

PENESTER®



finasterid



Neřežte své pacienty... ...když nemusíte!

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU PENESTER®: **Léčivá látka:** finasteridum 5 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** léčení a kontrola benigní hyperplazie prostaty. **Dávkování:** 5 mg jednou denně. **Kontraindikace:** přecitlivělost na některou složku přípravku. **Nežádoucí účinky:** sexuální dysfunkce, testikulární bolest, změny na prsech, reakce z přecitlivělosti. **Interakce:** klinicky významné interakce nezjištěny. **Zvláštní upozornění:** před započatím terapie i v jejím průběhu nezbytná vyšetření na vyloučení karcinomu prostaty. **Podmínky uchování:** při teplotě do 25°C v původním obalu. **Velikost balení:** 30, 100 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, a.s. **Registrační číslo:** 87/370/00-C. **Datum poslední revize textu:** 9.5.2007. **Výdej:** přípravek na lékařský předpis; **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.**

moderní kvalitní péče

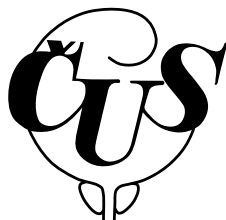
Podrobné informace získáte na adrese výrobce nebo v Souhrnu údajů o přípravku.

Zentiva, a.s., marketingové oddělení, U kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Dolní Měcholupy

Tel.: 267 242 863, fax: 267 242 678, www.zentiva.cz, penester@zentiva.cz

PEN/07.07/005.01/27078990/CZ

ZENTIVA



ČESKÁ UROLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ

VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

PLZEŇ, PARKHOTEL / 10. – 12. 10. 2007

POŘADATEL

Česká urologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně
Fakultní nemocnice, Plzeň

ZÁŠTITA NAD KONFERENCÍ

Ing. Jaroslava Kunová, ředitelka FN, Plzeň
doc. MUDr. Jaroslav Koutenský, CSc., děkan LF UK, Plzeň
Ing. Pavel Rödl, primátor města Plzně
MUDr. Petr Zimmermann, hejtmán Plzeňského kraje

ORGANIZAČNÍ TÝM

PREZIDENT KONFERENCE

doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

prim. MUDr. Pavla Toufarová
as. MUDr. Jiří Klečka, Ph.D.
Bc. Jitka Krocová
MUDr. Viktor Eret

ODBORNÝ GARANT KONFERENCE

doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.

VĚDECKÝ VÝBOR

doc. MUDr. Marko Babjuk, CSc.
doc. MUDr. Richard Fiala, CSc.
doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.
prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.
doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.
doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.
doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.
prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.
MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.
doc. MUDr. František Zát'ura

POŘÁDAJÍCÍ AGENTURA

Euroverlag, s. r. o.



Česká urologická společnost ČLS JEP
vydává časopis Česká urologie

Vydavatel: Česká urologická společnost, Ke Karlovu 6,
120 00 Praha 2

Rukopisy zasílejte na adresu: Mgr. Eva Kultánová, Lazická
297/51, 779 00 Olomouc, e-mail: kultanova@solen.cz

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

Redakce neodpovídá za správnost léčebných a diagnostických
postupů popisovaných autory.

Předplatné: predplatne@solen.cz,
Pro členy ČUS zdarma.

ISSN 1211-8729, MK ČR E 7798

Vychází 4× ročně.

www.czechurol.cz

ČESKÁ UROLOGIE – 1/2007, ročník 11.

Šéfredaktor: doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

Redakční rada:

doc. MUDr. Marko Babjuk, CSc.,
doc. MUDr. Jan Báňa, CSc.,
doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.,
prof. MUDr. Tomáš Hanuš, CSc.,
doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.,
doc. MUDr. Ivan Kawaciuk, CSc.,
doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.,
MUDr. Otto Köhler, CSc.,
doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.,
prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.,
doc. MUDr. Michael Urban, CSc.,
MUDr. Pavel Verner

Nakladatel: SOLEN, s. r. o.,
Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Adresa redakce: SOLEN, s. r. o.,
Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
tel.: 582396 038, fax: 582396 099,
www.solen.cz

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Odpovědná redaktorka: Mgr. Eva Kultánová, kultanova@solen.cz
Grafická úprava a sazba: DTP SOLEN, slavikova@solen.cz

PROGRAM

STŘEDA, 10. 10. 2007

- 09.00–21.00 **Registrace** Recepční hala
- 09.00–12.00 **Zasedání Výboru ČUS** Meetingroom
- 12.00–13.00 **Redakční rada České urologie** Meetingroom
- 13.00–14.00 **Paralelní zasedání sekcí ČUS**
Onkologická sekce Velký sál Big Hall
Dětská sekce Malý sál Emporio
SUNU Club (za Vinárnou)
Laparoskopická sekce Galerie Velkého sálu Big Hall
Andrologická sekce Meetingroom
- 14.00–14.45 **Minisymposium sekce dětské urologie** Velký sál Big Hall
- 15.00–15.45 **Minisymposium SUNU** Velký sál Big Hall
- 16.00–16.45 **Minisymposium onkologické sekce** Velký sál Big Hall
- 17.00–17.45 **Satelitní symposium – platinový partner ČUS – ZENTIVA** Velký sál Big Hall
- 20.00–24.00 **Společenský večer** Velký sál Big Hall
- 20.00 **Raut**
- 20.45 **Úvodní slovo, předání cen ČUS za rok 2006**
- 21.45–24.00 **Taneční vystoupení**
- 22.00 **Live music**

ČTVRTEK, 11. 10. 2007

- 07.00–13.00 **Registrace** Recepční hala Velký sál Big Hall
- ► ► **Velký sál Big Hall**
- 08.00–09.45 **Vědecký program – State of art lectures** – sál 1–6
- 09.45–10.00 **Přestávka**
- 10.00–12.30 **European school of urology (ESU) course**
- 12.30–12.45 **Přestávka**
- 12.45–13.30 **Členská schůze ČUS**
- 13.30–14.00 **Oběd studený – „take away“**
Individuálně – teplý oběd Restaurace
- 14.00–15.30 **Vědecký program – VP 1**
Karcinom prostaty – léčba
- 15.30–16.30 **Vědecký program – VP 2**
Karcinom prostaty – diagnostika
- 16.30–16.45 **Přestávka**
- 16.45–17.30 **Satelitní symposium – zlatý sponzor ČUS – ASTELLAS PHARMA**
- 17.45–18.30 **Satelitní symposium – oficiální sponzor – ASTRAZENECA**

► ► ► **Malý sál Emporio**

07.00–08.00 **Pracovní snídani – NOVARTIS**

08.00–09.45 **Přestávka**

09.45–13.30 **Sekce sester**

14.00–15.30 **Vědecký program – VP 3 Dětská urologie**

15.30–16.30 **Vědecký program – VP 4 Andrologie**

16.30–17.45 **Přestávka**

17.45–18.30 **Satelitní sympozium – stříbrný sponzor ČUS – PFIZER**

► ► ► **Club (za Vinárnou)**

14.00–15.00 **Workshop W1**

15.20–16.20 **Workshop W2**

16.40–17.40 **Workshop W3**

► ► ► **Meetingroom (1. patro hotelu)**

14.00–15.00 **Workshop W4**

15.20–16.20 **Workshop W5**

16.40–17.40 **Workshop W6**

19.30 **Odjezd autobusů od Parkhotelu na společenský večer**

20.00–24.00 **Společenský večer – Plzeňský Prazdroj a. s.**

Návštěvnícké centrum THE SPIDERS – Beatles & 60s revival

LUŽKA KURALOVÁ & DREAM

Restaurace Spilka Diskotéka PETRA BŘEZINY – OLDIES BUT GOLDIES

00.15 **Odjezd autobusů zpět do všech hotelů**

PÁTEK, 12. 10. 2007

07.00–11.00 **Registrace** Recepční hala

► ► ► **Velký sál Big Hall**

08.00–09.45 **Vědecký program – State of art lectures – sál 7–12**

09.45–10.00 **Přestávka**

10.00–11.30 **Vědecký program – VP 5**

Nádory ledvin

11.30 – 12.30 **Vědecký program – VP 6**

Dysfunkce dolních cest močových

12.30–13.00 **Oběd studený – „take away“**

Individuálně – teplý oběd Restaurace

13.00–14.30 **Vědecký program – VP 7**

Nádory močového měchýře

14.30–15.00 **Závěr kongresu**

► ► ► **Malý sál Emporio**

07.00–08.00 **Pracovní snídani rezidentů – RICHTER GEDEON**

08.00–10.00 **Přestávka**

- 10.00–11.30 **Vědecký program – VP 8**
Varia
- 11.30–12.30 **Vědecký program – VP 9**
Uroonkologie – varia
- 13.00–14.30 **Vědecký program – VP 10**
Rekonstrukční urologie

► ► ► **Club (za Vinárnou)**

- 10.00–11.00 **Workshop W7**
- 11.20–12.20 **Workshop W8**
- 12.40–13.40 **Workshop W9**

► ► ► **Meetingroom (1. patro hotelu)**

- 10.00–11.00 **Workshop W10**
- 11.20–12.20 **Workshop W11**
- 12.40–13.40 **Workshop W12**

VĚDECKÝ PROGRAM – LÉKAŘSKÁ SEKCE

ČTVRTEK, 11. 10. 2007

Velký sál Big Hall 08.00–09.45

Vědecký program – State of art lectures – sál 1–6

Moderátoři: T. Hanuš, L. Jarolím

01. sál 1 **Nádory močového měchýře – co je nového?** přednáška 10 min.
M. Babjuk
02. sál 2 **Training and assessment in urology as viewed by the European Board of Urology** přednáška 15 min.
P. Whelan
03. sál 3 **Včasná diagnostika karcinomu prostaty** přednáška 10 min.
V. Študent
04. sál 4 **EAU lecture – The role of radical prostatectomy in locally advanced prostate cancer** přednáška 15 min.
M. Wirth
05. sál 5 **Chirurgická léčba transsexualizmu** přednáška 10 min.
L. Jarolím
06. sál 6 **Současné možnosti léčby inkontinence moči u muže** přednáška 10 min.
T. Hanuš

ČTVRTEK, 11. 10. 2007 Velký sál Big Hall 14.00–15.30

Vědecký program – VP 1 Karcinom prostaty – léčba

Moderátoři: L. Jarolím, V. Študent

07. **Robotická radikální prostatektomie – roční zkušenosti** přednáška 5 min.
P. Filipenský, A. Rovný, M. Hulová
08. **Laparoskopická transperitoneální radikální prostatektomie** přednáška 4 min.
M. Štursa, I. Zábranský
09. **Uretrovezikální anastomóza pokračujícím stehem při retropubické radikální prostatektomii. Výhody a naše zkušenosti** přednáška 4 min.
P. Filipenský, A. Rovný, M. Hulová
10. **Uretrovezikální anastomóza u laparoskopické radikální prostatektomie – technika provedení sutury anastomózy** přednáška 3 min.
M. Štursa, I. Zábranský, M. Štefanová
11. **Změna techniky radikální retropubické prostatektomie (RRP) a výsledky vlastního souboru** přednáška 5 min.
D. Pacík, A. Khamzin, J. Peška, V. Vít, A. Čermák

12. **Prognostické parametry u pacientů po radikální prostatektomii** přednáška 5 min.
O. Čapoun, M. Babjuk, J. Dvořáček, T. Hanuš, L. Šafařík, I. Pavlík, J. Novák, E. Votoček
13. **Srovnání klinického a patologického stadia onemocnění u pacientů po radikální prostatektomii** přednáška 4 min.
M. Lukeš, M. Urban, J. Heráček, T. Novotný, Z. Otava
14. **Gleasonovo skóre v biopsii a po radikální prostatektomii, klinický dopad ISUP 2005 a vytvoření nomogramů korelace Gleasonova skóre** přednáška 5 min.
M. Král, V. Študent, D. Soukeníková, A. Vidlář, L. Kučerová
15. **Endokrinní profil muže s lokalizovaným a lokálně pokročilým karcinomem prostaty po radikální prostatektomii** přednáška 4 min.
J. Heráček, M. Urban, M. Lukeš, J. Sachová, J. Kuncová, R. Hampl, L. Stárka, M. Hill, V. Eis, V. Mandys
16. **Chová se karcinom prostaty u hypogonadálního muže stejně jako v eugonadální populaci?** přednáška 4 min.
M. Matoušková, M. Hanuš, V. Dudková, E. Tejčková
17. **Vlastní klinické zkušenosti s léčbou lokálně pokročilého karcinomu prostaty (KP) a výsledky studie Early Prostate Cancer** přednáška 5 min.
D. Pacík, V. Vít, P. Šlampa
18. **Docetaxel v léčbě hormonálně independentního karcinomu prostaty (HIKP)** přednáška 4 min.
M. Matoušková, M. Hanuš, V. Králová, P. Dušek, L. Ostřížková

ČTVRTEK, 11. 10. 2007 Velký sál Big Hall 15.30–16.30

Vědecký program – VP 2 Karcinom prostaty – diagnostika

Moderátoři: M. Hanuš, J. Dvořáček

19. **DD3 (Differential Display Code 3) – nový marker v diagnostice karcinomu prostaty** přednáška 5 min.
J. Klečka, M. Hora, M. Pešta, L. Holubec, O. Topolčan, V. Eret
20. **Prediktivní význam polymorfizmu genu pro androgenní receptor u karcinomu prostaty a benigní hyperplazie prostaty** přednáška 4 min.
J. Sachová, M. Urban, J. Heráček, V. Eis, R. Hampl, L. Stárka, M. Minárik
21. **Early detection of prostate cancer in Olomouc region (KAPROS II)** přednáška 4 min.
M. Grepl, V. Študent
22. **Zhodnocení účinnosti různých druhů anestezie a analgezie při biopsii prostaty** přednáška 4 min.
A. Čermák, N. Marečková, D. Pacík, V. Lenko, M. Staník
23. **Závažné komplikace biopsie prostaty** přednáška 4 min.
M. Hanuš, M. Matoušková, P. Kaplán, Z. Veselský
24. **Detekce HG PIN v diagnostice karcinomu prostaty (CAP)** přednáška 4 min.
P. Nencka, V. Klemenc, M. Záleský, R. Zachoval
25. **Přesnost stanovení rizika lokálně pokročilého karcinomu prostaty před radikální prostatektomií pomocí Partinových tabulek** přednáška 4 min.
M. Záleský, R. Zachoval, Z. Šmerhovský, V. Klemenc, V. Vik, M. Urban
26. **Význam CT a MR s kontrastní látkou pro stanovení lokálního rozsahu karcinomu prostaty** přednáška 4 min.
K. Belej, O. Kaplan, O. Köhler, J. Kočárek, J. Pokorný

ČTVRTEK, 11. 10. 2007 Malý sál Emporio 14.00–15.30

Vědecký program – VP 3 Dětská urologie

Moderátoři: R. Kočvara, O. Šmakal

27. **TIP-Procedure – Indication and Technique** přednáška 15 min.
M. Riccabona
28. **Zanořený penis a jeho chirurgické řešení** diskutovaný poster 3 min.
I. Hartmann, O. Šmakal, V. Študent, J. Vrána
29. **Varikokéla u dětí a adolescentů – indikace pro časnou operační léčbu: prospektivní studie** přednáška 4 min.
R. Kočvara, J. Doležal, Z. Dítě, J. Sedláček, J. Dvořáček, K. Novák, Z. Staněk
30. **Možnosti MAG3 scintigrafie a UZ vyšetření při stanovení stupně poškození ledvinového parenchymu u pelvioureterální obstrukce u kojenců** přednáška 4 min.
O. Šmakal, I. Hartmann, M. Grepl, H. Flögllová, K. Michálková, T. Tichý

31. **Laparoskopická pyeloplastika u dětí** přednáška 4 min.
R. Kočvara, J. Sedláček, Z. Dítě, J. Dvořáček
32. **Srovnání konzervativní a časné operační léčby novorozenecké hydronefrózy vysokého stupně – randomizovaná studie** přednáška 4 min.
J. Sedláček, J. Langer, R. Kočvara, H. Jiskrová, J. Doležal, L. Smrčka, M. Hanzel
33. **Léčba VUR podslizniční injekcí NASHA** přednáška 4 min.
I. Novák, L. Janoušková, P. Kuliaček, S. Skálová
34. **Endoskopická léčba vezikoureterálního refluxu kopolymerem dextranomer/hyaluronové kyseliny – URODEX®** přednáška 4 min.
Z. Dítě, K. Javorka, R. Kočvara, J. Sedláček, J. Dvořáček
35. **Prenatální perforace močového měchýře s ascitem plodu řešená peritoneoamniální drenáží**
diskutovaný poster 3 min.
P. Zerhau, R. Gerychová, M. Husár
36. **Nádory z urotelu močového měchýře v dětském věku** přednáška 4 min.
Z. Dítě, R. Kočvara, J. Dvořáček

ČTVRTEK, 11. 10. 2007 Malý sál Emporio 15.30–16.30

Vědecký program – VP 4 Andrologie

Moderátoři: D. Pacík, M. Urban

37. **Mužská antikoncepce** přednáška 15 min.
J. Heráček
38. **Syndrom deficitu testosteronu u pacientů liečených pre chronickú renálnu insuficienciu** přednáška 10 min.
J. Breza, J. Fillo, P. Bujdak, Z. Zilinska, J. Brutenic
39. **Implantace penilní protězy – výsledky dlouhodobého sledování** přednáška 10 min.
D. Pacík, A. Khamzin
40. **Metastázy adenokarcinomu rekta do penisu – příčina erektilní dysfunkce** nediskutovaný poster 0 min.
R. Staněk, J. Palas, P. Vágner

PÁTEK, 12. 10. 2007 Velký sál Big Hall 08.00–09.45

Vědecký program – State of art lectures – sál 7–12

Moderátoři: F. Zátura, M. Hora

41. sál 7 **Varikokéla – kdy a jak léčit?** přednáška 10 min.
R. Kočvara
42. sál 8 **Taktika sledovania pacientov s nádormi testis** přednáška 15 min.
D. Ondruš
43. sál 9 **Histopatologie nádorů ledvin – současný stav** přednáška 10 min.
O. Hes
44. sál 10 **Místo chirurgie v léčbě onkologických onemocnění** přednáška 10 min.
J. Žaloudík
45. sál 11 **Modern approach to small renal tumours (including energy ablative surgical procedures)** přednáška 15 min.
H. Ch. Klingler
46. sál 12 **Nefroureterektomie** přednáška 10 min.
M. Hora

PÁTEK, 12. 10. 2007 Velký sál Big Hall 10.00–11.30

Vědecký program – VP 5 Nádory ledvin

Moderátoři: M. Hora, P. Morávek

47. **Epidemiologie nádorů ledvin v České republice – výsledky auditu dat dostupných za období 1977–2004**
přednáška 7 min.
J. Mužík, L. Dušek, T. Pavlík, J. Abrahámová, J. Střiteský, M. Babjuk, T. Hanuš
48. **Zmeny expresie vaskulárných molekul u adenokarcinómu obličky – pilotná štúdiá** přednáška 5 min.
P. Ochodnický, J. Švihra, J. Ľupták, P. Křenek, J. Klimas, J. Izraelová, B. Eliáš, P. Slávik, J. Kliment, J. Kyselovič

49. **Video: Roboticky asistovaná radikální nefrektomie** video 8 min.
O. Köhler, J. Kočárek
50. **Soubor 170 pacientů s tumorem ledviny řešených laparoskopickou nefrektomií** přednáška 5 min.
V. Eret, M. Hora, J. Klečka, P. Stránský, J. Ferda, O. Hes, T. Üрге
51. **Čtvrtstoletí záchovných operací pro nádor ledviny v Hradci Králové** přednáška 5 min.
P. Morávek, P. Navrátil, J. Košina, J. Pacovský
52. **Trombus v. cava inferior u adenokarcinomu ledvin – léčba** nediskutovaný poster 0 min.
P. Klézl, J. Bárta, E. Šonský, J. Novák, M. Kotlář, V. Dubský, J. Drechslerová, Z. Gilbert
53. **Problematika nádorů ledvin u nemocných s End Stage Kidney Disease** přednáška 4 min.
T. Üрге, M. Hora, J. Klečka, T. Reischig, O. Hes, J. Ferda, M. Michal
54. **Spontánní ruptura nádorů ledvin** diskutovaný poster 3 min.
P. Klézl, M. Kotlář, M. Krolupper, Z. Gilbert, M. Tománek, J. Novák
55. **Klinické chování histopatologických variant papilárního renálního karcinomu** přednáška 4 min.
T. Üрге, M. Hora, O. Hes, J. Ferda, Z. Chudáček
56. **Kombinace maligního onemocnění ledviny a prostaty s prokázaným papilárním karcinomem ledviny** diskutovaný poster 3 min.
L. Vilhelmová, R. Pavelková, P. Klézl, K. Benková, J. Novák

PÁTEK, 12. 10. 2007 Velký sál Big Hall 11.30–12.30

Vědecký program – VP 6 Dysfunkce dolních cest močových

Moderátoři: T. Hanuš, R. Zachoval

57. **Hyperaktivita močového mechúra způsobuje zvýšenou senzorickou aktivitu u myši** přednáška 10 min.
P. Zvara, T. Heppner, M. Nelson
58. **Využití stanovení cystatinu C jako ukazatele renálních funkcí u pacientů po míšní lézi** přednáška 4 min.
J. Krhut, R. Král, J. Kopecký, T. Karlík, J. Knap, H. Weisssová, V. Plaček
59. **Korelace urodynamického nálezu a nálezu na magnetické rezonanci CNS u pacientů s dysfunkční mikcí v důsledku sklerózy multiplex** diskutovaný poster 3 min.
G. Varga, M. Hajný, D. Pacík, Y. Benešová
60. **Vyhodnocení významu praesakrální nervové blokády v léčbě syndromu chronické pánevní bolesti / chronické prostatitidy** přednáška 5 min.
V. Mašková, M. Urban, J. Heráček
61. **Výsledky léčby neurogeních dysfunkcí dolních cest močových aplikací botulinumtoxinu do detruzoru** přednáška 4 min.
J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer

PÁTEK, 12. 10. 2007 Velký sál Big Hall 13.00–14.30

Vědecký program – VP 7 Nádory močového měchýře

Moderátoři: M. Babjuk, J. Klečka

62. **Analýza exprese u povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře pomocí biočipové technologie** přednáška 4 min.
M. Szakácsová, M. Babjuk, J. Mareš, V. Soukup, M. Pešl, J. Dušková, J. Dvořáček
63. **Význam exprese genů Bcl-2 a Bax u povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře** přednáška 4 min.
M. Szakácsová, M. Babjuk, J. Mareš, V. Soukup, M. Pešl, J. Dušková, J. Dvořáček
64. **Prognostický význam subklasifikace a exprese fascin-1 u T1 uroteliálního karcinomu močového měchýře** přednáška 4 min.
V. Soukup, M. Babjuk, J. Dušková, M. Pešl, M. Szakácsová, L. Zámečník, J. Dvořáček
65. **Význam stanovení tumor-associated trypsin inhibitoru (TATI) v moči nemocných s karcinomem močového měchýře** přednáška 4 min.
I. Pavlík, M. Pešl, M. Babjuk, J. Dvořáček
66. **Hodnocení EORTC nomogramu pro Ta/T1 nádory močového měchýře na vlastním souboru pacientů** přednáška 5 min.
M. Pešl, M. Babjuk, V. Soukup, M. Szakácsová, P. Dundr, I. Pavlík, J. Dvořáček

67. **Komplikace intravezikální terapie BCG vakcínou pro povrchový karcinom močového měchýře** přednáška 4 min.
P. Vališ, J. Krhut, Z. Häring, K. Mainer, D. Němec, J. Kopecký, R. Král
68. **Laparoskopická radikální cystektomie u muže – techniky step by step – DVD ilustrace** video 8 min.
J. Kočárek, O. Köhler, O. Kaplan, K. Belej, J. Pokorný, P. Drlík, A. Kastnerová, T. Chmelenský
69. **Radikální cystektomie u nádorů močového měchýře – výsledky 216 operovaných pacientů** přednáška 5 min.
M. Babjuk, T. Hanuš, I. Pavlík, L. Šafařík, J. Dvořáček, K. Fógel, Y. Pichlíková, L. Jarolím, J. Novák
70. **Výsledky střevní derivace moči** přednáška 5 min.
J. Doležel, D. Miklánek, I. Čapák, D. Macík, M. Sutorý, P. Navrátil
71. **Derivace moči Mainz pouch II s časovým odstupem** diskutovaný poster 3 min.
M. Krolupper, J. Bárta, M. Kotlář, J. Novák
72. **Primární neuroendokrinní karcinom uretry – video** video 5 min.
A. Kastnerová, O. Köhler, K. Belej, P. Hrabal, P. Georgiev

PÁTEK, 12. 10. 2007 Malý sál Emporio 10.00–11.30

Vědecký program – VP 8 Varia

Moderátoři: A. Petřík, O. Köhler

73. **Urine fetuin-A: existuje korelace s přítomností nefrolitiázy?** diskutovaný poster 4 min.
R. Vrtal, D. Stejskal, V. Študent
74. **Primární hyperparathyróa v ordinaci urologa** přednáška 4 min.
K. Bartoníčková, G. Louženský
75. **Extenzivní hemoragie po perkutánní nefrolitotrypsi: zhodnocení rizikových faktorů** přednáška 4 min.
A. Čermák, B. Varga, D. Pacík, M. Nussir
76. **Léčba odliškové cystinové nefrolitiázy u dvanáctileté pacientky – kazuistika** diskutovaný poster 3 min.
M. Hrabec, J. Vrána, I. Hartmann, B. Brázda, V. Študent
77. **Vliv režimu mikce na vznik cystolitiázy u pacientů po míšním traumatu** přednáška 4 min.
T. Novotný, J. Heráček, M. Urban, V. Sobotka, L. Bittner, Z. Otava, J. Sachová, Z. Trněná
78. **Fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) versus transuretrální resekce prostaty (TURP)** přednáška 4 min.
J. Klečka, M. Hora, P. Běhounek, M. Hajžman
79. **Výskyt Chlamydia trachomatis v moči a uretrálním stěru** přednáška 4 min.
M. Matoušková, M. Hanuš, E. Francisci-Procházková, H. Kiacová, V. Králová
80. **High risk (HR) HPV mužů a výsledky konzervativní léčby** přednáška 4 min.
M. Matoušková, M. Hanuš, H. Kiacová, R. Tachezy
81. **Traumata ledvin** přednáška 4 min.
J. Hlaváčová, M. Hora, T. Üрге, J. Jambura, J. Ferda, J. Bulka
82. **Ošetření iatrogenně přerušenoého močovodu laparoskopicky provedenou Boariho plastikou** diskutovaný poster 3 min.
J. Kopecký, J. Krhut, D. Mika, H. Geržová
83. **Urologické komplikace úrazů pánve** přednáška 4 min.
J. Hlaváčová, M. Hora, T. Üрге, J. Ferda, J. Bulka, J. Zeman, T. Pavelka
84. **Spontánní ruptura močového měchýře: tři případy z našeho pracoviště** diskutovaný poster 3 min.
O. Havránek, J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer, P. Vávra, J. Dostálík
85. **Laparoskopické ošetření spontánní ruptury močového měchýře** nediskutovaný poster 0 min.
J. Kopecký, O. Havránek, J. Krhut

PÁTEK, 12. 10. 2007 Malý sál Emporio 11.30–12.30

Vědecký program – VP 9 Uroonkologie – varia

Moderátoři: I. Anděl, J. Novák

86. **Národní onkologický program ČR on-line** nediskutovaný poster 0 min.
L. Dušek, L. Šnajdrová, P. Zemánek, D. Schwarz, P. Brabec, J. Vorlíček
87. **Webový portál SVOD: epidemiologie zhoubných nádorů v České republice v on-line dostupných analýzách** přednáška 5 min.
J. Mužík, L. Dušek, M. Kubásek, J. Koptíková, P. Pavliš, R. Vyzula, J. Abrahámová, J. Žaloudík

88. **Příčiny pozdního vyšetření nemocných s nádorem varlete** přednáška 4 min.
M. Chocholatý, I. Kawaciuk, P. Dušek, P. Hanek
89. **Význam 18-FDG PET/CT v diferenciální diagnostice tumorózně zvětšených nadledvin u onkologických pacientů** přednáška 4 min.
V. Nižňanská, Z. Řehák, K. Bolčák, J. Staníček, J. Stupalová
90. **Výsledky chirurgické léčby afunkčních nádorů nadledvin** diskutovaný poster 3 min.
L. Šafařík, K. Novák, M. Pešl, P. Macek, O. Čapoun, R. Sobotka, P. Dundr, J. Dvořáček
91. **Výsledky léčby sekundární hypertenze při primárním hyperaldosteronizmu (M. Conn)** přednáška 4 min.
L. Šafařík, K. Novák, M. Pešl, P. Macek, R. Sobotka, O. Čapoun, T. Zelinka, P. Dundr, V. Ciprová, J. Dvořáček
92. **Nádory horních močových cest** diskutovaný poster 3 min.
R. Pavelková, J. Bárta, M. Krolupper, P. Klézl, M. Kotlář, J. Novák
93. **Invertovaný uroteliální papilom močovodu** nediskutovaný poster 0 min.
O. Čapoun, J. Dvořáček, K. Novák, P. Prokopová
94. **Reziduální retroperitoneální infiltrát u nemocných s germinativním tumorem varlat a určení jeho viability pomocí 18F-FDG PET – zhodnocení na vlastním souboru 25 nemocných** přednáška 4 min.
Z. Řehák, I. Čapák, J. Doležel, D. Miklánek, I. Kocák, P. Fabián, I. Penka, M. Pacal, R. Lakomý, K. Bolčák, J. Staníček
95. **Výsledky retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s metastatickým testikulárním nádorem neseminomového typu na našem pracovišti** přednáška 4 min.
O. Havránek, J. Krhut, J. Hájek, J. Kopecký, D. Feltl
96. **Laparoskopická transmezokolická exstirpace reziduálního germinativního nádoru varlete po chemoterapii** diskutovaný poster 3 min.
J. Kopecký, O. Havránek, J. Krhut, J. Hájek

PÁTEK, 12. 10. 2007 Malý sál Emporio 13.00–14.30

Vědecký program – VP 10 Rekonstrukční urologie

Moderátoři: F. Zátura, M. Rosenberg

97. **Heparinem indukovaná trombocytopenie (HIT) u pacientů po rozsáhlých chirurgických výkonech při dlouhodobé prevenci tromboembolických (TEP) komplikací na urologickém JIP** diskutovaný poster 3 min.
V. Vík, M. Galas, V. Talová, R. Zachoval
98. **Onkotický tlak bílkovin – významný patogenetický faktor vzniku potransplantační lymfokély** nediskutovaný poster 0 min.
J. Pacovský, R. Hyšpler, P. Navrátil, M. Brodčák
99. **Rekonstrukční laparoskopické operace – technika a výsledky 25 operací** diskutovaný poster 3 min.
L. Šafařík, K. Novák, P. Macek, R. Sobotka, M. Pešl, J. Dvořáček
100. **Možnosti laparoskopie v léčbě ptózy ledviny (video)** video 8 min.
V. Eret, M. Hora, J. Klečka jr., T. Üрге
101. **Laparoskopická heminefroureterektomie horního segmentu zdvojené ledviny** video 8 min.
Z. Staněk, M. Vraný, M. Svoboda, J. Starczewski, J. Doležal
102. **Laparoskopická resekcí symptomatických cyst obličiek** přednáška 4 min.
J. Lupták, M. Vraný, J. Švihra, B. Eliáš, J. Kliment ml., R. Tomaškin, J. Kliment
103. **Video: Robotická transperitoneální pyeloplastika a fibroskopická extrakce nefrolitiázy** video 8 min.
O. Kóhler, J. Kočárek
104. **Transuretero-ureteroanastomóza** přednáška 4 min.
M. Krolupper, Z. Gilbert, J. Bárta, J. Novák
105. **Dlouhodobé výsledky retrográdní ureteroskopické endopyelotomie** přednáška 4 min.
A. Petřík, J. Novák
106. **Lymfangiom uretry: neobvyklá příčina striktury uretry** nediskutovaný poster 0 min.
A. Čermák, D. Pacík, S. Hotárková, L. Křen

VĚDECKÝ PROGRAM – SESTERSKÁ SEKCE

ČTVRTEK, 11. 10. 2007 Malý sál Emporio 09.45–13.30

Moderátoři: P. Toufarová, J. Krocová

- S1. **Robotická radikální prostatektomie z pohledu sestry** přednáška 8 min.
Š. Eliášová, D. Miklicová
- S2. **Roboticky asistovaná pyeloplastika z pohledu perioperační sestry** přednáška 8 min.
P. Dvorská, R. Vegerbauerová
- S3. **Transuretrální resekce ústí ureteru před nefroureterektomií** přednáška 8 min.
Š. Slanařová
- S4. **Řešení benigní hyperplazie prostaty pomocí vysokovýkonného KTP laseru** přednáška 7 min.
B. Drápelová, J. Abrahamová
- S5. **Výhody operačního řešení BPH laserovou metodou** přednáška 7 min.
R. Kadlecová, J. Suková
- S6. **Laserová litotrypse** přednáška 6 min.
H. Jánská, M. Borsiczka
- S7. **Porovnání operačních výkonů perineální radikální prostatektomie a radikální prostatektomie** přednáška 7 min.
V. Zichová, L. Vernerová
- S8. **Operační léčba stresové inkontinence u žen** přednáška 7 min.
L. Kopáčková, M. Zátopková
- S9. **Edukace a ošetrovatelská péče o pacienty s močovou inkontinencí v ÚVN** přednáška 7 min.
I. Marková, H. Janoušková
- S10. **Kvalita života inkontinentních seniorek** přednáška 6 min.
V. Kršňáková
- S11. **Neurogenní měchýř** přednáška 7 min.
I. Baumová
- S12. **Nádor varlete** přednáška 7 min.
P. Komárková
- S13. **Automutilace a poranění genitálu** přednáška 7 min.
V. Burdová, K. Čadilová
- S14. **Nový trend léčby VUR u dětí – aplikace URODEXU** přednáška 7 min.
Z. Kožíšková, J. Krocová
- S15. **Vyšetřovací metody u pacientů před transplantací ledvin** přednáška 7 min.
Š. Stejskalová, M. Koudelová
- S16. **Komplexní péče u dialyzovaného pacienta** přednáška 7 min.
J. Ďulíková
- S17. **Nativní spirální CT v diagnostice renální koliky z hlediska zdravotní sestry** přednáška 6 min.
M. Kyselová
- S18. **Chronická rána a její léčba** přednáška 7 min.
O. Janská
- S19. **Organizace přípravy pacienta v operační den a ošetrovatelský proces. Funkce dospávacího pokoje a časné komplikace po anestezii** přednáška 7 min.
M. Fleischmannová, J. Bláhová
- S20. **Pozitiva a negativa při aplikaci LMWH u pacientů po urologické operaci** přednáška 6 min.
V. Talová, A. Böhmová, V. Vík
- S21. **Nárůst administrativní náročnosti sester na standardním oddělení v posledních 10 letech** přednáška 7 min.
T. Cichá, H. Galasová

VĚDECKÝ PROGRAM – LÉKAŘSKÁ SEKCE

ABSTRAKTA

7. Robotická radikální prostatektomie – roční zkušenosti

P. Filipenský, A. Rovný, M. Hulová
Centrum robotické chirurgie, Urologické oddělení
FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Autoři hodnotí roční výsledky konsektivních robotických radikálních prostatektomií realizovaných v Centru robotické chirurgie FN u sv. Anny v Brně.

Materiál, metodika: Předoperační PSA v souboru bylo 7,3 ng/ml, BMI 28 kg/m², IIEF-5 bylo 21,7 u 27 pacientů. Gleason score před operací bylo 5–8. Sledovanými peroperačními parametry byly: délka výkonu, počet konverzí a krevní ztráty. Pooperačně je hodnocena doba ponechání permanentního katetru, délka hospitalizace, úroveň kontinence v 4., 8. a 12. pooperačním týdnu, IIEF v 8. a 12. týdnu a hodnota PSA v 12. týdnu.

Výsledky: Výkon umožňuje exaktní preparaci v oblasti apexu, dále preparaci a zachování NVB–. Provedení anastomózy, které umožňuje extrakci permanentního katetru 5.–7. pooperační den. Délka hospitalizace byla 4,7 dne. V 87,5% případů dochází k obnově plné kontinence (no pads) do 8. týdne. V 8. týdnu po operaci bylo 30% pacientů schopno dosáhnout suficientní erekce (s použitím nebo bez použití iPDE5). Ve 12. týdnu již 56% pacientů dosahuje suficientní erekce. PSA ve 12. týdnu po operaci dosahuje u 37 pacientů hodnoty < 0,02 ng/ml.

Závěr: Robotická radikální prostatektomie je vhodnou moderní alternativou k otevřené operaci se všemi výhodami miniinvazivní operativy, jakými jsou: krátká doba hospitalizace, zkrácená doba ponechání permanentního katetru, jednoznačně zkrácená doba do obnovy plné kontinence a velmi slibné výsledky stran obnovy erektilní funkce. A to vše za podmínek onkologické bezpečnosti výkonu.

8. Laparoskopická transperitoneální radikální prostatektomie

M. Štursa, I. Zábranský
Urologické oddělení NsP, Nový Jičín

Úvod: Cílem práce je zhodnocení prvních zkušeností s prováděním laparoskopické transperitoneální radikální prostatektomie na našem pracovišti.

Materiál, metodika: Od ledna 2006 do května 2007 jsme provedli laparoskopickou radikální prostatektomii transperitoneálním přístupem u 90 pacientů. Průměrný věk pacientů byl 63 let (v rozmezí od 50 do 74 let). Průměrná předoperační hladina PSA byla 7,11 ng/ml (od 1,17 do 17 ng/ml). Předoperačně bylo 58 pacientů klasifikováno jako T1c, zbytek T2. Na této skupině pacientů jsme sledovali vývoj z hlediska doby operace, krevních ztrát, potřeby podání krevních transfuzí v pooperačním období, doby hospitalizace, doby ponechání katetru po operaci, pozitivní chirurgické okraje a komplikace operačního výkonu.

Výsledky: V naší skupině jsme nezaznamenali peroperační či pooperační mortalitu spojenou s tímto výkonem. Průměrná doba operace byla 184 minut, u prvních 45 pacientů v průměru 220, u posledních 45 pak 142 minut. Průměrná krevní ztráta 480 ml. Jen u 4 pacientů byla nutnost podání krevních transfuzí v pooperačním období. Permanentní katetr jsme zpočátku ponechávali 10 dnů, nyní jej extrahujeme 7. pooperační den. Pacienty při nekomplikovaném průběhu propouštíme 4. pooperační den. Hlavní peroperační komplikací byla 1× perforace rekta, ošetřeno laparoskopicky suturou ve dvou vrstvách, 2× byla pro komplikované krvácení provedena konverze. V pooperačním období jsme zaznamenali 2× protrahovaný urinózní únik z anastomózy, 1× zhojeno při konzervativním postupu, 1× jsme provedli laparoskopickou revizi anastomózy a korekci sutury anastomózy. U 13 pacientů, kteří byli pooperačně zhodnoceni jako lokálně pokročilý karcinom pT3a-b, byla indikována adjuvantní radioterapie.

Závěr: Laparoskopickou radikální prostatektomii považujeme za bezpečnou, dobře reprodukovatelnou operaci s akceptabilními funkčními a onkologickými výsledky. Učební křivka je relativně dlouhá a na dokonalé zvládnutí operace je potřeba dle našich zkušeností provedení 50–70 operací.

9. Uretrovezikální anastomóza pokračujícím stehem při retropubické radikální prostatektomii. Výhody a naše zkušenosti

P. Filipenský, A. Rovný, M. Hulová
Urologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Autoři hodnotí výsledky 100 konsekutivních radikálních prostatektomií, kde bylo při anastomóze využito pokračujícího stehu. Tato technika byla popsána van Velthovenem při laparoskopické radikální prostatektomii a na našem pracovišti prováděna od září 2005 i při otevřené radikální retropubické prostatektomii.

Materiál, metodika: Použito je „double armed“ monofilamentozní vlákno Monocryl 2–0, s uzlem uprostřed. Steh je založen na zadní straně hrdla močového měchýře zvenku dovnitř. Následně jsou obě ramena vláken vypíchnuta uretrou zevnitř ven dorzálně. Poté je sutura vedena každým ramenem vlákna po obou stranách cirkumference močového měchýře a uretry stejnou technikou a k dotažení obou ramen vláken dochází na č. 12. Hodnocena byla doba ponechání permanentního katetru a úroveň kontinence v 12. týdnu.

Výsledky: Permanentní katetr byl extrahován v 4.–9. pooperační den (průměr 7 dní). Ve 12. týdnu po výkonu 80 % pacientů používá 0–1 vložku za 24 hod., a to pouze z bezpečnostních důvodů. 17 % pacientů používá 1–2 vložky pro přetrvávající stresovou inkontinenci nižšího stupně, která se postupně upravuje. 3 % pacientů musí zatím používat více než 2 vložky.

Závěr: Tato technika poskytuje lepší vodotěsnost anastomózy, lepší adaptaci sliznic a z toho rezultující možnost extrakce permanentního katetru 5.–9. pooperační den. Nebyly shledány žádné časné ani pozdní komplikace této techniky v intervalu sledování do 12–18 měsíců. V našem souboru jsme nezaznamenali žádný případ netěsnosti anastomózy a urinozního leaku. Nebyl zaznamenán žádný případ striktury uretrovezikální anastomózy. Zkrácení doby ponechání permanentního katetru a časná rehabilitace svalstva pánevního dna se jeví jako vhodná pro obnovu kontinence po radikální retropubické prostatektomii. Při použití monofilamentozního vlákna je dotažení správně vedeného pokračovacího stehu zcela bez potíží.

10. Uretrovezikální anastomóza u laparoskopické radikální prostatektomie – technika provedení sutury anastomózy

M. Štursa, I. Zábranský, M. Štefanová
Urologické odd. NsP Nový Jičín

Úvod: Provedení sutury uretrovezikální anastomózy je technicky náročnou etapou v průběhu laparoskopické radikální prostatektomie.

Materiál, metodika: V našem souboru 90 pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou radikální prostatektomii, jsme u prvních 35 pacientů provedli suturu jednotlivými stehy Vicryl 3/0 na jehle UR6. U dalších 55 pacientů pak byla provedena sutura pokračujícím stehem Monocryl 2/0 s dvěma jehlami.

Výsledky: Na obrazové dokumentaci představujeme provedení sutury pokračujícím stehem krok za krokem. U sutury jednotlivými stehy jsme měli jednu komplikaci s netěsností anastomózy s nutností ošetření laparoskopickou korekcí sutury. 1× protrahovaná urinozní sekrece zvládnuta konzervativně.

Závěr: Tento typ sutury pokračujícím stehem považujeme po dokonalém zvládnutí technické stránky za rychlejší, jednodušší a s menší pravděpodobností výskytu netěsnosti v anastomóze.

11. Změna techniky radikální retropubické prostatektomie (RRP) a výsledky vlastního souboru

D. Pacík, A. Khamzin, J. Peška, V. Vít, A. Čermák
Urologické oddělení u sv. Anny, Brno

Úvod: S narůstající detekcí karcinomu prostaty (KP) ve stadiu ohraničeném na prostatickou žlázu narůstá počet prováděných RRP. Tato operace prodělává od svého prvního provedení kontinuální vývoj a zdokonalování. Změny techniky, aplikované zejména v poslední době, umožnily dosahovat požadovaných onkologických principů při stále lepším zachování funkčních výsledků.

Materiál, metodika: Prospektivně jsme na souboru 95 pacientů, věku 44–75 let (průměr 63), u kterých byla v období 2005–2006 provedena změněnou technikou stejným operačním týmem RRP, hodnotili stav dosažení absence KP, močové kontinence a erekce. Pacienti byli sledováni 6–30 měsíců (průměr 21). PSA operovaných pacientů se pohybovalo v rozmezí 2,3–17 ng/ml (průměr 6,4), klinické stadium T v rozmezí T1c–T3a. Změny operační techniky spočívaly v signifikantním zkrácení kožní incize, změně kontroly dorzálního venózního komplexu, lepší vizualizaci apexu prostaty a anteriorním uvolnění laterální prostatické fascie.

Výsledky: U 90 (95 %) pacientů bylo za 3 měsíce po operaci dosaženo bez hormonální léčby nedetekovatelné hodnoty PSA, 5 (5 %) mělo detekovatelné hodnoty, u 9 (9,5 %) došlo k postupnému nárůstu PSA později. Autoři korelují klinické a patologické stadium, aspekty selhání a další léčbu. U 92 (97 %) bylo dosaženo plné kontinence (žádná potřeba pomůcek), 3 (3 %) pacientů potřebují 1–2 vložky denně. 75 (76 %) pacientů dosahuje erekce dostatečné pro pohlavní styk, z toho 25 (26 %) s podporou PDE5 inhibitorů, 3 (3 %) s podporou PGE1. Autoři korelují výsledky se šetřením n-c svazků.

Závěr: Změna techniky umožňuje dosahovat velmi uspokojivých onkologických i funkčních výsledků. Přísnější indikace operace patrně může dále zlepšit výsledky onkologické a vyhnout se zbytečným operacím, zlepšování erekce je patrně možné ještě dále dosáhnout a zřejmě souvisí s procesem zvládnutí techniky šetření n-c svazků.

12. Prognostické parametry u pacientů po radikální prostatektomii

O. Čapoun, M. Babjuk, J. Dvořáček, T. Hanuš,
L. Šafařík, I. Pavlík, J. Novák, E. Votoček
Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Cílem retrospektivní analýzy je zhodnocení vlivu předoperačních parametrů na patologickou klasifikaci po radikální prostatektomii a definice prognostických faktorů vzhledem k biochemické recidivě v pooperačním sledování.

Materiál, metodika: Hodnotíme skupinu 471 mužů, kteří prodělali v letech 2000–2006 na naší klinice radikální prostatektomii. U každého pacienta bylo známo iniciální PSA, bioptické Gleason skóre (GS) a klinická klasifikace. V definitivním preparátu byly hodnoceny chirurgické okraje, GS a pTNM klasifikace. Riziko biochemické recidivy hodnotíme samostatně u podskupiny 279 pacientů s patologicky prokázaným lokalizovaným karcinomem (pT2). U těchto nemocných byla pravidelně kontrolována sérová hladina PSA a klinický nálezn včetně vyšetření per rektum. Průměrná doba sledování činila 24,3 měsíců (1–75). Přežití bez biochemické recidivy bylo vztaženo k předoperační hodnotě PSA a klinické klasifikaci, z pooperačních hodnot jsme vážili patologické GS a pozitivní chirurgické okraje. Statistická analýza byla provedena pomocí programu S.A.S. software release 8.2.

Výsledky: Průměrný věk 471 pacientů byl 62 let (44–79), průměrné předoperační PSA 10,55 (0,59–36), 66 % pacientů bylo hodnoceno klinicky jako T1c, 29 % jako T2. Bioptické GS ve vztahu k definitivní histologii bylo správně určeno pouze ve 37 % případů, více než 40 % vzorků bylo před operací podhodnoceno. Extraprostatické šíření bylo zjištěno u 130 (25 %), pozitivní chirurgické okraje u 56 (12 %) pacientů. Pro předpověď patologického stadia byly statisticky významnými parametry bioptické GS a předoperační PSA. Biochemická recidiva nastala u 44 z 279 (16 %) pacientů s patologicky lokalizovaným karcinomem. Nejvýznamnějším a statisticky významným faktorem pro předpověď rizika biochemické recidivy bylo GS definitivního preparátu.

Závěr: Za prognosticky nejvýznamnější faktory vzhledem k výsledkům léčby lokalizovaného karcinomu prostaty jsou považovány předoperační PSA, patologická TNM klasifikace a GS.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

13. Srovnání klinického a patologického stadia onemocnění u pacientů po radikální prostatektomii

M. Lukeš, M. Urban, J. Heráček, T. Novotný,
Z. Otava
Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: Srovnání klinického a patologického stadia onemocnění u pacientů, kteří podstoupili v roce 2002–2006 radikální prostatektomii (RRP).

Materiál, metodika: V roce 2002–2006 jsme provedli 380 radikálních prostatektomií (RRP). Indikováno bylo 9 pacientů s klinickým stadiem cT1b, 204 pacientů s cT1c, 103 pacientů s cT2a, b, 94 pacientů s cT2c, a 21 pacientů s cT3. Věk nemocných se pohyboval od 47 do 77 let (průměrný věk 63,8 r.). Předoperační hodnoty PSA byly 2,6–34,4 ng/ml (průměrná hodnota 9,3 ng/ml).

Výsledky: Ve skupině pacientů s klinickým stadiem onemocnění cT1 (n 213) bylo po RRP stanoveno patologické stadium pT2 u 154 pacientů a stadium pT3 u 58 pacientů a pT4 u 1 pacienta. Ve skupině cT2 (n 147) bylo stanoveno pT2 u 77 pacientů, pT3 u 70 pacientů a pT4 u 2 pacientů. Ve skupině cT3 (n 21) bylo stanoveno pT3 u 20 pacientů a pT4 u 1 pacienta.

Závěr: Naší snahou musí být detekovat pacienty s karcinomem prostaty včas, tedy ve fázi, kdy onemocnění můžeme vyléčit. Ani tak se nevyhneme diagnóze u pacientů s přítomnými rizikovými faktory, které snižují pravděpodobnost kurability. U těchto pacientů je pak nutná následná adjuvantní terapie.

14. Gleasonovo skóre v biopsii a po radikální prostatektomii, klinický dopad ISUP 2005 a vytvoření nomogramů korelace Gleasonova skóre

M. Král¹, V. Študent¹, D. Soukeníková², A. Vidlár¹,
L. Kučerová²

¹Urologická klinika LF a FN, Olomouc

²Ústav patologické anatomie LF a FN, Olomouc

Úvod: Volba léčebné modalit karcinomu prostaty je ovlivněna řadou faktorů, přičemž vedle TNM klasifikace je nejvýznamnějším prediktivním faktorem progresu gradinový systém, a to v současné době nejvíce používaný Gleasonův. Diskrepance mezi Gleasonovým skóre (GS) v biopsických vzorcích a preparátech po radikální prostatektomii (RP) je všeobecně známým faktem. Shoda GS v biopsiích a preparátech po RP koreluje pouze v 35–45%; klinicky nejvýznamnější je undergrading karcinomu, k němuž dochází ve 24–60%. Posuzovali jsme klinický význam změn plynoucích z konference uropatologů na ISUP 2005.

Materiál, metodika: V letech 2003–červen 2006 jsme na Urologické klinice FNO provedli celkem 261 radikální prostatektomií, z těchto jsme do studie zahrnuli 159 pacientů. Histologické zhodnocení bylo provedeno jediným patologem k minimalizaci interindividuální variability hodnocení preparátů; Gleasonův grading byl stanoven podle dříve užívaného, konvenčního, klasifikačního systému, a poté dle systému nového, modifikovaného, tj. upraveného dle ISUP 2005.

Výsledky: Zatímco shoda biopsie a preparátu po RP byla dle konvenčního hodnocení pouze 34,6% a podhodnocených preparátů až 62,3%, modifikovaným hodnocením jsme získali shodu u 59,7% pacientů a podhodnocených bylo jen 28%.

Závěr: S ohledem na závěry ISUP 2005 jsme potvrdili zkvalitnění histologického hodnocení biopsií o téměř 100%. Ve srovnání biopsií a preparátů po RP byl nejvýraznější rozdíl patrný mezi konvenčním a modifikovaným způsobem hodnocení v biopsii; při srovnání preparátů po RP již nebyl prokázán signifikantní rozdíl. Výsledná data jsme použili k vypracování nomogramu predikujícího GS po prostatektomii již ze vstupní biopsie, což má klinicky mimořádný význam. Vzhledem k tomu, že řada pacientů nemusí započít léčbu ihned či vůbec (př. strategie watchful waiting či active surveillance), je nezbytné přesně stanovit GS již z biopsie. V případě prokázání vysokého rizika by pak vyčkávací strategie nebyly odůvodnitelné.

Podpořeno interním grantem LF UP v Olomouci.

15. Endokrinní profil muže s lokalizovaným a lokálně pokročilým karcinomem prostaty po radikální prostatektomii

J. Heráček¹, M. Urban¹, M. Lukeš¹, J. Sachová¹,
J. Kuncová², R. Hamp³, L. Stárka³, M. Hill³,
V. Eis⁴, V. Mandys⁴

¹Urologická klinika 3. LF UK, Praha

²Chirurgická klinika St. Chiara Hospital, Univerzita v Pise, Itálie

³Endokrinologický ústav, Praha

⁴Ústav patologie 3. LF UK, Praha

Úvod: Karcinom prostaty (KP) patří mezi nejzávažnější onemocnění ohrožující mužskou populaci a současně k nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů ve vyspělých zemích. Cílem studie bylo zjistit, zda existují signifikantní rozdíly v sérových koncentracích hormonů u lokalizovaného (pT2) a lokálně pokročilého (pT3–pT4 nebo N1) karcinomu prostaty.

Materiál, metodika: Ve skupině 250 mužů (průměrný věk $\pm$ SEM: $63,8 \pm 0,4$), kteří podstoupili radikální retropubickou prostatektomii v letech 2004–2006 s histologickým nálezem karcinomu prostaty (128 mužů s lokalizovaným a 122 s lokálně pokročilým KP), jsme z ranní krve nalačno v den operace stanovili koncentrace celkového testosteronu, sulfát dehydroepiandrosteronu, estradiolu, progesteronu, prolaktinu, kortisolu, globulinu vázajícího sexuální hormony, luteinizačního a folikulostimulačního hormonu. Volný testosteron jsme určili výpočtem z hodnot koncentrace celkového testosteronu a SHBG.

Výsledky: U pacientů s lokalizovaným KP jsme prokázali statisticky významně nižší koncentrace FSH v séru ($5,63 \pm 0,31$ vs. $7,07 \pm 0,65$ U/l) oproti pacientům s lokálně pokročilým KP ($p < 0,05$). Nalezli jsme významnou korelaci mezi koncentracemi v séru u DHEAS a kortisolu u obou skupin pacientů ($p < 0,02$), mezi estradiolem a prolaktinem a mezi LH a prolaktinem ($p < 0,05$) u pacientů s lokálně pokročilým KP. U ostatních sledovaných hormonů jsme nezaznamenali signifikantní rozdíly v sérových koncentracích hormonů.

Závěr: Výsledky studie ukazují na možnost využití hormonálního profilu jako dalšího prognostického markeru u pacientů s KP. K upřesnění významu jednotlivých hormonů v patogenezi KP je nutný další základní výzkum.

16. Chová se karcinom prostaty u hypogonadálního muže stejně jako v eugonadální populaci?

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, V. Dudková²,
E. Tejčková²

¹Urocentrum Praha

²PET centrum Nemocnice Na Homolce, Praha

Úvod: V posledních letech je v urologii věnována velká pozornost problematice LOH. Bývají udávány rozdílné hranice, pod nimiž je vhodná hormonální suplementace testosteronem. Součástí klinického sledování mužů, kteří jsou léčeni testosteronem, je kromě klinického vyšetření i sledování hladin PSA. Ani nízké hladiny testosteronu nesnižují riziko karcinomu prostaty. Hormonální suplementace by naopak neměla zvyšovat riziko zhoubných nádorů prostaty.

Materiál, metodika: Od roku 2005 jsme stanovení hladiny testosteronu zařadili do standardního sledování pacientů s karcinomem prostaty. Hladinu testosteronu vyšetřujeme u recentně zachycených karcinomů, před zahájením hormonální léčby, monitorujeme v průběhu hormonální léčby a při relapsu onemocnění. Karcinom prostaty jsme zastihli u 5 mužů po předchozí hormonální suplementaci, u jednoho z nich byla delší než 6 let. U dalších 18 mužů se hladiny testosteronu v době stanovení diagnózy pohybovaly pod 11 nmol/l. Hladina PSA u pacientů v souboru nepřesáhla 20 ng/ml.

Výsledky: Muži s průměrným věkem 64 let (<56 ; 77) měli diagnostikovaný karcinom prostaty na podkladě elevace PSA a dalšího klinického vyšetření.

Testosteron	T1	T2	T3
<7 nmol/l	2	3	1
7–11 nmol/l	6	8	3

U většiny nemocných převažoval střední stupeň buněčné diference, u 4 nemocných byl GS > 8 .

Závěr: Na základě literárních údajů i našeho malého souboru nepředpokládáme odlišné rozdělení a chování karcinomů prostaty v populaci u pacientů eugonadálních a pacientů s hypogonadizmem.

17. Vlastní klinické zkušenosti s léčbou lokálně pokročilého karcinomu prostaty (KP) a výsledky studie Early Prostate Cancer

D. Pacík¹, V. Vít¹, P. Šlampa²

¹Urologická klinika FN a LF MU, Brno

²Oddělení radiační onkologie MOÚ, Brno

Úvod: Riziko recidivy KP u pacientů léčených s kurativním záměrem závisí na řadě faktorů a modalitě léčby. U části takto léčených pacientů bohužel časem dojde k progresi, popřípadě k úmrtí. Bicalutamid 150 může snížit riziko progresse onemocnění a u lokálně pokročilého onemocnění léčeného ozářením dokonce zlepšit celkové přežití.

Materiál, metodika: Autoři hodnotí progresi u 103 pacientů s KP po zevní radioterapii s kurativním záměrem s neoadjuvantní androgenní deprivací. Pro přítomnost alespoň jednoho z rizikových faktorů byl adjuvantně nasazen bicalutamid 150. Průměrná doba sledování je 67,5 měsíce.

Výsledky: Ve sledovaném souboru zemřelo 7 pacientů (6,8%), 2 (1,9%) na progresi KP, 3 (2,9%) na interní komorbiditu, 2 (1,9%) na duplicitní karcinomy. Progrese onemocnění byla detekována u 16 pacientů (15,5%) v průměru za 44,1 měsíce (0–74). 2 pacienti na progresi KP zemřeli, u 9 pacientů trvá kompletní remise, u 2 pacientů progresuje PSA a je vysazen antiandrogen. U 3 pacientů došlo k další progresi a probíhá chemoterapie docetaxelem. Nejčastějším nežádoucím projevem léčby bicalutamidem byla gynekomastie u 54 pacientů (52,4%). K přerušení léčby v důsledku vedlejších účinků došlo u 12 pacientů (11,6%), většinou na přání pacienta.

Závěr: I když u pacientů s lokálně pokročilým onemocněním s rizikovými faktory léčených radioterapií a adjuvantním podáváním bicalutamidu v dávce 150 mg je šance na snížení progresse onemocnění i zlepšení přežívání, při dlouhodobém sledování u určitého procenta takto léčených pacientů se progresi nevyhneme. Srovnání naší běžné klinické praxe s výsledky studie EPC přináší významné informace, kdy na základě „evidence based medicine“ můžeme zpřesnit indikace a u jasně definované skupiny pacientů můžeme aplikovat léčbu s objektivně prokázaným efektem a naopak u jiných skupin pacientů, u kterých dosud nebyl objektivizován prospěch z takové léčby, se můžeme vyhnout řadě nepříjemných vedlejších účinků neefektivní léčby.

18. Docetaxel v léčbě hormonálně independentního karcinomu prostaty (HIKP)

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, V. Králová¹,

P. Dušek², L. Ostřížková³

¹Urocentrum Praha

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

³KOC Zlín

Úvod: Hormonálně independentní karcinom prostaty byl do doby před zařazením cytotoxických režimů prakticky neovlivnitelný a medián života nepřesáhl 12 měsíců. Typický pro pacientovo dožívání byl algický syndrom, anémie, různý stupeň mikčních obtíží a laboratorně krátký doubling PSA. Koncem 90. let minulého století vedly nejprve režimy s mitoxantronem a později s taxany k příznivému ovlivnění obtíží, režimy s docetaxelem pak i prodloužení přežití. Na podkladě studií s docetaxelem byla chemoterapie u HIKP zařazena jako léčba volby. Podle guidelines EAU i ESMO bychom měli už po selhání druhé linie hormonální léčby podat cytotoxickou léčbu.

Materiál, metodika: V letech 2006–2007 jsme zařadili do prospektivní studie celkem 30 pacientů. Poslední pacient byl zařazen v dubnu 2007. Sledovali jsme toxicitu léčby a přežití. Do sledování byli zařazeni nemocní v dobrém klinickém stavu bez výrazného algického syndromu. K jejich hodnocení jsme využívali laboratorně PSA, ze zobrazovacích metod usg, scinti skeletu a event. CT k hodnocení měřitelných lézí. Standardní příprava před aplikací spočívala v podání kortikoidů a setronů. Podávali jsme docetaxel v třítydenních intervalech, 75 mg/m².

Výsledky: Během 12 měsíců zemřelo 6 nemocných, 2 další mají progresi onemocnění. Dva podstoupili chirurgickou intervenci pro narůstající subvezikální obstrukci. U žádného z nemocných jsme nezaznamenali významnou toxicitu léčby přesahující stupeň, která by vedla k nezbytné redukci dávky. U části nemocných byla v popředí pouze větší únava v den aplikace.

Závěr: Léčba docetaxelem v dávce 75 mg/m² podávaná jednou za 3 týdny je dobře tolerovanou modalitou, která nelimituje nemocné. Na základě klinických studií jsou režimy s docetaxelem jedinou léčbou, která vede k prodloužení přežití. Považujeme za přínosné zařadit režimy s cytotoxickými látkami po selhání II. linie hormonální léčby, kdy pacient léčbu bude bez obtíží tolerovat a kdy léčba může příznivě ovlivnit nádorové onemocnění.

19. DD3 (Differential Display Code 3) – nový marker v diagnostice karcinomu prostaty

J. Klečka¹, M. Hora¹, M. Pešta², L. Holubec³,
O. Topolčan², V. Eret¹

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²Centrální radioizotopová laboratoř LF UK
a FN, Plzeň

³Radioterapeutická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Prostatický specifický antigen je jedním ze základních kamenů diagnostiky karcinomu prostaty (CaP), který je ale zatížen relativně nízkou specifitou. Jedním z velice slibných markerů je DD3, což je pro prostatu specifická nekodující mRNA, která je ve větší míře exprimována v nádorové tkáni.

Materiál, metodika: Jako primární biologický materiál byla použita moč (30–50 ml první porce moči), která byla odebrána po 60sekundové masáži prostaty. Moč byla stabilizována detergentním činidlem a zmrazena na 70 °C před finálním zpracováním. Moč byla odebrána od dvou skupin pacientů. První skupinu tvořili pacienti (n = 65) indikováni k biopsii prostaty z důvodu suspektního per rectum nálezu či patologické hodnoty PSA. Druhou kontrolní skupinu (n = 45) tvořili pacienti s minimálním rizikem CaP (normální per rectum nález, PSA < 1,5 ng/ml). U pacientů indikovaných k biopsii prostaty byl odebrán vždy jeden vzorek tkáně na expresi DD3 přímo v tkáni žlázy. DD3 a PSA mRNA byly izolovány z moči a tkáně a následně amplifikovány a kvantifikovány pomocí RT-PCR metodiky. Pro každou skupinu byl vyhodnocen celkový počet kopií DD3 z moči a DD3/PSA mRNA poměr. Analogicky bylo postupováno u zpracování tkáně prostaty.

Výsledky: V rámci naší studie jsme dosáhli 72 % výtěžnosti prostatických buněk, poskytujících dostatek RNA pro RT-PCR metodu z první porce moči po masáži prostaty. Jak celkový počet kopií DD3, tak poměr DD3/PSA mRNA byl signifikantně odlišný u skupiny pacientů s průkazem karcinomu prostaty od skupiny pacientů s negativní histologií ($p < 0,05$) a kontrolní skupinou pacientů ($p < 0,001$). Exprese DD3 v tkáni prostaty byla přítomna u 98 % pacientů s CaP.

Závěr: V našem souboru pacientů jsme dosáhli 65 % senzitivity pro DD3 a DD3/PSA mRNA poměr při 85 % specifitě. Patologická exprese DD3 u pacientů s negativní histologií může být nápomocná k indikaci časně rebiopsie. Exprese DD3 v tkáni karcinomu prostaty dosahuje prakticky 100 %.

Práce byla podpořena grantem IGA NR/8918-3.

20. Prediktivní význam polymorfizmu genu pro androgenní receptor u karcinomu prostaty a benigní hyperplazie prostaty

J. Sachová¹, M. Urban¹, J. Heráček¹, V. Eis²,
R. Hampl³, L. Stárka³, M. Minárik⁴

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Klinika patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

³Endokrinologický ústav, Praha

⁴Genomac International, Praha

Úvod: Karcinom prostaty (KP) je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů. S ohledem na význam regulačního vlivu androgenů u KP byly intenzivně sledovány změny androgenního receptoru (AR) v souvislosti se stupněm diferenciací a biologického chování nádorových buněk. Vyšetřili jsme hladinu steroidních hormonů, počet CAG repetíci genu pro AR a hladinu prostatického specifického antigenu (PSA) ve vztahu k přítomnosti KP a benigní hyperplazie prostaty (BHP).

Materiál, metodika: Prospektivně bylo zařazeno 71 pacientů s histologicky verifikovaným KP (stadium pT1–pT3N0M0), kteří podstoupili radikální prostatektomii a 28 pacientů s histologicky verifikovanou BHP (transvezikální prostatektomie). Byly měřeny plazmatické koncentrace celkového testosteronu, luteinizačního hormonu, folikuly stimulujícího hormonu, dihydrotestosteronu, androstendiolu, estradiolu, globulinu vázícího pohlavní hormony (SHBG) a dehydroepiandrosteron sulfátu (DHEAS) a počet CAG repetíci.

Výsledky: Průměrný věk ve skupině s KP byl $65,7 \pm 5,6$ let a ve skupině s BHP $72,5 \pm 7,6$ let. Průměrný index tělesné hmotnosti byl $28,5 \pm 3,2$, resp. $26,7 \pm 2,7$ kg/m², průměrná hodnota PSA byla $10,0 \pm 16,0$, resp. $7,9 \pm 6,7$ ng/ml. Průměrné Gleason skóre ve skupině s KP bylo $5,6 \pm 1,4$. Průměrné koncentrace pohlavních steroidů po adjustaci dle hodnot SHBG se v jednotlivých skupinách nelišily. Nebyl nalezen významný vztah KP k plazmatickým hladinám celkového testosteronu či jiných steroidů. Plazmatické koncentrace DHEAS však významně souvisely s přítomností BHP ($2,9 \pm 1,5$ vs. $89,7 \pm 7,0$, $p = 0,02$). Průměrné délky CAG repetíci se významně nelišily u pacientů s KP či BHP ($21,1 \pm 3,7$ vs. $21,6 \pm 3,1$, ns). Nebyly nalezeny zjevné vztahy mezi lokální progresí KP, hladinou steroidních hormonů a počtem CAG repetíci, avšak počet vyšetřených pacientů byl malý.

Závěr: V našem souboru pacientů nebylo možné zdokumentovat asociaci plazmatických hladin pohlavních hormonů, počet CAG repetíci genu pro AR a hladinou PSA v závislosti na přítomnosti KP či BHP.

Podpořeno grantem NR 8096-3, NR 8039-3.

21. Early detection of prostate cancer in Olomouc region (KAPROS II)

M. Grepl, V. Študent
Department of Urology, University Hospital
Olomouc, Czech Republic

Úvod: Secondary prevention of prostate cancer in Olomouc region in age range 40–70 years. Similar study in Czech population was not so far done.

Materiál, metodika: Prospective study with 405 respondents in Olomouc region within July 2006 till April 2007. Men were informed by a medial campaign in local press, they were given the opportunity of testing the PSA level free of charge and without any medical recommendation at the department of urology. After checking their PSA level, the basic urological examination was done and according to the results the prostate biopsy was eventually offered.

Výsledky: The data showed, that average age in tested men was 61.8 years (range 39–85 years) and average age of men with prostate cancer was 64.2 years (range 49–85 years). Average PSA level of all tested men was 10.05 ng/ml (1.3–258) and in men with PSA level under 50 ng/ml was average PSA level 7.3 ng/ml (1.3–37.2). Prostate biopsy was done in 268 men. Prostate cancer was proved in 63 cases (23%). PSA level in cases with positive prostate biopsy (PSA level (ng/ml)/Positive biopsy cases): PSA < 3 /2; PSA 3–4 /5; PSA 4–5 /5; PSA 5–10 /17, PSA 10–20 /20, PSA 20–30 /9, PSA > 30 /5 cases. Gleason sum and number of cases: 2 + 3 /10; 3 + 2 /1; 3 + 3 /16; 3 + 4 /22; 3 + 5 /1; 4 + 3 /3; 4 + 4 /1; 4 + 5 /9 cases.

Závěr: Our results conclude advisability of prostate cancer early detection, as a secondary prevention of prostate cancer. Male population is still not well informed about the risks of having a prostate cancer especially in population aged 50–60. The detection of prostate cancer in 7 cases with patients with PSA level < 4.0 ng/ml proves that „normal level“ of PSA does not exist. It is useful to find out the PSA velocity (PSAV) in lower levels of PSA.

22. Zhodnocení účinnosti různých druhů anestezie a analgezie při biopsii prostaty

A. Čermák, N. Marečková, D. Pacík, V. Lenko, M. Staník
Urologická klinika LF MU a FN, Brno-Bohunice

Úvod: Cílem prospektivní studie je objektivní zhodnocení účinnosti a bezpečnosti různých způsobů anestezie a analgezie při transrektální sonografií (TRUS) kontrolované biopsii prostaty (PBP).

Materiál, metodika: Do studie bylo zahrnuto celkem 107 mužů (medián 68 roků), u kterých byla indikovaná PBP na základě elevace PSA anebo podezřelého palpačního nálezu při vyšetření per rektum. Pacienti byli randomizováni do 4 skupin: U mužů v první skupině byla před PBP provedená intraprostatická infiltrace 10 ml 10% Mesocainu (I). Stejně množství identického anestetika bylo použito při periprostatickém nervovovém bloku (II). Ve třetí skupině bylo před výkonem aplikováno 100 mg tramadolu intramuskulárně (III). Čtvrtá skupina mužů nedostala žádnou analgetickou léčbu (IV). Bezprostředně po PBP vyplnili pacienti formulář 10stupňové vizuální škály bolesti (VAS). Kromě bolesti jsme sledovali výskyt komplikací (hematurie, uretrorrhagie, krvácení z konečníku, teplota, uroinfekce, prostatitida) po výkonu. Při statistickém zpracování byl použit párový Mann-Whitney U test.

Výsledky: Pacienti, kteří dostali lokální anestezii před PBP (skupina 1 a 2), udávali výrazně nižší bolestivost v průběhu výkonu (průměr 2,5 a 2,6 bodu) v porovnání se skupinou 3 a 4 (4,0 a 3,9 bodu). Rozdíl je statisticky významný, $p < 0,05$. Mezi skupinami 1 a 2 stejně jako mezi skupinami 3 a 4 nebyl statisticky významný rozdíl.

Závěr: Použití lokální anestezie před PBP (periprostatický blok, intraprostatická anestezie) výrazně snižují bolestivý vjem výkonu. Použití lokální anestezie nezvyšuje morbiditu po výkonu.

23. Závažné komplikace biopsie prostaty

M. Hanuš, M. Matoušková, P. Kaplán, Z. Veselský
Urocentrum Praha

Úvod: Incidence karcinomu prostaty má stále vzrůstající trend a v roce 2004 činila 86,3. K průkazu je nezbytné histologické ověření. Nejčastější iniciací pro vyšetření je zvýšená hladina PSA nebo suspektní nález per rektum. Indikace by však měla být výsledkem ustáleného diagnostického algoritmu, který zahrnuje i souhlas poučeného pacienta.

Materiál, metodika: Předkládáme výsledky 563 biopsií prostaty. Odběr zahrnoval 4–6 vzorků. Výkon byl vždy prováděn ambulantně. Nemocným jsme hodinu před odběrem tkáně podali cotrimoxazol nebo ciprofloxacin. Rizikovým nemocným jsme zahájili podávání již den před vlastním vyšetřením. Nemocní, kteří užívali warfarin, byli převedeni na nízkomolekulární hepariny. Trvání antimikrobiální profylaxe bylo obvykle 5 dní shodným přípravkem. Hodnotili jsme výskyt febrilních reakcí, krvácení s nutností intervence a stavy vyžadující hospitalizaci.

Výsledky: Hodnotíme 528 pacientů, u kterých jsme v letech 2002–7 provedli 563 biopsií. Febrilní reakci jsme zaznamenali v souvislosti s odběrem tkáně do 10 dnů po výkonu u 32 pacientů. U 30 (5,3%) z nich stačila k úpravě stavu změna antimikrobiální léčby a její prolongování. U dvou si stav vyžádal parenterální aplikaci antibiotik, u jednoho (0,17%) z nich hospitalizaci. Krvácení do moči či do rekta je častější komplikací. Dostatečným opatřením bývá zvýšení příjmu tekutin, u 69 nemocných jsme podali hemostyptika, u dvou (0,4%) si vyžádal stav hospitalizaci s tamponádou rekta. V jednom případě došlo u neukázněného pacienta k rozvoji akutní renální insuficience a nezbytností akutní dialýzy.

Závěr: Biopsie prostaty je invazivním diagnostickým výkonem a pacient má být náležitě poučen. V malém procentu je provázena komplikacemi jako jsou febrilní reakce nebo krvácení. Výkon dle našich zkušeností nevyžaduje hospitalizaci, pacient má však vědět, kam se v případě problémů obrátit.

24. Detekce HG PIN v diagnostice karcinomu prostaty (CAP)

P. Nencka, V. Klemenc, M. Záleský, R. Zachoval
Urologické oddělení FTN, Praha

Úvod: Cílem práce je zhodnocení významu detekce HG PIN při TRUS kontrolované biopsii (TRUS Bx) prostaty v diagnostice CAP při opakovaných biopsiích.

Materiál, metodika: Na urologickém oddělení FTN s poliklinikou byla provedena TRUS Bx prostaty u pacientů s elevací PSA dle věkových skupin nebo suspekci na CAP při DRE. Retrospektivní studie hodnotila výsledky TRUS Bx u 575 pacientů splňujících definovaná kritéria v letech 2004–2006. Data byla hodnocena dle pT, Gleasonova skóre (GS 2–4, 5–7, 8–10) a skupin dle PSA (0–10, 10–20, 20+ ng/ml). Byla provedena korelace dat pacientů s detekovaným HG PIN a pacientů bez detekce HG PIN.

Výsledky: CAP byl diagnostikován u 248 pacientů (43%) – z toho pT1c 99 (40%), pT2 84 (34%), pT3 38 (15%), pT4 27 (11%). HG PIN byl detekován u 125 pacientů (22%), u 65 pacientů s detekovaným HG PIN byl diagnostikován CAP (52%). HG PIN byl detekován u 39 pacientů (39%) s diagnostikovaným CAP pT1c, u 20 (24%) CAP pT2, u 3 (8%) CAP pT3 a u 1 (4%) CAP pT4. HG PIN byl detekován u pacientů s diagnostikovaným CAP GS 2–4 ve 30 případech (39%), u CAP GS 5–7 ve 23 (22%) a u CAP GS 8–10 ve 4 (7%). U pacientů s CAP PSA 0–10 byl HG PIN detekován ve 35 případech (32%), u pacientů s CAP PSA 10–20 v 17 (24%), u CAP PSA 20+ v 11 (15%). Opakovaná punkce u pacientů s detekovaným HG PIN byla provedena ve 44 případech (35%) se záchytem CAP ve 12 případech (27%). HG PIN nebyl detekován u 450 pacientů (78%), CAP byl diagnostikován ve 185 z těchto případů (41%). Opakovaná punkce byla provedena v 64 případech (14%) se záchytem CAP v 18 případech (28%).

Závěr: Karcinom prostaty je ve vyšším procentu diagnostikován u pacientů s detekovaným HG PIN. Detekce HG PIN je vyšší u prognosticky příznivějších CAP (nízké pT, nízké GS, nižší PSA). Opakovaná biopsie prostaty u pacientů s detekovaným HG PIN v předchozích punkcích nevede ke zvýšení záchytu karcinomu prostaty v porovnání s kontrolní skupinou bez detekce HG PIN.

25. Přesnost stanovení rizika lokálně pokročilého karcinomu prostaty před radikální prostatektomií pomocí Partinových tabulek

M. Záleský¹, R. Zachoval^{1,2}, Z. Šmerhovský³,
V. Klemenc¹, V. Vik¹, M. Urban²

¹Urologické oddělení FTN, Praha

²Urologická klinika 3. LF UK, Praha

³Ústav epidemiologie 2. LF UK, Praha

Úvod: Radikální prostatektomie je v současné době standardní léčbou lokalizovaného karcinomu prostaty u pacientů s předpokládanou dobou přežití delší než 10 let. S narůstajícím počtem prováděných operací nervy šetřící technikou vzrůstá i nutnost přesné předoperační diagnostiky lokálního rozsahu onemocnění. Cílem této studie je posoudit přesnost stanovení lokálního rozsahu karcinomu prostaty pomocí Partinových tabulek.

Materiál, metodika: V souboru 146 pacientů s lokalizovaným karcinomem prostaty dle vyšetření per rectum a s PSA nižším než 20 ng/ml bylo stanoveno riziko lokálně pokročilého karcinomu prostaty pomocí Partinových tabulek (verze z roku 1997 a 2001). Po provedení radikální prostatektomie (RP) byl skutečný rozsah onemocnění vyhodnocen z histologického vyšetření získaného preparátu. Předmětem porovnání byla shoda/rozdíl mezi diagnostickým závěrem postaveným na obou verzích Partinových tabulek s výsledkem histologického vyšetření preparátu získaného RP. Za tímto účelem byly zkonstruovány ROC křivky a byla vypočtena plocha pod křivkou (AUC) pro oba Partinovy testy. Dále byla hodnocena schopnost Partinových tabulek rozlišit mezi lokalizovaným a lokálně pokročilým karcinomem.

Výsledky: Hodnota AUC byla pro Partinovy tabulky verze 1997 pouze 0,588, pro verzi 2001 pouze 0,574. Ani jedna z Partinových tabulek nedosáhla takové shody s výsledky histologického vyšetření, aby byla významná jak z klinického, tak statistického hlediska. Pokud jde o schopnost Partinových tabulek odlišit lokalizovaný a lokálně pokročilý karcinom, pak ve výsledcích pro tyto dvě skupiny nebyl prokázán žádný signifikantní rozdíl (Mann-Whitney $p > 0,05$).

Závěr: Podle vyhodnocení našeho souboru pacientů nejsou Partinovy tabulky dostatečným nástrojem k určení rizika lokálně pokročilého karcinomu prostaty před radikální prostatektomií. Domníváme se, že k přesnějšímu určení lokálního rozsahu karcinomu prostaty před nervy šetřící operací je vhodné použít jiné diagnostické metody.

26. Význam CT a MR s kontrastní látkou pro stanovení lokálního rozsahu karcinomu prostaty

K. Belej, O. Kaplan, O. Köhler, J. Kočárek,
J. Pokorný

Urologické oddělení ÚVN, Praha

Úvod: Stanovení lokálního rozsahu karcinomu prostaty má rozhodující význam pro výběr léčby u nemocných bez metastáz. Studie hodnotí výtěžnost spirální výpočetní tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR) s kontrastní látkou v této indikaci.

Materiál, metodika: Retrospektivně bylo hodnoceno 86 pacientů po radikální prostatektomii operovaných v letech 2001–2006, u nichž byla náhodným výběrem provedena MR anebo CT v rámci onkologického stagingového protokolu. Všechna vyšetření (50 MR, 42 CT) byla provedena po intravenózním podání kontrastní látky. Výsledky vyšetření byly srovnávány s histologickým vyšetřením z hlediska stanovení klasifikace T, lateralizace onemocnění a lokalizace případné propagace mimo prostatu.

Výsledky: Obě hodnocené skupiny nemocných měly srovnatelný rozložení klasifikace pT. Klasifikaci T zjistila MR správně u 38 z 55 nemocných (69%). Lateralizace onemocnění bez ohledu na klasifikaci byla potvrzena u 33 ze 43 nemocných (77%) a lokalizace případné propagace mimo prostatu u 8 z 19 (42%) pacientů s nádorem pT3. Klasifikaci T zjistilo CT správně u 23 z 42 nemocných (55%). Lateralizace onemocnění bez ohledu na klasifikaci byla potvrzena u 3 ze 7 nemocných (43%) a lokalizace případné propagace mimo prostatu u 1 z 11 (9%) pacientů s nádorem pT3. U šesti nemocných byla provedena obě vyšetření. Jejich výsledky neznamenalý významný posun v celkovém hodnocení posuzovaných parametrů.

Závěr: Z výsledků vyplývá, že v případě hodnocení lokálního rozsahu karcinomu prostaty je vhodnější použít MR než CT po intravenózním podání kontrastní látky.

27. TIP-Procedure – Indication and Technique

M. Riccabona
Abteilung für Kinderurologie, Krankenhaus der
Barmherzigen Schwestern Linz

Preview: Recent data show that the prevalence of hypospadias has nearly doubled over the past 30 years. Hypospadias therefore continue to be a challenging problem for paediatric urologists. The current operative concept in hypospadias surgery is based on a perfect single-stage repair of the malformation and should result in functional excellence and a cosmetically normal looking penis. A successful hypospadias repair includes a vertical slit-like glandular meatus, a conically shaped glans, a straight penis during erection, good skin covering and a normal position of the scrotum in relation to the penis. These parameters reflect the expected standard in current hypospadias surgery.

Over the last 5–8 years hypospadias surgery has changed, especially since the identification of the urethral plate as an anatomical entity, which has considerably simplified surgery. Today, two principles which can be used for more than 90% of all repairs enjoy widespread popularity. The first is the preservation of the urethral plate whenever possible; the second is the in situ tubularisation of the plate, with or without dorsal longitudinal midline incision.

The tubularisation was originally described by Thiersch and Duplay 130 years ago and later proposed by the French school (Monfort) with elevation of the plate an “in situ” by the American school (Kaas). The idea of hinging the plate was initially proposed by the Philadelphia group (Rich) in order to achieve a slit-like meatus with a meatal-based or an onlay repair. Snodgrass has largely contributed to further popularizing the TIP procedure. It has become the preferred technique in primary and secondary hypospadias repair in many paediatric urology centres worldwide. Advantages of the modified Snodgrass technique include the use of native urethral mucosa to reconstruct the urethra, a single urethral suture line and a vascularised subcutaneous flap for coverage of the neourethra to minimize the risk of urethrocutaneous fistulae.

We started to perform this procedure in early 1997 and can now report about our 10 years experience focusing on the utility and handling of the urethral plate, the expanding indication for a TIP procedure as well as on the results and complications in primary and secondary repair.

28. Zanořený penis a jeho chirurgické řešení

I. Hartmann, O. Šmakal, V. Študent, J. Vrána
Urologická klinika a LF, FN Olomouc

Úvod: Zanořený penis je normálně vyvinutý penis s insuficientním napojením kůže k Buckově fascii, vznikající sekundárně po chirurgickém zákroku na penisu nebo překrytím suprapubickou tukovou tkání. Autoři uvádějí svoje výsledky operačního řešení této anomálie.

Materiál, metodika: 8 chlapců (8 měsíců–4 roky) prodělalo chirurgický zákrok pro zanořený penis. Byla provedena cirkulární incize v úrovni junkce zevního a vnitřního listu předkožky. Po odpreparování podkožní tkáně byl vnitřní předkožkový list přifixován k Buckově fascii a posléze k vnějšímu listu předkožky. Z důvodu zlepšení hojení byla peroperačně zavedena epicystostomie.

Výsledky: Ve všech případech bylo dosaženo uspokojivých výsledků. Nebyly sledovány žádné závažné komplikace. Žádný z pacientů si nevyžádal reoperaci.

Závěr: Kongenitální zanořený penis je syndrom, který může být úspěšně chirurgicky upraven s dobrým kosmetickým efektem.

29. Varikokéla u dětí a adolescentů – indikace pro časnou operační léčbu: prospektivní studie

R. Kočvara¹, J. Doležal², Z. Dítě¹, J. Sedláček¹,
J. Dvořáček¹, K. Novák¹, Z. Staněk²

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

²Urologické oddělení Nemocnice, České
Budějovice

Úvod: Předkládáme výsledky projektu, který se zaměřil na indikační kritéria k operaci pediatrické varikokély ve vztahu k testikulární hypoplázii, stupni varikokély a stupni puberty (IGA MZ ČR 6983-4, 8817-4).

Materiál, metodika: Předmětem analýzy je 166 nemocných ve věku 8,1–17,4 let (prům. 14,6) s varikokélou II.–III. stupně, kteří dosáhli alespoň 17 let a byli sledováni déle než jeden rok. Nemocní bez signifikantní asymetrie varlat byli zařazeni do operační léčby – 1. skupina (41) nebo byli určeni ke konzervativnímu sledování – 2. skupina (55). Pacienti s významnou asymetrií varlat či oboustrannou varikokélou byli určeni k operaci – 3. skupina (52) nebo byli retrospektivně zařazeni do konzervativní skupiny – 4. skupina (18), když se operace neuskutečnila. Laparoskopická varikokélektomie byla provedena bez zachování lymfatických cév (LNS) (38) nebo se zachováním lymfatických (LS) (55). Doba sledování 3,6 let (1–8).

Výsledky: Mezi skupinami 1. a 2. jsme nenalezli žádné významné rozdíly v hormonálních a spermiologických parametrech. Po LŠ operaci jsme ve srovnání s LNS operací zjistili v 1. skupině významně častěji rychlou progresivní motilitu spermií a lepší morfologii spermií. Významné rozdíly jsme zjistili mezi skupinou 3. a 4. s asymetrickými varlaty, kde jsme našli vyšší koncentraci spermií (73,8 verus 43,5 mil/ml; $p = 0,02081$) a častěji rychlou progresivní motilitu (38,3 verus 28,0%; $p = 0,02885$) u operované skupiny. U nemocných 3. skupiny operovaných LŠ jsme zjistili vyšší stimulační hodnoty LH u varikokély III. stupně ve srovnání s varikokélou II. stupně a dále lepší morfologii spermií u nemocných operovaných ve stadiu puberty (Tanner) I–III než ve stadiu IV–V (58,0 verus 49,8%; $p = 0,01658$).

Závěr: Varikokéla u dětí a adolescentů s asymetrickými varlaty je progresivní onemocnění již během adolescence a tito pacienti by měli být indikováni k časné lymfatické šetřící mikrochirurgické operaci; u varikokély se symetrickými varlaty lze vyčkat na vyšetření spermiogramu po ukončení puberty.

30. Možnosti MAG3 scintigrafie a UZ vyšetření při stanovení stupně poškození ledvinového parenchymu u pelviureterální obstrukce u kojenců

O. Šmakal¹, I. Hartmann¹, M. Grepl¹, H. Flögllová²,
K. Michálková³, T. Tichý⁴

¹Urologická klinika FN a LF, Olomouc

²Dětská klinika FN a LF, Olomouc

³Radiologická klinika FN a LF, Olomouc

⁴Ústav patologie LF UP, Olomouc

Úvod: V současné době se hledají vyšetřovací postupy, které by spolehlivě stanovily závažnou pelviureterální obstrukci vedoucí k poškození funkce ledviny. Hodnotili jsme možnosti přínosu MAG3 scintigrafie a ultrazvukového (UZ) vyšetření pro včasné stanovení obstrukce.

Materiál, metodika: U 14 chlapců a 7 dívek ve věku 1–9 měsíců (Ø 4 měsíce) byla provedena pyeloplastika na 23 ledvinách. Operace byla indikována na základě klinického obrazu a zhodnocení dynamiky vývoje ultrazvukových a radionuklidových ukazatelů. Během operace byla odebrána excize z ledviny k histologickému zhodnocení dle Zhanga. Byly sledovány tyto UZ parametry: příčný průměr pánevičky v předozadní projekci (APIR) a tloušťka renálního parenchymu. Při MAG3 scintigrafii byla hodnocena relativní funkce ledviny a charakter diuretické křivky. Operované ledviny byly podle závažnosti získaných histologických nálezů rozděleny do 3 skupin a porovnány.

Výsledky: Nejtěžší histologické změny G4 byly nalezeny u 3 ledvin s relativní funkcí 16–28% (Ø 20,6%) s obstrukčním typem křivky, APIR byl 18–45 mm (Ø 34 mm) a tloušťka parenchymu 2–4 mm (Ø 3,3 mm). V souboru se středním stupněm histologických změn G3 bylo 18 ledvin s relativní funkcí 19–72% (Ø 44%), jen u 3 ledvin byl pokles funkce ≤ 40%. Obstrukční typ křivky byl popsán u 16 ledvin. APIR byl 11–27 mm (Ø 19 mm) a tloušťka parenchymu 2–5 mm (Ø 3,1 mm). V souboru s lehkým postižením parenchymu G2 byly 3 ledviny s relativní funkcí 44–51% (Ø 46%), u všech byl obstrukční typ křivky, APIR 15–28 mm (Ø 22 mm) a tloušťka parenchymu 2–7 mm (Ø 4,6 mm).

Závěr: Nejzávažnější histologické změny ledvinového parenchymu u kojenců jsme zjistili při poklesu relativní funkce ledviny pod 30%, kdy je přítomna výrazná dilatace pánevičky. Závažné histologické změny renálního parenchymu však vznikají velmi často i u ledvin, kde nedošlo k poklesu funkce pod 40% a dilatace pánevičky není větší než 20 mm. Jako včasný indikátor závažného histologického postižení ledvinového parenchymu se jeví redukce parenchymu pod 4 mm.

31. Laparoskopická pyeloplastika u dětí

R. Kočvara, J. Sedláček, Z. Dítě, J. Dvořáček
Urologická klinika VFN a 1. LF UK
Subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha

Úvod: Cílem práce je seznámit urologickou veřejnost s léčbou vrozené hydronefrózy u dětí laparoskopickou technikou a zhodnotit výsledky u velkého souboru pacientů.

Materiál, metodika: V letech 2000–2007 (březen) byla provedena pyeloplastika laparoskopickou technikou u 60 dětí a dospívajících ve věku 1,5–18 let, prům. 10,8 let. V 27 případech vpravo, ve 33 případech vlevo. Laparoskopický transabdominální přístup byl použit u 53, z toho u 27 nemocných originálním transmezokolickým přístupem (pouze na levé straně), etroperitoneoskopický přístup byl použit u 7 nemocných. U všech byla provedena resekční pyeloplastika, u 57 dle Anderson-Hynes, u dvou laloková plastika dle Kučery, v jednom případě ureteropyloanastomóza. Během operace byl zakládán ureterální stent (double JJ) antegrádní cestou k zajištění derivace moči, u nejmenších dětí s relativní obstrukcí v ureterovezikálním spojení jsme buď založili uretero/pyelostomii (nephrostomy catheter/stent Cook), nebo jsme vnitřní drenáž moči nezakládali vůbec a zajistili pouze externí drenáží.

Výsledky: U všech nemocných jsme dosáhli zrušení obstrukce v pyeloureterálním přechodu. Průměrná délka operace vlevo byla 184 minut, vpravo 247 minut; po odečtení prvních 10 operací se délka zkrátila: vlevo na 158 a vpravo na 201 minut. U jednoho chlapce byla současně odstraněna kalikolitiáza ureteroskopem zavedeným kraniálním portem. Při operaci se nevyskytlo žádné poranění okolních orgánů či významné krvácení. Na otevřenou operaci jsme konvertovali pouze první pacientku v r. 2000 operovanou retroperitoneoskopicky. Po operaci byla ve dvou počátečních případech provedena punkční nefrostomie pro urinózní sekreci, dvakrát bylo třeba znovu zavést stent – jednou pro ucpání koaguly, jednou pro přetrvávání dilatace – poté dilatace vymizela.

Závěr: Laparoskopická pyeloplastika je bezpečná a účinná metoda léčby obstrukce pyeloureterálního přechodu u dětí a adolescentů s nízkým počtem komplikací. Upřednostňujeme transabdominální přístup, vlevo transmezokolický.

32. Srovnání konzervativní a časné operační léčby novorozenecké hydronefrózy vysokého stupně – randomizovaná studie

J. Sedláček¹, J. Langer², R. Kočvara¹,
H. Jiskrová³, J. Doležal⁴, L. Smrčka⁵, M. Hanzel⁵

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK, Praha

³Odd. nukleární medicíny VFN a 1. LF UK Praha

⁴Urologické oddělení Nemocnice, České Budějovice

⁵Pediatrické a neonatologické oddělení Nemocnice, České Budějovice

Úvod: Srovnat výsledky konzervativní a časné operační léčby novorozenecké hydronefrózy vysokého stupně. Sledovat hladiny TGF beta 1 v séru léčených jedinců.

Materiál, metodika: Prospektivní studie dosud zahrnuje 28 novorozenců s normofunkční asymptomatickou jednostrannou hydronefrózou III.–IV. stupně dle S.F.U., které jsme randomizovali do 2 skupin: skupina A – 15 dětí – konzervativní léčba, skupina B – 13 dětí – časná operační léčba. Sledovaní jedinci byli vyšetřeni ultrazvukem (USG), MAG 3 scintigrafií a byla u nich stanovena hladina TGF beta 1 v séru. Kontrolní vyšetření bylo provedeno ve skupině A za 4–8 týdnů a za 6 měsíců, ve skupině B za 6 týdnů a 6 měsíců po operaci včetně vyšetření TGF beta 1 v séru.

Výsledky: Předozadní rozměr pánevníky (AP) byl ve skupině A v Ø27 mm (21–36 mm) při vstupu a Ø19 mm (15–30 mm) při kontrolním vyšetření. Ve skupině B byla vstupní ØAP 31 mm (21–40 mm), resp. Ø17 mm (10–25 mm) po operaci. Separovaná funkce postižené ledviny byla ve skupině A v Ø47 % (41–52 %) při vstupu a Ø49 % (40–54 %) při kontrole. Ve skupině B byla separovaná funkce postižené ledviny před operací Ø48 % (45–54 %) a po operaci Ø47 % (43–54 %). V jednom případě došlo během konzervativní léčby k výraznému nárůstu dilatace postižené ledviny a poklesu funkce ze 48 % na 26 %. Po následně provedené operaci jsme zatím při časné kontrole zaznamenali zlepšení funkce na 37 %. Průměrná hodnota TGF beta 1 v séru operovaných dětí byla před operací a při prvním pooperačním vyšetření beze změny (27 982 pg/ml, resp. 27 725 pg/ml).

Závěr: Dosavadní výsledky ukazují na bezpečnost konzervativního postupu u novorozenců s normofunkční hydronefrózou vyššího stupně v porovnání s operovanou skupinou.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR NR 8320-4.

33. Léčba VUR podslizniční injekcí NASHA

I. Novák¹, L. Janoušková¹, P. Kuliaček¹,
S. Skálová²

¹Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

²Dětská klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: V poslední době došlo k významným změnám v přístupu k léčbě VUR. Endoskopická léčba VUR se stala obecně uznávanou primární operační technikou při neúspěchu konzervativní terapie. Cílem práce bylo zhodnocení klinických výsledků léčby VUR endoskopickou podslizniční aplikací NASHA.

Materiál, metodika: V období 6/2002–12/2005 bylo léčeno na Dětském oddělení Urologické kliniky FN a LF UK Hradec Králové 66 nemocných se 101RJ endoskopickou injekcí NASHA. Retrospektivně zhodnoceno 61 nemocných s 96RJ (děti zkontrolované MCUG po léčbě). Hodnocen stupeň refluxů před léčbou a po ní, počet vyléčených (bez refluxu), sledovaných konzervativně a reoperovaných (endoskopicky nebo UCNA) v celém sledovaném období. Indikace k léčbě refluxů I. a II. stupně byla při současném léčení druhostranného refluxu III.–V. stupně.

Výsledky: Stupně VUR před léčbou – I./2, II./10, III./53, IV./28 a V./3, po léčbě – I./20, II./21, III./11, IV./10, V./0. Bez refluxu (vyléčeno) 19 dětí (31 %). Endoskopická léčba opakována u 12 (19,7 %), u 4 (6,5 %) pro přetrvávání vysokého symptomatického refluxu indikována UCNA. Konzervativně nadále sledováno 29 (47,5 %) nemocných. U 18 z nich došlo k poklesu refluxu o 1–2 stupně, u 11 nedošlo k podstatnému ovlivnění refluxu. Všech 29 těchto nemocných je však bez klinické symptomatologie VUR (horečnaté opakované močové infekce, progredující porucha ledvinové funkce).

Závěr: Dle našeho retrospektivního hodnocení lze počítat při použití podslizniční injekce NASHA s vysokým procentem úspěchu vymizení nebo snížení refluxu bez nutnosti otevřené operace UCNA. S ohledem na prokazatelně nižší výskyt infekce v moči u takto léčených lze v brzké době očekávat změny v zatím doporučovaném podávání kontinuální profylaktické léčby antibiotiky.

34. Endoskopická léčba vezikoureterálního refluxu kopolymerem dextranomer/hyaluronové kyseliny – URODEX®

Z. Dítě^{1, 2}, K. Javorka³, R. Kočvara^{1, 2}, J. Sedláček¹,
J. Dvořáček^{1, 2}

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha

³Urologická klinika Jesseniova lékařská fakulta UK, Martin, SR

Úvod: Endoskopická léčba vezikoureterálního refluxu (VUR) kopolymerem dextranomer/hyaluronové kyseliny (Dx/Ha) je významnou alternativou dlouhodobé zajišťovací farmakoterapie a v mnoha případech nahrazuje klasickou operační léčbu. Prezentujeme první výsledky dosažené s použitím nového preparátu URODEX®.

Materiál, metodika: Od září 2005 do března 2007 bylo endoskopicky operováno 23 dětí (27 ureterálních jednotek) ve věku 3–14 let s VUR II–IV. stupně instilací URODEX®. K dnešnímu datu absolvovalo pooperační kontrolu (klinické a laboratorní vyšetření, mikční cystourethrografie, ultrazvuk) 18 dětí (21 operovaných ureterálních jednotek).

Výsledky: U 11 pacientů (14 ureterálních jednotek) (66,7 %) VUR kompletně vymizel. U tří ureterálních jednotek (14,3 %) jsme dosáhli snížení VUR na I.–II. stupeň. Jeden pacient (5,6 %) má po operaci druhostranný VUR II.–III. stupně. Jedno dítě mělo po operaci IMC a jedno pyelonefritidu. Pooperační obstrukce nebyla zaznamenána ani v jednom případě. Nezaznamenali jsme ani žádné nežádoucí účinky aplikace.

Závěr: Naše předběžné výsledky dokumentují vysokou účinnost endoskopické instalace URODEX® v léčbě VUR.

35. Prenatální perforace močového měchýře s ascitem plodu řešená peritoneoamniální drenáží

P. Zerhau¹, R. Gerychová², M. Husár¹

¹Urologické oddělení KDCHOT FN, Brno

²Gynekologicko-porodnická klinika FN, Brno

Úvod: Prenatální poruchy vyprazdňování močového měchýře mohou mít příčinu anatomickou, neurogenní nebo myogenní. Vzácně může dojít i k ruptuře močového měchýře, nejčastěji intraperitoneoamniální. Řešení této komplikace peritoneoamniální derivací in utero bez přerušení gravidity je zatím zcela ojedinělé.

Materiál, metodika: 29letá primipara s nefrolitiázou v anamnéze sledována nejprve ambulantně – sonograficky normohydramnion, normální nález na ledvinách plodu. Od 28. týdne těhotenství přijata pro hrozící předčasný porod k hospitalizaci, sonografický nález na plodu stále normální. Počátkem 29. týdne těhotenství zjištěn oligohydramnion s megavezikou a dilatací pánviček ledvin. Po pěti dnech zjištěn anhydramnion s ascitem plodu, močové cesty již bez dilatace. Pro zvětšování ascitu provedena nejprve opakovaná punkce břišní dutiny plodu s amniioinfuzí. Biochemické vyšetření ascitu odpovídá složení moči zdravého plodu, karyotyp 46 XX. 10. den od prvního zjištění ascitu zaveden peritoneoamniální shunt a následná amniioinfuze.

Výsledky: Při následných sonografických kontrolách již nález normalizován, plod bez ascitu, bez dilatace dutého systému ledvin a močovodů, normohydramnion. Ve 32. týdně těhotenství dochází ke spontánnímu porodu plodu ženského pohlaví bez zjevné patologie, 1 650 g/39 cm, s peritoneoamniálním stentem in situ. Sonograficky ledviny s normálním nálezem, stent nahrazen uretrální cévkou, na níž je zhojen defekt močového měchýře. Příčina ruptury močového měchýře nebyla zjištěna, 15 měsíců od narození je pacientka zcela bez potíží a patologického nálezu.

Závěr: Úspěšné řešení následků intraperitoneální ruptury močového měchýře – prenatálního ascitu – zavedením peritoneoamniální drenáže je podle dostupné literatury zcela ojedinělé. U naší pacientky se díky tomuto zákroku podařilo uchránit ledviny i plíce od vážného poškození a oddálit termín porodu o téměř čtyři týdny. Příčinu obstrukce a následné ruptury se objasnit nepodařilo, její souvislost s dřívější nefrolitiázou matky zůstává pouze spekulativní.

36. Nádory z urotelu močového měchýře v dětském věku

Z. Dítě, R. Kočvara, J. Dvořáček

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Nádor močového měchýře z urotelu se vyskytuje u pacientů mladších 20 let velmi vzácně. Referujeme vlastní zkušenosti s diagnostikou a léčbou šesti dětí s uroteliálním nádorem močového měchýře.

Materiál, metodika: V létech 1996 až 2005 bylo opeřováno pět chlapců a jedna dívka ve věku 10–16 let pro uroteliální nádor močového měchýře. Pět pacientů bylo vyšetřeno pro makroskopickou hematurii a jeden pro bolesti břicha. Tumor byl ve všech případech diagnostikován při ultrasonografickém vyšetření. Čtyři nádory byly solitární, čtyři léze velikostí nepřesahovaly 7 mm, největší byla v průměru 30 mm. Všechny děti byly léčeny transuretrální resekci (TUR) a sledovány cytologicky a cystoskopicky 1–9 roků (prům. 4,3 r.).

Výsledky: Ve všech případech byly diagnostikovány ohraničené nádory s nízkým stupněm dediferenciace (dva pacienti T1G1, dva TaG1 a poslední dva TxG1). Předoperační cytologie byla u všech dětí negativní. Jeden pacient absolvoval reTUR tumoru, histologicky klasifikovaného jako dysplastický, resp. metaplastický epitel, bez následné léčby, a byl dále pouze sledován bez recidivy onemocnění.

Závěr: Uroteliální nádor močového měchýře je u dětí a dospívajících minimálně agresivním onemocněním s příznivou prognózou, nízkou recidivitou a zřejmě vyžaduje modifikovaný, méně invazivní algoritmus sledování a léčby.

37. Mužská antikoncepce

J. Heráček

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha
Androgeos, Praha REVIEW

Růst celosvětové populace, jeho dopad na životní prostředí a ekonomiku, především v rozvojových zemích, vyvolává globální potřebu podporovat jednotlivce při plánování rodiny. Vývoj účinných forem mužské antikoncepce je jednou z priorit Světové zdravotnické organizace. Přednáška shrnuje současné dostupné metody hormonální a non-hormonální mužské antikoncepce. Cílem hormonální antikoncepce je dosáhnout suprese až zástavy spermatogeneze při zachování všech ostatních aspektů funkce mužských pohlavních žláz a při vyloučení vedlejších nežádoucích metabolických účinků. Inhibice spermatogeneze dosahujeme prostřednictvím negativního zpětného mechanismu při podávání testosteronu, současně se testují i alternativní režimy včetně aplikace rozdílných forem testosteronu, testosteronu v kombinaci s progestiny, antiandrogeny a GnRH analogy. Non-hormonální metody antikoncepce reprezentuje především vazektomie, další možností jsou klipy, stenty nebo perkutánní injekce sklerotizujících látek. Autor se v přednášce zabývá účinností, bezpečností, ekonomickými aspekty a reverzibilitou jednotlivých metod mužské antikoncepce.

38. Syndróm deficitu testosterónu u pacientov liečených hemodialýzou a transplantáciou obličky

J. Breza¹, J. Fillo², Z. Žilinská¹, P. Bujdák¹,
J. Brutenič¹

¹Urologická klinika LF UK, Bratislava, SR

²Urologická ambulancia FNŠP, Bratislava, SR

Úvod: Polymorbidita, ktorá sprevádza chronickú renálnu insuficienciu u mužov, môže viesť k dysfunkcii viacerých orgánových systémov, vrátane endokrinných a sexuálnych funkcií. Príznaky hypogonadizmu môžu podstatne zhoršiť kvalitu života u týchto pacientov. V literatúre nie sú publikované epidemiologické údaje o prevalencii hypogonadizmu u mužov liečených hemodialýzou alebo transplantáciou obličky.

Materiál, metodika: Cieľom epidemiologickej štúdie bolo sledovať výskyt syndrómu deficitu testosterónu u 23 mužov vo veku 32–85 rokov (medián 50,6) liečených hemodialýzou a 56 mužov vo veku 21–70 rokov (medián 50,1) liečených transplantáciou obličky. Pre hodnotenie subjektívnych príznakov hypogonadizmu použili autori dotazník St. Louis Univ Androgen Deficiency in Aging Males. Od všetkých pacientov sa v ranných hodinách odobrala vzorka krvi na stanovenie koncentrácie celkového testosterónu, LH a FSH v sére. Hladina celkového testosterónu <3 ng/ml bola príznakom deficitu testosterónu. Súvislosť medzi syndrómom deficitu testosterónu a erektilnou funkciou, resp. dysfunkciou, sa sledovala pomocou indexu erekcie pred a po transplantácii obličky. Súčasne sa zaznamenávali rizikové faktory ovplyvňujúce erektilnú funkciu (obezita, fajčenie, diabetes mellitus, hypertenzia) a parametre charakterizujúce funkciu transplantovanej obličky (kreatinín v sére).

Výsledky: U pacientov liečených hemodialýzou sa deficit testosterónu dokázal u 9 z 23 mužov (39,1 %), u ktorých bola priemerná koncentrácia testosterónu v sére 1,86 ng/ml (1,09 až 2,97 ng/ml). 67 % týchto mužov bola starších ako 50 rokov. Len u 3 z 9 mužov bola zvýšená sérová koncentrácia LH (22,73 IU/L, norma 0,8–7,6) ako odpoveď hypotalamo-hypofyzeálnej osi na nízke hladiny cirkulujúceho testosterónu. Deficit testosterónu sa zistil u 12 z 56 pacientov po transplantácii obličky (21,4 %). Priemerná koncentrácia testosterónu u týchto pacientov bola 2,48 ng/ml (1,24 až 2,98 ng/ml). 67 % mužov bolo starších ako 50 rokov. Zvýšená koncentrácia LH v sére sa zistila len u 1 z 12 pacientov (8,3 %). Prevalencia erektilnej dysfunkcie u pacientov po transplantácii obličky bola 53,6 % (u 30 z 56 pacientov). 11 pacientov (19,6 %) udávalo závažnú erektilnú dysfunkciu a 19 pacientov (33,9 %) mier-

nu, resp. stredne závažnú erektilnú dysfunkciu. Nezistil sa rozdiel v prevalencii ED u pacientov s deficitom testosterónu, resp. u normogonadálnych pacientov. U 9 z 56 pacientov (16,1 %) došlo po transplantácii obličky k zlepšeniu erektilnej funkcie (o 2–21 bodov, priem. 6,8) a u ďalších 9 pacientov sa erektilná dysfunkcia zhoršila (o 2–10 bodov, priem. 5,7). Hladina kreatininu v sére pacientov s deficitom testosterónu bola paradoxne nižšia (147 $\mu\text{mol/l}$, 96–221) ako u pacientov s normálnou koncentráciou testosterónu (176 $\mu\text{mol/l}$, rozsah 95–635).

Záver: Prevalencia deficitu testosterónu u pacientov liečených hemodialýzou bola významne vyššia ako u pacientov po transplantácii obličky. Nezistila sa súvislosť medzi koncentráciou celkového testosterónu v sére a funkciou transplantovanej obličky s prevalenciou a závažnosťou erektilnej dysfunkcie.

39. Implantace penilní protézy – výsledky dlouhodobého sledování

D. Pacík, A. Khamzin

Urologická klinika FN LF MU, Brno

Úvod: Implantace penilní protézy je nejvíc invazivní, avšak stále nejefektivnější modalitou léčby erektilní dysfunkce. Pacienti s erektilní dysfunkcí, u kterých selhala méně invazivní léčba, často nemají o této léčebné možnosti informaci, protože jejich ošetřující lékaři s touto léčbou nemají zkušenosti, ani o ní nemají dostatečné informace.

Materiál, metodika: Autoři prezentují soubor 65 pacientů po implantaci penilní protézy v období 1992–2002 sledovaných 5–15 let (medián sledování – 10,6 let). Hodnocení bylo provedeno pomocí speciálního dotazníku.

Výsledky: 97 % pacientů odpovědělo, že protéza splnila jejich očekávání, schopnost sexuálního styku byla o 100 % lepší, frekvence pohlavních styků se zvýšila u 80 % pacientů, zlepšil se pocit sebevědomí (v sexuálním životě u 100 %, ve společenských aktivitách u 81 %, v profesionálních aktivitách u 74 %), vztah s partnerkou se zlepšil u 93 % pacientů, sexuální aktivity dle partnerek byly hodnoceny jako lepší u 90 %. 97 % pacientů by doporučilo tuto léčebnou modalitu dalším mužům a 97 % by tuto operaci postoupilo znovu.

Závěr: Implantace penilní protézy je invazivní, avšak velmi efektivní léčebnou alternativou, která přináší maximální spokojenost pečlivě vybraným pacientům a jejich partnerkám. Odborníci by měli mít tuto léčebnou modalitu na mysli a nabízet ji pacientům, u kterých selhala méně invazivní léčba.

40. Metastázy adenokarcinomu rekta do penisu – příčina erektilní dysfunkce

R. Staněk, J. Palas, P. Vágner
SN Opava

Úvod: Dokumentujeme vzácný výskyt metastáz karcinomu rekta do penisu.

Materiál, metodika: Prezentujeme nemocného s anamnézou resekce rektosigmoidea v roce 2004 s nálezem adenokarcinomu rektosigmoidea pT3pN2M0 s následnou radioterapií a chemoterapií. 12/2006 proveden PEK, v době hospitalizace byl bez potíží a asymptomatický. 02/2007 přichází nemocný s akutně vzniklými potížemi s erekcí. Udává erektilní dysfunkci a nepravidelné resistance oboustranně v korpora kavernosa. Následná vyšetření potvrzují 5–9 mm × 3 mm objemné multifokální ložiska v korpora kavernosa a v korpus spongiosum. Na glandu se nalézá erytematozní ložisko intraepiteliálně. Byla provedena biopsie glandu. Ještě před sdělením konečné diagnózy spáchal nemocný suicidium. Analýzu literatury jsme prováděli v databázi Medlin s klíčovými slovy penile metastasis, spongiosal metastasis, cavernosal metastasis a rectal spreading.

Výsledky: Histologie potvrzuje metastázy adenokarcinomu rektosigmoidea.

Závěr: Popisujeme vzácný výskyt metastáz do penisu. V literatuře se objevují sporadické zmínky o penilních metastázách genitourinárního systému, nikoliv však metastázy adenokarcinomu rekta.

47. Epidemiologie nádorů ledvin v České republice – výsledky auditu dat dostupných za období 1977–2004

J. Mužík¹, L. Dušek¹, T. Pavlík¹, J. Abrahámová²,
J. Strítěský³, M. Babjuk⁴, T. Hanuš⁴

¹Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

²FTN, Praha

³Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

⁴Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Zhoubný novotvar ledviny je 6. nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů a 8. nejčastějším nádorem u žen v České republice. Incidence dlouhodobě vykazuje rostoucí trend, v roce 2004 dosáhla 26,7 případů na 100 000 osob, což představuje 2 728 nově diagnostikovaných nádorů. Ve srovnání s ostatními zeměmi světa je ČR dlouhodobě na 1. místě v incidenci i mortalitě, přičemž hodnoty jsou výrazně vyšší než v okolních státech. Takto vysoká incidence vyžaduje rozbor, neboť časový trend nárůstu je nepravidelný a indikuje možné metodické problémy. Vysvětlení neobvykle vysoké incidence je nutné i pro věrohodnou prezentaci českých dat v zahraničí.

Materiál, metodika: Za účelem objasnění příčin neobvykle vysoké incidence nádorů ledvin byl ve spolupráci s ÚZIS MZ ČR proveden audit dostupných epidemiologických dat Národního onkologického registru ČR (NOR), dat ČSÚ o mortalitě a mezinárodních epidemiologických dat. Základem analýz jsou data NOR, která jsou zpřístupněna na portálu Epidemiologie nádorů v ČR: www.svod.cz. V této fázi nebyly prováděny kontroly záznamů jednotlivých pacientů.

Výsledky: Nejvýraznější skokové změny v časovém vývoji incidence lze vysvětlit změnami v mezinárodní klasifikaci nádorů (1993–1994). Audit prokázal, že vysoká incidence nemůže být způsobena vysokým podílem opakovaných malignit a jiných problematických záznamů, jejich incidence odpovídá mezinárodním datům: v období 1994–2004 DCO případy 3,7 %, opakované malignity 0,8 %. Audit dále vyloučil chyby v histologických datech, nicméně konstatoval relativně vysoké procento histologicky nevěrifikovaných nádorů (22,5 %). Dále je zkoumán vliv změn v diagnostických postupech na incidenci diagnózy C64.

Závěr: Relativně vysoká incidence nádorů ledvin v České republice není pravděpodobně způsobena chybami v populačních datech, zkoumán je především vliv rozvíjející se diagnostiky. Vysoká regionální variabilita incidenčních dat rovněž navozuje otázku možného vlivu environmentálních faktorů. Obsahem příspěvku je shrnutí dosažených výsledků.

48. Zmeny expresie vaskulárnych molekúl u adenokarcinómu obličky – pilotná štúdia

P. Ochodnický¹, J. Švihra², J. Ľupták², P. Křenek¹,
J. Klimas¹, J. Izraelová¹, B. Eliáš², P. Slávik³,
J. Kliment², J. Kyselovič¹

¹Katedra farmakológie a toxikológie,
Farmaceutická fakulta, UK, Bratislava, SR

²Urologická klinika, UK, Bratislava, SR

³Ústav patologickej anatómie, Jesseniova lekárska
fakulta Univerzita Komenského, Martin, SR

Úvod: Adenokarcinóm obličky (renal cell carcinoma – RCC) je najčastejším malígnym ochorením obličky s nepriaznivou prognózou a vysokou terapeutickou rezistenciou. Vaskulárne molekuly zúčastňujúce sa na regulácii cievneho zásobovania nádoru, angiogenézy a tvorby metastáz môžu predstavovať nové prognostické markery, prípadne potenciálne terapeutické ciele u RCC. Cieľom predkladanej pilotnej štúdie je štandardizovať metódu stanovenia expresie proteínov regulujúcich aktivitu oxidu dusnatého (NO) – izoformy NO syntáz (iNOS, nNOS, eNOS), kaveolín-1 a cievnych adhezívnych molekúl (integríny) v nádorovom tkanive s perspektívou ich prognostického využitia ako markerov vaskulárnej aktivácie RCC.

Materiál, metodika: Expresia hore uvedených proteínov bola hodnotená imunofluorescenčnou metódou Western blottingu po SDS-PAGE elektroforetickom oddelení proteínov izolovaných z nádorového a kontrolného obličkového tkaniva získaných pri radikálnej nefrektómii u pacientov s diagnózou RCC. Zmeny expresie proteínov budú analyzované v súvislosti s klinickými a histopatologickými parametrami RCC (TNM a Fuhrmanova klasifikácia, angiainvázia, proliferatívna aktivita).

Výsledky: V pilotnej fáze projektu bol na malej vzorke pacientov (n = 11, G1 stupeň 27 %, G2 55 %, G4 18 % podľa Fuhrmana) štandardizovaný a optimalizovaný proces odberu vzoriek a imunochemického stanovenia expresie eNOS, integrínu a kaveolínu. Predbežná analýza ukázala, že predovšetkým expresia kaveolínu-1 je výrazne zvýšená v nádorovom tkanive. Kaveolín-1 teda môže predstavovať dostatočne citlivý marker vaskulárnej aktivácie u RCC.

Záver: V rámci pilotnej štúdie bola štandardizovaná metodika na hodnotenie expresie proteínov zúčastňujúcich sa vaskulárnej regulácie RCC. V ďalších fázach tohto projektu prierezové a prospektívne analýzy ukážu, či expresia vaskulárnych proteínov môže mať prognostickú hodnotu a pomôžu charakterizovať úlohu NO, kaveolínu-1 a integrínov v patogenéze a progresii RCC.

49. Video: Roboticky asistovaná radikálna nefrektómia

O. Köhler, J. Kočárek
Urologické oddelenie ÚVN, Praha

Úvod: Cieľom práce je prezentovať techniku roboticky asistovanej radikálnej nefrektómie pri nádore ledviny.

Materiál, metodika: Video ukazuje techniku levostranné transperitoneálnej roboticky asistovanej laparoskopické nefrektómie pri použití tříramenného robotického systému DaVinci. V levostranné lumbotomické poloze je digitálne vytvorený paraumbilikálny kamerový port a pod optickou kontrolou dva robotické a jeden asistentový port. Po odsunutí sestupného tračníku je vypreparovaný močovod a poté renálna hilová cievka. Po zaklipovaní renálnej tepny a žily je ledvina s tukovým pouzdom uvoľnená dokola a uložená do extrakčného sáčku.

Výsledky: Použitie tříramenného robotického systému Da Vinci umožňuje precíznu preparáciu zejména v oblasti renálneho hilu. Operácia prebehla bez problémov a trvala 180 minút. Pri preparácii pouzdra dorzolaterálne môžu byť robotické nástroje krátké a je vhodné v tejto fázi operácie použiť klasické laparoskopické instrumenty. Presnejší určení najvhodnejšej kombinácie laparoskopických a robotických nástrojů ukáží až ďalšie operácie.

Záver: Po akceptovaných indikáciách robotické radikálnej prostatektómie a robotické pyeloplastiky je radikálna nefrektómia ďalšou zvažovanou laparoskopickou operáciou, kde by sa mohla uplatniť robotická asistencie.

50. Soubor 170 pacientů s tumorem ledviny řešených laparoskopickou nefrektomií

V. Eret¹, M. Hora¹, J. Klečka¹, P. Stránský¹,
J. Ferda², O. Hes³, T. Ůrge¹

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň

³Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK
a FN, Plzeň

Úvod: Laparoskopii používáme k léčbě nádorů ledvin od ledna 2003. V práci prezentujeme výsledky laparoskopické radikální nefrektomie (LRN) pro parenchymový tumor ledviny.

Materiál, metodika: Od 01/2003 do 05/2007 bylo provedeno 170 LRN, 165 transperitoneálně a 5 retroperitoneálně. Při levostranné LRN používáme 4 porty v rombickém uspořádání, při pravostranné LRN používáme 5. port k elevaci jater. Při retroperitoneoskopické LRN umísťujeme 4 porty. Renální cévy přerušujeme buď separovaně pomocí uzamykatelných klipů, nebo endoGIA staplerem en bloc. Preparát extrahujeme většinou střídavým řezem cestou rozšířené incize po 12mm portu v podbřišku.

Výsledky: Průměrný věk byl $62,6 \pm 10,5$ (31,2–84,6) let. Operační čas byl 136 ± 45 (55–270) minut. Velikost tumoru ledviny byla na CT $54,1 \pm 14,8$ (29–101) mm. Délka hospitalizace po operaci byla $6,1 \pm 2,0$ (3–15) dny. Adrenalektomie byla provedena u 16 pacientů, cholecystektomie u 4 pacientů a appendektomie u 3 pacientů. Pooperační komplikace byly přítomny u 7 pacientů (5%). Vlastní onkologické výsledky zatím ke krátké době sledování nemůžeme hodnotit.

Závěr: LRN se stala novým zlatým standardem při léčbě tumorů ledvin stadia T1–T2. Doporučujeme předoperačně provést bifázickou CT angiografii, která umožňuje přesné zobrazení počtu renálních cév. Dáváme přednost transperitoneálnímu přístupu, který nabízí větší pracovní prostor a lepší topografickou orientaci. Pacienti profitují z výhod miniinazivity. Nevýhodou je vyšší technická náročnost pro operátora a vyšší cena výkonu ve srovnání s otevřenou operací.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

51. Čtvrtstoletí zachovných operací pro nádor ledviny v Hradci Králové

P. Morávek, P. Navrátil, J. Košina, J. Pacovský
Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Autoři provedli vyhodnocení klinického souboru operovaných pro nádor ledviny nefron šetřícím výkonem v období 1982–2006 s cílem předložit vlastní zkušenosti s operační technikou a léčebnými výsledky.

Materiál, metodika: V období 25 let bylo operováno 229 nemocných. Soubor byl rozdělen na dvě období 1982–1992 (58 operovaných) a 1993–2006 (171 operovaných). První období bylo již v roce 1996 hodnoceno. Obě období byla porovnána podle techniky resekce, indikace k resekci, histologických nálezů a doby přežívání.

Výsledky: Elektivně byla provedena zachovná operace u 39/109 pacientů (I./II. období). Indikací byl tumor ledviny o průměru 3–4 cm, vhodně lokalizovaný na polu ledviny nebo extrarenálně rostoucí. Z imperativní indikace byla zachovná operace u 19/62 pacientů (I./II. období). Nejčastější indikací byl bilaterální nádor (58%), méně častý byl nádor v solitární nebo tvarově anomální ledvině a v ledvinách s chronickou renální insuficiencí. Pro elektivní indikaci byla nejčastěji provedena enkapsulace nádoru (29/87), pro imperativní indikaci v I. období většinou klasická resekce (15) a v II. období enkapsulace (43). V obou obdobích se jednalo v 80 % o karcinom (světlobuněčný 73 %) a ve 20 % o benigní nádor (onkocytom 53 %). Pětileté přežívání bylo v I. období 67 %/85 %, v II. období 75 %/80 % (imperativní / elektivní indikace) bez recidivy.

Závěr: Zachovná operace z elektivní indikace má stejnou léčebnou hodnotu jako radikální nefrektomie, operace z imperativní indikace představuje lepší kvalitu života než stav po nefrektomii s pravidelným dialyzačním лечením. Enkapsulaci, pokud je možná bez ischemizace ledviny klampáží hilu jen manuální kompresí parenchymu, považujeme za šetrnější než klasickou polovou čimezorenální resekci. Laparoskopické resekce pro tumor jsme dosud neprováděli.

52. Trombus v. cava inferior u adenokarcinomu ledvin – léčba

P. Klézl¹, J. Bárta¹, E. Šonský², J. Novák¹, M. Kotlář¹, V. Dubský¹, J. Drechslerová³, Z. Gilbert¹

¹Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

²Chirurgická klinika FN Na Bulovce, Praha

³Radiodiagnostická klinika FN Na Bulovce, Praha

Úvod: Závažným stavem u adenokarcinomu ledvin je jeho propagace do žilního systému, zvláště do renální a dolní duté žíly. Tento nález se vyskytuje zhruba u 3–5% nemocných. Nádorová trombóza je závažným a zhoršujícím prognostickým faktorem. Cílem práce je zjistit vztah operativního odstranění nádorového trombu na přežití. Pro indikaci operačního výkonu je důležitá znalost přesného rozsahu nádorové žilní trombózy. K upřesnění rozsahu využíváme předoperační vyšetření CT a MR.

Materiál, metodika: Pacienti byli operováni transperitoneálním přístupem s klampáží dolní duté žíly nad a pod okrajem nádorového trombu a na kontralaterální renální žíle. Na základě konzultace s onkologem byla částí pacientům podána adjuvantní chemoimunoterapie.

Výsledky: V letech 1994–2007 bylo operováno celkem 584 pacientů s adenokarcinomem ledvin. Z tohoto souboru byla u 21 nemocných provedena operace nádorové žilní trombózy. Všechny operace byly dokončeny bez peroperačních komplikací. Průměrná doba hospitalizace byla 9–22 dní. Doba přežití je 6 měsíců až 9 let.

Závěr: Chirurgická léčba nádorové trombózy a adenokarcinomu ledvin zlepšuje životní prognózu nemocných. Pro úspěšnost léčby je výhodná mezioborová spolupráce urologa, cévního chirurga a uroonkologa.

53. Problematika nádorů ledvin u nemocných s End Stage Kidney Disease

T. Üрге¹, M. Hora¹, J. Klečka¹, T. Reischig², O. Hes³, J. Ferda⁴, M. Michal³

¹Urologická klinika, LF UK a FN, Plzeň

²I. interní klinika, LF UK a FN, Plzeň

³Šiklův patologicko-anatomický ústav, LF UK a FN, Plzeň

⁴Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Nemocní v konečné fázi ledvinného selhání (End Stage Kidney Disease – ESKD) jsou ohroženi častějším výskytem nádorů ledvin (RK). Světové literatura udává morbiditu 4% oproti 0,3–0,7% v běžné populaci. Jejich maligní potenciál je v současné době nejasný. Cílem práce je zhodnotit přínos bilaterální nefrektomie pro pacienta s ESKD a popsáním tumorem nativní ledviny.

Materiál, metodika: Na Urologické klinice FN Plzeň bylo léčeno 14 pacientů s ESKD ve věku $53,7 \pm 10,5$ (40,8–77,9) let. Průměrná doba hemodialýzy byla 36 ± 27 měsíců. Deset pacientů podstoupilo transplantaci. Nádory ledvin byly u 13 nemocných náhodně nalezeny na CT. U 1 jednoho byla provedena bilaterální nefrektomie pro farmakologicky nekorigovatelnou hypertenzi. Jeden pacient odmítl operaci. Bilaterální nefrektomie byla provedena 6 nemocných, v jedné době u 4.

Výsledky: Histologicky bylo vyšetřeno 19 preparátů. Tumory byly mnohočetné v 64,8% (13/19) případech. Signifikantně častěji byl nalezen papilární RK I. typu (64,8%, 13/19, $P < 0,001$). Ostatní varianty PRK jsme nezaznamenali. PRK vznikaly u pacientů signifikantně dříve (délka hemodialýzy 28 ± 15 měsíců, $P < 0,001$) a multifokálně ($P < 0,001$). Druhý nejčastější byl světlobuněčný RK. Jejich kombinaci jsme zaznamenali v 21,0% (4/19) případech. U jednoho pacienta byl popsán myxoidní liposarkom a druhá ledvina byla postižena papilárním RK. Nádory byly nejčastěji stadia pT1, dva pak pT3 a u jednoho pacienta, který zemřel 16,4 měsíce od operace, pT3aN2. Nezaznamenali jsme rozdíl mezi transplantovanou skupinou a pouze hemodialyzovanou skupinou (10/5, $P = 0,056$).

Závěr: Nemocní s ESKD mají vyšší riziko vzniku RK a musí být pravidelně sledováni pomocí ultrasonografie ledvin. Tyto tumory jsou často bilaterální a multifokální. Predominujícím typem vznikajících tumorů je PRK I. typu, další literárně udávané varianty jsme nezaznamenali. Myxoidní liposarkom ledviny je velmi vzácný a nejspíše s ESKD nesouvisí. Nezaznamenali jsme vliv podávané imunosupresivní léčby.

54. Spontánní ruptura nádorů ledvin

P. Klézl, M. Kotlář, M. Krolupper, Z. Gilbert,
M. Tománek, J. Novák
Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

Úvod: Spontánní ruptura nádorů ledvin je závažný stav, který je nejčastěji v dospělém věku popisován u angiomyolipomů ledvin. Četnost spontánních ruptur nádorů není v literatuře zmiňována. V našem souboru jsou tři pacienti, kteří se podrobili operační revizi pro spontánní ruptura tumoru ledviny s hemoretroperitoneem. U dvou pacientů byl histologicky potvrzen angiomyolipom ledviny, u jednoho nemocného konvenční renální karcinom společně s dalším ložiskem s přítomností chromofóbního renálního karcinomu. K diagnostice nálezu bylo ve dvou případech použito CT vyšetření společně s ultrazvukovým vyšetřením a v jednom případě, u gravidní pacientky, pouze ultrazvukové vyšetření.

Materiál, metodika: U dvou pacientů byl zvolen transperitoneální přístup. Gravidní pacientka byla operována lumbotomickým přístupem s provedením záchovné operace ledviny.

Výsledky: V letech 2000–2006 bylo operováno celkem 370 pacientů pro nádor ledviny. Z tohoto souboru 3 pacienti byli operováni pro spontánní ruptura nádoru ledviny. Ve dvou případech byla provedena nefrektomie a v jednom případě záchovná operace. Všechny operace byly dokončeny bez peroperačních komplikací. Krevní ztráty byly hrazeny v průměru 4TU. Pacient s renálním karcinomem je trvale dispenzarizován a doposud bez známek recidivy základního onemocnění. Průměrná doba hospitalizace byla 9–14 dní.

Závěr: Časná chirurgická léčba ruptury nádoru ledvin je nejen život zachraňujícím výkonem, ale při kvalitní diagnostice se lze pokusit i o záchovný výkon. Obecné doporučení operovat angiomyolipomy velikosti nad 5 cm je z našeho pohledu zcela opodstatněné.

55. Klinické chování histopatologických variant papilárního renálního karcinomu

T. Üрге¹, M. Hora¹, O. Hes², J. Ferda³,
Z. Chudáček⁴

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

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

³Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň

⁴Radiodiagnostické oddělení LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Byly popsány základní varianty papilárního renálního karcinomu (PRK) – I a II dle Delahunta, nově byla popsána i onkocytická varianta PRK. Zmíněné tři varianty se stejně jako každý jiný RK mohou vyskytovat v sarkomatoidní variantě. Cílem práce je prezentovat klinické chování histopatologických variant papilárního renálního karcinomu.

Materiál, metodika: Na Urologické klinice LF UK a FN Plzeň bylo v letech 1992 až 2006 chirurgicky řešeno 957 nádorů ledvin u 931 pacientů. PRK byl nalezen v 55 (6%) případech. Od ledna 2003 je součástí operativy laparoskopie. Do prosince 2006 bylo laparoskopicky řešeno 117 nemocných z toho 19 (16%) s PRK.

Výsledky: Průměrný věk všech pacientů s PRK byl 63,8 ± 12,7 (17,8 ± 81,6) let. U 4 (7%) pacientů došlo k ruptuře tumoru: 3× spontánně, 1× jako následek traumatu. Onkocytická varianta PRK byla popsána u 4 pacientů, PRK 2. typu u 4 pacientů, jednou sarkomatoidní varianta. U všech ostatních byl PRK 1. typu. Dvacet tři PRK (31%) bylo stadia T1a, 23 nádory T1b, devět (16%) PRK T2. Vyšší T kategorii jsme nezaznamenali. Pouze v jednom případě (2%) jsme prokázali u tumoru cT2 angioinvasi (pT3b) u pacienta se sarkomatoidním PRK, zemřel na generalizaci onemocnění za 3,7 měsíce od nefrektomie. Pacient s PRK I. typu pT2 zemřel za 14,5 měsíců od nefrektomie. Resekce byla provedena u 24 pacientů (44%), z toho u 11 (46%) laparoskopicky, nefrektomie u 31 (56%), z toho u 8 (26%) laparoskopicky. U onkocytické varianty PRK byla vždy provedena nefrektomie. Doba dispenzarizace byla 52,3 ± 48,9 měsíců. Více než 5 let bylo sledováno 16 (29%), z toho 2 zemřeli za 24 a 59 měsíců od operace na jinou diagnózu.

Závěr: Odlišujeme několik variant PRK, u všech předpokládáme dobrou prognózu. Vyšší maligní potenciál PRK 2. typu udávaný ve světové literatuře nemůžeme v našem souboru hodnotit vzhledem k malému počtu případů. PRK je druhý nejčastější typ renálního karcinomu s nízkým maligním potenciálem kromě jeho sarkomatoidní varianty.

Práce byla podpořena projektem MSM 0021620819.

56. Kombinace maligního onemocnění ledviny a prostaty s prokázaným papilárním karcinomem ledviny

L. Vilhelmová¹, R. Pavelková¹, P. Klézl¹,
K. Benková², J. Novák¹

¹Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

²Patologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

Úvod: Výskyt maligního onemocnění více orgánů močových cest současně nebo následně je relativně řídký. Mezi nejčastější kombinace patří nádorové onemocnění ledviny a prostaty.

Materiál, metodika: V letech 1999–2006 byla na našem pracovišti stanovena diagnóza karcinomu prostaty u 664 mužů, karcinomu ledviny u 224 mužů. U 14 mužů jsme zaznamenali duplicitu nádorového onemocnění ledviny a prostaty. V 5 případech se jednalo o papilární formu renálního karcinomu. Posuzujeme hodnotu PSA u mužů s již diagnostikovaným papilárním karcinomem ledviny.

Výsledky: U kombinace obou maligních onemocnění se jednalo 10× o výskyt synchronní a 4× o výskyt asynchronní. Primárně bylo u většiny prokázáno maligní onemocnění ledviny. Papilární karcinom ledviny se vyskytl v tomto souboru v 5 případech, tj. 35,7%, u všech mužů s diagnózou karcinomu ledviny jen ve 15,2%.

Závěr: Nemocní s maligním nádorovým onemocněním močových cest musí být trvale dispenzarizováni, protože lze předpokládat výskyt nádorové multiplicity.

57. Hyperaktivita močového mechúra způsobuje zvýšenou senzorickou aktivitu u myši

P. Zvara, T. Heppner, M. Nelson
University of Vermont

Úvod: Ochorenia dolných močových ciest sú často spojené s senzorickými poruchami. V tejto štúdii sme použili nami vyvinutý model na meranie senzorickej aktivity periférnych mechúrových nervov u myši s cieľom porovnať stupeň aferentnej aktivity vo fáze plnenia medzi zdravým a hyperaktívnym močovým mechúrom.

Materiál, metodika: Hyperaktivitu sme navodili chirurgicky, čiastočnou močovou obštrukciou na úrovni vezikouretrálneho spojenia. Periférne mechúrové nervy sme potom vypreparovali natupo na laterálnej strane prostaty. Nervy sme zachytili do bipolárnej elektródy a izolovali od okolitých tkanív biokompatibilným silikonom. 24 hodín po implantácii sme počas pomalého plnenia močového mechúra simultánne merali intravezikálny tlak a senzorickú aktivitu.

Výsledky: V oboch experimentálnych skupinách sme počas plnenia pozorovali fluktuáciu intravezikálneho tlaku. U zdravého mechúra mala táto aktivita charakter náhodných, nekoordinovaných kontrakcií izolovaných svalových zväzkov detruzoru. Ich frekvencia a amplitúda sa s náplňou nemenili. Priemerný počet kontrakcií bol $3,1 \pm 1,2$, priemerná amplitúda $1,5 \pm 0,3$ cm H₂O. Senzorické nervy boli počas plnenia inaktívne. U myši s obštrukciou moču sme pozorovali vysokú frekvenciu nonmikčných kontrakcií. Ich priemerný počet bol $9,4 \pm 3,1$, priemerná amplitúda $6,1 \pm 1,4$ cm H₂O. Senzorickú aktivitu počas plnenia sme pozorovali u všetkých zvierat. Jej výskyt koreloval s nonmikčnými kontrakciami a jej frekvencia aj amplitúda sa zvyšovali s náplňou močového mechúra.

Závěr: Svalovina detruzoru je aktívna aj počas fázy plnenia. U zdravej myši je fluktuácia intravezikálneho tlaku minimálna a lokalizované kontrakcie zväzkov detruzoru neindukujú senzorickú aktivitu. Obštrukcia moču vedie k zosilneniu nonmikčných kontrakcií a výraznej stimulácii senzorických nervov. Farmakologické tlmenie senzorickej aktivity by mohlo odstrániť patologické iritačné symptómy bez ovplyvnenia kontraktility detruzoru.

58. Využití stanovení cystatinu C jako ukazatele renálních funkcí u pacientů po míšní lézi

J. Krhut¹, R. Král¹, J. Kopecký¹, T. Karlík²,

J. Knap³, H. Weissová³, V. Plaček⁴

¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

²Ústav klinické biochemie FN, Ostrava-Poruba

³Rehabilitační ústav Hrabyně

⁴Ústav sociální péče Hrabyně

Úvod: Cílem práce je srovnání korelace hladin sérového kreatininu a cystatinu C s hodnotami glomerulární filtrace v souboru pacientů s míšní lézí a zhodnocení přínosu stanovení cystatinu C jako ukazatele renálních funkcí u těchto pacientů.

Materiál, metodika: Do souboru bylo zařazeno celkem 32 pacientů (29 mužů, 3 ženy) po míšní lézi. Průměrný věk souboru je 51,7 (18–76) let, průměrný časový odstup od vzniku míšní léze v souboru je 15,7 (4–61) let. U všech nemocných byla vyšetřena sérová hladina kreatininu a cystatinu C a provedeno vyšetření clearance kreatininu se stanovením glomerulární filtrace podle standardní metodiky. Vztahy veličin byly hodnoceny Pearsonovým korelačním koeficientem, jehož významnost byla posuzována t-testem.

Výsledky: V souboru byla zjištěna průměrná hodnota kreatininu 65,8 mmol/l, průměrná hodnota cystatinu C 0,87 mg/l a průměrná hodnota clearance kreatininu 1,47 ml/s/1,73 m². Byla zjištěna statisticky významná závislost hladiny kreatininu a cystatinu C, stejně jako statisticky významná závislost hladiny cystatinu C a clearance kreatininu. Naopak statisticky významnou korelaci hladiny sérového kreatininu a clearance se v našem souboru nepodařilo prokázat.

Závěr: Hladina sérového kreatininu není vhodná jako ukazatel renálních funkcí u pacientů s míšní lézí, jako rutinního markeru by mělo být používáno vyšetření sérového cystatinu C.

59. Korelace urodynamického nálezu a nálezu na magnetické rezonanci u pacientů s dysfunkční mikcí v důsledku sklerózy multiplex

G. Varga¹, M. Hajný¹, D. Pacík¹, Y. Benešová²

¹Urologická klinika MU a FN, Brno

²Neurologická klinika MU a FN, Brno

Úvod: Ve sledovaném souboru pacientů se sklerózou multiplex (SM) vyhodnocujeme shodnost korelace urodynamického nálezu s rozložením plaků demyelinizace v CNS detekovatelných nukleární magnetickou rezonancí (NMR).

Materiál, metodika: V souboru 29 pacientů se SM, kteří jsou sledováni v UD poradně v důsledku dysfunkční mikce, zhodnocujeme NMR nálezy CNS těchto pacientů a UD nálezy. Zaměřili jsme se na polohu plaků demyelinizace v CNS v závislosti na poloze sakrálního a pontinního mikčního centra a korelujeme tyto nálezy s nálezy zjištěnými při UD vyšetření na základě neurofyzilogických znalostí procesu mikce.

Výsledky: Stratifikace pacientů podle UD nálezů: 5 pacientů s hypoaktivním detruzorem (17,2%), 7 pacientů s hyperaktivním detruzorem (24,2%), 6 pacientů s detruzorosfinkterickou dysynergií (DSD) v kombinaci s hyperaktivním detruzorem (20,8%), 8 pacientů s rabdosfinkterickou DSD (27,6%), 3 pacienti s DSD v kombinaci s hypoaktivním detruzorem (10,3%). Podle polohy plaků demyelinizace se jednalo o léze nad úrovní S 2–4. V 5 případech (u pacientů s hypoaktivitou detruzoru) nebyla korelace mezi UD nálezem a rozložením plaků demyelinizace. U 2 z těchto pacientů je hypoaktivní detruzor důsledkem denervace měchýře po hysterektomii, všech 5 pacientů má progresivní formu SM.

Závěr: Podle rozložení plaků demyelinizace lze předpokládat typ dysfunkce dolních močových cest v souladu s klinickým obrazem. U pacientů s progresivní formou SM je nutné korelovat nálezy časově korespondující, protože u progresivních forem SM i když je to ojedinělé, může onemocnění v důsledku progresu postihovat i kaudálnějiší míšní partie s rozvojem obrazu nukleární léze.

60. Vyhodnocení významu praesakrální nervové blokády v léčbě syndromu chronické pánevní bolesti / chronické prostatitidy

V. Mašková¹, M. Urban^{1,2}, J. Heráček^{1,2}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Androgeos, Praha

Úvod: Zhodnocení úspěšnosti nové léčebné strategie (biofeedback + praesakrální nervová blokáda) v kontextu dosud používané léčby.

Materiál, metodika: Prospektivní studie 20 pacientů, kteří byli vyšetřeni dle námi stanoveného protokolu: laboratorní vyšetření, urodynamický záznam P/Q studie, subjektivní hodnocení kvality života a charakter či stupeň pánevní bolesti /NIH-CPSI dotazník/, doba trvání obtíží. Laboratorní nález uroinfekce či bakteriální prostatitis byl exkluzním kritériem.

Výsledky: Střední doba sledování pacientů byla 17 měsíců (8–26). Doba trvání obtíží byla 1 rok až 10 let. U 3 (15%) pacientů byla dle P/Q studie zjištěna obstrukce či semiobstrukce, která byla dále dovyšetřena a řešena, stejně tak u 3 (15%) pacientů s nálezem hypersenzitivního detruzoru. U 14 pacientů (70%) s nálezem normosenzitivního stabilního detruzoru byla provedena vlastní praesakrální blokáda doplněna biofeedbackem. 11 pacientů (78,57%) vykázalo uspokojivý efekt, 3 pacienti (21,43%) nezaznamenali žádný efekt. Nastoupení efektu bylo mezi 1 až 7 dny a jeho trvání mezi 3 až 6 měsíci. Nevyskytly se žádné závažné komplikace.

Závěr: Námi použitá léčebná strategie je metodou minimálně invazivní se středně až dlouhodobě trvajícím efektem. Výsledky ukázaly, že pacienti s počáteční nízkou intenzitou obtíží hodnotí dopad léčby příznivěji, tedy nízkým indexem, než pacienti s dlouhotrvajícími symptomy. Již nyní je zřejmé, že urodynamické vyšetření a NIH-CPSI mezinárodní dotazník budou hrát klíčovou úlohu jak pro rozdělení souboru pacientů, tak pro hodnocení povahy, intenzity a prognózy onemocnění. Navržená terapie, která by vedla k prevenci akutních obtíží a zabránila přechodu do chronicity, bude předmětem pokračování studie.

61. Výsledky léčby neurogenních dysfunkcí dolních cest močových aplikací botulinumtoxinu do detruzoru

J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer

Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

Úvod: Neurogenní dysfunkce dolních cest močových (DCM) výrazně snižují kvalitu života nemocných a mohou ohrožovat funkce horních cest močových. Cílem práce je zhodnotit aplikaci botulinumtoxinu (btx) do detruzoru v léčbě neurogenních dysfunkcí DCM.

Materiál, metodika: Soubor zahrnuje celkem 42 pacientů (29 mužů a 13 žen) s neurogenními dysfunkcemi DCM po traumatické míšní lézi (TML), při roztroušené skleróze (RS) a vrozených dysrafismech (MMC). Ve všech případech selhala konzervativní terapie první volby. Ve všech případech byl k léčbě použit preparát Dysport®. Dávka 1 000 UI u dospělých byla podána během krátkého endoskopického výkonu do 40 míst detruzoru. Hodnocena byla subjektivní spokojenost, urodynamické parametry a délka trvání účinku.

Výsledky: Ve skupině pacientů s TLM bylo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby dosaženo u 22 (75,9%) pacientů. U 17 (62,1%) pacientů jsme dosáhli plné kontinence, u 8 (27,6%) bylo dosaženo denní kontinence. Došlo k nárůstu cystometrické kapacity (CC) z 194,8 na 317 ml a snížení detruzorového tlaku z 76,2 na 33,8 cm H₂O. Délka trvání účinku léčby byla 6,6 (3–9) měsíců. V dílčím souboru pacientů s RS bylo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby dosaženo u všech 9 (100%). Rovněž u všech 9 (100%) pacientek se podařilo dosáhnout plné kontinence. Došlo k nárůstu CC z 178,2 na 462,2 ml a snížení detruzorového tlaku z 52,2 na 10,4 cm H₂O. Délka trvání účinku léčby byla 12,3 (8–15) měsíců. V podskupině pacientů s MMC bylo dosaženo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby u 3 (75%) pacientů. U 2 (50%) pacientů jsme dosáhli plné kontinence, u 1 (25%) pacientky bylo dosaženo denní kontinence. Došlo k nárůstu CC z 221,7 na 318,5 ml a snížení detruzorového tlaku z 58,5 na 23,3 cm H₂O. Délka trvání účinku v souboru byla 8,25 (7–9) měsíců.

Závěr: Aplikaci btx do detruzoru považujeme na základě svých zkušeností za účinnou a bezpečnou metodu léčby neurogenních dysfunkcí DCM.

62. Analýza genové exprese u povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře pomocí biočipové technologie

M. Szakácsová¹, M. Babjuk¹, J. Mareš²,
V. Soukup¹, M. Pešl¹, J. Dušková³, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

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

³Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Cílem studie je zhodnotit genovou expresi u pacientů s Ta T1 uroteliálním karcinomem močového měchýře.

Materiál, metodika: Do studie bylo zařazeno 12 pacientů s histologicky ověřeným uroteliálním karcinomem (10 Ta, 2 T1, 3 G1, 9 G2) ve věku od 33 do 75 let. Všichni pacienti podstoupili transuretrální resekci tumoru močového měchýře a byli dále sledováni obvyklým způsobem. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin. U prvních 7 nemocných došlo k recidivě nádoru do 12 měsíců, u druhých 5 nebyla zachycena recidiva minimálně po dobu 24 měsíců. Z tkání tumoru byla izolována RNA pomocí přístroje Abi prism 6 100 nucleic acid prepstation pomocí výrobcem doporučených kitů. RNA byla následně použita k tvorbě biočipů. Výsledky byly analyzovány pomocí softwaru GenSpring a Bioconductor. Cílem bylo definovat geny, které jsou odlišně exprimovány ve skupinách pacientů s nádorem G1 a G2 a dále ve skupině s recidivou nádoru a bez recidivy.

Výsledky: Celkem bylo analyzováno 64 363 genů. Jako významné geny jsme označili všechny, jejichž průměrná hodnota exprese se mezi skupinami lišila alespoň dvojnásobně a hodnota p byla menší než 0,05 (t-test). Skupiny se lišily ve 103 genech při srovnávání dle grade. Ve skupině pacientů, u kterých nedošlo k recidivě, jsme určili 204 významných genů s odlišnou expresí oproti skupině s recidivou. Naopak ve skupině pacientů s recidivou jsme našli 63 významných genů.

Závěr: Výsledkem analýzy je velké množství potenciálně zajímavých genů, které by mohly být zodpovědné za recidivu nádoru. Definitivní závěry budou vyžadovat větší počet vyšetřených pacientů.

Práce byla podpořena MSM 0021620808 a IGA NR 8934-3.

63. Význam exprese genů Bcl-2 a Bax u povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře

M. Szakácsová¹, M. Babjuk¹, J. Mareš²,
V. Soukup¹, M. Pešl¹, J. Dušková³, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

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

³Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Cílem studie bylo zjistit prognostický význam exprese genů Bcl-2 a Bax-1 u povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře.

Materiál, metodika: Do prospektivní studie bylo zařazeno 38 pacientů, z toho 9 žen a 29 mužů ve věku od 17 do 80 let. Pacienti podstoupili transuretrální resekci tumoru močového měchýře. Průměrná délka sledování byla 29,79 měsíců. Histopatologicky bylo zhodnoceno jako Ta 25 vzorků, jako T1 13 vzorků. Do studie bylo zařazeno 15 pacientů s gradem G1, 17 s G2 a 6 pacientů jako G3. Tumor větší než 3 cm byl nalezen u 16 pacientů. Nádor recidivoval během sledování u 18 pacientů a progresse byla nalezena u 2 pacientů. Míra exprese Bcl2 a Bax-1 byla stanovena pomocí PCR a vyjádřena semikvantitativně. Jako srovnávací gen byl použit gen Glyceraldehyde-3-phosphodehydrogenázy (GADPDH).

Výsledky: Průměrná hodnota exprese genů u pacientů s nádorem T1 byla u genu Bcl-2 0,456 a u Bax-1 0,193. U nádorů hodnocených jako Ta byla průměrná hodnota exprese Bcl-2 0,424 a genu Bax-1 0,146. Průměrná hodnota míry exprese Bcl-2 u nádoru G1 byla 0,425, G2 0,440 a u G3 0,450. Hodnoty exprese genu Bax-1 byla dle grade: G1 0,084, G2 0,200 a u G3 0,164. U nádorů větších než 3 cm byla průměrná hodnota exprese Bcl-2 0,441 a u menších 0,431. Oba pacienti s progresí nádoru měli expresi genů Bcl-2 mnohonásobně vyšší než genu Bax-1.

Závěr: Ačkoliv výsledky nejsou signifikantní, lze prokázat určitou korelaci mezi gradem, hloubkou invaze jako i velikostí tumoru a mírou exprese Bcl-2. Míra exprese genu Bax-1 se zvyšovala hloubkou invaze nádoru. Neprokázali jsme žádnou korelaci mezi grade a mírou exprese genu Bax-1.

Práce vznikla za podpory grantu MZ NR 8934-3 a VZ MSM 0021620808.

64. Prognostický význam subklasifikace a exprese fascinu-1 u T1 uroteliálního karcinomu močového měchýře

V. Soukup¹, M. Babjuk¹, J. Dušková², M. Pešl¹,
M. Szakácsová¹, L. Zámečník¹, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

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

Úvod: Zhodnotit prognostický význam T1 subklasifikace a exprese fascinu-1 ve tkáni T1 uroteliálního karcinomu močového měchýře.

Materiál, metodika: V prospektivní studii bylo rozděleno 105 po sobě jdoucích pacientů s uroteliálním karcinomu močového měchýře do podskupin podle hloubky nádorové invaze. Jako hranice k rozdělení tumorů byla použita tunica muscularis mucosae. Míra exprese fascinu-1 byla zjišťována pomocí myši monoklonální protilátky a hodnocena semikvantitativně jak pro intenzitu, tak pro distribuci. Průměrná doba sledování pacientů byla 27,3 ± 13,7 měsíců.

Výsledky: Subklasifikaci T1 tumorů bylo možno provést u 99 pacientů (94%). T1a tumor byl zjištěn u 77 pacientů (73%), T1b tumor u 22 pacientů (21%). Během restagingové TUR byl invazivní tumor nalezen u 5 pacientů (4,8%). Riziko understagingu u pacientů s T1b tumorem bylo 18%. V době do recidivy tumoru nebyl mezi skupinami nemocných s T1a a T1b tumorem zaznamenán signifikantní rozdíl. Naproti tomu přežití do progresu bylo mezi oběma skupinami signifikantně rozdílné ($p = 0,0034$). Korelace mezi hloubkou nádorové invaze a mírou exprese fascinu-1 nebyla zaznamenána. Pozitivita fascinu-1 nekorelovala s dobou do recidivy ani s dobou do progresu tumoru. Podle multivariantské analýzy byla hloubka nádorové invaze jediným nezávislým prediktorem progresu tumoru. Pozitivita fascinu-1 neposkytovala nezávislou prognostickou informaci ve vztahu k recidivě a progresi tumoru.

Závěr: Nález T1b tumoru je spojen se signifikantně vyšším rizikem progresu tumoru a understagingu. Expres fascinu-1 nekoreluje s hloubkou nádorové invaze ani s rizikem recidivy či progresu tumoru.

*Práce byla podpořena granty VZ MSM 0021620808
a IGA MZ 8934-3/2006.*

65. Význam stanovení tumor-associated trypsin inhibitoru (TATI) v moči nemocných s karcinomem močového měchýře

I. Pavlík, M. Pešl, M. Babjuk, J. Dvořáček
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Tumor-associated trypsin inhibitor (TATI) je 6 kD velký protein, který lze u některých nádorů ve zvýšených koncentracích detekovat v krvi a v moči. Předběžné výsledky ukazují, že by se mohl stát citlivým markerem při neinvazivním sledování nemocných s karcinomem močového měchýře.

Materiál, metodika: Do sledování bylo zařazeno celkem 63 subjektů (38 mužů, 25 žen), z toho 28 nemocných s nádorem močového měchýře a 35 nemocných bez nádorového onemocnění nebo zdravých dobrovolníků, kteří tvořili skupinu kontrolní. Ve skupině nemocných s nádorem jsme dále zaměřili pozornost na stupeň histopatologické diferenciaci – grading, T kategorii, počet nádorů a velikosti nádoru.

Výsledky: Průměrná koncentrace TATI v moči všech nemocných s nádorem močového měchýře byla 68,65 µg/l, zatímco u kontrolní skupiny pouze 20,38 µg/l. Při hodnocení dílčích parametrů ve skupině s nádorem měchýře byly průměrné hladiny TATI v moči následující: pro G1 15,76 µg/l, G2 86,3 µg/l, G3 33,30 µg/l, pro Ta-1 73,3 µg/l, T2 40,51 µg/l, pro solitární nádory 60,28 µg/l, mnohočetné 94,42 µg/l, pro tumory do velikosti 3 cm 26,30 µg/l, nad 3 cm 100,02 µg/l. U kontrolní skupiny byla nalezená průměrná koncentrace u zdravých subjektů 20,82 µg/l a u nemocných s nenádorovým onemocněním 19,8 µg/ml.

Závěr: Průběžné výsledky ukazují pozitivní korelaci zvýšené hladiny TATI v moči u nemocných s nádorem močového měchýře ve srovnání s hladinami naměřenými u kontrolní skupiny zdravých dobrovolníků a nemocných s nenádorovým onemocněním. Očekáváme, že další pozorování a rozšiřování souboru nemocných přinese doplňující informace o využití tohoto nového markeru v dispenzární péči o nemocné s karcinomem močového měchýře.

66. Hodnocení EORTC nomogramu pro Ta/T1 nádory močového měchýře na vlastním souboru pacientů

M. Pešl¹, M. Babjuk¹, V. Soukup¹,
M. Szakácsová¹, P. Dundr², I. Pavlík¹,
J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Cílem této práce je zhodnotit validitu EORTC nomogramu pro Ta/T1 nádory močového měchýře na vlastním souboru pacientů a ověřit jeho význam pro určení prognózy pacientů s primozáchytem nádoru močového měchýře na základě jednotlivých prognostických faktorů.

Materiál, metodika: Do retrospektivní studie bylo zahrneno 262 pacientů operovaných na našem pracovišti od srpna 2001 do dubna 2007, kteří byli rozděleni do čtyř rizikových skupin na základě jednotlivých prognostických faktorů (velikost nádoru, nádorová diferenciacie, invaze, multiplicita a přítomnost CIS). T1 tumor byl přítomen u 111 pacientů, Ta u 144 pacientů a CIS u 7 pacientů. Tumor G1 byl přítomen u 90, G2 u 118 a G3 u 54 pacientů. U 124 pacientů jsme prokázali solitární nádor, u 138 pacientů se jednalo o postižení mnohočetné. Nádor větší než 3 cm byl přítomen u 152 pacientů, nádor menší než 3 cm byl přítomen ve 110 případech. U 25 pacientů byl přítomen CIS.

Výsledky: Shodu mezi vypočteným a skutečným rizikem recidivy v jednom roce od primozáchytu jsme našli pouze v první rizikové skupině (15% riziko v našem souboru, 10%–19% dle nomogramu) a ve druhé rizikové skupině (24% riziko v našem souboru, 21%–26% riziko dle nomogramu). V ostatních skupinách byly naše výsledky podhodnoceny oproti riziku vypočtenému na základě EORTC nomogramu.

Závěr: Na našem souboru jsme nepotvrdili výsledky EORTC nomogramu pro odhad rizika recidivy a progresu u pacientů s Ta/T1 nádory močového měchýře. Jedním z důvodů může být i malý počet pacientů v jednotlivých rizikových skupinách. V budoucnu plánujeme další sledování a rozšiřování tohoto souboru pacientů.

Práce byla podpořena granty VZ MSM 0021620808

a IGA MZ 8934-3/2006.

67. Komplikace intravezikální terapie BCG vakcínou pro povrchový karcinom močového měchýře

P. Vališ, J. Krhut, Z. Häring, K. Mainer, D. Němec,
J. Kopecký, R. Král

Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

Úvod: Primární léčbou povrchového karcinomu močového měchýře je transuretrální resekce tumoru (TUR). Instilační imunoterapie BCG představuje standardní adjuvantní terapii směřující ke snížení rizika recidivy. Cílem práce je analýza komplikací této terapie ve vlastním souboru pacientů.

Materiál, metodika: Soubor zahrnuje celkem 53 pacientů, kterým byla v letech 1998–2006 podávána na našem pracovišti BCG vakcína ImmuCyst® – Bacillus Calmette-Guérin (BCG) lyophilisatus, kmen Connaught v dávce $10,5 \pm 8,7 \times 10^8$ CFU. Adjuvantní imunoterapie byla indikována u 36 pacientů pro recidivující karcinom T1G1, u 15 pacientů pro karcinom T1G2 a ve 2 případech pro karcinom T1G3. Bylo použito dávkovací schéma: útočná dávka 6× po týdnu, dále pokračováno v udržovací terapii jednou dávkou po měsíci po dobu jednoho roku, a pak jednou dávkou po 3 měsících po dobu jednoho roku.

Výsledky: Lehké komplikace bez nutnosti přerušení terapie BCG vakcínou (dysurie, lehké cystalgie) byly zaznamenány u 9 pacientů (19%), středně těžké komplikace vyžadující přerušení terapie (cystitida nebo prostatitida a febrilie s nutnou ATB terapií) se vyskytly u 5 pacientů (11%), závažné komplikace vyžadující ukončení instalace (svraštělý močový měchýř, granulomatózní balanopostitida, těžké cystalgie s makroskopickou hematurií) byly zaznamenány u 11 pacientů (23%).

Závěr: Instilační terapie BCG vakcínou patří k standardním léčebným metodám u pacientů s povrchovým karcinomem močového měchýře. Při indikaci léčby je však třeba vzít v úvahu i její nezanedbatelnou morbiditu.

68. Laparoskopická radikální cystektomie u muže – ilustrace techniky step by step – DVD

J. Kočárek, O. Köhler, O. Kaplan, K. Belej,
J. Pokorný, P. Drlik, A. Kastnerová,
T. Chmelenský
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Úvod: Prezentace techniky laparoskopické radikální cystektomie u muže.

Materiál, metodika: Na videozáznamu ukazujeme techniku laparoskopické radikální cystektomie. Po založení kapnoperitonea je do dutiny břišní zavedeno 5 operačních portů (12mm videoport z incise pod pupkem, 10 a 5mm porty v pravém a dva 5mm porty v levém podbřišku pro laparoskopické nástroje). Po rekognoskaci dutiny břišní je provedena extenzivní pánevní lymfadenektomie vlevo a následně na pravé straně. V Douglasově prostoru je nastříženo zadní peritoneum. Semenné vajíčky jsou vypreparovány, chámovody zajištěny endoklipy a přerušeny. Denonvilliersova fascie je rozstřížena, prerekální prostor je vypreparován. Levý močovod je uvolněn až ke stěně močového měchýře, kde je zajištěn klipy a přerušen. Dálší část močovodu je odeslána na rychlé histologické vyšetření. Obdobně je ošetřen pravý močovod. Měchýřové pedikly jsou oboustranně zajištěny Endo-GIA staplery. Následně je otevřen prevezikální prostor a močový měchýř je uvolněn od břišní stěny. Po uvolnění endopelvické fascie a prostoru kolem puboprostatických ligament je endopelvická fascie po obou stranách široce otevřena. Komplex dorzální žíly je zajištěn propichovou ligaturou a přerušen. Záznam pokračuje preparací apexu prostaty a přerušením uretry pod apexem. Odstraněním preparátu v extrakčním sáčku rozšířenou incisí pod pupkem záznam končí.

Výsledky: Operace trvala 5,5 hodiny (4 hod. cystoprostatektomie a rozšířená pánevní lymfadenektomie, 1,5 hod. derivace). Krevní ztráta byla 250ml, peroperační i pooperační průběh byl zcela bez komplikací.

Závěr: Pro pracoviště s dobrým technickým vybavením a trénovaným operačním týmem je laparoskopická radikální cystektomie bezpečný a reprodukovatelný výkon. Další vylepšení operační techniky přinese zapojení robotické asistence především pro zlepšení prostorové vizualizace a velkou flexibilitu robotických nástrojů.

69. Radikální cystektomie u nádorů močového měchýře – výsledky 216 operovaných pacientů

M. Babjuk, T. Hanuš, I. Pavlík, L. Šafařík,
J. Dvořáček, K. Fógel, Y. Pichlíková, L. Jarolím,
J. Novák
Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha
Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Cílem je zhodnotit výsledky radikální cystektomie u pacientů s epiteliálními nádory močového měchýře.

Materiál, metodika: V období od ledna 1996 do dubna 2007 byla na naší klinice provedena cystektomie pro nádor močového měchýře u 216 pacientů (53 žen a 163 mužů). Indikací byl u 194 pacientů uroteliální karcinom, u 16 spinocelulární karcinom, u 3 adenokarcinom a u 3 malobuněčný karcinom. Do konce roku 2001 byla prováděna limitovaná lymfadenektomie (LE) v oblasti obturatorní jámy (105 operovaných), v pozdějším období standardní LE uzlin malé pánve. Derivace byla řešena ortotopickou náhradou u 102 nemocných, metodou sigma-rectum pouch u 45 pacientů a ureteroileostomií v 67 případech. Dva arenální nemocní byli ponecháni bez derivace.

Výsledky: V důsledku pooperačních komplikací zemřelo 5 pacientů (2,3%). Významné komplikace po výkonu se objevily u 62 nemocných (28,7%). Průměrný počet odstraněných uzlin činil 3,8 u prvních 105 pacientů, po rozšíření LE stoupl na 16,5. Pozitivní uzlinový nálezn byl zachycen u 17,1% pacientů s limitovanou a u 28,4% pacientů se standardní LE. Prognóza byla horší u uroteliálních nádorů. K recidivě onemocnění došlo u 11 pacientů (69%) se spinocelulárním a u 2 pacientů (67%) s malobuněčným karcinomem. Onkologické výsledky nepřímo závisely na lokálním rozsahu onemocnění i na přítomnosti uzlinového postižení. Tříleté přežití bez recidivy (DFS) bylo 76% u nádorů pT1, 69,2% u pT2, 32,9% u pT3, respektive 39,5% u pT4 ($P = 0,0001$). Tříleté DFS činilo 51,8% u pacientů s pozitivními uzlinami, respektive 69,4% u pacientů bez uzlinového postižení ($P = 0,0008$).

Závěr: Radikální cystektomie je spojena s nízkou mortalitou, ale vysokou morbiditou. V případě včasné indikace představuje účinnou léčbu progredujících forem uroteliálních nádorů močového měchýře.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

70. Výsledky střevní derivace moči

J. Doležel¹, D. Miklánek¹, I. Čapák¹, D. Macík¹,
M. Sutory², P. Navrátil³

¹Onkologicko-urologické oddělení, MOÚ, Brno

²Úrazová nemocnice, Brno

³Centrum pro transplantace ledvin, Urologická
klinika UK a FN, Hradec Králové

Úvod: Střevní derivace po cystektomii klade vysoké nároky na techniku provedení, pooperační péči a sledování: nepatří do kategorie „fit and forget“.

Materiál, metodika: Soubor zahrnuje 60 pacientů: 21 žen a 39 mužů, prům. věku 60 roků (29–82) operovaných v období 7/01 až 12/06, sledovaných prům. 29 měsíců (5–71). Důvodem k cystektomii byl uroteliální (41) či spinocelulární (2) CA měchýře, lokálně pokročilý adenoCA prostaty (1), CA ženské uretry (2), devastující trauma pánevních orgánů po aktinoterapii CA cervixu (5) či tlustého střeva (1), komplikovaný neurogenní (4) či svraštělý měchýř (3) a exstrofie (2). Derivace byla provedena 57× v jedné době s cystektomií. Všichni pacienti byli před operací srozumitelně poučeni a na základě toho si vybrali jim vyhovující typ derivace, pokud to nebylo v rozporu s obecně uznávanými medicínskými indikačními kritérii: 32× byla vytvořena kutánní uretero-ileo (-transverso) stomie, 23× ortotopická náhrada, 6× sigma-rektum pouch. U dvou pacientek ve stadiu konečného selhání ledvin byl následně za 1 rok do vytvořené ortotopické náhrady vyústěn močovod transplantované ledviny. Kvalita života po operaci bylo hodnoceno dotazníkem.

Výsledky: Časné komplikace se vyskytly u 13 pacientů: 2 úmrtí (hemoragická kolitis, septický šok), 2× dehiscence neoveziko-uretrální, 1× rektovaginální píštěl, 1× sterkorální peritonitis při perforaci rekta (vše v ozářeném terénu), 2× enterokutánní píštěl, 2× plicní embolie. Pozdní komplikace: 13 úmrtí (12× progresse nádoru, 1× sterkorální peritonitis při postaktin. stenóze rekta), 3× hyperkontinence, 3× inkontinence moči. U nikoho dosud nedošlo ke stenotizaci uretero-intestinální anastomózy.

Závěr: I pacienti vyššího věku mohou s přijatelným rizikem podstoupit operaci. Rozhoduje tělesná a psychická aptibilita. Po operaci mohou vést kvalitní, plnohodnotný, život. Pacienti musí být celoživotně systematicky sledováni. Pacienti s radičními traumaty pánevních orgánů představují rizikovou skupinu vzniku časných i pozdních komplikací.

71. Derivace moči Mainz pouch II s časovým odstupem

M. Krolupper, J. Bárta, M. Kotlář, J. Novák
Urologické oddělení FN Bulovka, Praha

Úvod: V devadesátých letech byla publikována metoda derivace moči Mainz pouch II. Častou komplikací operace byly sterkorální píštěle, pozdní pak především striktury ureterointestinální anastomózy.

Materiál, metodika: V období 1994–2004 jsme použili derivaci typu Mainz pouch II u 26 nemocných po cystektomii pro uroteliální karcinom.

Výsledky: K dnešnímu dni je dispenzarizováno 11 nemocných bez známek progresse malignity a bez komplikací derivace. Stav horních cest močových je dokumentován CT vyšetřením prováděným v rámci dispenzarizace. Další 4 nemocní zemřeli na progresi základního onemocnění, derivace moči byla u nich nekomplikovaná, 7 nemocných zemřelo bez progresse základního onemocnění, derivace u nich byla rovněž nekomplikovaná. U 4 nemocných byla pozdní komplikací obstrukce ureterointestinální anastomózy. Jeden nemocný je dialyzován při oboustranné hydronefróze a striktuře ureterointestinální anastomózy, další se podrobil po třech letech reoperaci a derivaci ileálním konduitem při recidivě uroteliálního karcinomu v ureterointestinální anastomóze. Jedna nemocná se strikturou anastomózy, oboustrannou hydronefrózou a počínající renální insuficiencí zemřela na kardiální onemocnění, jeden nemocný zemřel bez progresse základního onemocnění, renální insuficience při oboustranné hydronefróze si vyžádala dialyzační léčbu.

Závěr: Naše zkušenost odpovídá literárním údajům, jedná se o metodu volby při řešení derivace moči po cystektomii.

72. Primární neuroendokrinní karcinom uretry – video

A. Kastnerová¹, O. Köhler¹, K. Belej¹, P. Hrabal², P. Georgiev³

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Patologické oddělení ÚVN, Praha

³Oddělení klinické onkologie ÚVN, Praha

Úvod: Cílem je prezentace raritního výskytu primárního neuroendokrinního karcinomu v mužské uretře.

Materiál, metodika: 32letý muž byl vyšetřen ambulantním urologem pro 3 roky trvající postevakuační inkontinenci. Dle uretrocystografie byl zjištěn útvar na stopce v penilní části uretry asi 7–8 cm za zevním ústím o velikosti 22 mm. Uretrocystoskopie nález potvrdila. Sonograficky byl v této oblasti homogenní útvar s krevním zásobením z ventrální strany, vzdálený od sfinkteru asi 3–3,5 cm. Odeslán k operačnímu řešení. Provedena ablace stopky tumoru holmio- vým laserem.

Výsledky: V histologickém nálezu patolog popisuje dle struktury tumoru a jeho imunoprofilu neuroendokrinní karcinom low grade. Následné CT břicha a malé pánve, scintigrafie pomocí In-Octreotide a PET vyšetření s negativním nálezem. Pacient má zvýšený odpad kyseliny 5-hydroxyindolactové v moči za 24 hodin v oblasti tzv. šedé zóny. Kontrolní uretrocystoskopie je po 3 měsících od operace s normálním nálezem.

Závěr: Výskyt primárního neuroendokrinního karcinomu v oblasti uretry je raritní, v literatuře jsou dosud popsány 3 případy. Pacient je 3 měsíce po operaci zcela bez obtíží. V plánu je ambulantní endoskopická dispenzarizace a endokrinologicko-onkologické sledování.

73. Urine fetuin-A: existuje korelace s přítomností nefrolitiázy?

R. Vrtal¹, D. Stejskal², V. Študent¹

¹Urologická klinika LF a FN UP, Olomouc

²Odd. laboratorní medicíny nemocnice, Šternberk

Úvod: Urine fetuin-A inhibuje in vitro precipitaci hydroxyapatitu z nasycených roztoků kalcia a fosfátu. Do této chvíle nejsou žádné informace, jež by prokazovaly význam fetuinu-A u pacientů s nefrolitiázou. Cílem naší studie bylo vyhodnocení korelací mezi urine fetuinem-A a dalšími promotory a inhibitory krystalizace v moči u pacientů s recidivující urolitiázou.

Materiál, metodika: Bylo vyšetřeno 26 pacientů s recidivující urolitiázou (Ca oxalát) v anamnéze. U 15 pacientů nebyla detekována urolitiáza v době stanovení fetuinu-A a 11 pacientů mělo jasně verifikovanou urolitiázu v době naší studie. Všichni pacienti prodělali ultrasonografii ledvin a prostý snímek ledvin. Urine fetuin-A byl vyhodnocen pomocí Human Fetuin-A ELISA (Biovendor Inc).

Výsledky: Pacienti s recidivující urolitiázou měli signifikantně nižší hladinu urine fetuinu-A (medián 4,9 vs. 0,57 mg/den; $p < 0,01$) v porovnání s pacienty bez přítomnosti urolitiázy. Senzitivita urine fetuinu-A pro urolitiázu byla 82 %, specifická urine fetuinu-A byla 80 % (AUC 0,86; CI 0,94–1,0). Cut-off $\leq 2,1$ mg/den.

Závěr: Naše studie prokázala, že pacienti s verifikovanou urolitiázou měli signifikantně nižší hladinu koncentrace fetuinu-A nezávisle na dalších konvenčních promotorech a inhibitech krystalizace v moči.

74. Primární hyperparathyreóza v ordinaci urologa

K. Bartoníčková, G. Louženský
Urologická klinika FN Motol Praha, OKBH
Kartouzská, s. r. o, Praha

Úvod: V posledních dvou letech se zdvojnásobil počet litiatických v metabolické poradně Urologické kliniky FNM, u kterých byla prokázána primární hyperparathyreóza.

Materiál, metodika: Soubor 431 pacientů byl v období 1. 10. 2002–30. 4. 2007 monitorován v metabolické poradně. U všech nemocných byly vyšetřovány odpady litogenních látek a hladiny inhibitorů v séru a v moči sbírané 24 hodin, rozbor konkrementu a morfologické vyšetření (sonografie, nativní spirální CT, výběrově IVU). Při záchytu hyperkalcémie byl vyšetřen parathormon v séru a při jeho zvýšení indikována scintigrafie s CT příštítných tělísek.

Výsledky: Záchyt hyperkalcémie (v rozmezí 2,9–3,7 mmol/l) ve sledovaném souboru byl u 22 pacientů, u 19 byla potvrzena primární hyperparathyreóza. U 18 pacientů s primární hyperparathyreózou byl v konkrementu významný záchyt brushitu nad 20%.

Závěr: V rozmezí 1/2002–3/2005 bylo v souboru 7 pacientů a od 4/2005 do 2007 12 pacientů s diagnostikovanou primární hyperparathyreózou. Sledovaní pacienti mají v anamnéze opakované a často oboustranné symptomatické konkrementy, opakované ESWL a endoskopické výkony. Domníváme se, že vzrůstající počet primární hyperparathyreózy nesouvisí s obecně vyšší incidencí onemocnění, ale s pozdním záchytem. Doporučujeme cíleně vyšetřovat močové konkrementy již v první linii urologické péče a u recidivujících litiáz opakovat vyšetření kalcémie.

75. Extenzivní hemoragie po perkutánní nefrolitotrypsi: zhodnocení rizikových faktorů

A. Čermák, B. Varga, D. Pacík, M. Nussir
Urologická klinika LF MU a FN, Brno-Bohunice

Úvod: Cílem retrospektivní studie bylo zhodnotit rizikové faktory, které mohou způsobit významné krvácivé komplikace při perkutánní nefrolitotrypsii (PCNL).

Materiál, metodika: V období 1992–2006 bylo provedeno 1389 PCNL. Průměrná doba sledování byla 58 měsíců (12–108). Výsledky pacientů s extenzivním krvácením, které si vyžádalo intenzivní péči (krevní převody, renální angiografii, nefrektomii) byly porovnány s ostatními pacienty bez krvácivých komplikací pomocí univarianta a multivarianta analýzy. Byly hodnoceny objektivní nálezy u pacientů, ledvin, charakteristiky konkrementů, operační techniky a zkušenosti operátora.

Výsledky: V souboru bylo řešeno 166 (11,9%) případů odlitkové litiázy, 38 (2,7%) případů litiázy se stenózou kalichu, 9× (0,6%) byla současně řešena cysta či divertikl kalichu. V 66 případech (4,7%) byl přístup cestou horního kalichu, v 18 případech (1,2%) byla nutná vícečetná punkce v rámci jednoho výkonu, 9× (0,6%) byla litiáza řešena v podkovovité ledvině. Extenzivní krvácení se vyskytlo u 15 pacientů (1,08%). Hypovolemický stav s nutností krevních převodů nastal u 10 (0,7%) pacientů, perirenální hematom u 4 (0,2%), krvácení z nefrostomického drenu u 12 (0,8%). Renální angiografie u 9 pacientů prokázala 7× (0,5%) pseudoaneurysma, 2× (0,14%) arteriovenózní píštěl. Ve dvou případech bylo nutno provést nefrektomii. K nárůstu kreatininu došlo u 3 (0,21%), 1× po selektivní embolizaci a 2× po provedení nefrektomie.

Závěr: Krvácivé komplikace po PCNL jsou závažné stavy, které ohrožují pacienta, prodlužují hospitalizaci, vedou k vynuceným operačním výkonům, jsou indikací k podávání krevních převodů a v některých případech mohou vést ke ztrátě orgánu. Signifikantní rizikové faktory pro závažné krvácení byly solitární ledvina, punkce horního kalichu, odlitková litiáza, vícečetné punkce, vícečetné operační výkony na jedné ledvině a méně zkušený chirurg. PCNL u pacientů se zvýšeným rizikem by měl provádět zkušený operátor.

76. Léčba odlitkové cystinové nefrolitiázy u dvanáctileté pacientky – kazuistika

M. Hrabec, J. Vrána, I. Hartmann, B. Brázda,
V. Študent
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Cílem kazuistiky je dokumentovat možnosti léčby odlitkové cystinové nefrolitiázy.

Materiál, metodika: Pacientka rok narození 1995 byla vyšetřena na spádové pediatrii pro bolesti břicha. Byla zjištěna levostranná odlitková kontrastní nefrolitiáza pánvičky a dolního kalichu. Na naši kliniku byla odeslána v říjnu 2006 ke stanovení dalšího postupu. Jako první metoda byla zvolena LERV s cílem alespoň částečné dezintegrace litiázy před plánovanou PEK. Její 3 sezení byla zcela bez efektu stran eventuální dezintegrace litiázy. Proto jsme indikovali PEK. Ta byla provedena ve 2 dobách v březnu 2007. Rozbor konkrementů potvrdil cystinovou litiázu. Po výkonech ponechána reziduální litiáza horního kalichu. Na ni začleňna doposud další 2 sezení LERV s výborným efektem, následovaná hojným spontánním odchodem drti nefrostomií. Byla zahájena farmakoterapie metalkaptázou.

Výsledky: T. č. je u pacientky dle posledního RTG dezintegrována reziduální litiáza horního a dolního kalichu a plánujeme třetí sezení LERV.

Závěr: Lze potvrdit fakt, že u cystinové litiázy je jako první metoda vhodná PEK, LERV pak jako komplementární metoda vhodná k řešení reziduální litiázy nebo konkrementů menších rozměrů.

77. Vliv režimu mikce na vznik cystolitiázy u pacientů po míšním traumatu

T. Novotný¹, J. Heráček^{1,2}, M. Urban^{1,2},
V. Sobotka³, L. Bittner¹, Z. Otava¹, J. Sachová¹,
Z. Trněná¹

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Androgeos, Praha

³Sanatorium Pronatal, Praha

Úvod: Vyhodnocení příčiny vzniku a léčby cystolitiázy (CL) u pacientů po poranění míchy (PM).

Materiál, metodika: V souboru 238 pacientů po PM jsme v období 3/2003–5/2007 diagnostikovali CL u 14 (5,88 %) pacientů. Do studie jsme zařadili 12 mužů a 2 ženy po PM (poranění u 6 pacientů v segmentu C1–7, u 2 pacientů v segmentu Th1–7, u 3 pacientů v segmentu Th8–11 a u 3 pacientů v segmentu Th12–L5) s průměrným věkem 43,4 (25–65) roků a dobou po úrazu 5,4 (2–7) roků. Průměrná doba sledování pacientů je 2,7 roku. U pacientů jsme hodnotili příčiny vzniku a komplikace léčby CL.

Výsledky: U 7 (50 %) pacientů jsme provedli cystolitotomii, u 7 (50 %) pacientů endoskopickou cystolitotrypsi. Jeden pacient (7,14 %) měl pooperační protrahovanou hematurii s následnou strikturou uretry (řešeno dilatací při autokatetrizaci). Po výkonu a následném urodynamickém vyšetření jsme u 7 pacientů (50 %) pacientů změnili režim mikce na čistou intermitentní katetrizaci (ČIK). Ostatních 7 pacientů jsme předali do spádové ambulantní péče. U jednoho pacienta (7,14 %), který byl s nevhodným režimem mikce dispenzarizován na jiném pracovišti, jsme 6 měsíců od cystolitotomie zaznamenali recidivu (řešeno cystolithotrypsi). Nevhodný režim derivace moči, rezultující významná postmikční rezidua a chronické nebo recidivující infekce močových cest (IMC) jsou zásadními faktory způsobujícími vznik CL.

Závěr: Práce potvrzuje vysoký výskyt cystolitiázy u pacientů po PM s nevhodným režimem mikce. Chronické IMC a významné postmikční reziduum zásadně přispívají ke vzniku CL. Studie poukazuje na nutnost aktivního přístupu urologa k této problematice.

78. Fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) verus transuretrální resekce prostaty (TURP)

J. Klečka, M. Hora, P. Běhounek, M. Hajžman
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: I když transuretrální prostatektomie (TURP) je stále zlatým standardem léčby BPH, je v současnosti pomalu vytlačována miniinvazivními technikami. Jednou ze současných metod je fotoselektivní vaporizace prostaty na podkladě absorpce laseru o vlnové délce 532 nm v hemoglobinu s následným vypařením tkáně.

Materiál, metodika: Do studie bylo zařazeno celkem 165 pacientů v období od května 2006 do května 2007. 120 pacientů podstoupilo fotoselektivní vaporizaci prostaty (přístroj Greenlight 80 W, AMS, USA), 45 pacientů bylo indikováno k transuretrální resekci prostaty. Vstupní parametry obou skupin nevykazovaly statisticky výrazné rozdíly (věk, velikost prostaty, Q max, reziduum, IPSS). Hodnocení probíhalo 1, 3, 6 a 12 měsíců. Hodnocenými parametry byly: délka operace, pooperační sérová hladina natria a hemoglobinu, délka katetrizace, Q max, reziduum, IPSS spolu s QoL a pooperační komplikace. Soubor pacientů nebyl standardně randomizován, nýbrž vycházel z preference chirurga a pacienta.

Výsledky: Ve skupině pacientů po PVP nedošlo k signifikantním změnám pooperačních hladin sérového natria (139 mmol/l ver. 135 mmol/l) a hemoglobinu (141 mmol/l ver. 140 mmol/l). U pacientů po TURP nebyly signifikantní rozdíly v před- a pooperačních hladinách sérového natria (138 mmol/l ver. 136 mmol/l), ale byl zjištěn pokles hemoglobinu (145 mmol/l ver. 121 mmol/l). U obou skupin byl zaznamenán nárůst maximálního průtoku moči. Ve skupině pacientů po TURP to bylo o 151 % (7,8–18,1 ml/s) u pacientů po PVP činil tento nárůst 169 % (8,5–23,5 ml/s). Postmikční reziduum vykazovalo stejný pokles v obou sledovaných skupinách, IPPS pokleslo po PVP z 24,5 na 11,9 (QoL pokleslo z 3,9 na 1,8) u pacientů po TURP činil tento pokles 23,9 předoperačně na 12,1 pooperačně (QoL pokleslo z 3,7 na 1,7). Délka pooperačního ponechání permanentního katétru byla po PVP v průměru 0,82 dne ver. 4,2 dny po TURP ($p < 0,001$).

Závěr: PVP je efektivní metodou léčby BPH srovnatelnou s TURP.

*Tato práce byla podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.*

79. Výskyt Chlamydia trachomatis v moči a uretrálním stěru

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹,
E. Francisci-Procházková², H. Kiacová¹,
V. Králová¹

¹Urocentrum Praha

²Aliatros Praha

Úvod: Infekce způsobené *Chlamydia trachomatis* patří k nejčastějším STI v ekonomicky rozvinutých zemích. Urogenitální a oftalmologické příznaky mohou provázet i systémové projevy infekce – artritidy, perihepatitidy, proktitidy. V jasné souvislosti s chlamydiovou infekcí je tubulární sterilita žen. Obvykle oligo- či asymptomatický průběh přivádí do ordinací jen část nemocných, velkou část postižených zastihneme při vyšetření sexuálních partnerů. Diagnostika onemocnění je finančně nákladná a její cena roste s citlivostí použité metody.

Materiál, metodika: V rámci diagnostiky STI jsme rutinně vyšetřovali nemocné kromě mikrobiologického vyšetření i na přítomnost *Chlamydia trachomatis*. Vyšetření obsahuje vyšetření dvou vzorků, a to uretrální abrazi a vyšetření moči. Vyšetření provádí laboratoř metodou PCR. Sledujeme, zda je nezbytné vyšetření obou vzorků, a zda by bylo možné jeden z odběrů opustit. Je pravděpodobné, že záchyt v moči a uretře závisí na době trvání infekce.

Výsledky: V letech 2005–2007 jsme vyšetřili 1 381 vzorků ke stanovení chlamydií. Předkládáme soubor 268 vyšetření chlamydie naivních pacientů, kde jeden nebo oba vzorky byly pozitivní. Soubor zahrnuje 123 žen a 145 mužů. Z obou vzorků, tedy z moči i uretrálního stěru, jsme detekovali pozitivitu v 89 případech, samostatně jsme zastihli nálezy v moči u 40 pacientů, v uretrálním stěru u 50 pacientů.

Závěr: Literárně se záchyt Chl. trachomatis amplifikačními technikami z prvního vzorku moči pohybuje mezi 50–95 %, ze stěru je senzitivita vyšetření vyšší, dosahuje 75–100 %. Na základě našich výsledků se nedomníváme, že je možné redukovat počet vzorků při zachování senzitivity vyšetření.

80. High risk (HR) HPV mužů a výsledky konzervativní léčby

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, H. Kiacová¹,
R. Tachezy²

¹Urocentrum Praha

²Národní referenční laboratoř pro papilomaviry ČR

Úvod: HPV infekce patří k nejčastějším na celém světě. Jen v USA již ročně detekují více než 5,5 milionu případů. Prevalenční data z České republiky nejsou známá. Přesto lze předpokládat, že se počet onemocnění zvyšuje. HPV napadají mitoticky aktivní bazální epiteliální buňky sliznic a kůže. V závislosti na onkogenním potenciálu rozlišujeme high a low risk typy. Podíl HR HPV na vzniku a rozvoji cervikálního karcinomu, ale i dalších zhoubných nádorů v oblasti anogenitálu a laryngu je významný. Mužský faktor bývá často opomíjen a po infekci urolog často ani nepátrá.

Materiál, metodika: Předkládáme výsledky vyšetření 114 mužů, jejichž partnerka je sledována na onkogynekologii pro nález HR HPV. Všichni byli vyšetřeni k detekci HPV běžným sledováním kožních či slizničních změn, vyšetření kys. octovou a odběrem stěru ze suspektního ložiska či uretrálního stěru, pokud neprokážeme suspektní lézi. Typizaci a sekvenaci HPV provádíme pomocí amplifikačních metod PCR.

Výsledky: Ze 114 mužů jsme detekovali infekci u 91, tj. u 79%. Všichni měli shodně s partnerkou HR HPV. Nejčastějším typem detekovaným v našem souboru je HPV 33. Všichni nemocní podstoupili navržený režim, který spočíval v sexuální abstinenci, respektive se sexuálním stykem pouze s bariérovou ochranou. Po 6 měsících byli nemocní znovu vyšetřeni, včetně vyšetření ke stanovení HPV. S výjimkou jediného u všech došlo ke konverzi na negativní nález.

Závěr: HPV je nejčastější STI. Její klinický obraz je rozmanitý, ale obvykle u mužů asymptomatický. Přesto je postižení obou partnerů velmi frekventní. Pouze režimová opatření mohou vést k vyléčení muže. Při náležité chirurgické léčbě u partnerky a viditelných lézí u muže bychom měli získat kontrolu nad onemocněním u konkrétního páru. S promiskuitou se riziko reinfekce zvyšuje.

81. Traumata ledvin

J. Hlaváčová, M. Hora, T. Üрге, J. Jambura,
J. Ferda, J. Bulka
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Shrnutí vlastních zkušeností a výsledků léčby poranění ledvin (PL).

Materiál, metodika: Ve FN Plzeň bylo od ledna 2000 do května 2007 ošetřeno 38 pacientů (30 mužů a 8 žen) s PL. Soubor byl zhodnocen z pohledu nutnosti indikace operační léčby.

Výsledky: Věk ošetřených byl 7–84 let (v průměru 31 let). Ve 22 případech šlo o levostranné PL, v 15 případech o pravostranné, u jednoho muže bylo PL oboustranné. PL 1.–2. stupně dle klasifikace AAST (American Association for Surgery of Trauma) bylo zjištěno u 23 (60%) pacientů. U 14 (61%) pacientů bylo postupováno konzervativně. U 9 (39%) pacientů byla provedena operační revize, z toho v 6 (67%) případech ihned, 2× (22%) druhý den, u jednoho muže (11%) 4. den. U 8 (89%) revidovaných pacientů byla ledvina ponechána, u jednoho muže (11%) byla pro pokročilou ischemii při posttraumatické trombóze renální tepny provedena nefrektomie (NE). PL 3.–6. stupně dle klasifikace AAST bylo zjištěno u 15 (40%) pacientů. Ve 3 (20%) případech bylo postupováno konzervativně. U 12 (80%) pacientů byla provedena operační revize, z toho u 10 (84%) případů ihned, u jednoho muže (8%) až 15. den a u jedné ženy (8%) s poraněnou pánevníčkou byla revize a sondáž ureteru provedena 16. den po úrazu. U 8 (80%) revidovaných pacientů byla provedena NE, u 2 (20%) mužů byla ledvina ponechána.

Závěr: V diagnostice PL se provádí jako první USG s dopplerovským zobrazením, při patologickém nálezu doplňujeme CT s i.v. podáním k.i., pokud možno včetně CT angiografie. Konzervativní postup volíme u lehčích PL, ale i těžší PL lze v případě dobrého klinického stavu pacienta léčit konzervativně. Indikací k operační revizi je pokračující krvácení, tvorba urinomu, rozsáhlejší revitalizace tkáně ledviny dle CT a avulze hilu.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819
Náhrada a podpora funkce některých životně důležitých orgánů.*

82. Ošetření iatrogeně přerušného močovodu laparoskopicky provedenou Boariho plastikou

J. Kopecký¹, J. Krhut¹, D. Mika¹, H. Geržová²

¹Urologické oddělení FN Ostrava

²Gynekologická klinika FN Ostrava

Úvod: Demonstrace využití laparoskopické operační techniky při rekonstrukci močovodu.

Materiál, metodika: Pacientka, 47 let, šetřena na gynekologii pro bolesti v malé pánvi, poruchy cyklu a myomatózní dělohu. Indikována laparoskopická operační revize, při které byly nalezeny rozsáhlé zánětlivé změny pravých adnex, obdobný ale menší nález vpravo, dále myomatózní děloha. Provedena oboustranná adnexektomie a hysterektomie (histologicky zjištěna endometrióza). Pooperační průběh bez komplikací, pacientka afebrilní bez sekrece z drénu. Třetí pooperační den vyšetřena urologem pro bolesti v pravé bederní krajině, zjištěna dilatace dutého systému ledviny III. stupně, zajištěna punkční nefrostomií. Doplněná ascendentní pyelografie a nefrostomografie. Diagnostikováno poškození močovodu v místě křížení s ilickými cévami. Pacientka indikována k laparoskopické operační revizi. V Trendelenburgově poloze, využíváme původní porty, nacházíme úplné přerušování pravého močovodu juxtavezikálně. Laparoskopicky provádíme Boariho lalokovou plastiku, peroperačně zaveden JJ stent.

Výsledky: Pooperační průběh klidný, sekrece z drénu minimální. Sedmý pooperační den provedena nefrostomografie, bez nálezu paravazace, nefrostomie odstraněna. Stent odstraněn sedm týdnů po operaci. Půl roku po operaci je pacientka bez klinických potíží, bez měštnání v dutém systému ledviny a bez patrného vesikoureterálního refluxu při mikci. Renální funkce jsou v normě.

Závěr: Včasná laparoskopická revize po předchozím laparoskopickém výkonu se ukázala jak dobrou diagnostickou, tak terapeutickou metodou v případě úplného iatrogenního poranění ureteru.

83. Urologické komplikace úrazů pánve

J. Hlaváčová, M. Hora, T. Ůrge, J. Ferda,

J. Bulka, J. Zeman, T. Pavelka

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Shrnutí vlastních zkušeností a výsledků léčby urologických komplikací fraktur pánve.

Materiál, metodika: Ve FN Plzeň bylo od ledna 1998 do května 2007 ošetřeno 30 pacientů se závažnými poraněními močových cest při traumatech pánve.

Výsledky: Věk ošetřených byl 13–54 let (v průměru 34 let). Ruptura močového měchýře (RMM) byla diagnostikována u 16 pacientů, z toho ve 14 (88%) případech extraperitoneální, ve 2 (12%) případech intraperitoneální. U dvou mužů byla současně poraněna i zadní uretra. U všech byla provedena operační revize a sutura stěny moč. měchýře. Trauma zadní uretry (TZU) bylo diagnostikováno u 16 pacientů. U 8 (50%) pacientů byla provedena akutní operační revize a primární „realignment“ uretry. Z toho u 6 (75%) pacientů bylo TZU spojeno s dislokací prostaty od pánevního dna a u 2 (25%) byla současně přítomna RMM. U 7 (44%) pacientů byla provedena punkční epicystostomie, jeden (6%) byl primárně zacévkován. U 4 (25%) pacientů – u 3 (38%) po primárním „realignmentu“ a 1 (14%) po založení epicystostomie – byla s odstupem 3 měsíců indikována zadní resekční uretroplastika. U 2 (50%) pacientů byl její efekt vynikající, u 2 (50%) vznikla krátká stenóza anastomózy řešená s odstupem 8–12 týdnů po operaci optickou uretrotomií. Erektální dysfunkce (ED) se vyvinula u 6 (100%) mužů s distrakčním defektem zadní uretry a u jednoho (7%) s extraperitoneální RMM.

Závěr: RMM nečiní velký diagnostický ani léčebný problém. U podezření na TZU je ještě před instrumentací nutná ascendentní uretrografie. Poté provádíme punkční epicystostomii či primární „realignment“. U distrakčních defektů následuje za 12 týdnů zadní resekční uretroplastika.

84. Spontánní ruptura močového měchýře: tři případy z našeho pracoviště

O. Havránek¹, J. Krhut¹, J. Kopecký¹, K. Mainer¹,
P. Vávra², J. Dostálík²

¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

²Chirurgická klinika FN, Ostrava-Poruba

Úvod: Spontánní ruptura močového měchýře je velmi vzácná. Je popisována souvislost s chronickým abusem alkoholu nebo radioterapií malé pánve. U značné části pacientů zůstává příčina ruptury nejasná. Uvádíme kazuistiky tří pacientů léčených pro spontánní rupturu močového měchýře na našem pracovišti. U jednotlivých případů hodnotíme rizikové faktory a snažíme se najít vhodné postupy pro stanovení diagnózy, která je vzhledem k raritnímu výskytu velmi obtížná. Rovněž uvádíme možné léčebné postupy s důrazem na využití miniinvasivních metod.

Materiál, metodika: Retrospektivně uvádíme kazuistiky tří pacientů. Dva z nich byli primárně operováni pro známky náhlé příhody břišní na chirurgické klinice. V prvním případě byla zvolena otevřená revize dutiny břišní, v druhém případě diagnostická laparoskopie s následnou konverzí a otevřeným výkonem. Třetí pacient byl primárně vyšetřen na urologické ambulanci, diagnóza byla stanovena preoperačně a výkon proveden laparoskopicky. U všech pacientů byla provedena sutura stěny močového měchýře a adekvátní zajištění jeho drenáže. Okraje perforovaného místa byly vždy odeslány k histologickému vyšetření.

Výsledky: U dvou pacientů došlo ke kompletnímu zhojení defektu, u jedné pacientky jsme vzhledem k velmi malé kapacitě močového měchýře provedli ve druhé době derivaci moči podle Brickera.

Závěr: Na diagnózu spontánní perforace močového měchýře by mělo být pomýšleno u všech pacientů se známkami akutní peritonitidy s oligurií, přítomností volné tekutiny v dutině břišní, laboratorně zjištěnou elevací urey, kreatininu, iontovou dysbalancí, hematurií a anamnesticky zjištěnými rizikovými faktory. Diagnóza může být spolehlivě potvrzena pomocí retrográdní cystografie, CT může upřesnit lokalizaci postiženého místa. Léčbou volby je sutura močového měchýře a zajištění jeho drenáže buďto otevřenou cestou, nebo laparoskopicky.

85. Laparoskopické ošetření spontánní ruptury močového měchýře

J. Kopecký, O. Havránek, J. Krhut
Urologické oddělení FN Ostrava-Poruba

Úvod: Demonstrace využití laparoskopické techniky k diagnostice a ošetření spontánní intraperitoneální ruptury močového měchýře.

Materiál, metodika: Pacient, 59 let, na urologii dosud neléčen. Přijat s 12hodinovou anamnézou akutní močové retence. Zaveden permanentní katétr, evakuace hematurické moči, přetrvává však bolest v podbříšku, pacient je celkově schvácený. Doplněna cystografie na CT, kde patrný masivní únik kontrastní látky do dutiny peritoneální. Pacient indikován k laparoskopické operační revizi. Peroperačně prokázána intraperitoneální ruptura močového měchýře, revidována vnitřní plocha močového měchýře a provedena sutura stěny močového měchýře ve dvou vrstvách.

Výsledky: Pooperační průběh bez komplikací, kontrolní cystografie bez úniku kontrastní látky. S odstupem čtyř měsíců je pacient indikován k transuretrální resekci prostaty, při ní normální cystoskopický nález stěny měchýře v místě ruptury.

Závěr: Laparoskopie se stává nedílnou součástí urologické operativy. Umožňuje diagnostiku a ošetření drobných poranění močového měchýře jak spontánních, tak iatrogenních, například po transuretrálních resekcích tumorů močového měchýře.

86. Národní onkologický program ČR on-line

L. Dušek¹, L. Šnajdrová¹, P. Zemánek¹,
D. Schwarz¹, P. Brabec¹, J. Vorlíček²

¹Institut biostatistiky a analýz, MU, Brno

²LF MU, Brno

Úvod: Národní onkologický program (NOP, viz též www.linkos.cz) je platformou zasahující celou českou společností s cílem sjednotit ji v boji proti jednomu z nejnebezpečnějších onemocnění současnosti – zhoubným nádorům. Z hlediska informatiky je NOP především výzvou ke komunikaci, která může nabývat mnoha podob: vzájemná komunikace komplexních onkologických center mezi sebou nebo se svými partnery, výměna zkušeností, sjednocení a standardizace postupů, komunikace onkologických pracovišť a zdravotnických zařízení s laickou veřejností, komunikace onkologických pracovišť s managementem českého zdravotnictví za účelem optimalizace a zvýšení kvality poskytované péče, komunikace nebo spíše prezentace české onkologie v zahraničí.

Materiál, metodika: V rámci informační podpory programu je od roku 2006 vyvíjen prezentační portál, jehož cílem je prezentovat síť onkologických pracovišť ČR a probíhající výzkumné a registrační projekty programu. Náplň projektu \NOP on-line\ (www.onconet.cz) lze sumarizovat takto: Nově vytvořený portál zabývající se komunikací cílů Národního onkologického programu a jejich naplňováním. Hlavním cílem portálu je vyvážená prezentace všech komplexních onkologických center a poskytování informačních služeb v jejich regionech. Jednotlivá onkologická centra mohou využívat služeb portálu k prezentaci svých cílů, vybavení a kvality péče. V sekci \data & projekty\ portál usiluje o jednotnou prezentaci českých projektů do zahraničí a o vytvoření sjednocující prezentace různých výzkumných projektů, klinických registrů apod.

Výsledky: V tomto příspěvku je prezentována nová verze portálu, na které již lze nalézt standardizovanou prezentaci všech komplexních onkologických center a skupin a dále detailní prezentace konkrétních pracovišť. Pro snadnou orientaci byla ve spolupráci s lékaři center zmapována síť pracovišť a tato je k dispozici interaktivně přes mapu ČR a mapu regionů.

Závěr: Generálním partnerem projektu NOP on-line a poskytovatelem grantu je společnost Astra Zeneca Czech Republic.

87. Webový portál SVOD: epidemiologie zhoubných nádorů v České republice v on-line dostupných analýzách

J. Mužík¹, L. Dušek¹, M. Kubásek², J. Koptíková¹,
P. Pavliš¹, R. Vyzula³, J. Abrahámová⁴,
J. Žaloudík³

¹Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

²Fakulta informatiky MU, Brno

³MOÚ, Brno

⁴FTN, Praha

Úvod: Na adrese <http://www.svod.cz> je veřejně zpřístupněn webový portál, jehož cílem je poskytovat reprezentativní data o epidemiologii zhoubných nádorů v ČR. Projekt SVOD (Systém pro vizualizaci onkologických dat) vychází z předpokladu, že informace o epidemiologii těchto závažných onemocnění by měly být volně přístupné všem občanům ČR. Dalším záměrem webového portálu je poskytování relevantních informací o epidemiologii nádorů v ČR do zahraničí.

Materiál, metodika: Webový portál SVOD vzniká ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky MZ ČR a pod garanci České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS). Další nezbytné datové vstupy jsou získávány na základě spolupráce s Českým statistickým úřadem. Vývoj systému zajišťuje Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity a Masarykův onkologický ústav v Brně.

Výsledky: Portál SVOD nyní zpřístupňuje data Národního onkologického registru (NOR) z let 1977–2004, což představuje přes 1,4 milionu záznamů 113 diagnóz. Tato data lze analyzovat z pohledu základních epidemiologických charakteristik uživatelem vybraných skupin pacientů (výběr dle diagnózy, pohlaví, věku, období, regionu, klinického stadia, TNM), přístup k datům umožňuje tematicky zaměřené interaktivní nástroje s grafickými a tabulkovými výstupy. Kromě webového portálu byl dále vyvinut samostatný software SVOD, který kromě základních epidemiologických analýz umožňuje i analýzu klinických onkologických dat. Tento systém je určen pro uživatele z řad odborné veřejnosti a managementu zdravotnictví a oproti webovému portálu nabízí širší spektrum analytických nástrojů a možnost přístupu k detailnějším údajům o diagnostice a léčbě pacientů.

Závěr: Portál SVOD je každoročně aktualizován a bude i nadále rozvíjen. Data NOR svým rozsahem umožňují i populační odhady přežití pacientů a tyto analýzy jsou připraveny pro komunikaci v rámci ČOS. Mohou sloužit jako informační zdroj pro management českého zdravotnictví a pro nastavení referenčních standardů výsledků léčebné péče v onkologii.

88. Příčiny pozdního vyšetření nemocných s nádorem varlete

M. Chocholatý, I. Kawaciuk, P. Dušek, P. Hanek
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Cílem práce bylo zjistit příčinu pozdní diagnózy nádorů varlat.

Materiál, metodika: Studie zahrnuje 94 nemocných (průměrný věk 35 let; 19–68) léčených pro testikulární nádor od 3/2002 do 4/2007. Některé otázky semistrukturovaného dotazníku zodpovědělo také 78 praktických lékařů s průměrnou délkou praxe 23 let.

Výsledky: Třetina (36 %) nemocných se o nádorech varlete dozvěděla až při stanovení diagnózy a čtvrtina (25,5 %) věděla jenom, že existují. Širší informaci mělo 38,5 % nemocných, nejčastěji ze sdělovacích prostředků nebo od známých, jenom dva ji měli od lékaře. Změny na varleti upozoroval nemocný v 88,3 %, partnerka ve 4,3 % a diagnóza byla náhodná v 7,4 %. Do týdne bylo u lékaře 29,8 % nemocných a ostatní (70,2 %) udávali jako důvod opožděné návštěvy lékaře: nedostatek informací (36 %), čekání na vývoj onemocnění (15 %), stud (11 %), strach z nádoru (10 %), nedostatek času (8 %), kombinaci důvodů se strachem z impotence (6 %) a 10 % nemocných důvod neuvědlo. Jenom 7,4 % nemocných vědělo o samovyšetřování varlat a vyšetřovali se. Na preventivní prohlídku pravidelně docházelo 67 % nemocných. Na otázku „Poučujete o způsobu samovyšetření varlat?“ odpovědělo ANO 45 % praktických lékařů. Na otázku „Poučil Vás praktický lékař o samovyšetření varlat?“ odpovědělo ANO 3,1 % nemocných. Na otázku „Kdy vyšetřujete varlata?“ odpověděli lékaři: nikdy (5 %), při preventivní prohlídce (34 %) a při obtížích s varlaty (61 %). Na otázku „Vyšetřoval Vám někdy lékař varlata?“ odpověděli nemocní chodící na prohlídky pravidelně: praktický lékař při každé prohlídce (4,8 %), praktický lékař 1–2× (17,5 %), lékař jiné specializace (7,9 %) a nikdy (69,8 %).

Závěr: Nejčastější příčinou pozdního vyšetření nemocných s nádorem varlete je nedostatek informací o příznacích, léčbě a významu včasné diagnózy u těchto nádorů. Nedostatečná je preventivní činnost praktických lékařů v této oblasti.

89. Význam 18-FDG PET/CT v diferenciální diagnostice tumorózně zvětšených nadledvin u onkologických pacientů

V. Nižňanská, Z. Řehák, K. Bolčák, J. Staníček,
J. Stupalová
Oddělení nukl. medicíny MOÚ, Brno

Úvod: Nadledviny jsou častým cílem metastáz nádorů. Při solitárním postižení nadledviny je odlišení MTS a benigního ložiska zásadní. Výskyt incidentalomů může dosahovat téměř 10 %. V běžné populaci tvoří většinu incidentalomů benigní adenomy, u pacientů onkologických je mírná převaha MTS, ale s nezanedbatelným podílem benigních adenomů.

Materiál, metodika: V souboru jsme hodnotili nálezy 76 pacientů, z toho 27 se solitárním postižením. K vyhodnocení biologické povahy lézí jsme použili měření kvantitativních parametrů. Při zpracování obrazů a následné fuzi jsme měřili: denzitu ložisek v nadledvinách na nativních CT scanech v HU a intenzitu akumulace FDG na PET scanech jako semikvantitativní hodnotu SUV (standard uptake value). Kvantitativní i vizuální informace z obou těchto modalit jsme porovnávali. Histologická verifikace byla provedena u 9 pacientů, u ostatních jsme hodnotili další vývoj opakovaným vyšetřením. CT scany jsme získávali za pomoci PACS-u anebo v digitalizované podobě z CD. Pozitronovou emisní tomografii jsme prováděli za pomoci PET kamery ECAT ACCEL Siemens za standardních podmínek.

Výsledky: Metastázy měly při PET vysokou akumulaci FDG s průměrnou hodnotou SUV maxim. 12 (cut off 3,1) a průměrnou denzitou na nativním CT 36 HU při minimální velikosti léze 1 cm. Adenomy (26) byly PET negativní, s průměrnou hodnotou denzity +5 HU a většina z nich měla vysoký obsah tuku, tj. s denzitou na CT do 10 HU. U 2 pacientů se zobrazily kortikální adenomy s mírnou akumulací FDG – na CT dosahovaly max. 23 HU. Ostatní ložiska v nadledvinách: ganglioneurom, primární lymfom, PNET a myelolipom. Zásadní bylo určení denzity na nativních CT scanech, hodnoty do 16 HU velmi dobře korelovaly s negativním PET nálezem (adenomy).

Závěr: 18-FDG PET/CT je velmi vhodnou metodou při odlišování benigních a maligních ložisek v nadledvinách, a to zvláště při syntéze kvantitativních informací z obou modalit.

90. Výsledky chirurgické léčby afunkčních nádorů nadledvin

L. Šafařík¹, K. Novák¹, M. Pešl¹, P. Macek¹,
O. Čapoun¹, R. Sobotka¹, P. Dundr², J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

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

Úvod: Expanze nadledvin jsou stále častěji detekovány pomocí ultrasonografie a CT/NMR. Přes jejich zpravidla asymptomatický průběh je vždy obtížné odhadnout jejich biologickou povahu, přestože dnes existují i funkční vyšetření založené na obratu značené glukózy a jiných metabolitů (PET).

Materiál, metodika: V letech 1999–2007 bylo na urologické klinice operováno 72 pacientů pro afunkční expanzi nadledvin. Kromě 5 pacientů, kteří byli operováni otevřenou cestou, ostatní operace byly provedeny transperitoneální laparoskopií s primárním přístupem k renálnímu hilu a hilu nadledviny/nádoru. Po uzavření arteriálního a venózního řečiště jsme vždy celou nadledvinu i s nádorem, který mnohdy převažoval nebo zcela nahrazoval nadledvinou tkáň, oddělili od okolí pomocí harmonického skalpelu a monopolární koagulace. V poslední době jsme použili též LigaSure.

Výsledky: Celkem jsme operovali 30 mužů a 42 žen, poměr stran byl 45 : 27 (62,5 % : 37,5 %) ve prospěch pravé strany. V 17 případech byla prokázána malignita (23,6 %), přičemž 13krát byl zjištěn synchronní nebo metachronní výskyt metastázy renálního adenokarcinomu (76 %), další malignity byly 2× sarkom a 2× metastáza bronchiálního karcinomu. Onkocytom nadledviny byl zjištěn 3×, v ostatních případech šlo o adenomy, lipomy, myelolipomy a neurinomy, případně posthemoragické cysty. Průměrná hmotnost resekované tkáně při laparoskopii byla 93 g (8–700 g, u otevřených operací 236 g). Tři nemocní s metastázou RCC do nadledviny zemřeli s mediánem přežití 24 měsíců (7–61), ostatních 9 přežívá s mediánem 11 měsíců (1–79).

Závěr: Asymptomatické expanze nadledvin jsou indikovány k exstirpacím pro jejich nejistou biologickou povahu, neboť téměř u 1/4 se prokáže maligní původ. Ideálním přístupem je transperitoneální laparoskopie s primárním ošetřením cévního zásobení nádoru.

91. Výsledky léčby sekundární hypertenze při primárním hyperaldosteronizmu (M. Conn)

L. Šafařík¹, K. Novák¹, M. Pešl¹, P. Macek¹,
R. Sobotka¹, O. Čapoun¹, T. Zelinka², P. Dundr³,
V. Ciprová³, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

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

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

Úvod: Sekundární hypertenze v důsledku endokrinopatie nadledvin je poměrně vzácná. Vyskytuje se do 5 % všech případů hypertenze. Nejčastější příčinou je primární hyperaldosteronismus (Connův syndrom).

Materiál, metodika: V letech 1997–2007 jsme operovali 56 nemocných s primárním hyperaldosteronizmem diagnostikovaným zpravidla na základě hypokalemie, zvýšené bazální a zátěžové sekrece aldosteronu (A) a snížení plazmatické reninové aktivity (PRA). V nejistých případech byl proveden selektivní odběr venózní krve ze suprarenálních žil, resp. dolní duté žíly. Tři operace do r. 2001 byly provedeny otevřenou cestou, ostatní transperitoneální laparoskopií.

Výsledky: Operovali jsme 26 mužů a 30 žen, věkový průměr byl 49 let (muži 53,5, ženy 44,7). Ve stranovém postižení převažovala levá strana 35:21 (62,5 %:37,5 %). Hmotnost odstraněné tkáně nádoru s nadledvinou byla v průměru 34 g, doba hospitalizace 5,3 dne u laparoskopie. Předoperační bazální hodnoty A byly v průměru 188 ng/l (56,1–1643, norma 25–130, N = 51), pooperační 62 ng/l (N = 53). U všech nemocných s výjimkou 1 se pooperačně normalizovala hypokalemie, u 8 došlo k opětovnému vzestupu bazálního A v průměru na 701 ng/l a 22 nemocných se nadále léčí pro hypertenzi. U 3 nemocných byl potvrzen sekundární hyperaldosteronismus v důsledku nevhodné diuretické léčby (vysoké PRA). Celková úspěšnost pouze chirurgické léčby byla 62 %.

Závěr: Chirurgická léčba sekundární hypertenze v důsledku Connova syndromu je úspěšná téměř ve 2/3 případů. Další nemocní, zpravidla polymorbidní, vyžadují nadále antihypertenzivní medikaci, která však musí být dobře volena, aby nezpůsobovala rozvoj sekundárního hyperaldosteronizmu. Endokrinologická kontrola je nezbytná i když je ekonomicky náročná.

92. Nádory horních močových cest

R. Pavelková, J. Bárta, M. Krolupper, P. Klézl,
M. Kotlář, J. Novák
Urologické oddělení Fakultní nemocnice
Na Bulovce, Praha

Úvod: Uroteliální nádory horních močových cest jsou poměrně vzácné nádory, které tvoří asi 5 % všech uroteliálních nádorů. Referujeme soubor 46 pacientů, kteří byli pro diagnózu uroteliálního karcinomu horních močových cest v letech 1996 až 2006 ošetřeni na našem pracovišti.

Materiál, metodika: V souboru 46 pacientů, kterým byla provedena nefroureterektomie pro nález karcinomu horních močových cest, hodnotíme věk, stage, grade, multifokalitu a předchodí anamnézu uroteliálního karcinomu. Především nás zajímá vztah mezi grade a stage nádoru.

Výsledky: U 46 pacientů ve věku od 52 do 80 let s uroteliálním karcinomem horních močových cest byl nejčastějším histologickým nálezem G2 Ta uroteliální karcinom, a to jak v oblasti pánvičky, tak v oblasti močovodu. Ve 4 případech byl v době stanovení diagnózy zjištěn i uroteliální karcinom močového měchýře a v 7 případech měli pacienti v anamnéze již uroteliální karcinom močového měchýře. U 2 pacientů bylo zjištěno v době diagnózy metastatické postižení uzlin. Nejčastější lokalizací uroteliálního karcinomu horních močových cest je oblast ledvinové pánvičky. U 44 pacientů byla provedena nefroureterektomie a u 2 pacientů byl nález endoskopicky ošetřen (solitární ledvina).

Závěr: Z daného souboru 46 pacientů do dnešního dne zemřelo 23 pacientů, z nichž 12 na uroteliální karcinom. Z 23 přežívajících pacientů je nyní 17 bez recidivy uroteliálního karcinomu.

93. Invertovaný uroteliální papilom močovodu

O. Čapoun¹, J. Dvořáček¹, K. Novák¹,
P. Prokopová²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Patologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Invertovaný papilom je vzácný tumor, zahrnující 2,2 % případů uroteliálních nádorů. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, v převážné většině u mužů. Nejčastější lokalizací je močový měchýř (90 %), může se však objevit v průběhu celého urotraktu. Primárním symptomem je až u 60 % pacientů nebolestivá makroskopická hematurie. Z diagnostických metod je běžně dostupná cytologie, sonografické zobrazení, vylučovací urografie a CT. Definitivní diagnózu však stanoví až histologické vyšetření. U invertovaného papilomu jde o převážně trabekulární uspořádání elementů, s nízkou proliferativní aktivitou a vzácnými mitózami. Rozhodující v diagnóze je přítomnost intaktní bazální membrány. Ačkoliv je invertovaný uroteliální papilom obecně považován za benigní lézi, vzácně může recidivovat, vyskytovat se mnohočetně nebo vykazovat maligní potenciál.

Materiál, metodika: 59letá pacientka byla vyšetřena pro nebolestivou makrohematurii bez jiné symptomatologie. V diagnostickém postupu byla přínosná až vylučovací urografie, která odhalila defekt náplně subrenálního pravostranného ureteru, nejspíše z intraluminálně rostoucího útvaru.

Výsledky: U pacientky byla provedena v rámci operačního výkonu diagnostická ureterorenoskopie s nálezem papilomatózního tumoru, dále jsme pokračovali resekcí části močovodu s hmatným útvarem a mikrochirurgickou ureterorafii. Histologicky byl nález zhodnocen jako invertovaný uroteliální papilom odstraněný v celém rozsahu. Pacientka je dále sledována na našem pracovišti, kontrolní rentgenové vyšetření po třech měsících ukázalo prakticky normální nález na horních močových cestách.

Závěr: Invertovaný papilom je považován za benigní lézi, ačkoliv jeho biologický potenciál stále zůstává nejistý. Riziko recidivy tumoru je výrazně nižší než u nízkého rizikového uroteliálního karcinomu, z prognostického hlediska je u těchto pacientů v současnosti nejdůležitější pravidelné sledování a indikace časného výkonu u každého dalšího nálezu.

94. Reziduální retroperitoneální infiltrát u nemocných s germinativním tumorem varlat a určení jeho viability pomocí 18F-FDG PET – zhodnocení na vlastním souboru 25 nemocných

také při stagingu a při podezření na relaps u nádorů varlat je stále předmětem mnoha studií a její role není definitivně stanovena.

Podpořeno grantem IGA MZČR NR 8342-3/2005.

Z. Řehák¹, I. Čapák², J. Doležel², D. Miklánek²,
I. Kocák³, P. Fabián⁴, I. Penka⁵, M. Pacal⁶,
R. Lakomý³, K. Bolčák¹, J. Staníček¹

¹Oddělení nukleární medicíny MOÚ, Brno

²Oddělení urologické onkologie MOÚ, Brno

³Klinika komplexní onkologické péče MOÚ, Brno

⁴Oddělení patologie MOÚ, Brno

⁵Chirurgické oddělení MOÚ, Brno

⁶Oddělení radiologie, MOÚ, Brno

Úvod: Retroperitoneální lymfatické uzliny jsou u germinativních nádorů varlat spádovou lymfatickou oblastí. Často zůstávají i po chemoterapii (CHT) zvětšeny, jejich resekce předpokládá nalezení fibrózy (48 %), teratomu (37 %) nebo jiného viabilního tumoru (15 %).

Materiál, metodika: Od září 2003 do května 2007 (33 měsíců) jsme provedli 598 PET vyšetření u 553 pacientů s germinativními tumory varlat. Vlastním souborem je 25 pacientů po CHT, u kterých byl RP infiltrát do 90 dní od vyšetření PET reskován. Věk nemocných byl v rozmezí 18–41 let (průměr 28,8 let), jednalo se o 5 seminomů a 20 nádorů neseminomového typu (zahrnuti i 3 pacienti s extragonadálním germinativním tumorem RP).

Výsledky: PET vyšetřením byly RP infiltráty rozděleny na PET pozitivní (6×) – ložiskový nález se SUVmax nad 2,5 a PET negativní (19×). U 6 PET pozitivních nálezů byla správně detekována perzistující nádorová tkáň 4× a 2× byla falešná pozitivita u zánětlivých změn ve fibróze (u seminomu i neseminomu). U 3 seminomů PET správně detekovala fibrózu (PET negativní). Problematické byly PET negativní nálezy u neseminomů (16 pacientů) vzhledem k nálezu mikrometastáz teratokarcinomu (1×), zralého teratomu (7×) i fibrózy (11×).

Závěr: Doporučenou indikací u germinativních nádorů varlat je PET k predikci viability reziduálních infiltrátů u seminomů. Rovněž v případech našich seminomů byla správně určena fibrotická rezidua. Je třeba počítat s možností falešné PET positivity i při zánětlivých změnách ve fibroticko-nekrotickém reziduu, a to u všech histologických typů. Potvrzujeme, že v případě neseminomů není PET schopna odlišit fibrotické reziduum od zralého teratomu (oba nálezy mohou být PET negativní), tato skutečnost se nám jeví jako limitující pro použití PET v této indikaci. 18F-FDG PET při predikci viability reziduálních tumorů u neseminomů, ale

95. Výsledky retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s metastatickým testikulárním nádorem neseminomového typu na našem pracovišti

O. Havránek¹, J. Krhut¹, J. Hájek², J. Kopecký¹, D. Feltl²

¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

²Onkologická klinika FN, Ostrava-Poruba

Úvod: Retroperitoneální lymfadenektomie (RPLND) je důležitou součástí komplexní léčby pacientů s metastatickým germinálním testikulárním nádorem neseminomového typu (GNNST). Zpravidla bývá indikována u pacientů po předchozí chemoterapii, ale její načasování i rozsah jsou stále předmětem diskuze.

Materiál, metodika: Retrospektivně hodnotíme soubor 14 pacientů, kteří v letech 2000–2006 podstoupili na našem pracovišti RPLND pro CT nález reziduální patologické tkáně v retroperitoneu po předchozí chemoterapii pro metastatický GNNST. Průměrný věk byl 33,4 let, průměrná délka sledování souboru 26 měsíců. 8 pacientů (43 %) bylo léčeno před RPLND pouze 3–4 cykly chemoterapie první řady, 6 pacientů (57 %) podstoupilo operaci po dalších 2–5 cyklech chemoterapie řady druhé. Rozsah lymfadenektomie byl omezen na reziduální makroskopicky patrnou patologickou tkáň v retroperitoneu.

Výsledky: Histologickým vyšetřením preparátů byla prokázána v 11 případech (78 %) nekróza a v 3 případech (22 %) vitální nádorová tkáň. 10 pacientů s negativním histologickým nálezem bylo pouze sledováno. V podskupině pacientů s pozitivní histologií byl 1 pacient léčen radioterapií, 2 podstoupili adjuvantní chemoterapii. U všech pacientů bylo dosaženo kompletní remise onemocnění a všichni přežívají bez známek recidivy nádoru.

Závěr: Frekvence výskytu viabilní nádorové tkáně v našem souboru koresponduje s literárními údaji. Jak klasická, tak i modifikovaná RPLND u pacientů po chemoterapii pro GNNST je operace s nezanedbatelnou morbiditou. Na základě našich zkušeností doporučujeme provádět RPLND omezenou na makroskopicky patrnou reziduální tkáň v retroperitoneu jako výkon umožňující posouzení efektu chemoterapie a nutnosti další adjuvantní léčby. Domníváme se, že tento šetrnější postup snižuje riziko peri- i pooperačních komplikací při zachování stejných onkologických výsledků léčby.

96. Laparoskopická transmezokolická exstirpace reziduálního germinativního nádoru varlete po chemoterapii

J. Kopecký¹, O. Havránek¹, J. Krhut¹, J. Hájek²

¹Urologické oddělení, FN Ostrava

²Onkologická klinika, FN Ostrava

Úvod: Demonstrace využití laparoskopické techniky k odstranění reziduálního ložiska patrného na CT po předchozí chemoterapii.

Materiál, metodika: Pacient, 29 let, v dětství podstoupil levostrannou orchidopexi. V 12/06 verifikován sonograficky tumor levého varlete velikosti 11 × 10 × 10 mm, provedena levostranná radikální orchiektomie. Histologicky hodnoceno jako nádor z nezralých embryonálních buněk s fokální infiltrací rete testis a angioinvasí, bez infiltrace tunica albuginea. Prokázána exprese AE1/AE3, vstupní hladiny markerů negativní. Následně 3 cykly chemoterapie první řady, kontrolní CT prokazuje reziduální ložiskovou patologii paraaortálně vlevo velikosti 17 × 12 mm. Vyšetření PET negativní. Pacient indikován k laparoskopické operační revizi.

Výsledky: Transmezokolickým přístupem odstraněna paraaortální lipolymfatická tkáň od vyústění levé renální žíly cca 5 cm kaudálně. Histologicky zachycena lymfatická uzlina se strukturami zralého teratomu. Pooperační průběh bez komplikací, pacient předán k další léčbě a dispenzarizaci na Onkologickou kliniku FN Ostrava.

Závěr: Laparoskopická technika je použitelná u pečlivě vybraných pacientů k odstranění reziduálního retroperitoneálního tumoru po předchozí chemoterapii.

97. Heparinem indukovaná trombocytopenie (HIT) u pacientů po rozsáhlých chirurgických výkonech při dlouhodobé prevenci tromboembolických (TEP) komplikací na urologickém JIP

V. Vik, M. Galas, V. Talová, R. Zachoval
Urologické oddělení FTN, Praha

Úvod: Prospektivní analýza souboru pacientů, kteří podstoupili rozsáhlý chirurgický výkon s následnou imobilizací vyžadující alespoň pětidenní TEP. Byly hodnoceny koagulační parametry a zejména možný rozvoj HIT typu I a II jak u pacientů léčených nízkomolekulárním heparinem (LMWH), tak u nemocných na klasickém heparinu. Jako vedlejší cíl bylo porovnání koagulačních parametrů mezi jednotlivými skupinami. Pacienti byli sledováni na urologickém JIP od prosince 2006 do května 2007.

Materiál, metodika: Pacienti byli podle randomizačních kritérií náhodně rozděleni do dvou stejně velkých vzájemně si odpovídajících skupin. U první skupiny byla jako TEP zvolena heparinizace 5000 j s.c. a 12 hod. a u druhé skupiny LMWH (Fragmin) 5000 j s.c. a 24 hod. Byla provedena kontrola koagulačních parametrů a počtu trombocytů předoperačně 1., 3., a 5. den po operaci a zároveň byl sledován klinický stav pacientů. Pacienti s více než jednou transfuzí po operaci, pacienti na chronické antikoagulační terapii a s trombocyty méně jak 30 tis. před operací byli vyloučeni z protokolu.

Výsledky: Celkem bylo sledováno 55 pacientů (26 s heparinem a 29 s LMWH). Při porovnání průměrných koagulačních parametrů (INR, APTT) mezi jednotlivými skupinami byl shledán minimální rozdíl nepřesahující 10% sledovaných hodnot. Ani u jednoho sledovaného jsme nezaznamenali HIT typu II, ale u 3 pacientů ze skupiny s heparinem laboratorní počty trombocytů splňovaly kritéria HIT typu I. U všech tří pacientů byl anamnestický údaj užití heparinu.

Závěr: Účinnost heparinu a LMWH jako TEP u našich pacientů bylo srovnatelné, ale u nemocných léčených heparinem se v nezanedbatelném počtu vyskytla benigní trombocytopenie bez jiné klinické symptomatologie, a to zejména u těch nemocných, kteří anamnesticky již byli v kontaktu s heparinem. Z tohoto pohledu je jistě vhodné zejména u těchto pacientů a u pacientů, u kterých předpokládána doba TEP přesáhne 5 dní, uvažovat o LMWH jako první volbě.

98. Onkotický tlak bílkovin – významný patogenetický faktor vzniku potransplantační lymfokély

J. Pacovský¹, R. Hyšpler², P. Navrátil¹, M. Brodčák¹

¹Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

²Klinika gerontologická a metabolická FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Lymfokéla je chirurgická komplikace po transplantaci s incidencí do 20%. Cílem naší práce je objasnit, zda je onkotický tlak bílkovin zodpovědný za reabsorpci uniklé lymfy do okolí transplantované ledviny, která dává základ vzniku lymfokély.

Materiál, metodika: Prospektivní studie na 70 nově transplantovaných nemocných, při které byla u všech pacientů vyšetřena hladina celkové bílkoviny, albuminu, albumino/globulinový poměr. Z naměřených hodnot byla vypočtena hodnota onkotického tlaku pomocí Hoefsovy rovnice. Analýza byla provedena u vzorků odebraných před transplantací, 3. den po transplantaci a 3. týden po transplantaci. Doba sledování nemocných byla 2 až 23 měsíců. Podle přítomnosti lymfokély byl původní soubor rozdělen na soubor LYMFOKÉLA (LG) a KONTROLA (FG). Tyto skupiny byly statisticky porovnány.

Výsledky: Lymfokéla byla nalezena u 12 nemocných (17,1%). Byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinou LG a FG ve všech třech vyšetřeních v hladinách celkové bílkoviny ($p < 0,01$), albuminu ($p < 0,01$) a albumino/globulinovém poměru ($p < 0,01$). Hodnoty onkotického tlaku bílkovin jsou signifikantně nižší u nemocných s lymfokélou (FG 2,88; LG 2,43; $p < 0,01$).

Závěr: Tyto výsledky prokazují významný vliv bílkovin, jejich jednotlivých frakcí a jejich onkotického tlaku na vznik potransplantační lymfokély. Tento metabolický aspekt je velice důležitý, nicméně šetrná preparace transplantované ledviny a šetrná chirurgická příprava lůžka pro transplantát stále zůstává jako základní mechanismus prevence vzniku této komplikace.

99. Rekonstrukční laparoskopické operace – technika a výsledky 25 operací

L. Šafařík, K. Novák, P. Macek, R. Sobotka,
M. Pešl, J. Dvořáček
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Se vzrůstající zkušeností a stále vyspělejší technikou se rozšiřují možnosti klasické laparoskopie nejen v ablacích stále větších nádorů urogenitálního traktu, ale vznikají lepší podmínky pro dobré výsledky rekonstrukčních operací.

Materiál, metodika: V letech 2002–2007 jsme provedli 16 laparoskopických pyeloplastik a 9 resekci ledvin pro solidní expanzi. U 15 pyeloplastik jsme užívali techniku dle Andersona-Hynes, 1× byla použita Fengerova modifikace. Kromě první resekce ledviny všechny ostatní operace byly provedeny transperitoneální cestou, u posledních 6 jsme použili kombinační metodu chlazené endoluminální ischemie a tkáňového lepidla FloSeal se suturou parenchymu.

Výsledky: Ze 16 pyeloplastik u dospělých v průměrném věku 32 let (19–68) jsme 1 operaci konvertovali (pacient do operace 3 měsíce na nefrostomii, funkce 19%, těžká perinefritida). U 12 se odtok z pánvičky výrazně zlepšil, i když reziduální dilatace přetrvávala v různé míře (neobstrukční křivka DMSA), u 2 jsou známky mírného oblenění odtoku a 1 nemocný se na kontrolu nedostavil (anamnesticky závislost na heroinu a pervitinu). Celková úspěšnost techniky byla 87,5%, doba hospitalizace 6,6 dne. Z 9 resekci jsme 3 provedli bez ischemizace ledviny, ostatní za kontinuálního endopelvického chlazení 4 °C F1/1 ureterální cévkou. Průměr resekovaného nádoru byl 15,4 mm, 7× RCC, 2× onkocytom. Resekce byla vždy kompletní (100%). Průměrná doba ischemizace byla 38,3 min. Následná funkce ledviny byla redukována na 37–47% dle rozsahu resekce. Jeden nemocný měl perforační peritonitidu z colon descendens jako následek v. s. vzdáleného termického poranění monopolárním proudem. Doba hospitalizace 8,2 dne.

Závěr: Rekonstrukční laparoskopické operace jsou efektivní a minimálně invazivní metodou v léčbě vrozených anomálií močových cest a malých ohraničených nádorů ledvin. Jejich vyšší náročnost klade zvýšený důraz na personální a technické vybavení pracoviště, avšak výsledky jsou srovnatelné s otevřenou operativou.

100. Možnosti laparoskopie v léčbě ptózy ledviny (video)

V. Eret, M. Hora, J. Klečka jr., T. Üрге
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Ptózu ledviny bylo dříve možno řešit pouze otevřeným výkonem, proto bylo operační řešení indikováno poměrně zřídka. Nyní lze stav řešit výrazně méně invazivněji laparoskopicky. Cílem prezentovaného videa je ukázat využití laparoskopie při řešení migrující ledviny.

Materiál, metodika: Od 01/2006 do 04/2007 bylo provedeno 7 laparoskopických nefropexí u 6 pacientek. Předoperačně byla provedena IVU s patrným poklesem ledviny minimálně o 5 cm vestoje, jednou byla provedena scintigrafie ledvin. Zavádíme 10mm videoport pupkem, 11mm port do podžebří (pro zavádění jehly) a 5mm port do podbřišku. Otevíráme zadní peritoneum v Toldově linii laterálně od ledviny a ledvinu fixujeme na kovoxitě 3 až 4 nevstřebatelnými jednotlivými polypropylenovými stehy (velikost jehly 31 mm) k svalům břišní stěny. Pacienty ponecháváme 3–4 dny na lůžku. Po dobu 3 měsíců doporučujeme tělesnou šetrnost, zejména skoky, jízda na koni apod.

Výsledky: V souboru bylo operováno 6 žen. Výkon byl proveden 5× vpravo, 1× bilaterálně. Průměrný věk byl 31,8 ± 8,0 (20–45) let. Průměrná operační doba jednostranné nefropexe byla 73,0 ± 7,5 (70–80) min. Průměrná krevní ztráta byla 5,0 ± 11,2 (0–30) ml. Průměrná doba hospitalizace byla 5,8 ± 1,6 (4–8) dne. Nebyly žádné pooperační komplikace. Doba sledování byla 3,7 ± 5,3 (0,1–15,1) měsíců.

Závěr: Laparoskopická nefropexe je proveditelná metoda a vhodná k řešení migrující ledviny. Nyní se díky miniinvazivitě indikuje častěji, ale přesto je to vzácně prováděný výkon. Pacienti profitují z výhod miniinvazivity. Kontrolu polohy ledviny doporučujeme s odstupem 3 měsíců ve stoje sonograficky či výjimečně vylučovací urografií.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

101. Laparoskopická heminefroureterektomie horního segmentu zdvojené ledviny

Z. Staněk¹, M. Vraný², M. Svoboda¹,
J. Starczewski¹, J. Doležal¹

¹Urologické oddělení Nemocnice, České Budějovice

²Chirurgické oddělení Nemocnice, Jablonec nad Nisou

Úvod: Laparoskopická technika se stává preferovaným přístupem pro stále se rozšiřující spektrum urologických onemocnění vyžadujících chirurgickou léčbu. V tomto sdělení prezentujeme naši zkušenost s provedením laparoskopické heminefroureterektomie horního segmentu u dospělého pacienta.

Materiál, metodika: V roce 2001 navštívil ambulanci urologického oddělení muž (r.n. 1956), který si stěžoval na bolesti v pravém podbřišku a časté nucení na moč. Při ultrazvukovém vyšetření byl nalezen objemný anechogenní retrovezikálně uložený útvar (průměr 15 cm), vyplňující velkou část malé pánve. CT vyšetření, cystoureteroskopie a ascendentní ureteropyelografie potvrzují nález ektopického dolichomegaureteru afunkčního horního segmentu zdvojené pravé ledviny s extrémní dilatací pánevního úseku. Po pětiletém sledování pacient souhlasí s provedením laparoskopické heminefroureterektomie.

Výsledky: Průběh operace je prezentován na fotografiích a videu. Poloha je lumbotomická, přístup transperitoneální. Peroperačně je zaveden stent do ureteru dolního segmentu. Založeny jsou tři 10 mm a čtyři 5 mm porty. Operace začíná uvolněním subrenálního ureteru horního segmentu. Po protažení ureteru pod hilovými cévami je oddělen horní segment ledviny. Vzhledem k velkým rozměrům distální části megaureteru a lokalizaci symptomů do pravého podbřišku následuje totální ureterektomie. Operace trvala 240 minut, krevní ztráta byla 60 ml. Pooperační průběh byl bez komplikací. Stent jsme odstranili 3. pooperační den. Pacient byl dimitován do domácího léčení 5. pooperační den. Při kontrole po 4 měsících od operace byl pacient bez obtíží.

Závěr: Laparoskopie se jako méně invazivní metoda osvědčila i v prezentovaném případě chirurgického řešení poměrně zřídka se vyskytujícího symptomatického afunkčního horního segmentu zdvojené ledviny v dospělém věku. Kompletní laparoskopické odstranění distální části ureteru znamenalo přidání dvou portů a prodloužení výkonu o 60 minut.

102. Laparoskopická resekcia symptomatických cýst obličiek

J. Ľupták¹, M. Vraný², J. Švihra¹, B. Eliáš¹,
J. Kliment ml.¹, R. Tomaškin¹, J. Kliment¹

¹Urologická klinika JLF UK a MFN, Martin, SR

²Chirurgické oddělení Nemocnice, Jablonec nad Nisou

Úvod: Transperitoneálna a retroperitoneálna laparoskopická resekcia obličkových cýst je alternatívnou liečebnou metódou otvorených operácií. Cieľom práce bolo vyhodnotiť výsledky laparoskopických operácií obličkových cýst.

Materiál, metodika: Autori prezentujú retrospektívnu analýzu 18 pacientov vo veku 46–67 rokov (medián 52,6 roka) operovaných na Urologickej klinike v období r. 2004–2007, ktorí mali urobenú laparoskopickú resekciu obličkových cýst. Pacienti mali pred operáciou zavedený ureterálny katéter pre možnosť overenia komunikácie cysty s dutým systémom obličky. Operačný výkon sme robili v lumbotomickej polohe a použili sme 3 alebo 4 porty (2× 10 mm a 1–2× 5 mm). Lokalizácia portov bola podľa použitého prístupu.

Výsledky: Štyria pacienti (22,2%) z 18 boli operovaní transperitoneálnym prístupom a u ostatných 14 (77,8%) pacientov bol použitý retroperitoneálny prístup. Dvomi pacientmi (11,2%) operovaných transperitoneálnym prístupom bola súčasne urobená homolaterálna adenektómia. Dvaja pacienti (11,2%) mali recidívu cysty po neúspešnej sklerotizácii cysty na inom pracovisku. Operačný čas bol 56–163 min. (medián 94 min.) a veľkosť odstránenej cysty bola 45–93 mm (medián 78,3 mm). Lokalizácia cysty bola v dolnom póle u 5 (27,8%), v hornom póle u 5 (27,8%) a v strednej časti u 8 (44,4%) pacientov. Vpravo sme odstránili cystu 11 (61,1%) a vľavo 7 (38,9%) pacientom. Vážnejšiu komplikáciu (urinóm so septickým stavom) mal jeden pacient (5,5%). Priemerná doba hospitalizácie bola 4,4 dňa (2–21 dní) u posledných 7 pacientov 3,1 dňa (1–4 dní).

Záver: Laparoskopická resekcia obličkových cýst je moderná liečebná metóda s nízkou morbiditou, vysokou úspešnosťou liečby, krátkou dobou hospitalizácie a rýchlym návratom do pracovného pomeru. Overenie komunikácie cysty s dutým systémom obličky peroperačne aplikáciou metylénovej modrej cez zavedený ureterálny katéter znižuje počet pooperačných komplikácií.

103. Video: Robotická transperitoneální pyeloplastika a fibroskopická extrakce nefrolitiázy

O. Köhler, J. Kočárek

Urologické oddělení ÚVN, Praha

Úvod: Prezentace techniky transperitoneální roboticky asistované pyeloplastiky se simultánní fibroskopickou extrakcí nefrolitiázy.

Materiál, metodika: Video ukazuje techniku transperitoneální roboticky asistované pyeloplastiky krok za krokem na pravé straně a simultánní robotickou pyeloplastiku s fibroskopickou extrakcí nefrolitiázy. Po digitálním vytvoření kamerového portu a založení trokaru jsou pod optickou kontrolou založeny další dva robotické a jeden asistentův port. Po napojení robotických ramen je ukázáno provedení resekční pyeloplastiky vpravo. Další část filmu ukazuje levostrannou robotickou pyeloplastiku se simultánní flexibilní nefroskopií pro mnohočetnou nefrolitiázu, která je extrahována nitinolovým košíčkem.

Výsledky: Při operaci byl použit trojramenný robotický systém Da Vinci. Průměrná délka robotické pyeloplastiky od úvodní cystoskopie do sutury incizí v souboru 17 robotických pyeloplastik provedených v ÚVN Praha je 140 minut. Pojistný drén je extrahován 2.–3. pooperační den a další den je odstraněn PMK.

Závěr: Již po poměrně krátké době zácvičení je možné dosáhnout s pomocí robotické asistence dobrých výsledků při řešení primárních obstrukcí ureteropelvicke junkce. Také použití flexibilního nefroskopu je při robotickém výkonu jednoduché a lze jím odstranit i mnohočetnou nefrolitiázu. Na našem pracovišti jsou k robotické pyeloplastice indikovány zejména obstrukce ureteropelvicke junkce s velkou páňvičkou a silnými křížícími cévami v anteropozici, zatímco k laserové endopyelotomii zejména obstrukce s menší intrarenální páňvičkou, bez přítomnosti silného svazku cév křížících junkci a sekundární obstrukce. V současné době indikujeme k robotickým výkonům i lehčí formy sekundárních obstrukcí v horních močových cestách.

104. Transuretero-ureteroanastomóza

M. Krolupper, Z. Gilbert, J. Bárta, J. Novák

Urologické oddělení FN Bulovka, Praha

Úvod: Transuretero-ureteroanastomóza (TUUA) je rekonstrukční operační výkon popsáný v r. 1935 Higginsem. Principem je anastomóza jednoho močovodu na močovod kontralaterální přes střední linii, většinou technikou end to side. Indikací k výkonu jsou poranění močovodu, malignity pánve, reflux. Metoda je vhodná tam, kde nelze použít techniku Boariho laloku. Alternativou TUUA jsou náhrada močovodu kličkou ilea, autotransplantace ledviny, trvalé zajištění stentem nebo nefrostomií, nefrektomie. TUUA umožňuje vyhnout se při operaci pánvi změně předchozí operací, ozařováním a poraněním. Ledvina na straně postiženého močovodu musí být funkčně zdatná. Močovod sloužící jako „příjemce“ nesmí být chorobně změněný ani obturovaný.

Materiál, metodika: V období 1995–2005 jsme provedli TUUA u 19 pacientů, 18 žen a 1 muže, s jednostrannou pánevní obstrukcí močovodu. Příčinou byla u 7 pacientek léze močovodu při gynekologickém výkonu pro benigní chorobu, u jedné postaktnická striktura, u 4 striktura po hysterektomii a následném ozaření. U 7 nemocných to byla striktura pooperační – karcinom cervixu (2), rekta (1), ovaria (1), duplicita karcinomu sigmoidea a ovaria (1), karcinom endometria (1), u jedné nemocné striktura po reimplantaci pro reflux.

Výsledky: V souboru nebyly vážnější časné pooperační komplikace. Dispenzarizováno je 9 nemocných. Jedna má založené oboustranně nefrostomie při progresi základního onemocnění (duplicita ca sigmoidea a ovaria). Jeden nemocný má negativní sonografii horních cest močových. 7 nemocných podstoupilo v r. 2007 dynamickou funkční scintigrafii (MAG3), u 5 oboustranně neobstrukční křivka, u 2 blokádní křivka na straně chorobně změněného močovodu. Scintigrafické vyšetření s 99-Tc-DMSA u všech bez hrubších změn. Klinické obtíže nemá žádný z nemocných.

Závěr: V posledních 30 letech bylo publikováno 30 souborů s celkem 600 pacienty. Naše výsledky jsou srovnatelné s literárními údaji. Výzvou je laparoskopické provedení operace, již literárně doložené.

105. Dlouhodobé výsledky retrogradní ureteroskopické endopyelotomie

A. Petřík, J. Novák
Urologické oddělení Nemocnice,
České Budějovice

Úvod: Cílem studie je posouzení efektivity retrogradní ureteroskopické endopyelotomie při dlouhodobém sledování.

Materiál, metodika: Do retrospektivní studie byli vybráni pacienti, u kterých byla provedena primárně indikovaná retrogradní ureteroskopická endopyelotomie a bylo dokončeno pětileté sledování (5–10 let, průměr 7,9 roku). Z 44 provedených výkonů ve sledovaném období byly kompletní výsledky dostupné u 29 pacientů. Tito pacienti byli zařazeni do studie. V souboru bylo 21 žen a 7 mužů o průměrném věku 45,6 roku. V jednom případě byl výkon prováděn na solitární ledvině. Indikací výkonu byla symptomatologie při verifikace stenózy pyeloureterální junkce. Výkon byl prováděn po 3týdenním pre stentingu ureteroskopem Ch 10 v celkové anestézii. Po výkonu (discize HF proudem v 53,6% nebo studeným nástrojem v 46,4%) byl zaveden endopyelotomický stent Ch 14–7 na 8 týdnů. V odstupu 3 měsíců po výkonu byla provedena dynamická scintigrafie ledvin, po 6 měsících vylučovací urografie s podáním furosemidu. Dále byli pacienti sledováni v jednoročním intervalu (symptomy, sonografie, isotopové vyšetření MAG3).

Výsledky: Během výkonů došlo jen v jednom případě ke krvácení s nutností podání 2TU. Do 6 měsíců po výkonu došlo k selhání u 2 pacientů, kdy v jednom případě byla endopyelotomie opakována s úspěšným efektem a ve druhém byla provedena pyeloplastika. Při dlouhodobém sledování symptomy vymizely u 28 pacientů (96,6%). U 20 pacientů (69,0%) byla funkce ledviny $\pm 5\%$ oproti vstupní hodnotě, u 5 (17,2%) došlo ke zlepšení funkce o více než 5%. Pouze u 2 pacientů došlo ke zhoršení funkce o více než 5% (6,9%). U obou těchto pacientů byla vstupní hodnota podílu funkce operované ledviny pod 30%. Celkem tedy došlo k selhání u 4 případů, což je 13,8%, dosažená úspěšnost metody je tedy 86,2%.

Závěr: V hodnoceném souboru bylo v porovnání s literaturou dosaženo nadprůměrných výsledků. Podrobnější hodnocení odtokových paramentů nebylo možné pro ne-standardizovaný popis výsledků isotopových vyšetření.

106. Lymfangiom uretry: neobvyklá příčina striktury uretry

A. Čermák¹, D. Pacík¹, S. Hotárková², L. Křen²
¹Urologická klinika LF MU a FN, Brno-Bohunice
²Ústav patologie FN, Brno-Bohunice

Úvod: Autoři ve svém sdělení prezentují velmi vzácný případ striktury uretry zapříčiněný lymfangiomem. Poprvé podobný případ popsal Tahtali a kol. v roce 1994. Lymfangiom uretry je benigní onemocnění, ale může být příčinou striktury uretry, která si vyžádá operační řešení.

Materiál, metodika: Na urologickou kliniku se v r. 2004 dostavil mladý 19letý muž. Pacient si stěžoval na dysurie, strangurie a obtížné močení, které se objevily po sportovních aktivitách (fotbal, jízda na motocyklu). Pacient byl vyšetřen a nebyla shledána žádná patologie. Po 1 roce byla při kontrolním vyšetření detekována mikroskopická hematurie. Ultrazvukové a fyzikální vyšetření neprokázalo žádnou patologii, při dalším vyšetření již hematurie nebyla detekována. Při ureterocystoskopii byla detekována striktura penilní uretry ve 12 cm proximálně od zevního ústí uretry. Byla provedena resekční uretroplastika. Histologický nále: Urotel zachovalý jen v drobných úsecích, nedysplastický, subepiteliální pojivo s řídkou lymfocytární celulizací a ektatickými lymfatickými cévami CD34+, AE1/AE3–.

Výsledky: Zúžení uretry je podmíněno shlukem ektatických lymfatických cév charakteru lymfangiomu. Maligní změny nebyly prokázány. Operační rána zhojena per primam. Dva roky po provedené operaci nejsou známky onemocnění, pacient nemá žádné mikční potíže, urodynamická a zobrazovací vyšetření neprokazují žádné patologické změny.

Závěr: Nezhooubné nádory uretry se vyskytují vzácně. Byly popsány vrozené a získané polypy uretry. Lymfangiom uretry je velmi raritní onemocnění. Tyto typy nádorů jsou nezhooubné a v některých případech nemusí působit žádné obtíže. V případě lymfangiomu uretry, který způsobuje mikční potíže a symptomy, je metodou léčby operační řešení. Lymfangiom uretry je nutno zvažovat při diferenciální diagnostice příčiny vzniku striktury uretry.

VĚDECKÝ PROGRAM – ZDRAVOTNÍ SESTRY

ABSTRAKTA

S1. Robotická radikální prostatektomie z pohledu sestry

Š. Eliášová, D. Miklicová

Urologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Rozdíl mezi RAPE otevřenou a miniinvazivní metodou.

Materiál, metodika: Skladba pacientů, pohlaví, kolik pacientů bylo operováno klasickou metodou, kolik robotem, rozdíl mezi oběma výkony.

Výsledky: Počet pacientů, kteří byli u robotické RAPE konvertováni.

Závěr: Délka hospitalizace, časová délka návratu do aktivního života po obou výkonech.

S2. Roboticky asistovaná pyeloplastika z pohledu perioperační sestry

P. Dvorská, R. Vegerbauerová

ÚVN Střešovice, Praha

Úvod: Využití robotické techniky v urologické operativě z pohledu perioperační sestry.

Materiál, metodika: Na videozáznamu ukazujeme přípravu robotického systému Da Vinci k operaci. Demonstrujeme používanou techniku, nástroje a zaměřujeme se na přesnost polohy pacienta jako důležitou součást operace, zajišťující bezpečný a snadný přístup operátora. Poukazujeme na rozmístění operační techniky na operačním sále, postavení operačního týmu a na nestandardní rouškování při této operaci.

Výsledky: Zkracování doby při přípravě operačního sálu a robotické techniky.

Závěr: Miniinvazivní operační metody zásadně zkracují dobu hospitalizace pacienta. Vypracováním standardu pro přípravu op. sálu a polohy pacienta při robotických operacích se výrazně zkrátí doba příprav k operaci.

S3. Transuretrální resekce ústí ureteru před nefroureterektomií

Š. Slanařová

FN Bulovka, Praha

Úvod: Tento výkon se provádí převážně u tumorů horních cest močových, kdy je nutná nefroureterektomie.

Materiál, metodika: Kombinovaná metoda endoskopického + operačního výkonu.

1. doba výkonu – resekce ústí močovodu endoresektorem s použitím VF elektrody.

2. doba výkonu – nefroureterektomie z lumbotomie.

Výsledky: Tuto metodu jsme zatím použili u 5 pacientů, kde výkon proběhl bez komplikací. Metoda je pro pacienta šetrnější (pouze jeden oper. přístup, kratší doba výkonu, minimalizace komplikací).

Závěr: Minimální poop. komplikace, včasná RHB, kratší doba hospitalizace.

S4. Řešení benigní hyperplazie prostaty pomocí vysokovýkonného KTP laseru

B. Drápelová, J. Abrahamová

Centrální operační sály FN, Plzeň

Úvod: Zhodnotit efekt miniinvazivní metodiky léčby BPH (benigní hyperplazie prostaty) fotoselektivní vaporizace prostaty – PVP (Photoselective Vaporization of Prostate).

Materiál, metodika: Na Urologické klinice LF UK a FN Plzeň bylo od dubna 2006 do května 2007 odoperováno touto metodou 170 pacientů. Byl použit vysokovýkonný 80W KPT (Kalium – Titanyl – Phosphat) laser (GreenLight PVP), generující viditelný paprsek o vlnové délce 532 nm, který se selektivně vychytává v oxyhemoglobinu, kde dojde v malém objemu tkáně k jeho přeměně na tepelnou energii o hodnotě cca 300 °C a k následné vaporizaci tkáně s výbornou hemostázou.

Výsledky: Průměrná doba operace je cca 60 minut. Perioperačně nebyly pozorovány žádné komplikace. U žád-

ného pacienta nevznikla nutnost podání krevních převodů po výkonu. Pooperačně mohou cca u 20 % pacientů kratší dobu přetrvávat dysurie a strangurie. U 5 pacientů bylo nutno výkon opakovat. Jeden podstoupil opakovaný výkon KTP laserem, zbylí čtyři byli indikováni k TURP. Jeden pacient zůstal pro celkově špatný stav na permanentním katétu.

Závěr: Metodika operace laserem je šetrnější, zkrátí se pooperační hojení. Ve většině případů odpadá nutnost vysadit léky na ředění krve, hospitalizace trvá 2 až 3 dny.

S5. Výhody operačního řešení BPH laserovou metodou

R. Kadlecová, J. Suková
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: BPH je nezhoubné zvětšení prostaty způsobující potíže s močením, které mohou vést k dalším komplikacím.

Materiál, metodika: Přednáška v powerpointu – srovnání operačních metod.

Výsledky: PVP je šetrná a efektivní metoda snižující riziko pooperačních komplikací. Zkracuje hojení, s ním související délku hospitalizace a pracovní neschopnosti, což příznivě ovlivňuje pacientovu psychiku. Řeší také stránku sociální a ekonomickou. Komplexní ošetrovatelská péče je krátkodobá a méně náročná.

Závěr: První pacient byl laserem ošetřen 12. 3. 2006 na naší Urologické klinice LF UK a FN Plzeň. Zatím se tomuto zákroku u nás podrobilo více než 130 pacientů a stále zaznamenáváme velký zájem mužů z celé republiky.

S6. Laserová litotrypse

H. Jánská, M. Borsiczka
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Výskyt urolitiázy, příčina vzniku renální koliky a její řešení.

Materiál, metodika: Při renální kolice se zaměřujeme na příčinu vzniku, na symptomy, vyšetřovací metody a následné léčebné postupy. Jedním z možných řešení je použití laseru – máme připravené video.

Závěr: Využití moderních metod značně zkracuje operační výkon a délku hospitalizace pacienta. Při použití laseru se snižuje i četnost operačních výkonů u některých nemocných.

S7. Porovnání operačních výkonů perineální radikální prostatektomie a radikální prostatektomie

V. Zichová, L. Vernerová
Fakultní Thomayerova nemocnice Praha, odd. urologie – operační sál

Úvod: Porovnání operačních výkonů perineální radikální prostatektomie (PERAPE) a radikální prostatektomie (RAPE) z pohledu sálové sestry.

Materiál, metodika: Způsob operace, porovnání délky výkonu, krevní ztráty, polohy, operační přístupy a jiné.

Výsledky: Výsledkem operačních výkonů je odstranění prostaty s nádorem z přístupu perineálního nebo abdominálního. Z porovnání obou výkonů je pro pacienta šetrnější PERAPE. Nevýhodou je ale limit indikací k výkonu.

Závěr: Porovnání výhod a nevýhod pro pacienty podstupující RAPE a PERAPE.

S8. Operační léčba stresové inkontinence u žen

L. Kopáčková, M. Zátoková
Urologické oddělení FN, Ostrava

Úvod: Současná urologie disponuje mnoha novými poznatky v operační léčbě stresové inkontinence u žen.

Materiál, metodika: Autorky ve své práci definují stresovou inkontinenci, její diagnostiku a léčbu se zaměřením na léčbu operační. Ve své práci prezentují videozáznam z nejčastěji používaných metod operační léčby stresové inkontinence u žen.

Výsledky: Ucelený přehled videozáznamů operačních technik se zaměřením na jednotlivá specifika.

Závěr: Operační léčba stresové inkontinence je problém řešitelný, vzhledem k rozvíjející se technice umožňuje kvalitní léčbu, která zároveň zlepšuje kvalitu postižených žen.

S9. Edukace a ošetrovatelská péče o pacienty s močovou inkontinencí v ÚVN

I. Marková, H. Janoušková
ÚVN, Praha

Úvod: Pacient postižený močovou inkontinencí patří bezesporu do velké skupiny chronicky nemocných. Přitom se nejedná o nemoc, ale o symptom vyjadřující poruchu fyziologické souhry plicí a vyprazdňovací fáze močového měchýře. Inkontinence moči je problém nejen medicínský a ekonomický, ale pro pacienta hlavně psychosociální.

Materiál, metodika: Proces edukace pacienta zahrnuje informace, které by měl pacient nebo jeho rodinný příslušník vědět po propuštění do domácího ošetrování. Edukační, výukové materiály z oblasti správného používání pomůcek, sebek péče, dále hygieny, pitného a dietního režimu, cviky pro zpevnění pánevního dna apod.

Výsledky: Výsledkem je zvládnutí problematiky inkontinence dle individuálních potřeb pacienta a jeho opětovné zařazení do společenského života.

Závěr: V Ústřední vojenské nemocnici v rámci zvyšování kvality ošetrovatelské péče pracuje edukační tým sester specialisek, které se kontinuálně vzdělávají ve svých edukačních oblastech a jehož součástí je i edukační sestra pro močovou inkontinenci.

S10. Kvalita života inkontinentních senierek

V. Kršňáková
VFN, Praha

Úvod: Problém inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Strádající ženy, se kterými se setkávám ve své profesi, vzdávají mnohé ze svého běžného životního stylu. Dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Existují i pacientky, které se za projevy inkontinence stydí a vědomě tento problém zapírají. V této souvislosti mě napadají následující otázky: Co je příčinou neinformovanosti, nespokojenosti, podceňování a strachu? Prostřednictvím průzkumu bych chtěla objasnit danou problematiku.

Materiál, metodika: Dotazníkové akce se zúčastnilo celkem 140 žen, věková hranice respondentek se pohybovala kolem 65 a víc let, průměrný věk činil 80,2 let. Návratnost

dotazníků byla 100 %. V průzkumné části jsem se snažila zmapovat pomocí dotazníků kvalitu života z pohledu pacientek. Snahou je též posoudit vliv vzdělání na přístup k onemocnění a zjistit, jak dlouhý byl časový interval, než se nemocné rozhodly vyhledat odbornou pomoc. Zda je dostatečná informovanost o této problematice a léčbě.

Výsledky: Z průzkumu vyplývá, že ženy nejsou dostatečně informovány o dané problematice. O léčbě mělo dostatek informací 26 % žen, což považuji za nedostačující. Dále jsem zjistila, že inkontinence moči výrazně ovlivňuje kvalitu života. Únik moči výrazně rozrušoval a vadil 69 % žen. 57 % žen uvádělo částečné obtíže s únikem moči v běžném životě, v intimní sféře 12 % žen. Některé seniorky (9 %) považují inkontinenci za určitou daň stárnutí, se kterou jsou nuceny se naučit žít. Spokojenost s léčbou se potvrdila jen částečně. Seniorky volí nejjednodušší a nejméně zatěžující způsob léčby – tj. užívání vložek, což není tak finančně nákladné. Z výzkumu vyplývá, že ženy čekají průměrně 4 roky a více od vzniku obtíží do okamžiku návštěvy lékaře, což má výrazný vliv na efekt léčby. Pro vyřešení inkontinence je ochotno změnit svůj životní styl 18 % žen, 86 % dotazovaných odpovědělo neutrálně.

Závěr: Z daného průzkumu jsem zjistila, že inkontinence není onemocnění závažné ani ohrožující, zcela jistě je ale problémem snižující kvalitu života. Provedený výzkum byl spíše orientační, přesto byly získány zajímavé informace a podněty k dalšímu možnému rozpracování. Výstupní data budou, jak doufám, zajímavá a přínosná i pro lékaře a zdravotní sestry, které se v této problematice pohybují.

S11. Neurogenní měchýř

I. Baumová
FN, Ostrava-Poruba

Úvod: Diagnostika a terapie neurogenního měchýře je poměrně mladým odvětvím současné urologie, vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci odborníků z oborů neurologie, neurochirurgie, rehabilitace, gynekologie a v její léčbě a diagnostice je zahrnuta celá řada nových poznatků o etiopatogenezi, léčbě neurogenního měchýře.

Materiál, metodika: Přednáška zahrnuje definici, etiopatogenezi, klasifikaci, diagnostiku a léčbu neurogenního měchýře.

Výsledky: Výsledkem je ucelený přehled v současnosti užívaných metod v diagnostice a terapii neurogenních poruch močového měchýře.

Závěr: Důležitou roli v léčbě neurogenních poruch hraje sestra, která se s těmito nemocnými setkává v urologických ambulancích i lůžkových odděleních a která svými znalostmi dané problematiky přispívá k úspěšné léčbě těchto specifických poruch.

S12. Nádor varlete

P. Komárková
Urologické oddělení FTN, Praha

Úvod: Nádor varlete není akutní stav v urologii, ale akutně se řeší. Nádory varlat představují asi 1 % všech zhoubných nádorů u mužů, vyskytují se v každém věku, ale nejčastěji se objevují mezi 20–35 rokem. Ročně přibývá v České republice asi 400 nových pacientů s tímto onemocněním. Anatomie varlat jejich uložení a funkce. Rizikové faktory pro vznik nádorů. Příznaky nemoci.

Materiál, metodika: Diagnostika – ultrasonografie, laboratorní vyšetření krve a stanovení nádorových markerů. Terapie – chirurgická, radioterapie a chemoterapie. Zhodnocení účinnosti terapie.

Výsledky: Samovyšetřování varlat – postup, důležitost a význam pro pacienta.

Závěr: Sledování po skončení léčby a jeho význam. Sexuální život – vliv onemocnění a léčby.

S13. Automutilace a poranění genitálu

V. Burdová, K. Čadilová
VFN, Praha

Úvod: Definice 1 – Automutilace – self-mutilation – představuje sebepoškození, kde nejčastější motivace vyplývá z psychotické poruchy a sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitálie, oči, jazyk) symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. Bizarní automutilace se mohou vyskytnout u pacientů trpících schizofrenií. Definice 2 – Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru – u osob s poruchami osobnosti i v zátěžových situacích,

jako je např. trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace – může mít i účelový charakter.

Materiál, metodika: Zip injury kazuistiky autoaplikace parafínu – naše lékaře vyhledal pacient, 35 let, který si tři týdny před návštěvou kliniky aplikoval několika vpichy teklutý parafín pod kůži celého penisu za účelem jeho zvětšení. Přišel pro obtížnou mikci, otok a lividní zbarvení předkožky, bolesti a teplotu 38,5 st. Autoaplikace Framykoinu – pacient, 25 let, si v r. 2002 sám aplikoval rozehřátou mast Framykoin pod kůži penisu, taktéž za účelem zvětšení jeho objemu.

Výsledky: Prezентujeme výsledky chirurgické léčby.

Závěr: Těmto stavům je třeba věnovat vždy maximální pozornost, hrozí vážné a někdy i trvalé poškození zdraví, výjimečně i života, pokud nemocný z obav a studu vyhledá pomoc urologa pozdě.

S14. Nový trend léčby VUR u dětí – aplikace URODEXU

Z. Kožíšková, J. Krocová
Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Úvod: Moderní léčba VUR u dětí – aplikace URODEXU – minimální invazivní operační výkon s krátkou dobou hospitalizace. VUR je vrozená vada, která se projevuje zpětným tokem moči insuficientním vesikoureterálním ústím zpět do močovodu či ledvinné pánevičky. Má za následek opakované IMC nebo nefritidy. V naší přednášce se budeme věnovat jedné z moderních metod léčby – aplikace URODEXU, a to z pohledu sestry. Naše přednáška obsahuje srovnání ošetrovatelské péče dětí po otevřených operacích a aplikaci URODEXU.

Materiál, metodika: Přednáška – PowerPoint.

Výsledky: Aplikace URODEXU ve srovnání s klasickou konzervativní a operační léčbou VUR je jednoznačně pro dětské pacienty nejméně zatěžující metoda – bio-, psychosociální aspekty. Přednáška dokládá rozdíly ošetrovatelské péče – srovnání.

Závěr: Moderní léčba VUR u dětí – aplikace URODEXU – minimální invazivní operační výkon s krátkou dobou hospitalizace. Pro názornost jsou součástí přednášky ošetrovatelské plány, které srovnávají ošetřování dítěte po klasické operaci – reimplantaci močovodu a ošetřování dítěte po aplikaci URODEXU.

S15. Vyšetřovací metody u pacientů před transplantací ledvin

Š. Stejskalová, M. Koudelová
Urologická ambulance FTN, Praha

Úvod: Urologické vyšetření patří ke stěžejním vyšetřením u pacientů, čekajících na transplantaci ledvin. Cílem vyšetření je kompletní posouzení urologického nálezu a diagnostika patologickým nálezů, které by mohly komplikovat plánovanou transplantaci a potransplantační období.

Materiál, metodika: V předtransplantačním vyšetření se zaměřujeme na kompletní anamnézu, u pacientů se zachovanou dířezou vyšetření moči, objektivní urologické vyšetření, uroflowmetrické vyšetření, ultrasonografii ledvin a močového měchýře, u mužů stanovení hladiny prostatického specifického antigenu. K rozšířeným diagnostickým metodám patří cystometrie, uretrocystografie, cystoskopie, CT. Cílem diagnostických metod je jednoznačné vyloučení maligního onemocnění, akutní a chronické infekce močových cest a potvrzení správné funkce močového měchýře.

Závěr: Pečlivé urologické vyšetření patří do složitého algoritmu vyšetření u pacientů před zařazením do registru čekatelů na transplantaci. Vyloučení urologických kontraindikací patří k podmínkám správné funkce transplantované ledviny a smyslu transplantace samotné.

S16. Komplexní péče u dialyzovaného pacienta

J. Ďulíková
Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: Předmětem práce je seznámení se s komplexní péčí o dialyzovaného pacienta.

Materiál, metodika: Ledviny jsou životně důležitý orgán, pokud dojde k jejich selhání, začnou se hromadit odpadní látky a voda v těle, proto je potřeba začít léčbu, která nahradí jejich funkci. Touto léčbou se rozumí dialýza, a to buď hemodialýza (HD), nebo peritoneální dialýza. Sdělení se zaměřuje na HD, co to HD je, indikace k HD, kontraindikace, potřebné cévní přístupy, technika HD, komplikace, ošetrovatelskou péči, farmako- a dietoterapii a životosprávu.

Výsledky: Při akutním selhání ledvin, kdy je potřeba provést HD, je HD většinou úspěšná. Při chronickém selhání ledvin je léčba dlouhodobá, často celoživotní, i když může být ukončena i úspěšnou transplantací.

Závěr: Léčba umělou ledvinou není schopna plně nahradit funkci zdravých ledvin. I přesto pacienti díky ní žijí, a dokonce i pracují. Hlavním smyslem HD se stala náhrada funkce ledvin na úrovni dosahující co nejlepší kvality života nemocného.

S17. Nativní spirální CT v diagnostice renální koliky z hlediska zdravotní sestry

M. Kyselová
Urologické oddělení Nemocnice,
České Budějovice

Úvod: Pacienti přicházející s renální kolikou tvoří ne nepodstatnou část případů na urologických ambulancích a odděleních. Po dlouhá léta byla po zhotovení nativního nefrogramu a provedení sonografického vyšetření vylučovací urografie (VUG) základním vyšetřením. Cílem práce je porovnání vylučovací urografie a nativního spirálního CT v diagnostice urolitiázy při renální kolice z hlediska zdravotní sestry.

Materiál, metodika: Byla porovnána časová náročnost jednotlivých výkonů při obou vyšetřeních.

Výsledky: Po vyhodnocení získaných údajů bylo zjištěno, že k přípravě pacienta před VUG jsou nutné tyto průměrné časové jednotky: poučení pacienta 3 minuty, administrativní úkony 2 min., kanylace žíly 3 min., premedikace 3 min., příprava střev (u 40 % pacientů) 10 min., celkem 21 minut. Oproti tomu k přípravě pacienta před nativním CT jsou nutné tyto průměrné časové jednotky: poučení pacienta 3 minuty, administrativní úkony 1 min., kanylace žíly 0 min., premedikace 0 min., příprava střev 0 min., celkem 4 minuty. Příprava pacienta k nativnímu CT je pro ošetrovatelský personál méně časově náročná než příprava k VUG.

Závěr: Nativní spirální CT oproti VUG z hlediska lékařského má nesporné výhody spočívající ve vyšší senzitivitě a specifitě, rychlejšímu získání výsledků a eliminaci rizika podání kontrastní látky. V práci sestry pak přináší i nezanedbatelnou úsporu času v péči o pacienta.

S18. Chronická rána a její léčba

O. Janská

Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: Chronická rána a její fyziologie, typy ran, fáze rány, včasná diagnostika rány.

Materiál, metodika: Hodnocení rány – lokalizace, okolí rány, vlhkost, sekrece, infekce. Faktory ovlivňující špatné hojení ran – vnitřní, vnější. Bolest, výživa pacienta, sociální zázemí, spolupráce pacienta s personálem.

Výsledky: Ideální obvaz – neadherentní kontaktní obvazy, antiseptické obvazy, sekundární krytí.

Závěr: Čas léčí všechny rány, ale to k profesionálnímu hojení ran nestačí!

S19. Organizace přípravy pacienta v operační den a ošetrovatelský proces. Funkce dospávacího pokoje a časné komplikace po anestezii

M. Fleischmannová, J. Bláhová

Urologické oddělení Nemocnice, České Budějovice

Úvod: Zajistit kompletní přípravu pacienta na operační výkon.

Materiál, metodika: Udělat všechna opatření a potřebné výkony, které slouží k fyzické a psychické pohodě pacienta – zajistit veškerou potřebnou dokumentaci nemocného – připravit výsledky odborných vyšetření dle ordinace ošetřujícího lékaře a zajistit doplnění vyšetření, která jsou priorizována – zabezpečit psychickou přípravu nemocného – kontrola hygieny, zda nemocný skutečně od půlnoci lační – sejmutí šperků, zubních a jiných protéz – při varikózním komplexu dle ordinace ošetřujícího lékaře zajistit nandání elastických punčoch – kontrola TK, TT a záznam do dekuru nemocného – na výzvu ARO sestry aplikace naordinované premedikace – asistence při převozu na sál a předání nemocného ARO sestře.

Výsledky: Při dodržení všech těchto bodů sestrou, která je v operační den pověřena péčí o pacienty jdoucí na výkon, je na našem oddělení zajištěn plynulý chod operačního programu.

Závěr: Převzetí nemocného po provedeném výkonu na předšálí operačního sálu od ARO lékaře a sestry a toto převzetí stvrzuje svým podpisem. Za pomoci sanitáře

převáží nemocného na pooperační – dospávací – pokoj k další monitoraci. Ke sledování a monitorování by měla být u každého lůžka možnost monitorace EKG, neinvazivní manuální nebo automatické měření TK, pulzní oxymetrie, centrální rozvod kyslíku je samozřejmostí. Nutné jsou pomůcky k zajištění průchodnosti dýchacích cest a vybavení pro KPR. Komplikace: nevolnost, zvracení, syndrom pooperační nevolnosti a zvracení – PONV – komplikace z respiračního systému (zapadnutí kořene jazyka, útlak dýchacích cest, aspirace, hypoventilace) centrální útlum dýchání – komplikace kardiovaskulárního systému (hypotenze, hypertenze, poruchy rytmu, akutní koronární syndrom) hypotermie, pooperační přetrvávání účinku opioidů, pooperační delirium, syndrom z odnětí alkoholu, sexuální halucinace.

S20. Pozitiva a negativa při aplikaci LMWH u pacientů po urologické operaci

V. Talová, A. Böhmová., V. Vik

Urologické oddělení JIP FTN, Praha

Úvod: Analýza skupiny pacientů, kteří podstoupili rozsáhlý urol. výkon s následnou imobilizací, trvající nejméně pět dní a vyžadující TEP. Byly hodnoceny koagul. parametry a možný rozvoj HIT I a II u pacientů léčených LMWH i léčených klasickým Heparinem. Vedlejším cílem bylo srovnání koagul. parametrů mezi jednotlivými skupinami. Studie probíhala na urolog. JIPu od prosince 2006 do května 2007.

Materiál, metodika: Pacienty jsme náhodně rozdělili do dvou stejně velkých skupin se stejnými kritérii. Prvá skupina TEP – heparinizace 5000j. sc. po 12 hod. Druhá skupina – LMWH (Fragmin) 5000j. sc. po 24 hod. Byla provedena kontrola koagul. hodnot a počtu trombocytů předoperačně, 1., 3. a 5. den po operaci, zároveň byl sledován klinický stav pacientů. Pacienti s více než jednou TRF po operaci, pacienti na chronické koagul. terapii a trombo méně než 30 tis. před výkonem byli ze studie vyloučeni.

Výsledky: Celkem bylo sledováno 55 pacientů (26 s Heparinem a 29 s LMWH).

- 1) lékařské hodnocení,
- 2) 2a) stanovení oš. diagnózy a její hodnocení,
- 3) 2b) ekonomické porovnání použitých přípravků.

Závěr: Posouzení výhod a nevýhod dlouhodobější aplikace LMWH a klasického Heparinu.

S21. Nárůst administrativní náročnosti sester na standardním oddělení v posledních 10 letech

T. Cichá, H. Galasová

Urologické oddělení FN, Ostrava

Úvod: V souvislosti se snahou o začlenění mezi akreditované pracoviště mnoha zdravotnických zařízení neúměrně stoupá administrativní zátěž sester.

Materiál, metodika: Autorky srovnávají ošetrovatelskou dokumentaci v chorobopisech pacientů před 10 lety a nyní.

Výsledky: V závěru pak prezentují srovnání administrativních činností sester před 10 lety a nyní.

Závěr: V závěru pak graficky znázorňují dobu vyplnění ošetrovatelské dokumentace při přijetí a během hospitalizace v současnosti a před 10 lety.

POZNÁMKY

POZNÁMKY

CIPHIN®



... a infekce nemá šanci

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU CIPHIN 250, CIPHIN 500, CIPHIN PRO INFUSIONE 100mg/50 ml

Účinná látka: ciprofloxacini hydrochloridum monohydricum 291,5 mg, tj. 250 mg ciprofloxacinu v 1 tbl. nebo 583 mg, tj. 500 mg ciprofloxacinu v 1 tabletě; ciprofloxacinum 100 mg v 50 ml infuzního roztoku nebo ciprofloxacinum 200 mg v 100 ml infuzního roztoku. **Indikace:** širokospektré chemoterapeutikum ze skupiny chinolonů. K léčbě infekcí urogenitálního a respiračního ústrojí, infekcí ORL, intraabdominálních infekcí, septicémie, meningitidy, očních infekcí, infekcí kostí, kloubů, kůže a měkkých tkání. Profylaxe infekcí u imunokomprimovaných nemocných, zvláště u neutropenií. Intravenózní aplikace je indikována jen u pacientů, kterým není možné podat lék perorálně. **Dávkování a způsob podání:** infekce ledvin a močových cest: 250–500 mg každých 12 h, infekce GIT: 500 mg každých 12 h, infekce kostí, kloubů, kůže, měkkých tkání, pneumonie: 500–750 mg každých 12 h, akutní kapavka a akutní cystitida: 250 mg jednorázově, ostatní infekce: 500 mg každých 12 h. Denní dávka ciprofloxacinu by neměla přesáhnout 1,5 g. Obvyklá intravenózní dávka pro dospělé je 100–400 mg ciprofloxacinu 2x denně. Přípravek se nemá podávat osobám mladším 18 let. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na ciprofloxacín nebo na jiné chinolonové deriváty, gravidita, kojení. **Zvláštní upozornění:** neužívat během léčby alkoholické nápoje, pro možnost fotosenzibilizace je třeba se vyvarovat expozici silného slunečního světla. Opatrnosti je třeba u pacientů s poruchou renálních nebo hepatálních funkcí a u pacientů s neurologickým onemocněním. **Interakce:** kombinace s dalšími antibiotiky má nanejvýš aditivní účinek. Současné užívání antacid obsahujících aluminium, magnesium nebo kalcium, léků s obsahem zinku může vést ke snížení vstřebávání ciprofloxacinu. Ciprofloxacín snižuje eliminaci kofeinu. Současné užívání warfarinu zvyšuje antikoagulační efekt warfarinu se zvýšeným rizikem krvácení. **Těhotenství a kojení:** Ciprofloxacín prochází placentární bariérou a vylučuje se do mateřského mléka. Podávání v těhotenství a během kojení se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** GIT poruchy – nauzea, průjem, zvracení, bolesti břicha, flatulence; vyrážka, erytém, pruritus, arthralgie, únava, slabost, bolesti hlavy, závratě. Ciphin inf. může vyvolat lokální reakci po podání (flebitida). **Podmínky uchování:** při teplotě 15–25 °C v původním obalu, chránit před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** tablety: neprůhledný PVC/PVDC/Al blister, papírová krabička. Velikost balení: 10 tbl. po 250 mg, 10 tbl po 500 mg. **Infúzní roztok:** láhev z bezbarvého skla, 100 mg/50 ml: 50 ml, 200 mg/100 ml: 100 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva a.s., Hlohovec, Slovenská republika. Registrační čísla: 42/270/98-C, 42/271/98-C, 42/413/99-C, 42/414/99-C. **Datum poslední revize textu:** Ciphin 250, Ciphin 500 – 17.1.2007, Ciphin pro infusione 100 mg/50 ml a 200 mg/100 ml – 7.2.2007. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.

ZENTIVA

moderní kvalitní péče

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Zentiva, a. s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10
Tel.: 267 242 714, fax: 267 242 561, www.zentiva.cz CIP/09.07/002.01/36245313/CZ



Fokusin[®]

tamsulosin



... aby se proud spojil

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU FOKUSIN[®] **Léčivá látka:** tamsulosini hydrochloridum 0,40 mg v jedné tobolce. **Indikace:** symptomy dolních močových cest (LUTS) na podkladě benigní hyperplazie prostaty (BHP). **Dávkování:** jedna tobolka po snídani nebo po prvním denním jídle, tobolka se polyká celá a nesmí se rozdrtit nebo žvýkat. **Kontraindikace:** přecitlivělost na složky přípravku, ortostatická hypotenze v anamnéze, těžká jaterní insuficience. **Zvláštní upozornění:** při léčbě tamsulosinem může dojít k poklesu krevního tlaku a v důsledku toho, i když jen zřídka k mdlobám. Před zahájením léčby tamsulosinem by měl být pacient pečlivě vyšetřen s cílem vyloučit ostatní onemocnění, jejichž symptomy mohou být shodné s příznaky benigní hyperplazie prostaty. K léčbě pacientů s těžkým poškozením ledvin je třeba přistupovat s velkou opatrností, neboť pro tyto pacienty nejsou k dispozici údaje z klinických studií. **Interakce:** současné podávání jiných antagonistů adrenergních receptorů může vést k hypotenzi. **Těhotenství a kojení:** přípravek je určen pouze pro léčbu mužů. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji závratě. **Podmínky uchování:** žádné zvláštní požadavky. **Velikost balení:** 30, 90 tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva a.s. **Registrační číslo:** 87/087/05-C. **Datum poslední revize textu:** 7.5.2007. **Výdej:** přípravek na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.**

moderní kvalitní péče

zENTIVA

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:
Zentiva, a. s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10
Tel.: 267 242 714, fax: 267 242 561, www.zentiva.cz FOK/08.07/015.01/27078990/CZ