

než ostatní populace deprese, je u nich i vyšší riziko sebevraždy. Týká se to zejména období po stanovení diagnózy a pacientů s pokročilým onemocněním. Nejlépe je toto zdokumentováno u pacientů s karcinomem prostaty (KP). Muži s vysoce rizikovým KP měli 1,8× vyšší výskyt závažných depresivních epizod napříč celou dobou sledování. Tento nárůst byl podobný u mužů s lokálně pokročilým onemocněním jakož i s metastatickým onemocněním. Výskyt závažné depresivní epizody vrcholil v období 1–2 roky po diagnóze KP ale trval i po 10 letech. Naproti tomu u mužů s nízké či středně rizikovým KP byl zaznamenán jen mírný nárůst významné deprese po celou dobu sledování. Pacienti s rizikovým KP léčeni chirurgicky či radioterapií vykazovali nižší depresivitu než muži léčení hormonálně. Muži s vysoce rizikovým KP měli 2,4× vyšší riziko dokonané sebevraždy napříč celým obdobím sledování. Riziko sebevraždy bylo nejvyšší během prvních 3 měsíců od diagnózy a dále v období 10 a více let. Na rozdíl od nich pacienti s nízké rizikovým KP vykazují vyšší riziko dokonané sebevraždy pouze v období 3–12 měsíců od stanovení diagnózy. Vysoce rizikový KP byl spojený s vyšším rizikem dokonané sebevraždy pouze u mužů léčených androgen deprivační terapií (ADT). Vyšší míra depresivity u pacientů s KP léčených hormonálně může souviset s dopadem hormonálního prostředí na náladu. Můžeme předpokládat dopad NÚ léčby na každodenní život, zejména sexuální funkce, ale i inkontinence a dalších. Deprese není jen psychologickou zátěží, ale má i další zdravotní dopady. Například souvisí s vyšší nonadherencí k léčbě a vyšší konzumací zdravotních služeb. Kromě toho, že depresivní pacienti hůře spolupracují, jejich hospitalizace, rehabilitace a návrat do běžného života bývá delší. Náklady na jejich léčbu bývají vyšší (12). Pacienti s KP, karcinomem močového měchýře nebo ledviny a současně přítomným psychiatrickým onemocněním mají nádorově specifické přežití po roce, dvou, pěti i deseti letech kratší v průměru o 5 % (13).

## Urologická medikace s dopadem na psychické zdraví

Do této kapitoly patří zejména rozšířené používání anticholinergik u starších pacientů, což může mít dopad na jejich psychickou

kondici. Zejména v kombinaci s dalšími nepříznivými vlivy či s medikací mající též anticholinergní efekt mohou způsobit stav zmatenosti, deliriantní stavy a dále pak nutnost pobytu ve zdravotnickém zařízení, vyšší morbiditu i mortalitu. Větší citlivost starších osob k těmto vlivům připisujeme větší permeabilitě hematoencefalické bariéry, nižší hepatické a renální clearance a poklesu cholinergních neuronů a receptorů. Byly vytvořeny škály hodnotící anticholinergní efekt od 0 do 3, zároveň i škály posuzující riziko negativního vlivu na kognitivní funkce. Hodnota 1 značí anticholinergní aktivitu, ale žádný vliv na kognitivní funkce. Hodnoty 2 a 3 představují relevantní riziko vlivu na kognici. Většina anticholinergik předepisovaných urology patří do skupiny 3. Pouze u trospia se udává, že za normálních okolností neprochází hematoencefalickou bariérou (14, 15). Urolog se před nasazením těchto preparátů běžně dotazuje na přítomnost glaukomu, upozorní na sucho v ústech, na možnost zhoršení zácpy. Na možnost alterace kognitivních funkcí u starších pacientů však často nepomyslíme.

Hormonální manipulace u pacientů s KP je spojena se zvýšeným rizikem zhoršení kognitivních funkcí a demence. Toto riziko se zvyšuje s délkou léčby a není jasné, zda jde o účinek reverzibilní, či trvalý (16).

## Asociace urologické a psychiatrické problematiky

Ve většině studií byla prokázána asociace LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms, symptomy dolních močových cest) a deprese, v menší míře LUTS a úzkostných poruch. Pacienti s depresivní nebo úzkostnou poruchou mají vyšší pravděpodobnost výskytu LUTS nebo jejich zhoršení. Naopak u pacientů s LUTS bylo prokázáno vyšší riziko deprese. Dvě longitudinální studie prokázaly zlepšení afektivních symptomů po úspěšné léčbě LUTS. Byla prokázána pozitivní korelace mezi závažností LUTS a závažností deprese (17).

Tuto skutečnost je možné si vysvětlovat různě. Byla navržena řada hypotéz. Je možné si představit, že psychiatrické onemocnění může stát za rozvojem mikčních symptomů. Mikční symptomy (a obecně tělesná nepohoda) mohou přispívat k syndromu zhoršení nálady. Je možné, že oba typy onemocnění mohou mít

obdobný biochemický neurotransmiterový podklad (3, 5).

U některých onemocnění předpokládáme synergické působení biologických a psychologických (psychosociálních) faktorů na rozvoj symptomatologie. Typicky u bolestivých symptomů, také u SD. Například věkem a aterosklerózou podmíněná zhoršená schopnost erekce vede k podlomení sebedůvěry pacienta, obavám z dalších selhání, katastrofizaci, a tím k další chronifikaci problému. Z bolestivých syndromů je urologovi nejbližší široká problematika chronické pánevní bolesti (Chronic Primary Pelvic Pain Syndrom), kde je asociace s depresivní a úzkostnou problematikou zřejmá. Jedná se o onemocnění, u kterého je komplexní bio-psycho-sociální přístup žádoucí a může být klíčem k prolomení bohužel běžných, oboustranně frustrujících terapeutických neúspěchů. Mimo jiné se zde v rámci komplexního přístupu uplatní i použití psychofarmak i psychologická léčba (18).

## „Problémový“ pacient v urologické ambulanci a doporučení pro praxi

Na toto téma lze doporučit starší článek v tomto časopise, který se problematice věnuje dostatečně podrobně (19). Jakkoliv je samotný termín „problémový pacient“ sporný, běžná každodenní praxe přináší kontakt s pacienty, jejichž jednání je konfrontační, nárokové; s pacienty, kteří dávají nespílitelné požadavky, kteří nejsou schopni dodržet doporučenou léčbu, a s pacienty, jejichž motivace vyhledání lékařské péče je jiná než úleva od tělesných či psychických potíží (19). Z psychiatrického okruhu může jít o celou škálu, pacienti zneužívající návykové látky, pacienti s nepříznivou osobnostní strukturou (emočně nestabilní, úzkostnou, anankastickou, paranoidní aj.), pacienti s ne zcela uspokojivě kompenzovaným psychotickým onemocněním a další. Je dobré si uvědomit, že ne každý pacient, se kterým nejsme z nějakého důvodu schopni se rozumně dohovorit, musí mít automaticky psychiatrickou poruchu. V každém případě je třeba zdůraznit potřebnost empatie a citlivého přístupu ošetřujícího lékaře, kdy námitka, že „na to není v běžném provozu ordinace čas“, nemůže obstát. Naopak větší časová investice se mnohdy vyplatí a paradoxně může v dů-