

lez přetrvávají, měla by léčba pokračovat ještě minimálně dva měsíce. Pokud po léčbě nedojde k ústupu symptomů a kapacita močového měchýře je malá (většinou méně než 100 ml), může být indikováno provedení cystektomie, ale léčba isoniazidem a rifampicinem by měla pokračovat ještě dva měsíce po provedení výkonu.

Podání BCG vakcíny je kontraindikováno u pacientů, u kterých jsou přítomny dysurie a leukocyturie. V případě výskytu těchto symptomů nebo nálezů v průběhu léčby je nutné provést jejich léčbu, např. podat nesteroidní antiflogistika a nitrofurantoin nebo fosfomycin po dobu 3–5 dnů. Léčba BCG vakcínou může pokračovat až po ustoupení dysurií. Po zaléčení BCG indukované TB močového měchýře by se léčba BCG vakcínou již neměla opakovat.

Pacienti s BCG indukovanou epididymitidou/orchiepididymitidou by měli být léčeni trojkombinací isoniazid, rifampicin a levofloxacin denně po dobu dvou měsíců. Provedení orchiektomie je indikováno v případě vytvoření abscesu nadvarlete či varlete nebo při přetrvávajícím nálezu při terapii trvající dva měsíce. Pacienti po prodělané TB epididymitidě nebo orchiepididymitidě by měli být sledováni každých šest měsíců po dobu dvou let.

Klinicky asymptomatická TB prostatitida většinou antituberkulotickou léčbu nevyžaduje, ale je nutná monitorace pacienta a poučení o možném pohlavním přenosu choroby (18–20).

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba urogenitální TB je indikována u pokročilých stadií a v případě výskytu komplikací.

V případě TB ledviny je chirurgický výkon indikován u 3. stadia v případě rezistence na standardní terapii po dobu čtyř měsíců (obrázek 6) a u 4. stadia (obrázek 7). Ve většině případů je indikovaná nefrektomie nebo parciální resekcí ledviny, výkon je vhodné provést laparoskopicky.

V případě striktur močovodu nebo močové trubice jsou prováděny standardní derivační (v průběhu léčby) a rekonstrukční (po úspěšném dokončení léčby) výkony.

U 4. stadia TB močového měchýře je indikováno provedení cystektomie včetně odstranění prostaty u mužů.

V případě TB epididymitidy/orchiepididymitidy je při rozvoji abscesu indikována jeho drenáž a při onemocnění refrakterním na standardní léčbu po dobu dvou měsíců by mělo být zváženo provedení orchiektomie.

Při rozvoji abscesu v průběhu onemocnění TB prostaty je indikována jeho drenáž.

Všechny chirurgické intervence by měly být provedeny pod krytím antituberkulotik.

SLEDOVÁNÍ A PREVENCE RECIDIVY UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZY

Pacienti po prodělané urogenitální TB by měli být dále sledováni, v závislosti na formě a stupni postižení je doporučováno sledování po šesti měsících po dobu 1–3 let.

Specifická profylaxe urogenitální TB neexistuje.

LITERATURA

1. **Zachoval R, Nencka P, Vasakova M, et al.** The incidence of subclinical forms of urogenital tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis. *J Infect Public Health*, doi: 10.1016/j.jiph.2017.07.005.
2. **Porter MF.** Uro-genital tuberculosis in the male. *Ann Surg* 1894; 20: 396–405.
3. **Wildbolz H.** Ueber urogenital tuberkulose. *Schweiz Med Wochenschr* 1937; 67: 1125.
4. **Lewis KE, Lucas MG, Smith R, Harrison NK.** Urogenital infection by *Mycobacterium bovis* relapsing after 50 years. *J Infect* 2003; 46: 246–248.
5. **de la Rua-Domenech R.** Human *Mycobacterium bovis* infection in the United Kingdom: incidence, risks, control measures and review of the zoonotic aspects of bovine tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)* 2006; 86: 77–109.