



přípravkem mirabegron byla účinná u pacientů, u kterých perzistovaly příznaky LUTS a OAB při monoterapii α 1-blokátorem, aniž by způsobila negativní účinky na průtok (1).

Nežádoucí účinky

Nejčastějšími nežádoucími účinky souvisejícími s léčbou mirabegronem byly hypertenze, infekce močových cest (UTI), bolest hlavy a nazofaryngitida (1). Mirabegron je kontraindikován u pacientů s těžkou nekontrolovanou hypertenzí (systolický krevní tlak > 180 mmHg nebo diastolický krevní tlak > 110 mmHg, nebo obojí). Krevní tlak by měl být měřen před zahájením léčby a pravidelně sledován během léčby.

Dlouhodobé studie účinnosti a bezpečnosti přípravku mirabegron u jakéhokoliv věku mužů s LUTS ještě nejsou k dispozici. Studie o použití mirabegronu v kombinaci s jinými přípravky pro léčbu mužů s LUTS čekají na dokončení. Farmakokinetická interakce při přidání mirabegronu ke stávající léčbě tamsulosinem nebo naopak nezpůsobuje klinicky relevantní změny v bezpečnostním profilu (36). Dostupné studie mirabegronu v kombinaci s antimuskariniky u pacientů s OAB byly převážně na ženské studijní populaci, i tady čekají další klinické studie na dokončení.

Doporučení

Mirabegron zlepšuje příznaky OAB, včetně frekvence mikce, urgencye a urgentní inkontinence moči. Pacienti s mirabegronem setrvávají v léčbě déle než pacienti s antimuskariniky. Užití beta-3 agonistů lze doporučit u mužů se středně závažnou a závažnou LUTS s převahou jímacích symptomů.

Alfa1-blokátory + inhibitory 5 α -reduktázy

Mechanismus účinku

Alfa1-blokátor vykazuje klinické účinky během několika hodin nebo dnů, zatímco 5-ARI potřebuje několik měsíců k rozvoji plné klinické účinnosti. Finasterid byl testován v klinických studiích s alfuzosinem, terazosinem, doxazosinem nebo terazosinem a dutasterid s tamsulosinem.

Klinické účinky

Teprve údaje z dlouhodobého sledování (čtyři roky) ze studií MTOPS a CombAT ukázaly, že kombinovaná terapie je lepší než monoterapie pro LUTS a Q_{max} a lepší než samotný α 1-blokátor při snižování rizika AUR nebo potřeby chirurgického zákroku (2, 4, 9, 10).

Studie CombAT prokázala, že kombinovaná léčba je lepší než monoterapie α 1-blokátorem při ovlivnění symptomů a průtoku počínaje devátým měsícem a také s nižším rizikem AUR a nutností chirurgického řešení po osmi měsících (10).

Přerušení podávání α 1-blokátoru po šesti až devíti měsících kombinované léčby bylo zkoumáno jednak RCT, a další otevřenou multicentrickou studií (1). První studie hodnotila kombinaci tamsulosinu s dutasteridem s dopadem vysazení tamsulosinu po šesti měsících s téměř třemi čtvrtinami pacientů, kteří nehlásili žádné zhoršení příznaků (1). Nicméně pacienti se závažnými příznaky (IPSS > 20) mohou mít prospěch z dlouhodobé kombinované léčby.

Ve studiích MTOPS i CombAT byla kombinovaná terapie lepší než monoterapie při prevenci klinické progrese definované zvýšením IPSS nejméně o čtyři body, AUR, UTI, inkontinenci nebo zvýšení kreatininu o 50 % (37).