

## LÉČBA UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZY EX JUVANTIBUS

Jestliže přetrvává závažné podezření na přítomnost urogenitální TB a výsledky mikrobiologických, histologických a kožních testů a vyšetření zobrazovacími metodami nejsou pozitivní či přesvědčivá, může být nutné stanovit diagnózu urogenitální TB ex juvantibus (stanovení diagnózy podle výsledků léčby). Podle stupně podezření dělíme tuto léčbu na dva typy.

U pacientů s nižším stupněm podezření je indikována léčba urologických obtíží antibiotiky neinhubujícími *Mtb* (např. fosfomycin, cefalosporiny, nitrofurantoin). Ustoupení obtíží svědčí spíše pro vyloučení urogenitální TB.

U pacientů s vyšším stupněm podezření je po dohodě multidisciplinárního týmu indikována léčba dvou až čtyřkombinací antituberkulotik, která inhibují *Mtb*, ale nepůsobí na běžné patogeny (isoniazid, kyselina paraaminosalicylová (PAS), prothionamid, ethionamid, ethambutol, pyrazinamid). Pozitivní klinická odpověď během dvou měsíců léčby svědčí pro diagnózu urogenitální TB (30).

## LÉČBA UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZY

### Antituberkulotická terapie

Základem správně provedené terapie je nepochybně kontinuita léčby, dobrá compliance léčby ze strany pacienta a dodržování návaznosti jednotlivých cyklů léčby. Pacient s urogenitální TB by měl absolvovat léčbu pomocí čtyřkombinace antituberkulotik v iniciační fázi léčby s dalším pokračováním podle typu a stupně postižení urogenitálních orgánů v minimálním celkovém rozsahu šesti měsíců.

Pokud se jedná o primoléčbu TB způsobené senzitivní *Mtb*, měla by být provedena léčba 1. linií antituberkulotik. Pokud se jedná o rezistentní *Mtb* nebo je přítomna nedostatečná tolerance na léčbu antituberkulotiky 1. linie nebo se jedná o recidivu onemocnění, je indikována léčba 2. nebo 3. linie.

Léčba izolované urogenitální TB se jinak zčásti liší od léčby plicní TB, a zejména v případě recidivujícího nebo rezistentního onemocnění. Z fluorochinolonů se doporučuje léčba pouze ofloxacinem a levofloxacinem. Moxifloxacin a sparfloxacín jsou vhodné pouze pro léčbu plicní TB. Pro léčbu pacientů s postižením pánevních orgánů je doporučeno užití PAS, při kterém byly zaznamenány vyšší hladiny prostaglandinů se svým protizánětlivým účinkem na postižené tkáně (16). V případě terapie amoxicilinem/kyselinou klavulanovou je vhodná kombinace s meropenemem nebo imipenemem, protože se při ní potencuje antituberkulózní efekt. Cycloserin je doporučován u pacientů s významnými komorbiditami a u těch, kteří trpí současně nespecifickými IMC (16). Pacienti se současnou HIV infekcí by měli být léčeni rifabutinem a nikoli rifampicinem.

Léčba amikacinem, streptomycinem a kanamycinem je u pacientů s urogenitální TB kontraindikována pro významnou podporu transformace tkáně s tuberkulózním zánětem do těžké fibrózy (16).

Na základě typu a rozsahu postižení urogenitálních orgánů existuje pět terapeutických režimů (Tab. 2):

Každý režim se skládá z iniciační fáze trvající 2–4 měsíce a pokračovací fáze. Dávky antituberkulotik jsou závislé na hmotnosti pacienta. Léčba se užívá každý den, u některých režimů pokračovací léčby se užívá 3× týdně. Léčbu antituberkulotiky lze aplikovat perorálně, ale většinou je hlavně v iniciační fázi preferována léčba parenterální pro svoji lepší compliance a nižší výskyt nežádoucích účinků.

Krátkodobé režimy (6–9 měsíců) lze použít u pacientů s urogenitální TB bez komplikací v oblastech, kde je příznivá epidemiologická situace. V případě komplikované urogenitální TB a v oblastech s nepříznivou epidemiologickou situací se doporučuje podávání léčby po dobu 9–14 měsíců čtyř- až pětikombinací antituberkulotik. MDR TB by měla být léčena nejméně 18 měsíců pětikombinací antituberkulotik.

### Podpůrná terapie

Je užívána k minimalizaci nežádoucích účinků antituberkulotické terapie, ke snížení rozsahu fi-