

کنترل سیستیت بعد از یائسگی

ترجمه: دکتر سیمین منتظری
جراح و متخصص بیماری‌های زنان

زمان با شروع آخرین دوره قاعدگی خود ذکر می‌کنند. هم چنین زن‌ها بعد از یائسگی احتمالاً بیشتر به عفونت‌های مکرر سیستیت ادراری مبتلا می‌شوند.

سیستیت بعد از یائسگی تعریف دقیقی ندارد. معمولاً بعد از یائسگی هنگامی که علائمی چون تکرر ادرار، احساس دفع ادرار و دردناک بودن ادرار کردن مشاهده شود. این سیستیت تشخیص داده می‌شود. اغلب این زن‌ها به طور هم‌زمان دارای مشکلات واژینال شامل خشکی واژن، مقاربت دردناک و خارش نیز هستند. چون تعداد زیادی از بیماری‌ها ممکن است به این صورت بروز کنند، قبل از نسبت دادن علائم بیمار به آتروفی سیستیت ادراری - تناسلی باید پاتولوژی‌های مهم دیگر را رد کرد (جدول ۱).

میزان شیوع سیستیت بعد از یائسگی به علت فقدان طولانی مدت استروژن مشخص نیست، ولی احتمالاً در محدوده ۱۰ تا ۴۰ درصد می‌باشد. البته ممکن است میزان تخمین فعلی به‌طور قابل توجه کمتر از مقدار واقعی باشد، ولی از آنجا که ظهور

سیستیت ناشی از فقدان طولانی مدت استروژن خیلی کم گزارش می‌شود. شاید به این علت که بیشتر طرفداران جانشین درمانی با هورمون توجه به سودمندی‌های قلبی - عروقی و اسکلتی کرده، در حالی که مثانه و پیشابراه را فراموش می‌کنند. شواهد علمی و اپیدمیولوژیک مهمی وجود دارد که نشان می‌دهد هورمون‌های جنسی اثرات مهمی بر دستگاه ادراری دارند. میزان بروز علائم ادراری در زنان، در تمام سنین بیشتر از مردان است. اگر چه این تفاوت تاحدی مربوط به اختلافات تشریحی است تا هورمونی).

بسیاری از زنان در سنین باروری هم زمان با چرخه قاعدگی دچار تغییرات ادراری می‌گردند. به هر حال هنگامی که غلظت هورمون بعد از یائسگی کاهش می‌یابد، آثار هورمون‌های جنسی بر عملکرد ادراری آشکارتر شده و منجر به آتروفی سیستیت ادراری - تناسلی می‌گردد. میانگین سن بروز مشکلات ادراری - تناسلی در حدود سن یائسگی است به عنوان مثال حدود ۷۰ درصد زن‌هایی که بی‌اختیاری ادراری دارند، بروز این حالت را هم

این حالت اغلب چند سال بعد از یائسگی اتفاق می‌افتد، پزشک و بیمار هیچ یک این علائم را در ارتباط با کمبود استروژن نمی‌دانند. شاید همین عدم گزارش باعث می‌شود که در بسیاری از مقالات مروری درباره درمان جانشین با هورمون بیشتر تمرکز به مزایای استروژن بر سیستم قلب و عروق و استخوان‌بندی می‌شود و نسبت به آثار آن بر روی مثانه و پیشابراه توجه کمتری معطوف می‌گردد.

جدول ۱ - علل شایع سیستیت بعد از یائسگی

<p>الف - علل سیستیک</p> <p>۱- دیابت ملیتوس</p> <p>۲- درمان با دیورتیک ها</p>
<p>ب - سایکولوژیک</p> <p>۱- مصرف بیش از حد مایعات</p> <p>۲- عادت / اضطراب</p>
<p>ج - اروژ نیکولوژیک</p> <p>۱- ضایعات مخاطی مثانه مثل پاپیلوم مثانه، کارسینوم</p> <p>۲- سنگ مثانه ، جسم خارجی مثل بخیه</p> <p>بعد از عمل جراحی</p> <p>۳- سیستوسل</p> <p>۴- بی‌ثباتی عضلات دترسور مثانه</p> <p>۵- احساس دفع ادرار ایدیوپاتیک</p> <p>۶- سیستیت بینابینی</p> <p>۷- کاهش ظرفیت مثانه</p> <p>۸- آتروفی ادراری - تناسلی بعد از یائسگی .</p> <p>ناشی از کمبود استروژن</p> <p>۹- مقاربت جنسی</p> <p>۱۰- ضایعات پیشابراه مثل اورتریت - دیورتیکولوم - کارنکول</p> <p>۱۱- عفونت سیستم ادراری</p> <p>۱۲- اشکال در تخلیه ادرار</p>

پاتوفیزیولوژی

تست تحتانی سیستم ادراری و تناسلی هر دو از سینوس ادراری - تناسلی جنینی منشا می‌گیرند و از نظر تشریحی در ارتباط نزدیک با هم می‌باشند. در پوشش مخاطی اسکواموی ناحیه فوقانی و تحتانی اورترا و واژن بدون توجه به وضعیت هورمونی زنان، تعداد زیادی گیرنده وجود دارد. گیرنده‌های استروژنی در پوشش مخاطی ترانزیشنال مثانه یافت نمی‌شوند، ولی می‌توان آنها را در ناحیه تریگون مثانه جایی که مخاط آن دچار متاپلوزی اسکوامو شده باشد، مشاهده کرد. گیرنده پروژسترونی کمتر دیده می‌شود و بیشتر به وضعیت استروژن بستگی دارد.

بعد از یائسگی، pH واژن افزایش می‌یابد و منجر به تغییر فلور میکروبی واژن می‌گردد. کاهش تعداد لاکتوباسیل ها باعث تجمع و کلنی شدن فلورهای میکروبی مدفوع در واژن می‌گردد که این باکتری‌ها به عنوان پاتوژن های ادراری عمل می‌کنند. درمان با استروژن موجب بهبودی این تغییرات می‌گردد و هم چنین آتروفی بعد از یائسگی واژن را از بین می‌برد و تعداد سلول‌های بینابینی و سطحی را افزایش می‌دهد. این تغییرات سلولی را می‌توان در رسوب ادراری مشخص کرد.

در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی، در بسیاری از خانم‌ها تکرار ادرار دیده می‌شود. بررسی‌های ارودینامیک در این زمینه مدارک عینی این پدیده را فراهم کرده و افزایش طول آناتومیک و عملکردی پیشابراه را در اواسط چرخه قاعدگی و ابتدای مرحله لوتئال در مقایسه با ابتدای فاز فولیکولی و اواخر مرحله لوتئال به اثبات رسانیده است.

تغییراتی که با افزایش سن روی می‌دهند عبارتند از: افزایش مقدار کلاژن مثانه و کاهش فشار

عضلات دترسور در باز و بسته شدن یورترها هنگام عمل تخلیه ادرار، به علاوه فشار و ظرفیت یورترهای زن‌ها نیز کاهش می‌یابد. عوامل دیگری که ممکن است در افزایش علائم ادراری در دوره بعد از یائسگی تأثیر داشته باشند، شامل تغییر در جریان خون شریان وریکال تحتانی، کاهش آستانه حسی مثانه و بافت‌های پیشابراه، کاهش تعداد گیرنده‌های آلفا آدرنو رسپتورها در عضلات صاف یورترها می‌باشد.

در عین حال که به نظر می‌رسد احتمال دارد کاهش و سقوط میزان استروژن بعد از یائسگی تأثیر فراوانی بر مجاری تحتانی ادراری داشته باشد، ولی ممکن است افزایش علائم ادراری در این هنگام فقط به علت فرآیند پیر شدن باشد. به علاوه، مردان نیز دچار تغییرات مجاری تحتانی ادراری در ارتباط با سن می‌باشند، اگر چه هورمون‌های مردانه به این لحاظ تأثیر بسیار کمتری دارند.

بعضی مطالعات در زنان، افزایش میزان شیوع علائم ادراری از جمله بی‌اختیاری ادراری را ۱۰ سال پیش از آغاز تغییرات یائسگی گزارش کرده‌اند. از این رو، ممکن است آن را اتیولوژی چند عاملی دانست.

ارزیابی بیمار

گرفتن سابقه: یادآوری این نکته مهم است که علائم ادراری ممکن است علت سیستمیک داشته باشد، بنابراین این مسأله در سابقه بیمار باید در نظر گرفته شود. به عنوان مثال ممکن است بیمار دچار دیابت قندی باشد، یا به علت بیماری قلب و عروق تحت درمان با مدرها قرار گیرد، یا از سایر داروهایی استفاده کند که بر مثانه تأثیر می‌گذارند. سابقه قاعدگی نیز اهمیت دارد، چون ممکن است

بیمار زودتر از زمان معمول دچار یائسگی شده باشد.

اطلاعات مربوط به میزان مصرف مایعات توسط بیمار و الگوی دفع ادرار، باید با نمودار دفعات تخلیه و حجم ادرار تفسیر گردد. بسیاری از زنان مبتلا به تکرار ادرار، مقدار زیادی مایعات می‌نوشند و یا ممکن است این حالت به علت وجود پاتولوژی زمینه ساز باشد. در اغلب موارد به علت عادت بیمار این حالت مشاهده می‌گردد و گاهی کاهش مصرف مایعات یا پرهیز از الکل و یا کافئین تنها چیزی است که برای بهبودی لازم است. زنانی که حجم ادرار آنها در دفعات مکرر کم می‌باشد، ممکن است دچار عضلات دترسور بی‌ثبات، مشکلات تخلیه‌ای یا پاتولوژی داخل مثانه باشند، در حالی که تخلیه غیرمعمول ادرار با حجم زیاد مطمئن تر بوده و حاکی از مثانه ای با ثبات است.

در ابتدا باید نمودار دفعات تخلیه - حجم ادرار به مدت ۲ تا ۵ روز توسط بیمار تکمیل گردد. این نمودار در آموزش مجدد بیمار از نظر تخلیه مثانه راهنمایی سودمند بوده و مدارک عینی برای موفقیت را فراهم می‌سازد که در مراحل بعدی می‌توان آن را تکرار کرد.

بررسی‌های آزمایشگاهی: آزمایش کامل ادرار باید به‌عنوان یک آزمایش معمول انجام گیرد (جدول ۲). بررسی ادرار با dipstick ساده و ارزان است و راهنمای با ارزشی در مطالعات بعدی خواهد بود. در زنان مبتلا به هماتوری، سیستوسکوپی و معاینه مجاری ادراری فوقانی لازم می‌باشد. آن عده از بیماران که به گلیکوزوری مبتلا هستند، باید از نظر دیابت قندی بررسی شوند. پرتئینوری یا سایر علائم اختلال کار کلیه، اندازه‌گیری اوره - کراتینین و غلظت الکترولیت‌های سرم را ضروری می‌سازد.

عفونت مجاری ادراری بعد از یائسگی شایع است و باید از بررسی میکروسکوپی ادرار و کشت ادرار میانی استفاده شود. در صورتی که نتایج منفی بوده ولی علائم عفونت مجاری ادراری موجود باشد باید ادرار از نظر میکروارگانیسم های دیگر مثل مایکوپلاسماهمونیس و یوروپلازما اوره آلیتیکوم آزمایش شود، ولی این امر مستلزم استفاده از روش های کشت اختصاصی است. بررسی رودینامیک در صورتی که بیمار دچار عفونت باشد، ناراحت کننده بوده و احتمالاً نتایج آن قابل اعتماد نیست.

اگر چه انسداد جریان خروجی ادرار در زنان شایع نیست، اندازه گیری میزان جریان ادرار و حجم تخلیه شده با اوروفلومتری در صورتی مفید است که بیمار با مثانه پر احساس راحتی کند. با اسکن اولتراسون *ither* یا قرار دادن سوند باید باقی مانده ادرار بعد از تخلیه را اندازه گیری کرد و در صورتی که حجم باقی مانده ادراری بیش از ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر باشد، نشانه احتمالی وجود اشکال در تخلیه است. احتباس ادرار در مثانه، منجر به تکرار -رار و مستعد شدن برای ابتلا به عفونت شده که به نوبه خود باعث دیزوری و درد هنگام ادرار می گردد.

تقریباً برای تمام زنانی که علائم ادراری دارند انجام سیستمتری توصیه می گردد، زیرا تشخیص صحیح بدون تحقیق کامل تقریباً غیرممکن است. برای بیماران سالمند به خصوص آنهایی که دچار محدودیت حرکتی هستند، باید وقت بیشتری را صرف کرد. به طور کلی، این عده آزمایش سیستمتری را به خوبی تحمل می کنند. در این روش مثانه از محلول نرمال سالین پر می شود و فشار دترسور، از طریق تفریق کردن فشار رکتال

از فشار داخل مثانه محاسبه می گردد. جالب توجه است که تعداد زیادی از زنان دچار ناهنجاری ارودینامیک زمینه ای مانند دفع ادرار حسی، پایین بودن ظرفیت مثانه (شکل ۱) یا بی ثباتی دترسور (شکل ۲) هستند.

اگر به جای نرمال سالین از محلول کنتراست استفاده شود، می توان مثانه را تصویرسازی کرد و اطلاعات بیشتری در این مورد به دست آورد. گاهی لازم است مطالعات سرپایی انجام شود، زیرا این مطالعات نسبت به بررسی آزمایشگاهی ارودینامیک حساسیت بیشتری دارند، ولی این روش ها گران تر بوده و به وقت بیشتری نیازمند هستند. نکته مهم این است که هنگام انجام سیستمسکوپی از آستانه پایین استفاده شود تا به این ترتیب پاتولوژی داخل مثانه مشخص گردد.

بررسی مدخل واژن و پیشابراه در آغاز این روش می تواند تغییرات آتروفیک، سیستمسول، یا کارنکول پیشابراه را آشکار سازد. تریابکولاسیون شدید مثانه ممکن است توجه کننده زمینه ابتلا به بی ثباتی دترسور باشد. مخاط مثانه را برای رد کردن پاپیوم یا کارسینوم مثانه باید مورد بررسی قرار داد. سنگ یا اجسام خارجی دیگر به ویژه در بیماری که قبلاً تحت عمل جراحی مثانه قرار گرفته، ممکن است یافت گردد. یک نمونه بیوپسی باید از قاعده مثانه تهیه کرد، زیرا در بسیاری از بیماران مبتلا به سیستمیت مزمن یا بینابینی می تواند اپیتلیوم به ظاهر طبیعی باشد.

تصویر گرفتن از سیستم ادراری به خصوص هنگامی مهم است که در کشت یا سیتولوژی ادراری ناهنجاری موجود باشد. رادیوگرافی ساده شکم ممکن است تنها راه آشکار ساختن سنگ باشد، ولی در زنان مبتلا به عفونت های مکرر ادراری یا سنگ

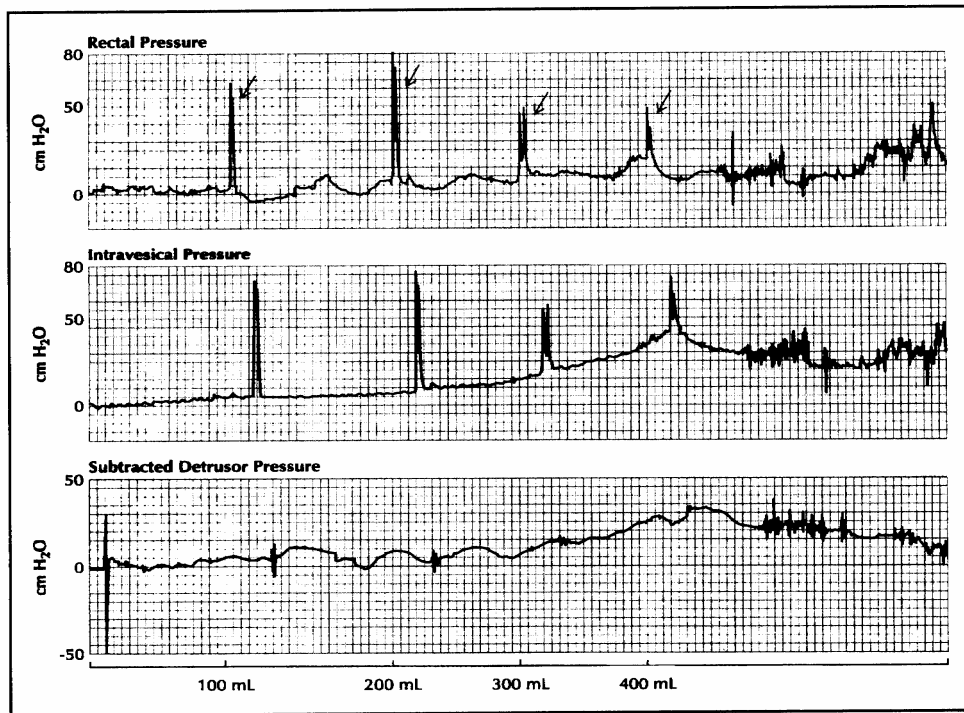
جدول ۲- ارزیابی بیمار مبتلا به سیستیت بعد از یانگی

الف- رایج	
۱-	تجزیه کامل ادرار
۲-	بررسی میکروسکوپی و کشت ادرار
۳-	نمودار حجم و تعداد دفعات ادرار
ب- اختصاصی	
۱-	اوروفلومتری
۲-	سیستومتری، ویدئو ارودینامیک
۳-	سیستوسکوپی و بیوپسی از مثانه
۴-	تصویرسازی از مجاری ادراری مثل IVP
والتراسونوگرافی	
۵-	بررسی اوره و الکتrolیت های سرم

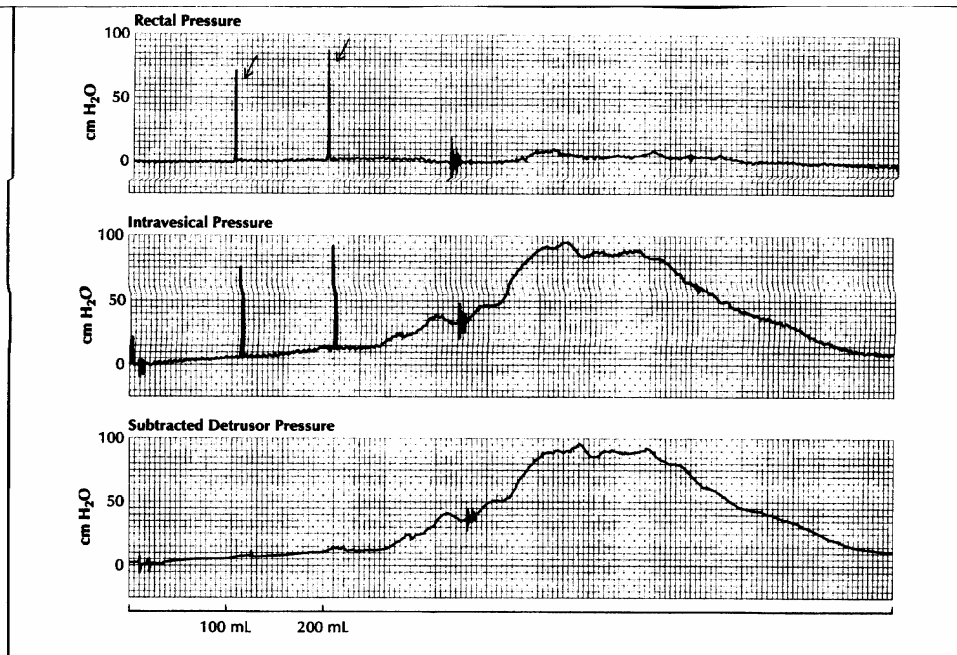
باید IVP (پیلوگرافی داخل وریدی) یا سونوگرافی انجام داد تا وجود ضایعه در کلیه رد شود. در صورتی که یک توده لگنی در معاینه موجود باشد باید اولتراسوند یا توموگرافی کامپیوتری با احتیاط انجام شود.

درمان

شروع درمان بدون در نظر گرفتن بررسی های مناسب، به شکست درمانی و احتمال از بین رفتن اعتماد بیمار منتهی می شود. در بیشتر موارد پی گیری و بررسی بیمار، ناهنجاری اختصاصی را



شکل ۱- یک سیستومتر و گرام در خانمی که دچار تکرر ادرار و احساس دفع ادرار بعد از یانگی است. می توان پایین بودن ظرفیت مثانه را نشان داد که حاکی از وجود پاتولوژی داخل مثانه است. در این روش مثانه را از محلول سالین پر می کنند و با کم کردن فشار رکتال از فشار داخل مثانه، فشار دترسور را اندازه گیری نمودند. افزایش فشار داخل شکم که هنگام سرفه در بیمار ایجاد می شود. در مثانه و رکتوم اندازه گیری شد. می توان قله های فشار (فلش ها) را مشاهده کرد. از بیمار خواسته شد هر بار که ۱۰۰ میلی لیتر محلول سالین وارد مثانه می شود. سرفه کند و به این ترتیب در حجم های ۱۰۰ - ۲۰۰ - ۳۰۰ - ۴۰۰ میلی لیتر قله های فشار دیده می شود. در این بیمار اولین نیاز به تخلیه در حجم ۱۹۰ میلی لیتر دیده شد و ظرفیت مثانه ۴۰۰ میلی لیتر بود که هر ۲ در حدود طبیعی بودند. هنگامی که مثانه با ۴۰۰ میلی لیتر پر شد. فشار دترسور به ۳۰ سانتی متر آب افزایش یافت (مقدار طبیعی کمتر از ۱۵ سانتی متر آب است).



شکل ۲ - سیستم‌متروگرام یک زن بعد از بانسگی که بی‌ثباتی دترسور را نشان می‌دهد. با پر شدن مثانه با محلول نمکی علی‌رغم تلاش بیمار در جلوگیری از انقباض، مثانه منقبض شد. این انقباض به صورت افزایش فشار داخل مثانه و کاهش فشار دترسور دیده شد. فقدان تغییر در فشار رکتال ثابت کرد که افزایش فشار داخل مثانه بیشتر به علت انقباض دترسور است تا افزایش فشار داخل شکم که در اثر سرفه کردن (فلش) یا عطسه دیده می‌شود. اولین نیاز به تخلیه ادرار در این بیمار در حجم ۱۳۰ میلی‌لیتر سالین دیده شد و ظرفیت مثانه (در ارتباط ششگاهی با بیمار) ۲۳۰ میلی‌لیتر بود. این ۲ مقدار کمتر از حد طبیعی بودند.

انتخاب استاندارد شده بیمار و معیارهای تشخیصی است، بنابراین احتمالاً شامل گروهی نامتجانس از بیماران می‌باشد. ممکن است در مورد انتشار نتایج مثبت نیز تعصباتی وجود داشته باشد.

اخیراً طی یک بررسی متا-آنالیز مشخص شده که استفاده از استروژن سیستمیک و موضعی در درمان آتروفی دستگاه ادراری - تناسلی موثر بوده است. فرآورده های واژینال به نظر سودمندتر هستند. مقدار خوراکی مناسب، نوع استروژن و مدت درمان باید مورد بررسی قرار گیرد.

تأثیر اصلی درمان بر نشانه ها و سیتولوژی بین ۱ تا ۳ ماه بعد از شروع درمان ظاهر می‌شود.

آشکار می‌سازد و امکان توجه به درمان را فراهم خواهد آورد. گاهی انجام اقدامات کلی نیز سودمند است. این اعمال شامل محدود کردن مصرف مایعات به میزان ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی‌لیتر در روز و پرهیز از مصرف مواد محرک مثانه و بهداشت مناسب پرینه می‌باشد.

آتروفی سیستم ادراری - تناسلی

اگرچه منطقی است که زنان دارای نشانه های سیستمیت بعد از بانسگی، با استروژن تحت درمان قرار گیرند ولی در این مورد بررسی‌های کنترل شده اندک است. بسیاری از بررسی‌ها، فاقد روش

در بعضی از زنان چند ماه طول می‌کشد تا پاسخ کافی نسبت به درمان ایجاد شود.

زنانی که هیستروکتومی نشده اند، حداقل هر ماه به مدت ۱۲ روز به پروژسترون نیاز خواهند داشت تا از هیپرپلازی آندومتر جلوگیری شود. ایجاد خونریزی پریود بعد از قطع هورمون، باعث نگرانی بعضی از بیماران می‌شود. عده ای از زنان را باید مطمئن ساخت که با این درمان خطر بروز کارسینوم پستان افزایش نخواهد یافت، مگر آن که حداقل مدت ۱۰ سال درمان با استروژن را ادامه داده باشند.

تجویز فرآورده های ترکیبی استروژن و پروژسترون که به آهستگی و به طور مداوم آزاد می‌شوند و یا حلقه های داخل رحمی آزاد کننده پروژسترون، درمان های دیگری هستند که قادرند عوارض جانبی ناخواسته هورمون‌ها را کاهش دهند. متأسفانه تعداد بررسی‌های انجام شده در زمینه مصرف دارو به مدت بیشتر از ۶ ماه بسیار اندک است و نیاز به مصرف استروژن موضعی در زنانی که درمان هورمون جایگزینی خوراکی دریافت می‌کنند، بررسی نشده است.

از آنجایی که انسداد جریان خروجی ادرار در زنان نادر می‌باشد، انجام دیلاتاسیون‌های جراحی پیشابراه در بسیاری از زنان که علائم سیستیت بعد از یائسگی دارند، غیر منطقی است. اگر چه دیلاتاسیون یورترا به طور معمول توسط بعضی از ارولژیست‌ها انجام می‌شود، ولی مدارک علمی برای حمایت از این روش ضعیف است و تا انجام بررسی‌های کافی ضرورت این عمل مورد بحث قرار می‌گیرد.

عفونت های مکرر سیستم ادراری

تغییرات فلور میکروبی واژن بعد از یائسگی

منجر به افزایش میزان شیوع عفونت مجاری ادراری می‌گردد بخصوص در زنانی که از نظر جنسی فعال هستند.

درمان با آنتی‌بیوتیک باید بر اساس نتایج کشت ادرار و حساسیت دارویی انجام شود. در بسیاری از موارد یک دوره طولانی درمان (تا ۳ ماه) با دوز پایین ممکن است لازم باشد.

اگر کشت ادرار منفی بوده ولی علائم عفونت وجود داشته باشد، ادرار باید به طور اختصاصی از نظر ارگانسیم های نادر و مقاوم بررسی شود. بسیاری از زنان بعد از یائسگی فقط به دنبال مقاربت دچار نشانه های سیستیت می‌شوند و در این موارد می‌توان از یک دوز پیشگیری آنتی‌بیوتیکی مانند ۴۰۰ میلی‌گرم نور فلوکساسین یا ۲۰۰ میلی‌گرم تری‌متوپریم استفاده کرد به علاوه مصرف مایعات پیش از مقاربت، موجب رقیق شدن ادرار شده و به این ترتیب می‌توان ادرار را با جریان خوب تخلیه کرد.

شستشوی ناحیه پرینه (میان دو راه) می‌تواند مفید باشد، ولی صابون‌های معطر و محرک نباید مورد استفاده قرار گیرد. ممکن است پوشش واژن در این بیماران نازک و خشک باشد و در صورتی که مقاربت دردناک وجود دارد، استفاده از ژل نرم کننده و لغزنده اغلب این مشکل را برطرف می‌سازد. استروژن های موضعی در کاهش میزان شیوع عفونت های مجاری ادراری بعد از یائسگی موثرند. در یک بررسی دوسو - کور و با کنترل پلاسیبو در سال ۱۹۹۲ که توسط W.E. Stamm و R. Raz انجام شد ۹۳ زن بعد از یائسگی به‌طور اتفاقی هر شب به مدت ۲ هفته و سپس دو بار در هفته به مدت ۶ ماه تحت درمان با ۰/۵ میلی‌گرم کرم واژینال استریول یا پلاسیبو قرار گرفتند. کاهش PH واژن و

کلنی شدن آنتروباکتریاسه ها در طی مدت یک ماه پس از شروع درمان به استریول دیده شد. در حالی که در واژن زنانی که از پلاسبو استفاده می کردند، تغییر مختصری دیده شد.

میزان بروز عفونت های مجاری ادراری در افراد تحت درمان به طور قابل توجهی در دوره بررسی کاهش یافت که به نظر می رسد با کلنی شدن میکروبها در واژن ارتباط دارد.

به جای استفاده از کرم واژینال استروژن می توان از حلقه استروژنی واژینال استفاده کرد. مصرف این حلقه استروژنی آسان تر است و بعضی از بیماران آن را بهتر قبول می کنند.

بی ثباتی دترسور

میزان شیوع بی ثباتی دترسور و کمپلیانس کم آن با مسن تر شدن افزوده می شود. در بررسی های ارویدینامیک این ناهنجاری در بسیاری از زنان بعد از یائسگی که دارای نشانه های واضح سیستم هستند، دیده می شود. درمان معمولاً شامل آموزش، تعلیم مجدد مثانه و درمان آنتی کلینیکی با اکسی بوتینین یا پروپانتلین است.

سیستیت بینابینی

این حالت کاملاً شناخته نشده و درمان آن مشکل است. احتمالاً سیستیت بینابینی نتیجه نهایی تعدادی از بیماری هایی است که مثانه را مبتلا می کند و در بیشتر موارد دارای سیر مزمن است و بین هر مورد بهبودی خودبه خود وجود دارد.

اساس درمان، ترکیبات آنتی بیوتیک دایمی با دوز کم و داروهای آنتی کلینیکی است. بیمارانی که به این اقدامات عکس العمل نشان نمی دهند، می توانند از یک دوره ۳ ماهه استروئید خوراکی

استفاده کنند مانند پردنیزولون با دوز ۱۵ میلی گرم برای ماه اول، ۱۰ میلی گرم در ماه دوم و ۵ میلی گرم در ماه سوم. سایر درمان ها شامل استفاده از داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی، آنتی هیستامین ها (زیرا این بیماری با افزایش تعداد سلول های ماست سل در بیوپسی مثانه همراه است)، هپارین و نپتوزان پلی سولفات سدیم است. اتساع مثانه ممکن است موجب بهبودی کوتاه مدت علائم شود، ولی نتایج دراز مدت نامشخص می باشد.

به طور خلاصه تعداد زیادی از شرایط می توانند موجب بروز علائم سیستیت در زنان بعد از یائسگی شوند. ارزیابی مناسب برای تشخیص صحیح و درمان دست امری اساسی است و روش های تشخیصی مانند سیستمتری اغلب توصیه می شود. زنانی که دچار تکرر ادرار، نیاز به دفع ادرار و درد هنگام ادرار کردن می باشند که نسبت به تغییرات آتروفیک سیستم اروژنیتال ثانویه هستند، احتمال دارد از مصرف استروژن موضعی یا سیستمیک یا هر دو آنها سود ببرند.

منبع:

Hextall A, Cardozo L. Managing postmenopausal Cystitis. Hosp Prac. 1997; 32: 191 - 148.

