

Obsah:

Výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

program 7

abstrakta 15

Pro členy ČUS zdarma.

Pro ostatní činí předplatné časopisu Česká urologie 540 Kč. Platí pro následujících pět čísel časopisu - jde o tzv. plovoucí předplatné. Úhradu přijímáme složenkou typu C na adrese: Medica Publishing and Consulting, s. r. o., Maničky 7, 616 00 Brno, tel./fax: 05/41 22 42 86, 41 22 46 83, tel.: 0608/76 57 46. Možná je i fakturace.

Vydává: Česká urologická společnost České lékařské společnosti JEP
Medica Publishing and Consulting, s. r. o.

Šéfredaktor: doc. MUDr. František Záfura

Redakční rada:

prof. MUDr. J. Dvořáček, DrSc.
doc. MUDr. T. Hanuš, CSc.
prim. MUDr. O. Köhler, CSc.
doc. MUDr. P. Morávek, CSc.
doc. MUDr. M. Hanuš, CSc.
doc. MUDr. D. Pacík, CSc.
MUDr. P. Verner
doc. MUDr. I. Kawaciuk, CSc.
doc. MUDr. B. Chwajol, CSc.
doc. MUDr. J. Báňa, CSc.
doc. MUDr. R. Kočvara, CSc.
as. MUDr. P. Navrátil, CSc.

Návrh obálky: Medica Publishing and Consulting, s. r. o.

Grafická úprava: Medica Publishing and Consulting, s. r. o.

Sazba: Medica Publishing and Consulting, s. r. o.

Adresa vydavatele:

Česká urologická společnost, Ke Karlovu 6, 120 00 Praha 2
Medica Publishing and Consulting, s. r. o.
Maničky 7, 616 00 Brno

Inzerce: Medica Publishing and Consulting, s. r. o.

Maničky 7, 616 00 Brno

tel./fax: 05/41 22 42 86, 41 22 46 83, tel.: 0608/76 57 46

Rukopisy zasílejte na adresu:

doc. MUDr. F. Záfura
Urologická klinika FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

Zaslané příspěvky se nevracejí, otištěné příspěvky nejsou honorovány. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent.

Redakce neodpovídá za správnost léčebných a diagnostických postupů popisovaných autory.

ISSN 1211-8729, MK ČR 7798

Podávání novinových zásilek povoleno Českou poštou, s. p.,
OZJM Ředitelství v Brně. Č. j. P/2-4174/97 ze dne 17. 9. 1997

Vychází 4 x ročně.

Česká urologická společnost
České lékařské společnosti J. E. Purkyně
OSL ČLK Brno-město

Urologická klinika Masarykovy univerzity FN Brno

VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

Pod patronací:

MUDr. Jana Buriana, ředitele FN Brno
RNDr. Petra Duchoně, primátora města Brna
prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka, CSc., děkana LF MU
prof. RNDr. Jiřího Zlatušky, CSc., rektora MU Brno

Kongresové centrum hotelu Voroněž, Brno
10. 10. 2001 — 12. 10. 2001

VĚDECKÝ PROGRAM PRACOVNÍ KONFERENCE ČUS BRNO

STŘEDA 10. 10. 2001

Schůze výboru ČUS

Satelitní sympozium firmy PLIVA

Novinky v diagnostice a léčbě pokročilého karcinomu prostaty

Satelitní sympozium firmy Astra Zeneca

Úloha antiandrogenů v léčbě karcinomu prostaty

ČTVRTEK 11. 10. 2001

Kurz Evropské školy urologie (ESU)

Bladder Cancer; a Practical Update

Introduction, D. Pacík

Diagnosis, staging, grading and prognostic factors, M. Babjuk

Managing superficial TCC, W. Oosterlinck

Invasive bladder cancer/Ablative vs. organ sparing therapy, A. Böhle

Advanced bladder cancer, F. Debruyne

Case presentations

Closure

EORTC informace,

Z. Kirkali – EORTC secretary

Markery a intravezikální léčba nádorů močového měchýře

Moderátoři: I. Kawaciuk, V. Vít

1. Hodnocení patologie tumor supresorového genu TP 53 u uroteliálních nádorů močového měchýře

M. Babjuk, V. Soukup, M. Trková, J. Dušková, Z. Sedláček, J. Mareš, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák, C. Povýšil (Praha)

2. Sledování exprese genu PAX 5 u nádorů močového měchýře

M. Babjuk, J. Mareš, V. Soukup, M. Trková, Z. Sedláček, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák (Praha)

3. Maligní potenciál ženské uretry: mikroskopická studie

L. Jarolím, R. J. Bennet, M. Babjuk, C. Povýšil, T. Mareš, M. Grim, O. Naňka (Praha)

4. Přínos fluorescenční cystoskopie při monitorování výsledků intravezikální léčby BCG vakcínou u povrchových nádorů močového měchýře

M. Babjuk, R. Petřík, M. Jirsa, V. Soukup, J. Sedláček, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák (Praha)

5. Úloha cytologie a BTA stat testu při monitorování intravezikální imunoterapie BCG vakcínou a intravezikální chemoterapie Mitomycinem C u nemocných s povrchovými nádory močového měchýře

M. Babjuk, H. Smolová, V. Soukup, Z. Ibrahim, E. Slavkovská, J. Cejnarová, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák (Praha)

6. Skúsenosti s intravezikálnou chemoterapiou a imunoterapiou povrchových nádorov močového mechúra

J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica, T. Púllová (Skalica)

7. První výsledky intravezikální léčby kombinací BCG vakcíny a interferonu alfa 2 b u recidivujících povrchových nádorů močového měchýře

M. Babjuk, J. Schraml, V. Soukup, J. Dvořáček, J. Novák (Praha, Ústí n. Labem)

UROLITIÁZA

Moderátoři: F. Zátura, A. Petřík

8. Shock Wave Lithotripsy: How to Make it Work Better?

J. E. Lingeman (Indianapolis)

State of the Art Lecture

9. Management primárneho a sekundárneho hyperparathyreoidizmu

J. Breza, D. Polakovičová, P. Bujdák, M. Mikloši, V. Novotný, J. Podoba (Bratislava)

přednáška SUS

10. Nativní spirální CT v diagnostice ureterolitiázy

P. Verner, V. Janík, L. Hyršl, Z. Knopová, R. Pipková (Praha)

11. Extrakorporální litotrypsy – efektivita preemtivní analgezie Sevredolem (*morphini sulfas pentahydricus*)

T. Hanák, J. Zemanová, A. Čermák, D. Pacík (Brno)

PORUCHY MIKCE

Moderátoři: T. Hanuš, J. Ženíšek

12. Staging and Grading of Patients with Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Suggestive of BPH: A pathophysiological Classification for Clinical Applications.

K. Foo (Singapore)

State of the Art Lecture

13. Klinická klasifikácia BPH – analýza subvezikálnej obštrukcie podľa modelu PQSF

J. Švihra, J. Lupták, B. Eliáš, J. Kliment (Martin)

14. Čtyřkanálová statická profilometrie za fyziologických i patologických podmínek

R. Fiala, F. Zátura, R. Vrtal, Z. Mucha (Olomouc)

poster

15. Význam alfa blokátoru alfuzosinu v léčbě symptomů chronické prostatitidy

M. Matoušková, M. Hanuš (Praha)

16. Evaluation of the effectiveness of two surgical techniques on the treatment of female stress urinary incontinence: two years follow up

F. Goncalves, M. Hladík, J. Štefančík, J. Breza (Bratislava)

17. Výsledky komplexní léčby ženské inkontinence

J. Krhut, K. Mainer (Ostrava)

18. TBT (*tension-free bulbourethral tape*) – nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence

M. Urban, M. Lukeš, J. Heráček (Praha)

19. A comparison of clinical and histopathologic features in females with chronic pelvic pain syndrome and urgency

L. Zámečník, T. Hanuš, M. Janský, L. Jarolím, C. Povýšil, R. Benettová (Praha)

poster

20. Biostimulační laser v terapii dysfunkcí dolních močových cest u patientek s roztroušenou sklerózou

J. Krhut, K. Mainer, O. Zapletalová, P. Hradílek (Ostrava)

poster

KARCINOM PROSTATY I

Moderátoři: D. Pacík, M. Matoušková

21. Skríníng karcinómu prostaty: výsledky prospektívnej štúdie v bežnej populácii

J. Kliment, B. Eliáš, J. Švihra, L. Lupták, A. Kališ, N. Karafová (Martin)

22. Detekce karcinomu prostaty transrektální biopsií: porovnání senzitivity při odběru 8 a 10 vzorků a při opakované biopsii pro předchozí negativní výsledek

L. Šafařík, K. Novák, J. Stolz, J. Novák, J. Dvořáček (Praha)

23. Srovnání výskytu komplikací u sextantové a multiplicitní biopsie prostaty u 380 pacientů

A. Čermák, D. Pacík, V. Vít, Z. Beran, F. Dorociak, A. Rejthar (Brno)

24. Srovnání tolerance sextantové a multiplicitní biopsie prostaty

A. Čermák, D. Pacík, V. Vít, Z. Beran (Brno)

25. Význam PSA a TRUS při včasnej detekcii lokálnej recidivy karcinómu prostaty u pacientov po radikálnej prostatektómii

J. Lupták, J. Kliment, J. Švihra, B. Eliáš, R. Tomaškin, I. Sopilko (Martin)

26. Zvýšení výtěžnosti TRUS v diagnostice karcinomu prostaty postprocesingovým zpracováním obrazu

R. Fiala, B. Obšitník, J. Mačák, F. Zátura (Olomouc)

nediskutovaný poster

Satelitní sympozium firmy Léčiva

Onemocnění prostaty a inhibitory 5 alfa reduktázy

Satelitní sympozium firmy PFIZER

BPH a alfa blokátory

PÁTEK 12. 10. 2001

Pracovní snídane

Vaginální rekonstrukční urologické operace

Moderátoři: Michael Albo (San Diego), T. Hanuš, D. Pacík

NÁDORY LEDVIN

Moderátoři: P. Morávek, M. Hora

27. Prognostické faktory a význam včasnej diagnostiky karcinómu obličky

J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica, T. Púllová (Skalica)

28. Přirozený vývoj karcinomu ledviny

A. Čermák, D. Pacík (Brno)

poster

29. Je CT vyšetření dostatečně spolehlivé při hodnocení neoplazmatických procesů ledviny?

V. Vít, J. Sedláček, D. Pacík, A. Čermák, T. Nebeský (Brno)

poster

30. Papilární karcinom ledviny

M. Hora, O. Hes, Z. Ouda, M. Michal, Z. Chudáček, L. Boudová, M. Roušarová (Plzeň)

31. Papilární renální karcinom s onkocytárními rysy

H. Veličkinová, O. Hes, M. Michal, M. Hora, P. Toufarová, M. Podhola, L. Peychl, A. Talandová, R. Čuřík (Plzeň)

poster

32. Metanefrický adenom ledviny – kazuistika

M. Hora, O. Hes, Z. Ouda, M. Michal, L. Boudová, Z. Chudáček (Plzeň)

poster

33. Karcinom ledviny ze sběrných kanálků

K. Belej, R. Fiala, V. Jezdínská, Z. Kojecký (Olomouc)

nediskutovaný poster

34. Neobvyklý světlobuněčný uroteliální karcinom pánevičky

O. Hes, M. Michal, M. Hora, R. Čuřík, L. Baumruk (Plzeň)

nediskutovaný poster

35. Stanovení MN/CAIX proteinu jako možného markeru v diagnostice adenokarcinomu ledviny. Předběžné sdělení.

L. Hyršl, I. Kawaciuk, J. Závada, Z. Zavadová (Praha)

nediskutovaný poster

ČLENSKÁ SCHŮZE ČUS

REKONSTRUKCE MOČOVÝCH CEST

Moderátoři: L. Jarolím, A. Hafuda

36. Fasciokutánní laloky v rekonstrukci hypospadie a striktury uretry – 500 případů

R. Kočvara, J. Dvořáček, J. Kříž, Z. Dítě, D. Fahlenkamp, W. Müller (Praha)

37. Meatoplastika dle Jordana

R. Fiala, J. Ženíšek, R. Vrtal (Olomouc, České Budějovice)

poster

38. Strategie předoperačního vyšetření a výsledky endoskopického řešení stenózy PUJ

P. Kumstát, D. Pacík, A. Čermák, J. Doležel, M. Šustr (Brno)

39. Dilatace horních močových cest po cystektomii s kontinentní derivací moči. Příčiny, léčení, prevence.

P. Morávek (Hradec Králové)

40. Augmentační cystoplastika u pacientů s roztroušenou sklerózou

R. Zachoval, J. Piřha, E. Medová, J. Heráček, M. Lukeš, M. Záleský, M. Urban (Praha)

poster

41. Velká parastomální hernie u ureteroileostomie

R. Fiala, B. Hruban (Olomouc, Prostějov)

poster

42. Vlastní modifikace antirefluxní ureteroileální anastomózy – technika ureterálního laloku a žlábků (*flap and through*). Časné klinické zkušenosti.

J. Doležal (Brno)

nediskutovaný poster

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Moderátoři: V. Kubíček, L. Zámečník

43. Anatomické rozpreparování penisu (*disassembly*) při klitoridoplastice u mužského transsexualismu

L. Jarolím, M. Grim, O. Naňka (Praha)

poster

44. The Aging Male – charakteristika syndromu a srovnání s prvními výsledky studie ve skupině 219 pacientů.

M. Hanuš, M. Matoušková, L. Stárka (Praha)

45. Sexuální dysfunkce u pacientů s roztroušenou sklerózou

J. Heráček, R. Zachoval, I. Syrovátka, M. Urban (Praha)

46. Současný stav léčby Peyronieho choroby

K. Kočí (Praha)

47. Využití nízkovýkonného laseru v terapii Peyronieho choroby – první zkušenosti

A. Horák, J. Krhut, K. Mainer (Ostrava)

poster

48. Výskyt a terapie priapismu na urologickém oddělení FNŠP Ostrava Poruba v letech 1998 – 2000

A. Horák, K. Mainer (Ostrava)

VARIA

Moderátoři : R. Kočvara, A. Čermák

49. Diagnostika zhoubného nádoru varlete při vyšetření infertilního muže

M. Turjanica, D. Pacík, A. Čermák (Brno)

50. Hydronefróza v graviditě a nezbytnost derivace moči

Z. Beran, D. Pacík, A. Čermák (Brno)

51. Poranění ledvin

K. Mainer (Ostrava)

52. Imunomodulace probiotiky v léčbě recidivujících zánětů dolních močových cest

M. Matoušková, M. Rollová (Praha)

53. TUR syndrom

B. Stibor, J. Mannová, D. Pacík, I. Čundrle (Brno)

54. Efektivita perkutánního řešení simplexních ledvinných cyst

A. Čermák, D. Pacík, P. Kumstát (Brno)

poster

55. Lymfom prostaty – kazuistika

R. Staněk, P. Vágner, J. Palas, M. Michal (Ostrava)

nediskutovaný poster

56. Invertovaný papilom prostatické uretry – kazuistika

M. Hora, M. Košťák, J. Droppa, O. Hes, E. Schejbalová (Plzeň)

nediskutovaný poster

57. Léčba krvácení z a–v malformace ledviny ve 40. týdnu gravidity a časném poporodním období

P. Fencel, O. Kóhler, L. Štěrbá, A. Petřík (Praha, České Budějovice)

nediskutovaný poster

58. Fatální důsledek pozdní diagnostiky tumorů varlat

J. Nežádal, D. Pacík, A. Čermák, V. Vít (Brno)

nediskutovaný poster

59. Raritní metastáza spinocelulárního karcinomu laryngu – kazuistika

A. Horák, K. Mainer, P. Komínek, R. Čuřík (Ostrava)

nediskutovaný poster

60. Metastázy karcinomu čрева a prostaty do močovodu

I. Lutter, J. Barta, R. Wagenhoffer, J. Pechan, I. Ferák (Bratislava)

nediskutovaný poster

VIDEOSEKCE

Moderátoři: I. Anděl, P. Kumstát

61. HoLRP

O. Kóhler, J. Kočárek (Praha)

62. Endoresektomie fibrózní striktury močovodu

O. Kóhler, J. Kočárek (Praha)

63. Laparoskopická adrenalektomie transabdominálním přístupem

I. Lutter, I. Daniel, J. Barta, R. Wagenhoffer, P. Farkaš (Bratislava)

64. Karcinom ledviny s trombem v pravé srdeční síni

K. Mainer, J. Tošovský, T. Malý, Z. Haring (Ostrava)

65. Laparoskopická parciální adrenalektomie feochromocytomu

V. Študent, K. Belej, A. Vidlář, I. Hartmann (Olomouc)

66. Mikrochirurgický odběr zárodečných buněk z epididymis a testis pod operační dopplerovskou kontrolou.

V. Kubíček (České Budějovice)

67. Posttraumatické distrakční defekty uretry – standardní technika

R. Fiala, R. Vrtal, F. Zátura (Olomouc)

68. Ortotopická náhrada močového měchýře dle Studera – technické aspekty

R. Fiala, F. Zátura, K. Belej (Olomouc)

69. PDD tumoru močového měchýře a jeho resekce holmiovým laserem z pohledu sestry

P. Dvorská, H. Janoušková, M. Zvoníčková (Praha)

KARCINOM PROSTATY II

Moderátoři: M. Hanuš, R. Fiala

70. Diagnosis of localized prostate cancer: the role of biochemical and histological prognostic factors

F. Goncalves, M. Hladík (Bratislava)

71. Radikální prostatektomie bez lymfadenektomie

M. Lukeš, M. Urban, R. Zachoval, M. Záleský (Praha)

72. IAS (intermitentní androgenní suprese) LH–RH analogy v léčbě CaP

M. Matoušková, M. Hanuš (Praha)

73. Intermittent androgen suppression for locally advanced and metastatic prostate cancer: A median follow–up of 44 months

F. Goncalves, M. Hornák, J. Breza (Bratislava)

ABSTRAKTA VÝROČNÍ KONFERENCE ČUS

Generální sponzor



Hlavní sponzoři



Vystavovatelé:



OLYMPUS

E+B PHARMA

MSM



MEDIAL

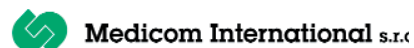


HOSPIMED

SCHERING

DYNATEX

COORD-MED



B.BRAUN MEDICAL

sanofi~synthelabo

1. HODNOCENÍ PATOLOGIE TUMOR SUPRESOROVÉHO GENU TP53 U UROTELIÁLNÍCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk¹, V. Soukup¹, M. Trková², J. Dušková³, Z. Sedláček², J. Mareš², J. Dvořáček¹, L. Jarolím¹, J. Novák¹, C. Povýšil³

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Katedra urologie IPVZ, Praha

²ÚBLG, FN Motol a 2. LF UK, Praha

³Patologicko-anatomický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl studie: Posoudit a porovnat četnost patologických nálezů při imunohistochemickém stanovení proteinu p53 a četnost somatických mutací genu p53 při genetickém vyšetření tkáně nádoru močového měchýře. Srovnat nálezy ve vícečetných nádorových ložiscích a v opakovaných recidivách u téhož pacienta. Posoudit nález v normálně vyhlížející sliznici a perspektivně i v moči pacientů s nádory močového měchýře.

Materiál a metody: K imunohistochemické detekci proteinu p53 je použita protilátka DO-1 a výsledek je vyjádřen semikvantitativně pomocí tzv. H-SCORE. Technologie vyhledávání somatických mutací v genu p53 spočívá v izolaci DNA ze vzorku tkáně, amplifikaci exonů 5 až 8 pomocí metody PCR, detekci bodových mutací metodou SSCP (*Single Strand Conformation Polymorphism*) a potvrzení nebo vyloučení suspektní mutace sekvenováním. Do současné doby bylo do studie prospektivně zařazeno 52 pacientů s histologicky potvrzeným uroteliálním nádorem močového měchýře. Zpracovávána je tkáň tumoru získaná při transuretrální resekci nebo při cystektomii, v případě mnohočetných nádorů jsou jednotlivá ložiska odebírána samostatně. Součástí studie je rovněž zajištění vzorku normálně vyhlížející sliznice a odběr moči před odstraněním nádorového ložiska.

Výsledky: V nádorové tkáni bylo dosud zachyceno 5 suspektních mutací (2x v exonu 6 u nádorů T1G2 a T3G3, v exonu 7 u nádoru T1G3, v exonu 8 u nádoru T1G2, v exonu 5 u nádoru T4G2). Mutace v exonu 5 byla potvrzena sekvenováním (delece 3 bází zasahující kodony 126 a 127). Imunohistochemická pozitivita se objevila u 48 % dosud hodnocených nálezů.

Závěr: Výsledky potvrzují přítomnost patologie genu a proteinu p53 u uroteliálních nádorů močového měchýře. Dle dosud získaných výsledků se zdá, že mutace se objevují u středně a hůře diferencovaných tumorů.

Studie je podporována grantem IGA MZ ČR NC/5961-3.

2. SLEDOVÁNÍ EXPRESE GENU PAX 5 U NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk¹, J. Mareš², V. Soukup¹, M. Trková², Z. Sedláček², J. Dvořáček¹, L. Jarolím¹, J. Novák¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Katedra urologie IPVZ, Praha

²ÚBLG, FN Motol a 2. LF UK, Praha

Cíl studie: Posoudit četnost exprese genu PAX 5 ve tkáni uroteliálních nádorů močového měchýře. Gen PAX 5 patří ke genům kontrolujícím proliferaci a diferenciaci tkání v embryonálním období. Jeho patologická aktivace v dospělosti je dáována do souvislosti se vznikem nekontrolovaného růstu souvisejícího s nádorovým onemocněním.

Materiál a metody: Exprese genu PAX5 byla sledována pomocí metody RT-PCR. Tato metoda je založena na transkripci mRNA, která je izolována z nádorové a srovnávací nenádorové tkáně, do komplementární DNA (cDNA). Ta pak slouží jako templát v následné polymerázové řetězové reakci. mRNA byla izolována z nádorové tkáně afinitní vsádkovou metodou s použitím Oligotexu, což je patentovaný afinitní nosič k izolaci, purifikaci a enzymové modifikaci nukleových kyselin obsahujících polyadenylátovou sekvenci. RT-PCR i izolace mRNA byly prováděny pomocí *Qiagen one step RT-PCR* kitu a *Oligotex-direct mRNA* kitu. Semikvantitativní hodnocení exprese genu PAX 5 bylo vztaženo k expresi *housekeeping* genu glyceraldehyd-3-fosfátdehydrogenázy. Do studie bylo dosud prospektivně zařazeno 52 pacientů s histologicky potvrzeným uroteliálním nádorem močového měchýře. Zpracovávány jsou vzorky nádoru a normálně vyhlížející sliznice získané při transuretrální resekci nebo při cystektomii.

Výsledky: Ve většině nádorových vzorků se podařilo zachytit expresi genu PAX 5. Při semikvantitativním hodnocení této exprese se pozorovat určitou závislost na stupni histologické diferenciace nádoru. V žádném ze vzorků nenádorové sliznice nebyla exprese genu PAX 5 zachycena.

Závěr: Předběžné výsledky prokazují aktivaci genu PAX 5 v tkáni uroteliálních nádorů. Posouzení možnosti využití této skutečnosti k diagnostice nebo ke stanovení prognózy očekáváme od dalšího průběhu studie.

Studie je podporována grantem IGA MZ ČR NC/5961-3.

3. MALIGNÍ POTENCIÁL ŽENSKÉ URETRY: MIKROSKOPICKÉ STUDIE

L. Jarolím, R. J. Bennett¹, M. Babjuk, C. Povýšil¹, T. Hanuš, M. Grim², O. Naňka²

Urologická klinika, Patologicko-anatomický ústav¹

Anatomický ústav² 1. LF UK Praha

Cíl studie: Prospektivní projekt je zaměřen na stanovení prognostických faktorů umožňujících vybrat vhodné kandidátky pro konstrukci ortotopické neoveziky u ženy s minimálním rizikem vzniku recidivy tumoru v uretře.

Materiál a metody: Recidiva uroteliálního nádoru v uretře po cystektomii vzniká z přechodného epitelu uretry, jímž je vystlána jen její proximální polovina, ve střední třetině přechází tento epitel v epidermální výstelku. Z epidermální výstelky vzniká dlaždicobuněčný karcinom, nikoli uroteliální. U starších žen se přechodná zóna posouvá kraniálně a epidermální výstelka pak pokrývá celou uretru, hrdlo a část trigona. Tento posun je vysvětlován působením změny hladiny estrogenu a může být důvodem pro nízkou incidenci uroteliálního karcinomu uretry u starších žen po cystektomii, zatímco u nich narůstá incidence dlaždicobuněčného karcinomu.

Výsledky: Změny lokalizace přechodné zóny ve vztahu k proliferačnímu potenciálu uretry jsou předmětem anatomických a pato-logicko-anatomických pozorování normální dospělé uretry a uretry odstraněné pro tumor měchýře. Proliferační potenciál uretry byl studován na prvních 10 preparátech pomocí imunohistochemického stanovení exprese Ki-67 pomocí protilátky MIB-1 z čerstvých a archivovaných vzorků. Na základě výsledků bylo vypočteno procento Ki-67 pozitivních buněk KI-67 index.

Závěr: Exprese KI-67 může korelovat s proliferačním potenciálem uretry u žen s tumorem měchýře a výsledky je třeba srovnat s dlouhodobým pozorováním pacientek s ortotopickou neovезikou.

4. PŘÍNOS FLUORESCENČNÍ CYSTOSKOPIE PŘI MONITOROVÁNÍ VÝSLEDKŮ INTRAVEZIKÁLNÍ LÉČBY BCG VAKCÍNOU U POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk¹, R. Petřík¹, M. Jirsa², V. Soukup¹, J. Sedláček¹, J. Dvořáček¹, L. Jarolím¹, J. Novák¹

Urologická klinika¹ a 1. Interní klinika² Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty UK, Praha

Katedra urologie IPVZ, Praha

Cíl studie: Intravezikální aplikace BCG vakcíny jsou rutinní součástí léčby povrchových nádorů močového měchýře. Součástí léčebných schémat jsou pravidelné cystoskopické kontroly, které jsou však obtížně hodnotitelné. Většina autorů proto doporučuje odběr biopsií 3 nebo 6 měsíců po zahájení léčby. Cílem naší práce je posoudit schopnost fluorescenční cystoskopie detekovat nádorová ložiska a odlišit je od změn iritačního charakteru.

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 28 nemocných (5 žen a 23 mužů) léčených BCG vakcínou pro povrchové nádory močového měchýře. Terapie byla zahájena po úplné transuretrální resekci viditelných lézí a instilace probíhaly dle obvyklého schématu. U všech sledovaných byla provedena 6 měsíců od zahájení léčby cystoskopie v narkóze s odběrem biopsií. Kromě konvenční cystoskopie byla provedena rovněž fluorescenční cystoskopie po předchozí intravezikální aplikaci 1g kyseliny 5-aminolevulové. Biopsie byly odebrány ze všech suspektních ložisek při konvenční i fluorescenční cystoskopii.

Výsledky: U 11 nemocných byla histologicky prokázána recidiva onemocnění a u 2 ložiska dysplazií. Všechny exofytické recidivy intenzivně fluoreskovaly. Pouze díky fluorescenční cystoskopii se podařilo kromě výše zmíněných 2 nálezů dysplazií zachytit u 1 nemocného drobný tumor pTaG1, který jsme před tím při běžné cystoskopii přehlédli. Fluorescenční cystoskopie umožnila detekovat u 4 nádorů ještě satelitní ložiska, která nebyla při konvenčním vyšetření viditelná (1x pTaG1, 1x Tis, 2x dysplazie).

Z celkového počtu 15 nemocných s benigním histologickým nálezem mělo 11 běžnou cystoskopií obtížně hodnotitelná zarudlá ložiska, z nichž pouze 5 fluoreskovalo. V žádné z nefluoreskujících oblastí, ať již byl její vzhled při bílém světle normální nebo suspektní, nebyla prokázána nádorová tkáň nebo dysplazie.

Závěr: Fluorescenční cystoskopie umožňuje zvýšení senzitivity při detekci recidiv uroteliálních nádorů měchýře po předchozí léčbě BCG vakcínou. Absence fluorescence v naší studii vylučuje přítomnost recidivy onemocnění.

5. ÚLOHA CYTOLOGIE A BTA STAT TESTU PŘI MONITOROVÁNÍ INTRAVEZIKÁLNÍ IMUNOTERAPIE BCG VAKCÍNOU A INTRAVEZIKÁLNÍ CHEMOTERAPIE MITOMYCINEM C U NEMOCNÝCH S POVRCHOVÝMI NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk, H. Smolová, V. Soukup, Z. Ibrahim, E. Slavkovská, J. Cejnarová, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Katedra urologie, IPVZ, Praha

Cíl studie: Cílem studie je posoudit, zda intravezikální léčba BCG vakcínou nebo mitomycinem C (MMC) vede k nesprávně pozitivním nálezům cytologie, respektive BTA stat testu, a stanovit senzitivitu a specifitu těchto metod během léčby a po jejím ukončení.

Materiál a metody: Spontánní moč k provedení cytologie, BTA stat testu a kultivace byla odebrána vždy před začátkem léčby, týden po první instilaci, týden po ukončení úvodní fáze terapie (= 6x BCG nebo 4x MMC) a dále před každou cystoskopickou kontrolou. Suspektní cystoskopický nález a opakovaně pozitivní cytologie nebo BTA stat test byly indikací k odběru biopsií. Od února 1998 bylo do studie zařazeno 87 nemocných (51 léčených BCG vakcínou a 36 MMC).

Výsledky: BTA stat test byl před zahájením intravezikální léčby (a tedy 2 týdny po transuretrální resekci) pozitivní u 71 nemocného. Cytologie byla suspektní u 25 a pozitivní pouze u 13 pacientů, přičemž pozitivita byla ve 12 případech spojena s předchozím nálezem Tis nebo s následnou detekcí časně recidivy tumoru. U pacientů léčených BCG vakcínou jsme zaznamenali 17 recidiv, cytologie byla pozitivní u 8 (47 %) a BTA stat u 14 (82,4 %) z nich. Po terapii MMC se objevily recidivy u 11 pacientů, přičemž cytologie byla pozitivní ve 3 (27,3 %) a BTA stat v 9 (81,8 %) případech.

Závěr: BTA stat test má vyšší senzitivitu než cytologie moči při detekci recidiv nádorů močového měchýře po intravezikální imunoterapii nebo chemoterapii. Jeho nevýhodou je však vyšší počet nesprávně pozitivních nálezů.

Studie byla provedena za částečné podpory grantu IGA MZ ČR NC/5961-3.

6. SKÚSENOSTI S INTRAVEZIKÁLNOU CHEMOTERAPIOU A IMUNOTERAPIOU POVRCHOVÝCH NÁDOROV MOČOVÉHO MECHÚRA

J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica, T. Púľlová
Urologické oddelenie NsP Skalica

Úvod: Primárnou liečbou povrchových nádorov močového mechúra (NMM) z urotelu je TUR viditeľného nádoru. Intravezikálna adjuvantná liečba (chemoterapia, imunoterapia) má viaceré ciele.

Materiál a metódy: V období 1. 12. 1980 – 31. 8. 2000 autori diagnostikovali a liečili 199 pacientov (pac.) s povrchovým urotelovým NMM (Ta, T1, Tis). Priemerný vek pac. bol 53, 8 roka (rozpätie 21 – 66 r.), 139 mužov a 60 žien. U 19 pac. (primárny alebo recidivujúci solitárny nádor TaG2, T1G1-2, primárny alebo recidivujúci viacpočetný nádor Ta-T1,G1-2) autori aplikovali intravezikálne Thiotepu® (30 – 60 mg v 50 ml F roztoku jedenkrát týždenne prvých 6 týždňov, potom ešte 9 aplikácií v mesačných intervaloch). Pac. sledovali v priemere tri roky (rozpätie 6 mesiacov – 11 r.). Túto skupinu porovnali so skupinou 47 pac., ktorých liečili len TUR (priemerné sledovanie 5 rokov, rozpätie tri mesiace – 14 r.). U 17 pac. (primárny alebo konkomitantný Tis, solitárne alebo viac početné nádory Ta-1G3) sa aplikovala intravezikálne BCG (ImmuCyst® 81 mg v 50 ml F roztoku, prvá dávka 10 – 14 dní po TUR nádoru, 9krát v týždňových intervaloch, potom tri instilácie v týždňových intervaloch v 3., 6., 12., 18., 24., 30. a 36. mesiaci po TUR). Autori sledovali pac. v priemere tri roky (rozpätie štyri mesiace – 7 r.). Túto skupinu porovnali so skupinou 44 pac. (Ta-1G3), ktorých liečili len TUR (sledovanie štyri roky, rozpätie dva mesiace – 10 r.).

Výsledky: V skupine pac. liečených Thiotepou® bola zaznamenaná recidíva NMM u 9/19 (47,3 %) pac., ale v sledovanom období sa nezistila progresia do štádia invazívneho nádoru ($\geq$ T2). V skupine pac. liečených len TUR bola zaznamenaná recidíva nádoru u 37/47 (78,7 %) pac. a ochorenie progredovalo u 5/47 (10 %) pac. V skupine 17 pac., ktorí sa liečili intravezikálnou instiláciou ImmuCystu®, bola zistená recidíva u 7/17 (41,2 %) pac. a progresia do štádia invazívneho nádoru ($\geq$ T2) u 2/17 (11,7 %) pac. V skupine 44 pac. liečených len TUR bola zaznamenaná recidíva nádoru u 29/44 (65,9 %) a progresia u 11/44 (25 %) pac. Po intravezikálnej liečbe ImmuCystom® boli pozorované viaceré komplikácie.

Záver: Intravezikálna adjuvantná liečba (chemoterapia Thiotepou® indikovaná pre povrchové NMM s dobrou alebo stredne závažnou prognózou a imunoterapia ImmuCystom® indikovaná pre povrchové NMM s nepriaznivou prognózou) štatisticky významne znížila výskyt recidív (viac) a progresií (menej) ochorenia po úplnom odstránení nádoru pomocou TUR.

7. PRVNÍ VÝSLEDKY INTRAVEZIKÁLNI LÉČBY KOMBINACÍ BCG VAKCÍNY A INTERFERONU ALFA2B U RECIDIVUJÍCÍCH POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk¹, J. Schraml², V. Soukup¹, J. Dvořáček¹, J. Novák¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Katedra urologie IPVZ, Praha

²Urologické oddělení, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Cíl studie: Posoudit účinnost současných intravezikálních instilací BCG vakcíny a interferonu a2b u pacientů s recidivou povrchových uroteliálních papilokarcinomů po předchozí aplikaci BCG vakcíny.

Materiál a metody: Od května 2000 bylo do studie zařazeno 8 pacientů (4 ženy a 4 muži) ve věku 42 až 81 let (průměrný věk 52,4 roku). Indikováni byli nemocní s časnou recidivou po předchozí intravezikální léčbě BCG vakcínou. Nádory byly klasifikovány jako 1x rpT1G1m, 1x rpTaG2m, 4x rpT1G2m a 2x rpT1G3m. K instilacím jsme použili třetinovou dávku kmene Connaught a 20 MU interferonu a2b. Úvodní fáze léčby spočívala v 6 aplikacích s týdenním intervalem, a v případě úspěchu byla následována dalšími 3 instilacemi vždy ve 3 a 6 měsících. Součástí léčebného schématu byly cystoskopické kontroly v 3měsíčních intervalech.

Výsledky: Léčba byla pacienty dobře tolerována, 4 z 8 uvedlo mírnější vedlejší účinky než při předchozí aplikaci samotné BCG vakcíny. Závažné vedlejší příznaky jsme nezaznamenali u žádného z hodnocených nemocných. Recidivu jsme zachytili u 2 nemocných ihned po ukončení úvodní fáze léčby. V prvním případě se jednalo o mnohočetný a v druhém o solitární nádor, u obou pacientů hodnocený patologem jako pTaG2. Ostatních 6 nemocných je bez známek recidivy onemocnění 5 – 12 měsíců po zahájení terapie.

Závěr: Kombinovaná intravezikální aplikace BCG vakcíny a interferonu a2b představuje možnou a pacienty dobře tolerovanou variantu léčby recidivujících povrchových nádorů močového měchýře. Její definitivní místo v terapeutických schématech však bude možno stanovit až na základě dlouhodobých výsledků randomizovaných studií.

9. MANAGEMENT PRIMÁRNEHO A SEKUNDÁRNEHO HYPERPARATHYREOIDIZMU

J. Breza, D. Polakovičová, P. Bujdák, M. Mikloš, V. Novotný¹, J. Podoba²

¹Urologická klinika LFUK, Bratislava

²Interná klinika SPAM, Bratislava

Úvod: Primárny (pHPT) a sekundárny (sHPT) hyperparatyroidizmus sú dve rôzne klinické entity, ktoré sa od seba líšia etiopatogenézou a liečbou. pHPT je výsledkom autonómnej a nekontrolovateľnej nadprodukcie parathormónu (PTH) a vo väčšine prípadov je jeho príčinou solitárny adenóm prítomnej žľazy. Obličky bývajú postihnuté až sekundárne a to nefrolitiázou a/alebo nefrokalcinózou. Príčinou sHPT je progredujúce ochorenie obličiek v štádiu renálnej insuficiencie spojené s retenciou fosfátov, hypokalcémiou a poklesom tvorby kalcitriolu, čo vedie k hyperplázii prítomných žliaz so zvýšenou produkciou PTH.

Metódy: Diagnostika pHPT a sHPT je podobná a je založená na biochemickej analýze Ca, Ca++, P, Mg a terminálneho, resp. intaktného PTH v sére a v lokalizácii patologicky zmenenej prítomnej žľazy pomocou USG, CT, gamagrafie a ich kombináciou. Autori liečili 8 pacientov s pHPT (5 žien a 3 mužov, priem. vek 54,9 roka). Všetci trpeli recidivujúcou nefrolitiázou, resp. nefrokalcinózou. Súbor sHPT tvorilo 14 pacientov (9 žien a 5 mužov, priem. vek 37,1 roka), ktorí boli liečení hemodialýzou 3 až 14 rokov.

Výsledky: V skupině pacientů s pHPT bol 7 pacientom odstránený adenóm prístítnej žľazy a jednej pacientke bola urobená subtotálna paratyreoidektómia (PTX) pre hyperláziu prístítnych žľaz. Biochemické parametre (hyperkalcémia, hypofosfatémia a hyperkalciúria) sa po operácii normalizovali, u všetkých pacientov bolo v pooperačnom období suplementované Ca a Mg. V skupině pacientov so sHPT bola u 12 pacientov urobená subtotálna PTX, u dvoch pacientov totálna PTX s autotransplantáciou časti jednej prístítnej žľazy. Signifikantný pokles intaktného PTH bol zachytený druhý deň po operácii. Pooperačné komplikácie sa nevyskytli ani u jednej skupiny pacientov.

Záver: U pacientov s HPT je indikované chirurgické riešenie na špecializovanom pracovisku. Pri komplexnej liečbe HPT je dôležitá spolupráca urológov, nefrológov a endokrinológov.

10. NATIVNÍ SPIRÁLNÍ CT V DIAGNOSTICE URETEROLITIÁZY

P. Verner¹, V. Janík², L. Hyršl¹, Z. Knopová², R. Pipková²

¹Urologická klinika UK 2. LF a FN v Motole, Praha

²Klinika zobrazovacích metod, UK 2. LF a FN v Motole, Praha

Cíl studie: Zjistit přínos nativního spirálního CT u nemocných s městnáním v horních močových cestách a klinickými příznaky ledvinné koliky.

Materiál a metody: V letech 1999 - 2001 jsme provedli 121 nativních spirálních CT vyšetření u pacientů s renální kolikou a příznaky městnání spolu s nativním nefrogramem a sonografickým vyšetřením ledvin. Kontrastní látku jsme při CT podávali pouze v těch případech, kdy nativní vyšetření jednoznačně nezodpovědělo příčinu subrenální obstrukce, vylučovací urografii bylo třeba provést pouze ojediněle, když příčina městnání nebyla ani po kontrastním CT vyšetření diagnostikována.

Výsledky: Předkládáme vyhodnocení celého souboru problémů spolu s přehledem obrazové dokumentace, se kterými jsme se setkali. Jedná se o úskalí při odlišení litiázy v ureterovezikální junkci či močovém měchýři a u astenických pacientů, kteří mají nedostatek retroperitoneálního tuku. Dále dokumentujeme tzv. nepřímé známky litiázy (*stranding* ledviny a ureteru, *rim sign*) a techniky, které umožňují odlišení konkrementu od kalcifikace.

Závěr: Nativní spirální CT je vyšetření neinvazivní, které trvá krátkou dobu, detekuje konkrement bez ohledu na to, je-li kontrastní či nikoliv, a umožňuje následné multiplanární rekonstrukce. Výhodou CT oproti vylučovací urografii jsou i o 20 % nižší náklady. Spirální CT je nevyhovující pouze v případech drobných litiáz, hůře detekovatelné jsou rovněž menší konkrementy tam, kde není ureter zřetelně dilatován. Ve většině případů nahrazuje nativní spirální CT u ureterolitiázy jak ultrazvukové vyšetření a nativní nefrogram, tak vylučovací urografii.

11. EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE - EFEKTIVITA PREEMPTIVNÍ ANALGÉZIE SEVREDOLEM (*MORPHINI SULFAS PENTAHYDRICUS*)

T. Hanák, J. Zemanová*, A. Čermák, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

ARO FN Brno-Bohunice*

Cíl studie: Extrakorporální litotrypse je označována za nejméně invazivní metodu léčby urolitiázy. Z pohledu pacienta však bývá průběh výkonu zatížen mnohdy silnou akutní bolestí, kterou je zapotřebí včasné a adekvátně tlumit. Cílem naší studie je snaha o vyhledání jednoduché, bezpečné a při tom dostatečně účinné analgézie při extrakorporální litotrypsi.

Materiál a metodika: Od března do května roku 2001 jsme provedli u 48 pacientů extrakorporální litotrypsi na přístroji Medilit s elektrohydraulickým principem generace rázových vln. Pacienti byli 30 minut před začátkem výkonu premedikováni Sevredolem - (*morphini sulfas pentahydricus* 20 mg p.o.). Na vyžádání byla v průběhu výkonu doplněna intravenózní analgosedace. Po výkonu pacienti určovali stupeň bolesti pomocí VAS (*visual analogue scale*). 36 pacientů (75 %) absolvovalo výkon pouze v preemptivní analgosedaci Sevredolem (při průměrném VAS skóre 4,2). Zbývajících 12 (25 %) vyžadovalo dodatečnou intravenózní analgosedaci (při průměrném VAS skóre 4,5).

Diskuse: Akutní bolest patří mezi silné stresory. Včasná a adekvátní analgézie je nezbytnou součástí péče i o pacienty podstupující extrakorporální litotrypsi. Anesteziologický servis, který původně využíval celou škálu technik od lokální anestézie až po celkovou či regionální anestézii je dnes určen pouze pro pacienty s velmi nízkou hladinou vnímání bolesti. Téměř 99 % výkonů lze provést s pomocí analgosedace či samostatné preemptivní analgézie. I zde se díky rozšiřující se paletě farmak nabízejí různé varianty. Pro naši skupinu pacientů jsme zvolili Sevredol (*morphini sulfas pentahydricus*), který díky svým farmakokinetickým a farmakodynamickým vlastnostem je předurčen pro úspěšné použití v rámci preemptivní analgézie.

Závěr: Extrakorporální litotrypse na přístroji Medilit (elektrohydraulická generace rázové vlny) vyžaduje určitý stupeň analgézie. Preemptivní analgézie (Sevredol - *morphini sulfas pentahydricus* 20 mg p.o.) je dostatečná pro velkou část pacientů.

13. KLINICKÁ KLASIFIKÁCIA BPH – ANALÝZA SUBVEZIKÁLNEJ OBŠTRUKCIE PODĽA MODELU PQSF

J. Švihra, J. Ľupták, B. Eliáš, J. Kliment

Urologická klinika JLF UK a MFN Martin, Slovensko

Ciele štúdie: Utvorili sme novú klinickú klasifikáciu pacientov s benígnou hyperpláziou prostaty (BPH) podľa modelu PQSF a subvezikálnej obštrukcie.

Klinický súbor a metódy: Vykonali sme 129 tlakovo-prietokových meraní u pacientov so symptómami dolných močových ciest (LUTS) a BPH. Merania a definícia obštrukcie boli vykonané podľa štandardu I.C.S. Medzinárodná stupnica prostatických symptómov I-PSS (S) a kvalita života (Q) kvantifikovali stupeň ťažkostí u pacientov, transrektálna ultrasonografia bola použitá na stanovenie objemu prostaty (P) a voľná uroflowmetria určila maximálny prietok moču (F). Parametre P, Q, S, F boli rozdelené do troch stupňov: P1,2,3 (... < 40 - 70 < ... ml), Q1,2,3 (... < 2 - 4 < ... body), S1,2,3 (... < 8 - 20 < ... bodov), F1,2,3 (... > 12 - 8 > ... ml/s).

Výsledky: Priemerný vek pacientov bol 65 rokov (rozsah: 54 - 83). Subvezikálna obštrukcia bola identifikovaná v 64 prípadoch zo 129 pacientov. Všetci pacienti so stupňom P3 mali obštrukciu, ale pacienti so stupňom S1 nemali obštrukciu. Najvyššiu závislosť medzi stupňom a obštrukciou dosiahol objem prostaty P a maximálny prietok Q, najnižšiu závislosť dosiahli parametre Q a S. Všetky parametre boli hodnotené diskriminačnou analýzou podľa subvezikálnej obštrukcie a rôznych kombinácií. Kombinácia PQSF spoľahlivo potvrdila obštrukciu pri P 2-3 Q 2-3 S2-3 F3 a naopak vylúčila pri P1Q1S1F1.

Záver: PQSF model možno využiť pri klinickej predpovedi subvezikálnej obštrukcie u pacientov s BPH. Kombinácia štyroch parametrov spoľahlivo vylúči alebo potvrdí obštrukciu v najnižších alebo najvyšších stupňoch, ale sivá zóna vyžaduje použitie tlakovo-prietokových meraní.

14. ČTYŘKANÁLOVÁ STATICKÁ PROFILOMETRIE ZA FYZIOLOGICKÝCH I PATOLOGICKÝCH PODMÍNEK

R. Fiala, F. Zátura, R. Vrtal, Z. Mucha

Urologická klinika FN UP Olomouc

Cíl studie: Vyhodnotit záznamy ze čtyř kvadrantů uretry snímaných synchronně a zcela nezávisle.

Materiál a metody: Celkem bylo statickou 4kanálovou profilometrií vyšetřeno 6 zdravých osob (3 muži a 3 ženy) a 15 osob s určitých onemocněním (3x BPH, 3x stresová inkontinence) nebo po operaci (3x po bulboprostatostomii pro distální defekt, 3x po radikální prostatektomii a 3x po TURP). U každého nemocného bylo vyšetření provedeno 3x.

Výsledky: Při provádění měření u zdravých osob i u nemocných nikdy nebyly všechny čtyři křivky snímané synchronně z uretry stejné. Lišily se počátkem profilu, jeho délkou i MUP. Rozdíly mezi MUP v jednotlivých kanálech činily více jak 10 cm H₂O. Posun počátku profilu dosahoval i 5 mm a rozdíly v délce profilu rovněž několik mm. U nemocných po radikální prostatektomii některé kanály vůbec nezachytily přítomnost sfinkteru přesto, že nemocní jsou kontinentní.

Záver: U 4kanálové profilometrie je patrné, jak lokalizace (pozice) měřicího otvoru profilometrické cévky ovlivňuje tvar křivky více než vlastní stav DMC. Prokázalo se, že profilometrie je nestandardizovatelné vyšetření, které neumožňuje ani přesnou analýzu funkčního stavu DMC, ani eventuální volbu léčebné strategie u patologických stavů.

15. VÝZNAM α -BLOKÁTORU ALFUZOSINU V LÉČBĚ SYMPTOMŮ CHRONICKÉ PROSTATITIDY

M. Matoušková, M. Hanuš

Urocentrum Praha

Cíl studie: Zánětlivá onemocnění prostaty jsou nejčastější urologickou diagnózou mužů mladších 50 let. Na rozdíl od akutní prostatitidy, která nebývá diagnostickým ani léčebným problémem, chronická prostatitida významným způsobem ovlivňuje vleký průběhem s polymorfními symptomy kvalitu života. Mikční příznaky vyplývají se zvýšené androgenní stimulace, navozené jak místními, tak vzdálenými faktory. Chronickou prostatitidu provází v přibližně 30 % poruchy mikce.

Materiál a metodika: Předkládáme soubor 40 mužů s chronickou prostatitidou NIH II a III. Průměrný věk byl 27,8 roku <18; 56>. U všech jsme mikrobiologicky vyšetřili retrální a prostatický sekret, ejakulát a moč. Ve skupině NIH II bylo 12 pacientů, NIH III 28 mužů. Medikace byla shodná v obou skupinách. V úvodu léčby všichni nemocní dostávali ciprofloxacin po dobu 4 týdnů. Současně jsme podávali α -blokátor, dávku jsme postupně titrovali. Doba aplikace alfuzosinu byla průměrně 12 měsíců <5; 37>.

Výsledky: Symptomy nemocných jsme sledovali podle dotazníku NIH *Chronic Prostatitis Symptom Index*. Mikrobiologickou odpověď na léčbu jsme ověřovali 3 týdny po léčbě ciprofloxacinem, po pěti měsících od začátku medikace a po roce. V souladu s doporučenými postupy bylo provedeno ultrasonografické vyšetření a uroflowmetrie každé tři měsíce. Hodnotili jsme všech 40 mužů. Podle dotazníku došlo k poklesu symptomového skóre, bez signifikantního rozdílu mezi skupinami. Mikrobiologická odpověď byla po léčbě 66 % ve skupině NIH II, po 5 i 12 měsících byl mezi skupinami signifikantní rozdíl ($p = 0.02$). Velikost postmikčního rezidua byla stabilní, nižší ve skupině bakteriální prostatitidy ($p < 0.05$), uroflowmetrické parametry se zlepšily v obou skupinách, bez signifikantních rozdílů.

Záver: Podpůrná léčba alfuzosinem u pacientů s chronickou prostatitidou vede ke zlepšení mikční symptomatologie. Objektivně jsme neprokázali rozdíl v parametrech ufm a postmikčního rezidua mezi skupinami s bakteriální a abakteriální chronickou prostatitidou. Avšak zlepšení klinické symptomatologie vede vždy ke zlepšení kvality života.

16. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TWO SURGICAL TECHNIQUES ON THE TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE: TWO YEARS FOLLOW-UP

F. Goncalves, M. Hladík, J. Štefančík, J. Breza

Dept. urology Comenius University Bratislava, Slovakia

Background: Stress urinary incontinence (SUI) is a frustrating disorder affecting mainly females over 50 years of age. In elderly population this disorder became a very distressing problem not only for patients but also for the family and health care providers. Urine leakage is however a condition successfully curable surgically. At the present a variety of surgical techniques are available for SUI correction. The goal of this work was to evaluate the effectiveness of endoscopic needle suspension and the Burch technique in the treatment of SUI.

Material and methods: Between January 1994 and December 1997 58 women aged 28-78 (median 49 years) underwent surgical correction for SUI. 26 out of them were treated with needle suspension (12 by the Stamey technique and 14 by Raz technique) and in 32 pts a correction with the technique described by Burch was performed. Middle and high grade of SUI caused by urethral hypermobility without cystocele were the indications for surgery. The groups were homogenous in concern to patients' age, BMI, number of deliveries and past surgeries for SUI. The follow up was at least 2 years after surgery.

Results: 15 (57.7 %) out of 26 patients treated with a needle suspension and 31 (96.6 %) out of 32 patients treated by Burch technique were still continent two years after the procedure ($p < 0.001$). Both techniques had a low complication rate. 8 out of 26 patients after needle suspension experienced transitory urinary retention managed with CIC. Urinary retention was not seen after Burch procedure ($p < 0.001$). 10 patients in each group complained of urge incontinence postoperatively. In 2 patients after Burch correction a unilateral upper urinary tract obstruction developed as consequence of improper suture application.

Conclusions: Albeit 2 years follow-up is a short time to evaluate the effectiveness of an operating technique, is clear from our material that the Burch technique is superior to needle suspension and it may be in our opinion considered as gold standard for SUI therapy. Needle suspension may be reserved to older female patients in whom less physical activity is expected.

17. VÝSLEDKY KOMPLEXNÍ LÉČBY ŽENSKÉ INKONTINENCE

J. Krhut, K. Mainer

Urologické oddělení FNŠP Ostrava-Poruba

Cíl studie: Inkontinence moči patří k nejčastějším zdravotním problémům zejména ženské populace. Není sice spojena s vysokou morbiditou či mortalitou, ale má zásadní vliv na kvalitu života postižených pacientek. Cílem práce je zhodnotit úspěšnost komplexní léčby všech typů ženské inkontinence na našem pracovišti.

Materiál a metody: Ve své retrospektivní studii referují autoři o výsledcích terapie inkontinence v souboru žen, které byly u nás léčeny v průběhu roku 2000. Celkem bylo pro všechny druhy inkontinence ošetřeno 334 pacientek, 275 z nich bylo dlouhodobě sledováno. Celkem 118 pacientek udávalo stresovou symptomatologii, 186 pacientek udávalo urgentní symptomatologii. Je pochopitelné, že některé pacientky udávaly obě složky. V terapii byly využity konzervativní (*bladder-drill*, farmakoterapie, elektrostimulace, *bio-feedback*, intermitentní katetrizace, laseroterapie) i operační metody (pubovaginální sling, TVT, augmentace). Metody byly podle potřeby kombinovány.

Výsledky: U 173 pacientek (62,9 %) bylo dosaženo vyléčení, u 72 pacientek bylo dosaženo podstatného zlepšení symptomatologie (26,2 %), u 30 pacientek (10,9 %) se nepodařilo jejich potíže ovlivnit. Ani v jednom případě nedošlo ke zhoršení stavu pacientky.

Závěr: Výsledky ukazují, že efektivitu terapie inkontinence lze zlepšit rozšířením spektra nabízených léčebných modalit a jejich vzájemnou kombinací s cílem maximální individualizace terapie.

18. TBT (TENSION-FREE BULBOURETHRAL TAPE) - NOVÁ CHIRURGICKÁ METODA LÉČBY MUŽSKÉ INKONTINENCE

M. Urban, M. Lukeš, J. Heráček

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: Močová inkontinence u muže jako následek operace na prostatě představuje dlouhodobý sociálně ekonomický problém s dopadem na psychiku muže a kvalitu jeho života. Na základě úspěšných a jednoduchých slingových či závěsných technik u žen, po anatomických studiích páne a z literárních údajů vznikla myšlenka použít podobnou techniku i u močové inkontinence u muže.

Materiál a metody: U 4 pacientů se stresovou inkontinencí III. stupně (2 po transuretrální prostatektomii, 1 po radikální prostatektomii, 1 po spinálním traumatu v roce 1974) jsme provedli bulbouretrální slingovou operaci proloučnou páskou. Transperineálním přístupem je speciální páska z prolouky pomocí ocelové zahnuté jehly umístěna bez větší tenze pod bulbární uretru, za kontroly epicystostomií měřeného intravesikálního tlaku. Vstup pro jehlu je mezi bulbární uretrou a odpreparovaným *m. bulbospongiosus* (který je odtažen směrem ke kosti stydké), prochází skrze *diafragma urogenitale* (*m. transversus perinei profundus*) do retropubického prostoru a podél zadní strany symfýzy do stěny břišní v místě suprapubické incize. Panendoskopické a urodyna-mické vyšetření jsme provedli před operací a následně 3, resp. 6 měsíců po operaci.

Výsledky: Všichni pacienti jsou 6 měsíců po operaci kontinentní. Nezažnamenali jsme žádné vážnější komplikace, jeden pacient měl 3 týdny po operaci iritační mikční obtíže (ovlivnitelné anticholinergiky). Pacient po spinálním traumatu provádí ČIK pro postmikční reziduum. Průměrná doba operace byla 37 minut, průměrná doba hospitalizace 3,3 dny.

Závěr: Bulbouretrální slingová operace proloučnou páskou je novým, jednoduchým a efektivním řešením močové inkontinence u muže.

19. A COMPARISON OF CLINICAL AND HISTOPATHOLOGIC FEATURES IN FEMALES WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME AND URGENCY

T. Hanuš, L. Zámečník, M. Janský, L. Jarolím, C. Povýšil*, R. Benetová*

Dpt. of Urology and *Dpt. of Pathology, 1st Medical School, Charles University and General Teaching Hospital, Prague.

Introduction: The diagnosis of IC remains primarily a clinical one, although much current research (including histopathologic studies) seeks to find more objective laboratory criteria. The grade of IC and subsequent treatment is still based on clinical findings.

Methods: Ninety two (92) female patients of the age 15-87 years were investigated for suspected IC from February 1997 to April 2001. Mastocytes as histopathological features of IC were confirmed in 69 of them (75 %) and eosinophils or other inflammatory cells only in others. The further investigation was focused on electron microscopy and histopathology of mast cells of the bladder wall. Therapeutic options were based on clinical diagnosis including subjective symptoms, urodynamic results and cystoscopic findings (glomerulations) after hydrodistension under general anesthesia. Patients with mastocytes in the bladder biopsy were divided in three therapeutic groups (mild, moderate and severe symptomatology). The treatment in all 69 patients with mastocytes in biopsy has been started with oral drugs. Patients with "moderate" form of IC (33 pts) underwent intravesical instillations and "severe" forms of IC (17 pts) were managed surgically.

Results: Pharmacotherapy of IC was successful in 26 patients with the "mild" form of IC (37 % of all 69 patients) whilst 26 of 33 patients (78 %) with moderate form of IC responded well for intravesical treatment by heparin. Surgery was successful in all 17 patients with severe form of IC. It included subtotal cystectomy with bladder augmentation or total cystectomy with orthotopic female neobladder or ileal conduit. There were no specific ultrastructural changes of granules of mast cells in our patients with clinical diagnosis of IC. Moreover, we have not confirmed published observations that the most prominent and extensive histologic features are in biopsies from areas of glomerulations following diagnostic bladder hydrodistension. We have not elucidated any relationship between the severity of clinical symptomatology and severity of histopathologic changes observed by or a light or electron microscopy.

Conclusions: The primary use of bladder biopsy in females with chronic pelvic pain syndrome and lower urinary tracts symptoms is mainly to exclude other diagnoses that are pathologically identifiable.

20. BIOSTIMULAČNÍ LASER V TERAPII DYSFUNKCÍ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST U PACIENTEK S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

J. Krhut, K. Mainer, O. Zapletalová*, P. Hradílek*

Urologické oddělení FNsP, Ostrava-Poruba

*Neurologická klinika FNsP, Ostrava-Poruba

Cíl studie: Roztroušená skleróza patří k nejčastějším neurologickým systémovým onemocněním. Klinický obraz onemocnění je velmi pestrý, zahrnuje v různé míře postižení pyramidových, mozečkových i kmenových funkcí, poruchy senzitivity, smyslových funkcí, poruchy intelektu a chování. Vzhledem k tomu, že v 35 - 97 % jsou postiženy struktury podílející se na inervaci dolních močových cest, patří i mikční potíže mezi hlavní symptomy roztroušené sklerózy. Urgence se vyskytuje u 24 - 86 %, frekvence u 17-65 %, urgentní inkontinence u 34 - 72 % pacientů. U 40 % pacientů dochází na podkladě suprapontinní léze i ke vzniku tzv. detruzorosfinkterické dyssynergie. V terapii onemocnění se uplatňuje celá řada jak konzervativních, tak operativních metod, zaměřených jednak na zlepšení kontinence, resp. komfortu mikce, a tím i kvality života, ale také na důslednou protekci horních cest močových. Autoři ve své práci představují první zkušenosti s léčbou urgentních močových symptomů u žen s roztroušenou sklerózou pomocí laseroterapie.

Materiál a metody: Principem je opakované ozáření přední stěny poševní v místech, kam se promítá trigonum močového měchýře. Soubor zahrnuje 16 patientek s roztroušenou sklerózou, u kterých autoři hodnotí subjektivní efekt léčby, semiobjektivní údaje z mikčních karet a objektivní údaje získané urodynamickým vyšetřením.

Výsledky: Subjektivně bylo dosaženo ústupu mikčních symptomů bez potřeby další terapie u 9 patientek (56,3 %), částečné zlepšení mikčních symptomů udávaly 3 pacientky (18,7 %), beze změny mikční symptomatologie zůstaly 4 pacientky (25 %). Doba sledování souboru je 6 - 13 měsíců (průměr 7,8 měsíců). Při hodnocení mikčních karet byla zjištěna statisticky významná redukce frekvence mikce z 14,6 na 11,3/24 hod.

Závěr: Autoři hodnotí laseroterapii jako neinvazivní metodu léčby mikčních symptomů u patientek s roztroušenou sklerózou s dobrou efektivitou bez nežádoucích účinků.

21. SKRÍNING KARCINÓMU PROSTATY: VÝSLEDKY PROSPEKTIVNEJ ŠTÚDIE V BEŽNEJ POPULÁCII

J. Kliment, B. Eliáš, J. Švihra, J. Lupták, A. Kališ, N. Karafová

Urologická klinika JLF UK a MFN, Ústav patologickej anatómie JLF UK, Oddelenie klinickej biochémie JLF UK a MFN, Martin, Slovensko

Ciele štúdie: Zistiť akceptovateľnosť skríningu a určiť klinickú a patologickú charakteristiku karcinómov prostaty diagnostikovaných skríninom.

Klinický súbor a metódy: Vyšetřili sme prostatický špecifický antigén a urobili digitálne rektálne vyšetřenie u 1 325 asymptomatických mužov vo veku 55 - 70 rokov. Každý pacient s koncentráciou PSA vyššou ako 4,0 ng/ml alebo suspektným DRV mal vykonanú transrektálnu ultrasonografiu a sextanovú biopsiu prostaty. U pacientov s histologicky potvrdeným karcinómom boli urobené všetky ďalšie štandardné vyšetřenia na určenie rozsahu ochorenia podľa TNM klasifikácie.

Výsledky: Na screeningové vyšetření bylo pozvaných 1 897 mužů a pozvání akceptovalo 1 325 (69,8 %). Karcinom prostaty sa diagnostikoval u 43 (3,25 %) pacientů. Koncentrace PSA u těchto pacientů byla v rozpetí 0,3 - 86,1 ng/ml (medián 8,3 ng/ml). Koncentrace PSA nižší jako 4,0 ng/ml byla u 16,3 % pacientů s karcinomem prostaty. Klinické stádium T1, T2 malo 72,1, stádium T3 27,9 % a M1b 2,3 % pacientů. U 48,8 % pacientů bolo Gleasonovo skóre 2 - 4, u 41,9 % pacientů 5 - 7 a u 9,3 % pacientů bolo Gleasonovo skóre 8 - 10. Radikálnou prostatektómiou bolo liečených 48,8 % pacientů s lokalizovaným karcinomom, stratégia pozorného sledovania sa použila u 22,5 % pacientů, 19,4 % bolo liečených kombináciou hormonálnej liečby a rádioterapie a 9,7 % pacientů odmietlo akúkoľvek liečbu.

Záver: Screeningové vyšetření je akceptovateľné prevažnou časťou populácie. Karcinomy diagnostikované v skriningu sú prevažne lokalizované na prostatu a sú dobre alebo stredne diferencované.

22. DETEKCIE KARCINOMU PROSTATY TRANSREKTÁLNI BIOPSIÍ: POROVNÁNÍ SENZITIVITY PŘI ODBĚRU 8 A 10 VZORKŮ A PŘI OPAKOVANÉ BIOPSII PRO PŘEDCHOZÍ NEGATIVNÍ VÝSLEDEK.

L. Šafařík, K. Novák, J. Stolz, J. Novák, J. Dvořáček

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl studie: Upřesnit optimální počet biopsií ke stanovení diagnózy karcinomu prostaty

Materiál a metody: Ultrazvuk B&K 3535, transrektální ultrazvukový snímač B&K 8557 s *end-firing attachment* a bioptickým zařízením typu Magnum. Odběr vzorků byl proveden standardně tak, že 6 vzorků bylo odebráno z periferní a 2 z přechodové zóny prostaty. U prostat s objemem nad 75 ccm byly odebrány navíc další dva vzorky z přechodové zóny (schéma 6+4). Pacienti s PSA nad 100 byli vyloučeni z hodnocení. Výsledky byly hodnoceny statistickým programem Statistica StatSoft, 99th Edition, Tulsa, USA.

Výsledky: Celkem bylo hodnoceno 613 nemocných o průměrném věku 68 let. Opakovaná biopsie byla provedena 64krát a 39 pacientů mělo odběr 10 vzorků (6+4). Celkově jsme zjistili 236 karcinomů prostaty (38,5 %). Karcinom byl zjištěn u 10 nemocných s prostatou nad 75 ccm (25,6 %). Pokud byla biopsie opakována po schématu 6+2, zjistili jsme 5 nových karcinomů (16,1 %), byla-li biopsie 6+2 provedena po jiném schématu (biopsie na jiných pracovištích) bylo zjištěno 14 nových karcinomů (41,1 %), $p < 0,05$. Opakované schéma 6+4 nikdy nedetekovalo dříve nerozpoznaný karcinom. Nemocní s objemem prostaty nad 75 ccm a detekovaným karcinomem měli relativně vysokou volnou frakci PSA průměr 26,5 % (13 - 61 %).

Závěr: Schéma 6+2 má srovnatelnou senzitivitu (38,5 %) v detekci karcinomu prostaty jako obdobná schémata užívající 10, 12 i více odběrů při jednom vyšetření. Sextantová biopsie není dostatečná pro detekci karcinomu prostaty pro vysoký počet nesprávně negativních výsledků 41,1 % vs. 16,1 % (6+2), $p < 0,05$. U prostat s objemem nad 75 ccm je vhodné zvýšit počet odebíraných vzorků (min. o 2). Je tak možno dosáhnout až 25,6 % pozitivních výsledků. Hodnota poměru f/t PSA je u prostat s objemem nad 75 ccm pro detekci karcinomu bezcenná.

23. SROVNÁNÍ VÝSKYTU KOMPLIKACÍ U SEXTANTOVÉ A MULTIPLICITNÍ BIOPSIE PROSTATY U 380 PACIENTŮ

A. Čermák, D. Pacík, V. Vít, Z. Beran, F. Dorociak*, A. Rejthar*

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Bioptická stanice FN Brno-Bohunice*

Cíl studie: V souladu se snahou zvýšit kurabilitu karcinomu prostaty (KP) je tendence diagnostikovat toto onemocnění v co nejčasnějším stadiu. Při abnormální hodnotě PSA a normálním digitálním rektálním vyšetření (DRV) může být indikována biopsie prostaty. Ukazuje se, že standardně prováděná sextantová biopsie nemusí diagnostikovat řadu, zejména periferně lokalizovaných karcinomů, Multiplicitní biopsie (s odběrem 12 a více vzorků) může tyto karcinomy detekovat, avšak současně je nutno provést více manipulací při provádění výkonu. Rozhodli jsme se prospektivně srovnat četnost komplikací u sextantové a vícečetné biopsie prostaty.

Materiál a metodika: Pacienti s abnormální hodnotou PSA a bez podezřelého palpačního nálezu na prostatě, kteří byli indikováni k biopsii prostaty, byli randomizováni do dvou skupin: A - sextantová b.+2b. z přechodové zóny TZ (celkem 8 vzorků) a B - sextantová b.+6b. z laterální části periferní zóny+2b. z přech. zóny (celkem 14 vzorků). V obou skupinách byly biopsie doplněny o vzorky ze suspektních lézí detekovaných TRUS. V období od ledna 2000 do května 2001 jsme provedli biopsii u 380 pac. od 43 let do 82 let, prům. věk 58,3 let. U obou skupin jsme srovnávali výskyt krvácivých komplikací (hematurie, enteroragie, hemospermie), infekčních komplikací (febrilie, ak. prostatitis, ak. epididymitis, absces prostaty) a potíží s močením (retence močová) po provedeném typu biopsie.

Výsledky: Ve sk. A se u 190 pac. (prům. věk 60,4 let) vyskytly krvácivé komplikace celkem u 9 pac. (4,8 %). Infekční komplikace byly celkem u 9 pac. (4,8 %), z toho hospitalizováno bylo 5 pac. (2,6 %). Průměrná doba hospitalizace byla 8 dnů. Potíže s močením se vyskytly u 1 pacienta. Ve sk. B (190 pac., prům. věk 64,4 let) krvácivé komplikace nastaly u 14 pac. (7,4 %). Infekční komplikace se vyskytly celkem u 9 pac. (4,8 %), z toho hospitalizováno bylo 6 pac. (3,2 %). Průměrná doba hospitalizace byla 10 dnů. Potíže s močením se vyskytly u 2 pacientů.

Závěr: Dle našich zkušeností na souboru, který stále rozšiřujeme, můžeme říci, že strategie vícečetné biopsie nezvyšuje signifikantně výskyt infekčních a febrilních komplikací ve srovnání s konvenční technikou sextantové biopsie. Vícečetná biopsie zvyšuje výskyt krvácivých komplikací (hematurie, uretrorhagie, enterorhagie), které jsou však krátkodobé, jsou téměř vždy zvládnutelné konzervativním způsobem a nevyžadují zvýšenou potřebu hospitalizace.

24. SROVNÁNÍ TOLERANCE SEXTANTOVÉ A MULTIPLICITNÍ BIOPSIE PROSTATY

A. Čermák, D. Pacík, V. Vít, Z. Beran

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl studie: V souladu se snahou zvýšit kurabilitu karcinomu prostaty (KP), a diagnostikovat toto onemocnění v co nejčasnějším stadiu je v současné době tendence při biopsii prostaty odebírat více vzorků (12 a více). Při hodnotách PSA a free PSA v šedé zóně a při podezřelém histologickém nálezu (PIN III) je tendence provádět opakované biopsie. Rozhodli jsme se prospektivně srovnat toleranci sextantové a vícečetné biopsie prostaty.

Materiál a metodika: Pacienti, kteří byli indikováni k biopsii prostaty, byli randomizováni do dvou skupin: A - sextantová b.+2b. z přechodové zóny TZ (celkem 8 vzorků) a B - sextantová b.+6b. z laterální části periferní zóny+2b. z přech. zóny (celkem 14 vzorků). V období od ledna do května 2001 jsme hodnotili u 80 pacientů toleranci výkonu ihned po provedení biopsie. Vyplněním 10 cm vizuální analogové škály (VAS) byla hodnocena škála bolesti u obou skupin. Pomocí dotazníku byli pacienti dotazováni na vhodnost provádění odběru vzorků v celkové anestezii a ochotu podstoupit opakovanou biopsii. Stejný dotazník vyplňovali pacienti s odstupem 3 týdnů po provedené biopsii. U obou skupin jsme sledovali četnost nedokončených vyšetření pro bolestivost.

Výsledky: Ve sk. A (40 pac., prům. věk 62,4 let) průměrné VAS skóre bylo 3,4 a 10 % pacientů mělo VAS skóre ≥ 5 . Odpovědi na dotazník ukazují, že 6 % pacientů by volilo celkovou anestezii a 19 % by nebylo ochotno podstoupit opakovaný výkon bez nějaké formy anestezie. Ve sk. B (40 pac., prům. věk 64,5 let) průměrné VAS skóre bylo 4,75 a 40 % pacientů mělo VAS skóre ≥ 5 . Odpovědi na dotazník ukazují, že 7,5 % pacientů by volilo celkovou anestezii a 23 % by nebylo ochotno podstoupit opakovaný výkon bez nějaké formy anestezie. Při hodnocení 380 (190 + 190) pacientů bylo ve sk. A i B nutno předčasně ukončit výkon vždy u 3 pac. (1,6 %).

Závěr: Dle našich předběžných zkušeností na malém souboru, který stále rozšiřujeme, můžeme říci, že tato vícečetná biopsie je pacienti pocítována jako méně komfortní (vyšší hodnocení VAS skóre). Při srovnání obou typů biopsií nebylo pro bolestivost vyšetření dokončeno u stejného počtu pacientů. Vhodnost anestezie vyjádřilo v obou skupinách srovnatelné procento pacientů, stejně tak ochota podstoupit opakovanou biopsii byla v obou skupinách podobná. Ukazuje se, že lokální anestezie by mohla zlepšit toleranci výkonu zvláště u vícečetné biopsie a mohla by zvýšit ochotu pacientů podstoupit opakovanou biopsii.

25. VÝZNAM PSA A TRUS PRI VČASNEJ DETEKCII LOKÁLNEJ RECIDIVY KARCINÓMU PROSTATY U PACIENTOV PO RADIKÁLNEJ PROSTATEKTÓMII

J. Lupták, J. Kliment, J. Švihra, B. Eliáš, R. Tomaškin, I. Sopilko

Urologická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Cieľ: Včasná detekcia lokálnej recidívy karcinómu prostaty u pacientov po radikálnej prostatektómii (RP). Posúdiť význam hladiny prostatického špecifického antigénu (PSA), transrektálnej ultrasonografie (TRUS) a digitálneho rektálneho vyšetrenia (DRV) pri včasnej záchytnosti lokálnej recidívy ochorenia.

Materiál a metodika: Sledovali sme 82 pacientov minimálne 6 mesiacov po RP priemerného veku 64 rokov (47 - 74). PSA bol kontrolovaný v pravidelných 3 - 6 mesačných intervaloch. Ak bola hladina PSA opakovane vyššia ako 0,2 ng/ml, alebo sa zvýšila oproti predchádzajúcemu vyšetreniu, pacienti sme urobili DRV a TRUS. V prípade pozitívneho nálezu na TRUS sme urobili cieľnú biopsiu, pri negatívnom náleze randomizovanú biopsiu z lôžka po RP.

Výsledky: Lokálnu recidívu ochorenia sme potvrdili u 5 (6,1 %) pacientov sledovaného súboru priemerne 51 mesiacov (23 - 81) po RP. Priemerná hodnota PSA v čase diagnostiky lokálnej recidívy ochorenia bola 4,3 ng/ml (0,7 - 10,8). Všetci pacienti mali v čase lokálnej recidívy ochorenia pozitívne PSA aj TRUS. Negatívne DRV mali 2 (40 %) z 5 pacientov s lokálnou recidívou ochorenia.

Záver: Najpresnejšie monitoruje lokálnu progresiu ochorenia zvýšená hladina PSA. Všetci pacienti s potvrdenou lokálnou recidívou ochorenia mali pozitívny ultrazvukový nález. TRUS umožňuje cieľnú biopsiu z lôžka po RP, čím zvyšuje záchytnosť lokálnej progresie ochorenia. DRV nemusí zachytiť lokálnu progresiu ochorenia vo ventrálnej časti vezikouretrálnej anastomózy.

26. ZVÝŠENÍ VÝTĚŽNOSTI TRUS V DIAGNOSTICE KARCINOMU PROSTATY POSTPROCESINGOVÝM ZPRACOVÁNÍM OBRAZU

R. Fiala¹, B. Obšitník², J. Mačák, F. Zátura¹

¹Urologická klinika FN UP Olomouc

²Urologické oddělení NÚTaRCH Bratislava

Ústav patologie FN UP Olomouc

Cíl studie: Zvýšení výtěžnosti TRUS v diagnostice karcinomu prostaty použitím postprocesingového zpracování obrazu (se zaměřením na izoechogenní karcinomy).

Materiál a metody: Před radikální prostatektomií jsme pomocí TRUS naskenovali 10 - 13 řezů od apexu po bazi prostaty. Pomocí postprocesingu byl obraz zpracován a po radikální prostatektomii porovnán s patologickým nálezem v dané topografické oblasti (materiál zpracovaný metodikou *whole mount section*). Pro zvýšení objektivit neměl lékař zpracovávající ultrazvukový obraz možnost provádět TRUS ani být přítomen u operace či patologického zpracování materiálu.

Výsledky: Senzitivita 92 %, specifická 65 %, pozitivní prediktivní hodnota 85 %, negativní prediktivní hodnota 71 %.

Závěr: Iniciální výsledky potvrzují, že metodika dokáže s vysokou pravděpodobností detekovat ložiska i v původně izoechogenních oblastech. Je ale třeba dalšího vývoje, aby se zvýšila míra diferenciace benigních od neoplazmatických ložisek.

27. PROGNOSTICKÉ FAKTORY A VÝZNAM VČASNEJ DIAGNOSTIKY KARCINÓMU OBLIČKY

J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica, T. Púllová
Urologické oddelenie NsP Skalica

Úvod: Cieľom práce bolo objektivizovať prínos ultrasonografie (USG) vo včasnej diagnostike karcinómu obličky (KO) a štatisticky zhodnotiť vplyv „klasických“ prognostických faktorov (T, N, M, G a veľkosť primárneho nádoru) na prežívanie pacientov (pac.).

Materiál a metódy: Od 1. 1. 1980 do 30. 6. 2000 autori operovali 316 pac. (231 mužov a 85 žien, priemerný vek 62, 7 roka) s histologicky overeným KO. Od začiatku sledovaného obdobia USG vyšetrenie obličiek indikovali prevažne len u pac. s urologickou nádorovou symptomatológiou (súbor I = 211 pac. s KO). Od 1. 1. 1994 do 30. 6. 2000 diagnostikovali 105 pac. (súbor II) s KO. Retrospektívne analyzovali a štatisticky porovnali oba súbory (I a II) pac., ako aj prežívanie symptomatických (180) pac. a asymptomatických (111) pac. s KO.

Výsledky: Viac ako tretina (136/316) všetkých pac. s KO bola diagnostikovaná incidentálne a polovica (72/136 pac. = 52,9 %) z nich bola zistená po r. 1994. USG autori zistili až 80,1 % (109/136) všetkých asymptomatických KO. V I. (II.) súbore bola priemerná veľkosť nádoru 6,9 cm (4,3 cm), pT1-2 v 34,1 % (60,1 %), pN+ v 12,8 % (7,6 %), M+ v 16,1 % (11,4 %), G1-2 v 54 % (75,2 %). V I. súbore incidentálne diagnostikovali asymptomatický KO u 64 z 211 (30,3 %) pac. a v II. súbore až u 72 zo 105 (68, 6 %) pac. Všetky vyššie uvedené rozdiely boli štatisticky významné ($p < 0,05$). 5 rokov preživalo až 111/136 (81,6 %) pac. s USG incidentálne zisteným KO a 117/180 (65 %) pac. so symptomatickým nádorom v čase diagnózy. Aj tento rozdiel bol štatisticky významný ($p < 0,05$).

Záver: Asymptomatické, incidentálne zistené KO boli signifikantne menšie, zistené v priaznivejšom T štádiu, mali lepšiu diferenciáciu (G), vykazovali menej metastáz do lymfatických uzlín a menej vzdialených metastáz v porovnaní so symptomatickými KO. Pac. s incidentálnym nádorom mali lepšiu prognózu (5 r. prežívanie v 82 %). USG bola veľmi efektívnym vyšetrením pri včasnej diagnostike KO.

28. PŘIROZENÝ VÝVOJ KARCINOMU LEDVINY

A. Čermák, D. Pacík
Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl studie: Ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance (NMR) jsou všeobecně dostupná vyšetření. Se snadnou dostupností a narůstajícím počtem vyšetření se zvyšuje počet detekovaných nádorů ledvin. Jsou detekovány malé, iniciální léze, ale také objemnější nádorové masy. Většina těchto lézí jsou karcinomy ledviny. Některé asymptomatické nádory mohou být objeveny náhodně a ve vyšším věku. V případě významných rizikových faktorů je potřeba zvážit nutnost operačního řešení. K lepšímu poznání přirozeného vývoje karcinomu ledviny je nutné intenzivně zkoumat jejich průběh, abychom mohli stanovit optimální postup s co největším benefitem pro pacienta.

Materiál a metodika: V období 1995 - 2001 jsme sledovali tři pacienty, u kterých byl radiodiagnostickými metodami detekován solidní nádor ledviny. Pacienti měli 69, 76, 88 let. Průměrný věk byl 77 let. Jeden pacient odmítl operaci, další dva (muž a žena) byli z hlediska zdravotního stavu kontraindikováni k operačnímu řešení. Doba sledování byla od 3 - 79 měsíců, průměrná doba sledování byla 47 měsíců. V pravidelných intervalech jsme sledovali velikost nádoru a jeho případnou diseminaci. Nárůst masy nádoru byl měřen z kalkulace objemu. Pro výpočet používáme vzorec $(0,5623 \cdot xyz)$. Prováděli jsme biochemická vyšetření krevního séra a vyšetření na detekci metastáz a sledovali funkci ledvinového parenchymu.

Výsledky: Ani u jednoho pacienta nedošlo k rozvoji manifestních klinických potíží. Dva pacienti (muž a žena) stále žijí bez klinických potíží způsobených nádorovým onemocněním a bez projevů metastatického postižení. Muž má postupně narůstající nádor solitární ledviny. Sledování ultrazvukem a CT vykazuje nárůst z 35 mm na současných 55 mm s infiltrací celého dolního pólu. Pacient má pomalu progredující ledvinovou nedostatečnost. Operaci a chronickou hemodialýzu (HD) odmítl z důvodu vrozeného tělesného postižení (má pouze levou horní končetinu) a našít AV shunt a chronická HD by jej zcela vyřadila z aktivního života. Patientka má 6cm nádor levé ledviny, který prorůstá extrarenálně a projevil se makroskopickou hematurií. Pokus o renální angiografii a embolizaci se vzhledem k ateromatózním plátům nezdařil. Z důvodu přidružených kardiovaskulárních chorob je pacientka kontraindikována k operačnímu výkonu. Třetí pacient zemřel po 79 měsících sledování bez klinických potíží. Příčinou úmrtí bylo kardiovaskulární selhání, které bylo i důvodem kontraindikace operačního řešení. Nádor byl velikosti 5 x 4 x 4,5 cm, prorůstající extrarenálně a do pánevní ledvině. Nádor sledovaný 7 let byl stacionární velikosti i lokalizace.

Závěr: Nádor ledviny je nejčastěji detekován v 7. dekádě života. Mnoho pacientů je starších a mají další závažná onemocnění, která zvyšují jejich rizikovost. Přes pokles per- a pooperační morbiditu je tato stále významná a je referována mezi 11 - 40 %. Naše výsledky poukazují na fakt, že ne každá solidní léze ledviny musí vždy vyžadovat operační řešení. Zvláště u starších a rizikových pacientů lze volit metodu observace.

29. JE CT VYŠETŘENÍ DOSTATEČNĚ SPOLEHLIVÉ PŘI HODNOCENÍ NEOPLAZMATICKÝCH PROCESŮ LEDVINY?

V. Vít, J. Sedláček, D. Pacík, A. Čermák, T. Nebeský*

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Radiodiagnostická klinika FN Brno-Bohunice*

Cíl studie: Nádory ledvin představují i v současnosti stále aktuální problematiku. I když je četnost udávána kolem 3 %, je v posledním období zaznamenáván významný vzestup incidence tohoto onemocnění. Naprostou většinu tvoří adenokarcinomy, v klinické praxi je však nutno myslet i na méně časté formy ledvinových tumorů, jako jsou např. angiomyolipomy (hamartomy).

Materiál a metodika: Autoři se ve svém sdělení zabývají hodnocením diagnostického přínosu CT vyšetření u angiomyolipomů. Vycházejí z vlastní zkušenosti detekce 3 liposarkomů u pacientů s původně popsaným angiomyolipomem a snaží se zpětným srovnáním nálezů revidovat původní nálezy.

Diskuse: Renální angiomyolipom je řazen k benigním nádorům, jeho incidence je udávána 0,3 – 3 % explorovaných nádorů ledvin. Za hlavní diagnostickou metodu je považováno CT vyšetření, které hodnotí především přítomnost tukové tkáně, krevních cév a hladkých svalových vláken. Dle některých diagnostických algoritmů je CT diagnostika považována za definitivní, a pokud není tumor symptomatický, je doporučován konzervativní postup.

Závěr: Autoři uzavírají své hodnocení tak, že CT vyšetření nelze považovat za definitivní a zcela spolehlivé, zejména v případech, kdy se jedná o jednostranný tumor větší než 4 cm. V těchto případech je indikována operační revize, jejíž rozsah je dán peroperačním nálezem.

30. PAPILÁRNÍ KARCINOM LEDVINY

M. Hora¹, O. Hes², Z. Ouda¹, M. Michal², Z. Chudáček², L. Boudová², M. Roušarová³

LF UK a FN Plzeň: ¹Urologická klinika, ²Šiklův patologicko-anatomický ústav, ³Radiodiagnostické oddělení

⁴Národní onkologický registr

Cíl studie: Papilární renální karcinom (PRK) je v mnoha hlediscích odlišná varianta renálního karcinomu (RK), hlavně ve srovnání s konvenčním RK (KRK). V práci hodnotí autoři vlastní soubor pacientů s PRK.

Soubor nemocných a metodika: V letech 1/1991 až 3/2001 bylo od 448 pacientů urologické kliniky ve FN Plzeň histologicky vyšetřeno 459 renálních tumorů. 420 nádorů byly RK, hlavně KRK. Celkově z nádorů ledvin tvořil PRK 4,4 % (20/459), mezi RK poté 4,8 % (20/420). Po KRK byl PRK druhý nejčastější RK, třetí pak byl chromofobní RK – 1,9 % (8/420). 20 pacientů s PRK bylo dále podrobně zhodnoceno.

Výsledky: Častěji byli postiženi muži 1,9 : 1 (13/7). Průměrný věk byl 60,8 ± 14,7 roku. Nejmladšímu bylo 17,8 roku. Typické nekrotické změny PRK vedly k tomu, že při sonografii a CT tumor často imitoval patologicky změněnou cystu a při angiografii se jevil jako avaskulární expanze. Dvakrát (10 %) byl tumor diagnostikován až v souvislosti s rupturou nádoru. U 15 % (3/20) byl tumor multifokální. U všech pacientů je známo dlouhodobé sledování. Průměrná doba sledování je 42,6 měsíce (4 – 95 měsíců). Pětileté sledování (včetně zemřelých do té doby) je známo u 12, zemřeli 3, ale jen 2 na generalizaci PRK (velikost tumoru 9 a 15 cm a oba s grade 3). Pětileté nekorigované přežití je tedy 75 % (9/12), specifické (pouze zemřeli na karcinom či přežili 5 let) 72,7 % (8/11).

Závěr: Obraz PRK při grafických vyšetřeních je modifikován nekrotickými změnami a jeho diagnostika může být obtížná. Při nejasnostech doporučuje vždy provedení operační revize. U pacientů s grade 3, s tumory nad 75 mm a patrně i u tumorů multifokálních je vhodné zvážit podání imunochemoterapie. Malignita PRK je nižší než u KRK.

31. PAPILÁRNÍ RENÁLNÍ KARCINOM S ONKOCYTÁRNÍMI RYSY

H. Veličkinová, O. Hes, M. Michal, M. Hora, P. Toufarová, M. Podhola, L. Pechl, A. Talandová, R. Čuřík

FN Plzeň, FN Hradec Králové, NsP Kolín, OkN Vsetín, FNsP Ostrava

Účel: V naší práci popisujeme 7 případů neobvyklých papilárních renálních karcinomů (PRK) složených z buněk, které jsou identické s buňkami renálního onkocytomu (RO). Makroskopický vzhled připomínal spíše klasický PRK než RO. Histologický obraz stál na pomezí obou jednotek. Podobně utvářené tumory je třeba vzít v úvahu při histopatologické diferenciální diagnostice PRK a RO.

Materiál a metody: Ze sestavy téměř 4 000 nádorů ledvin v našem registru bylo vyčleněno 7 neobvyklých nádorů. Tkáňové řezy byly barveny standardními histochemickými metodami. Pro imunohistochemické vyšetření byly použity protilátky proti: EMA, cytokeratinům (CAM 5,2, AE1-AE3, Ki 67), proti mitochondriálnímu antigenu (113-1), vimentinu. Materiál byl navíc vyšetřen ultrastrukturálně elektronovou mikroskopií.

Výsledky: Jednalo se o 5 mužů a 2 ženy. Průměrný věk nemocných byl 68,6 roků. Velikost nádorů se pohybuje od 8 mm do 270 mm v největším rozměru. Nejdelší doba sledování bez známek nemoci je 22 let, nejkratší 2 měsíce. V žádném z případů nebyla zaznamenána rekurence či metastázování. Makroskopicky byly nádory dobře ohraničené a neopouzdržené. Jeden případ byl multicentrický. Vazivové pouzdro ledviny, ledvinná pánvička a hilus ledviny nebyly infiltrovány. Histologicky byly všechny nádory tvořeny jednak solidními partiemi a jednak objemnými papilárními strukturami. Papily byly lemovány jednoduchou řadou nebo pseudostratifikovanými buňkami s eozinofilní granulární cytoplasmou a se zřetelnými buněčnými hranicemi. Grading odpovídal stupni 2 v systému dle Fuhrmanové. Při imunohistochemickém vyšetření vykazovaly nádorové buňky výrazně onkocytární diferenciaci. Ultrastrukturálně byly zastíženy polygonální buňky s velkým množstvím mitochondrií v cytoplasmě, které byly naprosto převažující organelou.

Závěr: PRK s onkocytárními rysy sdílí společné znaky pro PRK typu I a II. Současné vykazují společné znaky s RO. Vzhledem k nízké proliferativní aktivitě, která koresponduje s příznivým klinickým průběhem, můžeme případy prezentované v této studii označit

jako dobře diferencovanou variantu PRK. Je nutné si uvědomit, že podobné PRK v žádném případě nelze odlišit od RO např. při preoperačním cytologickém vyšetření či při peroperačním vyšetření technikou kryopreparátů.

32. METANEFRIKÝ ADENOM LEDVINY - KAZUISTIKA

M. Hora¹, O. Hes², Z. Ouda¹, M. Michal², L. Boudová², Z. Chudáček³

LF UK a FN Plzeň: ¹Urologická klinika, ²Šiklův patologicko-anatomický ústav, ³Radiodiagnostické oddělení

Úvod: Metanefrický adenom (MA) ledviny je vzácný tumor šířeji znám lékařské veřejnosti teprve od roku 1995. Byl a často ještě je patologie zaměňován hlavně za papilární renální karcinom a nefroblastom. Postihuje všechny věkové kategorie včetně dětí, častěji ženy (2 : 1). Zatím bylo publikováno asi 100 případů, pouze jedenkrát bylo popsáno metastazování do regionálních uzlin, jinak se vždy MA choval benigně. Předoperačně jej od ostatních ledvinových tumorů pomocí grafických vyšetření nelze rozeznat.

Vlastní pozorování: U 43leté ženy byla při sonografickém vyšetření náhodně objevena izoechogenní dobře ohraničená expanze pravé ledviny velikosti v průměru 5 cm. Nález homogenního tumoru byl verifikován na CT. Byla provedena radikální nefrektomie bez adrenalektomie. Ze zadního rtu *pars intermedia* vycházel homogenní velmi tuhý kulovitý bělavý tumor, dobře opouzdřený a neinfiltující žádnou hilovou strukturu. Tumor měl rozměry 5 x 4 x 3,5 cm. Histologicky se jednalo o typický MA. Tři měsíce od výkonu je pacientka bez obtíží.

Závěr: MA je vzácný a zcela svébytný nádor ledviny. Jeho maligní potenciál je nízký či žádný. Léčba je chirurgická s následnou dispenzarizací.

33. KARCINOM LEDVINY ZE SBĚRNÝCH KANÁLKŮ

K. Belej¹, R. Fiala¹, V. Jezdínská², Z. Kojecný³

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Ústav patologické anatomie FN a LF UP Olomouc

³1. chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: Karcinom ze sběrných kanálků je vzácným histologickým typem nádorového poškození ledvin. Poster představuje případ mladé nemocné s lokálně pokročilým karcinomem.

Metodika: Na základě anamnestických údajů o bolestech v pravé polovině zad a nechutenství bylo u 26leté nemocné provedeno klinické a ultrazvukové vyšetření břicha. Na sonografii se prokázalo nehomogenní zvětšení pravé ledviny a podezření na kompletní trombózu dolní duté žíly. Etiologicky se uvažovalo o trombóze a hemoragické infarzaci ledviny při trombofilním stavu způsobeném perorálními kontraceptivy. Méně pravděpodobná se jevila nádorová etiologie. Po vyšetření CT, vylučovací urografii a sta-tickou scintigrafií ledvin bylo zjištěno rozsáhlé nádorové poškození pravé ledviny s její afunkcí, zvětšení parakaválních uzlin, trombóza pravé ledvinové žíly a dolní duté žíly sahající až po oblast vtoku jaterních žil. V rámci kompletního uzávěru dolní duté žíly a částečného uzávěru levostranné ledvinové žíly byl zjištěn kolaterální oběh v povodí *v. hemiazygos* a *v. azygos*. Byla provedena operační revize s pravostrannou nefrektomií, parciální extrakcí trombu z dolní duté žíly a diagnostická regionální lymfadenektomie. Histologicky byl prokázán karcinom z buněk sběrných kanálků - *collecting duct carcinoma*. Vzhledem k pokročilosti nálezů byla zahájena adjuvantní chemoterapie, která nyní pokračuje.

Diskuse: Karcinom ledviny ze sběrných kanálků je vysoce maligní. Postihuje mladší nemocné než adenokarcinom ledviny nebo uroteliální karcinom. Metastazuje lymfogenní cestou s častým hematogenním rozsevem do plic, jater, mozku a druhostranné ledviny. Vzhledem ke společnému embryologickému původu buněk sběrných kanálků a epitelu vývodných močových cest se v chemoterapii nejčastěji používá režim MVAC. Prognóza nemocných závisí na rozsahu onemocnění v čase diagnózy a celkovém stavu nemocného.

Závěr: Kazuistika svědčí o nutnosti nepodceňovat často netypické příznaky závažného onemocnění u mladších nemocných.

34. NEOBVYKLÝ SVĚTLOBUNĚČNÝ UROTELIÁLNÍ KARCINOM PÁNVIČKY

O. Hes¹, M. Michal¹, M. Hora², R. Čuřík³, L. Baumruk⁴

¹Odd. speciální diagnostiky, ŠPAÚ, FN, Plzeň

²Urologická klinika, FN, Plzeň

³Ústav patologie, FNsP, Ostrava

⁴Odd. patologie, NsP, Příbram

Cíl studie: Poukázat na neobvyklou morfológickou variantu uroteliálního karcinomu (UK) ledviny se specifickým makroskopickým i mikroskopickým vzhledem.

Materiál a metody: Dva muži a dvě ženy ve věku 55 - 71 let tvořili soubor 4 pacientů. Byli nalezeni v souboru téměř 5 000 případů ledvinových nádorů. Nádorová tkáň byla vyšetřena pomocí standardních histologických technik, včetně imunohistochemie a ultrastruktury.

Výsledky: Všechny případy měly charakteristický uniformní makroskopický vzhled. Poškozená ledvina byla šedobílá, na řezu bez viditelné nádorové tkáně. Pánvičky měly zhrubělý povrch bez makroskopicky detekovatelné nádorové hmoty. Nález svým celkovým vzhledem připomínal amyloidovou či myelomovou ledvinu. Histologicky byla nádorová hmota tvořena převážně světlobuněčnými a jemně granulárními buňkami, které byly uspořádány většinou solidně s ložiskovou tvorbou pseudotubulárních formací. Nádorové

buňky rostly tygmotakticky renálním parenchymem, obkružovaly vitální tubuly i glomeruly. Přítomná byla ložiska lymfoidního stromatu s tvorbou lymfatických folikulů. Zachyceny byly zcela miniaturní fokusy skvamózní diferenciace. Dále byly přítomné přímé přechody dobře diferencovaného urotelu do světlobuněčných, respektive granulárních buněk. Přestože byl proveden pečlivý *sampling*, pánevka ve dvou případech obsahovala těžké dysplastické změny v urotelu a ve dvou případech pouze drobná ložiska UK.

Závěr: Představujeme neobvyklou variantu UK. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zejména konvenční renální karcinom a dále tzv. smíšený uroteliální a renální karcinom. Stanovení diagnózy UK je v těchto případech důležité pro prognózu a další léčbu pacientů.

35. STANOVENÍ MN/CAIX PROTEINU JAKO MOŽNÉHO MARKERU V DIAGNOSTICE ADENOKARCINOMU LEDVINY. PŘEDBĚŽNÉ SDĚLENÍ

L. Hyršl, I. Kawaciuk, J. Závada¹, Z. Zavadová¹

Urologická klinika UK 2. LF a FNM, Praha

¹Ústav molekulární genetiky AV ČR, Praha

Cíl studie: MN/CAIX protein je antigen asociovaný s nádorem, který lze prokázat imunohistochemicky ve 100 % případů adenokarcinomu ledviny (RCC) na membráně nádorových buněk. Normálně se vyskytuje pouze ve sliznici žaludku a větších biliárních cest. Nevyskytuje se ve tkáni zdravé ledviny, u nenádorových onemocnění ledviny ani benigních nádorů, chromofobní varianty karcinomu ledviny a adenokarcinomu z jasných buněk extrarenálního původu. Cílem naší studie bylo prokázat uvolňování MN/CAIX proteinu z povrchu nádorových buněk a jeho přítomnost v séru nebo moči nemocného a stanovit možné metody jeho detekce.

Materiál a metody: Pro průkaz uvolňování MN proteinu z buněk RCC do okolního prostředí jsme použili kultur nádorových buněčných linií i krátkodobě přežívajících kultur nádorových excizí z preparátů získaných při radikální nefrektomii pro RCC. MN protein jsme detekovali metodami ELISA (*enzyme linked solid phase assay*), *Western blot* a *dot blot*. V krevním séru jsme stanovovali MN protein u nemocných s podezřením na RCC před plánovaným operačním řešením. Vzhledem k jeho velmi nízké koncentraci v séru jsme vzorek nejdříve koncentrovali pomocí specifické protilátky. Jeho detekci jsme poté provedli výše zmíněnými metodami a vztahovali ji k velikosti tumoru.

Výsledky: Prokázali jsme, že ve všech tkáňových kulturách dochází k uvolňování MN/CAIX proteinu do okolního prostředí v koncentracích, které lze stanovit běžně metodami ELISA, *Western blot* i *dot blot*. V krevním séru se podařilo detekovat MN protein pouze u nemocných s pokročilým onemocněním. Zatím byla k tomuto účelu použitelná jen technika *Western blot*, která dovoluje detekci specifického antigenu i v nadbytku zkříženě reagujících proteinů. Technika ELISA je asi 1000x citlivější, avšak zatím nebyla použitelná pro antigen koncentrovaný ze séra pacientů (pro zkřížené reakce).

Závěr: MN/CAIX protein se uvolňuje z povrchu nádorových buněk a lze jej prokázat v krevním séru nemocných s rozsáhlým RCC metodami ELISA a *Western blot*. Je předpoklad, že dalším zdokonalením metodiky (zejména ELISA), na kterém se pracuje, bude možné vyvinout diagnosticky test dostatečně citlivý, specifický a rutinně proveditelný, který detekuje tumor o velikosti 1 cm³. Jeho využití v klinické praxi bude předmětem dalších studií.

36. FASCIOKUTÁNNÍ LALOKY V REKONSTRUKCI HYPOSPADIE A STRIKTURY URETRY - 500 PŘÍPADŮ

R. Kočvara^{1,2}, J. Dvořáček^{1,2}, J. Kříž¹, Z. Dítě^{1,2}, D. Fahlenkamp³, W. Müller

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Subkatedra dětské urologie a Katedra urologie IPVZ, Praha

³Klinik für Urologie, Ruppiner Kliniken, Neuruppin

Cíl studie: Uretroplastiky s použitím fasciokutánních laloků jsou indikovány při rekonstrukci proximální varianty hypospadie a při rekonstrukci táhlé striktury přední uretry. V práci přinášíme přehled použití různých variant lalokových plastik, důležité technické podrobnosti a klinické zhodnocení u 501 případů.

Metoda a pacienti: V letech 1986 - 2000 bylo operováno 501 nemocných ve věku 8 měsíců - 68 let. U našich prvních 31 nemocných jsme použili transverzální tubulizovaný lalok. Zachování uretrální ploténky či kontinuity uretry umožňuje maximální využití techniky *onlay*. V případě chybějícího segmentu uretry nebo u krátké či méněcenné uretrální ploténky jsme proto od r. 1992 použili lalok *inlay-onlay* či kombinovaný lalok *tube-onlay*. Ve valné většině jsme použili lalok z předkožky, méně často cirkulární lalok z penilní kůže, u jednoho nemocného lalok ze skrotální kůže. V technickém postupu zdůrazňujeme pečlivou přípravu uretrální ploténky a její maximální využití v případě jejího přetnutí či resekce, v distální části vytnutí ploténky až na vrchol glandu a maximální mobilizaci glandulárních těles. Při mobilizaci cévní stopky laloku ponecháváme veškerou *t. dartos* předkožky při vnitřním listu a odstraňujeme jen kůži zevního listu, ojedinelé je indikována metoda *double face* s využitím obou listů předkožky. Šetříme *t. dartos* ventrální penilní kůže za účelem bezpečného překrytí neourey. Anastomózu protilehlou stopce šijeme ve 2 - 3 vrstvách s využitím nadbytečné tkáně *t. dartos* laloku. Méněcennou ventrální kůži penisu resekujeme i za cenu vysunutí šourku distálně. Meatus uretry by měl být podélný, glanduloplastika musí zajistit odpovídající kalibr neourey. V případě striktury je nutné bezpečné napojení laloku na zdravou proximální uretru.

Výsledky: Metodou transverzálního tubulizovaného laloku bylo ošetřeno 31 nemocných v letech 1986 - 1992, kdy komplikace neourey (zejména proximální striktury) se vyskytly u 13 (41,2 %). Metodou *onlay* či *inlay* (event. *tube-onlay*) bylo ošetřeno 402 nemocných s hypospadií a v letech 1992 - 2000 s průměrnou dobou sledování od operace 3,8 roku. V souboru 322 nemocných s první operací pro hypospadii se vyskytla komplikace neourey (píštěl, striktura meatu, dehiscence) u 44, tj. 13,7 % nemocných,

v souboru 72 nemocných po předchozí rekonstrukci pro hypospadii se komplikace neouretrey vyskytla u 13, tj. u 18,1 % nemocných. 8 nemocných se nedostavilo na kontrolu. V souboru 64 nemocných se strikturou uretry jiného původu se vyskytly komplikace (většinou restriktura) u 18, tj. 28 % nemocných, včetně jednoho nemocného s lalokem ze skrotální kůže.

Závěr: Fasciokutánní laloky umožňují rekonstrukci delšího defektu močové trubice. Počet komplikací souvisí se závažností rekonstruovaného defektu. Je nejnižší u primární operace hypospadiie, častější u reoperované hypospadiie, a nejvyšší je u nemocných se strikturou uretry jiného původu. Tubulizované laloky vykazují vyšší počet komplikací než laloky *onlay* a měly by být proto nahrazeny lalokem *inlay-onlay*.

37. MEATOPLASTIKA DLE JORDANA

R. Fiala, J. Ženíšek¹, R. Vrtal

Urologická klinika FN, Olomouc

¹Urologické oddělení, České Budějovice

Úvod: Rekonstrukce stenózy meatu mužské uretry musí nejenom funkčně upravit meatus, ale i odpovídající způsobem zabezpečit kosmeticky přijatelný vzhled glandu.

Pacienti a metody: V letech 1997 - 1999 jsme operovali 21 pacientů se stenózou meatu. Všichni podstoupili otevřenou operační rekonstrukci. Příčinou stenózy byla BXO, instrumentace, katetrizace nebo se etiologií nepodařilo zjistit. 6 nemocných mělo již za sebou funkčně i kosmeticky neúspěšnou meatotomii, 8 nemocných mělo stenózu meatu kombinovanou se stenózou glanulární uretry.

Výsledky: Otevřená rekonstrukce byla úspěšná u všech, ani jeden nemocný nemá zatím recidivu. Kosmetický vzhled je excelentní, samozřejmě chybí prepucium. Při mikci nikdo nerozstříkuje moč. Časně komplikace (píštěl, hojení p.s., rozpad plastiky, infekce) se nevyskytly žádné, pozdní rovněž ne.

Závěr: Meatoplastika dle Jordana je plastikou s výborným funkčním i kosmetickým efektem vhodnou k rekonstrukci meatu i distální uretry.

38. STRATEGIE PŘEDOPERAČNÍHO VYŠETŘENÍ A VÝSLEDKY ENDOSKOPICKÉHO ŘEŠENÍ STENÓZY PUJ

P. Kumstát, D. Pacík, A. Čermák, J. Doležel, M. Šustr

Urologická klinika FN Brno, Bohunice

Cíl studie: Cílem práce je zhodnocení výsledků endoskopického řešení stenóz PUJ.

Materiál a metodika: V období od roku 1994 do roku 2001 bylo endoskopicky operováno 43 pacientů se stenózou PUJ. V souboru je hodnoceno 42 pacientů, 13 mužů a 29 žen, ve věku od 21 do 71 let (prům. 47 let). V 5 případech byl proveden retrográdní přístup k PUJ. Po výkonech byl zaveden retrográdně endopyelotomický JJ stent CH 14/6 na 6 - 8 týdnů. Ve zbylých 37 případech byla stenóza PUJ protnuta antegrádně přístupem přes kalich ledviny. Po výkonech byl zaveden endopyelotomický JJ stent 14/6 antegrádně. K endopyelotomiím byly indikovány případy, kde podle provedených předoperačních vyšetření nebylo podezření na cévy křížící PUJ. V posledních 2 letech byla do algoritmu vyšetření zahrnuta spirální CT angiografie a prostorová 3D rekonstrukce s postkontrastní aplikací diuretika. U 5 pacientů bez průkazu nefrolitiázy byla indikována retrográdní endopyelotomie. Antegrádní endopyelotomie byla provedena u 30 pacientů, kde součástí výkonu bylo řešení nefrolitiázy. U 7 pacientů bez přítomnosti litiázy byla provedena pouze endopyelotomie. Jednotlivé skupiny souboru jsou hodnoceny z hlediska účinnosti metod v léčbě. Radioizotopová nefrografie je prováděna v pooperačním období v 6 měsíčních intervalech. Sledovány jsou hodnoty T 1/2 a T max. a drenáž po aplikaci diuretika. Dále provádíme IVU a UTZ vyšetření s měřením páňvičky a kalichů ledviny ve standardních projekcích.

Výsledky: U retrográdního přístupu (n = 5) vykazují pooperační zlepšení všech sledovaných parametrů 4 pacienti (100 %). Ve 3 případech došlo k úpravě dilatace páňvičky a kalichů. U antegrádního přístupu (n = 37) diuretické testy ukazují zlepšení ve 33 případech (89 %). K úpravě dilatace páňvičky dochází ve 27 případech (72 %). Zmenšení dilatace závisí na rozměrech před operací a na tom, zda se jedná o intrarenální nebo extrarenální páňvičku. Ve 4 případech dochází po 12 měsících k opětovnému zhoršení drenáže a obnovení stenózy. Ve všech případech byla úspěšně provedena otevřená plastika PUJ. U 40 pacientů byl vlastní výkon i pooperační průběh bez vážnějších komplikací. 1x byl pokus o přístup ke stenóze PUJ retrográdním přístupem neúspěšný pro gracilní ureter i přes jeho předchozí dilataci JJ stentem. V 1 případě se u antegrádního přístupu vyskytlo krvácení z parenchymu hydronefrotické hypo-funkční ledviny. Vzhledem k tomu, že nebylo možno technicky provést selektivní embolizaci, byla provedena nefrektomie.

Závěr: Endoskopické řešení stenózy PUJ představuje účinnou alternativu otevřené pyeloplastice s minimem závažných komplikací. Podle našich zkušeností na malém souboru, který rozšiřujeme, vykazuje retrográdní přístup vysoké procento úspěšnosti při malé invazivitě výkonu. Nezaznamenali jsme zvýšený výskyt komplikací. V případě, že není přítomna nefrolitiáza, může být zvažována jako metoda první volby při léčbě primárních i sekundárních stenóz PUJ.

39. DILATACE HORNÍCH MOČOVÝCH CEST PO CYSTEKTOMII S KONTINENTNÍ DERIVACÍ MOČI - PŘÍČINY, LÉČENÍ, PREVENCE

P. Morávek, A. Hafuda

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl práce: V letech 1989 - 2000 provedli autoři 118 cystektomií s kontinentní derivací moči pro karcinom. U 44 operovaných (37 %) se následně vyskytla ureterohydronefróza. Autoři se zaměřili na rozbor příčin vzniku, léčbu a prevenci této nežádoucí komplikace.

Soubor nemocných a metody: V souboru 44 nemocných byla ureterohydronefróza závažná u 59 %. U 24 šlo o kategorii tumoru pT2, u 20 pT3. U ileálního měchýře byl výskyt u 42 %, u *Mainz pouch* II u 29 % operovaných. Ureteroileální spojení jsme u 95 % operovaných provedli dle Le-Duca a ureterosigmoideální spojení dle Hohenfelnera. Příčinou časně, nezávažné ureterohydronefrózy byl edém (18x), časný závažný reflux (2x), stenóza spojení (9x) a recidiva nádoru (1x). Příčinou pozdní ureterohydronefrózy byla stenóza spojení (7x), lokální recidiva (7x) a litiáza (1x).

Taktika léčení, výsledky: Časnou, nezávažnou hydronefrózu jsme jen sledovali, závažnou jsme řešili trvalou PND (punkční nefrostomická drenáž) (1x), PND s následným prográdním zavedením stentu (8x). Pozdní ureterohydronefrózu jsme řešili PND (5x), PND s následným zavedením stentu (5x) a 2x jsme provedli ureterovezikoneostomii.

Závěry: Závažná ureterohydronefróza se v celém souboru (118 operovaných) vyskytla u 22 % operovaných. Častěji u ileálního měchýře (u spojení dle Le-Duca) a pokročilých stadií tumoru. Optimální řešení je miniinvasivní endoskopické - stent. Operace je vhodná jen při neúspěchu a stabilitě základního onemocnění. Předpokladem pro nižší výskyt je šetrná operační technika - zachování dobré výživy močovodu a nové metody ureteroileálního spojení.

40. AUGMENTAČNÍ CYTOPLASTIKA U PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

R. Zachoval¹, J. Piřha², E. Medová², J. Heráček¹, M. Lukeš¹, M. Záleský¹, M. Urban¹

¹Urologická klinika 3. LF UK, Praha

²Neurologická klinika 3. LF UK, Praha

Cíl studie: Prezentovat výsledky léčby hyperaktivního detruzoru augmentační cytoplastikou u pacientů s roztroušenou sklerózou.

Materiál a metody: Augmentační cytoplastika (Goodwinův *cup-patch*) byla provedena u 9 pacientů (7 žen a 2 mužů) ve věku 23 - 57 let, z toho u 8 pacientů pro hyperaktivní detruzor refrakterní na konzervativní terapii a u 1 pacienta pro hyperaktivní detruzor s renální insuficiencí při oboustranném vezikoureterálním refluxu 3. stupně. Předoperačně a pooperačně byly objektivní parametry stanoveny urodynamickým vyšetřením, zobrazovacími metodami a laboratorním vyšetřením renálních funkcí, vnitřního prostředí a moči. Subjektivní hodnocení byla provedena dotazníky na mikční obtíže (skóre 0 - 5) a na kvalitu života (skóre 0 - 6).

Výsledky: Při sledování 6 - 19 měsíců došlo ke zvýšení maximální kapacity detruzoru v průměru ze 105 ml na 797 ml a snížení detruzorového tlaku z 53 cm H₂O na 30 cm H₂O. Postmikční reziduum větší než 25 % maximální kapacity je přítomno u 6 pacientů. Těchto 6 pacientů provádí pooperačně ČIAK (předoperačně 2 pacienti). U všech pacientů došlo k výraznému zlepšení iritační mikční symptomatologie (polakisurie, nykturie, urgence a urgentní inkontinence) a skóre kvality života se zlepšilo v průměru z 4 na 0,7. U pacientů s renální insuficiencí došlo k poklesu hladiny kreatininu z 286 na 150 mol/l, u ostatních pacientů jsou renální funkce bez alterace. Nezaznamenali jsme výskyt hyperchloremické acidózy. Komplikace se vyskytly v jednom případě v časném pooperačním období (abscedující orchiepididymitida, vyžadující provedení orchiektomie) a v druhém případě v pozdním pooperačním období (recidivující cystitida při nedodržení režimu ČIAK).

Závěr: Augmentační cytoplastika je u správně indikovaných pacientů s roztroušenou sklerózou bezpečnou a efektivní metodou, která výrazně zlepšuje kvalitu jejich života.

41. VELKÁ PARASTOMÁLNÍ HERNIE U URETEROILEOSTOMIE

R. Fiala¹, B. Hruban²

¹Urologická klinika FN, Olomouc

²Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov

Úvod: Ureteroileostomie bývá při delším odstupu od operace až ve 20 % komplikována stenózami ústí stomie, stenózami střevního segmentu, ureterointestinálními stenózami a parastomálními herniemi. Extrémně velké hernie jsou vzácné.

Materiál a metody: V letech 2000 - 2001 jsme operovali 3 pacientky s obrovskou parastomální hernií po ureteroileostomii a cystektomii. U jedné byla kýla příčinou močové inkontinence, u druhé nemocné se solitární ledvinou působila pyelonefritida a u třetí nemocné s kýlou kombinovanou se stenózou stomie se rozvinuly obstrukční megauretery s litiázou a chronickou renální insuficiencí.

Výsledky: Všechny tři nemocné byly extrémně obézní. U všech byla kýlní branka vzhledem k velkému obsahu kýlního vaku relativně malá, do 8 cm. Kýlní vak byl vždy uložen laterálně od ureteroileostomie. Vlastní konduit byl prodloužený a dilatovaný, u jedné nemocné obsahoval dva velké konkrementy. Střevní kličky byly po předešlých výkonech v rozsáhlých adhezích. Rekonstrukce měla dvě části, plastiku hernie a úpravu ureteroileostomie. U jedné pacientky byla plastika hernie provedena bez použití cizích materiálů, u dvou jsme použili k rekonstrukci Vicrylovou síťku. U všech bylo potřeba upravit délku konduitu a transponovat stoma. Všechny nemocné se zahojily *per primam*. U všech byly vyřešeny jejich hlavní problémy (kýla, inkontinence, pyelonefritida, megauretery, litiáza).

Závěr: Přes rozsáhlý objektivní předoperační nález jsou dosažené výsledky velmi dobré.

42. VLASTNÍ MODIFIKACE ANTIREFLUXNÍ URETEROILEÁLNÍ ANASTOMÓZY - TECHNIKA URETERÁLNÍHO LALOKU A ŽLÁBKU (*FLAP AND TROUGH*). ČASNÉ KLINICKÉ ZKUŠENOSTI.

J. Doležal

Urologická klinika LF MU, Brno

Úvod: Použití antirefluxních ureterointestinálních anastomóz (UIA) záklopkového typu (*flap valves*) při derivaci moči je i dnes kontroverzní, zejména při konstrukci nízkotlakých náhrad močového měchýře. Mohou totiž neodůvodněně zvyšovat riziko vzniku zúžení v oblasti UIA a vést k závažnému obstrukčnímu poškození horních cest močových. Autoři nicméně zastávají názor, že v případech zvýšené pravděpodobnosti výskytu infikovaného neoveziko-ureterálního refluxu (VUR) a trvalé či recidivující mikrobiální infestace je užití UIA se záklopkovým antirefluxním mechanismem odůvodněné. Konstrukce ureteroileální antirefluxní anastomózy při tom představuje specifický problém: z důvodu pevného spojení sliznice ilea s *valvulae conniventes* nelze totiž vytvořit podslizniční antirefluxní kanál postupy standardními pro jiné oblasti (močový měchýř, žaludek, kolon). Žádná ze současně užívaných metod není prostá komplikací. Cílem prezentované modifikace konstrukce (FT) UIA je především snížení rizika výskytu obstrukčních a refluxních komplikací ale i umožnění, respektive usnadnění endoskopické detekce a instrumentace (ureteroskopie). Sdělení pojednává o technice, která byla již dříve publikována, a časných klinických zkušenostech s ní.

Pacienti a metody: FT anastomóza byla indikována pro derivace se zvýšeným rizikem infikovaného VUR či s vyšší pravděpodobností trvalé či recidivující mikrobiální kolonizace. Metodou bylo implantováno celkem 16 ureterů u 8 pacientů (4 muži a 4 ženy) průměrného věku 48 let (28 - 73 let). Z těchto operovaných je hodnoceno 6 pacientů, tj. 12 renoureterálních jednotek, sledovaných déle než 6 měsíců: průměrná délka sledování činí 20 měsíců (9 až 35 měsíců). Kromě toho byla FT metoda jedenkrát využita jako kontinentní chlopeň Mitrofanoffova principu u pacienta, který stojí mimo tento soubor.

FT metoda je v podstatě kombinací techniky Le Ducovy (LD) a „rozpolcené manžety“ (*split-cuff nipple* - SCN): intramurální část ureteru, pevně fixovaná ve slizničním žlábků střední stěny budoucího rezervoáru (LD technika), je překryta lalokem vytvořeným z ureterální stěny, který vznikne retrakcí a everzí spatulované konečné části ureteru (SCN technika). Na závěr jsou okraje ureterálního laloku po obvodu fixovány k okrajům slizničního žlábků.

Po operaci byli pacienti pečlivě sledováni klinicky, laboratorně (stanovení sérových hodnot kreatininu či *clearance* kreat., mikroskopické a bakteriologické vyš. moči), sonograficky (vyšetření horních moč. cest), rentgenologicky (IVU, cystogram), radioizotopicky (dynamická scintigrafie ledvin 99m Tc MAG3), urodynamicky (enterocystometrie), endoskopicky (enterocystoskopie).

Výsledky: Ve všech případech probíhalo hojení bez komplikací vyplývajících z techniky UIA. Za období sledování u žádného pacienta nebyla uvedenými metodami funkčních a zobrazovacích vyšetření prokázána progresse poškození horních cest močových. Oboustranný VUR 2. stupně patrný při cystografii 3. týden po operaci u jediné pacientky nebyl při opakovaných kontrolách zachycen. Opakovaně po celou dobu sledování, bez antibiotické léčby, byla nalezena sterilní moč pouze u jednoho pacienta; u všech ostatních pak chronická asymptomatická bakteriurie. Akutní pyelonefritida byla přeléčena dvakrát u dvou pacientů. Aspekci, za více než jeden rok po operaci, nebyla prokázána retrakce ani stenóza intramurální části UIA u žádného z vyšetřených. Místa anastomóz byla vždy snadno endoskopicky detekovatelná a přístupná pro instrumentaci.

Závěr: I když je doba sledování předloženého souboru pacientů příliš krátká pro definitivní zhodnocení, FT metoda UIA si pro svou jednoduchost a uvedené přednosti, dle autora, pravděpodobně zaslouží další pozornost a vývoj.

43. ANATOMICKÉ ROZPREPAROVÁNÍ PENISU (*DISASSEMBLY*) PŘI KLITORIDOPLASTICE U MUŽSKÉHO TRANSSEXUALISMU

L. Jarolím, M. Grim, O. Naňka

Urologická klinika a Anatomický ústav 1. LF UK, Praha

Cíl studie: Získání intaktního nervověcévního svazku inervujícího *glans penis* je základní podmínkou pro funkční plastiku neoklitoridy při chirurgické konverzi pacientů s mužským transsexualismem.

Materiál a metoda: Byly provedeny anatomické studie nervověcévního svazku penisu u kadaverů. Technikou dle Mitchella a Peroviče byla při konverzních operacích u transsexuálních osob provedena operační izolace svazku. Cévní spojky vyživující a drenující kavernózní tělesa byly při operačním výkonu bezpečně ošetřeny bez rizika poškození svazku. *Glans penis* byl zmenšovací resekci konfigurován do podoby neoklitoridy.

Výsledky: Anatomické studie inervace a cévního zásobení penisu na mužských kadaverech byly podkladem pro upřesnění teoretických znalostí o průběhu uvedených struktur při koření penisu a umožnily vytvoření dobře živěné neoklitoridy se zachovanou erotogenní citlivostí. *N. dorsalis penis* se odděluje z *n. pudendus* již po jeho výstupu z *foramen infrapiriforme*. Ve *fossa ischioec-talis* leží *n. dorsalis penis* kraniálněji než kmen *n. pudendus*.

Při pohledu z perinea je uložen hluboko, je schován za *crus corporis cavernosi* a mezi ním a *ramus inf. ossis pubis*. Tim pronikne na laterální obvod *crus corporis cavernosi penis*. Po jeho laterálním obvodu se stáčí mediálně na dorzální stranu penisu. Po výstupu z prostoru mezi *crus* a *r. inf. ossis pubis* je uložen mediálně od *lig. fundiforme penis* a začátku *m. gracilis*.

Závěr: Anatomické rozpreparování penisu při chirurgické konverzi u mužských transsexuálních osob umožňuje zachovat plnou erotogenní citlivost neoklitoridy.

44. THE AGING MALE - CHARAKTERISTIKA SYNDROMU A SROVNÁNÍ S PRVNÍMI VÝSLEDKY STUDIE VE SKUPINĚ 219 PACIENTŮ

M. Hanuš, M. Matoušková, L. Stárka¹

Urocentrum, Praha

¹Endokrinologický ústav, Praha

Cíl studie: Ověřit na reprezentativním vzorku pacientů výskyt symptomů spojovaných s poklesem hladin androgenů u stárnoucích mužů.

Materiál a metodika: U mužů nad 50 let se projevují symptomy obvykle souborně označované jako PADAM syndrom (*Partial Androgen Deficiency of Aging Men*). Tyto symptomy s věkem nabírají na výraznosti. V úvodní skupině 219 mužů nad 60 let věku jsme dotazníkovou metodou, fyzikálním, verbálním a přístrojovým vyšetřením porovnávali odraz změn hormonálního prostředí (FSH, LH, SHGB, prolaktin, testosteron, T3, DHEA a PSA) na psychosomatickém profilu jedince. Další sledované proměnné byly profese, BMI, krevní tlak, fyzická a psychická aktivita. Vzorky odebrané ve stejnou dobu hodnotila jedna laboratoř.

Výsledky: Stávající výsledky naznačují velké variace v hladinách sledovaných hormonů, především vzhledem k věku. Nezřídka patologické laboratorní hodnoty nemají žádný vztah k psychosomatické konstituci pacienta, dokonce mohou být v protikladu. Literárně citovaný a často užívaný dotazník *University Saint Louis*, v našem souboru též použitý, neposkytl potřebný obraz k diagnóze syndromu PADAM, ani nebyl dostatečně průkazný k podezření na androgenní deficit.

Závěr: Prezentace výsledků je prvním krokem konfrontujícím vlastní zkušenosti s literárními údaji a má napomoci rozhodování o substituční terapii. Má též přispět k argumentaci podporující primární soustředění *the aging male* klientů v urologické ambulanci péči. Je zřejmé, že hormonální substituce bude jen součástí komplexní léčby syndromu PADAM, na kterém se bude podílet úprava diety, pohybové aktivity, denního režimu, podpůrná psychoterapie, farmakoterapie specialistů a další. Tato úprava životního stylu bude vyžadovat aktivní zájem pacienta na svém zdraví a spolupráci s velmi erudovaným lékařem.

45. SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

J. Heráček, R. Zachoval, I. Syrovátka, M. Urban

Urologická klinika 3. LF UK, Praha

Cíl studie: Cílem studie bylo zjistit incidenci sexuálních dysfunkcí u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS).

Materiál a metody: 79 pacientů s RS (29 mužů a 50 žen) ve věku od 21 do 69 let (průměrný věk 43 let) bylo pomocí dotazníku sexuologicky vyšetřeno na základní složky sexuální reaktivity (stupnice 1 - 5). U mužů byly takto hodnoceny erekce, ejakulace, orgasmus, libido a senzitivita, u žen orgasmus, libido, senzitivita, bolestivost a suchost v pochvě.

Výsledky: Porucha sexuálního života byla zjištěna u 51 (65 %) pacientů. Sexuální aktivita byla zjištěna v našem souboru u 42 (53 %) pacientů, z toho u 9 mužů a 33 žen. Průměrná frekvence pohlavního styku za 3 měsíce byla 19 (2 - 84). Projevy sexuálních dysfunkcí jsme zaznamenali u 14 (18 %) pacientů - 6 mužů a 8 žen, u obou skupin dominovaly poruchy orgasmu.

Absence sexuální aktivity byla zjištěna u 37 (47 %) pacientů, z toho 20 (25 %) mužů a 17 (22 %) žen. U mužů byla příčinou u 9 pacientů erektilní dysfunkce, invalidita v 6 případech, absence partnera ve 3 a nezáměr pacienta ve 2 případech. Příčinou u žen byla invalidita u 11 pacientek, absence partnera v 5 a nezáměr pacientky v 1 případě. Záměr o léčbu sexuální dysfunkce projevil 15 (19 %) pacientů.

Závěr: Výsledky potvrzují vysoký výskyt sexuálních dysfunkcí u pacientů s roztroušenou sklerózou. Vyvolávají potřebu tyto pacienty aktivně vyhledávat a vhodným terapeutickým postupem předcházet negativním dopadům onemocnění na kvalitu života.

46. SOUČASNÝ STAV LÉČBY PEYRONIEHO CHOROBY

K. Kočí

Andromeda®, Praha

Úvod: Plastická indurace penisu - *m. Peyronie* (MP) se projevuje bolestmi a rekurvaci penisu při erekcii a hmatnou indurací a vyskytuje se přibližně u 1 - 3,7 % mužů. Jde o autoimunitní proces, jehož etiologie není dosud zcela objasněna. Podkladem je pravděpodobně abnormální průběh hojení léze *tunica albuginea* při excesivní syntéze růstového faktoru TGF- β 1 s následnou nadprodukcí kolagenu. Působením myostatinu zřejmě dochází k transformaci fibroblastů na myofibroblasty, které způsobují kontrakturu vzniklého ložiska. Analogií tohoto onemocnění je Dupuytrenova kontraktura palmární aponeurózy, a proto v 9 - 16 % nalézáme obě tyto klinické jednotky souběžně.

Terapeutické metody: V konzervativní léčbě MP se postupně používala řada farmak - kortikoidy, dimetylsulfoxid, cytostatika, superoxidismutáza, Potaba, alfa-tokoferol, kolagenáza, tamoxifen, kolchicin, verapamil. Z fyzioterapeutických metod se aplikovala iontoforéza, ultrazvuk, biostimulační laser či radioterapie. Volba chirurgické léčby MP závisí na délce penisu a kvalitě erekce. Je-li penis dostatečně dlouhý, používá se korekčních postupů spočívajících ve zkrácení kontralaterální strany penisu excizí či plikací *tunica albuginea*. Při krátkém penisu se do incidovaného či excidovaného ložiska fibrózy vsívá štěp, např. venózní, dermální, kadaverózní perikardiální či goretexový. Je-li současně přítomna i porucha erekce, je metodou volby nejčastěji incize, excize či modelace ložiska a implantace penilních endoprotéz.

Závěr: Konzervativní metody léčby jsou úspěšné přibližně u 50 - 65 % případů. Chirurgická terapie je při správné volbě metody velmi efektivní, je však třeba vyčkat úplné stabilizace procesu, tedy nejméně půl roku, raději však rok bez projevů progresu. Radioterapie je nevhodná - odstraní sice bolesti, ale významně zvyšuje produkci fibrogenních cytokinů, takže ve svém důsledku onemocnění zhoršuje je dalším rozvojem fibrotizace.

47. VYUŽITÍ NÍZKOVÝKONNÉHO LASERU V TERAPII PEYRONIEHO CHOROBY - PRVNÍ ZKUŠENOSTI

A. Horák, J. Krhut, K. Mainer

Urologické oddělení FNŠP, Ostrava-Poruba

Úvod: Peyronieho choroba je úporné onemocnění s ne zcela jasnou etiopatogenezí. Terapie tohoto onemocnění je možná pomocí perorální medikace a injekcí, ultrasonoforetické nebo iontoforetické aplikace preparátů do plaku. Bylo zkoušeno měkké rtg záření a rázové vlny. Tyto metody nejsou vždy úspěšné a bez nežádoucích účinků.

Materiál a metody: Sledovaný soubor zahrnoval 11 mužů ve věku 28 - 61 let s Peyronieho chorobou. Všichni již byli léčeni některou z výše uvedených metod a měli před zahájením terapie hmatnou induraci. Dále mělo 6 pacientů bolest při erekci, 8 zakřivení penisu. Erektální dysfunkce byla u 3 mužů ze sledovaného souboru. K ozáření plaků jsme použili nízkovýkonový laser BTL 2000® o vlnové délce 840 nm. Bylo provedeno 10 expozičních o hustotě energie 6 J/cm² při výkonu 100 mW během 14 dnů. Délka expozice byla individuální dle velikosti ozařované plochy, průměrně 5 minut.

Výsledky: Stav onemocnění se hodnotil před zahájením terapie, následně hned po jejím ukončení a s odstupem 3 měsíců. Subjektivně hodnotilo vymizení bolesti 100 % pacientů, zmenšení zakřivení 50 % a zmenšení indurace 72,7 %. Erektální schopnosti se zlepšily ve 46,7 %. Objektivně palpační a ultrasonografické vyšetření potvrdily zmenšení indurace v 72,7 % a fotografická dokumentace penisu při erekci ústup zakřivení v 50 %. Neobjevily se žádné komplikace a nežádoucí účinky terapie laserem.

Závěr: Terapie Peyronieho choroby nízkovýkonovým laserem se jeví jako účinná s absencí nežádoucích účinků. Plně se zde uplatňuje protizánětlivý, analgetický, vazodilatační a biostimulační efekt laseru. Nevýhodou je vysoká pořizovací cena přístroje.

48. VÝSKYT A TERAPIE PRIAPISMU NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ FNŠP OSTRAVA-PORUBA V LETECH 1998 - 2000

A. Horák, K. Mainer

Urologické oddělení FNŠP, Ostrava-Poruba

Úvod: Priapismus představuje náhlou příhodu v urologii. Projevuje se jako prolongovaná, obvykle velmi bolestivá erekce, kterou neprovází sexuální vzrušení, a která nemá souvislost s erotickou stimulací. Vzniku priapismu může předcházet pohlavní styk. Patogeneticky se rozděluje na nízkoprůtokový a vysokoprůtokový. Etiologie priapismu může být rozmanitá.

Materiál a metody: V průběhu let 1998 - 2000 jsme ošetřili pro priapismus 8 pacientů ve věku 22 - 71 let. Dle etiologie se jednalo dvakrát o idiopatický priapismus, čtyřikrát navozený intrakavernózní aplikací vazodilativních látek, u dvou pacientů o trombembolický. Na základě vyšetření krevních plynů či Dopplerovské ultrasonografie se jednalo o nízkoprůtokový priapismus v 7 případech a v 1 případě o vysokoprůtokový. Doba ošetření od vzniku onemocnění byla 4 - 12 hodin. V terapii priapismu jsme dvakrát použili pouhé aspirace krve z kavernózních těles, dvakrát aspirace krve s aplikací alfa-adrenergních látek, dvakrát kaverno-glandulární zkrat dle Wintera, dvakrát kaverno-glandulární zkrat dle Al Ghoraba.

Závěr: Priapismus je relativně vzácná náhlá příhoda v urologii, její četnost narůstá v souvislosti s léčbou erektilní dysfunkce. Tyto arteficiálně vyvolané nízkoprůtokové priapismy se při včas zahájené terapii dají odstranit pouhou aspirací krve z kavernózních těles samostraně nebo s intrakavernózní aplikací alfa-adrenergních látek. Ostatní typy priapismu pak mohou být jak diagnostickým, tak terapeutickým problémem.

49. DIAGNOSTIKA ZHOUBNÉHO NÁDORU VARLETE PŘI VYŠETŘENÍ INFERTILNÍHO MUŽE

M. Turjanica, D. Pacík, A. Čermák

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl studie: Autoři se snaží ve svém příspěvku upozornit na důležitost andrologického vyšetření u infertilních a subfertilních mužů před započetím terapie metodami asistované reprodukce, a to na příkladu možné detekce tak závažného onemocnění, jako jsou zhoubné nádory varlat.

Materiál a metody: Retrospektivní analýza diagnostických závěrů u pacientů vyšetřených za posledních 17 měsíců v andrologické poradně Univerzitního Andrologického Centra FN Brno (UAC). Od listopadu 1999 do konce března 2001 bylo v andrologické poradně UAC provedeno 224 prvovýšetření u pacientů odeslaných pro subfertilitu či infertilitu a současný patologický nález ve spermioqramu. Jednalo se o pacienty odeslané různými gynekologickými pracovišti pouze na základě patologického spermioqramu a bez předchozího andrologického či urologického vyšetření.

Výsledky: U 3 pacientů (z uvedených 224 vyšetřených) bylo již na základě palpačního vyšetření vysloveno podezření na nádor varlete, u jednoho pacienta pak na oboustranný nádor. Průměrný věk pacientů byl 28,3 roku, u dvou pacientů se jednalo o primární infertilitu, u jednoho o infertilitu sekundární. Ve spermioqramech se nález pohyboval od azoospermie (u jednoho pacienta) po různé stupně oligoastenoteratozoospermie. Jeden pacient (s jasným palpačním i UTZ podezřením na bilat. tu varlat) terapii odmítl, opakovaně podepsal negativní revers a rozhodl se pro alternativní medicínu. U zbylých dvou pacientů histologické vyšetření potvrdilo nález tu varlete - 1x se jednalo o klasický seminom, 1x pak o embryonální ca varlete. U jednoho pacienta s klasickým seminomem se během sledování, již po prodělané aktinoterapii, objevila duplicita nádoru i v druhém, solitárním varletu.

Závěr: Subfertilita u pacientů s nádorovým postižením varlete (či varlat) je přítomna ve zvýšeném procentu případů a tato práce chce varovat před jednoduchým řešením problémů subfertility či infertility metodami asistované reprodukce bez předchozího andrologického (urologického) vyšetření pacienta.

50. HYDRONEFRÓZA V GRAVIDITĚ A NEZBYTNOST DERIVACE MOČÍ

Z. Beran, D. Pacík, A. Čermák

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl studie: V tomto sdělení autoři informují o patologických stavech během těhotenství, které vedou k dilataci horních cest močových (HMC). Hodnotí význam infekce močových cest v těhotenství a její vliv na průběh gravidity a riziko pro plod. Shrnují základní principy a možnosti terapie uroinfekcí v graviditě se zaměřením na řešení uroinfekce spojené s dilatací HMC. Dále hodnotí indikace k akutní derivaci moči během gravidity, způsoby provedení, výhody a rizika jednotlivých metod s přihlédnutím k omezeným diagnostickým možnostem u těhotných. Je zdůrazněna nutnost dispenzarizace pacientek s uroinfekcí či derivací moči v graviditě, těsná spolupráce s gynekologem a v poporodním období nezbytnost došetření a eventuálního řešení patologických stavů.

Materiál a metodika: Na urologické klinice FN Brno-Bohunice bylo v období od července 1994 do května 2001 ošetřeno 10 gravidních pacientek s klinickými obtížemi a dilatací močových cest, které vyžadovaly provedení akutní derivace moči. Derivace byla provedena v devíti případech punkční nefrostomií, v jednom případě byl zaveden JJ stent.

Výsledky: Punkční nefrostomie byly zavedeny ve 3 případech pro recidivující, neztížitelnou ledvinnou koliku, v 6 případech pro akutní pyelonefritidu spojenou s městnáním. JJ stent byl zaveden 1x pro ledvinnou koliku. Pokročilost těhotenství byla od 12. týdne do 35. týdne. V 9 případech se jednalo o derivaci pravé ledviny, v jednom případě se jednalo o levou stranu. Dvě z ošetřených pacientek měly již litiatickou anamnézu, jedna pacientka byla po autotrasplantaci ledviny a jedna pacientka měla provedenou ureterosigmoideostomii pro extrofii močového měchýře. Sedm pacientek dokončilo úspěšně těhotenství s derivací moči, u jedné pacientky byl proveden předčasný porod císařským řezem. Dvě pacientky dosud nerodily. Po ukončení těhotenství byla litiáza detekována ve dvou případech. U jedné pacientky (derivace byla provedena pro ledvinnou koliku) došlo ke spontánnímu odchodu litiázy, u druhé pacientky (derivace byla provedena pro akutní pyelonefritidu) byla litiáza řešena metodou PCNL.

Závěr: Pro akutní derivaci moči u těhotných pacientek se dle našich zkušeností jeví jako optimální řešení zavedení punkční nefrostomie, zejména pro možnost provedení výkonu v lokální anestezii bez nutnosti použití RTG metod. Drenáž moče je výborná. Nepříznivé ovlivnění průběhu těhotenství a porodu je minimální, tolerance ze strany pacientek pak většinou bezproblémová. Nezbytná je těsná spolupráce s gynekologem a urologické došetření pomocí RTG metod po ukončení gravidity.

51. PORANĚNÍ LEDVIN

K. Mainer

Urologické oddělení FNsP, Ostrava

Cíl studie: Vyhodnocení diagnostického a terapeutického postupu u 50 pacientů s traumatem ledvin v období 1997 až 2000.

Materiál a metody: Vyhodnoceno 50 nemocných, věková kategorie 6 - 77 let (průměr 24,5). Všichni nemocní měli vyšetřen močový sediment, podstoupili vstupní usg a při podezření na patologický nález CT vyšetření. Kontrolní usg a CT vyšetření bylo indikováno dle klinického stavu. Ojedinele byla indikována vylučovací urografie. Renální angiografie, NMR anebo izotopové metody nebyly v akutním stadiu indikovány. Z 50 pacientů bylo u 15 zjištěno tzv. velké poranění (dle AAST), u 35 pak malé poranění. Ve skupině velkých poranění (15) bylo 9 pacientů s polytraumatem (respektive 6 pacientů s izolovaným poraněním), ve skupině malých poranění (35) bylo 21 pacientů s polytraumatem (respektive 14 pacientů s izolovaným poraněním). V období po propuštění byla u velkých traumat funkce ověřována dynamickou scintigrafií.

Výsledky: Konzervativně bylo postupováno u 43 (86 %) pacientů. U velkých traumat byla operační revize indikována u 7 (43 %) pacientů, konzervativně bylo postupováno u 8 (57 %) pacientů - z toho byl 3x punktován hematoma instrumentáři pro PCNL. U izolovaných traumat (20) byl postup jen konzervativní (2x punkce hematoma). U polytraumat (30) byl konzervativní postup u 23 pacientů (1x punkce), u 7 pacientů byla indikována operační revize (3x nefrektomie).

Závěr: V případě renálního traumatu je nutno zdůraznit aktivní diagnostický přístup. V případě terapie je velmi dobrých výsledků dosahováno konzervativním postupem. Indikací k revizi je hrozící hemoragický šok, anebo retroperitoneální kompartment syndrom. Nefrektomie byly provedeny u pacientů s dalšími rozsáhlými traumaty jako život zachraňující výkon.

52. IMUNOMODULACE PROBIOTIKY V LÉČBĚ RECIDIVUJÍCÍCH ZÁNĚTŮ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

M. Matoušková, M. Rollová

Urocentrum, Praha

Cíl studie: Zánětlivá onemocnění močových cest zaujímají druhé místo ve výskytu infekčních onemocnění v naší populaci. Vyznačují se vysokou tendencí k recidivám, nutností opakovat antimikrobiální léčbu, nezbytností úprav životního stylu a vedou k psychické alteraci postiženého. Pouze u malého počtu postižených žen prokážeme patomorfologii močových cest. slgA a jeho indukce je účinná v prevenci slizniční infekce a při spouštění systémové imunitní odpovědi. Stimulace GALT (lymfatická tkáň asociovaná se střevním systémem) vede k aktivaci T a B lymfocytů a následně k produkci slgA. Zlepšení obranyschopnosti sliznic můžeme navodit vhodně volenou imunomodulační léčbou. Imunomodulaci můžeme navodit mikroorganismy, které jsou vyvo-lavateli IMC nebo probiotiky, tedy mléčnými kulturami.

Materiál a metodika: Předkládáme výsledky léčby směsí mléčných kultur u 32 žen s RIMC a současnou recidivující vaginózou (bakteriální nebo mykotickou). Urologický i gynekologický nález všech nemocných byl v mezích normy. Pacientkám jsme podávali po dobu

16 týdnů směs mléčných kultur s prebiotikem tak, aby denní dávka byla >108 cfu. Průměrný věk pacientek byl 34,8 roku $<19; 63>$.

Výsledky: Sledovali jsme mikrobiologickou a klinickou odpověď na léčbu v době aplikace, po ukončení léčby, po třech a šesti měsících. Po dvou měsících nedosahovaly mikrobiologické odpovědi 18 %, klinické zlepšení bylo 36 %. Po ukončení medikace však dosáhla klinická odpověď 54 % a mikrobiologická 31 %. Pokud pacientka zařadila do jídelníčku navíc jogurty se živými mléčnými kulturami, přetrvával navozený efekt prakticky u všech nemocných. U ostatních v průběhu 6 měsíců došlo ke znovuzplanutí zánětu. Aplikace probiotik vedla u části pacientek k úpravě GIT obtíží, léčba byla bez vedlejších nežádoucích účinků.

Závěr: Imunomodulační léčba vede ke zlepšení kvality života nemocných s recidivujícími infekty, ke snížení aplikace antimikrobiálních léčby. Podávání mléčných kultur vede nejen k ovlivnění zánětů, ale i k celkovému zdraví a pohodě pacienta.

53. TUR SYNDROM

B. Stibor, J. Mannová, D. Pacík, I. Čundrle

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Urologická klinika
FN Brno-Bohunice

Úvod: Transuretrální resekce prostaty je dnes běžnou a jednou z nejčastěji prováděných operací u mužů v urologii. Přes její rutinní zavedení do klinické praxe a zvládnutí techniky i metodiky stále hrozí nebezpečí závažné komplikace - TUR syndromu, na který bychom chtěli upozornit.

Kazuistiky: Autoři prezentují tři případy vzniku TUR syndromu, které se liší podle závažnosti průběhu. V první kazuistice se tento stav projevuje jen změnami laboratorních hodnot a minimálními klinickými příznaky. Ve druhém se objevují již plně rozvinuté známky srdečního selhávání s plicním edémem, změny psychického stavu a výrazný posun v hodnotách iontů a osmolality, úprava stavu probíhá postupně na JIP urologické kliniky po zahájení adekvátní terapie. Ve třetím a zároveň nejzávažnějším případě dochází u pacienta k selhávání vitálních funkcí vyžadujících okamžité zahájení resuscitační péče s následnou hospitalizací na ARO, kde se daří pacienta stabilizovat. Posuny v laboratorních hodnotách jsou zde nejvýraznější.

Závěr: Samotný výkon transuretrální resekce prostaty může být zatížen celou řadou komplikací, přičemž TUR syndrom patří mezi nejzávažnější, vyskytující se asi u 2 % pacientů podstupujících tento zákrok. Dále je nutno vzít v úvahu, že tento výkon je často prováděn u mužů ve věku nad 60 let, tedy v letech, kdy se již vyskytují další přidružené choroby, proto jsou včasné rozpoznání problému a správná léčba velmi důležité. Terapie spočívá zejména v intenzivní diuretické léčbě, eliminující nadbytečnou cirkulující tekutinu z oběhu, diskutabilní je podání hypertonického roztoku NaCl. Dalším nezbytným krokem je zajištění adekvátní oxygenace, léčba případného srdečního selhání. Podle stavu je vhodné podání anxiolytik a analgetik. Další léčba se řídí dle příslušných klinických příznaků. Nutné je pravidelné monitorování laboratorních hodnot. Na konec bychom chtěli upozornit zejména na možnosti předcházení tomuto stavu, mezi nejdůležitější patří nízká výška vaku s irigační tekutinou, volba vhodného roztoku, správný operační postup s pečlivým stavěním krvácení, zohlednění délky operace a stavu pacienta a v případě vzniku TUR syndromu je důležitá včasná diagnostika a co nejrychlejší zahájení správné terapie, která umožní tento stav zvládnout.

54. EFEKTIVITA PERKUTÁNNÍHO ŘEŠENÍ SIMPLEXNÍCH LEDVINNÝCH CYST

A. Čermák, D. Pacík, P. Kumstát

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl studie: Cystická onemocnění ledvin mohou svou velikostí nebo množstvím a pokračujícím útlakem ledvinného parenchymu způsobit jeho ireverzibilní destrukci. Většinou však nevyžadují léčbu, kromě cyst, které jsou symptomatické a/nebo způsobují obstrukci vývodných cest močových. Při řešení simplexních cyst využíváme metod s různou invazivitou a účinností. Ve své práci hodnotíme jejich efektivitu a výskyt komplikací.

Materiál a metodika: Ve svém sdělení autoři sledují období od r. 1994 - 2001. Hodnotí 91 provedených punkcí a drenáží cyst, počty komplikací a četnost recidiv. Indikační kritéria jsou hodnocena pomocí ultrazvuku. V případě nesimplexního nálezu je provedeno CT a podle kategorizace (Bosniak) je určen další terapeutický postup. Z 85 simplexních symptomatických cyst bylo 69 řešeno metodou punkce, aspirace a sklerotizace (sk. A) a 16 cyst metodou založení krátkodobé (72 hod.) drenáže bez sklerotizace (sk. B). Pooperační efekt je kontrolován UTZ event. CT. Doba sledování byla od 3 - 72 měsíců.

Výsledky: Z celkového počtu 90 byla provedena punkce jednoduché cysty 85x, drenáž cyst s obsahem hnisu 5x, aspirace nádorových hmot 1x. Ve 4 případech cyst s obsahem hnisu byla drenáž nedostatečná, a bylo nutno přistoupit k otevřené operaci s drenáží. U simplexních cyst byla průměrná velikost cyst byla ve sk. A 168 ml (40 - 890 ml), ve sk. B 140 ml (35 - 550 ml). Srovnání metody punkce + aspirace + sklerotizace a založení krátkodobé drenáže bez sklerotizace vykazuje úspěšnost jednotlivých technik (bez recidivy) ve 74 % (sk. A) a 70 % (sk. B). U recidiv hodnotíme jejich počet a velikost recidivující cysty ve vztahu k původní velikosti. U recidivujících cyst byla změna velikosti ve sk. A prům. velikost 376 ml. → 24 ml. (zmenšení o 93 %), ve sk. B 149 ml. → 14,1 ml. (zmenšení o 90 %). Dále jsme sledovali počet komplikací (febrilie, infekční komplikace, cizí těleso, hemoragie, aspirace nádorových hmot, komunikace s dutým systémem a neúspěšná punkce).

Závěr: Předoperační velikost cyst nemá vliv na úspěšnost terapie v žádné skupině. Pod ultrazvukovou kontrolou lze provádět diagnostické a terapeutické punkce cyst jako méně invazivní výkony se sníženou mortalitou a morbiditou. Tyto postupy jsou bezpečné a některé mají své jasně definované místo jako metoda první volby. V řadě případů je možné perkutánní drenáž považovat za důležitou alternativu konvenční chirurgické léčby. U parapelvických cyst je použití sklerotizačního roztoku nevhodné z důvodu možné obstrukce

vývodných cest močových. Sklerotizace může ztížit pozdější hodnocení UTZ a CT, metoda by neměla být použita u komplikovaných cyst. Změna metodiky (založení krátkodobé drenáže bez sklerotizace) přináší při dlouhodobém sledování srovnatelnou účinnost při zachování nízkého výskytu komplikací. Drén lze u intrarenálně uložených cyst použít bez negativního vlivu na funkci ledviny. Při neúspěchu je možné použít další méně invazivní metody, jako je perkutánní marsupializace a koagulace či laparoskopická ablace.

55. LYMFOM PROSTATY – KAZUISTIKA

R. Staněk¹, P. Vágner¹, J. Palas², M. Michal³, V. Heinzová⁴

¹Urologické odd. SSN, Opava

²Oddělení patologie SSN, Opava

³Šiklův patologicko-anatomický ústav, FN, Plzeň

⁴Hematologická ambulance SSN, Opava

Úvod: V naší práci prezentujeme kazuistiku 70letého muže, který se dostavil na urologickou ambulanci SSN v Opavě s retenčními potížemi. Vzhledem k potížím a suspektnímu nálezu na prostatě a v rektu se podrobil biopsii prostaty, endoresekcí prostaty a biopsii rektu. V histologickém nálezu byl potvrzen folikulární lymfom prostaty. Dle našeho vyšetření se jedná o vzácnou formu primárně extranodulárního lymfomu.

Kazuistika: 70letý muž se dostavil na naší ambulanci s retenčními potížemi. V anamnéze HN, CMP, APE. Při vyšetření *per rectum* zjištěna klenoucí se prostata do rektu, nebolestivá, nerovná, tuhá v oblasti pravého laloku, současně polypoidní rezistence na prostatě, prominující do rektu. PSA 1,4 ng/ml, FW 55/hod, moč: negativní. Histologicky při biopsii z prostaty, endoresekcí prostaty a biopsii z rektu stanoven nálezní folikulární dobře diferencovaného lymfomu, gr. I. dle REAL klasifikace lymfomů. Další paraklinická vyšetření (CT plic, mediastina, břicha) neprokazují zvětšení uzlin. Cestou hematologické ambulance přeléčen 6 cykly kombinované terapie Adriamycin, Vinblastin, Cyklofosfamid a Prednison. Po roční remisi vyjádřeno hematologem podezření na recidivu a kontrolní biopsie prostaty prokázala nízké maligní dobře diferencovaný folikulární lymfom. V současnosti je pacient bez mikčních potíží.

Závěr: V literatuře se lymfom prostaty popisuje především ve formě kazuistiky. Nejlépe systematicky je zdokumentováno 62 případů v Bostwickově práci vydané v časopise Cancer 8/98. Poukazujeme na úskalí diagnostiky a rozdílnost terapeutického postupu oproti adenokarcinomu prostaty a nutnost interdisciplinárního přístupu v diagnostice a terapii tohoto onemocnění.

56. INVERTOVANÝ PAPILOM PROSTATICKÉ URETRY – KAZUISTIKA

M. Hora¹, M. Košťák¹, J. Droppa¹, O. Hes², E. Schejbalová²

LF UK a FN Plzeň: ¹Urologická klinika, ²Šiklův patologicko-anatomický ústav

Úvod: Invertovaný papilom (IP) močového měchýře je benigní nádorová afekce urotelu tvořící kolem 1 % nádorů močového měchýře. Vychází nejčastěji z hrdla a z trigona. Nerecidivuje, ale může být spojena s uroteliálním karcinomem.

Kazuistika: Autoři prezentují případ 45letého muže majícího několik měsíců slabší proud moče a intermitentní ranní hematurii. Dle sonografie a vylučovací urografie byl diagnostikován oboustranný megaureter, zesílená a trabekulizovaná stěna močového měchýře, výrazné postmikční reziduum a tumorózní útvar v hrdle měchýře velikosti 3 cm. Při endoskopii byl nalezen tumor v hrdle měchýře vycházející z prostatické uretry připomínající spíše atypický střední lalok prostaty než tumor měchýře. Byla provedena jeho transuretrální resekce. Histologicky se jednalo o IP. Kontrolní endoskopie s biopsií prokázala normální nálezní v hrdle a chronické zánětlivé změny zadní stěny měchýře s Brunnovými čepy. TUR a kontrolní endoskopie jsou zachyceny na videozáznamu.

Závěr: IP je vzácná nádorová benigní léze močového měchýře, která díky své nejčastější lokalizaci v hrdle měchýře může klinicky imitovat zvětšení středního laloku prostaty při BPH s typickou symptomatologií.

57. LÉČBA KRVÁCENÍ Z A-V MALFORMACE LEDVINY VE 40. TÝDNU GRAVIDITY A ČASNÉM POPORODNÍM OBDOBÍ

P. Fenc¹, O. Köhler², L. Šterba³, A. Petřík⁴

¹RDG oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

²Urologické oddělení ÚVN, Praha

³RDG oddělení Nemocnice, České Budějovice

⁴Urologické oddělení Nemocnice, České Budějovice

Cíl: Popsána léčba krvácení z a-v malformace u 22leté ženy ve 40. týdnu gravidity.

Materiál a metoda: Pro recidivu kolikovitých bolestí a hematurii byl indukovan porod, poté byla pacientka přeložena na specializované urologické oddělení. Po ureteroskopii byl zaveden drén do močových cest. Angiograficky byl prokázán zdroj krvácení z a-v malformace v parenchymu ledviny, byla tedy provedena embolizace kovovou spirálkou. Uzávěr byl však nekompletní, proto byla pacientka přeložena do Prahy, kde byl výkon dokončen selektivním uzávěrem dvou hlavních větví polární tepny.

Výsledek: 3. pooperační den byla pacientka propuštěna bez hematurie, která se již neopakovala. Podíl embolizované ledviny na filtrační funkci je 20 %.

Závěr: Intravaskulární léčba krvácení z a-v malformace ledviny byla úspěšná až po úplném uzávěru dvou větví polární tepny. Výkon nahradil nefrektomii a zachoval významnou část renálních funkcí.

58. FATÁLNÍ DŮSLEDKY POZDNÍ DIAGNOSTIKY TUMORŮ VARLAT

J. Nežádal, D. Pacík, A. Čermák, V. Vít
Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: Nádorová onemocnění varlat jsou nejčastějším maligním onemocněním u mužů mezi 15. – 35. rokem věku. V současné době přežívá 5 let asi 93 % pacientů a je možno konstatovat, že i když křivka incidence stoupá, mortalita zůstává stejná. Největší výskyt je u bělochů v Evropě a Severní Americe. Rizikové faktory (kryptorchismus, toxické a infekční vlivy, trauma) významně zvyšují riziko vzniku nádorového onemocnění varlat. Přes nesporný pokrok v diagnostice a léčbě tohoto onemocnění se setkáváme se stavy, které i přes zahájení okamžité léčby vedou k fatálnímu konci.

Kazuistika: Autoři popisují případ 29letého muže, který asi půl roku pozoroval zvětšení pravého varlete, ale k lékaři pro obavy nešel. Pacient byl hospitalizován na interním oddělení pro febrilie, dušnost a prekolapsový stav. Při vyšetření byla zjištěna mnohočetná metastatická ložiska v obou plicních polích. CT vyšetření prokázalo výpotek v obou pohrudničních dutinách a v retroperitoneu tumorózní formaci velikosti 3,6 cm. Při klinickém vyšetření byla zjištěna rezistence v levé fossa suprapubica. Pacient byl odeslán k urologickému konziliárnímu vyšetření, které diagnostikovalo nádor pravého varlete. 4. den po provedené radikální orchiektomii byla zahájena chemoterapie, avšak během 24 hodin došlo k rozvratu vnitřního prostředí a rozvoji ARDS. Pacient byl přeložen na ARO, kde 17. den od začátku hospitalizace na interním oddělení umírá

Závěr: Ve svém kazuistickém sdělení autoři připomínají rozhodující vliv včasné diagnostiky tumorů varlat. Mladí muži často trpí ostychem v ordinaci před lékařem (zvláště pak před lékařkou) a své problémy často dlouhodobě tají. Klinické vyšetření genitálií by mělo být součástí pravidelné prohlídky, nejen v případech přítomnosti rizikových faktorů. V tomto směru je třeba dbát nejen na osvětu laické veřejnosti, ale i na povinnost urologů připomínat tuto možnou diagnózu i v ordinaci praktického lékaře.

59. RARITNÍ METASTÁZA SPINOCELULÁRNÍHO KARCINOMU LARYNGU – KAZUISTIKA

A. Horák¹, K. Mainer¹, P. Komínek², R. Čuřík³

¹Urologické oddělení FN sP, Ostrava-Poruba

²ORL oddělení okresní NsP, Frýdek-Místek

³Ústav patologie FN sP, Ostrava-Poruba

Úvod: Mužský genitál bývá postižen nejen primárním nádorovým procesem, ale může být i cílovým místem metastazování malignit z jiných orgánů. Do penisu nejčastěji metastazují nádory prostaty, močového měchýře, rektosigmoidea, ledvin a varlat.

Kazuistika: Muži ve věku 48 let byla provedena v červnu 1999 totální laryngektomie s následnou aktinoterapií pro spinocelulární karcinom laryngu. V březnu 2000 mu byla implantována hlasová protézka. Od února 2000 se objevily bolestivé rezistence na penisu se zhoršením mikčního proudu. Rychle progredující proces si vyžádal nutnost permanentního katétru. Objektivní nález byl velmi rozsáhlý: penis se nacházel v semierekci, kavernózní těleso byla infiltrovaná, tuhá a bolestivá s převahou pravostranného postižení. Postiženo bylo i spongiózní těleso uretry až do bulbu včetně glandu. Dle NMR byla patrná infiltrace pravého kavernózního tělesa. Biopsie prokázala metastázu spinocelulárního karcinomu laryngu identického s primárním ložiskem. USG ani CT neprokazovaly recidivu v oblasti laryngu a progresi v ostatních částech těla.

Terapie: V květnu 2000 musela být provedena emaskulinizace pro rozsáhlou infiltraci obou kavernózních těles a spongiózního tělesa uretry. Histologické vyšetření prokázalo jejich postižení včetně okolních tkání spinocelulárním metastatickým karcinomem s pozitivní resekční plochou. I přes systémovou chemoterapii, kterou pacient absolvoval na RTK po zhojení rány, se objevily kostní metastázy v levém nadklíčku a bederní páteři. Tyto metastázy byly paliativně ožáreny. Během několika měsíců od operace došlo k nezvratné generalizaci onemocnění. Dále následovala již jen symptomatická terapie bolestí s nutností založení punkční epicystostomie pro nádorový rozpad perineální krajiny. Pacient zemírá doma za půl roku od provedení emaskulinizace.

Závěr: Penis může být raritním cílovým místem metastáz i pro velmi vzdálené primární nádory, mezi které patří spinocelulární karcinom laryngu. Tyto metastázy se pak mohou chovat velmi agresivně, a vést tak k téměř úplné devastaci genitálu s nutností rozsáhlého mutilujícího operačního výkonu.

60. METASTÁZY KARCINOMU ČREVA A PROSTATY DO MOČOVODU (POSTER)

I. Lutter, J. Barta, R. Wagenhoffer, J. Pechan, I. Ferák

Urologické oddělení NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SK

Urologické oddělení NsP Nitra, SK

II. chirurgická klinika LFUK NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SK

Patologicko-anatomické oddělení NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SK

Úvod a cíle práce: Za metastázu se nepovažuje prerastanie nádoru do močovodu z okolia ako napríklad pri pokročilých nádoroch kolorekta. Kritéria z roku 1948 stanovili, že metastáza infiltruje všetky vrstvy močovodu a nádor je prítomný i v periureterálnom lymfatickom tkanive.

Metóda a výsledky: Autori formou kazuistiky referujú o dvoch prípadoch neobvyklej obštrukcie močovodu ako prvého príznaku maligného ochorenia. V prvom prípade išlo o 68ročného pacienta s bolesťami v pravej lumbálnej oblasti. Gastroenterologické ťažkosti nemal. USG vyšetrením zistená ureterohydronefróza vpravo. Na následnej urografii s oneskorenými snímkami zistená stenóza dolnej časti močovodu. Pri retrográdnej ureteroskopii flexibilným ureteroskopom Ch 8,5 je neprekonateľná prekážka 6 cm od ústia, je vyko-

naná ureterografia a odber materiálu zo stenotickej časti na histologické vyšetrenie. Patológ materiál hodnotí ako karcinóm, preto vykonaná resekcia stenotického močovodu s následnou sutúrou *end to end*. Dvojitý stent bol ponechaný. Záver definitívnej histológie však znel – adenokarcinóm v stene močovodu metastatického pôvodu. Kolonoskopickým vyšetrením bol zistený kolorektálny karcinóm. V druhom prípade šlo o 58ročného pacienta prijatého pre kolikovitú bolesť v ľavej lumbálnej oblasti a bolesťami na perineu. USG vyšetrením zistená hydronefróza vľavo a periprotálny absces. Vykonaná punkčná nefrostómia a ošetrovanie periprotálneho abscesu. Nález na prostate nesvedčil pre neo. Pre suponovaný konkrement v močovode vykonaná ureteroskopia s nálezom papilárneho útvaru obturujúceho lúmen močovodu. Bol odobratý materiál na histologické vyšetrenie, následne bol ponechaný ureterálny stent. Histologické vyšetrenie – nízкодiferencovaný karcinóm prostaty G3/Gleason skóre 10/5+5.

Záver: Metastázy do močovodu sú spravidla prejavom už pokročilého základného ochorenia. U námi referovaných pacientov bola primárne diagnostikovaná metastáza a následne pokročilý primárny nádor, ktorý bol klinicky nemý. Naším príspevkom chceme upozorniť na raritnú možnosť výskytu metastatického procesu, na ktorý treba myslieť v diferenciálnej diagnostike obštrukcie močovodu.

61. HoLRP

O. Kóhler, J. Kočárek

Urologické oddelení ÚVN, Praha

Úvod: Technika resekcie a enukleace prostaty holmiovým laserem následovaná transuretrální morcelací laloků prostaty v močovém měchýři umožňuje endoskopicky odstraňovat prostatickou tkáň prakticky bez omezení hmotnosti.

Materiál a metodika: Resekce prostaty holmiovým laserem Coherent o výkonu 80 až 100 W začíná laterálními incizemi středního laloku od hrdla močového měchýře k *veru montanum* a propojením distálních okrajů incizí mezi sebou. Následuje retrogradní resekce středního laloku. Incize i resekce tkáně je prováděna laserovým světlovodem 550 μm. Postranní laloky jsou resekovány opět retrogradně a uvolněny do močového měchýře. Poté je transuretrálně zaveden do močového měchýře endoskop s morcelátorem a veškerá tkáň prostaty je po morcelaci odsáta a odeslána na histologické vyšetření.

Výsledky: Podle našich prvních zkušeností u 20 nemocných je technika holmiové resekce a enukleace prostaty použitelná i u BPH s hmotností přesahující 150 g. Menší krvácení (bez nutnosti podání krevního převodu) a kratší doba ponechání katétru v močovém měchýři jsou hlavními výhodami proti TURP. Nevýhodou je v našich podmínkách vysoká pořizovací cena laseru s morcelátorem.

62. ENDORESEKCE FIBRÓZNÍ STRIKTURY MOČOVODU

O. Kóhler, J. Kočárek

Urologické oddelení ÚVN, Praha

Úvod: U nemocných s komplikovanými, recidivujícími strikturami v horních močových cestách, u kterých selhalo klasické řešení endoureterotomií nebo endopyelotomií, je endoresekce poslední endoskopickou možností pro odstranění obstrukce.

Materiál a metodika: Po předoperační přípravě močovodu 3 týdny zavedeným ureterálním stentem je po jeho extrakci zaveden do močovodu ureteroresektoskop. Po ověření průchodnosti a délky striktury a po její eventuální endotomii, která usnadní zavedení přístroje, je novotvořená fibrózní tkáň resekována v rozsahu jedné až dvou třetin obvodu močovodu do stavu, kdy je močovod volně průchodný a je dosaženo spodiny fibrózy. Každý jednotlivý resekát je ihned extrahován a uložen do speciálního kontejneru na histologické vyšetření. Poté následuje endoureterotomie studeným nožem do periureterální tukové tkáně, která je nezbytnou podmínkou úspěchu. Do močovodu je zaveden endoureterotomický stent 14 F, který je ponechán na dobu 6 až 8 týdnů.

Výsledky: V souboru 150 nemocných ošetřených endoureterotomií a endopyelotomií byla provedena endoresekce striktury u 13 nemocných. U tří nemocných šlo o kompletní obstrukci v oblasti pyeloureterální junkce, ostatních 10 nemocných mělo recidivující striktury způsobující obstrukci, ale ještě částečně průchodné. U dvou nemocných, kde byla provedena jen samotná endoresekce, došlo k opětovnému rozvoji striktury během 6 měsíců. U jednoho z nich se podařilo opakovanou endoresekcí a endoureterotomií dosáhnout zlepšení. U 4 nemocných je stav stabilizovaný, bez progresu. U 7 nemocných došlo k výraznému zlepšení nálezu. Doba sledování nemocných po endoresekci je 6 měsíců až 8 let.

Závěr: Technika endoresekce kombinované s endoureterotomií je vhodná pro nemocné s recidivujícími strikturami v horních močových cestách po opakovaných otevřených a endoskopických operacích. Podmínkou úspěchu je příprava močovodu předoperačním stentingem a možnost zavedení rigidního ureteroresektoskopy ke striktuře.

63. LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIA TRANSABDOMINÁLNÍM PŘÍSTUPOM

I. Lutter, I. Daniel, J. Barta, R. Wagenhoffer, P. Farkaš

Urologické oddelenie NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SR

II. chirurgická klinika LF UK NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SR

Urologické oddelenie NsP, Nitra, SR

ARO NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka, SR

Úvod a ciele práce: Laparoskopická adrenalectómia transabdominálnou alebo retroperitoneálnou cestou sa čoraz častejšie využíva v chirurgickej liečbe ochorení nadobličiek. V súčasnosti sa už uvádza ako prvá metóda voľby. Avšak i tento spôsob má svoje indikácie a kontraindikácie, čo sa týka veľkosti, polohy a hormonálnej aktivity tumoru.

Metódy a výsledky: Po skúsenostiach s laparoskopickou nefrektómiou a tumornefektómiou transabdominálnym a retroperitoneoskopickým prístupom autori prezentujú prípad odstránenia patologicky zmenenej ľavej nadobličky (histologický nález -adenóm kôry nadobličky). Na videozázname demonštrujú polohu pacienta, umiestnenie portov a detailný postup laparoskopickej operácie transabdominálnym prístupom. V priebehu 7 minút je zachytené postupné uvoľnenie ľavej nadobličky, preparácia suprarenálnej artérie a vény s následným odstránením ľavej nadobličky s adenómom. Odstránená nadoblička mala priemer 7 cm, CT vyšetrením bolo supponované nádorové postihnutie, endokrinologickým vyšetrením potvrdený Connov syndróm. Trvanie operácie bolo 100 minút, krvné straty 50 ml, hospitalizácia 5 dní.

Záver: V indikovaných prípadoch je laparoskopická adrenalectómia transabdominálnym prístupom v súčasnosti bezpečná operačná metóda, ktorá je porovnateľná s výsledkami klasických operačných postupov, avšak pri nesporných výhodách miniinvasívnych laparoskopických metód.

64. KARCINOM LEDVINY S TROMBEM V PRAVÉ SRDEČNÍ SÍŇI - KAZUISTIKA

K. Mainer, Z. Häring, J. Tošovský*, T. Malý**

Urologické oddelení FNŠP, Ostrava-Poruba

*Kardiochirurgické centrum FNŠP, Ostrava-Poruba

**Chirurgická klinika FNŠP, Ostrava-Poruba

Úvod: Autoři popisují případ 45letého muže s lokálně pokročilým parenchymatozním karcinomem pravé ledviny s nádorovým trombem v dolní duté žíle s šířením do pravé srdeční síně.

Materiál a metódy: Pro relativně nízký věk byla po zvážení všech okolností indikována nefrektomie ve spolupráci s kardiochirurgickým týmem, s využitím mimotělního oběhu. Peroperačně byly intra i retroperitoneální orgány pevně fixovány k tumorem změněnému pouzdru ledviny. Po zajištění mimotělního oběhu byla odstraněna pravá ledvina s multilokulárním tumorem o celkové hmotnosti 3200 g. Byl odstraněn trombus z dolní duté žíly a pravé srdeční síně. Peroperačně autoři zjistili, že nádorový trombus vrůstá do levé renální žíly, do žil lumbálních a jaterních. Po zrušení mimotělního oběhu došlo vlivem přechodné plné heparinizace k masivnímu difúznímu krvácení, které bylo chirurgicky jen velmi špatně ošetřitelné. Peroperačně i pooperačně byly krevní ztráty hrazeny, pacient byl stabilizovaný, pro narůstající retroperitoneální hematoma druhý pooperační den revidován a byla provedena Mikuliczova tamponáda. Po jejím odstranění byl pacient nadále stabilizován.

Výsledky: Desátý pooperační den však dochází k poklesu diurézy, anurii a multiorgánovému selhání na podkladu protrahovaného hemoragického šoku a pacient zemírá.

Závěr: Po vyhodnocení případu autoři došli k závěru, že indikace nefrektomie s trombektomií s využitím mimotělního oběhu u takto lokálně pokročilého nádoru ledviny není vhodná. Problematická preparace velké masy nádoru, velká ranná plocha v retroperitoneu a peroperační plná heparinizace vedly ve svém důsledku k neřešitelným krevním ztrátám.

65. LAPAROSKOPICKÁ PARCIÁLNÍ ADRENALEKTOMIE FEOCHROMOCYTOMU

V. Študent, K. Belej, A. Vidlář, I. Hartmann

Urologická klinika Fakultní nemocnice, Olomouc

Úvod: Autoři referují první zkušenosti s laparoskopickou operací feochromocytomu-parciální adrenalectomie.

Materiál a metoda: U 35leté nemocné policistky s anamnézou kolísavé arteriální hypertenze byl na podkladě endokrinologického vyšetření potvrzen feochromocytom. Dle CT byl lokalizován v dolní části levé nadledviny. Laparoskopicky byla provedena revize oblasti nad *vena renalis l. sin.* a selektivní přerušení *v. suprarenalis l. sin.* Dále byla přerušena *a. suprarenalis inf.* a *media* a byla dokončena resekce tumoru vel. 3 cm (dále bez větších výkyvů arteriálního krevního tlaku).

Výsledky: Pooperační průběh bez komplikací, pacientka propuštěna třetí den po operaci, stav nemocné nevyžaduje další antihypertenzní léčbu.

Závěr: Miniinvasivní přístup nám umožňuje efektivní řešení i obávaných hormonálně aktivních nádorů dřeně nadledvin.

Přednáška je doplněna krátkou ukázkou peroperačního videozáznamu.

67. POSTTRAUMATICKÉ DISTRAKČNÍ DEFEKTY URETRY - STANDARDNÍ TECHNIKA

R. Fiala, R. Vrtal, F. Zátura

Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: Posttraumatické distrační defekty močové trubice mužů po předešlé ruptuře zadní uretry jsou závažným urologickým onemocněním, u kterého terapie rozhoduje o průchodnosti uretry a frekvenci komplikací.

Pacienti a metody: V letech 1996 - 1998 jsme operovali 14 pacientů s tímto postižením. Všichni podstoupili otevřenou operační rekonstrukci. Výsledky léčby jsme hodnotili v odstupu 24 - 46 měsíců od operace.

Výsledky: Otevřená rekonstrukce byla úspěšná u všech, ani jeden nemocný nemá zatím recidivu. Kontinentní jsou za normálních okolností všichni nemocní, pouze 2 (12 %) udávají občas urgentní inkontinenci a jeden (6 %) únik moče při silném Valsalvově manévru. Statickou profilometrií lze změřit pouze prostatické plateau, chybí sfinkterická část profilu. Erektální dysfunkce se objevila ihned u 6

(35 %) nemocných po úrazu, u dalších dvou (12 %) po rekonstrukci, z toho u jednoho (6 %) přechodně. Z těch nemocných, kteří mají erekci, ani jeden nemá chordu. Ani jeden nemocný netrpí infekcí, dilatace je nutná pouze u nemocného léčeného endoskopicky.

Závěr: odložená otevřená rekonstrukce posttraumatického distrakčního defektu po ruptuře zadní uretry primárně ošetřené epicystostomií je na našem pracovišti metodou volby.

68. ORTOTOPICKÁ NÁHRADA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE DLE STUDERA – TECHNICKÉ ASPEKTY

R. Fiala, F. Zátura, K. Belej
Urologická klinika FN, Olomouc

Cíl: Videozáznam popisuje jednotlivé kroky u substituce močového měchýře ověřené na sérii 40 nemocných. Některé kroky jsou společné pro radikální prostatektomii i ureteroileostomii.

Technika:

1. Levý močovod je transponován doprava a anastomozován paralelně s pravým močovodem dle Wallace (stejný postup u ureteroileostomie).
2. Po vyměření délky distálního ilea nutného pro vytvoření neoveziky je patřičný segment střevní exkludován (stejný postup u ureteroileostomie).
3. Orální konec exkludované kličky střevní je spojen suturou s močovody a retroperitonealizován (stejný postup u ureteroileostomie).
4. Aborální ileum je kromě 10 cm orálního segmentu detubulizováno na antimezenterální straně.
5. Pokračujícím stehem je konfigurována neovezika.
6. Úprava hrdla neoveziky (stejný postup jako u radikální prostatektomie).
7. Anastomóza intestino(neovesico)uretrální (stejný postup jako u radikální prostatektomie).
8. Anastomóza ilea *end-to-end* (stejný postup u ureteroileostomie).

Závěr: Popisovaná technika je standardní, reprodukovatelná s výbornými výsledky a zřídka komplikacemi. Používá některé kroky shodné s technikou ureteroileostomie a radikální prostatektomie. Opakování těchto kroků nejenom u ortotopické náhrady umožňuje zdokonalovat operační techniku.

69. PDD TUMORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A JEHO RESEKCE HOLMIOVÝM LASEREM Z POHLEDU SESTRY

P. Dvorská, H. Janoušková, M. Zvoníčková
Oddělení centrálních sálů ÚVN, Praha
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Videofilm ukazuje přípravu nemocného k PDD tumoru močového měchýře, vlastní vyšetření a resekci nádoru holmiovým laserem.

70. DIAGNOSIS OF LOCALIZED PROSTATE CANCER: THE ROLE OF BIOCHEMICAL AND HISTOLOGICAL PROGNOSTIC FACTORS

F. Goncalves, M. Hladik
Dept. Urology Comenius University, Bratislava, Slovakia

Introduction and proposes: The accurate diagnosis of localized prostate cancer (PC) due to insufficiency of used diagnostic tools became a serious problem that influence the outcome of patients after radical prostatectomy (RP). Almost 40 % of patients with clinically localized PC have already locally advanced disease in RP specimens. The aim of this study was to evaluate the role of biochemical and histological prognostic factor to predict truly localized PC.

Patients and methods: Retrospectively 50 out of 82 patients who underwent RP and fulfilled the required criteria (PSA at diagnosis, Gleason score evaluation of biopsy and surgical specimen and T stage classification) were reviewed. The correlation between PSA value, Gleason score and percentage of gland affected by the tumor were evaluated.

Results: Median patients age was 63 (49-71) yr. Median PSA at diagnosis was 12,2 (0,90-60,3) ng/ml. Median Gleason score at biopsy was 5 (3-8). Two patients were presented with stage T1a, 18 with T1c and 20 with T2. Twenty (40 %) had pT3. The median PSA in patients with pT1-2 N0 was 9,65 (0,9-44) and 16,15 (3,9-60,3) ng/ml in patients with pT3; $p < 0,057$. The median GS of the surgical specimen was 5 (2-9). Correlation between Gleason score of biopsies and surgical specimens was very close ($r = 0,59$; $p < 0,0001$). Sixteen (32 %) out of 50 patients had Gleason score ≤ 7 and 13 (81 %) of them had already locally extensive disease. Gleason score below 7 were found in 34 cases and 7 (20,6 %) of them had pT3 and/or N+, five out of them had a PC infiltrating more than 50 % of the surgical specimen.

Conclusion: Gleason score and tumor volume seems to be independent prognostic factors, which predict locally advanced disease. In the presence of one of them the authors recommend extra biopsies of seminal vesicles and prostate capsule zone before surgery. PSA value in this study had only marginal role probably because of the small study sample.

71. RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ LYMFADENEKTOMIE

M. Lukeš, M. Urban, R. Zachoval, M. Záleský
Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: Radikální prostatektomie je standardní léčebnou metodou u většiny pacientů s klinicky lokalizovaným karcinomem prostaty. Stále častěji je diskutována otázka, zda také standardně provádět pánevní lymfadenektomii před nebo při radikální prostatektomii, event. před radikální radioterapií.

Materiál a metody: Autoři sledovali 91 nemocných, kteří podstoupili během posledních 3 let radikální prostatektomii a pánevní lymfadenektomii. Průměrný věk byl 62,5 let, průměrná předoperační hodnota PSA 12,5 ng/ml, průměrná doba hospitalizace 7 dnů.

Výsledky: Nádorové postižení uzlin bylo prokázáno u 3 pacientů (3,3 %) (peroperačně byly uzliny hodnoceny patologem jako pozitivní pouze u 2 pacientů). Předoperační hodnotu PSA > 10 ng/ml měli 2 pacienti, Gleason skóre > 7 jeden pacient a u 2 pacientů bylo pooperačně prokázáno extrakapsulární prorůstání, resp. infiltrace semenných váčků. Všichni 3 pacienti následně podstoupili adjuvantní HT a RT.

Diskuse: Autoři se domnívají, že při upřesnění selektivních kritérií (T1-2, Gl. < 7, PSA < 10 ng/ml) není třeba standardně provádět pánevní lymfadenektomii jako součást radikální léčby klinicky lokalizovaného karcinomu prostaty.

72. IAS (INTERMITENTNÍ ANDROGENNÍ SUPRESE) LH-RH ANALOGY V LÉČBĚ CAP

M. Matoušková, M. Hanuš
Urocentrum, Praha

Cíl studie: Karcinom prostaty je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním mužské populace. Snaha o časnou detekci vede i k odhalení pokročilých, resp. generalizovaných onemocnění, kdy radikální léčba není možná. Ve stadiu III a IV je léčbou volby hormonální ablace. Typ hormonální léčby vychází ze znalosti mnoha faktorů - rozsahu onemocnění, předpokládané biologické aktivity tumoru, hormonálního profilu nemocného, jeho *life expectancy* apod. U poučeného pacienta pak zohledňujeme jeho preferenci zachování sexuálního života. Principem IAS je přerušení kontinuální suprese androgenů, aby nedošlo k progresi hormonálně nezávislých klonů buněk. Trvání ablace musí být dostatečně dlouhé k parciální remisi a vymizení příznaků onemocnění. Při vysazení léčby dochází k normalizaci testosteronu, obnovení libida a sexuálního života. IAS lze navodit přípravky snižujícími hladinu androgenů v prostatické buňce.

Materiál a metodika: Předkládáme soubor osmi nemocných s diagnózou generalizovaného karcinomu prostaty, léčených intermitentní hormonální blokádou. U všech jsme použili k blokáde LH-RH analoga, v úvodu dostávali cyproteronacetát. Průměrný věk byl 61 let <52; 68>. Sledovali jsme pacienty standardním onkologickým sledováním, měřili jsme hladiny PSA a testosteronu každé tři měsíce. V úvodu navíc hladinu prolaktinu a LH. Při dobré biochemické odpovědi jsme přerušili aplikaci goserelinu, při relapsu jsme podali další cyklus.

Výsledky: Průměrná doba sledování v našem souboru je 38 měsíců <11; 54>, u tří nemocných není léčba ukončena. Jeden z nemocných byl po úvodu druhého cyklu převeden na jiný typ léčby. Průměrný počet aplikovaných cyklů je 4,8 <3; 8>. Symptomy onemocnění jsme hodnotili podle protokolu EORTC - QLQ-C30. Sexuální aktivity nemocných jsme sledovali v rámci běžných kontrol cílenými dotazy. Po prvním vysazení byla obnovena sexuální aktivita u 7 mužů, libido se obnovilo u všech, po druhém cyklu u 5 nemocných. Jeden z pacientů žil sexuálním životem ještě po čtvrtém cyklu hormonální léčby.

Závěr: Často bývá pro pacienta s generalizovaným onemocněním kvalita života zaměňována za analgezii a soběstačnost. IAS je alternativou pro nemocné, kteří preferují žít plnohodnotným životem, kam patří i sexuální život.

73. INTERMITTENT ANDROGEN SUPPRESSION FOR LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC PROSTATE CANCER: A MEDIAN FOLLOW-UP OF 44 MONTHS

F. Goncalves, M. Horňák, J. Breza
Comenius University, Department of Urology, Bratislava, Slovakia

Background: The research of the hormonal therapy of locally advanced and metastatic prostate cancer over the past 20 year has focused on MAB. MAB increases treatment-related side effects and expenses, and fails to prolong the time to androgen independence and survival. Intermittent androgen suppression (IAS) aims to maintain androgen responsiveness of the tumour cells by regular cycles of treatment cessation until tumour regrowth leads to an increase of PSA to certain limits. The main goals of the study was to verify how long is it possible to induce apoptotic tumour cells death with IAS, stratify patients who will benefit from therapy and to evaluate the quality of sexual life in pts with IAS

Material and methods: 24 out of 34 patients (18 pts T3-4 M0 and 6 pts T3-4 M1) with newly diagnosed locally advanced or metastatic prostate cancer were recruited for IAS treatment. The patients underwent 6 to 9 months treatment consisting of LHRH (goserelin or triptorelin) and cyproteron acetate. If PSA nadir was achieved, the therapy was withdrawn and restarted again when PSA reached levels around 20 ng/ml. Therapeutic cycles were repeated until progression to androgen independence or patients' death. PSA and testosterone were monitored in monthly intervals. Patients were encouraged to respond to a IIEF-5 questionnaire before, during and on off-therapy period. The median follow-up was 44 (31-54) months. Ten non-responding patients (T3-4 M1) did not achieve PSA nadir after 9 months of therapy and were further treated by MAB.

Results: Patients' median age was 66.5 (44-76) years. The median PSA at diagnosis was 31.4 (9.4-167) ng/ml, the median nadir was achieved on the average in 3.5 (2-8) months after androgen suppression began. Two patients are still undergoing the 1st cycle, one patient is in the 2nd cycle, 8 patients in the 3rd cycle, 5 patients in the 4th cycle and four in the 5th. The median time off-therapy in the 1st cycle was 7 (3-48) months, in the 2nd 8 (4-23) months, in the 3rd cycle 6 (4-8) months and 7(4-12) in the 5th. The overall time of the off-therapy period was 55.1 % of the total follow-up period. Four clinical and laboratory progressions after the 2nd cycle were observed, three of them were M1. The median time to testosterone normalization after therapy discontinuation was 4 (2-8) months. The median score IIEF-5 before, during and on off-therapy period was 19, 4 and 10 resp.

Conclusions: Clinical evidence demonstrates that IAS can repeatedly induce prostate cancer apoptotic potential. Intermittent androgen ablation had not a negative impact on time to progression or survival. IAS appears to improve the quality of life by permitting the recovery of libido and sexual activity in some patients. The failure to reach the PSA nadir and to benefit from IAS seems to be associated with the extent of metastatic disease. The factors determining the response to IAS and duration of the off-therapy period are poorly understood and should be further investigated to allow the selection of patients' subgroup who will benefit from therapy.