

Tab. 1. Přehled farmakoterapie symptomů dolních cest močových (LUTS); upraveno dle EAU guidelines (1) a SmPC jednotlivých přípravků (2)

Zástupci	Mechanismus účinku	Nežádoucí účinky	Klinické poznámky
Alfa-1 blokátory			
Doxazosin Alfuzosin Terazosin Tamsulosin Silodosin	Relaxace hladké svaloviny prostaty, uretry a hrdla měchýře blokadou α -1 adrenergických receptorů	Hypotenze ■ hl. ortostatická při zahájení léčby (hl. neselektivní přípravky – doxazosin, terazosin) Tachykardie Poruchy ejakulace ■ pokles množství až úplná absence ejakulace (hl. uroselektivní přípravky – tamsulosin, silodosin) Peroperační syndrom vlající duhovky ■ popsáno u tamsulosinu, platí pro všechny zástupce	Velimí rychlý nástup účinku (dny až týdny) Neovlivňují další progresi onemocnění Alfuzosin vhodný při přání zachování ejakulace Vhodné užívat navečer ke snížení rizika hypotenze
Inhibitory 5-alfa-reduktázy			
Dutasterid Finasterid	Inhibice přeměny testosteronu na dihydrotestosteron, snížením proteosyntézy a indukci apoptózy dochází ke zmenšení objemu žlázy	Snížení libida Poruchy erekce a ejakulace Gynekomastie	Nástup účinku za 6–12 měsíců Zpomalení progresu onemocnění Finasterid snižuje hypervaskularizaci prostaty Pokles PSA až o 50 % Nevhodné u dárců krve a mužů plánujících s partnerkou graviditu
Anticholinergika			
1. Generace: Oxybutinin Tropium Propiverin 2. Generace: Tolterodin Fesoterodin Solifenacin Darifenacin	Snížení kontraktility detruzoru blokadou M2 a M3 muskarinových receptorů	Sucho v ústech Suché oči Nauzea Obstipace	Pomalý nástup účinku (týdny až měsíce) Riziko zhoršení evakuace měchýře Riziko zhoršení kognitivních funkcí ■ bezpečnější přípravky – tropium, tolterodin, darifenacin KI – glaukom s uzavřeným úhlem, myastenia gravis Léčbu nutné zahájit přípravkem 1. generace
Beta-3-mimetika			
Mirabegron	Přímá relaxace hladké svaloviny detruzoru stimulací beta-3 adrenergických receptorů, snížení kontrakcí detruzoru v průběhu plnicí fáze, bez ovlivnění kontraktility při mikci	Tachykardie Bolesti hlavy Hypertenze	Pomalý nástup účinku (týdny až měsíce) KI – nekorigovaná hypertenze Není variantou první volby
Inhibitory fosfodiesterázy typu 5			
Tadalafil	Snížení tonu hladké svaloviny močového měchýře, prostaty a uretry vlivem zvýšení cGMP; zlepšení prokrvení pánevní oblasti	Flush Bolesti hlavy Nauzea Bolesti zad a svalů	Bez negativního vlivu na ejakulaci Současné zlepšení erekce Bez úhrady z veřejného zdravotního pojištění

nástup účinku, ke zlepšení mikčních i urgentních symptomů dochází již v řádu několika dní (3). Alfa-1 blokátory zlepšují skóre IPSS (International Prostatic Symptom Score) o 30–40 % a Q_{max} o 20–25 %. Účinnější jsou u mužů s menší prostatou (< 40 ml). Tyto léky nemají vliv na další průběh onemocnění (1).

Inhibitory 5-alfa-reduktázy

U mužů se středně těžkými až těžkými LUTS a velikostí prostaty > 40 ml je výhodná léčba inhibitory 5-alfa-reduktázy (5ARI). Efekt léčby nastupuje nejdříve za 6 měsíců. Při dlouhodobém užívání (2–4 roky) dochází k redukci objemu žlázy, zlepšení IPSS skóre o 15–30 % a Q_{max} o 1,5–2 ml/s (4, 5). U prostaty < 40 ml nebyla prokázána vyšší účinnost finasteridu

oproti placebo, ovšem příznivý efekt dutasteridu byl zjištěn i u menších žláz (30–40 ml). Léčba 5ARI účinně zpomaluje progresi onemocnění – snižuje riziko akutní retence moči a nutnost operační léčby (1).

Kombinovaná léčba

Alfa-1 blokátor a inhibitor 5-alfa-reduktázy

Tato kombinace účinně spojuje výhody obou lékových skupin – rychlou úlevu od obtíží (alfa-1 blokátory) a snížení rizika progresu onemocnění (5ARI).

Dlouhodobé výsledky (4 roky) studií MTOPS a CombAT ukazují, že kombinovaná léčba je účinnější oproti monoterapii ve zlep-

šení LUTS a Q_{max} . Je rovněž superiorní oproti monoterapii alfa-1 blokátorem ve snížení rizika akutní retence moči i nutnosti chirurgického výkonu (4, 6). Studie MTOPS prokázala u dlouhodobé kombinované léčby finasterid + doxazosin snížení rizika progresu onemocnění až o 66 % v porovnání s placebem a finasteridem/doxazosinem v monoterapii. Finasterid (v kombinaci či monoterapii) oproti doxazosinu účinně snižoval riziko akutní retence moči či nutnost operace (6). Výsledky studie CombAT ukazují na snížení rizika retence moči až o 68 % a nutnosti operačního zákroku o 71 % u kombinované terapie dutasteridem + tamsulosinem v porovnání s tamsulosinem v monoterapii (4, 5). Rovněž studie CONDUCT (tamsulosin + dutasterid vs.