

Z farmakoterapie lze využít dobrého efektu **alfalytik**. V oblasti prostaty je více než 70 % α 1A receptorů. Navázáním α -blokátoru na tento receptor dojde ke snížení tonu hladké svaloviny v oblasti prostaty a uvolnění obstrukce DMC. Mají rychlý nástup účinku, dobrou účinnost a nízkou míru nežádoucích účinků (10). „Off-label“ se dají použít i u žen s evakuační dysfunkcí.

U pacientů s klinicky významným PVR je metodou volby **čistá intermitentní katetrizace** (ČIK). Limitací této metody u pacientů s RS může být manuální zručnost a zachovalost kognitivních funkcí. Lze ale edukovat ošetřovatele či pečující rodinné příslušníky. Preferovány jsou sterilní hydrofilní jednorázové katétry. Nastavení frekvence a porcí moči se stanovuje individuálně a na základě přítomnosti mikční dysfunkce. V ideálním případě by porce moči neměly převyšovat 400 ml (17). Autokatetrizace by se měla provádět 5–7× denně. Výhodou ČIK je, že nedochází ke snížení kapacity močového měchýře a snížení svalového tonu detruzorů tím, že se močový měchýř pravidelně plní. Umožňuje proto lepší ochranu HMC proti refluxu. Hydrofilní katétry se podílí na menším riziku vzniku mikrotraumat uretry.

V případech, kdy není možná ČIK, je nutné zavedení **permanentní drenáže DMC**, buď založením punkční epicystostomie, nebo zavedením permanentního močového katétru (PMK). Permanentní drenáž není řešením inkontinence, ale řešením evakuační dysfunkce (16). Neposkytuje ochranu HMC před poškozením, to je dáno pouze intravezikálními, respektive detruzorovým tlakem. Výměny katétru by se měly provádět 3–6 týdnů. Mezi nejčastější běžné komplikace patří traumata při zavádění katétru, IMC, neprůchodnost katétru, inkrustace katétru, vznik cystolitíazy, spazmy měchýře apod. Preventivně lze zasáhnout školením zdravotníků s ohledem na správné zavádění katétru, dodržování aseptiky, správnou volbou velikosti katétru, adekvátní lubrikaci, zamezení prodloužené doby hospitalizace a používání silikonových, event. antimikrobiálních modifikovaných katétrů. K zamezení tvorby inkrustací katétru v důsledku srážení solí fosforečnanu vápenatého a magnezium amonium fosfátových solí lze ovlivnit výplachy roztoky působícími acidifikací moči (roztok kyseliny citronové) nebo podání systémových látek, jako

je vitamin C. Spazmy močového měchýře lze řešit podáním anticholinergik. Při dlouhodobě zavedeném katétru hrozí ischemizace a dekontaminace uretry, striktury uretry a v neposlední řadě je nutné zmínit i zvýšené riziko vzniku karcinomu močového měchýře. Patogeneze je dána synergickými účinky chronického uroteliálního dráždění, recidivujících infekcí močových cest, chronických zánětů a imunologické odpovědi na přítomnost uretrálního katétru, který je cizorodým materiálem. Uroteliální odpověď tedy zahrnuje eozinofilní zánět, difuzní lymfocytární infiltraci, polymorfonukleární infiltraci, která se makroskopicky jeví jako papilární slizniční polypoidní cystitida. Stupeň závažnosti závisí na délce katetrizace. Postupně dochází ke skvamózní epitelitální metaplazii, která vede ke spinocelulárnímu a přechodnému karcinomu močového měchýře (18). Vzhledem k těmto komplikacím by zavedení permanentního katétru mělo být až jako poslední, nevyhnutelné řešení.

Infekce močových cest

Infekce močových cest jsou u pacientů s RS velmi časté. Protože chybí přesně stanovená definice pro IMC u neurologických pacientů, proto i v literatuře jsou popisovány rozdílné incidence IMC u pacientů s RS (13–80 %). Riziko vzniku IMC se zvyšuje s délkou trvání nemoci a vyšší hodnotou EDSS. IMC představují také 3. nejčastější příčinu hospitalizací u pacientů s RS (19). Symptomatické infekty mohou zhoršovat průběh RS (16). Klinický obraz IMC může být zkrácen projevy základního onemocnění. Strangurie, bolesti podbřišku mohou chybět. Příznaky jako urgence a frekventní močení mohou být zhoršené nebo může dojít k nově vzniklé inkontinenci. Zjevným projevem infekce je zapáchající, kalná moč nebo hematurie. Při celkových příznacích jako letargie, zhoršení neurologického statusu, febrilie, snížená chuť k jídlu, bolesti zad bychom měli u pacientů s RS vždy vyloučit přítomnost uroinfekce. Léčba IMC u pacientů s imunosupresí probíhá podle stejných principů jako u běžné populace. Používají se tatáž léčiva, ale délka léčby by měla být 10–14 dní (20).

Opakující se IMC by měly být indikací k podrobnému urologickému vyšetření (16).

Nutná je důsledná prevence recidiv IMC. Mezi hlavní postupy patří průběžný, dostateč-

ný příjem nedráždivých tekutin, léčba obstrukce, subinhibiční dávky antibiotika, event. intermitentní profylaxe (například Po – St – Pá), přípravky k posílení humorální a buněčné imunity, potravinové doplňky s obsahem brusinek, D-manóza, probiotika s cílem obnovy přirozené kolonizace střevního rezervoáru s prevencí přerůstání rezistentních kmenů nebo rostlinné extrakty (10).

Zvláštní kapitolou je asymptomatická bakteriurie. Zejména u pacientů se zavedeným permanentním katétre. U nich je bakteriurie způsobená kolonizací často více než jedním bakteriální kmenem. Vznik bakteriurie je dán intraluminálním (řádově 32–48 hodin) i extraluminálním šířením (řádově 72–68 hodin). Antibiotiky nebo stříbrem potahované katétry snižují riziko bakteriurie maximálně v horizontu týdne, po této době není ve frekvenci IMC výraznější rozdíl (20). Razantní opakovaná léčba asymptomatické bakteriurie se v těchto případech nedoporučuje z důvodu vzniku polyrezistence. Výjimkou jsou gravidní pacientky, pacienti před invazivními výkony a pacienti, u nichž je podezření na souvislost asymptomatické bakteriurie s aktivitou RS (16).

Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce je u pacientů s RS poměrně častá a negativně ovlivňuje kvalitu jejich života. Zároveň ale patří mezi relativně poddiagnostikované symptomy RS. Pro pacienty je často obtížné o těchto potížích mluvit se svým lékařem. U RS může dojít k poškození eferentních nervů pohlavních orgánů, což způsobí snížení až absenci libida, genitální hypestézii nebo allodynii. U žen dochází ke snížené lubrikaci a u mužů k poruchám erekce a ejakulace. Samotné příznaky RS, jako je únava nebo spasticita, inkontinence moči a stolice, neuropatická bolest, mohou přispět k sexuálnímu problémům. Psychologické faktory, kognitivní poruchy a změny nálady mohou negativně ovlivnit sexuální život (21). Nelze opomenout také nežádoucí účinky užívané medikace, například antidepresiv, antiepileptik. Je důležité léčbu upravit dle možností.

V České republice nejsou dostupná specializovaná doporučení zabývající se touto problematikou. Proto zahajujeme léčbu inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (PDE5) při erektilní dysfunkci u mužů, podobně jako u běžné populace.