



VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

S

KURSEM EVROPSKÉ ŠKOLY UROLOGIE



Ostrava
Kongresové centrum Černá louka
1. – 3. října 2003

záštitu převzali

Ing. Evžen Tošenovský - hejtman Moravskoslezského kraje

Ing. Aleš Zedník - primátor města Ostravy

doc. Ing. Petr Pánek, CSc. - rektor Ostravské univerzity

doc. MUDr. Jaroslav Horáček, CSc. - děkan Zdravotně-sociální fakulty Ostravské univerzity

prof. Ing. Václav Roubíček, DrSc. - prorektor Vysoké školy báňské-Technické univerzity Ostrava,
místopředseda Výboru pro školství, vzdělávání, lidská práva, kulturu a petice Senátu ČR

Ing. Karel Pustelník - ředitel FNsP Ostrava-Poruba

PROGRAM

Úterý 30. 9. 2003

HOTEL IMPERIAL

19.30 - 23.00 Zasedání výboru České urologické společnosti

Středa 1. 10. 2003

HOTEL IMPERIAL

9.30 - 10.30 Jednání Oborové komise pro urologii

10.30 - 11.30 Jednání redakční rady časopisu Česká urologie

10.30 - 11.30 Jednání odborných sekcí ČUS

VELKÝ SÁL

13.00 - 13.45 Pracovní setkání rezidentů

Moderátoři: Hanuš T, Záfura F

Diskutující: Anděl I, Belej K, Dvořáček J, Kawaciuk I, Kočvara R, Pacík D, Schmidt M., Soukup V

Základy urologické informatiky, prameny informací a principy přípravy publikací, postgraduální a celoživotní vzdělávání

13.45 - 14.15 Ustavující schůze Sekce rezidentů ČUS

Moderátoři: Schmidt M, Soukup V

14.15 - 15.00 Pánevní bolest

Panelová diskuse

Moderátor: Zámečník L

Diskutující: Bartoníčková K, Belej K, Fügner D

15.15 - 15.30 Přestávka

15.30 - 16.30 Cialis - léčba erektilní dysfunkce v 21. století

Satelitní sympozium Elli Lilly

Moderátor: Pacík D

Kočí K: Cialis - nový rozměr léčby erektilní dysfunkce

Heráček J: Očekávání pacientů od léčby erektilní dysfunkce

MALÝ SÁL

14.00 - 15.00 Neurogenní měchýř - základy racionální diagnostiky pro klinickou praxi
Workshop A

Moderátor: Krhut J

Diskutující: Doležel J, Doležil D, Zachoval R

Praktické vyšetření pacienta s neurogenním měchýřem, neurourologické vyšetření, neurologická topizace léze, live-demonstrace

Účast pouze po zaplacení účastnického poplatku (omezená možnost registrace na místě)

15.00 - 15.30 Přestávka

15.30 - 16.30 Trendy systémové léčby karcinomu prostaty

Satelitní sympozium Novartis

Moderátor: Jarolím L

Jarolím L: Riziko selhání radikální prostatektomie

Morávek P: Současnost v léčbě generalizovaného karcinomu prostaty

Matoušková M: Patologie kostního metabolismu a možnosti farmakologického ovlivnění

VIDEOTÉKA

14.00 - 16.30

Non-stop videozáznamy s urologickou tematikou

Podrobný program na informační tabuli před videotékou

NOVÁ RADNICE

18.00 - 22.00

Slavnostní zahájení konference

ČTVRTEK 2. 10. 2003

HOTEL IMPERIAL

7.00 - 7.45

Slingové operace v terapii močové inkontinence

Pracovní snídani Johnson&Johnson

Moderátor: Mainer K

Krhut J: Diagnostika, indikace, pooperační sledování

Mainer K: Operační technika slingových operací

Hyršl L: Biomateriály v technologii slingových operací

VELKÝ SÁL

8.00 - 8.45

Oficiální zahájení konference

1. BUDÚCNOST UROLOGIE

Breza J, Kliment J, Bárdoš A - přednáška Slovenské urologické společnosti

2. SOUČASNÉ TRENDY V LÉČBĚ BPH

Dvořáček J - state of the art

8.45 - 9.00

Přestávka

9.00 - 11.30

Neurogenic bladder - therapeutic options

ESU Organized Course at the time of the Czech Urological Congress

Chair: David Castro-Diaz, Santa Cruz de Tenerife (E)

Faculty: Helmut Madersbacher, Innsbruck (A)

Tomáš Hanuš, Praha (CZ)

Jan Krhut, Ostrava (CZ)

Programme

9.00

Introduction to ESU and to terminology of lower urinary tract disorders

D. Castro Diaz

9.10

Pharmacotherapy of neurogenic voiding dysfunction

D. Castro Diaz

9.40

Surgical treatment of neurogenic bladder

T. Hanus

10.10

Electrostimulation of neurogenic bladder

H. Madersbacher

10.40

Discussion

faculty + case reports J. Krhut

11.30

Closure

11.30 - 12.15

Plenární schůze ČUS ČLS JEP

12.15 - 13.30

Oběd

13.30 - 14.30

Nádory prostaty I.

Moderátoři: Pacík D, Zátura F

3. KARCINOM PROSTATY - AKTUÁLNÍ POZNATKY, PŘEDPOVĚĎ ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY A RIZIKOVÉ FAKTORY

Pacík D - State of art

4. **VLIV ZAVEDENÍ MODERNÍ METODIKY DIAGNOSTIKY NA INCIDENCI KARCINOMU PROSTATY V OKRESE OPAVA V LETECH 1998 - 2002**
Staněk R, Vágner P - komentovaný poster
5. **KORELACE HISTOLOGICKÉHO NÁLEZU TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY A PREPARÁTU RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE**
Schmidt M, Rejchrt M, Jarolím L, Kawaciuk I, Verner P, Dušek P, Fabišovský M, Kaliská V, Hanek P, Soukup J - přednáška
6. **VÝZNAM NÁLEZU PERINEURÁLNÍ INVAZE V BIOPSII PROSTATY**
Kaliská V, Schmidt M, Jarolím L, Kawaciuk I, Verner P, Dušek P, Soukup J - komentovaný poster
7. **EFEKTIVITA STANDARDNÍ TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY S ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU**
Schmidt M, Rejchrt M, Kaliská V, Kawaciuk I, Verner P, Dušek P, Jarolím L - přednáška
8. **PŘÍNOS 3D-ULTRASONOGRAFIE K ROZLIŠENÍ STADIA KARCINOMU PROSTATY PŘED RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIÍ**
Verner P, Jarolím L, Dušek P - přednáška
9. **DETEKCE KARCINOMU PROSTATY U PROSTAT VELKÉHO OBJEMU**
Novák K, Šafařík L, Stolz J - komentovaný poster

14.30 - 15.30 **Nádory prostaty II.**
Moderátoři: Jarolím L, Fiala R

10. **FUNKČNÍ VÝSLEDKY 100 KONSEKUTIVNÍCH RADIKÁLNÍCH PROSTATEKTOMIÍ**
Jarolím L, Kawaciuk I, Hanek P, Hyršl L, Dušek P, Schmidt M, Kaliská V, Fabišovský M, Rejchrt M - přednáška
11. **POSUN KATEGORIE CT-PT U RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE**
Rejchrt M, Jarolím L, Kawaciuk I, Verner P, Dušek P, Fabišovský M, Kaliská V, Hanek P, Schmidt M, Soukup J - přednáška
12. **PEROPERAČNÍ SCINTIGRAFICKÁ DETEKCE SENTINELOVÝCH UZLIN BĚHEM RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE - PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY**
Jarolím L, Verner P, Křížová H, Michalová K, Kawaciuk I, Dušek P, Schmidt M, Kaliská V, Hanek P - přednáška
13. **VÝSLEDKY CHEMOTERAPIE U HORMONÁLNĚ INDEPENDENTNÍHO KARCINOMU PROSTATY**
Dušek P, Jarolím L, Kawaciuk I, Hyršl L - přednáška
14. **CHEMOTERAPIE HORMONÁLNĚ INDEPENDENTNÍHO KARCINOMU PROSTATY STANDARDNÍ KOMBINACÍ MITOXANTRONU S PREDNISONEM**
Matoušková M, Novák J - komentovaný poster
15. **VÝZNAM KONKOMITANTNÍ ENDOKRINNÍ LÉČBY A RADIACE U LOKALIZOVANÉHO A LOKÁLNĚ POKROČILÉHO KARCINOMU PROSTATY - NOVÝ STANDARD LÉČBY?**
Matoušková M, Hanuš M, Kindlová E, Malinová B - komentovaný poster
16. **VÝZNAM DETEKCE MUTACÍ ANDROGENNÍHO RECEPTORU U PACIENTŮ S LOKALIZOVANÝM KARCINOMEM PROSTATY**
Sachová J, Urban M, Heráček J, Bendlová B - nekommentovaný poster

15.30 - 15.45 Přestávka

15.45 - 16.30 **Andrologie a sexuální dysfunkce**
Moderátoři: Hanuš M., Horák A.

17. **SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PACIENTŮ S CHRONICKOU PÁNEVNÍ BOLESTÍ PŘI PROSTATITIDĚ**
Zámečník L, Soukup V - přednáška
18. **ŽENSKÁ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE - MÝTUS NEBO REALITA?**
Zámečník L, Novák K, Soukup V, Hanuš T, Dvořáček J - přednáška
19. **AZOOSPERMIE U NOSIČŮ MUTACE CTFR GENU**
Hanek P, Vilímová Š, Potužníková P, Jarolím L - přednáška
20. **KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA U PACIENTŮ PO CHIRURGICKEJ LIEČBE BPH**
Nagy V, Iláš M, Bartl R - přednáška
21. **LÉČBA EREKILNÍ DYSFUNKCE PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII**
Hanek P, Kawaciuk I, Jarolím L - přednáška
22. **MESA A TESE V LÉČBĚ NON-OBSTRUKČNÍ AZOOSPERMIE**
Heráček J, Sobotka V, Urban M, Kuncová J, Lukeš M, Zachoval R, Záleský M - komentovaný poster

16.30 - 17.00 Přestávka

- 17.00 - 18.00 **Nové trendy v konzervativní terapii BPH**
Satelitní sympozium Léčiva
Moderátor: Fiala R
Diskutující: Dvořáček J, Pacík D, Djavan R (Wien)
Odborný program: - Závěry z kongresů EAU 2003 v Madridu a AUA 2003 v Chicagu
 - Nové AUA guidelines pro léčbu BPH
 - Update výsledků studie MTOPS (Medical Therapy of Prostatic Symptoms)
 - Přínos kombinované terapie α -blokátor + inhibitor 5 α -reduktázy
 - Role finasteridu v léčbě BPH

MALÝ SÁL

9.00 - 10.30

Sekce sester I.

Moderátoři: Šodková M, Bartošová P, Pernička J, Kopecký J

23. **KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S ADENOMEM PROSTATY PŘIJATÝCH K TUPE**
Nováková P, Lukeslová A - přednáška
24. **POOPERAČNÁ STAROSTLIVOST O PACIENTA PO RAPE**
Horváthová V, Dudíková E - přednáška
25. **PÉČE O PACIENTA PO RAPE - OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**
Hlávková A, Šariská S - přednáška
26. **RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE Z POHLEDU SESTRY**
Zvoníčková M, Dvorská P, Štimová V, Janoušková H - video
27. **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S NEFROSTOMIÍ**
Vlasáková V, Matuškovická H - přednáška
28. **LERV - JAK TO DĚLÁME MY (10 LET ZKUŠENOSTÍ)**
Trnčáková B, Vařáková J - přednáška
29. **OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO LAPAROSKOPICKÉ NEFREKTOMII**
Kršňáková V - přednáška
30. **AKUTNÍ SELHÁNÍ LEDVIN**
Pravdová D, Nováková A, Dítě Z - přednáška
- 10.30 - 11.00 Přestávka

11.00 - 12.15

Sekce sester II.

Moderátoři: Šodková M, Muselová J, Shon B, Kopecký J

31. **INKONTINENCE - ŘEŠITELNÝ PROBLÉM V ŽIVOTĚ ŽENY**
Haufová M, Hloupá J - přednáška
32. **PROBLEMATIKA NEUROGENNÍHO MĚCHÝŘE V UROLOGII**
Tomancová G - přednáška
33. **APLIKACE BOTULOTOXINU JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ TERAPIE NEUROGENNÍ INKONTINENCE**
Baumová I, Suchánková E - přednáška
34. **TAJEMSTVÍ DĚTSKÉ UROLOGIE**
Švarcová L, Frydrychová B - přednáška
35. **PÉČE O DĚTI PO PLASTIKÁCH MOČOVÉ TRUBICE METODOU TIP**
Kocábová R, Nováková A, Dítě Z - přednáška
36. **PÉČE O UROLOGICKÉ DĚTSKÉ PACIENTY PO LAPAROSKOPICKÝCH OPERACÍCH**
Fuksová S, Muselová J, Kočvara R, Nováková A, Dítě Z - přednáška
37. **PROBLEMATICKÝ NEMOCNÝ V UROLOGICKÉ PRAXI**
Lahodová M, Šaichová G - přednáška
38. **HOSPITALISMUS**
Bartošová P, Marková M - přednáška

12.15 - 13.30 Oběd

13.30 - 15.00 Inkontinence moči, dysfunkce dolních cest močových

Moderátoři: Hanuš T, Krhut J

39. METROLOGICKÉ LIMITY URODYNAMICKÉHO VYŠETŘENÍ

Zátura F, Vrtal R, Fiala R - přednáška

40. VIDEOURODYNAMICKÉ HODNOCENÍ AFERENTNÍ KLÍČKY U STUDEROVY ORTOTOPICKÉ NEOVEZIKY

Vrtal R, Fiala R - přednáška

41. VALSALVA LEAK POINT PRESSURE (VLPP) A URETRÁLNÍ TLAKOVÁ PROFILOMETRIE (UPP) - JEJICH PŘÍNOS PŘI VYŠETŘENÍ STRESOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

Vrtal R, Zátura F, Fiala R - komentovaný poster

42. CHIRURGICKÁ LÉČBA MUŽSKÉ INKONTINENCE - TBT (TENSION BULBOURETHRAL TAPE)

Urban M, Lukeš M, Heráček J, Palascak P - přednáška

43. KVALITA ŽIVOTA PO TVT IMPLANTÁCI U ŽEN S STRESOVOU INKONTINENCIOU MOČU

Švihra J, Kliment J, Lupták J, Eliáš B, Svitač J - přednáška

44. MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ URETROPEXE K LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE - ZHODNOCENÍ PRVNÍCH 200 PACIENTŮ

Drábek F, Všeticka J, Lejsková J, Rapp F - přednáška

45. SLINGOVÉ TECHNIKY V ŘEŠENÍ STRESOVÉ INKONTINENCE ŽEN (PVS, TVT)

Mainer K, Krhut J, Kopecký J, Häring Z - přednáška

46. MIESTO KLINICKÉHO VYŠETRENIA A NEINVAZÍVNEJ URODYNAMIKY V DIAGNOSTIKE, LIEČBE A SLEDOVANÍ VRODENÉHO NEUROGÉNNÉHO MECHÚRA

Valanský R - přednáška

47. LÉČBA NEUROGENNÍHO MĚCHÝŘE BOTULOTOXINEM - DVOULETÉ ZKUŠENOSTI

Krhut J, Kopecký J, Mainer K - přednáška

48. LÉČBA INKONTINENCE VYSOKOENERGETICKÝM MAGNETICKÝM POLEM

Krhut J, Pilloni S, Madersbacher H - nekomentovaný poster

49. ČTYŘLETÉ ZKUŠENOSTI S METODOU TVT V LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE MOČI U ŽEN

Hanuš T, Janský M, Dvořáček J, Zámečník L - nekomentovaný poster

50. OPERACE STRESOVÉ INKONTINENCE U ŽEN METODOU TVT (4LETÉ ZKUŠENOSTI)

Hiblbauer J, Hejzlar L, Dvořák P, Žďárek P - nekomentovaný poster

51. EPENDYOM JAKO PŘÍČINA MOČOVÉ RETENCE

Nedbálek A - nekomentovaný poster

15.00 - 15.30 přestávka

15.30 - 16.30 Současné možnosti laparoskopie v urologii

Workshop B

Moderátor: Mainer K

Diskutující: Fiala R, Tůma J, Šafařík L, Študent V, Všeticka J

Panelová diskuse k technice laparoskopických operací na ledvině, močovodu, močovém měchýři a prostatě. Součástí workshopu je i nácvik praktických dovedností na laparoskopických simulátorech pod vedením členů panelu.

Účast pouze po zaplacení účastnického poplatku (omezená možnost registrace na místě)

16.30 - 17.00 Přestávka

17.00 - 18.00 Nový pohled na léčbu erektilní dysfunkce

Satelitní sympozium Pfizer

Moderátor: Zátura F

Doležal T: Biologická dostupnost a její klinický význam

Šrámková T, Zámečník L: Erektilní dysfunkce: profil účinnosti a bezpečnosti PDE5 inhibitorů

VIDEOTÉKA

13.30 - 18.00 Non-stop videozáznamy s urologickou tematikou

Podrobný program na informační tabuli před videotékou

HOTEL IMPERIAL

20.00 - 24.00 Společenský večer

PÁTEK 3.10. 2003

HOTEL IMPERIAL

7.00 - 8.00

Moderní zobrazovací metody v urologii

Pracovní snídani Medkonsult

Moderátor: Verner P

Verner P: Moderní zobrazovací metody v urologii

Zerhau P: NMR a CT u dětských pacientů

Belej K: Harmonické zobrazení

VELKÝ SÁL

8.30 - 9.00

Současná diagnostika a možnosti řešení inkontinence u žen

Panelová diskuse

Moderátor: Hanuš T

Diskutující: Otčenášek M, Mainer K, Vrtal R, Navrátil P

9.00 - 10.30

Nádory močového měchýře

Moderátoři: Novák J, Vít V

52. FLUORESCENČNÍ SPEKTROSKOPIE POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Kočárek J, Veličkov F, Köhler O - komentovaný poster

53. KONKOMITANTNÍ CHEMOTERAPIE A RADIOTERAPIE JAKO MOČOVÝ MĚCHÝŘ ŠETŘÍCÍ POSTUP PO RADIKÁLNÍ TUR

Matoušková M, Hanuš M, Kubáčková K, Malinová B, Dušek P - komentovaný poster

54. VARIABILITA EXPRESE CD44 MOLEKUL V KARCINOMECH MOČOVÉHO MĚCHÝŘE - VZTAH K AKUMULACI PROTEINU P53 A K DIFERENCIACI A PROLIFERAČNÍ AKTIVITĚ NÁDOROVÝCH BUNĚK

Kuncová J, Urban M, Heráček J, Lukeš M, Zachoval R, Záleský M, Mandys V - přednáška

55. PROGNOTICKÝ VÝZNAM SEMIKVANTITATIVNÍHO HODNOCENÍ EXPRESE PROTEINU P53 U POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Babjuk M, Soukup V, Dušková J, Pešl M, Dvořáček J, Povýšil C - přednáška

56. TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE KONTROLOVANÁ FLUORESCENČNÍ CYSTOSKOPIÍ. PROSPEKTIVNÍ RANDOMIZOVANÁ STUDIE HODNOTÍCÍ VLIV NA ČETNOST RECIDIV POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Babjuk M, Soukup V, Petřík R, Jirsa M, Dušková J, Pešl M, Dvořáček J - přednáška

57. BCG VAKCÍNA V LÉČBĚ POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE. JEDENÁCTILETÉ ZKUŠENOSTI U 164 PACIENTŮ

Babjuk M, Soukup V, Pešl M, Novák J, Hanuš T, Janský M, Ibrahim Z, Dvořáček J - přednáška

58. VÝZNAM ANTIGENU KI-67 PRO ROZHODOVÁNÍ O INDIKACI CYSTEKTOMIE U ŽENY SE ZACHOVÁNÍM URETRY

Jarolím L, Bennett R, Kawaciuk I, Verner P, Campr V, Hyršl L, Hanek P, Dušek P - přednáška

59. PROGNOTICKÝ VÝZNAM PT1 SUBTYPIZACE POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Soukup V, Babjuk M, Dušková J, Dvořáček J, Povýšil C - přednáška

10.30 - 11.00

Úskalí derivačních operací při terapii karcinomu močového měchýře

Panelová diskuse

Moderátor: Jarolím L

Diskutující: Babjuk M, Fiala R, Morávek P, Urban M

11.00 - 11.30

Přestávka

11.30 - 12.00

Karcinom prostaty T2/T3: diagnostika a chirurgická terapie hraničních nálezů

Panelová diskuse

Moderátor: Zátura F

Diskutující: Fiala R, Jarolím L, Kawaciuk I, Pacík D

12.00 - 14.00

Nádory ledvin

Moderátoři: Kawaciuk I, Morávek P

60. PROGNOZA KARCINOMU LEDVINY A BIOLOGICKÉ MARKERY

Kawaciuk I - State of the art

61. NAŠE ZKUŠENOSTI S IMUNOCHEMOTERAPIÍ U METASTAZUJÍCÍHO KARCINOMU LEDVINY

Stolz J, Novák J - přednáška

62. ROZSÁHLÉ CYSTICKÉ NÁDORY LEDVIN
Hora M, Hes O, Michal M, Chudáček Z - komentovaný poster
63. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ NÁDOROVÉHO TROMBU KARCINOMU LEDVINY KATEGORIE III. (DLE NESBITA) - NÁŠ PŘÍSTUP
Morávek P, Navrátil P, Procházka E, Brzek V - přednáška
64. VÝSKYT NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ V KOMPLIKOVANÝCH LEDVINNÝCH CYSTÁCH
Čermák A, Pacík D, Varga B, Varga G, Mechl M - přednáška
65. PROGNOZA PACIENTŮ S KARCINOMEM LEDVINY - ZHODNOCENÍ VLASTNÍCH VÝSLEDKŮ ZA 5 LET
Mečl J, Paldus V - přednáška
66. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ LOKÁLNÍ RECIDIVY ADENOKARCINOMU LEDVINY PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII
Rovný A, Řehořek P, Šabacký I, Filipenský P, Kumstát P, Šafář D - přednáška
67. PĚTILETÉ PŘEŽITÍ U NEMOCNÝCH S INCIDENTÁLNÍM ADENOKARCINOMEM LEDVINY
Hyršl J, Kawaciuk I, Dušek P, Rechrt M - přednáška
68. SROVNÁNÍ ULTRASONOGRAFIE A SPIRÁLNÍHO CT V DIAGNOSTICE NÁDOROVÝCH TROMBŮ U ADENOKARCINOMU LEDVINY
Belej K, Hrabec M, Zátura F, Fiala R - přednáška
69. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ PARENCHYMATÓZNÍCH NÁDORŮ LEDVINY NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ FNŠP OSTRAVA 1997 - 2002
Němec D, Mainier K, Håring Z, Kopecký J, Krhut J, Horák A., Král R, Rybníkář M - přednáška
70. ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ SPONTÁNNÍ KRVÁCENÍ DO RETROPERITONEA Z KARCINOMU LEDVINY
Mečl J, Paldus V - komentovaný poster
71. KONVENČNÍ RENÁLNÍ KARCINOM S GRANULOMATÓZNÍ REAKCÍ ČI INCIDENTÁLNÍ ZÁCHYT TUBERKULÓZY U PACIENTŮ S MALIGNÍM NÁDOREM LEDVINY?
Hes O, Hora M, Vaněček T, Šíma R, Toufarová P, Havlíček F, Šulc M, Michal M - komentovaný poster
72. KOINCIDENCE METASTAZUJÍCÍHO KARCINOMU LEDVINY A PLICNÍ TUBERKULÓZY U 42LETÉHO PACIENTA
Otava Z, Drlík P, Pospíšil R, Veverová I, Kodetová D, Lacman J - nekomentovaný poster

14.00 Slavnostní zakončení, vyhlášení cen ČUS za nejlepší sdělení, oběd

MALÝ SÁL
8.30 - 9.45

Dětská urologie

Moderátoři: Šmakal O, Kříž J

73. TRAUMATA ZADNÍ URETRY U DĚTÍ
Morávek J, Kříž J, Zeman L, Dušek M, - přednáška
74. PORANĚNÍ LEDVIN V DĚTSKÉM VĚKU
Zeman L, Dušek M, Kříž J, Morávek J, Dlask K - komentovaný poster
75. MINIINVAZIVNÍ LÉČBA RENÁLNÍCH CYST U DĚTÍ
Sedláček J, Kočvara R, Dítě Z, Šincl M - komentovaný poster
76. NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI S ENDOSKOPICKOU LÉČBOU VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU DEXTRANOMEREM S KYSELINOU HYALURONOVOU
Novák I, Janoušková L - komentovaný poster
77. POUŽITÍ DYNAMICKÉ SCINTIGRAFIE LEDVIN K HODNOCENÍ FUNKCE KONGENITÁLNÍ HYDRONEFRÓZY U DĚTÍ
Kříž J, Křížová H, Morávek J, Zeman L - přednáška
78. ÚPRAVA HYPOSPADIE METODOU TIP - SPONGIOPLASTIKA NEZABRÁNÍ VZNIKU PÍŠTĚLÍ
Kočvara R, Šincl M, Dítě Z, Sedláček J, Dvořáček J - přednáška
79. MÁ VÝZNAM VYLUČOVACÍ UROGRAFIE PŘI INDIKACI OPERACE HYDRONEFRÓZY?
Šmakal O, Geier P, Vrána J, Tichý T, Flögllová H - přednáška
80. EDUKACE DLOUHODOBĚ VYŘAZENÉHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PŘED KONVERZÍ INKONTINENTNÍ STOMIE - DVĚ KAZUISTIKY
Kočvara I, Dítě Z, Smičková Z, Dvořáček J, Sedláček J - komentovaný poster

9.45 - 10.00 Přestávka

10.00 - 11.00 Litiáza

Moderátoři: Petřík A, Hora M

81. PRVNÍ ZKUŠENOSTI SE SPIRÁLNÍM CT U AKUTNÍ OBSTRUKCE HORNÍCH MOČOVÝCH CEST
Brodák M - komentovaný poster
82. VÝZNAM METAFYLAXE NA SNÍŽENÍ POČTU RECIDIV UROLITIÁZY
Bartoníčková K, Kaliská V - přednáška
83. PĚTILETÉ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU URETEROLITIÁZY
Rajmon P, Mucha Z - přednáška

84. **AKUTNĚ VZNIKLÝ PERIRENÁLNÍ HEMATOM U PACIENTA PO LERV**
Střelec P, Hynčica J, Plevač M, Szabó R - komentovaný poster
85. **MULTIDETEKTOROVÁ VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE V DIAGNOSTICE UROLITIÁZY**
Anděl I, Tesař J, Hynčica J, Trávníček Z - přednáška
86. **PLAZMOCYTOTOM JAKO MOŽNÁ PŘÍČINA HYPERKALCIURIE**
Ondra D, Karásek A, Karásková Z - komentovaný poster
87. **ENDOSKOPICKÁ LITOTRYPSE - SIMULTÁNNÍ KOMBINACE ULTRAZVUKOVÉHO A PNEUMATICKÉHO ZDROJE**
Hiblbauer J, Žďárek P - nekomentovaný poster
88. **KOMPLEXNÍ ŘEŠENÍ CYSTINOVÉ ODLITKOVÉ NEFROLITIÁZY U PACIENTKY S FUNKČNĚ SOLITÁRNÍ LEDVINOU**
Král R, Mainer K - nekomentovaný poster
89. **URETROLITIÁZA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII**
Král R, Mainer K - nekomentovaný poster

11.00 - 11.30 Přestávka

11.30 - 12.30 Varia I.

Moderátoři: Babjuk M., Dušek P

90. **ÚLOHA PAPILLOMAVIRŮ (HPV) PŘI VZNIKU NÁDOROVÝCH A NENÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO UROGENITÁLNÍHO TRAKTU**
Zachoval R, Urban M, Mikyšková I, Hamšíková E - přednáška
91. **LYMFOMY VARLETE**
Boudová L, Hes O, Klečka J, Hora M, Toufarová P, Roušarová M, Čuřík R, Fabián P, Lysák D, Jindra P, Fakan F, Vaněček T, Šíma R, Michal M - komentovaný poster
92. **BISFOSFONÁTY A JEJICH MÍSTO V UROONKOLOGII**
Matoušková M, Hanuš M - přednáška
93. **LYMFOM NADVARLETE**
Pešl M, Zámečník L, Babjuk M, Novák J, Dvořáček J - komentovaný poster
94. **KAVERNÓZNÍ HEMANGIOM NADLEDVINY (KAZUISTIKA)**
Hiblbauer J, Žďárek P, Dědič K - komentovaný poster
95. **DLOUHODOBÉ PŘEŽÍVÁNÍ PACIENTKY S NEOBVYKLE ROZSÁHLÝM LEIOMYOSARKOMEM RETROPERITONEA**
Klečka J, Hora M, Sýkora J, Ouda Z, Droppa J, Hes O - komentovaný poster

12.30 - 14.00 Varia II.

Moderátoři: Urban M, Ženíšek J

96. **ZHODNOCENÍ ZMĚN CLEARENCE KREATININU U NEMOCNÝCH S CHRONICKOU RENÁLNÍ NEDOSTATEČNOSTÍ PO ENDOUROLOGICKÝCH OPERACÍCH**
Drlik P, Köhler O, Remeš O - komentovaný poster
97. **KOMPLEXNÍ REKONSTRUKCE PŘEDNÍ URETRY PO SELHÁNÍ ŠTĚPOVÉ URETROPLASTIKY**
Kočvara R, Šinčl M, Dvořáček J, Dítě Z, Sedláček J - přednáška
98. **ŘEŠENÍ STRIKTURY URETRY URETROPLASTIKOU (VLASTNÍ ZKUŠENOSTI)**
Novák I, Kutílek P, Baker K, Louda M - přednáška
99. **ČASNÉ UROLOGICKÉ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACÍCH LEDVIN**
Perníčka J, Šmakal O, Bachleda P, Vidlář A - přednáška
100. **PORANĚNÍ LEDVIN**
Mainer K - přednáška
101. **URETROPLASTIKA - LABIÁLNÍ ONLAY**
Fiala R, Vidlář A, Študent V, Belej K, Zátura F, Vrtal R - přednáška
102. **AKUTNÍ EPIDIDYMITIDA A SUBVEZIKÁLNÍ OBSTRUKCE**
Fiala R, Lamla A, Študent V, Belej K, Zátura F, Vrtal R - přednáška
103. **KOLOROMETRIE JAKO NOVÁ MOŽNOST POSOUZENÍ ROZSAHU SPONGIOFIBRÓZY U STRIKTURY URETRY**
Zátura F, Fiala R, Vrtal R - komentovaný poster
104. **PŘEHLED PORANĚNÍ UROGENITÁLNÍHO SYSTÉMU V NSP NOVÝ JIČÍN ZA POSLEDNÍCH 5 LET**
Chwajol B - nekomentovaný poster

VIDEOTÉKA

8.30 - 9.30

Video I.

Moderátoři: Verner P, Čermák V

105. Endoresektce intramurálního močovodu jako alternativa reimplantace?
Köhler O, Kočárek J - video
106. ENDOSKOPICKÉ ŘEŠENÍ OBOUSTRANNÉ EXTRÉMNÍ STRIKTURY MOČOVODŮ
Köhler O, Kočárek J - video
107. RETROPERITONEOSKOPICKÁ URETERORAFIE
Kočárek J, Köhler O, Režnar P - video
108. VYUŽITÍ BIPOLÁRNÍHO DIATERMICKÉHO POČÍTAČEM ŘÍZENÉHO SYSTÉMU PŘI RADIKÁLNÍCH CYSTEKTOMIÍCH
Hora M, Droppa J, Válka M, Klečka J, Toufarová P - video
109. OPERAČNÍ KOREKCE VAGINÁLNÍCH PROLAPSŮ BIOGENNÍM MATERIÁLEM
Všetička J, Rapp F, Lejsková J, Farkas J - video
110. KOMPLEXNÍ TERAPIE VEZIKOVAGINÁLNÍ A SIGMOIDEOVAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE PO AKTINOTERAPII
Mainer K, Krhut J, Posolda T, Rybníkář M, Zmrhal J - video
111. RETROPERITONEOSKOPICKÁ NEFREKTOMIE
Hora M, Droppa J, Toufarová P, Klečka J - video

9.30 - 9.45 Přestávka

9.45 - 10.45 Video II.

Moderátoři: Mainer K, Študent V

112. PELVINNÁ DYSTOPIA OBLIČKY- LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIA (RUKOU ASISTOVANÁ, BEZ POUŽITÍ PNEUMOPERITONEA)
Lutter I, Daniel I, Ondříš M, Weibl P, Romančík M - video
113. LAPAROSKOPICKÁ NEFROPEXE
Tůma J, Kutal M, Svoboda P, Peňáz V, Motil I - video
114. LAPAROSKOPICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE
Šafařík L, Novák K, Dvořáček J, Novák J - video
115. LAPAROSKOPICKÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE U EXTRÉMNĚ OBÉZNÍHO PACIENTA
Šafařík L, Novák K, Dvořáček J, Novák J - video
116. LAPAROSKOPICKÁ RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENECTOMIE U METASTAZUJÍCÍHO ADENOKARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA
Šafařík L, Novák K, Dvořáček J, Novák J - video
117. LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIE KROK ZA KROKEM (VČ. UŽITÍ MORCELÁTORU)
Všetička J, Rapp F, Všetičková S, Drábek F - video
118. VIDEOARCHIVAČNÍ SYSTÉM PRO UROLOGII
Köhler O, Krulík V, Otava Z - video

10.45 - 11.15 Přestávka

- 11.15 - 11.45 Racionální přístup k ledvinám s poškozenou funkcí u dětí: kdy indikovat zachovný výkon a kdy nefrektomií
Panelová diskuse
Moderátor: Kočvara J
Diskutující: Kříž J, Novák I, Šmakal O, Zerhau P

11.45 - 12.00 Přestávka

12.00 - 13.00 Endoskopie, laparoskopie

Moderátoři: Köhler O, Všetička J

119. RETROPERITONEOSKOPICKÉ OPERACE
Kočárek J, Režnar P, Köhler O - komentovaný poster
120. SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ INCIZÍ HORNÍCH MOČOVÝCH CEST STUDENÝM NOŽEM, VYSOKOFREKVENČNÍM PROUDEM A HOLMIOVÝM LASEREM NA SOUBORU 200 NEMOCNÝCH PO ENDOPYELOTOMII A ENDOURETEROTOMII A POROVNÁNÍ TĚCHTO VÝSLEDKŮ S ROZSAHEM TKÁŇOVÝCH ZMĚN V EXPERIMENTU
Köhler O, Drlík P, Hrabal P, Jelínková H, Němec M, Šulc J, Koranda P - přednáška
121. SROVNÁNÍ ÚČINKU HO:YAG, ER:YAG, TM:YAG A CTE:YAG LASERU NA TKÁŇ MOČOVODU
Köhler O, Jelínková H, Miyagi M, Hrabal P, Němec M, Šulc J, Koranda P, Shi Y W, Matsuura Y, Drlík P, Kokta M - komentovaný poster
122. DELIBERIZÁCIA MOČOVODU - RETROPERITONEOSKOPICKÝ PŘÍSTUP
Lutter I, Daniel I, Weibl P, Karwanger M, Krutý P - nekomentovaný poster
123. LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE - NAŠE 5LETÉ ZKUŠENOSTI

Študent V, Zátura F, Vomáčka J, Fryšák Z - přednáška

124. LAPAROSKOPICKÁ MANUÁLNĚ ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE

Fiala R, Pernička J, Študent V, Belej K, Zátura F - přednáška

125. LÉČBA BENIGNÍCH STRIKTUR URETEROINTESTINÁLNÍ ANASTOMÓZY PO RŮZNÝCH TYPECH DERIVAČNÍCH OPERACÍ POMOCÍ PERMANENTNÍCH METALICKÝCH STENTŮ: DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ

Zachoval R, Palascak P, Bouchareb M, Urban M, Heráček J, Lukeš M, Záleský M - přednáška

126. DISCIZE MOČOVODU PŘI LAPAROSKOPICKÉ GYNEKOLOGICKÉ OPERACI

Nedbálek A - nekomentovaný poster

ABSTRAKTA

1. BUDÚCNOST UROLÓGIE

Breza J¹, Kliment J², Bárdoš A¹

¹Urologická klinika LF UK Bratislava, SR

²Urologická klinika JLF UK Martin, SR

2. SOUČASNÉ TRENDY V LÉČBĚ BPH

Dvořáček J

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

3. KARCINOM PROSTATY – AKTUÁLNÍ POZNATKY, PŘEDPOVĚĎ ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY A RIZIKOVÉ FAKTORY

Pacík D

Urologická klinika LF a FN Brno Bohunice

4. VLIV ZAVEDENÍ MODERNÍ METODIKY DIAGNOSTIKY NA INCIDENCI KARCINOMU PROSTATY V OKRESE OPAVA V LETECH 1998 – 2002

Staněk R, Vágnér P

Urologické oddělení SSN Opava

Cíl práce: Cílem naší práce bylo retrospektivní zhodnocení efektu zavedení metodiky stanovení volného PSA a použití bioptické pistole na záchyt karcinomu prostaty v okrese Opava v letech 1998 – 2002. Současně jsme hodnotili také incidenci karcinomu prostaty v uvedených letech.

Materiál a metody: Provedli jsme zhodnocení počtu odběrů PSA a volného PSA v uvedených letech a zjišťovali jsme korelaci těchto hodnot k počtu provedených biopsií prostaty a incidenci karcinomu prostaty v okrese Opava. Pro naše retrospektivní hodnocení jsme použili databázi urologické ambulance SSN Opava, databázi patologického oddělení SSN Opava a databázi národního onkologického registru v Opavě.

Výsledky: V naší databázi jsme zaevidovali zřetelný nárůst počtu provedených odběrů PSA z 1 399 (1998) na 2 376 (2002). Současně došlo ke zvýšení počtu provedených vyšetření volného PSA z 212/15 % (1998) na 868/36 % (2002). Výsledky odběrů vedly k indikaci provedení biopsie prostaty v 52 (1998) až 282 (2002) případech. Současně došlo ke zvýšení záchytu karcinomu prostaty z 21 (1998) na 86 (2002) nálezů.

Závěr: Z výše uvedeného vyplývá, že zavedení metodiky stanovení volného PSA a použití bioptické pistole vedlo ke zvýšení záchytu karcinomu prostaty, a tím ke zvýšení jeho incidence v okrese Opava.

5. KORELACE HISTOLOGICKÉHO NÁLEZU TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY A PREPARÁTŮ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Rejchrt M¹, Schmidt M¹, Jarolím L¹, Kawaciuk I¹, Verner P¹, Dušek P¹, Fabišovský M¹, Kaliská V¹, Hanek P¹, Soukup J²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Charakter karcinomu transrektální biopsie bývá často podhodnocen. Až 50 % nemocných s bioptickým nálezem Gleasonova skóre (GS) ≤ 6 má v definitivním preparátu GS ≥ 7 . Cílem studie bylo stanovení míry korelace výsledků biopsie prostaty s histologickým nálezem v souboru nemocných operovaných na vlastním pracovišti.

Materiál a metody: V období 9/2001 – 4/2003 podstoupilo 135 mužů radikální retropubickou prostatektomií. Průměrný věk nemocných byl 64,13 (45 – 80) let. Nálezy předoperační biopsie prostaty byly konfrontovány s výsledky definitivního histologického vyšetření preparátů prostat získaných při radikální prostatektomii.

Výsledky: Ze 135 biopsií koreloval bioptický nález ve smyslu GS u 52 nemocných. U 68 nemocných biopsie nález podhodnotila a u 15 nemocných nadhodnotila. Prognosticky příznivé hodnocení bioptických preparátů s hodnotou GS ≤ 6 bylo při definitivním vyšetření potvrzeno u 99 z 118 nemocných (84 %) nemocných. Prognosticky horší hodnocení bioptických preparátů s hodnotou GS ≥ 7 bylo potvrzeno u 10 z 13 (77%) nemocných.

Závěr: U 68 ze 135 nemocných (50,4 %) byla ve sledovaném souboru hodnota GS v bioptickém materiálu podhodnocena a u 15 ze 135 nemocných (11 %) nadhodnocena. Při rozhodování k radikální prostatektomii je třeba počítat s 50% rizikem podhodnocení GS biopsie.

6. VÝZNAM NÁLEZU PERINEURÁLNÍ INVAZE V BIOPSII PROSTATY

Kaliská V¹, Schmidt M¹, Jarolím L¹, Kawaciuk I¹, Verner P¹, Dušek P¹, Soukup J²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Nález perineurální invaze v biotickém materiálu koreluje v 38 – 93 % s extraprostatickým růstem karcinomu. Cílem studie bylo stanovení korelace perineurální invaze, zjištěné biopsií, s lokálně pokročilým karcinomem prostaty v souboru nemocných ošetřovaných na Urologické klinice 2. LF UK a FN Motol.

Materiál a metody: V období 9/2001 – 4/2003 bylo vyšetřeno 135 preparátů radikální prostatektomie a výsledky byly porovnány s nálezy biopsií s ohledem na přítomnost perineurální invaze v punkčním materiálu. Průměrný věk nemocných byl 64,13 (45 – 80) let.

Výsledky: Předoperační biopsie u 135 nemocných objevily v 59 případech nález perineurální invaze, 76 biopsií bylo bez nálezu perineurální invaze. V souboru nemocných s biotickým nálezem perineurální invaze byl nalezen extraprostatický růst v definitivním preparátu prostaty u 30 z 93 (32 %) nemocných s nádory kategorie T2 a u 29 z 42 (69 %) nemocných s nádory kategorie T3.

Závěr: Studie prokázala korelaci perineurální invaze, zjištěné biopsií, s lokálně pokročilým karcinomem prostaty u 69 % nemocných.

7. EFEKTIVITA STANDARDNÍ TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY S ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU

Schmidt M, Rejchrt M, Kaliská V, Kawaciuk I, Verner P, Dušek P, Jarolím L

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Podle většiny literárních zdrojů se pohybuje celková senzitivita první transrektální biopsie kolem 60 %. Nalézala-li se karcinom v periferní zóně, je senzitivita vyšší – 71 %, a naopak u karcinomu v přechodné zóně jen 33 %. Cílem studie bylo stanovení senzitivity první biopsie ve vlastním souboru nemocných a stanovení procenta pozitivních biopsií.

Materiál a metody: V letech 1999 – 2003 bylo vyšetřeno 412 mužů pomocí transrektální biopsie prostaty s ultrazvukovou kontrolou pro suspektní karcinom. Suspekce vycházela u 385 mužů z vyšších hodnot PSA, u 126 mužů byl suspektní i digitální rektální nález. Vzorky tkáně prostaty byly odebrány vějířovitě ze 6 míst periferní zóny žlázy a 2 vzorky byly odebrány z přechodné zóny. Průměrný věk nemocných byl 67,15 (44 – 88) roků.

Výsledky: Z 412 biopsií byl pozitivní nález u 145 nemocných (35,2 %). Z toho pozitivní nález s Gleasonovým skóre (GS) ≥ 7 byl nalezen u 49 nemocných a s GS < 7 u 96 nemocných. Prostatická intraepiteliální neoplazie (PIN) byla shledána u 267 nemocných. Negativní nález byl u 127 nemocných.

Závěr: Senzitivita první biopsie prostaty se 6 vzorky z periferní zóny a 2 vzorky z přechodné zóny, provedená na našem pracovišti, byla v souboru 412 nemocných se suspekci na karcinom 87,3%.

8. PŘÍNOS 3D-ULTRASONOGRAFIE K ROZLIŠENÍ STADIA KARCINOMU PROSTATY PŘED RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIÍ

Verner P, Jarolím L, Dušek P

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Práce vyhodnotila přínos transuretrálního 3D-ultrasonografického vyšetření k odlišení T2 a T3 stadia karcinomu prostaty.

Materiál a metody: Nemocní s bioticky prokázaným karcinomem prostaty byli před radikální prostatektomií vyšetřeni pomocí 3D-ultrasonografie přístrojem Brüel-Kjaer Panther transrektální biplanární multifrekvenční sondou s mechanickou rotací. Pacientům bylo provedeno nejprve klasické ultrasonografické vyšetření, poté 3dimenzionální vyšetření jak v B-mode, tak v dopplerovském mapování s následnou rekonstrukcí pomocí tzv. *black-white* (B/W) a *color-rendering* 3D-softwarem firmy Life Imaging System. Ultrazvukové nálezy byly následně porovnány s histopatologickými preparáty nádoru prostaty odstraněné radikální prostatektomií (RAPE).

Výsledky: Prospektivně bylo vyhodnoceno 2D- a 3D-ultrasonografické vyšetření spolu s histopatologickým vyšetřením preparátu prostaty po RAPE u 33 pacientů: v klasickém 2D-zobrazení odpovídal ultrazvukový nález T2 a T3 stadia histopatologickému nálezu u 21 nemocných (63 %). Ve 3D-zobrazení bylo přesně odlišeno T-stadium u 28 nemocných (84 %). Při klasickém ultrazvukovém vyšetření došlo častěji k podhodnocení klinického stadia (T3-stadium hodnoceno jako T2 u 9 nemocných – 24 %). Naopak tomu bylo u 3 nemocných, tj. 9 %, kdy byl T2 nádor hodnocen jako T3.

Závěr: Hodnocení stadia karcinomu prostaty 3D-ultrasonografií je podstatně přesnější a snazší než klasické ultrasonografické vyšetření provedené v reálném čase. Dalšími zpřesňujícími faktory jsou tzv. *B/W* a *color-rendering*, které dovolují detailněji vyhodnotit invazi tumoru do pouzdra prostaty nebo do váčku. 3D-ultrasonografie je v současnosti jednou z nejpresnějších metod ke stanovení T-stadia adenokarcinomu prostaty.

9. DETEKCE KARCINOMU PROSTATY U PROSTAT VELKÉHO OBJEMU

Novák K, Šafařík L, Stolz J

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Analyzovat záchyt karcinomu prostaty (CaP) při transrektální ultrasonografické biopsii (TRUS Bx) prostaty u prostat nad 50 g.

Materiál a metody: Od 4/1999 do 3/2003 bylo provedeno na našem pracovišti 1 046 modifikovaných oktantových TRUS Bx u pacientů s PSA pod 100 ng/ml, u 320 z nich s prostatou objemu nad 50 g bylo provedeno 363 biopsií.

Výsledky: V tabulce jsou uvedeny parametry v jednotlivých skupinách dle objemu prostaty. CaP byl detekován u 76 (20,9 %) TRUS Bx.

Objem (g)	Počet TRUS Bx	PSA ng/ml	PSAD	F/TPSA (%)	Detekce CaP	GS 2-4	GS 5-7	GS 8-10
51- 60	143	11,31	0,19	19,1	32 (22,4 %)	14	14	4
61- 70	75	14,08	0,19	21,3	14 (18,7 %)	7	7	-
71- 80	46	13,60	0,17	21,2	7 (15,2 %)	2	5	-
81- 90	40	14,05	0,16	24,1	10 (25,0 %)	6	4	-
91-100	24	14,01	0,13	26,2	3 (12,5 %)	2	1	-
>100	38	17,88	0,12	23,2	10 (26,3 %)	5	4	1

Závěr: Se zvětšujícím se objemem prostaty (nad 50 g) nedochází ke snížení detekce CaP. To činí oktantovou biopsii validním diagnostickým nástrojem, a není nutno zvyšovat počet vzorků, což by vedlo ke zvýšené morbiditě.

Práce vznikla za podpory VZ MSM 111100005.

10. FUNKČNÍ VÝSLEDKY 100 KONSEKUTIVNÍCH RADIKÁLNÍCH PROSTATEKTOMIÍ

Jarolím L, Kawaciuk I, Hanek P, Hyršl L, Dušek P, Schmidt M, Kaliská V, Fabišovský M, Rejchrt M

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Vedle onkologické bezpečnosti je cílem radikální prostatektomie zachování kontinence a erektilní funkce. Uspokojivá kontinence je dosahována v 95 % případů, selekce pacientů může přinést až 90% zachování erektilní funkce. Cílem studie bylo zhodnocení funkčních výsledků radikální prostatektomie u 100 recentních konsekutivních výkonů.

Materiál a metody: Během 15 měsíců v letech 2001 – 2002 podstoupilo radikální prostatektomii 100 mužů s klinicky lokalizovaným karcinomem prostaty. Pooperační kontinence byla sledována ve 3měsíčních intervalech a jako významná byla hodnocena inkontinence vyžadující používání vložek. Erektilní funkce byla hodnocena s ohledem na schopnost imise a koitu.

Výsledky: Průměrný věk operovaných nemocných byl 61,63 (45 – 75) let. Kontinence bez potřeby vložek se navrátila u 74 nemocných do 6 týdnů, u 16 nemocných do 6 měsíců a u 6 nemocných do 9 měsíců. 4 nemocní používají 1 – 2 vložky pro přetrvávající stresovou inkontinenci. Výjimečný únik několika kapek udává 15 nemocných. Erekce použitelná pro imisi se navrátila u 41 nemocných v intervalu 1 – 12 měsíců. Vztah k nervy šetřícímu výkonu ukazuje následující tabulka:

Typ nervy šetřící operace	n	erekce
nešetřící	25	6
šetřící oba svazky	45	23
šetřící oba svazky a kupuly váčků	8	5
šetřící levý svazek a kupulu váčku	2	1
šetřící levý svazek	14	3
šetřící pravý svazek	6	3

Nejkratší doba sledování činí 4 měsíce, a proto lze u některých nemocných ještě očekávat zlepšení stavu.

Závěr: Funkční výsledky radikální prostatektomie u neselektované skupiny 100 nemocných s klinicky lokalizovaným karcinomem prostaty byly zatíženy 4% rizikem stresové inkontinence a 59% rizikem erektilní dysfunkce.

11. POSUN KATEGORIE CT-PT U RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Schmidt M¹, Jarolím L¹, Kawaciuk I¹, Verner P¹, Dušek P¹, Fabišovský M¹, Kaliská V¹, Hanek P¹, Rejchrt M¹, Soukup J²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Pouze u 60 % klinicky lokalizovaných karcinomů prostaty se při histologickém vyšetření preparátu radikální prostatektomie potvrdí kategorie T2. Až u 30 % preparátů je patologem přehodnocena kategorie na T3a a u 10 % na kategorii T3b. Cílem studie bylo stanovení posunu kategorie T v souboru nemocných, kteří se podrobili radikální prostatektomii na našem pracovišti.

Materiál a metody: V období 9/2001 – 4/2003 podstoupilo 135 mužů radikální retropubickou prostatektomii. Průměrný věk operovaných pacientů byl 64,13 (45 – 80) let. Klinické hodnocení kategorie T bylo srovnáno s definitivním hodnocením kategorie T patologem.

Výsledky: Posun kategorií ukazuje následující tabulka:

cT1b-pT2	1
CT1b-pT3	2
CT1c-pT2	57
CT1c-pT0	1
CT1c-pT3	11
CT2-pT2	28
CT2-pT3	16
CT3-pT3	13
CT3-pT2	6

Ze 116 nemocných s klinicky lokalizovaným karcinomem koreloval patologický nález v 87 případech (75 %) a u 13 z 19 nemocných (68 %) s klinicky lokálně pokročilým karcinomem. U 6 nemocných (32 %) s klinicky lokálně pokročilým karcinomem byl nález přehodnocen patologem na lokalizovaný karcinom. U 11 z 69 pacientů (16 %) s nálezem T1c se jednalo o lokálně pokročilý karcinom.

Závěr: Klinický nález lokalizovaného karcinomu koreloval v 75 %, u 25 % nemocných byl patologem přehodnocen nález na lokálně pokročilý karcinom. U klinicky nedetekovatelného karcinomu prostaty (T1c) lze očekávat lokálně pokročilý nález u 16 % nemocných.

12. PEROPERAČNÍ SCINTIGRAFICKÁ DETEKCE SENTINELOVÝCH UZLIN BĚHEM RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE - PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY

Jarolím L¹, Verner P¹, Křížová H², Michalová K², Kawaciuk I¹, Dušek P¹, Schmidt M¹, Kaliská V¹, Hanek P¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Pánevní lymfadenektomie u karcinomu prostaty se většinou omezuje na exstirpaci lipolymfatické tkáně lokalizované mezi zevní ilickou žilou a *n. obturatorius*. Lymfatická drenáž prostaty je však variabilní, a standardní lymfadenektomie může přinést nesprávně negativní nález. Cílem práce bylo zpřesnění rozsahu lymfadenektomie identifikací sentinelových uzlin pomocí peroperační lymfoscintigrafie.

Materiál a metody: V roce 2003 byla zavedena na našem pracovišti u nemocných indikovaných k radikální prostatektomii a současně pánevní lymfadenektomii dynamická lymfoscintigrafie. 8 nemocným byla 1 den před výkonem aplikována transperineálně za ultrazvukové kontroly dávka radiofarmaka Senti-Scintu značeného izotopem technecia ^{99m}Tc. Během radikální prostatektomie byla snímána aktivita izotopu v oblasti spádových uzlin sondou C-Trak opatřenou plastikovým obalem.

Výsledky: Vyšetření trvalo v průměru 6 minut. U 2 nemocných byly sentinelové uzliny lokalizovány na obou stranách dorzálně od *n. obturatorius*, u 6 nemocných mezi zevní ilickou žilou a *n. obturatorius*. Histologicky nebyla prokázána v žádné z vyšetřených uzlin nádorová infiltrace.

Závěr: Pilotní studie naznačuje, že lokalizace sentinelových uzlin prostaty je variabilní a uzliny lze pomocí lymfoscintigrafie dobře identifikovat. Metoda je technicky jednoduchá a neprodlužuje významně operační výkon.

13. VÝSLEDKY CHEMOTERAPIE U HORMONÁLNĚ INDEPENDENTNÍHO KARCINOMU PROSTATY

Dušek P, Jarolím L, Kawaciuk I, Hyršl L

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl: Cílem studie bylo zhodnocení výsledků nové kombinace chemoterapie u nemocných s hormonálně independentním karcinomem prostaty. Hormonální léčba je stále nejúčinnější léčbou generalizovaného karcinomu prostaty, ale v různě dlouhém intervalu dochází ke ztrátě hormonální závislosti nádorových buněk, která má za následek další progresi onemocnění.

Materiál a metody: V době od 10/2001 do 1/2003 jsme použili kombinaci paclitaxelu s estramustinfosfátem u 8 nemocných s karcinomem prostaty. Všichni nemocní byli v předchozím období léčeni kompletní androgenní supresí a měli zjištěnu progresi onemocnění při ztrátě odpovědi k hormonální léčbě. Medián věku v našem souboru byl 58,5 s rozmezím od 46 do 72 let. Medián hodnoty Gleasonova skóre byl 8 (5 – 9) a vstupní PSA 150 (8 – 460). Paclitaxel byl aplikován 2. den a estramustinfosfát 1. – 15. den cyklu. Jeden cyklus trval 21 dnů.

Výsledky: V souboru našich nemocných jsme hodnotili vedle dalších parametrů zejména odpověď k uvedené kombinaci cytostatik a její toxicitu. Kompletní odpovědi jsme dosáhli u 3/8 a parciální odpovědi pak u 2/8 nemocných. K progresi onemocnění došlo u 3/8 nemocných. Medián hodnoty PSA po léčbě byl 110 (3,7 – 500). Z celého souboru zemřel dosud jediný nemocný. Při sledování toxicity léčby jsme pozorovali u 6/8 (75 %) nemocných příznaky neurotoxicity v oblasti periferních nervů způsobenou paclitaxelem. U žádného nemocného jsme však z těchto příčin nemuseli redukovat dávku cytostatika. Jednoho nemocného jsme museli po 1. cyklu léčit pro febrilní neutropenii, která však nevedla k přerušení další léčby.

Závěr: Kombinace paclitaxelu s estramustinfosfátem je novou možností léčby hormonálně independentního karcinomu prostaty s objektivní odpovědí u 62,5 % nemocných. Toxicita léčby je přijatelná.

14. CHEMOTERAPIE HORMONÁLNĚ INDEPENDENTNÍHO KARCINOMU PROSTATY STANDARDNÍ KOMBINACÍ MITOXANTRONU S PREDNISONEM

Matoušková M¹, Novák J²

¹Urocentrum Praha

²Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl práce: Karcinom prostaty, který se vymkl hormonální kontrole, vede během několika měsíců ke smrti postiženého. Medián přežití pacientů dosahuje 6 – 9 měsíců. Hormonálně independentní karcinom prostaty (HICaP) je definován progresí PSA při kastročních hodnotách testosteronu. Indikací k zahájení chemoterapie je algický syndrom. Zachování kvality života a důstojné dožití je základním požadavkem na všechny léčebné modalitty u takto nemocných. Sledujeme efekt a toxicitu paliativní léčby v režimu mitoxantron s prednisonem.

Materiál a metody: 27 pacientům s HICaP jsme podávali v kombinaci mitoxantron 12 mg/m² každé 3 týdny a prednison 10 mg denně do kumulativní dávky mitoxantronu. Hodnotili jsme toxicitu, léčebnou odpověď a kvalitu života nemocných každé 3 cykly.

Výsledky: Režim mitoxantronu s prednisonem jsme v letech 1997 – 2003 aplikovali 27 nemocným s průměrným věkem 61,8 roku <48;73>. Podali jsme průměrně 4,6 cyklů <2;8>. Odpověď (klinický efekt s ústupem bolesti a významným poklesem PSA) byla dosažena u 66 % pacientů, částečná u 25 %, neodpovědělo 19 % pacientů. Hematologická toxicita dosáhla maximálně stupně II, na EKG bez známek toxicity. Zaznamenali jsme dobu trvání odpovědi v délce 13 měsíců <5;23>, přežití zatím průměrně 17,5 měsíce.

Závěr: Kombinace mitoxantronu s prednisonem je podle ASCO doporučeným léčebným postupem u nemocných s HICaP. Aplikace schématu není pro nemocné zatěžující a nevyžaduje pobyt na lůžku. Tolerance léčby je dobrá, toxicita není limitující pro aplikaci. Podávání léčby vede k ústupu symptomů a mírnému prodloužení života nemocných při uspokojivé kvalitě života.

15. VÝZNAM KONKOMITANTNÍ ENDOKRINNÍ LÉČBY A RADIACE U LOKALIZOVANÉHO A LOKÁLNĚ POKROČILÉHO KARCINOMU PROSTATY - NOVÝ STANDARD LÉČBY?

Matoušková M¹, Hanuš M¹, Kindlová E², Malinová B³

¹Urocentrum Praha

²Radioterapeutická klinika FNKV, Praha

³Radioterapeutická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Androgenní ablace před radiační léčbou a během ní vede k redukci objemu nádoru a zvýšení buněčné smrti, zlepšení lokoregionální kontroly onemocnění a přežití. Využití technických novinek a konformní D3-plánování umožňuje eskalaci dávky se zvýšením lokální účinnosti a menším výskytem nežádoucích účinků. Hodnotíme soubor s vysokodávkovou radiací (76 Gy) a hormonální supresí. Srovnáváme s protokolem RTOG 86-10.

Materiál a metody: V letech 1997 – 2002 jsme konkomitantně s zářením aplikovali endokrinní léčbu u 34 mužů s karcinomem prostaty T1-3 Nx M0. Hormonální ablaci jsme navodili LHRH analogy. Jejich aplikaci předcházelo podání CPA. Endokrinní léčbu jsme zahájili 2 měsíce před zahájením radiace a pokračovali jsme v ní po dobu aktinoterapie.

Výsledky: Hodnotíme všech 34 mužů, u kterých byla léčba dokončena před 12 měsíci. Sledujeme hladiny PSA, ICTP, testosteronu a základních biochemických markerů, lokální nález na prostatě hodnotíme transrektální ultrasonografií. Medián sledování je 29 měsíců <12;61>. U 4 pacientů došlo k relapsu (M13, M15, M26, M34). Všichni nemocní s relapsem měli Gleasonovo skóre > 7. Pro relativně krátkou dobu sledování není hodnocení přežití zatím možné.

Závěr: V souladu s protokolem RTOG 86-10 dosahujeme dobré lokální kontroly onemocnění i trvání léčebné odpovědi. Krátkodobá hormonální suprese nevede k rozvoji androgenní independence, naopak umožňuje využít hormonální léčebné modalitty při relapsu onemocnění. Konkomitantní endokrinní manipulace s aktinoterapií v léčbě lokálně pokročilého a lokalizovaného karcinomu prostaty se přes vyšší cenu léčby stává standardním postupem.

16. VÝZNAM DETEKCE MUTACÍ ANDROGENNÍHO RECEPTORU U PACIENTŮ S ČASNÝM KARCINOMEM PROSTATY - PŘEDBĚŽNÁ ZPRÁVA

Sachová J¹, Urban M¹, Heráček J¹, Bendlová B²

¹Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

²Endokrinologický ústav, Praha

Cíl práce: Karcinom prostaty (CaP) patří k nádorům se stále rostoucí incidencí. Počet nově hlášených CaP v České republice činí přibližně 2 500. případů. Androgenní receptor (AR) je přítomen ve většině tkáni CaP - u primárního i u metastatického nádoru, bez ohledu na stadium, *grading* nebo odpověď na hormonální léčbu. Literární údaje poukazují na pravděpodobnou funkci AR v proliferaci androgen-refrakterních buněk CaP. Detekce mutací genu pro androgenní receptor (AR) u pacientů s časným karcinomem prostaty (CaP).

Materiál a metody: Sledovanou skupinu tvořil soubor 20 pacientů s lokalizovaným CaP, kteří podstoupili radikální prostatektomii na našem pracovišti v roce 2003. Kontrolní skupinou bylo 20 mužů po transvezikální prostatektomii pro BHP. Ke genetickému zpracování byla použita nesrážlivá krev a tkáň prostaty. Byly hodnoceny vybrané genetické mutace androgenního receptoru v periferní krvi a nádorové prostatické tkáni ve vztahu k PSA, pT, Gleasonovo skóre a hormonálnímu profilu. Jejich korelace s kontrolním souborem.

Závěr: V současné fázi tohoto pilotního projektu hodnotíme význam jednotlivých mutací genu pro AR jako rizikový faktor u lokalizovaného karcinomu prostaty.

17. SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PACIENTŮ S CHRONICKOU PROSTATITIDOU/CHRONICKOU PÁNEVNÍ BOLESTÍ

Zámečník L, Soukup V

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Chronická prostatitida/chronická pánevní bolest je obtížně léčitelným syndromem projevujícím se necharakteristickými mikčnými obtížemi a bolestmi v oblasti zevního genitálu a malé pánve. Nezřídka je doprovázena sexuálními dysfunkcemi (SD) různého typu a stupně. Cílem práce bylo zjištění incidence a typu SD u sexuálně aktivních mužů ve věku do 50 let, u kterých bylo toto onemocnění diagnostikováno.

Materiál a metody: Do sestavy bylo zařazeno 35 sexuálně aktivních pacientů ve věku 19 – 50 let. Diagnóza prostatitidy byla stanovena na základě standardů - anamnézy, předchozí medikace, fyzikálního vyšetření a vyšetření prostatického sekretu. Každý z pacientů měl příznaky pánevní bolesti déle než 6 měsíců a opakovaně užíval různá antibiotika. Symptomové skóre bylo určeno na podkladě dotazníku složeného z 9 otázek. Dále byla hodnocena sexuální funkce dle dotazníku IIEF. Hodnocení bolesti při ejakulaci probíhalo pomocí vizuální škály (0-10). Dále byla hodnocena předčasná ejakulace a anejakulace.

Výsledky: Průměrná doba trvání chronické prostatitidy byla 3,4 roku (0,5 – 7). Převážná část pacientů (95 %) trpěla určitým typem SD. Poměrně byla diagnostikována prostatitida typu II a III (51 % a 49 %). 21 pacientů (60 %) udávalo více než 2 typy SD, u 31 pacientů (90 %) se snížila při onemocnění kvalita života, 25 pacientů (70 %) mělo erektilní dysfunkci, 18 pacientů (52 %) udávalo jistý typ orgasmické dysfunkce, 19 pacientů (53 %) pozorovalo nějaký typ ejakulatoční dysfunkce, 16 pacientů (45 %) nepociťovalo satisfakci z koitu. Nebyly pozorovány výraznější rozdíly mezi pacienty s II. a III. typem prostatitidy.

Závěr: U značné části pacientů s diagnostikovanou chronickou prostatitidou/chronickou pánevní bolestí se vyskytuje SD a snížení kvality života. Nejčastějším typem SD je erektilní, orgasmická a ejakulatoční dysfunkce.

Práce vznikla za podpory VZ MSM 111100005

18. ŽENSKÁ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE - MÝTUS NEBO REALITA?

Zámečník L, Novák K, Soukup V, Hanuš T, Dvořáček J

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Ženská sexuální dysfunkce (*Femal Sexual Dysfunction* - FSD) je onemocnění s dosti vysokou prevalencí, výskyt není závislý jen na věku a části postižených žen omezuje kvalitu jejich života. Poruchy jsou děleny do oblastí sexuální touhy, vzrušení, prožívání orgasmu a výskytu bolesti. Cílem práce bylo zjištění incidence a typu FSD u sexuálně aktivních žen, které byly vyšetřeny pro urologické obtíže a dále zhodnocení ostatních možných příčin FSD.

Materiál a metody: Do sestavy bylo zařazeno 50 sexuálně aktivních patientek ve věku 32 – 68 let (22 patientek po menopauze). Urologická diagnóza: chronická cystitida (3 patientky), intersticiální cystitida (18 patientek), neurogenní vezikouretrální dysfunkce (15 patientek), bolesti a atrofie genitálu - *st. p.* hysterektomii (9 patientek), stav po augmentaci měchýře (3 patientky), ortotopická neovezika (2 patientky). Možnou FSD jsme hodnotili pomocí anamnézy a dotazníku FSFI (*Female Sexual Function Index*) - celkem 6 domén: sexuální touhu, vzrušení, lubrikace, orgasmus, uspokojení a bolesti.

Výsledky: Průměrná doba trvání FSD byla 5,5 roku (0,5 – 12,5 roku). V uvedené skupině trpělo určitým typem FSD celkem 40 patientek (80 %). Nezaznamenali jsme výraznější rozdíl četnosti FSD vzhledem k věku, počtu dětí, ani vzdělání, častěji však FSD udávaly ženy svobodné. Polovina patientek udávala více než 2 typy FSD. Výskyt FSD: chronická cystitida (1/3 patientek), intersticiální cystitida (15/18 patientek), neurogenní vezikouretrální dysfunkce (13/15 patientek), bolesti a atrofie genitálu - *st. p.* hysterektomii (7/9 patientek), stav po augmentaci měchýře (2/3 patientek), ortotopická neovezika (1/2 patientek).

Závěr: U části patientek s urologickými obtížemi se vyskytuje nějaký typ FSD. Nejčastějším typem je snížení sexuální touhy a vzrušení. Objektivizace by měla být dána výsledky dotazníku FSFI.

Práce vznikla za podpory VZ MSM 111100005

19. AZOOSPERMIE U NOSIČŮ MUTACE CTFR GENU

Hanek P¹, Vilímová Š², Potužníková P², Jarolím L¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Mutace CTFR genu je v lidské populaci velmi frekventovaná. Heterozygotní přenašeči mutantního genu i nemocní homozygoti jsou ohroženi infertilitou, která je velmi často charakterizována azoospermii. U těchto nemocných obvykle nalézáme obstrukční azoospermii kombinovanou s poruchou spermiogeneze různého stupně. Mikrochirurgický odběr spermií je jedinou nadějí na biologické otčovství.

Materiál a metody: Naše zkušenosti vycházejí z léčby infertilních párů v letech 2000 – 2003. V tomto období jsme podrobili 12 nemocných s azoospermii genetickému vyšetření se stanovením 18 nejfrekventovanějších mutací CTFR genu. Celkem u 6 z nich jsme našli mutaci CTFR genu, u všech se jednalo o mutaci delta F508. 3 nemocní byli homozygoti s klinickými projevy cystické fibrózy, jeden z nich měl kompletní agenezi chámovodu. Další 3 nemocní byli heterozygoti. U všech jsme získali spermie mikrochirurgickým odběrem k ICSI metodou TESE.

Výsledky: U všech nositelů mutace CTFR genu delta F508 se primárně jednalo o obstrukční azoospermii. Spermiogeneze byla histologickým vyšetřením prokázána ve všech případech. Metodu MESA jsme použili 2krát, ani v jednom případě jsme nezískali materiál, použitelný k ICSI. Metodu TESE jsme použili celkem 7krát, vždy úspěšně. Gravidita byla dosažena u 2 párů (33 %), 1 z gravidit skončila spontánním abortem.

Závěr: Výskyt mutace CTFR genu je u mužů s azoospermii velmi častý (v našem souboru 50 %). Bývá spojen s obstrukční azoospermii, u homozygotů se může vyskytnout agenze *ductus deferens*. Porucha spermiogeneze nebývá tak závažná, aby působila komplikace při mikrochirurgickém odběru a získání spermií k ICSI.

20. KVALITA SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA U PACIENTŮ PO CHIRURGICKEJ LIEČBE BPH

Nagy V, Iláš M, Bartl R

Urologická klinika LF UPJŠ a FNsP, Košice, Slovenská republika

Ciel práce: Cieľom práce bolo vyhodnotiť v klinickej štúdii kvalitu sexuálneho života u pacientov po operácii pre BPH.

Materiál a metódy: Klinický materiál tvoria 60 pacienti vo veku 56 – 81 rokov, ktorí boli v roku 2002 operovaní na Urologickej klinike pre BPH endoskopickou, alebo otvorenou cestou. Kvalita sexuálneho zdravia bola vyhodnotená pred a po operácii dotazníkom IIEF-5, mikčné ťažkosti I-PSS dotazníkom.

Výsledky: 80 % pacientov nereferovalo po operácii zmeny v sexuálnej funkcii. K zlepšeniu došlo u 15 % a zhoršeniu u 20 % pacientov. Iritčné symptómy a komorbidita mali vzťah k zmene sexuálnej funkcie s jej zhoršením.

Záver: Vek, iritčné symptómy po operácii a komorbidita boli najdôležitejšími faktormi zmeny sexuálnej funkcie.

21. LÉČBA EREKTLNÍ DYSFUNKCE PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Hanek P, Kawaciuk I, Jarolím L

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Erektlní dysfunkce vzniklá po radikální prostatektomii je závažným pooperačním problémem. Volba léčebné metody musí být výsledkem dialogu mezi nemocným a lékařem. Léčba by měla splňovat požadavek minimální invazivity při dobré efektivitě.

Materiál a metody: V letech 2000 – 2002 navštívili andrologickou poradnu 24 nemocní s erektlní dysfunkcí, vzniklou v přímé souvislosti s radikální operací prostaty. Sledovali jsme, jaké metody léčby lze neefektivněji použít vzhledem k této specifické erektlní poruše a toleranci nemocných k jednotlivým typům terapie.

Výsledky: Z celkového počtu 24 nemocných jsou 2 léčeni sildenafilem, 19 intrakavernózními injekcemi alprostadilu (PGE1), 3 nemocní na léčbu rezignovali. Žádný nemocný nepoužívá k trvalé léčbě podtlakový erektor, žádný si nevybral jako řešení implantaci penilní protézy. Jako neúčinnější a nejlépe tolerovaná léčba se jeví intrakavernózní aplikace PGE1.

Závěr: Erektlní dysfunkce vzniklá po radikální prostatektomii je převážně neurogenní etiologie. Od tohoto faktu se odvíjí účinnost jednotlivých léčebných metod. Nejméně účinná je perorální léčba, velmi účinná a nemocnými velmi dobře tolerovaná je intrakavernózní autoaplikace alprostadilu.

22. MESA A TESE V LÉČBĚ NONOBSTRUKČNÍ AZOOSPERMIE

Heráček J¹, Sobotka V², Urban M¹, Kuncová J¹, Lukeš M¹, Zachoval R¹, Záleský M¹

¹Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

²Sanatorium Pronatal, Praha

Cíl práce: Cílem bylo zhodnocení výsledků MESA (*Microsurgical Epididymal Sperm Extraction*) a TESE (*Testicular Sperm Aspiration*) u nonobstrukční azoospermie.

Materiál a metody: Práce se uskutečnila na souboru 81 mužů o průměrném věku 34,8 roku (18 – 42 let) s diagnózou nonobstrukční azoospermie, kteří podstoupili v letech 2000 – 2002 MESA nebo TESE v Sanatoriu Pronatal. Hodnocen byl zisk spermií a fertilizace.

Výsledky: MESA byla provedena u 30 (37 %), TESE u 51 (63 %) mužů. Spermie byly získány u 50 (62 %) mužů, fertilizace byla úspěšná u 42 (52 %) párů.

Závěr: MESA a TESE představují jako metody asistované reprodukce velmi efektivní způsob léčby nejtěžších forem mužské neplodnosti, zachovávající genetické informace pacienta. Podmínkou je genetické vyšetření, případně preimplantační diagnostika.

23. KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S ADENOMEM PROSTATY PŘIJATÝCH K TUPE

Nováková P, Lukeslová A
Urologické oddělení Ústí n/O

24. POOPERAČNÁ STAROSTLIVOST O PACIENTA PO RAPE

Horváthová V, Dudíková E
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

25. PÉČE O PACIENTA PO RAPE-OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Hlávková A, Šariská S
Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

26. RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE Z POHLEDU SESTRY

Zvoníčková M¹, Dvorská P, Štimová V², Janoušková H¹
¹Urologické oddělení ÚVN, Praha
²Oddělení centrálních operačních sálů ÚVN, Praha

27. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S NEFROSTOMIÍ

Vlasáková V, Matuškovičová H
Urologické oddělení Krajské nemocnice Liberec

28. LERV - JAK TO DĚLÁME MY (10 LET ZKUŠENOSTÍ)

Trnčáková B, Vařáková J
Urologické oddělení Baťovy nemocnice, Zlín

29. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO LAPAROSKOPICKÉ NEFREKTOMII

Kršňáková V
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Vážené kolegyně a kolegové,
rád bych Vás znovu upozornil na možnost stipendijního pobytu v SRN, který organizuje komise WEST-OST Německé urologické společnosti. Na případné dotazy Vám rád osobně odpovím.

doc. MUDr. Petr Morávek, CSc., Urologická klinika FN a LF UK v Hradci Králové,
Tel.: 495 833 646, fax: 495 832 096, e-mail: moravek@fnhk.cz

AUSSCHREIBUNG

Die West-Ost-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Urologie schreibt
Stipendien an deutschen urologischen Gastkliniken
für die Dauer von jeweils 1 oder 3 Monaten aus.

Bewerben könne sich Urologen mit:
Facharzt-Qualifikation (sogenannte 1. Qualifikation)
Deutschen und/oder englischen Sprachkenntnissen
(Kriterien: Arzt-Patientengespräch, Nachweis eines Sprachkurses)
Alter bis 40 Jahre

Umfang des Stipendiums: Reisekosten von bzw. bis bundesdeutsche Grenze, Unterkunft, Verpflegung,
Kosten für Versicherungen und Behörden monatliches Taschengeld

Die Bewerbungsunterlagen können formlos bei dem Landesvertreter
der West-Ost-Kommission der Deutschen
Gesellschaft für Urologie unter folgender Adresse angefordert werden:

doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.

30. AKUTNÍ SELHÁNÍ LEDVIN

Pravdová D, Nováková A, Dítě Z
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

31. INKONTINENCE – ŘEŠITELNÝ PROBLÉM V ŽIVOTĚ ŽENY

Haufova M, Hloupá J
Urologické oddělení Jablonec n/N

32. PROBLEMATIKA NEUROGENNÍHO MĚCHÝŘE V UROLOGII

Tomancová G
Urologické oddělení FNŠP Ostrava-Poruba

33. APLIKACE BOTULOTOXINU JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ TERAPIE NEUROGENNÍ INKONTINENCE

Baumová, I, Suchánková E
Urologické oddělení FNŠP Ostrava-Poruba

34. TAJEMSTVÍ DĚTSKÉ UROLOGIE

Švarcová L, Frydrychová B
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

35. PÉČE O DĚTI PO PLASTIKÁCH MOČOVÉ TRUBICE METODOU TIP

Kocábová R, Nováková A, Dítě Z
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

36. PÉČE O UROLOGICKÉ DĚTSKÉ PACIENTY PO LAPAROSKOPICKÝCH OPERACÍCH

Fuksová S, Muselová J, Kočvara R, Nováková A, Dítě Z
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

37. PROBLEMATICKÝ NEMOCNÝ V UROLOGICKÉ PRAXI

Lahodová M, Šaichová G
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

38. HOSPITALIZMUS

Bartošová P, Marková M
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

39. METROLOGICKÉ LIMITY URODYNAMICKÉHO VYŠETŘENÍ

Zátura F, Vrtal R, Fiala R
Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Práce posoudila pomocí nových technických možností ovlivnění výsledků urodynamických vyšetření lidským faktorem a technickými limity aparatury.

Materiál a metody: Byly vybrány 2 základní urodynamické metody: uroflowmetrie a měření bodu úniku při inkontinenci. V prospektivní studii byla sledována opakovaná mikce u skupiny 25 pacientů při stejné náplni měchýře. Dále u skupiny 30 žen byl na velmi rychlém videourodynamickém záznamu, získaném externí videokamerou a kombinujícím tlakové parametry a obraz ústí uretry, analyzován VLPP a CLPP s cílem posoudit možnost přesného označení okamžiku, kdy dochází k úniku moče z uretry. Studie byla doplněna experimentálním vyhodnocením času reakce zdravotnického personálu na únik moči při vizuálním pozorování fantomu.

Výsledky: Analýza uroflowmetrie ukázala, že u všech nemocných došlo při opakované mikci vzhledem k určité zkušenosti s vyšetřením ke zlepšení uroflowmetrie o 1 – 7 ml/s, průměrně o 3 ml/s. Množství reziduální moči se snížilo o 12 – 68 ml, průměrně o 34 ml. Poměrně překvapivé poznatky jsme získali při hodnocení záznamu VLPP a CLPP. Zatímco vizuální hodnocení úniku zdravotnickým personálem je zatíženo poměrně velkou chybou (čas reakce 0,6 – 5 s), u videourodynamického hodnocení lze pak hodnotit únik přesně, ale pouze u aparatury s možností snímání obrazu v rychlejší frekvenci, než 8 obr/s, jinak by až 46 % úniků moči mohlo zůstat nepozorováno.

Závěr: Urodynamická vyšetření vyžadují spolupráci poučeného nemocného i kritické posuzování vlastností použité aparatury se znalostí metrologické problematiky urodynamického vyšetření.

40. VIDEOURODYNAMICKÉ HODNOCENÍ AFERENTNÍ KLIČKY U STUDEROVY ORTOTOPNÍ NEOVEZIKY

Vrtal R, Fiala R

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Autoři se pokusili objektivizovat tlakové a morfologické parametry u ortotopní Studerovy neoveziky, zvláště v oblasti její aferentní kličky, u pacientů v různém časovém horizontu po operaci.

Materiál a metody: Na urologické klinice FN Olomouc jsme vyšetřili 8 pacientů po RACE a ortotopní ileocystoplastice dle Studera. U všech pacientů byla nejprve endoskopicky založena ureterální cévka 5 Charr do aferentní kličky neoveziky, a posléze byl založen, zvykle do neoveziky, dvojcestný cystometrický katétr. Společně s monitorací intraabdominálního tlaku jsme se pokusili objektivizovat tlakové morfologické parametry aferentní kličky neoveziky.

Výsledky: Dle předběžných výsledků je počáteční klidový tlak v aferentním raménku asi 2násobně vyšší než v neovezice a průměrná hodnota se pohybuje kolem 45 cm H₂O. Při plnění neoveziky nedošlo ani v jednom případě k refluxu kontrastní látky do aferentní kličky, stejně jak během valsava. Je zajímavé, že tlakový gradient po odeznění valsava klesá zřejmě v důsledku přetrvávající peristaltické vlny svaloviny nedetubulizované části střevního segmentu v aferentní kličce výrazně pozvolněji než v neovezice.

Závěr: Dle dosažených výsledků jsme neprokázali reflux kontrastní látky do aferentní kličky ani do obou močovodů.

41. VALSALVA LEAK POINT PRESSURE (VLPP) A URETRALNÍ TLAKOVÁ PROFILOMETRIE (UPP) - JEJICH PŘÍNOS PŘI VYŠETŘENÍ STRESOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

Vrtal R, Zátura F, Fiala R

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: VLPP je dynamické vyšetření, jenž umožňuje kvalitní diagnostiku, a následně optimalizuje léčebnou strategii u stresové inkontinence. Uretrální tlaková profilometrie (UPP) přináší statické informace o ženské uretře. Porovnali jsme přínos a výtěžnost obou těchto metod u patientek s projevy GSI.

Materiál a metody: Vyšetřili jsme 15 žen s klinickými projevy SI a všechny byly vyhodnoceny použitím vícekanálové urodynamické aparatury. Měření VLPP bylo prováděno simultánně s měřením ALPP, a posléze i CLPP s využitím externí kamery. U patientek byla zároveň prováděna i 4kanálová UPP. Posléze jsme vyhodnotili výsledky s cílem zjistit vzájemnou korelaci obou těchto metod a jejich přínos pro diagnostiku SI.

Výsledky: Prokázali jsme vzhledem k diagnostice jednotlivých typů GSI velmi špatnou korelaci mezi UPP a VLPP. Pouze u 2 patientek s ISD byla maximální p URA do 20 cm H₂O. Dle hodnot p URA max dále nelze vůbec usuzovat ani na anatomickou příčinu inkontinence v důsledku hypermobility uretry, jelikož hodnoty p URA max kolísaly od 32 cm H₂O až do 122 cm H₂O.

Závěr: Ani vícekanálová UPP nemůže přinést signifikantní informaci při diagnostice a klasifikaci stresové inkontinence. Jako standardní metodu doporučujeme používat měření VLPP, dle jehož hodnot lze i klasifikovat GSI.

42. CHIRURGICKÁ LÉČBA MUŽSKÉ INKONTINENCE - TBT (TENSION BULBOURETHRAL TAPE)

Urban M, Lukeš M, Heráček J, Palascak P

Urologická klinika 3. LF UK, Praha

Cíl práce: Močová inkontinence u muže jako následek operace na prostatě představuje dlouhodobý sociálně ekonomický problém s dopadem na psychiku muže a kvalitu jeho života.

Materiál a metody: U 19 pacientů se stresovou inkontinencí III. stupně po transuretrální prostatektomii nebo radikální prostatektomii jsme provedli bulbouretrální slingovou operaci prolenovou páskou. U 1 pacienta jsme provedli s odstupem 6 měsíců reoperaci s ponecháním původní a zavedením nové prolenové pásky. Pacienti podstoupili před operací panendoskopické a urodynamické vyšetření a následně 6 měsíců po operaci urodynamické vyšetření a mikční cystouretrografii.

Výsledky: 11 pacientů je po operaci plně kontinentních, 4 pacienti se stresovou inkontinencí I. stupně a u 4 pacientů zůstala stresová inkontinence III. stupně. 1 pacient, u kterého jsme provedli reoperaci, je kontinentní. Nezaznamenali jsme žádné vážnější komplikace, 4 pacienti měli 6 týdnů po operaci iritační mikční obtíže, u 2 pacientů došlo k poranění močového měchýře zavádějící jehlou. Průměrná doba operace byla 42 minut, průměrná doba hospitalizace 3,7 dne.

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

Projekt vznikl za podpory grantu IGA MZD ČR ND 6125-3.

43. KVALITA ŽIVOTA PO TVT IMPLANTÁCIU U ŽIEN SO STRESOVOU INKONTINENCIOU MOČU

Švihra J, Kliment J, Lupták J, Eliáš B, Svitač J

Urologická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Cieľ práce: Cieľom práce bolo stanoviť zmeny v kvalite života po implantácii *tension-free vaginal tape* (TVT) u žien s čistou stresovou inkontinenciou.

Materiál a metódy: V súbore 72 žien s močovou inkontinenciou bola analyzovaná kvalita života podľa slovenskej verzie štandardizovaného a validovaného dotazníka o kvalite života (I-QoL). Dotazník tvorí 22 špecifických otázok a podľa odpovedí stanovuje skóre v rozsahu 0 (najhoršia kvalita života) až 100 (najlepšia kvalita života). Po urodynamickom vyšetrení boli do štúdie zahrnuté iba pacientky s čistou stresovou inkontinenciou moču a rozdelené na 2 skupiny. 1. skupina bola kontrolná a 2. skupina mala implantovanú vaginálnu pásku TVT. Dotazník bol použitý v oboch skupinách 2krát počas 6 mesiacov.

Výsledky: Sledovaný súbor tvorilo 37 žien v priemernom veku 51 rokov (rozsah 34 – 70 rokov). Neboli pozorované štatisticky významné rozdiely v parite, hmotnosti a stupni inkontinencie medzi liečenými (20 žien) a neliečenými (17 žien). Po implantácii nastalo vymiznutie čistej stresovej inkontinencie vo všetkých prípadoch avšak v 3 prípadoch (3/20) vznikol hyperaktívny močový mechúr s urgentnou inkontinenciou. Skóre kvality života sa štatisticky významne zmenilo iba v liečenej (28 ± 14 vs 81 ± 24 , $p < 0,01$) a bez zmeny v kontrolnej (59 ± 23 vs 56 ± 21) skupine. Pooperačné komplikácie sa vyskytli v menej ako v 5 % prípadov a tvorili infekciu rany, hematóm v rane, infekciu močových ciest a akútnu močovú retenciu.

Záver: Kvalita života sa po implantácii TVT u žien so stresovou inkontinenciou moču výrazne zlepšila naopak neliečené pacientky dosiahli mierne zhoršenie. Štúdia potvrdila, že analýza kvality života má významné miesto v diagnostike močovej inkontinencie.

44. MINIMÁLNE INVAZIVNÍ URETROPEXE K LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE - ZHODNOCENÍ PRVNÍCH 200 PACIENTEK

Drábek F, Všetická J, Lejsková J, Rapp F

Urologické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou

Cíl práce: Seznámení s výsledky souboru 200 patientek operovaných pro diagnózu stresové inkontinence metodou TVT v svodné anestezii se založením epicystostomie. Komplikace a jejich řešení, vyhodnocení procentuální úspěšnosti celého souboru od roku 1999 až dosud.

Materiál a metody: Na našem urologickém pracovišti bylo od roku 1999 do dubna roku 2002 provedeno 200 operací metodou TVT pro stresovou inkontinenci. Průměrný věk patientek byl 52 roků, průměrný operační čas byl 35 minut.

Výsledky: Dosažení plné kontinence u patientek více než 1 rok po operaci je 92%. U patientek se středně vysokým a vysokým BMI bylo dosaženo plné kontinence pouze v 50 %.

Komplikace: Perforace močového měchýře 10 %, iatrogenní poranění uretry 1 %, krvácení z místa vpichu epicystostomie 1 %, hyperkorekce (reziduum nad 100 ml) 12 %.

Závěr: Procento úspěšnosti metody TVT při léčbě stresové inkontinence se jeví jako velice slibné zejména u patientek s normálním BMI. Se stoupajícím počtem operačních výkonů klesá procento komplikací.

45. SLINGOVÉ TECHNIKY V ŘEŠENÍ STRESOVÉ INKONTINENCE ŽEN (PVS, TVT)

Mainer K, Krhut J, Kopecký J, Häring Z

Urologické oddělení FNŠP Ostrava

Cíl práce: Zavedením a rychlým rozšířením metody *tension free vaginal tape* (TVT) v polovině 90. let došlo k renesanci a k průlomům slingových metod v chirurgické terapii stresové inkontinence žen (SI). Na našem pracovišti jsme se zabývali širokým uplatněním slingových operací od roku 1998 a porovnáváme výsledky dosažené při terapii SI metodou pubovaginálního slingu (PVS) a TVT.

Materiál a metody: Metodou PVS (pubovaginální sling) jsme v období 1998 – 2001 léčili 110 patientek. Doba sledování byla 14 – 50 měsíců. 55 patientek trpělo smíšeným typem inkontinence (SI + urgency). Potlačení příznaků SI jsme dosáhli u 108 (98 %) patientek. Spokojenost s pooperační kvalitou života udávalo 98 (89 %) nemocných.

Metodou TVT jsme v období 2000 – 2002 léčili 100 patientek. Doba sledování 5 – 30 měsíců. 47 patientek trpělo smíšeným typem inkontinence (SI + urgency). Potlačení příznaků SI jsme dosáhli u 97 (97 %) patientek. Spokojenost s pooperační kvalitou života udávalo 96 (96 %) patientek.

Výsledky: Z bezprostředních komplikací při PVS jsme zaznamenali perforaci měchýře (4krát) a 5krát větší pooperační krvácení. Mezi časnými komplikacemi figurovala: přechodná hyperkorekce (12krát), IMC (8krát). Z pozdních komplikací přetrvávaly sanovatelné urgencye (36krát, z toho 9krát *de novo*). Závažnými komplikacemi byly: přetrvávání příznaků SI (2krát), nespokojenost s pooperačním výsledkem (10krát), z toho 5krát trvalá hyperkorekce, řešená discizí slingu. 4 pacientky jsou po discizi slingu nadále kontinentní.

Z bezprostředních komplikací pro TVT jsme zaznamenali 1krát pooperační krvácení. Z časných komplikací IMC 6krát, z pozdních komplikací postmikční reziduum 11krát, uretrovaginální píštěl při erozi pásky 1krát, hyperkorekci 2krát, řešenou discizí pásky. V pooperačním období se objevili urgencye *de novo* u 8 (8 %) patientek. Indikace k discizi slingu, resp. TVT je možná nejdříve za 3 – 6 měsíců od výkonu.

Závěr: Slingové metody jsou efektivním postupem při chirurgické korekci SI. TVT nabízí proti PVS menší pooperační bolestivost, kratší dobu hospitalizace, nižší výskyt pooperační urgencye.

46. MÍSTO KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ A NEINVAZIVNÉ URODYNAMIKY V DIAGNOSTICE, LÉČBE A SLEDOVÁNÍ VRODĚNÉHO NEUROGÉNNÍHO MECHÚRA

Valanský L.

Urologická klinika LF UPJŠ a FNsP, Košice

Cíl práce: Poukázat na význam klinického vyšetření a neinvazivní urodynamiky v diagnostice, léčbě a sledování vrozeného neurogenního mechúra.

Materiál a metody: Súčastou diagnostiky a sledovania 162 pacientov s vrodeným neurogenným mechúrom bolo a je vedľa štandardnej invazívnej urodynamiky aj klinické vyšetrenie zahŕňajúce okrem detailnej anamnézy hodnotenie sakrálnych reflexov, kalibráciu meatu u dievčat a neinvazívnu urodynamiku (sledovanie mikcie, UFM, reziduálny moč, frekvenčne-volumové parametre, interval suchosti). Zdokumentovanie ich prínosu vychádza z dlhodobých poznatkov a zdravotnej dokumentácie v našom registri.

Výsledky: Zmeny v sakrálnnej somatickej inervácii u myelomeningokél (MMK) korelujú s funkciou mechúra u menej ako polovice pacientov. Zachovanie reflexnej činnosti mechúra najpresnejšie posudzuje test s ľadovou vodou (100 % špecificita, 90 % špecificita). Zachovanie sakrálnnej inervácie je spojené s vyšším rizikom poškodenia horných močových ciest (HMC). Stenóza meatu uretry (< 12 F) bola zistená u 12 % dievčat s MMK. Krátky interval suchosti, prerušovaná mikcia, zvlášť u chlapcov so zachovanou erekciou, patria k rizikovým faktorom poškodenia HMC, počnúc narodením. Neinvazívna urodynamika, obzvlášť volumové parametre, poskytujú v priebehu liečby IK informácie zásadného charakteru.

Záver: Rozhodujúcu úlohu v diagnostike a taktike liečby vrodeného neurogenního mechúra zohráva invazívna urodynamika. Jej nezaštípateľným doplnkom je klinické vyšetrenie a obzvlášť v priebehu liečby a sledovania Neinvazívna urodynamika.

47. LÉČBA NEUROGENNÍHO MĚCHÝŘE BOTULOTOXINEM – DVOULETÉ ZKUŠENOSTI

Krhut J, Mainer K, Kopecký J

Urologické oddělení FNsP Ostrava-Poruba

Cíl práce: Neurogenní hyperaktivita detruzoru je typickým důsledkem narušení inervace dolních močových cest na úrovni horního motoneuronu s následnou ztrátou kontinence a s potenciálním ohrožením funkce horních močových cest. Aplikace botulinumtoxinu do detruzoru představuje relativně novou metodu stojící na pomezí mezi konzervativní a operační terapií neurogenních poruch mikce.

Cílem studie je zhodnotit dosavadní zkušenosti s touto metodou.

Materiál a metody: V letech 2001 – 2003 jsme touto metodou léčili celkem 15 pacientů s neurogenní hyperaktivitou detruzoru rezistentních na klasickou farmakoterapii. V 12 případech se jednalo o posttraumatické poškození horního motoneuronu, ve 3 případech se jednalo o neurogenní hyperaktivitu detruzoru při roztroušené skleróze. U 3 pacientů jsme provedli po odeznění účinku opakovanou aplikaci. Délka sledování souboru je průměrně 18,9 měsíců.

Endoskopicky jsme aplikovali celkem 800 – 1 000 UI botulinumtoxinu A (Dysport®) do 20 – 40 míst detruzoru mimo trigonum. Před i po léčbě evakuovali všichni pacienti močový měchýř pomocí čisté intermitentní katetrizace.

Výsledky: Hodnotili jsme průběžně subjektivní spokojenost, klinický stav, mikční karty a spotřebu anticholinergik. Urodynamické parametry jsme hodnotili před aplikací a 3 měsíce po aplikaci botulinumtoxinu. S výsledkem léčby bylo spokojeno 13 pacientů, 2 pacienti udávali podstatné zlepšení stavu. Kontinenci se podařilo obnovit u 13 pacientů. Spotřeba anticholinergik během trvání efektu klesla v průměru o 85 %. Délka trvání efektu v našem souboru je 11,3 (3 – 15) měsíců.

Závěr: Intramuskulární aplikace botulinumtoxinu je nová účinná metoda v léčbě neurogenní hyperaktivity detruzoru u pacientů rezistentních na klasickou farmakoterapii a může představovat alternativu chirurgické léčby.

48. LÉČBA INKONTINENCE VYSOKOENERGETICKÝM MAGNETICKÝM POLEM

Krhut J¹, Pilloni S², Madersbacher H³

¹Urologické oddělení FNsP Ostrava-Poruba

²Clinica Urologica Verona, Itálie

³Neuro-Urologische Einheit Innsbruck, Rakousko

Cíl práce: Léčba vysokoenergetickým magnetickým polem (*ExMI therapy - Extracorporeal Magnetic Innervation Therapy*) je novou konzervativní metodou v léčbě dysfunkcí dolních cest močových. Jejím principem je působení magnetického pole na struktury pánevního dna s následnou rychle se střídající změnou polarit membrán svalových buněk.

Cílem studie je zhodnotit první zkušenosti s touto metodou.

Materiál a metody: Do studie bylo zahrnuto celkem 25 žen s dysfunkcemi dolních močových cest (genuinní stresová inkontinence-GSI, *overactive bladder-OAB*). Průměrný věk pacientek souboru byl 57,3 let, průměrná doba sledování je 6,3 měsíců. K provedení studie jsme použili magnetickou židli NeoControl® v celkem 20 sezeních po 20 minutách ve 2denních intervalech. Použité parametry: výkon 2 kW, napětí 800 V, délka impulsu 720 μs, frekvence 5 – 10 Hz (OAB), resp. 25 – 30 Hz (GSI).

Výsledky: Hodnotili jsme průběžně subjektivní spokojenost, klinický stav, mikční karty a urodynamické parametry před a po léčbě. Výsledky shrnuje tabulka:

	před léčbou	po léčbě	p
počet vložek/24hod	2 ±2	0 ±1	0,066
počet mikcí/24 hod	9 ±2	7 ±1	0,109
mikční objem (ml/porce)	220 ±27	279 ±58	0,080
FD ml	251 ±163	328 ±60	0,225
CC ml	494 ±79	456 ±49	0,109
pclo cm H ₂ O	59 ±14	75 ±33	0,78
pad-test ml	12,2 ±14,5	4 ±5	0,138

Závěr: Terapie vysokoenergetickým magnetickým polem je nová metoda umožňující konzervativní léčbu jak stresové inkontinence, tak i hyperaktivního měchýře. První klinické výsledky jsou slibné, překážkou širšího využití jsou zatím zejména ekonomické aspekty.

49. ČTYŘLETÉ ZKUŠENOSTI S METODOU TVT V LÉČBĚ STRESOVÉ INKONTINENCE MOČI U ŽEN

Hanuš T, Janský M, Dvořáček J, Zámečník L

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

Cíl práce: Vaginální sling podle Ulmstena (TVT - *tension-free vaginal tape*) byl zaveden do klinické praxe roku 1996. Shrnujeme zkušenosti s touto operační technikou u 45 žen léčených v letech 1998 – 2002.

Materiál a metody: Všechny 45 žen ve věku 34 – 83 let (průměrný věk 62) trpících stresovou inkontinencí podstoupilo klinické vyšetření a urodynamické vyšetření (dle standardu ICS). Inkontinencí typu I a II (hypermobilita uretry) trpělo 26 žen (58 %), typu III (ISD) 6 žen (13 %), kombinovanou (II a III) 13 žen (29 %). 31 žen (69 %) již podstoupilo minimálně jednu operaci pro stresovou inkontinenci. Polovina žen byla v menopauze, průměrný počet porodů byl 2,5 (0 – 5). Operovali jsme technikou dle Ulmstena, u 9 žen jsme operaci provedli v lokální anestezii, ostatní pacientky preferovaly epidurální anestezii. Peroperační perforace měchýře v 9 případech (20 %) neměla vliv na pooperační průběh nebo na efekt operace. Po operaci jsme všem pacientkám zavedli permanentní katétr na 24 hodin.

Výsledky: Pacientky jsme pravidelně kontrolovali v intervalu 6 týdnů, 3, 6 a 12 měsíců po operaci. Doba sledování je 3 – 48 měsíců.

50. OPERACE STRESOVÉ INKONTINENCE U ŽEN S POMOCÍ TVT

Hiblbauer J, Hejzlar L, Dvořák P, Žďárek P, Hoško P, Krátký B

Urologické oddělení SANUS, Hradec Králové

Cíl práce: Zhodnocení zkušeností s TVT metodou operační léčby stresové inkontinence u žen za 4leté období.

Materiál a metody: Hodnocení souboru 200 žen operovaných metodou TVT zahrnuje nejenom samotný léčebný efekt (vyléčeno 95,3 %), ale i průběh hospitalizace (pobyt cca 3 dny), typ anestezie (spinální : lokální v poměru 2 : 1), výskyt peroperačních a pooperačních komplikací (perforace měchýře v 1,5 %, hyperkorekce ve 14 %, urgence *de novo* ve 4,7 %) a způsoby jejich řešení.

Výsledky: Metoda byla použita u pacientek operovaných pro tuto diagnózu poprvé (55 %), ale i u recidiv inkontinence (45 %), u pacientek po radioterapii v oblasti pánve i po transplantaci ledviny (1krát).

Závěr: Svoje zkušenosti s touto metodou hodnotí autoři jako výborné a považují ji za suverénní metodu operační léčby stresové inkontinence u žen.

51. EPENDYMOM JAKO PŘÍČINA MOČOVÉ RETENCE

Nedbálek A

Urologické oddělení Vítkovické nemocnice Blahoslavené Marie Antoníny, a.s., Ostrava

52. FLUORESCENČNÍ SPEKTROSKOPIE POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Kočárek J¹, Veličkov P, Köhler O¹

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Katedra aplikované elektroniky, Fakulta elektrotechnická, Západočeská Univerzita, Plzeň

Cíl práce: Klasifikace povrchových nádorů močového měchýře v reálném čase na základě spektroskopické analýzy indukované fluorescence.

Materiál a metody: Po intravezikální instilaci roztoku 5-aminolevulové kyseliny jsme pomocí citlivého spektrometru měřili fluorescenční spektra vyšetřovaných, a následně odebraných fluoreskujících lézí močového měchýře při osvětlení modrým (430 – 470 nm) a fialovým (390 – 435 nm) světlem. Na základě histologických nálezů jsme provedli analýzu s cílem nalézt korelaci mezi nádorem a jeho spektrem. Aplikací korelačního algoritmu mnohorozměrové analýzy na klasifikované nádory jsme získali databázi charakteristických hodnot. Diagnostikovaný vzorek jsme následně zařadili porovnáním získané hodnoty s databází vzorů.

Výsledky: Vytvořili jsme adaptivní systém, jehož klasifikační přesnost roste se zvyšujícím se počtem vzorků. V období od 10/2002 do 4/2003 jsme provedli měření u 12 pacientů. Na 36 vzorcích bylo pro každé budící světlo naměřeno 98 fluorescenčních spekter. U obou budících světél dosáhla senzitivita 92,4 % a specifita 89,7 %.

Závěr: Z dosud získaných výsledků lze říci, že analýza fluorescenčního spektra je možností, jak zvýšit specifitu fluorescenční cystoskopie. Fluorescenční spektroskopie umožňuje klasifikaci povrchových nádorů močového měchýře v reálném čase.

53. KONKOMITANTNÍ CHEMOTERAPIE A RADIOTERAPIE JAKO MOČOVÝ MĚCHÝŘ ŠETŘÍCÍ POSTUP PO RADIKÁLNÍ TUR

Matoušková M¹, Hanuš M¹, Kubáčková K², Malinová B², Dušek P³

¹Urocentrum Praha

²Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

³Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Přibližně 1/5 pacientů s nádory močového měchýře má infiltruující nebo metastazující tumor. Základním léčebným postupem u infiltruujících nádorů je radikální cystektomie s lymfadenektomií. Část pacientů preferuje zachování močového měchýře, u další skupiny nemocných není pro komorbiditu možné radikální výkon provést. Odpověď samotné radioterapie nebo chemoterapie není povzbuzující, stejně jako opakovaných extenzivních TUR. Konkomitantní chemoradioterapie zlepšuje léčebnou odpověď. Prospektivně srovnáváme odpověď při zařazení nové cytotoxické látky.

Materiál a metody: V letech 2000 – 2002 jsme aplikovali kombinaci gemcitabinu s platinou (cDDP) a aktinoterapií u 14 pacientů po radikálně provedené TUR. Po úvodním cyklu chemoterapie pacient podstoupil aktinoterapii. Po dobu záření jsme významně redukovali dávku gemcitabinu nebo pacient dostával jen platinu, chemoterapii dokončil v neredukovaných dávkách po ukončení radiace. Pomocí endoskopických a zobrazovacích metod jsme sledovali léčebnou odpověď a hodnotili toxicitu léčby.

Výsledky: Kombinovanou léčbu zářením a chemoterapií dokončilo 11 nemocných. U 2 jsme léčbu přerušili pro toxicitu, 1 nemocný odmítl pokračování chemoterapie po záření. Medián sledování 15 měsíců <8;30>. Recidivu v měchýři měl 1 pacient. Lokální progresi jsme zaznamenali u 5 nemocných, 2 pacienti generalizovali. Hematologická toxicita gr. III se v kombinaci zvýšila o 25 %, GIT toxicita o 10 %. Pro krátkou dobu sledování bylo beznádorové přežití nehodnotitelné.

Závěr: Konkomitantně podávaná chemoterapie gemcitabinu spolu s radiací u nemocných s infiltruujícími nádory močového měchýře je dobře tolerovanou modalitou s přiměřenou toxicitou. Srovnání se současnými schématy bude úkolem do budoucnosti.

54. VARIABILITA EXPRESE CD44 MOLEKUL V KARCINOMECH MOČOVÉHO MĚCHÝŘE - VZTAH K AKUMULACI PROTEINU p53 A K DIFERENCIACI A PROLIFERAČNÍ AKTIVITĚ NÁDOROVÝCH BUNĚK

Kuncová J¹, Urban M¹, Heráček J¹, Lukeš M¹, Zachoval R¹, Záleský M¹, Mandys V^{2,3}

¹Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

²Ústav patologie FNKV a 3. LF UK, Praha

³Ústav experimentální medicíny AVČR, Praha

Cíl práce: Zhodnocení rozdílů exprese CD44s a CD44v6 molekul v uroteliálních karcinomech močového měchýře ve vztahu k proliferativní aktivitě nádorových buněk, akumulaci proteinu p53 a ke stupni diferenciace nádorů.

Materiál a metody: Histologický obraz nádorů a stupeň jejich diferenciace (*grading*) byly vyhodnoceny v optickém mikroskopu. Expres CD44s a CD44v6 molekul, pozitivitu proteinu p53 a proliferčních markerů Ki-67 a PCNA byly detekovány imunohistochemicky. Nálezy byly hodnoceny semikvantitativně v optickém mikroskopu. Získané výsledky byly statisticky zpracovány.

Výsledky: Vyšetřeno bylo celkem 112 vzorků uroteliálních karcinomů močového měchýře různého stupně diferenciace (34x G1, 53x G2, 27x G3, 8x G4). Expres CD44s a CD44v6 molekul vykazovala u diferencovaných nádorů převážně pravidelnou distribuci, připomínající obraz v nenádorovém urotelu. U níže diferencovaných nádorů byla exprese obou sledovaných molekul CD44 výrazně heterogenní. Proliferační aktivita nádorových buněk korelovala se stupněm diferenciace nádorů. Vyšší pozitivita Ki-67 byla zjištěna u 3 % G1, 14,7 % G2, 19,2 % G3 a 50 % G4 nádorů. Expres PCNA vykazovala výrazně vyšší hodnoty ve srovnání s Ki-67, nicméně rovněž korelovala s vyšší gradu nádorů (zvýšení proliferace u 61,7 % G1, 80,8 % G2; 95,8 % G3 a 100 % G4 nádorů). Zvýšená akumulace proteinu p53 byla negativní u nádorů G1, pozitivní u 7,6 % G2, 53,8 % G3 a 62,5 % G4 nádorů.

Závěr: Zjistili jsme souvislost mezi typem exprese CD44 s a CD44v6 molekul a zvýšenou akumulací proteinu p53 a proliferativní aktivitou nádorových buněk u středně a především níže diferencovaných uroteliálních karcinomů močového měchýře.

55. PROGNOSTICKÝ VÝZNAM SEMIKVANTITATIVNÍHO HODNOCENÍ EXPRESE PROTEINU P53 U POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Babjuk M¹, Soukup V¹, Dušková J², Pešl M¹, Dvořáček J¹, Povýšil C²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Ústav patologie VFN a 1. LF UK, Praha

¹Katedra urologie, IPVZ, Praha

²Katedra patologie IPVZ, Praha

Cíl práce: Posoudit prognostický význam semikvantitativního hodnocení exprese proteinu p53 ve tkáni povrchových nádorů močového měchýře.

Materiál a metody: Zařazeno bylo 102 pacientů s povrchovým uroteliálním karcinomem měchýře. Expres p53 ve tkáni nádoru byla stanovena protilátkou DO-1 a výsledek byl vyjádřen semikvantitativně pomocí HSCORE. Pacienti byli dále sledováni a léčeni obvyklým způsobem. Průměrná doba sledování činila 39,2 měsíce. Pro odhad přežití bez recidivy nebo progresu byla použita Kaplan-Meierova metoda a výsledky byly srovnány pomocí Log-Rank testu.

Výsledky: Recidiva onemocnění se objevila u 54 (52,9 %) a progresu u 20 (19,6 %) nemocných. Pacienti s hodnotou HSCORE vyšší než 200 měli signifikantně vyšší riziko progresu ($p < 0,0024$) i recidivy ($p < 0,0025$) onemocnění.

Závěr: Semikvantitativní hodnocení umožňuje přesnější posouzení exprese proteinu p53 a má prognostický význam u povrchových nádorů močového měchýře.

Práce byla provedena za podpory projektů IGA MZ NC/5961-3, ND/6854-3 a VZ MSM 111100005.

56. TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE KONTROLOVANÁ FLUORESCENČNÍ CYSTOSKOPIÍ. PROSPEKTIVNÍ RANDOMIZOVANÁ STUDIE HODNOTÍCÍ VLIV NA ČETNOST RECIDIV POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Babjuk M, Soukup V, Petřík R, Jirsa M, Pešl M, Dvořáček J

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

Cíl práce: Posoudit vliv použití fluorescenční cystoskopie (FC) během transuretrální resekce (TUR) na četnost recidiv a délku beznádorového intervalu u pacientů s povrchovým nádorem měchýře.

Materiál a metody: Pacienti s povrchovým nádorem byli randomizováni do 2 skupin. Ve skupině A ($n = 49$) byla TUR provedena za kontroly FC, ve skupině B ($n = 43$) standardním způsobem. Nemocní byli dále pravidelně cystoskopicky sledováni. Záchyt recidivy byl vždy potvrzen histologicky.

Výsledky: Ve skupině A se recidiva objevila u 36,7 % a ve skupině B u 55,8 % pacientů. Průměrná doba do recidivy činila 7,5 (A), respektive 6,9 měsíce (B).

Závěr: První výsledky naznačují, že použití FC během TUR snižuje četnost časných recidiv u povrchových nádorů močového měchýře.

Práce byla provedena za podpory projektů IGA MZ ND/6854-3 a VZ MSM 111100005.

57. BCG VAKCÍNA V LÉČBĚ POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE - JEDENÁCTILETÉ ZKUŠENOSTI U 164 PACIENTŮ

Babjuk M, Soukup V, Pešl M, Novák J, Hanuš T, Janský M, Ibrahim Z, Dvořáček J

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

Cíl práce: Zhodnotit výsledky intravezikální terapie BCG vakcínou u pacientů s povrchovými nádory močového měchýře.

Materiál a metody: V období od 4/1992 do 3/2003 byla intravezikální imunoterapie BCG vakcínou (kmen Connaught) zahájena u 164 pacientů (53 žen, 112 mužů) s povrchovým uroteliálním karcinomem močového měchýře.

Výsledky: Recidiva tumoru se objevila u 34,8 % a progresu do invazivního nádoru u 15,2 % pacientů. Progrese byla zachycena u 28,7 % nádorů G3, ale pouze 9,0 % nádorů G2. U 7 pacientů (4,3 %) vznikl během sledování tumor v horních močových cestách. Vesměs se jednalo o nemocné s původně mnohočetným nádorem nebo nálezem Tis. U 6 mužů (5,4 %) došlo k recidivě v prostatické uretře.

Závěr: Intravezikální terapie BCG vakcínou je účinnou součástí léčby povrchových nádorů měchýře. I přes její použití jsou však zvláště nádory G3 spojeny s rizikem progresu onemocnění.

Práce byla provedena za částečné podpory projektů IGA MZ NC/5961-3, ND/6854-3 a VZ MSM 111100005.

58. VÝZNAM ANTIGENU KI-67 PRO ROZHODOVÁNÍ O INDIKACI CYSTEKTOMIE U ŽENY SE ZACHOVÁNÍM URETRY

Jarolím L¹, Bennett R², Kawaciuk I¹, Verner P¹, Campr V³, Hyršl L¹, Hanek P¹, Dušek P¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Oddělení patologie Nemocnice Rakovník

³Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Cílem práce bylo zhodnocení významu jaderného antigenu Ki-67 u pacientek indikovaných k cystektomii a ortotopické neovezice.

Materiál a metody: K průkazu antigenu a k určení podílu aktivně se dělících buněk byla použita monoklonální protilátka MIB1. Bylo vyšetřeno 12 preparátů biopsie proximální ženské uretry odebrané při cystektomii, 7 preparátů uretry odebrané při cystourektomii, 2 preparáty tumorů uretry a 8 preparátů uretry při zánětlivých afekcích. Jako kontrolní vyšetření bylo zhodnoceno 10 normálních preparátů.

Výsledky: Hodnota poměru nabarvených buněk na Ki-67 v preparátech normální uretry kolísala od 0,7 do 1,4 % s průměrem 1,2 %. U zánětlivých afekcí byl poměr v rozmezí od 1,7 do 5,4 % s průměrem 4,1 %. Nádory uretry vykazovaly vysokou pozitivitu: 37,1 a 51,6 %. Poměr positivity Ki-67 se v biopsiích uretry z preparátů cystourektomie pohyboval od 1,2 do 9 % (průměr 7,2 %). Na základě vyšetření Ki-67 v preparátech normální uretry, karcinomu uretry a preparátech uretry při karcinomu močového měchýře byla stanovena hranice poměru positivity Ki-67 pro nemocné plánované k cystektomii s ponecháním uretry hodnota 1,5 %.

Závěr: Studie prokázala, že u pacientek s uroteliálním karcinomem močového měchýře a s negativním nálezem Ki-67 v transuretrální biopsii hrdla měchýře byl negativní i histopatologický náález biopsie kraniálního konce ponechané uretry. Barvení na Ki-67 představuje jednoduchou metodu určení proliferativního potenciálu uretry a může poskytovat pomocnou prognostickou informaci. Ke zhodnocení dlouhodobých výsledků bude třeba sledovat více pacientek v delší studii.

59. PROGNOSTICKÝ VÝZNAM PT1 SUBTYPIZACE POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Soukup V¹, Babjuk M¹, Dušková J², Dvořáček J¹, Povýšil C²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, katedra IPVZ, Praha

²Patologicko-anatomický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Posoudit prognostický význam subtypizace pT1 nádorů močového měchýře.

Materiál a metody: V rámci prospektivní studie byla vyšetřena tkáň povrchových nádorů močového měchýře u 43 pacientů (30 pT1a, 9 pT1b, 4 pT1X - nemožné přesně určit hloubku nádorové invaze; 6G1, 26 G2, 10 G3). Hranicí mezi tumorem T1a a T1b byla invaze na úroveň *tunica muscularis mucosae*.

Výsledky: Během sledování 3 – 22 měsíců se objevila ve skupině pT1a recidiva v 50 %, progresse v 3,3 %, ve skupině pT1b recidiva v 55 %, progresse v 11,1 %.

Závěr: Dle prvních výsledků je náález pT1b tumoru spojen s vyšším rizikem vzniku recidiv a progresse onemocnění. Subtypizace pT1 tumorů močového měchýře je užitečným pomocným prognostickým faktorem.

Práce byla podpořena grantem VZ MSM 111100005.

60. PROGNOZA KARCINOMU LEDVINY A BIOLOGICKÉ MARKERY

Kawaciuk I

Urologická klinika 2. LF a UK Motol Praha

61. NAŠE ZKUŠENOSTI S IMUNOCHEMOTERAPIÍ U METASTAZUJÍCÍHO KARCINOMU LEDVINY

Stolz J, Novák J

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Zhodnocení výsledků aktivního přístupu v léčbě metastazujícího karcinomu ledviny u 57 nemocných v období 1994 až 2002.

Materiál a metody: Celkově bylo léčeno 57 nemocných v intervalu 8 let. U 43 nemocných byla imunochemoterapie podána po primární chirurgické terapii. Neoadjuvantně bylo léčeno 14 nemocných. Všem byly podány primárně 4 cykly kombinované terapie sestávající z interferonu- α (INF- α), interleukinu-2 (IL-2), 5-fluorouracilu (5-FU) či izotretinoinu. U aplikace IL-2 jsme preferovali subkutánní formu podání. Podle odpovědi následovalo dlouhodobé zajištění INF- α . U 3 nemocných po iniciačních 4 cyklech léčby následovala inhalační terapie IL-2. Všichni nemocní byli léčeni ambulantně.

Výsledky: Výsledky jsou hodnoceny odděleně pro skupinu primárně operovaných a neoperovaných. Závažná toxicita vyžadující ukončení terapie a hospitalizaci byla pozorována u 3 nemocných (5,2 %). Ve skupině primárně operovaných jsme dosáhli celkově 28 % příznivých odpovědí oproti 12 % ve druhé skupině. Z 28 % celkových odpovědí jsme kompletní a částečnou remisi zaznamenali v 18 %. V 10 % se jednalo o stabilizaci onemocnění.

Závěr: Metastazující karcinom ledviny je závažný medicínský problém, charakterizovaný nízkým počtem odpovědí na konvenční onkologickou terapii. Imunochemoterapie představuje u vybraných nemocných v současnosti jedinou efektivní léčebnou modalitu. V naší sestavě jsme úspěšně léčili skoro 1/5 nemocných s metastazujícím karcinomem ledviny.

62. ROZSÁHLÉ CYSTICKÉ NÁDORY LEDVIN

Hora M¹, Hes O², Michal M², Chudáček Z³

¹Urologická klinika, LF UK a FN, Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN, Plzeň

³Radiodiagnostické oddělení LF UK a FN, Plzeň

Cíl práce: Vyhledat rozsáhlé cystické nádory ledvin, porovnat předoperační grafická vyšetření a peroperačně makroskopický nález s histologickými nálezy a stanovit léčebný algoritmus.

Materiál a metody: Na urologické klinice FN Plzeň bylo v období 1/1991 až 3/2003 léčeno chirurgicky pro tumor ledviny 597 pacientů s 608 tumory. Rozsáhlé cystický tumor dle předoperačních grafických vyšetření a dle peroperačního nálezu byl nalezen v 9 případech. U 7 pacientů byla provedena radikální nefrektomie, u 2 resekce tumoru.

Výsledky: Histologicky se jednalo v 6 případech u multilokulární cystický konvenční renální karcinom, 2krát o smíšený epiteliální a stromální tumor ledviny a 1krát o cystický nefrom. Jedná se vždy o diagnózy, u nichž nikdy nebylo popsáno maligní chování. Ani u našich pacientů jsem nezaznamenal lokální recidivu nebo generalizaci.

Závěr: Rozsáhlé cystické nádory jsou pro své benigní chování indikovány k zachovným chirurgickým výkonům včetně prosté enukleace. Radikální nefrektomie je z onkologického hlediska nadbytečná. Často však zachovný výkon nedovoluje rozsah a lokalizace tumoru.

63. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ NÁDOROVÉHO TROMBU KARCINOMU LEDVINY KATEGORIE III (DLE NESBITA) - NÁŠ PŘÍSTUP

Morávek P¹, Navrátil P¹, Procházka E¹, Brzek V¹

¹Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

²Kardiokirurgická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl práce: Zhodnocení vlastního přístupu při řešení nádorového trombu karcinomu ledviny v dolní duté žíle kategorie III dle NESBITA.

Materiál a metody: V období 3 let (4/2000 – 3/2003) autoři operovali 36 nemocných s nádorovým trombem v DDŽ (dolní duté žíle). U 22 nemocných se jednalo o trombus kategorie II (infrahepatický), u 8 nemocných o trombus kategorie III (intrahepatický a suprahepatický), u 6 nemocných o trombus kategorie IV (intraatriální). Trombus kategorie II jsme řešili kavotomií nebo resekci DDŽ, trombus kategorie IV resekci DDŽ a atriotomií v kardiopulmonálním bypassu. Trombus kategorie III (8 nemocných) byl diagnostikován při spirální CT a horní hladina trombu ověřena sonograficky. V první fázi operace byla transperitoneálně odstraněna ledvina s tumorem. Pro zajištění nemocného při trombektomii následovala pravostranná torakotomie ve 4. mezižebří, perikardiotomie a založen turniket na dolní dutou žílu mezi pravou síň a bránicí. Provedena kavotomie nebo resekce DDŽ, extrakce nádorového trombu a sutura DDŽ.

Výsledky: Všichni nemocní byli operováni úspěšně bez peroperačních a pooperačních komplikací. Po operaci následovala adjuvantní imuno- nebo imunochemoterapie. Všichni nemocní přežívají po dobu 1 – 28 měsíců bez plicních metastáz, lokální recidivy s volnou DDŽ.

Závěr: Na podkladě vlastních zkušeností považují autoři zmíněný operační přístup za vhodnou metodu řešení nádorového trombu kategorie III pro zajištění hrozící nádorové embolie plicní arterie s fatálními následky.

64. VÝSKYT NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ V KOMPLIKOVANÝCH LEDVINNÝCH CYSTÁCH

Čermák A¹, Pacík D¹, Varga B¹, Varga G¹, Mechl M²

¹Urologická klinika FN Brno-Bohunice

²Radiodiagnostická klinika FN Brno-Bohunice

Cíl práce: Zhodnocení výsledků CT vyšetření u cystických lézí ledvin a přesnost klasifikace (Bosniak) při indikaci radikálního operačního výkonu.

Materiál a metody: V období 1998 – 2003 bylo u 157 pacientů s cystickou formací provedeno spirální CT vyšetření a stanovena klasifikace. K operačnímu řešení bylo indikováno 51 pacientů. Výsledky peroperačního a definitivního histologického vyšetření byly korelovány se stanovenou předoperační klasifikací.

Výsledky: Vyšetření prokázala cystický renální karcinom (16), benigní cysty (32), hemangiosarkom (1), karcinom z přechodného epitelu (2). U všech cyst kategorie I (n = 15) byl nález benigní. U cyst kat. II (n = 12) bylo v 1 případě prokázáno maligní onemocnění. U 15 případů klasifikace III byl nález maligního onemocnění v 9 případech (60 %). U všech 9 případů kat. IV byl potvrzen maligní nález.

Závěr: Radiologická klasifikace dle Bosniaka je jednoznačná u kategorie I. a IV. V kat. II jsme zaznamenali 1krát maligní nález, v kategorii III bylo 60 % (n = 12) maligních nálezů (písemnictví referuje 55 – 65 %). Pro indikaci operačního výkonu a prognózu u komplikovaných cyst je důležité rozlišení mezi kategorií II a III. Podle současných sdělení má přítomnost kalcifikace ve stěně cysty malou výpovědní hodnotu. Kalcifikace spojené s *enhancement* měkkých tkání jsou spojeny s vyšší pravděpodobností nádorového onemocnění a jsou jednoznačně indikovány k operační léčbě.

65. PROGNOZA PACIENTŮ S KARCINOMEM LEDVINY - ZHODNOCENÍ VLASTNÍCH VÝSLEDKŮ ZA 5 LET

Mečl J, Šámal V, Šlosarová S, Paldus V

Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

Cíl práce: Retrospektivní zhodnocení výsledků léčby pacientů s karcinomem ledviny s ohledem na *staging*, typ zvolené léčby, dobu progresu a přežití.

Materiál a metody: V období 1997 – 2001 bylo na našem oddělení léčeno celkem 115 pacientů s karcinomem ledviny, u 80 byla provedena nefrektomie, u 35 nebyla operace z různých důvodů indikována.

Výsledky: U nádorů ohraničených na ledvinu přežívá po nefrektomii 85,3 % pacientů ve stadiu T1-2 a 79,3 % u T3-4. Průměrná doba přežití v případě generalizace nádoru v době diagnózy byla 12,7 měsíců u pacientů po nefrektomii a 13,1 měsíců bez nefrektomie.

Závěr: Prognóza nemocných s generalizovaným karcinomem ledviny v době diagnózy je špatná, s minimální šancí na delší přežití a s omezenými možnostmi efektivní léčby.

66. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ LOKÁLNÍ RECIDIVY ADENOKARCINOMU LEDVINY PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII

Rovný A, Řehořek P, Šabacký I, Filipenský P, Kumstát P, Šafář D

Urologické oddělení FN U sv. Anny, Brno

Cíl práce: Zhodnocení výsledků operační léčby lokální recidivy adenokarcinomu ledviny po radikální nefrektomii na vlastním souboru nemocných v desetiletém období.

Materiál a metody: V letech 1992 – 2002 bylo na našem oddělení provedeno 861 operací ledviny pro karcinom. V souboru nemocných s nádorovým postižením ledviny jsme ve 20 případech (2,3 %) přistoupili k chirurgické revizi pro lokální recidivu po radikální nefrektomii. Jednalo se o pacienty, u nichž byl nález při zobrazovacích metodách hodnocen jako operabilní bez známek generalizace.

Výsledky: Během vlastní operace byla možná exstirpace tumoru v 15 případech (75 %). U 6 z těchto nemocných (40,0 %) bylo třeba přistoupit k resekci okolních orgánů - kolon, játra, pankreas, diafragma. Nález u 5 pacientů (25 %) byl během revize hodnocen jako inoperabilní. 4 nemocní se nacházejí v remisi v období 6 měsíců až 4 roky po operaci. V ostatních případech bylo dosaženo přežití v rozsahu 6 – 48 měsíců po operaci.

Závěr: Jak dokumentují prezentované výsledky, patří operace lokálních recidiv karcinomu ledviny k obtížnějším chirurgickým výkonům. Při správné indikaci však mohou zlepšit prognózu onkologicky nemocného pacienta.

67. PĚTILETÉ PŘEŽITÍ U NEMOCNÝCH S INCIDENTÁLNÍM ADENOKARCINOMEM LEDVINY

Hyršl L, Kawaciuk I, Dušek P, Rejchrt M

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Porovnání výsledků 5letého přežívání nemocných s incidentálním adenokarcinomem ledviny (RCC) a nemocných se symptomatickým nádorem.

Materiál a metody: Retrospektivní studie hodnotící soubor 152 nemocných, operovaných na našem pracovišti v letech 1992 až 1997 pro adenokarcinom ledviny. U všech byla provedena radikální transperitoneální nefrektomie nebo resekce ledviny. Vyřazeni byli 4 nemocní, kteří zemřeli během sledování na jinou chorobu. Vlastní soubor 148 nemocných jsme rozdělili na 2 skupiny: 1. incidentálně diagnostikovaný asymptomatický RCC, 2. symptomatický RCC. V každé skupině jsme stanovili četnost pT kategorií a 5leté přežití nemocných.

Výsledky: Hodnoceno 148 nemocných, z toho 90 mužů a 58 žen (1,5 : 1) s věkovým průměrem 61,7 roků. Nejmladšímu nemocnému bylo 16, nejstaršímu 87 let. V první asymptomatické skupině bylo 77 nemocných (52,0 %). Počet pT1 a pT2 kategorií (54, 70,1 %) byl vyšší než lokálně pokročilých pT3, pT4 nádorů (23, 29,9 %), ale rozdíl nebyl statisticky významný ($p = 0,6$). 5 let přežilo 62 (80,5 %) nemocných. Ve druhé symptomatické skupině bylo 71 (48,0 %), z toho 36 (50,7 %) nemocných s kategorií pT1, pT2 a 35 (49,3 %) nemocných s kategorií pT3, pT4. Pět let přežilo pouze 40 (56,3 %) nemocných.

Závěr: Časná diagnostika asymptomatického RCC zlepšuje přežívání nemocných s incidentálním adenokarcinomem ledviny.

68. SROVNÁNÍ ULTRASONOGRAFIE A SPIRÁLNÍHO CT V DIAGNOSTICE NÁDOROVÝCH TROMBŮ U ADENOKARCINOMU LEDVINY

Belej K, Hrabec M, Zátura F, Fiala R

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl práce: Ultrasonografie je základní vyšetřovací metodou parenchymových nádorů ledvin. K potvrzení diagnózy a stanovení klinické klasifikace nádorů se používá CT. Obě vyšetření přinášejí určitá omezení ve stanovení postižení renální žíly a dolní duté žíly nádorovým trombem. V retrospektivní studii jsme hodnotili validitu CT a ultrasonografie v diagnostice nádorových trombů.

Materiál a metodika: V retrospektivní studii byli hodnoceni nemocní po radikální nefrektomii provedené v letech 1992 – 2002, tzn. od zavedení spirálního CT v olomouckém regionu. V tomto období bylo operováno celkem 367 nemocných, z nichž mělo 40 (11 %) histologicky potvrzené postižení hlavního kmene renální žíly (8 %) nebo dolní duté žíly pod úroveň vtoku jaterních žil (3 %). 3 nemocní s postižením dolní duté žíly a 4 pacienti s trombem v renální žíle měli vzdálené metastázy. 2 nemocní s postižením dolní duté žíly a 2 pacienti s trombem v renální žíle měli makroskopické postižení regionálních uzlin. U všech 40 pacientů bylo provedeno spirální CT s podáním kontrastní látky a transabdominální sonografie (multifrekvenční sektorová sonda 3-5 MHz, přístroj 3235 nebo Hawk 2102,

Brüel&Kjaer). Ultrazvukový nález byl u všech nemocných hodnocen v B-mode a u 26 pacientů v CFM /PD (*color-flow mapping/Power Doppler*). Pacienti byli sonograficky vyšetřeni nalačno v poloze na zádech nebo na boku.

Výsledek: Spirální CT prokázalo postižení dolní duté žíly u všech 11 nemocných (100 %) a u 2 z nich byl podhodnocen rozsah nádorového trombu. Postižení renální žíly zjistilo CT u 24 (83 %) nemocných, z nichž 2 nemocní měli negativní sonografii. Falešně pozitivní nález postižení dolní duté žíly byl vysloven u 2 nemocných a postižení renální žíly u 4 pacientů. Transabdominální sonografie prokázala postižení u všech 11 pacientů (100 %) s histologicky potvrzeným prorůstáním karcinomu do dolní duté žíly a nebyl zjištěn falešně pozitivní nález. Postižení renální žíly bylo prokázáno u 25 (86 %) nemocných, z toho byl trombus v renální žíle zjištěn u 3 nemocných s negativním nálezem na spirálním CT s podáním kontrastní látky.

Závěr: Rozsah nádorové trombózy zjištěný na základě zobrazovacích metod rozhoduje o postupu při radikální nefrektomii a znalost přesného rozsahu je cennou informací. Ultrasonografie i spirální CT přináší riziko nepřesného hodnocení postižení renální žíly a dolní duté žíly. Na základě výsledků studie a našich klinických zkušeností doporučujeme použití obou vyšetření v předoperační diagnostice přítomnosti a rozsahu prorůstání karcinomu ledviny do žil. Zatím není jasné, zda tento postup změny zavedení moderních technologií (CT angiografie, harmonické ultrazvukové zobrazení) do běžné klinické praxe, a umožní tak zpřesnění diagnostiky nádorových trombů.

69. CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ PARENCHYMATÓZNÍCH NÁDORŮ LEDVINY NA UROLOGII FNŠP OSTRAVA, 1997 – 2002

Němec D, Mainer K, Häring Z, Krhut J, Kopecký J, Horák A, Král R, Rybníkář M
Urologické oddělení FNŠP Ostrava

Cíl práce: Podíl chirurgických zákroků v souboru pacientů s nádorovým onemocněním ledviny za období 1997 – 2002. Histologická a patologická klasifikace nádorů.

Materiál a metody: Předoperační diagnóza byla stanovena na základě sonografického a CT vyšetření. V období let 1997 – 2002 jsme operovali 230 pacientů s parenchymatózním nádorem ledviny. Z tohoto souboru bylo ošetřeno 149 (64 %) pacientů transperitoneální nefrektomií, 35 (17,5 %) pacientů nefrektomií z lumbotomie. Od roku 1999 neprovádíme rutinně při nefrektomii adrenalectomii na straně postižené ledviny. U 46 (20 %) pacientů byla provedena resekce tumoru, z toho u 40 z lumbotomického přístupu a u 6 z transperitoneálního přístupu. U 1 nemocného byl proveden resekční výkon pro bilaterální nádorové postižení v jedné době. Retrospektivně vyhodnocujeme klinické stadium a histologický nález.

Výsledek: Všichni pacienti se stadiem T1, kterým byl proveden resekční výkon (n = 46), byli sledováni přímo na našem oddělení a po celou dobu sledování jsou bez známek recidivy. Pacienti se stadiem T2 a výše byli dispenzarizováni v jiných rajonních urologických ambulancích. U 2 pacientů jsme zaznamenali lokální recidivu onemocnění. U 2 pacientů došlo pooperačně k letální komplikaci v souvislosti s masivní plicní embolií a 1 zemřel pro dekompenzaci chronické bronchopulmonální choroby. Pacient s objemným tumorem pravé ledviny s trombem v pravé srdeční síni zemřel 11. pooperační den na protrahovaný pooperační šok.

Histologická klasifikace: 91 % (n = 209) karcinom z jasných buněk, 6 % (n = 12) chromofobní karcinom, 3 % (n = 7) ostatní. Průměrný věk pacientů byl 61 let, nejstaršímu bylo 88 let, nejmladšímu 24 let.

Závěr: Podali jsme přehled chirurgické terapie parenchymatózních nádorů ledvin na našem oddělení. V případech stadia T1 a velikosti nádoru do 5 centimetrů obvykle indikujeme resekční výkon.

70. ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ SPONTÁNNÍ KRVÁCENÍ DO RETROPERITONEA Z KARCINOMU LEDVINY - KAZUISTIKA

Mečl J, Paldus V
Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

Cíl práce: Autoři prezentují kazuistiku velmi vzácné komplikace karcinomu ledviny.

Materiál a metody: U 34leté pacientky s anamnézou gynekologického krvácení byl zjištěn tumor v pochvě, histologicky metastáza adenokarcinomu, a poté UZ + CT diagnostikován nádor levé ledviny. Během pobytu na gynekologickém oddělení došlo k náhlému krvácení do retroperitonea provázenému šokovým stavem. Byla indikována akutní operační revize s nálezem masivního krvácení z tumoru levé ledviny prorůstajícího do dutiny břišní. Stav vyřešen nefrektomií, levostrannou hemikolektomií a splenektomií.

Výsledek: Operace pacientce bezprostředně zachránila život, ale za 6 týdnů po výkonu zemřela na generalizaci onemocnění.

Závěr: Krvácení do retroperitonea z karcinomu ledviny patří mezi raritní komplikace tohoto onemocnění.

71. KONVENČNÍ RENÁLNÍ KARCINOM S GRANULOMATÓZNÍ REAKCÍ, ČI INCIDENTÁLNÍ ZÁCHYT TUBERKULÓZY U PACIENTŮ S MALIGNÍM NÁDOREM LEDVINY?

Hes O, Hora M, Vaněček T, Šíma R, Toufarová P, Havlíček F, Šulc M, Michal M
Šiklův patologicko-anatomický ústav FN Plzeň
Oddělení urologie FN Plzeň
Bioptická a cytologická laboratoř, Chomutov

Cíl: Popis neobvyklé reakce v rámci konvenčního renálního karcinomu (KRK) s vyloučením specifické etiologie.

Materiál a metody: Popisována je sestava 3 pacientů vybraných z více než 8 000 renálních tumorů v našem registru. Tkáně byly vyšetřovány pomocí standardních histologických technik a pomocí molekulárně-genetické analýzy (PCR).

Výsledky: Sestavu tvoří 3 pacienti s dobře diferencovanými konvenčními renálními karcinomy. Všichni byli léčeni pouze nefrektomií bez předchozí embolizace renálních tepen. V nádorové tkáni byly nalezeny četné, dobře ohraničené obrovskobuněčné granulomy bez kazeózní nekrózy. PCR vyloučila mykobakteriální nebo treponemovou etiologii. Klinicky byla vyloučena sarkoidóza. U pacientů nebyly prokázány známky progresu granulomatózního ani nádorového procesu v období 6 měsíců až 4 let po nefrektomii.

Závěr: Popisována je raritní reaktivní změna v nádorové tkáni, kterou je nutné odlišit od současně probíhajícího specifického procesu (tuberkulóza, sarkoidóza atd.). V zahraniční odborné literatuře byla podobná afekce publikována pouze v jediném případě, navíc bez molekulárně-genetické diagnostiky.

72. KOINCIDENCE METASTAZUJÍCÍHO KARCINOMU LEDVINY A PLICNÍ TUBERKULÓZY U 42LETÉHO PACIENTA

Otava Z¹, Drlík P¹, Pospíšil R², Veverová P³, Kodetová D⁴, Lacman J⁵

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Chirurgická klinika 2. LF UK, Praha

³Patologicko anatomické oddělení ÚVN, Praha

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

⁵Radiodiagnostické oddělení ÚVN, Praha

Cíl práce: Cílem práce je upozornit na možnost koincidence karcinomu ledviny a plicní tuberkulózy, která může vést k záměně za metastatický plicní proces.

Materiál a metody: 42letý muž, profesí lesní dělník, byl na jaře 2002 vyšetřován pro bolesti v oblasti sternu. Zpočátku byla zvažována souvislost s povoláním (práce s křovinořezem). V létě 2002 se v oblasti sternu objevila bolestivá rezistence. V září 2002 bylo provedeno CT vyšetření uvedené oblasti s nálezem expanzivního procesu v těle sternu 4 × 3 × 3 cm a současně 3 ložisek velikosti 6 mm v pravé plicí – suspektních z metastatického procesu. Byla provedena punkční biopsie z ložiska ve sternu s histologickým nálezem buněk se světlou cytoplazmou. Pacient byl odeslán na naše pracoviště k vyloučení primárního tumoru v urogenitálním traktu. Sonografickým vyšetřením a CT byl diagnostikován tumor pravé ledviny o průměru 4,5 cm. Při scintigrafii skeletu byl pozitivní nález jen v oblasti sternu. Pacient vyslovil jednoznačné přání radikálního řešení. Proto bylo zajištěno torakochirurgické konzilium na Chirurgické klinice 2. LF UK. Byl navržen torakochirurgický výkon s odstraněním všech plicních ložisek a ložiska ve sternu v jedné době po provedení nefrektomie na našem pracovišti. 3 týdny po provedení pravostranné transperitoneální nefrektomie byla provedena klínovitá resekce 3 ložisek v pravé plicí spolu s resekci distální třetiny sternu.

Výsledky: Histologickým vyšetřením byl prokázán konvenční karcinom ledviny G I-II, pT2. V resekátu sternu byla nalezena osteolytická metastáza karcinomu ledviny z jasných buněk. V tkáni z resekátů pravé plice byla popsána kazeózní tuberkulóza. Nemocnému byla nasazena tuberkulostatická léčba.

Závěr: Při podezření na generalizaci nádorového procesu a rozhodování o další léčbě je v rámci diferenciální diagnostiky plicních metastáz nutné zvažovat možnost plicní tuberkulózy. Ačkoliv nejde o časté případy, dopady pro indikaci adekvátní léčby jsou zásadní.

73. TRAUMATA ZADNÍ URETRY U DĚTÍ

Morávek J, Kříž J, Zeman L, Dušek M

Klinika dětské chirurgie FN Motol, Praha

Cíl práce: Na vlastním souboru prokázat výsledky léčby traumat zadní uretry ve vztahu k mechanismu poranění a taktice léčby.

Materiál a metody: Od roku 1992 – 2002 jsme léčili 8 dětí s poraněním zadní uretry. Mechanismus úrazu zahrnoval převážně dopravní úrazy, úrazy při sportu, nechybělo mezi nimi ani válečné poranění dítěte střelnou zbraní. U většiny dětí jsme postupovali zprvu drenáží močového měchýře punkční epicystostomií a revizí zadní uretry z perineálního přístupu v odstupu několika týdnů. Otevřená poranění a traumata s rozsáhlým hematodem jsme léčili jako urgentní stav bezodkladnou revizí, resekci rozmožděných konců přerušené uretry a jejich anastomózou.

Výsledky: V jednom případě byla nutná opakovaná revize a resekce nedostatečně vitálních, zjizvených konců zadní uretry. 1 chlapec, léčený zprvu na jiném pracovišti, zatím zůstává na epicystostomií.

Závěr: Lepší výsledky léčby poranění zadní uretry dávají odložené výkony po zajištění zraněného punkční epicystostomií s dostatečnou mobilizací a resekci rozmožděných a přerušovaných konců uretry. Problémem zůstávají stavy po opakovaných chirurgických intervencích v oblasti zadní uretry.

74. PORANĚNÍ LEDVIN V DĚTSKÉM VĚKU

Zeman L¹, Dušek M¹, Kříž J¹, Morávek J¹, Dlásk K²

¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Klinika anesteziologie a resuscitace 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl práce: Poranění urogenitálního ústrojí u dětí je po kraniocerebrálních úrazech jedním z nejčastějších. Cílem naší práce je zhodnocení léčby dětských pacientů s poraněním ledvin izolovaným i v rámci polytraumatu.

Materiál a metodika: Byla zhodnocena léčba u pacientů přijatých v rámci dětského traumacentra FN Motol v období 4 let (1999 – 2002). S poraněním ledvin bylo hospitalizováno celkem 72 pacientů. Jednalo se o poranění izolovaná nebo bylo poranění ledvin součástí

polytraumatu (23krát). 30krát byla poraněna pravá ledvina, 21krát levá a 18 pacientů utrpělo kontuzi břicha nebo lumbální krajiny s následnou mikrohematurií, ale bez strukturálních změn ledvinového parenchymu. Standardně byli pacienti vyšetřeni sonograficky, v komplikovaných případech jsme provedli intravenózní urografii (3krát) nebo výpočetní tomografii (8krát).

Výsledky: Léčba byla převážně konzervativní. Revidováni byli celkem 4 pacienti. Ve všech případech se jednalo o rozsáhlé pokračující krvácení. Při operaci byla nalezena významná poranění střední etáže ledviny. Záchovný výkon nebyl možný. Zaznamenali jsme 4 úmrtí. U všech pacientů bylo zapříčiněno závažným kraniocerebrálním traumatem a nesouviselo s poraněním ledvin.

Závěr: Léčba poranění ledvin je u většiny pacientů konzervativní. Revizi vyžadují jen nejzávažnější poranění s kompletní rupturou parenchymu, otevřeným dutým systémem, poranění cévní stopky a poraněním močových cest.

75. MINIINVAZIVNÍ LÉČBA RENÁLNÍCH CYST U DĚTÍ

Sedláček J, Kočvara R, Dítě Z, Šinčl M

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl práce: Zhodnocení úspěšnosti a bezpečnosti sklerotizace renálních cyst koncentrovaným alkoholem u dětí.

Materiál a metody: Soubor 14 dětí, 4 chlapci a 10 dívek ve věku 4 – 15 let (průměrný věk 11 let). Punkce cyst byla prováděna pod USG kontrolou. Velikost cysty se pohybovala mezi 30 – 140 mm v největším rozměru (prům. 60 mm). Po vypuštění cysty a zavedení drenáže jsme provedli cystogram k vyloučení komunikace cysty s dutým systémem ledviny. Vlastní sklerotizace byla provedena ve 13 případech 96% etanolem injikovaným do cysty na dobu 15 – 20 minut v množství 4 – 40 ml dle velikosti cysty (prům. 18 ml). 1krát byl použit Tissucol + trombin.

Výsledky: Diagnóza byla stanovena v 5 případech jako náhodný nález při USG vyšetření břicha, u 3 dětí vedly k vyšetření neurčité bolesti břicha nebo zad, polycystóza v rodině byla důvodem vyšetření u 3 dětí a 3krát byla cysta zjištěna při USG vyšetření pro IMC. Nejčastější indikací bylo postupné zvětšování cysty při USG kontrolách (11 dětí), bolesti břicha nebo zad (3 děti). Reakce na podání etanolu v uvedeném množství nebyla zaznamenána u žádného dítěte. Kontrolní USG vyšetření v odstupu 2 – 35 měsíců (prům. 12 měsíců): v 10 případech (71,4 %) došlo k úplnému zhojení cysty, u 4 dětí (28,6 %) zjištěn reziduální cystický útvar o velikosti 20 – 40 mm (prům. 30 mm), tj. zmenšení nálezu v průměru o 50 %.

Závěr: Sklerotizace renálních cyst u dětí je bezpečná, jednoduchá a efektivní metoda s dobrými dlouhodobými výsledky.

76. NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI S ENDOSKOPICKOU LÉČBOU VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU DEXTRANOMEREM S KYSELINOU HYALURONOVOU

Novák I, Janoušková L

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl práce: Zhodnotit první zkušenosti s léčbou VUR defluxem.

Materiál a metodika: Defluxem bylo léčeno od 6/2002 do 3/2003 na dětském oddělení urologické kliniky v Hradci Králové 18 nemocných s 29 refluxními jednotkami (RJ). Stupeň refluxu: II (3), III (20), IV (6). Všichni nemocní byli po předchozí neúspěšné konzervativní nebo jiné endoskopické léčbě. II. stupeň byl léčen při současném postižení druhé strany refluxem III. nebo IV. stupně.

Autoři subjektivně zhodnotili retrogradně technickou náročnost výkonu, objektivně pooperační průběh a komplikace léčby dle chorobopisů a ambulantních karet. U 7 nemocných s 11 RJ, s pooperačně již provedenou kontrolní MCUG, byl zhodnocen výsledek terapie defluxem.

Výsledky: Technická náročnost je srovnatelná s jinými endoskopickými operacemi. Léčbu je možno opakovat. Nezaznamenali jsme žádné vážnější časné ani pozdní komplikace. U kontrolovaných MCUG došlo k vymizení refluxu u 8 RJ (II. st./1, III. st./6, IV. st./1). Ke snížení VUR z III. st. na I. st. došlo u 2 RJ, u 1 byla perzistence III. st. vlivem technicky chybně provedené aplikace defluxu. Provedli jsme přeléčení.

Závěr: Naše první zkušenosti s defluxem potvrzují snadnost, bezpečnost a dobré výsledky léčby publikované literárně (úspěšnost až u 80 % stupňů III a IV). V širším použití zatím brání ekonomická náročnost materiálu.

77. POUŽITÍ DYNAMICKÉ SCINTIGRAFIE LEDVIN K HODNOCENÍ FUNKCE KONGENITÁLNÍ HYDRONEFRÓZY U DĚTÍ

Kříž J¹, Křížová H², Morávek J¹, Zeman L¹

¹Klinika dětské chirurgie, FN Motol a 2. LF UK, Praha

²Klinika nukleární medicíny a endokrinologie FN Motol a 2. LF UK, Praha

Cíl práce: Je stanovení funkce ledviny podle dynamické scintigrafie ledvin (DSL) s merkaptocetyltryglycinem (MAG3) spolehlivým obrazem funkce ledviny u jednostranné kongenitální hydronefrózy?

Materiál a metody: Vyšetřili jsme 47 dětí (31 chlapců, 16 dívek) ve věku od 1 měsíce až do 18 let (průměr 5,5 let) s jednostrannou hydronefrózou (22krát vpravo, 25krát vlevo) a normálním nálezem na druhé ledvině. Hodnotíme výsledky DSL s ^{99m}Tc MAG3 před a půl roku po úspěšné pyeloplastice (zlepšení odtoku moči na pooperační DSL). Vyšetření bylo provedeno po i.v. aplikaci ^{99m}Tc MAG3 v poloze vleže na zádech s detektorem v zadní projekci, dle potřeby byl aplikován Furosemid. Podíl jednotlivé ledviny na celkové renální funkci (relativní funkce ledvin - RFL) byl posuzován z plochy pod renografickou křivkou v čase mezi 1. a 3. minutou po aplikaci izotopu po odečtení aktivity pozadí (metoda *area*) nebo ze strmosti křivky v sekreční fázi (metoda *slope*). Normální hodnoty RFL jsou 50 % : 50 % s odchylkou ± 5 %.

Výsledky: Funkce ledviny byla na straně hydronefrózy před operací 7krát nadnormální (tj. nad 53 % RFL) a u těchto dětí 5krát pooperačně RFL klesla o více než 5 %. Pooperační nález se skokem zhoršil rovněž u 5 dětí s předoperačně sníženou RFL. U většiny dětí (35krát) s porušenou funkcí předoperačně se funkce po pyeloplastice zlepšila nebo nezměnila.

Závěr: Stanovení renální funkce z dynamické scintigrafie s MAG3 je u 25 % dětí v našem souboru falešně nadhodnocené.

78. ÚPRAVA HYPOSPADIE METODOU TIP - SPONGIOPLASTIKA NEZABRÁNÍ VZNIKU PÍŠTĚLÍ

Kočvara R^{1,2}, Šincl M¹, Dítě Z^{1,2}, Sedláček J¹, Dvořáček J^{1,2}

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha

Cíl práce: Srovnání účinnosti laloku *dartos* a spongioplastiky v prevenci vzniku komplikací při úpravě hypospadie metodou TIP (tubulizace incidované ploténky).

Materiál a metodika: Retrospektivní analýza 82 nemocných operovaných od 12/1999 do 2/2003 metodou TIP. U 63 nemocných se jednalo o koronární či distální penilní hypospadii, u 12 o proximální variantu (penilní proximální až skrotální), u 7 o píštěl po předchozích operacích, z toho u 2 se strikturou. U 41 nemocných byl použit ke krytí neourectry lalok *dartos* z předkožky - 1. skupina, u 32 byla pouze rekonstruována reziduální spongiózní tělesa přes neourectru - 2. skupina, u 9 nebyl použit ani lalok *dartos*, ani spongioplastika - 3. skupina. Polovina nemocných byla mladší 3 let, průměrný věk byl 6,1 let a doba sledování 1,3 roku. Napřímení penisu dorzální ortoplastikou bylo provedeno u 8 nemocných. Pooperační derivace moči byla ponechána na dobu 11 – 14 dnů: epicystostomie + stent v uretře u 46, Foleyův katétr u 31 a skládaný stent u 5 nemocných. Pooperační dilatace jsme doporučili u 31 nemocných po dobu 2 – 8 týdnů.

Výsledky: Bez komplikací se zhojilo 38, tj. 92,3 % nemocných v 1. skupině, 18, tj. 58,1 % ve 2. skupině a 4, tj. 44,4 % ve 3. skupině. Píštěl po operaci se vyskytla u 1, tj. 2,6 % v 1. skupině, u 10, tj. 31,3 % ve 2. skupině a u 4, tj. 44,4 % ve 3. skupině. Dehiscence glandy u 3, tj. 9,7 % v 2. skupině a u 1, tj. 11,1 % ve 3. skupině. Striktura meatu a celé plastiky u 2, tj. 5,1 % nemocných se vyskytla pouze v 1. skupině, a to u prvních 2 operovaných nemocných. Výskyt komplikací nebyl závislý na typu pooperační derivace moči ani na skutečnosti, zda se jednalo o primární nebo opakovanou operaci.

Závěr: Uretroplastika TIP dává velmi dobré kosmetické i funkční výsledky. Při současném použití laloku z tuniky *dartos* ke krytí uretry lze minimalizovat počet komplikací. Naproti tomu současná spongioplastika vzniku komplikací účinně nebrání.

79. MÁ VÝZNAM VYLUČOVACÍ UROGRAFIE PŘI INDIKACI OPERACE HYDRONEFRÓZY?

Šmakal O¹, Geier P², Vrána J¹, Tichý T³, Flögllová H¹

¹Urologická klinika FN a LF UP, Olomouc

²Dětská klinika FN a LF UP, Olomouc

³Ústav patologie FN a LF UP, Olomouc

Cíl práce: Indikace k provedení pyeloplastiky u nemocných s hydronefrózou se stanovuje na základě individuálního posouzení výsledků sonografických nálezů, dynamické scintigrafie i vylučovací urografie (IVU). Provedení IVU se doporučuje provést až před vlastní operací k ozřejmení anatomických poměrů. Ve své práci, která vznikla za podpory grantu IGA Mzd č. NK/6605-3, se snažíme objasnit význam IVU při diskrepanci mezi výrazně patologickým UZ nálezem a příznivým výsledkem dynamické scintigrafie u ledvin s hydronefrózou.

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 43 dětí, u kterých byla v roce 2002 a 2003 provedena pyeloplastika. Indikaci k operaci jsme stanovili u 17 dětí na základě UZ nálezů a diuretické dynamické scintigrafie, u zbývajících 26 pacientů byla provedena i IVU. U všech dětí byla peroperačně odebrána biopsie ledviny, histologické změny jsme klasifikovali do 4 stupňů dle Zangha.

Výsledky: U 10 dětí z 26členného souboru byl výrazný nepoměr mezi jasně patologickým UZ nálezem a příznivým scintigrafickým nálezem, kde nebyl pokles funkce pod 43 % a byl negativní furosemidový test. Furosemidová IVU těchto pacientů detekovala obstrukci a urogram odpovídal závažnosti UZ nálezů. Při operaci byl jako příčina hydronefrózy u 3 dětí prokázán akcesorní polární cévní svazek, ve 3 případech byla mimo stenózu PU přechodu zjištěna ventrální malrotace ledviny a ve 4 případech byla příčinou hydronefrózy výrazná stenóza PU úseku s dysplazií močovodu. U 4 ledvin byly mírné histologické změny G2 a u 6 závažné histologické změny G3.

Závěr: Furosemidová IVU je přínosná v indikaci provedení pyeloplastiky u stavů, u nichž je rozpor mezi patologickým UZ obrazem a příznivým nálezem diuretické scintigrafie. V této indikační skupině je významný podíl cévních a morfologických abnormalit podílejících se na vzniku hydronefrózy.

80. EDUKACE DLOUHODOBĚ VYŘAZENÉHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE PŘED KONVERZÍ INKONTINENTNÍ STOMIE - DVĚ KAZUISTIKY

Kočvara R^{1,2}, Dítě Z^{1,2}, Smičková Z¹, Dvořáček J^{1,2}, Sedláček J¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha

Cíl práce: Zhodnocení možnosti přípravy dlouhodobě vyřazeného močového měchýře před obnovením jeho jímací funkce.

Materiál a metoda: Hodnotíme 2 chlapce se základní diagnózou chlopečí zadní uretry. U každého bylo provedeno urodynamické vyšetření před a po edukaci a po konverzi derivace a obnovení funkce měchýře.

Výsledky: 1. případ - u 12letého chlapce byl vyřazen měchýř od 4 let chlapcova života po neúspěšné reimplantaci solitárního levého močovodu, situace byla řešena inkontinentní derivací moče - ureteroileostomií podle Bricker. Vstupní cystometrická (CM) kapacita 50 ml při detruzorovém tlaku (DP) 45 cm H₂O. Edukace byla prováděna lavážemi F1/1 epicystostomií 1krát denně, bylo dosaženo kapa-

city 240 ml při DP 36, po lavážích 2krát denně s aplikací Ditropanu intravezikálně 340 ml při DP 23 cm H₂O (celkem 1 rok). Byla provedena ureteroileocystoanastomóza s antiperistaltickým postavením vloženého ilea s jeho modelací, s antirefluxním napojením se závěsem měchýře. Po operaci je CM kapacita 348 ml při DP 18 cm H₂O, dutý systém není dilatován a kreatinin 88 umol/l.

2. případ - těsně po narození byly založeny oboustranně ureterostomie pro obstrukční výrazné sekundární dolichomegauretery. Vpravo byla provedena úprava na Soberovu ureterostomii. CM kapacita 34 ml při DP 74 cm H₂O. Nasazena anticholinergická léčba (propiverin hydrochlorid) a laváže měchýře cévkou zavedenou přes pravou ureterostomii po dobu 3 měsíců (špatná spolupráce). Bylo dosaženo CM kapacity 85 ml při DP 35 – 40 cm H₂O. Ve 4 letech byla provedena augmentace měchýře pomocí distálního megaureteru vlevo a reimplantace a modelace kraniálního úseku megaureteru se závěsem měchýře vlevo. Půl roku po operaci je CM kapacita 160 ml při DP 15 cm, funkční kapacita 340 ml, levá ledvina bez městnání, kreatinin stacionární 57 umol/l.

Závěr: Edukace měchýře před konverzí suprazikální derivace moči je potřebná pro stanovení správné operační taktiky vedoucí k obnovení kontinuity močových cest.

81. PRVNÍ ZKUŠENOSTI SE SPIRÁLNÍM CT U AKUTNÍ OBSTRUKCE HORNÍCH MOČOVÝCH CEST

Broďák M¹, Dvořák P²

¹Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

²Radiodiagnostická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl práce: Cílem práce je ověření výhod spirálního CT (SCT) v diagnostice akutní ledvinné koliky. Dle literárních pramenů je SCT výhodnější než vylučovací urografie. Ve sledovaném souboru popisujeme naše první zkušenosti.

Materiál a metody: Hodnotíme soubor 10 pacientů (6 mužů, 4 ženy), kteří byli na naší ambulanci vyšetřeni pro ledvinnou koliku a bylo jim provedeno spirální CT ledvin.

Výsledky: Ve sledovaném souboru bylo pomocí CT diagnostikováno: 8krát ureterolitíáza, 1krát divertikulitida, 1krát svalový hematom.

Závěr: Spirální CT v indikaci ledvinné koliky přináší nesporné výhody. Přesná diagnostika, neinvazivita, ekonomická úspora.

82. VÝZNAM METAFYLAXE NA SNÍŽENÍ POČTU RECIDIV UROLITIÁZY

Bartoničková K

Urologická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Cíl práce: Cílem práce bylo zhodnocení významu metafylaxe pro snížení počtu recidiv urolitiázy a dosažení *stone-free* stavu.

Materiál a metody: V období 6/2002 – 4/2003 podstoupilo 307 pacientů kontrolní vyšetření v rámci dlouhodobého sledování v rozmezí 3 – 17 let. Průměrný věk pacientů v souboru byl 42 let. Podkladem vyšetření byla detailní anamnéza včetně dietních zvyklostí, údaje o příjmu tekutin, fyzické aktivitě, přidružených onemocněních, chronické medikaci, dosavadních výkonech pro urolitiázu, rozbořech konkrementů, dále cílené laboratorní vyšetření séra a moči a posouzení stavu ledvin a vývodných cest močových sonograficky, IVU nebo spirálním CT.

Výsledky: Nejčastější samostatnou metabolickou odchylkou byla hypocitraturie u 55,5 % pacientů. Z multifaktoriálních abnormalit byla nejčastěji přítomná hypocitraturie s hypomagnesurií, hyperkalciurie s hypocitraturií, hyperoxalurie s hyperkalciurií, hypocitraturií a hypomagnesurií, hyperurikosurie, hyperkalciurie, hypocitraturie a hypomagnesurie s poruchou metabolismu glycidů, tuků a purinů. Ze závažných metabolických odchylek byla zastoupena cystinurie 1,1 %; *medullary sponge kidney* 10,8 %; RTA 0,9 % a PHPT 3,2 %. Uroinfekce v návaznosti na reziduální litiázu byla přítomná u 3,1 %.

Závěr: Po 1 roce od nasazení metafylaxe významně klesla produkce konkrementů, recidivy se objevily pouze u 3 % pacientů. V dlouhodobém sledování v průměru 10 let byly recidivy litiázy patrné pouze u nestabilních metabolických odchylek (*medullary sponge kidney* se sekundární infekcí, u RTA, u multifaktoriálních metabolických onemocnění s poruchou glycidového, tukového a purinového metabolismu s deficitem inhibitorů litiázy a u závažných hypocitraturií s hyperkalciuriemi). Tyto recidivy nepřevýšily 2 % pacientů a nevyžádaly si samostatný urologický výkon, vždy se jednalo o spontánní odchody litiázy.

83. PĚTILETÉ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU URETEROLITIÁZY

Rajmon P, Mucha Z

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Zhodnocení současné možnosti terapie ureterolitíázy při využití moderních semirigidních endoskopů a technologie intrakorporální litotrypse. Z výsledků vyplývá doporučení strategie léčby s ohledem na lokalizaci a velikost konkrementů a na stav horních močových cest.

Materiál a metody: Vyhodnoceno 599 aktivních řešení ureterolitíázy v období 1998 – 2002. LERV u 366 pacientů, metoda URS byla využita 218krát a v 19 případech jsme provedli ureterolitotomii.

Výsledky: V distálním močovodu se úspěšnost metody LERV projevila jen v 62,6 % případů, zato metoda URS byla efektivní u 98,7 % pacientů, a to při zanedbatelném počtu komplikací. Navíc počet opakovaných sezení LERV v této lokalizaci činil 53 %. V lumbálním močovodu jsou výsledky obou metod srovnatelné (efektivita LERV 89,8 % a URS 84,7 %). Velké konkrementy (nad 10 mm) snižují počty úspěšnosti při využití LERV i URS. Při řešení konkrementů u nekomplikované blokády močových cest selhala metoda URS u 10,6 % případů a nutnost opakovaných sezení URS nastala u 10,5 % pacientů. Zavedená punkční nefrostomie zhoršuje výsledky zejména u metody LERV (úspěch jen ve 48 %). Při založení stentu je efektivita URS 100 %.

Závěr: U konkrementů v distálním močovodu lze u řady pacientů doporučit URS jako metodu první volby. Ureterolitiáza v lumbálním močovodu je řešitelná se srovnatelnou úspěšností oběma metodami, ale vzhledem k nižší invazivitě doporučujeme pro první volbu metodu LERV. Konkrementy s obrazem nekomplikované blokády močových cest jsou indikovány k akutní LERV *in situ*. URS v těchto případech vykazuje neúspěšnost při prvním sezení až v 21 %. Při nutnosti zajištění drenáže močových cest se pro další řešení ureterolitiázy jeví jako výhodnější zavedení stentu vůči punkční nefrostomii.

84. AKUTNĚ VZNIKLÝ PERIRENÁLNÍ HEMATOM U PACIENTA PO LERV

Střelec P, Hynčica J, Plevač M, Szabó R
Urologické oddělení, Baťova nemocnice, Zlín

Cíl práce: Souvislost rizikových faktorů a komplikací LERV.

Materiál a metody: Litotryptor Medilit M6.

Výsledky a závěr: Potvrzení rizikových faktorů pro vznik hematomu po LERV. Práce prezentuje 57letého pacienta, léčeného s hypertenzí a cukrovkou. Byla provedena extrakorporální litotrypse nefrolitiázy při zajištění ledviny stentem. Při UZ vyšetření po výkonu byl zjištěn perirenální hematom. Provedeno akutní CT ledvin, které nález potvrzuje. Přistoupeno k operační revizi ledviny transperitoneálním přístupem, při které zastaveno tepenné krvácení a ledvina zachována. Pacient po výkonu bez potíží, kontrolní UZ vyšetření bez nálezů hematomu, na nativním snímku měsíc po LERV konkrement již není patrný.

Závěr: Hypertenze a diabetes patří k predispozičním faktorům tvorby hematomů po extrakorporální litotrypsi nefrolitiázy.

85. MULTIDETEKTOROVÁ VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE V DIAGNOSTICE UROLITIÁZY

Anděl I¹, Tesař J¹, Hynčica J¹, Trávníček Z²
¹Urologické oddělení, Baťova nemocnice, Zlín

²Radiodiagnostické oddělení, Baťova nemocnice, Zlín

Cíl práce: Ověřit v praxi algoritmus vyšetření multidetektorovou výpočetní tomografií (MDCT) jako prvního kroku v diagnostice urolitiázy a na základě získaných zkušeností se pokusit definovat pravidla pro indikaci a přípravu pacienta.

Materiál a metody: Vyšetření jsou prováděna na čtyřdetektorovém výpočetním tomografu Philips Mx 8000 softwarovým režimem pro urolitiázu. Pacient nemusí být lačný, plynatost střev neruší vyšetření.

Výsledky: V období 6/2002 – 4/2003 jsme vyšetřili 49 pacientů s nefrolitiázou, ureterolitiázou anebo s podezřením na ně. U 34 pacientů byla diagnóza nefrolitiázy nebo ureterolitiázy potvrzena, u 13 pacientů vyloučena a u 2 (4,08 %) pacientů z počátečního období vyšetřování nebyl nález jednoznačný.

Závěr: MDCT je rychlé a přesné vyšetření, které určí polohu a velikost urolitiázy všech typů. Odliší artefakty a flebolity na nativním nefrogramu od skutečné urolitiázy. Autoři vypracovali několik pravidel pro indikaci a provedení tohoto vyšetření.

86. PLAZMOCYTOM JAKO MOŽNÁ PŘÍČINA HYPERKALCIURIE

Ondra D¹, Karásek A¹, Karásková Z²
¹Urologické oddělení NsP Uherské Hradiště
²RTG ambulance, Uherský Brod

Kazuistika: Pacient V. K., 72 let, pro bolesti zad na doporučení PL provedeno 5. 11. 2002 RTG vyšetření LS páteře s nálezem počínajících degenerativních změn skeletu. Při návštěvě příbuzných v jiném místě došlo ke zhoršení potíží, hospitalizován na interním oddělení, kde byl kompletně vyšetřen. Dle RTG již diagnostikována osteoporóza a kompresivní fraktura Th11, ostatní vyšetření negativní. Uzavřeno jako senilní osteoporóza, ve vzdáleném termínu objednáno vyšetření NMR k vyloučení maligního původu fraktury.

Pro zhoršení potíží vyšetřen 7. 1. 2003 ortopedem na původním pracovišti, kde již na RTG Th a LS páteře kompresivní fraktura Th11, L1 a osteoporóza. Rovněž uzavřeno jako senilní osteoporóza.

Uvažováno i o syndromu PADAM, proto byl v únoru 2003 odeslán k urologické konzultaci (již dříve urologem vyloučena urologická patologie), kromě nálezů hyperkalciurie lehce snížená hladina testosteronu, v krevním obraze však anémie, leukopenie a trombocytopenie, proto indikováno hematologické vyšetření. Pojato podezření na plazmocytom, na RTG lebky 11. 2. 2003 četná ložiskovitá projasnění, sternální punkce potvrzuje diagnózu nesekrečního mnohočetného myelomu.

87. ENDOSKOPICKÁ LITOTRIPSE - SIMULTÁNNÍ KOMBINACE ULTRAZVUKOVÉHO A PNEUMATICKÉHO ZDROJE

Hiblbauer J, Žďárek P
Urologické oddělení, SANUS, Hradec Králové

Cíl práce: Prezentace technických vlastností a možného klinického využití kombinovaného endoskopického litotriptoru včetně prvních praktických zkušeností s jeho použitím.

Materiál a metody: Porovnány možnosti dosud používaných endoskopických litotriptorů s kombinovaným přístrojem využívajícím pneumatického a ultrazvukového zdroje. Efektivita jednotlivých metod v praxi je dokumentována krátkými peroperačními videoklipy.

Výsledky: Pokusy *in vitro* bylo prokázáno, že výkonnost tohoto kombinovaného litotriptoru je minimálně 2násobná oproti jednotlivým samostatným zdrojům. Podobné závěry vyplývají i z literárních údajů hodnotících použití přístroje v klinické praxi a stejné jsou i první zkušenosti autorů.

Závěr: Možnost současného použití různých zdrojů litotripse je významným pokrokem v endourologii, zvláště při řešení tvrdých a odlitkových konkrementů.

88. KOMPLEXNÍ ŘEŠENÍ CYSTINOVÉ ODLITKOVÉ NEFROLITIÁZY U PACIENTKY S FUNKČNĚ SOLITÁRNÍ LEDVINOU

Král R, Mainer K

Urologické oddělení FNŠP Ostrava

Cíl práce: Kazuistika pojednávající o terapii a následné metafylaxi u 19leté pacientky s funkčně solitární ledvinou.

Materiál a metody: Prezentace kombinované terapie zahrnující PEK odlitkové nefrolitiázy a následně ESWL reziduálních fragmentů cystinové nefrolitiázy, s následnou disolucí reziduí prostřednictvím laváže alkalickým roztokem THAM-E cestou nefrostomie. Následovalo metabolické vyšetření s cílenou metafylaxí penicilaminem.

Výsledky: Po kombinované terapii je pacientka bez reziduální nefrolitiázy.

Závěr: Kombinovaným postupem se podařilo u pacientky zabránit dalšímu zhoršování renálních funkcí funkčně solitární ledviny a přechodu do chronické renální insuficience.

89. URETROLITIÁZA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Král R, Mainer K

Urologické oddělení FNŠP, Ostrava

Cíl práce: Prezentace diagnostického postupu a řešení komplikace po radikální retropubické prostatektomii (RAPE), po které došlo k vytvoření uretrolitiázy v místě uretrovezikální anastomózy.

Metoda: Pacient po RAPE pro lokalizovaný karcinom prostaty, podle pooperačního *stagingu* T3a N0 M0, pooperačně podstoupil radioterapii. Po 18 měsících byl pacient vyšetřován na jiném pracovišti pro mikční potíže, na základě uretrocystografie byla zjištěna objemná uretrolitiáza v místě uretrovezikální anastomózy. Byla provedena transuretrální litotrypse konkrementu s extrakcí klipu, který promínoval do uretry a byl příčinou vzniku uretrolitiázy.

Výsledky: Pacient po výkonu močí volně a je kontinentní.

Závěr: Popsáno úspěšné endoskopické vyřešení komplikace po radikální retropubické prostatektomii.

90. ÚLOHA PAPILLOMAVIRŮ (HPV) PŘI VZNIKU NÁDOROVÝCH A NENÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO UROGENITÁLNÍHO TRAKTU

Zachoval R¹, Urban M¹, Mikýšková P², Hamšíková E²,

Ludvíková V³, Tachezy R², Švec A³, Sosna B³

¹Urologická klinika 3. LF UK, Praha

²Ústav hematologie a krevní transfuze, oddělení experimentální virologie, Praha

³Ústav patologie 3. LF UK, Praha

Cíl práce: HPV infekce je v současnosti ve vyspělých státech nejčastějším virovým sexuálně přenosným onemocněním. Cílem projektu bylo ověřit vztah HPV k nádorovým a nenádorovým onemocněním mužského urogenitálního traktu a zjistit, zda je mužský urogenitální trakt rezervoárem infekce HPV.

Materiál a metody: Během 3 let bylo vyšetřeno 56 pacientů s karcinomem prostaty a 20 pacientů s karcinomem močového měchýře, kteří podstoupili radikální otevřený chirurgický výkon (k vyloučení kontaminace transuretrálním přístupem) a 111 kontrolních pacientů s nenádorovým onemocněním. HPV DNA byla detekována ve tkáních histologických preparátů a stěrech z uretry metodou polymerázové řetězové reakce. Sérologické vyšetření na přítomnost HPV specifických protilátek bylo prováděno metodou ELISA.

Výsledky: Prevalence HPV DNA ve tkáni karcinomu prostaty i močového měchýře je srovnatelná s prevalencí HPV DNA v nenádorové tkáni těchto orgánů. Rovněž v prevalenci protilátek proti HPV nebyly mezi oběma skupinami pacientů zjištěny významné rozdíly. Prevalence HPV ve stěrech z uretry je velmi vysoká a vzhledem k průměrnému věku pacientů je způsobena spíše perzistující infekcí než reinfekcí HPV.

Závěr: Výsledky naší studie ukazují, že HPV nelze s největší pravděpodobností označit za etiologický faktor karcinomu prostaty a močového měchýře. U mužů, na rozdíl od žen, je vysoká prevalence HPV i ve skupině s průměrným věkem 68 let. To nasvědčuje tomu, že HPV u mužů perzistují celoživotně a mužský urogenitální trakt je proto velmi dobrým rezervoárem HPV infekce.

Projekt byl podporován grantem IGA NI 6077-3/2000.

91. LYMFOMY VARLETE

Boudová L¹, Hes O¹, Klečka J², Hora M², Toufarová P², Roušarová M⁴, Čuřík R⁵, Fabián P⁶, Lysák D³, Jindra P³, Fakan F¹, Vaněček T¹, Šíma R¹, Michal M¹

¹Šiklův patologický ústav,

²Urologická klinika,

³Hemato-onkologické oddělení, FN a LF UK, Plzeň

⁴Národní onkologický registr, Plzeň

⁵Oddělení patologie FN, Ostrava

⁶Patologický ústav FN Brno, Brno

Cíl práce: Zhodnotit klinické symptomy, histopatologické typy, léčbu a její výsledky u pacientů s lymfomou varlete (LV).

Materiál a metody: 50 případů z bioptického (většinou konzultačního) materiálu plzeňské, dále ostravské a brněnské patologie, klinické údaje urologických a hematoonkologických pracovišť a Národního onkologického registru. Diagnostika: klinická, patologická (imunohistochemie, molekulární genetika), statistika.

Výsledky: LV - projevy: nebolestivé unilaterální zvětšení varlete, méně často i B-symptomy. Histopatologie: v 80 % - difúzní velkobuněčný B-lymfom; zbytek další B- a výjimečně T-lymfomy. Pro diagnózu nezbytná imunohistochemie, ve výjimečných případech molekulární genetiky (určení klonality). Přesné určení typu lymfomu nezbytné pro volbu hematoonkologické léčby. Věkový průměr 59 let, u mladých dospělých a dětí LV vzácné. 60 % primární LV varlete, 40 % sekundární. 55 % lokalizovaná choroba (stadium I a II). Léčba: orchiektomie, chemoterapie, radioterapie. 5leté přežití: 40 %, závisí na typu lymfomu. Diferenciální diagnóza: orchitis, seminom, jiné nádory varlete.

Závěr: LV patří k nejčastějším tumorům varlete u starších mužů (nad 60 let). Pro volbu terapie a prognózu je klíčová histopatologická diagnóza a *staging* (primární LV mají lepší prognózu než sekundární).

92. BISFOSFONÁTY A JEJICH MÍSTO V UROONKOLOGII

Matoušková M, Hanuš M

Urocentrum, Praha

Cíl práce: Metastatické postižení skeletu je časté u urologických nádorů, především u karcinomu prostaty a ledvin. Postižení bývá nejčastěji v oblasti dobře vaskularizovaných tkání, především obratlech, proximálních koncích dlouhých kostí a lebce. Klinickým projevem bývá bolest. Komplikací mohou být patologické zlomeniny, míšní komprese, hyperkalcemie, myelosuprese. Farmakoterapií volby jsou bisfosfonáty. Hodnotíme naše 8leté zkušenosti.

Materiál a metody: V letech 1995 – 2003 jsme podávali bisfosfonáty I. generace 42 pacientům s kostní generalizací urologických malignit (zhoubné nádory prostaty, ledvin a urotelu). V závislosti na klinickém stavu jsme zahajovali parenterálním podáním. Hodnotili jsme klinický stav, bolest podle Melzackovy škály, laboratorní ukazatele, progresi počtu ložisek a rozvoj komplikací metastatického postižení.

Výsledky: Analgetický efekt jsme při kombinované podpůrné léčbě zaznamenali u všech nemocných, u 21 z nich jsme významně snížili množství analgetik, pouze u 6 nemocných pokračovala analgetická terapie v plné šíři. U 4 nemocných vedly změny na skeletu k patologické fraktuře (2 karcinomy ledviny, 1 karcinom pánvičky ledvinné a 1 karcinom močového měchýře), 1 nemocný s karcinomem prostaty při kompresi L1 má rozvinutou lézi míšní s plegií dolních končetin. Hyperkalcemii jsme nezaznamenali u žádného nemocného.

Závěr: Aplikace bisfosfonátů je pro komplexní účinky optimální léčbou algického syndromu a hyperkalcemie při metastatickém postižení kostí. Léčba je provázána minimem nežádoucích účinků. Dlouhodobé podávání snižuje riziko patologických zlomenin a hyperkalcemie. Analgetický účinek se uplatní v kombinaci s dalšími léčebnými modalitami.

93. LYMFOM NADVARLETE

Pešl M, Babjuk M, Zámečník L, Novák J, Dvořáček J

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl práce: Prezentovat případ pacienta s velmi raritní diagnózou lymfomu nadvarlete bez systémového postižení. Přehled literatury věnující se této problematice.

Metoda: Kazuistika. Rešerše z databáze Medline.

Výsledky: 62letý pacient s anamnézou nebolestivého zvětšení levého nadvarlete byl doporučen na naše pracoviště. Na základě ultrazukového vyšetření bylo vysloveno podezření na tumor nadvarlete, struktura varlete byla zcela fyziologická. Markery tumorů varlat byly negativní. Provedli jsme záchovný chirurgický výkon, tj. levostrannou epididymektomii se zachováním levého varlete. Histologické vyšetření potvrdilo diagnózu maligního lymfomu z B-buněk. Doplnující vyšetření vyloučila přítomnost dalších orgánových ložisek, pacient byl předán do péče hematoonkologického oddělení, kde byla zahájena systémová chemoterapie - celkem jsou plánovány 4 kúry kombinace CHOP. V databázi Medline jsme našli pouze 7 prací zabývajících se touto problematikou.

Závěr: Tato kazuistika upozorňuje na možný výskyt lymfomu v nadvarleti a způsob řešení tohoto onemocnění.

Práce byla podpořena projektem VZ MSM 111100005.

94. KAVERNÓZNÍ HEMANGIOM NADLEDVINY (KAZUISTIKA)

Hiblbauer J, Žďárek P, Dědič K

¹Urologické oddělení SANUS, Hradec Králové

²Fingerlandův patologický ústav FN Hradec Králové

Cíl práce: Presentace vzácného nezhoubného nádoru nadledviny.

Materiál a metody: Kazuistika 74leté ženy, která byla léčena a 3 roky sledována pro maligní melanom. V rámci dispenzarizace bylo provedeno CT břicha, při němž byla diagnostikována expanze v oblasti levé nadledviny. Endokrinologické vyšetření neprokázalo hormonální aktivitu tumoru. Vzhledem k anamnéze bylo před operací uvažováno především o metastáze melanomu.

Výsledky: Nález kavernózního hemangiomu při histologickém vyšetření nadledviny byl překvapivý nejen ve vztahu k základní diagnóze, ale především pro jeho vzácný výskyt.

Závěr: Kavernózní hemangiom v oblasti nadledviny je vzácný a většinou je diagnostikován až na základě histologického vyšetření. V literatuře bylo dosud publikováno 32 případů, z toho v ČR pouze 1.

95. DLOUHODOBÉ PŘEŽÍVÁNÍ PACIENTKY S NEOBVYKLE ROZSÁHLÝM LEIOMYOSARKOMEM RETROPERITONEA

Klečka J, Hora M, Sýkora J, Ouda Z, Droppa J, Hes O

¹Urologická klinika FN Plzeň

²Šiklův patologicko anatomický ústav LF UK, Plzeň

Cíl práce: Leiomyosarkom je maligní variantou leiomyomu, tj. nádoru vznikajícího především z buněk hladké svaloviny cév. Leiomyosarkom je vysoce maligní mezenchymální nádor. Mezi predilekční lokalizace výskytu patří především retroperitoneum a děloha. Maximum výskytu je od 40. do 75. roku. Léčba je chirurgická s následnou adjuvantní chemoterapií. I přes radikální léčbu přežívá 5 let po operaci kolem 30 % pacientů.

Materiál a metoda: Autoři předkládají kazuistiku 62leté ženy, které byla v roce 1988 přijata na urologickou kliniku FN v Plzni pro bolesti v oblasti břicha a bederní krajiny. Na základě sonografie a následně angiografie byl diagnostikován rozsáhlý tumor pravé poloviny retroperitonea. U pacientky byla provedena střední laparotomie a odstraněn tumor o celkové váze 5 150 gramů. Tento byl histologicky klasifikován jako benigní rozsáhlý angioleiomyom. Pacientka se zhojila *per primam* a bez jakékoliv následné léčby byla propuštěna.

Výsledky: V roce 1996 byl překlasiifikován v rámci reklasifikace všech nádorů ledvin jako vaskulární leiomyosarkom s nízkým *grade*. Pacientka je i přes všeobecně špatnou prognózu onemocnění dodnes bez známek diseminace onemocnění či lokální recidivy.

Závěr: I přes vysoký maligní potenciál leiomyosarkomů, kdy větší šanci na přežití mají pacienti s malými tumory, které jsou včas zastíženy, se může raritně vyskytnout pacient, který profituje z radikální chirurgické léčby i bez adjuvantní onkologické léčby. Zajímavý je i fakt zpětného přehodnocení histologického nálezu patologem.

96. ZHODNOCENÍ ZMĚN CLEARENCE KREATININU U NEMOCNÝCH S CHRONICKOU RENÁLNÍ NEDOSTATEČNOSTÍ PO ENDOUROLOGICKÝCH OPERACÍCH

Drlik P, Köhler O, Remeš O

¹Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

²Nefrologická klinika IKEM, Praha

Cíl práce: Cílem práce je zhodnocení vlivu endourologických operací na renální funkce u nemocných s CHRI.

Materiál a metodika: V retrospektivní studii jsme zhodnotili 6 nemocných s CHRI (2 muže a 4 ženy) po opakovaných endourologických operacích. Průměrný věk souboru byl 49,5 roku. 3 nemocní byli operováni opakovaně. Průměrná hodnota kreatininu před operací byla 220,8 $\mu\text{mol/l}$ a 5 dnů po operaci 242,9 $\mu\text{mol/l}$. Funkci ledvin jsme hodnotili výpočtem glomerulární filtrace (*clearance* kreatininu) podle vzorce dle Cocrofta a Gaulta. Porovnali jsme procentuální změny glomerulární filtrace u všech pacientů. Minimální hodnota normální GF byla u námi sledované skupiny pacientů 1,5 ml/s.

Výsledky: Zhodnotili jsme hodnoty *clearance* kreatininu před a po 11 operačních výkonech. Předoperační hodnoty se pohybovaly od 10,4 do 87 % a pooperační od 10,2 do 85 % GF vztažené k minimální fyziologické hodnotě GF. Průměrný pokles GF byl 2,77 %. Nejmenší pokles byl 0,6 % a největší 5,4 %. Nejmenší pokles GF byl u pacientky s nejhoršími hodnotami GF. Žádný pacient nebyl v následném období hemodialyzován.

Závěr: Na sledovaném souboru nemocných jsme neprokázali významné zhoršení renálních funkcí ani po opakovaných endourologických operacích. Nezbytnou podmínkou úspěšné péče o nemocné v CHRI je správné načasování operací, jejich rozložení na více sezení a zejména bezpečné provedení výkonů bez komplikací.

97. KOMPLEXNÍ REKONSTRUKCE PŘEDNÍ URETRY PO SELHÁNÍ ŠTĚPOVÉ URETROPLASTIKY

Kočvara R^{1,2}, Šinčl M¹, Dvořáček J^{1,2}, Dítě Z^{1,2}, Sedláček J¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Katedra urologie a subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha

Cíl práce: Zhodnotit výsledky reoperace chronického selhání štěpové uretroplastiky, která byla provedena v dětství pro hypospadii.

Materiál a metody: V letech 1992 – 2003 jsme operovali 19 nemocných ve věku 18 – 45 let, kteří byli v minulosti operováni uretroplastikou pomocí štěpu podle Nové-Josséranda. U 17 nemocných byla použita kůže z vnitřní strany paže či stehna, u 2 štěp kůže z předkožky. Všichni nemocní měli výraznou strikturu neouretry, v 5 případech s píštělí, 6 nemocných mělo ventrálně zakřivený penis. 5 nemocných mělo v anamnéze recidivující uroinfekci či epididymitidy. Při reoperaci jsme exstirpovali neouretru u 17 nemocných pro ochlupení a zjizvení, tím se též vyrovnalo zakřivení penisu, následovala plastika *inlay-onlay* z předkožky (14) či z distální penilní kůže (2), Duckettova tubulizovaná plastika (1). U 2 jsme použili discidovanou neouretru jako ploténku, chlupy jsme koagulovali a doplnili uretru plastikou *onlay*. Délka sledování od 0,5 do 10 let (prům. 5 let).

Výsledky: Po *inlay-onlay* plastice 13 nemocných (81 %) močí dobrým proudem bez píštěle, u 3 se vyskytla komplikace v oblasti glandu – striktura meatu (1), striktura glandulární uretry při reziduálním ochlupení (1), dehiscence glandu (1). Po Duckettově plastice bylo nutné uzavřít píštěl (1). U obou *onlay* plastik s ponecháním původní štěpové neouretry vznikla restriktura s četnými chlupy.

Závěr: Chronické selhání štěpové uretroplastiky může být klinicky velmi závažné. Rekonstrukce vyžaduje úplnou exstirpaci původní neouretry, protože ponechání chlupů vede vždy k restriktuře. Vytvoření uretry *inlay-onlay* plastikou má dlouhodobě dobré výsledky.

Podpořeno grantem VZ MSM 111100005.

98. ŘEŠENÍ STRIKTURY URETRY URETROPLASTIKOU (VLASTNÍ ZKUŠENOSTI)

Novák I, Kutílek P, Baker K, Louda M

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl práce: Autoři v klinickém souboru hodnotí výsledky uretroplastik při řešení striktur uretry.

Materiál a metody: V letech 1996 – 2002 bylo operováno na urologické klinice FN Hradec Králové 83 nemocných se strikturou uretry. U 76 nemocných se striktura nacházela v přední, u 7 v zadní uretře. Strikтуры byly 21krát poúrazové, 42krát iatrogenní, 6krát pozánětlivé a 14krát nejasné etiologie. Všichni nemocní byli po předchozí neúspěšné léčbě (OUT, meatotomie, dilatace). Použité operační techniky: meatotomie (3), meatoplastika (2), uretroplastika živým lalokem kůže (27), nebo bukálním štěpem (36), resekční uretroplastika (10), intubační uretroplastika (1), u 2 nemocných byl kombinován živý kožní lalok s bukálním štěpem během jedné operace a další 2 nemocní byli operováni dvoudobě (marsupializace s následnou uretroplastikou *onlay* živým lalokem, uretroplastika živým lalokem s následnou uretroplastikou bukálním štěpem).

Výsledky: Po operaci všichni nemocní spontánně močili a dle jejich hodnocení došlo po uretroplastice ke zlepšení kvality života. S odstupem 4 – 75 (prům. 41) měsíců bylo nutno 9krát přistoupit k reoperaci. 5krát šlo o strikturu uretry a 4krát o divertikl v oblasti plastiky. U 1 z těchto nemocných byl řešen nejprve divertikl a s odstupem nově vzniklá striktura. Jednou, po meatoplastice, jsou trvale prováděny dilatace v 3měsíčních intervalech. U dalšího nemocného přes úspěšnou uretroplastiku bylo nutno založit trvalou epicystostomii pro neurogenně vzniklou retenci moči. Možnost intermitentní čisté katetrizace tento nemocný odmítl.

Závěr: Výsledky uretroplastik jsou obecně povzbudivé. Nejlepší jsme zaznamenali u resekčních plastik. Soudíme, že správně indikovaná uretroplastika je schopna vyřešit závažné recidivující strikтуры i tam, kde selhává předchozí endoskopická léčba.

99. ČASNÉ UROLOGICKÉ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACÍCH LEDVIN

Perníčka J¹, Šmakal O¹, Bachleda P², Vidlář A¹

¹Urologická klinika FN, Olomouc

²I. chirurgická klinika FN, Olomouc

Cíl práce: Cílem bylo vyhodnotit množství časných urologických komplikací po transplantacích ledvin a nabídnout možnosti jejich řešení. Za časnou byla považována komplikace, která vznikla do 90 dnů od operačního výkonu nebo během hospitalizace s ním související. Autoři retrospektivně vyhodnocují časně urologické komplikace 304 transplantací ledvin provedené v letech 1995 – 2002.

Materiál a metody: Do souboru byly zahrnuty komplikace ve formě močové píštěle, poruchy drenáže vývodných močových cest vyžadující derivaci a klinicky významné lymfokély i méně časté komplikace, které měly negativní vliv na průběh onemocnění nebo u kterých bylo nutno provést pro tuto komplikaci intervenční výkon.

Výsledky: Množství komplikací klesalo se získanými zkušenostmi operačního týmu. Nejvýznamnějšími urologickými komplikacemi byly močové píštěle (3,9 %) a obstrukce ureterovezikálních anastomóz (2,6 %), které tvořily 87 % všech urologických komplikací. Celkový počet časných urologických komplikací byl 17,2 %, v letech 1998 – 2002 však již jen 4,7 %. Graftektomie pro urologickou komplikaci nebyla provedena.

Závěr: S časnými urologickými komplikacemi musíme po transplantaci ledvin počítat. Přítomnost urologa v transplantačním týmu je přínosem pro průběh operace, pooperační péče i diagnostiku a řešení komplikací.

100. PORANĚNÍ LEDVIN

Mainer K

Urologické oddělení FNŠP Ostrava

Cíl práce: Vyhodnocení diagnostického a terapeutického postupu u 151 pacientů s traumatem ledvin v období 1997 – 2002, hospitalizovaných na urologickém oddělení a traumatologickém centru FNŠP v Ostravě.

Materiál a metody: Bylo vyhodnoceno 151 nemocných, věková kategorie 6 – 77 let (průměr 22,6). Všichni nemocní měli vyšetřen močový sediment, podstoupili vstupní USG a při podezření na patologický nálezn CT-vyšetření. Kontrolní USG a CT-vyšetření bylo indikováno dle klinického stavu. Ojediněle byla indikována vylučovací urografie. Renální angiografie, NMR anebo izotopové metody nebyly v akutním stadiu indikovány. Z 151 pacientů bylo u 23 zjištěno tzv. velké poranění (dle AAST), u 48 pak malé poranění. Ve skupině velkých poranění (23) bylo 13 pacientů s polytraumatem (respektive 10 pacientů s izolovaným poraněním), ve skupině malých poranění (48) bylo 29 pacientů s polytraumatem (respektive 19 pacientů s izolovaným poraněním). V období po propuštění byla u velkých traumat funkce ověřována dynamickou scintigrafií.

Výsledky: Konzervativně bylo postupováno u 129 (85 %) pacientů. U velkých traumat (n = 23) byla operační revize indikována u 12 (49 %) pacientů, konzervativně bylo postupováno u 9 (51 %) pacientů - z toho byl 6krát punktován hematoma instrumentáři pro PCNL a 1krát byl hematoma evakuován laparoskopicky. U izolovaných traumat (29) byl postup jen konzervativní (4krát punkce hematomu + 1krát laparoskopická evakuace). U polytraumat (32) byl konzervativní postup u 22 pacientů (2krát punkce), u 9 pacientů byla indikována operační revize (5krát 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.

101. URETROPLASTIKA - LABIÁLNÍ ONLAY

Fiala R, Vidlář A, Študent V, Belej K, Zátura F, Vrtal R

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Zjistit výsledky uretroplastiky (labiální onlay) u pacientů se strikturou uretry.

Materiál a metody: V letech 1999 – 2002 jsme provedli uretroplastiku (labiální onlay) u 30 mužů ve věku 26 – 78 let. Výsledky jsme hodnotili 9 – 36 měsíců od operace. K hodnocení byla použita UFM křivka a při její patologii byla provedena uretrografie a uretroskopie.

Výsledky: Z 30 pacientů bylo hodnotitelných 23; 7 se nedostavilo ke kontrole. Všechny 23 bylo subjektivně asymptomatických. U 19 byla operace úspěšná s normálním UFM nálezem při kontrole, u 4 byl zjištěn patologický nálezn na UFM a byla provedena uretrografie a endoskopicky byla potvrzena recidiva striktury. U 3 nemocných stačila dilatace, u 1 bylo nutné provést OUT. Časně komplikace (píštěl, hojení p.s., infekce, rozpad plastiky) se vyskytly pouze u 2 pacientů - u prvního dehiscence podkoží na perineu, u druhého septický stav po uretrografii 20. pooperační den. Sliznice dolního rtu u všech pacientů se zhojila bez komplikací, pouze 7 pacientů udávalo sníženou citlivost v této oblasti.

Závěr: Uretroplastika s použitím labiálního onlay je perspektivní metoda s výbornými výsledky a nízkým výskytem komplikací.

102. AKUTNÍ EPIDIDIMITIDA A SUBVEZIKÁLNÍ OBSTRUKCE

Fiala R, Lamla A, Študent V, Belej K, Zátura F, Vrtal R

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Zjistit výskyt subvezikální obstrukce u mužů s akutní epididimitidou.

Materiál a metody: V letech 2001 – 2002 jsme retrospektivně zpracovali dokumentaci 42 mužů s akutní epididimitidou ve věku 26 – 77 let (průměr 59,4). Sledované parametry byly IPSS, TRUS, UFM, RV, močový sediment a provedené operace.

Výsledky: Konzervativní léčba byla úspěšná u 35 (83,3 %) nemocných, orchiektomii podstoupilo 7 (16,7 %). IPSS mělo patologické 28 (66,6 %) nemocných, uroflowmetrii 12 (28,5 %), reziduum vyšší než 50 ml 16 (38,1 %) nemocných, prostatu o hmotnosti nad 20 g 33 (78,6 %) pacientů. Pyurie v močovém sedimentu byla přítomna u 33 (78,6 %) a pozitivní kultivace u 18 (42,9 %) nemocných. U 3 (7,1 %) pacientů byla striktura vyřešena OUT a subvezikální obstrukce způsobena BPH u 21 (50 %) byla řešena TURP.

Závěr: U velké části nemocných s akutní epididimitidou bývá přítomna subvezikální obstrukce způsobená BPH nebo strikturou uretry.

103. KOLOROMETRIE JAKO NOVÁ MOŽNOST POSOUZENÍ ROZSAHU SPONGIOFIBRÓZY U STRIKTURY URETRY

Zátura F, Fiala R, Vrtal R
Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Spolehlivé posouzení rozsahu spongiofibrózy je jednou ze základních podmínek předcházení recidivám po uretroplastice. Jednou z možností je posouzení významu barevných změn sliznice pomocí analýzy digitálního snímku kolorimetrickým software.

Materiál a metody: Při operaci striktury uretry jsme u 14 nemocných získali digitální fotografie otevřené uretry; jako kontrolu jsme z každé uretry odebírali histologické vzorky ze 2, na fotografii označených míst - z makroskopicky normální sliznice a ze sliznice se změněnou barvou povrchu. Fotografie jsme vyhodnotili histogramem.

Výsledky: U 13 nemocných nebyly ve vzorcích s normální barvou histologicky nalezeny známky spongiofibrózy, u 1 mírné postižení. U všech 14 nemocných byly vzorky odebrané z míst s makroskopickou změnou barvy sliznice postižené spongiofibrózou. Při analýze obrazu histogramem byl v místech odběru stěny s patologickým nálezem prokázán výrazně zvýšený podíl modré složky, a to i z místa s makroskopicky prakticky normálním vzhledem.

Závěr: Posouzení barvy povrchu sliznice uretry je citlivou známkou postižení spongiofibrózou.

104. PŘEHLED PORANĚNÍ UROGENITÁLNÍHO SYSTÉMU V NsP NOVÝ JIČÍN ZA POSLEDNÍCH 5 LET

Chwajol B
Urologické oddělení NsP Nový Jičín

Cíl práce: Provedena analýza 107 poranění v urologické lokalizaci u pacientů hospitalizovaných v letech 1998 – 2002 na urologickém oddělení NsP v Novém Jičíně

Materiál a metody: Za 5leté období znázorněna tabulkově a graficky poranění ledvin, močového měchýře, uretry a zevního genitálu. Uvedeny rovněž mechanismy vzniklých úrazů. Podobně dokumentovány 3 zajímavé kazuistiky, a to poranění transplantované ledviny, intraperitoneální ruptury močového měchýře a ruptury membranózní uretry.

Výsledky: Z celkového počtu námi ošetřených poranění urogenitálního systému v letech 1998 – 2002 si urgentní operační řešení vyžádalo 11 zraněných, tj. 10,3 %.

Závěr: Včasná diagnostika a správné léčebné postupy jsou rozhodující jak pro okamžitý osud poraněných, tak pro případné trvalé následky traumatu.

105. ENDORESEKCE INTRAMURÁLNÍHO MOČOVODU JAKO ALTERNATIVA REIMPLANTACE?

Köhler O, Kočárek J
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíl práce: U nemocných se strikturou ureterovezikální anastomózy je standardním řešením otevřená reimplantace, nebo endoskopická incize, případně endoresekce ureterálního ústí. Jedním z rizik těchto operací je vezikoureterální reflux.

Materiál a metody: U 5 nemocných se strikturou ureterovezikální junkce po aktinoterapii jsme provedli endoresekci intramurálního močovodu ureteroresektoskopem tak, že zůstalo zachováno původní ústí močovodu. Ureterální stent byl odstraněn 2 měsíce po operaci u 2 nemocných, u 3 nemocných bylo nutné stent opakovaně měnit.

Výsledky: Ve sledovaném období 4 až 1 rok byla nutná opakovaná výměna ureterálních stentů u 3 nemocných s pozitivním histologickým nálezem v resekované tkáni, ale nebylo nutné výkon opakovat. U dalších 2 s negativní histologií bylo možné ureterální stent odstranit, aniž by došlo k restriktuře.

Závěr: Endoresekce intramurálního močovodu může být relativně jednoduchým výkonem, zajišťujícím průchodnost a antirefluxní mechanismus ureterálního ústí u nemocných, pro které představuje otevřená operace zvýšené riziko. Také pro opakované endoskopické kontroly močovodu zajišťuje tato technika dobrý přístup ureterálním ústím.

106. ENDOSKOPICKÉ ŘEŠENÍ OBOUSTRANNÉ EXTRÉMNÍ STRIKTURY MOČOVODŮ

Köhler O, Kočárek J
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíl práce: Moderní endoskopické metody řešení striktur v horních močových cestách dovolují dnes řešit i zdánlivě neřešitelné stavy po opakovaných otevřených operacích, kdy je nemocný odkázán na nefrostomii jako trvalé řešení.

Materiál a metody: U 45leté nemocné po gynekologické operaci pro tumor a po následné aktinoterapii došlo k rozvoji striktury obou ureterovezikálních junkcí. Vpravo byla striktura řešena přímou reimplantací, vlevo Boari-plastikou. Na obou stranách došlo k restriktuře, vpravo v místě reimplantace, vlevo byly průchodné 4 cm laloku z měchýře, který byl slepě ukončen. Defekt močovodu vlevo byl v délce 8 cm. Nemocná byla založena oboustranná perkutánní nefrostomie. Řadou endourologických výkonů byla obnovena průchodnost obou močovodů a byly založeny ureterální stenty. Komplikace po opětovném iatrogenním poranění močovodu byla opět řešena endourologicky.

Výsledky: V první fázi byla u nemocné obnovena průchodnost obou močovodů a byly založeny ureterální stenty. Vlevo byl močovod zajištěn wallstentem. Vpravo došlo při chirurgické revizi pro apendicitidu k iatrogenímu poranění pravého močovodu, který byl v té době již bez stentu, volně průchodný. To vedlo k další řadě výkonů, kterými byla velmi obtížně zachráněna funkce pravé ledviny, ale za cenu perkutánní operace a následné nefrostomie.

Závěr: I zdánlivě neřešitelné striktury v horních močových cestách je dnes možné endourologicky řešit tak, aby byl nemocný zbaven zevní derivace perkutánní nefrostomií. Důležité je správné načasování a rozložení výkonů na jednotlivá sezení.

107. RETROPERITONEOSKOPICKÁ URETERORAFIE

Kočárek J¹, Köhler O¹, Režnar P²

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Vojenská lékařská akademie JEP, Hradec Králové

Cíl práce: Zařazení retroperitoneoskopického přístupu do algoritmu řešení striktur močovodu.

Materiál a metody: U 62letého muže vznikla striktura subrenálního močovodu po ureterorenoskopii s intrakorporální litotrypsi. Striktura opakovaně recidivovala po endoureterotomii i po endoskopické resekcí močovodu. Po vyčerpání současných možností endoskopických endoluminálních technik jsme pacienta indikovali k retroperitoneoskopické ureterorafii.

Výsledky: Na videozáznamu demonstrujeme retroperitoneoskopický přístup k levému močovodu, uvolnění močovodu z periureterálních srůstů po předchozích operačních výkonech a resekcí močovodu ve zdravé tkáni po jeho mobilizaci. Po podélném nastřížení jsme provedli anastomózu močovodu *end-to-end* intrakorporální suturou při zavedeném stentu. Operace trvala 130 minut. Krevní ztráta byla 50 ml. Pacienta jsme do domácího léčení propustili 3. den. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací. *Pig-tail* stent jsme extrahovali po 3 týdnech. Histologicky bylo ve stěně resekovaného močovodu zastiženo jizvení s ložisky kulatobuněčné zánětlivé celulizace. V periureterální tkáni patolog nalezl vazivovou přestavbu tukové tkáně. Kontrolní izotopové i ultrazvukové vyšetření za 3 měsíce a také vylučovací urografie po 9 měsících prokazují velmi dobrý funkční i anatomický výsledek. Pacient je 12 měsíců po operaci zcela bez obtíží.

Závěr: Retroperitoneoskopická ureterorafie splňuje všechna kritéria miniinvazivní chirurgie. V případě, že striktura močovodu recidivuje po endoskopickém endoluminálním operačním zákroku, lze retroperitoneoskopickou technikou tuto situaci vyřešit.

108. VYUŽITÍ BIPOLÁRNÍHO DIATERMICKÉHO POČÍTAČEM ŘÍZENÉHO SYSTÉMU PŘI RADIKÁLNÍCH CYSTEKTOMIÍCH - VIDEO

Hora M¹, Droppa J¹, Válka M², Klečka J¹, Toufarová P¹

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²Nimotech s.r.o.

Cíl práce: Přístroj je elektrochirurgický bipolární generátor, jehož vydávanou energii modifikuje dle impedance zpětnou vazbou počítač. Umožňuje trvalé uzavření arterií do 6 mm a žil do 12 mm. Systém se rozšiřuje v řadě chirurgických oborů. Ve světě se objevují první články o využití v urologii při různých typech operací otevřených i laparoskopických.

Materiál a metody: Na urologické klinice FN Plzeň jsme měli možnost pracovat se zapůjčeným přístrojem. Přístroj se nám osvědčil při řadě výkonů včetně laparoskopických operací. Video prezentuje možnosti užití přístroje při radikální cystektomii u muže i u ženy. Je ukázána názorně metodika aplikace.

Závěr: Systém umožňuje snadné nasazení přístroje i hluboko v oblasti malé pánve. Přerušování veškerých tkání při cystektomii pomocí přístroje je bezpečné. Nejdůležitějším faktorem je zkrácení doby cystektomie. Dochází i k menším ztrátám krevním a je snížena námaha pro operátora. Oproti klasickému podvazu tkání má systém jedinou nevýhodu - další finanční náklady.

109. OPERAČNÍ KOREKCE VAGINÁLNÍCH PROLAPSŮ BIOGENNÍM MATERIÁLEM

Všetička J, Rapp F, Lejsková J, Farkas J

Urologické oddělení NsP Jablonec nad Nisou

Materiál a metody: Na krátkém videozáznamu chceme seznámit urologickou obec s operačním řešením vaginálních prolapsů pomocí biogenního materiálu Stratis (extracelulární matrix) vyrobeného ze submukózy tenkého střeva.

Materiál a metody: Od roku 2002 bylo operováno 12 pacientek s nálezem cystokély při stresové inkontinenci (6 pacientek již bylo operováno dříve) a 9 pacientek s enterokélou (z toho u 4 pacientek se jednalo o recidivu). Průměrný operační čas byl 40 minut u přední poševní plastiky při řešení cystokély a 35 minut při operační korekci enterokély.

Výsledky: I přes krátkodobé vyhodnocení můžeme uvést naše výsledky jako velmi slibné. K fixaci Stratis bylo užito nevstřebatelného materiálu a neměli jsme žádné komplikace.

110. KOMPLEXNÍ TERAPIE VEZIKOVAGINÁLNÍ A SIGMOIDEOVAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE PO AKTINOTERAPII (KAZUISTIKA)

Mainer K¹, Krhut J¹, Posolda T², Rybníkář M¹, Zmrhal J³

¹Urologické oddělení FN sP Ostrava

²Chirurgická klinika FN sP Ostrava

³Gynekologické oddělení FN sP Mělník

Cíl práce: Koincidence vezikovaginální a kolovaginální píštěle po aktinoterapii pro karcinom cervixu patří k nejobávanějším komplikacím při komplexní terapii tohoto závažného onemocnění. Na ideální timing korekčních postupů neexistuje jednoznačný názor. Chirurgická korekce s sebou nese vždy nebezpečí selhání a vznik závažných komplikací.

Ukázka komplexního řešení.

Materiál a metody: Kazuistika 26leté pacientky, vysokoškolačky. V roce 2001 radikální hysterektomie pro spinocelulární CA cervixu, stadium II. Následně tele- a brachyterapie. S odstupem 2 měsíců po aktinoterapii vzniká vezikovaginální a sigmoideovaginální píštěl a stenóza sigmoidu. Během dalšího měsíce akutní renální insuficience při bilaterální subrenální obstrukci následkem postaktinické fibrózy pánevních močovodů. Stav řešen založením punkčních nefrostomií. Pacientka 16 měsíců musela pečovat o nefrostomie, přitom nadále pozorovala odchod moči a zároveň i intermitentní odchod řídké stolice pochvou. Nádorové markery byly negativní a komplexní vyšetření neprokázalo recidivu onemocnění. Při operační revizi bylo separováno sigma od poševního pahýlu a defekt na sigmoidu přešit. Močový měchýř vykazoval známky postaktinického svrštění. Byla provedena subtotální cystektomie a poševní defekt byl excidován a přešit, bez nutnosti zkrácení poševního pahýlu. Stenotické úseky pánevních močovodů byly resekovány a byla vytvořena orotopická neovezika dle Studera. V pooperačním období se pacientka hojila bez komplikací, horní močové cesty byly bez obstrukce, močila spontánně bez residua. Nefrostomie byly zrušeny. Za 3 týdny po operaci došlo k recidivě sigmoideovaginální píštěle, stav byl řešen vytvořením nástěnné sigmoideostomie.

Závěr: Pacientka před výkonem musela pečovat o 2 nefrostomické drény a používala pomůcky pro inkontinentní pacienty. Operace zajistila kompletní restituci močových cest. Byla propuštěna s nástěnnou kolostomií, s možností vyhovující kosmetické a hygienické péče o stoma a s výhledem možnosti zrušení kolostomie. Recidiva sigmoideovaginální píštěle s odstupem 3 týdnů od výkonu byla zcela neočekávaná. Postaktinoterapeutické změny tkání jsou závažným faktorem při rozhodování o korekčních výkonech. Chirurg v těchto případech musí podstoupit vyšší riziko a je nezbytné pacienta o všech možnostech řádně poučit.

111. RETROPERITONEOSKOPICKÁ NEFREKTOMIE - VIDEO

Hora M, Droppa J, Toufarová P, Klečka J

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl práce: Laparoskopická nefrektomie je již standardní metodou léčby. Retroperitoneoskopický přístup umožňuje vyhnout se dutině břišní. Výkon je však obtížnější díky menšímu operačnímu prostoru a omezené manévrovatelnosti s nástroji dané žebry a pánevní kostí. Na videu ukazujeme náš postup - retroperitoneoskopickou nefrektomii.

Materiál a metody: Pacientka s afunkční svaštělou ledvinou vzniklou na podkladě předchozí panhysterektomie a následnou aktinoterapii pro karcinom děložního čípku. Indikací nefrektomie byly opakované močové infekce. Pacientka měla v anamnéze revizi pro postaktinickou perforaci tenké kličky střevní.

Hassanovou otevřenou technikou je vytvořen operační prostor prstem zavedeným krátkou incizí pod 12. žebrem. Prostor je dále dilatován prstem rukavice plněným s 500 ml fyziologického roztoku. Za kontroly prstu jsou umístěny 3 porty (12 mm a 2krát 5 mm). Incizí je zaveden port 10 mm s kamerou a vzduchotěsnost zajištěna matracovým stehem. Retrorenálně je proniknuto k ledvině, nalezen ureter, je zaklipován a přerušen. Hilus ledviny je přerušen s GIA-staplerem. Ledvina je uvolněna a původní incizí v sáčku odstraněna. Založen *redon drain*. K sutuře kůže je použit intradermální do kůže uzlený *Vicryl rapid* steh.

Závěr: Retroperitoneoskopický přístup k nefrektomii volíme u pacientů s kontraindikací provádění výkonů laparoskopicky (hlavně srůsty v dutině břišní). Primárně volíme tento přístup zejména u ledvin hydronefrotických, svaštělých, korových cyst. Přestože je retroperitoneoskopický přístup užíván i při nefrektomiích pro tumor, zde sami dáváme přednost laparoskopickému přístupu. Ten umožňuje lépe odstranit ledvinu *en-bloc* i s tukovým pouzdrem a event. i nadledvinou.

112. PELVINNÁ DYSTOPIA OBLIČKY - LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIA (RUKOU ASISTOVANÁ, BEZ PNEUMOPERITONEA - RALN)

Lutter I, Daniel I, Ondříš M, Weibl P, Romančík M

Urologické oddelenie FN sP Bratislava-Petržalka, Slovenská republika

Ciel práce: Použitie rukou asistovanej laparoskopickej nefrektómie bez pneumoperitonea pri odstraňovaní dystopickej pravej obličky.

Materiál a metódy: Autori túto metódu použili pri nefrektómii pyelonefriticky zmenenej pravej obličky uloženej v malej panve.

Výsledky: Operácia trvala 100 minút, krvné straty 50 ml, ponechanie Redonovho drénu 24 hod., doba hospitalizácie 3 dni, doba rekonvalescencie 14 dní.

Záver: RALN je bezpečná metóda i pri odstraňovaní dystopických obličiek a je alternatívou ku klasickej laparoskopii.

113. LAPAROSKOPICKÁ NEFROPEXE – MODERNÍ A EFEKTIVNÍ METODA FIXACE MIGRUJÍCÍ LEDVINY

Tůma J, Kotal M, Motil I, Peňáz V, Svoboda P

Urologické oddělení NsP Nové Město na Moravě

Cíl práce: Rozšířit spektrum laparoskopických operací prováděných na našem pracovišti od r. 1996 o laparoskopickou nefropexi a ověřit její efektivitu a přínos pro pacienty.

Materiál a metody: Od r. 2002 do 4/2003 jsme provedli 6 laparoskopických nefropexí s průměrnou operační dobou 2,5 hod u pacientů se symptomatickou migrující ledvinou. Nezaznamenali jsme žádné peroperační ani pooperační komplikace. Žádný z výkonů nebylo nutno konvertovat.

Výsledky: Vycházeli jsme z našich dobrých zkušeností s použitím vicrylové sítky při klasické otevřené nefropexi. Modifikovali jsme operaci dle Gaura. Po předcházející deliberaci ledviny vkládáme tuto do upravené sítky a následně fixujeme do nejdorzálnějšího portu.

Závěr: U všech operovaných došlo jak k subjektivnímu (vymizení intermitentních lumbagií), tak objektivnímu (posuzováno dle FSL anebo I.V.U.) zlepšení stavu. Nespornou výhodou byla mimořádně krátká doba pooperační rekonvalescence a minimální pooperační bolestivost. Dle našeho názoru je laparoskopická nefropexie velice vhodnou a efektivní metodou fixace mobilní ledviny, zejména u mladších pacientů, kteří tvoří většinu operovaných.

114. LAPAROSKOPICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Šafařík L, Sauer J, Novák K, Dvořáček J, Novák J

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl práce: Laparoskopie je moderní, minimálně invazivní operační metoda, kterou je možno aplikovat i na urologické malignity

Materiál a metody: Na sestříhaném DVD-videu s hlasovým komentářem (v angličtině) je předvedena operace pro lokálně ohraničený karcinom prostaty, při níž délka vlastní operace nepřesáhla 6 hodin čistého času. Při vytvoření uretrovezikální anastomózy byly poprvé na světě použity výlučně speciální nástroje SEW-RIGHT, které umožňují založení stehu bez použití klasických laparoskopických jehelců. Výhodou pro začínající laparoskopisty je, že odpadá nutnost manipulace nástroji ve 3 rovinách a steh je možno založit a dotáhnout pouhým stisknutím rukojeti nástroje. Steh je bezpečný a anastomóza takto vytvořená je zcela vodotěsná.

Výsledky: Od provedení operace 12. 8. 2002 je nemocný zcela kontinentní, bez užití jakýchkoli vložek za 24 hod., jeho PSA hodnota je opakovaně 0 ng/ml.

Závěr: Video prezentuje jednu z nejúspěšnějších laparoskopických operací prostaty provedených dosud na území ČR.

115. LAPAROSKOPICKÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE U EXTRÉMNĚ OBÉZNÍHO PACIENTA

Šafařík L, Novák K, Dvořáček J, Novák J

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl práce: Laparoskopická radikální nefrektomie je dnes natolik propracovanou metodou, že je možné bezpečně operovat i pacienty pro malignitu, kteří mají lokálně ohraničený nádor ledviny a zároveň trpí extrémní obezitou.

Materiál a metody: Na CD-ROM digitální prezentaci v kompresi MPEG-2 prezentujeme případ nemocného s adenokarcinomem levé ledviny, který byl úspěšně operován pomocí laparoskopie. Nemocný měl před operací 110 kg, operace proběhla bez komplikací, po 4denní hospitalizaci byl propuštěn do domácího ošetřování.

Výsledky: V současnosti po 6měsíčním sledování je pacient zcela bez známek recidivy nádoru, kosmetický efekt operace je patrný z videa. Výhodou laparoskopické operace u takovýchto nemocných je skutečnost, že v pooperačním průběhu mají prakticky okamžitý nástup pasáže GIT.

Závěr: Laparoskopie je metodou volby u rizikových nemocných s RCC za předpokladu, že nádor je lokálně ohraničený, jeho velikost nepřesahuje 10 cm v žádném směru a není trombus v renální žíle, případně postižení regionálních lymfatických uzlin.

116. LAPAROSKOPICKÁ RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENEKTOMIE U METASTAZUJÍCÍHO ADENOKARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA

Šafařík L, Novák K, Dvořáček J, Novák J

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl práce: Laparoskopická operativa malignit je stále diskutována ze 2 hledisek: 1. z technické otázky, 2. z hlediska onkologické radikality. I v případě pokročilého onemocnění v retroperitoneu je možné provést operaci, při níž se bezpečně odstraní nádorem postižené uzliny v okolí velkých cév.

Materiál a metody: Na CD videu v MPEG-2 kompresi je demonstrován příklad úspěšného odstranění téměř 10 cm paketu nádorem postižených paraaortálních uzlin u pacientky operované již 2krát laparoskopicky na chirurgii pro adenokarcinom tlustého střeva.

Výsledky: Velká masa nádoru byla odstraněna - viz makroskopický nález a významný pokles CEA (10krát). Pacientka však o 3 měsíce později vykazuje nádorovou progresi v játrech a plicích.

Závěr: Pacienti s lokálně pokročilými nebo metastazujícími malignitami mohou být úspěšně operováni za pomoci minimálně invazivních operačních metod. Neovlivní se tak biologická aktivita nádoru, ale rekonvalescence je nesrovnatelně kratší a celkové operační trauma je nesrovnatelně menší. To umožní rychlejší nasazení chemoterapie a v neposlední řadě i získání materiálu k ověření původu nádoru. Námi prezentovaná nemocná byla původně doporučena k odstranění nádoru nadledviny.

117. LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIE (KROK ZA KROKEM) VČETNĚ UŽITÍ „MORCELÁTORU“

Všetička J, Rapp F, Všetičková S

Urologické oddělení NsP Jablonec nad Nisou

Cíl práce: Na komentovaném videozáznamu ukázat standardní postup při laparoskopické nefrektomii s extrakcí ledviny za užití přístroje Morcellateur X-Tract.

Materiál a metody: Od roku 1991 bylo na našem pracovišti provedeno 132 laparoskopických nefrektomií. Z celkového počtu 78 u žen a 54 u mužů, 89 nefrektomií vpravo a 43 vlevo, pro benigní onemocnění 111 a 21 pro nádorové onemocnění. Na základě těchto zkušeností prezentujeme standardní postup. V letošním roce jsme získali první zkušenosti s užitím Morcellateur X-Tract.

Výsledky: Průměrný operační čas bez užití přístroje Morcellateur X-Tract byl 102 minut. S užitím výše uvedeného přístroje 135 minut. Konverze byla nutná u 8 pacientů (5krát pro krvácení a 3krát pro nepřehlednost v operačním poli).

Závěr: Na základě našich zkušeností v porovnání se zahraničními publikacemi dosahujeme horšího průměrného času v délce trvání operací. Užití Morcellateur X-Tract je dalším krokem minimálně invazivní chirurgie.

118. VIDEOARCHIVAČNÍ SYSTÉM PRO UROLOGII

Köhler O¹, Krulík V², Otava Z¹

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²ESSA, Praha

Cíl práce: Vytvoření systému rychlého výběru záběrů z operací a ambulantních endoskopií, který by umožňoval okamžitou interaktivní prezentaci nálezů, rutinní tvorbu interaktivních a sekvenčních výstupů a především evidenci a archivaci zajišťující každému členu týmu dostupnost informací na úrovni záběru.

Materiál a metody: Na operačním sále se provádí nepřetržitý záznam videa v kvalitě DV a elektronické značkování charakteristických úseků videozáznamu. Prostřednictvím přenosného disku jsou data, zaznamenaná během operace, přenesena do evidenčního počítače, ve kterém je pomocí značek proveden rychlý automatický výběr. Celá operace trvá jen několik sekund. Informace jsou uspořádány do skupin podle operací. Záznamy mohou být komprimovány pro účely forenzní i vědecké. V rámci odborného prohlížení a popisu záznamů je možné vytvářet speciální účelové skupiny záběrů pro prezentaci a tvorbu filmů. Prostřednictvím videoalba umožňuje systém dělbu práce a využití informací i laikům. Videoalbum umožňuje prohlížet 3 druhy archivů. V archivu operací a endoskopií má uživatel k dispozici sestih charakteristických úseků z každé operace. V archivu záběrů je možné prohlížet vyselektované objekty, např. nádory dolního kalichu ledviny, litiázu horního kalichu, jednotlivé fáze vývoje prostaty u různých věkových skupin tak, jak byly v průběhu používání systému postupně evidovány. V knize kazet a CD je možné získat informaci o tom, jaké výstupy byly vytvořeny a konkrétní účelové filmy lze také spustit. V průběhu prohlížení se mohou zajímavé záběry označit a vytvořit z nich výběr pro tvorbu nové prezentace. Protože systém automaticky generuje již hotové projekty pro střihový program, stává se střih videa rutinní epizodou na pozadí jiné činnosti (projekt se otevře, spustí se a smaže se).

Výsledky: Vědecké informace jsou podrobně popsány, evidovány, komprimovány a začleněny do archivu. Jsou dostupné na úrovni záběrů. Pro účely zkoumání a prezentací mohou být kdykoliv analyzovány a interpretovány v časových souvislostech.

Závěr: Videoarchivační systém pro urologii dovoluje pracovat s obrazovou informací tak samozřejmě, jak dnes pracujeme s textovou informací. Systém je předmětem neustálého zdokonalování a vývoje s cílem optimálně jej přizpůsobit potřebám zdravotnického provozu.

119. RETROPERITONEOSKOPICKÉ OPERACE

Kočárek J, Režnar P, Köhler O

Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíl práce: Zavedení retroperitoneoskopického přístupu do ablativních i rekonstrukčních operačních postupů pro horní močové cesty.

Materiál a metody: Při retroperitoneoskopii neoperujeme v preformované tělní dutině. Operační prostor pro zavedení portu s optikou si musíme nejprve vytvořit. Po uvedení pacienta do celkové anestezie v lumbotomické poloze z 2 cm incize pod hrotem 12. žebra pronikáme prstem do retroperitonea. Digitální disekci doplňujeme balónkovou dilatací retroperitoneálního prostoru. Videoport zavádíme vytvořeným kanálem, další 2 – 3 porty pro operační nástroje zavádíme v lokalizaci dle typu operačního výkonu. Kapnoretroperitoneum udržujeme automatickým insuflátorem do tlaku 12 mmHg až do závěrečné fáze operace.

Výsledky: Od 10/1998 do 4/2003 jsme provedli 40 retroperitoneoskopických operací (1krát ureterorafie, 2krát nefroureterektomie, 2krát resekce ledviny, 3krát revize ledviny, 4krát nefrektomie, 28krát marsupializace ledvinné cesty). Operační doba byla 50 – 330 min (prům. 95 min). Doba hospitalizace 3 – 9 dnů (prům. 4,5 dne). Peroperační komplikace: 4krát ruptura balónku při dilataci retroperitonea, 6krát otevření peritonea s únikem plynu do peritoneální dutiny (3krát operace dokončena retroperitoneoskopicky, 2krát laparoskopicky, 1krát lumbotomicky), 1krát konverze a dokončení operace otevřenou cestou (pyonefros s megaureterem).

Závěr: Retroperitoneoskopie splňuje všechna kritéria miniinvazivní chirurgie. Výhodná je především pro přímý přístup k retroperitoneálním orgánům. Nevyžaduje mobilizaci tlustého střeva. Minimalizuje riziko poranění nitrobršních orgánů a riziko pooperačních srůstů v dutině břišní. Brání případnému rozšíření infekce z retroperitonea do dutiny břišní. K nevýhodám lze přiřadit menší operační prostor a v počátcích obtížnější orientaci. Pacienta je vždy nutno předem poučit, že v případě komplikací nebo vzhledem k anatomickým poměrům může být operace dokončena otevřenou cestou.

120. SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ INCIZÍ HORNÍCH MOČOVÝCH CEST STUDENÝM NOŽEM, VYSOKOFREKVENČNÍM PROUDEM A HOLMIOVÝM LASEREM NA SOUBORU 200 NEMOCNÝCH PO ENDOPYELOTOMII A ENDOURETEROTOMII A POROVNÁNÍ TĚCHTO VÝSLEDKŮ Z ROZSAHEM TKÁŇOVÝCH ZMĚN V EXPERIMENTU

Köhler O¹, Drlík P¹, Hrabal P², Jelínková H², Němec M², Šulc J², Koranda P³

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Katedra fyzikální elektroniky ČVUT, Praha

³Patologicko anatomické oddělení ÚVN, Praha

Cíl práce: Cílem práce bylo nalézt vztah mezi typem incize močovodu a dlouhodobými výsledky endopyelotomií (EPT) a endoureterotomií (EUT) a ve vztahu ke tkáňovým změnám v experimentu prokázat prioritu některé z uvedených technik.

Materiál a metody: U souboru 200 nemocných po EPT a EUT provedených v letech 1987 – 2002 jsme porovnali výsledky dosažené po 118 incizích HF proudem, 32 incizích kombinací HF proudu a endoskopickými nůžkami, 31 incizích studeným nožem a 19 incizích holmiový laserem. V experimentu jsme provedli incize močovodu studeným nožem, HF proudem různé intenzity a holmiový laserem.

Výsledky: Minimální alteraci stěny močovodu *in vitro* způsobuje studený nůž, střední holmiový laser a největší HF proud. V souboru nemocných však tato skutečnost nemá na dosažené výsledky významnější vliv.

Závěr: I když incize studeným nožem způsobuje minimální tkáňovou reakci, nepodařilo se v našem souboru prokázat významnější vliv zvolené incizní techniky na dlouhodobé výsledky.

121. SROVNÁNÍ ÚČINKU HO:YAG, ER:YAG, TM:YAG A CTE:YAG LASERU NA TKÁŇ MOČOVODU

Köhler O¹, Jelínková H², Miyagi M³, Hrabal P², Němec M², Šulc J², Koranda P², Shi YW³, Matsuura Y³, Drlík P¹, Kokta M¹

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Fakulta jaderná a fyzikálně inženýrská, ČVUT, Praha

³Tohoku University, Graduate School of Engineering, Department of Electrical Communications, Sendai, Japonsko

⁴Patologicko anatomické oddělení ÚVN, Praha

⁵Bicron, Saint-Gobain, Washougal, WA, USA

Cíl práce: Ověřit schopnost perforace stěny močovodu různými typy laserů a zjistit základní vlastnosti interakce s jeho povrchovými a hlubokými strukturami.

Materiál a metody: Po úvodním orientačním experimentu aplikace záření Er:YAG laseru ve volně běžícím režimu na tkáň močovodu a provedení hrubého řezu s vysokou karbonizací při energii pulzu 100 mJ a opakovací frekvenci 3 Hz, byla provedena série aplikací laserového záření různých vlnových délek Ho:YAG, Er:YAG, Tm:YAG a CTE:YAG. Laserové záření bylo přenášeno ze zdrojového laseru COP/Ag vlnovody HT-365-E s průměrem 700/850 µm o délce 1 m. Během aplikací laserového záření na močovod byla interakce s tkání zaznamenána pomocí makro a mikrofotografie. Tkáň močovodu byla zpracována a mikroskopicky vyšetřena.

Výsledky: Byly nalezeny energie pulzů, které byly schopné vytvořit ve stěně močovodu perforaci pro Ho:YAG, Er:YAG a CTE:YAG laser. U Tm:YAG laseru ani aplikace 200 pulsů (210 mJ/puls) nevedly k perforaci stěny močovodu. Z prvních výsledků mikroskopických vyšetření se zdá, že u Ho:YAG laseru při nižší energii dochází k zuhelnatění povrchu, bez poškození hlubších vrstev. Er:YAG laser má při nižší energii alteraci tkáně jen do 0,05 mm od povrchu. Nejzajímavější první výsledky jsou u CTE:YAG laseru, jehož aplikace vedla ke zcela minimální alteraci tkáně.

Závěr: Ho:YAG, Er:YAG a CTE:YAG lasery jsou všechny schopné při srovnatelných energiích provést dobrou perforaci stěny močovodu. Velký rozdíl je však v tkáňových změnách na povrchu (epitel) a v hloubce stěny (mezenchym). Zde se působení jednotlivých laserů výrazně liší. Další objasnění mechanismu jejich účinků a tkáňových interakcí může vést k vývoji optimálního terapeutického laseru pro řez měkkých tkání.

122. DELIBERIZÁCIA MOČOVODU - RETROPERITONEOSKOPICKÝ PRÍSTUP

Lutter I, Daniel I, Weibl P, Karwanger M, Krutý P

Urologické oddelenie, II. chirurgická klinika LF UK, Bratislava, Slovenská republika

NsP Bratislava-Petržalka, Slovenská republika

NsP Považská Bystrica, Slovenská republika

Cieľ práce: Použitie retroperitoneoskopického prístupu pri revízii stenózy horného močovodu.

Materiál a metódy: Autori túto metódu použili pri odstránení fibrózných pruhov spôsobujúcich kompresiu močovodu s následnou stenózou.

Výsledky: Operácia trvala 60 minút, minimálne krvné straty, ponechanie Redonovho drénu 24 hod., doba hospitalizácie 3 dni, doba rekonvalescencie 14 dní.

Záver: Retroperitoneoskopická revízia horného močovodu je bezpečná metóda pri liečbe stenóz spôsobených vonkajšou kompresiou horného močovodu (fibrózne pruhy, cievy).

123. LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE - NAŠE 5LETÉ ZKUŠENOSTI

Študent V¹, Zátura F¹, Vomáčka J², Fryšák Z³

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Radiologická klinika FN Olomouc

³III.interní klinika FN Olomouc

Cíl práce: Laparoskopie se stává na mnoha světových pracovištích metodou volby k řešení expanzních procesů nadledvin. Autoři referují o svých zkušenostech s touto nově zavedenou operativou.

Materiál a metody: V retrospektivní studii byli hodnoceni nemocní po adrenalectomii provedené v letech 1998 – 2003, tzn. od zavedení laparoskopie do chirurgického řešení nadledvin v olomouckém regionu. V tomto období bylo operováno celkem 42 nemocných, z nich 18 laparoskopickou metodou.

Výsledky: Předběžné výsledky prokazují benefit pro nemocné užitím laparoskopické operativy v řešení chirurgické problematiky nadledvin. Hormonální aktivita nádoru není překážkou v indikaci laparoskopického výkonu. Operační čas při užití laparoskopie je srovnatelný s otevřeným přístupem, je prokazatelně nižší spotřeba analgetik v pooperačním průběhu, kratší morbidita a rekonvalescence.

Závěr: Laparoskopie se stává standardní metodou v chirurgii nadledvin. Jako každá metoda však má své indikace a limity. Tyto se však u této nově zaváděné metody dosud tvoří a teprve v blízké budoucnosti po získání více zkušeností i na jiných pracovištích bude její místo přesněji vymezeno.

124. LAPAROSKOPICKÁ MANUÁLNĚ ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE

Fiala R, Perníčka J, Študent V, Belej K, Zátura F

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Laparoskopie je jednou z možností operační terapie nádorů ledviny. Protože na vyjmutí preparátu z dutiny břišní je potřeba krátká laparotomie, využívá se jí pro zavedení ruky do dutiny břišní místo laparoskopického nástroje.

Vyhodnotit první zkušenosti s manuálně asistovanou laparoskopickou radikální nefrektomií.

Materiál a metody: Retrospektivně byla vyhodnocena dokumentace 14 nemocných s nádorem ledviny. Operační postup: nejprve byl připraven přístup pro levou ruku krátkou laparotomií. Pak za kontroly této ruky byly do břicha zavedeny 3 porty. Přístup k ledvině byl zjednodušen laterokolicky, hilové cévy byly ošetřeny cévním *stapplerem*. Preparát byl z břišní dutiny odstraněn v sáčku.

Výsledky: Operační čas byl 95 – 135 minut, hmotnost preparátu 450 – 1 500 g, peroperační krevní ztráty 70 – 180 ml, opiátová analgetika byla aplikována pouze v den operace, pak již neopiátová.

Závěr: Kombinovaná laparoskopická technika je vhodná pro nádory T1-T2 N0, pokud se neuvažuje o resekcím výkonu. Je vhodná pro operatery provádějící otevřenou operativu. Umožňuje palpační orientaci během výkonu a současně je zachován minimálně invazivní přístup jako při klasické laparoskopii.

125. LÉČBA BENIGNÍCH STRIKTUR URETEROINTESTINÁLNÍ ANASTOMÓZY PO RŮZNÝCH TYPECH DERIVAČNÍCH OPERACÍ POMOCÍ PERMANENTNÍCH METALICKÝCH STENTŮ: DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ

Zachoval R¹, Palascak P², Bouchareb M², Urban M¹, Heráček J¹, Lukeš M¹, Záleský M¹

¹Urologická klinika 3. LF UK, Praha

²Urologické oddělení, Paul Morel Hôpital, Vesoul, Francie

Cíl práce: Striktura ureterointestinální anastomózy může vést k progredujícímu renálnímu selhávání. Všechny současně užívané metody řešení této komplikace: otevřená chirurgická revize, endoskopická discize, nefrostomická drenáž, ureterální stenty i vysokotlaká balónková dilatace mají své nedostatky. Autoři uvádějí své dlouhodobé výsledky léčby benigních ureterointestinálních striktur pomocí permanentního metalického stentu.

Materiál a metody: V období 9/1993 až 4/2003 byl u 13 pacientů s celkem 16 strikturami zaveden autoexpandibilní permanentní metalický stent. Průměrný věk pacientů byl 60 let. Striktury se vytvořily v průměru 18,6 měsíců po derivační operaci. Wallstent byl do oblasti striktury umístěn z perkutánního přístupu po předchozí rekanalizaci distálního ureteru pomocí hydrofilního vodiče a dilataci striktury vysokotlakým angioplastickým balónkem.

Výsledky: Zavedení permanentního metalického stentu bylo dobře tolerováno všemi pacienty. Průměrná doba hospitalizace byla 3,7 dny. Při době sledování 7 – 115 měsíců (průměr 48 měsíců) byl permanentní metalický stent funkční ve všech případech kromě jednoho. Byly zaznamenány 2 vážnější komplikace vyžadující operační řešení: litotrypsi inkrustací na distální části stentu vyčnívající do neoveziky a reimplantaci močovodu v případě obstrukce stentu slizniční hyperplazií.

Závěr: Permanentní metalický stent je při léčbě ureterointestinální striktury úspěšnou terapeutickou metodou. Závažné komplikace, jako např. migrace stentu, hematurie a bolesti nebyly pozorovány.

Projekt byl podporován grantem ND/6125 - 3/2000 Grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky.

126. DISCIZE MOČOVODU PŘI LAPAROSKOPICKÉ GYNEKOLOGICKÉ OPERACI

Nedbálek A

Urologické oddělení Vítkovické nemocnice Blahoslavené Marie Antoníny a.s. Ostrava