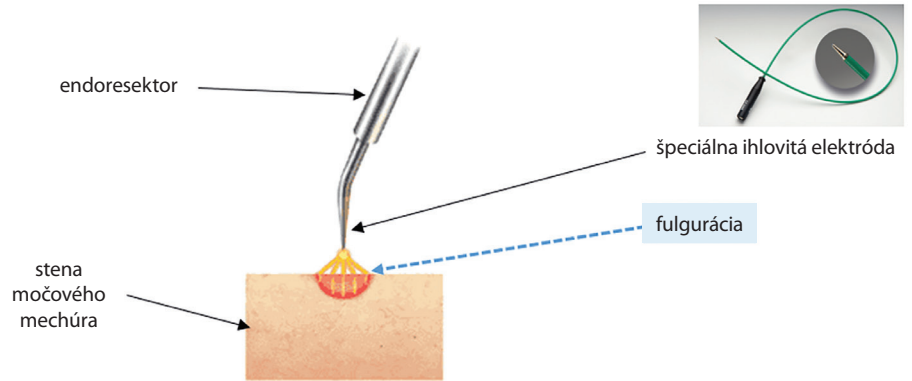


odôvodnený) terapeutický efekt. Jedna alebo dve expozície krátkodobej (1 – 3 minúty) nízkotlakovej (60 – 80 cm H₂O) distenzie v anestézii môžu viesť ku klinicky významnej úľave od bolesti, najmä v kombinácii s intravezikálnou aplikáciou napr. lidokaínu. Pre vysoké riziko ruptúry močového mechúra, sepsy a pod. sa rozhodne neodporúča dlhotrvajúca vysokotlaková hydrodistanzia (2, 3, 4).

Intradetrúzorové injekcie liečivých látok (botulotoxín A – BTX-A, plazma bohatá na krvné doštičky/platelet rich plasma – PRP atď.) sa tiež indikujú u pacientov s PBPS. BTX-A má antinocceptívny účinok na aferentné dráhy močového mechúra a spôsobuje symptomatické a aj urodynamické zlepšenie. Pri aplikácii do trigónu močového mechúra bola zaznamenaná výrazná/dlhotrvajúca efektívnosť u 87 % pacientov po troch mesiacoch a u viac ako 50 % po 9 mesiacoch sledovania (28). Dávkovanie a injekčné techniky sú stále diskutované. Rôzne fenotypy PBPS môžu vykazovať rôzne výsledky terapie – vyššia východisková maximálna kapacita močového mechúra (nie závažnosť/stupeň glomerulácií alebo urodynamické parametre) predpovedá lepšiu efektívnosť BTX-A. Liečba je bezpečná a možno ju opakovať. Vedľajšie účinky: dyzúria, zvýšenie postmikčného rezídua, niekedy s potrebou autokatetrizácie (2, 3, 4, 5, 29). V súčasnosti sa skúšajú menej invazívne aplikácie BTX-A, napr. zapuzdreného v lipozómoch alebo formou špeciálneho gélu. PRP je bohatá na rastové faktory a cytokíny, ktoré môžu modulovať zápalový proces a uľahčiť hojenie rán/regeneráciu urotelu na zníženie neuropatickej bolesti a frekvencie močenia. Nedávna prospektívna štúdia preukázala mieru úspešnosti 70,6 %, resp. 76,7 % jeden mesiac, resp. tri mesiace po štvrtej vnútramechúrovej injekcii PRP. Významný bol pokles ako bolesti, tak aj polakizúrie a noktúrie (30).

Endourologická deštrukcia tkaniva močového mechúra má za cieľ eliminovať urotelové, väčšinou HL. Transuretrálna resekcia a fulgurácia umožňujú zmiernenie príznakov na dlhší čas (niekedy až tri roky) (Obrázok 3, Obrázok 5) (2, 3, 8, 31). Predĺžené zmiernenie bolesti a urgencie bolo opísané aj pri využití laserovej energie. Fulgurácia sa zdá byť relatívne bezpečnejšou technikou

Obr. 5. Princíp fulgurácie patologickej lézie v močovom mechúre (8)



Fulgurácia je využitie elektrického prúdu vysokej frekvencie aplikovaného ihlovitou elektródou s cieľom ablácie a kauterizácie lézie močového mechúra; k „spáleniu“ patologickeho miesta dochádza bez kontaktu elektródy s tkanivom; rýchly rozvoj okolitej hyperémie a edému je charakteristickým nálezmom pozorovaným počas fulgurácie Hunnerovej lézie (tieto účinky sú pravdepodobne sekundárne v dôsledku uvoľnenia vazoaktívnych látok zo zapáleného tkaniva); fulgurácia sa dá vykonať aj s využitím laseru, ale riziko perforácie steny močového mechúra a poranenia okolitých orgánov je vyššie

(Obrázok 5) (8). Pred alebo po endoskopической sanácii HL je možné lokálne aplikovať injekciu steroidu (napr. triamcinolón) s teoreticky predpokladanou výhodou liečby fokálneho zápalu, prevenciou rozvoja fibrózy steny močového mechúra a zníženia jeho kapacity. Endoskopická liečba HL predstavuje jednu z mála terapií PBPS, ktorá vedie k dlhodobému zlepšeniu iba po jedinej expozícii tomuto postupu, ktorý sa však v prípade potreby dá použiť opakovane (2, 3, 4, 5).

Viaceré formy neuromodulácie dokážu zlepšiť príznaky PBPS. Transkutánna elektrická nervová stimulácia (TENS) je jednoduchá a bezpečná kožná metóda na úľavu od bolesti pri rôznych bolestivých stavoch. Aj keď môže slúžiť tiež ako konzervatívna autoterapia, nie je zatiaľ dostatočne využívaná. Sakrálna neuromodulácia (SNM) je účinná u starostlivo vybraných pacientov, zlepšuje symptómy frekvencie/urgencie, ale je oveľa menej efektívna pri redukcii bolesti. SNM môže byť uprednostnená pred BTX-A hlavne u osôb s príznakmi obštrukčného vyprázdňovania a preukázanou hypertonicitou svalstva panvového dna. Vedľajšie účinky: bolesť, zlyhanie prístroja, infekcia rany, potreba opakovania výkonu a pod. (2, 3, 4, 5, 32).

Veľký chirurgický výkon (substitučná cystoplastika, derivácia moču s cystektómiou alebo bez nej) sa u osôb s PBPS realizuje zriedka a po prísnom výbere, pretože ho sprevádzajú mnohé aj život ohrozujúce komplikácie a nikdy nie je istota, že pacienta zbaví napr. bolesti. Absolútnou podmienkou indikácie je vyčerpanie všetkých terapeutických

modalít a súhlas dostatočne informovanej operovanej osoby. Najväčšiu nádej na úspech majú jedinci s prítomnosťou HL a s malou kapacitou močového mechúra v anestézii, ale publikované dôkazy sú obmedzené malým počtom pacientov, heterogenitou chirurgických metód a správ o výsledkoch. Veľké operačné výkony by sa mali vykonávať v centrách s dostatočnými skúsenosťami v panvovej chirurgii a v komplexnej starostlivosti o jedincov s PBPS (2, 3, 4).

Záver

PBPS je heterogénny komplexný stav, ktorý je príčinou významnej morbidity a zníženej kvality života. Komplikovaná terminológia, nie celkom objasnená etiopatogenéza, potreba diferenciálnej diagnostického vylúčenia mnohých iných ochorení vnáša zmätok a rezultuje do nedostatočnej efektivity veľkého množstva terapeutických použitých modalít. Napriek všetkému začíname rozlišovať rôzne fenotypy PBPS. Vieme už, že patogenéza HL je síce podobná ako pri non-HL, ale závažnosť ochorenia a stratégia liečby sa líšia. Objavujú sa aj nové možnosti najmä kombinovanej terapie. Multidisciplinárna spolupráca, najlepšie v špecializovaných centrách, je väčšinou nutnosťou. Aj keď ešte veľa otázok zostáva nezodpovedaných, dá sa konštatovať, že sa už formujú jednoznačnejšie pravidlá manažmentu pacientov s PBPS.

Autor prehlasuje, že spracovanie článku nebolo podporené žiadnou spoločnosťou.