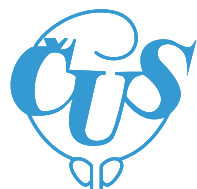


Česká urologie

CZECH UROLOGY

29



**22.–24. října
2025**

**71. výroční konference
České urologické společnosti
ČLS JEP**

Časopis České urologické společnosti ČLS JEP



Excerptováno v Bibliographia medica Českoslovaca, Index Copernicus, Bibliovigilance.
Časopis je indexován v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik Rady pro výzkum, vývoj a inovace.

Zlatý partner



Stříbrní partneři



Bronzoví sponzoři



Oficiální partneři



Organizace konference

Prezident konference

prof. MUDr. Miloš Broďák, Ph.D.

Pořadatel konference

Česká urologická společnost ČLS JEP

Vědecký výbor konference**Vědecký sekretář**

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

Organizační sekretář

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Odborný garant konference

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

Členové vědeckého výboru konference

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA

doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.

doc. MUDr. Štěpán Veselý, Ph.D.

prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., MBA

MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU, FECSM

Partneři konference

Generální partner

NOVARTIS

Partneři

ACCORD

AKACIA

ARCHIE SAMUEL

ARISTO PHARMA

ASTELLAS

ASTRAZENECA

B BRAUN

BAMED

BAYER

BESINS

BIOMEDICA

BIONIK

BIOPTICKÁ LABORATOŘ

CARE COMM

COLOPLAST

ELVA PHARMA

ENSANA

ESSITY

FARMAK INTERNATIONAL

FERRING

GRANE

HARTMANN

HEATON

IBSA

JOHNSON & JOHNSON

MAC'S MEDICAL CEE

MEDAX SYSTEMS

MEDIAL

MEDIFORM

MEDIVOX

MEDKONSULT

MEDOCHEMIE

MEDTRONIC

MGVIVA

MSD

NADAČNÍ FOND MUŽI PROTI RAKOVINĚ

OLYMPUS

PORSCHE CZ

PRAGUE MEDICAL

PROMEDICA

RECORDATI

RŮŽOVÝ SLON

S.A.B.

SANDOZ

STIMVIA

SURGICARE

SYNEKTIK

TELEFLEX

UROTECH

VIAMED

ZENTIVA

+PHARMA

22.–24. 10. 2025

Videoprezentace

Nekomentovaná videa**Pyeloplastika dolní močety pravé solitární ledviny***Hušek P., Špaček J., Pacovský J.***Roboticky asistovaná parciální nefrektomie nádoru ledviny T1b***Schmidt M., Novák V., Nekula M., Majer M., Veselý Š., Babjuk M.***Roboticky asistovaná parciální nefrektomie objemného cystického nádoru***Schmidt M., Novák V., Štekrťová A., Strhárská L., Veselý Š., Babjuk M.***Operační exstirpace lokální recidivy cystického tumoru ledviny***Kočárek J., Fišer L., Nechvátalová N., Pauk P., Hyršl L., Čermák M.***Parciální nefrektomie jako cytoredukční výkon generalizovaného světlobuněčného renálního karcinomu***Fiala V., Fialová E., Matějů M., Soukup V.***Roboticky asistovaná resekce objemného angiomyolipomu ledviny***Schmidt M., Novák V., Novák A., Štekrťová A., Veselý Š., Babjuk M.***Laparoskopická pravostranná nefrektomie pro renální karcinom s trombem v renální žíle***Novák K., Košík V.***Méně časté operační přístupy při roboticky asistované adrenalectomii***Kocháňová J., Heráček J., Chmelík F., Záleský M.***Laparoskopická adrenalectomie objemného tumoru levé nadledviny s komplexním cévním zásobením***Fišer L., Hyršl L., Čermák M., Kočárek J.***Roboticky asistovaná transvezikální prostatektomie pro nezhoubné zvětšení prostaty***Fila M., Heráček J., Záleský M.***Robotická reokluze vezikovaginální píštěle***Matějková M., Gaduš L., Kocháňová J., Záleský M.***Roboticky asistovaná resekce distálního močovéhoodu pro metastázu světlobuněčného karcinomu s rekonstrukcí pomocí Boariho laloku***Balík M., Hušek P., Tranová M.***Řešení urolitiázy v nestandardních situacích***Bartáková L., Matějková M., Záleský M.***Rekonstrukce těžké penilní striktury s kalcifikacemi po operaci penoskrotální hypospadie v mládí***Drlík P., Veškrnová J., Záleský M.***Vazo-epididymoanastomóza u pacienta s obstrukčnou azoospermii***Chocholatý M., Slobodník L.***Mikroskopická varikokélektomie s využitím kamerového systému ORBEYE 4K 3D***Kocháňová J., Heráček J., Matějková M., Drlík P., Záleský M.*

Středa 22. 10. 2025		Sál 1
14:30–15:15	Novinky v diagnostice a léčbě nádorů penisu a varlat Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátoři: Hora M., Schmidt M., Trávníček I.</i>	
	HPV a karcinom penisu <i>Zavillová N.</i>	
	Diagnostika a léčba uzlinového postižení u karcinomu penisu <i>Hora M.</i>	
	Indikace a provedení lymfadenektomie u karcinomu varlat <i>Študent V. Jr.</i>	
15:15–16:00	Infekce v urologii Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátoři: Zámečník L., Matoušková M.</i>	
	Pacient s HIV v ordinaci urologa <i>Dlouhý P.</i>	
	Sdružené infekce malé pánve (SIMP) – panelová diskuze <i>Adámková V., Dlouhý P., Fontana M., Matoušková M., Zámečník L.</i>	
16:15–17:00	Pokroky v diagnostice v urologii Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátor: Brodák M.</i>	
	Současné možnosti PET v urologické diagnostice <i>Kubinyi J.</i>	
	Novinky v histopatologické vyšetření uroteliálního karcinomu <i>Ryška A.</i>	
	Co je nového v patologii nádorů ledvin <i>Podhola M.</i>	
17:15–18:30	Shromáždění členů ČUS ČLS JEP	
Čtvrtek 23. 10. 2025		Sál 1
08:15–08:30	Zahájení konference <i>Moderátoři: Zachoval R., Brodák M.</i>	
08:30–09:45	Vyzvané přednášky <i>Moderátoři: Zachoval R., Babjuk M.</i>	
	Prostate cancer – desperate times require desperate but reasonable measures <i>Tomaškin R.</i>	
	Pelvic lymph node dissection in prostate cancer – is it really necessary? Clinical evidence and practical implications <i>Małkiewicz B.</i>	
	Impaired detrusor contractility and BPH. What to do? <i>Pytel Á.</i>	
	Real-world evidence in urology – a new path to better patient outcomes and why it matters <i>N'Dow J.</i>	
10:00–11:45	Živé přenosy z operačních sálů <i>Moderátoři: Tolinger P., Košina J.</i>	
	Velká prostata – velký problém? Roboticky asistovaná transvezikální enukleace prostaty <i>Operatér: Brodák M.</i>	
	Enukleace prostaty holmiovým laserem (HoLEP) <i>Operatér: Petřík A.</i>	
	<i>Panel diskutujících: Hora M., Kočárek J., Schraml J., Záleský M.</i>	

12:00–13:00 PSMA cílená radioligandová terapie u mCRPC: Pluvicto v multidisciplinární péči

Satelitní sympozium Novartis

Moderátoři: Šámal V., Kubínyi J., Richter I.

Multidisciplinární spolupráce v léčbě pokročilého karcinomu prostaty: role urologa a PSMA PET

Šámal V.

Léčebný algoritmus mCRPC: kde stojí PSMA cílená terapie?

Richter I.

Pluvicto v praxi: zkušenosti s PSMA cílenou radioligandovou terapií

Kubínyi J.

13:15–14:00 Časté močení, návaly horka a pocení? Astellas nabízí řešení!

Satelitní sympozium Astellas

Moderátor: Krhut J.

Zaměřeno na močový měchýř: Vesicare a Betmiga v managementu léčby OAB

Burešová E.

Seznamte se s Veozou: Nová možnost léčby středně silných až silných vazomotorických symptomů (VMS) spojených s menopauzou

Fait T.

14:15–15:30 Management of the complications during and after endoscopic surgery

ESU course during the National Congress of the Czech Urological Society

Moderátoři: Doizi S., Kallidonis P.

European School of Urology: A unique possibility for urological education

Kallidonis P.

EAU Guidelines recommendations on urolithiasis

Doizi S.

Intraoperative complications in URS and RIRS: recognition and rescue strategies

Kallidonis P.

Dealing with bleeding and sepsis in PCNL: risk mitigation and bail-out techniques

Doizi S.

Complications in BPH surgery: From MIST to Enucleation – Prevention, Recognition, and Rescue

Kallidonis P.

Interactive case discussion

Doizi S., Kallidonis P., Navrátil P.

15:45–16:30 Otázky a odpovědi k programu screeningu karcinomu prostaty v ČR

Moderátoři: Zachoval R., Babjuk M.

Shrnutí prvního roku od zavedení programu časného zachytu karcinomu prostaty

Zachoval R., Babjuk M., Matoušková M.

Datový audit a první výsledky programu časného zachytu karcinomu prostaty

Hejčmanová K., Hejduk K., Májek O.

Screening karcinomu prostaty v ČR – panelová diskuze

Adamcová V., Česák O., Dvořáková Nguyen T., Janský M., Kantorová A., Májek O., Matoušková M., Minárik I., Příman O., Sedláčková H.

16:45–17:30 Perioperační režim NIAGARA: Nová éra a naděje pro pacienty s MIBC

Satelitní sympozium AstraZeneca

Moderátoři: Babjuk M., Študentová H., Büchler T.

Místo operační léčby v rámci komplexního přístupu k MIBC

Babjuk M.

NIAGARA – první schválený perioperační režim s durvalumabem v terapii MIBC

Büchler T.

Perioperační terapie v praxi – první zkušenosti z FN Olomouc

Študentová H.

Čtvrtek 23. 10. 2025	Sál 2
08:30–10:00 Odborná sdělení sester Program Sekce sester pracujících v urologii <i>Moderátoři: Pásztorová L., Kožíšková Z., Holub L.</i> Spektrum robotické operativy v urologii <i>Nováková A.</i> Roboticky asistovaná operace pyeloplastiky u dětí z pohledu perioperační sestry <i>Křištofová S.</i> Použití flexibilního odsávacího access sheathu při řešení nefrolitiázy <i>Drápelová B., Kapounová V.</i> Umělý svěrač v perioperační péči <i>Kapounová V., Drápelová B.</i> Umělý svěrač u muže v ošetrovatelské péči <i>Orabincová A., Kožíšková Z.</i> Kvalita života pacientů s karcinomem močového měchýře <i>Neier J.</i> Noční můra v péči o stomie – komplikace po operaci <i>Potůčková P.</i> Urostomie vs. stomická pomůcka <i>Kožíšková Z., Orabincová A.</i> Práce sestry na urologickém stacionáři <i>Nagyová A., Kučerová P.</i> Význam paliativní péče <i>Nováková Peršínová L.</i> Za hranou empatie – pacient jako hrozba. Jak reagovat v urologické praxi? <i>Mačková K., Antolová J.</i>	13:15–14:00 Chirurgie zítřka: první setkání s da Vinci SP v urologii Satelitní sympozium Synektik <i>Moderátoři: Zachoval R., Broďák M., Záleský M., Haese A., Matuška L., Schraml J.</i> Zahájení sympozia <i>Broďák M., Zachoval R.</i> Da Vinci SP ve světě <i>Matuška L.</i> Možnosti utilizace da Vinci SP v urologii v České republice <i>Schraml J.</i> Klinické benefity da Vinci SP v urologické operativě – dosavadní zkušenosti <i>Haese A.</i> Panelová diskuze <i>Broďák M., Haese A., Matuška L., Schraml J., Zachoval R., Záleský M.</i>

14:15–15:00 Karcinom prostaty z pohledu sester

Symposium Aesculap academy pro sestry pracující v urologii

Moderátoři: Příman O., Novotná H., Kučerová P.

Aesculap academy a vzdělávání zdravotníků

Bártová P.

Karcinom prostaty – výzva pro současnou urologii

Příman O.

Role rehabilitace v prevenci inkontinence a erektilní dysfunkce

Novotná H.

Jak mluvit s pacienty o intimitě

Vachata S.

16:45–17:30 Zaměřeno na aktuality v léčbě karcinomu prostaty v roce 2025

Satelitní symposium Recordati

Moderátoři: Fedorko M., Katolická J.

EAU Congress 2025 – novinky v léčbě karcinomu prostaty

Fedorko M.

Aktuální pohled na účinnost a bezpečnost ADT léčby

Katolická J.

Pátek 24. 10. 2025**Sál 1****08:15–09:00 Nádory – varia**

Moderátoři: Hartmann I., Otavová K., Balík M.

Diagnostický proces při lymfadenopatii retroperitonea

Nechvátalová N., Fišer L., Štěpánková A.

Roboticky asistovaná retroperitoneální lymfadenektomie u testikulárního nádoru

Schmidt M., Novák V., Nekula M., Fedák D., Veselý Š., Babjuk M.

Primární germinální nádor retroperitonea

Schmidt M., Burkert J., Büchler T., Novák A., Štekrťová A., Babjuk M.

Intraparenchymový adenomatoidní tumor varlete

Vašňáková B., Beniák J., Soukup J., Záleský M.

B lymfocyty v antitumorální imunitě – prognostický význam u karcinomu penisu

Zavillová N., Kendall Bártů M., Prouzová Z., Čapka D., Waldauf P., Matěj R., Zachoval R., Hrudka J.

18F-FDG PET/MRI v primárním stagingu karcinomu penisu

Trávníček I., Shpilevskiy N., Ferda J., Ferdová E., Malán A., Michalová K., Hora M.

Intersticiální HDR brachyterapie časného karcinomu penisu

Pohanková D., Sirák I., Hodek M., Paluska P., Kašáková L., Grepl J., Špaček J., Holub L., Petera J.

Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie se zobrazením sentinelové uzliny pomocí indocyaninové zeleně – video

Hora M., Trávníček I., Pivovarčíková K., Michalová K., Ferda J., Stránský P. Jr., Drápelová B., Shpilevskiy N., Fiala O.

Klinicko-patologická korelace adrenálních lézí při miniinvazivní adrenalectomii

Bartoš Veselá A., Kolář J., Pitra T., Stránský P., Üрге T., Trávníček I., Ferda J., Pivovarčíková K., Krčma M., Hora M.

Atypická manifestace karcinomu nadledviny u mladé ženy

Bobysudová A., Gregušová A., Klézl P., Dvořák J., Grill R.

09:00–10:00 Nádory prostaty – diagnostika

Moderátoři: Fedorko M., Čapoun O., Adamcová V.

Charakterizace hereditární komponenty u karcinomu prostaty v ČR

Jurok M., Soukupová J., Vočka M., Janatová M., Kleiblová P., Kleibl Z., Hloušek S., Pejchal J., Záleský M.

Metabolomický profil koreluje s rizikem karcinomu prostaty

Zdobinská T., Lukšanová H., Dušková K., Příman O., Babjuk M., Veselý Š.

Využití modelu umělé inteligence při predikci karcinomu prostaty

Adamcová V., Zachoval R., Hyndman E., Paproski R., Kinnaird A., Fairey A., Marks L., Pavlovich C., Fletcher S., Aprikian A., Wallis C., Pink D., Vasquez C., Beatty P., Lewis J., Stejskal J.

Vliv zlepšeného hodnocení MRI na detekci karcinomu při cílené biopsii prostaty – je načase vynechat systematickou biopsii?

Příman O., Dušková K., Zdobinská T., Novák A., Lambert L., Veselý Š.

Cílená transperineální biopsie prostaty softwarovou fúzí TRUS/MRI v ambulantní praxi

Sedláčková H., Sosna R., Kučera R., Ferda J., Pivovarčíková K., Hora M.

Rizikové faktory pro záchyt karcinomu v cílené biopsii prostaty

Kantorová A., Lambert L., Hanuš P., Macová I., Černý V., Čapoun O.

Analýza nejčastěji zastoupených onkologicky negativních histologických nálezů perineální MRI/TRUS fúzí cílené biopsie prostaty

Stejskal J., Horenitzký M., Jurok M., Bartáková L., Heráček J., Záleský M.

Komplikace transperineální biopsie prostaty

Nencka P., Šonský J., Klézl P., Grill R.

Porovnání nálezů magnetické rezonance a histologie po radikální prostatektomii

Šonský J., Nencka P., Gregušová A., Hanych J., Kreps Z., Bobysudová A., Maguthová K., Klézl P., Grill R.

Prediktory pozitivitu PSMA PET/CT v iniciačním stagingu pacientů s vysoce rizikovým karcinomem prostaty

Malý M., Kantorová A., Zogala D., Soukup V., Čapoun O.

10:00–11:00 Novinky v systémové léčbě RCC a UC: Jak spolupráce urologa a onkologa mění klinickou praxi

Satelitní sympozium MSD

Moderátoři: Babjuk M., Hora M., Kopecký J., Matoušková M.

11:15–12:00 Benigní prostatická obstrukce a urolitiáza

Moderátoři: Petřík A., Král M., Pitra T.

Bioklimatické zmeny a výskyt urolitiázy

Švihra J. Jr., Sopilko I., Mikulová K., Ivaňáková G., Faško P., Švihrová V.

Extrakorporální litotrypse rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou a ostrým infundibulopelvickým úhlem

Fila M., Gaduš L., Bartáková L., Heráček J., Záleský M.

Využití pulzního thuliového laseru (Thulio® Dornier) v léčbě urolitiázy – zkušenosti jednoho pracoviště

Kula D., Ürge T., Janda V., Hora M.

Migrovaný sekvester cementu po TEP ako cystolitiáza

Barreto L., Róžová Z., Korček M.

Bipolární transuretrální enukleace prostaty ve srovnání s konvenční resekcí u pacientů s benigní prostatickou obstrukcí

Veselý Š., Novák V., Příman O., Schmidt M., Babjuk M.

První zkušenosti s robotem asistovanou enukleací prostaty

Brodák M., Krejčí V., Koňářková P., Košina J., Hušek P.

Holmiová enukleace objemných prostat

Čermák M., Fišer L., Nechvátalová N., Pauk P., Hyršl L., Kočárek J.

Holmiová enukleace prostaty u komplikovaného pacienta s výrazně objemnou prostatou

Čermák M., Fišer L., Nechvátalová N., Pauk P., Hyršl L., Kočárek J.

Roboticky asistovaná divertikulektomie močového měchýře – video

Hora M., Trávníček I., Stránský P. Jr., Šiková D., Ferda J., Pivovarčíková K.

12:00–12:30 Nádory prostaty – terapie

Moderátoři: Veselý Š., Študent V. Jr., Sedláčková H.

Dlouhodobé výsledky sledování lymfokél vzniklých po roboticky asistované radikální prostatektomii s rozšířenou pánevní lymfadenektomií

Študent V. Jr., Tüdös Z., Česák O., Řepa V., Študent V.

Léčba symptomatické pooperační lymfokély po radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií

Stránský P., Hora M., Trávníček I., Ürges T., Stránský P. Jr., Pitra T.

Absence karcinomu v definitivní histologii po radikální prostatektomii (pT0) – kazuistický případ

Polaček P., Čapoun O., Malý M., Vlček F., Zámečník L., Soukup V.

68Ga-PSMA-11 PET/CT při primárním stagingu lymfatických uzlin před radikální prostatektomií – porovnání výsledků s histopatologickým nálezem při rozšířené pánevní lymfadenektomii

Študent V. Jr., Quinn L., Hartmann I., Študent V.

Léčebné postupy a klinické výsledky spojené s androgenní deprivací u pokročilého karcinomu prostaty – celonárodní retrospektivní studie v České republice (ANTARES)

Čapoun O., Stejskal J., Adamcová V., Papírek J., Trávníček I., Zdobinská T., Mikula M., Palkovský M., Špaček J., Matzenauer M., Kopová A., Tomková L., Kvita V., Štěpánová R., Kolenčík D., Soukup V., Richter I.

Malobuněčný karcinom prostaty

Stránský P. Jr., Sedláčková H., Stránský P., Fiala O., Pernický J., Pivovarčíková K., Hora M.

12:45–14:00 Nádory ledvin

Moderátoři: Staník M., Klézl P., Novák V.

Verifikace ischemie ledviny při selektivním klampování větve renální tepny při robotické resekci tumoru ledviny pomocí ICG a NIR zobrazení – video

Hora M., Bartoš Veselá A., Stránský P. Jr., Šíková D., Ferda J., Pivovarčíková K.

Roboticky asistovaná radikální nefrektomie s trombektomií

Schmidt M., Černý Š., Novák V., Nekula M., Veselý Š., Strhárska L., Babjuk M.

Vhodná strategie léčby renálního karcinomu u pacientů starších 80 let

Lounová V., Študent V.

Stereotaktická radioterapie primárního renálního karcinomu – starý problém, nové řešení?

Blažek T., Cvek J., Knybel L., Skácelíková E.

Bilaterální světlobuněčný karcinom ledvin u 30letého muže

Slautin A., Alešin D.

Roboticky asistovaná resekce nádoru ledviny u obézních pacientů

Kocháňová J., Heráček J., Chmelík F., Matějková M., Stejskal J., Záleský M.

Analýza genových expresních profilů primárního světlobuněčného karcinomu ledviny v kombinaci s metabolickými profily k určení rizika šíření cirkulujících nádorových buněk

Klzl P., Kološová K., Šonský J., Gregušová A., Samcová L., Dvořáková Š., Miklovičová S., Volpini L., Neužil J., Grill R., Bobek V.

Zhodnocení výsledků roboticky asistovaných parciálních nefrektomií provedených v našem centru

Koňářková P., Košina J., Hušek P., Špaček J., Pacovský J., Brodák M.

Kombinace systémové a chirurgické léčby u pacienta s primárně inoperabilním renálním karcinomem podkovovité ledviny – význam multioborové spolupráce

Herman J., Král M., Zemánková A., Vidlák A., Hartmann I.

Implementace doporučení pro adjuvantní terapii ccRCC – jednocentrová retrospektivní analýza

Khomenko K., Pitra T., Hora M.

Roboticky asistovaná parciální nefrektomie – první zkušenosti jednoho centra

Pokorný J., Zachoval R., Fišerová H., Dvořáková Nguyễn T., Freibauer L., Stárková D.

14:00–14:15 Závěr konference

Pátek 24. 10. 2025	Sál 2
08:15–09:00 Dětská urologie <i>Moderátoři: Dolejšová O., Šmakal O., Drlík M.</i> Výsledky spermiogramu v souvislosti s operací adolescentní varikokély <i>Kočvara R., Drlík M., Vávřová L., Nováková P., Faltusová E., Dítě Z., Zámečník L., Jirsová S., Jirásková Z., Sedláček J.</i> Klinický význam nálezu na anulus inguinalis internus při diagnostické laparoskopii pro nehmátné varle <i>Nováková P., Drlík M., Sedláček J., Jirásková Z., Vávřová L., Kočvara R.</i> Četnost výskytu balanitis xerotica obliterans při cirkumcizi u dětí <i>Kuliaček P.</i> Testikulární prepubertální teratom u pubertálních a postpubertálních chlapců – soubor pacientů z více center <i>Šarapatka J., Vávřová L., Novák I., Šmakal O., Kočvara R.</i> Laparoskopická adrenalektomie u 15měsíčního dítěte <i>Schmidt M., Pýchová M., Novák V., Novák A., Veselý Š., Babjuk M.</i>	
09:00–10:00 Varia <i>Moderátoři: Tolinger P., Matějková M.</i> Je roboticky asistovaná pyeloplastika standard nebo zbytečný komfort? <i>Novák V., Schmidt M., Nekula M.</i> Adrenektomie provedená pro objemnou expanzi nadledvin v rámci kongenitální adrenální hyperplazie <i>Gregušová A., Klézl P., Brunerová L., Hanych J., Štefka J., Grill R.</i> Časné řešení poranění močového robotickým přístupem <i>Dolejšová O., Sedláčková H., Stránský P. Jr., Üрге T., Kolář J., Heidenreich F., Hora M.</i> Roboticky asistovaná netranssekční ureterocystoneoanastomóza po gynekologické operaci <i>Balík M., Hušek P.</i> Ureteroarteriální píštěl – 10leté zkušenosti z jednoho pracoviště <i>Špaček J., Hoffmann P., Lojík M., Guňka I., Brodák M.</i> Ureteroilická píštěl jako vzácná komplikace endoskopických urologických výkonů <i>Hanych J., Mašková V., Luzan R., Gregušová A., Klézl P., Grill R., Laboš M., Lauer D.</i> Ureteroplastika s využitím bukálního slizničního štěpu <i>Brodák M., Špaček J., Pacovský J., Košina J.</i> Strangulační traumata penisu při použití pomůcek z kovového materiálu <i>Dianová K., Zozulia R., Fibír A., Paldus V., Šámal V.</i> Parciální „autoglansektomie“ jako následek neřešené parařimózy <i>Pitra T., Latnerová Š., Doješová O., Hora M.</i> Emfyzematózní cystitida u imunosuprimovaného pacienta <i>Dinh P., Šikolová T., Hrbáček J.</i>	

10:00–10:45 ADT v léčbě karcinomu prostaty – dnes a zítra

Satelitní sympozium Accord

Moderátoři: Brisuda A., Soumarová R.

11:15–12:00 Funkční urologie

Moderátoři: Krhut J., Šámal V., Burešová E.

Účinnost sakrální neuromodulace v léčbě non-neurogenných dysfunkcí dolných močových ciest

Švihra J. Sr., Benčo M., Fin S., Harceková G., Švihra J. Jr., Dušenka R., Lupták J.

Šetřit bulbospongiozní sval při implantaci adjustabilního arteficiálního svěrače Victo? – sekundární analýza multicentrické prospektivní studie

Krhut J., Bartáková L., Kondé A., Paus Sýkora R., Fišerová H., Rychlý T., Zachoval R.

Význam merania latencie bulbokavernózneho reflexu v diagnostike neurogenných dysfunkcií dolných močových ciest

Fin S., Jankovičová N., Švihra J. Sr., Kurča E.

Zkušenosti našeho pracoviště s rekonstrukcí panstrictury močové trubice metodou podle Kulkarniho – kazuistiky dvou pacientů

Pšenčík L.

Robotická augmentační vaginoplastika dle Davydova u M-F transexuality – videoprezentace

Kališ V., Berezovskiy D., Smažinka M., Havíř M., Rušavý Z.

Uretrální divertikl s litiázou

Wiesner N., Burešová E., Hartmann I., Vidlář A., Česák O.

Náhodný záchyt konkrementů v divertiklu močové trubice u muže bez předchozí instrumentace

Štěpánková A., Čermák M., Fišer L., Nechvátalová N., Hyršl L., Kočárek J.

12:00–12:30 Andrologie

Moderátoři: Zámečník L., Novák J., Broul M.

Predikce fragmentace spermatické DNA pomocí vyšetření apoptózy spermií průtokovou cytometrií coby efektivní a nenáročný screening mužů z neplodných párů

Novák J., Vik V., Fürst T., Thon V., Krátká Z.

Vývoj kvality spermií u starších adolescentů s varikokélou

Krátká Z., Sedláček J., Nováková P., Vávřová L., Kočvara R.

Retrospektivní zhodnocení provedených vazektomií v letech 2022–2025 a limity postvazektomické spermologické kontroly

Broul M., Hujová A.

Výsledky vazo-vazoanastomózy po vazektómii

Chocholatý M., Slobodník L., Lukáč M., Kohútek P., Sokol R., Kasala L.

Plastická indurace penisu – návrh klinicko-vizualizační klasifikace a skórovacího systému (pilotní projekt)

Zámečník L., Bittner L., Čapka D., Černý V., Lambert L.

Závažná cévní příčina erektilní dysfunkce po léčbě karcinomu rekta – kazuistika

Vlček F., Zámečník L., Čapoun O., Polaček P., Soukup V.

Vysokoprůtokový priapismus řešený selektivní embolizací želatinovou pěnou

Havlíková T., Sedláčková H., Heidenreich F., Duras P., Ferda J., Hora M.

12:45–14:00 Nádory močového měchýře a horních cest močových*Moderátoři: Soukup V., Brisuda A., Matoušková M.***BCG terapie a její vzácné, ale závažné nežádoucí účinky***Tolar O., Dianová K., Paldus V., Šámal V.***Možnosti neoadjuvantní chemoterapie uroteliálních nádorů močového měchýře***Matoušková M., Büchler T., Skálová J., Donátová Z.***Adenokarcinom *in situ* močového měchýře jako vzácný histologický nález***Jančík M., Čapoun O.***Bordeaux neobladder – roboticky asistovaná radikální cystektomie s intrakorporální derivací***Študent V. Jr., Hruška F., Hartmann I., Študent V.***Roboticky asistovaná radikální cystektomie s intrakorporální ureteroileostomií a apendektomií pro adenokarcinom hrotu appendixu prorůstající do močového měchýře***Brisuda A., Pokorný D., Příman O.***Modifikace vedení ileálního konduitu břišní stěnou po cystektomii jako prevence parastomální kýly***Vrtal M., Čapák I., Hrabec R., Hulová M., Šumberová K., Doležel J., Staník M.***Roboticky asistovaná nefroureterektomie s lymfadenektomií (RA-NUE s LAE) – video***Hora M., Bartoš Veselá A., Stránský P. Jr., Šíková D., Sedláčková H., Pitra T., Stránský P., Trávníček I., Ůrge T., Drápelová B., Voráčková J., Ferda J., Pivovarčíková K.***Roboticky asistovaná resekce distálního močovodu pro uroteliální karcinom – alternativní přístup k léčbě low-grade léze***Balík M., Špaček J.***Vliv adjuvantní terapie na dobu přežití bez progresu u pacientů s pokročilým tumorem horních močových cest – retrospektivní analýza***Šafářová M., Holá K., Hruška F., Študentová H.***Sklerotizace lymfatických cév při symptomatické lymfokéle u pacienta po roboticky asistované radikální cystektomii s Brickerovou derivací***Fedák D., Novák V., Štefánek M., Příman O., Brisuda A., Babjuk M.*

NEKOMENTOVANÁ VIDEO

Pyeloplastika dolní moiety pravé solitérní ledviny

Hušek P., Špaček J., Pacovský J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nekomentované video

Úvod: Naše prezentace představuje videokazuistiku pacientky, u které byla provedena roboticky asistovaná pyeloplastika dolní moiety solitérní pravé ledviny.

Kazuistika: Pacientka, 68 let, anamnesticky po jednostranné nefrektomii v dětství pro odlitkovou litiázu, jinak bez významných komorbidit. Byla vyšetřována pro bolesti v pravé bederní krajině s následným UZ a CT nálezem hydronefrózy dolního segmentu zdvojené pravé ledviny s nutností akutního zavedení stentu. Vzhledem k zachovalému parenchymu a relativní funkci 40 % dle scintigrafie dolní moiety byla pacientka indikována k roboticky asistované pyeloplastice.

Výsledek: Výkon bez komplikací, doba operace 150 min, vč. zajištění obou močovodů stenty. Krevní ztráta minimální. Po výkonu klid na lůžku 48 hod, močová cévka na 1 týden, stenty extrahovány ambulantně po 1 měsíci. Rok po výkonu bez obtíží, stacionární mírná dilatace dolní moiety – 24 mm, dynamická scintigrafie s mírnou stagnací v KPS dolní moiety s dobrou reakcí na diuretikum, relativní funkce dolní moiety 41 %.

Závěr: Roboticky asistovaná pyeloplastika dilatované moiety u zdvojených ledvin je vhodná u pacientů se zachovalou funkcí postižené části ledviny při snaze o zachování její funkčnosti. Alternativou je pak heminefrektomie u symptomatických pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná parciální nefrektomie nádoru ledviny T1b

Schmidt M., Novák V., Nekula M.,

Majer M., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Nekomentované video

Úvod: Parciální nefrektomie je v současné době preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledviny T1 pro větší pravděpodobnost celkového přežití než u radikální nefrektomie. Data z metaanalýz a retrospektivních studií vykazují podobné výsledky nádorově specifického přežití, celkového přežití, intervalu bez recidivy onemocnění, stejně jako podobné riziko výskytu pozitivních chirurgických okrajů. Role zachovných výkonů v případě nádorů vyšších klinických stadií je zatím nejasná.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 41letého muže s nálezem suspektního cystického tumoru pravé ledviny, zasahujícího centrálně, hluboko do sinu, hodnoceného jako cystická formace Bosniak IV. Resekce byla provedena s využitím peroperační sonografie, v celkové ischemii 23 min. Zasahovala hluboko do parenchymu ledviny, intimně ke strukturám sinu. Rekonstrukce defektu a Gerotovy fascie byla provedena standardním způsobem. Krevní ztráty byly asi 150 ml, operační čas 2 hod 14 min, hospitalizace 8 dnů. Pooperační průběh byl bez komplikací. Histopatologické vyšetření prokázalo světlobuněčný karcinom z renálních buněk, grade 1,45 mm v největším rozměru, s negativním chirurgickým okrajem. Pacient je 125. den po operaci bez klinických obtíží a bez průkazu recidivy onemocnění.

Závěr: Nádory ledvin vyšších klinických stadií mohou být indikovány k zachovným výkonům v případě příznivé lokalizace a nízké pravděpodobnosti komplikací či inkompletní resekce. K jednoznačnému posouzení je třeba analýza většího počtu těchto pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná parciální nefrektomie objemného cystického nádoru

Schmidt M., Novák V., Štekrťová A., Strhárská L., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Nekomentované video

Úvod: Parciální nefrektomie je preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledviny T1 pro větší pravděpodobnost celkového přežití než u radikální nefrektomie, a to zejména u pacientů bez vstupních komorbidit. Předoperační diagnostika cystických formací ledviny nejistého původu pomocí zobrazovacích vyšetření nebo biopsie není vždy dostatečná a přináší riziko sledování u maligních lézí.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 31leté ženy s nálezem objemného cystického tumoru levé ledviny, zasahujícího centrálně, hluboko do sinu, nejisté povahy. V diferenciální diagnostice byl zvažován multicystický nefrom a cystický renální karcinom. Transperitoneálním přístupem, s využitím peroperační sonografie, v celkové ischemii 26 min byla provedena parciální nefrektomie. Resekce nádoru zasahovala hluboko do parenchymu ledviny, intimně ke strukturám sinu. Odhadované krevní ztráty činily 100 ml, celkový operační čas byl 3 hod 10 min. Pooperační průběh byl bez komplikací, celková doba hospitalizace byla 9 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo světlobuněčný karcinom z renálních buněk, grade 1, v největším rozměru 445 mm, s negativním chirurgickým okrajem. Pacientka je 77. den po operaci bez klinických obtíží a bez průkazu recidivy onemocnění.

Závěr: Nádory ledvin vyšších klinických stadií mohou být indikovány k zachovným výkonům v případě příznivé lokalizace a nízké pravděpodobnosti komplikací či inkompletní resekce. Pokročilá chirurgická léčba může přinášet finální diagnózu a adekvátní léčebný výsledek.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Operační exstirpace lokální recidivy cystického tumoru ledviny

Kočárek J.¹⁻³, Fišer L.³, Nechvátalová N.³, Pauk P.³, Hyršl L.³, Čermák M.¹⁻³

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

³ Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie, ON Kladno a.s.

Nekomentované video

Úvod: V rámci snahy o maximální zachování funkčního ledvinového parenchymu došlo k rozvoji nefron šetřících technik nejprve otevřenou cestou, pak laparoskopicky (či retroperitoneoskopicky) a v posledních letech pomocí robotické technologie. Nádory ledvin recidivují navzdory radikální operační léčbě až u 30 % pacientů, medián do recidivy je nejčastěji udáván 36 měsíců.

Kazuistika: Prezentujeme případ 52letého pacienta, který pro cystický tumor horního pólu levé ledviny podstoupil v květnu 2022 laparoskopickou resekci. Histologie: multikulární cystická renální neoplazie nízkého maligního potenciálu. Dále byl pacient dispensarizován v onkourologické poradně. Při kontrolním CT vyšetření v dubnu 2025 bylo vysloveno podezření na recidivu tumoru v místě předchozí resekce. Na indikačním semináři multidisciplinárního týmu bylo rozhodnuto o provedení roboticky asistované exstirpace ložiska. Pro operaci jsme zvolili nejnovější modulární robotický systém Versius R. Operace byla provedena clamp of technikou, trvala 80 min, krevní ztráta byla do 100 ml. Peroperační i pooperační průběh byl bez komplikací, pacient byl propuštěn do domácího léčení 3. pooperační den. V definitivní histologii patolog popsal konvenční (světlobuněčný) renální karcinom G I–II.

Závěr: Dle našich zkušeností nám robotické systémy dávají nejvíce možností, jak tento výkon provést bezpečně při zachování radikality a miniinvazivity výkonu. Očekáváme další rozvoj technologie a nárůst počtu nových modulárních robotických center ve světě i v ČR.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Parciální nefrektomie jako cytoredukční výkon generalizovaného světlobuněčného renálního karcinomu

Fiala V.¹, Fialová E.¹, Matějů M.², Soukup V.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Standardním cytoredukčním výkonem pro metastatický renální karcinom je nefrektomie. V našem videu demonstrujeme parciální nefrektomii jako součást léčby metastatického karcinomu ledviny.

Kazuistika: U 48leté pacientky bez významných komorbidit byl diagnostikován světlobuněčný renální karcinom z biopsie hmatné supraklavikulární uzliny v březnu 2024. Na CT byla patrná retroperitoneální lymfadenopatie a dvě ložiska primárního tumoru dolní poloviny levé ledviny. Od dubna 2024 byla léčena kombinovanou terapií pembrolizumab a lenvatinib. Restagingové CT v říjnu 2024 popsalo parciální regresí velikosti lymfadenopatie, byla indikována k cytoredukčnímu výkonu. Roboticky asistovaný výkon jsme provedli v březnu 2025. Ledvinu jsme částečně mobilizovali od chudšího tukového pouzdra (BMI 19,9). Sonograficky jsme identifikovali obě tumorózní ložiska a provedli heminefektomii dolní poloviny ledviny. V rámci výkonu byla provedena exstirpace části uzlinového paketu paraaortálně. Konzolový čas 209 min, krevní ztráty 200 ml, délka hospitalizace 5 dní. Pooperační průběh nekomplikovaný. Histologicky byl popsán TFE3 rearanžovaný karcinom v největším rozměru 50 a 20 mm. Lymfadenopatie 35 × 30 mm měla obdobnou strukturu jako ložisko v ledvině pT3a pN1.

Závěr: Při příznivém uložení tumoru je ledvinu zachovný výkon realizovatelný. Nezaznamenali jsme často popisovanou fibrotizaci kolem tumoru v důsledku tzv. shrinking efektu na podanou léčbu, zřejmě v souvislosti se stacionární velikostí primárního ložiska. Pacientka nadále pokračuje v systémové terapii, renální parametry jsou v normě.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MZ ČR – RVO-VFN 64165; ORJ 90233.

Roboticky asistovaná resekce objemného angiomyolipomu ledviny

Schmidt M., Novák V., Novák A., Štekrťová A., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Nekomentované video

Úvod: Angiomyolipom ledviny (AML) je benigní mezenchymový nádor, který se vyskytuje sporadicky nebo v rámci komplexu tuberózní sklerózy. Diagnostika je založena na přítomnosti tukové složky v nádoru a umožňuje konzervativní postup u většiny pacientů. AML většího objemu (> 4 cm) přináší riziko akutního krvácení a je indikována aktivní léčba. K dispozici jsou, kromě resekce ledviny, selektivní embolizace, radiofrekvenční ablace, kryoablace a u mnohočetných AML systémová léčba.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 64leté pacientky s objemným AML pravé ledviny, po epizodě krvácení do nádoru konzervativně zvládnutého. V celkové ischemii 20,5 min byla provedena resekce tumoru, zasahující hluboko do parenchymu, bez porušení sekundárních větví renálních cév. Odhadované krevní ztráty činily asi 300 ml, celkový operační čas od úvodu do anestezie byl 3 hod 30 min. Pooperační průběh byl bez komplikací, celková doba hospitalizace byla 6 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo AML. Pacientka je 30. den po operaci bez klinických obtíží a bez průkazu recidivy onemocnění.

Závěr: V současné době jsou k intervenci indikovány symptomatické nebo objemné AML, u kterých předpokládáme riziko spontánní ruptury. Roboticky asistovaná parciální nefrektomie je bezpečná metoda léčby, vykazující lepší dlouhodobé výsledky než selektivní embolizace, která selhává v důsledku revaskularizace a dalšího růstu nádoru.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Laparoskopická pravostranná nefrektomie pro renální karcinom s trombem v renální žíle

Novák K., Košík V.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Ve videu prezentujeme pravostrannou laparoskopickou nefrektomii pro renální karcinom s trombem v renální žíle.

Kazuistika: K laparoskopickému výkonu byl indikován 66letý pacient s diagnostikovaným nádorem pravé ledviny a trombem v renální žíle, zasahujícím ke konfluens s dolní dutou žílou. Výkon byl proveden ze čtyř portů transperitoneálně. Byl přerušen močovod, dále byla izolována renální arterie dorzálně od renální žíly a naložena svorka Hem-o-lok. Po vypreparování renální žíly od okolní tkáně byla žíla ligována vláknem Vicryl mediálně od trombu. Tamtéž byly naloženy tři svorky Hem-o-lok při trakci renální žíly laterálně a žíla byla přerušena – centrálně zůstaly dvě svorky. Trombus byl tedy kompletně odstraněn s ledvinou. Operační výkon trval 111 min, 3. den byl odstraněn drén. Pooperační hladina kreatininu byla 166 $\mu\text{mol/l}$ a pacient byl propuštěn 7. den po operaci. Patologem byl popsán G2 světlobuněčný karcinom velikosti 60 mm, v hilu ledviny v žíle nádorová masa 49 × 32 × 25 mm, nádor nedosahoval k resekcčním okrajům. Nebyla indikována adjuvantní terapie, pacient je 4 roky bez recidivy.

Závěr: Nefrektomie s nádorovým trombem v renální žíle je laparoskopicky častěji řešena staplerem. Ve videu je demonstrována možnost miniinvazivního radikálního odstranění trombu zasahujícího těsně k soutoku renální žíly a dolní duté žíly za situace, kdy je z důvodů radikality stapler problematické použít.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165.

Méně časté operační přístupy při roboticky asistované adrenalektomii

Kocháňová J., Heráček J., Chmelík F., Záleský M.

Urologická klinika 1.LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Roboticky asistovaná adrenalektomie se v posledních letech etablovala jako bezpečná a efektivní metoda pro chirurgii nadledvin. Standardem je obvykle transperitoneální přístup v laterální poloze. Existují však situace, kdy mohou být méně obvyklé přístupy výhodnější – např. u reoperací, obezity nebo při specifických anatomických poměrech.

Kazuistika: Prezentujeme dvě videa znázorňující alternativní přístupy při roboticky asistované adrenalektomii. První dokumentuje levostrannou adrenalektomii retroperitoneoskopickým přístupem u 65leté pacientky s náhodným nálezem adenomu levé nadledviny. Přístup byl zvolen pro předchozí abdominální operace a adherentní peritoneum. Druhé video ukazuje pravostrannou transperitoneální adrenalektomii v modifikované poloze na zádech s elevací pravé poloviny trupu u 68leté pacientky s metastázou světlobuněčného renálního karcinomu. Významným prvkem je časná mobilizace jater, která umožňuje přímý přístup k nadledvině bez výrazné manipulace. Tento přístup rovněž umožňuje minimálně invazivní řešení případných krvácivých komplikací z oblasti dolní duté žíly a jejích přítoků.

Závěr: Méně časté přístupy při roboticky asistované adrenalektomii mohou být v určitých klinických situacích výhodné. Správná volba přístupu podle pacientovy anatomie, komorbidit a operační historie přispívá k bezpečnosti výkonu. Předkládaná videa ilustrují možnosti individualizace chirurgické strategie mimo standardní algoritmy.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MO1012.

Laparoskopická adrenalektomie objemného tumoru levé nadledviny s komplexním cévním zásobením

Fišer L.¹, Hyršl L.¹, Čermák M.^{1,2}, Kočárek J.¹⁻³

¹ Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie, ON Kladno a.s.

² Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Nekomentované video

Úvod: Operační řešení nádorů nadledvin bývá mnohdy, ať již z důvodu jejich anatomické lokalizace, variabilního cévního zásobení či hormonální nadprodukce, nelehkým výkonem. Připočteme-li velikost expanze nadledviny > 10 cm a variabilní cévní zásobení ipsilaterální ledviny, jedná se o zákrok, který urolog neprovádí denně.

Kazuistika: V našem videu prezentujeme případ 65leté pacientky, které je pravidelně prováděno CT hrudníku pro CHOPN. V lednu letošního roku byl nově zachycen nález expanze levé nadledviny. Pneumologem byla odeslána k endokrinologickému vyšetření. Na naše pracoviště přichází v únoru s již vyloučenou hormonální nadprodukcí a žádostí o zvážení operačního řešení. Na indikačním MDT bylo pro velikost léze rozhodnuto o doplnění FDG-PET/CT v rámci primárního stagingu. Na PET/CT nízká metabolická aktivita v nadledvině nesvědčící pro FDG avidní neoplazii, nelze však vyloučit feochromocytom. V rozsahu vyšetření bez avidní FDG generalizace. Pacientka byla indikována k laparoskopické adrenalektomii vlevo. Výkon trval 2 hod 15 min, krevní ztráta do 100 ml, oběh stabilní. Během výkonu dochází k uzavření segmentální větve renální tepny Hem-o-lokem v domněnku, že jde o tepnu suprarenální. Klip se daří laparoskopicky odstranit bez porušení integrity cévy a výkon dokončit. Následuje 24hodinová observace na JIP, extrakce invazí a dimise 3. pooperační den.

Závěr: Laparoskopická adrenalektomie objemných expanzí vyžaduje spolupráci erudovaného týmu endokrinologa, anesteziologa a urologa, který je schopen vyřešit případnou pooperační komplikaci.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná transvezikální prostatektomie pro nezhoubné zvětšení prostaty

Fila M., Heráček J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Benigní hyperplazie prostaty je častou příčinou symptomů dolních močových cest. Operační léčbu indikujeme při selhání konzervativní terapie, zejména v případech recidivujících retencí moči, infekcí močových cest nebo významného zhoršení kvality života. Roboticky asistovaná transvezikální prostatektomie představuje minimálně invazivní alternativu k otevřenému výkonu. U objemných adenomů (> 100 ml) může být v určitých situacích zvažována jako technicky výhodný přístup.

Kazuistika: Prezentujeme kazuistiku 76letého pacienta s objemnou adenomatózní hyperplazií prostaty (142 ml) a chronickou retencí moči, který podstoupil výkon v prosinci 2024. Transvezikální přístup umožňuje přímou enukleaci adenomu přes močový měchýř. Video prezentuje klíčové fáze operace: otevření močového měchýře, disekci a odstranění adenomu, zajištění hemostázy a rekonstrukci. Operace trvala 85 min, enukleovali jsme 66 g tkáně, histologicky byla potvrzena benigní hyperplazie. Pacienta jsme propustili 3. pooperační den, cévku jsme extrahovali 9 dnů po výkonu. Dle sonografické kontroly je bez postmiktického rezidua, kontinentní.

Závěr: Roboticky asistovaná transvezikální prostatektomie je technicky proveditelnou a bezpečnou metodou chirurgické léčby komplikované benigní hyperplazie prostaty. U pacientů s výrazně objemným adenomem může představovat vhodnou alternativu k jiným chirurgickým metodám. Její role v porovnání s endoskopickými technikami, jako je např. HoLEP, však vyžaduje další klinické zhodnocení.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MO1012.

Robotická reokluze vezikovaginální píštěle

Matějková M., Gaduš L., Kocháňová J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Vezikovaginální píštěl je patologická komunikace mezi močovým měchýřem a pochvou, která se ve vyspělých zemích vyskytuje jako komplikace po gynekologických operacích pro benigní onemocnění v 80 %, následkem porodního traumatu v 10 %, radioterapie v 5 % a jako komplikace gynekologické onkologické operace v 5 %.

Kazuistika: Prezентujeme kazuistiku 39leté pacientky, u které se objevil únik moči pochvou a následně byla potvrzena vezikovaginální píštěl 7. den po hysterektomii a bilaterální salpingektomii pro uterus bicornis bicornis a hematometru. Následně 3,5 měsíce poté podstoupila pacientka roboticky asistovanou okluzi píštěle na jiném pracovišti, ihned po operaci pozorovala únik moči pochvou. Naše video ukazuje roboticky asistovanou reokluzi píštěle 2,5 měsíce po předchozím výkonu s extrakcí předchozích stehů. Operační výkon proběhl bez komplikací, cévku jsme extrahovali 12. pooperační den, na kontrole po 3 a 6 měsících je pacientka bez komplikací.

Závěr: Incidence vezikovaginální píštěle se odhaduje na 0,3–2,2 % ve vyspělých zemích. Robotický přístup patří mezi nejmodernější metody, umožňuje rychlejší a přesnější operační zákrok a zkracuje dobu rekonvalescence.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná resekce distálního močovodu pro metastázu světlobuněčného karcinomu s rekonstrukcí pomocí Boariho laloku

Balík M., Hušek P., Tranová M.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nekomentované video

Úvod: Metastatické postižení močovodu světlobuněčným renálním karcinomem je raritní. U vybraných pacientů může být zvažována chirurgická léčba jako součást multimodálního přístupu. Prezентujeme případ roboticky asistované resekce distálního močovodu s následnou rekonstrukcí pomocí Boariho laloku.

Kazuistika: Pacient s předchozí nefrektomií vlevo pro renální karcinom podstoupil následně resekce solitární ledviny, metastázektomii v pánvi a plicní metastázy. Byla prokázána viabilní metastáza v distálním močovodu a léze v oblasti páteře vedly k indikaci robotické resekce močovodu. Po odstranění postiženého úseku byla provedena rekonstrukce pomocí Boariho laloku. Operace trvala 180 min, krvní ztráta nepřesáhla 50 ml. Pacient nepotřeboval JIP, pouze krátkodobý dohled na dšpávací jednotce. Pooperační průběh byl komplikován urosepsí zvládnutou parenterální antibiotickou terapií. Cystografie 14. den po operaci neprokázala extravazaci a byl odstraněn permanentní katetr. Ureterální stent byl vyjmut po 6 týdnech. Došlo pouze k přechodnému zhoršení renální funkce bez další progresu. Pacient následně pokračoval v onkologické terapii. Po roce je bez známek recidivy, dilatace horních močových cest a renálního selhání.

Závěr: Roboticky asistovaná resekce distálního močovodu s Boariho lalokem je efektivní metodou i u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Umožňuje dosažení radikalit s nízkou morbiditou a zachováním funkce močových cest.

Konflikt zájmů: Hlavní autor je proctorem robotické chirurgie v urologii.

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Řešení urolitiázy v nestandardních situacích

Bartáková L., Matějková M., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Chirurgické řešení urolitiázy je v současnosti majoritně prováděno endoskopickými metodami. Peroperační nález neodpovídá vždy zobrazovacím metodám, které jsou zlatým standardem v předoperačním posouzení nálezu.

Kazuistika: Prezентujeme tři klinické případy operačního řešení urolitiázy v relativně vzácných situacích. Pacient JV, 77 let, byl vyšetřen pro makrohématurii po pádu. CT vyšetření neprokázalo trauma, ale diagnostikovalo zdvojený dutý systém obou ledvin a ureterohydronefrózu IV. stupně vlevo s terminální litiázou. Při výkonu jsme našli močovod s bloku-jící litiázou s ústím v prostatické uretře. Litiázu jsme odstranili ureterorenoskopicky. Pacient PL, 52 let, byl 5 let po inguinální hernioplastice se sítkou vyšetřen pro dysurické obtíže s nálezem 3–4 cm cystolitiázy fixované ve vrcholu měchýře. Peroperačně jsme zjistili konkrement na dvou stezích ve vertexu měchýře a provedli laserovou cystolitotrypsi s endoskopickým odstraněním stehů. Pacient JZ, 55 let, je po opakovaných ureterorenoskopických výkonech pro litiázu s následně vytvořenou strikturou močovodu s nutností založení nefrostomie. CT nález budí dojem reziduální ureterolitiázy, při operačním výkonu jsme prokázali strikturu s v.s. kalcifikací ve stěně močovodu. Plánujeme robotickou rekonstrukci močovodu end-to-end anastomózou.

Závěr: Kazuistiky ukazují, že při operačním výkonu se nelze spoléhat výlučně na zobrazovací metody. Operační řešení vyžaduje komplexní přístup a dobré přístrojové vybavení sálů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Rekonstrukce těžké penilní striktury s kalcifikacemi po operaci penoskrotální hypospadie v mládí

Drlík P., Veškrnová J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Cílem sdělení je prezentace kombinované vícedobé uretroplastiky těžké striktury uretry po operaci hypospadie v mládí.

Kazuistika: Na naši kliniku byl odeslán 72letý muž s těžkou strikturou penilní uretry. V roce 1966 podstoupil plastiku penoskrotální hypospadie, v roce 1969 OUTI striktury, v roce 1978 okluzi uretrokutánní píštěle. Pro retenci moči byla v červnu 2023 zavedena epicystostomie a pokus o OUTI, který byl neúspěšný. Na UCG se zobrazila těsná 5 cm dlouhá striktura penobulbární uretry. V listopadu 2023 byla provedena uretrotomie s nálezem jizevnaté striktury na podkladě kalcifikací a konkrementů na chlupech, které jsme postupně odstranili a provedli marsupializaci. Od února do května 2024 podstoupil laserovou ablaci chlupů a folikulů z uretrální ploténky. V červnu 2024 byla provedena uretroplastika s dorzálním onlay štěpem bukální sliznice a plastikou dle Johansona. PMK 22F i epicystostomie byly ponechány 5 týdnů. Z důvodu umístění meatu těsně za šourkem byla obtížná mikce vestoje, proto byla v únoru 2025 provedena kombinovaná uretroplastika dle Azopy a Johansona. PMK ponechán 5 týdnů. V dubnu 2025 mikce volná a vestoje, UFM 18,5 ml/s. Dle cystoskopie byla uretra široká, bez chlupů a kalcifikací.

Závěr: Podmínkou úspěšného řešení těžkých jizevnatých striktur penilní uretry je správné načasování jednotlivých kroků zahrnujících marsupializaci stenotického úseku uretry, odstranění kalcifikací a chlupů laserovou ablací, úprava uretrální ploténky dorzálním onlay štěpem a rekonstrukce uretry dle Johansona.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vazo-epididymoanastomóza u pacienta s obštrukčnou azoospermiou

Chocholátý M.¹, Slobodník L.²

¹ Urologické oddelenie, FN Trenčín, Slovensko

² Urohealth s.r.o., Púchov, Slovensko

Nekomentované video

Úvod: Obštrukčná azoospermia sa vyskytuje u 20–40 % mužov z azoospermiou. Je charakterizovaná normálnou hodnotou FSH, normálnou veľkosťou semenníkov a zväčšením nadsemenníkov. Pri obštrukcii v oblasti nadsemenníka, resp. prechodu nadsemenníka a semenovodu môžeme odobrať spermie zo semenníka/nadsemenníka s následným využitím metód asistovanej reprodukcie alebo môžeme obnoviť kontinuitu pohlavných ciest vazoepididymoanastomózou so šancou na prirodzenú koncepciu.

Kazuistika: Pacient, 34 rokov, vyšetrený pre infertilitu páru, pri vyšetrení zistená azoospermia, objem ejakulátu 3,0 ml, zistená hraničná sekrečná kapacita nadsemenníkov. Fyzikálne vyšetrenie okrem dilatovaných nadsemenníkov bolo v norme. Hormonálne vyšetrenie v norme (FSH 2,9) sonograficky normálna veľkosť semenníkov, nadsemenníky bilaterálne rozšírené, viditeľné dilatované kanálíka nadsemenníka, TRUS a MRI panvy bez patológie, genetické vyšetrenie v norme. Anamnesticky varikokeléktómia vľavo.

Výsledky: Indikovaný k operačnej revízii, vypreparovaný pravý semenovod, realizovaná vazografia bez obštrukcie, semenovod distálne nepriechodný vrátane oblasti prechodu semenovodu a nadsemenníka. Pod mikroskopom realizovaná vazoepididymoanastomóza intususcepčnou technikou. V kanálíkoch nadsemenníka prítomné spermie. Vľavo prítomné pooperačné zmeny po predchádzajúcom výkone, kanálíky nadsemenníka bez nálezu spermií. Vyšetrenie spermioqramu 3 mesiace od výkonu preukázalo 28×10^6 spermií, koncentrácia spermií 8×10^6 /ml, progresívna pohyblivosť (b)80 %, normálna morfológia 1 %.

Záver: Vazo-epididymoanastomóza je vhodná alternatíva pre pacientov s obštrukčnou azoospermiou, ktorí odmietajú metódy asistovanej reprodukcie alebo chcú mať šancu na prirodzenú koncepciu.

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Mikroskopická varikokélektomie s využitím kamerového systému ORBEYE 4K 3D

Kocháňová J., Heráček J., Matějková M., Drlík P., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Nekomentované video

Úvod: Mikrochirurgická subinguinálna varikokélektomie je zlatým štandardom chirurgickej liečby varikokély. Autoři prezentují použití kamerového systému ORBEYE při provedení varikokélektomie.

Kazuistika: Prezентujeme 33letého pacienta s levostrannou symptomatickou varikokélou, u kterého jsme provedli mikrochirurgickou varikokélektomii s použitím kamerového systému ORBEYE 4K 3D. Systém umožňuje simultánní zobrazení operačního pole ve vysokém rozlišení (až 26×) na velkoformátovém 3D monitoru s nulovou latencí obrazu, což vede k vynikající vizualizaci anatomických detailů, zejména testikulární arterie a lymfatických cév. Klíčovou ergonomickou výhodou je heads-up pozice umožňující přirozené držení hlavy a krku namísto nuceného předklánění při použití lupových brýlí nebo operačního mikroskopu. Systém nabízí speciální zobrazovací módy jako infrared imaging pro ICG fluorescenci, blue light pro zvýraznění fluoroforů a narrow band imaging pro lepší vizualizaci cévních struktur. Významnou výhodou je také možnost týmové spolupráce díky velkému 4K 3D monitoru. Při identifikaci testikulární arterie a šetření lymfatik jsme využili infračervený režim s aplikací indocyaninové zeleně. Dilatované žíly jsme podvázali a přerušili. Peroperačně ani v časném pooperačním období jsme nezaznamenali žádné komplikace.

Závěr: Kamerový systém ORBEYE 4K 3D umožňuje přesnou identifikaci cévních struktur při varikokélektomii s výhodami pro ergonomii operátora, edukaci týmu a bezpečnost výkonu. Kazuistika ilustruje klinickou použitelnost kamerového systému a přínos v urologické mikrochirurgii.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY – VARIA

Diagnostický proces při lymfadenopatii retroperitonea

Nechvátalová N., Fišer L., Štěpánková A.

Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie,
ON Kladno a.s.

Nediskutovaný poster

Úvod: Nádory varlete metastazují lymfogenně do paraaortálních uzlin. V tomto případě prezentujeme solitární metastázu tumoru varlete, která se na zobrazovacích vyšetřeních objevila dříve než primární tumor.

Kazuistika: Tento případ popisuje pacienta se zvětšenou lymfatickou uzlinou zachycenou náhodně na počítačové tomografii (CT – computed tomography), uloženou paraaortálně vpravo, 55 mm, tlačící na dolní dutou žílu. Bylo doplněno endokrinologické vyšetření, byly odebrány onkomarkery a prostatický specifický antigen. Následně byla doporučena fluorodeoxyglukózová pozitronová emisní tomografie v kombinaci s CT (PET-CT). V diferenciální diagnostice jsme vylučovali extragonadální germinální tumor a paragangliom. Endokrinologické vyšetření neprokázalo metabolickou aktivitu, byla nalezena pouze zvýšená hladina hCG (77 U/l). Na PET-CT se zobrazila jen uvedená lymfatická uzlina. V březnu roku 2025 byl pacient indikován k laparoskopické exstirpaci suspektní uzliny. Výkon byl vzhledem k vysokému riziku poranění cévních struktur těsně naléhajících na uzlinu konvertován na otevřený výkon, který byl proveden společně s chirurgy. Histologický nález byl částečným překvapením, jednalo se o metastatický germinální nádor typu klasického seminomu primárně testikulárního původu. Byl zopakován ultrazvuk genitálu, kde byl nalezen tumor pravého varlete. Za hospitalizace byla tedy rovnou doplněna i radikální orchiektomie vpravo, histologicky byl potvrzen klasický seminom, pacient byl odeslán na CT trupu a k adjuvanci do komplexního onkologického centra.

Závěr: Diagnostický i terapeutický proces nálezů v retroperitoneu vyžaduje multidisciplinární spolupráci.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná retroperitoneální lymfadenektomie u testikulárního nádoru

**Schmidt M., Novák V., Nekula M., Fedák D.,
Veselý Š., Babjuk M.**

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Video

Úvod: Testikulární nádory představují 1 % novotvarů dospělého věku, s narůstající incidencí v průmyslových zemích. Nejčastější výskyt neseminomových nádorů je ve třetí životní dekádě, resp. ve čtvrté u seminomů. V léčbě následující radikální orchiektomii dominuje chemoterapie na bázi platiny. Retroperitoneální lymfadenektomie je léčebnou metodou u pacientů s NSGCT stadia II s normalizovanými sérovými markery nebo častěji v případě postchemoterapeutické resekce při reziduálním onemocnění retroperitonea. Minimálně invazivní techniky přinášejí snížení peroperační morbidity, krevních ztrát a zkrácení hospitalizace.

Kazuistika: Pacient, 20 let, po pravostranné radikální orchiektomii s nálezem smíšeného NSGCT, pT2, N3, M0, stadium IIIC, embryonální karcinom a nádor ze žloutkového váčku. Pro retroperitoneální lymfadenopatii (10 × 7 × 5,5 cm) a perzistující elevaci sérových markerů byly aplikovány čtyři cykly BEP (bleomycin, etoposide a cisplatina). Po chemoterapii došlo k částečné normalizaci sérových markerů a regresi retroperitoneální lymfadenopatie (45 × 20 × 25 mm). Byla provedena roboticky asistovaná ipsilaterální modifikovaná retroperitoneální lymfadenektomie. Čas operačního výkonu byl 3 hod 40 min, krevní ztráty 20 ml, doba hospitalizace 8 dnů. Pooperační průběh byl bez komplikací. Histologické vyšetření prokázalo metastatický tumor charakteru teratomu a yolk sac tumoru. Pacient byl 200. pooperační den bez chirurgických komplikací. Adjuvantní chemoterapie režimu TIP.

Závěr: Roboticky asistovaná retroperitoneální lymfadenektomie je jednou z léčebných metod pro pacienty s testikulárními nádory. Kromě obecných výhod miniinvazivních technik představuje i potenciál větší přesnosti, šetrnosti a bezpečí pro pacienty.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Primární germinální nádor retroperitonea

Schmidt M.¹, Burkert J.², Büchler T.³, Novák A.¹, Štekrťová A.¹, Babjuk M.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FNM Praha

³ Onkologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Primární extragonadální, germinální nádory retroperitonea jsou vzácným onemocněním s nepříznivou prognózou pro relativní chemorezistenci a často pokročilé stadium. V léčbě je zásadní správné histologické vyšetření.

Kazuistika: Kazuistika prezentuje 37letého pacienta, referovaného na naši kliniku, s primárním nádorem retroperitonea, po neoadjuvantní protonové radioterapii pro biopsicky zjištěný extraskeletální myxoidní chondrosarkom či myoepiteliální karcinom měkkých tkání 225 × 100 × 90 mm. Rebiopsií, pro progresi a elevaci alfa-fetoproteinu (AFP), byl zjištěn primární retroperitoneální yolk sac tumor. Po aplikaci čtvrtého cyklu chemoterapie BEP (bleomycin, etoposide a cisplatina) došlo k částečné regresi tumoru a poklesu AFP. Byla indikována otevřená exstirpace nádoru. Z šikmé, příčné laparotomie vlevo bylo otevřeno zadní peritoneum, uvolněn močovod fixovaný k nádoru a nádor byl oddělen od dolního pólu ledviny, renálních cév, aorty a ilických cév a ostře oddělen od zádoových svalů, lopaty kosti kyčelní a bederních obratlů. Exstirpace nádoru byla provedena v maximální možném rozsahu společně s retroperitoneálními mízními uzlinami. Operační čas byl 5 hod 40 min, krevní ztráty 800 ml. Pooperační průběh byl bez komplikací, hospitalizace 13 dnů. Histologické vyšetření neprokázalo vitální nádorové struktury. Pacient je 81. den po operaci bez klinických obtíží. Sérová hladina AFP v normě.

Závěr: Primární germinální nádory retroperitonea jsou vzácným onemocněním s nejistou prognózou. V diagnostice je nejdůležitější správné stanovení histologického typu nádoru. Chirurgická léčba bývá extenzivní a na hranici operability.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Intraparenchymový adenomatoidní tumor varlete

Vašňáková B.¹, Beniák J.¹, Soukup J.², Záleský M.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

² Oddělení patologie, ÚVN, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Adenomatoidní tumor varlete je benigní nádor, který je častým paratestikulárním tumorem, v oblasti varlete je raritním nálezem. Pomocí klinického vyšetření nebo zobrazovacích metod lze benigní expanze odlišit jen obtížně od maligních tumorů varlete.

Kazuistika: Prezentujeme kazuistiku 34letého pacienta, který byl 3 roky sledován pro nejasný útvar na levém varleti na jiném pracovišti. Pacienta jsme vyšetřili pro zvětšení rezistence na varleti a nově vzniklou bolest v oblasti skrota. Palpačně jsme zjistili citlivou, tužší rezistenci na levém varleti do 10 mm. UZ vyšetření prokázalo hypervaskularizované ložisko tumorózního vzhledu v parenchymu tkáně varlete. Onkomarkery (beta-HCG, AFP, LDH) byly v normě. Provedli jsme operační revizi z tříselného přístupu s resekcí tumoru a peroperační biopsií. Histologicky se jednalo o adenomatoidní tumor varlete s nekrózou – afekce benigní.

Závěr: Odlišením benigních lézí varlat od maligních můžeme předejít zbytečné radikální orchiektomii. U malých testikulárních lézí (do 10 mm) je riziko maligní povahy do 10 %. Proto je při suspekci na benigní lézi ve vybraných případech možná operační revize varlete s odběrem peroperační biopsie. Při průkazu benigní histologie lze provést varle šetřící výkon.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MO1012.

B lymfocyty v antitumorální imunitě – prognostický význam u karcinomu penisu

Zavillová N.¹, Kendall Bártů M.², Prouzová Z.³, Čapka D.⁴, Waldauf P.⁵, Matěj R.^{3,6}, Zachoval R.¹, Hrudka J.³

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

² Ústav patologie, 1. LF UK a VFN, Praha

³ Ústav patologie, 3. LF UK a FNKV, Praha

⁴ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

⁵ Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, Praha

⁶ Ústav patologie a molekulární medicíny, 3. LF UK a FTN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: V poslední době bylo u dlaždicobuněčného karcinomu penisu (pSCC – penile squamous cell carcinoma) identifikováno několik prognostických markerů, vč. nádor infiltrujících lymfocytů, přičemž prognostická role B-buněk dosud nebyla dostatečně popsána.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali všechny vzorky tkáně pSCC pacientů tří českých klinik operovaných v období od roku 2002 do roku 2022. Na celých tkáňových řezech byly provedeny imunohistochemické analýzy se zaměřením na expresi p53, CD20 a CD138. Kohorta byla klasifikována dle statusu p53 – p53-mutované a wild type. B-buněčné imunoskóre (B-IS) bylo stanoveno dle kvantifikace exprese markerů CD20 a CD138 ve dvou oblastech – v centru a na invazivním čele nádoru. Buňky byly počítány manuálně na mm². Pro každý ze čtyř parametrů (CD20-centrum, CD20-čelo, CD138-centrum, CD138-čelo) byl stanoven medián k rozlišení nízké vs. vysoké infiltrace. Na základě kombinace těchto parametrů bylo definováno pět kategorií B-IS: B-IS 0 případy s nízkým statusem ve všech oblastech, B-IS 4 s vysokým statusem ve všech oblastech. Následně byla provedena statistická analýza celkového přežití (OS – overall survival) a stanoveny asociace.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 152 vzorků. Pacienti s nízkým B-IS (0–1; n = 51) vykazovali významně horší OS ve srovnání s pacienty s vysokým B-IS (2–4; n = 101): HR 1,89; 95% CI 1,18–3,03; p = 0,008. Podobně kratší OS bylo zjištěno u nádorů s nízkým počtem CD20+ buněk v centru nádoru (HR 1,67; 95% CI 1,04–2,7; p = 0,033) a nízkým počtem CD20+ buněk na čele nádoru (HR 1,69; 95% CI 1,06–2,7; p = 0,028). Vysoký B-IS byl signifikantně asociován s mutovaným profilem p53 (odds ratio – OR 4,76; 95% CI 1,32–25; p = 0,011). Vysoký počet CD20+ buněk na invazivním čele nádoru byl spojen s histologickým grade 3 (OR 2,44; 95% CI 1,15–5,26; p = 0,015).

Závěr: Vysoký počet nádor infiltrujících B-buněk je příznivým prognostickým markerem u pSCC, ale vykazuje neočekávanou souvislost s mutovaným p53, který je známý jako klíčový negativní prognostikátor. Je nutná hlubší diskuze a výzkum

k objasnění role p53 v protinádorové imunitě zprostředkované B-buňkami.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Výzkumný grant AZV NU21J-03-00019.

18F-FDG PET/MRI v primárním stagingu karcinomu penisu

Trávníček I.^{1,2}, Shpilevskiy N.², Ferda J.³, Ferdová E.³, Malán A.³, Michalová K.⁴, Hora M.²

¹ Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

² Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

³ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁴ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: 18F-FDG PET/MRI (fluorodeoxyglukózová pozitron emisní tomografie/3T magnetická rezonance) je v primárním stagingu karcinomu penisu používána na našem pracovišti od roku 2015. Hodnotíme výsledky vyšetření u hospitalizovaných pacientů, kteří podstoupili chirurgický výkon pro karcinom penisu.

Materiál a metody: Od května 2015 do června 2025 bylo za hospitalizace řešeno celkem 106 pacientů s karcinomem penisu, u 49 bylo provedeno celotělové 18F-FDG PET/MRI v rámci předoperačního stagingu. Porovnali jsme PET/MRI popsanou T kategorii primárního tumoru (PET/MRI T) a N kategorii (PET/MRI N) s klinickým hodnocením (cT a cN) a finálním histologickým popisem (pT a pN). V rámci retrospektivní kohortové studie porovnáváme výsledky se 42 pacienty vyšetřovanými pomocí PET/CT v období let 2011–2025. Výsledky byly hodnoceny pomocí McNemarova a Fisherova testu.

Výsledky: PET/MRI správně posoudilo kategorii PET/MRI T v 76 % (39 z 49 pacientů), klinické vyšetření v 80 % (37 z 49), rozdíl není signifikantní; $p = 0,625$. PET/MRI primární nádor nadhodnotilo v 18 % (9 z 49) a palpce v 16 % (8 z 49). Podhodnocení PET/MRI T ve 3 (6 %), a cT ve 2 (4 %) případech. V hodnocení uzlinového postižení byla správnost PET/MRI N v 69 % (34 z 49) a cN shodně v 69 % (34 z 49), nadhodnocení PET/MRI N v 18 % (9 z 49) a cN v 8 % (4 z 39); $p = 0,754$. Podhodnocení PET/MRI N ve 4 % (2 z 49) a cN ve 14 % (7 z 49); $p = 0,375$. Ve srovnání míry správných interpretací PET/MRI vůči klinickému vyšetření nejsou výsledky statisticky významné. 18F-FDG PET/CT v hodnocení T kategorie (PET/CT T) přinesla správný výsledek pouze v 55 % (17 z 31 vyšetření s hodnotitelným primárním nádorem), rozdíl oproti PET/MRI přesto není statisticky významný; $p = 0,085$. Výsledek PET/CT N byl správně hodnocen v 57 % (24 z 42), v porovnání s PET/MRI není signifikantní; $p = 0,276$. Vzdálená generalizace byla nalezena PET/MRI M1 u 14 % (7 z 49) a PET/CT M1 u 10 % (4 z 42) pacientů.

Závěr: Náš soubor neprokázal rozdíl mezi klinickým palpačním vyšetřením a 18F-FDG PET/MRI v hodnocení jak primárního nádoru penisu, tak uzlinového postižení. Celotělový staging však prokázal vzdálenou generalizaci u 14 %

vyšetřovaných pacientů, což vedlo ke změně léčebného postupu směrem k systémové léčbě.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Intersticiální HDR brachyterapie časného karcinomu penisu

Pohanková D.¹, Sirák I.¹, Hodek M.¹, Paluska P.¹, Kašáková L.¹,
Grepl J.¹, Špaček J.², Holub L.², Petera J.¹

¹ Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN Hradec Králové

² Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Intersticiální high dose rate brachyterapie (HDR BRT) v léčbě časného karcinomu penisu je alternativní léčebnou metodou k primární chirurgické léčbě umožňující zachování penisu.

Materiál a metody: Od roku 2002 do roku 2022 bylo na našem oddělení léčeno celkem 31 pacientů s časným karcinomem penisu pomocí HDR BRT, předepsaná dávka byla 54 Gy v 18 frakcích aplikovaných 2× denně s 6hodinovým rozestupem mezi frakcemi.

Výsledky: Medián follow-up byl 117,5 měsíce, pravděpodobnost lokální kontroly v 5 a 10 letech byla 80,7 a 68,3 měsíce, pravděpodobnost zachování penisu 80,6 a 62,1 %. Rekurence se vyskytla u osmi pacientů (25,8 %), sedm z nich podstoupilo záchrannou parciální amputaci penisu. Šest pacientů zemřelo na interní komorbidity nebo nádorovou duplicitu. Lokální kontrola v 5 a 10 letech byla 80,7 % (95% CI 63,7–97,7) a 68,3 % (95% CI 44,0–92,6). Pravděpodobnost zachování penisu v 5 a 10 letech byla 80,6 % (95% CI 63,45–97,7) a 62,1 % (95% CI 34,8–89,4).

Závěr: HDR BRT může vést k zachování penisu u většiny pacientů s časným karcinomem penisu, což vede ke zlepšení kvality života, snížení psychických obtíží spojených s léčbou a možnosti zachování sexuálních funkcí. Chirurgická léčba může být ponechána při rekurenci jako salvage léčba. Naše kohorta pacientů je světově druhou největší reportovanou.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie se zobrazením sentinelové uzliny pomocí indocyaninové zeleně – video

Hora M.¹, Trávníček I.¹, Pivovarcíková K.², Michalová K.²,
Ferda J.³, Stránský P. Jr.¹, Drápelová B.¹, Shpilevskiy N.¹,
Fiala O.⁴

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

³ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁴ Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Inguinální lymfadenektomie (ILND) je indikovaná u karcinomu penisu $\geq$ pT1b cN0 při nedostupné scintigraficky značené dynamické biopsii sentinelové uzliny, v případě jejího selhání, při pozitivní histologii a u klinického postižení uzlin. Kromě cN3 je možný miniinvasivní přístup (VEILND – video endoscopic inguinal lymph node dissection) laparoskopicky nebo roboticky (R-VEILND). VEILND lze kombinovat s označením SLN (sentinel lymph node) fluorescence pomocí indocyaninové zeleně (ICG – indocyanine green). Předkládáme pilotní studii ICG R-VEILND.

Materiál a metody: Od října 2015 do května 2025 podstoupilo VEILND 26 mužů (41 třísel), 21/31 (muži/třísla) laparoskopicky, 8/12 roboticky. Aplikace ICG s fluorescencí použita u 24 mužů (16/24 laparoskopicky, všech 8/12 roboticky). Technika R-VEILND: ICG 5 mg se aplikuje subkutánně, bezprostředně před operací. Z řezu na dolním okraji femorálního trojúhelníku (FT) se vytvoří ukazováčkem prostor pod Camperovou fascií nad fascia lata. Dva robotické 8mm porty a 11mm asistenční port jsou zavedeny naslepo pod kontrolou prstu, videoport s konusem pro Hassonovu techniku. Optika 30°, poslední 40°, tlak CO₂ 12 mmHg. Nástroje: monopolární nůžky či SynchroSeal® (poslední 4) a fenestrováný bipolární grasper, systém da Vinci Xi. Vena saphena magna zachována. Lipolymfatická tkáň odebrána z FT mezi fascia lata a Camperovou fascií a ve fossa ovalis. Začínáme pod soutokem v. saphena magna s femorální žílou, kraniálně k tříselnému vaz, mediálně k m. adductor longus, laterálně k m. sartorius). SLN se vizualizuje pomocí fluorescenční detekce (Firefly™). Lipolymfatická tkáň extrahována v sáčku. Sací drén. Na 24 hod kompresivní obvaz. Profylakticky podány dvě dávky antibiotika. Mechanické kompresivní punčochy dolních končetin, miniheparinizace 3 týdny.

Výsledky: R-VEILND u 12 třísel/8 mužů. Průměrný věk 57,4 (33–78) let, BMI 35,0 (29,3–41,2), doba jednostranného výkonu 114 (86–170) min, počet LN 8,3 (3–16), 5× pN+. Označení SLN pomocí ICG bylo úspěšné ve všech případech, komplikace u 10 případů. Clavien-Dindo 1–2 celkem 6×

(prolongovaná lymforea, flegmona/nekróza kůže) a 3a celkem 4× (drenáž lymfokély 15.–18. pooperační den). V krátkém sledování nebyla zaznamenána lokální recidiva ve skupině pN0 a 2× u pN+.

Závěr: R-VEILND nahradila laparoskopickou variantu. Fluorescenční zobrazení s ICG zlepšuje detekci SLN; dávka ICG 5 mg. Významnou komplikací zůstává lymforea/lymfokéla.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Karlova univerzita Praha, Lékařská fakulta Plzeň (Cooperatio Program, SURG), Institucionální výzkum Fakultní nemocnice Plzeň (FNPI 00669806).

Klinicko-patologická korelace adrenálních lézí při miniinvasivní adrenalektomii

Bartoš Veselá A.¹, Kolář J.¹, Pitra T.¹, Stránský P.¹, Üрге T.¹, Trávníček I.¹, Ferda J.², Pivovarcíková K.³, Krčma M.⁴, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

³ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

⁴ I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Adrenální léze představují heterogenní skupinu nádorových i nenádorových afekcí, jejichž diagnostika a následný léčebný postup vyžadují multidisciplinární přístup. Odstranění nadledviny indikujeme na základě klinických, endokrinologických a zobrazovacích vyšetření, která nám umožňují odhadnout biologické chování léze. Podstatná je hormonální nadprodukce, morfolgie a velikost nádoru. Cílem této studie je porovnat předoperační klinickou diagnózu s histopatologickým nálezem.

Materiál a metody: V období od ledna 2015 do června 2025 jsme provedli miniinvasivní adrenalektomii u 180 pacientů, z nichž 175 (97 %) podstoupilo laparoskopickou adrenalektomii, vč. 10 (6 %) metodou LESS (laparo-endoscopic single-site surgery) a 6 (3 %) z retroperitoneoskopického přístupu. U 5 (3 %) pacientů jsme provedli roboticky asistovanou adrenalektomii. U 4 (2 %) pacientů jsme provedli parciální resekci nadledviny. Nálezy jsme stratifikovali na základě předpokládaného biologického chování a výsledného histopatologického nálezu na benigní (n = 139; 77 %) a maligní (n = 23; 13 %) léze. Pacienti s feochromocytomem (n = 18; 10 %) byli vyloučeni z analýzy.

Výsledky: V našem souboru jsme identifikovali 23 maligních lézí; ve 3 (13 %) případech se jednalo o primární nádor a ve 20 (87 %) o metastatické postižení nadledviny. Z 139 přítomných benigních afekcí bylo 26 (19 %) hormonálně aktivních. U 105 pacientů jsme předpokládali benigní povahu onemocnění, což bylo histologicky potvrzeno ve 101 (96 %) případech; maligní charakter vykazovaly 4 (4 %) léze. Předoperační podezření na maligní proces jsme měli u 57 pacientů; ve výsledné histologii bylo 38 (67 %) benigních a 19 (33 %) maligních případů.

Závěr: Na základě statistického hodnocení má klinický předoperační diagnostický algoritmus vysokou senzitivitu (82,6 %) i specifitu (72,7 %). Pozitivní prediktivní hodnota činila 33,3 %, zatímco negativní prediktivní hodnota dosáhla 96,2 %. Tyto výsledky ukazují, že předoperační podezření na malignitu bylo častěji nadhodnoceno, zatímco benigní charakter byl odhadován s vysokou přesností (p = 0,0001).

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806 a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Atypická manifestace karcinomu nadledviny u mladé ženy

Bobysudová A.¹, Gregušová A.¹, Klézl P.¹, Dvořák J.², Grill R.¹

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

² Onkologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Maligní nádory nadledvin jsou vzácná, vysoce agresivní onemocnění. Jejich prvním projevem může být spontánní retroperitoneální krvácení, které může vést k akutnímu, život ohrožujícímu stavu.

Kazuistika: Prezентujeme případ 34leté ženy přijaté s klinickým obrazem náhlé příhody břišní. CT vyšetření odhalilo rozsáhlý perirenální hematom vpravo a tumorózní změny pravé nadledviny s aktivním venózním leakem. Nádorová masa infiltrovala dolní dutou žílu až k bránici a odstupu jaterní žíly. Současně byly přítomny bilaterální plicní metastázy a hilová lymfadenopatie. V první fázi byla provedena selektivní embolizace pravé nadledviny a byly hrazeny krevní ztráty. Následná biopsie plicního ložiska potvrdila metastázu maligního feochromocytomu. Histologické a imunohistochemické vyšetření vykazovalo znaky paragangliomu/feochromocytomu s morfologickými rysy adrenokortikálního karcinomu. Byla zahájena terapie sunitinibem, která byla kvůli progresi onemocnění eskalována na kombinovanou chemoterapii (cisplatina, etoposid, doxorubicin) s mitotanem. I přes další linie léčby (cabozantinib, everolimus, pembrolizumab) došlo k další progresi metastatického onemocnění. Pacientka zemřela na komplikace bilaterální pneumonie a sepse.

Závěr: Zhoubné nádory nadledvin, jako jsou adrenokortikální karcinom nebo maligní feochromocytom, se mohou manifestovat akutním krvácením a rychlou progresí. Prognóza těchto onemocnění je nepříznivá, s 5letým přežitím mezi 5 a 10 %. Při krvácení z tumoru je metodou volby selektivní embolizace. U generalizovaného onemocnění představuje základ léčby systémová terapie.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

DĚTSKÁ UROLOGIE

Výsledky spermiogramu v souvislosti s operací adolescentní varikokély

Kočvara R.¹, Drlík M.¹, Vávřová L.¹, Nováková P.¹,
Faltusová E.^{1,2}, Dítě Z.¹, Zámečník L.^{1,3}, Jirsová S.⁴,
Jirásková Z.¹, Sedláček J.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Klinika dětské chirurgie 3. LF UK a FTN, Praha

³ Sexuologický ústav, 1. LF UK a VFN, Praha

⁴ Centrum asistované reprodukce, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Vyšetření spermiogramu je kritériem k operaci varikokély u starších adolescentů. Je také součástí našeho pooperačního protokolu u pacientů operovaných před 17. rokem věku. Cílem práce je srovnání pooperačních výsledků v obou skupinách a vývoj nálezů ve skupině starších adolescentů.

Materiál a metody: V letech 2015–2025 jsme vyšetřili spermiogram u 77 adolescentů s varikokélou 2.–3. stupně (průměr 2,7) v průměrném věku 17,6 let. Celkem 40 adolescentů od 17 let věku bylo vyšetřeno před laparoskopickou mikrochirurgickou operací varikokély (1. skupina) a výsledek byl součástí indikace k operaci. Dalších 37 adolescentů bylo vyšetřeno po časně operaci před 17. rokem věku (skupina 2) a hlavním kritériem pro operaci byl významný rozdíl ve velikosti varlat či celkově nízký objem testikulární tkáně. Hodnocení koncentrace spermií, celkové a progresivní motility bylo provedeno dle WHO manuálu 2010 a 2021. Morfologie spermií nebyla hodnocena.

Výsledky: Operace byla provedena v 1. skupině v průměrném věku 17,8 let, ve 2. skupině ve věku 15,5 let. Celkový objem testikulární tkáně po operaci byl v obou skupinách srovnatelný (25,8, resp. 24,6 cm³), stejně tak věk prvního spermiogramu (17,6, resp. 17,5 roků). Normální koncentraci a pohyblivost spermií jsme zjistili u 35 %, oligozoospermii u 40 %, astenozoospermii u 48 % pacientů 1. skupiny před operací (u 13 vyšetření opakovaně). Po operaci z nich bylo vyšetřeno 18 pacientů (3 opakovaně), s normálními nálezy u 50 %, oligozoospermii u 33 %, astenozoospermii u 39 % s významným nárůstem koncentrace spermií (22,5 vs. 50,5 mil/ml; $p = 0,0402$). Ve 2. skupině bylo po operaci vyšetřeno 37 pacientů (8 opakovaně) s normálním nálezem u 73 %, oligozoospermie u 16 % a astenozoospermie u 16 % pacientů s rozdílem 1. a 2. skupiny v progresivní motilitě 36 vs. 46,5 % ($p = 0,0491$).

Závěr: Prokázali jsme zlepšení koncentrace spermií po operaci varikokély u starších adolescentů; dříve provedená operace byla spojena s lepší progresivní pohyblivostí spermií.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165.

Klinický význam nálezů na anulus inguinalis internus při diagnostické laparoskopii pro nehmavné varle

Nováková P., Drlík M., Sedláček J., Jirásková Z.,
Vávřová L., Kočvara R.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Nález spermatických cév vstupujících do tříselného kanálu při diagnostické laparoskopii pro nehmavné varle je standardně považováno za indikaci k revizi třísla. Někteří autoři považují uzavřený anulus inguinalis internus za známku chybění vitálního varlete a revizi třísla neprovádějí. Cílem studie bylo zhodnotit souvislost mezi nálezem uzavřeného anulu a přítomností atrofického varlete.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor pacientů, u nichž jsme mezi lety 2015–2024 provedli diagnostickou laparoskopii pro nehmavné varle. Hodnocenými parametry byly věk, peroperační nález, anatomický nález na anulus inguinalis internus, nález vitálního či atrofického varlete a histologický nález v případě odstraněného nubbinu varlete.

Výsledek: Soubor tvořilo 178 chlapců o středním věku 18 (8–181) měsíců. U 22 pacientů s anorchíí byl vnitřní anulus vždy uzavřen. U 72 pacientů s intraabdominálním varletem byl anulus otevřen v 68 (94 %), uzavřen ve 4 (6 %) případech, kdy varle bylo vždy atrofické či výrazně hypotrofické. U 84 pacientů s cévami vstupujícími do tříselného kanálu byl anulus uzavřen v 69 (82 %), otevřen v 15 (18 %) případech. Revize třísla odhalila vitální varle u 6 (8,7 %) pacientů se zavřeným anulem a 10 (66,6 %) s otevřeným anulem. Vitální buňky jsme u 68 odstraněných atrofických varlat našli v 6 (8,8 %) případech.

Závěr: Uzavřený anulus inguinalis internus ve většině případů pozitivně koreluje s atrofií varlete, ale výjimky existují. Navíc, část atrofických varlat může obsahovat vitální struktury varlete. Revize třísla je proto indikována bez ohledu na stav anulus inguinalis internus.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165.

Četnost výskytu balanitis xerotica obliterans při cirkumcizi u dětí

Kulíček P.^{1,2}

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie LF UK
a FN Hradec Králové

² Oddělení dětské urologie, Urologická klinika LF UK
a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Balanitis xerotica obliterans (BXO/lichen sclerosus) je chronický zánět předkožky. Při histologickém vyšetření předkožky po cirkumcizi se stále častěji setkáváme s touto diagnózou. Incidence v populaci chlapců je udávána 0,07 %.

Materiál a metody: Do retrospektivní studie jsme zařadili 55 pacientů, kteří podstoupili cirkumcizi v roce 2024. Z toho bylo u 37 (67,2 %) pacientů provedeno histologické vyšetření předkožky. U 18 (32,7 %) pacientů nebylo toto vyšetření provedeno.

Výsledek: Pozitivní histologický nález BXO byl zjištěn u 30 (81,1 %) pacientů. Negativní nález byl u 7 (18,9 %) pacientů. Z celkového počtu 55 pacientů byl pozitivní nález u 54,5 %.

Závěr: BXO je chronické zánětlivé onemocnění předkožky, které může kromě předkožky postihovat frenulum, glans, meatus a uretru. Udává se, že až polovina postižených pacientů potřebuje dále lokální léčbu kortikosteroidy, proto považujeme provedení histologického vyšetření předkožky za obligatorní. Na základě pozitivního nálezů je doporučena dispenzarizace pacientů min. 3 roky k včasnému zabránění progresu nálezů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Testikulární prepubertální teratom u pubertálních a postpubertálních chlapců – soubor pacientů z více center

Šarapatka J.¹, Vávřová L.², Novák I.³, Šmakal O.¹, Kočvara R.²

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

³ Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: WHO klasifikace pro nádory varlat z roku 2016 nově zařadila prepubertální typ teratomu bez souvislosti s germinální neoplazií *in situ* (GCNIS) mezi benigní nálezy i u postpubertálních pacientů. Cílem této práce je upozornit na nový přístup k léčbě u některých pacientů s testikulárním teratomem po nástupu puberty.

Materiál a metody: Zahrnuto bylo sedm dospívajících chlapců průměrného věku 13 (12–17) let, kteří byli indikováni k revizi z třísla pro sonografický nález jednostranného malého nevaskularizovaného oválného ložiska s přítomnou cystickou komponentou nebo bez ní, o průměrné velikosti 13 × 12 (8–21 × 9–15) mm, bez dalších změn parenchymu. Onkomarkery (alfa fetoprotein, choriový gonadotropin a laktátdehydrogenáza) byly negativní. Virilizace zevního genitálu byla vyjádřena u všech pacientů.

Výsledky: Pacienti podstoupili revizi z třísla a enukleaci tumoru s perioperační biopsií ze zmrazeného vzorku, která ve všech případech odpovídala benignímu teratomu. V definitivní histologii vyšla epidermoidní cysta ve čtyřech případech a prepubertální teratom ve třech případech. Přítomnost GCNIS byla u všech pacientů vyloučena, spermatogeneze byla přítomna u 6 ze 7 pacientů. Během ultrazvukového sledování nebyla v následujících 2 letech po operaci zjištěna známka recidivy.

Závěr: Nově klasifikovaný prepubertální typ teratomu nesusvisející s GCNIS je benigní tumor. Varle šetřící výkon s perioperační biopsií je tedy metodou volby u peri- a postpubertálních pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Laparoskopická adrenalektomie u 15měsíčního dítěte

Schmidt M.¹, Pýchová M.², Novák V.¹, Novák A.¹, Veselý Š.¹, Babjuk M.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FNM Praha

Video

Úvod: Laparoskopickou adrenalektomii je možno považovat za zlatý standard v léčbě nádorů nadledvin u dospělých pacientů. Stejně tak je využitelná u dětských pacientů, v závislosti na zkušenostech pracoviště a věku pacienta. V období od roku 2012 do roku 2023 bylo ve FN Motol provedeno celkem 18 laparoskopických adrenalektomií u pacientů mladších 18 let bez významnějších komplikací.

Kazuistika: Video prezentuje pravostrannou laparoskopickou adrenalektomii u 15měsíční pacientky s rostoucí expanzí pravé nadledviny. Při zobrazovacích vyšetřeních byla přítomna suspekce na neuroblastom s indikací adrenalektomie. Operační výkon byl proveden transperitoneálně, kapnoperitoneum 11 mmHg, 3 portální vstupy (1 × 11 mm, 3 × 5 mm). Laterokolicky bylo otevřeno zadní peritoneum a colon asc. bylo staženo mediálně. Nadledvina byla uvolněna od horního pólu ledviny, od jater a dorzálně. Mediálně lokalizované cévy byly zaklipovány a přerušeny. Preparát byl vložen do extrakčního sáčku a prodloužením portálního vstupu 11 mm extrahován. Odhadované krevní ztráty činily asi 5 ml, celkový operační čas od úvodu do anestezie byl 2 hod 5 min. Pooperační průběh byl bez komplikací, celková doba hospitalizace byla 5 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo neuroblastom (differentiating subtyp), R0. Pacientka je 185. den po operaci bez klinických obtíží a bez průkazu recidivy onemocnění.

Závěr: Laparoskopická adrenalektomie je bezpečná a šetrná operační technika využitelná i u velmi mladých dětských pacientů. K indikaci jsou rozhodující zkušenosti pracoviště a charakteristiky nádoru.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY PROSTATY – DIAGNOSTIKA

Charakterizace hereditární komponenty u karcinomu prostaty v ČR

Jurok M.^{1,2}, Soukupová J.³, Vočka M.⁴, Janatová M.³,
Kleiblová P.^{3,5}, Kleibl Z.³, Hloušek S.⁴, Pejchal J.⁶, Záleský M.²

¹ Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny,
VLF UO, Hradec Králové

² Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

³ Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky,
1. LF UK a VFN, Praha

⁴ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁵ Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. LF UK a VFN, Praha

⁶ Katedra toxikologie a vojenské farmacie, VLF UO, Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Nádorová onemocnění jsou ve většině případů sporadická. Přibližně 5–10 % malignit vznikne na základě přítomnosti germinálních patogenních variant (gPV) v nádorových predispozičních genech. Karcinom prostaty (KP) je nejčastějším zhoubným novotvarem v ČR, jehož incidence a prevalence v čase rostou. Dědičná složka u KP figuruje v ~10 % případů, nicméně v naší populaci nebyla její analýza dosud systematicky provedena.

Materiál a metody: V rámci multicentrické retrospektivní studie jsme vyšetřili nádorovou predispozici u 580 mužů s KP. Z nich 127 splňovalo indikační kritéria pro genetické testování (věk, rodinná anamnéza, high-/very high-risk KP) a 453 nebylo indikovaných. Pro case-control analýzu byla využita sekvenační data od 6 876 populačně specifických kontrol. Analýza nádorové predispozice byla provedena pomocí cíleného sekvenování nové generace za použití panelu CZE-CANCA (CZEch CANcer paNel for Clinical Application; 226 známých/kandidátních nádorových predispozičních genů).

Výsledky: V klinicky relevantních nádorových predispozičních genech byly identifikované gPV v genech *ATM*, *BAP1*, *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *PALB2*, *HOXB13*, *NBN*, *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* a *PMS2* u 59 z 580 (10,2 %) pacientů s KP, resp. u 19 ze 127 (15 %) indikovaných osob a u 40 z 453 (8,8 %) pacientů nesplňujících indikační kritéria pro genetické testování. Statisticky významně se v celém testovaném souboru lišily pouze gPV v genech *ATM* (OR 4,4; CI 2,7–11,3; $p < 0,0001$), *BRCA2* (OR 5,5; CI 2,2–8,9; $p < 0,0001$) a *NBN* (OR 3,4; CI 1,7–7,0; $p = 0,0006$).

Závěr: Spektrum genů s identifikovanou gPV v našem souboru odpovídalo nálezům dostupným z literatury. Četnost gPV u pacientů indikovaných ke genetickému vyšetření splňovala požadavek na záchytnost > 10 % testovaných osob. Vysoký byl také záchyt gPV u pacientů nesplňujících stávající indikační kritéria pro genetické testování. Na pilotním souboru bylo kromě etablovaných genů (*ATM* a *BRCA2*) predisponujících ke KP pozorováno středně zvýšené riziko vzniku KP u nosičů gPV v genu *NBN*, jehož klinický význam bude nutno ověřit na větším souboru.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Institucionální podpora MO1012; MZ ČR RVO-VFN 64165.

Metabolomický profil koreluje s rizikem karcinomu prostaty

Zdobinská T.¹, Lukšanová H.², Dušková K.¹, Příman O.¹, Babjuk M.¹, Veselý Š.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Ústav lékařské chemie a klinické biochemie, 2. LF UK a FNM Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Během onkogeneze karcinomu prostaty (KP) dochází k metabolickému přeprogramování buněk podporujících růst a proliferaci. Identifikace těchto změn v aminokyselinovém profilu by mohla napomoci detekci vysoce rizikových forem onemocnění. Tato studie zkoumá aminokyseliny v moči jako potenciální neinvazivní biomarkery s cílem zlepšit diagnostiku. Navazuje na pilotní studii realizovanou v našem centru v roce 2018.

Materiál a metody: Analýza prospektivně sbíraných vzorků zahrnuje 60 pacientů s KP a 30 zdravých kontrol. Moč byla odebrána bez předchozí masáže prostaty a analyzována pomocí kapalinové chromatografie. Hodnotili jsme korelaci hladin aminokyselin s klinickými parametry: hladina prostatického specifického antigenu (PSA), objem prostaty, riziko pozitivních chirurgických okrajů, pozitivních uzlin a postoperační detekovatelný PSA.

Výsledky: Analýza celkových aminokyselin prokázala statisticky významné rozdíly mezi skupinami KP a zdravých kontrol u glutamátu s glycinem ($p = 0,021$), methioninu ($p = 0,0037$), argininu ($p = 0,053$) a leucinu ($p < 0,001$). Neprokázali jsme signifikantní relevanci aminokyselin s pooperačními parametry. Hladina aminokyselin není signifikantně ovlivněna velikostí prostaty ani elevací PSA. U vysoce rizikového KP se objevila hraniční korelace s histidinem ($p = 0,056$).

Závěr: Analýza celkových aminokyselin v moči prokázala statisticky významné rozdíly mezi pacienty s KP a zdravými kontrolami i bez předchozího digitálního rektálního vyšetření. Na větším souboru pacientů jsme potvrdili výsledky pilotní studie. Hladiny aminokyselin nebyly ovlivněny objemem prostaty, což může představovat benefit při diagnostice pacientů v diagnostické šedé zóně s elevací PSA. Ačkoliv klinické využití těchto markerů je zatím omezené, výsledky naznačují potenciál močového aminokyselinového profilu jako neinvazivního nástroje zlepšení diagnostiky KP.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Interní grant Urologické kliniky 2. LF UK a FNM Praha.

Využití modelu umělé inteligence při predikci karcinomu prostaty

Adamcová V.¹, Zachoval R.¹, Hyndman E.², Paproski R.³, Kinnaird A.⁴, Fairey A.⁴, Marks L.⁵, Pavlovich C.⁶, Fletcher S.⁶, Aprikian A.⁷, Wallis C.⁸, Pink D.⁹, Vasquez C.³, Beatty P.³, Lewis J.¹⁰, Stejskal J.¹

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

² Department of Surgical Oncology, University of Calgary, Prostate Cancer Centre, Calgary, Canada

³ Nanostics Inc., Edmonton, Canada

⁴ Division of Urology, Department of Surgery, University of Alberta, Kipnes Urology Centre, Edmonton, Canada

⁵ UCLA Health, Westwood Urology, Los Angeles, USA

⁶ James Buchanan Brady Urological Institute, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA

⁷ Department of Surgery, McGill University, Montreal, Canada

⁸ Division of Urology, Department of Surgery, University of Toronto, Canada

⁹ Nanostics Inc., Edmonton, Canada

¹⁰ Department of Oncology, University of Alberta, Edmonton, Canada

Diskutovaný poster

Úvod: Diagnostika karcinomu prostaty (KP) založená na hodnotě prostatického specifického antigenu (PSA) a per rectum vyšetření (DRE) je zatížena vysokým počtem negativních biopsií a záchytem klinicky nesignifikančního KP (nsKP). Využití umělé inteligence nabízí možnost zefektivnění diagnostiky KP a predikci přítomnosti KP u konkrétního pacienta.

Materiál a metody: Byl vytvořen model ClarityDX využívající strojové učení k analýze klinických a biochemických biomarkerů u kohorty 3 448 pacientů. Model byl optimalizován za použití dostupných klinických charakteristik, jako jsou celkový PSA, volný PSA, věk pacienta a nález DRE. Efektivita modelu byla validována na nezávislé kohortě pacientů s cílem vyhodnotit jeho přesnost predikce klinicky signifikantního KP (sKP) a jeho schopnost redukovat počet biopsií.

Výsledky: Model ClarityDX vykazoval při nastavení cut off na hodnotě 25% AUC CI 0,82 (0,80–0,83), senzitivitu 94 (92–95) %, specifitu 37 (34–40) %, pozitivní prediktivní hodnotu 52 (50–54) % a negativní prediktivní hodnotu 89 (86–91) %. Při použití Clarity DX modelu by došlo k redukcí počtu biopsií o 35 %. Srovnání ROC AUC modelu ClarityDX s PSA, volným PSA a Prostate Biopsy Collaborative Group risk calculator je prezentována v tab. 1 níže.

Závěr: Studie ukazuje, že optimalizovaná platforma strojového učení ClarityDX umožňuje efektivní predikci sKP pomocí analýzy biomarkerů a klinických dat. Výsledky ukazují, že ClarityDX představuje slibný nástroj pro stratifikaci rizika u mužů.

Konflikt zájmů: Ne.
Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Srovnání ROC AUC modelu ClarityDX s PSA, volným PSA a PBCG.

	CG ≤ 1 KP	CG ≥ KP	Hodnota p	ROC AUC (CI)
PSA (ng/ml) medián (IQR)	6,2 (4,6–8,5)	7,7 (5,5–11)	< 0,0001	0,63 (0,60–0,65)
volný PSA (%) medián (IQR)	17 (13–22)	12 (9–17)	< 0,0001	0,69 (0,67–0,71)
PBCG medián (IQR)	25 (16–35)	38 (25–54)	< 0,0001	0,71 (0,68–0,73)
ClarityDX Prostate medián (IQR)	30 (21–44)	58 (41–79)	< 0,0001	0,82 (0,80–0,83)

CG – Collaborative Group, KP – karcinom prostaty,
 AUC – plocha pod křivkou, PSA – prostatický specifický antigen,
 IQR – mezikvartilové rozpětí, PBCG – Prostate Biopsy Collaborative
 Group risk calculator

Vliv zlepšeného hodnocení MRI na detekci karcinomu při cílené biopsii prostaty – je na čase vynechat systematickou biopsii?

Příman O.¹, Dušková K.¹, Zdobinská T.¹, Novák A.¹, Lambert L.², Veselý Š.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM Praha

Diskutovaný poster

Úvod: S rostoucí kvalitou magnetické rezonance (MRI) a zlepšujícími se technikami cílení je role systematické biopsie prostaty vedle MRI-cíleného odběru stále častěji zpochybňována. Retrospektivně porovnáváme dvě skupiny pacientů, kteří podstoupili fúzní transperineální biopsii – před zásadní změnou v přístupu k interpretaci MRI na našem pracovišti a po ní. Cílem je zjistit, jaký vliv má toto výrazné zlepšení hodnocení MRI na detekci karcinomu prostaty (KP), a zda je za těchto podmínek možné zvážit vynechání systematické části biopsie bez snížení diagnostické výtečnosti.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali data 161 pacientů, kteří podstoupili kombinovanou MRI-cílenou a systematickou transperineální biopsii prostaty v období od ledna 2022 do května 2025. Skupina 1 (n = 119) zahrnovala pacienty vyšetřené před zásadní změnou v radiologickém hodnocení, zatímco skupina 2 (n = 42) reprezentovala pacienty vyšetřené po implementaci nového přístupu k interpretaci MRI. Porovnávali jsme míru detekce KP, klinicky významného KP (sKP, ISUP ≥ 2), podíl nálezů zjištěných pouze systematickou biopsií a pozitivní prediktivní hodnoty PI-RADS lézí 4 a 5. Statistické porovnání mezi skupinami bylo provedeno pomocí Fisherova exaktního testu.

Výsledky: Ve skupině 2 jsme zaznamenali výrazně vyšší celkovou detekci KP (46,2 vs. 92,9 %), přestože radiologové popsalí méně podezřelých oblastí. Významně se zlepšila pozitivní prediktivní hodnota PI-RADS 4 a 5 lézí, což ukazuje na efektivnější selekci cílených oblastí. Ačkoliv míra přehlédnutých sKP se statisticky nelišila, celkový přínos systematické biopsie poklesl. Podíl případů detekovaných pouze systematickou biopsií klesl na polovinu.

Závěr: Při vysoké kvalitě MRI může být vynechání systematické biopsie zvažováno. V kontextu klinické praxe, kde i nádory s ISUP 1 často vedou k aktivní léčbě, tato data podporují úvahy o dalším zpřesnění indikačních kritérií k provedení systematické biopsie, zejména v centrech s vysoce kvalitním zobrazovacím zázemím.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Cílená transperineální biopsie prostaty softwarovou fúzí TRUS/MRI v ambulantní praxi

Sedláčková H.¹, Sosna R.¹, Kučera R.², Ferda J.³,
Pivovarčíková K.⁴, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Laboratoř imunochemické diagnostiky, LF UK a FN Plzeň

³ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁴ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Transperineální přístup k biopsii prostaty (TPb) je dle současných guidelines EAU preferovaný před tranrektálním (TRb). Prezентujeme první zkušenosti s touto metodikou, její provedení v ambulantní praxi a porovnání zachytu karcinomu prostaty (KP) se souborem pacientů s TRb.

Materiál a metody: Celkem 47 pacientů podstoupilo cílenou TPb prostaty v období od dubna 2025 do června 2025. V rámci diagnostiky byly stanoveny hladiny celkového PSA (tPSA), [-2] proPSA, byla vypočítána hodnota indexu zdraví prostaty (PHI – prostate health index) a pacienti podstoupili 3T MRI prostaty hodnocené podle PI-RADS kategorie. TPb byla provedena na přístroji Koelis Trinity® se systémem elastické softwarové fúze a technologií OBT Fusion® (organ-based tracking fusion). TPb byla provedena v ambulantním režimu za lokální anestezie (LA). Hodnotili jsme zachyt KP a výsledky byly porovnány s přístupem TR u 257 pacientů, kteří podstoupili cílenou TRb v období od ledna 2017 do prosince 2018 na přístroji BK Medical® FlexFocus 800 s biplanární sondou 8808e BK Medical® za použití softwaru Biopsee2® Medcom. Výsledky hodnoceny pomocí Chí-kvadrátového a Fisherova testu.

Výsledky: U pacientů podstupujících TPb byl medián tPSA 9,95 ng/ml, medián PHI 68,99, medián [-2]proPSA 22,14 ng/l. Ve skupině cílených TPb byl KP zachycen u 41 pacientů (87,2 %), z toho signifikantní KP (sKP) u 21 pacientů (51,2 %). Zatímco ve skupině cílených TRb byl KP u 158 pacientů (61,5 %), sKP u 67 pacientů (42,4 %). V souboru TPb jsme nezaznamenali žádné komplikace, výkon je v LA v ambulantním režimu dobře tolerován.

Závěr: Zaznamenali jsme statisticky významně vyšší zachyt KP při TPb ve srovnání s TRb ($p = 0,0004$). Nicméně v zachytu sKP nebyl rozdíl v přístupu statisticky významný ($p = 0,32$). Cílená TPb prostaty je efektivním přístupem k verifikaci KP, proveditelným i v ambulantním režimu v LA. TPb má potenciál být novým standardem v přístupu k biopsii prostaty.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Rizikové faktory pro zachyt karcinomu v cílené biopsii prostaty

Kantorová A.¹, Lambert L.^{2,3}, Hanuš P.³, Macová I.³,
Černý V.³, Čapoun O.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM Praha

³ Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílená biopsie prostaty (cBP) signifikantně zvyšuje zachyt klinicky signifikantního karcinomu prostaty (sKP). Cílem této studie bylo posoudit spojitost mezi zachytem sKP při cBP za přítomnosti tří předem stanovených rizikových faktorů: pozitivní digitální rektální vyšetření (DRE) – dle TNM $\geq$ cT2a, viditelnost ložiska na transrektální ultrasonografii a pozitivní nález ložiska na magnetické rezonanci prostaty (MRI) – dle PI-RADS v.2.1. $\geq$ 3.

Materiál a metody: Retrospektivně hodnotíme soubor pacientů, kteří podstoupili fúzní BP (fBP) v období od ledna 2019 do dubna 2025. Každý pacient podstoupil 3T MRI a fBP zahrnující 10 vzorků ze systematické biopsie a max. tři vzorky z max. dvou suspektních ložisek v cBP. Vzorky byly následně klasifikovány dle Gleasonova skóre (GS) a dle WHO/ISUP 2019. Za sKP považujeme nález GS $\geq$ 7 (ISUP $\geq$ 2). Hodnotili jsme pouze vzorky z cBP. Data jsme zpracovali pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky: Při absenci všech tří rizikových faktorů ($n = 204$) byl zachyt sKP v cBP u 56 (63,6 %) pacientů. Při přítomnosti jednoho rizikového faktoru ($n = 166$) byl zachyt u 80 (88,8 %) pacientů, při dvou rizikových faktorech ($n = 83$) 50 (83,3 %) pacientů a při všech třech rizikových faktorech ($n = 65$) 55 (91,7 %) pacientů.

Závěr: Se zvyšujícím se počtem rizikových faktorů významně roste pravděpodobnost zachytu klinicky signifikantního KP. U pacientů s přítomností všech tří rizikových faktorů, kdy je pravděpodobnost zachytu sKP > 90 %, lze zvážit vynechání provedení standardní biopsie.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165 a ORJ 90233.

Analýza nejčastěji zastoupených onkologicky negativních histologických nálezů perineální MRI/TRUS fúzí cílené biopsie prostaty

Stejskal J., Horenitzký M., Jurok M., Bartáková L.,
Heráček J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem analýzy je zhodnotit nejčastěji zastoupené histologické nálezy z cílů MRI/TRUS fúzí naváděné perineální biopsie prostaty, ve kterých nebyl prokázán karcinom prostaty.

Materiál a metody: Soubor zahrnuje 78 pacientů, kteří v období od března 2024 do června 2025 podstoupili transperineální biopsii prostaty cílenou pomocí fúze MRI a TRUS na MRI suspektní ložiska, u kterých nebyl v cílených vzorcích prokázán karcinom prostaty. Všichni pacienti absolvovali 3T multiparametrickou MRI prostaty na našem pracovišti. Bioptické vzorky všech pacientů byly histologicky zpracovány na našem pracovišti.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 63 (36–81) roků a průměrný PSA byl 6,11 (0,37–27,0) µg/l. Průměrný počet vzorků na ložisko byl 3,85 (1–10). Ve vzorcích z jednoho ložiska bylo často přítomno více typů benigních histologií. Nejčastěji zachycenými histologickými nálezy byla chronická prostatitida (34 ložisek, 43,6 %), atrofie prostaty (33 ložisek, 42,3 %), benigní hyperplazie prostaty (27 ložisek, 34,6 %), vysoce riziková prostatická intraepiteliální neoplazie – HGPIN (6 ložisek, 7,7 %), a nespecifická granulomatózní prostatitida (3 ložiska, 3,9 %). U části pacientů byl odběr pro malé či fragmentované vzorky špatně čitelný (4 ložiska, 5,1 %). Výsledky pro jednotlivé PI-RADSv2 kategorie udává tab. 1.

Závěr: Mezi onkologicky negativními histologiemi cílených perineálních biopsií prostaty jsou markantně málo zastoupeny histologické varianty typu HGPIN či ASAP a převažuje chronická prostatitida či atrofie. Analýza negativních nálezů vyšších PI-RADS kategorií je jednou ze součástí zpětné vazby urolog–radiolog.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Institucionální podpora MO1012.

Tab. 1. Výsledky pro jednotlivé PI-RADSv2 kategorie.

	PI-RADS 3	PI-RADS 4	PI-RADS 5	všichni
negativní cílené biopsie	2	64	12	78
chronická prostatitida	0 0 %	30 46,88 %	4 33,33 %	34 43,59 %
BHP	2 100 %	22 34,38 %	3 25 %	27 34,62 %
atrofie	0 0 %	29 45,31 %	4 33,33 %	33 42,31 %
HGPIN	0 0 %	4 6,25 %	2 16,67 %	6 7,69 %
ASAP	0 0 %	1 1,56 %	0 0 %	1 1,28 %
malé histologické vzorky	0 0 %	4 6,25 %	0 0 %	4 5,13 %
nespecifická granulomatózní prostatitida	0 0 %	1 1,56 %	2 16,67 %	3 3,85 %

BHP – benigní hyperplazie prostaty, HGPIN – vysoce riziková prostatická intraepiteliální neoplazie, ASAP – atypická malá acinární proliferace, PI-RADS – prostate imaging-reporting and data system

Komplikace transperineální biopsie prostaty

Nencka P., Šonský J., Klézl P., Grill R.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je zhodnotit četnost a spektrum komplikací transperineálních biopsií prostaty.

Materiál a metody: Studie hodnotí četnost a spektrum komplikací po provedených transperineálních biopsiích prostaty na našem pracovišti v období 3 let (od dubna 2022 do dubna 2025) v lokální i celkové anestezii s antibiotickou (ATB) profylaxí i bez ní.

Výsledky: V uvedeném období bylo na našem pracovišti provedeno 386 transperineálních biopsií prostaty, 366 (95 %) v lokální anestezii, 20 (5 %) v celkové. Průměrný věk pacientů byl 66 let, průměrný počet vzorků 9. ATB profylaxe užitá u 10 (2,5 %) pacientů, bez ATB 376 (97,5 %). Komplikace byly zaznamenány u 20 (5 %) v celém souboru. Nejčastější komplikací bylo hemosperma – 8× (2 %) bez nutnosti léčby, hematurie – 5× (1,3 %) bez nutnosti léčby, IMC 3× (0,8 %) – terapie ATB, retence moči 2× (0,5 %) – terapie PMK, dysurie 1× (0,3 %) bez léčby, bolesti kyčle 1× (0,3 %) bez léčby, uretroragie 1× (0,3 %) – terapie PMK na 4 hod. Pouze u jednoho pacienta (0,3 %) byla zaznamenána retence moči a septický stav s nutností PMK a parenterální ATB terapie. U pacientů s ATB profylaxí byla zaznamenána 1× hematurie (10 %) bez nutnosti PMK. Všechny komplikace byly stupně 1 (4 %) a 2 (1 %) dle stupnice Clavien-Dindo.

Závěr: Transperineální biopsie prostaty je zatížena minimem komplikací a infekční komplikace pod 1 % podporují provádění těchto biopsií bez rutinního užití ATB profylaxe.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Porovnání nálezů magnetické rezonance a histologie po radikální prostatektomii

Šonský J., Nencka P., Gregušová A., Hanych J., Kreps Z., Bobysudová A., Maguthová K., Klézl P., Grill R.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem této studie bylo porovnat nálezy magnetické rezonance prostaty (MRI) s definitivní histologií po radikální prostatektomii (RP). Sekundárním cílem bylo zhodnotit shodu výsledků mezi předoperační biopsií prostaty (BxP) a histologickým nálezem z RP.

Materiál a metody: V období od června 2024 do května 2025 bylo na našem pracovišti provedeno 54 roboticky asistovaných RP. Průměrný věk pacientů činil 65 let. Medián hladiny prostatického specifického antigenu (PSA) byl 5,5 ng/ml (2,3–34), medián PSAD 0,14 (0,05–0,8). Předoperační histologické ověření karcinomu bylo provedeno u 39 pacientů pomocí fúzní BxP a u 15 pacientů formou systematické BxP. Na MRI bylo u 31 pacientů popsáno jedno suspektní ložisko dle klasifikace PI-RADS 2.1; u 8 pacientů byla detekována alespoň dvě ložiska.

Výsledky: U pacientů s fúzní BxP byl karcinom prostaty popsán jako Gleasonovo skóre (GS) 3+3 u 15 pacientů, GS 3+4 u 14 pacientů, GS 4+3 u 5 pacientů, GS 4+4 u 2 pacientů, GS 4+5 u 2 pacientů. Celkem byl po RP zaznamenán upstaging GS u 12 pacientů (31 %), z toho u 8 pacientů s GS 3+3 z biopsie (53 %). U pacientů se systematickou BxP bylo zaznamenáno GS 3+3 u 7 pacientů, GS 3+4 u 2 pacientů, GS 4+3 u 4 pacientů, GS 4+4 u 2 pacientů. Celková míra upstagingu po RP u pacientů se systematickou BxP činila 40 %, u 4 pacientů s GS 3+3 činila 57 %. Shoda nálezu MRI a fúzní biopsie byla zaznamenána u 17 z 39 pacientů. U 22 pacientů byl histologický rozsah postižení větší než predikovaný MRI, avšak vždy zahrnoval MRI-popisované ložisko.

Závěr: Shoda nálezu MRI a fúzní biopsie byla přítomna u 17 z 39 pacientů. U 22 byl histologický rozsah postižení větší, ale vždy zahrnoval MRI-popisované ložisko. Navzdory dobré detekční schopnosti MRI zůstává riziko podhodnocení rozsahu karcinomu vysoké. Zejména u pacientů s GS 3+3 je vhodné zvažovat doplnění systematické biopsie i cílený odběr z okolí ložiska.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Prediktory pozitivita PSMA PET/CT v iniciálním stagingu pacientů s vysoce rizikovým karcinomem prostaty

Malý M.¹, Kantorová A.¹, Zogala D.², Soukup V.¹, Čapoun O.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Ústav nukleární medicíny, 1. LF UK a VFN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Zobrazení pomocí PET/CT s ligandem prostatického specifického membránového antigenu (PSMA) je v iniciálním stagingu přesnější než konvenční zobrazovací metody a je silně doporučováno EAU u pacientů s vysoce rizikovým karcinomem prostaty (KP). Analyzovali jsme vybrané klinicko-patologické parametry s cílem predikce pozitivita PSMA PET/CT v této populaci.

Materiál a metody: V retrospektivní studii jsme hodnotili kohortu 108 pacientů s biopsicky potvrzeným vysoce rizikovým lokalizovaným či lokálně pokročilým KP, diagnostikovaných v letech 2021–2025. Všichni podstoupili staging pomocí ⁶⁸Ga-PSMA PET/CT. Hodnoceny byly následující parametry: věk, nález per rektum (DRE), hladina PSA, PSA denzita, typ biopsie prostaty (BP), počet pozitivních vzorků, ISUP grade, nález na transrektálním ultrasonografii (TRUS) a výsledek magnetické rezonance prostaty dle PI-RADS. Statistická analýza zahrnovala Chí-kvadrátový test, Fisherův exaktní test, mediánový dvouvýběrový test a logistickou regresi. Metody sloužily k posouzení asociace mezi parametry a pozitivitou PSMA PET/CT. Za statisticky významné byly považovány hodnoty $p < 0,05$.

Výsledky: Celkem 39 (36,1 %) pacientů vykazovalo pozitivní nález na lymfatických uzlinách či vzdálených metastázách na PSMA PET/CT. U 51 (47,2 %) pacientů byla provedena fúzní BP. Vyšší pravděpodobnost pozitivita PSMA PET/CT byla statisticky významně spojena se systematickou BP, pozitivním DRE a TRUS, vyšším počtem pozitivních vzorků a vyšším ISUP grade (tab. 1).

Závěr: Studie potvrdila, že vyšší ISUP grade, pozitivní nález při DRE a TRUS, více pozitivních vzorků a systematická BP souvisejí s vyšší pravděpodobností pozitivita PSMA PET/CT u pacientů s vysoce rizikovým KP. Tyto faktory by měly být zohledněny při indikaci PSMA PET/CT v klinické praxi.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MZ ČR – RVO-VFN 64165; ORJ 90233.

Tab. 1. Výsledky studie.

Parametr	Hodnota p	OR	95% CI	AUC
systematická vs. fúzní BP	0,0047*	3,511	1,507–8,178	–
pozitivní DRE	0,0141*	3,076	1,299–7,282	–
pozitivní RUS	0,0018*	4,310	1,674–11,101	–
počet pozitivních vzorků v BP	0,0050**	1,275	1,102–1,476	0,692
ISUP grade	0,0303**	1,674	1,010–2,775	–
ISUP grade 5 vs. ostatní	0,0435*	2,333	1,044–5,2152	–

OR – poměr šancí, CI – interval spolehlivosti, AUC – plocha pod křivkou, BP – biopsie prostaty, DRE – nález per rektum, TRUS – transrektální ultrasonografie, ISUP – International Society of Urological Pathology

*Fisherův exaktní test

**mediánový dvouvýběrový test

VARIA

Je roboticky asistovaná pyeloplastika standard nebo zbytečný komfort?

Novák V., Schmidt M., Nekula M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN M Praha

Video

Úvod: Pyeloplastika je standardním operačním řešením stenózy pyelouretrální junkce. V posledních dekádách s rozvojem miniinvazivních technik postupně převážila nejprve laparoskopická, posléze roboticky prováděná pyeloplastika. Předmětem tohoto videa je, zda robotický přístup přináší u této operace skutečný benefit a jaký.

Materiál a metody: Miniinvazivně prováděná pyeloplastika je komplexní urologický rekonstrukční výkon, který vyžaduje pečlivou preparaci a maximálně kvalitní rekonstrukci pyelouretrální junkce. Tento výkon se provádí různými technikami, z nichž nejčastější je resekční pyeloplastika podle Andersona-Hynes. Ve videu porovnáváme jednotlivé kroky tohoto výkonu prováděné laparoskopicky a roboticky asistovaně s důrazem na výhody, které přináší robotický systém.

Výsledky: Porovnáním jednotlivých kroků preparační fáze operace se jako zásadní výhoda roboticky asistované pyeloplastiky oproti laparoskopické ukazuje naprostá stabilita obrazu a možnosti robotických nástrojů. Kvalita této fáze je u obou přístupů relativně srovnatelná. Zásadní výhoda robotických nástrojů a vizualizace robotického systému se ukazuje v rekonstrukční fázi operace. Kvalita a rychlost sutury plastiky je diametrálně lepší při využití robotického systému.

Závěr: Robotický přístup přináší u pyeloplastiky řadu výhod. Nejzásadnější z nich jsou naprostá stabilita obrazu, ale především pak kvalita vlastní sutury plastiky, která je stěžejní pro výsledek celé operace a riziko restenózy. Nezanedbatelnou výhodou je pak i komfort pro operátora.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Adrenalektomie provedená pro objemnou expanzi nadledvin v rámci kongenitální adrenální hyperplazie

Gregušová A.¹, Klézl P.¹, Brunerová L.², Hanych J.¹, Štefka J.³, Grill R.¹

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

² Interní klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

³ Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Adrenalektomie může u kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) představovat řešení u vybraných pacientů s těžkou hormonální dysbalancí, rezistentních na konvenční substituční léčbu. Neléčená CAH se projevuje v dospělém věku hyperandrogenizmem, poruchami cyklu či amenoreou, infertilitou, hirsutizmem a poruchami růstu. Cílem operace je snížení nadprodukce androgenů a zlepšení kvality života.

Kazuistika: Prezентujeme kazuistiku 51leté ženy referované na naše pracoviště cestou endokrinologie pro nález objemných expanzí nadledvin oboustranně v rámci masivní stimulace v terénu neléčeného CAH. Pacientka byla diagnostikována v kojeneckém věku, ale od 25 let byla bez léčby. Klinicky byla přítomná amenorea, hyperandrogenemie, hirsutismus, obezita, nízký vzrůst. Po zahájení substituční terapie glukokortikoidy docházelo k progresi velikosti na CT. Dle předoperačního CT byla velikost nadledvin vpravo 11 × 11 × 15 cm a vlevo 18 × 27 × 18 cm. Po bioptickém ověření myelolipomu byla pacientka indikována v první době k provedení otevřené levostranné adrenalektomie (předoperační embolizace byla angiologem vyloučena). Výkon trval 1 hod, krevní ztráta byla 200 ml, váha tumoru 3 129 g, pacientka byla hospitalizována 9 dní. Pooperačně je zcela bez komplikací. V druhé době je v plánu adrenalektomie vpravo.

Závěr: Adrenalektomie může u vybraných pacientů s CAH zlepšit hormonální kontrolu, snížit potřebu vysokých dávek substituční terapie a zlepšit kvalitu života. Zásadní je výběr pacientů, mezioborová spolupráce a zvážení operačních rizik.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Časné řešení poranění močového robotickým přístupem

Dolejšová O.¹, Sedláčková H.¹, Stránský P. Jr.¹, Üрге T.¹,
Kolář J.¹, Heidenreich F.², Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je prezentovat možnosti řešení poranění močového miniinvasivním přístupem.

Materiál a metody: Retrospektivně, od června 2021 do května 2025. Celkem řešeno roboticky 17 případů, vždy ženy po gynekologickém výkonu (16× po laparoskopickém a 1× po otevřeném), 11× poranění pravého močového a 6× poranění levého. Průměrný věk pacientů byl 44,1 (28–60) let.

Výsledky: Průměrná doba do diagnózy poranění 16,2 (5–47) dne. Klinickým projevem byla bolest 14× (82,4 %), urinózní únik pochvou 3× (17,6 %). Nefrostomie jako primární ošetření byla zvolena 8×, stent 8×, 1× řešeno v jedné době roboticky. Definitivní ošetření – reimplantace s Boari lalokem 13×, přímá reimplantace 4×. Komplikace – 3× urinózní únik v místě sutury, zhojeno na stentu a nefrostomii bez stenózy, 1× malpozice stentu přechodně nefrostomie, zhojeno bez striktury. Robotický přístup u 3 pacientů při odloženém řešení (9 měsíců, 1 rok a 3,5 roku od primárního poranění). Celkem 14× řešeno časné v rozmezí 1–47 (medián 12) dnů.

Závěr: V současné době upřednostňujeme na našem pracovišti v indikovaných případech časné ošetření lézí močového miniinvasivním robotickým přístupem.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Roboticky asistovaná netranssekční ureterocystoneoanastomóza po gynekologické operaci

Balík M., Hušek P.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: Poranění močového je známou, i když vzácnou komplikací gynekologických výkonů, s incidencí 0,5–2 % u hysterektomií. Včasná diagnostika a zvolený přístup jsou klíčové pro zachování funkce horních močových cest. Předkládáme kazuistiku roboticky asistované ureterocystoneoanastomózy (UCNA) s ponecháním kontinuity močového.

Kazuistika: Pacientka po hysterektomii a adnexotomii pro myomatózní uterus a ovariální cystu. Čtrnáctý den po výkonu se objevily bolesti v pravém boku a febrilie. UZ prokázal dilataci pravostranné pánvičky (25 mm). Přes obstrukci v juxtavezikálním úseku byl zaveden stent. Po neúspěšné extrakci za 3 měsíce byla pro návrat obtíží indikována robotická UCNA. Peroperačně byly přítomny výrazné adheze. Močovod byl uvolněn, pro obavy z nedostatečné vitality však nebyl kompletně nepřerušen. Nejdílnější neporušená část byla napojena na měchýř. Výkon trval 67 min, krevní ztráta byla minimální. Drén byl extrahován 1. den, katetr po negativní cystografii 7. den, stent byl ponechán 6 týdnů.

Závěr: Představujeme variantu netranssekční UCNA. Tato technika je dle literatury spojená s > 90% úspěšností, zachovává cévní zásobení a minimalizuje napětí v anastomóze – zejména v jizevnatém terénu malé pánve.

Konflikt zájmů: Hlavní autor je proctorem robotické chirurgie v urologii.

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Ureteroarteriální píštěl – 10leté zkušenosti z jednoho pracoviště

Špaček J.¹, Hoffmann P.², Lojík M.², Guňka I.³, Brodák M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

² Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

³ Chirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Patologická komunikace mezi cévním řečištěm a močovými cestami je raritním, ale o to závažnějším stavem. Úspěšnost léčby závisí na rychlé diagnostice a dostupnosti metod intervenční radiologie a konzultaci cévního chirurga. V literatuře se setkáváme spíše s kazuistickými sděleními nebo s přehledy, které vycházejí z hodnocení sérií případů a publikovaná data jsou heterogenní. Cílem práce je identifikovat rizikové faktory, které vedly ke vzniku píštěle, a zhodnotit úspěšnost léčby.

Materiál a metody: Retrospektivní studie případů z urologického centra, u kterých byla diagnostikována patologická komunikace mezi močovými cestami a cévou. Sledováno bylo 10leté období v letech 2011–2020.

Výsledek: V 10letém období byly zaznamenány celkem tři případy ureteroarteriální píštěle. Jednalo se o pacientky po onkogynekologické léčbě pro karcinom děložního čípku. Ve všech případech tyto ženy podstoupily primární kurativní radioterapii nebo adjuvantní radioterapii a z důvodu striktury ureteru byly horní močové cesty zajištěny stenty. U dvou pacientek byla prokázána komunikace mezi ureterem a vnitřní ilickou arterií a u jedné z nich po Brickerově derivaci moči vznikla píštěl mezi levým močovodem a aortou. Dvě pacientky zemřely v přímé souvislosti s krvácením z ureteroarteriální píštěle a jedna pacientka zemřela v důsledku recidivy karcinomu děložního čípku. Bližší informace o pacientkách jsou shrnuty v tab. 1.

Závěr: Ureteroarteriální píštěle jsou velmi závažným stavem s potenciálně vysokou mírou mortality. Tato práce potvrzuje, že se s těmito případy setkáváme reálně i v dnešní době. U takto postižených pacientů bývá management extrémně náročný a vyžaduje víceoborovou spolupráci. Metody endovaskulární intervence umožňují v urgentních situacích nechirurgickým přístupem kontrolu krvácení. Zpravidla ale bývají prvním krokem k definitivnímu chirurgickému řešení.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti SURG, 207043.

Tab. 1. Specifikace pacientek s ohledem na typ a léčbu ureteroarteriální píštěle.

Pacientka	1	2	3
Věk v době diagnózy píštěle (roky)	41	55	72
Typ píštěle	ureteroartální*	ureteroilická, vezikorektovaginální	ureteroilická
Diagnostika	CT angiografie	CT angiografie, cystoskopie	CT angiografie
Léčba	operační revize cévním chirurgem	ureterální stenty oboustranně, definitivní derivace nefrostomiemi oboustranně	vazografie, zavedení stentgraftu
Anamnéza derivace močových cest	ureterální stenty oboustranně, ureteroileostomie (dle Bricker), definitivní derivace nefrostomiemi oboustranně	ureterální stenty oboustranně, definitivní derivace nefrostomiemi oboustranně	ureterální stent vpravo, přechodně nefrostomie a implantace extraanatomického stentu
Vývoj renálních funkcí, stupeň CHRI	postupná progresie renální insuficience do stadia CKD 3b	CHRI stadia CKD2	postupná progresie renální insuficience do stadia CKD 3b
Definitivní derivace moči ipsilaterální ledviny	nefrostomie	nefrostomie	extraanatomický stent
Výsledky léčby	úmrtí v důsledku exsanguinace při reoperaci (mors in tabula)**	úmrtí v důsledku recidivy malignity	úmrtí v důsledku exsanguinace***

CT – výpočetní tomografie, CKD – chronické onemocnění ledvin, CHRI – chronická renální insuficience

*Pacientka, která v rámci těžké dysfunkce dolních močových cest v důsledku radioterapie podstoupila primární derivaci moči (ureteroileostomie). Samotná píštěl vznikla s časovým odstupem mezi levým močovodem a aortou a projevila se jako masivní krvácení z ureteroileostomie.

**Píštěl mezi aortou a levým močovodem byla řešena náhradou aorty autologním cévním štěpem z femorální žíly. Pacientka zemřela při akutní chirurgické revizi z důvodu masivního krvácení při ruptuře štěpu.

***V průběhu hospitalizace pro COVID-19 s těžkou respirační insuficiencí byla zjištěna disekce ilické arterie v blízkosti stentgraftu.

Ureteroilická píštěl jako vzácná komplikace endoskopických urologických výkonů

Hanych J.¹, Mašková V.¹, Luzan R.¹, Gregušová A.¹, Klézl P.¹, Grill R.¹, Laboš M.², Lauer D.²

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

² Klinika radiologie a nukleární medicíny 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Ureteroilická píštěl je raritní, život ohrožující příčinou makroskopické hematurie. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů s anamnézou pánevních operačních výkonů či radioterapie s kombinací endoskopických urologických výkonů.

Kazuistika: Prezентujeme pacientku, která roce 2015 podstoupila resekci rekta pro karcinom s neoadjuvantní chemoradioterapií. Od roku 2016 byla opakovaně hospitalizována pro uroinfekce, hydronefrózu, urolitiázu s nutností zavedení stentů či nefrostomií. V březnu 2024 byla pacientka přijata pro makroskopickou hematurii. CT neprokázalo jasný zdroj krvácení, byla patrná koagula v ledvinné pánvičce. Diagnostická ureterorenoskopie odhalila koagulum v oblasti striktury pánevního močovodu. Po jeho uvolnění došlo k masivnímu arteriálnímu krvácení. Pokus o zavedení balonkové tamponády se nezdařil, vodič se stácel mimo lumen močovodu. Akutně byl zavolán intervenční radiolog, který provedl angiografii a potvrdil diagnózu uretero-arteriální píštěle z oblasti pánevních tepen. Bylo provedeno urgentní zavedení stentgraftů do levé arterie iliaca interna a externa s následnou zástavou krvácení. Krevní ztráta při výkonu byla 2 000 ml. Pacientka byla přeložena na ARO ke stabilizaci.

Závěr: Uretero-ilická píštěl je vzácná, ale závažná komplikace endoskopických výkonů. V naší kazuistice se na jejím vzniku podílelo více faktorů – chirurgická operace, radioterapie, opakovaná endoskopická manipulace, chronická infekce a striktura močovodu. Stav vyžaduje urgentní endoskopické nebo angiografické ošetření. Mortalita se udává od 7 do 23 %.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Ureteroplastika s využitím bukálního slizničního štěpu

Brodák M., Špaček J., Pacovský J., Košina J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: Nepříjemnou komplikací po úspěšné endoskopické operaci ureterolitiázy může být striktura močovodu. Rizikovými faktory jsou objemný konkrement a vysokoenergetické použití laseru. Prezентujeme kazuistiku úspěšné ureteroplastiky závažné striktury ureteru po proběhlé ureteroskopické trypsi a extrakci litiázy.

Kazuistika: Muž, 74 let, po úspěšné minimálně invazivní endoskopické operaci ureterolitiázy přichází pro recidivu obtíží. Na kontrolním CT vyšetření je nalezena striktura proximálního ureteru, ta postupně progreduje natolik, že bylo nezbytné založit nefrostomii. Diskomfort s touto derivací si pacient přeje vyřešit. V operační léčbě striktur ureteru je v zahraniční literatuře a stále více doporučováno využití bukálního slizničního štěpu (BMG). Je to technika úspěšně používaná od roku 1942 v léčbě striktur uretry. Po podrobné informování pacienta se rozhodujeme k provedení ureteroplastiky s využitím BMG a s využitím roboticky asistovaného přístupu. Videoprezentace ukazuje provedení tohoto výkonu. Operace trvala 4 hod 30 min, krevní ztráta byla minimální, pacient byl po operaci 2 hod na dospávací jednotce, následně se vrátil na standardní oddělení. Nefrostomie byla extrahována 7. pooperační den a stent po 2 měsících. Pooperační průběh byl u pacienta nekomplikovaný a je nadále bez derivace moči.

Závěr: Využití bukálního štěpu a roboticky asistovaný přístup se ukázal jako velmi vhodný pro operace striktur močovodů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Cooperatio LF HK.

Strangulační traumata penisu při použití pomůcek z kovového materiálu

Dianová K.¹, Zozulia R.¹, Fibír A.², Paldus V.¹, Šámal V.¹

¹ Urologie, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

² Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Použití konstričních kroužků je běžnou pomůckou k udržení erekce. K dispozici je řada firemně vyráběných elastických kroužků, které lze v případě potřeby bezpečně sejmout. Použití kroužků z tuhých materiálů pacienty vystavuje riziku ischemie, kdy po dosažení erekce nelze kroužek odstranit.

Kazuistika: Pacient, 41 let, použil k udržení a zkvalitnění erekce kovový kroužek, který měl nasazen po dobu 2 dnů. Pak si jej kleštěmi odstranil. K ošetření se dostavil s bolestí penisu a obtížnou mikcí. Vstupně byl patrný výrazný otok a nekróza kožního krytu penisu. V první době jsme provedli rozsáhlou nekrektomii prakticky celého kožního krytu penisu. Po opakovaných převazech se stav stabilizoval, došlo však k trvalé ztrátě kožního krytu na penisu. Ve druhé době byla provedena plastika kožním štěpem, který se dobře přihojil.

Závěr: Strangulační poranění penisu patří mezi vzácná poranění. Délka ischemie je rozhodujícím faktorem pro rozsah poškození měkkých tkání. Při trvalé ztrátě kožního krytu je nutná multioborová spolupráce.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Parciální „autoglansektomie“ jako následek neřešené parařimózy

Pitra T., Latnerová Š., Dolejšová O., Hora M.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Nediskutovaný poster

Úvod: Rekonstrukční výkony na zevním genitálu po traumatických příhodách bývají výzvou pro operátora a je nutné k nim přistupovat vždy individuálně.

Kazuistika: Muž, 42 let, přišel na naši ambulanci pro údajné trauma penisu, ke kterému mělo dojít před 4 měsíci. Při výkonných pracích mělo dojít ke skřípnutí penisu kabelem, kdy následně muž pozoroval rozvoj otoku penisu. Lékaře nenavštívil. Předkožka byla přetěžitelná až po 2 měsících od úrazu, kdy si ji pán přetáhl, ale již nešla přetáhnout zpět. Vzniklou parařimózu ponechal pán asi 2 měsíce, než se dostavil na urologickou ambulanci. Bolesti penisu pozoroval cca 14 dní po vzniku parařimózy, poté bolesti ustaly. Celou dobu byl bez mikčních obtíží. Při vyšetření na naší ambulanci byl objektivní nález následující: glans visící pouze na uretře a frenulu. Špičky topořivých těles obnažené, nález připomínající parciální „autoglansektomii“. Po nezbytné přípravě byl proveden resurfacing vrcholů topořivých těles a spodiny glandu a byla provedena rekonstrukce penisu s dokončením cirkumcize (obr. 1). Pacient byl propuštěn 2. pooperační den.

Závěr: Jednalo se o raritní nález, kdy připadalo do úvahy dokončení glansektomie či pokus o rekonstrukční výkon. Námi zvolený postup rekonstrukčního výkonu, i s ohledem na věk pacienta, se jeví jako správně zvolený a t. č. úspěšný.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.



Obr. 1. Rekonstrukční výkon na zevním genitálu.

Emfyzematózní cystitida u imunosuprimovaného pacienta

Dinh P., Šíkolová T., Hrbáček J.

Urologické oddělení FN Bulovka, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Emfyzematózní cystitida je vzácné onemocnění vyznačující se přítomností plynu ve stěně či v lumen močového měchýře. Charakteristickým rizikovým faktorem je imunosuprese. Dalšími rizikovými faktory jsou diabetes mellitus, ženské pohlaví, věk, neurogenní měchýř nebo obstrukční uropatie. Nejčastějšími patogeny jsou *Escherichia coli* nebo *Klebsiella pneumoniae*, mohou se vyskytovat i kvasinkové infekce.

Kazuistika: Prezентujeme 77letého pacienta, který byl hospitalizován na Interním oddělení FN Bulovka pro autoimunitní hemolytickou anemii. Byla zahájena terapie kortikoidy s cyklofosfamidem a anemizace byla korigována transfuzemi. Za hospitalizace bylo provedeno CT s kontrastní látkou, kde byla vedlejším nálezem emfyzematózní cystitida. V moči se prokázala dobře citlivá *E. coli*. Pacientovi jsme po konzultaci s infektologem nasadili dle citlivosti amoxicilin-klavulanát. Vzhledem k toxoalergické reakci byla léčba změněna na trimethoprim-sulfamethoxazol na 2 týdny. Po dobrání antibiotik byla opětovně odebrána kultivace moči, kde se dobře citlivá *E. coli* znovu prokázala. Opět se nasadil kotrimoxazol na dalších 10 dní. Při ambulantní kontrole bylo pacientovi na UZ zjištěno postmikční reziduum 50 ml, zvětšená prostata a nerovná stěna močového měchýře. Byl nasazen amsulosin a bylo naplánováno další dovyšetření dolních močových cest, které již ale pacient odmítl.

Závěr: Emfyzematózní cystitida je vzácné onemocnění, jehož průběh může být od asymptomatického až po fulminantní. V našem případě k rozvoji tohoto typu zánětu močového měchýře u pacienta přispěla imunosupresivní léčba.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

BENIGNÍ PROSTATICÁ OBSTRUKCE A UROLITIÁZA

Bioklimatické zmeny a výskyt urolitiázy

Švihra J. Jr.¹, Sopilko I.¹, Mikulová K.², Ivaňáková G.²,
Faško P.³, Švihrová V.³

¹ Urologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

² Slovenský hydrometeorologický ústav, Slovensko

³ Ústav verejného zdravotníctva, JLF UK v Martine, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Urolitiáza je ochorenie, ktoré postihuje stále väčšiu časť populácie. Bolo preukázané, že vystavenie vysokým teplotám zvyšuje riziko vzniku ochorenia. V tejto štúdii sme sa zamerali na trend výskytu urolitiázy v Slovenskej republike a bioklimatické zmeny.

Materiál a metódy: Epidemiologická analýza počtu unikátnych hospitalizácií s diagnózou urolitiázy u pacientov všetkých vekových skupín na Slovensku v rokoch 2007–2023 bola vykonaná z údajov Národného centra zdravotníckych informácií Slovenskej republiky. Analýza vývoja priemernej ročnej teploty vzduchu v stanovenom sledovanom období na Slovensku bola realizovaná z údajov Slovenského hydrometeorologického ústavu. Na základe výberového súboru meteorologických staníc boli vypočítané priestorové hodnoty priemernej ročnej teploty vzduchu pre osem krajov Slovenska za obdobie rokov 2007–2023. Priestorová priemerná ročná teplota vzduchu pre celé územie Slovenska bola počítaná z výberového súboru 14 meteorologických staníc, ktoré reprezentujú nížinné, kotlinové i horské oblasti územia, a to ako priemer z celej váhy vybraných 11 meteorologických staníc a z 1/10 váhy troch horských staníc. Na analýzu dát bol použitý softvér IBM SPSS Statistics (Version 29).

Výsledky: Počet hospitalizácií s diagnózou urolitiázy vykazuje na Slovensku jednoznačne stúpajúci trend, v roku 2007 $n = 4\,603$ a v roku 2023 $n = 5\,665$. Najsignifikantnejšia zmena sa ukázala pri porovnaní mužov vo vekovej skupine 65+ s mužmi do 65 rokov veku, v roku 2007 $OR = 2,37$ (95% CI 2,15–2,16; $p < 0,0001$) a v roku 2023 $OR = 2,86$ (95% CI 2,66–3,08; $p < 0,0001$). Hodnoty priestorovej priemernej ročnej teploty vzduchu vykazujú na Slovensku rastúci trend, v roku 2007 bola táto hodnota 9,3 °C a v roku 2023 bola 9,8 °C. Tento nárast je v korelácii s rastom OR u mužov vo vekovej skupine 65+.

Záver: V sledovanom období sme zaznamenali jednoznačne stúpajúci trend počtu hospitalizácií s diagnózou urolitiázy na Slovensku korelujúci s trendom vzostupu priemernej ročnej teploty. Najviac rizikovou skupinou sú muži vo veku nad 65 rokov.

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Extrakorporální litotrypse rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou a ostrým infundibulopelvicním úhlem

Fila M., Gaduš L., Bartáková L., Heráček J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Extrakorporální litotrypse rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou, lokalizovanou v kalichu s ostrým infundibulopelvicním úhlem, je zatížena rizikem menší pravděpodobnosti spontánního odchodu fragmentů. Cílem práce je vyhodnocení efektivity a bezpečnosti této minimálně invazivní metody léčby u pacientů s nefrolitiázou a infundibulopelvicním úhlem $< 90^\circ$.

Materiál a metody: V období od srpna 2024 do června 2025 jsme na našem pracovišti provedli celkem 65 výkonů u 45 pacientů s nefrolitiázou v kalichu s ostrým infundibulopelvicním úhlem ($< 90^\circ$). Dvě doby výkonu podstoupilo 14 pacientů a tři doby 6 pacientů. Výkony byly prováděny na extrakorporálním elektromagnetickém litotryptoru Dornier Delta III. Soubor jsme vyhodnotili retrospektivně.

Výsledky: Průměrný infundibulopelvicní úhel byl ve sledovaném souboru 65° , průměrný největší rozměr konkrémentu byl 9 mm, průměrná tvrdost konkrémentu, vyjádřená v Hounsfieldových jednotkách, byla 1 028 HU. Ve 43 případech byl konkrément lokalizován v dolním kalichu, ve dvou případech byl konkrément v kaudální části střední kalichové skupiny, průměrná vzdálenost „skin-to-stone“ byla 104 mm. Průměrný počet rázových vln při výkonu byl 2 158, průměrná aplikovaná energie 40 744 J. Ureterální stent mělo před výkonem zavedeno 16 pacientů. Fragmentaci konkrémentu jsme zaznamenali celkem v 39 (87 %) případech, kdy po první době výkonu byla fragmentace přítomna v 84 % případů. Kompletní odchod fragmentů jsme zaznamenali u 19 (42 %) pacientů, kdy již po první době výkonu byl odchod fragmentů pozorován u 17 (38 %) pacientů. Komplikace nižšího stupně dle Clavien-Dindo klasifikace komplikací jsme zaznamenali ve třech (5 %) případech, ve všech případech se jednalo o ledvinovou koliku, řešenou konzervativně. Komplikace vyššího stupně jsme pozorovali u pěti (8 %) pacientů, kdy bylo pro symptomatickou hydronefrózu nebo „steinstrasse“ nutné zavést ureterální stent.

Závěr: Extrakorporální litotrypse rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou v kalichu s infundibulopelvicním úhlem $< 90^\circ$ je proveditelnou minimálně invazivní metodou léčby konkrémentů s příznivými výsledky i bezpečnostním profilem.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Využití pulzního thuliového laseru (Thulio® Dornier) v léčbě urolitiázy – zkušenosti jednoho pracoviště

Kula D., Üрге T., Janda V., Hora M.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Laserová litotrypse představuje moderní a efektivní přístup k dezintegraci urolitiázy. V posledních dekádách došlo k výraznému pokroku v oblasti endoskopické chirurgie, což umožnilo širší využití laserových technologií při léčbě litiázy. Nejčastěji využívaným typem je holmiový (Ho:YAG) laser, který se díky své univerzálnosti a účinnosti stal standardem v léčbě konkrémentů – umožňuje efektivní dusting litiázy spolu se stabilizačním módem, který omezuje retropulzaci konkrémentu. Nejmodernějším laserem, který jsme mohli využít, je pulzní thuliový (Tm:YAG) laser, konkrétně Thulio® Dornier, který se od Ho:YAG liší např. vlnovou délkou (2 013 nm) nebo maximálním výkonem (100 W).

Materiál a metody: Retrospektivní analýza souboru 52 pacientů, u nichž byla provedena ureterorenoskopie (vč. flexibilní) v různých anatomických lokalizacích – jednostranná, oboustranná a kombinovaná s cystolitotrypsí. Hodnotili jsme stone-free rate, efektivitu, komplikace a účinnost laserového ošetření konkrémentů spolu s použitelností v různých typech endoskopií.

Výsledky: Na našem pracovišti jsme měli zapůjčený Tm:YAG (Thulio® Dornier) k řešení konkrémentů u dospělých pacientů v období od listopadu 2023 do února 2024 a od ledna 2025 do 5. února 2025. Během tohoto období jsme provedli trypsi litiázy u 52 pacientů. Bylo provedeno 10 (19,3 %) ureteroskopií, 39 (75 %) flexibilních ureterorenoskopií, 1 (1,9 %) kombinovaná ureteroskopie s cystolitotrypsí a 2 (3,8 %) ureteroskopie kombinované s flex. ureterorenoskopií. Velikost konkrémentu se pohybovala od 5 do 37 mm v největším rozměru – průměrná velikost byla 12,2 mm. Průměrný operační čas byl 47 min. Stone-free rate byl úspěšný u 40 (77 %) pacientů. Nejčastějším typem litiázy byl podle rozboru oxalát, minoritně se vyskytoval urát a brushit. U čtyř našich pacientů jsme zaznamenali pooperačně výskyt febrilií (Clavien-Dindo II. kategorie).

Závěr: Laserová litotrypse vykazuje vysokou úspěšnost dosažení stone-free statusu s nízkým výskytem komplikací. Holmiový laser zůstává zlatým standardem, ale předběžná data naznačují výhody Tm:YAG laseru v oblasti nastavení energie po menších dávkách a možnou vyšší frekvenci, co zabezpečuje snazší dusting. Efektivita litotrypse závisí na více faktorech, vč. typu litiázy, tvrdosti, lokalizace a zkušenosti operátora.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Migrovaný sekvester cementu po TEP ako cystolitíáza

Barreto L., Róžová Z., Korček M.

Urologické oddelení, FN Nitra, Slovensko

Nediskutovaný poster

Úvod: Prezentácia raritnej komplikácie po totálnej endoprotéze (TEP) bedrového kĺbu – migrácia cementu do lúmenu močového mechúra.

Kazuistika: Pacientka, 86 rokov, s arteriálnou hypertenziou a s ischemickou chorobou srdca, realizovanou TEP coxae l.sin., následne od apríla 2018 opakovane revízia pre fistuláciu a absces, celkovo 11x. Pacientka opakovane preliečovaná, v auguste 2023 realizovaná explantácia TEP l.sin. Pacientka prijatá v januári 2025 pre masívnu makroskopickú hematúriu. Bola realizovaná endoskopia, s nálezom cystolitíázy do 4 cm, obtiažne realizovaná cystolitotripsia, s endoskopickým obrazom netypického konkrementu, úlomky kompletne extrahované. Dĺžka výkonu cez 2 hod, pre výraznú kompaktnosť konkrémentu, bez tendencie ku fragmentácii, napriek kompletnému rozvrtaniu. Endoskopicky ku koncu výkonu prítomné slizničné poškodenia. Pooperačne pre algický syndróm a chýbanie časti preplachu, vykonaná akútna CT cystografia, so susp. defektom v oblasti steny močového mechúra zo zatečením kontrastnej latky intraabdominálne a tiež do lôžka po extrakcii TEP l.sin. U pacientky indikovaná revízia dutiny brušnej, bez nálezu defektu močového mechúra, drenáž. Hojenie rany per secundam, po zhojení prepustená domov. Na kontrolanom CT sekvester cementu v malej panve neprítomný.

Záver: U pacientky došlo k migrácii sekvestru cementu kompletne intraluminálne do močového mechúra, sekvester sa klinicky prejavil ako cystolitíáza s hematúriou. Uvedená komplikácia nebola podľa našich vedomostí v literatúre doteraz popísaná.

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Bipolární transuretrální enukleace prostaty ve srovnání s konvenční resekcí u pacientů s benigní prostatickou obstrukcí

Veselý Š., Novák V., Příman O., Schmidt M., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Transuretrální resekce prostaty (TURP) je považována za zlatý standard chirurgické léčby benigní hyperplazie prostaty (BHP). V posledních letech se však rozvinuly nové techniky anatomické enukleace hyperplastické tkáně, které umožňují provádět transuretrální zákroky i u větších adenomů. V této studii jsme porovnali výsledky bipolární transuretrální enukleace prostaty (TUEP) a bipolární TURP.

Materiál a metody: Celkem 320 pacientů podstupujících transuretrální operaci pro BHP bylo zařazeno do analýzy v období od února 2021 do května 2025. Pacienti s histologicky potvrzeným karcinomem prostaty a ti, kteří během stejného výkonu podstoupili další operace (např. pro cystolitíazu či fimózu), byli z analýzy vyloučeni. Peroperační i pooperační parametry byly statisticky vyhodnoceny pomocí neparametrických testů (t-test, Chí-kvadrát).

Výsledky: TUEP podstoupilo 154 pacientů (48 %), TURP 166 pacientů (52 %). Průměrná délka operace byla u TUEP delší (84 min) než u TURP (67 min; $p < 0,001$). Nicméně TUEP umožnila odstranit výrazně větší průměrný objem tkáně (58,8 vs. 23,1 g; $p < 0,001$). Průměrná doba do odstranění pooperačního katetru byla u TUEP kratší (3,1 dne) než u TURP (4,7 dne; $p < 0,001$). Nález karcinomu prostaty v histologickém vyšetření byl mírně častější u TUEP (9 %) ve srovnání s TURP (7 %), rozdíl však nebyl statisticky významný. Výskyt pooperačních komplikací (striktury, přetrvávající inkontinence) byl v obou skupinách srovnatelný.

Závěr: Naše zkušenosti potvrzují, že moderní endoskopické techniky enukleace prostaty představují účinnou a bezpečnou alternativu k tradičním endoskopickým operacím, ale i otevřeným metodám u pacientů s objemnou prostatou.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

První zkušenosti s robotem asistovanou enukleací prostaty

Brodák M., Krejčí V., Koňářková P., Košina J., Hušek P.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Léčba enormně zvětšené prostaty – benigní hyperplazie prostaty (BHP) – způsobující retenci nebo závažné symptomy je stále výzvou. Zlatým standardem je transuretrální resekce, ale ta je u enormně zvětšených prostat obtížná. Stále více se prosazuje laserová enukleace (HoLEP), zajímavou alternativou může být v zahraničí prosazovaná robotem asistovaná enukleace prostaty. Cílem naší práce je prezentovat první a velmi dobré zkušenosti s touto inovativní metodou.

Materiál a metody: Prezentujeme soubor 10 pacientů s enormně zvětšenou prostatou způsobující závažné symptomy močových cest (LUTS). Medián věku byl 68 let, 9 z 10 pacientů mělo retenci moči. U všech byla neúčinná standardní farmakoterapie BHP. Operace byla provedena transperitoneálně se zavedením pěti portů umístěných obdobně jako u radikální prostatektomie. Po podélném otevření stěny měchýře ve vrcholu byly lokalizovány ureterální ústí a okraj zvětšené prostaty. Následně byla odstrižena celá vrstva sliznice a pod ní již byla patrná bělavá tkáň hyperplazie prostaty a tmavší chirurgické pouzdro. V této vrstvě byla celá hyperplazie prostaty enukleována (6× po lalocích, 4× vcelku). Krvácející cévy byly hned koagulovány. Nakonec byla celá plocha po enukleaci překryta sliznicí měchýře stažením do lůžka a sešitím s okrajem uretry. Byly hodnoceny operační a funkční výsledky.

Výsledky: Medián doby operace byl 140 (98–205) min. Odhadované krevní ztráty byly minimální – 100 (50–200) ml. Nezažnamenali jsme žádnou závažnou komplikaci. Devět z 10 pacientů nemělo pooperační laváž močového měchýře. Katetr byl extrahován 5.–7. den po operaci a nebyla zaznamenána retence moči. U všech pacientů bylo zaznamenáno výrazné zlepšení kvality života, medián hodnoty IPSS dotazníku byl 3/1. Maximální průtok dle UFM byl 21 ml/s.

Závěr: Robotem asistovaná enukleace zvětšené prostaty je u pacientů s výrazně zvětšenou prostatou vhodnou operační metodou. Je vhodná zejména pro enormně zvětšené prostaty a s velkým středním lalokem. Největší nevýhodou je vyšší cena, největšími výhodami byl nekomplikovaný pooperační průběh, žádné větší krevní ztráty a minimální urgencye v pooperačním průběhu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Cooperatio LF HK.

Holmiová enukleace objemných prostat

Čermák M.^{1,2}, Fišer L.², Nechvátalová N.², Pauk P.², Hyršl L.², Kočárek J.¹⁻³

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie, ON Kladno a.s.

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Pacienti s extrémními objemy prostatické tkáně jsou problémem na většině pracovišť. Mezi nejčastější komplikace patří retence moči, opakované infekce močových cest, hematurie nebo vysoký prostatický specifický antigen (PSA). Operační řešení těchto pacientů je obtížné a může vést k mnohým komplikacím. Holmiová enukleace prostaty (HoLEP) je jednou z možností operačního řešení.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme vyhodnotili soubor našich pacientů, u který jsme od listopadu 2020 (začátek této metody na našem pracovišti) provedli HoLEP. Jako hlavní hodnotící kritérium jsme určili ≥ 200 g odstraněné tkáně.

Výsledky: Uvedeným vyhodnocením bylo nalezeno osm pacientů s průměrným věkem 74,9 (65,1–84,1) roků, pět z nich mělo předoperačně zavedený močový katetr a průměrný předoperační PSA byl 15,2 (1,3–32,3) ng/ml. Průměrný objem odstraněné tkáně prostaty byl 230 (200–310) g a průměrný operační čas 155 (90–240) min. U většiny výkonu jsme použili laserové vlákno se stabilizací. Všechny výkony proběhly bez komplikací, až na jeden, při kterém došlo ke komplikaci při morcelaci. U dvou pacientů jsme prováděli laserovou cystolitotrypsi. U všech pacientů, s výjimkou jednoho, byl první pooperační den odstraněn proplachovací systém. Průměrná délka zavedeného močového katetru byla 3,6 (2–7) dne a pooperační hospitalizace 4,1 (3–7) dne. Průměrný pokles hemoglobinu byl 26,3 (12–36) g/l a u jednoho z pacientů musely být podány během hospitalizace krevní převody. U všech pacientů nebyly histopatologicky zjištěny maligní buňky a průměrný pooperační PSA byl 0,3 (0,03–0,5) ng/ml. Čtyři ze sedmi pacientů jsou t. č. bez inkontinence nebo s minimální inkontinencí moči. U jednoho je inkontinence na jedny vložkové kalhotky a u dvou na dvě až tři. Jeden z pacientů odjel po operaci zpět na Slovensko a nemáme o něm žádné záznamy.

Závěr: Dle našeho souboru pacientů je provedení HoLEP u pacientů s výrazně objemnou prostatou (> 200 g) možné a vede ke zlepšení mikčních potíží bez vlivu na délku operačního výkonu, následné hospitalizace nebo výskytu pooperačních komplikací s minimálními krevními ztrátami.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Holmiová enukleace prostaty u komplikovaného pacienta s výrazně objemnou prostatou

Čermák M.^{1,2}, Fišer L.², Nechvátalová N.², Pauk P.², Hyršl L.², Kočárek J.¹⁻³

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie, ON Kladno a.s.

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Video

Úvod: U pacientů s objemnou prostatou, vysokým nebo rostoucím prostatickým specifickým antigenem (PSA), negativní magnetickou rezonancí a mikčními potížemi může být holmiová enukleace prostaty (HoLEP) jednou z ideálních možností operačního řešení jejich subjektivních potíží se získáním histopatologického vzorku prostatické tkáně.

Kazuistika: Ve videu prezentujeme případ 79letého pacienta s velice objemnou prostatou, dle magnetické rezonance 250 ml, který byl v minulosti opakovaně vyšetřen pro prostatocystitidu. Chronicky užíval tamsulosin 0,4 mg a jeden čas i v kombinaci s dustateridem 0,5 mg v jedné tabletě. U pacienta byla indikována HoLEP pro zhoršování mikčních potíží a rostoucí PSA, poslední 29 ng/ml, s negativní magnetickou rezonancí prostaty. Pacient nechtěl absolvovat biopsii pro špatnou zkušenost v minulosti. Operační čas byl 120 min, kdy enukleace trvala 45 min, hemostáza 15 min a morcelace 60 min. Bylo odstraněno 200 g prostatické tkáně, která byla bez maligních buněk. Pacientovi byl první pooperační den odstraněn proplachovací systém, druhý den odstraněn močový katetr a třetí den byl propuštěn do domácího léčení. Při propuštění pacient močil spontánně žlutou moč s mírnou inkontinencí moči.

Závěr: Provedení HoLEP u pacientů s objemnou prostatou, vysokým PSA a po opakovaných zánětech prostaty je proveditelné a vede ke zlepšení mikčních potíží bez vlivu na délku operačního výkonu, následné hospitalizace nebo výskytu pooperačních komplikací.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná divertikulektomie močového měchýře – video

Hora M.¹, Trávníček I.¹, Stránský P. Jr.¹, Šiková D.¹,
Ferda J.², Pivovarcíková K.³

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

³ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Cílem je prezentovat ve videu techniku roboticky asistované divertikulektomie (RADE).

Materiál a metody: Soubor: V období let 2011–2020 jsme provedli 35 laparoskopických divertikulektomií (DE), 15 bylo kombinováno s fotoselektivní vaporizací prostaty pomocí zeleného laseru. Od roku 2021 do dubna 2025 jsme provedli 13× RADE. Technika RADE: Poloha na zádech, dolní končetiny abdukovány. Zahajujeme cystoskopií flexibilním (poloha na zádech) či rigidním cystoskopem – dříve litotomická poloha, v posledních čtyřech případech již ve finální poloze. Ureterálním katetrem byl nasondován ureter na straně divertiklu. S Veressovou jehlou bylo vytvořeno kapnoperitonenum tlakem 12 mmHg. V úrovni pupku jsou zavedeny čtyři robotické 8mm porty a 12mm asistentský. Pacient je sklopen do Trendelenburgovy polohy 30°. Zadokován systém da Vinci Xi. Nůžkami či s pečecím nástrojem SynchronSeal™ je otevřeno peritoneum a postupně je vypreparován divertikl na uměle naplněném močovém měchýři. Opatrnosti si zaslouží oblast přilehlá k ureteru. Je přerušen krček měchýře a defekt na měchýři je uzavřen ve dvou vrstvách s V-Loc™ 90 3-0. Měchýř je naplněn k verifikaci vodotěsnosti. S V-Loc™ 90 uzavřen defekt peritonea. Je extrahován preparát a defekty po portech jsou uzavřeny, většinou bez drénu. Šestý až sedmý pooperační den je po cystografii odstraněn močový katetr.

Výsledky: RADE: Průměrný věk 65,2 ± 7 (52,4–72,4) let, BMI 28,3 ± 3,9 (21,9–33,6), průměrný čas výkonu 114 ± 36 (50–182) min. Jednou byl řešený divertikl duplexní, jednou triplexní. U pěti byl v první době proveden TURP, u pěti HoLEP, 1× TUIP a 2× bez desobstrukční operace (z toho jeden s uroteliálním tumorem v divertiklu). Jednou došlo k parciální transpozici ureteru řešené suturou. Pooperační komplikace nebyly pozorovány.

Závěr: RADE transperitoneálním extravezikálním přístupem je nyní námi preferovaná varianta DE. Desobstrukční výkon děláme v první době, zejména TURP či nověji HoLEP.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Karlova univerzita Praha, Lékařská fakulta Plzeň (Cooperatio Program, SURG), Institucionální výzkum Fakultní nemocnice Plzeň (FNPI 00669806).

FUNKČNÍ UROLOGIE

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Účinnosť sakrálnej neuromodulácie v liečbe non-neurogénnych dysfunkcií dolných močových ciest

Švihra J. Sr.¹, Benčo M.², Fin S.¹, Harceková G.¹, Švihra J. Jr.¹,
Dušenka R.¹, Lupták J.¹

¹ Urologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

² Neurorehabilitácia s.r.o., Poliklinika Senium, Martin, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Účinnosť sakrálnej neuromodulácie v rôznych typoch dysfunkcií dolných močových ciest.

Materiál a metódy: Pacienti s hyperaktívnym močovým mechúrom (OAB – overactive bladder), hypoaktívnym močovým mechúrom (UAB – underactive bladder) a spastickým panvovým dnom FS (syndrom Fowlerovej). Implantácia sakrálnej neuromodulácie pre dysfunkciu dolných močových ciest. Vstupné kritériá: vek > 18 rokov, dysfunkcie refraktérne na medikamentóznú a konzervatívnu liečbu > 12 mesiacov. Vylučujúce kritériá: neurologické, onkologické alebo metabolické ochorenia, subvezikálna obštrukcia, urolitiáza, renálna insuficiencia, rádioterapia alebo chirurgická liečba dolných močových ciest. Pacienti mali vyšetrení každý rok mikčný denník. Štatistické hodnotenie bolo neparametrickými testami, $p < 0,05$ bol štatisticky významný rozdiel.

Výsledky: V rokoch 2013–2025 bolo 44 implantácií v prvej fáze a 42 implantácií v druhej fáze sakrálnej neuromodulácie (33 žien, 4 muži). Najčastejšie bol použitý InterStim™ II (62 %), následne InterStim™ Micro SureScan™ (11 %) a InterStim™ X (11 %). Priemerný vek bol 51 (18–74) rokov. V skupine OAB ($n = 15$) bola druhá fáza implantácie v 93 % prípadov s 24-hodinovým poklesom počtu močení z 14,6 (SD 1,3) na 8,2 (SD 2,1; $p < 0,05$), zvýšením mikčného objemu zo 121,2 ml (SD 41,5) na 219,8 ml (SD 50,8; $p < 0,05$), účinnosť trvala 51,7 (SD 25,9) mesiacov. V skupine FS ($n = 6$) bola druhá fáza implantácie v 100 % prípadov s 24-hodinovým poklesom počtu intermitentnej katetrizácie z 3,7 (SD 1,0) na 0,3 (SD 0,5; $p < 0,05$), zvýšením mikčného objemu z 41,8 ml (SD 64,8) na 201 ml (SD 45,3; $p < 0,05$), účinnosť trvala 54,8 (SD 27,5) mesiacov. V skupine UAB ($n = 16$) bola druhá fáza implantácie v 69 % prípadov s 24-hodinovým poklesom počtu intermitentnej katetrizácie z 4,0 (SD 1,2) na 2,5 (SD 1,5; $p < 0,05$), zvýšením mikčného objemu zo 47,8 ml (SD 59,1) na 133,1 ml (SD 101,8; $p < 0,05$), účinnosť trvala 54,1 (SD 33,8) mesiacov.

Záver: Účinnosť sakrálnej neuromodulácie bola najlepšia pri FS, nižšia pri OAB a najnižšia pri UAB.

Šetřit bulbospongiózní sval při implantaci adjustabilního arteficiálního svěrače Victo? – sekundární analýza multicentrické prospektivní studie

Krhut J.^{1,2}, Bartáková L.^{3,4}, Kondé A.⁵, Paus Sýkora R.^{1,2},
Fišerová H.⁴, Rychlý T.^{1,2}, Zachoval R.⁴

¹ Katedra chirurgických oborů, LF OU, Ostrava

² Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

³ Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

⁴ Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

⁵ Útvar náměstka ředitele pro vědu, výzkum a výuku, FN Ostrava

Konflikt zájmů: JK – konzultant pro Coloplast, Promedon, Stimvia, Medtronic; RZ – konzultant pro Promedon; LB, AK, RPS, HF, TR – bez konfliktu zájmu.

Grantová podpora: Ne.

Diskutovaný poster

Úvod: Implantace umělého svěrače (AUS) je považována za zlatý standard v léčbě závažné inkontinence u mužů. Victo® AUS s možností průběžné adjustace objemu tekutiny/tlaku ve svěrači představuje alternativu k dalším dostupným typům AUS. Cílem studie je hodnotit vliv operační techniky šetření bulbospongiózního svalu (BSS) na střednědobé výsledky implantace Victo® AUS u mužů s postprostatektomickou inkontinencí (PPI).

Materiál a metody: Do sekundární analýzy bylo zařazeno celkem 96 mužů (věk 68 let, IQR 65–72) se závažnou PPI, kteří byli prospektivně sledováni po implantaci Victo® AUS. Pacienti byli vyšetřeni před implantací, 3 měsíce po aktivaci, 12 měsíců po aktivaci a následně v ročních intervalech. Za respondery byli považováni pacienti, kteří dosáhli alespoň 70% redukce závažnosti inkontinence dle 24hodinového vložkového testu a současně udávali vysokou spokojenost s výsledkem léčby hodnocenou skórem 1 nebo 2 podle škály Patient's global impression of improvement (PGI-I). Hodnocení bylo provedeno na jednotlivých kontrolách vždy před případnou adjustací tlaku v AUS. Medián délky sledování byl 3 (1–4) roky.

Výsledky: Do skupiny A (peroperační šetření BSS, naložení manžety AUS na BSS) bylo zařazeno 41 a do skupiny B (disekce BSS, naložení manžety přímo na uretru) 55 pacientů. Základní demografické charakteristiky obou skupin nebyly statisticky významně rozdílné. Mezi skupinami A a B nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl v počtu responderů (68 vs. 61 %; Fischerův test; $p = 0,764$), počtu pacientů se selháním AUS (12 vs. 14 %; Fischerův test; $p = 0,975$) a době přežití bez selhání AUS (log rank test; $p = 0,359$). Významný rozdíl byl zaznamenán ve výskytu komplikací, které nevedly k implantaci AUS (2,4 vs. 12,7 %; Fischerův test; $p < 0,001$).

Závěr: Naše střednědobé výsledky ukazují, že léčba PPI pomocí Victo® AUS je efektivní. Použití peroperační techniky šetření BSS je ve srovnání s peroperační disekcí BSS spojeno se nižším počtem komplikací.

Význam merania latencie bulbokavernózneho reflexu v diagnostike neurogénnych dysfunkcií dolných močových ciest

Fin S.¹, Jankovičová N.², Švihra J. Sr.¹, Kurča E.²

¹ Urologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

² Neurologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Diskutovaný poster

Úvod: Bulbokavernózny reflex (BCR) je somatický polysynaptický reflex, ktorý poskytuje informáciu o stave sakrálnych spinálnych segmentov. Prítomnosť reflexu svedčí o neporušenom vedení v sakrálnych miechových reflexoch v segmentoch S2–S4. Táto štúdia sa zameriava na význam merania latencie BCR pri diagnostike neurogénnych dysfunkcií dolných močových ciest.

Materiál a metódy: Do štúdie boli zaradení pacienti s neurogénnou (nLUTD – neurogenic lower urinary tract dysfunction) a non-neurogénnou (nonLUTD) dysfunkciou dolných močových ciest. Vstupné kritériá zahŕňali vek nad 18 rokov a trvanie dysfunkcie dlhšie ako 12 mesiacov. Vylučujúce kritériá boli onkologické ochorenia, subvezikálna obštrukcia, urolitiáza, renálna insuficiencia, rádioterapia alebo chirurgická liečba dolných močových ciest. Vyšetrenie sa vykonávalo povrchovou stimulačnou elektródou na dorzálnom nerve penisu alebo klitoris, pričom odpoveď sa zaznamenávala ihlovou elektródou v musculus bulbocavernosus. Merania boli realizované pomocou elektromyografického prístroja Dantec. Fyziologická hodnota latencie BCR je < 40 ms. Štatistické hodnotenie prebiehalo pomocou neparametrických testov, pričom štatisticky významný rozdiel bol definovaný hodnotou $p < 0,05$.

Výsledky: Celkovo bolo do štúdie zahrnutých 64 pacientov (20,3 % mužov, 79,7 % žien) s priemerným vekom 50,5 roka (rozsah 24–73 rokov). Z nich 22 pacientov trpelo nonLUTD a 42 pacientov nLUTD. U pacientov s neurogénnou hypoaktivitou detruzora bola patologická latencia BCR zistená v 57,1 % prípadov. Pacienti bez neurogénnej hypoaktivity detruzora mali fyziologický nález latencie BCR v 77,0 % prípadov. Pozitívna prediktívna hodnota BCR pre nLUTD dosiahla 87,5 % (95% CI 70,1–95,4 %). Odhadované relatívne riziko nLUTD podľa BCR bolo zvýšené (OR 6,3; 95% CI 1,6–24,6; $p = 0,35$). Korelačný koeficient medzi BCR a neurogénnou hypoaktivitou detruzora bol 0,527 (Spearman's Rho 95% CI 0,31–0,68; $p < 0,001$).

Záver: Prediktívna hodnota latencie BCR spresňuje diagnostiku intaktnej nervovej vodivosti v sakrálnych miechových reflexných oblúkoch v segmentoch S2–S4. Pacienti s poruchou vyprázdňovania dolných močových ciest by mali podstúpiť vyšetrenie latencie BCR, ktorá pomôže určiť typ dysfunkcie.

Zkušenosti našeho pracoviště s rekonstrukcí panstrictury močové trubice metodou podle Kulkarniho – kazuistiky dvou pacientů

Pšenčík L.

Urologické oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

Video

Úvod: Uretroplastiky patří mezi technicky náročné výkony a řešení komplexních postižení močové trubice zasahujících více částí uretry najednou je pro urology výzvou. Zásadní význam může mít nalezení optimální terapeutické metody. Kulkarniho technika jednocestné dorzolaterální onlay substituční uretroplastiky pomocí orální sliznice je v posledních letech ve světě preferovanou metodou pro řešení dlouhých a komplexních strictur uretry. Cílem sdělení a videoprezentace operačního postupu je přednést zkušenosti našeho pracoviště se dvěma pacienty, kteří byli úspěšně operováni touto technikou.

Materiál a metody: Retrospektivně představujeme dvě kazuistiky mužských pacientů s panstricturou uretry operovaných v roce 2024 na našem pracovišti. První muž, 65 let, odeslán ze spádové urologie pro postinstrumentační strikturu v délce 13 cm. Druhý muž, 71 let, s anamnézou opakovaných infekcí a endoskopických instrumentací, s postižením uretry v délce 14 cm. V obou případech bylo předoperačně provedeno kompletní zobrazovací i endoskopické došetření potvrzující značný rozsah postižení močové trubice, v prvním případě od meatu až po bulbární uretru. Operační výkon byl realizován perineálním přístupem v jednoetapovém režimu s využitím bukální sliznice.

Výsledek: Operační doba byla průměrně 210 min, katetrizace celkem 21 dní. Pooperační průběh byl u obou pacientů nekomplikovaný. Během 12měsíčního follow-up bylo dosaženo zásadního subjektivního zlepšení proudu moči, dle uroflowmetrie (UFM) po půl roce od operace byl Q_{max} 18,6 ml/s, resp. 16,2 ml/s. Kontrolní uretrografie ani u jednoho pacienta nezažnamenala významnou restrikturu.

Závěr: Oba pacienti operovaní na našem pracovišti mají pooperačně uspokojivé výsledky potvrzené uretrografií, endoskopií i funkčním vyšetřením na UFM. Kulkarniho metoda představuje efektivní a bezpečnou jednodobou operační modalitu použitelnou k léčbě panstrictur uretry. Ač je doba sledování našich pacientů relativně krátká, výsledky kazuistik zatím ukazují, že při pečlivé indikaci a operační technice lze touto metodou dosáhnout velmi dobrých funkčních výsledků s nízkým výskytem komplikací.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Robotická augmentační vaginoplastika dle Davydova u M-F transexuality – videoprezentace

Kališ V.¹⁻³, Berezovskiy D.^{1,3}, Smažinka M.¹⁻³, Havíř M.^{2,3}, Rušavý Z.^{2,3}

¹ Centrum Pánevního Dna, s.r.o., Karlovy Vary

² Centrum pánevního dna, s.r.o., Plzeň

³ Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Vaginální délka je výjimečně studovaný urogynekologický a sexuologický parametr. Krátká vaginální délka významně snižuje sexuální kvalitu života. Tento problém se může týkat tří velkých populačních skupin – žen po hysterektomii, žen s vrozenou agenezí pochvy a transsexuálních pacientů procházející male-to-female (M-F) změnou pohlaví.

Kazuistika: Videoprezentace se týká 45leté pacientky po předchozí M-F gender-affirming operaci, při které však bylo dosaženo krátké, 3cm neovaginální délky. Z důvodů požadavku na výrazné prodloužení pochvy byl proto zvolen robotický přístup dle Davydova s využitím pánevního peritoneálního flapu. Dle našeho poznání se jedná o první roboticky prováděnou vaginoplastiku dle Davydova v České republice a o jednu z prvních na světě u transsexuálního pacienta. Neodmyslitelnou částí péče je pečlivý pooperační management složený z opakovaných kontrol a adekvátního nácviku tréninku v oblasti neovaginy a pánevního dna. V tomto případě došlo k prodloužení funkční délky pochvy ze 3 na 14 cm a k výraznému zlepšení kvality života.

Závěr: Endoskopické modifikace augmentačních vaginoplastik mohou být součástí nabídky managementu M-F transsexuálních pacientů, u který je žádoucí dosažení dostatečné funkční délky pochvy, která je v některých případech u klasické gender-affirming operace využívající penilní či skrotální tkáně ne zcela možná či neúspěšná.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno projektem „Integrace biomedicínského výzkumu a zdravotní péče v metropolitní oblasti Plzeň“, reg. č. CZ.02.01.01/00/23_021/0008828) – spolufinancováno Evropskou unií a státním rozpočtem České republiky.

Uretrální divertikl s litiázou

Wiesner N., Burešová E., Hartmann I., Vidlář A., Česák O.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Autoři prezentují raritní kazuistiku muže s uretrolitiázou v divertiklu uretry.

Kazuistika: Pacient, 70 let, se dostavil na urgentní příjem pro hmatnou rezistenci v oblasti perinea, kterou pozoroval přibližně 6 let. Mikce byla dlouhodobě obtížná, k močení používal hadičku, kterou si sám sterilizoval. Při vstupním vyšetření byla na perineu hmatná tuhá rezistence o velikosti 7 × 5 cm. Cystoskopie odhalila objemný konkrement částečně obturující lumen uretry. Cystoureografie prokázala divertikl s RTG kontrastním obsahem, nativní CT břicha nález potvrdilo. Per urethram byl zaveden permanentní katetr a pacient následně podstoupil divertikulektomii z perineálního přístupu. Nejprve byla provedena kontrolní cystoskopie, kde byl na přechodu penilní a bulbární uretry nalezen vstup do divertiklu s konkrémentem. Z perineotomie byla uretra vypreparována, divertikl byl luxován do rány, z divertikulotomie se evakuoval objemný konkrement. Následně byla stěna divertiklu resekována a provedena uretroplastika. Na závěr byla zavedena punkční epicystostomie. Kontrolní cystoureografie, provedená 3 týdny od operace, potvrdila hladké kontury uretry bez extravazace. Po týdnu byla odstraněna i epicystostomie.

Závěr: Divertikly uretry jsou většinou získané v důsledku chronické obstrukce, infekce nebo opakovaných instrumentací. Vznik konkrementů v divertiklu je způsoben močovou stagnací a recidivující infekcí. Vyskytují se především u žen, u mužů jde o raritní nález. Přítomnost litiázy v divertiklu je popisována u 10–20 % případů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Náhodný záchyt konkrementů v divertiklu močové trubice u muže bez předchozí instrumentace

Štěpánková A.¹, Čermák M.^{1,2}, Fišer L.¹, Nechvátalová N.¹, Hyršl L.¹, Kočárek J.¹⁻³

¹ Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie ON Kladno a.s.

² 1. LF UK, Praha

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Divertikl močové trubice je diagnózou, se kterou se setkáváme v běžné klinické praxi velmi vzácně. Rozlišujeme vrozený a získaný. Nález konkrementů v něm je také velmi vzácný. Operační řešení této problematiky je velmi různorodé a nejsou k němu jasně daná pravidla.

Kazuistika: Prezentujeme raritní případ 75letého pacienta bez přechodů instrumentace v močové cestě, který byl původně vyšetřen na naší ambulanci pro zhoršené močení a hlavně slabý proud moči. Na základě doplněných vyšetření plus dotazníku „Mezinárodní skóre prostatických symptomů“ a mikčního protokolu byla nasazena terapie alfa-blokátory. Výtežnou uroflowmetrií se přes opakované pokusy nepodařilo získat. Pro žádný efekt nasazené medikace byla vyzkoušena medikace k léčbě benigní hyperplazie prostaty. Pro nejlepší se stav ani během této medikace byl pacient indikován k provedení panendoskopie. Dle ní bylo před svěračem několik striktur močové trubice neprůchozích pro nástroj. Pacient byl indikován k vnitřní optické uretrotomii. Po protnutí striktury v bulbární části močové trubice byl nalezen divertikl se dvěma konkrementy. Ty byly extrahovány. Posléze byla provedena tomie i striktury za divertiklem a okrajů divertiklu. Pacientovi byl na týden zaveden močový katetr. Po jeho extrakci pacient již rok močí bez obtíží.

Závěr: Vnitřní optická uretrotomie může dle naší zkušenosti vést odstranění mikčních potíží u pacientů s divertiklem močové trubice a konkrementů v něm.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY PROSTATY – TERAPIE

Dlouhodobé výsledky sledování lymfokél
vzniklých po roboticky asistované radikální
prostatektomii s rozšířenou pánevní
lymfadenektomií

Študent V. Jr.¹, Tüdös Z.², Česák O.¹, Řepa V.³, Študent V.¹

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Lymfokély jsou nejčastější komplikací roboticky asistované radikální prostatektomie s rozšířenou pánevní lymfadenektomií (RARP + ePLND). V roce 2022 jsme představili výsledky studie PerFix zkoumající výskyt lymfokél u RARP + ePLND s fixací peritonea nebo bez ní. Cílem tohoto sdělení je ukázat dlouhodobé výsledky pacientů s lymfokélami.

Materiál a metody: Prospektivní randomizovaná studie (1 : 1) sledovala 247 pacientů zařazených v období let 2019 až 2021. V intervenční skupině byla provedena fixace peritonea k os pubis. Celkový počet zjištěných lymfokél byl 77 (31,4 %), přičemž v intervenční skupině byl 27 (22 %) vs. 50 (41 %) v kontrolní skupině ($p = 0,002$). Symptomatické lymfokély se vyskytly u 17 (6,9 %) pacientů, v intervenční skupině se vyskytly u 3 (2,4 %) pacientů, v kontrolní skupině u 14 (11,5 %) ($p = 0,011$). Pooperačně byli pacienti sledováni pomocí low dose CT pánve.

Výsledky: V období let 2020–2025 bylo provedeno 81 kontrolních CT. U 44 (57,1 %) pacientů z 77 došlo ke spontánnímu vymizení lymfokél za medián 8 (rozmezí 4–44) měsíců. V devíti (11,7 %) případech byla provedena drenáž nebo operace. Další osm (10,4 %) pacientů bylo léčeno konzervativně, z nichž u pěti (62,5 %) došlo k vymizení lymfokél, u jednoho ke zmenšení, jeden pacient nedorazil na kontroly a u jednoho lymfokéla perzistuje. Z celkových 77 pacientů s lymfokélami u pěti (6,5 %) došlo k jejich zmenšení. U dvou (2,6 %) pacientů lymfokély stále přetrvávají v původní velikosti. U 17 (22 %) pacientů nebylo provedeno kontrolní CT, nicméně zůstali bezpříznakoví. Ve skupině s fixací peritonea došlo ke spontánnímu vymizení lymfokél u 18 (66,7 %) pacientů, zatímco v kontrolní skupině bez fixace u 26 (52 %) ($p = 0,69$). Limitací této práce je absence protokolu ke sledování a individuální způsob léčby symptomatických lymfokél.

Závěr: Lymfokély vzniklé po RARP + ePLND ve většině případů spontánně regredují, jen < 10 % perzistuje dlouhodobě.

Symptomatické tvoří až 22 % ze všech lymfokél, ale ne vždy je nutné je léčit chirurgicky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Léčba symptomatické pooperační lymfokély po radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií

Stránský P., Hora M., Trávníček I., Ürge T.,
Stránský P. Jr., Pitra T.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Lymfokéla je definovaná jako lymfou vyplněná kolekce v retroperitoneu, která nemá žádnou epitelovou výstelku. Jedná se o vzácnější komplikaci po výkonech na lymfatickém systému.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor 1 584 radikálních prostatektomií, z toho 1 046 laparoskopických a 538 robotických za období od července 2008 do května 2025. Pánevní lymfadenektomie byla provedena celkem v 375 případech (23,7 %). U těchto 375 pacientů byl zhodnocen výskyt symptomatických lymfokél.

Výsledek: Symptomatické lymfokély se vyskytly celkem u 12 (3,2 %) pacientů průměrného stáří 66,3 (62,1–71,6) roku. Ve čtyřech případech šlo o nález vpravo, v pěti případech vlevo a ve třech případech oboustranný nález. Zpočátku jsme řešili lymfokély pouze punkcí a drenáží. Tuto metodu jsme použili u pěti pacientů. Punkční drenáž měla dle našeho pozorování řadu nevýhod – nutnost opakovaných výkonů, dlouhodobé zavedení drénu, ztráty lymfy, riziko poranění střeva nebo cév, selhání léčby. Z tohoto důvodu jsme v sedmi případech zvolili laparoskopickou fenestraci lymfokély. U těchto sedmi pacientů průměrného stáří 67,6 (63,9–71,6) roku jsme provedli 2× výkon vpravo, 3× vlevo a 2× oboustranně. Komplikace výkonu jsme neměli žádné, průměrně bylo odsáto 915 (100–2 100) ml, drén byl ponechán průměrně 3,7 (0–8) dne.

Závěr: Laparoskopická fenestrace pooperační symptomatické lymfokély po radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií se nám jeví jako optimální metoda s vysokou efektivitou a s minimem komplikací.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblastí SURG.

Absence karcinomu v definitivní histologii po radikální prostatektomii (pT0) – kazuistický případ

Polaček P., Čapoun O., Malý M., Vlček F.,
Zámečník L., Soukup V.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Stav pT0 představuje vzácný histopatologický nález, při kterém se navzdory předchozímu histologickému potvrzení karcinomu prostaty nepodaří v definitivním preparátu po radikální prostatektomii prokázat žádné nádorové buňky. Incidence tohoto jevu se v literatuře pohybuje mezi 0,07 a 1,3 %. Prezентujeme kazuistiku pacienta z našeho pracoviště, u něhož byl tento nález zaznamenán po roboticky asistované radikální prostatektomii (RARP).

Kazuistika: Prezентujeme případ 57letého pacienta, s hypercholesterolémií kompenzovanou dietou, bez medikace a bez urologické symptomatologie. V září 2023 byl zjištěn zvýšený celkový PSA 12,5 µg/l, poměr fPSA/PSA 15 %, PHI 69, PSA denzita 0,21. Fúzní biopsie prostaty prokázala karcinom ve 2 ze 12 vzorků (maximální ložisko 0,8 mm), Gleasonovo skóre 3+4, klinické stadium T1c. V březnu 2024 pacient podstoupil RARP. V definitivní histologii extenzivně zpracovaného preparátu nebyla nalezena žádná malignita – nález odpovídal pouze fibroadenomatózní hyperplazii. Výsledek odpovídá stadiu pT0. Revize původní jehlové biopsie potvrdila přítomnost adenokarcinomu prostaty. Kontrolní PSA v květnu 2024 byl 0,02 µg/l. Pacient je plně kontinentní, avšak s úplnou erektilní dysfunkcí.

Závěr: Nález pT0 po radikální prostatektomii představuje raritní a obtížně předvídatelnou situaci s potenciálně významnými klinickými i medicínskoprávními důsledky. Možné prediktivní faktory tohoto nálezu – vč. biochemických parametrů, objemu nádoru a rozsahu biopsie – budou diskutovány v rámci prezentace.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno: MZ ČR – RVO-VFN 64165 a ORJ 90233.

68Ga-PSMA-11 PET/CT při primárním stagingu lymfatických uzlin před radikální prostatektomií – porovnání výsledků s histopatologickým nálezem při rozšířené pánevní lymfadenektomií

Študent V. Jr.¹, Quinn L.², Hartmann I.¹, Študent V.³

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Klinika nukleární medicíny LF UP a FN Olomouc

³ LF UP v Olomouci

Diskutovaný poster

Úvod: Prospektivní studie ukázaly vyšší přesnost PSMA PET/CT v porovnání s konvenčními zobrazovacími metodami pro detekci uzlinových metastáz (pN1). Cílem této práce je zhodnotit přesnost 68Ga-PSMA-11 PET/CT u pacientů, kteří podstoupili roboticky asistovanou radikální prostatektomii s rozšířenou pánevní lymfadenektomií (RP).

Materiál a metody: V období od května 2023 do května 2025 bylo u 38 pacientů provedeno 68Ga-PSMA-11 PET/CT před RP. Standardní rozsah lymfadenektomie představoval obturatorní, zevní, vnitřní a společné ilické uzliny po křížení s ureterem. Výsledky PSMA byly porovnány s histopatologickým nálezem karcinomu prostaty (KP) po RP.

Výsledky: Z 38 pacientů byly zjištěno pN1 u 3 (7,9 %) pacientů, medián odstraněných uzlin byl 17 (4–36). Medián předoperačního PSA byl 8,38 (2,2–37,2) ng/ml, u 28 (73,7 %) pacientů byl předoperačně diagnostikován high-risk KP a u 10 (26,3 %) intermediate-risk KP. 68Ga-PSMA-11 PET/CT identifikovalo u 37 (97,4 %) pacientů KP v prostatě s mediánem SUV_{max} 16,9 (3,7–71,4). Ani v jednom případě jednoznačně neidentifikovalo pozitivní uzliny, ale u 14 pacientů zjistilo suspektní akumulaci PSMA v pánevních uzlinách s mediánem SUV_{max} 3,2 (2,0–4,6). Všechny tyto nálezy byly histologicky negativní. Ani jeden z pN1 nebyl identifikován pomocí PSMA. Ve všech případech byla pozitivní jen jedna lymfatická uzlina o průměru 0,1; 0,6 a 0,7 mm bez extrakapsulárního šíření, definitivní ISUP byl 3, 3 a 4. Senzitivita 68Ga-PSMA-11 PET/CT byla 0 %, specifická 62,8 %, pozitivní prediktivní hodnota 0 % a negativní prediktivní hodnota (NPV) 88 %. Průměrná doba sledování byla 9,6 (3–24) měsíce, během které byl u všech pacientů nulový PSA, dva (5,3 %) pacienti (ne pN1) podstoupili adjuvantní radioterapii. Limitací studie je malý soubor a retrospektivní design.

Závěr: PSMA PET/CT je spolehlivou metodou s vysokou mírou NPV, která by snad mohla umožnit zcela vynechat provedení lymfadenektomie při RP i u některých high-risk KP. Nedokáže bezpečně odhalit jen mikrometastázy KP o velikosti několika mm.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Léčebné postupy a klinické výsledky spojené s androgenní deprivací terapií u pokročilého karcinomu prostaty – celonárodní retrospektivní studie v České republice (ANTARES)

Čapoun O.¹, Stejskal J.², Adamcová V.³, Papírek J.⁴, Trávníček I.⁵, Zdobinská T.⁶, Mikula M.⁷, Palkovský M.⁸, Špaček J.⁹, Matzenauer M.¹⁰, Kopová A.¹¹, Tomková L.¹², Kvita V.¹³, Štěpánová R.¹⁴, Kolenčík D.¹⁵, Soukup V.¹, Richter I.¹⁶

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

³ Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

⁴ Urologická klinika LF MU a FN Brno

⁵ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

⁶ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

⁷ Oddělení urologické onkologie, MOÚ, Brno

⁸ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

⁹ Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

¹⁰ Komplexní onkologické centrum, Nemocnice Agel, Nový Jičín

¹¹ Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

¹² Onkologicko-chirurgické oddělení, FNUSA v Brně

¹³ Pharmacovigilance, NextPV Services s.r.o., Praha

¹⁴ Biostatistics, Anova CRO s.r.o., Praha

¹⁵ Medical Affairs Department,

AstraZeneca Czech Republic s.r.o., Praha

¹⁶ Radiační onkologie, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Diskutovaný poster

Úvod: Kombinovaná terapie je v současnosti standardem péče u metastatického karcinomu prostaty (KP). Tato studie hodnotila reálné léčebné postupy a trendy v používání androgenní deprivací terapie (ADT) v České republice v letech 2018–2023.

Materiál a metody: V retrospektivní observační studii byla analyzována zdravotnická dokumentace z 13 onkologických a urologických center v ČR (od ledna 2018 do prosince 2023). Zařazení byli muži s pokročilým nebo relabujícím KP, kteří v uvedeném období zahájili léčbu ADT. Byla shromažďována data o sekvencích léčby, klinických charakteristikách a přežití, a to ve standardizovaném formátu. Byly provedeny deskriptivní analýzy léčebných postupů a variability mezi centry.

Výsledky: Celkem bylo zařazeno 826 pacientů. Medián věku při diagnóze činil 69 let; medián hodnoty PSA při zahájení ADT byl 25,8 ng/ml. Při zahájení ADT mělo 54,2 % pacientů nově diagnostikované metastatické onemocnění, 29,4 % relaps po předchozí radikální léčbě a 12,0 % lokálně pokročilé onemocnění. Kombinovaná terapie byla použita v 71,3 % případů, nejčastěji s abirateronem (Abi) (32,3 %), docetaxelem (Doc) (22,5 %) a apalutamidem (Apa) (20,3 %). První režimy

kombinované terapie se v čase měnily – v roce 2018 převažovalo ADT + Abi (26,0 %), zatímco v roce 2023 dominovalo ADT + Apa (46,4 %). Používání ADT + Apa vzrostlo z 3,8 % v roce 2021 na 47,6 % v roce 2022, což odráží jeho rychlé zařazení do standardní péče a širší úhradu ze strany zdravotních pojišťoven. Medián doby od diagnózy do zahájení ADT u metastatických pacientů činil 1,2 měsíce. Medián celkového přežití byl 64,4 měsíce (95% CI 59,2–71,4), přičemž KP byl hlavní příčinou úmrtí u 71,7 % případů.

Závěr: Tato rozsáhlá kohortová studie dokumentuje jednoznačný posun v použití kombinované terapie u KP v ČR v letech 2018–2023. Časté použití Abi, Doc a nověji Apa odráží vývoj klinické praxe v souladu s mezinárodními doporučeními. Regionální data podporují informovaná terapeutická rozhodnutí a zlepšení výsledků léčby u metastatického hormon-senzitivního KP.

Konflikt zájmů: Finanční podpora společnosti AstraZeneca Czech Republic s.r.o. (Externally Sponsored Research): organizace a provoz studie.

Grantová podpora: Projekt S-032-22701 (VFN).

Malobuněčný karcinom prostaty

Stránský P. Jr.¹, Sedláčková H.¹, Stránský P.¹, Fiala O.^{2,3}, Pernický J.⁴, Pivovarcíková K.^{5,6}, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Biomedicínské centrum, LF UK v Plzni

³ Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

⁴ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁵ Biopstická laboratoř s.r.o., Plzeň

⁶ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Nediskutovaný poster

Úvod: Malobuněčný karcinom prostaty (SCCP) je vzácná, vysoce agresivní malignita s mediánem přežití 1–2 roky, v době diagnózy má přibližně 60 % pacientů metastázy. SCCP bývá kastrálně rezistentní, často jej doprovází výrazná elevace PSA.

Kazuistika: Muž, 84 let, dříve léčený pro Hodgkinův lymfom, byl vyšetřován pro intermitentní ataky makroskopické hematurie. CT vylučovací urografie odhalila lokálně pokročilý infiltrát prostaty s lymfadenopatií pánve. PSA 2,46 µg/l. Cystoskopie a transrektální biopsie prostaty verifikovaly SCCP, cT4 N1 Mx, G3, MIB1 > 90 %. NGS neprokázalo targetabilní mutaci, PD-L1 i BRCA negativní. Multidisciplinárním týmem byla zahájena terapie kombinací cisplatina/etoposid s androgen-deprivační léčbou leuprorelinem po úvodu bicalutamidem. PET/CT s 18F-FDG ukázalo mírnou regresi lokálního nálezu, avšak nová nejasná kostní ložiska. Pro progresi onemocnění (PD) ve skeletu byla zahájena druhá léčebná linie dakarbazinem, která byla pro další PD ukončena. Multidisciplinární tým však přehodnotil nález z předchozích PET/CT, skeletové změny nejspíše nikdy nebyly metastázami, první linie léčby byla opět obnovena. Pro oboustrannou hydronefrózu byly přes nefrostomie zavedeny ureterální stenty. Následovala radioterapie prostaty a pánevních uzlin 30 Gy. Pacient je naživu, performance status 1 dle WHO, přes probíhající léčbu s PD.

Závěr: SCCP zůstává onemocněním s nepříznivou prognózou. Léčba je podobná jako u malobuněčného karcinomu plic, spočívá v chemoterapii (platinový režim ± etoposid či taxany) a v radioterapii.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

ANDROLOGIE

Predikce fragmentace spermatické DNA pomocí vyšetření apoptózy spermií průtokovou cytometrií coby efektivní a nenáročný screening mužů z neplodných párů

Novák J.^{1,2}, Vik V.^{2,3}, Fürst T.⁴, Thon V.⁵, Krátká Z.⁶

¹ Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Kulmbach, Kulmbach, Německo

² Urologie a Andrologie, Gennet Praha

³ Klinika transplantční chirurgie, Transplantcentrum, IKEM, Praha

⁴ Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky, PřF UP v Olomouci

⁵ RECETOX, PřF MU, Brno

⁶ Imunologická laboratoř, Gennet Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Konvenční spermiogram se v průběhu dekad stal zlatým standardem pro posouzení mužského fertilitního potenciálu. Jelikož jsou však hodnoceny pouze morfologické parametry, nemusí být některé patologie spermií při vyšetření vůbec zachyceny. Fragmentace spermatické DNA je v současné době považována za nejpřesnější ukazatel toho, zda je spermie schopna oplodnit ženské vajíčko ať už přirozeně nebo v rámci metod asistované reprodukce. Stanovení fragmentace spermatické DNA, bez ohledu na použitou metodu, vyžaduje však speciální technické vybavení, reagenty, vyškolený personál, a je obvykle náročné časově i finančně.

Materiál a metody: Retrospektivně bylo hodnoceno 973 vzorků ejakulátu získaných od 688 mužů, kteří kromě klasického spermiogramu podstoupili také vyšetření fragmentace spermatické DNA pomocí metody TUNEL a apoptózy spermií pomocí průtokového cytometru.

Výsledky: Byla zjištěna významná korelace mezi procentuálním zastoupením spermií s fragmentovanou DNA a pozdně apoptotických/nekrotických spermií ($c = 0,38$; $p = 0$), a také významná negativní korelace mezi procentuálním zastoupením spermií s fragmentovanou DNA a vitálních spermií ($c = -0,39$; $p = 0$). Korelace mezi procentuálním zastoupením spermií s fragmentovanou DNA a časně apoptotických spermií byla nevýznamná ($c = 0,10$; $p = 0,002$). V rámci parametrů konvenčního spermiogramu byla zjištěna významná korelace mezi procentuálním zastoupením spermií s fragmentovanou DNA a celkovým počtem spermií ($p = 0$). Pro výpočet procentuálního zastoupení spermií s fragmentací DNA byl vytvořen jednoduchý lineární model $\text{DNA fragmentace} = 23 + 0,32 \times \text{věk} - 0,35 \times \text{procentuální zastoupení}$

vitálních spermií, a pro lepší názornost také lineární nomogram. Na základě tohoto modelu lze selektivně vybrat muže, kteří jsou v riziku zvýšených hodnot fragmentace spermatické DNA, a budou tudíž profitovat z cíleného vyšetření fragmentace spermatické DNA, což může ve výsledku ušetřit značné finanční i časové zdroje.

Závěr: Vyšetření apoptózy spermií pomocí průtokového cytometru může být efektivně využito jako screeningový nástroj k selekci mužů s vyšším rizikem abnormálních hodnot fragmentace spermatické DNA.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vývoj kvality spermií u starších adolescentů s varikokélou

Krátká Z.¹, Sedláček J.², Nováková P.²,
Vávřová L.², Kočvara R.²

¹Imunologická laboratoř, Gennet Praha

²Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Podle doporučení EAU/ESPU je opakovaně patologický spermioqram u adolescentů s varikokélou indikací k léčbě. Hodnocení obvykle vychází ze dvou vzorků odebraných s odstupem 1–3 měsíců. Cílem pilotní studie bylo zhodnotit vývoj kvality spermií při konzervativním postupu v delším časovém horizontu.

Materiál a metody: Prospektivní studie zahrnula adolescenty do 18 let, s varikokélou, bez jiného onemocnění ovlivňujícího fertilitu, ve stadiu puberty Tanner 5. S ročním odstupem byly odebrány vždy dva vzorky spermatu (v měsíčním intervalu), v nichž bylo hodnoceno šest nezávislých parametrů kvality pomocí škály SQS (Sperm Quality Scale; norma SQS ≤ 2). Pacienti byli rozděleni do tří skupin dle výchozích hodnot: A – oba vzorky SQS ≤ 2; B – jeden vzorek SQS > 2; C – oba vzorky SQS > 2.

Výsledky: Soubor tvořilo 38 chlapců – střední věk 17 (15,4–17,8) let. Po roce se kvalita spermatu zlepšila u 9 (24 %) a zhoršila u 6 (16 %) pacientů. Ve skupině A byly oba vzorky po roce patologické u 3 (14,3 %), ve skupině B rovněž u 3 (25 %) a ve skupině C u 2 (40 %) pacientů. Počet chlapců s výraznou variabilitou mezi dvěma vzorky (jeden SQS ≤ 2, druhý > 2) klesl z 12 (32 %) na 3 (8 %).

Závěr: K spontánnímu zlepšení kvality spermatu dochází po roce až u čtvrtiny adolescentů s varikokélou, zatímco zhoršení je méně časté. Pravděpodobnost, že spermie budou po roce dobré kvality, klesá s počtem původně patologických vzorků. Intraindividuální variabilita parametrů kvality spermií se v čase snižuje.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165, GA UK č. 146923.

Retrospektivní zhodnocení provedených vazektomií v letech 2022–2025 a limity postvazektomické spermologické kontroly

Broul M.^{1–3}, Hujová A.¹

¹Fakulta zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem

²Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

³Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Litoměřice, o.z.

Diskutovaný poster

Úvod: Vazektomie je minimálně invazivní a téměř 100% účinná metoda mužské antikoncepce; za definitivní úspěch se podle doporučení Americké urologické asociace považuje jeden čerstvý, necentrifugovaný vzorek se spermiemi ≤ 100 000 nemotilních/ml. Největší výzvou zůstává nedostatečná docházka na postvazektomickou spermologickou kontrolu (PVSA – post vasectomy semen analysis). Cílem této retrospektivní studie bylo zhodnotit efektivitu, bezpečnost a PVSA-compliance u pacientů operovaných za poslední 4 roky (od 1. 1. 2022 do 31. 5. 2025) a posoudit realistické možnosti zvýšení docházky.

Materiál a metody: Do analýzy bylo zařazeno 71 mužů (medián věku 38 let). Primárním výstupem byl „čas k trvalé azoospermii“ do 24 týdnů; sekundárně jsme sledovali časné komplikace (≤ 30 dnů), postvazektomický bolestivý syndrom (PVPS – post vasectomy pain syndrome), pozdní selhání a PVSA-compliance. Data byla získána z elektronické dokumentace, analyzována Kaplan-Meierovou metodou a Wilso-novým 95% CI.

Výsledky: Pravděpodobnost sterility v 24 týdnech dosáhla 93 % (95% CI 86–97) a v 52 týdnech 98,6 %. Medián času k azoospermii byl 15 týdnů (IQR (inter-quartile range) 12–18). Časné komplikace se vyskytly u 3 z 71 pacientů (4,2 %) – 2 hematomy a 1 povrchová infekce, hodnoty odpovídají publikovanému rozmezí 3–4 %. PVPS ≥ 12 měsíců jsme zaznamenali u 2 z 64 (3,1 %) sledovaných, což je konzistentní s incidencí 1–2 % uváděnou v aktuálních přehledech. Pozdní selhání s motilními spermiemi se objevilo u 1 (1,4 %) pacienta, bez následného těhotenství partnerky; publikované registry udávají 0,6–1,5 %. PVSA-compliance činila 62 % ve 12. týdnu a 52 % ve 24. týdnu, tedy výrazně pod hodnotami 70–76 % dosaženými v centrech s programy distančního odesílání vzorků.

Závěr: Studie potvrzuje vysokou účinnost (≥ 98 % sterility do 1 roku) a nízkou morbiditu vazektomie v souladu s aktuálními doporučeními Evropské urologické asociace 2025. Nedostatečná PVSA-compliance však zůstává největším limitem péče.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Výsledky vazo-vazoanastomózy po vazektómii

Chocholatý M.¹, Slobodník L.², Lukáč M.¹, Kohútek P.¹, Sokol R.³, Kasala L.¹

¹ Urologické oddelenie, FN Trenčín, Slovensko

² Urohealth s.r.o., Púchov, Slovensko

³ Urology.sk, Privátna urologická ambulancia MUDr. Roman Sokol a kolektív, FN Trenčín, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Približne 6 % mužov po vazektómii sa neskôr rozhoduje pre vazo-vazoanastomózu. Najčastejšou príčinou je nová partnerka, túžba po ďalšom dieťati, prípadne náboženské dôvody. Úspešnosť operačného výkonu je 71–90 % a závisí najmä od doby od vazektómie. Cieľom práce bolo zhodnotiť úspešnosť vazo-vazoanastomózy po vazektómii.

Materiál a metódy: V období od decembra 2013 do apríla 2025 sme realizovali vazo-vazoanastomózu u 18 pacientov po vazektómii. Priemerný vek pacientov bol 40,1 (25–49) rokov, priemerná doba od vazektómie bola 7,1 (2–16) roka. Všetci pacienti mali pred operačným výkonom normálnu hodnotu folikuly stimulujúceho hormónu.

Výsledky: Spermigram bol vyšetrený 3–6 mesiacov od operácie u 15 pacientov. Jeden pacient vyšetrenie spermigramu odmietol, do 2 rokov od operácie sa jeho partnerke narodilo dieťa. Dvaja pacienti vyšetrenie spermigramu ešte neabsolvovali. V spermigrame u ôsmich pacientov (53,3 %) bola prítomná normospermia, u piatich pacientov (33,3 %) bola prítomná oligoastenoteratozoospermia. U dvoch pacientov bola zistená azoospermia, u jedného sme zároveň zistili i nízku hodnotu testosterónu 7,93 mmol/l. Po hormonálnej liečbe došlo o 9 mesiacov k zlepšeniu spermigramu – oligoastenoteratozoospermia (koncentrácia spermií 0,7 mil./ml), jeden pacient ďalšie vyšetrenia odmietol. Celkovo obnovenú kontinuitu semenovodov po vazo-vazoanastomóze malo 93,75 % pacientov a minimálne piati pacienti stali otcami prirodzeným spôsobom.

Záver: Vazo-vazoanastomóza je efektívna metóda v riešení fertility u pacientov po vazektómii. V prípade pretrvávajúcej azoospermie po vazo-vazoanastomóze je dôležité i pátrať po inej príčine infertility.

Stret záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Plastická indurace penisu – návrh klinicko-vizualizační klasifikace a skórovacího systému (pilotní projekt)

Zámečník L.^{1–3}, Bittner L.¹, Čapka D.^{1–4}, Černý V.⁵, Lambert L.^{5,6}

¹ Andrologie, Klinické centrum Iscare a.s., Praha

² Sexuologický ústav, 1. LF UK a VFN, Praha

³ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁴ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

⁵ Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁶ Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Plastická indurace penisu (Peyronieho choroba, PIP) je chronické onemocnění s výrazným dopadem na sexuální funkce a kvalitu života mužů. Cílem tohoto prospektivního sledování bylo posoudit účinnost léčby v závislosti na klinické závažnosti onemocnění a navrhnout rozšířený skórovací systém. Ten kombinuje klinické příznaky a zobrazovací nálezy (UZ, MRI) za účelem přesnější stratifikace pacientů a optimalizace léčebné strategie.

Materiál a metody: Soubor tvořilo 70 pacientů ve věku 33–70 let (průměr 52 let). Všem byl přiřazen vstupní skórovací index zahrnující lokalizaci, velikost a kalcifikaci plaku, postižení topořivých těles, délku trvání obtíží a přítomnost symptomů (bolest, deformita, porucha erekce). Léčba byla zvolena dle skóre: konzervativní (≤ 11 bodů) nebo injekční (≥ 12 bodů). U vybrané podskupiny bylo provedeno MRI vyšetření se zaměřením na strukturu plaku a postižení tunica albuginea či kavernózních těles. Statistické zpracování zahrnovalo párové t-testy, Wilcoxonovy testy, korelační analýzy, logistickou regresi a výpočet síly efektu (Cohenovo d).

Výsledky: Průměrné vstupní skóre činilo 7,4; po 6 měsících pokleslo na 5,9 ($p < 0,01$; $d = 0,78$). Injekční léčba vedla k většímu zlepšení (pokles o 2,1 bodu) oproti konzervativní léčbě (pokles o 0,8 bodu). Mezi změnou velikosti plaku (UZ) a změnou skóre byla zjištěna silná korelace ($r = 0,78$). MRI přineslo další hodnotné informace u závažnějších forem onemocnění. Na základě kombinace skórovacích parametrů a MRI nálezů byla navržena tříúrovňová klinicko-vizualizační klasifikace s doporučením léčebného postupu.

Závěr: Navržený skórovací a klasifikační systém umožňuje efektivní stratifikaci pacientů s PIP a přesnější rozhodování o volbě léčby. Zapojení MRI významně zvyšuje predikční přesnost systému. Výsledky podporují zavedení strukturovaného skórování do klinické praxe a další validaci v multicentrických prospektivních studiích. Potenciální přínos představuje i integrace do elektronických rozhodovacích nástrojů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN 64165.

Závažná cévní příčina erektilní dysfunkce po léčbě karcinomu rekta – kazuistika

Vlček F.¹, Zámečník L.¹⁻³, Čapoun O.¹, Poláček P.¹, Soukup V.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Andrologie, Klinické centrum Iscare a.s., Praha

³ Oddělení nukleární medicíny, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Nediskutovaný poster

Úvod: Erektilní dysfunkce (ED) bývá často podmíněna multifaktoriálně a je třeba detailně analyzovat jednotlivé složky její etiologie – zejména v případech, kdy terapeutická odpověď neodpovídá očekávání. Prezentovaná kazuistika dokládá závažnou cévní příčinu ED u pacienta po léčbě kolorektálního karcinomu.

Kazuistika: Pacient, 56 let, s anamnézou radikální resekce rekta pro adenokarcinom po neoadjuvantní radioterapii (2016) a následné adjuvantní chemoterapii. Dočasně měl založenu stomii, která byla po 2 letech zrušena v rámci operačního řešení kýly v jejím okolí. ED vznikla po primární operaci. Léčba sildenafilem byla neúčinná a provázena nežádoucími účinky. Vodní vakuový erektor měl jen omezený efekt a pacient jej užíval nepravidelně. Intrakavernózní aplikace prostaglandinu E1 (PGE1) vedla k adekvátní odpovědi při dávce 10 µg. Po přerušení aplikace nebyl efekt uspokojivý ani při dávkách 25 µg. V dubnu 2025 odhalilo angioCT oboustranné poškození a. pudenda interna – vpravo výrazná stenóza, vlevo nepravidelnosti lumina. V červnu 2025 byla provedena perkutánní transluminální angioplastika a. pudenda interna vlevo s angiograficky úspěšným výsledkem. Po výkonu pacient udává částečné zlepšení erekce a pokračuje v aplikaci PGE1 (15 µg).

Závěr: Kazuistika dokládá komplexní, multifaktoriální původ ED. V případech nedostatečné terapeutické odpovědi je na místě doplnit komplexní diagnostiku vč. zobrazovacích metod a vyhodnocení kardiovaskulárního rizika – i u relativně mladších pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MZ ČR – RVO-VFN 64165.

Vysokoprůtokový priapizmus řešený selektivní embolizací želatinovou pěnou

Havlíková T.¹, Sedláčková H.¹, Heidenreich F.²,
Duras P.², Ferda J.², Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Nediskutovaný poster

Úvod: Vysokoprůtokový priapizmus tvoří přibližně 5 % všech případů. Nejčastěji vzniká po tupém perineálním nebo penilním traumatu s lacerací kavernózní tepny a vznikem arteriolakulární píštěle. Výsledkem je přetrvávající, nebolestivá erekce způsobená zvýšeným arteriálním přítokem.

Kazuistika: Muž, 20 let, vyšetřený na urologické ambulanci v červnu 2025 pro týden trvající semirigidní erekci. Vznikla v návaznosti na úder kolenem do penisu z pravé strany při tréninku. Klinicky penis v částečné erekci s minimálním hematodem vpravo. Bolestivost penisu mírné intenzity. Mikce volná bez hematurie. Na UZ vyšetření s Dopplerovým signálem je patrný zkrat a. cavernosa dx. Na CT angiografii pánve byl potvrzen leak kontrastní látky z pravostranné a. cavernosa penis do lakunárních prostor kavernózního tělesa. Intervenčním radiologem byla provedena selektivní embolizace IPA dx. přístupem z pravého třísla přes femorální arterii. Jako embolizační materiál byla zvolena želatinová pěna (Spongostan™ powder). Po výkonu u pacienta dochází k detumescenci. Následující den je dimitován v celkově kompenzovaném stavu s plně flacidním penisem.

Závěr: Možností léčby vysokoprůtokového priapizmu je arteriální embolizace s využitím dočasných embolizačních látek, či trvalých materiálů. Při selhání této terapie je přistoupeno k otevřené revizi. Zvolili jsme želatinovou pěnu pro nižší riziko poškození erektilní funkce. Tento postup byl v prezentovaném případě úspěšný. Pacient je nadále sledován a dlouhodobý efekt terapie bude doplněn.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a programem Cooperatio, vědní oblasti SURG.

NÁDORY LEDVIN

Verifikace ischemie ledviny při selektivním klampování větve renální tepny při robotické resekci tumoru ledviny pomocí ICG a NIR zobrazení – video

Hora M.¹, Bartoš Veselá A.¹, Stránský P. Jr.¹, Šíková D.¹, Ferda J.², Pivovarcíková K.³

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

³ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Cílem je verifikace efektivity ischemie ledviny při klampování renální arterie. Při miniinvasivní resekci tumoru ledviny je možná (dle vzhledu ledviny) pomocí Dopplerovské ultrasonografie a pomocí podání indocyaninové zeleně (ICG – indocyanine green) s aplikací úzkého světelného spektra – NIR (near infrared) zobrazení. U většiny případů si vystačíme s prvními dvěma metodami, využití ICG užíváme vysoce selektovaně při klampování mnohočetných tepen či větví renální tepny. Video ukazuje využití ICG při robotické resekci (RR) tumoru ledviny.

Materiál a metody: Soubor: Technologii ICG – INR zobrazení máme k dispozici od července 2018. V období od července 2018 do května 2020 byla použita u 19 (15,2 %) ze 125 laparoskopických resekcí – vybavení Olympus Visera Elite CLV-S200-IR. U RR byla využita v období od června 2020 do května 2025 u 8 (2,6 %) z 311 případů. Při RR užíváme technologii FireFly™ systému da Vinci Xi. Technika: Po zaklumpování renální arterie (většinou selektivním klampování jen některé z větví) je intravenózně aplikováno 1,25 mg ICG (Verdyne®) a zobrazení je přepnuto z klasického modu do fluorescenčního zobrazení NIR (FireFly™). Video zobrazuje popsanou metodiku při selektivním klampování duplexní renální arterie při RR.

Výsledky: U všech 27 případů metodika jasně zobrazila ischemickou část ledviny.

Závěr: K verifikaci efektivity ischemie při klampování renální arterie či jejích větví užíváme většinou dopplerometické zobrazení. Ve vysoce selektovaných případech (zejména mnohočetné tepny či klampování jen větve arterie) je možno využít podání ICG s NIR zobrazením.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Karlova univerzita Praha, Lékařská fakulta Plzeň (Cooperatio Program, SURG), Institucionální výzkum Fakultní nemocnice Plzeň (FNPI 00669806).

Roboticky asistovaná radikální nefrektomie s trombektomií

Schmidt M.¹, Černý Š.², Novák V.¹, Nekula M.¹, Veselý Š.¹, Strhárská L.¹, Babjuk M.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FNM Praha

Video

Úvod: Radikální nefrektomie s trombektomií je základní léčebnou metodou u lokálně pokročilého nádoru ledviny s nádorovým trombem, bez známek generalizace. Přítomnost nádorového trombu je signifikantní prognostický faktor s 5letým přežitím 36–57 %. Většina těchto chirurgických výkonů je prováděna otevřeně, s peroperační mortalitou 2–10 %. Miniinvasivní techniky a mezioborová spolupráce umožňují využití robotického systému s výhodou nižších krevních ztrát při shodném výskytu komplikací.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou radikální nefrektomii s adrenalectomií a extrakcí nádorového trombu zasahujícího do dolní duté žíly (stupně II) u 49letého muže. Po radikální nefrektomii, s ponecháním renální žíly s trombem, byly uvolněny kontralaterální renální žíla a dolní dutá žíla, kaudálně a kranálně od trombu. Cévní chirurg provedl incizi dolní duté žíly, extrakci nádorového trombu a suturu. Krevní ztráty byly 350 ml, operační čas 3 hod 30 min. Pooperační průběh byl bez komplikací. Hospitalizace byla 7 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo papilární renální karcinom grade 3 s metastázou v nadledvině. Adjuvantní terapie pro zjištěný typ nádoru není t. č. k dispozici.

Závěr: Agresivní chirurgická léčba nádorů ledvin s přítomností nádorového trombu v dolní duté žíle zvyšuje šanci na 5leté přežití. Roboticky asistovaná nefrektomie s trombektomií u vybraných pacientů kromě obecných výhod miniinvasivní chirurgie signifikantně snižuje krevní ztráty. Multioborová spolupráce snižuje riziko peroperační mortality.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vhodná strategie léčby renálního karcinomu u pacientů starších 80 let

Lounová V., Študent V.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Optimální léčba karcinomu ledviny u pacientů ve věku ≥ 80 let je stále předmětem diskuze. V případě většího nádoru nebo na žádost pacienta je nutná chirurgická léčba. Cílem této studie bylo porovnat radikální nefrektomii (RANE) a robotickou resekci ledviny (RaPN) z hlediska perioperačních a onkologických výsledků v této specifické věkové skupině a analyzovat skupiny pacientů, kteří byli indikováni ke konzervativní léčbě.

Materiál a metody: Do retrospektivní analýzy byli zařazeni pacienti ve věku ≥ 80 let, kteří podstoupili RANE nebo RaPN kvůli renálnímu tumoru. Byly porovnávány perioperační parametry (doba operace, krevní ztráta, komplikace dle Clavien-Dindo), změny renální funkce a onkologické výsledky. Součástí hodnocení byli také pacienti, kteří podstoupili radiofrekvenční ablaci (RFA) anebo byli indikováni ke konzervativní léčbě.

Výsledky: Celkem 42 pacientů podstoupilo RANE, 19 RaPN, 3 RFA a 44 pacientů bylo sledováno. Průměrná velikost nádoru byla 61 mm u RANE a 32 mm u RaPN ($p < 0,05$), medián Charlsonova indexu komorbidit (CCI) byl 5 u obou skupin ($p = 0,5$), průměrná doba operace byla 102 min u RANE a 96 min u RaPN ($p = 0,5$), krevní ztráta byla 270 ml u RANE a 140 ml u RaPN ($p < 0,05$). Výskyt závažných komplikací (Clavien-Dindo ≥ 3) byl 5 případů (12,1 %) u RANE a 3 případy (15,7 %) u RaPN, avšak bez statistického významu. GFR se po operaci u RANE statisticky významně snížila ($p < 0,05$). Onkologické výsledky (histologie, lokální recidiva, metastatická progresse) byly mezi skupinami srovnatelné. U skupiny indikované ke konzervativní léčbě, byla průměrná velikost nádoru na začátku sledování 38 mm a průměrné roční tempo růstu činilo přibližně 5 mm. Medián CCI byl 7. Pozdní metastázy byly zaznamenány u dvou pacientů (4,5 %).

Závěr: RaPN je bezpečnou alternativou RANE u pacientů ≥ 80 let s menším dopadem na funkci ledvin a se srovnatelnými onkologickými výsledky. Při volbě chirurgické metody je nezbytné individuálně zohlednit celkový zdravotní stav pacienta a jeho renální rezervu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Stereotaktická radioterapie primárního renálního karcinomu – starý problém, nové řešení?

Blažek T., Cvek J., Knybel L., Skácelíková E.

Onkologická klinika FN Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Renální karcinom byl tradičně považován za radiorezistentní nádor na základě dat z éry konvenční radioterapie. S nástupem stereotaktických technologií však narůstá evidence podporující využití stereotaktické radioterapie (SBRT) jako minimálně invazivní léčebné modalit i u primárního onemocnění.

Materiál a metody: Retrospektivní soubor zahrnuje 21 pacientů s primárním renálním karcinomem léčených v letech 2014–2025 pomocí přístroje CyberKnife. Použita byla frakcionace 5×6 –11 Gy, nejčastěji 5×8 –10 Gy. Cílem sdělení je prezentace biologických a technických aspektů SBRT u primárního renálního karcinomu, přehled současné literatury a analýza výsledků dosažených na vlastním pracovišti.

Výsledky: Zastoupena byla především T1 stadia, nejčastějším histologickým typem byl světlebuněčný karcinom. Sedm pacientů zůstalo v dlouhodobé dispenzarizaci, u tří z nich byla potvrzena trvalá lokální kontrola onemocnění. Dva pacienti zaznamenali lokální relaps, dva byli léčeni v rámci paliativního záměru pro známé metastatické onemocnění v době radioterapie. V celém souboru nebyla pozorována toxicita stupně ≥ 2 . Nejčastější frakcionační režimy dosahovaly biologicky ekvivalentní dávky ($\alpha/\beta = 3$) v rozmezí 90–270 Gy.

Závěr: SBRT představuje perspektivní léčebnou modalitu pro pacienty s primárním renálním karcinomem, u nichž není indikována nefrektomie. Výsledky vlastního souboru dokládají velmi dobrou lokální kontrolu a nízkou toxicitu. Další prospektivní studie jsou nezbytné k validaci účinnosti a standardizaci postupů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Bilaterální světlobuneční karcinom ledvin u 30letého muže

Slautin A., Alešín D.

Urologické oddělení Svitavské nemocnice,
Nemocnice Pardubického kraje, Svitavy

Nediskutovaný poster

Úvod: Oboustranné postižení ledvin renálním světlobunečným karcinomem je velmi vzácná patologie. Incidence zhoubných novotvarů ledvin mimo pánevníku v ČR v roce 2022 byla 30,58 na 100 000 obyvatel. V literatuře se uvádí incidence bilaterálního nálezu 0,5–1,5 %.

Kazuistika: Muž, 30 let, po autonehodě, podstoupil celotělové CT, kde byly jako náhodný nález zjištěny tumorózní expanze obou ledvin. Na pravé ledvině ve střední třetině byl zřejmý nehomogenní útvar velikostí 38 × 40 × 50 mm, s nazončeným povrchovým pouzdrém, na levé ledvině u horního pólu mírně nehomogenní hypodenzní ložisko kulatého tvaru velikosti 14 mm. Nález byl ověřen PET CT. Pacient byl indikován k operačnímu řešení, se snahou o zachování renálních funkcí byla provedena resekce levé ledviny v kombinaci s odloženou pravostrannou nefrektomií. Operace byly provedeny s odstupem 1 měsíce. Peroperačně nebyly žádné komplikace. Patohistologické vyšetření ukázalo světlobunečný renální karcinom s mnohočetnými cystami bez invaze do okolních tkání. Kontrola po roce, další vyšetření, vč. CT a UZ, neprokázala známky metastazování či další malignity.

Závěr: U synchronních bilaterálních tumorů ledvin spočívá strategie chirurgického řešení ve dvoufázovém provedení výkonů, kdy se začíná na straně s menším postižením ledviny, aby byla dostatečná doba k přípravě pacienta k dialýze, pokud by nebylo možné zajistit ledvinu šetřící výkon a operace by tak skončila nefrektomií.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná resekce nádoru ledviny u obézních pacientů

Kochánková J., Heráček J., Chmelík F., Matějková M.,
Stejskal J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Robotická resekce nádoru ledviny je standardní nefron šetřící operační výkon. Některé studie prokazují, že obezita může komplikovat perioperační průběh. Cílem práce bylo vyhodnotit, zda je robotická resekce ledviny u obézních pacientů onkologicky bezpečnou léčbou.

Materiál a metody: V období od roku 2008 do roku 2024 jsme provedli 436 roboticky asistovaných resekcí ledvin pomocí robotických systémů da Vinci® Standard, Si HD a Xi. Porovnali jsme výsledky skupiny pacientů s BMI ≥ 30 a skupiny pacientů s BMI ≤ 29,9. Soubor pacientů jsme vyhodnotili retrospektivně.

Výsledky: Skupina pacientů s BMI ≥ 30 zahrnovala 140 pacientů. Věkový průměr byl 62 let, průměrný počet dní hospitalizace byl 6 dní. Průměrná délka nádoru byla 29 mm, dle TNM klasifikace bylo 82,8 % tumorů pT1a, 15,8 % tumorů bylo pT1b, 1,4 % tumorů bylo pT2a. Průměrný operační čas byl 136 min, průměrná krevní ztráta byla 187 ml. Klampování bylo provedeno u 68,6 % výkonů a průměrná doba teplé ischemie byla 15 min. Komplikace dle Clavien-Dindo jsme evidovali u 18,5 % pacientů. Trifecty dosáhlo 83 % pacientů. Pozitivní okraje byly u 8,6 % pacientů. Druhá skupina pacientů s BMI ≤ 29,9 zahrnovala 296 pacientů. Věkový průměr byl 61 let, průměrný počet dní hospitalizace byl 6 dní. Průměrná délka nádoru byla 28 mm, dle TNM klasifikace bylo 79,5 % tumorů pT1a, 19,7 % tumorů bylo pT1b, 0,8 % tumorů bylo pT2a. Průměrný operační čas byl 124 min, průměrná krevní ztráta byla 149 ml. Klampování bylo provedeno u 69,5 % výkonů a průměrná doba teplé ischemie byla 14 min. Komplikace dle Clavien-Dindo jsme evidovali u 17,2 % pacientů. Trifecty dosáhlo 81,4 % pacientů. Pozitivní okraje byly u 8,4 % pacientů.

Závěr: Roboticky asistovaná resekce ledviny je u obézních pacientů bezpečná onkologická léčba, která peroperačně může vést k vyšším operačním časům a větším krevním ztrátám.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Institucionální podpora MO1012.

Analýza genových expresních profilů primárního světlobuněčného karcinomu ledviny v kombinaci s metabolickými profily k určení rizika šíření cirkulujících nádorových buněk

Klézl P.¹, Kološtová K.², Šonský J.¹, Gregušová A.¹, Samcová L.², Dvořáková Š.³, Miklovičová S.³, Volpini L.³, Neužil J.³, Grill R.¹, Bobek V.²

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

² Laboratoř personalizované medicíny,
Onkologická klinika FNKV, Praha

³ Laboratoř molekulární terapie,
Biotechnologický ústav AV ČR, v. v. i., Vestec

Diskutovaný poster

Úvod: Analyzovali jsme metabolickou aktivitu a molekulární profil primárních nádorů renálního karcinomu (RCC – renal cell carcinoma) ve vztahu k počtu cirkulujících nádorových buněk (CTC – circulating tumor cells). Hypotéza vycházela z předpokladu, že ovlivnění mitochondriálního metabolismu cílenou terapií (mitokany) moduluje aktivitu komplexů I–V, a tím i diseminaci CTC, která bývá zesílena oxidační fosforylací.

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 108 pacientů se světlobuněčným RCC. Metabolická analýza nádorů a zdravé tkáně zahrnovala aktivitu komplexů I, II, IV a citrát syntázy. Z periferní krve byly izolovány CTC metodou velikostní separace (MetaCell®) a kultivovány *in vitro*. Analýza probíhala fluorescenční mikroskopií (NucBlue™, Mitotracker™, CellTracker™) a automatizovanou platformou FLuoS®. Paralelní vzorky CTC byly použity pro další analýzy genové exprese.

Výsledky: Populace diseminovaných buněk zahrnovaly buňky různé velikosti (20–120 µm, velikost jádra 13–24 µm). Morfologie odrážela znaky CTC, cirkulujících kmenovým buňkám podobných buněk a cirkulujících endoteliálních prekurzorů. Všechny buněčné podskupiny vykazují specifické uspořádání mitochondriálního retikula, zajímavé pro určení metastatického potenciálu těchto CTC. Molekulárním profilováním „CTCs“ se zjistila nepřítomnost exprese IDO1 (indoleamin-2,3, dioxygenázy), IDO1 definuje progenitory endoteliálních buněk a vysoká exprese v PTs definuje nádory citlivé na imunoterapii, protože mají dostatečné cévní zásobení. Negativní IDO1 by mohla definovat obohacenou populaci CTCs směrem k ne-endoteliálnímu charakteru. V naší kohortě CTC byla exprese vimentinu typická pro renální tkáň doprovázena zvýšenou expresí fibronektinu 1 (FN1) místy spolu se zvýšenou expresí SOX2. Hladiny FN1 a SOX2 se měnily nezávisle na vimentinu. Elevace FN1 provází hojení, nádory se zvýšenou expresí FN1 vylučovaly signifikantně více CTC (1 663 vs. 683; $p \leq 0,01$). Zvýšená exprese PDL1 a SOX2 je typická pro nádory s vysokou aktivitou mitochondriálních komplexů CI, CII

a CIV. Nádory s vysokou aktivitou CII, vykazovaly sníženou expresí SOD2, KCND1 a expresí IDO1, ale přesto s nejvyšším počtem CTC v krvi.

Závěr: Kombinace metabolického profilu a genové exprese může pomoci identifikovat podskupiny pacientů s RCC, profitující z mitochondriálně cílené terapie a imunoterapie.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: NU23-03-00226 AZV.

Zhodnocení výsledků roboticky asistovaných parciálních nefrektomií provedených v našem centru

Koňářiková P., Košina J., Hušek P., Špaček J., Pacovský J., Brodák M.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem prezentace je zhodnocení operačních, onkologických a funkčních výsledků parciálních nefrektomií (PN) provedených v našem centru. Incidence nádorů ledvin v Česku je nejvyšší na světě. Díky častějšímu provádění zobrazovacích metod (UZ, CT či MRI) je stále více nádorů ledvin diagnostikováno v menší velikosti a asymptomatických. Díky tomu se zvýšila možnost provádět PN a šetřit zdravý ledvinový parenchym.

Materiál a metody: V období od ledna 2018 do června 2025 bylo v našem centru provedeno 241 roboticky asistovaných PN. Všem pacientům bylo před operací provedeno CT nebo MRI vyšetření trupu (břicha) k ozřejmění velikosti a uložení nádoru, cévního zásobení a předoperačního stagingu. Byly hodnoceny základní operační parametry, onkologické a funkční výsledky.

Výsledky: Medián sledování souboru byl 45 měsíců. Krevní ztráty byly v průměru 178 ml. Peroperačně byla klampována arterie u 68,6 % pacientů. Medián doby teplé ischemie byl 15,3 min. Komplikace nastaly u 5 % pacientů. Nejčastějším důvodem bylo krvácení, urinózní leak, ileus a febrilie. Histologickým nálezem byl nejčastěji konvenční renální karcinom, následoval papilární renální karcinom, onkocytom, angio-myolipom, chromofóbní karcinom a ostatní vzácné typy. Celkem 69,4 % tumorů bylo ve stadiu pT1a. U 28,6 % byl nalezen pozitivní chirurgický okraj (R1). Nejvyšší podíl R1 resekcí byl zaznamenán u pT1b tumorů (31 %). V souboru pacientů nedošlo ke zhoršení ledvinových funkcí, a to ani ve vztahu s rozsahem resekce, či době teplé ischemie klampováním centrální či segmentární renální arterie. Lokální recidiva byla zaznamenána u jednoho pacienta a metastatický rozsev byl zaznamenán u tří pacientů (omentum, plíce, kosti).

Závěr: Roboticky asistovaná PN je podle našich zkušeností a výsledků efektivní, onkologicky bezpečná operační léčebná metoda, a to zejména díky minimálnímu množství komplikací a minimálnímu výskytu lokální recidivy či metastatického rozsevu. Robotem asistovaný přístup umožnil rychlejší a preciznější ošetření ranné plochy po resekcí nádoru s krátkou dobou teplé ischemie či zcela bez ní, a tím výrazně přispěl k rozšíření tohoto přístupu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Kombinace systémové a chirurgické léčby u pacienta s primárně inoperabilním renálním karcinomem podkovovité ledviny – význam multioborové spolupráce

Herman J.¹, Král M.¹, Zemánková A.², Vidlář A.¹, Hartmann I.¹

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Primárně inoperabilní renální karcinom představuje značnou výzvu v uroonkologii. Neoadjuvantní terapie může vést u vybraných pacientů k regresi onemocnění a umožnit tak chirurgický zákrok. Prezentujeme pacienta s iniciálně inoperabilním nálezem, který podstoupil neoadjuvantní terapii umožňující následnou chirurgickou intervenci.

Kazuistika: Pacient s biopsicky ověřeným objemným tumorem pravé podkovovité ledviny, vstupně klinické stadium cT4 N0 M0. Multioborovou komisí byl indikován k neoadjuvantní léčbě cabozantinib + nivolumab, tato byla po 2 měsících pro hepatotoxicitu deeskalována na monoterapii cabozantinib v délce dalších 4 měsíců. Kontrolní CT prokazuje signifikantní regresi onemocnění, umožňující radikální nefrektomii s R0 resekcí. Pacient je nyní 3. rok v kompletní remisi.

Závěr: Neoadjuvantní léčba u pacientů se vstupně inoperabilním renálním karcinomem může vést k regresi onemocnění, umožnit chirurgický výkon a zlepšit prognózu. Zároveň může přispět k dlouhodobé kontrole nemoci. Dlouhodobá dispenzarizace a mezioborová spolupráce jsou základem efektivní léčby. Terapeutický přístup by měl být individualizován s cílem dosažení radikální resekce primárního tumoru jako jediné potenciálně kurabilní modality.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Implementace doporučení pro adjuvantní terapii ccRCC – jednocentrová retrospektivní analýza

Khomenko K., Pitra T., Hora M.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Adjuvantní léčba pembrolizumabem po chirurgickém odstranění světlóbněčného karcinomu ledviny (ccRCC – clear cell renal cell carcinoma) je podle aktuálních doporučených postupů indikována u pacientů s vysokým rizikem recidivy s cílem snížit pravděpodobnost relapsu onemocnění. V každodenní klinické praxi však zůstává nejasné, jaký podíl těchto pacientů adjuvantní terapii ve skutečnosti podstoupí.

Materiál a metody: V letech 2023 a 2024 jsme provedli retrospektivní analýzu pacientů s ccRCC léčených na našem pracovišti. Do hodnocení byli zařazeni pacienti po radikální nebo parciální nefrektomii, kteří splňovali kritéria pro adjuvantní léčbu pembrolizumabem podle doporučení Evropské urologické asociace (stadia pT2 G4 – sarkomatoidní varianta, pT3–4, pTx cN1 nebo pTx pM1 bez přítomnosti aktivní metastatické choroby). U každého pacienta jsme zaznamenali, zda adjuvantní terapii skutečně obdržel. Pokud terapie nebyla zahájena, byl analyzován důvod.

Výsledky: V období od ledna 2023 do prosince 2024 bylo na našem pracovišti celkem 65 pacientů po nefrektomii, splňujících kritéria pro podání adjuvantní terapie pembrolizumabem. Tuto léčbu skutečně obdrželo pouze 23 pacientů (35,4 %). Nejčastějšími důvody, proč nebyla zahájena terapie, byl konzervativní přístup ošetřujících lékařů (17 pacientů; 40,5 %), vyšší věk a závažné komorbidity (14 pacientů; 33,3 %), současná onkologická léčba nádoru jiného orgánu (8 pacientů; 19,0 %) a popř. odmítnutí terapie pacientem (3 pacienti; 7,1 %). Z pacientů, kteří adjuvantní terapii obdrželi (n = 23), došlo u 7 z nich (30,4 %) k recidivě nebo generalizaci onemocnění. Jeden pacient (4,3 %) zemřel a u jednoho (4,3 %) byla diagnostikována synchronní malignita – karcinom plic. Zbývajících 16 pacientů (69,6 %) zůstalo bez známek recidivy v dosavadním sledování.

Závěr: Adjuvantní terapie u vysoce rizikových pacientů s ccRCC není v klinické praxi indikována a následně realizována u významné části pacientů, přestože splňují doporučená kritéria. Je třeba zvýšit povědomí o benefitech adjuvantní léčby, zlepšit edukaci pacientů i lékařů a odstranit překážky bránící jejímu širšímu využití.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806) a program Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Roboticky asistovaná parciální nefrektomie – první zkušenosti jednoho centra

Pokorný J., Zachoval R., Fišerová H., Dvořáková Nguyễn T., Freibauer L., Stárková D.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je prezentace krátkodobých výsledků jednoho centra.

Materiál a metody: Od ledna 2024 do června 2025 bylo na našem pracovišti provedeno 64 roboticky asistovaných parciálních nefrektomií, u 63 pacientů za pomoci robotického systému da Vinci® Xi z transperitoneálního přístupu. Soubor byl vyhodnocen retrospektivně.

Výsledky: Celkově jsme provedli 64 výkonů, na levé ledvině 33 (52 %), na pravé 31 (48 %) u 34 (53 %) mužů a 29 (47 %) žen, 1× bilaterální výkon. Průměrný věk v souboru byl 67,7 (40–84) roku, BMI 30,2 (17,8–42,4). Průměrný konzolový operační čas byl 67 (34–111) min, klampování hilu bylo provedeno v 21 (33 %) případech, selektivní klampování větve renální arterie ve čtyřech (6 %) případech, bez ischemie 39 (61 %) výkonů. S ohledem na resekci do dutého systému ledviny byl ve dvou případech peroperačně zaveden ureterální stent. Doba teplé ischemie ledviny byla v průměru 16 (7–36) min, krevní ztráta 110 (10–800) ml, doba hospitalizace byla 5,4 (3–9) dne. Konverze na otevřený výkon ani operační revize provedena nebyla. Průměrná velikost nádoru v jeho největším rozměru byla 25 (6–78) mm, patologicky byl vyhodnocen jako pT1a v 41 (64 %) případech, pT1b v 17 (27 %) případech, pT2 v šesti (9 %) případech, histologicky byl reportován jako světlóbněčný renální karcinom v 43 (67 %) případech, multilokulární cystická renální neoplazma nízkého maligního potenciálu ve třech (5 %) případech, papilární renální karcinom v 10 (16 %) případech, onkocytom ve čtyřech (6 %) případech, karcinom ze sběrných ductů v jednom (1 %) případě, klasický angiomyolipom ve dvou (3 %) případech a v jednom (1 %) případě byl nález uzavřen jako jizevnatá tkáň ledviny. Makroskopicky nejistý okraj byl operátérem vidován v jednom (1 %) případě, mikroskopicky pozitivní okraj reportován patologem byl v osmi (13 %) případech. Komplikace dle Clavien-Dindo grade 1 byly zaznamenány ve třech případech, grade 2 v pěti případech, grade 3b v 1 případě (zavedení ureterálního stentu).

Závěr: Roboticky asistovaná parciální nefrektomie se jeví jako preferenční modalita při chirurgické terapii nádorů ledvin klinického stadia T1–T2.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A HORNÍCH CEST MOČOVÝCH

BCG terapie a její vzácné, ale závažné nežádoucí účinky

Tolar O., Dianová K., Paldus V., Šámal V.

Urologie, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Diskutovaný poster

Úvod: Standardní léčbou neinfiltrovajících nádorů močového měchýře (MM) je transuretrální resekce (TUR), v indikovaných případech následovaná intravezikální chemoterapií, resp. léčbou vakcínou Bacillus Calmette-Guérin (BCG) u high-grade (HG) nádorů. Systémové komplikace BCG vakcíny jsou vzácné, ale mohou být život ohrožující.

Kazuistika: Předkládáme dva případy vzácných systémových komplikací po intravezikální instilaci BCG: 1. Muž, 72 let, léčen pro nesvalovou invazivní rakovinu močového měchýře (NMIBC – non-muscle-invasive bladder cancer) pT1 HG, mnohočetný tumor. Po provedeném TUR a reTUR indikován k intravezikální léčbě BCG vakcínou. Absolvoval indukční léčbu šesti a udržovací léčbu třemi aplikacemi v 3. měsíci léčby. Po udržovací léčbě byla hmatná rezistence v hrudní stěně velikosti 30 mm. CT hrudníku prokázalo retropleurálně uložené ložisko v hrudní stěně, které bylo po exstirpaci verifikováno jako tuberkulózní granulom. Navzdory nasazení čtyřkombinační antituberkulózní léčby pacient zemřel v důsledku základní onkologické diagnózy a dekompenzace přidružených interních onemocnění. 2. Muž, 52 let, s NMIBC pT1 LG, mnohočetné postižení MM, po provedené TUR, u kterého byla zahájena intravezikální léčba doxorubicinem. Pro selhání této léčby indikována intravezikální terapie BCG vakcínou. Po úvodní a jedné udržovací dávce se rozvinul obraz plicní BCGitidy, potvrzený na CT i mikroskopicky. Pacient je léčen čtyřkombinací antituberkulotik s dobrým efektem. Nadále je pečlivě sledován, bez známek recidivy základního onemocnění a další intravezikální léčby.

Závěr: Cílem sdělení je upozornit na možnost vzácných, avšak potenciálně závažných komplikací jinak běžné léčby a zdůraznit význam jejich včasného rozpoznání a adekvátní terapie.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Možností neoadjuvantní chemoterapie uroteliálních nádorů močového měchýře

Matoušková M.^{1,2}, Buchler T.³, Skálová J.⁴, Donátová Z.¹

¹ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

² Urocentrum Praha s.r.o.

³ Onkologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

⁴ Onkologická klinika 1. LF UK a FTN, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: V České republice představují nádory vycházející z urotelu sedmé nejčastější nádorové onemocnění v populaci, kdy ročně zachytíme přes 3 200 pacientů s poměrem 3 muži : 1 žena. Přibližně 60 % nádorů zastihneme v době diagnózy jako svalovinu neinvadující nádory, necelých 400 pacientů přichází s lokálně pokročilým onemocněním. Pro lokálně pokročilá stadia je radikální cystektomie (RACE) léčbou volby. Pouze zlomek z nich podstoupí trimodální léčbu. Ke zlepšení efektivity chirurgické léčby nabízíme nemocným neoadjuvantní chemoterapii (NAH), případně indukční chemoterapii. Začlenění NAH zlepšuje přežití o 8 %. Cílem NAH je dosažení ypT0N0/ypTisN0 při RACE.

Materiál a metody: Pro NAH je nezbytná řádná funkce ledvin a kardiovaskulárního aparátu tak, abychom pacientovi podali po náležité premedikaci cisplatinu v kombinovaném režimu, obvykle s gemcitabinem. Karboplatina je pro NAH zcela nevhodná. Je však podání aplikace režimu GC opravdu jedinou možností?

Výsledky: Předkládáme soubor 61 mužů a žen, kteří v letech 2017–2022 podstoupili NAH s následnou RACE – 48 NAH na podkladě cDDP, 13 imuno(chemo)terapii. NAH aplikována u 42 pacientů, u ostatních jako indukční režim. Celkem 44 pacientů dosáhlo pTx pN0, 12 z nich bylo léčeno novými režimy léčby. Celkové přežití po 3 letech bylo 66 %, u pacientů léčených IO 77 %.

Závěr: Zařazení NAH do standardního postupu u pacientů indikovaných k RACE je pro pacienty výhodné a racionální řešení pro ovlivnění mikrometastáz, pravděpodobnou chemosenzitivitu tumoru, snášenlivost a compliance lepší než po operaci – to vše bez ovlivnění peri- a pooperační mortality. Příznivá odpověď je dána dosažením ypT0, ≤ ypT1, ypN0 a negativními chirurgickými okraji. Odložení RACE může nepříznivě ovlivnit pouze chemorezistentní tumory, tuto rezistenci prolomí kombinace s IO.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Adenokarcinom *in situ* močového měchýře jako vzácný histologický nález

Jančík M., Čapoun O.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Primární adenokarcinom močového měchýře je vzácné maligní onemocnění tvořící < 2 % nádorů této lokalizace. Forma *in situ* představuje prekancerózu s vysokým rizikem progresu do invazivního karcinomu.

Kazuistika: Pacient byl sledován pro elevaci prostatického specifického antigenu (PSA) a podezření na nádor močového měchýře. Při cystoskopii byl popsán 15mm papilární útvar. Magnetická rezonance zobrazila ložiska hodnocená podle systému PI-RADS (Prostate Imaging-Reporting and Data System) stupněm 3 a 4. Byla provedena transuretrální resekce (TUR) s jednorázovou intravezikální instilací mitomycinu. Původní nález neinvazivního uroteliálního karcinomu stadia pTa, high-grade (G3), byl po revizi patologem změněn na adenokarcinom *in situ*. Vzhledem k absenci svaloviny detruzoru v resekátu byla indikována re-TUR, ta již bez malignity. Následně byla zahájena intravezikální imunoterapie vakcínou Bacillus Calmette-Guérin (BCG). Po dokončení iniciační série BCG prokázala fúzní biopsie středně rizikový adenokarcinom prostaty. Kontrolní cystoskopie i zobrazovací vyšetření neprokázaly recidivu nádoru měchýře. V červnu 2024 byla provedena roboticky asistovaná radikální prostatektomie s nálezem acinárního adenokarcinomu prostaty pT3a pN0 M0 Gleasonovo skóre 4+5. Intravezikální léčba BCG byla ukončena v září 2024 po 14 aplikacích. Pooperační hladina PSA byla neměřitelná, kontrolní cystoskopie i cytologie moči byly bez známek recidivy.

Závěr: Prezentovaný případ podtrhuje význam přesné histopatologické diagnostiky a multidisciplinárního přístupu při léčbě vzácných nádorů močového měchýře a jejich souběhu s další malignitou – karcinomem prostaty.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno: MZ ČR – RVO-VFN 64165 a ORJ 90233.

Bordeaux neobladder – roboticky asistovaná radikální cystektomie s intrakorporální derivací

Študent V. Jr., Hruška F., Hartmann I., Študent V.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Roboticky asistovaná radikální cystektomie (RA-RACE) se stala využívanou alternativou otevřené operace. Kompletně intrakorporální provedení neoveziky je technicky náročné. Cílem tohoto sdělení je představit výsledky souboru intrakorporálních RA-RACE s tzv. Bordeaux neovezikou (modifikovaná Y rekonstrukce).

Materiál a metody: Od února do června 2025 jsme provedli pět RA-RACE s Bordeaux neovezikou. Po dokončení ablační fáze RA-RACE je upravena Trendelenburgova poloha na 10–15° a je izolováno 40 cm preterminálního ilea, které je staženo do pánve a fixováno suburetrálně dle Rocca pomocí V-loc® 3-0. Anastomóza je provedena dvěma Monocryl 3-0 stehy. Ileum je nůžkami přerušeno a entero-entero anastomóza je provedena dvěma 60mm staplery. Exkludovaná klička je detubulizována. Nejprve je provedena zadní sutura následovaná překlopením kraniální části směrem k uretře. Poté je dokončena přední rekonstrukce za využití V-loc® 4-0. Spatulované uretery jsou přímo napojeny na otevřené „rohy“ neoveziky pomocí dvou Monocryl 5-0. Před uzavřením je perkutánně zaveden do každého ureteru mono-J ureterální stent fixovaný k neovezice Safil Quick 4-0. Integrita neoveziky je ověřena náplní 120 ml fyziologického roztoku.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 63,2 let, všichni byli muži, neoadjuvanci podstoupili tři pacienti. Průměrná celková délka operace byla 313 min a průměrný console time 272 min. Průměrné krevní ztráty byly 340 ml a pooperační průběh byl u všech nekomplikovaný. Délka hospitalizace byla v průměru 14 dní, mono-J ureterální cévky byly extrahovány v průměru za 12 dní. Močový katetr byl ponechán po dobu 3–4 týdnů. Během 90 dní po operaci byl jeden pacient hospitalizován pro febrilní uroinfekt (Clavien II komplikace) a během 120 dní od RA-RACE byl jiný pacient hospitalizován pro uroinfekt s nutností zavedení DJ stentu (Clavien IIIa komplikace).

Závěr: Bordeaux neovezika je atraktivní alternativou běžně využívaných derivací (např. dle Studera). Nevyžaduje transpozici ureterů a vytvoření „Wallace plate“. Její konstrukce je poměrně rychlá. Výsledky je však třeba posoudit při delším sledování pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná radikální cystektomie s intrakorporální ureteroileostomií a apendektomií pro adenokarcinom hrotu appendixu prorůstající do močového měchýře

Brisuda A., Pokorný D., Příman O.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Video

Úvod: Prezентujeme chirurgické řešení vzácné diagnózy mucinozního adenokarcinomu hrotu appendixu, který byl diagnostikován jako invazivní adenokarcinom močového měchýře nejasného původu bez generalizace. Tyto nádory jsou velmi vzácné a jejich prognóza závisí na stadiu a histologickém typu onemocnění.

Kazuistika: Pacientka, 77 let, v klinicky dobrém stavu, byla vyšetřena pro hematurii a retenci moči. Vyšetřením byl diagnostikován objemný, pravděpodobně invazivní nádor močového měchýře, do kterého je infiltrátem zavzat appendix. Transuretrální resekce prokázala invazivní mucinozní adenokarcinom, grade 2, enterický typ. Byla indikována roboticky asistovaná radikální cystektomie. V Trendelenburgově poloze 25° bylo založeno kapnoperitoneum a zavedeny čtyři robotické a dva asistenské porty. Byla provedena cystektomie s resekci ventrální stěny pochvy, uretrektomie, hysterektomie s bilaterální adnexektomií a pánevní lymfadenektomie. S močovým měchýřem byl odstraněn běžným způsobem také appendix vrůstající do stěny měchýře. Derivací moči byla intrakorporální ureteroileostomie dle Brickera. Výkon trval 315 min, krevní ztráty byly 300 ml. Nevyskytly se žádné peroperační ani pooperační komplikace do 30. pooperačního dne. Pacientka byla propuštěna 11. pooperačního den. Histologické vyšetření prokázalo mucinózní adenokarcinom appendixu stadia pT4b, sedm uzlin bylo bez nádoru. Dle komplexního onkologického centra bude indikována extenzivnější chirurgická a adjuvantní systémová léčba.

Závěr: Při chirurgickém řešení adenokarcinomu močového měchýře je třeba vždy pomýšlet na jejich primární původ v gastrointestinálním traktu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Modifikace vedení ileálního konduitu břišní stěnou po cystektomii jako prevence parastomální kýly

Vrtal M.^{1,2}, Čapák I.^{1,2}, Hrabec R.^{1,2}, Hulová M.^{1,2}, Šumberová K.³, Doležel J.^{1,2}, Staník M.^{1,2}

¹ LF MU, Brno

² Oddělení urologické onkologie, MOÚ, Brno

³ Úsek zdravotnických informací, MOÚ, Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Parastomální kýla představuje častou komplikaci po derivaci moči ileálním konduitem. Cílem studie bylo zhodnotit efektivitu a bezpečnost modifikované techniky průchodu konduitu břišní stěnou k prevenci vzniku kýly.

Materiál a metody: Do retrospektivní analýzy bylo zahrnuto 100 pacientů, kteří podstoupili radikální cystektomii nebo jiný výkon s derivací moči formou ileálního konduitu v letech 2019–2023 na MOÚ v Brně. Celkem 50 pacientů mělo vedení konduitu břišní stěnou provedeno klasicky a 50 modifikovaně. Hlavním rysem modifikace bylo šikmé vedení konduitu skrze břišní stěnu. Po incizi přední pochvy přímého svalu je bříško svalu rozhrnuté, tupou preparací je tunel veden po zadním listu fascie přímého svalu a peritoneum je incidováno asi 3 cm kaudálně od vyvedení stomie na kůži. Konduit je následně protažen tunelem a fixován k přední fascii přímého svalu. Definice parastomální kýly – tenké kličky nad úroveň fascie přímého svalu dle CT; medián doby sledování byl 35,5 (IQR 26,50; 51,25) měsíců. Pro vyhodnocení rizika vzniku parastomální kýly v čase byla použita křivka přežití, která zohledňuje konkurenční riziko úmrtí. K univariální analýze prediktorů výskytu parastomální kýly a k odhadu poměrů rizik (HR – hazard ratio) byl použit Fine-Grayův model, sledovány byly komorbidity, kortikoidy, předchozí operace a NACHT.

Výsledky: Do studie bylo zahrnuto 72 mužů a 28 žen s průměrným věkem 67,2 let. Po 2 letech sledování dosáhla pravděpodobnost přežití bez parastomální kýly 93,9 % (95% CI 87,2–100,0) u modifikované skupiny oproti 64,0 % (95% CI 50,5–77,5) u skupiny s klasickým vedením konduitu ($p < 0,001$). Medián doby do vzniku kýly byl 13, resp. 15 měsíců při klasické a modifikované technice. V univariální analýze byla modifikace spojena se statisticky významným snížením rizika vzniku parastomální kýly (HR = 0,12; 95% CI 0,04–0,39; $p < 0,001$). Nebyly zaznamenány žádné specifické komplikace spojené s novým technickým postupem.

Závěr: Výsledky studie ukazují, že modifikované vedení ileálního konduitu může výrazně snižovat riziko parastomální kýly a představuje bezpečnou alternativu k běžně používané technice.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (MOÚ, 00209805).

Roboticky asistovaná nefroureterektomie s lymfadenektomií (RA-NUE s LAE) – video

Hora M.¹, Bartoš Veselá A.¹, Stránský P. Jr.¹, Šíková D.¹, Sedláčková H.¹, Pitra T.¹, Stránský P.¹, Trávníček I.¹, Ůrge T.¹, Drápelová B.¹, Voráčková J.¹, Ferda J.², Pivovarčíková K.³

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

³ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Indikace lymfadenektomie (LAE) během nefroureterektomie (NUE) pro uroteliální tumory horních cest močových (UUTUC – upper urinary tract urothelial cell carcinoma) nemá jasná pravidla. U všech vysoce rizikových UUTUC je dle EAU guidelines indikována NUE a zároveň LAE. Guidelines zvažují neprovádět LAE u Ta-1, ale zmiňují nepřesnosti v předoperačním stagingu T kategorie. Kromě pokročilých tumorů je u NUE akceptován minimálně invazivní přístup. Prezентujeme první zkušenosti s RA-NUE s LAE.

Materiál a metody: V období od července 2021 do května 2025 byla u 96 případů UUTUC provedena NUE 80× (83,3 %), šetřící výkon 16× (16,7 %). RA-NUE z toho u 34, u 5 s LAE (high-risk ≥ cT2/HG a cN0). K otevřenému výkonu byli indikováni pacienti s pokročilými nálezy, výrazně obézní, s předchozí rozsáhlejší nitrobřišní operací. Technika RA-NUE vlevo s horní LAE na videu: systém da Vinci Xi, poloha na boku 60°. Nejkaudálnější port je 12mm pro možnost aplikace stapleru, ostatní 8mm. Asistentský port 15mm pro zavedení extrakčního sáčku. Výkon začíná nefrektomií. Následuje paraaortální/parakavální LAE pomocí nůžek, pečecí systémy nebyly použity. Bez redokování systému pokračováno excizí močovodu kraniokaudálně až do pánve. Ureter je excidován a defekt měchýře zašitý s V-Loc® 90 3-0. Extrakce močového katetru 6. operační den po cystoradiografii (CRG).

Výsledky: Celkem 20 mužů : 14 žen (RA-NUE-LAE 1 muž : 4 ženy). Průměrný věk byl 71,8 ± 9,1 (48,1–86,1) roku. BMI 27,9 ± 3,75 (20,2–35,7). Doba hospitalizace byla 7,3 ± 2,8 (3–18) dní. Cévká odstraněna za 12,5 ± 10,4 (5–35) dne (4× ponechána déle (20–37 dní) pro únik k.l. při CRG). Komplikace Clavien-Dindo 1× typ 2 (chylózní ascites řešený konzervativně, trvání 2 měsíce), 1× lokální recidiva tumoru G3 řešená cystektomií. U čtyř LAE horní (tumor pánvičky), 1× LAE pánevní (tumoru distálního ureteru). Zde změna polohy, excize distálního ureteru a LAE v poloze na zádech. Čas RA-NUE-LAE 189 (164–240) min. Průměrný počet uzlin 6 (2–10). Kategorie pN1 1×, ostatní pN0.

Závěr: RA-NUE s LAE je indikována patrně nedostatečně. Nedostatečný je i rozsah provedení. Nicméně LAE během

RA-NUE je proveditelná s potenciálem dalšího rozvoje. Otevřená varianta stále zůstává pro vybrané případy.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Karlova univerzita Praha, Lékařská fakulta Plzeň (Cooperatio Program, SURG), Institucionální výzkum Fakultní nemocnice Plzeň (FNPI 00669806).

Roboticky asistovaná resekce distálního močovodu pro uroteliální karcinom – alternativní přístup k léčbě low-grade léze

Balík M., Špaček J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: Standardní léčbou uroteliálního karcinomu distálního močovodu je radikální nefroureterektomie. U vybraných pacientů lze zvážit šetrnější přístup s cílem zachování renální funkce. Předkládáme kazuistiku roboticky asistované resekce distálního močovodu.

Kazuistika: Muž, 58 let, s 10letou anamnézou karcinomu prostaty GS6 léčeného brachyterapií, doposud bez známek recidivy. V lednu 2023 se objevila intermitentní bezbolestná hematurie. Cystoskopicky bylo patrné krvácení z levého ústí. Flexibilní ureterorenoskopie v březnu odhalila tumorózní hmoty v distálních 5 cm močovodu, proximálně byl nález negativní. Histologicky se jednalo o uroteliální karcinom pTa low-grade. Doplněné CT bylo bez nálezu metastáz. Po konzultaci s pacientem byla místo standardní nefroureterektomie zvolena roboticky asistovaná resekce močovodu. Výkon trval 92 min, krevní ztráta minimální. Bez nutnosti JIP. První den extrakce drénu, 7. den cystografie bez leaku, stent odstraněn za 6 týdnů. Pacient je dispenzarizován – cystoskopie kvartálně, CT po 6 měsících, fURS po roce. Dva roky po výkonu bez recidivy obou malignit, zachovaná renální funkce.

Závěr: U low-grade nádorů může být robotická resekce distálního močovodu vhodnou alternativou. Tento přístup by mohl být u vybraných pacientů zvažován častěji, zejména v kontextu pokroku v imunoterapii a cílené onkologické léčbě.

Konflikt zájmů: Hlavní autor je proctorem robotické chirurgie v urologii.

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Vliv adjuvantní terapie na dobu přežití bez progresu u pacientů s pokročilým tumorem horních močových cest – retrospektivní analýza

Šafářová M.¹, Holá K.², Hruška F.¹, Študentová H.²

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Do roku 2020 chyběl mezinárodní konsenzus ohledně přínosu perioperativní systémové léčby u pacientů s karcinomem horních močových cest (UTUC – upper urinary tract urothelial carcinoma). Adjuvantní chemoterapie na bázi platin jako nový způsob léčby začala být doporučována až na základě výsledků studie POUT. Od roku 2022 je v těchto doporučeních i adjuvantní imunoterapie nivolumab, jejíž benefit pro pacienty se svalově invazivním UTUC a PD-L1 expresí $\geq 1\%$ byl prokázán ve studii CheckMate-274. Závěry těchto studií se do běžné klinické praxe promítají jen postupně. Tato retrospektivní analýza, vzniklá ve spolupráci onkourologického týmu naší nemocnice, ukazuje výsledky adjuvantní terapie UTUC z reálné klinické praxe.

Materiál a metody: Na Urologické klinice naší nemocnice podstoupilo v letech 2018–2024 celkem 47 pacientů radikální chirurgický zákrok pro vysoce rizikový UTUC. Více než 80 pacientů s nízké rizikovým (low-grade, Ta–T1) nálezem nebo s metastatickým či inoperabilním onemocněním nebylo do analýzy zahrnuto. Kaplan-Meierova analýza doby přežití bez progresu a Coxova regrese byla provedena v softwaru R 4.3.2.

Výsledky: Ze sledovaného souboru bylo dále vyřazeno pět pacientů z důvodu časného úmrtí po operaci, které bylo způsobeno pooperačními komplikacemi v souvislosti s vyšším věkem a přítomností komorbidit. V rámci analyzované kohorty podstoupilo šest pacientů adjuvantní léčbu nivolumabem, pět pacientů bylo léčeno kombinací cisplatiny a gemcitabinu a 31 pacientům nebyla adjuvantní léčba podána. U pacientů, kterým nebyla podána adjuvantní léčba, došlo k progresi onemocnění ve $> 50\%$ případů, zatímco ve skupině s adjuvantní léčbou je zatím míra progresu 27 %. Hazard ratio pro srovnání těchto dvou skupin bylo 0,48, vzhledem k malé velikosti souboru a prozatímní nezralosti dat však bez statické signifikance ($p = 0,24$).

Závěr: Tato retrospektivní analýza ukazuje, že adjuvantní systémová léčba prodlužuje dobu do progresu onemocnění UTUC v reálné klinické praxi obdobně jako v klíčových klinických studiích. Vzhledem k omezené velikosti souboru však zatím bez statistické významnosti.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Sklerotizace lymfatických cév při symptomatické lymfokéle u pacienta po roboticky asistované radikální cystektomii s Brickerovou derivací

Fedák D.¹, Novák V.¹, Štefánek M.², Přiman O.¹,
Brisuda A.¹, Babjuk M.¹

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

² Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Symptomatická lymfokéla je jednou z komplikací po roboticky asistované radikální cystektomii s lymfadenektomií zvyšující morbiditu a prodlouženou rekonvalescenci po výkonu. V kazuistice popisujeme intervenční metodu sklerotizace lymfatických cév vedoucí k zástavě progresu velikosti lymfokély.

Kazuistika: V kazuistice uvádíme případ 72letého muže s uroteliálním HG/G3 nádorem divertiklu močového měchýře s plošnou invazí do subepiteliálního stromatu s výskytem carcinoma *in situ* a nádorové lymfangioinvaze. Po neoadjuvantní chemoterapii (cisplatina + Gemcitabin) byla provedena roboticky asistovaná radikální cystektomie, bilaterální pánevní lymfadenektomie, ureteroileostomie dle Brickera. Od 3. pooperačního dne došlo k rozvoji otoku měkkých tkání genitálu a vysokým odvodům z drénu (520–1 800 ml/den). Čtrnáctý pooperační den bylo doplněno CT k ověření polohy lymfokély a následně byla intervenčním radiologem pod UZ kontrolou provedena lymfografie inguinálních lymfatických uzlin s embolizací lymfatik. Po intervenci proběhla redukce velikosti lymfokély, otoku genitálu a odvodů z drénu. Dimise pacienta do domácí péče proběhla 2 dny po intervenci. Do dnešního dne je pacient bez recidivy lymfokély či otoku měkkých tkání genitálu.

Závěr: Embolizace lymfatik se jeví jako miniinvazivní a trvalé řešení symptomatické lymfokély po robotických výkonech s lymfadenektomií. Výkon v lokální anestezii je pro pacienta nezátěžující v porovnání s jinou invazivní metodou řešení lymfokély.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

ODBORNÁ SDĚLENÍ SESTER

Spektrum robotické operativy v urologii

Nováková A.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Roboticky asistovaná operace pyeloplastiky u dětí z pohledu perioperační sestry

Křištofová S.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Sesterské sdělení

Použití flexibilního odsávacího access sheathu při řešení nefrolitiázy

Drápelová B., Kapounová V.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Umělý svěrač v perioperační péči

Kapounová V., Drápelová B.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Umělý svěrač u muže v ošetrovatelské péči

Orabincová A., Kožíšková Z.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Kvalita života pacientů s karcinomem močového měchýře

Neier J.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Sesterské sdělení

Noční mūra v péči o stomie – komplikace po operaci

Potůčková P.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Sesterské sdělení

Urostomie vs. stomická pomůcka

Kožíšková Z., Orabincová A.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Práce sestry na urologickém stacionáři

Nagyová A., Kučerová P.

Urologická klinika LF MU a FN Brno

Sesterské sdělení

Význam paliativní péče

Nováková Peršínová L.

Urologická klinika 2. LF UK a FNM Praha

Sesterské sdělení

Za hranou empatie – pacient jako hrozba. Jak reagovat v urologické praxi?

Mačková K., Antolová J.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Sesterské sdělení

ŠÉFREDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA
Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

doc. MUDr. Antonín Brisuda, Ph.D., FEBU

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

doc. MUDr. Michal Fedorko, Ph.D., FEBU

Urologická klinika LF UK a FN Brno

doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.

Oddělení onkourologie, MOÚ, Brno

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

prof. MUDr. Viktor Soukup, Ph.D., FEBU

Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSC.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

prof. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D.

Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

doc. MUDr. Otakar Čapoun, Ph.D.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

as. MUDr. Olga Dolejšová, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewna, FEBU

Urology Department, Nicolaus Copernicus Hospital, Bydgoszcz, Polsko

prof. MUDr. Ondřej Fiala, Ph.D.

Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

doc. MUDr. Richard Fiala, CSC, FEBU

Causeway Hospital, Coleraine, Severní Irsko

doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Erik Havranek, MD FEBU FRCS (Urol)

Northwick Park Hospital, Harrow a Central Middlesex Hospital, Londýn, GB

doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D., MBA

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

MUDr. Jan Hrbáček, Ph.D.

Urologické oddělení, FN Bulovka, Praha

as. MUDr. Tomáš Pitra, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

doc. MUDr. Kristýna Pivovarová, Ph.D.

Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň

Piotr L. Chlosta, MD, PhD, DSc, FEBU

Department of Urology, Jagiellonian University in Krakow, Polsko

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

doc. MUDr. Ivan Minčík, Ph.D.

Klinika urológie, FZO PU v Prešově, Slovensko

PD Dr. habil. Vladimír Novotný

Urologische klinik, Städtisches Klinikum Görlitz, Německo

prof. Peter Nyirády M.D., Ph.D., D.Sc., FEBU

Department of Urology and Centre for Urooncology, Semmelweis University, Budapešť, Maďarsko

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Urologické oddělení, FN České Budějovice

MUDr. Jan Schraml, Ph.D.

Klinika urologie a robotické chirurgie FZS UJEP a Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

doc. MUDr. Vladimír Študent Jr., Ph.D., FEBU

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

prof. MUDr. Ján Švihra, Ph.D.

Urologická klinika JLF UK a UNM Martin, Slovensko

doc. MUDr. Štěpán Veselý, Ph.D.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

MUDr. Robert Wagenhoffer

Urologische Klinik, Klinikum Ingolstadt, Německo

doc. MUDr. Peter Weibl, Ph.D.

Urologie, Landeskrankenhaus Korneuburg, Rakousko

doc. MUDr. Miroslav Záleský, Ph.D.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

Peter Zvara, M.D., Ph.D.

Department of Urology and Biomedical Laboratory, University of Southern Denmark Odense, Dánsko

Česká urologie / Czech Urology

říjen 2025 / ročník 29 / Supl. B / vychází: 10. 10. 2025

Vydavatel: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Šéfredaktor: prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA, Urologická klinika LF UK a FN Plzeň, horam@fnplzen.cz

Nakladatel: Care Comm s.r.o., Klicperova 604/8, 150 00 Praha 5, www.carecomm.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Adéla Holčáková, adela.holcakova@carecomm.cz

Jazyková korektura: Mgr. Adéla Holčáková

Grafická úprava: Barbora Kosinová

Inzerce: Mgr. Simona Dornáková, simona.dornakova@carecomm.cz, +420 731 202 341

Rukopisy posílejte prostřednictvím redakčního systému ACTAVIA na webových stránkách www.czechurol.cz.

Vychází: 4x ročně, online.

Určeno odborné veřejnosti. Zasláné příspěvky se nevracejí. Nakladatel získá publikací příspěvku výlučné nakladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerce odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým či elektronickým, vč. pořizování fotokopíí, nahrávek, informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autor-ských práv a vydavatelského oprávnění.

www.czechurol.cz

ISSN (online)

2336–5692

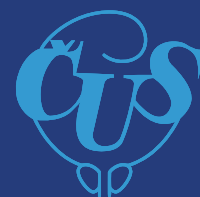
Pokyny pro autory
najdete zde:





Zdroj: Koco C,
Wikipedia,
CCA 3.0

**14. – 16.
ŘÍJNA
2026**



**72. výroční konference
České urologické společnosti
ČLS JEP**

Clarion Congress Hotel, Ostrava

