) naszego szpitala, skarżąc się na ostre zatrzymanie moczu. Relacjonowała, że w ciągu minionych pięciu dni była trzykrotnie cewnikowana w rejonowej poradni podstawowej opieki zdrowotnej, a następnie została skierowana do naszego szpitala. W przeszłości nie występowały

u niej podobne dolegliwości. Badanie nie dostarczyło istotnych informacji z wyjątkiem tkliwości palpacyjnej pęcherza. Chorej założono cewnik i przebadano ją w kierunku retencji moczu i zakażenia układu moczowego. Wyniki badania ogólnego, rozmazu mikroskopowego i posiewu moczu nie wykazały odchyień od normy. Także RTG brzucha, USG jamy brzusznej i narządów miednicy dały prawidłowe wyniki. Zastosowano empiryczne leczenie w postaci tabletki ofloksacyny 200 mg stosowanej dwa razy na dobę i bromku butylohydroksycyny 10 mg trzy razy na dobę. Podjęto próbę usunięcia cewnika, ale ponownie doszło do zatrzymania moczu. Poproszono o konsultację psychiatryczną, ponieważ chora nie reagowała na leczenie. Zaplanowano także badanie urodynamiczne.

Badanie psychiatryczne ujawniło, że mieszkająca na wsi chora była narażona na poważny stres psychospołeczny związany z tym, że jej ojciec po spożyciu alkoholu często kłócił się z żoną i lżył pacjentkę. Dzień przed wystąpieniem objawów ojciec pacjentki zdemolował dom i zaatakował ją fizycznie. Chora była przeciętną uczennicą i była opisywana jako szczerza, wrażliwa i bierna z natury. Wstępna ocena stanu psychicznego nie dostarczyła istotnych informacji. Podczas kolejnego badania stwierdzono jednak, że jest bardzo przejęta swoją sytuacją rodzinną, natomiast obojętna wobec objawu fizycznego

Dr Sharma, professor, head of psychiatry, Indira Gandhi Medical College & Hospital, Shimla, Himachal Pradesh, India. Mr Thakur, surgeon, Civil Hospital Rampur, Shimla.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Ravi C. Sharma, MD, Professor & Head, Department of Psychiatry, Indira Gandhi Medical College & Hospital, Shimla (171001), Himachal Pradesh, India; e-mail: ravi82000@yahoo.com.

(la belle indifference). Wobec braku jakiegokolwiek uchwytnej somatycznej przyczyny zatrzymania moczu oraz silnego związku czasowego między wystąpieniem objawu a nasileniem stresu w rodzinie, kierując się kryteriami ICD-10,⁴ u pacjentki rozpoznano „reakcję konwersyjną”.

Zminimalizowano wtórne korzyści, jakie pacjentka czerpała od swoich bliskich i personelu medycznego. Pacjentka dostała konkretne zalecenia. Przepisano jej fluoksetynę 20 mg/24 h i alprazolam 0,25 mg wieczorem. Rodziców pacjentki dokładnie poinstruowano i wyjaśniono im znaczenie stresu w genezie objawów występujących u córki. Ojcu pacjentki wyznaczono kolejną konsultację i zaplanowano leczenie uzależnienia od alkoholu w poradni psychiatrycznej. Trzeciego dnia pacjentce usunięto cewnik. Zaczęła normalnie oddawać mocz. Została wypisana z zaleceniem przyjmowania wymienionych powyżej leków i zgłoszenia się po upływie 7 dni na wizytę kontrolną do poradni psychiatrycznej. Podczas wizyty kontrolnej pacjentka powiedziała, że w domu nie przyjmowała leków i nie miała żadnych objawów. Podczas wizyt kontrolnych przez następne 3 miesiące stwierdzono, że pacjentka pozostaje w dobrym stanie.

Podsumowanie

Dysfunkcje układu moczowego spowodowane przyczynami psychogennymi, takie jak reakcje konwersyjne i lękowe, opisywano u mężczyzn i kobiet.⁵ Psychogenne zatrzymanie moczu częściej opisywano u młodych dorosłych kobiet, u których w dzieciństwie występowało moczenie nocne oraz u tych wyrastających w zaburzonym środowisku społecznym. Takie pacjentki często określano jako histeryczne, uważając, że występujące u nich objawy odzwierciedlają wyparte, nieakceptowane seksualne pragnienia i impulsy.⁶

W jednym badaniu⁷ czynniki psychogenne uznano za drugą pod względem ważności przyczynę zatrzymania moczu u kobiet. Znaczenie zaburzeń psychologicznych w genezie ostrego i przewlekłego zatrzymania moczu u kobiet było opisywane również przez innych autorów.⁸⁻¹⁰ W przypadku opisanej chorej nie znaleziono dowodów na jakiegokolwiek fizyczne lub organiczne przyczyny, które tłumaczyłyby zatrzymanie moczu, natomiast jednoznacznie stwierdzono obecność stresora rodzinnego poprzedzającego wystąpienie objawu. Co więcej, objaw całkowicie ustąpił po wydaniu właściwych zaleceń, odcięciu wtórnych korzyści i zastosowaniu poradnictwa rodzinnego. Dlatego zatrzymanie moczu u opisywanej pacjentki można uznać za objaw konwersyjny.

Prezentowany przypadek rzuca światło na potrzebę zwracania uwagi na wyzwajające lub wzmacniające objawy stresory psychologiczne oraz ich zwalczanie, również w przypadku ostrego zatrzymania moczu, szczególnie u młodych kobiet, zanim zostaną narażone na niepotrzebne badania urodynamiczne i wielokrotne cewnikowanie.

Piśmiennictwo

1. Barone JG, Berger Y. Acute urinary retention in females. *Int Urogynecol J.* 1993;4(3):152-156.
2. Vander Linden EF, Venema PL. Acute urinary retention in women. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998; 142(28):1603-1606.
3. Kavia RB, Datta SN, Dasgupta R, et al. Urinary retention in women: its causes and management. *BJU Int.* 2006;97(2):281-287.
4. International Classification of Diseases. 10th rev. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
5. Sakakibara R, Uchiyama T, Awa Y, et al. Psychogenic urinary dysfunction: a uro-neurological assessment. *Neurourol Urodynam.* 2007;26(4):516-524.
6. Bird JR. Psychogenic urinary retention. *Psychother Psychosom.* 1980;34(1):45-51.
7. Kumar A, Banerjee GK, Goel MC, et al. Non-neurogenic, non-organic urinary retention in female: An indication for urodynamical evaluation. *Indian JI of Urol.* 1996;12(2):55-59.
8. Wheeler JS, Walter JS. Urinary retention in females: a review. *Int Urogynecol J.* 1992;3(2):137-142.
9. Mosli HA, Farsi HM, Rimawi MH, et al. Retention of urine in females: causes and management. *East Afr Med J.* 1991 68(8):617-623.
10. Sagar RS, Ahuja N. Psychogenic urinary retention. *Am J Psychiatry.* 1988;145(9):1176-1177.