

titraci dávky a některá bezpečnostní opatření (19, 24). Intrakavernózní injekční aplikace vazomotorických léků je také první léčebnou možností u pacientů užívajících nitráty. Nejčastější komplikace této léčby jsou bolest, priapismus a fibróza topořivých těles. Vliv intrakavernózních injekcí na ejakulaci a orgasmické funkce, stejně jako jejich účinnost a dlouhodobá snášenlivost, nejsou doposud jasné (41). Intrauretrální aplikace alprostadilu je možnou, méně invazivní alternativou, ale ve srovnání s intrakavernózní aplikací je tato metoda méně efektivní (10, 38).

Implantace **penilní protězy** u pacientů s RS je riziková z hlediska možných závažných pooperačních komplikací, jako je infekce nebo protruze protězy.

## ŽENSKÁ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

I když jsou sexuální dysfunkce (SD) u žen s RS velmi časté, lékaři odborníci tuto problematiku často přehlížejí (43). Pozornost urologů se koncentruje zejména na inkontinenci, která představuje největší fyzickou bariéru sexuální aktivity. Byla potvrzena korelace mezi rozvojem SD a urodynamickým nálezem nízké kapacity, „compliance“ měchýře a vysokým detruzorovým tlakem ( $P_{detmax}$ ) (10). Nejčastěji popisovanou SD u žen s RS je snížení libida, orgasmická porucha (hypo/anorgasmie), snížení dotekových vjemů ze stehenních a genitálních oblastí v důsledku porušení senzitivní inervace a nedostatečná vaginální lubrikace s následnou dyspareunií (37). Bohužel u žen nemáme k dispozici tolik terapeutických možností jako v mužské populaci. Údaje o sildenafilu v léčbě poruchy libida a orgasmu jsou nedostatečné a hlavně kontroverzní (10). Ačkoli existují dobré důkazy o tom, že **psychologická intervence** je účinná při léčbě poruchy libida a orgasmických poruch u žen,

v neurologické populaci pacientek chybí studie, které by toto tvrzení podpořily (10). Psychoterapie SD vyžaduje multidisciplinární týmovou spolupráci specialistů, obou partnerů a společnosti. Spolupráce by měla být založena na víře pacientů, že i přes jejich postižení jsou stále sexuálními osobami se schopností sdílet lásku, intimitu a navazovat vztahy (37). Psychoterapeutické postupy vyžadují dostatečný prostor a hlavně čas, který urologové nejsou schopni v denní klinické praxi poskytnout. I proto existuje potřeba vzniku specializovaných doporučení nebo center zabývajících se touto problematikou (9).

## SHRNUTÍ

Současná medicína dokáže vyřešit většinu dysfunkcí spojených s RS, a tím zlepšit kvalitu života postižených pacientů. Integritu osobnosti pacienta s RS lze zachovat jenom v případě, že se nebudeme upínat pouze na dominující dysfunkci, ale pokusíme se vyřešit všechny jeho problémy, které nám pacient sdělí jenom v případě, že si získáme jeho důvěru. Je pozitivní, že v případě mikčních dysfunkcí máme k dispozici doporučení, která nás mohou vést v naší denní praxi. Také v případě uroinfekcí můžeme cílevědomým přístupem minimalizovat jejich riziko, a tím uchránit pacienta i před rizikem vzplanutí a následně progresu RS. Horší situace je ale v případě sexuálních dysfunkcí. Specifická farmakoterapie je v současné době k dispozici pouze pro léčbu erektilní dysfunkce. Doporučení pro léčbu SD u žen s RS jsou útržkovitá a nedostatečná, a proto by se naše snažení mělo ubírat i tímto směrem. Podmínkou takového přístupu je samozřejmě mezioborová spolupráce zainteresovaných specialistů.

## LITERATURA

1. Havrdová E. Roztroušená skleróza. Praha: Maxdorf 2005; 11.
2. Landtblom AM, Fazio P, Fredrikson S, Granieri E. The first case history of multiple sclerosis: Augustus d'Este (1794–1848). *Neurol Sci* 2010; 31(1): 29–33.
3. Koldewijn EL, Hommes OR, Lemmens WA, et al. Relationship between lower urinary tract abnormalities and disease-related parameters in multiple sclerosis. *J Urol*. 1995; 154(1): 169–173.
4. Litwiler SE, Frohman EM, Zimmern PE. Multiple sclerosis and the urologist. *J Urol*. 1999; 161(3): 743–757.