

Česká urologie

CZECH UROLOGY

30

14.–16. října
2026

72. výroční konference
České urologické společnosti ČLS JEP

Časopis České urologické společnosti ČLS JEP



Excerptováno v Bibliographia medica Českoslovac, Index Copernicus, Bibliovigilance

Partneři České urologické společnosti ČLS JEP

Stříbrní partneři



Johnson & Johnson

 **NOVARTIS**
Reimagining medicine, together.



Bronzoví partneři



Oficiální partneři



Aristo



Heaton



Organizace konference

Prezident konference

MUDr. Michal Grepl, 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.

Členové

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

doc. 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

Záštita

doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPS

děkan LF OU, Ostrava

MUDr. Jiří Havrlant, MHA

ředitel FN Ostrava

Partneři konference

Accord	Johnson & Johnson
Akacia	MAC's MEDICAL CEE
Aristo Pharma	Medial
Aspironix	Mediform
Astellas	Mediz
AstraZeneca	Medkonsult
Auto Heller	MGVIVA
B.Braun	MSD
Bayer	Nadační fond Muži proti rakovině
Besins	Novartis
Bionik	Olympus
Bionorica	Penta Hospitals
Bioptická laboratoř	Prague Medical
Care Comm	Porsche CZ
Coloplast	Promedica
Eli Lilly	Recordati
Elva Pharma	Růžový slon
Ensana	S.A.B.
Essity	Sandoz
Falkonik	Stimvia
Grane	Surgicare
Hartmann-Rico	Synektik
Heaton	Teleflex
Cheirón	TZMO
Chirana T Injecta	Untraco
Chironax	Urotech
IBSA	Zentiva
IPC	Žij lépe

Středa 14. 10. 2026		Sál 1
14:00–14:45	Precizní medicína v léčbě uroteliálního karcinomu Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátorka: Matoušková M.</i> Jaká je role patologa v precizní medicíně uroteliálního karcinomu? <i>Háček J.</i> Individuální přístup k radikální cystektomii <i>Brisuda A.</i> Možnosti cílené léčby, co přinese budoucnost? <i>Študentová H.</i>	
14:45–15:30	Screening karcinomu prostaty Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátor: Zachoval R.</i> Program časného zachytu karcinomu prostaty v poločase: co říkají data <i>Hejčmanová K.</i> Program časného zachytu karcinomu prostaty: výzvy, příležitosti a další směřování <i>Zachoval R.</i> Diskuze <i>Babjuk M., Hejčmanová K., Matoušková M.</i>	
15:45–16:30	Praktický přístup k pacientovi s mHSPC – Q+A Satelitní sympozium společnosti Bayer <i>Moderátor: Zachoval R.</i> Spolupráce urologů s onkology v léčbě karcinomu prostaty <i>Zachoval R.</i> Co je nového v guidelines? Uplatnění do praxe <i>Čapoun O.</i> Umíme vybrat optimální ARTA preparát pro správného pacienta? <i>Katolická J., Matoušková M.</i>	
16:45–18:15	Shromáždění členů ČUS ČLS JEP	

Středa 14. 10. 2026		Sál 2
14:00–14:45	Laser v terapii urologických onemocnění Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátor: Petřík A.</i> V současnosti používané lasery <i>Petřík A.</i> Užití laserů v terapii urolitiázy <i>Hradec T.</i> Užití laserů v terapii BPO a ostatních indikacích <i>Pitra T.</i> Diskuze <i>Hradec T., Petřík A., Pitra T.</i>	
14:45–15:30	Kdy indikovat chirurgickou léčbu benigní prostatické obstrukce? Edukační kurz České akademie urologie <i>Moderátor: Krhut J.</i> Vliv benigní prostatické obstrukce (BPO) na močový měchýř <i>Krhut J.</i> Kdy indikovat chirurgickou léčbu BPO? <i>Hok M.</i> Jak zvolit optimální metodu chirurgické léčby BPO? <i>Tolinger P.</i>	
15:45–16:30	Využití kyseliny hyaluronové v urologii od regenerace urotelu po terapii Peyronieho choroby Satelitní sympozium společnosti IBSA Pharma <i>Moderátor: Zámečník L.</i> Význam obnovy urotelu v manažmente recidivujících a postradiačních cystitíd <i>Chocholatý M.</i> Kyselina hyaluronová v terapii Peyronieho choroby: Klinické aspekty a přínos pro praxi <i>Zámečník L.</i>	
Čtvrtek 15. 10. 2026		Sál 1
08:00–08:15	Zahájení konference <i>Moderátoři: Zachoval R., Grepl M.</i>	
08:15–09:45	Vyzvané přednášky <i>Moderátoři: Zachoval R., Babjuk M., Grepl M.</i> Vesical imaging reporting and data system (VI-RADS) staging of bladder cancer – first institutional experience <i>Barreto L.</i> Not all intermediate-risk prostate cancers are equal – from risk stratification to treatment selection <i>Małkiewicz B.</i> Urology as a specialty of future in day case surgery? <i>Domján Z.</i> Is open cystectomy anachronistic in 2027? <i>Lusuardi L.</i> The role of the detrusor dysfunction in the management of female stress urinary incontinence <i>Tarcan T.</i> Toward bladder conservation, how to assert complete response after neo adjuvant chemotherapy <i>Malavaud B.</i>	

10:00–11:45	Živý přenos z operačních sálů <i>Moderátor: Grepl M.</i> Uretroplastika s využitím bukálního štěpu <i>Míka D.</i>
	Představení klinického případu <i>Paus Sýkora R.</i> <i>Panel diskutujících: Dolejšová O., Tolinger P., Vrtal R., Ženíšek J.</i>
12:00–13:00	Regionální dostupnost moderní léčby mCRPC: role urologa v koordinaci péče a kdy je čas na Pluvicto®? <i>Satelitní sympozium společnosti Novartis</i> <i>Moderátorka: Matoušková M.</i>
	Regionální praxe u mCRPC: kde naráží dostupnost moderní léčby a co s tím zmůže urolog Referral v ČR: jak propojit KOC a centra aplikace Pluvicta® – jednoduchý model sdílené péče Pluvicto® ve studii VISION: co potřebuje urolog vědět pro správné načasování
	Moderovaná diskuze <i>Panel diskutujících: Čermáková Z., Fedorko M., Matoušková M.</i>
13:00–13:45	Prostata nebo měchýř? Praktická strategie pro léčbu smíšených symptomů dolních močových cest u mužů <i>Edukační blok podpořený společností Astellas Pharma</i> <i>Moderátor: Krhut J.</i>
	Panelová diskuze <i>Burešová E., Fontana M., Horňák J., Sobotka R.</i>
14:00–15:00	Current updates in non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) ESU Course during the National Congress of the Czech Urological Society <i>Moderátor: Gontero P.</i> European School of Urology: a unique possibility for urological education
	<i>Gontero P.</i> EAU Guidelines recommendations on non-muscle invasive bladder cancer update <i>Gontero P.</i>
	New therapeutic options in BCG-naïve and BCG-unresponsive disease <i>Gontero P.</i>
	Round table: Treatment options of high- and very high-risk NMIBC <i>Babjuk M., Brisuda A., Gontero P., Soukup V.</i>
15:15–16:15	Kulatý stůl: Budoucnost onkourologické péče a úloha onkourologa <i>Moderátoři: Zachoval R., Hora M.</i>
	Historie a budoucnost onkourologie v ČR <i>Babjuk M.</i>
	Systém vzdělávání v onkourologii <i>Hora M.</i>
	Organizace onkourologické péče z pohledu Ministerstva zdravotnictví ČR <i>Hauer T.</i>
	Diskuze <i>Babjuk M., Hauer T., Hora M., Janděšek J., Matoušková M., Staněk R., Zachoval R.</i>

16:30–18:00**Nádory močového měchýře***Moderátoři: Soukup V., Král M., Brisuda A.***Přítomnost svaloviny detruzoru ve vzorku jako ukazatel kvality TURB – srovnání rezidentů a zkušených operátorů***Pokorný D., Babjuk M., Kůřil M., Brisuda A.***Peroperační odhad patologického nálezu při TURB – srovnání rezidentů a zkušených operátorů***Kůřil M., Babjuk M., Pokorný D., Brisuda A.***Perioperační profylaxe po TURB – užití single instilace cytostatika a pooperační laváže v závislosti na zkušenosti operátora***Brisuda A., Kůřil M., Pokorný D., Babjuk M.***Dlouhodobé výsledky neoadjuvantní chemoterapie a radikální cystektomie v léčbě invazivních nádorů močového měchýře***Gistl F., Hrabec R., Čapák I., Šumberová K., Zetková B., Poprach A., Doležel J., Staník M.***Zhodnocení efektu neoadjuvantní chemoterapie u pacientů se sval invadujícím karcinomem močového měchýře***Gregušová A., Klézl P., Palkovský M., Grill R.***Mají pacienti se svalovinu infiltrujícím karcinomem měchýře šanci na dlouhodobě dobré onkologické výsledky bez radikální cystektomie? Prezentace dvou kazuistik***Paldus V., Šámal V.***Perioperační léčba durvalumabem (D) + gemcitabin-cisplatina (GC) podle trialu Niagara – reálná klinická data z jednoho centra (2019–2026)***Matoušková M., Büchler T., Babjuk M., Brisuda A., Skálová J.***Využití systému VI-RADS v predikci MIBC a jeho dopad na klinický management***Vrtal M., Hrabec R., Šumberová K., Standara M., Staník M.***Analýza genové exprese cirkulujících nádorových buněk a primárních tumorů u uroteliálního karcinomu měchýře***Gregušová A., Kološťová K., Samcová L., Klézl P., Šonský J., Grill R., Krumpolec P., Hadžega D., Minárik G., Bobek V.***Roboticky asistovaná vs. otevřená radikální cystektomie u invazivního karcinomu močového měchýře – srovnání onkologických a perioperačních výsledků***Staník M., Hulová M., Šumberová K., Pechočiaková M., Hrabec R.***Zahájení programu roboticky asistované radikální cystektomie s intrakorporální derivací – první zkušenosti jednoho chirurga s 50 konsekutivními pacienty***Študent V. jr., Česák O., Hruška F., Žemla P., Hartmann I.***Incidentální nález Meckelova divertiklu při roboticky asistované radikální cystektomii – videokazuistika***Balík M., Špaček J.***Vliv intravenózně podané kontrastní látky na výsledek cytologie moči***Žemla P., Král M.*

Čtvrtek 15. 10. 2026		Sál 2
08:30–10:00	Prevence infekce – rezistentní bakteriální kmeny v kontextu antibiotické rezistence Symposium Aesculap academy pro sestry pracující v urologii <i>Moderátoři: Dohnalová E., Glac T., Smejkal P.</i> Úvod <i>Bártová P.</i> Péče o periferní žilní katetry <i>Glac T.</i> Prevence infekce v operační ráně, význam předoperační dekolonizace <i>Smejkal P.</i> Předcházení primárních i sekundárních komplikací u laparotomie <i>Vávřová L.</i> Diskuze <i>Dohnalová E., Glac T., Smejkal P.</i>	
12:00–13:00	Role imunoterapie v léčbě operabilních nádorů ledvin a močového měchýře Satelitní symposium společnosti MSD <i>Moderátor: Babjuk M.</i> Lokalizovaný karcinom ledviny: chirurgická léčba a mezioborová spolupráce Tři roky zkušeností s adjuvantní léčbou RCC v ČR MIBC: strategie léčby z pohledu urologa MIBC: mění se standard péče u pacientů nevhodných pro cisplatinu? Von Hippel-Lindau syndrom: včasná diagnóza otevírá nové terapeutické možnosti <i>Panel diskutujících: Babjuk M., Brisuda A., Rybyšarová L., Staník M., Študentová H.</i>	
13:00–13:45	Robotics, redefined: What does da Vinci 5 bring to everyday urologic surgery? Satelitní symposium společnosti Synektik <i>Přednášející: Wagner Ch.</i>	
14:00–15:00	Program Sekce sester pracujících v urologii Odborná sdělení <i>Moderátoři: Zezulová J., Pasztorová L., Vidlář A.</i> Mentoring na operačním sále – mezigenerační rozdíly <i>Lukešová J., Švrčinová L.</i> Dětská urologická operativa – od otevřené chirurgie k roboticky asistovaným výkonům <i>Roubíčková J.</i> Operační řešení benigní hyperplazie prostaty ve FN Plzeň <i>Voráčková J.</i> Naše zkušenosti s unikátní operací dle Davydova <i>Drápelová B., Lukešová J.</i> Intermitentní katetrizace u muže s morbidní obezitou – kazuistika, úskalí edukace <i>Endyšová D., Manová J.</i> Komplikovaný pooperační průběh po radikální cystektomii – kazuistika <i>Krátká V, Roškotová J.</i>	
15:00–15:45	Kompetence urologických sester <i>Moderátorky: Novotná H., Örhalmi P., Toningarová V., Krulová P.</i> Kompetence sester u nás – kam směřujeme? <i>Krulová P.</i> Kompetence stomických sester, zhodnocení a objasnění náplně činnosti <i>Toningarová V.</i> Kompetence sester v zahraničí – novinky z EAUN <i>Novotná H.</i> Diskuze <i>Krulová P., Novotná H., Örhalmi P., Toningarová V.</i>	

16:30–17:30	Funkční urologie <i>Moderátoři: Krhut J., Rejchrt M., Fišerová H.</i> Výsledky pilotní fáze klinické studie DRY (dálkově ovládaný umělý svěrač uretry ARTUS v léčbě mužské stresové inkontinence) u pacientů operovaných v České republice <i>Zachoval R., Fišerová H.</i> Hypertonus svalů pánevního dna jako méně známá příčina stresové inkontinence u mladé ženy <i>Procházková E.</i> Sakrální neuromodulace v léčbě dysfunkcí dolních močových cest <i>Strharská L., Rejchrt M., Sýkora R., Kúřil M., Krhut J.</i> Stabilita močového mikrobiomu u zdravých peri- a postmenopauzálních žen – první výsledky <i>Rychlý T., Šimůnková B., Marešová H., Pelantová H., Palyzová A., Krhut J.</i> Změny managementu vyprazdňování dolních močových cest v průběhu hospitalizace na spinální rehabilitační jednotce <i>Fišerová H., Zachoval R.</i> Determinanty klinicky významnej odpovede na tréning panvového dna so supresívnou technikou k silodozínu u mužov s BPH/OAB <i>Švihra J. sr., Hagovská M., Macko L., Breza J. jr., Švihra J. jr., Lupták J., Lachváč Ľ.</i> Vliv léčby pomocí kontinuálního přetlaku v dýchacích cestách (CPAP) na výskyt nykturie a kvalitu života u pacientů se syndromem obstrukční spánkové apnoe (OSA) <i>Paus Sýkora R., Krhut J., Kondé A.</i> Recelularizácia decelularizovaných scaffoldov humánnej uretry a preputia pre rekonštrukčnú urológiu <i>Žiaran S., Kuniaková M., Gálfiová P., Klein M., Bernátová S., Haspinger D., Hammer N., Topoliová K., Trebatický B., Danišovič Ľ., Kováč J.</i>
17:30–18:00	Kulatý stůl: Tranzitní péče v urologii <i>Moderátor: Drlík M.</i> Panelová diskuze <i>Drlík M., Jirásková Z., Kočvara R., Prouza A., Trachta J., Ženíšek J.</i>
18:00–18:30	Dětská urologie <i>Moderátoři: Dolejšová O., Drlík M., Šarapatka J.</i> Dlouhodobé výsledky léčby oboustranného Wilmsova nádoru – 20letá studie dvou národních center <i>Pýchová M., Zerhau P., Kynčl M., Háček J., Pýcha K., Dobranská S., Šrámková L., Mališ J., Bajčiová V., Švojgr K., Rygl M.</i> Roboticky asistovaná pyeloplastika u dětí – 2leté zkušenosti z jednoho centra <i>Sedláček J., Drlík M., Nováková P., Vávřová L., Jirásková Z., Faltusová E., Kočvara R.</i> Pět let zkušeností s dvoudobou rekonstrukcí proximálních hypospadií dle Bracky <i>Drlík M., Sedláček J., Vávřová L., Jirásková Z., Nováková P., Faltusová E., Kočvara R.</i> Použití magnetického ureterálního stentu Blackstar® u dětí během roboticky asistovaných rekonstrukčních operací horních močových cest <i>Sedláček J., Drlík M., Nováková P., Vávřová L., Jirásková Z., Faltusová E., Kočvara R.</i> Přetrvávající močová inkontinence u mladé dívky <i>Hromčíková N., Šarapatka J., Kajfosz P., Šmakal O.</i> Nízkopřetokový priapizmus u adolescentního chlapce <i>Latnerová Š., Dolejšová O., Barnovská K., Trávníček I.</i>

Anomálie mezonefrického vývodu u jednostranné multicystické dysplastické ledviny: retrospektivní studie ze dvou center

Šarapatka J., Flögelová H., Langer J., Volejníková J., Šmakal O., Bakaj Zbrožková L., Langová K.

Mini-PCNL v léčbě odliktové cystinové litiázy v dětském věku – videokazuistika

Nováková P., Hradec T., Sedláček J.

Roboticky asistovaná heminefrektomie u adolescenta s rozsáhlým multicystickým tumorem ledviny – video chirurgické techniky

Študentová Z., Šmakal O., Študent V. jr., Šarapatka J.

Poranění močového měchýře při operaci kýly u dítěte – kazuistika

Kuliaček P.

Pátek 16. 10. 2026		Sál 1
08:15–09:30	Nádory ledvin	
	Moderátoři: Staník M., Klézl P., Novák V.	
	Klinicko-patologické charakteristiky renálních tumorů u pacientů do 45 let věku	
	Stránský P. jr., Kula D., Šiková D., Pivovarčíková K., Ondič O., Fiala O., Hora M.	
	Resekce nádoru ledviny – dlouhodobé onkologické výsledky a význam chirurgických okrajů	
	Lounová V., Študent V. jr.	
	První využití magnetické navigace Sirius Pintuition v české urologii při chirurgické léčbě implantačních metastáz světlobuněčného renálního karcinomu	
	Študent V. jr., Hruška F., Hromčíková N., Varhaník L., Veverková L.	
	Mnohopočetný karcinóm oboch obličiek, možnosti liečby – kazuistika	
	Fillo J., Levčíková M.	
	Miniinvazivní operace u pacientů s von-Hippel-Lindau syndromem	
	Novák K., Fiala V., Macek P., Pešíl M., Zelinka T.	
09:45–10:30	Opakované roboticky asistované resekce ledvin pro recidivující světlobuněčný renální karcinóm u pacienta s von Hippel-Lindauovým syndromem	
	Krausová L., Novák K.	
	Robotický přístup k extirpaci retroperitoneální metachronní metastázy renálního karcinomu předním přístupem v supinační Trendelenburgově poloze – video	
	Trávníček I., Kula D., Sedláčková H., Ůrge T., Fiala O., Vojtová H., Pivovarčíková K., Hora M.	
	Roboticky asistovaná parciální nefrektomie hilového nádoru ledviny	
	Schmidt M., Novák V., Nekula M., Strhárska L., Štekrťová A., Veselý Š., Babjuk M.	
	Možnosti přerušení hilových cév při roboticky asistované nefrektomii – video	
	Hora M., Voráčková J., Pernický J., Bartoš Veselá A., Trávníček I., Stránský P. jr., Šiková D., Ůrge T., Ferda J., Ondič O., Pivovarčíková K.	
	Laparoskopická radikální nefrektomie s trombektomií ektopické retroaortální renální žíly	
	Čirčová T., Čermák M., Fišer L., Kočárek J.	
	ERLEADA: Síla včasného rozhodnutí	
	Satelitní sympozium společnosti Johnson&Johnson	
	Moderátor: Brisuda A.	
	TITAN v detailu: Konzistentní přínos napříč různými profily pacientů s mHSPC	
	Poprach A.	
	Od doporučení k rozhodnutí: Současný pohled na léčbu mHSPC	
	Katolická J.	
	Pacient s mHSPC v každodenní klinické praxi	
	Fedorko M.	

10:30–11:45

Nádory prostaty – diagnostika*Moderátoři: Záleský M., Čapoun O., Adamcová V.***Charakterizace hereditární komponenty u karcinomu prostaty v ČR***Jurok M., Soukupová J., Kleiblová P., Kleibl Z., Janatová M., Pejchal J., Michal V., Hloušek S., Záleský M.***Volné aminokyseliny v moči jako potenciální biomarkery rizikové stratifikace karcinomu prostaty***Zdobinská T., Lukšanová H., Dušková K., Příman O., Veselý Š.***Implementace screeningu karcinomu prostaty – data z jednoho pracoviště***Adamcová V., Nguyen Dvořáková T., Zachoval R.***Význam předoperační hladiny [-2]proPSA v predikci high-grade karcinomu prostaty u pacientů po radikální prostatektomii***Sedláčková H., Trávníček I., Stránský P. jr., Ondič O., Jirásko M., Ferda J., Hora M.***Přesnost biparametrické MR v diagnostice karcinomu prostaty – zkušenosti z klinické praxe***Pozdníková N., Příman O., Dušková K., Zdobinská T., Novák A., Lambert L., Veselý Š.***Význam PI-RADS skóre, PSA denzity a velikosti MR lézie při transperineální fúzní biopsii prostaty***Janák A., Cao Thanh T., Wilšinská I., Žižan S.***Transrektální vs. transperineální cílená biopsie prostaty – naše více než 2leté zkušenosti s metodami***Szewczyk J., Konečná T., Raška I., Murárová M., Švecová J.***Shoda PRIMUS a PI-RADS skóre v pilotním souboru mikroultrasvukem naváděných transperineálních fúzních biopsií prostaty***Stejskal J., Fila M., Jurok M., Heráček J., Záleský M.***Korelace imunohistochemické exprese PSMA s hodnotou SUV_{max} primárního tumoru na ^{68}Ga -PSMA PET/CT v rámci stagingu vysoce rizikového karcinomu prostaty***Malý M., Kleissnerová L., Zogala D., Soukup V., Čapoun O.***Prediktory záchytu karcinomu prostaty u pacientů s předchozí negativní magnetickou rezonancí***Čapoun O., Řezáč J., Sobotka R., Hanuš P., Černý V., Macová I., Malý M., Vlček F., Burgetová A., Soukup V.*

12:00–12:45

Perioperační léčba svalovinu invadujícího karcinomu močového měchýře (MIBC) režimem NIAGARA: první zkušenosti, výsledky a praktická ponaučení*Satelitní sympozium společnosti AstraZeneca**Moderátor: Babjuk M.***Kde je dnes místo režimu Niagara v léčbě MIBC***Babjuk M.***Radikální cystektomie: prevence a řešení pooperačních komplikací***Brisuda A.***Režim Niagara v běžné klinické praxi: zkušenosti z FNKV Praha***Palkovský M.***Kazuistika: pacient léčený perioperativní imunoterapií v Multiscan Pardubice***Pleskačová Z.***Prvních 8 měsíců s režimem Niagara: moderovaná diskuze***Babjuk M., Brisuda A., Pleskačová Z., Študentová H.*

13:00–14:30

Nádory prostaty – terapie*Moderátoři: Fedorko M., Veselý Š., Grepl M.***Nález pozitivního chirurgického okraje po robotické radikální prostatektomii představuje pro pacienta nižší prognostické riziko ve srovnání s otevřenou operací***Veselý Š., Zdobinská T., Příman O., Novák A., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M.***Roboticky asistovaná Retzius-sparing radikální prostatektomie na platformě da Vinci Xi – standardizovaný operační postup při zavádění nové metody***Študent V. jr., Hromčíková N., Česák O., Herman J., Žemla P.***Retzius šetřící roboticky asistovaná radikální prostatektomie***Šonský J., Nencka P., Klézl P., Gregušová A., Grill R.***Funkční výsledky u pacientů po „Retzius-sparing“ roboticky asistované radikální prostatektomii***Nencka P., Šonský J., Gregušová A., Klézl P., Grill R.***Extrapéritoneální robotická radikální prostatektomie***Kočárek J., Fišer L., Nechvátalová N., Čermák M.***Vliv elektivního ozáření pánevních lymfatických uzlin na léčebné výsledky pacientů s vysoce rizikovým lokalizovaným karcinomem prostaty – multicentrická retrospektivní analýza***Palkovský M., Krupa P., Matzenauer M., Paulíková S., Vančurová J., Bergendyová T., Argalácsová S., Majerčák M., Kuchár M., Čermáková Z., Kořená A., Kindlová E., Lohynská R., Soumarová R.***Roboticky asistovaná radikální prostatektomie u pacienta po transplantaci ledviny – videokazuistika***Balík M., Špaček J., Pacovský J.***Salvage roboticky asistovaná pánevní lymfadenektomie pro recidivu karcinomu prostaty po radikální prostatektomii – videokazuistika***Balík M., Krejčí V.***Skutečně nesignifikantní karcinom prostaty? Finální histologie u pacientů s biopsickým ISUP 1***Příman O., Zdobinská T., Dušková K., Veselý Š.***Význam multidisciplinární konzultace u karcinomu prostaty – subanalýza 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.*

14:30–14:45

Závěr konference

Pátek 16. 10. 2026		Sál 2
08:15–09:30	Infekce a varia <i>Moderátoři: Hartmann I., Matoušková M., Hrbáček J.</i>	
	Intensive care infection score (ICIS RUO) pomocník v klinické praxi <i>Matoušková M., Lacek M., Fontana M., Rafajová M.</i>	
	Individuální multidisciplinární přístup u pacienta s Fournierovou gangrénou <i>Kryštofová A., Adedokun V.</i>	
	Fournierova gangréna u konverze male to female <i>Mareth L., Kočárek J., Čermák M.</i>	
	Vynechání kultivace moči před transrektální biopsií prostaty nezvyšuje riziko infekčních komplikací <i>Verin E., Chalupníková P., Hnátek J., Strmiska O., Hrbáček J.</i>	
	Rutinní kultivace moči před ambulantní cystoskopií – přínos v prevenci infekčních komplikací? <i>Strmiska O., Verin E., Chalupníková P., Hnátek J., Hrbáček J.</i>	
	Srovnání výsledků v období 10 let a míry reoperací u uretroplastik – bukální/labiální slizniční štěp vs. kožní lalok vs. resekční <i>Vachata S., Novák I., Izmaylov O.</i>	
	Roboticky asistované řešení postižení ureteru hlubokou infiltrující endometriózou (DIE) pomocí Boariho lalokové plastiky – video <i>Hora M., Presl J., Humplík J., Bartoš Veselá A., Stránský P. jr., Šíková D., Voráčková J., Úrge T., Ferda J., Pernický J., Pivovarčíková K.</i>	
	Roboticky asistovaná intrakorporální konverze ureterosigmoideostomie na ileální konduit u dospělého pacienta s extrofií močového měchýře – video chirurgické techniky <i>Študent V. jr., Vrána J., Žemla P., Študent O.</i>	
	Ureteroureterální anastomóza jako řešení urinózní píštěle transplantované ledviny <i>Bednářová A., Hartmann I., Kudláčková Š.</i>	
	Vliv vybraných rizikových faktorů na vznik dehiscence operační rány po cystektomii <i>Bobysudová A., Gregušová A., Klézl P., Grill R.</i>	
	Orchidomegalie jako raritní manifestace funkčního mikroadenomu hypofýzy <i>Stárková D., Zachoval R.</i>	
	Absces břišní stěny a adduktorové skupiny svalů levého stehna jako pozdní komplikace po TURP <i>Motyčka J., Šámal V., Paldus V., Fišerová A., Duvalka A.</i>	
	Roboticky asistovaná reimplantace ektopického močovodu u 34letého muže <i>Čermák M., Fišer L., Nechvátalová N., Pauk P., Hyršl L., Kočárek J.</i>	
09:45–10:30	Urologie a obezita: bez tabu a mýtů Satelitní sympozium společnosti Lilly <i>Moderátoři: Broul M., Pastucha D.</i>	
10:30–11:45	Litiáza, benigní prostatické obstrukce, andrologie <i>Moderátoři: Petřík A., Hora M., Fontana M.</i>	
	Robotem asistovaná enukleace prostaty – zkušenosti z jednoho centra <i>Broďák M., Koňářková P., Vachata S., Špaček J.</i>	
	Jaká je vhodná indikace roboticky asistované „simple“ prostatektomie na pracovišti s již zavedeným programem laserové enukleace? Má přechod k robotickému výkonu význam a kdy? <i>Pitra T., Bartoš Veselá A., Sedláčková H., Ferda J., Pivovarčíková K., Hora M.</i>	
	Roboticky asistovaná transperitoneální transkapsulární enukleace rozsáhlého cystického adenomu prostaty – video chirurgické techniky <i>Študent V. jr., Česák O., Hruška F., Kudláčková Š., Hartmann I.</i>	
	Operační léčba recidivující striktury hrdla močového měchýře roboticky asistovanou Y-V plastikou <i>Fiala V., Fialová E., Peší M., Soukup V.</i>	

Náhodný nález stenózy pyeloureterální junkce při retrográdních endourologických výkonech – význam metabolického vyšetření a cílené metafylaxe

Jančík M., Hradec T., Havlová K.

Roboticky asistovaná urolitotomie jako alternativa standardních metod u komplikovaných nálezů

Kula D., Janda V., Ürges T., Pernický J., Hora M.

Porovnání efektivity a bezpečnosti extrakorporální litotrypse rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou a se vzdáleností „skin-to-stone“ nad a pod 100 mm

Bartáková L., Gaduš L., Fila M., Doan Thing H., Heráček J., Záleský M.

Retrográdná ureterorenoskopia pri nefrolitiáze transplantovanej obličky – kazuistika a literárny prehľad

Švihra J. jr., Sopilko I., Švihra J. sr.

Spektrum patologických nálezů spermiogramu v andrologické laboratoři – retrospektivní analýza z let 2022–2026

Broul M., Kučerová P., Hujová A., Žižková K., Kubíková P.

Substituční léčba late-onset hypogonadizmu v urologicko-andrologické praxi

Broul M., Hujová A.

12:00–12:45 Infekce dolních cest močových u žen – mění antibiotická rezistence léčebné postupy?

Satelitní sympozium společnosti Bionorica

Moderátoři: Matoušková M., Fontana M., Štefan M.

13:00–14:30 Nádory – varia

Moderátoři: Matoušková M., Trávníček I., Zavillová N.

Výsledky retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s non-seminomovými germinálními nádory po salvage chemoterapii

Šabík M., Hrabec R., Hulová M., Šumberová K., Pokrivčák T., Poprach A., Doležel J., Staník M.

Možnosti imunoterapie (cemiplimab) v léčbě karcinomu penisu

Matoušková M., Hora M., Trávníček I., Shpilevskiy N., Michalová K., Ferda J., Fiala O.

Nízká exprese GATA3 predikuje horší přežití u karcinomu penisu

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

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

Hora M., Trávníček I., Pivovarová K., Michalová K., Ferda J., Stránský P. jr., Voráčková J., Shpilevskiy N., Fiala O.

Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie na platformě da Vinci Xi – operační technika a první zkušenosti

Herman J., Študent V. jr., Hruška F., Česák O.

Roboticky asistovaná exstirpace objemného schwannomu retroperitonea

Schmidt M., Štekrťová A., Novák V., Nekula M., Dulačka P., Veselý Š., Babjuk M.

Roboticky asistovaná resekce močového měchýře pro urachální adenokarcinom systémem Versius plus

Fišer L., Nechvátalová N., Čermák M., Kočárek J.

Roboticky asistovaná adrenalectomie (RA-AE) – video

Hora M., Krčma M., Bartoš Veselá A., Trávníček I., Stránský P. jr., Šiková D., Voráčková J., Ürges T., Ferda J., Pernický J., Ondič O., Pivovarová K.

Roboticky asistovaná adrenalectomie u pacienta s feochromocytomem pravé nadledviny diagnostikovaným v rámci vyšetřování rezistentní hypertenze po akutním infarktu myokardu

Thu Trang D., Pokorný J., Zachoval R.

Chyloperitoneum – vzácná komplikace roboticky asistované retroperitoneální lymfadenektomie

Wiesner N., Študent V. jr., Chovanec V., Hartmann I.

Chylózní ascites po otevřené nefrektomii u pacienta s těžkou skoliózou

Hanych J., Gregušová A., Mašková V., Adla T., Klézl P., Grill R.

NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Přítomnost svaloviny detruzoru ve vzorku jako ukazatel kvality TURB – srovnání rezidentů a zkušených operátorů

Pokorný D., Babjuk M., Kůřil M., Brisuda A.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMPH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Přítomnost svaloviny močového měchýře (DM) ve vzorku z transuretrální resekce nádoru (TURB) je uznávaným ukazatelem kvality výkonu a podmínkou správného stagingu u primozáchyty. Cílem práce bylo vyhodnotit přítomnost DM ve vzorku na našem pracovišti v závislosti na zkušenosti operátora a charakteru nádoru (stadia, primozáchyty).

Materiál a metody: Byla provedena retrospektivní analýza prospektivně vedené databáze TURB provedených na terciárním klinickém pracovišti. Hodnoceno bylo celkem 237 výkonů s dostupným histopatologickým nálezem (104 rezidenti – Rez, 133 zkušení operátoři – Zku). Přítomnost DM ve vzorku byla hodnocena binárně (přítomen/nepřítomen) z histopatologického protokolu. Provedena subanalýza dle finálního patologického stadia (pTa LG (low-grade), pTa HG (high-grade), pT1, pT2–4, pT0) a skupiny operátorů. Statistická analýza: χ^2 test, Fisherův přesný test ($\alpha = 0,05$).

Výsledky: DM bylo přítomno celkem v 73,4 % vzorků (174 z 237). Mezi rezidenty a zkušenými operátory nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl (76,0 vs. 71,4 %; $p = 0,525$). Výsledky dle stadia a skupiny operátorů uvádí tab. 1. Nejnižší zastoupení DM bylo u stadia pT0 (47,7 %), u kterého hluboká resekce není cílem výkonu. Po vyloučení pTa LG a pT0 dosahovala přítomnost DM hodnoty 82,7 % (Rez 84,1 %, Zku 81,7 %; $p = 0,952$).

Závěr: Celková přítomnost DM ve vzorku je na našem pracovišti 73,4 %, avšak po vynechání benigních nádorů a nízké rizikových nádorů bez invaze (pTa LG) dosahuje 82,7 %. Mezi rezidenty a zkušenými operátory nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v žádné podskupině. Přítomnost DM ve vzorku je vhodný auditní ukazatel kvality TURB s potenciálem pro cílenou edukaci a zlepšení výsledků pracoviště.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Výsledky dle stadia a skupiny operátorů.

Stadium	DM celkem (%)	Rez (%)	Zku (%)	p
všechna (n = 237)	73,4	76,0	71,4	0,525
pTa LG (n = 89)	75,3	80,5	70,8	0,420
pTa HG (n = 23)	78,3	77,8	78,6	1,000
Ostatní mimo pTa LG a pT0 (n = 104)	82,7	84,1	81,7	0,952
pT1 (n = 49)	81,6	81,0	82,1	1,000
pT2–4 (n = 25)	92,0	90,0	93,3	1,000
pT0 (n = 44)	47,7	47,4	48,0	1,000

DM – svalovina detruzoru, HG – high-grade, LG – low-grade, Rez – rezidenti, Zku – zkušení operátoři

Peroperační odhad patologického nálezu při TURB – srovnání rezidentů a zkušených operatérů

Kůřil M., Babjuk M., Pokorný D., Brisuda A.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Transuretrální resekce nádoru močového měchýře (TURB) je klíčovým diagnostickým i léčebným výkonem, jehož kvalita závisí na zkušenosti operátora. Peroperační odhad patologického stadia (T), gradu, přítomnosti karcinomu *in situ* a svaloviny detruzoru (DM) ve vzorku má dopad na rychlost a strategii léčby. Cílem bylo porovnat přesnost odhadů mezi rezidenty a zkušenými operátéry na terciárním pracovišti.

Materiál a metody: Jedná se o retrospektivní analýzu prospektivní databáze TURB. Celkem bylo hodnoceno 239 výkonů (106 rezidenti – Rez, 133 zkušení operatéři – Zku) v období od prosince 2024 do dubna 2026, medián 72 let (27–94 let), 76,2 % mužů, primozáchyt vs. recidiva 1 : 1. Peroperační odhad operátora byl srovnán s definitivním histopatologickým nálezem. Statistická analýza: χ^2 test, Fisherův přesný test, Mann-Whitneyův U test ($\alpha = 0,05$).

Výsledky: Celkovou shodu peroperačního odhadu s finální histologií uvádí tab. 1. Statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami nebyl prokázán v žádném ze sledovaných parametrů, vč. odhadu přítomnosti DM ($p > 0,05$). Analýza shody stadia T dle podskupin histologického nálezu ukázala nejvyšší shodu u T2–4 (75,0 %) a Ta (65,0 %), výrazně nižší u T1 (48,9 %; Rez 35,0 % vs. Zku 59,3 %) a nejnižší u nálezů T0 (34,9 %) (tab. 2).

Závěr: Přesnost peroperačního odhadu patologického nálezu při TURB se statisticky významně neliší mezi rezidenty a zkušenými operátéry na terciárním klinickém pracovišti. Nejnižší shoda stadia byla u T1 nádorů – klinicky nejzávažnější skupiny, u kterých správná peroperační identifikace přímo určuje indikaci k reTUR a BCG terapii (Rez 35,0 % vs. Zku 59,3 %), i když nedosáhl statistické signifikance. Data zdůrazňují potřebu cílené edukace rezidentů při TURB a podporují supervizi při výkonech na školicích pracovištích.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Subanalýza podskupin stadia T (shoda odhadu s histologií).

Parametr	Shoda celkem (%)	Rez (%)	Zku (%)	p
stadium T	57,4	50,5	63,1	0,070
CIS	84,0	88,6	80,5	0,129
grade	69,3	68,6	69,8	0,966
DM ve vzorku	75,5	77,2	74,2	0,731

CIS – karcinom *in situ*, DM – svalovina detruzoru, Rez – rezidenti, Zku – zkušení operatéři

Tab. 2. Subanalýza primozáchytů (n = 117).

Stadium (n)	Shoda celkem (%)	Rez (%)	Zku (%)	p
T2–4 (n = 25)	75,0	80,0	71,4	1,000
Ta (n = 120)	65,0	56,4	72,3	0,103
T1 (n = 49)	48,9	35,0	59,3	0,177
T0 (n = 44)	34,9	31,6	37,5	0,934

Rez – rezidenti, Zku – zkušení operatéři

Perioperační profylaxe po TURB – užití single instilace cytostatika a pooperační laváže v závislosti na zkušenosti operátora

Brisuda A., Kúřil M., Pokorný D., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: U nádorů močového měchýře nízkého a středního rizika (pTa LG) je indikována jednorázová intravezikální instilace chemoterapie (CHT) nebo alespoň pooperační laváž (Poop laváž) bezprostředně po TURB, přičemž obě intervence snižují riziko recidivy. Cílem práce bylo porovnat frekvenci indikace těchto opatření mezi rezidenty a zkušenými operátory.

Materiál a metody: Byla provedena retrospektivní analýza prospektivně vedené databáze TURB terciárního klinického pracoviště. Celkem bylo hodnoceno 239 výkonů (106 rezidenti, 133 zkušení operátoři). Indikace single shot CHT a Poop laváže byly zaznamenány v perioperační databázi. Subanalýza byla provedena ve skupině pacientů s definitivním histologickým nálezem pTa LG (n = 91). Statistická analýza: χ^2 test, Fisherův přesný test ($\alpha = 0,05$).

Výsledky: V celé kohortě obdrželo alespoň jednu formu profylaxe 54,0 % pacientů – výrazně více u zkušených operátorů (68,4 %) než u rezidentů (35,8 %; $p < 0,001$). Dominantní modalitou byla Poop laváž (50,2 % celkově), single shot CHT byla podána jen v 8,4 % případů. Ve skupině histologicky verifikovaných pTa LG nádorů (n = 91) byl rozdíl ještě výraznější – alespoň jednu formu profylaxe dostalo 68,8 % pacientů zkušených operátorů oproti pouze 27,9 % pacientů rezidentů ($p < 0,001$). Subanalýza nádorů pTa LG (dle definitivní histologie) je uvedena v tab. 1.

Závěr: Zkušení operátoři indikují perioperační profylaxi po TURB častěji než rezidenti. Téměř 3/4 rezidentů (72,1 %) neindikuje u pTa LG žádnou formu profylaxe, oproti 31,2 % zkušených operátorů. Dominantní roli v naší praxi hraje Poop laváž, nikoli single shot CHT, což je dáno provozními faktory. Tato data zdůrazňují potřebu cílené edukace v perioperačním managementu TURB nádorů nízkého rizika.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Subanalýza nádorů pTa LG.

Profylaxe	Celkem (%) (n = 91)	Rez (%) (n = 43)	Zku (%) (n = 48)	p
single shot CHT	9,9	4,7 %	14,6 %	0,164
poop laváž	45,1	25,6	62,5	< 0,001
alespoň jedno/obě	49,5	27,9	68,8	< 0,001
žádná profylaxe	50,5	72,1	31,2	< 0,001

CHT – chemoterapie, LG – low-grade, Rez – rezidenti, Zku – zkušení operátoři

Dlouhodobé výsledky neoadjuvantní chemoterapie a radikální cystektomie v léčbě invazivních nádorů močového měchýře

Gistl F.¹, Hrabec R.¹, Čapák I.¹, Šumberová K.², Zetková B.¹, Poprach A.³, Doležel J.¹, Staník M.¹

¹ Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

² Úsek správy a analýzy dat, Masarykův onkologický ústav, Brno

³ Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem studie je zhodnotit dlouhodobé onkologické výsledky pacientů s invazivním karcinomem močového měchýře (MIBC) léčených neoadjuvantní chemoterapií (NACH) následovanou radikální cystektomií (RC) v jednom terciárním centru.

Materiál a metody: V letech 2010–2026 podstoupilo 149 pacientů s MIBC neoadjuvantní (u cT2–4 N0) nebo indukční (u cN1–3) chemoterapii. Ze 149 pacientů bylo 83 bez vstupní lymfadenopatie (cN0) a 66 se vstupním postižením lymfatických uzlin (cN1–3). Ve studii byla hodnocena intention-to-treat populace. U 10 ze 149 (7 %) pacientů nedošlo k provedení RC z důvodu progresu onemocnění během chemoterapie nebo odmítnutí operační léčby. Pětileté přežití bez rekurence (RFS) a nádorově specifické přežití (CSS) jsme posuzovali pomocí Kaplan-Meierových křivek. Léčebná odpověď na chemoterapii byla definována jako kompletní patologická odpověď (pCR; ypT0 N0) nebo parciální patologická odpověď (pPR; $\leq$ ypT1 N0). Průměrná doba sledování byla 56 měsíců.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 63,9 roku. Primární nádor byl klasifikován jako cT2 u 73 pacientů a jako cT3–4 u 76 pacientů. Pětileté RFS v celém souboru dosáhlo 65 %, přičemž u pacientů se stadiem cN0 činilo 82 %, u cN1 47 % a u cN2–3 42 %. Kompletní patologické odpovědi (pCR) bylo dosaženo u 42 % pacientů v celém souboru a u 52 % pacientů se stadiem cN0. Při dosažení pCR nebo pPR dosáhlo 5leté CSS 95 % u pacientů se stadiem cT2–4 N0 a 83 % u pacientů se stadiem cT2–4 N1–3. Ve vícerozměrné Coxově regresní analýze byly jako nezávislé prediktory nádorově specifické mortality identifikovány vstupní postižení lymfatických uzlin (cN1–3; HR 3,29; $p = 0,005$) a absence léčebné odpovědi na chemoterapii (stabilizace nebo progresu onemocnění; HR 5,87; $p < 0,001$).

Závěr: U pacientů s MIBC bez postižení lymfatických uzlin přináší NACH následovaná RC vynikající dlouhodobé onkologické výsledky. Více než polovina pacientů se vstupním postižením lymfatických uzlin přežívá déle než 5 let. Dosažení léčebné odpovědi na NACH a absence lymfadenopatie při

stanovení diagnózy představují hlavní prognostické faktory spojené s nižším rizikem úmrtí na karcinom.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Zhodnocení efektu neoadjuvantní chemoterapie u pacientů se sval invadujícím karcinomem močového měchýře

Gregušová A.¹, Klézl P.¹, Palkovský M.², Grill R.¹

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

² Onkologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Neoadjuvantní chemoterapie (NAC) představuje standardní součást onkologické léčby u pacientů se sval invadujícím karcinomem močového měchýře (MIBC). Jejím hlavním cílem je zlepšení celkového přežití, downstaging a zmenšení nádoru před cystektomií (RC) a eradikace mikrometastatického postižení.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali pacienty podstupující NAC a RC v letech 2023–2025 pro MIBC. Do souboru jsme zahrnuli 57 pacientů indikovaných k RC pro pT2 uroteliální karcinom močového měchýře. Hodnotili jsme počet pacientů s absolvovanou NAC, počet podstoupených cyklů, kompletní patologickou odpověď (pCR) po RC, downstaging a celkové přežívání.

Výsledky: Z celkového souboru 57 pacientů podstoupilo NAC a následnou RC 32 pacientů (56,1 %). Nejčastějším důvodem neindikování k NAC byl celkový stav pacienta, přítomnost komorbidit a renální insuficience. Kompletní patologické odpovědi (pCR) bylo dosaženo u šesti pacientů (18,8 %), přičemž všichni absolvovali alespoň tři cykly chemoterapie gemcitabin-cisplatina. Žádný z těchto pacientů během sledování nezemřel. Downstagingu (< ypT2, ypN0) bylo dosaženo u 14 pacientů (43,8 %), což odpovídá publikovaným datům (50 %). V této skupině rovněž nebylo zaznamenáno žádné úmrtí. Naopak u pacientů, u kterých nedošlo k downstagingu, pozorujeme přežívání pouze u 55,6 % pacientů. Pět pacientů po absolvování NAC nepodstoupilo RC, z toho jeden z osobních důvodů, dva pro progresi onemocnění a dva pro interní komplikace. Průměrná doba přežívání v této skupině byla 6 měsíců. NAC nevedla ke zvýšení perioperační ani pooperační morbidit. Při porovnání skupin absolvované RC s absolvovanou NAC a bez ní pozorujeme za dobu sledování pacientů mortalitu 55 % ve skupině bez NAC a 25 % ve skupině s NAC.

Závěr: NAC před RC vedla v našem souboru k dosažení pCR u 18,8 % pacientů a downstagingu u 43,8 % pacientů, v obou skupinách spojeno s lepším přežíváním. U pacientů bez odpovědi na NAC nebyl prokázán benefit v přežívání oproti pacientům bez NAC. Nadále však chybí spolehlivé prediktivní faktory umožňující selekci pacientů, kteří budou z NAC nejvíce profitovat.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Mají pacienti se svalovinu infiltrujícím karcinomem měchýře šanci na dlouhodobě dobré onkologické výsledky bez radikální cystektomie? Prezentace dvou kazuistik

Paldus V., Šámal V.

Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

Nediskutovaný poster

Úvod: Pacienti se svalovinu infiltrujícím karcinomem měchýře mají obecně bez radikální cystektomie špatnou prognózu. Přesto lze ve vybraných případech bez operace dosáhnout dlouhodobě dobrých onkologických výsledků.

Kazuistika: Prezentujeme dvě kazuistiky pacientů s uroteliálním karcinomem měchýře, pT4a N1 M0 a pT2 N0 M0. Oba případy byly diagnostikovány na základě CT a histologie, oba pacienti podstoupili radikální transuretrální resekci tumoru měchýře (TURB), první pacient navíc resekci pravého laloku prostaty. Při další endoskopické kontrole byli oba pacienti bez reziduálního tumoru či recidivy. První pacient podstoupil neoadjuvantní chemoterapii s regresí uzlinového procesu, plánovanou radikální cystektomii ale odmítl a podstoupil radioterapii s maintenance terapií avelumabem. První povrchová recidiva pTa HG (high-grade) se objevila po 2 letech, druhá pTa LG (low-grade) po 4 letech, 5 let od diagnózy je dle PET CT pacient bez progresu onemocnění a dle poslední endoskopie bez recidivy v měchýři. Druhý pacient s nálezem pT2 N0 M0 podstoupil pro věk a horší performance status radioterapii. Dle kontrolního CT a endoskopie je již 2 roky bez zámeek onemocnění.

Závěr: V obou případech se zdá společným jmenovatelem dobrých onkologických výsledků primárně radikálně provedená TURB bez nálezů reziduálního tumoru při dalších endoskopických kontrolách a dále dobrá klinická odpověď na podanou léčbu. Bladder salvage terapie může u vybraných pacientů přinést uspokojivé onkologické výsledky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Perioperační léčba durvalumabem (D) + gemcitabin-cisplatina (GC) podle trialu Niagara – reálná klinická data z jednoho centra (2019–2026)

Matoušková M.^{1,2}, Büchler T.³, Babjuk M.⁴, Brisuda A.⁴, Skálová J.⁵

¹ Onkologická klinika 1. LF UK a FTN Praha

² Urocentrum Praha

³ Onkologická klinika 2. LF UK a FNMMH Praha

⁴ Urologická klinika 2. LF UK a FNMMH Praha

⁵ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Prezentace prošla schválením společností Astra Zeneca, lokální výstupy ze studie NCT03732677.

Diskutovaný poster

Úvod: Svalovinu infiltrující karcinomy močového měchýře (MIBC) představují vysoce rizikovou a nepříznivou skupinu onemocnění. Uroteliální nádory T2–4 N0/1 M0 dosahují 37,5 % 5letého přežití. Zatímco pro adjuvantní léčbu s výjimkou nivolumabu u nemocných s expresí PD-L1 nejsou jednoznačná data, podání neoadjuvantní léčby zlepšuje celkové přežití o cca 10 %. Perioperační léčba kombinací imunochemoterapie významně zlepšuje možnosti ovlivnění průběhu onemocnění.

Materiál a metody: Hodnotíme devět mužů s průměrným věkem 67,3 roku (50–74 let), u jednoho z mužů sekundární malignita, průměrná glomerulární filtrace podle Cockrofta 93,4 ml/min (48–129 ml/min). Nemocní s korigovanými komorbiditami, schopni podstoupit radikální chirurgickou léčbu, bez kontraindikací podání imunoterapie. U sedmi mužů primozáchyt MIBC, dva zprogrezovali z NMIBC během 2 let při BCG vakcíně. Šest mužů bylo léčeno režimem durvalumab (D) + gemcitabin-cisplatina (GC), tři monoterapií GC. Všichni podstoupili radikální cystektomii mezi 4 a 8 týdny po ukončení neoadjuvantní fáze.

Výsledky: U 50 % léčených D + GC jsme dosáhli pT0 N0, u 66 % nemocných jsme zjistili incidentální karcinom prostaty. V režimu adjuvance pokračovali čtyři muži, jeden odmítl, jeden rychle progredoval. Celkem zesnuli čtyři muži, žádný z nich neměl kompletní patologickou odpověď. Jeden z mužů v režimu GC měl relaps onemocnění po > 36 měsících.

Závěr: Reálná data z našeho pracoviště jsou dokonce lepší než globální výsledky. Perioperační kombinovaný režim D + GC vede u části nemocných k dosažení kompletní patologické remise, která je významným prognostickým faktorem. Studie Niagara jednoznačně prokázala význam stanovení prediktivního markeru ctDNA a utDNA. Začlenění ctDNA do léčebných algoritmů povede k personalizovanému přístupu k pacientům s MIBC.

Využití systému VI-RADS v predikci MIBC a jeho dopad na klinický management

Vrtal M.¹, Hrabec R.¹, Šumberová K.², Standara M.³, Staník M.¹

¹ Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

² Oddělení zdravotnických informací, Masarykův onkologický ústav, Brno

³ Oddělení radiologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Konflikt zájmů: Ne.

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

Diskutovaný poster

Úvod: Přesné určení stadia (staging) u karcinomu močového měchýře (BC) je klíčové pro volbu mezi orgán šetřícím postupem a radikální cystektomií. Cílem této studie bylo zhodnotit diagnostickou přesnost systému VI-RADS v reálné klinické praxi při identifikaci svalové invaze u pacientů s BC.

Materiál a metody: Do retrospektivní studie bylo zahrnuto 44 pacientů s podezřením na BC, kteří podstoupili multiparametrickou magnetickou rezonanci (MR) před TURB v letech 2023–2026. Nálezby byly klasifikovány dle škály VI-RADS a následně korelovány s definitivním histopatologickým výsledkem (pT stadium). Diskriminační schopnost VI-RADS pro rozlišení svalovinu infiltrujícího (MIBC) a neinfiltrujícího (NMIBC) karcinomu močového měchýře byla hodnocena pomocí ROC analýzy a výpočtu plochy pod křivkou (AUC). Vzhledem k minimálnímu zastoupení pacientů s kategorií VI-RADS 3 ($n = 1$) byla analýza provedena s cut-off hodnotou VI-RADS ≥ 4 .

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 44 pacientů (30 mužů a 14 žen) s průměrným věkem 69,8 roku. Při použití cut-off hodnoty VI-RADS ≥ 4 pro predikci MIBC dosáhla MR senzitivity 84,6 %, specifity 83,9 %, pozitivní prediktivní hodnoty 68,8 % a negativní prediktivní hodnoty 92,9 %. Diskriminační schopnost klasifikace VI-RADS byla vysoká, s AUC 0,875. Falešně negativní výsledek při detekci MIBC byl zaznamenán u 9 % pacientů s kategorií VI-RADS 2 (2 z 22), u nichž definitivní histopatologické vyšetření prokázalo svalovinu infiltrující nádor ($\geq pT2$). Naopak falešně pozitivní výsledek byl zjištěn u 31 % pacientů s kategorií VI-RADS 4 a 5 (5 z 16), u nichž histopatologické vyšetření prokázalo svalovinu neinfiltrující nádor (pTa/pT1).

Závěr: Studie potvrzuje dobrou diagnostickou výtěžnost klasifikace VI-RADS při předoperačním stagingu BC. Vysoká NPV (92,9 %) při cut-off VI-RADS ≥ 4 může podpořit plánování TURB s kurativním záměrem i u objemnějších nádorů a potenciálně přispět k omezení počtu re-TURB. Na druhé straně výskyt falešně pozitivních nálezů u kategorie VI-RADS 4 a 5 (31 %) zdůrazňuje nezbytnost histologického ověření před indikací radikální léčby.

Analýza genové exprese cirkulujících nádorových buněk a primárních tumorů u uroteliálního karcinomu měchýře

Gregušová A.¹, Kološtová K.², Samcová L.³, Klézl P.¹, Šonský J.¹, Grill R.¹, Krumpolec P.⁴, Hadžega D.⁴, Minárik G.⁴, Bobek V.²

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

² Laboratoř personalizované medicíny, Onkologická klinika 3. LF a FNKV

³ Gynekologická klinika 3. LF UK a ÚVN Praha

⁴ Medirex Group Academy

zpřesnit histopatologickou diagnostiku, a tím ovlivnit terapeutický postup.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem studie bylo definovat rozdíly mezi low-grade (LG) a high-grade (HG) uroteliálními karcinomy močového měchýře (BC) na úrovni genové exprese (celoexomové RNA-sekvenování – WES) a v kontextu nádorové diseminace, vč. analýzy cirkulujících nádorových buněk (CTC).

Materiál a metody: Do studie byli zařazeni pacienti s nově diagnostikovaným BC (n = 12). Před transuretrální resekci byla pacientům odebrána periferní krev (2 × 8 ml, EDTA) a během výkonu byl odebrán vzorek primárního tumoru (PT). CTC byly obohaceny na základě velikosti (MetaCell), kultivovány *in vitro* a analyzovány vitální fluorescenční mikroskopií a kvantitativní PCR. Hodnocena byla exprese vybraných 16 genů v PT i v CTC. Jako kontrolu jsme použili vzorky krve zdravých probandů (n = 6). Následně bylo provedeno RNA sekvenování PT.

Výsledky: Analýza genové exprese PT a odpovídajících CTC odhalila významné rozdíly mezi skupinami LG a HG, stejně jako mezi PT a CTC v rámci LG a HG skupiny. Nádory LG a CTC vykazovaly vyšší expresi genů *EGFR*, *TRPM4* a *GLUT1* spojených s proliferací, migrací a metabolismem glukózy. Naproti tomu nádory HG a CTC se vyznačovaly zvýšenou expresí genů souvisejících se stemness (*NANOG*, *TWIST*) a genu regulujícího buněčné dělení *AURKA*. Kromě toho CTC od pacientů s HG vykazovaly zvýšenou expresi PD-L1 (CD274), klíčového markeru imunitní evaze a potenciálního prediktoru odpovědi na imunoterapii. CTC od pacientů s LG vykazovaly pokles *SOX2*, *POU5F1*, *NANOG* a *AURKA* v čase, sledováno dynamicky post-TUR, což naznačuje postupnou ztrátu agresivity nádoru. Ve srovnání se zdravou tkání močového měchýře vykazovaly nádory zvýšenou expresi *ALDH1A1*, *AURKA*, *EGFR*, *GLUT1*, *TWIST1* a *ZEB1*.

Závěr: Analýza genové exprese PT a párových CTC ukázala rozdíly mezi LG a HG i mezi PT a CTC. LG nádory/CTC exprimují nadměrnou proliferaci stimulující a metabolické geny (např. *EGFR*, *GLUT1*), zatímco HG mají vyšší expresi markerů kmenovosti a genů souvisejících s imunitním únikem (*NANOG*, *AURKA*, *PD-L1*). Kombinace RNA-seq PT s analýzou CTC může

Roboticky asistovaná vs. otevřená radikální cystektomie u invazivního karcinomu močového měchýře – srovnání onkologických a perioperačních výsledků

Staník M.¹, Hulová M.¹, Šumberová K.², Pechočiaková M.³, Hrabec R.¹

¹ Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

² Úsek správy a analýzy dat, Masarykův onkologický ústav, Brno

³ Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Konflikt zájmů: Ne.

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

Diskutovaný poster

Úvod: Radikální cystektomie (RC) představuje standardní léčebnou metodu u pacientů se svalovinu infiltrujícím karcinomem močového měchýře (MIBC). Roboticky asistovaná RC (RARC) je v současnosti stále častěji využívanou alternativou otevřené RC (ORC). Cílem této studie bylo porovnat perioperační a krátkodobé onkologické výsledky obou chirurgických přístupů.

Materiál a metody: V období od února 2020 do února 2026 podstoupilo RC pro MIBC 136 pacientů ORC a 34 pacientů RARC. Do retrospektivní analýzy bylo zařazeno 34 konsektivních pacientů v každé skupině, všechny operace provedl jeden operátor. Soubor RARC zahrnoval pacienty operované od zavedení této techniky, tedy vč. období získávání zkušeností operátora. Ve všech případech RARC byla derivace moči provedena intrakorporálně. Z onkologických výsledků bylo hodnoceno 2leté přežití bez rekurence (RFS) pomocí Kaplan-Meierových křivek.

Výsledky: Průměrný věk pacientů činil 66 a 63 let ve skupinách ORC a RARC. Ve skupině ORC byla častěji přítomna klinická lymfadenopatie (cN1–3; 38 vs. 12 %), zatímco neoadjuvantní chemoterapie byla častěji podána pacientům podstupujícím RARC (53 vs. 38 %). Medián počtu odstraněných lymfatických uzlin byl vyšší u ORC (22 vs. 14; $p = 0,001$). Robotická cystektomie byla spojena s delším operačním časem (373 vs. 271 min; $p < 0,001$), avšak s nižší krevní ztrátou – medián 100 ml (IQR 30–200) vs. 400 ml (IQR 200–570; $p < 0,001$). Medián délky sledování činil 35 měsíců ve skupině ORC a 27 měsíců ve skupině RARC. Dvouleté RFS u pacientů bez vstupní lymfadenopatie (cN0) bylo srovnatelné mezi ORC a RARC (66 vs. 74 %; $p = 0,543$). Výskyt závažných pooperačních komplikací byl obdobný (18 % u ORC vs. 15 % u RARC), zatímco zcela nekomplikovaný pooperační průběh byl častější po RARC (53 vs. 24 %).

Závěr: RARC dosahuje srovnatelných krátkodobých onkologických výsledků s otevřeným přístupem při nižší krevní ztrátě, avšak za cenu delšího operačního času. Výskyt závažných pooperačních komplikací byl v obou skupinách obdobný, přičemž po RARC byl častější zcela nekomplikovaný pooperační průběh.

Zahájení programu roboticky asistované radikální cystektomie s intrakorporální derivací – první zkušenosti jednoho chirurga s 50 konsekutivními pacienty

Študent V. jr., Česák O., Hruška F., Žemla P., Hartmann I.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Roboticky asistovaná radikální cystektomie (RARC) s intrakorporální derivací moči představuje technicky náročný miniinvasivní výkon určený k léčbě svalovinu infiltrujícího a vysoce rizikového neinvazivního karcinomu močového měchýře. Cílem práce bylo zhodnotit perioperační a časné onkologické výsledky prvních 50 konsekutivních výkonů provedených jedním chirurgem při zavádění programu robotické cystektomie.

Materiál a metody: Retrospektivně byl hodnocen soubor 50 konsekutivních RARC provedených jedním chirurgem v období od května 2022 do května 2026 s využitím robotického systému da Vinci Xi. U všech pacientů byla provedena rozšířená pánevní lymfadenektomie. Intrakorporální derivace zahrnovala ileální kondukt u 28 (56 %) a ortotopní neoveziku u 22 (44 %) pacientů. Do roku 2024 byla neovezika konstruována technikou Karolinska, od roku 2025 technikou Bordeaux. Hodnoceny byly demografické, perioperační, patologické a časné pooperační výsledky.

Výsledky: Soubor tvořilo 40 mužů (80 %) a 10 žen (20 %), medián věku byl 66 let (IQR 58–72) a medián BMI 26,4 kg/m². Indikací byl vysoce rizikový neinvazivní karcinom u 12 (24 %) a svalovinu infiltrující nebo lokálně pokročilý karcinom u 38 (76 %) pacientů; neoadjuvantní chemoterapii podstoupilo 26 (52 %). Medián operačního času byl 328 min (IQR 293–364), krevní ztráty 450 ml (IQR 300–500) a délky hospitalizace 14,5 dne (IQR 12–18). Krevní transfuzi vyžadovalo pět (10 %) pacientů. Medián počtu odstraněných uzlin byl 19 (IQR 15–24), uzlinové metastázy byly zjištěny u devíti (18 %) a pozitivní chirurgické okraje u dvou (4 %) pacientů. Komplikace Clavien-Dindo II se vyskytly u 22 (44 %) a Clavien-Dindo ≥ III u devíti (18 %) pacientů. Rehospitálizace do 90 dnů byla zaznamenána u 14 (28 %) pacientů, 90denní mortalita činila 4 % (2 z 50).

Závěr: Zavedení programu RARC s intrakorporální derivací moči bylo spojeno s přijatelnou perioperační morbiditou a uspokojivými časnými onkologickými výsledky. Naše výsledky potvrzují, že tento přístup lze bezpečně zavést při zachování odpovídající onkologické kvality.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

Incidentální nález Meckelova divertiklu při roboticky asistované radikální cystektomii – videokazuistika

Balík M., Špaček J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: Meckelův divertikl je nejčastější vrozenou anomálií gastrointestinálního traktu. U dospělých bývá většinou asymptomatický a často je zachycen náhodně při chirurgických výkonech.

Kazuistika: Prezентujeme případ 43letého pacienta s muskuloinvazivním uroteliálním karcinomem močového měchýře diagnostikovaným po epizodě akutní retence moči. Vstupní staging prokázal nádor močového měchýře se suspektní pánevní lymfadenopatií. Po transuretrální resekci (pT2) pacient absolvoval neoadjuvantní chemoterapii gemcitabinem a cisplatinou s následnou regresí nálezu. Dne 23. 3. 2026 byla provedena roboticky asistovaná radikální cystektomie s pánevní lymfadenektomií a derivací moči podle Brickera. V průběhu operace byl incidentálně nalezen Meckelův divertikl, který byl roboticky exstirpován. Operační čas činil 4 hod 30 min, krevní ztráta byla 10 ml. Definitivní histologie prokázala kompletní patologickou odpověď na neoadjuvantní léčbu (ypT0 pN0, 0/11 uzlin). V resekovaném divertiklu byla nalezena ektopická žaludeční a pankreatická tkáň. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, pacient byl propuštěn 10. pooperační den. Nyní je 3 měsíce po výkonu bez komplikací.

Závěr: Video dokumentuje techniku robotické exstirpace incidentálně nalezeného Meckelova divertiklu během radikální cystektomie a upozorňuje na možnost přítomnosti heterotopické tkáně v asymptomatickém divertiklu.

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

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Vliv intravenózně podané kontrastní látky na výsledek cytologie moči

Žemla P., Král M.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Cytologické vyšetření moči představuje důležitou neinvazivní metodu v diagnostice a sledování uroteliálních karcinomů. Cílem této studie bylo zjistit, zda intravenózní podání jodové kontrastní látky (iopromid) podané před CT vyšetřením ovlivňuje výsledek cytologie moči.

Materiál a metody: Do prospektivní studie bylo zahrnuto 107 pacientů bez anamnézy uroteliálního karcinomu, kteří podstoupili CT břicha s intravenózním podáním kontrastní látky. Každý pacient poskytl dva vzorky moči, a to před aplikací jodové kontrastní látky a po ní. Vzorky byly hodnoceny zaslepeně podle Pařížského systému 2.0.

Výsledky: V 75,7 % případů zůstal cytologický nálezn před podáním jodové kontrastní látky i po něm stejný. Ve 24,3 % došlo ke změně cytologického nálezu, přičemž nejčastější byla změna z negativního nálezu na nediagnostický nálezn. Také byl prokázán statisticky významný nárůst nediagnostických náleznů po intravenózním podání jodové kontrastní látky ($p = 0,031$). Změna hodnotitelného cytologického nálezu před intravenózním podáním jodové kontrastní látky a po něm nebyla statisticky významná ($p = 0,100$). Srovnání koncentrací iopromidu v moči po jeho intravenózním a intrapelveckém podání neprokázalo statisticky významný rozdíl ($p = 0,94$).

Závěr: Intravenózní podání jodové kontrastní látky před odběrem moči pro cytologické vyšetření vede ke snížení hodnotitelnosti cytologických vzorků moči, ale nevede k vyššímu výskytu atypií či suspektních cytologických náleznů z high-grade karcinomu. Doporučujeme proto zvážit odstup odběru moči pro cytologické vyšetření po podání jodové kontrastní látky, aby se minimalizoval výskyt nediagnostických náleznů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

FUNKČNÍ UROLOGIE

Výsledky pilotní fáze klinické studie DRY (dálkově ovládaný umělý svěrač uretry ARTUS v léčbě mužské stresové inkontinence) u pacientů operovaných v České republice

Zachoval R., Fišerová H.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je popsat technologii nového dálkově ovládaného svěrače uretry ARTUS a prezentovat výsledky pilotní fáze multicentrické mezinárodní studie hodnotící bezpečnost a proveditelnost implantace tohoto svěrače při léčbě mužské stresové inkontinence u pacientů operovaných v České republice.

Materiál a metody: U všech pacientů operovaných v České republice v rámci pilotní fáze byl popsán věk pacientů a příčiny inkontinence a byly vyhodnoceny následující parametry: peroperační a pooperační komplikace, efekt implantace pomocí 3denního vložkového testu (PWT) a dotazníků ICIQ MLUTS a ICIQ LUTSQoL.

Výsledky: Nový mechanický umělý svěrač se skládá z: 1. manžety naložené z perineálního přístupu na bulbární uretru, která má pět stupňů možného utažení, 2. spojovacího kabelu, 3. řídicí jednotky uložené v podkoží v podbřišku, 4. dálkového ovládaní řídicí jednotky umožňujícího otevření a uzavření manžety, a má individuální nastavení tří módů (utažení manžety) – normální, klidový (užívaný např. při spánku) a aktivní (užívaný při větší fyzické aktivitě). Implantace proběhla u čtyř pacientů v průměrném věku 65 let (rozmezí 58–69 let), příčinou inkontinence byla u všech pacientů radikální prostatektomie. Doba sledování je 3–24 měsíců. U žádného z pacientů nebyla zaznamenána peri- nebo pooperační chirurgická komplikace. U jednoho pacienta bylo nutné s odstupem od implantace provést dotažení manžety a u jednoho pacienta došlo k technickému selhání svěrače. U tří pacientů s funkčním svěračem došlo ke zlepšení inkontinence podle PWT (v průměru předoperačně 685 a pooperačně 186 ml, tj. zlepšení v průměru o 72 %. Podle dotazníku ICIQ MLUTS došlo ke zlepšení skóre z 21 na 16 a z 63 na 46 bodů a podle dotazníku ICIQ LUTSQoL došlo ke zlepšení skóre z 59 na 46 a z 145 na 96 bodů.

Závěr: Implantace nového dálkově ovládaného umělého svěrače uretry v rámci pilotní fáze multicentrické mezinárodní

studie proběhla u pacientů operovaných v České republice bez komplikací, s příznivým efektem, u jednoho pacienta došlo k technickému selhání svěrače.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Hypertonus svalů pánevního dna jako méně známá příčina stresové inkontinence u mladé ženy

Procházková E.

Fyziomona s.r.o.

Nediskutovaný poster

Úvod: Standardním terapeutickým přístupem u stresové inkontinence moči (SUI) bývá posilování svalů pánevního dna (PFM). Méně známou příčinou SUI však může být hypertonus PFM s neschopností relaxace, což znamená, že sval vyčerpaný trvalým napětím nedokáže reflexně reagovat na nitrobřišní tlak. Cílem kazuistiky je demonstrovat přínos cílené fyzioterapie u této specifické patologie.

Kazuistika: Primipara (33 let), rekreační běžkyně, byla odeslána k urologické fyzioterapii pro SUI při běhu a kašli. Vstupní urodynamické vyšetření prokázalo přiměřený nález bez detruzorové hyperaktivity. Palpační vyšetření PFM *per vaginam* odhalilo výrazný globální hypertonus a přítomnost trigger pointů v *m. levator ani*. Byla zjištěna rigidita hrudníku, nefunkční dechový stereotyp a neschopnost izolované relaxace PFM. Terapie (šest sezení během 4 měsíců) zahrnovala manuální ošetření *per vaginam*, biofeedback k nácviu relaxace, úpravu dechové vlny a integraci „knack manévru“ do globálních pohybových vzorů. Po ukončení terapie je pacientka subjektivně zcela kontinentní (pokles skóre ICIQ-SF z 19 na 0), bez úniků při sportu. Efekt je stabilní i při kontrole po 3 měsících.

Závěr: Kazuistika potvrzuje, že SUI u mladých žen nemusí být provázána insuficiencí PFM. Klíčem k úspěšné léčbě bylo snížení hypertonu a obnova koordinace.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Sakrální neuromodulace v léčbě dysfunkcí dolních močových cest

Strharská L.¹, Rejchrt M.¹, Paus Sýkora R.², Kúřil M.¹, Krhut J.²

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

² Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Sakrální neuromodulace (SNM) je 3. linií léčby refrakterního hyperaktivního močového měchýře (OAB) nebo chronické neobstrukční retence moči (NOUR). Cílem studie bylo zhodnotit účinnost a bezpečnost SNM u pacientů léčených v letech 2019–2026 ve dvou urologických centrech v ČR.

Materiál a metody: U všech pacientů byl použit systém InterStim II (Medtronic). V první fázi byla perkutánně zavedena stimulační elektroda do sakrálního otvoru S3, správná poloha byla ověřena pomocí peroperační skiaskopie a reflexní motorické odpovědi. Následně byla elektroda stimulována celkem 3 týdny pomocí externího zdroje a byl zhodnocen výsledek. Pokud bylo dosaženo alespoň 50% redukce symptomů, byl implantován trvalý zdroj stimulace. V opačném případě byla elektroda explantována. Vzhledem k výrazné heterogenitě souboru jsme účinnost hodnotili pomocí Patient Global Impression of Improvement (PGI-I). Jedná se validovanou Likertovu škálu s rozsahem 1 („můj stav je po léčbě velmi výrazně zlepšen“) až 7 („můj stav je po léčbě velmi výrazně zhoršen“). Bezpečnost jsme hodnotili podle četnosti a závažnosti komplikací dle klasifikace Clavien-Dindo. K hodnocení byly použity metody deskriptivní statistiky.

Výsledky: K SNM bylo ve sledovaném období indikováno celkem 56 pacientů (průměrný věk 46 let, 52 žen). U 33 dominovaly symptomy OAB, 23 mělo NOUR. Během testovacího období bylo dosaženo $\geq 50\%$ redukce symptomů u 46 z 56 pacientů (82 %). Úspěšnost testovací fáze byla u OAB 82 %, u NOUR 72 %. Průměrné skóre PGI-I, hodnocené 3, 12, 24, 36, 48, 60, 72 a 84 měsíců po implantaci, bylo 1,7 (n = 46); 1,9 (n = 39); 2,0 (n = 32); 2,0 (n = 28); 2,1 (n = 19); 2,1 (n = 9); 2,2 (n = 6) a 2,3 (n = 3). Nezaznamenali jsme významný rozdíl ve spokojenosti s výsledky léčby mezi pacienty s OAB a NOUR. Pooperačně jsme zaznamenali u dvou pacientek infekční komplikaci, která si vyžádala explantaci elektrody (III.b).

Závěr: Efektivita SNM je v našem souboru srovnatelná s literárními údaji. Jedná se o miniinvazivní metodu s relativně krátkou křivkou učení. Zásadním faktorem úspěchu je uvážlivá indikace.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Stabilita močového mikrobiomu u zdravých peri- a postmenopauzálních žen – první výsledky

Rychlý T.^{1,2}, Šimůnková B.^{3,4}, Marešová H.³, Pelantová H.³, Palyzová A.³, Krhut J.^{1,2}

¹ Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

² Katedra chirurgických oborů LF OU Ostrava

³ Mikrobiologický ústav AV ČR Praha

⁴ Ústav biotechnologie, Vysoká škola chemicko-technologická, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Dolní močové cesty jsou osídleny až stovkami bakteriálních druhů, dosud však neexistuje definice fyziologické abundance mikroorganismů v močovém mikrobiomu. Cílem dlouhodobého projektu je studium časové stability alfa- a beta-diverzity močového mikrobiomu a souvisejících metabolomických profilů u zdravých peri- a postmenopauzálních žen. Studie proveditelnosti ověřuje metodiku sběru moči a analýzy vzorků pomocí NGS (next generation sequencing) pro potřeby následného projektu.

Materiál a metody: U 40 zdravých peri- a postmenopauzálních žen (věk 50–63 let) byly provedeny dva necévkované odběry moči v odstupu 3–6 měsíců. Po vyloučení pacientek s pozitivním nálezem ve standardní kultivaci moči nebo leukocyturie $\geq 100/\mu\text{l}$ bylo analyzováno 37 dvojic vzorků moči. U všech vzorků byla provedena izolace DNA, PCR amplifikace a sekvenace DNA. Data byla podrobena bioinformatické analýze. Současně byla provedena necílená metabolomická analýza močových vzorků a vyhodnoceny nejvíce abundantní metabolity detekované v moči.

Výsledky: Všechny 37 párových vzorků dosahovalo dostatečné sekvenační hloubky (medián 408 201 reads na vzorek) umožňující robustní mikrobiomové analýzy. Hodnocení alfa-diverzity pomocí Shannonova indexu ukázalo individuální variabilitu mikrobiální diverzity, přičemž nebyly prokázány signifikantní rozdíly mezi dvěma odběry (paired Wilcoxon test; $p = 0,203$). Prevalenční a heatmapová analýza ukázaly relativní abundanci 20 nejvíce zastoupených bakteriálních čeledí napříč analyzovanými vzorky s profilem stabilně přítomných dominantních rodů *Prevotella*, *Lactobacillus*, *Hoylella*, *Gardnerella* a *Corynebacterium*. Analýza beta-diverzity potvrdila nízkou míru variability ve složení mikrobiálních komunit mezi jednotlivými odběry, což naznačuje relativní stabilitu močového mikrobiomu. Necílená metabolická analýza moči odhalila celkem 31 dominantních metabolitů, mezi nimiž byly identifikovány jak metabolity hostitele, tak metabolity vznikající činností mikrobioty.

Závěr: Celkově výsledky pilotní studie podporují koncept relativně stabilního, avšak individuálně specifického močového mikrobiomu u peri- a postmenopauzálních žen. Identifikované metabolity mohou představovat významné markery vztahu mezi složením mikrobiomu a systémovým metabolismem hostitele. Získaná data představují důležitý základ pro dlouhodobě realizovanou studii zaměřenou na stabilitu močového mikrobiomu ve vztahu k hormonálním změnám, metabolickému stavu a riziku urogenitálních onemocnění u žen.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Projekt byl realizován za podpory grantů 24/RVO-FNOs/2024, MŠMT OPJAK CZ.02.01.01/00/22_008/00 04597 a CZ.02.01.01/00/23_020/0008502.

Změny managementu vyprazdňování dolních močových cest v průběhu hospitalizace na spinální rehabilitační jednotce

Fišerová H., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Neurogenní dysfunkce dolních močových cest je častým důsledkem míšního poškození a představuje významný faktor ovlivňující morbiditu a mortalitu pacientů a jejich kvalitu života. Cílem práce bylo vyhodnotit změny managementu vyprazdňování dolních močových cest v průběhu hospitalizace na spinální rehabilitační jednotce.

Materiál a metody: Retrospektivně byl hodnocen soubor 125 pacientů s traumatickým i netraumatickým míšním poškozením, hospitalizovaných v roce 2025. Všichni pacienti absolvovali min. tři urologické kontroly (vč. hodnocení mikčního deníku, neuroulogického, ultrazvukového a urodynamického vyšetření). Hodnoceny byly demografické údaje, charakter léze a způsob vyprazdňování močového měchýře při přijetí a propuštění.

Výsledky: Do souboru bylo zařazeno 125 pacientů (96 mužů a 29 žen), z toho 62 s traumatickou a 63 s netraumatickou míšní lézí. Cervikální lézi mělo 41 pacientů, hrudní 52, bederní 31 a sakrální 1. Dle klasifikace American Spinal Injury Association Impairment Scale bylo 23 pacientů ve stupni A, 11 ve stupni B, 36 ve stupni C a 54 ve stupni D. Při přijetí mělo 45 pacientů permanentní močový katetr (PMK), 24 provádělo intermitentní katetrizaci (IK), 19 mělo epicystostomii a 37 spontánně močilo. Při propuštění klesl počet pacientů s PMK na 11. Na režim IK bylo převedeno 14 pacientů, na epicystostomii 9 a spontánní mikci obnovilo 21 pacientů. Počet pacientů na IK vzrostl na 35, počet spontánně močících na 56, zatímco počet epicystostomií zůstal prakticky nezměněn (19 vs. 20). Anticholinergní léčba byla zahájena u 14 pacientů a intravezikální aplikace botulotoxinu provedena u 3 pacientů.

Závěr: Komplexní urologická péče poskytovaná na spinální rehabilitační jednotce v rehabilitačním ústavu vede ke snížení závislosti pacientů na PMK a podporuje přechod na bezpečnější a dlouhodobě výhodnější způsoby managementu vyprazdňování močového měchýře. IK a obnovení spontánní mikce představují hlavní cíle neuroulogické rehabilitace spinálních pacientů a přispívají ke snížení rizika urologických komplikací, ochraně horních močových cest a zlepšení kvality života.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Determinanty klinicky významnej odpovede na tréning panvového dna so supresívnou technikou k silodozínu u mužov s BPH/OAB

Švihra J. sr.¹, Hagovská M.², Macko L.³, Breza J. jr.⁴, Švihra J. jr.¹, Lupták J.¹, Lachvác L.⁵

¹ Urologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

² Oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

³ Urologická ambulancia Urocentrum, Levice, Slovensko

⁴ Oddelenie detskej urológie, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovensko

⁵ Urologická klinika, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Určiť východiskové klinické a symptomatické prediktory klinicky významného zlepšenia po pridání tréningu panvového dna s technikami potlačenia urgencie (PFMT-st) k silodozínu u mužov s príznakmi postihujúcimi dolné močové cesty pri benígnej hyperplázii prostaty a pretrvávajúcimi uskladňovacími symptómami hyperaktívneho močového mechúra (OAB). Sekundárnym cieľom bolo identifikovať pragmatické prahové hodnoty (najmä frekvencie močenia) spojené s vyššou pravdepodobnosťou odpovede.

Materiál a metódy: Sekundárna *post hoc* analýza údajov z multicentrickej randomizovanej paralelnej štúdie. Muži > 50 rokov užívajúci silodozín boli randomizovaní na silodozín samotný alebo silodozín + PFMT-st na 12 týždňov. Respondér bol definovaný ako PGI-I ≤ 2 v 12. týždni. Prediktory odpovede sa hodnotili prešpecifikovanou multivariačnou logistickou regresiou (rameno liečby, vek, BMI, IPSS, PPIUS, OAB-q symptom skóre, mikcie/24 hod, noktúria). Diskriminácia modelu sa hodnotila pomocou AUC.

Výsledky: Zo 142 mužov bolo 54 (38,0 %) respondérov. Miera odpovede bola 10,0 % pri silodozíne samotnom (7/70) vs. 65,3 % pri silodozíne + PFMT-st (47/72). Pridanie PFMT-st bolo najsilnejším prediktorom odpovede (OR 21,60; 95% CI 7,65–61,00; p < 0,001). Vyššia východisková frekvencia močenia bola spojená s nižšou pravdepodobnosťou odpovede (OR 0,74 na každú ďalšiu mikciu/24 hod; p = 0,042). Model vykazoval dobrú diskrimináciu (AUC 0,865). V stratifikovaných analýzach mali vyššiu mieru odpovede najmä muži < 65 rokov a pacienti s východiskovou frekvenciou približne ≤ 10 mikcií/24 hod.

Záver: PFMT-st pridany k silodozínu významne zvyšuje pravdepodobnosť klinicky relevantného zlepšenia. Vyššiu šancu

na odpoveď majú muži < 65 rokov a pacienti s nižšou východiskovou frekvenciou močenia ($\leq 10/24$ hod); prahové hodnoty si vyžadujú externú validáciu.

Konflikt záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Vliv léčby pomocí kontinuálního přetlaku v dýchacích cestách (CPAP) na výskyt nykturie a kvalitu života u pacientů se syndromem obstrukční spánkové apnoe (OSA)

Paus Sýkora R.^{1,2}, Krhut J.^{1,2}, Kondé A.³

¹ Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

² Katedra chirurgických oborů LF OU Ostrava

³ Katedra aplikované matematiky, Fakulta elektrotechniky a informatiky, VŠB – Technická univerzita Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Obstrukční spánková apnoe (OSA) je častý zdravotní problém, který postihuje přibližně 17 % žen a 34 % mužů. Jedním ze symptomů OSA je vyšší výskyt nykturie než u populace bez OSA. Jednou z léčebných metod OSA je léčba kontinuálním přetlakem v dýchacích cestách (CPAP). Cílem práce je zhodnotit vliv léčby pomocí CPAP na výskyt nykturie a kvalitu života u pacientů s OSA.

Materiál a metody: Do pilotní fáze studie bylo zapojeno 45 pacientů se středně těžkou až těžkou OSA, kteří byli indikováni k léčbě CPAP. Celkem 33 pacientů používalo CPAP, zatímco 12 používání CPAP odmítlo. Hodnotili jsme data z IPSS dotazníku a 48 hod vedeného Deníku močového měchýře. Vstupní data byla získána při stanovení diagnózy OSA a kontrolní data byla získána po 12 týdnech. K porovnání skupin byl použit Mann-Whitneyův nebo Fisherův exaktní test. Změny v rámci jednotlivých skupin byly analyzovány pomocí jednovýběrového Wilcoxonova testu.

Výsledky: Ve skupině léčené CPAP jsme pozorovali signifikantní pokles počtu nykturií, nočního objemu moči, indexu noční polyurie (podíl objemu moči vymočené v období spánku a moči vymočené za 24 hod) a zlepšení kvality života. Skupina bez CPAP nevykazovala statisticky významné změny. Výsledky shrnuje tab. 1.

Závěr: Naše výsledky podporují hypotézu, že u pacientů se středně těžkou a těžkou OSA vede léčba CPAP ke snížení noční produkce moči, zlepšení symptomů dolních cest močových a zlepšení kvality života. Získaná data budou použita pro kalkulaci vzorku připravované prospektivní studie.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Výsledky.

Parametr	CPAP (n = 33)	Bez CPAP (n = 12)
Demografické údaje		
• vĕk (roky)	62 (57; 67)	73 (66; 77)
• počet žen (%)	10 (30,3)	6 (50,0)
• počet mužů (%)	23 (69,7)	6 (50,0)
Vstupní hodnoty – IPSS		
• celkové skóre IPSS (0–35)	9 (6; 13)	8 (5; 9)
• nykturie (škála 0–5)	3 (2; 4)	3 (2; 4)
• kvalita života (škála 0–6)	3 (2; 4)	3 (2; 3)
Vstupní hodnoty – Deník močového měchýře		
• počet epizod nykturie	3 (2; 4)	3 (2; 3)
• noční objem moči (ml)	700 (450; 950)	730 (675; 995)
• index noční polyurie (%)	30,2 (21,9; 38,2)	34,1 (29,1; 36,0)
Změna po 12 týdnech – IPSS		
• celkové skóre IPSS	–3 (–4; –1)	–1 (–3; –2)
• nykturie (škála 0–5)	–1 (–2; –1)	0 (0; 0)
• kvalita života (škála 0–6)	–1 (–2; 0)	0 (0; 0)
Změna po 12 týdnech – Deník močového měchýře		
• počet epizod nykturie	–1 (–2; –1)	0 (0; 0)
• noční objem moči (ml)	–250 (–425; –100)	–15 (–161; 58)
• index noční polyurie (procentní body)	–8,2 (–12,8; –4,0)	–0,2 (–6,0; 6,5)

Recelularizácia decelularizovaných scaffoldov humánnej uretry a preputia pre rekonštrukčnú urologiu

Žiaran S.¹, Kuniaková M.², Gálfiová P.², Klein M.²,
Bernátová S.², Haspinger D.³, Hammer N.³, Topoliová K.⁴,
Trebatický B.⁴, Danišovič L.², Kováč J.⁵

¹ Urologická klinika LF UK a UNB v Bratislave, Nemocnica Ružinov, Slovensko

² Ústav lekárskej biológie, klinickej genetiky LF UK v Bratislave, Slovensko

³ Division of Macroscopic and Clinical Anatomy, Gottfried Schatz Research Center, Medical University of Graz, Rakousko

⁴ Urologické oddelenie, UNB v Bratislave, Nemocnica ak. L. Déreza, Slovensko

⁵ Národný ústav reumatických chorôb, Piešťany, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Rekonštrukcia uretry a mäkkých tkanív je limitovaná dostupnosťou autológneho tkaniva a morbiditou odberového miesta. Decelularizovaná extracelulárna matrix (dECM) predstavuje tkanivovo špecifický scaffold so zachovanou architektúrou a biologickým mikroprostredím. Cieľom práce je pripraviť, charakterizovať a recelularizovať dECM scaffoldy humánnej uretry a preputia fibroblastmi a mezenchýmovými kmeňovými bunkami z tuky (AT-MSCs).

Materiál a metódy: Do štúdie bolo zaradených 20 vzoriek humánneho preputia a 10 vzoriek humánnej uretry, ktoré boli spracované statickými a dynamickými decelularizačnými protokolmi. Účinnosť decelularizácie a zachovanie matrix boli hodnotené histologicky, imunohistochemicky, stanovením reziduálnej DNA, SEM analýzou, testovaním pyrogénov a biomechanickým testovaním. Decelularizovaná ECM boli osídlené fibroblastmi a AT-MSCs v hustote 250 000 buniek/0,1 ml na vzorku. Reseeding bol hodnotený po 48 hod, pri vybraných preputiálnych scaffoldoch po 7 dňoch. Viabilita a distribúcia buniek boli hodnotené konfokálnou mikroskopiou s FDA/PI, povrchová interakcia SEM analýzou a proliferácia markerom Ki-67. *In vivo* biokompatibilita bola testovaná subkutánnou implantáciou u potkanov v časových bodoch 3, 7, 14 a 60 dní.

Výsledky: Decelularizácia viedla k príprave acelulárnych scaffoldov pri zachovaní 3D architektúry, kolagénovej ultraštruktúry a povrchovej topografie matrix. Histologické a imunohistochemické analýzy preukázali výraznú redukciu bunkovej zložky, pokles reziduálneho DNA na $26,9 \pm 12,4$ ng/mg tkaniva ($p < 0,001$), absenciu pyrogénov. Biomechanické testovanie potvrdilo zachovanie integrity scaffoldov kompatibilnej s manipuláciou a ďalšou kultiváciou. Po osídlení fibroblastmi a AT-MSCs bola po 48 hod preukázaná adhézia buniek, ich distribúcia v matrixových štruktúrach a viabilita nad 75 %. SEM

potvrdila tesnú interakciu buniek s povrchom scaffoldov. Bun-
ková prítomnosť bola zachovaná aj po 7 dňoch a Ki-67 pozi-
tivita potvrdila prítomnosť proliferácie aktívnych buniek. *In*
vivo implantácia preukázala priaznivú lokálnu tkanivovú od-
poveď bez známkov významnej zápalovej reakcie.

Záver: Decelularizovaná ECM humánnej uretry a preputia
predstavuje perspektívny biologický scaffold pre recelularizá-
ciu a ďalší vývoj tkanivových náhrad v rekonštrukčnej uroló-
gii. Výsledky podporujú jeho štruktúrnu stabilitu, biokompa-
tibilitu a schopnosť podporiť adhéziu, viabilitu a proliferáciu
reseedovaných fibroblastov a AT-MSCs.

Konflikt záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

DĚTSKÁ UROLOGIE

Dlouhodobé výsledky léčby oboustranného Wilmsova nádoru – 20letá studie dvou národních center

Pýchová M.¹, Zerhau P.², Kynčl M.³, Háček J.⁴, Pýcha K.⁵, Dobranská S.⁶, Šrámková L.⁶, Mališ J.⁶, Bajčiová V.⁷, Švojgr K.⁶, Rygl M.¹

¹ Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FNMH Praha

³ Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNMH Praha

⁴ Ústav patologie a molekulární medicíny, 2. LF UK a FNMH Praha

⁵ Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FNMH Praha

⁶ Klinika dětské hematologie 2. LF UK a FNMH Praha

⁷ Klinika dětské onkologie FN Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Bilaterální Wilmsův nádor představuje 5–8 % všech Wilmsových nádorů a jeho léčba vyžaduje dosažení optimální onkologické kontroly při maximálním zachování funkčního renálního parenchymu. Cílem práce bylo zhodnotit výsledky léčby všech pacientů s bilaterálním Wilmsovým nádorem léčených v České republice během 20letého období.

Materiál a metody: Retrospektivně byli analyzováni všichni pacienti s bilaterálním Wilmsovým nádorem diagnostikovaní a léčeni v dětských onkologických centrech v Praze a Brně v letech 2005–2025. Léčba probíhala podle protokolů SIOP 2001 a SIOP-RTSG Umbrella 2016. Hodnoceny byly klinické parametry, typ chirurgického výkonu, histologický nálezný, výskyt recidiv, renální funkce a dlouhodobé přežití.

Výsledky: Do souboru bylo zařazeno 24 pacientů (10 dívek, 14 chlapců) s mediánem věku v době diagnózy 1,5 roku. U tří pacientů byl zjištěn metachronní výskyt nádoru, plicní metastázy při diagnóze měl jeden pacient. Genetický predispoziční syndrom byl přítomen u devíti pacientů (38 %). Předoperační chemoterapii podstoupilo 21 pacientů (87 %), přičemž regrese nádoru byla zaznamenána u 17 z nich. Oboustranného parenchym šetřícího výkonu bylo dosaženo u osmi pacientů, u deseti byla provedena jednostranná nefrektomie v kombinaci s kontralaterální parenchym šetřící operací. Pouze jednostranná nefrektomie byla indikována u čtyř pacientů a jednostranná parenchym šetřící operace u dvou. Histologicky převažovaly nádory středního rizika (21 pacientů), vysoké riziko bylo prokázáno u tří pacientů. Recidiva onemocnění se objevila u osmi pacientů (33 %), nejčastěji v reziduální ledvině. Tři pacienti podstoupili oboustrannou nefrektomii a zemřeli na progresi onemocnění. Ze přeživších podstoupili dva pacienti transplantaci ledviny pro terminální selhání

ledvin při syndromu Denys-Drash a u tří byla prokázána chronická renální insuficience.

Závěr: Výsledky celostátního souboru potvrzují, že léčba bilaterálního Wilmsova nádoru založená na předoperační chemoterapii a maximálně parenchym šetřící chirurgii umožňuje dosáhnout velmi dobrých onkologických výsledků při současném zachování renálních funkcí u většiny pacientů. Centralizovaná péče a úzká spolupráce obou dětských onkologických center vedou k výsledkům srovnatelným s předními zahraničními pracovišti.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná pyeloplastika u dětí – 2leté zkušenosti z jednoho centra

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

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Roboticky asistovaná pyeloplastika představuje moderní miniinvazivní přístup k léčbě obstrukce ureteropelvickeho přechodu u dětských pacientů. Cílem práce je zhodnotit výsledky metody od doby jejího zavedení na našem pracovišti.

Materiál a metody: Retrospektivně byl analyzován soubor 65 dětí operovaných v období duben 2024 až květen 2026. Soubor zahrnoval 24 dívek a 41 chlapců, s mediánem věku 136 (45–215) měsíců a mediánem hmotnosti 39 (17–71) kg. Ve 33 případech byla operace provedena vlevo, ve zbývajících vpravo. V deseti případech byla provedena laloková pyeloplastika dle Kučery, ostatní výkony byly resekční dle Anderson-Hynes. Ve všech případech byl použit ureterální stent k derivaci moči. Alespoň jednu pooperační kontrolu absolvovalo 57 (88 %) pacientů, medián doby sledování činil 8 (2–22) měsíců.

Výsledky: Perioperační komplikace byla zaznamenána v jediném případě (1,5 %) a byla řešena laparoskopickou revizí dutiny břišní. Pooperační komplikace se vyskytly ve čtyřech případech (6,2 %), ve všech případech klasifikované jako Clavien-Dindo 3b. Ve třech případech se jednalo o komplikace spojené s obstrukcí stentu, řešené jeho výměnou nebo úpravou derivace. V jednom případě byla příčinou stenóza uretry, vyžadující odstranění stentu v celkové anestezii a dilataci uretry. Průměrná doba hospitalizace činila 4,4 (4–6) dne a doba zavedení močového katetru 2,3 dne (1–4 dny). U všech pacientů došlo k vymizení nebo významnému poklesu dilatace páňvičky, s redukcí průměrného anteroposteriorního rozměru z 37 (13–70) mm před operací na 6 (0–19) mm po operaci. U všech pacientů operovaných pro pokles funkce došlo po výkonu ke stabilizaci či zlepšení funkce postižené ledviny. V jednom případě přetrvávaly symptomy při zmenšené dilataci rok po operaci, stav byl řešen dočasným zavedením stentu s následným zlepšením.

Závěr: Roboticky asistovaná pyeloplastika u dětí je bezpečná a vysoce efektivní metoda léčby obstrukce ureteropelvickeho přechodu. Naše 2leté zkušenosti potvrzují velmi nízkou četnost reintervencí a velmi dobré morfologické i funkční výsledky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO – VFN64165.

Pět let zkušeností s dvoudobou rekonstrukcí proximálních hypospadií dle Bracky

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

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Chirurgická léčba proximálních forem hypospadií nemá jednotně přijímaný standard. Dvoudobá rekonstrukce dle Bracky (1995) spočívá v napřímení penisu a přenosu volného předkožkového štěpu v první době, s následnou tubularizací neouretry ve druhé době. V modifikované podobě tuto techniku na našem pracovišti používáme od roku 2021, kdy nahradila postup dle Byarse. Cílem práce je prezentovat 5leté zkušenosti s touto metodou.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor pacientů, kteří mezi únorem 2021 a květnem 2026 podstoupili primorekonstrukci hypospadiie Brackovou technikou. Modifikace spočívala v podložení štěpu dvěma pruhy laloků z tunica dartos po stranách a jeho fixaci ke kavernózním tělesům pouze ve střední čáře. Druhá doba následovala s odstupem 6–12 měsíců. Hodnotili jsme předoperační nález, věk, délku jednotlivých operačních dob a interval mezi nimi, nutnost ortoplastiky, komplikace, dobu sledování a výsledky.

Výsledky: Soubor tvořilo 30 chlapců s mediánem věku 68 (35–144) měsíců s hypospadií penoskrotální (n = 17), skrotální (n = 7), perineální/skrotoperineální (n = 4) a distální s těžkou dysplazií (n = 3). Medián první doby rekonstrukce byl 207 (139–320) min, druhé doby 132 (90–300) min; druhá fáze byla dokončena u 19 pacientů. Medián intervalu výkonů činil 9 (3–15) měsíců. Reziduální angulaci mělo celkem 28 (93,4 %) pacientů, u 8 (26,7 %) jsme provedli dorzální ortoplastiku dle Baskina, u 20 (66,7 %) dle Baskina-Ducketta. Štěp se vždy kompletně připojil. Průměrná doba sledování byla 9,4 měsíce. Žádný pacient nevyžadoval reoperaci. Časná dysurie u jednoho chlapce (5 %) byla vyřešena týdenním zavedením katetru. Jiný pacient měl 4 roky po výkonu epizodu obtížného močení řešenou epicystostomií, striktura nebyla prokázána. U všech 19 kompletně odoperovaných je kosmetický nález velmi dobrý, močí s ploššími uroflowmetrickými křivkami bez významného rezidua.

Závěr: Dvoudobá rekonstrukce dle Bracky představuje spolehlivou metodu s dobrými kosmetickými i funkčními výsledky i u nejtěžších forem proximálních hypospadií.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

Použití magnetického ureterálního stentu Blackstar® u dětí během roboticky asistovaných rekonstrukčních operací horních močových cest

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

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Magnetický ureterální stent Blackstar® představuje inovativní možnost derivace moči při roboticky asistovaných rekonstrukčních operacích horních močových cest u dětí, s potenciálem odstranění bez nutnosti celkové anestezie (CA). Cílem práce je zhodnotit zkušenosti s použitím stentu se zaměřením na techniku zavedení a úspěšnosti odstranění bez CA.

Materiál a metody: Do analýzy bylo zařazeno 28 dětí, u nichž bylo plánováno zavedení magnetického stentu Blackstar® během roboticky asistované rekonstrukce horních močových cest. Soubor zahrnoval 26 pyeloplastik a dvě ureteropyeloanastomózy. Na našem pracovišti preferujeme retrogradní zavedení stentu peroperačně, aby stent neinterferoval s operační technikou.

Výsledky: Úspěšného zavedení stentu bylo dosaženo ve 26 z 28 případů (92,9 %). Ve dvou případech pyeloplastiky se stent zavést nepodařilo, jednou při pokusu o antegradní zavedení a jednou pro technický problém při zavádění. Odstranění stentu bylo ve 26 případech provedeno ambulantně bez potřeby CA (92,9 %). Ve dvou případech byla nutná anestezie – 1× pro strikturu uretry znemožňující zavedení extraktoru a 1× pro technický problém. Ve všech případech byla stentem zajištěna adekvátní pooperační derivace moči.

Závěr: Použití magnetického ureterálního stentu Blackstar® u dětí během roboticky asistovaných rekonstrukčních operací horních močových cest je bezpečné a technicky dobře proveditelné. Retrogradní peroperační zavedení neinterferuje s průběhem výkonu a spolu s vysokou mírou ambulantního odstranění bez CA představuje významný přínos pro dětské pacienty.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO – VFN64165.

Přetrvávající močová inkontinence u mladé dívky

Hromčíková N.¹, Šarapatka J.¹, Kajfosz P.^{1,2}, Šmakal O.¹

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Urologické oddělení KNTB Zlín

Nediskutovaný poster

Úvod: Ektopický ureter je vzácná vrozená vada močového traktu s abnormálním vyústěním ureteru mimo trigonum močového měchýře. Postihuje častěji dívky a je až v 80 % případů asociován s duplikací horních močových cest. Lokalizace ektopického ústí u dívek bývá distálně od zevního sfinkteru, což vede ke klinickému obrazu kontinuální inkontinence moči při zachované volní mikci.

Kazuistika: Dívka, 9 let, byla odeslána nefrologem k urologickému vyšetření pro perzistující inkontinenci moči. Anamnesticky byl potvrzen trvalý únik moči ve dne i v noci, doprovázený normálními porcemi moči při volní mikci. Při fyzikálním vyšetření byl viditelný zarudlý genitál a pozorováno sáknutí moči. Při ultrazvukovém vyšetření byla prokázána zdvojená ledvina vpravo, bez dilatace kalichopánvičkového systému, bez záchytu močovodů, vlevo byl nález normální. Indikována byla magnetická rezonance urotraktu, která potvrdila vpravo ektopický ureter, jeho vyústění ale nebylo jasně identifikovatelné. Byla provedena cystoskopie, při které bylo sondáží a nástřikem kontrastní látkou identifikováno ektopické vyústění močovodu mezi uretrou a poševním introitem. Byla doplněna DMSA scintigrafie a dívka byla indikována k reimplantaci ektopického močovodu. Operace proběhla bez komplikací, po operaci je dívka plně kontinentní.

Závěr: Kazuistika demonstruje význam komplexního urologického vyšetření (důkladný odběr anamnézy, pečlivé fyzikální vyšetření) u dětských pacientů s perzistující inkontinencí a nutnost pomýšlet i na vrozené anomálie močových cest.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Nízkoprůtokový priapizmus u adolescentního chlapce

Latnerová Š., Dolejšová O., Barnovská K., Trávníček I.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Nediskutovaný poster

Úvod: Dle literatury je priapizmus u dětí a adolescentů vzácným onemocněním, hlavní příčinou bývá srpkovitá anemie, následována leukemií, traumatem, idiopatickým priapizmem a abúzem drog. V 95 % případů se jedná o ischemický priapizmus. Prezентujeme raritní případ nízkoprůtokového priapizmu u dítěte.

Kazuistika: Uvádíme případ 13letého, jinak zdravého chlapce, přijatého pro více než 48 hod trvající bolestivou erekci. Při vstupním vyšetření byla zjištěna rigidní bolestivá erekce, glans penisu měkký. Sonograficky chabý Dopplerovský signál v oblasti kavernózních těles, laboratorně bez pozoruhodností, chlapec byl zajištěn nízkomolekulárním heparinem a indikován k založení spongiokavernózního shuntu. V celkové anestezii byla provedena transglandulární incize tunica albuginea vrcholu kavernózních těles, exprimována stagnující krev a kavernózní tělesa byla propláchnuta ředěným adrenalinem. Na oddělení byla prováděna masáž penisu, podávána analgetika a opakována aplikace ředěného adrenalinu intrakavernózně. Kontrolní sonografické vyšetření s popisem trombotizace větší části kavernózních těles, dále erekce v regresi. Propuštěn 3. pooperační den s antikoagulační léčbou. Při první kontrole obnovena částečně ranní erekce, měsíc od dimise bez potíží, sonograficky kavernózní tělesa bez trombotizace. Anti-koagulační léčba byla ukončena. Chlapec byl vyšetřen ambulantně dětským hematologem, nebyla prokázána trombofilie, která by vysvětlovala proběhlou trombózu v atypické lokalizaci.

Závěr: Přestože léčba byla zahájena s více než 48hodinovým odstupem, došlo k návratu do původního zdraví a obnově erekce. Doufáme, že i do budoucna bude prognóza příznivá.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Anomálie mezonefrického vývodu u jednostranné multicystické dysplastické ledviny – retrospektivní studie ze dvou center

Šarapatka J.¹, Flögelová H.², Langer J.³, Volejníková J.², Šmakal O.¹, Bakaj Zbrožková L.⁴, Langová K.⁵

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

³ Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu

1. LF a VFN Praha

⁴ Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

⁵ Ústav lékařské biofyziky, LF UP Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Unilaterální multicystická dysplazie ledviny (UMCDK) je vrozená vývojová vada diagnostikovatelná již prenatálně. Postižená ledvina je nefunkční a ureter obvykle chybí, vzácně však může být UMCDK spojena s perzistujícími zbytky mezonefrického ductu (MND), jako je ureterokéla nebo ureterální pahýl. Cílem studie je stanovit frekvenci, klinický význam a způsob léčby ipsilaterálních anomálií MND u dětí s UMCDK při komplexním prenatálním a postnatálním sledování.

Materiál a metody: Retrospektivní analýza zahrnovala 349 dětí (0–19 let) s UMCDK sledovaných v letech 2005–2024 ve dvou centrech dětskými nefrology a/nebo urology. Anomálie MND byly klasifikovány jako typ Ia – ortotopická ureterokéla, typ Ib – ortotopická ureterokéla s ureterálním pahýlem, typ II – ektopický ureterální pahýl, typ III – komplexní anomálie zahrnující semenné vajíčko či nadvarle.

Výsledky: Anomálie MND byly zjištěny u 25 pacientů (7,2 %; 21 chlapců, 4 dívky). Klinické komplikace (dysfunkce dolních močových cest, infekce močových cest, recidivující epididymitida) se rozvinuly u čtyř chlapců (16 %) ve věku 3, 8, 12 a 16 let, a to u typů Ib a III. Medián věku při stanovení diagnózy byl 2 měsíce, medián délky sledování 10,7 roku. Regrese anomálií MND byla pozorována pouze u tří konzervativně léčených dětí (typ Ia nebo Ib). Chirurgický zákrok byl proveden u pěti pacientů – jednoho asymptomatického při bilaterální ureterokéle (oboustranná incize ureterokély) a u čtyř symptomatických (1× endoskopická incize ureterokély, 1× endoskopická incize ureterokély s nefroureterektomií a 2× exstirpace ureterokély s uretrálním pahýlem).

Závěr: Anomálie MND u UMCDK jsou vzácné a většinou mají benigní průběh. Vzhledem k možnosti pozdních komplikací, zejména dysfunkce dolních močových cest, však může být nutná endoskopická či chirurgická léčba. Je doporučeno celoživotní sledování pacientů s anomálií MND.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Mini-PCNL v léčbě odlitkové cystinové litiázy v dětském věku – videokazuistika

Nováková P., Hradec T., Sedláček J.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Video

Úvod: Léčba odlitkové nefrolitiázy v dětském věku vyžaduje individuální volbu operačního postupu s ohledem na rozsah litiázy a anatomické poměry. Mini-perkutánní nefrolitotomie (mini-PCNL) představuje bezpečnou metodu, která v kombinaci s flexibilní nefroskopií umožňuje efektivní řešení komplexní litiázy. Cílem sdělení je prezentovat video perkutánní extrakce konkrémentu pomocí mini-PCNL 16 Ch u předškolního dítěte s rozsáhlou odlitkovou litiázou.

Kazuistika: Prezentujeme případ 4,5letého chlapce o hmotnosti 14,5 kg, s nově diagnostikovanou cystinurií a asymptomatickou litiázou pravé ledviny. Nativní CT prokázalo odlitkový konkrément pánvičky a horního kalichu o velikosti 30 × 16 mm a samostatný konkrément středního kalichu velikosti 10 mm. Pro rozsah nálezu byl pacient indikován k mini-PCNL. Po punkci dutého systému a single step dilataci punkčního kanálu byl zaveden amplatz 16 Ch. Konkrément v pánvičce byl fragmentován laserem, konkrémenty z horního kalichu byly extrahovány dormia extraktorem. Pro reziduální litiázu na periferii kalichů byla doplněna flexibilní nefroskopie s extrakcí konkrémentů. Operační čas činil 120 min. Kontrolní CT prokázalo drobnou reziduální litiázu horního kalichu velikosti 4 × 2,5 mm. U pacienta nedošlo k žádným perioperačním ani pooperačním komplikacím.

Závěr: Mini-PCNL s využitím flexibilní nefroskopie představuje bezpečnou a účinnou metodu léčby rozsáhlé odlitkové litiázy i u dětských pacientů a umožňuje dosažení vysoké stone-free rate při minimální morbiditě.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: RVO-VFN64165.

Roboticky asistovaná heminefrektomie u adolescenta s rozsáhlým multicystickým tumorem ledviny – video chirurgické techniky

Študentová Z., Šmakal O., Študent V. jr., Šarapatka J.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Roboticky asistovaná heminefrektomie představuje orgán šetřící alternativu léčby komplexních renálních lézí, její využití u adolescentů je však stále poměrně raritní. Video demonstruje operační techniku na platformě da Vinci Xi u pacienta s rozsáhlým multicystickým tumorem ledviny.

Kazuistika: Video prezentuje případ 16letého pacienta sledovaného od roku 2019 pro progresivně se zvětšující multicystickou lézi horní poloviny levé ledviny charakteru pediatrického cystického nefromu. CT prokázalo nádor velikosti 80 × 54 mm s RENAL skóre 11a, diferenciální funkce levé ledviny dle DMSA činila 44 %. Současně byla přítomna symptomatická varikokéla III. stupně vlevo. Roboticky asistovaná heminefrektomie byla provedena současně s ligaturou v. spermatica sinistra. Video demonstruje preparaci renálního hilu, resekci tumoru v teplé ischemii, rekonstrukci ledviny a kontrolu perfuze zachovaného parenchymu. Doba teplé ischemie činila 31 min, operační čas 203 min (console time 150 min), krevní ztráta 50 ml. Zachováno bylo přibližně 60 % levé ledviny. Histologicky byla potvrzena benigní léze odpovídající cystickému nefromu/MEST s negativním chirurgickým okrajem. Pooperační průběh byl nekomplikován. Perfuze ledviny byla ověřena dopplerometricky, DMSA scintigrafie bude provedena v září 2026.

Závěr: Roboticky asistovaná heminefrektomie představuje bezpečnou možnost orgán šetřící léčby i u vybraných adolescentních pacientů s rozsáhlými multicystickými nádory ledviny. Video demonstruje reprodukovatelnou operační techniku umožňující maximální záchranu funkčního renálního parenchymu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892).

Poranění močového měchýře při operaci kýly u dítěte – kazuistika

Kuliaček P.^{1,2}

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie

LF UK a FN Hradec Králové

² Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Poranění močového měchýře (MM) u dětí při operaci tříselné kýly je vzácná komplikace.

Kazuistika: Chlapec, 2,5 roku, byl operován na dětské chirurgii pro levostrannou tříselnou kýlu. Během operace byl nalezen údajný tlustostěnný kýlní vak, který byl částečně zresekován a uzavřen cirkulárním stehem uzleným dovnitř. Pooperačně pacient nemočil, vzedmulo se mu břicho, zvracel. Břicho bylo na pohmat bolestivé. Další den močil malé množství moči s příměsí krve. Při ultrazvukovém vyšetření (UZ) byla zjištěna volná tekutina v dutině břišní, při cystogramu zjištěn únik kontrastní látky intraperitoneálně. Pacient byl indikován k revizi MM. Z Pfannenstielova přístupu byl zrevidován MM a operační rána. Byl odstraněn steh a tím otevřen MM a následně zjištěna záměna kýlního vaku a MM. Byla provedena sutura MM, vypláchnuta dutina břišní, MM extraperitonealizován. Byly zavedeny drény a provedena rekonstrukce rány. Následně byl 11. den proveden cystogram, bez úniku kontrastu, poté odstraněna cévka. Močil volně. Pacient je sledován ambulantně, kapacita MM v 6 letech je 165 ml.

Závěr: Perforace MM při chirurgické operaci je vzácná komplikace. Je nutno na ni pomyšlet při nestandardním pooperačním průběhu, pokud pacient nemočí nebo močí málo, při hematurii, bolestivém břichu. V diagnostice má význam UZ, cystogram, event. CT cystogram. Řešením je revize MM, jeho sutura, drenáž a zavedení permanentního katetru. Děti se hojí většinou dobře.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY LEDVIN

Klinicko-patologické charakteristiky renálních tumorů u pacientů do 45 let věku

Stránský P. Jr.¹, Kula D.¹, Šiková D.¹, Pivovarčíková K.^{2,3}, Ondič O.^{2,3}, Fiala O.^{4,5}, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

³ Bioptická laboratoř, s. r. o. Plzeň

⁴ Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

⁵ Biomedicínské centrum, LF UK Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Renální tumory (RCC) diagnostikované v mladém věku mohou vykazovat neobvyklé klinicko-patologické charakteristiky, vzácnější histologické subtypy a častější známky hereditární predispozice. Dostupné údaje o young-onset renálních tumorech jsou omezené. Cílem práce je zhodnotit klinicko-patologické charakteristiky RCC u pacientů ≤ 45 let.

Materiál a metody: Retrospektivně byli hodnoceni pacienti s RCC diagnostikovaným ve věku ≤ 45 let v období od ledna 2016 do prosince 2025. Analyzovány byly demografické a klinické charakteristiky (histologický typ, patologické stadium, multifokalita, bilateralita a extrarenální manifestace syndromů asociovaných s RCC), výsledky molekulárně-genetického vyšetření a genetického poradenství.

Výsledky: Z 2 170 pacientů operovaných či biptovaných pro renální tumor bylo do analýzy zařazeno 104 (4,79 %) pacientů ve věku ≤ 45 let, kohortu tvořilo 60 mužů (57,69 %) a 44 žen (42,31 %). Medián věku při diagnóze činil 41,79 let (IQR 35,67–43,59), 43 pacientů (41,35 %) bylo mladších 40 let. Nejčastějším histologickým subtypem byl světlobuněčný RCC (n = 51; 49,04 %), následovaný angiomyolipomem (n = 14; 13,46 %), chromofobním RCC (n = 9; 8,65 %) a papilárním RCC (n = 7; 6,73 %). Molekulárně definované RCC byly diagnostikovány u sedmi pacientů (6,73 %). Multifokalita, bilaterální postižení a extrarenální manifestace syndromů asociovaných s RCC byly přítomny u šesti (5,77 %), deseti (9,62 %) a 12 pacientů (11,54 %). Pokročilé onemocnění (≥ pT3, pN1 nebo M1) bylo přítomno u 22 pacientů (21,15 %). Molekulárně-genetické vyšetření z nádorové tkáně bylo provedeno u 17 pacientů (16,45 %), genetické poradenství absolvovalo 12 pacientů (11,54 %) a hereditární syndrom byl potvrzen u tří pacientů (2,88 %). U všech pacientů s potvrzeným hereditárním syndromem byly tumory vícečetné, bilaterální a provázené extra-renálními manifestacemi.

Závěr: Renální tumory diagnostikované v mladém věku představují heterogenní skupinu onemocnění zahrnující vzácné

histologické subtypy i hereditárně podmíněné formy. Multifokalita, bilateralita a syndromová prezentace mohou představovat ukazatele hereditární predispozice, avšak genetické dovyšetření podstupuje pouze omezený počet pacientů a potvrzený hereditární syndrom je zachycen u menší části z nich.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Resekce nádoru ledviny – dlouhodobé onkologické výsledky a význam chirurgických okrajů

Lounová V., Študent V. jr.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Resekce ledviny je v současné době standardní operační technikou indikovanou u lokalizovaných cT1 tumorů. Klinický význam pozitivního chirurgického okraje po této operaci stále zůstává předmětem diskuze. Cílem této studie bylo vyhodnotit dlouhodobé onkologické výsledky pacientů, kteří podstoupili resekci ledviny pro renální karcinom (RCC), se zvláštním důrazem na výskyt a klinický dopad pozitivních chirurgických okrajů.

Materiál a metody: Do retrospektivní analýzy bylo zahrnuto celkem 216 pacientů, kteří v letech 2013–2015 podstoupili resekci ledviny pro RCC. Minimální doba sledování činila 10 let. Mezi hodnocené parametry patřila incidence lokální recidivy, vzdálené metastázy, přežití specifické pro nádor (CSS), míra pozitivních chirurgických okrajů a souvislost mezi pozitivními chirurgickými okraji a následnou recidivou onemocnění.

Výsledek: Lokální recidiva byla pozorována u 17 pacientů (7,9 %). Medián doby do lokální recidivy činil 48 (rozmezí 4–120) měsíců. Vzdálené metastázy se vyskytly u devíti pacientů (4,2 %). Šest pacientů (2,8 %) zemřelo na metastatický RCC. Pozitivní chirurgický okraj v době primární operace byl zjištěn u 21 pacientů (9,7 %), z nichž u šesti (28,6 %) následně došlo k lokální recidivě. CSS pro celou kohortu činilo 97,2 %. Srovnání pacientů s pozitivními a negativními chirurgickými okraji odhalilo statisticky významně vyšší výskyt lokální recidivy ve skupině s pozitivními okraji (28,6 vs. 5,6 %; $p < 0,01$).

Závěr: Resekce ledviny pro karcinom je onkologicky bezpečný zákrok spojený s dlouhodobým přežitím specifickým pro daný typ nádoru. Naše údaje ukazují, že pozitivní chirurgický okraj zvyšuje riziko lokální recidivy.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

První využití magnetické navigace Sirius Pintuition v české urologii při chirurgické léčbě implantačních metastáz světlobuněčného renálního karcinomu

Študent V. jr.¹, Hruška F.¹, Hromčíková N.¹, Varhaník L.², Veverková L.²

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Přesná peroperační lokalizace drobných nehmatných metastatických ložisek může být při reoperacích v jizevnatém terénu technicky obtížná. Magnetický lokalizační systém Sirius Pintuition představuje novou navigační technologii umožňující cílenou resekci předoperačně označených lézí. V urologii jsou zkušenosti s jeho využitím zatím minimální.

Kazuistika: Video prezentuje případ 71letého muže po roboticky asistované parciální nefrektomii pravé ledviny pro světlobuněčný renální karcinom pT3a G4 s pozitivním chirurgickým okrajem. Pacient odmítl doporučenou adjuvantní onkologickou léčbu. Kontrolní CT vyšetření 18 měsíců po operaci prokázalo dvě lokální recidivy v lůžku ledviny a tři drobné implantační metastázy ve svaly m. rectus abdominis. Všechny implantační metastázy byly předoperačně označeny magnetickými zrny Sirius Pintuition pod ultrazvukovou navigací. Následně byla provedena otevřená pravostranná radikální nefrektomie se současnou metastazektomií. Pomocí magnetické sondy byly všechny tři peroperačně nehmatné a makroskopicky obtížně identifikovatelné metastázy přesně lokalizovány a resekovány *en bloc* se zdravým lemem. Operační čas činil 146 min, krevní ztráta 150 ml, pooperační průběh byl bez komplikací a pacient byl propuštěn 6. pooperační den. Histologické vyšetření potvrdilo histologii světlobuněčného renálního karcinomu.

Závěr: Magnetická navigace pomocí systému Sirius Pintuition umožnila rychlou a přesnou identifikaci peroperačně nehmatných implantačních metastáz a usnadnila jejich radikální odstranění. Technologie představuje slibný navigační nástroj pro chirurgickou léčbu obtížně lokalizovatelných ložisek v urologické onkochirurgii.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892).

Mnohopočetný karcinóm oboch obličiek, možnosti liečby – kazuistika

Fillo J.¹, Levčíková M.²

¹ Urologická ambulancia, UN Staré Mesto, Bratislava, Slovensko

² Urologické oddelenie, Nemocnica sv. Michala, Bratislava, Slovensko

Nediskutovaný poster

Úvod: Výskyt rakoviny obličiek (RCC) na Slovensku pokračuje priemer Európskej únie (EU). Každoročne na Slovensku pribudne 900–1 200 nových prípadov. S touto diagnózou aktuálne na Slovensku žije 5 000–8 000 pacientov a ročne na ňu zomrie približne 350–450 ľudí. Obojstranný výskyt viacerých nádorov je vzácny.

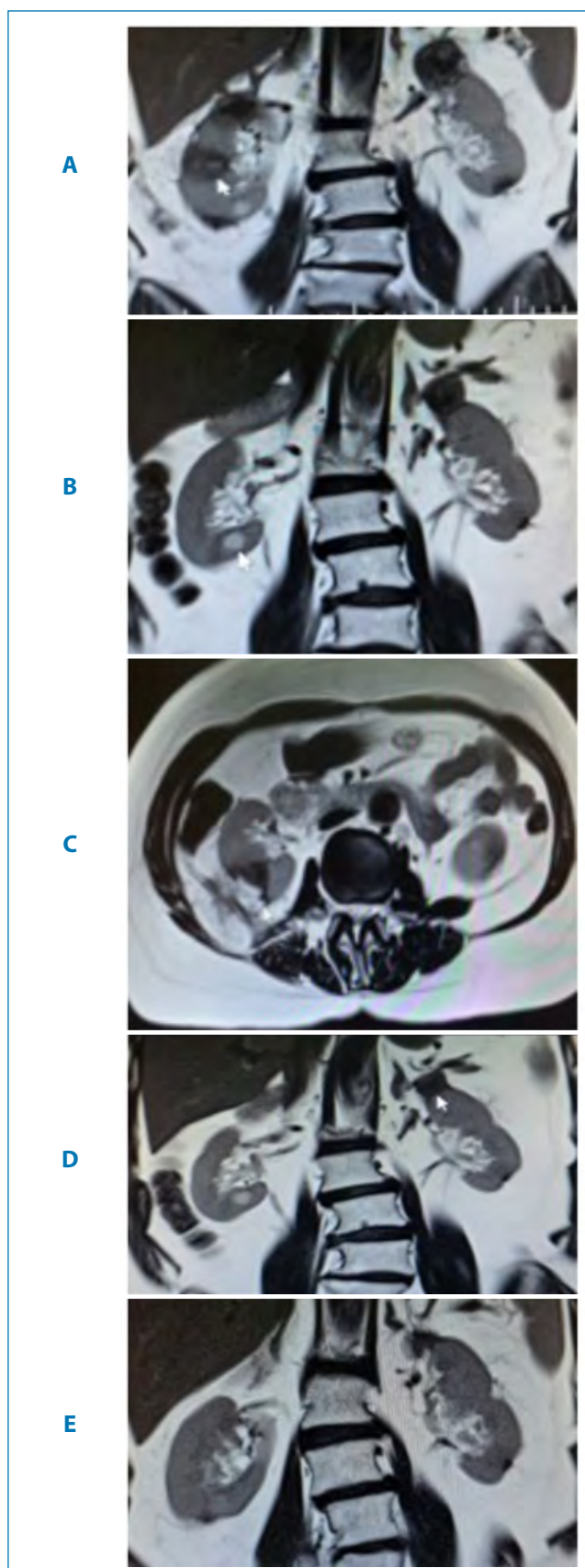
Materiál a metódy: Pacientka, 68 rokov, v minulosti liečená pre pyelonefritídu vpravo a opakovane pre uroinfekty. Pri kontrole v 2022 na na ultrazvukovom vyšetrení zistené vyklenutie na pravej obličke v strednom segmente veľkosti 25 mm a na hornom póle ľavej obličky 25 × 30 mm. V marci 2022 doplnené CT vyšetrenie s nálezom ložiska vpravo na rozhraní strednej a dolnej tretiny (v.s. papilárny typ RCC) a ložísk podobného charakteru obojstranne – v dif. dg. multifokálne papilárne RCC, renálna adenomatóza. Bola konzultovaná na Urologickej klinike, kde bola ponúknutá obojstranná nefrektómia s následnou dialýzou. Rozhodla sa pre Rádiofrekvenčnú abláciu (RFA). Tá bola aplikovaná 12x na všetky ložiská. Pacientka ostala v sledovaní urológom a onkológom. Po 4 rokoch od zákroku nachádzame na MR malé reziduá po RFA. Laboratórne obličkové parametre sú v medziach normy.

Výsledky: RCC predstavuje približne 3–4 % zo všetkých onkologických ochorení. Slovensko patrí medzi krajiny so zvýšeným výskytom, ktorý prevyšuje priemer EU. U našej pacientky parciálna nefrektómia vzdľadom na CT potvrdené viacpočetné ložiská obojstranne neprichádzala ako riešenie do úvahy. Obojstranná nefrektómia by viedla k nutnosti dialýzy. RFA obličiek je metóda, ktorá využíva tepelnú energiu. Je určená primárne pre malígne tumory obličiek malých rozmerov (štádium T1a, zvyčajne do 3–4 cm). RFA sa v tomto prípade ukázala ako správna a vhodná metóda (obr. 1).

Záver: Liečba RFA sa ukazuje ako sľubná alternatíva liečby malých nádorov obličiek. Pacientka je v dobrom zdravotnom stave, má plnohodnotný život a je naďalej pravidelne sledovaná.

Konflikt záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.



Obr. 1. A) MR vyšetrenie pred liečbou (3. 8. 2022), B) MR (10/2023), C) MR – reziduá po RFA, D) kontrolné MR (3/2025) – ďalšie zmenšenie reziduálneho nálezu, E) výsledok po 4 rokoch (9. 2. 2026).

Miniinvazivní operace u pacientů s von-Hippel-Lindau syndromem

Novák K.¹, Fiala V.¹, Macek P.¹, Pešl M.¹, Zelinka T.²

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Von Hippel-Lindau syndrom (VHL) je autozomálně dominantně dědičné onemocnění s multiorgánovým postižením, urologie se týká adenokarcinomy ledvin a mnohočetné ledvinové cysty, feochromocytomy, cystadenomy nadvarlete. Prezентujeme šest pacientů s VHL řešených na naší klinice (laparoskopická adrenalektomie – LA, laparoskopická resekce ledviny – LRL, robotická resekce ledviny – RRL).

Materiál a metody: Od dubna 2013 června 2026 jsme operovali šest pacientů s různými projevy VHL syndromu (pět mužů a jedna žena) ve věku 23–47 let, dva pacienti byli sourozenci. Celkem bylo odstraněno 15 tumorů ledviny a pět nadledvin, jeden pacient měl celkem šest operací (2× LRL, 4× RRL) s odstraněním deseti tumorů, jeden měl kromě jednostaranné LA pouze biopsii ledviny.

Výsledky: LRL byly u tří pacientů provedeny bez ischemie. Histologicky šlo vždy o světlobuněčný karcinom pT1a, grade 1–2. U tří pacientů po LA (u dvou oboustranná LA) byl histologicky potvrzen feochromocytom (váha 12–60 g) – u dvou pacientů benigního chování (PASS skóre 2/20 a 3/20), u jednoho s nejistým biologickým chováním (PASS 6/20). Doba trvání operací byla od 64 do 259 min, krevní ztráta 80–1 800 ml. Doba hospitalizace byla 3–7 dní, pooperačně byli všichni pacienti bez významných komplikací. U pacienta po LA s biopsií ledviny s oboustranným tumorem neřešitelným zachováním výkonem je aktuálně zvažována oboustranná nefrektomie.

Závěr: VHL je závažné hereditární onemocnění vyžadující multioborové sledování a léčbu. Úloha urologa spočívá zejména v operačním řešení feochromocytomů nadledvin a nádorů ledvin. Jsou prezentovány možnosti miniinvazivní operativy u těchto pacientů, u kterých je často nutno provést i oboustranný a kombinovaný výkon v jedné době.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

Opakované roboticky asistované resekce ledvin pro recidivující světlobuněčný renální karcinom u pacienta s von Hippel-Lindauovým syndromem

Krausová L., Novák K.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Von Hippel-Lindauův syndrom (VHL) je vzácné autozomálně dominantní nádorové onemocnění charakterizované vznikem mnohočetných lézí v různých orgánových systémech vč. multifokálních renálních karcinomů. Léčba renálního postižení je založena především na ledvinu šetřících výkonech s cílem zachování renálních funkcí při dlouhodobé onkologické kontrole onemocnění.

Kazuistika: Prezентujeme případ 33letého pacienta s geneticky verifikovaným VHL (mutace c.340+2T>C v genu VHL). V osobní anamnéze figurují bilaterální feochromocytomy řešené kůru šetřící adrenalektomií, serózní cystadenom pankreatu, hemangioblastomy sítnice a centrální nervové soustavy vč. operace hemangioblastomu mozečku. Po urologické stránce je pacient od roku 2017 sledován pro multifokální bilaterální renální tumory. Dosud podstoupil šest ledvinu šetřících výkonů, laparoskopických i roboticky asistovaných resekcí ledvin, celkem deset ložisek, histologicky světlobuněčné renální karcinomy pT1a různého gradingu (G1–G3). Na CT v lednu 2026 byla prokázána bilaterální recidiva bez známek vzdálené generalizace. Dle závěru multidisciplinárního týmu bylo zvoleno postupné řešení – v březnu 2026 roboticky asistovaná resekce vlevo (dva tumory), v červnu 2026 vpravo. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, renální funkce zůstaly zachovány.

Závěr: Pacienti s VHL syndromem představují specifickou skupinu nemocných vyžadující celoživotní multidisciplinární sledování. Opakované ledvinu šetřící výkony umožňují dlouhodobou kontrolu multifokálního a recidivujícího renálního postižení při zachování dostatečné funkce ledvin. Kazuistika dokládá význam individualizovaného chirurgického přístupu u nemocných s hereditární predispozicí ke vzniku renálních nádorů.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: RVO-VFN64165.

Robotický přístup k extirpaci retroperitoneální metachronní metastázy renálního karcinomu předním přístupem v supinační Trendelenburgově poloze – video

Trávníček I.^{1,2}, Kula D.¹, Sedláčková H.¹, Ůrge T.¹, Fiala O.², Vojtová H.³, Pivovaráčková K.^{4,5}, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

³ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁴ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

⁵ Biopoptická laboratoř, s. r. o., Plzeň

Video

Úvod: Prezентujeme video robotické paraaortální lymfadenektomie pro metachronní uzlinovou metastázu po předchozí ipsilaterální levostranné otevřené nefrektomii s adrenalectomií a modifikované regionální lymfadenektomii pro renální karcinom. Většina operačních výkonů v retroperitoneu v pooperačním terénu byla dosud prováděna otevřeně. Robotický přístup byl volen pro minimalizaci pooperační morbidity a pro příznivější přístup k operované oblasti.

Materiál a metody: Od ledna 2016 do června 2026 bylo operacně řešeno 15 pacientů s metachronní retroperitoneální (uzlinovou nebo měkkotkáňovou) metastázou renálního karcinomu. U všech proběhla metastazektomie nebo retroperitoneální lymfadenektomie (RPLND) otevřeně, u dvou pacientů byly výkony opakované. Ve třech případech byl výkon proveden cévním chirurgem. Nyní 74letý muž podstoupil před 3 lety subkostálním přístupem transperitoneální nefrektomii vlevo s adrenalectomií a perihilozní lymfadenektomií pro papilární renální karcinom NOS pT1a pN1 (1/1) cM0, následně plastiku kýly v jizvě prolenovou sítkou. Při dispenzárním CT v odstupu 3 let byla zjištěna solitární patologická uzlina paraaortálně v úrovni L3. V rámci multidisciplinárního týmu bylo rozhodnuto o provedení lymfadenektomie. Zvolili jsme přístup přední transperitoneální (užívaný mj. pro RPLND u testikulárních tumorů), výkon byl proveden roboticky asistovaně.

Výsledky: Z transperitoneálního přístupu v supinační Trendelenburgově poloze s použitím čtyř robotických ramen a jednoho asistentického portu byla provedena roboticky asistovaná paraaortální lymfadenektomie s odstraněním postižené uzliny a přilehlé lipolymfatické tkáně od úrovně bifurkace aorty až po pahýl renální tepny vlevo. Přístup do retroperitonea mediálně od descendetního colon. Při výkonu byly použity nevstřebatelné uzamykatelné klipy na lymfatické cévy a robotický pečecí nástroj SynchroSeal®. Díky rozložení portů v podbřišku jsme se vyhnuli extenzivním peritoneálním srůstům v mezo- a epigastriu. Operační čas byl 135 min, krevní ztráta 10 ml, kapilární drén na 2 dny. Pacient byl časně

mobilizován a propuštěn 4. pooperační den. Histologicky byla verifikována metastáza sarkomatoidního papilárního renálního karcinomu (1/3 uzlin). Nadále bude probíhat pečlivá dispenzarizace pomocí CT.

Závěr: Robotický nízký transperitoneální přístup je u vybraných pacientů aplikovatelnou metodou k operacím v retroperitoneu i po předchozích operačních výkonech na ipsilaterální ledvině.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Roboticky asistovaná parciální nefrektomie hilového nádoru ledviny

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

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

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.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 69leté ženy s nálezem tumoru levé ledviny 25 mm, lokalizovaného v hilu, s intimním vztahem k větším renálních cév. Resekce byla provedena v celkové ischemii 22 min, s šetřením cévního zásobení. Zasahovala hluboko do parenchymu ledviny, intimně k strukturám sinu. Rekonstrukce defektu a Gerotovy fascie byla provedena standardním způsobem. Krevní ztráty činily cca 20 ml, operační čas 2 hod 25 min, hospitalizace 6 dnů. Pooperační průběh byl bez komplikací. Histopatologické vyšetření prokázalo světlobuněčný karcinom z renálních buněk, grade 1, 36 mm v největším rozměru, s negativním chirurgickým okrajem. Ve vyšetřeném vzorku byla identifikována přítomnost zlomu v chromozomální oblasti Xp11.23 (gen *TFE3*). Pacientka je 51. den po operaci bez klinických obtíží a bez průkazu recidivy onemocnění.

Závěr: Komplexní, v hilu ledviny lokalizované nádory s intimním vztahem k renálním cévám mohou být indikovány k zachovným výkonům. Miniinvazivní, pokročilá technika umožňuje šetření hilových struktur a funkční rekonstrukci resekované ledviny při zachování onkologické radikality.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Možnosti přerušení hilových cév při roboticky asistované nefrektomii – video

Hora M.¹, Voráčková J.¹, Pernický J.², Bartoš Veselá A.¹, Trávníček I.¹, Stránský P. jr.¹, Šiková D.¹, Ůrge T.¹, Ferda J.², Ondič O.³, 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: Cílem je prezentovat formou jednotlivých videosekvencí možnosti přerušení hilových renálních cév při roboticky asistované (RA) nefrektomii či nefroureterektomii, což je zásadní krok při daném operačním výkonu.

Materiál a metody: V období od zavedení robotické chirurgie na pracovišti (2020) až do června 2026 bylo v jednom centru provedeno 104 RA přerušení hilu, přesné počty vč. udání ceny dané modality uvádí tab. 1.

Výsledky: Výsledky jsou uvedeny v tab. 1.

Závěr: Nejrychlejší a bezpečnou variantou je přerušení hilových renálních cév *en bloc* robotickým staplerem. Je to bohužel metoda finančně náročná. Druhou nejčastější modalitou je přerušení pomocí klipů aplikovaných asistentem. Je třeba rozpreparovat hilus (což je ale vítaná dovednost nutná pro provádění zachovných výkonů u nádorů ledvin), asistent musí být schopen klipy bezpečně aplikovat. Modifikací této varianty je aplikace klipu robotickým nástrojem operátorem.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Tab. 1. Výsledky.

Přerušení hilu – metoda	NE	NUE	celkem	% ze všech přerušení	Cena za jeden výkon (Kč)	Celkové náklady (Kč)
robotický stapler <i>en bloc</i>	18	30	48	46,2	16 733	803 184
robotický stapler separovaně	0	5	5	4,8	18 630	93 150
stapler externí separovaně asistent	0	1	1	1,0	18 605	18 605
stapler externí <i>en bloc</i> asistent	0	0	0	0,0	12 452	0
klipy asistent	17	26	43	41,3	473	20 339
klipy robotický	5	2	7	6,7	3 122	21 854
celkem	40	64	104	100,0		957 132

NE – nefrektomie, NUE – nefroureterektomie

Laparoskopická radikální nefrektomie s trombektomií ektopické retroaortální renální žíly

Čirčová T.¹, Čermák M.^{1,2}, Fišer L.¹, Kočárek J.¹⁻³¹ Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno² Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN Praha³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Video

Úvod: U pacientů s lokalizovaným nádorem ledviny představuje laparoskopická radikální nefrektomie standardní terapeutický přístup. Přítomnost nádorového trombu v kombinaci s raritní anatomickou variantou renální žíly významně zvyšuje technickou náročnost výkonu a vyžaduje pečlivé předoperační plánování.

Kazuistika: Ve videu prezentujeme případ 65leté pacientky, která byla odeslána ze spolupracující urologické ambulance, kde byla dispenzarizována pro recidivující infekce močových cest. Při ultrazvuku byl zjištěn suspektní nález, který byl při doplnění CT verifikován jako objemný tumor levé ledviny s kompresí levé renální žíly. Pacientka byla asymptomatická, bez makroskopické hematurie a bez elevace renálních parametrů. Po prezentaci obrazové dokumentace na multidisciplinárním indikačním semináři bylo vysloveno podezření na tumorózní růst vycházející z levé renální žíly. Pacientka byla indikována k laparoskopické radikální nefrektomii s trombektomií. Operační čas činil 120 min, krevní ztráta byla 450 ml. Preparát zahrnoval levou ledvinu vč. nádorového trombu v renální žíle. Třetí pooperační den byl odstraněn drén, 4. den močový katetr a 5. den byla pacientka propuštěna do domácí péče. Histopatologické vyšetření prokázalo středně diferencovaný leiomyosarkom ledviny, grade 2, R0.

Závěr: Vzhledem k histologické povaze nádoru představuje kompletní chirurgická resekce jediné kurativní terapeutické řešení. S ohledem na raritní výskyt a agresivní biologické chování leiomyosarkomu a absenci robustních klinických dat podporujících přínos adjuvantní léčby je nezbytná pečlivá dispenzarizace pacientky.

Konflikt zájmů: Ne.**Grantová podpora:** Ne.

INFEKCE A VARIA

Intensive care infection score (ICIS RUO) – pomocník v klinické praxi

Matoušková M.^{1,2}, Lacek M.¹, Fontana M.^{2,3}, Rafajová M.^{2,3}

¹ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Urocentrum Praha

³ Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Septický stav je život ohrožující situace. Jedná se o orgánovou dysfunkci způsobenou deregulovanou odpovědí hostitelského organismu na přítomnost infekce. Často se setkáváme se stavy s obdobnými příznaky, které však infekční původ nemají. Jejich rozlišení je v době extrémně narůstající rezistence vůči antimikrobiálním přípravkům zásadní. U neinfekční sepse (SIRS – systemic inflammatory response syndrom) imunitní systém reaguje na masivní poškození tkání (např. traumata, nádory, ischemie tkání).

Materiál a metody: U febrilního pacienta tak zvažujeme, zda je přítomna infekce a dále stratifikujeme její závažnost (orgánová dysfunkce a hypotenze). Běžně používané biomarkery pro diagnostiku infekcí jsou C-reaktivní protein (CRP), prokalcitonin (PCT) a interleukin-6 (IL-6). IL-6 rychle stoupá, prudce vrcholí a rychle klesá, CRP má zpožděný vzestup (~ 24 hod), PCT také stoupá se zpožděním (~ 6–12 hod), navíc výsledky mohou být falešně pozitivní v závislosti na základním onemocnění nebo stavu pacienta. Kinetika těchto markerů limituje jejich účinnost a testy jsou nákladné. ICIS RUO (Intensive care infection score for research use only) byl vyvinut s cílem překlenout diagnostickou mezeru jednotlivých markerů a zajistit spolehlivou výkonnost v čase.

Výsledky: Předkládáme soubor 20 urologických a 20 onkologických pacientů s febrilními stavy a různým stupněm mikčních obtíží. U všech byla provedena laboratorní diagnostika, vč. mikrobiologického vyšetření moči a hemokultur (tab. 1).

Závěr: U urologických pacientů pomáhá doplnění ICIS se stanovením závažnosti infekce, potřebným rozsahem antimikrobiální léčby a doporučením k hospitalizaci, u onkologicky nemocných je vodítkem pro odlišení paraneoplastických febrilit bez nutnosti podat antibiotika. ICIS RUO je rychlým a levným doplněním k diagnostice febrilních stavů a užitečným pomocníkem v jejich diferenciální diagnostice a určení závažnosti infekce.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Laboratorní diagnostika urologických a onkologických pacientů.

	Urologický pacient – podíl	Onkologický pacient – podíl
WBL	8/20	9/20
CRP	12 (5)/20	14 (13)/20
kultivace moči	11/20	15/20
hemokultura	1/20 (<i>E. coli</i>)	2/20 (koaguláza – neg. <i>Stafylokok</i> , enterobakterie)
ICIS	3/20	3/20

CRP – C-reaktivní protein, ICIS – intensive care infection score, WBL – počet bílých krvinek

Individuální multidisciplinární přístup u pacienta s Fournierovou gangrénou

Kryštofová A.¹, Adedokun V.^{1,2}

¹ Urologické oddělení, Nemocnice Boskovice

² Urologická klinika LF MU a FN Brno

Nediskutovaný poster

Úvod: Fournierova gangréna je fulminantně probíhající nekrotizující infekcí genitálu a perinea. Navzdory dostupnosti prognostických skórovacích systémů zůstává průběh onemocnění obtížně predikovatelný. Cílem kazuistiky je prezentovat případ Fournierovy gangrény a poukázat na význam individuálního přístupu a mezioborové spolupráce.

Kazuistika: Na urgentní příjem byl přivezen 52letý pacient s bolestivým otokem genitálu. V anamnéze dominovala dlouhodobá imobilita, permanentní močový katetr a ethylizmus. Pro klinický obraz Fournierovy gangrény byl přijat na lůžko intenzivní péče. Po zahájení širokospektré antibiotické terapie byla provedena urgentní revize. Peroperačně byla zjištěna nekroza penisu s propagací podél uretry až k močovému měchýři, s nekrozou skrota a hráze. Pro rozsah postižení byla provedena penektomie, nekrektomie a založena epicystostomie. Následně byla zahájena léčba sepse. Přes opakované revize progredovalo lokální postižení. CT prokázalo nekrotizující změny v periproktální oblasti a současně docházelo k fekální kontaminaci rány, proto byla provedena odlehčovací sigmoideostomie. K léčbě defektů skrota a pubické oblasti byla použita terapie negativním tlakem (NPWT).

Závěr: Přestože Fournier's Gangrene Severity Index (FGSI) dosahoval při přijetí pouze 2 bodů, lokální nález byl rozsáhlý a vyžádal si radikální víceoborovou léčbu. Případ poukazuje na limitace skórovacích systémů a podporuje nutnost individualizovaného přístupu. Klíčovými faktory úspěšné léčby byly časná chirurgická intervence, derivace moči a stolice, využití NPWT a úzká mezioborová spolupráce.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Fournierova gangréna u konverze male to female

Mareth L., Kočárek J., Čermák M.

Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno

Nediskutovaný poster

Úvod: Konverze male to female je náročná urologická operace, která má své specifické charakteristiky. Neméně důležitá je následná pravidelná dispenzarizace a compliance pacientky.

Materiál a metody: Popis klinického případu.

Výsledek: Pacientka, 46 let, byla přivezena RZS na urgent pro poruchu vědomí, křeče a zhoršení stavu neznámé etiologie. Z anamnézy od rodinných příslušníků je známo, že pacientka docházela na psychiatrii pro schizofrenii, byla po konverzi male to female v roce 2009, dále byl u pacientky známý etylizmus a abúzus 40 cigaret denně. Na kontroly na urologii nedocházela řadu let, poslední dostupný údaj je z roku 2022, kdy byla pacientka hospitalizována v nemocnici. Nejprve svévolně opustila nemocnici, poté se za pomoci rodinných příslušníků vrátila. Podepsala negativní revers a na kontrolu nedorazila. Vstupně na urgentu měla pacientka metabolický a iontový rozvrat, Hb 90g/l, ureu 29,3 mmol/l, kreatinin 395 μmol/l, CRP 195 mg/l, prokalcitonin 25,5 μg/l, leukocyty $42,4 \times 10^9/l$, hypotenzi. Na ultrazvuku močových cest byla patrná dilatace kalichopánvičkového systému 2.–3. stupně, silnostěnný močový měchýř s minimální anechogenní náplní. Na urgentu nebylo možné zajistit derivaci močových cest – uretra nedetekovatelná. Vzhledem k alteraci stavu a rozvoji septického šoku, nutnosti vazopresorické podpory a dialýzy byla pacientka přijata na ARO, kde během několika hodin došlo k otoku neolabií a rozvoji Fournierovy gangrény vyžadující operaci z vitální indikace. Na sále byla zajištěna drenáž, zavedení epicystostomie do malokapacitního močového měchýře. Na ARO po výkonu dále promptní vazopresorická podpora, dialýza, antibiotická terapie. I přes maximální léčbu dochází u pacientky během 3 dnů k exitus letalis.

Závěr: Konverze male to female není jen operace, ale následný celoživotní proces, který vyžaduje plnou spolupráci pacientky a důvěru v lékaře. Pacientka na kontroly nedocházela, což bohužel vedlo k prognosis infausta v relativně mladém věku.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vynechání kultivace moči před transrektální biopsií prostaty nezvyšuje riziko infekčních komplikací

Verin E.^{1,2}, Chalupníková P.^{1,2}, Hnátek J.^{1,2}, Strmiska O.^{1,2}, Hrbáček J.^{1,2}

¹ Urologické oddělení FNB Praha

² 3. LF UK Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Transrektální biopsie prostaty je postupně nahrazována transperineálním přístupem, avšak zdaleka ne plošně. Infekční komplikace transrektálního přístupu tak zůstávají aktuálním tématem. Rutinní kultivační vyšetření moči před výkonem je standardem na většině pracovišť, jeho přínos při absenci symptomů infekce močových cest však není jednoznačný. Cílem práce bylo zhodnotit výskyt infekčních komplikací po vynechání rutinní kultivace moči před transrektální biopsií prostaty.

Materiál a metody: Při absenci klinických příznaků uroinfekce je biopsie provedena po podání Gentamicinu 240 mg i.m. a výplachu konečníku Betadinem. Kultivace moči před biopsií není prováděna; do konce roku 2025 byl při pozitivní kultivaci výkon odložen a uroinfekce přeléčena. Při ambulantní kontrole jsou pacienti tázáni na hematurii, rektoragii, dysurie, zvýšené teploty, užívání antibiotik a hospitalizaci. Data jsou sbírána retrospektivně revizí elektronické dokumentace. Na konferenci budou prezentována data do 30. 9. 2026.

Výsledky: Od 1. 1. 2026 bylo bioptováno 82 mužů průměrného věku 67 let ($SD \pm 8,2$). Medián prostatického specifického antigen (PSA) byl 7,32 ng/ml (IQR 5,39–10,52), medián velikosti prostaty 48 ml (IQR 33–65) a suspektní DRE u 25 pacientů (30,5 %). Templátová biopsie byla provedena u 29 pacientů (35,4 %), fúzní u 53 (64,6 %). Gentamicin byl podán 79 pacientům (96,3 %), výjimkou byli pacienti užívající jiné antibiotikum v době termínu biopsie. Výplach Betadinem byl proveden všem pacientům. Komplikace byly hodnoceny u 74 pacientů (90,2 %). Infekční komplikace vyžadující hospitalizaci a antibiotickou (ATB) terapii se vyskytla u jednoho pacienta (1,3 %). V roce 2025 byly komplikace hodnoceny u 181 pacientů – hospitalizaci vyžadovali tři pacienti (1,6 %; $p = 0,86$) a ATB terapie byla podána celkem 12 pacientům (6,6 %).

Závěr: Dosavadní data nenaznačují zvýšené riziko infekčních komplikací po biopsii prostaty při vynechání rutinní kultivace moči před výkonem za předpokladu ATB profylaxe a rektální dezinfekce jodovým preparátem. Audit bude pokračovat do konce roku 2026 s předpokladem upřesnění průběžných výsledků.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Práce byla podpořena interním grantem Fakultní nemocnice Bulovka č. 25-IGS05-36. Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBUl, 00064211).

Rutinní kultivace moči před ambulantní cystoskopií – přínos v prevenci infekčních komplikací?

Strmiska O.^{1,2}, Verin E.^{1,2}, Chalupníková P.^{1,2}, Hnátek J.^{1,2}, Hrbáček J.^{1,2}

¹ Urologické oddělení FNB Praha

² 3. LF UK Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Ambulantní cystoskopie patří mezi nejčastěji prováděné výkony v urologické praxi. Přestože je považována za bezpečnou diagnostickou a terapeutickou metodu, může být spojena s výskytem infekčních komplikací. Rutinní kultivační vyšetření moči před výkonem je využíváno s cílem snížit toto riziko, jeho skutečný přínos však zůstává předmětem diskuze. Cílem studie bylo zhodnotit vliv vynechání rutinní kultivace moči před ambulantní cystoskopií na výskyt infekčních komplikací po výkonu.

Materiál a metody: Do studie byli zařazeni pacienti, kteří v období od ledna do května 2026 podstoupili rigidní nebo flexibilní ambulantní cystoskopii bez rutinního kultivačního vyšetření moči před výkonem. Výskyt komplikací souvisejících s výkonem byl hodnocen telefonickým follow-upem provedeným 7–14 dní po cystoskopii. Získané údaje byly porovnány se souborem pacientů vyšetřených ve stejném období roku 2025, kdy bylo před výkonem rutinně prováděno kultivační vyšetření moči.

Výsledek: V období od ledna do května 2026 bylo provedeno celkem 195 ambulantních cystoskopií bez předchozí rutinní kultivace moči. Soubor tvořilo 114 mužů (58,5 %) a 81 žen (41,5 %) s průměrným věkem $62,4 \pm 17,3$ roku. Nejčastějšími indikacemi k výkonu byly hematurie (31,8 %), dispenzární sledování nádorového onemocnění močového měchýře (28,2 %) a extrakce ureterálního stentu (14,9 %). Antibiotická léčba byla po výkonu indikována u pěti pacientů (2,6 %; $p = 0,91$). Hospitalizace související s výkonem byla nutná u jednoho (0,5 %) z těchto pacientů. Ve stejném období roku 2025 podstoupilo ambulantní cystoskopii 219 pacientů. Následná antibiotická léčba byla indikována u šesti pacientů (2,7 %), hospitalizace byla nutná u tří (1,4 %) z těchto pacientů ($p = 0,38$). Sběr dat nadále probíhá a v rámci konference budou prezentována aktualizovaná data zahrnující období do 30. 9. 2026.

Závěr: Vynechání rutinního kultivačního vyšetření moči před výkonem může zjednodušit přípravu pacienta, snížit administrativní zátěž i náklady a podle dosavadních výsledků není spojeno se zjevným zvýšením rizika pro pacienta.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Práce byla podpořena interním grantem Fakultní nemocnice Bulovka č. 25-IGS05-36. Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBul, 00064211).

Srovnání výsledků v období 10 let a míry reoperací u uretroplastik – bukální/labiální slizniční štěp vs. kožní lalok vs. resekční

Vachata S., Novák I., Izmaylov O.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Řešení striktur uretry představuje v urologii komplexní výzvu. Substituční uretroplastika pomocí volného štěpu z bukální/labiální sliznice je v současnosti považována za zlatý standard, nicméně využití kožních laloků zůstává relevantní alternativou, zejména u specifických indikací. Cílem této retrospektivní analýzy je zhodnotit a porovnat míru recidiv a nutnost reoperace u pacientů podstupujících uretroplastiku v závislosti na typu použitého štěpu v podmínkách naší kliniky.

Materiál a metody: Provedli jsme retrospektivní analýzu souboru pacientů operovaných na našem pracovišti v letech 2013–2024. Zahrnuti byli pacienti podstupující substituční uretroplastiku s využitím buď slizničního štěpu (bukální/labiální), nebo kožního laloku (převážně živený předkožkový štěp/epidermoidní) nebo resekční uretroplastika. Primárním sledovaným parametrem (endpointem) byla nutnost chirurgické revize nebo reoperace z důvodu recidivy striktury. Sekundárně byl hodnocen vliv typu použitého štěpu na celkovou úspěšnost výkonu.

Výsledek: Do analýzy bylo zahrnuto celkem 113 pacientů. Z tohoto souboru již osm pacientů podstoupilo uretroplastiku před začátkem sledovaného období a hodnocený výkon u nich tak představoval řešení předchozího selhání. Během našeho sledovaného období si chirurgickou revizi nebo další reoperaci vyžádalo 13 pacientů (celková míra reoperací činila 11,5 %). U pacientů, u kterých byla využita bukální či labiální sliznice, se celkově projevila nižší tendence k nutnosti reoperace v porovnání s pacienty ošetřenými kožním lalokem.

Závěr: Naše retrospektivní data ze souboru 113 pacientů naznačují, že využití slizničního štěpu při uretroplastikách je spojeno s nižším rizikem nutnosti následné reoperace (celkově 11,5 % v našem souboru) ve srovnání s kožními laloky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistované řešení postižení ureteru hlubokou infiltrující endometriózou (DIE) pomocí Boariho lalokové plastiky – video

Hora M.¹, Presl J.², Humplík J.², Bartoš Veselá A.¹, Stránský P. jr.¹, Šíková D.¹, Voráčková J.¹, Ůrge T.¹, Ferda J.¹, Pernický J.¹, Pivovarová K.³

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

³ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Cílem videa je prezentovat řešení infiltrace pánevního úseku močového DIE.

Materiál a metody: *Soubor:* V období od roku 2021 do května 2026 bylo v jednom centru řešeno 17 žen se zavzetím distálního ureteru do DIE. Průměrný věk 37,4 (23,3–47,9) roku. U osmi byla provedena roboticky asistovaná deliberace ureteru, u pěti roboticky asistovaná reimplantace ureteru (vždy s Boariho plastikou), u dvou otevřená reimplantace (přímá/Boari, indikací ke konverzi byl rozsah postižení DIE, zejména infiltrace střeva – nutnost resekce rektosigmatu) a dvě nedořešeny (jedna indikována k nefrektomii (11% funkce ledviny), druhá k otevřenému řešení vč. reimplantace ureteru přešla na jiné pracoviště). *Technika operace:* Poloha gynekologická. V úrovni pupku čtyři robotické 8mm porty a asistent-ský 12mm. Trendelenburgova poloha 30°. Čtyřramenný robotický systém da Vinci Xi. Nástroje ProGrasp, bipolární grasper (Maryland/fenestrováný), monopolární nůžky/jehlelec. Gynekolog provádí excizi endometriózy, většinou s ablací vnitřního genitálu (hysterektomie, salpingektomie/ovarektomie). Preparát je extrahován pochvou. Postižený močovod z endometriózy je uvolněn. Není-li to možné, následuje resekce postiženého ureteru, spatulace. Na naplněném močovém měchýři je nůžkami s resekčním proudem excidován živý lalok, většinou bez nutnosti fixace k m. psoas (psoas hitch). Vitalitu laloku/močovodu lze ověřit podáním indocyaninové zeleně a technologie near infrared imaging. Anastomóza spatulovaného ureteru s kraniální částí laloku provedena sedmi jednotlivými polyglactinovými stehy (4-0). Defekt na měchýři a lalok byly uzavřeny pokračovacími samokotvícími stehy – měchýř V-Loc™ 90 velikosti 3-0, lalok z měchýře Stratafix® Monocryl 4-0. Drén do pánve. Močový katetr 7–10 dní. Ureterální stent 4 týdny.

Výsledky: U všech 15 operovaných žen (7 ureterocystoneoanastomóza (UCNA) – z toho 5× roboticky Boari; 8× robotická deliberace) se při sledování neobjevilo při ultrasonografii městnání, bez uroinfekcí. Cílené vyšetření po UCNA na prokázání vezikoureterálního refluxu a ani funkční izotopové vyšetření nebylo prováděno.

Závěr: U přibližně poloviny žen s infiltrací ureteru DIE je při robotické excizi ložisek DIE možná pouhá deliberace ureteru. U zbylých je nutná náhrada močovodu, většinou proveditelná roboticky. V našem souboru se jednalo vždy jen o infiltraci distálního ureteru, takže stačilo vytvoření laloku z močového měchýře (Boari). Výjimečně je nutná nefrektomie u pokročilého megaureteru (1/17 – 5,9 %).

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Karlova univerzita Praha, LF Plzeň (Co-operatio Program, SURG), Institucionální výzkum FN Plzeň (FNPI 00669806).

Roboticky asistovaná intrakorporální konverze ureterosigmoideostomie na ileální konduit u dospělého pacienta s extrofií močového měchýře – video chirurgické techniky

Študent V. jr., Vrána J., Žemla P., Študent O.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Ureterosigmoideostomie byla v minulosti jednou z možností derivace moči u pacientů s extrofií močového měchýře. Její dlouhodobé výsledky jsou spojeny s rizikem recidivujících infekcí horních močových cest, metabolických komplikací a kolorektální malignity. Roboticky asistovaná konverze na ileální konduit představuje technicky náročný rekonstrukční výkon. Video demonstruje jednotlivé kroky této operace.

Kazuistika: Video prezentuje 40letého muže po opakovaných rekonstrukčních výkonech pro extrofii močového měchýře, vč. ureterosigmoideostomie. Pro recidivující febrilní pyelonefritidy byl indikován ke konverzi derivace moči. Dynamická scintigrafie prokázala zachovanou funkci ledvin (levá 39 %, pravá 61 %) bez významné obstrukce. Výkon byl proveden transperitoneálně pomocí robotického systému da Vinci Xi. Po adheziolýze byly mobilizovány oba uretery, levý ureter transponován pod sigmoideem doprava a vytvořena společná ureterální anastomóza dle Wallace (Monocryl 5-0). Z preterminálního ilea byl vytvořen ileální konduit, provedena ureteroileální anastomóza (V-Loc 4-0), zavedeny mono J stenty a založena terminální stomie. Operační čas činil 249 min, konzolový čas 169 min a krevní ztráta 50 ml. Pacient byl propuštěn 17. pooperační den bez komplikací. Ve 4měsíčním sledování nebylo zaznamenáno zhoršení funkce horních močových cest.

Závěr: Roboticky asistovaná konverze ureterosigmoideostomie na ileální konduit je proveditelnou metodou i po předchozích rekonstrukčních výkonech. Video demonstruje technické aspekty preparace ureterů a intrakorporální rekonstrukce močové derivace.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

Ureteroureterální anastomóza jako řešení urinózní píštěle transplantované ledviny

Bednářová A., Hartmann I., Kudláčková Š.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Močová píštěl představuje relativně vzácnou, avšak závažnou komplikaci po transplantaci ledviny, manifestující se nejčastěji v prvních týdnech po výkonu, která může vést k poruše funkce štěpu. Nejčastější příčinou je ischemické poškození močovodu nebo insuficience ureterocystoanastomózy.

Kazuistika: Prezentujeme případ 55leté pacientky s chronickou renální insuficiencí po akutním selhání ledvin při otravě pavučincem plyšovým, se zachovanou reziduální diurézou přibližně 700 ml/24 hod. Pacientka podstoupila transplantaci ledviny do pravé jámy kyčelní s perioperačním zavedením DJ stentu. Čtrnáctý pooperační den dochází k rozvoji bolesti břicha, elevaci sérového kreatininu, dle CT prokázaná tekutina denzity 10 HU v okolí transplantované ledviny a intraperitoneální šíře 5 mm. Pokus o endoskopické ošetření byl neúspěšný a potvrdil masivní únik kontrastní látky mimo lumen močovodu. Byla indikována operační revize. Perioperačně nález transplantovaného močovodu s perforací stěny velikosti 5 mm subrenálně při zachovalé ureterocystoanastomóze. Po resekci postiženého úseku provádíme ureteroureterální anastomózu mezi pánvičkou transplantované ledviny a pravým močovodem vlastní ledviny navzdory přetrvávající reziduální diuréze. Vzhledem k podvazu vlastního močovodu pacientka zůstává v dispenzární péči pro možné komplikace, které mohou v budoucnu vést k nefrektomii.

Závěr: Ureteroureterální anastomóza představuje efektivní chirurgickou metodu řešení lézí transplantovaného močovodu při selhání konzervativních postupů. Využití močovodu vlastní ledviny může být vhodnou rekonstrukční alternativou i u pacientů se zachovanou reziduální funkcí vlastní ledviny.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vliv vybraných rizikových faktorů na vznik dehiscence operační rány po cystektomii

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

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Radikální cystektomie patří mezi nejvíce zatěžující výkony v uroonkologii a je spojena s vysokým rizikem perioperačních komplikací, vč. dehiscence operační rány. Na vzniku těchto komplikací se podílí řada faktorů, jako je nutriční stav pacienta, komorbidita, nikotinismus a systémová onkologická léčba. Dehiscence operační rány významně zvyšuje morbiditu pacientů, prodlužuje hospitalizaci a může vyžadovat další chirurgickou intervenci.

Materiál a metody: Retrospektivně byl hodnocen soubor 60 pacientů po radikální cystektomii na jednom pracovišti v letech 2023–2026. Zahrnuté cystektomie byly indikovány pro onkologické i benigní diagnózy. Hodnoceny byly poruchy hojení laparotomie vyžadující prolongované převazy, V.A.C. terapii, sekundární hojení či resuturu. Ve vztahu ke komplikacím byly analyzovány body mass index (BMI), diabetes mellitus, kuřácký status, neoadjuvantní chemoterapie, délka výkonu, předoperační hladiny albuminu, prealbuminu, celkové bílkoviny a hemoglobinu.

Výsledky: Významné poruchy hojení jsme zaznamenali u 16 pacientů (26,7 %). Vyšší výskyt komplikací byl pozorován u pacientů s BMI ≥ 30 kg/m², diabetem mellitem a u aktivních kuřáků. Současně byl patrný výrazný překryv rizikových faktorů diabetu a nikotinizmu – všichni diabetici s dehiscencí byli aktivními nebo bývalými kuřáky. Pouze jeden pacient s dehiscencí byl celoživotní nekuřák. Naopak nebyla prokázána jednoznačná souvislost mezi vznikem dehiscence a předoperačními nutričními parametry, podáním neoadjuvantní chemoterapie ani délkou operačního výkonu.

Závěr: Poruchy hojení po cystektomii jsou multifaktoriální komplikací. Identifikace rizikových pacientů a jejich předoperační optimalizace může přispět ke snížení pooperační morbidita. Přestože naše analýza neprokázala jednoznačný vliv všech sledovaných parametrů, zůstává nutriční příprava, kompenzace komorbidit, zanechání kouření a celkové zlepšení stavu pacienta nedílnou součástí perioperační péče s potenciálem snížit výskyt pooperačních komplikací.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Orchidomegalie jako raritní manifestace funkčního mikroadenomu hypofýzy

Stárková D.¹, Zachoval R.²

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

² Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Nebolestivé zvětšení obou varlat je v klinické praxi urologa vzácným nálezem. Kromě primární patologie varlete se může jednat i o systémové onemocnění. Právě adenomy hypofýzy mohou skrze osu hypothalamus–hypofýza–gonády ovlivnit jak funkci, tak strukturu varlat. Cílem sdělení je prezentace kazuistiky pacienta, u kterého byl příčinou nebolestivé orchidomegalie funkční mikroadenom hypofýzy.

Kazuistika: Pacient, 19 let, přichází do urologické ambulance pro několik měsíců trvající nebolestivé zvětšení varlat, bez dalších příznaků. Z osobní anamnézy uvádí ADHD, epistaxi, deprese. Z rodinné anamnézy z matčiny strany autoimunitní thyroditis, u otce epistaxe. Při klinickém vyšetření patrná oboustranná orchidomegalie (8 × 5 cm), varlata palpačně hladká, bez rezistencí. Dle ultrazvukového vyšetření jsou varlata prokrvená, homoechogenní struktury s náznakem dilatace rete testis. Tumor markery (AFP, LD, β HCG) jsou negativní. Magnetická rezonance (MR) scrota vylučuje ložiskový proces. Laboratorně je nalezen obraz hypergonadotropního hypogonadizmu – elevace FSH a LH na 5–6násobek normy, snížený testosteron. Genetické vyšetření ukazuje normální karyotyp XY a vylučuje syndrom fragilního X. Doplněna MR mozku s nálezem mikroadenomu hypofýzy. Pacient je dále referován na endokrinologické pracoviště.

Závěr: Mikroadenomy hypofýzy mají v populaci incidenci 4–7/100 000/rok, prevalenci 10–20 %. Funkční gonadotropní mikroadenom je extrémně raritní (jednotky případů), jeho léčba je primárně chirurgická. Kazuistika klade důraz na to, jak je u diferenciální diagnostiky zvětšení varlat důležité myslet na systémové onemocnění a posoudit pacienta multidisciplinárně.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Absces břišní stěny a adduktorové skupiny svalů levého stehna jako pozdní komplikace po TURP

Motyčka J.¹, Šámal V.^{1,2}, Paldus V.¹, Fišerová A.¹, Duvalka A.¹

¹ Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

² Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Po iradiační léčbě karcinomu prostaty mohou nastat komplikace spojené jak s progresí samotného základního onemocnění, tak proběhlou iradiací. Nejčastěji jsou to hematurie a obstrukce horních močových cest. Tvorba píštělí je raritou.

Kazuistika: Prezентujeme kazuistiku 72letého pacienta s incidentálním adenokarcinomem prostaty pT1b, Gleasonovo skóre 3+3, iPSA 11,22 diagnostikován při transuretrální resekci prostaty (TURP). Pacient byl léčen radioterapií prostaty dávkou 78 Gy. Po iradiaci pacient v dlouhodobé remisi s nízkými hodnotami PSA. Po 10 letech byl proveden desobstrukční TURP pro retence moči. Výkon i pooperační průběh byl bez komplikací, bylo odstraněno 10 g tkáně, pacient spontánně močil bez postmiktického rezidua. Za 5 měsíců po výkonu se objevily bolesti podbřišku a teploty. Na CT břicha s kontrastní látkou průkaz abscesu v m. rectus abdominis s provalením kolekce nad břišní fascii a další objemné kolekce v adduktorové skupině svalů levého stehna. Byla provedena drenáž abscesů, zavedení drénů. Moč byla primárně derivována permanentním katetrem. Pro neustávající hnisavou sekreci z drénů bylo provedeno kontrolní CT vč. CT cystografie s průkazem píštěle mezi pouzdem prostaty a abscesovou dutinou. Stav byl řešen zavedením epicystostomie jako trvalé řešení, po které postupně ustala hnisavá sekrece.

Závěr: Transuretrální resekce prostaty je efektivní metoda k řešení subvezikální obstrukce způsobené benigní hyperplazií prostaty. Paliativní výkony v terénu karcinomu prostaty nebo postiradiačně změněné tkáně mohou být provázeny komplikacemi.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná reimplantace ektopického močovodu u 34letého muže

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

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Video

Úvod: Ektopie močovodu do prostaty je vzácná vývojová vada. Její řešení v dospělém věku je ještě vzácnější a roboticky asistovaná reimplantace představuje možnou miniinvasivní operační metodu.

Kazuistika: Ve videu prezentujeme případ 34letého pacienta s ektopií pravého močovodu pro horní segment pravé ledviny do prostaty. Podle dynamické scintigrafie (DSL) se postižená část podílela na funkci pravé ledviny ze 17 %. Vyústění močovodu v prostatické části močové trubice nebylo při panendoskopii nalezeno. Operační čas byl 185 min, konzolový čas 120 min. Na začátku výkonu byla provedena panendoskopie se zavedením ureterálního katetru do močovodu dolního segmentu pravé ledviny. Během operace byl ektopický močovod vypreparován až na úroveň pravého semenného váčku, resekován a následně přímou technikou reimplantován do vrcholu močového měchýře, který byl fixován k musculus psoas major. Krevní ztráta činila 50 ml. Druhý pooperační den byl pacientovi odstraněn drén a třetí byl propuštěn do domácí péče. Sedmý pooperační den byl ambulantně odstraněn močový katetr a kožní svorky. DJ stent byl odstraněn 6 týdnů po operaci. Kontrolní CT vyšetření 2 měsíce po operaci prokázalo zlepšení radiologického nálezu; 3 měsíce po operaci je plánována kontrolní DSL.

Závěr: Roboticky asistovaná reimplantace ektopického močovodu je proveditelná metoda, která umožňuje zachování funkce postiženého ledvinového segmentu, zlepšení radiologického nálezu i subjektivních obtíží pacienta.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY PROSTATY – DIAGNOSTIKA

Charakterizace hereditární komponenty u karcinomu prostaty v ČR

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

¹ Katedra vojenského vnitřního lékařství a 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 Ústav biologie a lékařské genetiky, 1. LF UK a VFN Praha

⁵ Katedra toxikologie a vojenské farmacie, VLF UO, Hradec Králové

⁶ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Nádorová onemocnění jsou ve většině případů sporadická, nicméně 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, avšak v naší populaci nebyla její analýza dosud systematicky provedena.

Materiál a metody: V rámci prospektivní studie jsme od roku 2024 vyšetřili nádorovou predispozici u 234 mužů s KP. Z nich 112 splňovalo indikační kritéria pro genetické testování (věk, rodinná anamnéza, high-/very high-risk KP), zatímco 122 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*, *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *HOXB13*, *NBN* a *MSH6* u 20 z 234 (8,6 %) pacientů s KP, resp. u 11 ze 112 (9,8 %) indikovaných osob a 9 ze 122 (7,4 %) pacientů nesplňujících indikační kritéria pro genetické testování. Statisticky významně se v celém testovaném souboru lišily pouze gPV v genech *BRCA2* (OR 5,0; CI 1,7–14,4; $p = 0,013$), *HOXB13* (OR 7,4; CI 2,1–26,6; $p = 0,011$) a *MSH6* (OR 19,8; CI 3,3–118,9; $p = 0,012$).

Závěr: Spektrum genů s identifikovanou gPV v našem souboru odpovídalo publikovaným poznatkům. Četnost gPV u pacientů indikovaných ke genetickému vyšetření téměř

splňovala požadavek na záchytnost > 10 % testovaných osob. Záchyt gPV byl zaznamenán také u pacientů nesplňujících současná indikační kritéria genetického testování. Na pilotním souboru bylo kromě etablovaných genů (*BRCA2* a *HOXB13*) predisponujících ke KP pozorováno zvýšené riziko vzniku KP u nosičů gPV v genu *MSH6*. Potvrzení tohoto pozorování v rozsáhlejších kohortách by mohlo rozšířit možnosti genetické stratifikace i cílené léčby těchto pacientů.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Volné aminokyseliny v moči jako potenciální biomarkery rizikové stratifikace karcinomu prostaty

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

¹ Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

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

Diskutovaný poster

Úvod: Aminokyseliny se podílejí na onkogenní signalizaci, buněčné proliferaci a regulaci redoxní rovnováhy. Volné aminokyseliny vytvářejí dynamickou metabolickou rezervu reagující na aktuální potřeby buňky. Narůstající množství studií naznačuje, že metabolická analýza moči může zlepšit diagnostiku karcinomu prostaty (KP) díky zachycení metabolických změn v onkogenezi. Na základě naší pilotní studie z roku 2018 bylo cílem ověřit, zda koncentrace volných aminokyselin v moči umožňují odlišit pacienty s KP od zdravých kontrol a identifikovat charakteristiky agresivního onemocnění.

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 60 pacientů s histologicky potvrzeným KP a 30 zdravých kontrol. Vzorky první ranní moči byly odebrány bez předchozí prostatické masáže. Koncentrace volných aminokyselin byly kvantifikovány metodou vysokoúčinné kapalinové chromatografie. Souvislosti s hladinou pre- a pooperačního prostatického specifického antigen (PSA), objemem prostaty, patologickými nálezy po radikální prostatektomii a rizikovými skupinami dle doporučení Evropské urologické asociace byly hodnoceny pomocí korelačních analýz, logistické regrese a analýzy ROC křivek.

Výsledky: Ve srovnání se zdravými kontrolami byly u pacientů s KP zjištěny statisticky významné rozdíly v koncentracích histidinu ($p = 0,032$), methioninu ($p = 0,020$) a sarcosinu ($p < 0,001$). Koncentrace sarcosinu korelovala s předoperační hladinou PSA ($p = 0,028$). Koncentrace všech sledovaných metabolitů byly nezávislé na objemu prostaty. U pacientů s vysoce rizikovým KP byly zjištěny významně vyšší koncentrace serinu ($p = 0,003$), glutaminu ($p = 0,006$), histidinu ($p = 0,005$), glycinu ($p = 0,014$), methioninu ($p = 0,043$) a leucinu ($p < 0,001$). Zvýšená koncentrace leucinu byla rovněž spojena s přítomností pozitivních chirurgických okrajů ($p = 0,024$). Při rozlišení vysoce rizikového onemocnění dosahovaly tyto metabolity hodnot plochy pod křivkou (AUC) v rozmezí 0,64–0,76, zatímco PSA dosáhl hodnoty AUC 0,59.

Závěr: Profilování volných aminokyselin v moči naznačuje přítomnost metabolických změn spojených s KP, vč. jeho vysoce rizikových forem. Potenciální nezávislost těchto markerů na hladině PSA a objemu prostaty může poukazovat na jejich možný přínos jako doplňkových biomarkerů v rámci

multimodálního hodnocení rizika. K objasnění klinického významu jsou zapotřebí rozsáhlejší multicentrické studie.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Implementace screeningu karcinomu prostaty – data z jednoho pracoviště

Adamcová V., Nguyen Dvořáková T., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Karcinom prostaty patří mezi nejčastější nádorová onemocnění u mužů, přičemž časná diagnostika významně ovlivňuje prognózu i možnosti léčby. Program časného zachytu karcinomu prostaty (KP) byl zaveden s cílem identifikovat onemocnění v asymptomatickém stadiu a snížit mortalitu při zachování racionálního přístupu k diagnostice a léčbě. Screening je založen zejména na stanovení hladiny prostatického specifického antigenu (PSA), PSA denzity a následné stratifikaci rizika s využitím zobrazovacích metod. V této práci prezentujeme zkušenosti a výsledky z jednoho pracoviště zapojeného do tohoto programu.

Materiál a metody: Do analýzy byli zařazeni muži ve věku 50–70 let, zapojení do programu časného zachytu KP v období od 1. 1. 2024 do 30. 4. 2026. Data byla retrospektivně získána z nemocničního informačního systému našeho pracoviště, která je akreditována pro všechny kroky algoritmu časného zachytu KP. Identifikace zařazených jedinců a provedených vyšetření byla provedena na základě specifických screeningových kódů. U sledovaného souboru byl vyhodnocen především zachyt KP.

Výsledky: Přehled počtu screeningových kódů a zachyt KP a jednotlivých ISUP skóre je prezentováno v tab. 1 níže.

Závěr: Výsledky ukazují, že program časného zachytu KP na našem pracovišti umožňuje efektivní identifikaci pacientů s klinicky významným onemocněním. KP byl zachycen u 70 % mužů podstupujících biopsii, přičemž většina nálezů (63,5 %) představovala klinicky signifikantní tumory (ISUP > 1). Relativně nízký podíl pacientů s ISUP 1 svědčí pro dobrou selekci indikovaných k invazivní diagnostice. Získaná data podporují přínos organizovaného screeningového programu s využitím PSA a následného algoritmu a potvrzují jeho proveditelnost i efektivitu v podmínkách jednoho pracoviště.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Přehled počtu screeningových kódů a zachyt KP a jednotlivých ISUP skóre.

Kód		
01130	management programu časného zachytu KP	359
01131	PSA < 1 ng/ml	151
01132	PSA 1–2,99 ng/ml	185
01133	PSA > 3 ng/ml	93
01134	odmítnutí zařazení do programu	4
76027	dovyšetření PSA 3+	131
76029	kontrola po MR	118
76031	kontrola před BP	148
76021	screeningová BP	148

Výsledky biopsií

KP zachycen	104; 70 %
ISUP 1	10; 6,7 %
ISUP > 1	94; 63,5 %

BP – biopsie prostaty, ISUP – International Society of Urological Pathology, KP – karcinom prostaty, MR – magnetická rezonance, PSA – prostatický specifický antigen

Význam předoperační hladiny [-2]proPSA v predikci high-grade karcinomu prostaty u pacientů po radikální prostatektomii

Sedláčková H.¹, Trávníček I.¹, Stránský P. jr.¹, Ondič O.², Jirásko M.³, Ferda J.⁴, Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

³ Laboratoř imunochemické diagnostiky, LF UK a FN Plzeň

⁴ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Přesná předoperační stratifikace pacientů s high-grade karcinomem prostaty (KP) je krucální pro správnou volbu léčebné strategie. Biomarker [-2]proPSA je považován za slibný pro odhad agresivity KP. Cílem studie bylo zhodnotit význam [-2]proPSA v predikci high-grade KP u pacientů podstupujících roboticky asistovanou radikální prostatektomii (RARP).

Materiál a metody: Provedli jsme retrospektivní analýzu prospektivně vedené databáze jednoho centra. Do studie bylo zařazeno 509 pacientů s histologicky verifikovaným KP, kteří v letech 2021–2025 podstoupili RARP. U všech pacientů byly před biopsií stanoveny hodnoty tPSA, [-2]proPSA, fPSA, vypočítána hodnota indexu zdraví prostaty (PHI) a provedena magnetická rezonance (MR) prostaty hodnocená pomocí PI-RADS klasifikace. High-grade onemocnění bylo definováno jako ISUP Grade Group ≥ 3 v definitivním histopatologickém vyšetření. Prediktivní schopnost jednotlivých biomarkerů a jejich kombinací byla hodnocena pomocí ROC analýzy a logistické regresní analýzy.

Výsledky: High-grade KP byl zjištěn u 142 pacientů (27,9 %). Plocha pod křivkou (AUC) pro predikci high-grade onemocnění činila 0,547 pro PSA, 0,561 pro PHI a 0,582 pro [-2]proPSA. Přidání [-2]proPSA k modelu založenému na tPSA vedlo ke zlepšení diskriminační schopnosti modelu (AUC 0,547 vs. 0,581). Nejvyšší prediktivní přesnosti bylo dosaženo kombinací tPSA, [-2]proPSA a PI-RADS skóre (AUC 0,632). Podíl high-grade KP narůstal se zvyšující se hladinou [-2]proPSA od 20,7 % u pacientů s [-2]proPSA < 15 ng/ml, na 33,8 % u pacientů s [-2]proPSA ≥ 25 ng/ml. Ve srovnání s pacienty s [-2]proPSA < 15 ng/ml měli nemocní s hodnotou [-2]proPSA ≥ 25 ng/ml téměř dvojnásobné riziko výskytu high-grade KP (OR 1,96; 95% CI 1,17–3,27).

Závěr: Vyšší hladiny [-2]proPSA jsou asociovány se zvýšeným rizikem high-grade KP v definitivním histopatologickém vyšetření. Hodnota [-2]proPSA poskytuje dodatečnou informaci nad rámec samotného tPSA a její kombinace s parametry MR prostaty dále zlepšuje předoperační stratifikaci rizika. Pacienti s hodnotou [-2]proPSA ≥ 25 ng/ml vykazují téměř dvojnásobné riziko výskytu high-grade KP oproti pacientům k hladinou [-2]proPSA < 15 ng/ml po RARP.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Přesnost biparametrické MR v diagnostice karcinomu prostaty – zkušenosti z klinické praxe

Pozdníková N.¹, 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 FNMH Praha

² Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Narůstající požadavky na dostupnost a kvalitu magnetické rezonance (MR) prostaty vedou ke snaze o zefektivnění diagnostického procesu. Standardní metodou je multiparametrická MR (mpMR), nicméně řada prací dokládá srovnatelnou diagnostickou výkonnost biparametrické MR (bpMR). Cílem práce bylo zhodnotit přesnost bpMR v diagnostice karcinomu prostaty (KP) v reálné klinické praxi.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali pacienty vyšetřené bpMR v období od září 2024 do května 2026. U pacientů s pozitivním nálezem (PI-RADS ≥ 3) byla provedena softwarová fúzní biopsie prostaty s odběrem 1–3 cílených vzorků z léze a následně 12vzorková systematická biopsie. Soubor byl rozšířen o pacienty s negativní bpMR (bez suspektního ložiska / PI-RADS 1–2). Část z nich podstoupila systematickou biopsii pro přetrvávající klinickou suspekci, ostatní byli dále klinicky sledováni. Klinicky signifikantní KP (sKP) byl definován jako GS $\geq 3+4$ (ISUP ≥ 2).

Výsledky: U pacientů s PI-RADS ≥ 3 byl KP zachycen u 101 ze 122 (82,8 %) a sKP u 71 ze 122 (58,2 %). Většina KP byla zachycena kombinací fúzní a systematické biopsie, tedy pozitivními cílenými ložisky vč. systematických vzorků (u KP 63,4 %, u sKP 70,4 %). Pouze cílené vzorky byly pozitivní u 19,8 % ze zachycených KP, resp. 15,5 % sKP. Samotná systematická biopsie tedy přispěla k detekci 17,8 % KP a 14,1 % sKP. Pozitivní prediktivní hodnota MR lézí rostla se závažností PI-RADS – 12,5 % pro PI-RADS 3; 59,8 % pro PI-RADS 4 a 78,0 % pro PI-RADS 5. V rozšířené analýze dosáhla bpMR pro detekci jakéhokoli KP senzitivity 88,6 % a specifity 87,0 %. Pro detekci sKP byla senzitivita 89,9 % a specifita 74,1 %.

Závěr: Za předpokladu zachování patřičné kvality pořízených snímků a erudovaného popisu snímků bpMR v našem souboru prokázala dobrou diagnostickou výkonnost a naše výsledky dále podporují její využití jako alternativy k mpMR v rámci algoritmu diagnostiky KP. Systematická biopsie však nadále zachytila nezanedbatelný podíl KP i sKP, což podporuje její zachování v našem biopstickém protokolu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Význam PI-RADS skóre, PSA denzity a velikosti MR lézie při transperineální fúzní biopsii prostaty

Janák A.¹, Cao Thanh T.¹, Wilšinská I.², Žiaran S.¹

¹ Urologická klinika LF UK a UNB v Bratislave, Nemocnica Ružinov, Slovensko

² Urologické oddelenie, UNB v Bratislave, Nemocnica ak. L. Déreka, Slovensko

Diskutovaný poster

Úvod: Multiparametrická magnetická rezonancia (mpMR) prostaty a PI-RADS klasifikácia zohrávajú zásadnú úlohu pri indikácii a plánovaní biopsie prostaty (BP). Cieľom práce bolo analyzovať výsledky transperineálnych fúzných BP a identifikovať klinické a zobrazovacie parametre asociované s detekciou karcinómu prostaty (KP).

Materiál a metódy: Retrospektívne boli analyzované údaje zo 152 transperineálnych fúzných BP vykonaných v roku 2025 v lokálnej anestézii na dvoch pracoviskách Univerzitnej nemocnice Bratislava. Biopsie boli realizované systémom KOELIS Trinity s využitím Organ-Based Tracking fúzie. Hodnotené boli výsledky BP, PI-RADS skóre, počet, veľkosť a objem MR lézií, objem prostaty, PSA denzita (PSAD) a výsledky cieľných a systematických BP. Analyzovaná bola asociácia sledovaných parametrov s detekciou KP a klinicky signifikantného karcinómu prostaty (sKP $\geq 3+4$, ISUP ≥ 2).

Výsledky: KP bol diagnostikovaný u 119 zo 152 pacientov (78,3 %) a sKP u 78 zo 152 pacientov (51,3 %). Priemerný vek bol 69,3 ($\pm 8,43$) roku, PSA 10,98 ($\pm 6,5$) ng/ml, objem prostaty 55,2 ($\pm 30,7$) ml a PSAD 0,16 ng/ml/ml. Detekcia KP aj sKP signifikantne narastala s PI-RADS kategóriou ($p < 0,0001$); pozitivita BP dosiahla 20,0 % pri PI-RADS 2, 34,8 % pri PI-RADS 3, 83,1 % pri PI-RADS 4 a 94,9 % pri PI-RADS 5. Štatisticky významná asociácia bola preukázaná aj pri PSAD – detekcia KP stúpala zo 46,2 % pri hodnote PSAD 0,10 ng/ml/ml na 94,7 % pri hodnote $> 0,20$ ng/ml/ml a detekcia sKP zo 17,9 na 70,2 % ($p < 0,001$). Hodnota PSA nebola štatisticky významne asociovaná s detekciou KP ($p = 0,631$). Detekcia KP aj sKP významne súvisela s veľkosťou dominantnej MR lézie (KP: $p = 0,0009$; sKP: $p = 0,0002$).

Záver: Vyššie PI-RADS skóre (4–5), PSAD a veľkosť dominantnej MR lézie boli signifikantne asociované s detekciou KP aj sKP. Výsledky podporujú význam MR-cielenej transperineálnej fúznej BP. Systematická biopsia si zachováva doplnkovú diagnostickú hodnotu a môže prispieť k záchytu nádorov mimo cielene odoberaných lézií.

Konflikt záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Transrektální vs. transperineální cílená biopsie prostaty – naše více než 2leté zkušenosti s metodami

Szewczyk J.¹, Konečná T.¹, Raška I.¹, Murárová M.², Švecová J.²

¹ Urologické oddělení, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí

² Oddělení intervenční radiologie, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí

Diskutovaný poster

Úvod: Multiparametrická magnetická rezonance (mpMR) s PI-RADS skóre dnes určuje indikaci i cílení biopsie prostaty s cílem zachytit klinicky signifikantní karcinom (sKP; ISUP ≥ 2). Transperineálnímu (TP) přístupu se oproti transrektálnímu (TR) připisuje nižší riziko infekčních a lepší zaměřitelnost apikálních komplikací, vliv na záchyt karcinomu je ale nejednoznačný. Cílem práce bylo porovnat záchyt sKP mezi TR a TP přístupem, celkově i podle kategorie PI-RADS.

Materiál a metody: Retrospektivní hodnocení monocentrického registru všech cílených fúzních biopsií prostaty z let 2024–2026; bylo analyzováno 166 biopsií se známou historií. Medián věku byl 66,7 roku, prostatický specifický antigen (PSA) 6,0 ng/ml a denzita PSA 0,16 ng/ml/cm³; 94,5 % pacientů mělo PI-RADS 4–5 a u 82,5 % šlo o primobiopsii. TR bylo provedeno 76 a TP 90 biopsií. Záchyt je uváděn s 95% intervaly spolehlivosti; přístupy byly porovnány celkově i ve stratifikaci podle PI-RADS, s korekcí na mnohočetné testování.

Výsledky: Záchyt sKP byl 48,2 % (80 ze 166), jakéhokoli karcinomu 83,7 %; rostl s PI-RADS (PI-RADS 4: 42,6 %, PI-RADS 5: 61,8 %; $p = 0,023$). Celkově se TR a TP nelišily (47,3 vs. 50,0 %; $p = 0,85$), efekt přístupu však závisel na PI-RADS ($p = 0,018$) – u PI-RADS 5 byl záchyt sKP TP 77,8 % oproti TR 50,0 % ($p = 0,047$), zatímco u PI-RADS 4 byl shodný (42,1 vs. 43,2 %). U primobiopsií zachytila samotná cílená biopsie sKP v 42,3 %, samotná systematická pouze v 19,0 %; cílená biopsie zachytila sKP u 27 pacientů s negativní systematickou oproti třem v opačném směru ($p < 0,001$).

Závěr: Přínos TP přístupu se koncentruje do lézí PI-RADS 5, zatímco u PI-RADS 4 je volba přístupu z hlediska záchytu karcinomu indiferentní. Cílená biopsie je nenahraditelná a u primobiopsií by měla být vždy doplněna systematickou. Výsledky podporují volbu přístupu řízenou nálezem mpMR a vyžadují prospektivní ověření.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Shoda PRIMUS a PI-RADS skóre v pilotním souboru mikroultrazvukem naváděných transperineálních fúzních biopsií prostaty

Stejskal J., Fila M., Jurok M., Heráček J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem analýzy je porovnat výsledky skóre PRIMUS (Prostate Risk Identification using Micro UltraSound) u pacientů s MR suspektními ložisky prostaty hodnocenými podle systému PI-RADS v.2 v pilotním souboru mikroultrazvukem naváděných transperineálních biopsií prostaty.

Materiál a metody: V analýze bylo hodnoceno celkem 32 pacientů, kteří mezi lednem a květnem 2026 podstoupili mikroultrazvukem navigovanou transperineální biopsii prostaty. U všech byla na předem provedené 3T MR prostaty popsána suspektní ložiska dle systému PI-RADS v.2. Při biopsii byla prostata zobrazena pomocí 29 MHz transrektální sidefire ultrazvukové sondy systému ExactVu a pomocí softwarové fúze byla vyhledána nejvýznamnější leze popsána na MR. Tato byla zhodnocena pomocí systému PRIMUS, využívající hodnot 1–5 stejně jako systém PIRADS. Hodnocena byla shoda obou pětistupňových systémů hodnocení a záchyt karcinomu prostaty pro jednotlivé kategorie PI-RADS i PRIMUS.

Výsledky: Průměrný věk pacientů v souboru byl 64 (49–82) let a průměrný prostatický specifický antigen (PSA) byl 7,7 ng/ml (0,6–31,2). PRIMUS skóre odpovídalo PI-RADS skóre příslušné leze v 14 případech (43,8 %), v 15 případech (46,9 %) bylo nižší a ve třech případech vyšší (9,4 %). Záchyt karcinomu prostaty pro jednotlivé kategorie PI-RADS a PRIMUS uvádí tab. 1.

Závěr: PRIMUS skóre suspektních ložisek v prostatě bylo asi u poloviny pacientů nižší než její PI-RADS skóre. Markantní je vysoké zastoupení ložisek skupiny PRIMUS 3, tedy nejednoznačného charakteru. Vyšší kategorie léze znamenala vyšší riziko přítomnosti karcinomu prostaty v obou systémech hodnocení.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Institucionální podpora IP DZRVO MO1012.

Tab. 1. Záchyt karcinomu prostaty pro jednotlivé kategorie PI-RADS a PRIMUS.

	Počet	KP (%)	sKP (%)	nsKP (%)
PI-RADS 2	6	3 (50,00)	2 (33,33)	1 (16,67)
PI-RADS 3	1	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
PI-RADS 4	18	10 (55,56)	6 (33,33)	4 (22,22)
PI-RADS 5	7	5 (71,43)	3 (42,86)	2 (28,57)
Celkem	32	18 (56,25)	11 (34,38)	7 (21,88)

PRIMUS 3	10	6 (60,00)	2 (20,00)	4 (40,00)
PRIMUS 4	12	9 (75,00)	7 (58,33)	2 (16,67)
PRIMUS 5	1	1 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)
Celkem	32	18 (56,25)	11 (34,38)	7 (21,88)

KP – karcinom prostaty, nsKP – nesignifikantní KP, sKP – klinicky signifikantní KP

Korelace imunohistochemické exprese PSMA s hodnotou SUV_{max} primárního tumoru na ^{68}Ga -PSMA PET/CT v rámci stagingu vysoce rizikového karcinomu prostaty

Malý M.¹, Kleissnerová L.², Zogala D.³, Soukup V.¹, Čapoun O.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Ústav patologie, 1. LF UK a VFN Praha

³ Ústav nukleární medicíny, 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: ^{68}Ga -PSMA PET/CT představuje doporučenou metodu primárního stagingu vysoce rizikového karcinomu prostaty (KP). Vztah *in vivo* avidity (SUV_{max}) a skutečné tkáňové exprese prostatického specifického membránového antigenu (PSMA) není zcela objasněn. Až 10 % primárních tumorů nevykazuje signifikantní aviditu na PSMA PET/CT. Cílem studie bylo zhodnotit korelaci imunohistochemické (IHC) exprese PSMA ve vzorcích biopsie prostaty s hodnotou SUV_{max} primárního tumoru.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme hodnotili 66 hormonálně naivních pacientů s vysoce rizikovým KP diagnostikovaným z fúzní biopsie, kteří podstoupili staging pomocí ^{68}Ga -PSMA PET/CT mezi roky 2021 a 2025. Exprese PSMA byla hodnocena pomocí H-skóre a imunoreaktivního skóre na membráně i v cytoplazmě nádorových buněk, a to jak v ložisku s nejvyšším ISUP grade, tak jako průměrná hodnota ze vzorků reprezentujících jednotlivé zastížené stupně ISUP. Vztah IHC exprese a SUV_{max} primárního tumoru na PSMA PET/CT jsme testovali pomocí Spearmanovy korelace, lineární regrese a Kruskal-Wallisovým testem. Za statisticky významnou považujeme hodnotu $p < 0,05$.

Výsledky: Byla zjištěna statisticky signifikantní slabá až středně silná korelace mezi IHC expresí z biopsie a SUV_{max} primárního tumoru. Nejsilnější vztah vykazovalo membránové H-skóre ve vzorku s nejvyšším ISUP grade (Spearman $r = 0,431$; 95% CI 0,211–0,609; $p = 0,0003$). Trend byl potvrzen i v regresním modelu ($R^2 = 0,126$; $p = 0,0035$) a při stratifikaci podle mediánu SUV_{max} (Kruskal-Wallis $p = 0,0042$). Tři pacienti (4,5 %) měli negativní nález na PSMA PET/CT v primárním tumoru, dva měli nulovou IHC expresi a třetí vykazoval nízkou expresi (membránové H-skóre 30 v nejvyšším ISUP, průměrné kombinované H-skóre 83).

Závěr: Naše výsledky ukazují, že tkáňová exprese PSMA v biopsii prostaty koreluje s intenzitou akumulace radiofarmaka v primárním tumoru na ^{68}Ga -PSMA PET/CT.

Nejvýraznější vztah byl u membránového H-skóre v nejagresivnějším ložisku. Tato data podporují biologickou relevanci SUV_{max} primárního tumoru jako zobrazovacího biomarkeru a mohou přispět k lepšímu pochopení heterogenity PSMA exprese u KP.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: RVO-VFN64165, ORJ 90223.

Prediktory záchytu karcinomu prostaty u pacientů s předchozí negativní magnetickou rezonancí

Čapoun O.¹, Řezáč J.¹, Sobotka R.¹, Hanuš P.², Černý V.², Macová I.², Malý M.¹, Vlček F.¹, Burgetová A.², Soukup V.¹

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Magnetická rezonance (MR) prostaty představuje standardní nástroj v diagnostice karcinomu prostaty (KP), nicméně její negativní prediktivní hodnota není absolutní. Cílem studie bylo identifikovat prediktory pozitivní biopsie prostaty (BP) u pacientů s předchozí negativní MR.

Materiál a metody: Do retrospektivní analýzy byli zařazeni pacienti, kteří podstoupili BP po předchozí negativní MR (PI-RADS ≤ 2) na našem pracovišti v období od července 2023 do května 2026. Z celkového souboru 156 pacientů jsme vyřadili muže se známým KP v aktivním sledování ($n = 26$) a s incidentálně diagnostikovaným KP po výkonech pro benigní hyperplazii prostaty ($n = 25$). Finální kohorta zahrnovala 105 pacientů. Hodnotili jsme věk, hladinu prostatického specifického antigenu (PSA), densitu PSA (PSAD), nález při vyšetření per rektum (DRE) a transrektálním ultrazvuku (TRUS) a počet předchozích biopsií. Klinicky signifikantní KP (sKP) byl definován jako ISUP Grade Group ≥ 2 . Provedli jsme univariální a multivariální logistickou regresní analýzu.

Výsledky: KP jsme zachytili u 37 pacientů (35,2 %), sKP u 21 pacientů (20,0 %). V univariální analýze byla vyšší PSAD spojena se záchytem jakéhokoli KP (poměr šancí (OR) 1,42; 95% interval spolehlivosti (CI) 1,05–1,92; $p = 0,021$) i sKP (OR 1,51; 95% CI 1,10–2,06; $p = 0,010$). Hladina PSA souvisela s detekcí sKP (OR 1,05; 95% CI 1,00–1,09; $p = 0,046$). Pozitivní DRE bylo rovněž nezávisle spojeno se sKP (OR 5,50; 95% CI 1,67–18,12; $p = 0,005$). V multivariální analýze zůstaly nezávislými prediktory sKP PSAD (OR 1,55; 95% CI 1,12–2,15; $p = 0,009$) a pozitivní DRE (OR 6,21; 95% CI 1,42–27,03; $p = 0,015$). Predikční model dosáhl plochy pod křivkou 0,79. Optimální cut off PSAD pro predikci sKP byl 0,22 se senzitivitou 71,4 %, specificitou 80,7 % a negativní prediktivní hodnotou 91,8 %.

Závěr: Navzdory negativní MR byla u pětiny pacientů prokázána přítomnost sKP. Densita PSA a pozitivní DRE představují významné prediktory pozitivní biopsie a mohou pomoci v rozhodování o indikaci systematické biopsie u pacientů s negativním nálezem na MR.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: RVO-VFN64165.

LITIÁZA, BENIGNÍ PROSTATICKE OBSTRUKCE, ANDROLOGIE

Robotem asistovaná enukleace prostaty – zkušenosti z jednoho centra

Broďák M., Koňářková P., Vachata S., Špaček J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Robotická enukleace prostaty je alternativou operační léčby výrazně zvětšené prostaty. Cílem je zhodnotit zkušenosti ze souboru 23 pacientů operovaných v letech 2025–2026 a přinést porovnání s otevřenou operací.

Materiál a metody: Presentujeme soubor 23 pacientů s výrazně zvětšenou prostatou způsobující retenci moči. Medián věku byl 68 let; 21 z 23 (91 %) pacientů mělo permanentní katetr. Operace byly provedeny na multiportového systému da Vinci Xi a transperitoneálním přístupem. Močový měchýř byl otevřen ve vrcholu. Před enukleací byly lokalizovány ureterální ústí a okraje zvětšené prostaty. Nejprve byla odstřižena celá vrstva sliznice nad zvětšenou prostatou. Potom byla bělavá tkáň prostaty enukleována od tmavšího chirurgického pouzdra. Krvácející cévy byly hned koagulovány. Nakonec byla celá plocha po enukleaci překryta sliznicí měchýře stažením okraje sliznice a sešitím s okrajem uretry. Byly hodnoceny operační a funkční výsledky.

Výsledky: Medián doby operace byl 138 (94–205) min. Odhadované krevní ztráty byly minimální – 100 (50–200) ml. Katetr byl extrahován 7. pooperační den. Nejzávažnější komplikací byla střevní perforace u jednoho pacienta. Pacient měl v historii více prodělaných střevních operací. Korekce této komplikace si vyžádala operační revize se střevní resekci a dočasnou stomií. U dvou pacientů se objevila netěsnost sutury močového měchýře s nutností opětovného dočasného zavedení katetru na 2 týdny. Dva pacienti měli vysoké postmikční reziduum a bylo nutné je naučit samocévkování (ČIK) – u jednoho dočasně, u jednoho nejspíše trvale. U všech pacientů bylo zaznamenáno výrazné zlepšení kvality života. Medián hodnot dotazníku IPSS 6 měsíců po operaci byl 4/1. Maximální průtok dle uroflowmetrie byl 19 ml/s (měřeno u pacientů bez ČIK). Náklady na celý hospitalizační případ byly srovnatelné s transvezikální otevřenou prostatektomií.

Závěr: Robotem asistovaná enukleace benigní hyperplazie prostaty je u pacientů s výrazně zvětšenou prostatou vhodnou operační metodou, nejvhodnější je u velkého

středního laloku. Největší nevýhodou je vyšší cena a delší operační výkon. Největšími přínosy byl většinově nekomplikovaný pooperační průběh, žádné větší krevní ztráty a rychlá rekonvalescence.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Cooperatio 8404445.

Jaká je vhodná indikace roboticky asistované „simple“ prostatektomie na pracovišti s již zavedeným programem laserové enukleace? Má přechod k robotickému výkonu význam a kdy?

Pitra T.¹, Bartoš Veselá A.¹, Sedláčková H.¹, Ferda J.², Pivovaráčková K.³, 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

Diskutovaný poster

Úvod: Enukleační metody jsou v dnešní době zlatým standardem při řešení subvezikální obstrukce u pacientů s benigní hyperplazií prostaty (BPH). Nejrozšířenější metodou je v současnosti laserová enukleace prostaty s využitím holmiového laseru (HoLEP). Alternativou může být využití jiných zdrojů energie k enukleaci (např. pulzní thuliový laser či bipolární enukleace). S masivním rozšířením robotických systémů se rozšiřuje i možnost řešení subvezikální obstrukce roboticky – roboticky asistovaná simple prostatektomie (RSPE), kterou jsme zavedli v červnu 2025.

Materiál a metody: Retrospektivně byl zhodnocen soubor pacientů řešených pro subvezikální obstrukci v období od června 2025 do června 2026 na našem pracovišti. K porovnání byli zařazeni pacienti řešení pomocí HoLEP a RSPE. Pouze pro početní úplnost souboru byli zmíněni i pacienti po transuretrální resekci prostaty (TURP) a transuretrální parní enukleaci (TVPE). K předoperačnímu zhodnocení objemu a ohraničení adenomu užíváme magnetickou rezonanci či transrektální ultrasonografii.

Výsledky: V daném časovém období bylo odoperováno celkem 265 pacientů. U 147 pacientů byla provedena HoLEP, u devíti RSPE, u 101 TURP a u osmi TVPE. Ve skupině RSPE bylo 5 z 9 výkonů kombinovaných s extrakcí cystolitiázy, resp. deset u HoLEP. Počet extrahovaných konkrementů v rozmezí 1–23 kusů, resp. 1–8 u HoLEP. Hmotnost zenukleované tkáně v rozmezí 25–142 g, resp. 11–225 g u HoLEP.

Závěr: RSPE je reprodukovatelná metodika rozšiřujícího se pole enukleačních metod prostaty. Nicméně na pracovišti, na kterém je již standardně zavedena laserová metodika enukleace prostaty a kde je k dispozici i robotický systém, nemá z našeho pohledu významnější/kompletní přechod k RSPE význam. Proti rozšíření RSPE hovoří též cena výkonu a nedostatečná kapacita robotického systému. Z našich zkušeností považujeme za nejvhodnější indikaci k RSPE pacienty se subvezikální obstrukcí v kombinaci s objemnější či mnohočetnou cystolitiázou. Úlohu RSPE u BPH > 200 g v současnosti řešíme.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Roboticky asistovaná transperitoneální transkapsulární enukleace rozsáhlého cystického adenomu prostaty – video chirurgické techniky

Študent V. jr., Česák O., Hruška F., Kudláčková Š., Hartmann I.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Rozsáhlé cystické adenomy prostaty představují vzácnou klinickou jednotku bez jednoznačně standardizované chirurgické léčby. U výrazné intravezikální prominence může být transvezikální přístup technicky obtížný. Video demonstruje transperitoneální transkapsulární robotický přístup vedený pod močovým měchýřem.

Kazuistika: Video prezentuje případ 64letého muže s retencí moči a dlouhodobou permanentní katetrizací. Magnetická rezonance prokázala multicystickou lézi prostaty velikosti 95 × 76 × 83 mm s výraznou prominencí do močového měchýře. Opakované biopsie prostaty neprokázaly malignitu a pacient byl po mezioborové indikaci operován pomocí robotického systému da Vinci Xi. Po otevření peritonea byl vytvořen přístup pod močovým měchýřem a provedena transkapsulární enukleace v avaskulární vrstvě mezi chirurgickou kapsulou a adenomem. Pro výraznou intravezikální prominenci byla preparace doplněna limitovanou cystotomií, aniž bylo otevřeno hrdlo močového měchýře nebo uretra. Po odstranění preparátu byla rekonstruována prostatická kapsula i močový měchýř a zavedeny oboustranné DJ stenty. Operační čas činil 255 min, konzolový čas 227 min, krevní ztráta byla 450 ml a hmotnost preparátu 152 g. Kontrolní cystografie neprokázala extravazaci kontrastní látky. Histologické vyšetření potvrdilo benigní multicystický adenom prostaty. Pacient byl propuštěn 7. pooperační den se spontánní mikcí.

Závěr: Transperitoneální transkapsulární robotická enukleace představuje vhodnou alternativu k transvezikální prosté prostatektomii u rozsáhlých cystických adenomů prostaty. Video demonstruje technické aspekty této vzácně prováděné operace.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

Operační léčba recidivující striktury hrdla močového měchýře roboticky asistovanou Y-V plastikou

Fiala V., Fialová E., Pešl M., Soukup V.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Video

Úvod: Striktura hrdla močového měchýře je svízelnou komplikací endoskopické léčby benigní hyperplazie prostaty (BHP). Y-V plastika nabízí možnost trvalého ošetření těchto striktur.

Kazuistika: Muž (ročník 1956) podstoupil HoLEP (60 ml) pro obstrukční příznaky a močovou retenci v květnu 2025. Během následujících 2 měsíců došlo k retenci moči na podkladě kompletního subvezikálního uzávěru strikturou hrdla měchýře, do transuretrální discize (srpen 2025) byla derivace moči řešena epicystostomií. V prosinci 2025 došlo k výraznému zhoršení mikce při restriktuře hrdla, které si vyžádalo epicystostomii. Nález byl indikován k roboticky asistované Y-V plastice hrdla močového měchýře. Výkon jsme provedli v květnu 2026, zvolen byl transabdominální přístup, sondáž močového měchýře retrogradně nebyla možná pro kompletní uzávěr hrdla. Prevezikálně jsme obnažili hrdlo měchýře, kde byla patrná výraznější fibrotizace okolí. Ventrálně jsme nastříhli hrdlo do tvaru Y a cíp tkáně jsme stáhli do prostatické uretry. Sutura jsme provedli vláknem Stratafix na katetru 16 Ch. Konzolový čas 88 min, krevní ztráty 100 ml, močový katetr ponechán na 10 dní. Po 6 týdnech od výkonu jsme doplnili uroflowmetrii s $Q_{\max}$ 20 ml/s a Q_{ave} 9,8 ml/s.

Závěr: Vzhledem ke stále častějšímu řešení BHP endoskopickými operacemi se dá očekávat vyšší incidence striktur hrdla měchýře. Potvrdili jsme si dobrou zkušenost pracoviště s Y-V plastikou hrdla, která je díky robotickému přístupu i snáze proveditelná.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

Náhodný nález stenózy pyeloureterální junkce při retrográdních endourologických výkonech – význam metabolického vyšetření a cílené metafylaxe

Jančík M., Hradec T., Havlová K.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Stenóza pyeloureterální junkce (PUJ) představuje významný rizikový faktor vzniku nefrolitiázy. Zatímco dynamicky významná obstrukce PUJ je indikací k chirurgické léčbě, optimální postup u hraniční stenózy náhodně zjištěné během endourologických výkonů není jednoznačně stanoven. Předkládáme naše zkušenosti z pilotního souboru pacientů.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali soubor osmi pacientů, u nichž byla během flexibilní ureterorenoskopie zjištěna stenóza PUJ limitující zavedení instrumentária i extrakci reziduálních fragmentů po laserové litotrypsi. Po odstranění ureterální stentu byla u všech pacientů provedena intravenózní urografie (IVU) s furosemidem k posouzení morfologie PUJ a zhodnocení dynamické významnosti stenózy. Současně bylo provedeno komplexní metabolické vyšetření se zaměřením na další rizikové faktory vzniku nefrolitiázy. Na základě výsledků byla pacientům nastavena individualizovaná metafylaxe, zahrnující dietní opatření, zvýšený pitný režim a specifickou farmakoterapii. V průběhu sledování (medián 25 měsíců) byla pomocí zobrazovacích metod hodnocena recidiva či progresse litiázy (definována jako progresse velikosti ≥ 2 mm nebo výskyt nového konkrementu).

Výsledky: U všech pacientů byla na IVU potvrzena morfologická stenóza v oblasti PUJ. Po podání furosemidu však u žádného z nich nebyla prokázána dynamicky významná obstrukce. Zjištěné metabolické odchylky v rámci souboru zahrnovaly především hyperkalciurii s hyperoxalurií, a dále hyperurikemii. Analýza konkrementů prokázala čistý whewellit u dvou pacientů a smíšený typ litiázy u zbytku souboru (nejčastěji whewellit/apatit). Na základě zjištěných rizikových faktorů byla zahájena cílená metafylaxe (kalium-citrát a magnezium, kombinovaná/thiazidová diuretika při hyperkalciurii či alopurinol při hyperurikemii). Během sledování nedošlo u většiny pacientů k progresi nefrolitiázy; zhoršení bylo zaznamenáno pouze u jednoho pacienta.

Závěr: Morfologická stenóza PUJ bez průkazu dynamicky významné obstrukce na diuretické IVU sama o sobě nepředstavuje indikaci k pyeloplastice. V kombinaci s metabolickými rizikovými faktory však může přispívat k recidivě nefrolitiázy a komplikovat retrográdní endourologické výkony a spontánní odchod fragmentů. V tomto pilotním souboru se konzervativní postup založený na komplexním metabolickém

vyšetření a cílené metafylaxi jevil jako vhodná strategie ke snížení rizika recidivy a dalších komplikací.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: RVO-VFN64165.

Roboticky asistovaná urolitotomie jako alternativa standardních metod u komplikovaných nálezů

Kula D.¹, Janda V.¹, Üрге T.¹, Pernický J.², Hora M.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: V posledních letech se do popředí zájmu dostávají roboticky asistované chirurgické techniky, zejména s využitím systému da Vinci Xi, které rozšiřují možnosti miniinvazivní léčby komplikovaných případů urolitiázy. Uplatnění nacházejí především u pacientů s objemnými konkrementy, současně přítomnými anatomickými anomáliemi nebo tam, kde standardní endoskopické postupy nejsou vhodné či selhávají.

Materiál a metody: Cílem práce bylo shrnout současné možnosti využití robotického systému da Vinci Xi v léčbě urolitiázy se zaměřením na indikace a technické aspekty výkonu. Retrospektivně bylo analyzováno deset pacientů, u nichž byl v období od listopadu 2021 do května 2026 proveden roboticky asistovaný výkon pro komplikovanou litiázu. Hodnoceny byly délka operačního výkonu, charakter konkrémentu (velikost, denzita a složení) a jeho lokalizace.

Výsledky: Celkem byly provedeny tři ureterolitotomie, pět pyelolitotomií, jedna kalikolitotomie s ablací cysty a jedna kombinovaná ureteropyelolitotomie. Hlavními indikacemi byly impaktovaná litiáza, velikost konkrémentu nebo selhání předchozí endoskopické léčby. Průměrný operační čas činil 88 (46–138) min. Velikost konkrémentů se pohybovala v rozmezí 10–24 mm, průměrná denzita dosahovala 1 045 (560–1 700) HU. Častěji byla postižena pravá strana (60 %) a průměrný věk pacientů činil 60 let. Ve většině případů (n = 9) byl zaveden ureterální stent typu double J s průměrnou dobou ponechání 6 týdnů.

Závěr: Robotická chirurgie nachází uplatnění především u pacientů s komplexní litiázou, při současné rekonstrukci močových cest nebo při selhání standardních endoskopických metod. Mezi hlavní výhody patří vysoká přesnost preparace, trojrozměrná vizualizace operačního pole a lepší ergonomie pro operátora. Nevýhodami zůstávají vyšší ekonomické náklady a omezená dostupnost této technologie. Přesto endoskopické výkony nadále představují zlatý standard a metodu první volby v léčbě urolitiázy, zatímco roboticky asistované výkony jsou vyhrazeny pro pečlivě indikované, komplexní případy.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Porovnání efektivity a bezpečnosti extrakorporální litotrypsie rázovou vlnou u pacientů s nefrolitiázou a se vzdáleností „skin-to-stone“ nad a pod 100 mm

Bartáková L., Gaduš L., Fila M., Doan Thing H., Heráček J., Záleský M.

Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Pacienti indikovaní k extrakorporální litotrypsii rázovou vlnou pro nefrolitiázu, která je vzdálená od povrchu těla > 100 mm, mohou mít nižší pravděpodobnost fragmentace a odchodu fragmentů. Cílem práce je porovnání efektivity a bezpečnosti extrakorporální litotrypsie u pacientů, kteří mají tuto vzdálenost ≥ 100 mm s pacienty, kteří ji mají < 100 mm.

Materiál a metody: V období od srpna 2024 do května 2026 jsme našem pracovišti provedli 302 extrakorporálních litotrypсій rázovou vlnou u 196 pacientů s nefrolitiázou. Soubor pacientů jsme rozdělili na dvě skupiny podle vzdálenosti „skin-to-stone“. Do první skupiny jsme zařadili 92 pacientů se vzdáleností ≥ 100 mm, druhou skupinu tvořilo 104 pacientů se vzdáleností < 100 mm. Výkony jsme prováděli na elektromagnetickém litotryptoru Dornier Delta III. Soubor jsme vyhodnotili retrospektivně.

Výsledky: Průměrná vzdálenost „skin-to-stone“ byla 120 mm v první skupině a 82 mm ve druhé skupině ($p < 0,00001$), průměrný rozměr konkrémentu byl 10 a 10 mm ($p = 1,00$), průměrná tvrdost konkrémentu byla 1 009 a 991 HU ($p = 0,6384$), průměrná energie 41 244 a 40 831 mJ ($p = 0,172$). Fragmentaci konkrémentu jsme zaznamenali v 81 (88 %) případech v první skupině a v 91 (87,5 %) případech v druhé skupině ($p = 1,00$). Kompletní odchod fragmentů jsme pozorovali u 26 (28 %) pacientů a u 44 (42 %) pacientů ($p = 0,0257$) při signifikantně ostřejším infundibulo-pelvickém úhlu (87° , resp. 105° ; $p = 0,00066$). Komplikace nižšího stupně (Clavien-Dindo klasifikace) jsme zaznamenali v deseti případech (10,9 %), resp. v šesti případech (5,8 %); $p = 0,2050$, komplikace vyššího stupně jsme pozorovali u 15 pacientů (16,3 %), resp. u deseti pacientů (9,6 %); $p = 0,1994$.

Závěr: Extrakorporální litotrypsie rázovou vlnou u pacientů se vzdáleností „skin-to-stone“ ≥ 100 mm je metodou léčby nefrolitiázy, vykazující porovnatelnou míru fragmentace i bezpečnostní profil v porovnání s pacienty se vzdáleností „skin-to-stone“ < 100 mm.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Retrográdna ureterorenoskopia pri nefrolitiáze transplantovanej obličky – kazuistika a literárny prehľad

Švihra J. jr., Sopilko I., Švihra J. sr.

Urologická klinika JLF UK a UN Martin, Slovensko

Nediskutovaný poster

Úvod: Nefrolitiáza transplantovanej obličky je zriedkavou, avšak klinicky významnou komplikáciou spojenou s rizikom obštrukcie, infekcie a zhoršenia funkcie štetu. Vzhľadom na denerváciu transplantovanej obličky býva klinická manifestácia často atypická. Heterotopická poloha štetu a zmenený priebeh implantovaného uretera predstavujú technickú výzvu pre endoskopickú liečbu.

Materiál a metódy: Prezentujeme kazuistiku pacienta s nefrolitiázou transplantovanej obličky liečeného miniaturizovanou retrográdnou ureterorenoskopiou (URS). Súčasťou práce je literárny prehľad zameraný na účinnosť retrográdnej a antegrádnej URS v liečbe posttransplantačnej nefrolitiázy.

Výsledky: Pacient po transplantácii obličky v roku 2016 podstúpil v roku 2019 reanastomózu uretera. Pre recidivujúcu hydronefrózu bol zavedený ureterálny stent, ktorý sa následne kompletne enkrustoval konkrementmi. Retrográdna URS s využitím ultratenkého ureteroskopu s priemerom 6,3 Fr umožnila minimálne invazívne odstránenie enkrustovaného stentu aj konkrementov pri zachovaní funkcie transplantovaného štetu. Literárny prehľad ukázal, že antegrádny prístup dosahuje vyššiu stone-free rate (SFR) ako retrográdna ureteroskopia (95 vs. 81 % po 3 mesiacoch), pravdepodobne vďaka priaznivejšiemu prístupu k heterotopicky uloženému štetu. Celková SFR ureteroskopickej liečby sa v publikovaných štúdiách pohybovala od 60 do 100 %. Ureteroskopia bola najčastejšie indikovaná pri konkrementoch s veľkosťou približne 11–12 mm, zatiaľ čo väčšie konkrementy (17–25 mm) boli častejšie riešené perkutánnou alebo otvorenou chirurgickou liečbou. Celková miera komplikácií posttransplantačnej ureteroskopie bola 12,9 %, pričom prevažovali komplikácie stupňa I podľa klasifikácie Clavien-Dindo.

Záver: Retrográdna URS predstavuje bezpečnú a efektívnu možnosť liečby vybraných pacientov s nefrolitiázou transplantovanej obličky, aj keď antegrádny prístup dosahuje vyššiu SFR. Použitie ultratenkého ureteroskopu môže uľahčiť prístup cez implantovaný ureter a umožniť úspešné riešenie aj technicky náročných prípadov pri zachovaní funkcie štetu.

Konflikt záujmov: Nie.

Grantová podpora: Nie.

Spektrum patologických nálezů spermiogramu v andrologické laboratoři – retrospektivní analýza z let 2022–2026

Broul M.¹⁻³, Kučerová P.^{1,4}, Hujová A.², Žižková K.¹, Kubíková P.¹

¹ Sexuologické oddělení KZ – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

² FZS UJEP Ústí nad Labem

³ Urologické oddělení KZ – Nemocnice Litoměřice

⁴ Klinika urologie a robotické chirurgie FZS UJEP a KZ – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Diskutovaný poster

Úvod: Spermiogram je základním vyšetřením mužského faktoru infertility. V urologicko-andrologické praxi může odhalit závažné poruchy spermatogeneze vyžadující další cílené dovyšetření.

Materiál a metody: Retrospektivně byla analyzována vyšetření vykázaná pod kódem 39115 – kompletní spermiogram v období od 1. 1. 2022 do 30. 4. 2026. Celkem bylo provedeno 1 654 spermiogramů u 928 unikátních pacientů. Z analýzy byli vyloučeni muži vyšetření v rámci postvazektomické kontroly. U opakovaných vyšetření byl hodnocen první dostupný spermiogram. Sledovány byly abstinence, objem ejakulátu, koncentrace spermií, pohyblivost, morfologicky intaktní spermie, přídavné buňky, mikroby a závěrečný laboratorní nález.

Výsledky: Hlavní analytický soubor tvořilo 781 mužů vyšetřených primárně pro poruchu fertility. Průměrný věk byl $36,2 \pm 6,8$ roku, medián abstinence 4 dny. Normozoospermie byla zjištěna u 289 mužů (37,0 %), azoospermie u 48 (6,1 %), izolovaná oligozoospermie u 92 (11,8 %), izolovaná porucha motility u 126 (16,1 %), izolovaná morfologická porucha u 54 (6,9 %) a kombinovaná patologie u 172 mužů (22,0 %). Závažný patologický nález byl přítomen u 141 mužů (18,1 %) (tab. 1, obr. 1).

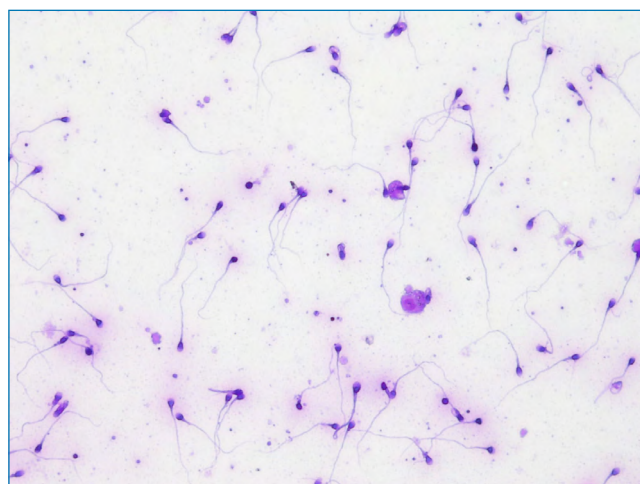
Závěr: Patologický spermiogram byl v souboru častý. Výsledky podporují aktivní roli urologa v diagnostice mužské infertility a indikaci komplexního andrologického dovyšetření.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Spektrum nálezů.

Nález	n	%
normozoospermie	289	37,0
azoospermie	48	6,1
oligozoospermie	92	11,8
porucha motility	126	16,1
morfologická porucha	54	6,9
kombinovaná patologie	172	22,0



Obr. 1. Barvený preparát s obrazem normozoospermie a hodnotitelnou morfologií spermií.

Substituční léčba late-onset hypogonadizmu v urologicko-andrologické praxi

Broul M.¹⁻³, Hujová A.²

¹ Sexuologické oddělení KZ – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

² FZS UJEP Ústí nad Labem

³ Urologické oddělení KZ – Nemocnice Litoměřice

Diskutovaný poster

Úvod: Late-onset hypogonadismus (LOH) je klinicko-biochemický syndrom charakterizovaný symptomy androgenního deficitu a opakovaně nízkou ranní hladinou testosteronu. Cílem práce bylo zhodnotit vlastní zkušenosti se substituční léčbou testosteronem se zaměřením na účinnost, toleranci a rozdíly mezi lékovými formami.

Materiál a metody: Retrospektivně bylo hodnoceno 96 mužů léčených pro symptomatický LOH v letech 2022–2026. Diagnóza vycházela ze symptomů a opakovaně nízkého ranního testosteronu. Transdermální gel byl použit u 52 mužů, krátkodobý injekční testosteron u 24 mužů a dlouhodobý testosteron-undekanoát u 20 mužů. Hodnoceny byly testosteron, subjektivní efekt, hematokrit, prostatický specifický antigen (PSA), změna léčby a ukončení léčby (tab. 1).

Výsledky: Průměrný věk souboru byl 60 ± 8 let, vstupní celkový testosteron $7,6 \pm 1,4$ nmol/l. Po 6 měsících léčby se kontrolní testosteron zvýšil na $17,6 \pm 4,3$ nmol/l u gelu, $18,9 \pm 6,1$ nmol/l u krátkodobého injekčního testosteronu a $17,1 \pm 4,8$ nmol/l u dlouhodobého testosteron-undekanoátu. Klinické zlepšení udalo 66 z 96 mužů (69 %), nejvíce při dlouhodobé injekční léčbě. Bezpečnostní zásah pro vzestup hematokritu byl nutný u sedmi mužů (7 %) a pro vzestup PSA u čtyř mužů (4 %). Léčba byla ukončena nebo změněna u 12 mužů (13 %) (tab. 2).

Závěr: Léčba vedla k biochemickému i klinickému zlepšení při přijatelné toleranci. Gel převažoval a byl vhodný k titraci; depotní testosteron poskytoval stabilnější substituci.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Tab. 1. Charakteristika souboru podle formy léčby.

Skupina	n	Věk (roky)	Vstupní T (nmol/l)	Klinické zlepšení
T gel	52	59 ± 8	$7,8 \pm 1,5$	34/50 (65 %)
krátkodobý injekční T	24	61 ± 7	$7,4 \pm 1,4$	17/24 (71 %)
T-undekanoát depot	20	62 ± 6	$7,2 \pm 1,3$	15/20 (75 %)
celkem	96	60 ± 8	$7,6 \pm 1,4$	66/96 (69 %)

T – testosteron

Tab. 2. Kontrolní odpověď a bezpečnostní zásahy.

Skupina	Kontrolní T (nmol/l)	Htk zásah	PSA zásah	Ukončení/změna
T gel	$17,6 \pm 4,3$	2/52	2/52	6/50 (12 %)
krátkodobý injekční T	$18,8 \pm 6,1$	3/24	1/24	4/24 (17 %)
T-undekanoát depot	$17,1 \pm 4,8$	2/20	1/20	2/20 (10 %)
celkem	$16,6 \pm 5,0$	7/96 (7 %)	4/96 (4 %)	12/96 (13 %)

Htk – hematokrit, PSA – prostatický specifický antigen, T – testosteron

NÁDORY PROSTATY – TERAPIE

Nález pozitivního chirurgického okraje po robotické radikální prostatektomii představuje pro pacienta nižší prognostické riziko ve srovnání s otevřenou operací

Veselý Š., Zdobinská T., Příman O., Novák A., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Ze studií pacientů po otevřené radikální prostatektomii (RP) jasně vyplývá, že přítomnost pozitivního chirurgického okraje (PSM) je špatným prognostickým faktorem a dle některých doporučení dokonce i přímou indikací k adjuvantní radioterapii. Robotická RP dává možnost precizní preparace na samém povrchu prostaty s možností volby správné vrstvy, vrácení se o krok zpět, tahu za prostatu pomocí robotického ramene atd. To může mít společně s vývojem techniky patologického zpracování finálního preparátu za následek vyšší podíl falešně PSM, které pak mají pouze minimální vliv na riziko recidivy onemocnění. Naším cílem bylo ověřit tuto hypotézu srovnáním prognostické hodnoty PSM u pacientů operovaných otevřenou a robotickou technikou na jednom pracovišti.

Materiál a metody: Do analýzy bylo zařazeno 438 po sobě jdoucích pacientů, kteří na našem pracovišti podstoupili otevřenou RP v letech 2011–2015 a následně i dalších 465 po sobě jdoucích pacientů, kteří podstoupili robotickou RP v letech 2018–2021. Vstupními kritérii byl lokalizovaný karcinom prostaty a negativní uzlinový nález. Selhání RP bylo definováno jako dosažení biochemické recidivy (prostatický specifický antigen (PSA) 0,2 ng/ml) nebo indikace sekundární terapie.

Výsledky: Zastoupení patologického nálezu T3 a ISUP (International Society of Urological Pathology) grade 4–5 bylo v obou skupinách téměř totožné (otevřená RP 33 a 38 %, robotická RP 32 a 36 %). Celkový počet pacientů s PSM byl vyšší ve skupině robotické RP (37 %) oproti skupině otevřené RP (30 %; $p < 0,03$). Nicméně během dlouhodobého sledování zaznamenalo významně ($p < 0,001$) nižší procento pacientů selhání RP ve skupině robotické RP (32,2 %) proti skupině otevřené RP (56,8 %). Také podíl pacientů s PSM, kteří dosáhli pooperačně PSA nadir pod 0,01 ng/ml bylo významně ($p < 0,001$) vyšší ve skupině robotické RP (41,9 %) proti skupině otevřené RP (22,2 %).

Závěr: Naše výsledky dle očekávání potvrdily vyšší četnost PSM u robotické RP ve srovnání s otevřenou RP. Nicméně stran prognostického významu se nález PSM u robotické RP jeví ve srovnání s otevřenou operací jako výrazně méně rizikový.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná Retzius-sparing radikální prostatektomie na platformě da Vinci Xi – standardizovaný operační postup při zavádění nové metody

Študent V. jr., Hromčíková N., Česák O., Herman J., Žemla P.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Retzius-sparing roboticky asistovaná radikální prostatektomie (RS-RARP) představuje alternativní přístup k radikální prostatektomii se zachováním anatomických struktur Retziusova prostoru. Zavedení této techniky vyžaduje standardizaci operačních kroků.

Kazuistika: Video prezentuje zavedení RS-RARP na našem pracovišti po zkušenostech s > 3 700 transperitoneálně provedenými roboticky asistovanými radikálními prostatektomiemi. Operační technika byla standardizována na základě prvních pěti po sobě jdoucích výkonů provedených jedním chirurgem v červnu 2026 pomocí robotického systému da Vinci Xi. Demonstrována je preparace a vyvěšení chámovodů a semenných váčků, vytvoření posteriorního tunelu, preparace apexu, selektivní ošetření dorzálního venózního komplexu, vezikouretrální anastomóza technikou Van Velthoven dvěma stehy V-Loc 4-0, uzávěr peritonea stehem Monocryl 3-0 bez zavedení drénu a kontrola vodotěsnosti anastomózy naplněním močového měchýře 120 ml fyziologického roztoku. Všechny pět výkonů bylo dokončeno roboticky bez konverze. Medián operačního času činil 143 min, krevní ztráty 300 ml, délka hospitalizace 7 dní a katetrizace 5 dní. Zaznamenali jsme jednu komplikaci Clavien-Dindo II (hematom vyžadující krevní transfuzi).

Závěr: Standardizovaný operační postup umožnil bezpečné zavedení RS-RARP do klinické praxe a může usnadnit implementaci této techniky na dalších robotických pracovištích.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892).

Retzius šetřící roboticky asistovaná radikální prostatektomie

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

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Video

Úvod: Retzius šetřící přístup představuje jednu z možných technik roboticky asistované radikální prostatektomie.

Kazuistika: Muž, 56 let (BMI 26,6 kg/m²), s komorbiditami – arteriální hypertenzí, hyperlipidemií a hyperurikemií – byl vyšetřen pro hodnotu iPSA 8,093 ng/ml. Transperineální fúzní biopsie prokázala adenokarcinom prostaty Gleason skóre 3+3, přičemž 3 ze 4 cílených vzorků z ložiska v levém apexu byly pozitivní. Pacient podstoupil roboticky asistovanou radikální prostatektomii Retzius šetřícím přístupem. Délka operace činila 86 min při krevní ztrátě do 100 ml. Definitivní histologické vyšetření potvrdilo adenokarcinom prostaty postihující přibližně 15 % tkáně, stadium pT2c, Gleason skóre 3+4, s perineurální invazí (Pn1) a fokálně pozitivním chirurgickým okrajem v rozsahu 1 mm (R1). Permanentní močový katetr byl odstraněn 8. pooperační den. Jeden měsíc po operaci pacient udával pouze lehkou stresovou inkontinenci I. stupně s únikem několika kapek moči při kašli a větší fyzické námaze. **Závěr:** Retzius šetřící přístup je jednou z možností provedení roboticky asistované radikální prostatektomie, která je spojena s příznivými funkčními výsledky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Funkční výsledky u pacientů po „Retzius-sparing“ roboticky asistované radikální prostatektomii

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

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem naší práce je zhodnocení funkčních výsledků, jako je úroveň kontinence a četnost erektilní dysfunkce u pacientů, kteří absolvovali roboticky asistovanou radikální prostatektomii technikou „Retzius-sparing“ (Retzius-sparing RARP).

Materiál a metody: Na našem pracovišti jsou prováděny robotické prostatektomie metodou „Retzius-sparing“, tedy za šetření prevezikálního Retziusova prostoru od června 2025. V souboru pacientů byla hodnocena kontinence po vytažení permanentního katetru a úroveň erektilní dysfunkce. Na úroveň kontinence byli dotazováni všichni pacienti, byl hodnocen typ a stupeň případné inkontinence. Erektilní funkce byly hodnoceny dotazem, pacienti byli rozděleni do dvou kategorií – 1. pacienti schopní, ať už sami nebo s pomocí farmakologických přípravků, dosáhnout uspokojivé erekce; 2. pacienti neschopní dosáhnout erekce.

Výsledek: V hodnoceném období bylo na našem pracovišti provedeno 52 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií metodou Retzius-sparing. Plné kontinence dosáhlo 42 pacientů (80,8 %), přičemž průměrná doba do jejího dosažení činila 2,5 týdne. Občasnou stresovou inkontinenci s používáním jedné vložky denně udávali čtyři pacienti (7,7 %), dvě vložky denně používali čtyři pacienti (7,7 %) a více než dvě vložky denně dva pacienti (3,8 %). Zachovaná erektilní funkce byla zjištěna u 13 pacientů (25,0 %), z toho spontánní erekci udávali dva pacienti (3,8 %), deset pacientů (19,2 %) dosahovalo uspokojivé erekce při léčbě inhibitory fosfodiesterázy 5 a jeden pacient (1,9 %) po intrakavernózní aplikaci alprostadilu. Erekce nebyla dosažitelná u 39 pacientů (75,0 %).

Závěr: Retzius-sparing RARP představuje alternativní chirurgický přístup s velmi uspokojivými funkčními výsledky, zejména z hlediska časně obnovy kontinence. Výskyt erektilní dysfunkce v časném pooperačním období je srovnatelný s výsledky publikovanými jinými autory.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Extraperitoneální robotická radikální prostatektomie

Kočárek J.¹⁻³, Fišer L.³, Nechvátalová N.³, Čermák M.^{3,4}

¹ Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

³ Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno

⁴ Urologická klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Video

Úvod: Od prosince 2005 máme možnost pacientům s karcinomem prostaty nabízet robotický radikální výkon. Do července 2026 bylo provedeno jedním konzolovým chirurgem 3 011 radikálních prostatektomií. Byly použity americké systémy da Vinci Standard, Si, X, Xi a britský Versius Plus. Extraperitoneálním přístupem bylo operováno 1 619 pacientů. Průměrný konzolový čas byl dle aplikace My Intuitive 58 min, dle aplikace Versius Connect 64 min.

Kazuistika: Ve videu prezentujeme případ 47letého pacienta po apendektomii a laparoskopické operaci levostranné tříselné kýly. Pro prostatický specifický antigen (PSA) 5,9 byla provedena magnetická rezonance, na které bylo popsáno ložisko PI-RADS 4 apikálně vlevo. Z fúzní perineální biopsie adenokarcinom prostaty Gleasonovo skóre 3+4, 5+/15 (3× ložisko, 2× levý lalok) IIEF-5 25, objem prostaty 45 ml. Multidisciplinární tým rozhodl o aktivní léčbě. Z navržených modalit pacient zvolil radikální prostatektomii. Pro operaci jsme vybrali nejnovější modulární robotický systém Versius Plus. Operace byla provedena extraperitoneálním přístupem NS technikou. K založení kapnopreperitonea byla použita digitální technika. Výkon byl proveden čtyřmi 5mm robotickými nástroji. Konzolový čas 56 min, krevní ztráta 100 ml. Pacient byl propuštěn do domácího léčení 2. pooperační den. Katetr byl odstraněn 7. pooperační den. Pooperační i pooperační průběh byl bez komplikací. Inkontinenční pomůcky pacient nepožadoval. Histologie adenokarcinom prostaty T2c, GS 3+4, R0. PSA/3M < 0,01 ng/ml.

Závěr: Extraperitoneální robotická radikální prostatektomie je technika bezpečná a reprodukovatelná. Výhodná je především pro pacienty po předchozích intraabdominálních chirurgických výkonech.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Vliv elektivního ozáření pánevních lymfatických uzlin na léčebné výsledky pacientů s vysoce rizikovým lokalizovaným karcinomem prostaty – multicentrická retrospektivní analýza

Palkovský M.^{1,2}, Krupa P.³, Matzenauer M.⁴, Paulíková S.⁵, Vančurová J.⁶, Bergendyová T.⁷, Argalácsová S.⁸, Majerčák M.^{9,10}, Kuchár M.¹⁰, Čermáková Z.^{11,12}, Kořená A.^{1,2}, Kindlová E.^{1,2}, Lohynská R.⁷, Soumarová R.^{1,2}

¹ Onkologická klinika FNKV Praha

² 3. LF UK Praha

³ Klinika radiační onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁴ Komplexní onkologické centrum, Nemocnice Agel, Nový Jičín

⁵ Onkologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁶ Onkologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

⁷ Onkologická klinika 1. LF UK a FTN Praha

⁸ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

⁹ Urologická klinika FNMH Praha

¹⁰ 2. LF UK Praha

¹¹ LF OU, Ostrava

¹² Onkologická klinika LF OU a FN Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Přínos elektivního ozáření pánevních lymfatických uzlin (ELNI) u pacientů s lokalizovaným a lokálně pokročilým karcinomem prostaty zůstává kontroverzní. Cílem studie je zhodnotit vliv ELNI na biochemickou a radiografickou kontrolu onemocnění a celkové přežití (OS) v podmínkách běžné klinické praxe.

Materiál a metody: Retrospektivně byla analyzována data 1 034 pacientů léčených kurativní radioterapií na devíti českých pracovištích. Pacienti byli rozděleni podle ELNI (ELNI+ vs. ELNI–). Primárními sledovanými parametry byly biochemické přežití bez recidivy (BCRFS), přežití bez radiografické progresy (rPFS) a OS. K analýze byly použity Kaplan-Meierovy křivky, log-rank test a multivariabilní Coxův regresní model zahrnující věk, vstupní prostatický specifický antigen (PSA), Gleasonovo skóre, vstupní cT klasifikaci, délku hormonální léčby a délku radioterapie.

Výsledky: 556 pacientů ELNI podstoupilo a 478 nepodstoupilo. Medián sledování činil 45 měsíců. Pacienti léčení ELNI častěji vykazovali pokročilejší lokální nález (cT3–4: 44,4 vs. 30,1 %; $p < 0,001$). V neadjustované analýze bylo ELNI spojeno s lepším BCRFS (log-rank $p = 0,0004$) a rPFS ($p < 0,0001$), bez rozdílu v OS ($p = 0,3412$). V multivariabilní analýze zůstalo ELNI nezávislým faktorem příznivě ovlivňujícím BCRFS (HR 0,47; 95% CI 0,28–0,77; $p = 0,003$) a rPFS (HR 0,38; 95% CI 0,21–0,67; $p < 0,001$). Naopak nebyl prokázán vliv na OS (HR 1,04; 95% CI 0,69–1,56; $p = 0,852$). Mezi další významné prognostické faktory patřily vyšší vstupní PSA a Gleasonovo skóre ≥ 8 . V interakčních modelech nebyla prokázána statisticky významná

interakce mezi ELNI a odhadovaným rizikem uzlinového postižení podle Roachovy formule (> 30 %; $p = 0,399$) ani Yale skóre (> 20 %; $p = 0,333$), což naznačuje konzistentní efekt ELNI napříč analyzovanými rizikovými skupinami. Akutní ani pozdní toxicita G3–4 nebyla signifikantně zvýšena ve skupině pacientů s ELNI.

Závěr: V této rozsáhlé multicentrické retrospektivní analýze bylo ELNI spojeno s významným a na ostatních prognostických faktorech nezávislým zlepšením BCRFS a rPFS. Přínos v celkovém přežití nebyl při současné délce sledování prokázán. Výsledky podporují využití ELNI zejména u pacientů s vyšším rizikem mikrometastatického postižení pánevních uzlin.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná radikální prostatektomie u pacienta po transplantaci ledviny – videokazuistika

Balík M., Špaček J., Pacovský J.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: Radikální prostatektomie u pacientů po transplantaci ledviny představuje technicky náročný výkon vzhledem k přítomnosti štěpu v malé pánvi a riziku poranění transplantovaného ureteru či cévního zásobení štěpu. Video demonstruje techniku roboticky asistované radikální prostatektomie u transplantovaného pacienta.

Kazuistika: Pacient, 68 let, s polycystózou ledvin podstoupil v září 2020 transplantaci kadaverózní ledviny a v březnu 2022 bilaterální nefrektomii pro recidivující pyelonefritidu. Pro vzestup prostatického specifického antigenu (PSA) z 12 na 17 ng/ml byla v březnu 2025 provedena biopsie prostaty s nálezem adenokarcinomu Gleasonova skóre 7a. Riziko lymfatického postižení dle Brigantiho nomogramu činilo 2 %, proto nebyla indikována pánevní lymfadenektomie. V červnu 2025 byla provedena roboticky asistovaná radikální prostatektomie. Po identifikaci transplantované ledviny a jejího ureteru pokračoval výkon standardní technikou. Operační čas činil 3 hod 19 min, krevní ztráta 20 ml. Definitivní histologie prokázala adenokarcinom prostaty pT3a, Gleasonovo skóre 7a, PSM 0. Katetr byl odstraněn 7. pooperační den. Tři měsíce po operaci byl pacient plně kontinentní. Hodnota PSA dosáhla 0,021 ng/ml v září 2025, 0,034 ng/ml v lednu 2026 a 0,059 ng/ml v květnu 2026.

Závěr: Roboticky asistovaná radikální prostatektomie je u vybraných pacientů po transplantaci ledviny bezpečně proveditelná. Přetrvávající nízký, pozvolna narůstající PSA navzdory příznivým předoperačním parametrům vyžaduje další onkologické sledování a případné doplnění PSMA-PET/CT vyšetření.

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

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Salvage roboticky asistovaná pánevní lymfadenektomie pro recidivu karcinomu prostaty po radikální prostatektomii – videokazuistika

Balík M., Krejčí V.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Video

Úvod: S narůstající dostupností vyšetření PSMA-PET/CT je stále častěji diagnostikována oligometastatická recidiva karcinomu prostaty při velmi nízkých hodnotách prostatického specifického antigen (PSA). Salvage pánevní lymfadenektomie představuje jednu z možností léčby u pečlivě vybraných pacientů. Video prezentuje techniku roboticky asistované salvage pánevní lymfadenektomie pro izolovanou uzlinovou recidivu karcinomu prostaty po radikální prostatektomii.

Kazuistika: U 58letého pacienta byl v dubnu 2024 diagnostikován karcinom prostaty při hodnotě PSA 5,19 ng/ml. Biopsie prokázala adenokarcinom Gleasonova skóre 6 v jednom z 12 vzorků, předoperační magnetická rezonance byla bez suspektního nálezu. V září 2024 byla provedena roboticky asistovaná radikální prostatektomie. Definitivní histologie prokázala adenokarcinom prostaty Gleasonova skóre 7b, pT2c, R0. Následně došlo k pozvolnému vzestupu PSA až na 0,19 ng/ml. PSMA-PET/CT zobrazilo dvě suspektní uzlinová ložiska za levou zevní ilickou cévou. V dubnu 2026 byla provedena roboticky asistovaná salvage pánevní lymfadenektomie. Histologicky byly potvrzeny metastázy ve 2 z 10 odstraněných uzlin. Operační čas činil 125 min, krevní ztráta byla nulová. Pooperační průběh byl nekomplikovaný a pacient byl propuštěn 2. pooperační den. Dva měsíce po výkonu poklesla hladina PSA pod mez detekce (< 0,006 ng/ml).

Závěr: Roboticky asistovaná salvage pánevní lymfadenektomie představuje bezpečnou a efektivní léčebnou možnost u vybraných pacientů s izolovanou uzlinovou recidivou karcinomu prostaty detekovanou pomocí PSMA-PET/CT.

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

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

Skutečně nesignifikanční karcinom prostaty? Finální histologie u pacientů s biotickým ISUP 1

Příman O., Zdobinská T., Dušková K., Veselý Š.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Současná diagnostika karcinomu prostaty (KP) se opírá o stále přesnější zobrazovací metody a cílený odběr vzorků při biopsii prostaty. Pacienti s biotickým verifikovaným KP ISUP 1 (International Society of Urological Pathology Grade Group) jsou často považováni za vhodné kandidáty k aktivnímu sledování (AS). U pacientů po radikální prostatektomii (RARP) umožňuje finální histologie zpětně posoudit riziko podhodnocení nálezu. Cílem práce bylo zhodnotit četnost upgradingu, upstagingu a výskyt nepříznivých či agresivních histopatologických znaků.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali pacienty z období září 2024 až květen 2026, kteří podstoupili biopsii prostaty s nálezem ISUP 1 a následně RARP. Celkem bylo zařazeno 136 pacientů. Nepříznivé znaky byly definovány jako ISUP 3 a/nebo pT3a, agresivní znaky jako ISUP ≥ 4 a/nebo pT3b. Dále jsme porovnali pacienty s předoperační magnetickou rezonancí (MR) a fúzní biopsií se skupinou bez MR. Pacienti v AS, u kterých byl předpoklad upgradingu nebo upstagingu důvodem k ukončení sledování, byli z analýzy vyřazeni.

Výsledky: Ve výsledné histologii po RARP zůstalo pouze 18 z 136 pacientů (13,2 %) v kategorii ISUP 1. Upgrading na ISUP 2 byl zaznamenán u 86 z 136 pacientů (63,2 %) a na ISUP ≥ 3 u 31 z 136 pacientů (22,8 %). Nepříznivé histopatologické znaky byly přítomny u 36 z 136 pacientů (26,5 %) a agresivní znaky u 15 z 136 pacientů (11,0 %). Při srovnání skupin s MR a bez MR nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve výskytu nepříznivých znaků (28,7 vs. 21,4 %; $p = 0,409$) ani agresivních znaků (11,7 vs. 9,5 %; $p = 1,000$). Orientační srovnání s kohortou pacientů operovaných pro ISUP 1 v letech 2008–2011 rovněž neukázalo zásadní rozdíl ve výskytu nepříznivých a agresivních znaků.

Závěr: Pacienti s biotickým ISUP 1 tvoří i v éře moderní diagnostiky heterogenní skupinu. Ve sledované kohortě byl pozorován častý upgrading a nezanedbatelný výskyt nepříznivých i agresivních histopatologických znaků. Tyto výsledky je vhodné zohlednit při indikaci AS i při individuálním rozhodování o dalším postupu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Význam multidisciplinární konzultace u karcinomu prostaty – subanalýza 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 FNMH Praha

⁷ Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, 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, FN u svaté Anny, Brno

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 Oddělení radiační onkologie, Krajská nemocnice Liberec

Diskutovaný poster

Úvod: Multidisciplinární tým (MDT) je doporučovanou součástí rozhodovacího procesu u pokročilého karcinomu prostaty (KP), zejména v éře narůstající komplexity systémové léčby. Cílem této subanalýzy bylo zhodnotit využití MDT v reálné klinické praxi v České republice (ČR) a jeho vztah k intenzifikaci léčby.

Materiál a metody: V rámci multicentrické retrospektivní observační studie ANTARES byla analyzována data 869 pacientů ze 13 onkologických a urologických center v ČR, kteří v letech 2018–2023 zahájili androgenní deprivaci (ADT) pro pokročilý nebo relabující KP. Hodnoceno bylo využití MDT před zahájením léčby, důvod zahájení ADT, typ systémové léčby a variabilita mezi centry. Byla provedena deskriptivní a komparativní statistická analýza.

Výsledky: Konzultace na MDT proběhla u 527 pacientů (60,6 %). Pacienti diskutovaní v MDT byli významně častěji léčeni intenzifikovanou systémovou léčbou (ADT v kombinaci s inhibitory signální dráhy androgenního receptoru (ARPI) nebo chemoterapií) oproti pacientům bez MDT konzultace (61,7 vs. 49,7 %; $p = 0,0005$; OR 1,63; 95% CI 1,24–2,14). Míra využití MDT se nelišila podle důvodu zahájení ADT (primárně metastatické onemocnění, relaps po radikální léčbě nebo

lokálně pokročilé onemocnění; $p = 0,387$). V čase byl pozorován absolutní nárůst využití MDT z 57,1 % v roce 2018 na 67,3 % v roce 2023 ($p = 0,192$), zatímco míra léčebné intenzifikace vzrostla významně z 42,1 na 73,0 % ($p < 0,0001$). Mezi jednotlivými centry byla zjištěna výrazná variabilita ve využití MDT (16,9–88,7 %; $p < 0,0001$). V podskupině pacientů s primárně metastatickým onemocněním nesouviselo využití MDT s věkem, vstupní hodnotou prostatického specifického antigenu ani ISUP (International Society of Urological Pathology) Grade Group (vše $p > 0,05$).

Závěr: Využití MDT je spojeno s vyšší pravděpodobností intenzifikace systémové léčby u pokročilého KP. Výsledky této analýzy podporují význam MDT jako klíčové součásti moderní péče o pacienty s 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).

NÁDORY – VARIA

Výsledky retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s non-seminomovými germinálními nádory po salvage chemoterapii

Šabík M.¹, Hrabec R.¹, Hulová M.¹, Šumberová K.²,
Pokrivčák T.³, Poprach A.³, Doležel J.¹, Staník M.¹

¹ Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

² Úsek zdravotnických informací, Masarykův onkologický ústav, Brno

³ Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Salvage chemoterapie představuje standardní léčebný postup u pacientů s relabujícím nebo refrakterním non-seminomovým germinálním nádorem. U nemocných s reziduální retroperitoneální masou po chemoterapii zůstává retroperitoneální lymfadenektomie (RPLND) důležitou součástí multimodální léčby. Cílem studie bylo zhodnotit perioperační a onkologické výsledky pacientů podstupujících RPLND po salvage chemoterapii.

Materiál a metody: Retrospektivně byli hodnoceni pacienti s non-seminomovým germinálním nádorem varlete, kteří podstoupili RPLND po salvage chemoterapii v terciárním onkologickém centru v období 2002–2026. Hodnoceny byly demografické charakteristiky, prognostická skupina dle IGCCCG, velikost reziduální masy, perioperační parametry, histopatologický nález, perioperační komplikace dle Clavienovy-Dindovy klasifikace, 5leté přežití bez recidivy (RFS), nádorově specifické přežití a prognostické faktory pomocí jednorozměrné Coxovy regresní analýzy.

Výsledky: Do analýzy bylo zařazeno 48 pacientů s mediánem věku 31 let. Do příznivé, střední a nepříznivé prognostické skupiny bylo zařazeno 11 (23 %), 15 (31 %) a 22 (46 %) pacientů. Medián velikosti reziduální masy činil 38 mm, medián operačního času 335 min a medián krevní ztráty 650 ml (IQR 300; 1 400). Perioperační komplikace byly zaznamenány u 32 (67 %) pacientů, přičemž závažné komplikace stupně 3–4 u pěti (10 %), úmrtí pacienta do 30 dnů jsme nezaznamenali. Histopatologické vyšetření prokázalo nekrózu u 13 (27 %), teratom u 27 (56 %) a viabilní germinální nádor u osmi (17 %) pacientů. Celkové 5leté RFS činilo 75 % (95% CI 63–88 %), podle histologického nálezu 92 % (nekróza), 70 % (teratom) a 57 % (viabilní nádor) a podle předoperačních nádorových markerů 75 % při negativních a 73 % při pozitivních markerech. V jednorozměrné Coxově regresní analýze bylo

hraničně vyšší riziko recidivy spojeno s přítomností viabilního nádoru v resektátu (HR 6,92; p = 0,095).

Závěr: RPLND po salvage chemoterapii představuje technicky náročný výkon s akceptovatelnou perioperační morbiditou. Kompletní chirurgická resekce zůstává zásadní součástí léčby vybraných pacientů a umožňuje dosažení dlouhodobé kontroly onemocnění. Přítomnost viabilního nádoru v resektátu byla spojena s horšími onkologickými výsledky.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – MOÚ 00209805.

Možnosti imunoterapie (cemiplimab) v léčbě karcinomu penisu

Matoušková M.^{1,2}, Hora M.³, Trávníček I.³, Shpilevskiy N.³, Michalová K.⁴, Ferda J.⁵, Fiala O.⁶

¹ Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Urocentrum Praha

³ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

⁴ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

⁵ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁶ Onkologická a radioterapeutická klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Karcinom penisu je vzácné, agresivní nádorové onemocnění, které celosvětově představuje < 1 % zhoubných nádorů u mužů (0,84 na 100 000 obyvatel). Mezi rizikové faktory pro pSCC patří fimóza, chronický zánět, nedostatečná hygiena, kouření, imunosuprese, lichen sclerosus a infekce papilomavirem (HPV). Současná doporučení pro pokročilá onemocnění upřednostňují režimy na bázi ciplatiny a taxanů se značným množstvím nežádoucích účinků a bez přínosu pro celkové přežití. Existuje možnost alternativy?

Materiál a metody: U nádorů penisu dochází k vysoké expresi PD-L1 a k významné infiltraci CD8⁺ T buněk. Podání imunoterapie založené na bloádě kontrolních bodů je možné spojit s šancí na imunitní odpověď při léčbě lokálně pokročilého onemocnění. Cemiplimab je humanizovaná monoklonální protilátka IgG4 navržená tak, aby specificky cílila na PD-1.

Výsledky: Muž, 46 let, s obstrukcí lymfatik a uzávěrem cév levé dolní končetiny – byla provedena trombolektomie, pokus o inserci pravé končetiny neúspěšný pro tumor glandu. Biopsie z glans – nízké diferencovaný invazivní dlaždicobuněčný karcinom žaludu penisu bez rohovění G3, Ki 67 – 80 %, P16 vysoce pozitivní, TPS pozitivní – exprese PD-L1 v 10 % nádorových buněk, CPS ≥ 1 pozitivní. Na PET/CT vysoce FDG avidní tumor penisu s maligní lymfadenopatií v obou tříslech a při zevním ilickém svazku vpravo cT3 cN3 M0. Byla zahájena léčba cemiplimabem. Po šesti cyklech na PET/CT parciální regrese tumoru penisu, regrese lymfadenopatie v obou tříslech a pánvi, následně totální amputace penisu, perineostomie. Histologicky pouze ve dvou blocích jsou v oblasti povrchového dlaždicobuněčného epitelu penisu zachyceny fokální cytomorfológické atypie, max. do úrovně PeIN (carcinoma *in situ*). Invazivní růst nebyl prokázán. Po výkonu pokračuje cemiplimab. Po 13 cyklech kompletní remise.

Závěr: Pro vybranou skupinu nemocných s lokálně pokročilým nádorem penisu může vést monoterapie cemiplimabem k operabilitě onemocnění a jeho dlouhodobě stabilizaci. Nežádoucí účinky léčby jsou minimální. Nízkou incidencí patří nádory penisu mezi vzácná onemocnění s nezbytností

centralizované péče. Pouze tak je možné individuální přístup k nemocnému a léčba „šitá“ na míru.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Nízká exprese GATA3 predikuje horší přežití u karcinomu penisu

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

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

² Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

³ Ústav patologie, 1. LF UK a VFN Praha

⁴ Ústav patologie, 3. LF UK a FNKV Praha

⁵ Ústav patologie a molekulární medicíny, 3. LF UK a FTN Praha

⁶ Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Dlaždicobuněčný karcinom penisu (pSCC) je vzácný nádor spojený s poměrně nepříznivou prognózou. Cílem studie je zhodnotit prognostický význam imunohistochemických markerů rutinně používaných v histopatologické praxi – GATA3, IMP3, HIF-1- α , CK7, CA-IX, HER2 a TTF-1.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali všechny dostupné vzorky pSCC pacientů tří českých klinik operovaných v letech 2002–2022. Byly provedeny imunohistochemické analýzy na tkáňových mikročipech se zaměřením na cytoplazmatickou (CA-IX, IMP3, HIF-1- α , CK7), nukleární (GATA3, TTF-1) a membránovou (HER2) expresi. V každém případě bylo hodnoceno skóre imunoreaktivity, tj. procento pozitivně zbarvených buněk (žádné = 0, 1–9 % = 1, 10–49 % = 2, 50–79 % = 3, 80–100 % = 4) a intenzita zbarvení byla semi-quantitativně klasifikována do následujících čtyř kategorií: 0 = negativní, 1 = slabá, 2 = střední a 3 = silná pozitivita. V každém vzorku bylo celkové skóre imunoreaktivity vypočteno jako $\text{proporce (0–4)} \times \text{intenzita (0–3)}$, v rozmezí 0–12. Univariální Coxova regrese byla použita k stanovení celkového přežití (OS), Fine-Greyova regrese k určení nádorově specifického přežití (CSS) a Pearsonov Chi-kvadrát test ke stanovení asociací.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 145 vzorků. Nízká exprese GATA3 byla spojena se signifikantně horším OS při 3letém sledování (HR 2,08; 95%CI 1,22–3,57; $p = 0,007$; při adjustaci na věk HR 1,75; 95% CI 1,03–3,03; $p = 0,04$). Nízká exprese GATA3 si zachovala prognostický význam i po adjustaci na hlavní klinicko-patologické proměnné – věk, stadium pT a pN, grade, lymfatickou, venózní a perineurální invazi, lymfocytární infiltraci a expresi p16, p53 a PD-L1. Nízká exprese GATA3 byla spojena s kratším CSS při 10letém sledování (HR 2,04; 95% CI 1,03–4,17; $p = 0,039$). Pozitivita IMP3 (HR 1,48; 95% CI 0,89–2,44, $p = 0,13$), CK7 (HR 1,46; 95% CI 0,69–3,07; $p = 0,3$) a CA-IX (HR 1,53; 95% CI 0,73–3,22; $p = 0,3$) vykazovaly statisticky nevýznamné trendy směrem k horší prognóze. CK7 a CA-IX byly častěji exprimovány u málo diferencovaných pSCC a u p16/HPV pozitivních nádorů. IMP3 a CA-IX byly

asociovány s regionálními metastázami do lymfatických uzlin. Všechny případy byly negativní na TTF-1 a HER2.

Závěr: Ztráta exprese GATA3 významně souvisí s horším OS i CSS a s nepříznivými patologickými charakteristikami u pSCC. GATA3 tak může představovat potenciální prognostický marker.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ministerstvo zdravotnictví České republiky (projekty Koncepčního rozvoje výzkumné organizace – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN, 00064165) a Fakultní Thomayerova nemocnice (FTN, 00064190)), Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky (číslo grantu NU21J-03-00019) a program Cooperatio Medical Diagnostics Univerzity Karlovy.

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

Hora M.¹, Trávníček I.¹, Pivovarová K.², Michalová K.², Ferda J.³, Stránský P. Jr.¹, Voráčková J.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) indikovaná u karcinomu penisu $\geq$ pT1b cN0 při nedostupné scintigraficky značené dynamické biopsii sentinelové uzliny, při jejím selhání, u klinického postižení uzlin (cN⁺), pN⁺ z biopsie. Kromě cN3 je možný miniinvazivní přístup (VEILND) laparoskopicky/roboticky (R-VEILND – robot assisted video endoscopic inguinal lymph node dissection). VEILND lze kombinovat s označením sentinelové lymfatické uzliny (SLN) pomocí fluorescence indocyaninovou zelení (ICG). Předkládáme pilotní studii ICG R-VEILND.

Materiál a metody: V období od října 2015 do března 2026 podstoupilo VEILND 35 mužů (52 třísel) – 21/31 (muži/třísla) laparoskopicky, 14/21 roboticky. Aplikace ICG byla použita u 30 mužů – 16/24 laparoskopicky, všech 14/21 roboticky. *Technika R-VEILND:* ICG 3,75 či 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 (mediální strana stehna) jsou zavedeny naslepo pod kontrolou prstu, videoport s konusem pro Hassonovu techniku. Optika 30°, posledních devět 0°, tlak CO₂ 12 mm Hg. *Nástroje:* monopolární nůžky či SynchroSeal® (posledních devět) a fenestrováný bipolární Grasper, systém da Vinci Xi. Vena saphena magna (VSM) zachována. Lipolymfatická tkáň odebrána z FT mezi fascia lata a Camperovou fascií, ve fossa ovalis. Začínáme pod soutokem VSM 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 je extrahována v sáčku. Sací drén. Na 24 hod kompresivní obvaz. Profylakticky dvě dávky antibiotika. Mechanické kompresivní punčochy dolních končetin, miniheparinizace 3 týdny.

Výsledky: R-VEILND u 21 třísel/14 mužů. Průměrný věk 62,6 roku (33–78 let), BMI 34,3 (25,2–41,2) kg/m², doba jednostranného výkonu 106,7 (63–170) min, počet LN 8,8 (3–16), 8× pN⁺ (38 %). Označení SLN pomocí ICG bylo úspěšné ve všech případech kromě jednoho třísla. Komplikace u 18 třísel (76 %). Clavien-Dindo 1–2 11× (prolongovaná

lymforea > 2 týdny, flegmona/nekróza kůže) a 3a 7× (drenáž lymfokély 15.–18. pooperační den). V krátkém sledování zaznamenána lokální recidiva ve skupině pN0 1× (7,7 %) a 2× u pN⁺ (25,0 %).

Závěr: R-VEILND nahradila laparoskopickou variantu. Fluorescenční zobrazení s ICG zlepšuje detekci SLN; dávka ICG 3,75 (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).

Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie na platformě da Vinci Xi – operační technika a první zkušenosti

Herman J., Študent V. jr., Hruška F., Česák O.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Video

Úvod: Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie představuje miniinvazivní alternativu otevřeného výkonu u pacientů s karcinomem penisu. Video prezentuje standardizovaný operační postup na platformě da Vinci Xi.

Kazuistika: Video vzniklo na podkladě prvních pěti po sobě jdoucích pacientů s dlaždicobuněčným karcinomem penisu, u nichž bylo jedním operátorem provedeno celkem deset roboticky asistovaných inguinálních lymfadenektomií. Po vytvoření pracovního prostoru pod Scarpovou fascií jsou zavedeny tři 8mm robotické porty, centrální 30° optika a jeden 12mm asistenční port. Preparace probíhá kombinací ostré a tupé disekce s postupným odstraněním povrchových i hlubokých inguinálních uzlin při zachování vena saphena magna, pokud to onkologická situace dovozuje. Video demonstruje jednotlivé kroky výkonu od vytvoření pracovního prostoru po extrakci preparátu a založení aktivního drénu. Medián operačního času bilaterálního výkonu činil 270 min, medián krevní ztráty 0 ml a konverze na otevřený výkon nebyla nutná. Celkem bylo odstraněno 82 lymfatických uzlin (medián 17 na pacienta), metastatické postižení bylo prokázáno u tří pacientů. Medián sledování činil 8 měsíců bez lokální či regionální recidivy.

Závěr: Roboticky asistovaná inguinální lymfadenektomie na platformě da Vinci Xi představuje bezpečnou a reprodukovatelnou miniinvazivní techniku. Video demonstruje standardizovaný operační postup a praktické technické detaily využitelné při zavádění této metody.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

Roboticky asistovaná exstirpace objemného schwannomu retroperitonea

Schmidt M., Štekrťová A., Novák V., Nekula M., Dulačka P., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FNMH Praha

Video

Úvod: Retroperitoneální schwannom je vzácný, většinou benigní nádor vyrůstající ze Schwannových buněk periferních nervů. Představují 1–10 % všech primárních tumorů retroperitonea. Rostou pomalu a často dosahují velkých rozměrů. Symptomatologie je většinou nespecifická a způsobena útlakem okolních tkání. Léčba benigního schwannomu je chirurgická. Snažíme se o zachování kontinuity nervu, ze kterého tumor vychází. Miniinvazivní techniky umožňují využití robotického systému s výhodou nižších krevních ztrát při shodném výskytu komplikací.

Kazuistika: Video prezentuje roboticky asistovanou exstirpaci objemného schwannomu retroperitonea u 56leté ženy bez významnějších komorbidit. Při provedeném CT vyšetření pro nespecifické gastrointestinální obtíže byla identifikována objemná expanze pravého retroperitonea 95 × 63 × 52 mm, dislokující dolní dutou žílu a ledvinu. Biopsie prokázala schwannom retroperitonea. Byla indikována roboticky asistovaná exstirpace. Předoperačně byla provedena stentáž pravého močovodu. Během výkonu byla přerušena spermatická žíla, uvolněn močovod pod nádorem. Postupně byl oddělen tumor do vena cava inferior, horní pól nádoru od renálních cév a provedena exstirpace od zádočných svalů. Bylo dokončeno uvolnění horní části močovodu od nádoru, bez jeho poranění. Pooperační průběh byl bez komplikací. Pacientka byla propuštěna 6. pooperační den.

Závěr: Základem léčby benigních nádorů retroperitonea je chirurgická exstirpace. Roboticky asistovaná operace u vybraných pacientů, kromě obecných výhod miniinvazivní chirurgie, signifikantně snižuje krevní ztráty a je využitelná i u objemných nádorů. Diagnostika a léčba spadají do péče urologa.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná resekce močového měchýře pro urachální adenokarcinom systémem Versius plus

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

¹ Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno

² Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Video

Úvod: Urachus je embryonální derivát alantois, vzniká ze žloutkového váčku a představuje spojku močového měchýře a pupečního provazce. Pokud perzistuje, může vzniknout adenokarcinom z urachálního epitelu, typicky ve vertexu měchýře. Je to vzácný maligní nádor, incidence 0,04 případu na 100 000 osob za rok (1 případ na 2,5 milionu ročně). Tvoří 0,2–1 % všech malignit měchýře. Z urachálních tumorů je adenokarcinom dominantní typ (85–90 % případů).

Kazuistika: Terapie závisí na lokalizaci, stadiu, resekabilitě a celkovém stavu pacienta. Neexistují randomizované studie, léčba vychází z chirurgických sérií, retrospektivních studií a doporučení odborníků. Pacientka, ročník 1954, bez interních komorbidit, přichází v lednu 2026 pro makrohématurii. Endoskopie s tumorem vertexu velikosti 30 mm, histologie primoTUR adenokarcinom v.s. urachální karcinom. Stagingové CT IVU vylučující diseminaci, indikován měchýř šetřící výkon zahrnující panendoskopii vč. narrow band imaging, vyznačení resekční linie, následně v Trendelenburgově poloze systémem Versius Plus provedena *en bloc* excize urachu a vertexu měchýře, defekt uzavřen dvouvrstvou vodotěsnou suturou, operační čas 115 min, ztráta 50 ml. Druhý den byl extrahován drén, 7. den extrahován močový katetr a kožní sutura, 8. den dimise. Potvrzen enterický typ urachálního adenokarcinomu pT4a N0 Mx, v Komplexním onkologickém centru indikována adjuvantní chemoterapie.

Závěr: U lokalizovaného urachálního adenokarcinomu je metodou volby resekce, s cílem dosažení negativních chirurgických okrajů. Tato je v podání robotické asistence systémem Versius Plus nejen bezpečně proveditelnou, ale též minimálně invazivní technikou.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Roboticky asistovaná adrenalectomie (RA-AE) – video

Hora M.¹, Krčma M.², Bartoš Veselá A.¹, Trávníček I.¹, Stránský P. jr.¹, Šíková D.¹, Voráčková J.¹, Ůrge T.¹, Ferda J.³, Pernický J.³, Ondič O.⁴, Pivovarcíková K.¹

¹ Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

² I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

³ Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

⁴ Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Cílem je prezentovat video roboticky asistované adrenalectomie (RA-AE). RA-AE nemá v ČR úhradu z veřejného zdravotního pojištění, od roku 2026 lze vykázat 09539 Provedení výkonu za použití chirurgického robotického systému a k tomu kritický výkon (laparoskopická či otevřená varianta) a robotický ZUM.

Materiál a metody: Od roku 2020 do května 2026 bylo v jednom centru provedeno 167 AE (event. resekci nadledviny) – vč. AE jako součást nefrektomie (NE) či resekce ledviny. Z toho 97 (58,1 %) miniinvazivně; 76 (78,4 %) laparoskopicky, 21 (21,6 %) RA. Indikace k robotické variantě byly nesystématické. Z RA bylo 14 (66,7 %) jen AE, dvě jako součást NE a pět (23,8 %) s resekci ledviny. Oněch 14 RA-AE (z toho dvě resekce) bylo dále zhodnoceno a jsou podkladem k videu. **Technika operace:** Poloha lumbotomická, na boku 60–70°. Horní končetiny předpaženy, u sebe. Přístup transperitoneální. Kapnoperitoneum vytvořeno Veresovou jehlou, tlak CO₂ 12 mm Hg. Asistentický port 12 mm lehce laterálně od pupku. Za kontroly zraku pararektálně čtyři 8mm robotické porty. Zádokován čtyřramenný robotický systém da Vinci Xi. Porty kraniokaudálně: 1. ProGrasp, 2. bipolární grasper fenestrováný či monopolární nůžky (či pečecí nástroj SynchroSeal®) dle opeřované strany a dominantní ruky operátora, 3. kamera 30°, 4. druhý ze zmíněných nástrojů z druhého portu. Vpravo mediálně od nadledviny otevřena pobřišnice, vlevo se ještě před tím uvolní lienální flexura, colon se stáhne mediálně. Uvolní se mediokaudální hranice nadledviny. Vlevo se přeruší se SS nadledvinová žíla, vpravo se oddělí SS od dolní duté žíly vč. event. nadledvinové žíly ústící přímo do dolní duté žíly. Klipy nejsou nutné. Douvolní se celá nadledvina. Vloží se do sáčku a extrahuje se rozšířeným druhým kaudálním portem. Drén je zaváděn výjimečně.

Výsledky: Průměrný věk 55,6 ± 16,5 (29,3–76,1) roku. U sedmi vpravo, u sedmi vlevo. Průměrná velikost tumoru 36,4 ± 24 (18–98) mm. BMI 30,6 ± 7 (17–42) kg/m². Čas operace 61,5 ± 16 (35–83) min, u 11 (78,6 %) byl použit pečecí nástroj SynchroSeal®. Krevní ztráta 54,6 ± 98 (0–300) ml. Hmotnost preparátu 37,4 ± 39 (7–120) g. Doba hospitalizace 4,6 ± 1 (3–6) dní. Komplikace se nevyskytly.

Závěr: RA-AE je minimálně srovnatelnou alternativou standardní laparoskopie. Sofistikované srovnání zatím nemáme. Subjektivně hodnoceno, že je robotická varianta technicky jednodušší.

Konflikt zájmů: Ne.

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

Roboticky asistovaná adrenalectomie u pacienta s feochromocytomem pravé nadledviny diagnostikovaným v rámci vyšetřování rezistentní hypertenze po akutním infarktu myokardu

Thu Trang D., Pokorný J., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Feochromocytom představuje vzácný neuroendokrinní nádor vycházející z chromafinních buněk dřeně nadledvin. Včasná diagnostika a adekvátní chirurgická léčba jsou zásadní pro prevenci závažných kardiovaskulárních komplikací. Prezентujeme kazuistiku pacienta, u kterého byl feochromocytom diagnostikován při pátrání po příčině nekorrigovatelné arteriální hypertenze po prodělaném akutním infarktu myokardu (AIM).

Kazuistika: Pacient, 62 let, byl v listopadu 2025 hospitalizován pro AIM s ST elevacemi, následně podstoupil perkutánní koronární intervenci. V dalším průběhu dominovala obtížně kompenzovatelná arteriální hypertenze. V rámci dovyšetření pacient podstoupil zobrazovací vyšetření USG a CT břicha a malé pánve, ze kterých bylo zjištěno suspektní ložisko pravé nadledviny. Endokrinologické vyšetření vedlo k podezření na feochromocytom. Doplňující zobrazovací vyšetření vč. FDOPA PET/CT prokázalo tumor pravé nadledviny s FDOPA avidní retroperitoneální lymfadenopatií a suspektním postižením skeletu. Po předoperační přípravě alfablokátory byla pacientovi provedena roboticky asistovaná pravostranná adrenalectomie. Operační výkon proběhl bez závažných perioperačních komplikací a pacient byl následně propuštěn do domácí péče. Histopatologické vyšetření prokázalo neuroendokrinní nádor nadledviny odpovídající feochromocytomu se středním rizikem maligního chování. Vzhledem k metastatickému postižení byl pacient referován do specializovaného centra pro feochromocytomy a k onkologickému dovyšetření s úvahou o systémové léčbě.

Závěr: Tato kazuistika dokumentuje význam mezioborové spolupráce při diagnostice feochromocytomu, který se manifestoval rezistentní hypertenzí po prodělaném akutním koronárním syndromu.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Chyloperitoneum – vzácná komplikace roboticky asistované retroperitoneální lymfadenektomie

Wiesner N.¹, Študent V. jr.¹, Chovanec V.², Hartmann I.¹

¹ Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Chylózní ascites je nahromadění lymfy v dutině břišní, nejčastěji po poranění lymfatických cév při rozsáhlých abdominálních operacích. Projevuje se mléčně zakalenou tekutinou s vysokým obsahem lymfocytů a triglyceridů. Neléčený může vést k malnutrici, hypoalbuminemii, zhoršenému hojení, prodloužené rekonvalescenci a vzácně k úmrtí. Incidence se liší podle výkonu a u komplexní břišní chirurgie může dosahovat několika procent.

Kazuistika: Popisujeme 61letého pacienta po pravostranné radikální orchiektomii pro smíšený germinální nádor s převahou teratomu, který následně podstoupil roboticky asistovanou retroperitoneální lymfadenektomii. Po propuštění se objevilo zvětšování břicha a porucha pasáže. UZ a CT potvrdily rozsáhlý ascites. Ve FNOL bylo punkcí evakuováno 7 l mléčné tekutiny a laboratorně byl potvrzen chylózní ascites. Konzervativní léčba dietou a somatostatinem nepřinesla dostatečný efekt, ascites vyžadoval opakované drenáže. Pacient byl proto odeslán k intranodální lymfografii. Po aplikaci Lipiodolu prokázalo CT extravazaci z levostranných pánevních lymfatických cest. Vzhledem k přetrvávající produkci byla plánována relymfografie s embolizací úniku akrylátovým lepidlem. Během čekání však tvorba ascitu spontánně ustala, drén byl odstraněn a pacient zůstal bez obtíží.

Závěr: Většina případů je řešitelná konzervativně; při selhání lze využít lymfografii s embolizací či sklerotizací, případně chirurgii nebo Denver shunt. Kazuistika ukazuje, že i samotná lymfografie může mít terapeutický efekt a zabránit operačnímu řešení u stabilního pacienta bezpečně.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

Chylózní ascites po otevřené nefrektomii u pacienta s těžkou skoliózou

Hanych J.¹, Gregušová A.¹, Mašková V.¹, Adla T.^{2,3}, Klézl P.¹, Grill R.¹

¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

² Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNMH Praha

³ Pracoviště zobrazovacích metod, IKEM Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Chylózní ascites je jednou z komplikací retroperitoneálních operací vznikající poraněním lymfatických cest. Mezi jeho důsledky patří hypoproteinemie, hypoalbuminemie, lymfocytopenie, koagulopatie, postupná imunosuprese a různý stupeň malnutrice. Konzervativní léčba v podobě nutriční parenterální podpory a diuretik je metodou volby. V refrakterních případech lze využít intervenční radiologické metody či operační revizi.

Kazuistika: Pacient, 70 let, s cT2a tumorem levé ledviny byl indikován k operačnímu řešení. Laparoskopická nefrektomie byla kontraindikována pro těžkou skoliózu a vysoké riziko respiračního selhání při kapnoperitoneu. Pro výraznou deformitu páteře nebylo možné ani standardní polohování k lumbotomii. Byla proto provedena otevřená transperitoneální nefrektomie ze subkostálního řezu. Čtvrtý pooperační den se objevila mléčně kalná sekrece z drénu, postupně progredující až k odpadům kolem 500 ml denně. Biochemický rozbor potvrdil chylózní sekreci. Po konzultaci s chirurgem byla zahájena konzervativní terapie. Pro zvyšující se opady drénem byla zvažována CT lymfangiografie s embolizací lymfatické sekrece, výkon byl však kontraindikován pro nález patentního foramen ovale při echokardiografickém vyšetření a riziku paradoxní systémové embolizace. Ve spolupráci s intervenčními radiology IKEM byla následně provedena CT lymfangiografie a úspěšná perkutánní aplikace tkáňového lepidla do oblasti leaku.

Závěr: Chylózní ascites je vzácnou, ale svými důsledky závažnou komplikací. Perkutánní aplikace tkáňového lepidla může představovat efektivní a bezpečné řešení refrakterní chylózní sekrece po nefrektomii.

Konflikt zájmů: Ne.

Grantová podpora: Ne.

SEKCE SESTER PRACUJÍCÍCH V UROLOGII

Mentoring na operačním sále – mezigenerační rozdíly

Lukešová J., Švrčinová L.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Intermitentní katetrizace u muže s morbidní obezitou – kazuistika, úskalí edukace

Endyšová D., Manová J.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Sesterské sdělení

Dětská urologická operativa – od otevřené chirurgie k roboticky asistovaným výkonům

Roubíčková J.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Sesterské sdělení

Komplikovaný pooperační průběh po radikální cystektomii – kazuistika

Krátká V., Roškotová J.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Sesterské sdělení

Operační řešení benigní hyperplazie prostaty ve FN Plzeň

Voráčková J.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Sesterské sdělení

Naše zkušenosti s unikátní operací dle Davydova

Drápelová B., Lukešová J.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

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 a Homolka, Praha

doc. MUDr. Michal Fedorko, Ph.D., FEBU
Urologická klinika LF MU a FN Brno

doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.
Oddělení urologické onkologie, Klinika operační onkologie LF MU a MOÚ, Brno

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
Urologická klinika LF OU a FN Olomouc

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 a Homolka, 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 a Homolka, 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 Drewa, FEBU
Urology Department, Nicolaus Copernicus Hospital, Bydgoszcz, Polsko

prof. MUDr. Ondřej Fiala, PhD.
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

doc. 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. Chłosta, 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, PhD.
Klinika urologie, FZO PU v Prešově, Slovensko

PD Dr. med. habil. Vladimír Novotný
Urologische Klinik, Städtisches Klinikum Görlitz, Německo

Prof. Peter Nyirády, MD, PhD, DSc, 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, PhD.
Urologická klinika JLF UK a UNM Martin, Slovensko

doc. MUDr. Štěpán Veselý, PhD.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol a Homolka, 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

MUDr. Peter Zvara, PhD.
Department of Urology and Biomedical Laboratory, University of Southern Denmark Odense, Dánsko

Česká urologie / Czech Urology

říjen 2026 / ročník 30 / Suppl 1 / vychází: 9. 10. 2026

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

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 jakémkoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým či elektronickým, vč. pořizování fotokopíí, nahrávek, informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění.

www.czechurol.cz

ISSN (online)
2336-5692

Pokyny pro autory
najdete zde:





Organizační zajištění:
4Education s.r.o.



20.–22. 10. 2027

73. výroční konference

České urologické společnosti

ČLS JEP

Clarion Congress Hotel Prague