

Tab. 2. Přehled farmakologických možností léčby CP/CPSPS

Farmakologická léčba		
	DOPORUČENO	KOMENTÁŘ
Alfa-blokátory (<i>doxazosin, tamsulosin, alfuzosin, silodosin</i>)	ANO	Při příznacích mLUTS, nikoliv v monoterapii
5-ARI (<i>finasterid</i>)	ANO	Při příznacích mLUTS, nikoliv v monoterapii
Antibiotika	ANO/NE	Fluorochinolony při primodiagnóze CP, dále pouze při kultivačně potvrzené infekci. Empirická antibiotická léčba není doporučena
NSAIDs	ANO	Při akutní exacerbaci, krátkodobá léčba (do 6 týdnů)
Kortikosteroidy	NE	
Fytofarmaka (<i>extrakty z pylových zrn, kurkuma, kvercetin, Serenoa repens</i>)	ANO	Doplňková léčba
iPDE5 (<i>tadalafil</i>)	ANO	U pacientů s vyjádřenou sexuální symptomatikou
Antidepresiva (<i>sertralin, fluvoxamin, duloxetin</i>)	ANO	U pacientů se sklony k depresím, úzkostem Ne v monoterapii
Pentosan-polysulfát	NE	
Alopurinol	NE	

mLUTS – male lower urinary tract symptoms, symptomy dolních močových cest u mužů; 5-ARI – 5-alpha-reductase inhibitors, inhibitory 5-alfa-reduktázy; CP – chronická prostatitida; NSAIDs – nonsteroidal anti-inflammatory drugs, nesteroidní antiflogistika; iPDE5 – inhibitory fosfodiesterázy typu 5

Tab. 3. Přehled nefarmakologických možností léčby CP/CPSPS

Nefarmakologická léčba		
	DOPORUČENO	KOMENTÁŘ
Doporučení změny dietních, sexuálních návyků a životního stylu	ANO	Racionální dieta, abstinence alkoholu, pravidelné relaxační sportovní aktivity, vyhýbání se dlouhému sedu, omezení činností se zvýšeným tlakem na hráz, omezení nošení těsného spodního prádla, ne více než 2 ejakulace denně, ne déle než 4denní sexuální abstinence, neoddalování ejakulace, nepřerušovaná soulož
Botulotoxin A	NE	Do perineální oblasti a bulbospongiozního svalu nedoporučeno, intraprostaticky sporné výsledky
Pánevní fyzioterapie, cviky pánevního dna	ANO	Dobré výsledky ve zmírnění bolesti, u primární léčby i u pacientů po selhání farmakoterapie
Akupunktura	ANO	Zmírnění symptomů při provedení erudovaným odborníkem
Léčba rázovou vlnou	ANO/NE	Krátkodobě zmírnění obtíží, dlouhodobě efekt nepotvrzen
Kognitivně behaviorální terapie	ANO	U pacientů se sklony ke klinickým depresím, úzkostem, panickým poruchám

Fytofarmaka

Testovány byly často využívané složky fytofarmak – extrakty z pylových zrn, kurkuma, quercetin či serenoa plazivá (*Serenoa repens*). Více studií potvrdilo, že léčba těmito preparáty (a to i v porovnání s placebem) může zmírnit příznaky CP/CPSPS (19). Fytofarmaka proto mohou představovat přidanou hodnotu k léčbě s efektem na zmírnění příznaků se zanedbatelnou zátěží nežádoucími účinky (7).

Inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (iPDE5)

Více studií s nízkým dávkováním (tadalafil 5 mg/denně) popisuje zlepšení symptomatiky CP/CPSPS a dobrou toleranci léčby pacienty (19). Ač se z většiny jedná o studie nízké kvality

(hlavně pro absenci randomizace a zaslepení), tak je potenciál iPDE5 ve zmírnění symptomatiky CP/CPSPS značný (7).

Neuromodulátory a antidepresiva

Využití léku na neuropatickou bolest, neuromodulátoru pregabalínu, nevedlo ke zlepšení symptomatiky CP/CPSPS (7, 19). Naopak zástupci antidepresiv, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors) – sertralin, fluvoxamin nebo inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI – serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors) – duloxetin byly testovány, a ač nejsou vhodné v monoterapii, ukazují se jako dobrá léčebná metoda v rámci multimodální symptomatičké péče

u pacientů se sklony k depresím, úzkostem a psychologickým symptomům (7).

Další látky

Pentosan-polysulfát byl testován i u pacientů s CP/CPSPS bez prokázání efektu. Alopurinol, inhibitor xantin-oxidázy, byl pro své protizánětlivé účinky také testován, bez prokázání efektu na pacienty s CP/CPSPS (7).

B. Nefarmakologická léčba

Doporučení změny dietních, sexuálních návyků a životního stylu

Obecná dietní doporučení (tj. racionální dieta, abstinence alkoholu) v kombinaci s doporučením ke změně životního stylu (tj. provozovat relaxační sportovní aktivity, vyhýbat se dlouhému sedu, předcházet zvýšenému tlaku na perineum, omezit nošení těsného spodního prádla) a sexuálních návyků (tj. ne více než 2 ejakulace denně, ne déle než 4denní sexuální abstinence, neoddalování ejakulace, vyhýbání se přerušované souloži) byly testovány s příznivým výsledkem (12).

Aplikace botulotoxinu A

Při aplikaci botulotoxinu A (BTA) do perineální oblasti a bulbospongiozního svalu nebyl efekt na symptomatiku CP/CPSPS potvrzen (7). Intraprostatická aplikace, která byla zkoumána v jedné randomizované studii, symptomatiku CP/CPSPS zmírnila a ukazuje, že má nižší riziko nežádoucích účinků (19). Efekt je ale nutné potvrdit v dalších studiích.

Cviky pánevního dna, pánevní rehabilitace

Většina pacientů s CP/CPSPS měla při vyšetření fyzioterapeutem zvýšenou citlivost pánevního dna v porovnání s kontrolní skupinou, což ukazuje i potenciál v léčbě (20). Cviky pánevního dna (PFMT – Pelvic Floor Muscle Training) spolu s metodou „uvolnění myofasciálních trigger pointů“ (trigger point release) prokázaly částečný efekt v několika studiích (7). PFMT ve spojení s uvolněním spouštěcích bodů taktéž dosáhly dobrých výsledků v léčbě bolesti a mLUTS již po krátké době od započetí léčby. Tuto kombinaci lze zvolit nejen v léčbě pacientů s CP/CPSPS, u kterých selhala farmakoterapie, ale také jako primární léčbu