

a den. Asi 5 % naší populace užívá pravidelně antidepresiva (v USA až 12 %). Antidepresiva mají poměrně širokou indikační škálu, nejde jen o léčbu poruch nálady. Předepisují se i v léčbě úzkostných poruch (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie, OCD, posttraumatická stresová porucha aj.), poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, parafilie, pre a postmenstruačního syndromu, návalů, v léčbě bolesti, únavaového syndromu a dalších. Mnohdy jsou předepisovány i v graviditě, v dětství.

Některá psychofarmaka mohou mít za následek mikční dysfunkci. Z antidepresiv jde nejčastěji o důsledek medikace tricyklicky. Antidepresiva ze skupiny SNRI (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors – např. venlafaxin) mají tyto nežádoucí účinky častěji než antidepresiva ze skupiny SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). Z antipsychotik nejčastěji způsobuje poruchy mikce quetiapin. Pacienti s demencí léčení antipsychotiky trpí vyšší mírou močové inkontinence než pacienti léčení placebem (9).

Poruchy močení a močová inkontinence se objevují také u pacientů s Alzheimerovou demencí léčených inhibitory acetylcholinesterázy (např. donepezil) (9).

Některá psychofarmaka mohou vyvolat močovou retenci. Tato byla pozorována u 0,34 % pacientů léčených antipsychotiky, tedy dvojnásobek než v kontrolní skupině. Nejčastěji byl tento jev pozorován u pacientů léčených haloperidolem, a to až v 5 % případů. Z antidepresiv mají největší anticholinergní efekt a také největší riziko močové retence tricyklická antidepresiva – 0,1 %. Z nich nejčastěji byla pozorována retence u pacientů léčených amitriptilinem pro poruchu příjmu potravy, také po předávkování amitriptilinem. U pacientů léčených SSRI bývá naopak v 1,5 % případů pozorována močová inkontinence (9).

Psychiatrické poruchy stojí často v pozadí SD. Poruchy libida a vzrušivosti je možno pozorovat až u 50 % pacientů s depresí. Psychofarmaka pomáhají tento stav upravit, na druhou stranu však můžou dysfunkci způsobit. Jsou to pokles libida, erektilní dysfunkce (ED), poruchy lubrikace, poruchy orgasmu a ejakulace, menší uspokojení ze sexu. Lékem první volby bývají SSRI, vzhledem k výhodnému poměru účinnost/snášenlivost a nízké

toxicitě. U těchto léčiv je udáván výskyt SD ve 25–80 % případů. Rozpýtl je dán způsobem hodnocení, zda byl sledován jen nějaký typ SD, či úhrnem všechny. Ačkoliv účinná léčba deprese může zlepšit SD u některých pacientů, dostupná data ukazují, že u většiny pacientů léčených SSRI se objeví SD indukovaná léčbou. Tato může přetrvávat různě dlouhou dobu. SD je častou příčinou přerušování léčby, což může vést k relapsu deprese. Různá antidepresiva mají různou frekvenci výskytu SD. Nejčastěji způsobují SD citalopram (porucha libida v 50 %, porucha vzrušivosti v 80 %), dále fluoxetin, paroxetin, sertralin, venlafaxin. U jiných je SD referována méně často (escitalopram, fluvoxamin, imipramin, duloxetin). Známe však i řadu antidepresiv, která způsobují SD vzácně anebo vůbec (bupropion, agomelatin, mirzaten, mianserin, vortioxetin, moclobemid, selegilin a trazodon). Jen málo studií hodnotí SD u obou pohlaví. U mužů je více poruch zájmu a orgasmu. U žen je více poruch vzrušivosti. Možných řešení se nabízí několik. Jednak je to strategie wait and see. SD se nejčastěji objeví během prvních 2 týdnů terapie. Může spontánně vymizet u 5–10 % (někdy uváděno až 30 %) pacientů po 4–6 měsících pokračující terapie antidepresivy. Další možností je změna preparátu. To je potvrzeno i v kontrolovaných studiích. Switch medikamentu vede často k vymizení či zmírnění SD při zachování antidepresivního efektu. Někdy k úspěchu vede snížení dávky, lékové prázdniny nebo přídatná medikace inhibitory fosfodiesterázy V. typu.

Pokud se tedy v naší ambulanci objeví pacient se SD a s rizikovou psychiatrickou medikací, nabízí se jako řešení doporučit mu, aby se svému psychiatrovi o tomto NÚ zmínil a požádal ho o změnu preparátu, je-li tato možná. Je známo, že řada pacientů se zdráhá v psychiatrické ambulanci tento typ NÚ reklamovat. Je známo, že mnozí psychiatři se na to cíleně neptají. Na druhou stranu je však dobře si uvědomit, že jak je uvedeno výše, samotná deprese může být původcem poklesu libida a zhoršení erekce. Je potom otázka, zda tyto problémy jsou způsobeny NÚ léčby, či zda byly způsobeny primárním onemocněním, kdy v akutní fázi hlubší deprese si pacient nemusel přítomnost těchto příznaků uvědomovat a nestěžoval si na ně. Začnou mu vadit až při

zlepšení stavu, kdy jejich přítomnost může vzbudit podezření na naopak nedostatečně zaléčené afektivní onemocnění.

Zvláštním stavem je pak PSSD (post SSRI sexuální dysfunkce), tedy dysfunkce přetrvávající i po vysazení SSRI. Typická je trias genitální anestezie, ED, pokles libida. Předpokládaným mechanismem je permanentní downregulace 5HT-1A receptorů. Doporučeným způsobem léčby je low-power laser, léčba bupropionem, trazodonem či moclobemidem. Dále pak 5HT-1 agonisté (buspiron) a 5HT-2 a 5HT-3 agonisté (trazodon, mirzaten), nebo dopaminoví agonisté (pramipexol, carbegolin). Případně psychologická léčba (10).

Retardovaná ejakulace je nejčastěji popisovaná u paroxetinu (55–60 % pacientů) a fluoxetinu (45–50 %). Tato zkušenost může být naopak využita při terapii předčasné ejakulace (10).

Studií o SD v důsledku léčby antipsychotiky je podstatně méně. Významnou roli zde hraje indukce hyperprolaktinémie, nejčastěji u risperidonu.

S priapismem jako důsledkem terapie psychofarmaky se setkáváme naopak naštěstí vzácně. Farmakogenní priapismus se odhaduje na 15–40 % případů ischemického priapismu. Ojedinelé případy jsou popsány v souvislosti s užíváním celé řady antidepresiv, antipsychotik i dalších léků užívaných v psychiatrii. Podle FDA (Food and Drug Administration) bylo v letech 2015–2020 v USA hlášeno 1 908 případů priapismu jako nežádoucího účinku farmak, z toho 16,46 % (197 případů) připadá na antidepresivum trazodon, další v řadě jsou atypická antipsychotika quetiapin 12,78 % (153 případů), risperidon 10,86 % (130 případů), olanzapin 8,86 % (106 případů) a aripiprazol 6,68 % (80 případů) (11).

Dopad urologického onemocnění na psychické zdraví pacientů

Každé tělesné onemocnění vyvolává v člověku obavy, úzkost, zhoršení nálady. Někdy se u disponovaných jedinců tělesná choroba může stát spouštěčem psychiatrické poruchy, nejčastěji deprese, nebo nějaké formy úzkostné poruchy. V urologii se s tímto jevem typicky setkáváme u onkourologických pacientů. Je známo, že pacienti s malignitou mívají častěji