

## FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA MIKČNÍCH SYMPTOMŮ

Nejčastější příčinou evakuační dysfunkce je hypokontraktilita detruzoru a/nebo subvezikální obstrukce. V praxi může být obtížné určit příčinu evakuační dysfunkce, ale pro stanovení dalšího léčebného postupu je důležité odlišit anatomickou subvezikální obstrukci (striktura uretry, BPH apod.) a funkční subvezikální obstrukci (DSD). **Podávání alfa-blokátorů** může zlepšit evakuační symptomy pomocí snížení výtokového odporu jak v případě BPH, tak i DSD. V indikaci neurogenního měchýře byl jejich pozitivní vliv ověřen u doxazosinu, tamsulosinu a silodosinu (10). Klinický význam PVR je nutno hodnotit u pacientů individuálně a na základě opakovaných vyšetření. Za klinicky nevýznamné PVR lze zpravidla považovat reziduum do výše 50 % mikční porce (např. 200 ml vymočeno + 100 ml reziduum), pokud nepůsobí sekundární komplikace, jako zhoršení funkce HMC, snížení funkční kapacity močového měchýře, zvýšení frekvence mikce nebo recidivující infekty močových cest apod. (9, 10).

Betanechol a distigmin se považují za látky s cholinergními účinky, které zvyšují kontraktilitu detruzoru a podporují vyprazdňování močového měchýře. V klinické praxi se ale často nepoužívají a jejich preskripcí v indikaci léčby hypoaktivního detruzoru se také nedoporučuje (9, 10).

## MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ LÉČBA MIKČNÍCH SYMPTOMŮ

U pacientů s klinicky významným PVR je volbou po selhání předchozích metod **intermitentní katetrizace** (IK). Možnost jejího provádění v domácím prostředí samotným pacientem nebo pečovatelem činí z této metody excelentní způsob řešení evakuační dysfunkce. Správné nastavení frekvence IK může významně redukovat i epizody inkontinence (26). Samozřejmě s progresí RS může dojít ke ztrátě jemné motoriky horních končetin, ke spazmům s nedostatečnou abdukci dolních končetin nebo k poruše kognitivních funkcí, které znemožní další provádění IK (17). V tomto případě,

kdy jsme vyčerpali veškeré terapeutické metody ke zlepšení evakuace močového měchýře, lze pacientům nabídnout **permanentní katetrizaci** pomocí permanentního katétru nebo epicystostomie. Musíme si ale uvědomit, že permanentní drenáž močového měchýře není primárním prostředkem řešení inkontinence moči, ale evakuační dysfunkce DMC. Je také mylnou představou, že permanentní katetrizace poskytne ochranu HMC před jejich deteriorací. Rozhodujícím faktorem této komplikace je intravezikální, resp. detruzorový tlak, ne však objem nebo kapacita měchýře (27). Studie dále prokázaly, že dlouhodobá katetrizace způsobuje různé komplikace, jako je uretrální trauma a krvácení, uretritida, uretrokutánní fistula, urolitiáza, akutní a chronická infekce močových cest, eroze meatu a sfinkteru, inkompetence hrdla měchýře a karcinom měchýře (28). Toto jsou důvody, proč bychom měli permanentní katetrizaci u našich pacientů co nejvíce oddalovat. Pokud je však dlouhodobá katetrizace nevyhnutelná, měly by se upřednostňovat silikonové katetry nebo katetry potažené hydrogelovou vrstvou (29). V případě nutnosti permanentní drenáže DMC provádíme výměnu epicystostomie nebo permanentního katétru zpravidla každých 3–6 týdnů, i když v tomto údaji je evidence dosud nedostatečná (9).

## CHIRURGICKÁ LÉČBA

V případě vyčerpání nebo selhání konzervativních metod se lze ještě uchýlit v určitých indikacích k chirurgickým metodám. Minimálně invazivní metody léčby stresové inkontinence pomocí allogenních vaginálních pásek (TVT, TOT, TVTs) jsou u žen s RS indikovány zejména v případech stresové inkontinence na podkladě hypermobility uretry (9). Tyto metody by měly být indikovány a prováděny urologem erudovaným v problematice diagnostiky a léčby neurogenních dysfunkcí DCM (9). Další chirurgické metody léčby neurogenní hyperaktivity detruzoru u pacientů s RS jsou v současnosti v éře intravezikální aplikace onabotulotoxinu indikovány výjimečně. Literární zdroje se zmiňují o **neuromodulaci pomocí sakrální stimulace** u pacientů s RS