

NEJASNOSTI A KONTROVERZE

Cílem práce je upozornit na problém, který je v běžné urologické praxi dosud přehlížen. Bohužel však tento přehled není schopen odpovědět na všechny relevantní otázky, které nás s tímto tématem mohou napadat. Nemůžeme například sestavit žebříček anticholinergik dle „šetrnosti k CNS“ a tedy dát doporučení, které anticholinergikum použít jako první volbu. Efekt anticholinergik na CNS je natolik komplexní a multifaktoriálně podmíněný, že preferovat některé anticholinergikum na podkladě hodnocení jednoho hlediska (afERENCE/selektivita k subtypům muskarinových receptorů, průchodnost hematoencefalickou bariérou atd.) by bylo zavádějící. Navíc je třeba si uvědomit, že řada těchto informací byla získána na podkladě animálních experimentů a nejsou vždy beze zbytku přenositelné do humánní medicíny (31). Data dostupná z klinických studií naopak umožňují formulovat doporučení, kterým anticholinergikům se snažit vyhnout v první linii.

Stejně tak nám v současnosti dostupná data neumožňují přijmout stanovisko ke kombinaci anticholinergika a mirabegronu s ohledem na jeho aktivitu jako inhibitoru cytochromu P-450 2D6. A podobných nejasností je řada. Je proto jasné, že je zde aktuální potřeba dalších dobře designovaných studií zaměřených na komplexní efekt anticholinergik a případné lékové interakce nejen v oblasti léčby OAB.

SHRNUTÍ PRO PRAXI

I když je v otázce kognitivního postižení a rozvoje demence při užívání anticholinergik pro léčbu OAB řada nejasností, nelze tato rizika podceňovat. Na druhé straně není důvod k plošnému odmítání anticholinergik v léčbě OAB. Při stanovování léčebného plánu pro pacienty s OAB bychom měli postupovat racionálně, vycházet z individuálního posouzení stavu a potřeb každého pacienta a v každodenní klinické praxi dodržovat následující doporučení (18, 32):

- Vždy bychom měli posuzovat benefit a možná rizika podávání anticholinergik u konkrétního pacienta.
- Vždy bychom měli zhodnotit kognitivní stav pacienta. Ve většině případů jsme schopni orientačně zhodnotit kognici během rozhovoru s pacientem (pamatuje si pacient užívané léky?, pamatuje si prodělané choroby?, odpovídá přiléhavě?, je schopen formulovat své myšlenky?, obrací se o pomoc s odpověďmi na otázky k doprovodu?). V případě pochybností je možno zvažovat odborné vyšetření kognice.
- Vždy bychom měli znát všechny léky, které pacient užívá a posoudit případné nebezpečí kumulativní anticholinergní expozice.
- Měli bychom preferovat podávání moderních anticholinergik a vyhnout se podávání oxybutininu.
- Měli bychom se vyhnout podávání anticholinergik u osob s již přítomným kognitivním deficitem. U těchto pacientů bychom měli primárně zvažovat podání beta-3-mimetik.
- Obzvláštní opatrnosti je při preskripci anticholinergik třeba dbát u pacientů s diabetem.
- Vždy bychom po 3–6 týdnech po nasazení anticholinergik měli ověřit, jestli je medikace efektivní.
- U dlouhodobých uživatelů bychom měli jednou za čas anticholinergika na určitý čas přechodně vysadit (cca na 2 týdny). Pokud nedojde po vysazení anticholinergik ke zhoršení symptomů OAB, resp. po opětovném nasazení ke zlepšení symptomů OAB, nemá smysl je dále podávat.
- U všech stávajících uživatelů bychom měli cíleně pátrat po známkách případného rozvoje kognitivního postižení během podávání anticholinergik.
- Vždy bychom měli indikovat nejnižší dávky nutné k dosažení žádoucího efektu. V mnohých případech lze zvažovat i intermitentní podávání (on-demand).
- Vždy bychom měli zvažovat alternativní způsoby léčby (behaviorální terapie, beta-3-mimetika, neuromodulace) s výhodnějším bezpečnostním profilem.