

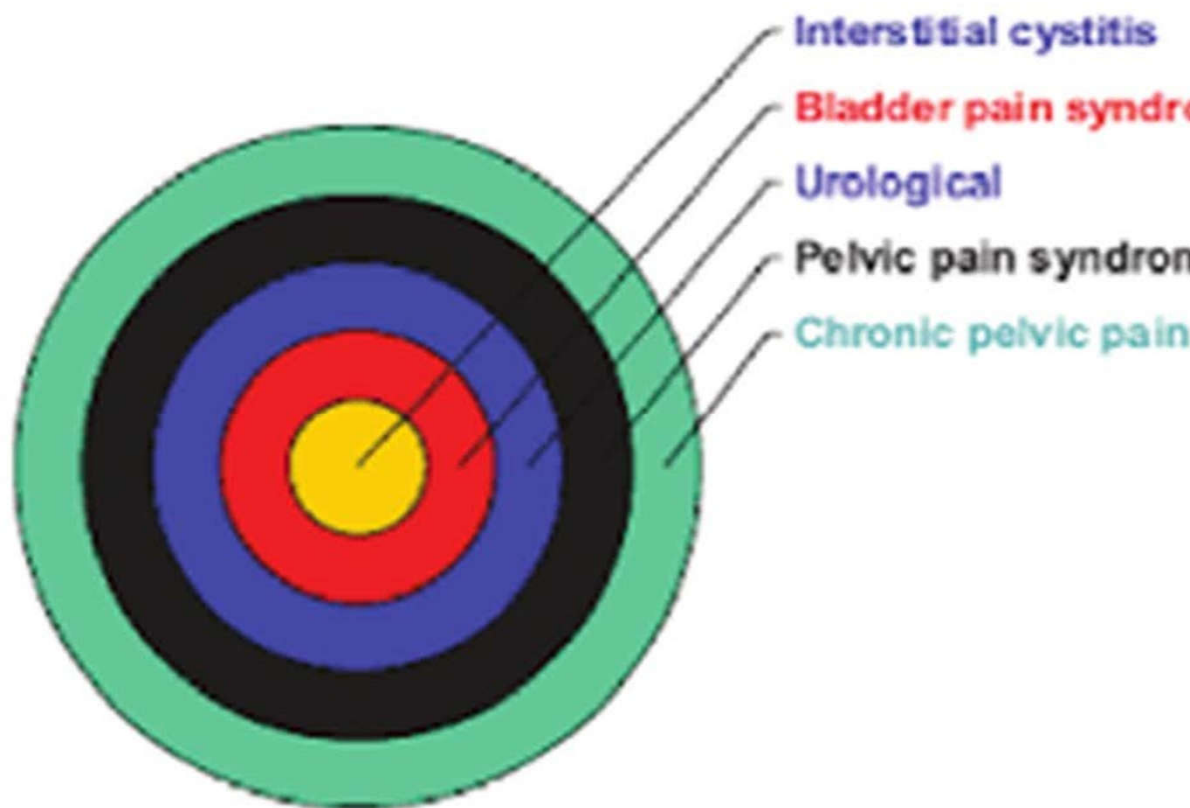
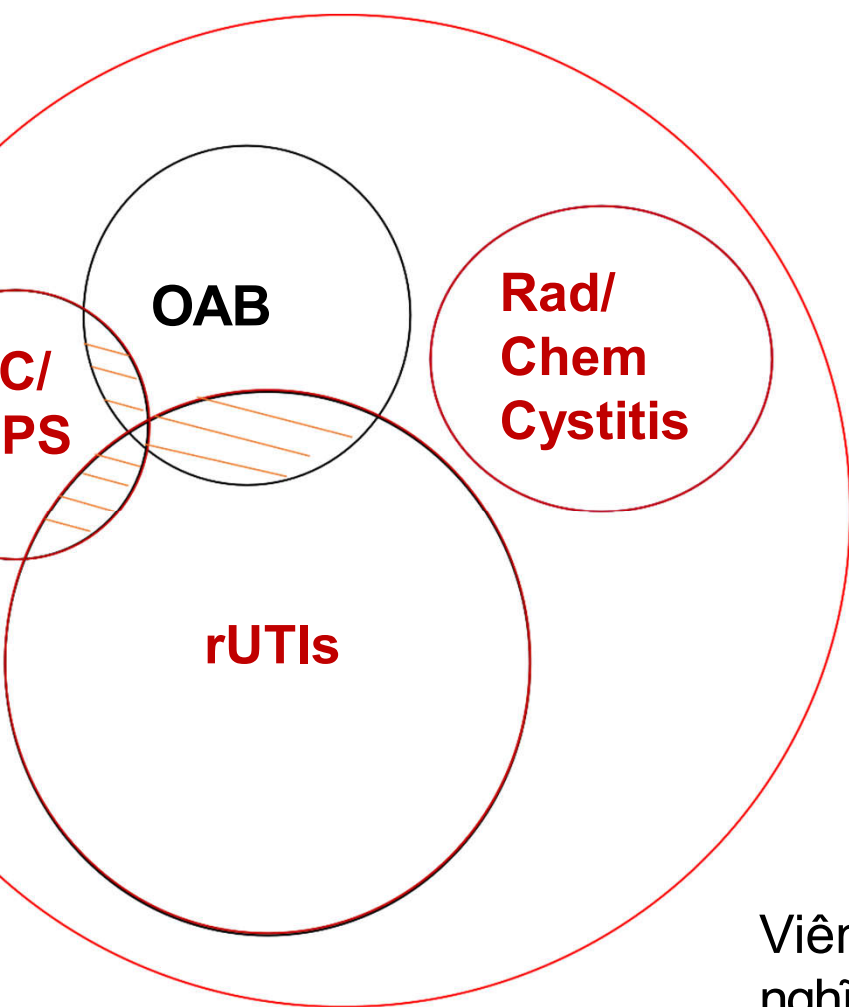
VIÊM BÀNG QUANG MÔ KẾ HỘI CHỨNG ĐAU BÀNG QUANG MẠN IC/BPS

Bs. Phạm Thế Anh

Nội dung

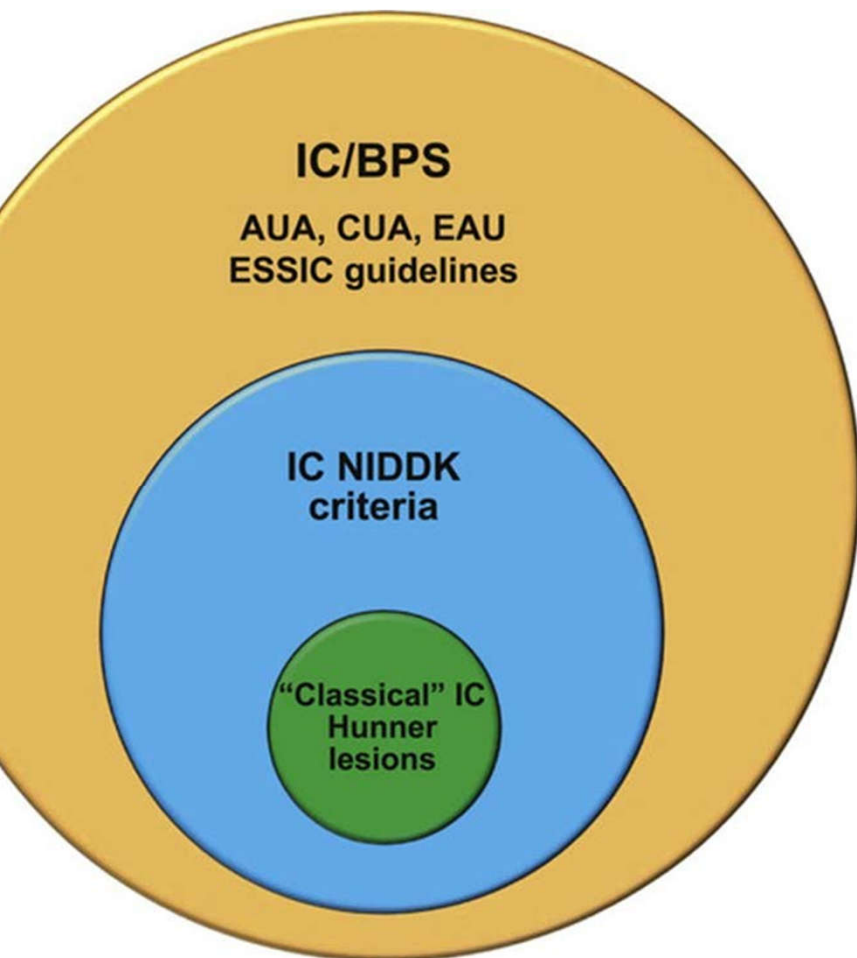
- Viêm bàng quang kẽ/Đau bàng quang mạn (IC/BPS)
- Điều trị phục hồi lớp Glycosaminoglycan (GAG)
- Thực tế tại MEDIC
- Kết luận

Hội chứng Đau bàng quang mạn



Viêm bàng quang mạn trên thực tế nhiều hơn chúng ta từng nghĩ
Có thể trùng lặp với các mặt bệnh khác

Chẩn đoán IC/BPS



Là tình trạng mạn tính:

- Nghĩ từ bàng quang

Đặc trưng:

- Đau hoặc căng tức ở vùng chậu/ bàng quang
- Rối loạn đường tiểu dưới:
 - Tiểu nhiều lần
 - Tiểu gấp
 - Tiểu đêm
- Kéo dài hơn 6 tuần
- Không nhiễm khuẩn hay các nguyên nhân khác
- Kèm rối loạn CN tình dục, rối loạn giấc ngủ, giảm chất lượng sống

Chẩn đoán loại trừ.

Hội chứng đau vùng chậu mạn

Chronic Pelvic Pain—Chronic pelvic pain is characterized by persistent pain lasting longer than **6 months** or recurrent episodes of abdominal/pelvic pain, **hypersensitivity or discomfort** often associated with elimination changes, and sexual dysfunction often in the **absence of organic etiology**

Bàng quang quá mẫn

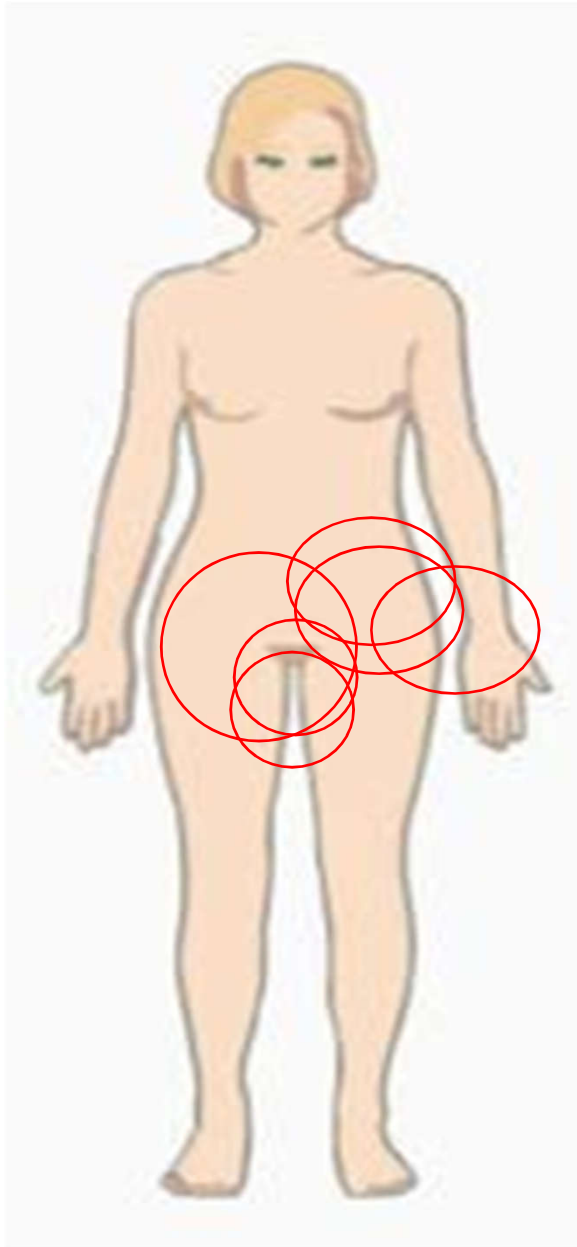
Hypersensitive bladder symptoms:

- tăng cảm giác bàng quang
- thường liên quan đến tần xuất đi tiểu ngày và đêm
- có thể hoặc không kèm đau bàng quang
- không có bệnh lý giải thích được triệu chứng

Hội chứng IC/BPS

Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome (IC/BPS). Persistent or recurrent chronic pelvic pain, pressure or discomfort perceived to be related to the urinary bladder accompanied by at least one other urinary symptom such as an urgent need to void or urinary frequency

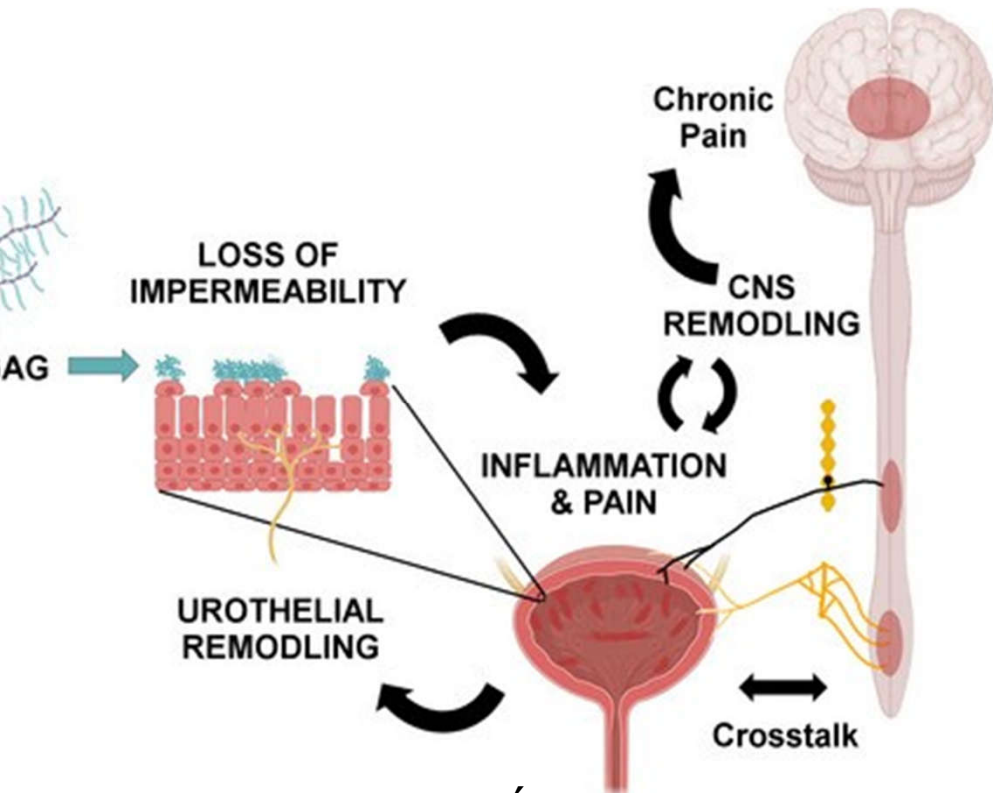
IC with Hunner lesion has the same symptoms as IC/BPS. Pain in IC/BPS and IC with Hunner lesion maybe pain, pressure or discomfort, which may increase with bladder filling.



Kiểu đau đa dạng

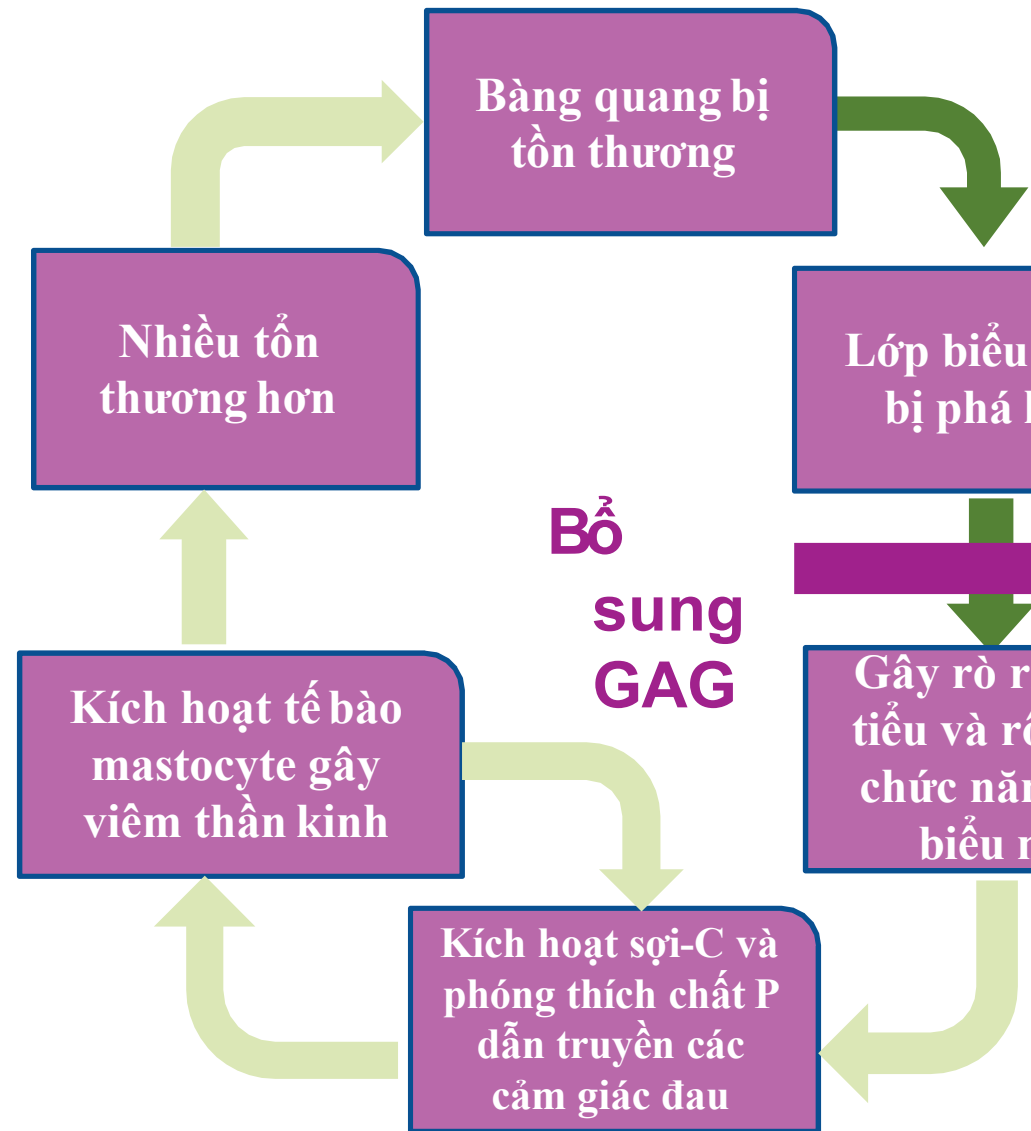
- Nhói
- Rát
- Châm chích
- “Đạn bắn”
- Đâm
- Căng
- Khó chịu

Nguyên nhân gây viêm do tổn thương lớp Glycosaminoglycan (GAG)



Đảm bảo vệ của lớp GAG đối với các bệnh lý viêm bàng quang gần đây được tập trung chú ý vì có nhiều bằng chứng lâm sàng cho thấy việc **tổn thương trên lớp GAG là khởi đầu cho việc diễn tiến các bệnh lý bàng quang mạn tính** [Bassl PF et al. 2011].

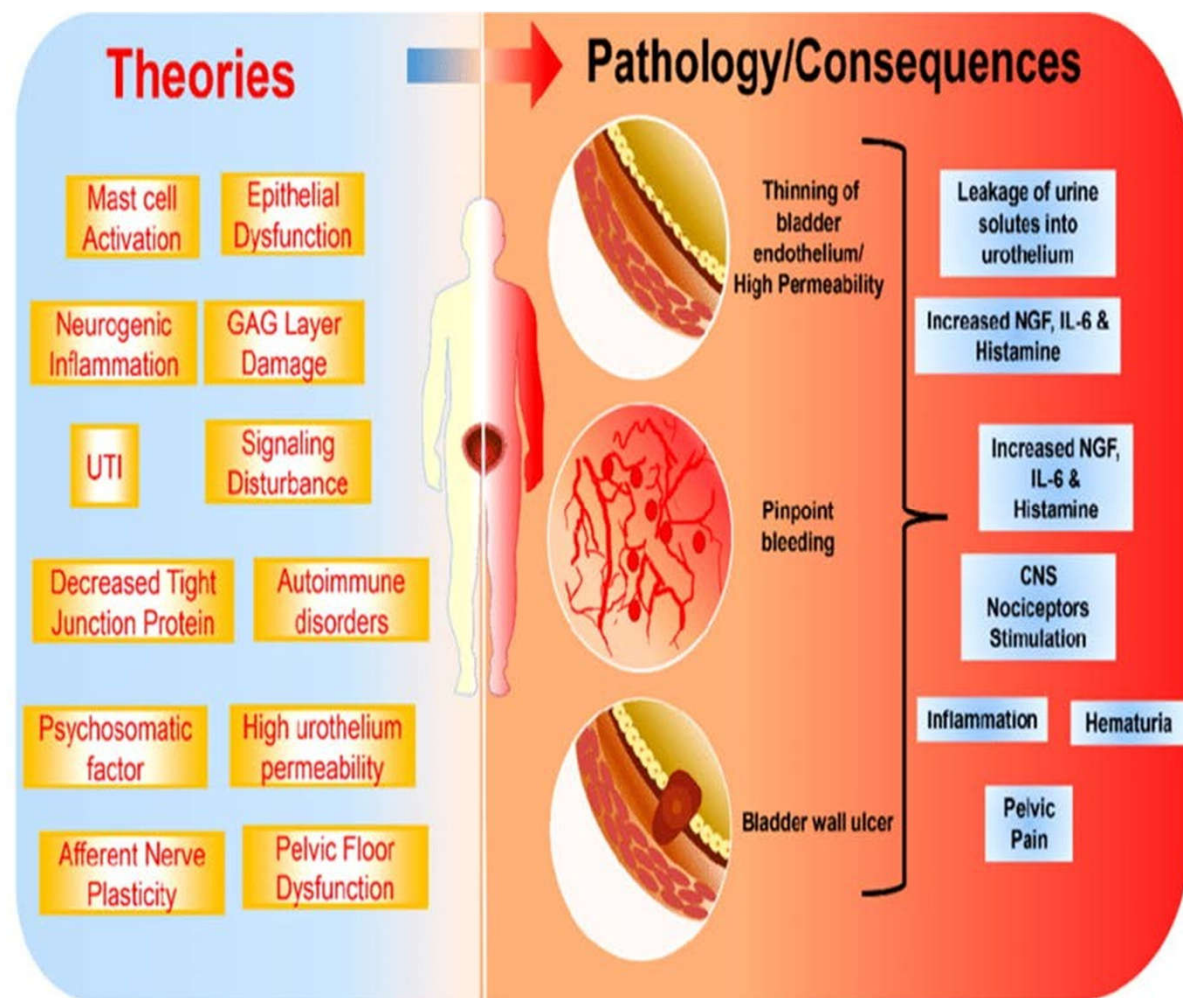
Mer H. et al.. Neurourol Urodyn. 2013 Jan;32(1):9-18



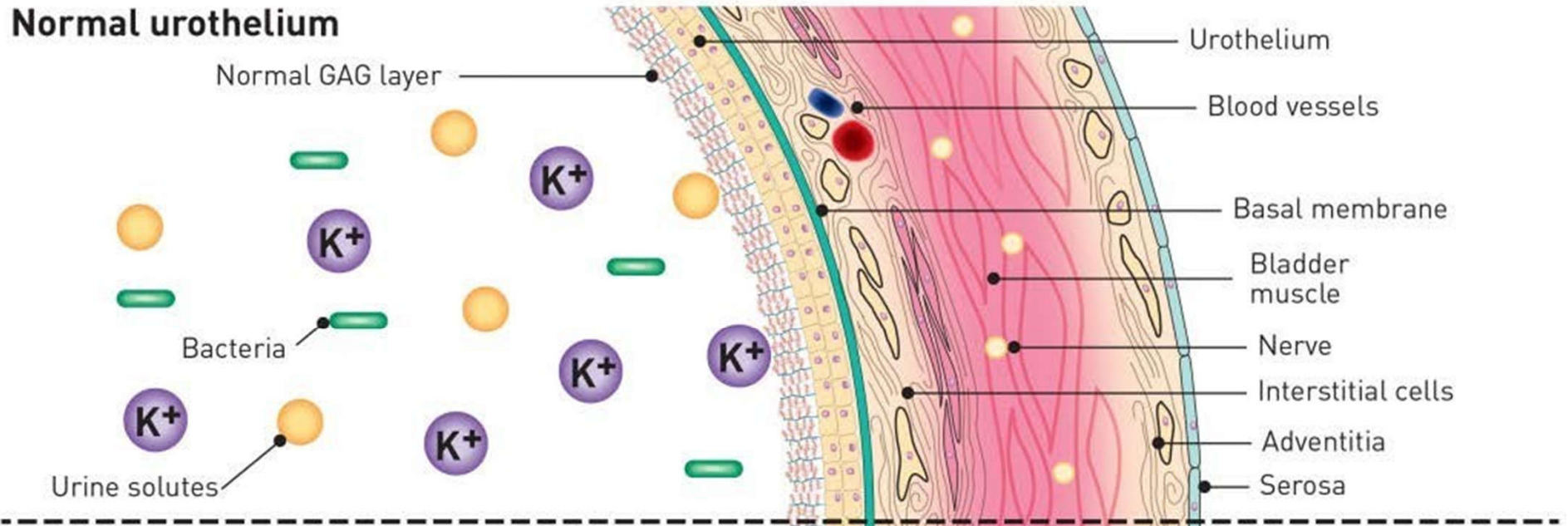
C/BPS - Nguyên nhân gốc rễ

- Tỷ lệ hiện mắc: 3-7%.
- Thường gặp tuổi trung niên
- Căn nguyên: chưa rõ

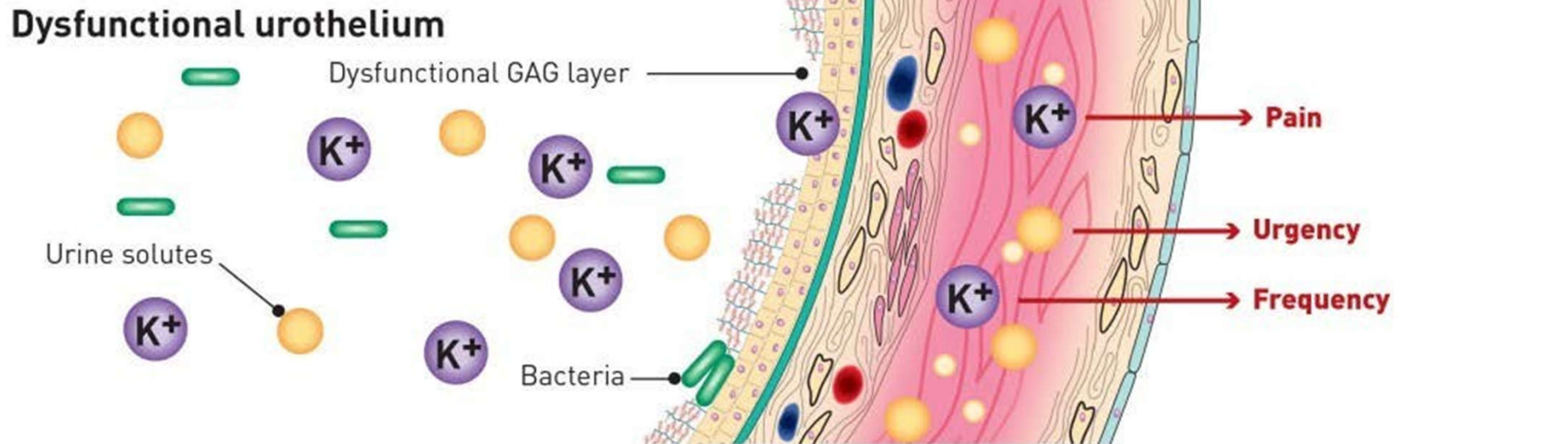
Giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất là do thiếu hụt glycosaminoglycan (GAG)



Normal urothelium



Dysfunctional urothelium



Tổn thương lớp GAG và Hội chứng Đau bàng quang

Lớp GAG của bàng quang thường bao phủ bề mặt niêm mạc và giúp không cho các chất hòa tan thấm qua.

Tổn thương lớp GAG có thể cho phép các chất kích thích xuyên lớp niêm mạc và kích hoạt các mô cơ và dây thần kinh bên dưới.

Quá trình này có thể thúc đẩy tổn thương mô, đau và tăng nhạy cảm.

Tế bào mast tại bàng quang cũng có thể đóng một vai trò trong việc lan truyền

Tổn thương bàng quang đang diễn ra sau một sang chấn ban đầu

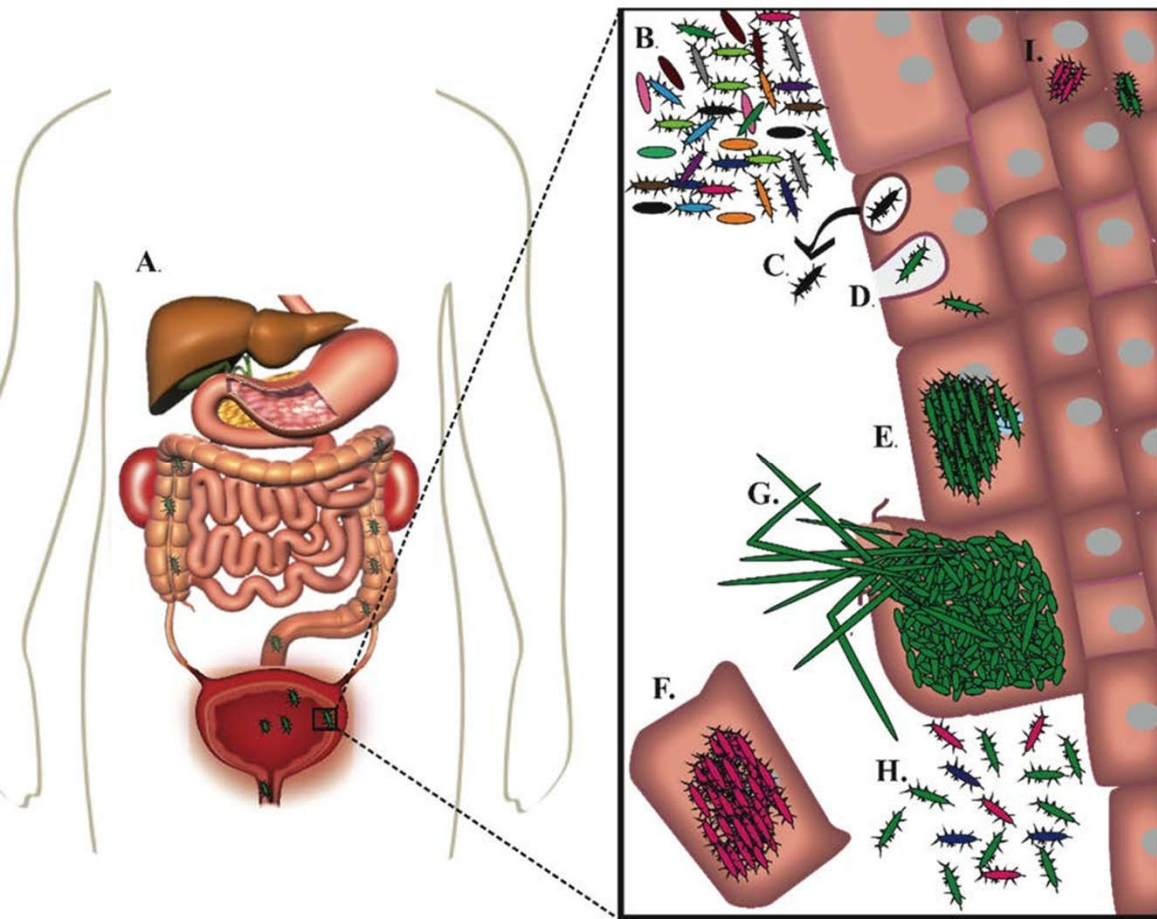
Viêm bàng quang tái diễn (rUTI) cũng là một phần của HC Đau bàng quang mạn

Hơn **50%** phụ nữ đã trải qua ít nhất
lần bị UTI trong đời và **20 – 50%** tro
số này bị lặp lại **trong vòng 6 tháng**

Định nghĩa:

- Phụ nữ: >2 lần/ 6 th hoặc >3 lần/
- Đàn ông: >1 lần

Tổn thương lớp GAG có thể dẫn đ
phơi nhiễm của các tế bào biểu mô
này có thể dẫn đến sự **gia tăng sự**
dính của vi khuẩn và nhiễm khuẩn



Nhiều nghiên cứu đã chứng minh **tổn thương lớp GAG** biểu mô tạo điều
kiện cho vi khuẩn xâm nhập và gây viêm nhiễm -> tái phát nhiều lần

đoán
chứng
bàng
ang

**BOX 14-5 International Consultation on Incontinence
2009: Diagnosis of Bladder Pain Syndrome**

HISTORY

General thorough medical history emphasizing the following:

1. Previous pelvic surgery
2. Previous urinary tract infection
3. Bladder history and urologic diseases
4. Location of pelvic pain and relationship to bladder filling and emptying
5. Characteristics, onset, correlation of pain with other events
6. Previous pelvic irradiation
7. Autoimmune diseases
8. Associated syndromes (irritable bowel, fibromyalgia, chronic fatigue)

PHYSICAL EXAMINATION

Physical examination emphasizing the following:

1. Standing: kyphosis, scars, hernia
2. Supine: abduction and adduction of hips, hyperesthetic areas
3. Females: vaginal examination with pain mapping of vulvar region, vaginal palpation for tenderness of the bladder, urethra, levator and adductor muscles of the pelvic floor
4. Males: digital rectal examination with pain mapping of the scrotal-anal region and palpation of tenderness of the bladder, prostate, levator and adductor muscles of the pelvic floor and scrotal contents

LABORATORY TESTING

1. Urinalysis
2. Urine culture
3. Urine cytology in risk groups

SYMPTOM EVALUATION

1. Voiding diary
2. O'Leary-Sant symptom and problem index
3. Visual analog scale for pain in the last 24 hours

OTHER EVALUATIONS

Urodynamics (optional)

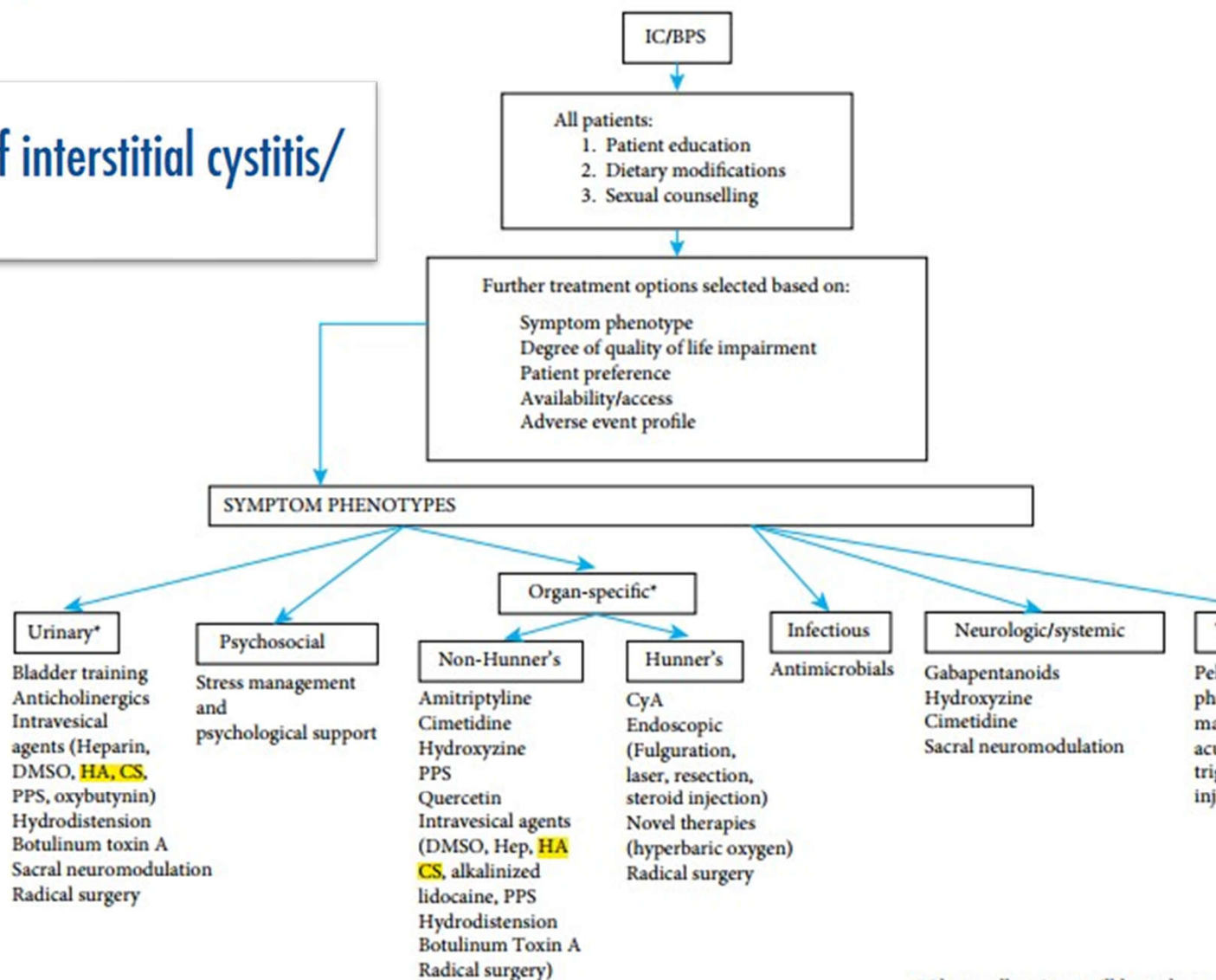
Cystoscopy with or without hydrodistention under anesthesia (optional)

Bladder biopsy (optional)

Bladder Pain
(Interstitial Cystitis)
Disorder, Campbell –

Tiếp cận điều trị phục hồi lớp GAG biểu mô

Guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/ pain syndrome



*Almost all patients will have these p

Tiếp cận điều trị phục hồi lớp GAG biểu mô



3.5.4 *Summary of evidence and recommendations for the diagnostic evaluation and treatment of rUTIs*

Summary of evidence

Extensive routine workup including cystoscopy, imaging, etc., has a low diagnostic yield for the diagnosis of rUTI.

Increased water intake is an effective antimicrobial-sparing strategy to prevent rUTI in pre-menopausal women at high risk for recurrence who drink low volumes (< 1.5 L) of fluid daily.

Vaginal oestrogen replacement has shown a trend towards preventing rUTI in post-menopausal women.

Immunoactive prophylaxis has been shown to be more effective than placebo in female patients with rUTIs in several RCTs with a good safety profile.

Probiotics containing *L. rhamnosus* GR-1, *L. reuteri* B-54 and RC-14, *L. casei shirota*, or *L. crispatus* CTV-05 are effective for vaginal flora restoration and prevention of rUTIs.

Current scientific evidence regarding the efficacy of cranberry products in the prevention of UTIs is divided.

Based on limited evidence, D-mannose can significantly reduce the number of UTI episodes and may be an effective agent for UTI prevention in selected patients.

Based on limited evidence intravesical GAG therapy can reduce the number of UTIs per patient per year, and prolong the time interval between rUTI episodes.

Both continuous low-dose antimicrobial prophylaxis and post-coital antimicrobial prophylaxis, have been shown to reduce the rate of rUTI.

A prospective cohort study showed that intermittent self-start therapy is effective, safe and economical in women with rUTIs.

C HỒI LỚP GAG ĐIỀU TRỊ VIÊM BÀNG QUANG TÁI DIỄN



ứng hiệu quả của phương pháp phục hồi hàng mô chuyển tiếp Glycosaminoglycan (GAG) để giảm số lượng ca nhiễm trùng tiểu trên 1 năm/năm và giảm tỉ lệ tái nhiễm được đánh giá m 2.

3.5.4 Summary of evidence and recommendations for the diagnostic evaluation and treatment of rUTIs

Summary of evidence

Extensive routine workup including cystoscopy, imaging, etc., has a low diagnostic yield for the diagnosis of rUTI.

Increased water intake is an effective antimicrobial-sparing strategy to prevent rUTI in pre-menopausal women at high risk for recurrence who drink low volumes (< 1.5 L) of fluid daily.

Vaginal oestrogen replacement has shown a trend towards preventing rUTI in post-menopausal women.

Immunoactive prophylaxis has been shown to be more effective than placebo in female patients with rUTIs in several RCTs with a good safety profile.

Probiotics containing *L. rhamnosus* GR-1, *L. reuteri* B-54 and RC-14, *L. casei shirota*, or *L. crispus* CTV-05 are effective for vaginal flora restoration and prevention of rUTIs.

Current scientific evidence regarding the efficacy of cranberry products in the prevention of UTIs is divided.

Based on limited evidence, D-mannose can significantly reduce the number of UTI episodes and may be an effective agent for UTI prevention in selected patients.

Based on limited evidence intravesical GAG therapy can reduce the number of UTIs per patient per year, and prolong the time interval between rUTI episodes.

Both continuous low-dose antimicrobial prophylaxis and post-coital antimicrobial prophylaxis, have been shown to reduce the rate of rUTI.

A prospective cohort study showed that intermittent self-start therapy is effective, safe and economical in women with rUTIs.

Y học thực chứng phục hồi GAG trong IC/BPS

Keane, N. Young, J. Goh et al.

Table 5
Outcome scores- iAluRil®.

	Baseline mean. [SD. range]	3/12 post mean. [SD. range]	P value
VAS	6.05 [2.98, 0–10]	4.00 [3.22, 0–9.5]	0.033 *
ICSI	14.00 [3.97, 6–20]	9.24 [5.68, 0–20]	0.0014**
ICPI	12 [3.18, 5–16]	7.47 [4.60, 0–16]	0.0002***
BPIC-SS	25.32 [8.27, 10–38]	17.25 [11.21, 3–38]	0.0115**
Health score	60.37 [23.54, 0–90]	62.61 [25.88, 0–95]	0.75 (NS)
ED5Q	7.97 [2.79, 0–13]	6.04 [3.43, 0–10]	0.0259**

Legend: VAS score 0–10; higher is worse score. ICSI-0–20; ICPI-(0–16) higher is more severe.
Statistical test: ANOVA.

Table 6
ICSI and ICPI comparison iAluRil® vs DMSO.

	DMSO		iAluRil®		p
	Baseline mean, [SD, range]	3/12 post mean, [SD, range]	Baseline mean, [SD, range]	3/12 post mean, [SD, range]	
ICSI	13.67 [3.97, 5–20]	9.83 [4.76, 3–17]	14.00 [3.97, 6–20]	9.24 [5.68, 0–20]	0.76
ICPI	14.39 [4.51, 5–20]	9.28 [4.44, 1–19]	12 [3.18, 5–16]	7.47 [4.60, 0–16]	0.25



VAS giảm 33% (2 điểm),
 ICSI giảm 34%, 4,76 điểm
 ICPI giảm 38%, 4,53 điểm
 BPIC-SS giảm 32%
 QOL ED5Q giảm 24,21%, 1,93 điểm)
**45% BN được bơm i HA+ CS
 đã giảm hơn 50% điểm số đau (VAS)**

Tiếp cận giải pháp mới

Điều trị phục hồi biểu mô chuyển tiếp GAG

Bơm HA/CS để điều trị IC/BPS tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu

Chẩn đoán - Chọn lựa giải pháp - Tư vấn

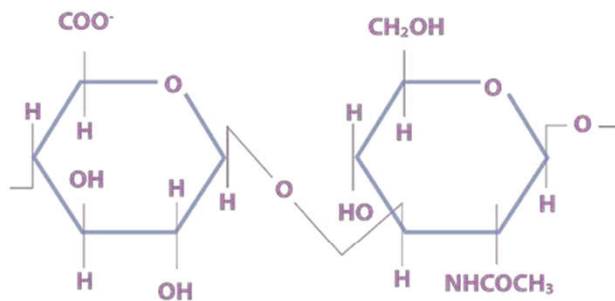
Đánh giá sự thay đổi triệu chứng và chất lượng cuộc sống:

1. Thang điểm VAS
2. Interstitial Cystitis Symptoms Index (ICSI)
3. Interstitial Cystitis Problem Index (ICPI)

Phục hồi biểu mô chuyển tiếp Glycosaminoglycan (GAG) với HA/ CS

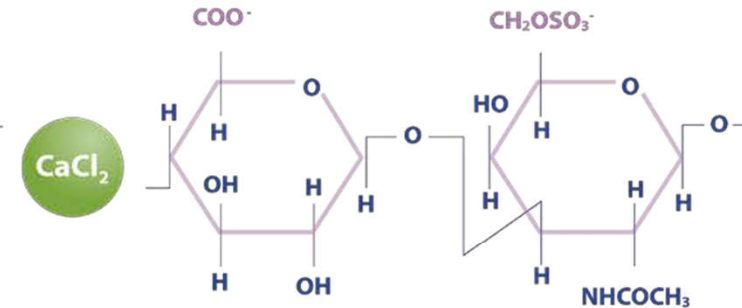
Hyaluronic acid

Giữ vai trò **khung bảo vệ** trong lớp GAG của niêm mạc bàng quang.



Chondroitin sulphate

Gắn chặt và chọn lọc vào lớp niêm mạc bị tổn thương giúp phục hồi lại **hàng rào chống thấm** của niêm mạc bàng quang



•Bơm HA/CS bổ sung GAG

- Nồng độ cao
- Giải quyết nguyên nhân
- Thúc đẩy sự tái lập lớp biểu mô chuyển tiếp của bàng quang
- Giải pháp sinh lý – An
- Giảm tác dụng phụ
- Sẵn có tại Việt Nam



Bộ câu hỏi CSI và ICPI

Interstitial Cystitis
Symptom Index &
Problem Index

Chỉ số triệu chứng viêm bàng quang kẽ (ICSI)

Trong 01 tháng qua:

Bao lâu bạn cảm thấy nhu cầu đi tiểu khẩn cấp mà không có dấu hiệu báo trước? (tiểu gấp)

0. Không có
1. Ít hơn 20%
2. Ít hơn 50%
3. Khoảng 50%
4. Lớn hơn 50%
5. Hầu như lúc nào cũng có

Bạn có bao giờ bạn phải tiểu trong vòng 2 tiếng, sau khi bạn vừa mới đi tiểu?

0. Không có
1. Ít hơn 20%
2. Ít hơn 50%
3. Khoảng 50%
4. Lớn hơn 50%
5. Hầu như lúc nào cũng có

Bạn có thường phải thức dậy để đi tiểu trong đêm?

0. Không có
1. 1 lần trong đêm
2. 2 lần
3. 3 lần
4. 4 lần
5. 5 lần trở lên

Bạn có bao giờ cảm thấy đau hay nóng rát trong bàng quang?

0. Không có
1. Một vài lần
2. Khá thường xuyên
3. Thường xuyên
4. Luôn luôn

Tổng điểm _____

Chỉ số vấn đề viêm bàng quang kẽ (ICPI):

Trong 01 tháng qua:

Mọi vấn đề dưới đây ảnh hưởng bạn như thế nào?

Tần suất tiểu trong ngày?

0. Không vấn đề gì
1. Rất nhỏ
2. Nhỏ
3. Vừa
4. Lớn

Thức dậy giữa đêm để đi tiểu?

0. Không vấn đề gì
1. Rất nhỏ
2. Nhỏ
3. Vừa
4. Lớn

Cần phải đi tiểu với rất ít dấu hiệu cảnh báo?

0. Không vấn đề gì
1. Rất nhỏ
2. Nhỏ
3. Vừa
4. Lớn

Cảm giác đau rát, khó chịu hoặc nặng nề ở bàng quang?

0. Không vấn đề gì
1. Rất nhỏ
2. Nhỏ
3. Vừa
4. Lớn

Tổng số điểm _____

THANG ĐIỂM ĐAU THEO WONG-BAKER



Không đau

Đau nhẹ

Đau vừa phải

Đau nhiều

Đau dữ dội

Đau khủng khiếp

0

1-2

3-4

5-6

7-8

9-10

Thang đo VAS

Điểm	Mức độ	
0	Không đau	
1	Đau rất nhẹ	Hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó , thỉnh thoảng thấy đau nhẹ .
2	Đau nhẹ	Thỉnh thoảng đau nhói mạnh .
3	Đau nhẹ nhiều hơn	Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc nhưng có thể thích ứng với nó
4	Đau vừa phải	Bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc
5	Đau nhiều hơn	Bệnh nhân không thể quên đau sau nhiều phút , bệnh nhân vẫn có thể làm việc ,
6	Đau vừa phải nhiều hơn	Ảnh hưởng đến các sinh hoạt hàng ngày , khó tập
7	Đau nặng	Ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến sinh hoạt của bệnh nhân . Ảnh hưởng đến giấc ngủ .
8	Đau dữ dội	Hạn chế nhiều hoạt động , cần phải nỗ lực rất nhiều
9	Đau kinh khủng	Kêu khóc , rên rĩ không kiểm soát được.
10	Đau không thể nói chuyện được	Nằm liệt giường và có thể mê sảng .

Kinh nghiệm Tiếp cận & Điều trị IC/BPS

Classic IC # Hunner lesion IC/BPS	BPS # non-HL IC/BPS
Thay đổi lối sống/ Điều trị stress	
Bơm hóa chất BQ	Bơm hóa chất bàng quang Thuốc uống
Làm căng BQ	Onabotulinumtoxin A Điều hòa thần kinh
Cyclosporine A	Tập sàn chậu Liệu pháp tâm lý Châm cứu
Chuyển vị nước tiểu/Tạo hình BQ	

u trị
m

ày
ốc &
N
biệt
an
ng

Bơm
HA/C
Sẩn
Hiệu
đã đư
ghi n

Điều
đa
thức

Tối ưu hiệu quả

Ngưng uống nước trước 1-2 h

Tiểu trước khi bơm

TPTNT

Nếu nhiễm trùng: điều trị kháng sinh 1 tuần

Giải thích

Giữ nước tiểu: 30' – 120' & hạn chế uống nước

Uống nước phù hợp

Đảm bảo bị tốt trước
trong quá trình
bơm thuốc

KẾT LUẬN

HC đau bàng quang là một trong những bệnh lý còn có nhiều khó khăn trong chẩn đoán và điều trị .

Lâm sàng cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý trong đó HC đau bàng quang / Viêm bàng quang tái diễn/ viêm bàng quang do xạ/ hóa trị những hình thái lâm sàng tương đối giống nhau

Lớp GAG được cho là có vai trò trong bệnh sinh của các bệnh lý này

Phục hồi lớp GAG bằng bơm vào BQ HYALURONIC ACID + CHONDROITIN SULPHATE là phương pháp được ghi nhận có hiệu quả trong điều trị