

Česká urologie

CZECH UROLOGY

2023 | ročník/volume 27 | číslo/number 3 (suppl. A) | říjen | ISBN 978-80-7471-467-2

69. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

11.–13. 10. 2023

ČESKÉ BUDĚJOVICE



Časopis České urologické společnosti ČLS JEP



ŠÉFREDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

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

VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc. / Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

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

prof. MUDr. Viktor Soukup, Ph.D. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D. / Oddělení onkourologie, Masarykův onkologický ústav Brno

prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D. / Urologické oddělení FTN Praha

REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc. / Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

prof. MUDr. Miloš Broďák, Ph.D. / Urologická klinika LF a FN Hradec Králové

prof. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D. / Onkologické oddělení FTN Praha

doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D. / Oddělení onkologické urologie, Masarykův onkologický ústav Brno

prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa, FEBU / Urology Department, Nicolaus Copernicus Hospital, Bydgoszcz, Poland

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., FCMA / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Erik Havranek, MBBS, MD, FEBU, FRCS (Urol) / Consultant Urological Surgeon, Northwick Park Hospital, Harrow a Central Middlesex Hospital, Londýn, GB

doc. MUDr. Richard Fiala, CSc., FEBU, FRCS / Altnagelvin Area Hospital Western Health and Social Care Trust, Londonderry, UK

doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D. / Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D., MBA / Urologické oddělení ÚVN, Praha

Piotr L. Chlosta, MD, PhD, DSc, FEBU / Professor and Chairman Department of Urology, Jagiellonian University in Krakow, Poland

doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

prim. MUDr. Oto Köhler, CSc. / Chirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

MUDr. Milan Král, Ph.D. / Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

MUDr. Michaela Matoušková / Urocentrum Praha

doc. MUDr. Ivan Minčík, Ph.D. / Klinika urológie, FZO PU v Prešově, Slovenská republika

PD Dr. habil. Vladimír Novotný, PhD. / Urologische klinik, Städtisches Klinikum Görlitz

Peter Nyirády M.D., Ph.D., D.Sc., FEBU / Department of Urology and Centre for Urooncology, Semmelweis University, Budapest

prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc. / Urologická klinika FN Brno

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. / Urologické oddělení FN České Budějovice

doc. MUDr. Kristýna Pivovarová, Ph.D. / Šiklův patologicko-anatomický ústav, LF UK a FN Plzeň

MUDr. Jan Schraml, Ph.D. / Klinika urologie a robotické chirurgie Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně

a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

prof. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. / Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

prof. MUDr. Ján Švihra, PhD. / Urologická klinika JLF UK a UNM, Martin, Slovenská republika

doc. MUDr. Peter Weibl, Ph.D. / Urologie, Landesklinikum Korneuburg, Rakousko

doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D. / Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Peter Zvara, M.D., Ph.D. / Department of Urology and Biomedical Laboratory, University of Southern Denmark Odense, Denmark

Česká urologie / Supplementum A**2023 – ročník/volume 27****www.czechurol.cz**

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

Šéfredaktor: prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA, horam@fnplzen.cz

Nakladatel: Solen, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

Redakce: Mgr. Zdeňka Bartáková, SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

Rukopisy: Posílejte prostřednictvím redakčního systému ACTAVIA na webových stránkách

www.czechurol.cz nebo do redakce na Mgr. Zdeňka Bartáková, bartakova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: Michal Bajnok, DTP Solen

Inzerce: Mgr. Veronika Črepová, Urologická klinika UK 3. LF a Thomayerova nemocnice,

Vídeňská 800, 140 00 Praha 4, sekr@cus.cz

Redakční uzávěrka tohoto supplementa: 22. 9. 2023



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

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

ORGANIZACE KONFERENCE

POŘADATEL KONFERENCE

Česka urologická společnost ČLS JEP

VĚDECKÝ VÝBOR KONFERENCE

PREZIDENT A ORGANIZAČNÍ SEKRETÁŘ

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

VĚDECKÝ SEKRETÁŘ

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

ČLENOVÉ VĚDECKÉHO VÝBORU KONFERENCE

prim. MUDr. Kamil Belej, Ph.D., FEBU, MBA

prim. MUDr. Marek Broul, Ph.D., FECSM, MBA

prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc.

prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D.

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

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

doc. MUDr. Štěpán Veselý, Ph.D.

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

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

*Na textech v tomto sborníku abstrakt
byla provedena pouze typografická korektura.*

PARTNEŘI KONFERENCE

Accord	Medtronic
Akacia	Mgvida
Ardez	MSD
Aristo Pharma	Nadační fond Muži proti rakovině
Astellas	Novartis
Astra Zeneca	Olympus
B Braun	Onapharm
Bayer	Prague Medical
Bionik	Pro.MED
Biopstická laboratoř	Promedica
Coloplast	Recordati
Fénix Brno	S.A.B.
Elva Pharma	Sandoz
Essity	SNT
Ferring	Solen
Grane	Surgicare
Hartmann	Synektik
Heaton	Teleflex
IBSA	Toromedical
Ipsen	TZMO
Janssen	Urotech
Medax Systems	Vipharm
Medial	Xantis Pharma
Medicom	Zentiva
Mediform	4life pharma
Medkonsult	+pharma

Středa 11. 10. 2023		
	T1	T2
12:00–12:15		
12:15–12:30		
12:30–12:45		
12:45–13:00		
13:00–13:15		
13:15–13:30		
13:30–13:45		
13:45–14:00		
14:00–14:15		
14:15–14:30		
14:30–14:45		
14:45–15:00		
15:00–15:15	Skríningové programy v České republice <i>Zachoval R., Koudelková M., Dušek L.</i>	
15:15–15:30		
15:30–15:45		
15:45–16:00		
16:00–16:15		
16:15–16:30	Satelit Bayer	
16:30–16:45		
16:45–17:00		
17:00–17:15	Vybrané kapitoly z gynekologie pro urology – endometrióza a prolaps pánevního dna <i>Hora M., Novák K., Šámal V.</i>	
17:15–17:30		
17:30–17:45		
17:45–18:00		
18:00–18:15		
18:15–18:30		Nový výbor – 1. schůze
18:30–18:45		
18:45–19:00		

Čtvrtek 12. 10. 2023			
	T1	T2	
7:00–7:15			
7:15–7:30			
7:30–7:45			
7:45–8:00			
8:00–8:15			
8:15–8:30			
8:30–8:45	Zahájení konference <i>Zachoval R., Petřík A.</i>		
8:45–9:00	Vyzvané přednášky <i>Babjuk M., Hora M., Petřík A.</i>	Vzdělávací sympozium sester <i>Straka O., Novotná H., Kožíšková Z.</i>	
9:00–9:15			
9:15–9:30			
9:30–9:45			
9:45–10:00			
10:00–10:15			
10:15–10:30			
10:30–10:45			
10:45–11:00	Přenosy z operačních sálů <i>Petřík A., Pitra T., Kaplan O., Veselý Š</i>		
11:00–11:15			
11:15–11:30			
11:30–11:45			
11:45–12:00			
12:00–12:15			
12:15–12:30	Satelit Astellas		
12:30–12:45			
12:45–13:00			
13:00–13:15	Satelit Astra Zeneca	Sesterská sekce <i>Belej K., Buřičová A., Drápelová B.</i>	
13:15–13:30			
13:30–13:45	ESU Course		
13:45–14:00			
14:00–14:15			
14:15–14:30			
14:30–14:45			
14:45–15:00			
15:00–15:15			
15:15–15:30			
15:30–15:45			
15:45–16:00			
16:00–16:15	Litiáza, andrologie, BPO <i>Zámečník L., Broul M., Král M.</i>	Nádory močového měchýře <i>Brisuda A., Soukup V., Fiala M.</i>	
16:15–16:30			
16:30–16:45			
16:45–17:00			
17:00–17:15			
17:15–17:30	Dětská urologie <i>Sedláček J., Dolejšová O., Starczewski J.</i>	Nádory ledvin I. <i>Hora M., Fedorko M., Novák K.</i>	
17:30–17:45			
17:45–18:00			
18:00–18:15			
18:15–18:30			
18:30–18:45			
18:45–19:00			

Pátek 13. 10. 2023		
	T1	T2
7:00–7:15		
7:15–7:30		
7:30–7:45		
7:45–8:00		
8:00–8:15	Nádory ledvin II. <i>Štaník M., Pokorný J., Hartman I.</i>	Onkologie varia <i>Broďák M., Klézl P., Trávníček I.</i>
8:15–8:30		
8:30–8:45		
8:45–9:00		
9:00–9:15		
9:15–9:30	Členská schůze	
9:30–9:45		
9:45–10:00		
10:00–10:15		
10:15–10:30		
10:30–10:45	Satelit Ipsen	Satelit Recordati
10:45–11:00		
11:00–11:15		
11:15–11:30		
11:30–11:45	Nádory prostaty – diagnostika <i>Čapoun O., Sedláčková H., Adamcová V.</i>	Varia <i>Schraml J., Mečl J., Vidlář A.</i>
11:45–12:00		
12:00–12:15		
12:15–12:30		
12:30–12:45		
12:45–13:00		
13:00–13:15		
13:15–13:30	Nádory prostaty – terapie <i>Veselý Š., Študent V. jr., Záleský M.</i>	Inkontinence, infekce <i>Krhut J., Tolinger P., Hrbáček J.</i>
13:30–13:45		
13:45–14:00		
14:00–14:15		
14:15–14:30	Závěr konference <i>Zachoval R., Petřík A.</i>	
14:30–14:45		Workshop screening karcinom prostaty <i>Zachoval R., Koudelková M., Matoušková M.</i>
14:45–15:00		
15:00–15:15		
15:15–15:30		
15:30–15:45		
15:45–16:00		
16:00–16:15		
16:15–16:30		
16:30–16:45		
16:45–17:00		

Středa 11. 10. 2023**15:00–16:15****Edukační kurz České akademie urologie
Skríníngové programy v České republice****Sál T1**

Garant: Zachoval R.

Moderátoři: Zachoval R., Dušek L., Koudelková M.

Anotace kurzu: V rámci kurzu se účastníci seznámí s důležitostí a významem skríníngových programů v České republice. Screeningové programy hrají klíčovou roli v prevenci a časném zachytu nádorových onemocnění, což výrazně zvyšuje šance na úspěšnou léčbu a zlepšuje prognózu onemocnění. Tématické okruhy zařazených přednášek zahrnují přehled již probíhajících screeningů děložního hrdla, prsu a kolorektální screening. Nezmeškejte příležitost dozvědět se více o nově připravovaném programu skríníngu karcinomu prostaty, který se plošně zavádí už v roce 2024. Zásadní částí workshopu bude definice role urologa v jednotlivých diagnostických a terapeutických krocích celého screeningového algoritmu s důrazem na část programu, který bude probíhat v urologických ambulancích. To se bude týkat zejména hodnocení PSA a jeho frakcí, stratifikace pacientů podle rizika a odesílání k vyšetření magnetickou rezonancí a jejímu následnému hodnocení a výběru pacientů určených k biopsii prostaty.

Program:**Nové informační zázemí českých screeningových programů budované
v rámci rozvoje eHealth****10 min.**

Dušek L.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Screening karcinomu děložního hrdla**15 min.**

Malík T., Dvořák V.

GYNEKO spol. s r. o.

Screening karcinomu prsu**15 min.**

Daneš J.

Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Letos slavíme 20 let od zahájení screeningového programu, který patří mezi nejúspěšnější u nás. Při přípravě programu jsme se již od počátku soustředili na potřebu konsensu na základních rysech mezi všemi odbornostmi. Zásadní je dodržování standardů a sledování kvality včetně datového auditu. Za 20 let se screening odrazil ve výrazném poklesu úmrtnosti (téměř o 30 %), ČR má nyní 5. nejnižší úmrtnost na karcinom prsu v Evropě.

Mezi základní rysy a kritéria programu patří:

1. Akreditace a reakreditace pracovišť. Screening mohou provádět jen pracoviště, kterým byl podle zákona č. 372/2011 Sb. udělen na základě splnění řady podmínek Statut screeningového pracoviště. Existuje možnost při porušení podmínek provádění screeningu odebrat.
2. Oddělení screeningu a diagnostiky. Provádění a vykazování vyšetření u žen s příznaky a screeningu žen bez obtíží je odděleno. Screening má zvláštní odbornost (806) a je hrazen výkonově, což má motivační efekt. Screeningová pracoviště provádějí screening i diagnostiku, zatímco pracoviště bez Statutu jen diagnostiku.
3. Centrální a regionální řízení. Program řídí Komise pro program screeningu MZ ČR s poměrně velkými pravomocemi, kde jsou odborníci, ZP, UZIS, SUJB, MZ ČR aj. Na regionální úrovni působí tzv. koordinátoři z řad předních radiologů – mamodiagnostiků. Pravidelně kontrolují plnění podmínek a pomáhají řešit problémy.
4. Vedení auditu, včetně datového. Povinně probíhá sběr dat a vyhodnocují se vybrané indikátory kvality. Po validaci obdrží každé pracoviště report pro zpětnou vazbu. Při nesplnění více hodnot parametrů se analyzují příčiny.
5. Zkušenost lékařů a zdravotníků. Je dán minimální počet provedených a zhodnocených vyšetření. Jsou požadavky na další vzdělávání.
5. Vysoká kvalita prováděných vyšetření. Jsou specifikovány požadavky na vybavení a provádění vyšetření, systém je otevřen i pro inovace (3D mamografie, AI apod.).
6. Existence multidisciplinárních týmů. Je třeba projednat záchyt každého karcinomu v týmu a zabezpečit plynulou návaznost screeningu, diagnostiky a léčby.

Screening karcinomu tlustého střeva a konečníku (kolorektální karcinom)**15 min.**

Suchánek Š., Grega T., Zavoral M.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Kolorektální karcinom (CRC) je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz ve všech vyspělých státech. Podle nejnovějších dat GLOBOCAN z roku 2020 stojí ČR v incidenci CRC na 14. místě a v mortalitě na 21. místě v Evropě. Incidenci a mortalitu CRC lze ovlivnit screeningovými a diagnostickými metodami vedoucími k identifikaci a léčbě prekanceróz, event. časného CRC. Screeningové metody jsou prováděny v rámci Národního populačního screeningového programu, kdy si jedinec může sám zvolit screeningovou metodu. První metodou je imunochemický test na okultní krvácení ve stolici (FIT) každoročně ve věku 50–54 let nebo ve dvouletém intervalu ve věku nad 55 let, následovaný kolonoskopií při FIT pozitivitě. Druhou metodou je screeningová kolonoskopie (ve věku nad 50 let), která se opakuje v případě negativního nálezu v intervalu 10 let. Kromě screeningového programu se podílí na epidemiologii CRC v ČR také diagnostické provádění FIT a kolonoskopie u symptomatických pacientů.

Epidemiologické charakteristiky CRC v ČR vykazují pozitivní trendy, mortalita dlouhodobě klesá, v poslední dekádě sledujeme pokles o téměř 25 %. Podobný trend sledujeme i u incidence CRC, kde v poslední dekádě pozorujeme pokles o více než 25 %. Screeningový program CRC dosahoval v populaci (do roku 2019) pokrytí kolem 30 %, v posledních dvou letech se pokrytí z důvodu pandemie covidu-19 snížilo. Při hodnocení rozšířeného tříletého intervalu a zahrnutí diagnostických výkonů dosahovalo tzv. úplné pokrytí populace v roce 2021 47,1 %. Kvalita screeningového programu CRC je monitorována pomocí indikátorů kvality. Výsledky jsou pravidelně hodnocené v rámci Národního registru hrazených zdravotních služeb ČR (od roku 2010) a Registru preventivních kolonoskopií (od roku 2006). Na základě dostupných dat lze pozorovat pozitivní vliv na příznivé epidemiologické trendy CRC v ČR.

*Podpořeno vzdělávacími projekty MO1012 a Cooperatio.***Screening karcinomu prostaty****5 min.**

Koudelková M.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

17:00–18:00 Edukační kurz České akademie urologie Sál T1
Vybrané kapitoly z gynekologie pro urology – endometrióza a prolaps pánevního dna

Garant: Hora M.

Moderátoři: Hora M., Novák K., Šámal V.

Anotace kurzu: Kurz je zaměřen na dvě onemocnění, jejichž diagnostika a léčba je v rukách gynekologů, ale problematika se výrazně dotýká i práce urologů. První je endometrióza. Bude probírána etiologie, diagnostika a možnosti léčby. Zvláštní důraz bude kladen na operační léčbu endometriózy u stavů, kdy jsou postiženy urologické orgány (močový měchýř a močovody). Druhým onemocněním je prolaps pánevního dna. S daným stavem se urolog také často setkává, bude prezentována zejména moderní operační léčba daného onemocnění.

Program:

Endometrióza (DEI) – přehled pro urology

15 min.

Humplík J.

Gyneologicko-porodnická klinika FN Plzeň, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni
 Endometrióza je chronické estrogen dependentní onemocnění s neznámou etiopatogenezí. Postihuje 10–25 % fertilní ženské populace. Je charakterizováno přítomností ektopické endometroidní tkáně mimo dutinu nebo sval děložní. V pánvi (dutině břišní) se vyskytuje ve 3 formách: peritoneální endometrióza, endometroidní cysta vaječníku (endometriom) a hluboká infiltrující endometrióza (DIE). Postihuje všechny orgány malé pánve, přičemž močový trakt je postižen u 1 % žen s endometriózou. Zhruba 80 % procent pacientek s postižením močového traktu má postižený močový měchýř, cca 20 % ureter, postižení uretry je extrémně vzácné. 4/5 pacientek s postiženým ureterem mají extrinsické postižení, 1/5 intrinsické postižení.

Diagnostika endometriózy je postavená na anamnéze se zaměřením na typické obtíže (bolesti, sterilita, krvácení), fyzikálním vyšetření, specializovaném transvaginálním ultrazvuku podle konceptu IDEA, eventuálně MR či jiných zobrazovacích metodách.

Léčba je multimodální a měla by probíhat v centrech pro endometriózu. Farmakologická terapie je postavená na blokaci menstruačního cyklu. Chirurgická léčba je zatížena relativně vysokou morbiditou a vysokým rizikem relapsu, a proto by měla být prováděna multidisciplinárními týmy preferenčně endoskopicky a na specializovaných pracovištích.

Přestože se jedná o primárně gynekologické onemocnění, část pacientek je diagnostikována urology. Vzhledem ke komplexnosti endometriózy je důležité přistupovat k pacientce s tímto onemocněním standardně napříč odbornostmi.

Cílem sdělení je přinést stručný náhled na problematiku endometriózy, její diagnostiku, léčbu a spolupráci gynekolog–urolog v této problematice.

Operační řešení endometriózy (DEI)

15 min.

Humplík J.

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni

Gyneologicko-porodnická klinika FN Plzeň

Operační řešení prolapsu pánevního dna (POP – Pelvic Organ Prolapse)**20 min.**Kališ V.^{1,2,4}, Smažinka M.^{1,2,4}, Havíř M.^{1,2,4}, Vidoman M.^{2,3}, Rušavý Z.^{1,2,4}¹Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň²Lékařská fakulta, Univerzita Karlova Plzeň³Fakultní nemocnice Trenčín⁴Centrum Pánevního Dna, s. r. o., Plzeň

Prolaps (dále POP – Pelvic Organ Prolapse) znamená výhřez pánevních orgánů (včetně pochvy) do pochvy nebo zcela skrz pochvu. Kromě pesaroaterapie a fyzioterapie přichází v úvahu operační řešení, jehož rozsah závisí na rozsahu POP, zdravotním stavu pacientky a jejím životním přístupu. Obecným cílem jakékoliv operace pro POP je anatomická úprava při zlepšení či alespoň udržení stávajícího stavu ostatních funkcí pánevního dna (močová či anální (in)kontinence, dyspareunie, retence, ...).

POP rozdělujeme na defekt předního kompartmentu (tzv. cystokélu či uretrokélu), defekt apikálního kompartmentu (dále DAK, tj. sestup dělohy či vaginálních kleneb) a defekt zadního kompartmentu (enterokélu, rektokélu a syndrom sestupujícího perinea). Velmi často se tyto defekty kombinují, nejčastěji přední a apikální. V případě DAK (v 70 % všech POP) je primárním cílem jeho korekce.

Operace POP se dělí na rekonstrukční a obliterativní. Obliterativní operace (kolpokleiza – uzavření pochvy) přichází v úvahu zvláště u polymorbidních pacientek, neboť výsledkem je nemožnost vaginálního sexuálního styku.

Operace řešící DAK dále dělíme podle přístupu na transvaginální a transabdominální (laparotomické, laparoskopické, robotické) a podle použitého cizorodého materiálu (vstřebatelný vs. nevstřebatelný, umělý vs. biomesh) či bez jeho použití (tzv. native tissue repairs).

V současné době je laparoskopická/robotická sakrokolpopexie (nazývaná rovněž promontofixace) zlatým standardem korekce DAK. Jedná se o přichycení cervixu či vaginálních kleneb (případně s poševními stěnami) k longitudinálnímu ligamentu na přední straně obratle L5–S2 pomocí nevstřebatelné sítě. Riziko rekurence DAK je u této operace okolo 1 %.

Další endoskopickou možností je pektopexie. Při pektopexii je DAK fixován bilaterálně či unilaterálně k pektineálnímu vazů na stěně pánve. Přední poševní stěna je však vyždvižena pouze tahem za apex pochvy či je prováděna konkomitantní přední vaginální plastika. Dlouhodobé výsledky zatím nejsou známy. Při unilaterální pektopexii se často místo sítě používá jen nevstřebatelný steh (např. z důvodu, že pacientka nesouhlasí s inzercí cizorodého materiálu) stejně jako u další možné endoskopické techniky: vysoké suspenze sakrouterinních vazů. Tato poslední operace je původně vaginální technikou.

Transvaginálními operacemi řešícími DAK jsou sakrospinální fixace (bilaterální či unilaterální kotvení k sakrospinálnímu vazů), McCallova kuldoplastika (plikace sakrouterinních vazů k DAK) či Manchester-Fothergillova operace (odstranění cervixu a plikace kardinálních a sakrouterinních vazů k pochvě). Všechny tyto operace však mají podstatně vyšší riziko recidivy DAK, a proto je celosvětová snaha o nalezení vhodnější modifikace či další, nové techniky.

Diskuze**10 min.**

Čtvrtek 12. 10. 2023

08:45–10:45	Vyzvané přednášky Moderátoři: Petřík A., Babjuk M., Hora M.	Sál T1
	Diagnostics and surgical treatment of penile cancer Barreto L. Slovak Urological Society (SUS) lecture Urologické oddělení, Fakultní nemocnice Nitra, Slovensko	
	Natural history of prostate cancer Dobruch J. Polish Urological Society (PTU) lecture Centre of Postgraduate Medical Education, Department of Urology, Warsaw, Poland	
	What can we expect from BPH surgery? Pytel A. Hungarian Urological Society (MUT) lecture Dept. of Urology Medical School of Pécs	
	Prostate cancer screening in Europe: the next step Roobol M. EAU Lecture Erasmus MC, Rotterdam, Nizozemí	
	Quality indicators for management of high risk upper tract urothelial carcinoma Shariat S.F. Department of Urology MedUni Vienna	
	Current trends in the treatment of high – risk localised prostate cancer Gajdoš O. Slovak Urological Society (SUS) lecture – young urologist Urologické oddělení, Fakultní J. A. Reimana Prešov, Slovensko	
	Fumarate hydratase-deficient renal cell carcinoma Kolář J. Czech Urological Society (CUS) lecture – young urologist Urologická klinika, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň	
10:45–12:15	Přenosy z operačních sálů Moderátoři: Petřík A., Pitra T., Veselý Š., Kaplan O.	Sál T1
16:00–17:00	Litiáza, andrologie, BPO Moderátoři: Broul M., Zámečník L., Král M.	Sál T1
	Perkutánní nefrolitotomie v modifikované supinační poloze Dittrichová H., Hanek P., Havlová K. Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s.	DP
	Strojové učenie na predpovedanie úspešnosti litotripsie mimotelovými rázovými vlnami Švihra Ml. J. ¹ , Švihra P. ² , Briš L. ³ , Sopilko I. ³ , Ľupták J. ¹ ¹ Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave ² CERN, Switzerland ³ Univerzitná nemocnica v Martine	DP
	Léčba tvrdých konkrementů střední velikosti pomocí mini-PCNL Hradec T., Vobořil V., Kaplán O., Košík V. Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze	DP
	Can we avoid follow-up imaging of small distal ureteric stones ≤ 3 mm altogether? So CW. ¹ , Havránek E. ² , Raza A. ² , Vrentzou E. ¹ ¹ Dept Radiology, Northwick Park Hospital, London ² Dept Urology, Northwick Park Hospital, London	DP

Vliv stabilizačního módu laserového paprsku při Holmiové enukleaci prostaty DPČermák M.^{1,2}, Fišer L.¹, Hyršl L.¹, Pauk P.¹, Kočárek J.^{1,2,3}¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s., nemocnice Středočeského kraje²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha³Urologická klinika, 3. LF a FNKV, Praha**Časné výsledky léčby obstrukce dolních močových cest pomocí Transperineal laser ablation of the prostate (TPLA) DP**

Holý P., Novotný T., Lukeš M.

Urosante, Praha

Priapismus při substituční terapii testosteronem centrálního hypogonadismu DPBroul M.^{1,2}, Laštůvková J.³, Čejnová V.³, Lišková L.³, Cihlář F.⁴¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.²Urologické oddělení, Krajská zdravotní a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.³Oddělení lékařské genetiky, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.⁴Radiologická klinika Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.**Poruchy funkce štítné žlázy a erektilní dysfunkce DP**Broul M.^{1,2}, Kučerová P.^{1,3}, Jozífková E.⁴¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.³Klinika urologie a robotické chirurgie Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.⁴Katedra biologie, Přírodovědecká fakulta Univerzity J. E. Purkyně, Ústí nad Labem**Cytometrické vyšetření kvality spermií u adolescentů s varikokélou DP**Drlík M.^{1,2}, Krátká Z.^{2,3}, Fürst T.^{3,1}, Sedláček J.^{1,1}, Kočvara R.¹¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha²Imunologická laboratoř Gennet, Praha³Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky PřF Univerzita Palackého, Olomouc

17:15–18:15

Dětská urologie

Sál T1

Moderátoři: Sedláček J., Dolejšová O., Starczewski J.**Význam detekce aberantních cév u kongenitální hydronefrózy DP**

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

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Konverzia inkontinentnej derivácie moču na deriváciu kontinentnú u detských pacientov DP

Ďubjaková P., Breza J. ml, Bartoň P., Slobodníková K., Leiva-Demetrová K., Zaťkuliaková S., Novotná O., Polák M., Bašnáková J., Siváček M.

NÚDCH, Klinika pediatrickej urológie, Bratislava

Miniinvazivní léčba urolitiázy u dětí DPKrál M.¹, Janega M.², Vrána J.¹, Šmakal O.¹, Šarapatka J.¹¹Urologická klinika LF UP a FN Olomouc²Lékařská fakulta UP, Olomouc**Laparoskopická adrenalektomie v dětském věku DP**Pýchová M.¹, Schmidt M.², Veselý Š.², Zeman L.¹, Babjuk M.², Rygl M.¹¹Klinika dětské chirurgie 2. LF a FN Motol, Praha²Urologická klinika 2. LF a FN Motol, Praha

	Dlouhodobé zkušenosti s laparoskopickými rekonstrukcemi zdvojených anomálií ledvin u dětí	DP
	Sedláček J., Kočvara R., Drlík M., Vávřová L., Nováková P., Soukup V., Dítě Z. Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha	
	Možnosti dosažení kontinence u dětských pacientů po plastice hrdla močového měchýře – zkušenosti jednoho pracoviště	DP
	Faltusová E., Kočvara R., Sedláček J., Drlík M. Urologická klinika, VFN a 1. LF UK, Praha	
	Neoadjuvantní hormonální léčba u chlapců s jednostranně nesestoupným varletem	DP
	Fiala V. ¹ , Kočvara R. ¹ , Drlík M. ¹ , Sedláček J. ¹ , Nováková P. ¹ , Dítě Z. ¹ , Soukup V. ¹ , Kalousová M. ² ¹ Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze ² Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky VFN a 1. LF UK v Praze	
	Problematika urachu u dětí a dospívajících: klinický soubor	DP
	Novák I. ¹ , Kuliaček P. ¹ , Štichhauer R. ² , Holická L. ³ , Merkl T. ³ , Rejtar P. ⁴ , Kopřiva J. ⁴ , Podhola M. ⁵ , Hovorková E. ⁵ ¹ Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové ² Klinika dětské chirurgie a traumatologie FN a LF UK, Hradec Králové ³ Klinika dětské chirurgie a traumatologie FN a LF UK, Hradec Králové ⁴ Radiologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové ⁵ Fingerlandův PAU FN a LF UK, Hradec Králové	
	Balanitis xerotica obliterans a striktury meatu u dětí	DP
	Kuliaček P. ¹ , Novák I. ¹ , Tomášek J. ¹ , Svobodová Z. ¹ , Bartoňová J. ² ¹ Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, FN Hradec Králové ² Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN Hradec Králové	
	Ureterální obstrukce jako komplikace endoskopické léčby vezikoureterálního refluxu – popis klinických případů	NP
	Nováková P., Sedláček J., Drlík M., Kočvara R., Soukup V. Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze	
	Prepubertální teratom v adolescentním věku	NP
	Mižičková E., Šarapatka J. Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc	
	Cystická dysplazie rete testis spjatá s ipsilaterální multicystickou dysplazií ledviny	NP
	Šarapatka J., Šmakal O. Urologická klinika FN a LF UP v Olomouci	
16:00–17:00	Nádory močového měchýře	Sál T2
	Moderátoři: Brisuda A., Soukup V., Fiala M.	
	Onkologické výsledky pacientů po radikální cystektomii operovaných v období 2008–2023	DP
	Dinh T., Brisuda A., Veselý Š., Dušek P., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Analýza genové exprese u low grade a high grade nádorů močového měchýře ve vztahu k cirkulujícím nádorovým buňkám	DP
	Gregušová A. ¹ , Šonský J. ¹ , Molnárová L. ² , Kološťová K. ² , Bobek V. ² , Klézl P. ¹ , Grill R. ¹ ¹ Urologická klinika FNKV a 3. LF UK v Praze ² Laboratoř personalizované medicíny Onkologické kliniky FNKV, Praha	
	Detekce karcinomů močového měchýře pomocí testu Bladder EpiCheck	DP
	Šlemendová M. ¹ , Pešíl M. ¹ , Košík V. ¹ , Hořínek A. ² , Pazourková E. ² , Soukup V. ¹ ¹ Urologická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ² Ústav biologie a lékařské genetiky 1. lékařské fakulty a Všeobecné nemocnice v Praze	

Přínos FDG-PET/CT v primárním stagingu nádorů močového měchýře u pacientů s pánevní lymfadenopatií a při hodnocení odpovědi na chemoterapii DP

Zetková B.¹, Poprach A.², Staník M.¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

²Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

Morbidita a mortalita pacientů po otevřené a robotické radikální cystektomii operovaných v jednom referenčním období DP

Brisuda A.¹, Veselý Š.¹, Schmidt M.¹, Novák V.¹, Příman O.¹, Babjuk M.¹

¹Urologická klinika 2. LF UK FN Motol, Praha

Roboticky asistovaná resekce tumoru močové měchýře – vedlejší nález při roboticky asistované radikální prostatektomii (RaRP) V

Hušek P., Pacovský J., Balík M., Brodák M.

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Roboticky asistovaná resekce raritního tumoru měchýře s využitím perioperační tetováže stěny m. m. V

Balík M., Vachata S., Navrátil P. ml., Špaček J., Šmejkalová L.

Urologická klinika FN Hradec Králové

Vyhodnocení využití pooperační single-shot instalační chemoterapie po TURBT a důvodů jejího nepodání DP

Wasserbauer R.^{1,2}, Papírek J.¹, Kršáková E.^{1,2}, Fedorko M.^{1,2}

¹Urologická klinika, FN Brno

²LF Masarykovy univerzity Brno

Karcinom močového měchýře bez neoadjuvantní léčby s časnou progresí po RACE léčen radioterapií NP

Zděblová Čermáková Z., Blažek T., Paračková T., Cvek J.

Onkologická klinika, FN Ostrava

17:15–18:15 Nádory ledvin I. Moderátoři: Hora M., Novák K., Fedorko M. Sál T2

Minimálně invazivní řešení tumorů ledvin DP

Vidlář A.¹, Čtvrtlík F.²

¹Urologická klinika, FN Olomouc

²Radiologická klinika, FN Olomouc

Analýza peroperačních výsledků parciálních nefrektomií DP

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Výsledky elektivní parciální nefrektomie pro renální karcinom DP

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Přehled problematiky Rx/R1 okrajů u zachovných operací ledviny na příkladě souboru Urologické kliniky FNKV za roky 2011–2021 DP

Luzan R.^{1,2}, Klézl P.^{1,2}, Šonský J.^{1,2}, Hanych J.^{1,2}, Grill R.^{1,2}

¹Urologická klinika Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²3. LF UK, Praha

Transperitoneální roboticky asistovaná resekce ledviny: analýza srovnávající perioperační výsledky operace u anteriorně a posteriorně uložených tumorů DP

Študent V. ml.^{1,2}, Lounová V.¹, Purová D.³, Študent V.^{1,2}

¹Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Teologická fakulta UP v Olomouci

Laparoskopická heminefroureterektomie pro suspektní nádorovou duplicitu horního segmentu kompletně zdvojeného dutého systému ledviny V

Fiala V., Novák K., Peší M., Šlemendová M., Soukup V.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

	Roboticky asistovaná parciální nefrektomie nádoru podkovovité ledviny	V
	Schmidt M., Novák V., Strhárska L., Nekula M., Veselý Š., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Roboticky asistovaná parciální nefrektomie nádoru T3a	V
	Schmidt M., Novák V., Příman O., Novák A., Veselý Š., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Mnohočetná resekce tumorů solitární ledviny a adrenalektomie u pacienta s metastatickým ccRCC	NP
	Nencka P., Klézl P., Šonský J., Grill R. Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha	
Pátek 13. 10. 2023		
08:00–09:00	Nádory ledvin II. Moderátoři: Staník M., Pokorný J., Hartmann I.	Sál T1
	Léčba oboustranných objemných angiomyolipomů ledviny everolimem	DP
	Blažková K. ¹ , Šámal V. ¹ , Richter I. ² , Paldus V. ¹ , Mečl J. ¹ ¹ Urologické oddělení Krajská nemocnice Liberec, a. s. ² Komplexní onkologické centrum, Krajská nemocnice Liberec, a. s.	
	Centrálně uložený ne-resekalibilní renální angiomyolipom: superselektivní embolizace u pacientky s opakovanou rupturou	NP
	Česák O. ^{1,2} , Študent V. ml. ^{1,2} , Černá M. ³ , Tüdös Z. ³ ¹ Urologická klinika FN Olomouc ² Lékařská fakulta UP v Olomouci ³ Radiologická klinika FN Olomouc	
	Dlouhodobé výsledky nefrektomie s odstraněním nádorového trombu zasahující do pravé síně	DP
	Brodák M. ¹ , Žáček P. ² , Špaček J. ¹ , Holub L. ¹ , Pacovský J. ¹ ¹ Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové ² Kardiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové	
	Sledování efektu léčiva pomocí cirkulujících nádorových buněk u nádorů ledvin	DP
	Klézl P. ¹ , Kološová K. ² , Šonský J. ¹ , Gregušová A. ¹ , Štursa J. ³ , Neužil J. ³ , Bielčíková Z. ⁴ , Grill R. ¹ , Bobek V. ² ¹ 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha ² Laboratoř personifikované medicíny, Onkologická klinika FN Královské Vinohrady ³ Biotechnologický ústav Akademie věd ČR, Biocev, Vestec ⁴ 1. LF UK a Onkologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice, Praha	
	Ex vivo studie renálních tubuloidů	DP
	Pelikán T. ¹ , Charvát V. ¹ , Filipková V. ² , Heneberg P. ¹ , Zachoval R. ² ¹ Interní klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha ² Urologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha	
	Selektivní embolizace tumoru solitárně funkční ledviny u 77leté pacientky	DP
	Markušová J. ¹ , Hustý J. ² , Fedorko M. ^{1,3} ¹ Urologická klinika, FN Brno ² Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno ³ Lékařská fakulta, Masarykova univerzita Brno	
	Možnosti verifikace efektivity klampování tepny při miniinvasivní resekci ledviny pomocí dopplerovské peroperační ultrasonografie	DP
	Bartoš Veselá A., Sedláčková H., Kolář J., Bendová B., Pitra T., Trávníček I., Hora M. Urologická klinika, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň	
	Pembrolizumab v adjuvantní léčbě renálního karcinomu	DP
	Matoušková M. ^{1,2} , Büchler T. ² , Skálová J. ² ¹ Urocentrum Praha ² Onkologická klinika FTN a 1. LF UK, Praha	

Chirurgická léčba izolované metastázy renálního karcinomu v ipsi- a kontralaterální nadledvině po radikální nefrektomii

DP

Hulová M.¹, Čapák I.¹, Hrabec R.¹, Doležel J.¹, Uher M.², Poprach A.³, Staník M.¹

¹Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

²Výzkumná skupina Bioinformatika, Masarykův onkologický ústav, Brno

³Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

Metachronní výskyt nádorů ledvin

NP

Hruška F., Študent V. ml.

Urologická klinika FN Olomouc

Raritní postižení ledviny Non-Hodgkinským B buněčným lymfomem

NP

Bojić M.¹, Juhász Á.¹, Kočárek J.^{1,2,3}, Čermák M.¹

¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

²1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha

³Urologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha

11:30–13:00

Nádory prostaty – diagnostika

Sál T1

Moderátoři: Čapoun O., Sedláčková H., Adamcová V.

Potvrdil pilotní projekt vyšší výskyt karcinomu prostaty u mužů v dispenzární péči po jiné onkologické diagnóze než u mužů v běžné populaci?

DP

Koudelková M.^{1,2}, Hejmanová K.^{1,2}, Adamcová V.³, Chloupková R.^{1,2}, Babjuk M.⁴,

Zachoval R.³, Ngo O.^{1,2}, Hejduk K.^{1,2}, Dušek L.^{1,2}, Májek O.^{1,2}

¹Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Národní screeningové centrum, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

³Urologická klinika, 3. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

⁴Urologická klinika 2. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní nemocnice Motol, Praha

ProstaPilot. Skríníng karcinomu prostaty pomocí magnetické rezonance se zkráceným protokolem

DP

Staník M.¹, Standara M.², Miklánek D.¹, Pacal M.², Uher M.³, Májek O.⁴, Hrabec R.¹, Křístek J.²

¹Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav a LF MU, Brno

²Oddělení radiologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

³Výzkumná skupina Bioinformatika, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁴Institut biostatistiky a analýz LF MU Brno

Zjednodušené ekonomické hodnocení pro připravovaný program časného zachytu karcinomu prostaty

DP

Hejmanová K.^{1,2}, Koudelková M.^{1,2}, Chloupková R.^{1,2}, Babjuk M.³, Zachoval R.⁴,

Ferda J.⁵, Ngo O.^{1,2}, Hejduk K.^{1,2}, Májek O.^{1,2}

¹Národní screeningové centrum, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

³Urologická klinika, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

⁴Urologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Thomayerova fakultní nemocnice, Praha

⁵Klinika zobrazovacích metod, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

PSA denzita jako triage test u pacientů s PIRADS 3 lézí

DP

Adamcová V.¹, Stejskal J.¹, Pavlíčko A.², Votrubová J.², Matěj R.³, Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

³Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

	[2]proPSA: pomocný marker v diagnostice karcinomu prostaty? DP Sedláčková H.¹, Dolejšová O.¹, Hora M.¹, Jirásko M.², Pivovarová K.³, Ferda J.⁴, Topolčan O.², Kučera R.² ¹Urologická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň ²Laboratoř imunochemické diagnostiky, Fakultní nemocnice Plzeň ³Šiklův ústav patologie, Fakultní nemocnice Plzeň ⁴Klinika zobrazovacích metod, Fakultní nemocnice Plzeň	
	Analýza korelace velikosti prostaty a Prostate health index DP Adamcová V.¹, Stejskal J.², Zachoval R.¹ ¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha ²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha	
	Sérové interleukiny v predikci pozitivní biopsie prostaty DP Čapoun O.¹, Řezáč J.¹, Kantorová A.¹, Fiala V.¹, Linhartová AM.¹, Kalousová M.², Soukup V.¹ ¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze ²Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze	
	PSMA PET/CT v primárním stagingu vysoce rizikového karcinomu prostaty DP Kantorová A.¹, Linhartová AM.¹, Fiala V.¹, Zogala D.², Ptáčník V.², Soukup V.¹, Čapoun O.¹ ¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha ²Ústav nukleární medicíny VFN a 1. LF UK, Praha	
	Prediktivní faktory fúzní transrektální biopsie prostaty, zkušenosti jednoho centra DP Černý J.¹, Straka O.¹, Šefránek J.², Doubková E.², Petřík A.¹, Fiala M.¹ ¹Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. ²Radiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.	
	Výsledky hodnocení korelace nádorových ložisek zachycených multiparametrickou rezonancí s whole mount histogramem pomocí speciálního softwaru DP Adamcová V.¹, Pavličko A.², Votrubová J.², Matěj R.³, Zachoval R.¹ ¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha ²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha ³Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha	
	Přítomnost prostatických žlázek včetně buněk karcinomu prostaty v předním fibromuskulárním stromatu DP Brodák M.¹, Balík M.¹, Rejtarová O.², Hájek P.² ¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové ²Ústav anatomie LF UK Hradec Králové	
	Prognostický význam T2 subklasifikace u pacientů před radikální prostatektomií DP Příman O., Zdobinská T., Jarolím L., Novák V., Babjuk M., Veselý Š. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Kombinovaný nález hematologické malignity a adenokarcinomu z fúzní biopsie prostaty NP Nechvátalová N. Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s. Nemocnice Středočeského kraje, Kladno	
13:15–14:15	Nádory prostaty – terapie Sál T1 Moderátoři: Veselý Š., Študent V., Záleský M.	
	Extrapertoneální roboticky asistovaná radikální prostatektomie DP Hora M., Stránský P., Trávníček I., Üрге T., Sedláčková H., Pitra T., Kolář J., Bartoš Veselá A., Drápelová B. Urologická klinika LF UK a FN Plzeň	
	Radikální prostatektomie u high-risk adenokarcinomu prostaty: dlouhodobé onkologické výsledky DP Študent V. ml.^{1,2}, Vrbková J.², Študentová Z.^{1,2} ¹Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc ²Lékařská fakulta UP v Olomouci	

Výtěžnost pánevní lymfadenektomie u roboticky asistované radikální prostatektomie DP

Hora M.¹, Stránský P.¹, Trávníček I.¹, Üрге T.¹, Sedláčková H.¹, Pitra T.¹, Bartoš Veselá A.¹, Kolář J.¹, Pivovarová K.², Ferda J.³

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Záchranná pánevní lymfadenektomie u pacientů s biochemickým relapsem po radikální prostatektomii a izolovanou pánevní lymfadenopatií dle PET/CT DP

Hrabec R.¹, Doležel J.¹, Vašina J.², Staník M.¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie,

Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

²Oddělení nukleární medicíny, Masarykův onkologický ústav, Brno

Záchranná (salvage) radioterapie karcinomu prostaty DP

Zděblová Čermáková Z., Blažek T., Cvek J.

Onkologická klinika FN Ostrava

Rizikové faktory ovlivňující 5 roční biochemickou recidivu karcinomu prostaty po roboticky asistované radikální prostatektomii – prospektivní štúdia DP

Kováčik V.¹, Maciak M.², Baláž V.¹, Babeľa J.¹, Kubas V.¹, Farra R.¹

¹2. Urologická klinika SZU, Nemocnica F.D. Roosevelta Banská Bystrica

²Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky Matematicko-fyzikální fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Úskalí definice perzistentního PSA po radikální prostatektomii v klinické praxi DP

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

ARPI (androgen receptor pathway inhibitors) v léčbě metastatického karcinomu prostaty, výsledky jednoho pracoviště DP

Trávníček I.^{1,2}, Sedláčková H.¹, Fiala O.², Fínek J.², Hora M.¹

¹Urologická klinika FN Plzeň a LF UK

²Onkologická a radioterapeutická klinika FN Plzeň a LF UK

Výsledky studie RARPEX – profylaktického užití kyseliny tranexamové při radikální prostatektomii DP

Balík M., Navrátil P. ml., Košina J., Hušek P., Špaček J., Brodák M.

Urologická klinika FN Hradec Králové

Severe Radiation Proctopathy: Hydronephrosis and rectal necrosis as a delayed complication of Proton Beam Therapy of prostate cancer NP

Havránek E.¹, Lung P.², Misra R.³, Tozer P.⁴

¹Dept. Urology, Central Middlesex Hospital, London

²Dept. Radiology, Central Middlesex Hospital, London

³Dept. Gastroenterology, St Mark's Hospital, London

⁴Dept. Colorectal Surgery, St Mark's Hospital, London

Infikovaná lymfokéla jako pozdní komplikace radikální prostatektomie s pánevní lymfadenektomií: kazuistika NP

Česák O.^{1,2}, Študent V. ml.^{1,2}, Tüdös Z.³

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Radiologická klinika FN Olomouc

08:00–09:00	Onkologie varia Moderátoři: Brodák M., Klézl P., Trávníček I.	Sál T2
	Možnosti využití močové cytologie při záchytu uroteliálního karcinomu horních cest močových: zkušenosti jednoho centra Pivovarová K. ^{1,2} , Skopal J. ¹ , Bartoš Veselá A. ³ , Michal M. ^{1,2} , Hora M. ³ , Pitra T. ³ ¹ Šiklův ústav patologie, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň ² Biopstická laboratoř, s. r. o., Plzeň ³ Urologická klinika, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň	DP
	Infiltrace imunitními buňkami, nádorový budding a exprese p53 jsou důležitými prediktory u dlaždicobuněčného karcinomu penisu Hrudka J. ¹ , Prouzová Z. ^{1,2} , Kendall Bártů M. ² , Hojný J. ² , Čapka D. ³ , Zavillová N. ³ , Matěj R. ^{2,4} , Waldauf P. ⁵ , Zachoval R. ³ ¹ Ústav patologie, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha ² Ústav patologie, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecní fakultní nemocnice, Praha ³ Urologická klinika, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha ⁴ Ústav patologie a molekulární medicíny, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha ⁵ Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha	DP
	Laparoskopická nefroureterektomie – jedenáct let zkušeností z jednoho pracoviště Peší M. ^{1,2} , Novák K. ³ , Macek P. ⁴ , Fiala V. ^{1,2} , Dundr P. ⁵ , Soukup V. ^{1,6} ¹ Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha ² Urologické odd. ÚVN-VFN, Praha ³ Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha ⁴ Institut Mutualiste Montsouris, Paříž ⁵ Patologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha ⁶ Urologické odd. ÚVN-VFN, Praha	V
	Roboticky asistovaná adrenalectomie Hartmann I., Žemla P., Hruška F., Študent V., Nesvadbová M. Urologická klinika FN a UP Olomouc	V
	Ektomie v. s. varle-šetřící výkon u tumorů varlat Svobodová Z., Novák I., Rejtar P., Kopřiva J., Rozkoš T., Podhola M. Oddělení dětské urologie Urologické kliniky FN Hradec Králové	NP
	Raritní tumor varlete Hanych J. ¹ , Mašková V. ¹ , Gregušová, A. ¹ , Klézl P. ¹ , Grill R. ¹ , Eis V. ² ¹ Urologická klinika 3. LF UK a FN KV, Praha ² Ústav patologie 3. LF UK a FN KV, Praha	NP
	Primární teratom varlete s cystickými metastázemi v retroperitoneu Šabík M., Staník M. Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno	NP
	Adrenální tkáň imitující tumor varlete Zdobinská T. ¹ , Fuccillo P. ² , Dušek P. ¹ , Veselý Š. ¹ ¹ Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha ² Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha	NP

Překvapivý nález metastázy mucinózního adenokarcinomu tlustého střeva při radikální orchiektomii NP

Sorokač Kubolková A.¹, Kubelková I.², Fedorko M.^{1,3}

¹Urologická klinika, FN Brno

²Ústav patologie, FN Brno

³Lékařská fakulta MU, Brno

Leiomyosarkom semenného provazce NP

Dittrichová H., Hanek P., Havlová K.

Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Adenomatoidní tumor nadvarlete NP

Doan H. T.¹, Filáková Š.¹, Hnátek J.¹, Koutníková H.², Šoffová S.¹, Vaníková D.¹, Hrbáček J.^{1,3}

¹Urologické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

²Patologicko-anatomické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

³3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Liposarkom semenného provazce NP

Nguyen T. T., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Kardiálne zlyhanie na podklade manifestácie TakoTsubo kardiomyopatie po laparoskopickej epinefektómii NP

Závodná J.¹, Barreto L.², Korček M.²

¹Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, FN Nitra, Slovenská republika

²Urologické oddelenie, FN Nitra, Slovenská republika

Radikální odstranění vzácného retroperitoneálního sarkomu u mladého muže NP

Koňáříková P., Louda M., Brodák M.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Primární tumor bulbární uretry – kazuistika NP

Pechová M., Paldus V., Šámal V., Mečl J.

Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Raritní histologický nález primárního maligního melanomu penilní uretry a snaha o jeho radikální chirurgickou léčbu NP

Fišer L.¹, Hyršl L.¹, Beroušková P.², Juhász A.¹, Čermák M.^{1,3}, Kočárek J.^{1,3,4}

¹Urologické oddělení, ON Kladno, a. s.

²Oddělení patologické anatomie, ON Kladno, a. s.

³Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

⁴Urologická klinika, 3. LF UK a FNKV Praha

Adenokarcinom urachu u mladého pacienta NP

Beniak J.¹, Belej K.², Nováková M.³, Záleský M.¹

¹Urologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

²Urologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

³Oddělení patologie, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Náhodný nález desmoidu u mladého muže NP

Marešová J.

ON Kladno, a. s.

11:30–13:00

Varia

Moderátoři: Schraml J., Mečl J., Vidlář A.

Sál T2

Poranění močovodu DP

Dolejšová O.¹, Sedláčková H.¹, Pitra T.¹, Bartoš Veselá A.¹, Kolář J.¹, Heidenreich F.², Hora M.¹

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Urologické píštěle a gynekologické malignity – zkušenosti z jednoho centra DP

Špaček J.^{1,2}, Louda M.^{1,2}, Holub L.^{1,2}, Balík M.^{1,2}, Brodák M.^{1,2}

¹Urologická klinika FN Hradec Králové

²LF Hradec Králové, UK

	Poranění ledviny 5. stupně – chirurgická obliterace renální žíly se zachováním ledviny – kazuistika Paldus V. ¹ , Šámal V. ^{1,2} , Mečl J. ¹ ¹ Urologické oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s. ² Urologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty UK, Hradec Králové	NP
	Laparoskopická okluze vezikovaginální píštěle Novák K., Pešl M., Zámečník L., Hanuš T. Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha	V
	Minimálně invazivní nefropexie roboticky asistovaná – video Hora M., Dolejšová O., Stránský P. Urologická klinika LF UK a FN Plzeň	V
	Bilaterální laparoskopická ureterolýza a resekce močovodů u retroperitoneální fibrózy Schmidt M., Novák V., Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	V
	Roboticky asistovaná peritonealizace močovodů u primární retroperitoneální fibrózy Košina J., Špaček J., Koňářková P., Brodák M. Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové	V
	Roboticky asistovaný odběr ledviny od žijícího dárce za účelem transplantace Hartmann I., Žemla P., Hruška F. Urologická klinika FN a UP Olomouc	V
	Pyelovezikoneoanastomóza jako alternativní operační možnost terapie komplexních ureterálních lézí po transplantaci ledviny Navrátil P. ^{1,2,3} , Novák I. ^{1,3} , Pacovský J. ^{1,2,3} , Navrátil P. st. ^{1,2,3} ¹ Urologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové ² Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové ³ Mezioborové transplantační centrum, Fakultní nemocnice Hradec Králové	DP
	Lymfedém skróta jako extraintestinální manifestace Morbus Crohn Gojdič M. ^{1,2} , Krepps Z. ¹ , Gojdičová A. ³ , Čierna I. ⁴ , Hrbáček J. ^{1,5} ¹ Urologické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha ² UroMedico, privátní klinika urologie, Praha ³ Gastroenterologické centrum, Poliklinika Bezručová, Bratislava ⁴ Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Komenského a Národního ústavu dětských chorob, Bratislava ⁵ 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha	NP
	Calciophylaxia ako zriedkavá príčina nekrózy penisu Barreto L. ¹ , Závodná J. ² , Róžová Z. ¹ , Ďurčanský D. ³ , Poárová V. ³ , Korček M. ¹ ¹ Urologické oddelenie, FN Nitra, Slovenská republika ² Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, FN Nitra, Slovenská republika ³ Ústav patológie, FN Nitra, Slovenská republika	NP
	Ischemická orchitida jako komplikace po plastice tříselné kýly vlevo a náhodný nález suspektního útvaru na pravém varleti Wiesner N., Hartmann I., Burešová E. ¹ Urologická klinika FN Olomouc	NP
13:15–14:15	Inkontinence, infekce Moderátoři: Krhut J., Hrbáček J., Tolinger P.	Sál T2
	Léčba mužské stresové inkontinence pomocí implantace adjustabilního umělého svěrače uretry VICTO a VICTO+: výsledky našeho pracoviště v rámci prospektivní studie Evropské urologické společnosti SATURN Zachoval R., Bartáková L. Urologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha	DP

Léčba mužské stresové inkontinence pomocí adjustabilní pásky AdVance DPZámečník L.^{1,2}, Hanuš T.^{1,3}, Sobotka R.¹, Pichlíková Y.¹¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha²Sexuologický ústav VFN Praha³Katedra urologie IPVZ Praha**Sledování pacientů po chirurgické léčbě mužské stresové inkontinence DP****implantací pásky ATOMS**

Bartáková L., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Implantace umělého svěrače (ams 800) mužské uretry VHanuš T.^{1,2}, Pavlík I.¹, Zámečník L.¹, Hradec T.¹¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze²Katedra urologie IPVZ Praha**Sakrální neuromodulace v léčbě dysfunkcí dolních močových cest DP**Rejchrt M.¹, Krhut J.², Sýkora R.², Zdobinská T.¹, Strharská L.¹¹Urologická klinika 2. LF a FN Motol, Praha²Urologická klinika LF OU a FN, Ostrava**Prospektivní, multicentrická, randomizovaná studie bezpečnosti a účinnosti DP
efektivity peroneální elektrické transkutánní neuromodulace (peroneal eTNM®) proti solifenacinu v léčbě hyperaktivního močového měchýře**Krhut J.¹, Rejchrt M.², Slovák M.³, Dvůrák R.³, Blok B.⁴, Zvara P.^{5,6}¹Urologická klinika LF OU a FN Ostrava²Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha³STIMVIA, Ostrava⁴Department of Urology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands⁵Biomedical Laboratory and Research Unit of Urology, Department of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark⁶Department of Urology, Odense University Hospital, Odense, Denmark**Dopad supresivního tréninku svalov panvového dna na kvalitu života DP
u mužů s benignou hyperpláziou prostaty a hyperaktivním močovým
mechúrom liečených silodosínom – štúdiá SILODOSING**Švihra J. sr.¹, Hagovská M.², Macko L.³, Breza J. jr.⁴, Švihra J. jr.¹, Ľupták J.¹¹Urologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta, Univerzity Komenského, Martin²Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UPJŠ LF a UNLP, Košice³Urologická ambulancia Urocentrum, Levice⁴Národný ústav detských chorôb, Klinika pediatickej urológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava**Vliv suplementace beta-alaninu a cviků pánevního dna na kontinenci po DP
radikální prostatektomii: výsledky randomizované placebem kontrolované
dvojité zaslepené studie**Česák O.^{1,2}, Študent V. ml.^{1,2}, Vidlář A.^{1,2}, Bastlová P.³, Vrbková J.⁴, Vostálová J.⁵¹Urologická klinika FN Olomouc²Lékařská fakulta UP v Olomouci³Oddělení rehabilitace, FN Olomouc⁴Institut molekulární a translační medicíny, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci⁵Ústav lékařské chemie a biochemie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci**Multirezistentní uroinfekce, běžná realita DP**Matoušková M.¹, Adámková V.², Čechová M.³¹Urocentrum Praha²ÚBLD Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha³Urologická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha**Stanovení původce akutní pyelonefritidy/komplikované infekce močových DP
cest pomocí detekce bakteriálních metaloforů**Hrbáček J.^{1,2}, Palyzová A.³, Pluháček T.³, Luptáková D.³, Havlíček V.³, Zachoval R.¹¹Urologická klinika 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha²Urologické oddělení, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha³Laboratoř charakterizace molekulární struktury, Mikrobiologický ústav AV ČR, v. v. i., Praha

Čtvrtek 12. 10. 2023

08:45–10:45	Bloky sester Moderátoři: Belej K., Buřičová A., Drápelová B.	Sál T2
	Vzdělávání sester v Evropské unii Potůčková, H.	20 min.
	MDR směrnice kódování materiálů Stratil, P. Fénix Brno, spol. s r. o., Brno	15 min.
	Teranostika, PSMA, Lutecium Zdobinská, T. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	10 min.
	Androgen deprivace terapie karcinomu prostaty a její nežádoucí účinky Brisuda, A. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	15 min.
	Live on ADT Novotná H., Fleure, L. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	15 min.
	WFIPP: inkontinence nejen jako ekologický problém (video) Poelgeest-Pomfret M-L. World Federation of Incontinence and Pelvic Problems (WFIPP), Leiden, The Netherlands	10 min.
	Udržitelnost v péči o inkontinentní pacienty Kožíšková Z. Urologická klinika FN, Plzeň	10 min.
	Novinky v léčbě inkontinence: InterStim Rejchrt M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	10 min.
	Zajištění bezpečnosti personálu z pohledu ústavního hygienika Šípová, I. Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie, Nemocnice České Budějovice, a. s., České Budějovice	10 min.

Čtvrtek 12. 10. 2023

13:00–16:00	Sesterská sekce	Sál T2
	Moderátoři: Straka O., Novotná H., Kožíšková Z.	
	Centralizace operační péče z hlediska specializace a sestry	7 min.
	Brejšková S. Nemocnice České Budějovice, a. s., Centrální operační sály	
	Naše první zkušenosti s předoperační a pooperační péčí o pacienty operované novým Robotickým přístrojem Da Vinci na Urologické klinice FN Ostrava	7 min.
	Al-Awa N., Baumová I. UK FNO Ostrava	
	Roboticky asistovaná extraperitoneální radikální prostatektomie očima perioperační sestry	7 min.
	Lukešová J., Drápelová B., Voráčková J. FN Plzeň	
	Roboticky asistovaná nefroureterektomie	7 min.
	Voráčková J., Lukešová J., Drápelová B. Urologická klinika, FN Plzeň	
	Chirurgické řešení striktury uretry bukálním štěpem	7 min.
	Drápelová B., Lukešová J., Voráčková J. FN Plzeň	
	Apendikovezikostomie s augmentací močového měchýře – kazuistika	7 min.
	Jiříková K., Pěchotová B. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Edukace pacientů s PMK – výsledky výzkumu na vybraných urologických pracovištích	7 min.
	Vachtová Š., Gustei V., Klímová B. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Intravezikální aplikace kyseliny hyaluronové	7 min.
	Urbánková J. Urologická klinika FN Plzeň	
	Implementace preskripce zdravotnických prostředků stomasestrou v rámci rozvoje nového pojetí péče o stomické pacienty ve Fakultní nemocnici Hradec Králové	7 min.
	Ůrhalmi P. Urologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové	
	Péče o urostomie v Masarykově onkologickém ústavu Brno	7 min.
	Zezulová J. Masarykův onkologický ústav Brno	
	Ošetrovatelská péče o pacienty při laserové ablaci nádorů močového měchýře	7 min.
	Sytar M., Frajerová E., Avuková K., Grechko E. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	
	Kazuistika pacienta s komplikovaným hojením pooperační rány	7 min.
	Münsterová M.A., Štamberová M. Fakultní nemocnice v Motole, Praha	
	Derivace moči: Brickerova derivace – edukace pacienta	7 min.
	Sedlická V. ^{1,2} , Dočekalová Z. ^{1,2} ¹ Všeobecná fakultní nemocnice Praha ² Urologická klinika, Praha	
	Case management v urologické onkologii	7 min.
	Procházková N. Masarykův onkologický ústav, urologie, Brno	

Hidradenitis suppurativa v urologii**7 min.**

Kožíšková Z.

Urologická klinika FN Plzeň

Karcinom penisu**7 min.**

Orabincová A.

Urologická klinika, FN Plzeň

LITIÁZA, ANDROLOGIE, BPO

PERKUTÁNNÍ NEFROLITOTOMIE V MODIFIKOVANÉ SUPINAČNÍ POLOZE

Dittrichová H., Hanek P., Havlová K.

Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Diskutovaný poster

Úvod: Perkutánní nefrolitotomie je jednou z modalit léčby nefrolitiázy. Dle doporučení EAU je metodou první volby u nefrolitiázy o velikosti nad 20 mm, u menších konkrémentů patří mezi jednu z možností. Výkon je prováděn v pronační nebo supinační poloze, obě metody vykazují stejnou stone free rate, supinační poloha přináší kratší operační čas. Cílem práce je zhodnotit výsledky perkutánní nefrolitotomie v modifikované supinační poloze na souboru pacientů z našeho pracoviště.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentujeme retrospektivně hodnocený soubor 80 pacientů, u nichž jsme v období od ledna 2020 do května 2023 provedli 93 perkutánních nefrolitotomií v supinační poloze. Mezi sledované faktory jsme zařadili velikost litiázy, Guy's stone skóre, operační čas, stone free rate, komplikace, dobu skioskopie, využití trypsy a nutnost hemosubstituce po výkonu. Stone free rate bylo hodnoceno USG kontrolou do 4 týdnů od výkonu.

Výsledky: Průměrná velikost řešené litiázy byla 261 mm², v 31 případech jsme řešili vícečetnou litiázu, částečně odlitkovou litiázu (Guy's stone skóre 3) v 17 případech a kompletně odlitkovou litiázu ve 4 případech (Guy's stone skóre 4). Stone free rate byla v našem souboru 78 %. Trypsy litiázy byla nutná v 59 případech. Komplikace II. stupně Clavien-Dindovy klasifikace jsme zaznamenali ve 2 případech, stupeň IIIa v 1 případě a stupeň IIIb v 8 případech. V tomto stupni se jednalo v 7 případech o řešení symptomatické reziduální litiázy. Průměrný operační čas byl 44 minut, průměrná doba skioskopie 2 minuty 33 vteřin. Hemosubstituci po výkonu si vyžádaly 2 případy.

Závěr: Perkutánní nefrolitotomie v modifikované supinační poloze s podloženým bokem na operované straně přináší zkrácení operačního času. V našem souboru jsme prokázali 78% stone free rate, komplikace III. a vyššího stupně Clavien-Dindovy klasifikace jsme zaznamenali u 10 % případů. Jedná se o účinnou a bezpečnou metodu řešení nefrolitiázy.

Grantová podpora: Bez podpory.

STROJOVÉ UČENÍ NA PREDPOVEDANIE ÚSPEŠNOSTI LITOTRIPSIE MIMOTELOVÝMI RÁZOVÝMI VLNAMÍ

Švihra M. J.¹, Švihra P.², Briš L.³, Sopilko I.³,
Ľupták J.¹

¹Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského v Bratislave

²CERN, Switzerland

³Univerzitná nemocnica v Martine

Diskutovaný poster

Úvod: Aj keď existuje niekoľko algoritmov na predpovedanie úspešnosti litotripsie mimotelovými rázovými vlnami (ESWL), použitie umelej inteligencie a strojového učenia (machine learning, ML) je raritné. V tejto štúdii sme sa zamerali na tvorbu nomogramu ML u pacientov s nefrolitiázou, ktorí podstúpili ESWL.

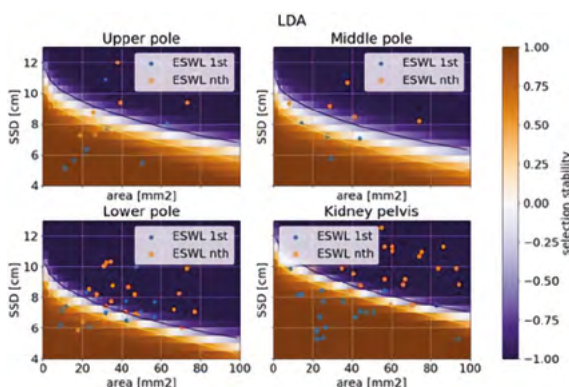
Materiál a metódy/Popis klinického prípadu: Retrospektívna analýza pacientov s nefrolitiázou hodnotila vek, pohlavie, veľkosť, plochu a lokáciu konkrémentu vnútri obličky, denzitu konkrémentu, vzdialenosť konkrémentu ku koži (skin to stone distance, SSD), prítomnosť stentu, prítomnosť hydronefrózy, komplikácie a počet ESWL zákrokov potrebných k dosiahnutiu stavu bez litiázy (stone-free rate, SFR). Tieto dáta slúžili ako podklad pre ML. Programovanie prebiehalo v jazyku Python s použitím scikit-learn knižnice.

Výsledky: 102 pacientov (68,6 % boli muži) s priemernou veľkosťou konkrémentu 9,1±3,1 mm a SSD 8,4±1,8 cm bolo analyzovaných. Pomocou modelov ML sme identifikovali pravdepodobnosť úspešnosti ESWL. Najlepšia pravdepodobnosť úspešného prvého zákroku ESWL závisela hlavne od SSD, plochy konkrémentu a lokality konkrémentu v obličke (obrázok 1).

Záver: Identifikovali sme parametre pre nomogram strojového učenia, ktorý dokáže predpovedať úspešnosť liečby ESWL u pacientov s nefrolitiázou. ML nástroj sa dokáže učiť na nových dátach a spresniť svoju predpoveď.

Grantová podpora: Bez podpory.

Obr. 1.



LÉČBA TVRDÝCH KONKREMENTŮ STŘEDNÍ VELIKOSTI POMOCÍ MINI-PCNL

Hradec T., Vobořil V., Kaplán O., Košík V.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Diskutovaný poster

Úvod: Výběr správné endoskopické metody léčby tvrdých oxalátových konkrementů střední velikosti (10–20 mm) je často obtížný. Flexibilní ureterorenoskopie (Retrograde Intrarenal Surgery – RIRS) může být dlouhý a náročný výkon s vyšším výskytem reziduální litiázy a standardní perkutánní nefrolitotomie (Percutaneous Nephrolithotomy – PCNL) se jeví jako příliš invazivní výkon s vyšším rizikem komplikací. Na vlastním souboru prezentujeme zkušenosti s využitím mini-PCNL v této indikaci.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Od 5/2019 do 4/2023 jsme provedli celkem 158 PCNL, z toho jsme u 33 pacientů použili mini-nefroskop 12CH a přístupový sheath 16CH. Hlavní indikací k provedení mini-PCNL byly konkrementy velikosti 10–20 mm s vysokou densitou konkrementu na CT (> 1000 HU), nebo známá anamnéza whewellitové litiázy, případně nevhodná anatomie močových cest pro RIRS. Fragmentace konkrementů byla provedena pomocí Ho:YAG laseru a fragmenty byly ze systému vypláchnuty přístupovým sheathem bez použití extrakčního košíčku. Jedná se o retrospektivní studii, ve které hodnotíme efektivitu pomocí nativního CT nebo nativního nefrogramu v průběhu hospitalizace a bezpečnost léčby na základě výskytu chirurgických komplikací dle Clavien-Dindo klasifikace.

Výsledky: Do hodnocení bylo zařazeno celkem 33 pacientů. Medián velikosti litiázy v hodnocené skupině byl 16 mm, medián maximální density konkrementu na CT 1112 HU (Hounsfield units). Výskyt reziduální litiázy po výkonu byl hodnocen u devíti pacientů pomocí nativního nefrogramu a u 24 pacientů pomocí CT. Reziduální litiáza ihned po operaci byla prokázána u 10 pacientů, z toho pouze u třech pacientů se jednalo o reziduální fragmenty > 3 mm. Při kontrolním zobrazení do 3 měsíců po výkonu jsme reziduální litiázu prokázali pouze u tří pacientů. V hodnoceném souboru se komplikace 1. stupně dle klasifikace Clavien-Dindo vyskytly u tří pacientů (bolest, přetrávající sekrece kanálem po nefrostomii) a komplikace 3. stupně u dvou pacientů (steinstrasse, melena).

Závěr: Na základě výsledků z našeho souboru se mini-PCNL jeví jako efektivní a bezpečná metoda léčby tvrdých konkrementů střední velikosti.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

CAN WE AVOID FOLLOW-UP IMAGING OF SMALL DISTAL URETERIC STONES ≤ 3 MM ALTOGETHER?

So CW.¹, Havránek E.², Raza A.², Vrentzou E.¹

¹Dept Radiology, Northwick Park Hospital, London

²Dept Urology, Northwick Park Hospital, London

Diskutovaný poster

Introduction: To determine the spontaneous stone passage rate of stones ≤ 3 mm.

Material and methods/Case presentation: We retrospectively audited stone passage rates of all distal ureteric stones (within 3 cm of VUJ) presenting acutely over a 12 months period. We also assessed the consistency of CT scanogram and Xray KUB in determining radio-opacity of the stone.

Results: 2734 acute non-contrast CT KUBs were performed. 516 demonstrated distal ureteric stones. 235 (45.5%) measured ≤ 3 mm. 37% had a baseline Xray carried out at presentation. 40% of 1-2 mm and 77.7% of 3 mm stones were visible on Xray. If visible on Xray, 72% were visible on CT scanogram. 3 (1.5%) were visible on scanogram but not on baseline Xray. 5 patients had intervention before follow-up imaging for pain, infection, moderate/severe hydronephrosis and/or AKI. Follow-up imaging was performed on 49.8% of the remaining patients. All stones measuring 1-3 mm had passed on follow-up imaging. Median first follow-up imaging was at 10.4 weeks.

Conclusions: Scanograms and Xrays are not always helpful for follow-up imaging. Stones measuring 1-3 mm are very likely to pass spontaneously and follow-up imaging may be avoided. Clinically significant stones are likely to be symptomatic and will have intervention without need for further imaging. More data is necessary before this can be implemented into clinical practice.

Grant support: No.

VLIV STABILIZAČNÍHO MÓDU LASEROVÉHO PAPRSKU PŘI HOLMIOVÉ ENUKLEACI PROSTATY

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

¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s.,
Nemocnice Středočeského kraje

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

³Urologická klinika, 3. LF a FNKV, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Holmiová enukleace prostaty nebo-li tzv. HoLEP je minimálně invazivní operační metoda léčby benigní hyperplazie prostaty. Jde o standardizovanou metodu s dobrými operačními i pooperačními výsledky. I přesto se hledají možnosti, jak uvedenou operační techniku dále vylepšit. Použití stabilizačního módu laserového paprsku se ukazuje jako zajímavá možnost.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Na našem pracovišti od listopadu roku 2021 provádíme HoLEP pomocí laseru Lumenis Pulse™ 120H, jenž nabízí možnost využití stabilizačního módu na jednorázových vláknech. Konkrétně se jedná o funkci firemně nazvanou jako MOSES™ efekt a disponují s ní pouze lasery tohoto výrobce. Retrospektivně jsme vyhodnotili 127 po sobě jdoucích výkonů prováděných stejným operátorem a tímto laserem, kdy 34 z nich bylo provedeno jednorázovým laserovým vláknem s použitím stabilizačního módu a zbylých 93 bylo provedeno bez použití této technologie. Ze souboru bylo vyřazeno celkem 19 pacientů z důvodu současně prováděného dalšího operačního výkonu, konkrétně 6 výkonů s použitím stabilizačního módu a 13 výkonů bez jeho využití. Jako hlavní hodnotící kritérium jsme si určili délku operačního výkonu.

Výsledky: Průměrný objem odstraněné tkáně u pacientů, u kterých byla provedena HoLEP s využitím stabilizačního módu, byl 90 g (20–210) a délka celého operačního výkonu byla 88,2 minut (30–180). Vyhodnocením jsme dosáhli průměrné rychlosti odstranění 0,96 gramu prostatické tkáně za minutu (0,40–1,50).

Průměrný objem odstraněné tkáně u pacientů, u kterých byla provedena HoLEP bez využití stabilizačního módu, byl 72,2 g (15–200) a délka celého operačního výkonu byla 82,6 minut (30–240). Vyhodnocením jsme dosáhli průměrné rychlosti odstranění 0,89 gramu prostatické tkáně za minutu (0,33–1,67).

Závěr: Využití stabilizačního módu laserového paprsku u HoLEP vedlo v našem souboru ke zkrácení délky operačního výkonu při subjektivně snazší a přehlednější enukleaci prostatických laloků. Uvedené výsledky souhlasí s doposud prezentovanými výsledky studií zabývajících se touto problematikou.

Grantová podpora: Ne.

ČASNÉ VÝSLEDKY LÉČBY OBSTRUKCE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST POMOCÍ TRANSPERINEAL LASER ABLATION OF THE PROSTATE (TPLA)

Holý P., Novotný T., Lukeš M.

¹Urosante, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Transperineal laser ablation of the prostate (TPLA)/EchoLaser je novou minimálně invazivní léčbou mikčních obtíží způsobených obstrukcí dolních močových cest na podkladě benigní hyperplazie prostaty.

Představujeme první zkušenost a výsledky léčby po 3 měsíčních sledování.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Vyhodnotili jsme soubor 26 pacientů ve věku 65–87 let (z toho 8 s retencí), kteří podstoupili léčbu TPLA a ukončili úvodní 3měsíční sledování.

Výkon je rutinně prováděn ambulantně v lokální anestezii, transperineálně pod sono kontrolou. Zdrojem je diodový laser 1 064 nm. Laser způsobuje hypertermii, denaturaci a koagulační nekrózu cílové tkáně.

Prospektivně jsme hodnotili funkční výsledek léčby po 3 měsících (IPSS, uroflow, reziduum po mikci a velikost prostaty).

Výsledky: Všechny 8 pacientů v rozmezí 4–7 týdnů po léčbě spontánně močilo s reziduem 50–100 ml.

Výsledky 3 měsíce po léčbě:

Během léčby a v pooperačním sledování jsme zaznamenali 2 močové infekce (CTCAE grade 1). Bez jiných komplikací nebo nežádoucích účinků.

Změna objemu prostaty	- 25–37 % (20–40 ml)
Změna IPSS	- 12 b. (6–14)
Změna Qm	- 3,5 ml/s (2,6–5,7)
Změna RV	- 85 ml (20–250)

Závěr: TPLA je bezpečný minimálně invazivní výkon. Tři měsíce po léčbě zlepšuje mikční obtíže na podkladě obstrukce dolních močových cest.

Naše sledování koreluje s publikovanými výsledky z jiných center.

Grantová podpora: Práce provedena bez grantové podpory.

PRIAPISMUS PŘI SUBSTITUČNÍ TERAPII TESTOSTERONEM CENTRÁLNÍHO HYPOGONADISMU

Broul M.^{1,2}, Laštůvková J.³, Čejnová V.³, Lišková L.³, Cihlář F.⁴

¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

³Oddělení lékařské genetiky, Krajská zdravotní, a. s. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁴Radiologická klinika Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Diskutovaný poster

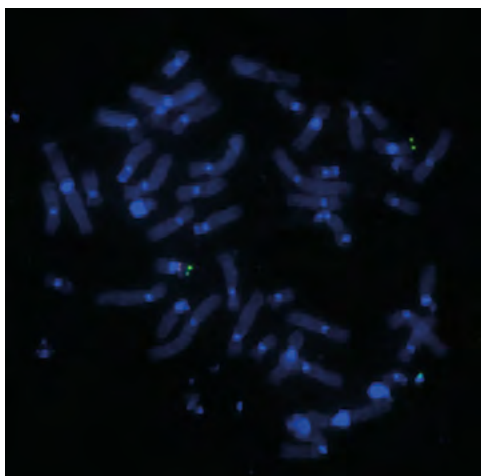
Úvod: Uvádíme kazuistiku pacienta, který po nasazení substituční terapie testosteronem (testosterone replacement therapy – TRT) pro centrální hypogonadismus trpěl recidivujícími priapismy. Tato komplikace TRT je velice vzácná.

Materiál a metody/Popis klinického případu: U třicetipětiletého pacienta, vyšetřovaného pro erektilní dysfunkci a nízké libido, byl zjištěn centrální hypogonadismus. Endokrinologem mu byl aplikován Sustanon, po kterém došlo k recidivujícímu priapismu. Ten byl opakovaně řešen operačně, přesto docházelo k dalším recidivám. Až po nasazení antiandrogenní medikace Androcur 50 mg tbl p. o. 1-0-0 již k další atace priapismu nedošlo. Genetickým vyšetřením byla detekována 678 kb mikrolece na krátkém raménku chromozomu 16, zahrnující 15 OMIM genů, včetně genu SH2B1, v oblasti 16p11.2 mikrolečného syndromu, ~200-kb region (OMIM #613444).

Závěr: Priapismus jako nežádoucí účinek substituční terapie testosteronem je zcela raritní, ale závažná komplikace. Pokud tuto léčbu pacientům nasazujeme, měli bychom je i na tuto možnou komplikaci předem upozornit a vysvětlit jim, že pokud k priapismu dojde, měli by vyhledat pohotovost nejbližšího zdravotnického zařízení.

Grantová podpora: Žádná.

Obr. 1. Ověření nálezu 16p11,2 mikrolece metodou FISH. Použité sondy: 16p Telvision – Vysis – Spectrum Green (kontrolní, 2 zelené signály); SureFISH 16p11,2 (ATXN2L-LAT) – Agilent – Spectrum Orange (pouze jeden červený signál)



PORUCHY FUNKCE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY A EREKTILNÍ DYSFUNKCE

Broul M.^{1,2}, Kučerová P.^{1,3}, Jozífková E.⁴

¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

³Klinika urologie a robotické chirurgie Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁴Katedra biologie, Přírodovědecká fakulta Univerzity J. E. Purkyně, Ústí nad Labem

Diskutovaný poster

Úvod: V našem souboru hodnotíme vztah erektilní dysfunkce (ED) a poruch funkce štítné žlázy. Potvrdili jsme, že obě dysfunkce spolu souvisí a vyžadují léčbu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Jedná se o retrospektivní hodnocení souboru pacientů, kteří se léčili pro ED na našem pracovišti. Studie byla schválena lokální etickou komisí. Vybrali jsme pouze muže, u nichž byla na začátku léčby zjištěna nějaká porucha funkce štítné žlázy (hypofunkce i hyperfunkce). Celkem jsme takto odhalili 51 mužů. Ze souboru jsme vyloučili muže, kteří měli nějaké další komorbidity. Ze zbývajících 27 mužů mělo 9 klinickou hypertyreózu a 18 klinickou hypotyreózu. Z 9 mužů s hypertyreózou mělo pět Graves-Basedowovu nemoc a čtyři toxickou nodulární strumu. Průměrný věk pacientů byl 52,6 let. Po vyšetření endokrinologem a po nasazení léčby jsme u pacientů pokračovali v monitoraci hladin fT4, TSH a testosteronu. Stav erektilní funkce jsme hodnotili podle dotazníku IIEF-5.

Výsledky: U všech mužů s poruchou funkce štítné žlázy jsme našli nějakou formu erektilní dysfunkce. Všichni muži měli IIEF-5 skóre před léčbou menší nebo rovno 19. Dva muži měli IIEF-5 skóre 4, tzn. trpěli kompletní erektilní dysfunkcí. Průměrné IIEF-5 skóre se u hyper- a hypotyreózních mužů nelišilo (11,56 versus 12,61). Po nasazení léčby na poruchu funkce štítné žlázy jsme zaznamenali zvýšení IIEF-5 skóre, a to jak u mužů s hypo-, tak i u mužů s hyperfunkcí štítné žlázy. Dokonce u 11 mužů vystoupalo IIEF-5 skóre na 21 a více bodů. Po jednom roce od začátku léčby poruchy funkce štítné žlázy jsme neprokázali žádný rozdíl mezi muži s hypo- a hyperfunkcí štítné žlázy.

Závěr: Erektilní dysfunkce je u mužů s poruchou funkce štítné žlázy velice častá. Léčba této primární příčiny může ovlivnit normální erektilní funkci. Doporučujeme provádět screening dysfunkce štítné žlázy u všech mužů s ED. Léčba ED pomocí preparátů iPDE5 se nemusí odkládat a může se nasadit ještě před začátkem léčby poruch funkce štítné žlázy.

Grantová podpora: Žádná.

CYTOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ KVALITY SPERMIÍ U ADOLESCENTŮ S VARIKOKÉLOU

**Drlík M.¹, Krátká Z.², Fürst T.³, Sedláček J.¹,
Kočvara R.¹**

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Imunologická laboratoř Gennet, Praha

³Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky PříF
Univerzita Palackého, Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: V dospělé urologii se v algoritmu rozhodování o léčbě neplodných mužů s varikokélou postupně prosazují nové imunologické metody posuzování kvality spermií. Informace o těchto parametrech v adolescentním věku stále chybí. Cílem práce bylo zjistit kvalitu spermií u adolescentů s varikokélou pomocí spermiogramu a cytometrické analýzy a porovnat anatomické parametry s výsledky laboratorních vyšetření.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do studie bylo prospektivně zařazeno 57 chlapců ve věku 17,1 (15,3–17,8) let s klinicky významnou levostrannou varikokélou 2. (50,9 %) a 3. stupně (49,1 %), stadiem puberty Tanner 5, bez dalšího onemocnění genitálu. U všech pacientů byl ultrazvukovým vyšetřením stanoven objem varlat, stupeň (Hirsch) a míra maximálního renotestikulárního refluxu vleže (PRF). Kvalitu spermií jsme hodnotili ze dvou vzorků spermatu. Analyzován byl mikroskopicky celkový počet spermií, koncentrace, pohyblivost a morfologie spermií a cytometricky zastoupení apoptotických spermií, spermií s poškozeným akrozomem a % spermií s fragmentací DNA. Hodnoty byly statisticky zpracovány s cílem zjistit proměnlivost parametrů v opakovaných odběrech a korelaci výsledků různých testů mezi sebou a s klinickým nálezem.

Výsledky: Hypotrofie levého varlete byla přítomna u 22 (38,6 %) pacientů. Nejčastějším stupněm refluxu byl Hirsch 1 u 38 (66,7 %) pacientů, střední PFR byl 20,3 cm/s. Celkem 25 chlapců (45,4 %) mělo normální spermiogram, dalších 13 mělo aspoň jeden normální spermiogram. Mezi výsledky ze dvou odběrů byla v případě spermiogramu větší proměnlivost než v případě cytometrických vyšetření. Průměrný relativní rozdíl byl nejmenší u % živých spermií (pouze 0,19), ale u koncentrace spermií to bylo 0,67. Korelace mezi parametry cytometrickými a mikroskopickými byla středně významná ($c = 0,31-0,46$). Anatomické parametry s cytometrickými nekorelovaly, pouze PRF s permeabilou akrozomu ($c = 0,35$).

Závěr: Cytometrická analýza kvality spermatu není na rozdíl od spermiogramu zatížena subjektivním hodnocením a vykazuje vysokou stabilitu při opakovaném vyšetření. Poskytuje další nástroj na stanovení rizika neplodnosti u mladých mužů s varikokélou. Pouze z klinických vyšetření nelze na riziko poruchy plodnosti spolehlivě usuzovat.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165, GA UK 720/54/252317 14692.

DĚTSKÁ UROLOGIE

VÝZNAM DETEKCE ABERANTNÍCH CÉV U KONGENITÁLNÍ HYDRONEFRÓZY

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

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je stanovit spolehlivost dopplerovského vyšetření pro detekci aberantních cév dolního pólu ledviny s hydronefrózou a srovnat klinický průběh pacientů s aberantními cévy a bez cév podle nálezu při operaci.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V letech 2013–2023 bylo operováno pro hydronefrózu 401 pacientů s jednostrannou hydronefrózou ve věku 1 měsíce do 18 let s výskytem aberantních cév u 153 (38 %) nemocných (skupina 1), bez výskytu cév u 248 (62 %) nemocných (skupina 2). Retrospektivní analýza se zaměřila na prenatální diagnostiku, symptomy, stupeň hydronefrózy dle SFU, přítomnost aberantních cév dle dopplerovského vyšetření ve srovnání s peroperačním nálezem, dále na separovanou funkci ledviny dle 99mTc-MAG3 scintigrafie.

Výsledky: Dopplerovským vyšetřením před operací byly detekovány aberantní cévy v 158 případech, u 110 se nález potvrdil při operaci, v 243 případech detekovány nebyly, u 200 se negativní nález potvrdil. Senzitivita dopplerovského vyšetření je 72 %, specifita 81 %, pozitivní prediktivní hodnota 70 %, negativní prediktivní hodnota 82 %. Stupeň hydronefrózy se v obou skupinách nelišil, 3,3 a 3,4 dle SFU; separovaná funkce ledviny byla 43,5 % a 45,7 %, resp. prenatální diagnostika hydronefrózy byla pozitivní u 25 % pacientů 1. skupiny a 65 % pacientů 2. skupiny a u obou byla spojena s asymptomatickým průběhem u více než 80 % pacientů. Prenatální diagnóza hydronefrózy u skupiny 1 je spojena s lepší funkcí ledviny (48,3 %) než postnatální diagnóza (41,7 %), u skupiny 2 je rozdíl méně výrazný (46,1 % vs. 44,46 %).

Závěr: Včasná diagnóza hydronefrózy s aberantními cévy je spojena s lepší funkcí ledviny; včasná detekce aberantních cév by se měla stát součástí primární diagnostiky s využitím vysoké senzitivity a specifity dopplerovského vyšetření.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

KONVERZIA INKONTINENTNEJ DERIVÁCIE MOČU NA DERIVÁCIU KONTINENTNÚ U DETSKÝCH PACIENTOV

Ďubjaková P., Breza J. ml, Bartoň P., Slobodníková K., Leiva-Demetrová K., Zaťkuliaková S., Novotná O., Polák M., Bašnáková J., Siváček M.

NÚDCH, Klinika pediatrickej urológie, Bratislava

Diskutovaný poster

Úvod: Derivácia moču je dôležitý terapeutický výkon v urológii. V prípade jej potreby sú dostupné rôzne metódy, ktoré zahŕňajú kontinentné a inkontinentné derivácie moču. Voľba metódy závisí do veľkej miery od zvyklostí pracoviska a celkového zdravotného stavu pacienta ako aj jeho osobnej preferencie. V súčasnosti sa kladie vysoký dôraz nielen na funkčnosť, ale aj na kvalitu života pacienta.

Materiál a metódy/Popis klinického prípadu: V rokoch 2018–2023 sme operovali 7 detských pacientov, ktorí mali v predchádzajúcom období vytvorenú inkontinentnú deriváciu moču (3 pacienti Brickerova derivácia, 3 pacienti vezikostómia, 1 pacient marsupializácia uretry na perineu). Derivácie boli vykonané ako následok rôznych ochorení. 1 pacient po cystektómii pre presakrálny tumor, 1 pacient striktúra uretry, 5 pacienti neurogénna dysfunkcia m. mechúra pre spinu bífidu, ev. meningomyelokélu.

Výsledky: U všetkých pacientov bola vykonaná konverzia na kontinentnú deriváciu moču. 2 pacienti majú vytvorenú neoveziku z ilea podľa Mitroffanova, ev. Montiho, 5 pacientov podstúpilo augmentáciu močového mechúra s použitím ilea, sec. Mitroffanov, ev. Monti. Všetci pacienti po konverzii derivácie moču sú v súčasnosti kontinentní s potrebou autokaterizácie. Subjektívne pociťujú zvýšenú kvalitu života.

Záver: Kvalita života pacienta je v súčasnosti neoddeliteľnou súčasťou liečby a rozhodovacieho procesu.

Grantová podpora: Bez podpory.

MINIINVAZIVNÍ LÉČBA UROLITIÁZY U DĚTÍ

Král M.¹, Janega M.², Vrána J.¹, Šmakal O.¹, Šarapatka J.¹

¹Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Lékařská fakulta UP, Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Přítomnost urolitiázy v dospělé populaci je běžná, ale výskyt u dětí činí méně než 5 % všech případů. Základní terapeutickou volbou, s přihlédnutím na velikost, objem, četnost konkrementů a symptomatologii, je extrakorporální litotrypsie rázovou vlnou (LERV), ureteroskopie (URS) a perkutánní extrakce konkrementů (PEK). Ve srovnání s dospělou populací je nutno ještě pečlivěji posoudit invazivitu léčby, efektivitu, nutnost opakování léčby i její případná dlouhodobá rizika. Naše práce si dala za cíl vyhodnotit úspěšnost LERV a URS a posoudit prediktivní faktory efektivity léčby.

Materiál a metódy/Popis klinického případu: V průběhu let 2008–2022 jsme sledovali 104 pacientů léčených extrakorporální litotrypsií a 36 pacientů léčených ureteroskopicky. Posuzovali jsme stone free rate po 1. době LERV, počet opakování LERV k dosažení stone free stavu, dobu trvání procedur, srovnání účinnosti litotryptorů Medilit a EDAP, nutnost použití auxiliárních metod (změna strategie na ureteroskopii) a srovnání účinnosti LERV a URS. CT urotraktu k posouzení denzity konkrementu bylo provedeno u 21 pacientů. Ke statistickému vyhodnocení jsme použili Mann-Whitney a Pearsonův Chí-kvadrát test.

Výsledky: Po 1. době LERV bylo stone free 54 pacientů, (52 %) a po 2. době 20 pacientů (20,2 %). I za cenu opakování LERV (1–5x) byla celková účinnost 81,8 %. Efekt nebyl shledán u 19 pacientů ani po opakovaných LERV, a proto se u 13 pacientů přistouplilo k URS a u 6 pacientů byla zvolena observace. Vyhodnocením CT denzity litiázy nebyla shledána souvislost s účinností resp. stone free rate ($p = 0,54$). Z 36 provedených ureterorenoskopií bylo stone free stavu dosaženo v 31 případech (86 %); tři pacienti byli indikováni ke sledování a ve dvou případech byla indikována otevřená operační revize.

Závěr: Srovnáním výše uvedených metod se jako mírně úspěšnější jeví ureteroskopie, mimo jiné z důvodu jednorázového řešení. Oproti populaci dospělých pacientů jsme neprokázali vliv CT denzity na účinnost LERV. Při indikaci léčebného postupu je nutno posoudit technické vybavení pracoviště i zkušenost s léčbou dětských pacientů.

Grantová podpora: Ne.

LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE V DĚTSKÉM VĚKU

Pýchová M.¹, Schmidt M.², Veselý Š.², Zeman L.¹, Babjuk M.², Rygl M.¹

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

²Urologická klinika 2. LF a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Laparoskopická adrenalectomie u dospělých je standardní operační výkon, u dětí je indikována vzácně – nejčastěji u benigních lézí, feochromocytomů nebo malých ohraničených neurogenických tumorů.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní studie pacientů operovaných ve Fakultní nemocnici v Motole v letech 2012–2023. Všichni pacienti podstoupili transperitoneální laparoskopickou adrenalectomii.

Výsledky: Od roku 2012 do 2023 bylo provedeno 14 laparoskopických adrenalectomií (9 pravostranných, 5 levostranných) u 8 dívek a 5 chlapců, průměrný věk byl 14,6 roku (11–17 let). Průměrná velikost nádoru byla 45 mm (20–106 mm). Symptomy vedoucí k diagnóze onemocnění a následně k operaci byly: hypertenze (7 pacientů), pocení (4 pacienti), bolest břicha (4 pacienti) a bolest hlavy (3 pacienti). Ve dvou případech se jednalo o náhodný nález, jednou bylo indikací k operaci podezření na metastázu maligního onemocnění a jednou progresí nález u pacienta s von Hippel-Lindau syndromem. Průměrná doba operace byla 109 minut (53–231 min.), krevní ztráta byla průměrně 30 ml (0–300 ml). V souboru nebyly zaznamenány žádné pooperační komplikace typu III–V dle klasifikace Clivien-Dindo. Všechny nádory byly odstraněny radikálně bez porušení pouzdra. Histologicky se jednalo o feochromocytom (6 pacientů, 43 %), adenom (4 pacienti, 29 %), ganglioneurom (2 pacienti, 14 %), adenokarcinom (1 pacient, 7 %), pseudocystu nadledviny (1 pacient, 7 %). Průměrná doba hospitalizace byla 4,6 dní (4–6 dní). V souboru byli dva pacienti s von Hippel-Lindau syndromem: jedna dívka měla oboustranný feochromocytom, druhý pacient byl operován pro paragangliom. Pacientka s diagnózou adenokarcinomu zemřela přes intenzivní onkologickou léčbu, ostatní pacienti jsou sledováni, průměrný follow up je 5,7 roku (3 měsíce až 11 let).

Závěr: Laparoskopická adrenalectomie u dětí je bezpečný operační výkon. Miniinvasivní přístup, minimální krevní ztráta a krátká doba hospitalizace jsou benefitem této techniky pro pacienta.

Grantová podpora: Práce není podpořena žádným grantem.

DLOUHODOBÉ ZKUŠENOSTI S LAPAROSKOPICKÝMI REKONSTRUKCEMI ZDVOJENÝCH ANOMÁLIÍ LEDVIN U DĚTÍ

Sedláček J., Kočvara R., Drlík M., Vávřová L., Nováková P., Soukup V., Dítě Z.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Laparoskopická uretero-pyelo-anastomóza (UPA) představuje alternativu v léčbě zdvojených anomálií ledvin se zachovanou funkcí horní močeti nebo tam, kde je heminefrectomie obtížná či riskantní. Cílem práce je zhodnotit naše 12leté zkušenosti s touto technikou.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní hodnocení souboru 35 pacientů (30 dívek, 5 chlapců), u kterých byla v letech 2011–2023 na našem pracovišti provedena laparoskopická UPA. Ve 3 případech šlo o inkompletní zdvojení močových s hydronefrózou dolního segmentu, v ostatních případech (32) o kompletní zdvojení s megaureterem horního segmentu zakončeným ureterokélou v 9 a ektopií močového v 23 případech. Indikace k operaci byla podmíněna významnou dilatací horních močových cest, absencí vezikoureterálního refluxu do dolního segmentu, zachovanou funkcí horní močeti, omezena na děti starší 1 roku, s minimální hmotností 10 kg. Hodnotili jsme věk pacientů v době operace, délku výkonu, jeho úspěšnost, délku sledování a komplikace.

Výsledky: Střední věk pacientů byl 29 (14–177) měsíců, střední délka výkonu 210 (120–320) minut. U všech pacientů (100 %) došlo po výkonu k významné redukci či vymizení dilatace horních močových cest. Střední délka sledování byla 18 (1–120) měsíců, žádný z pacientů nevyžadoval reoperaci. Nejčastější komplikací byl časný únik moči v místě anastomózy u 6 (17 %) dětí, ve 2 případech doprovázený febrilní uroinfekcí. Příčinou urinózní sekrece byla ve 4 případech porucha drenáže (2x malfunkce nefrostomie, 2x dislokace uretrální cévky), ve 2 případech se jednalo o pacienta operovaného bez použití derivace. Komplikaci jsme vyřešili zavedením ureterálního katétru (3x) a ureterálního JJ stentu (3x).

Závěr: Laparoskopická uretero-pyelo-anastomóza představuje alternativní metodu v léčbě zdvojených anomálií ledvin s vysokou úspěšností a nízkým výskytem komplikací. Nejčastější komplikací je únik moče z anastomózy. Během výkonu je proto nezbytné zvolit odpovídající spolehlivý typ derivace moče.

Grantová podpora: Práce byla podpořena grantem MZ ČR – RVO VFN64165.

MOŽNOSTI DOSAŽENÍ KONTINENCE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ PO PLASTICE HRDLA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – ZKUŠENOSTI JEDNOHO PRACOVÍŠTĚ

Faltusová E., Kočvara R., Sedláček J., Drlík M.

Urologická klinika, VFN a 1. LF UK Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Plastika hrdla esenciální pro dosažení kontinence moče u pacientů s anatomickou či funkční poruchou kontinentního mechanismu. Cílem práce bylo zjistit celkovou úspěšnost v dosažení kontinence moče a dále posoudit úspěšnost jednotlivých operačních postupů.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Soubor tvořilo 26 pacientů, 19 chlapců a 7 dívek, jimž byla mezi roky 2001–2023 provedena plastika, či okluze hrdla MM. Základní diagnózou byla exstrofie MM (12), epispadie (9), sinus urogenitalis (3), extrofie kloaky (1) a neurogení MM (1). Průměrný věk operovaných byl 10,1 roku (1–18 let). Hodnotili jsme typ výkonu, jeho selhání s nutností reoperace a provedení augmentace MM. Zhodnotili jsme kontinenci pacientů, délku od operace k jejímu dosažení a ovlivňující faktory.

Výsledky: V souboru byla použita okluze hrdla v 5 případech (19 %), plastika hrdla dle Mitchella u 8 pacientů (30 %), dle Young-Dees-Leadbettera u 10 (38 %), dle Kroppa u dvou (7,7 %) a dle De Jonga u jednoho (3,8 %). Augmentace MM byla provedena u 15 (57,7 %). Indikace k oběma výkonům proběhla na základě urodynamického vyšetření. Reoperaci vyžadovalo 9 pacientů. Úplné kontinence dosáhlo 21 pacientů (80,5 %), inkontinence 1. st. u 3 pacientů (11,5 %) a trvale inkontinentní zůstávají dva (8 %). Průměrná doba od operace u pacientů, kteří dosáhli plné kontinence, je 5,8 roku. U pacientů, kteří dosáhli inkontinence 1. st. 4,2 roku. Pacienti, kteří vyžadovali reoperaci, jsou kontinentní průměrně za 2,7 roku od reoperace. Celkem 54 % pacientů je výhradně na ČIAK, 19 % kombinuje ČIAK a spontánní mikci a 27 % močí spontánně. Pacienti s provedenou augmentací měli plnou kontinenci v 80 %, bez augmentace v 81 %.

Závěr: Naše výsledky dosažení kontinence u pacientů jsou srovnatelné se zahraniční literaturou. Věk provedení operace je pak vyšší, než je doporučováno. Pravděpodobně proto, že naši pacienti jsou po primární operaci na jiném pracovišti a byli odesláni až k řešení inkontinence. Rozdíl v kontinenci pacientů s a bez augmentace je statisticky nevýznamný.

Grantová podpora: MZ ČR-RVO-VFN64165.

NEOAJUVANTNÍ HORMONÁLNÍ LÉČBA U CHLAPCŮ S JEDNOSTRANNĚ NESESTOUPLÝM VARLETEM

Fiala V.¹, Kočvara R.¹, Drlík M.¹, Sedláček J.¹, Nováková P.¹, Dítě Z.¹, Soukup V.¹, Kalousová M.²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

²Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky VFN a 1. LF UK v Praze

Diskutovaný poster

Úvod: Zatímco doporučení EAU/ESPU podporují možný přínos neoadjuvantního podání hormonální léčby u chlapců s bilaterálně nesestoupným varletem, je tato léčba s cílem zlepšení budoucí fertility v případě unilaterálního kryptorchismu stále předmětem diskuzí.

Cílem práce bylo stanovit význam neoadjuvantní hormonální léčby u jednostranného kryptorchismu (UUT) na základě srovnání anatomického a hormonálního nálezu bez provedení biopsie. Dalším cílem bylo porovnání pacientů s UUT a kontrolní skupiny zdravých chlapců v době minipuberty s ohledem na její možný odlišný průběh.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Zařazení byli pacienti s jednostranně nesestoupným varletem (hmatným či detekovaným na ultrazvuku), kteří byli vyšetřeni fyzikálně a hormonálně (LH, FSH, Testosteron, Inhibin B, AMH) v průměrně 2,9 (2,5–3,5) měsících věku. V 6 měsících věku byli indikováni k orchiopexi, kdy současně proběhlo rozdělení do skupin s předlěčením gonadorelinem (skupina 1) nebo bez předlěčení (skupina 0). Konečné vyšetření proběhlo v době operace, průměrně v 11,2 měsících (10–14) věku, biopsie varlete nebyla provedena. V období minipuberty byly nálezy srovnány se skupinou chlapců bez kryptorchismu.

Výsledky: Kritéria splnilo 32 pacientů ve skupině 1, 30 ve skupině 0 a 31 zdravých kontrol. V době minipuberty byly fyzikální i hormonální nálezy chlapců s UUT vzájemně srovnatelné (skupina 0 versus 1): průměrná délka penisu 45,9 vs. 45,8 mm a celkový testikulární objem 1,1 vs. 1,0 ml; podobně jsme nezjistili významné rozdíly mezi chlapci s UUT a kontrolami. V době operace byly hormonální hladiny mezi dvěma skupinami pacientů s UUT (0;1) srovnatelné: LH ($p = 0,44$), ($p = 0,53$), Testosteron ($p = 0,38$), Inhibin B ($p = 0,58$) a AMH ($p = 0,08$).

Závěr: V době minipuberty jsme nezjistili rozdíly v hormonálních hladinách u pacientů s UUT ve srovnání se zdravými kontrolami. V době operace byly hormonální a fyzikální nálezy pacientů s UUT srovnatelné bez ohledu na předlěčení gonadorelinem. Je nutné sledovat tyto pacienty do puberty a porovnat parametry fertility.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

PROBLEMATIKA URACHU U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH: KLINICKÝ SOUBOR

Novák I.¹, Kuliáček P.¹, Štichhauer R.², Holická L.³,
Merkel T.³, Rejtar P.⁴, Kopřiva J.⁴, Podhola M.⁵,
Hovorková E.⁵

¹Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

²Klinika dětské chirurgie a traumatologie FN

a LF UK, Hradec Králové

³Klinika dětské chirurgie a traumatologie FN

a LF UK, Hradec Králové

⁴Radiologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

⁵Fingerlandův PAU FN a LF UK, Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Urachus je vazivový pruh (ligamentum umbilicale medianum) spojující vrchol měchýře s pupkem. Vzácně nedochází k plné obliteraci, pak mluvíme o: 1) perzistujícím urachu (p. u.) (50 %), 2) cystě urachu (c. u.) (30 %), 3) sinu urachu (s. u.) (15 %), 4) vezikourachálním divertiklu (vu. d.) (3–5 %). U dětí hlavní problematiku představuje sekrece, bolesti a infekční komplikace. Nádorová problematika je veskrze adultní.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní rozbor souboru 16 nemocných (9 dívek, 7 chlapců) léčených na pracovišti v letech 2013–2023. Věk nemocných byl ≤ 1 m–183 m (medián 72 m). Vstupní potíže: 7x sekrece z pupku (serózní 3x, hnisavá 3x, urinózní 1x), 6x bolesti břicha, 2x lokální zánět, 2x vyklenování pupku, jednou subfebrilie. Tři byli zcela asymptomatictí. U všech urachus diagnostikován ultrasonografií, u třech náhodně při screening břicha. Doplnkové metody: cystografie (7x), cystoskopie (4x), MRI (2x, jedno v plánu), fistulografie (1x). U vstupně zánětlivých projevů, s odrazem v laboratorním vyšetření, bylo primárně postupováno konzervativně (antibiotika), u dvou byla současně vynucena incize cysty. V klidové fázi byla u 13 pacientů exstirpace urachu. Operace byly provedeny v krytí antibiotiky. Odstraněná tkáň byla u všech histologicky vyšetřena.

Výsledky: 11x (69 %) diagnostikována c. u., 4x (25 %) s. u., jednou (6 %) p. u. Všechny 13 operovaných se hojilo nekomplikovaně. Tři neoperovaní: jeden je ve vyšetřování před operací, dva odmítli definitivní operační léčbu extirpací struktur urachu: jeden s vymizením potíží, druhý po incizi s vyprázdněním a vymizením sekrece. Ze závažných kultivací obsahu cyst: jednou *Staphylococcus aureus*, jednou aktinomykóza (*A. europaeus*). Oba případy dobře reagovaly na dlouhodobou léčbu peniciliny. Histologicky struktury potvrzující diagnózu urachu u 11 nalezeny, u dvou ne.

Závěr: Dle literatury je urachus vzácná vada, přicházející u chlapců/dívek v poměru 2 : 1. Náš soubor toto nepotvrdil a podobně nekorelovaly počty variant urachu. S literaturou korelovaly nejčastější udávané symptomy souboru: sekrece z pupku a nespecifické bolesti břicha. Bolesti mohou být mylně léčeny pod obrazem jiného onemocnění (apendicitida). Ultrasonografie je spolehlivou diagnostickou metodou. Exstirpace zajistila u všech pacientů trvalé odstranění potíží a zamezila recidivě komplikací.

Grantová podpora: Publikace nebyla s podporou grantu.

BALANITIS XEROTICA OBLITERANS A STRIKTURY MEATU U DĚTÍ

Kuliáček P.¹, Novák I.¹, Tomášek J.¹,
Svobodová Z.¹, Bartoňová J.²

¹Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, FN Hradec Králové

²Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Balanitis xerotica obliterans (BXO)/Lichen sclerosus nebývá u dětí častým onemocněním (incidence 0,3–0,5 %). Toto chronické zánětlivé onemocnění vede k postižení předkožky, glandy a uretry. Následkem je fimóza a zúžení meatu. Striktura meatu zapříčiňuje močové potíže a je indikována meatotomie (MT).

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do retrospektivní studie jsme zařadili 22 pacientů z období 2018–2022 se strikturou meatu a BXO (průměrný věk 9,9 roku).

Byla provedena 8x dorzální MT, 6x dorzální i ventrální MT, 1x ventrální MT a 7x otis MT.

U 1 pacienta jsme zaznamenali strikturu uretry na 3 místech a provedli jsme MT a dilataci dvou proximálních striktur. U 21 pacientů byla zavedena permanentní cévka na 6–10 dnů. U 11 pacientů byla provedena cirkumcize před a u 8 současně s MT, 1 pacient absolvoval recirkumcizi. Dva pacienti jsou bez cirkumcize. Zkontrolováno bylo 18 z 22 pacientů.

Výsledky: Po odstranění cévky nebyly zaznamenány déle trvající močové potíže. U 15 pacientů byla histologicky potvrzena BXO, 7 pacientů mělo klinické známky BXO bez histologického vyšetření. Část pacientů po cirkumcizích byla z jiných pracovišť. Sedm pacientů bylo léčeno lokálními kortikoidy (triamcinolon, fluocinolon, methylprednisolon).

Závěr: V našem souboru jsme nezaznamenali významnou restrikturu meatu. 20–36 % pacientů s BXO po cirkumcizi potřebuje zákrok na meatu. 50 % pacientů po cirkumcizi vyžaduje další léčbu. Děti se sledují po 3 měsících v prvním roce a po 6 měsících ve druhém roce po operaci, následně 1x ročně vzhledem k možným recidivám striktur uretry.

Lokální léčba kortikosteroidy u aktivních forem se doporučuje 2–3 měsíce a poté se redukuje. U závažných forem BXO je aplikována léčba ultrapotentními kortikosteroidy a lokálními imunosupresivy. Nejtěžší formy vyžadují celkovou léčbu retinoidy, glukokortikoidy a metotrexátem.

Doporučuje se histologické vyšetření předkožky u sekundární fimózy a vyšetření meatu včetně kalibrace. Zúžení meatu může být přítomno v době cirkumcize nebo se vyvíjí později.

Grantová podpora: Žádná.

URETERÁLNÍ OBSTRUKCE JAKO KOMPLIKACE ENDOSKOPICKÉ LÉČBY VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU – POPIS KLINICKÝCH PŘÍPADŮ

Nováková P., Sedláček J., Drlík M., Kočvara R., Soukup V.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Nediskutovaný poster

Úvod: Endoskopická léčba vezikoureterálního refluxu (VUR) je standardní miniinvasivní metodou léčby s vysokou úspěšností. K nejzávažnějším komplikacím patří vznik obstrukce distálního močovodu, zvláště po použití nevstřebatelných materiálů. Prezentujeme dvě kazuistiky pacientů se sekundárním obstrukčním megaureterem po endoskopické léčbě VUR s použitím nevstřebatelného materiálu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Sedmiletá dívka, 14 let po endoskopické léčbě VUR vpravo s použitím materiálu Nubiplant® (polyakrylamid), s perzistujícím megaureterem a hydronefrózou a dvouletou anamnézou recidivujících kolikovitých bolestí vpravo, byla indikována k pravostranné otevřené reimplantaci.

Čtyřletý chlapec po oboustranné endoskopické léčbě VUR v 6 měsících věku s použitím materiálu Vantris® (polyakrylát-polyalkohol-kopolymer), s perzistujícím obstrukčním megaureterem a hydronefrózou vlevo, po opakovaných atakách akutní pyelonefritidy vlevo, se zavedeným ureterálním stentem vlevo, byl indikován k extrakci stentu a otevřené reimplantaci vlevo.

V obou případech byla během výkonu zjištěna rozsáhlá fibróza v oblasti vezikoureterálního přechodu a distálního megaureteru, která není typická pro pacienty po aplikaci vstřebatelného materiálu. Pro výrazně změněný operační terén bylo nutno provést reimplantaci z intra- a extravezikálního přístupu. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, pacienti jsou klinicky bez obtíží a bez známek dilatace horních močových cest.

Závěr: Pacienti po endoskopické léčbě VUR s použitím nevstřebatelných materiálů vyžadují pečlivé sledování. V případě vzniku sekundární obstrukce je třeba počítat s fibrózními změnami v oblasti vezikoureterálního přechodu.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

PREPUBERTÁLNÍ TERATOM V ADOLESCENTNÍM VĚKU

Mižičková E., Šarapatka J.

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Tumory varlat představují zhruba 1 % solidních nádorů dětského věku. Zatímco u dětí jsou častější nádory benigní, u adolescentů převažují nádory maligní. Nejčastějším benigním nádorem je teratom. WHO klasifikace 2016 teratomy dělí na prepubertální, považované za benigní, a postpubertální, jejichž prekurzorem je testikulární germinální neoplazie in situ (germ cell neoplasia in situ, GCNIS) a jsou považované za maligní s metastatickým potenciálem. Vzácně se benigní prepubertální teratom může objevit i v postpubertálním věku.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 17letý chlapec přichází k urologickému vyšetření pro nebolestivou rezistenci pravého varlete velikosti 1 cm. Sonograficky obraz epidermoidní cysty, tedy dobře diferencovaného teratomu, ohraničené od parenchymu. Doplněny tumor markery s negativním výsledkem a indikována zachovná operace. Z inguinálního přístupu provedena excize ložiska s perioperačním histologickým nálezem benigního charakteru. Pooperačně histologií definitivně potvrzena diagnóza epidermoidní cysty, biopsie okolního parenchymu bez známek GCNIS. Chlapec při kontrole zcela v pořádku, sonograficky obě varlata bez ložiskových změn.

Závěr: Epidermoidní cysta varlete v postpubertálním věku je vzácným nálezem. K diagnostice může dopomoci negativita tumor markerů či typický sonografický obraz. Při benigním výsledku perioperační histologie je léčebnou metodou volby varle šetřící výkon. Definitivní histologií by měl být vyhodnocen nejen nádor, ale i biopsie okolního parenchymu. V případě maligního výsledku je indikována radikální orchiektomie v druhé době.

Grantová podpora: Vznik práce nebyl žádným způsobem podporován.

CYSTICKÁ DYSPLAZIE RETE TESTIS SPJATÁ S IPSILATERÁLNÍ MULTICYSTICKOU DYSPLAZIÍ LEDVINY

Šarapatka J., Šmakal O.

Urologická klinika FN a LF UP v Olomouci

Nediskutovaný poster

Úvod: Cystická dysplazie rete testis (CDRT) je vzácná příčina zvětšení varlete. Běžně bývá spjatá s další patologií urogenitálního traktu, nejčastěji ipsilaterální renální agenezí nebo multicystickou dysplazií ledviny. Nejčastěji se CDRT vyskytuje kolem šestého roku věku jako nebolestivé zvětšení šourku, diagnóza je stanovena pomocí fyzikálního vyšetření, ultrazvuku (UZ) a onkomarkerů (LDH, β -HCG, AFP). K definitivnímu potvrzení diagnózy CDRT je vhodná biopsie varlete. Dříve byla léčba CDRT převážně chirurgická, vhodnou alternativou je UZ sledování.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 5,5letý chlapec byl vyšetřen pro nebolestivé zvětšení levého hemiscrota. Palpačně bylo varle i nadvarle zvětšené a nebolestivé. Na UZ dominoval obraz vícečetných cyst v oblasti rete testis, parenchym varlete byl v okolí zachován. Onkomarkery byly negativní, při doplnění anamnézy bylo zjištěno, že je chlapec sledován pro multicystickou dysplazii levé ledviny. Během UZ sledování nedošlo k regresi nálezů, proto byla indikována biopsie útvaru, při které byla potvrzena předpokládaná diagnóza CDRT. Chlapec je nadále UZ sledován, nález je stacionární, klinicky je chlapec bez komplikací.

Závěr: Pro CDRT nejsou jasná diagnostická kritéria, nicméně lze ji předpokládat, pokud je na UZ léze dobře ohraničená, složená z více drobných cyst, je patrný normální okolní parenchym a pokud jsou přidružené mezonefrické anomálie při negativních onkomarkerech. Definitivní diagnóza je potvrzena biopsií. Léčba může být konzervativní.

Grantová podpora: Není.

NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

ONKOLOGICKÉ VÝSLEDKY PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII OPEROVANÝCH V OBDOBÍ 2008–2023

Dinh T., Brisuda A., Veselý Š., Dušek P., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Radikální cystektomie představuje zlatý standard v léčbě svalovinu infiltrujících forem karcinomu močového měchýře a jeho svalovinu neinvazivních forem s vysokým rizikem progresu. Cílem sdělení je prezentace onkologických výsledků našich pacientů léčených radikální cystektomií v posledních 15 letech.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období 1/2008–3/2023 bylo na našem pracovišti operováno pro uroteliální karcinom s kurativním záměrem 516 pacientů. Zhruba u 20 % pacientů s invazí detruzoru předcházela neadjuvantní chemoterapie. U nemocných s nejrizikovějšími nádory následovala adjuvantní onkologická léčba, pokud jí byli únosní. Všichni pacienti jsou sledováni prospektivně formou registru. Byly sestaveny Kaplan-Mayerovy křivky přežívání a analyzovány možné prediktory nádorové specifického přežití.

Výsledky: Medián sledování pacientů bez události (progrese, úmrtí na karcinom, úmrtí z jiné příčiny) byl 56 měsíců (24–96). Pětileté CSS bylo 65 %, celkové přežívání 55 % a přežití bez progresu 58 %. V Coxově regresní analýze korelovalo s kratším CSS stadium $\geq$ pT3 (HR 3,23; $p = 0,0001$), hraničně pozitivní uzlinový nález (HR 1,56; $p = 0,053$) a pozitivní chirurgický okraj (HR 2,87; $p = 0,03$).

Závěr: Onkologické výsledky pacientů po RC operovaných na naší klinice jsou srovnatelné s publikovanými daty z pracovišť s velkým objemem těchto výkonů.

Grantová podpora: Bez podpory.

ANALÝZA GENOVÉ EXPRESE U LOW GRADE A HIGH GRADE NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE VE VZTAHU K CÍRKULUJÍCÍM NÁDOROVÝM BUŇKÁM

Gregušová A.¹, Šonský J.¹, Molnářová L.², Kološťová K.², Bobek V.², Klézl P.¹, Grill R.¹

¹Urologická klinika FNKV a 3. LF UK v Praze

²Laboratoř personalizované medicíny Onkologické kliniky FNKV, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Hodnocení přítomnosti cirkulujících nádorových buněk (CTC) v krvi pacientů s nádorem měchýře a analýza genové exprese buněk tumoru a CTC izolovaných z krve by mohla pomoci definovat agresivitu nádorů a mohla být nejen pomocným prognostickým markerem, ale i markerem hodnotícím účinnost terapie (např. BCG-vakcína). Cílem práce je testovat přítomnost CTC v krvi pacientů s low grade (LG) a high grade (HG) tumorem před transuretrální resekci (TUR) primo-záchytu onemocnění a pomocí kvantitativní PCR (qPCR) hodnotit expresi vybraných genů v resekovaném tumoru pacienta a korelujících CTC.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do studie jsme zařadili pacienty s primo-záchytem sval-neinvazivního karcinomu měchýře. Vyšetřovali jsme předoperační vzorek žilní krve a vzorek tkáně tumoru. Vzorky krve jsou vyšetřeny na přítomnost CTC metodou separace na základě velikosti buněk (MetaCell®). Následně jsou kultivovány a poté barveny pomocí vitálních fluorescenčních barviv s cílem cytomorfoloické analýzy, včetně hodnocení metabolismu CTC a jejich počtu v čase. Z odebraného biologického materiálu byla vyzolována RNA, která byla následně přepsána do cDNA. V testovaných vzorcích cDNA byla měřena exprese vybraných 16 genů souvisejících s patofyziologií nádorů měchýře. Pro qPCR byla použita Taqman® chemie a Taqman® genové sondy pro následující geny: ACTB, CD274, CK20, GLUT1, TWIST, ZEB1, TPM4, EGFR, HER2, SOX2, POU5F1, NANOG, ALDH1, AURKA, CD24, CD44.

Výsledky: Při porovnání počtu CTC v krvi pacientů s LG a HG tumorem jsme nezjistili rozdíl. Výsledky genové analýzy určily rozdíly v expresi genů v LG a HG skupině. HG tumory vykazovaly zvýšenou expresi genů asociovaných s kmenovými buňkami (AURKA, NANOG, TWIST). LG tumory i cirkulující buňky vykazovaly zvýšenou expresi EGFR, GLUT1 a TRPM4.

Závěr: Analýza genové exprese odhalila změny v genové expresi u LG a HG tumorů. V primárním tumoru i v CTC HG nádorů se nachází množství kmenových buněk, což může být důvod vyšší agresivity nádoru. Otázka zní, zda dojde ke změně genové exprese po terapii BCG vakcínou u HG tumorů.

Grantová podpora: Bez podpory.

DETEKCE KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE POMOCÍ TESTU BLADDER EPICHECK

Šlemendová M.¹, Peší M.¹, Košík V.¹, Hořínek A.², Pazourková E.², Soukup V.¹

¹Urologická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

²Ústav biologie a lékařské genetiky 1. lékařské fakulty a Všeobecné nemocnice v Praze

Diskutovaný poster

Úvod: Karcinomy močového měchýře jsou zatíženy vysokým počtem recidiv a je nutná dlouhodobá dispenzarizace. Ta je založena na pravidelných cystoskopických vyšetřeních. V současné době neexistuje dostatečně přesné neinvazivní vyšetření, které by v diagnostice karcinomu močového měchýře nahradilo cystoskopii. Jako doplněk cystoskopie standardně používáme močovou cytologii.

Hodnotili jsme komerčně dostupný test Bladder EpiCheck. V tomto testu se analyzuje 15 biomarkerů zkoumajících metylaci DNA v moči a určuje se přítomnost nebo absence uroteliálního karcinomu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Vyšetřili jsme moč u 87 pacientů s cystoskopicky potvrzeným karcinomem močového měchýře a u 60 kontrol, což byli pacienti s benigními urologickými onemocněními.

Ke statistickému zhodnocení byly použity neparametrické testy Wilcoxon Two Sample test a Kruskal-Wallis test. Rozdíl četnosti v jednotlivých skupinách byl stanoven pomocí Chi-Square testu. Vhodnou cut off jsme stanovili pomocí výpočtu Odds Ratio, specifity, senzitivity, PPV a NPV, byla stanovena ROC křivka a obsah plochy pod křivkou.

Výsledky: Specifita testu EpiCheck byla přibližně 96 % a senzitivita 62 %. Ke srovnání močová cytologie měla specifitu 89 % a senzitivitu 51 %.

Cílem projektu je zhodnotit diagnostickou přesnost vybraných močových diagnostických markerů a posoudit, zda by dokázaly nahradit cystoskopii v rámci diagnostiky karcinomů močového měchýře.

Závěr: Diagnostická přesnost testu Bladder EpiCheck je podle našich výsledků vyšší než u cytologie, ale stále není dostatečně vysoká, aby zcela nahradila cystoskopii.

Grantová podpora: Práce byla podpořena projektem RVO-VFN64165.

PŘÍNOS FDG-PET/CT V PRIMÁRNÍM STAGINGU NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U PACIENTŮ S PÁNEVNÍ LYMFADENOPATIÍ A PŘI HODNOCENÍ ODPOVĚDI NA CHEMOTERAPII

Zetková B.¹, Poprach A.², Staník M.¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

²Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

Diskutovaný poster

Úvod: U pacientů s invazivními nádory močového měchýře (MIBC) s lymfadenopatií (cN1-3M0) existuje vysoké riziko rychlé progresy i přes podání indukční chemoterapie (INCHE) před radikální cystektomií. Cílem naší práce bylo posoudit přínos FDG-PET/CT v primárním stagingu a při hodnocení odpovědi lymfadenopatie na INCHE.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Za období 2/2018–10/2022 byla u 12 pacientů s MIBC vstupně diagnostikována pánevní lymfadenopatie dle CT cN1-3M0. V těchto případech bylo doplněno FDG-PET/CT za účelem přesnějšího posouzení rozsahu onemocnění. Pokud nebyly prokázány vzdálené metastázy, pacienti podstoupili 4–6 cyklů chemoterapie následované kontrolním FDG-PET/CT k posouzení efektu INCHE. V případě, že došlo alespoň k parciální odpovědi (PR), pacienti podstoupili konsolidační cystektomii. Jestliže byly při vstupním PET/CT diagnostikovány vzdálené metastázy, pacientům byla podána chemoterapie s paliativním záměrem.

Výsledky: Soubor sestával z 12 pacientů (9 mužů, 3 ženy), průměrný věk pacientů byl $66,9 \pm 5,4$ let, přičemž medián velikosti diagnostikované uzlinové metastázy byl 18 mm (IQR 15–23). V primárním stagingu došlo díky zařazení FDG-PET/CT ke změně postupu u 4/12 případů (33 %), kdy byly detekovány vzdálené metastázy. U 8 pacientů, kteří dostali INCHE a měli následně kontrolní PET/CT, byla dosažena 4x kompletní odpověď (CR) morfolicky i metabolicky, 1x parciální odpověď (PR) a ve třech případech stabilní onemocnění (SD). Senzitivita a specifita FDG-PET/CT ve vztahu k posouzení lymfadenopatie po INCHE byla 100 %, resp. 83 %. Konsolidační cystektomii podstoupilo 7 pacientů, ve 2 případech byly potvrzeny uzlinové metastázy (pacienti s odpovědí SD). U pacientů s CR a PR nebyla při mediánu sledování 24 měsíců zaznamenána progresie onemocnění. Naopak v případě SD došlo k progresi po cystektomii po 5 a 8 měsících.

Závěr: Získané výsledky poukazují na to, že FDG-PET/CT může mít roli ve zpřesnění primárního stagingu u pacientů se vstupní pánevní lymfadenopatií. Pokud je PET/CT provedeno před a po chemoterapii, může pomoci lépe selektovat pacienty ke konsolidační lokální léčbě nebo naopak k intenzifikaci terapie.

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

MORBIDITA A MORTALITA PACIENTŮ PO OTEVŘENÉ A ROBOTICKÉ RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII OPEROVANÝCH V JEDNOM REFERENČNÍM OBDOBÍ

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

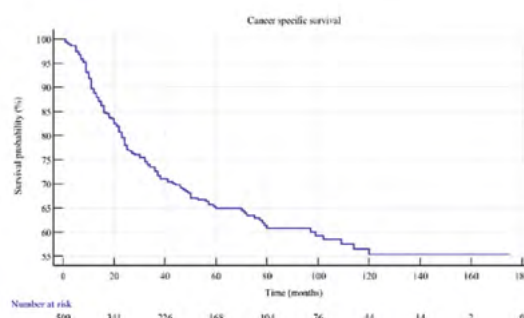
Úvod: Otevřená radikální cystektomie (RCYE) je stále zlatým standardem v léčbě svalovinu infiltrujících a vysoce rizikových svalovinu neinfiltrujících nádorů močového měchýře. Pro svoji náročnost se řadí mezi výkony s vysokou mortalitou a morbiditou. Robotická cystektomie s derivací (RARC) je technicky extrémně náročný výkon. Cílem prezentace je porovnat časovou morbiditu a mortalitu obou skupin pacientů operovaných v jednom referenčním období.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období od 6/2019 do 2/2023 podstoupilo radikální cystektomii s derivací tenkou kličkou pro nemetastatický nádor močového měchýře 37 pacientů otevřeně a 37 roboticky, z nichž 10 mělo intrakorporální derivaci. U pacientů jsme pooperačně hodnotili mortalitu a četnost a závažnost komplikací do 30. a 90. dne dle Clavien-Dindo klasifikace.

Výsledky: Mortalita byla 1/37 ve skupině RCYE a nulová v RARC. Pacienti s RARC byli signifikantně mladší, zdravější (Charlestonovo skóre), měli častěji neoveziku, menší krevní ztráty a delší trvání operace. Délka hospitalizace, počty reoperací, intervencí, rehospitalizací, počty komplikací do 90. dne a počty závažných komplikací byly srovnatelné, stejně jako zastoupení patologických stadií a počty odebraných mízních uzlin. V porovnání robotických derivací mělo více pacientů operovaných intrakorporálně komplikaci do 90. dne ($p = 0,049$), ale počty závažných komplikací byly srovnatelné.

Závěr: Radikální cystektomie s derivací ileální kličkou je nadále spojena se signifikantní morbiditou. I přes svou technickou a časovou náročnost představuje RARC bezpečnou alternativu RCYE s výhodami miniinvazivní a robotické chirurgie.

Grantová podpora: Bez podpory.



ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE TUMORU MOČOVÉ MĚCHÝŘE – VEDLEJŠÍ NÁLEZ PŘI ROBOTICKY ASISTOVANÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII (RARP)

Hušek P., Pacovský J., Balík M., Brodák M.

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Video

Úvod: Naše prezentace představuje dvojici videokazuistik pacientů s předoperačně nedagnostikovaným tumorem močového měchýře při RARP a jejich peroperační řešení.

Materiál a metody/Popis klinického případu:

Kazuistika 1: 72 let, ca prostaty cT2N0M0 GS 6 iPSA 6,8, zdrav, dle UZ a CT popsán pouze střední lalok prostaty

Výsledky: Doba operace 120 min., krevní ztráta 50 ml, histologie: ca prostaty pT2c N0M0 GS 7 (3+4), uroteliální karcinom pT1 high grade velikosti 42 × 35 × 30 mm, sledování: 1R po výkonu PSA nulové, bez recidivy tumoru měchýře.

Kazuistika 2: 66 let, ca prostaty cT1cNxMx GS 6 iPSA 4,5, operaci pupeční kýly, jinak zdrav, dle UZ popsán střední lalok prostaty (jiné zobrazení nebylo).

Výsledky: Doba operace 126 min., krevní ztráta 150 ml, histologie: ca prostaty pT2cNxMxGS 6, uroteliální karcinom pTa high grade velikosti 2× části 15 × 10 × 6 mm, sledování po 6M PSA nulové, 2× drobné low grade recidivy do 5 mm (endoresekované).

Závěr: Při vhodném uložení tumoru na hrdle měchýře lze po cystotomii odstranit i relativně objemné tumory močového měchýře s dobrým onkologickým výsledkem. MR pánve, která by měla být postupným standardem u pacientů před plánovanou RARP, by měla riziku této komplikace předcházet. Při prostém TRUS prostaty či UZ břicha mohou být tumory močového měchýře v oblasti hrdla močového měchýře zaměněny za střední lalok prostaty jako v našich případech.

Grantová podpora: Bez podpory.

ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE RARITNÍHO TUMORU MĚCHÝŘE S VYUŽITÍM PERIOPERAČNÍ TETOVÁŽE STĚNY M. M.

Balík M., Vachata S., Navrátil P ml., Špaček J., Šmejkalová L.

Urologická klinika FN Hradec Králové

Video

Úvod: Inflamatorní myofibroblastický tumor (IMT) močového měchýře se vyskytuje velmi vzácně. Na rozdíl od IMT v jiných lokalizacích je považován za neagresivní (nemetastazující) tumor, nicméně s tendencí k lokálním recidivám. Prezentujeme video z roboticky asistované vrcholové resekce.

Materiál a metody/Popis klinického případu: U 56letého pacienta s anamnézou recidivující makroskopické hematurie byl cystoskopicky potvrzen polypoidní tumor ve vrcholu močového měchýře. Doplněné CT vyšetření vyslovilo podezření na invazi procesu do perivezikálního tuku. Při inkompletní transuretrální resekci (pro obavy z poranění naléhajících stěvních kliček) byl zjištěn inflamatorní myofibroblastický tumor (IMT) močového měchýře. Indikovali jsme roboticky asistovanou vrcholovou resekci. Naší snahou byla dostatečná radikalita při zachování kapacity měchýře. Rozhodli jsme se proto využít tetováže okrajů léze barvivem EndoEye(TM) Williamsovou jehlou při úvodní cystoskopii.

Následně jsme založili kapnoperitoneum a zavedli porty jako při prostatektomii. Označená místa byla patrná už na nástěnném peritoeu a umožnila bezpečný vstup do močového měchýře v těsném sousedství léze. Po kompletní resekci byla provedena sutura měchýře ve dvou vrstvách pokračujícím Vloc(TM) stehem. Po kontrole těsnosti náplní 200 ml F1/1 byl portem do Douglasova prostoru zaveden drén. Preparát byl extrahován rozšířenou ranou v pupku. Celková doba výkonu včetně cystoskopie byla 60 minut. Krevní ztráta byla zanedbatelná.

Následující den byl po mobilizaci extrahován drén. Den na to jsme pacienta propustili s ponechaným permanentním katétreem do domácího ošetřování.

Výsledky: Na kontrole 14. poop. den byla provedena cystografie bez leaku k. I. mimo močový měchýř a katétr byl extrahován. Kontrolní cystoskopie za 3 měsíce po výkonu bez suspekce na recidivu v měchýři, nicméně byla patrná rezidua tetováže.

Histologicky byl potvrzen IMT bez pozitivního okraje – hodnocení nebylo tetováží ovlivněno.

Závěr: Robotický systém přináší řadu výhod při komplikovaných výkonech v pánvi. Tetováž stěny měchýře (do budoucna například i močovodů) může přinést minimální invazivitu nejen při zajišťování přístupu přes břišní stěnu, ale i k operovanému orgánu samotnému.

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

VYHODNOCENÍ VYUŽITÍ POOPERAČNÍ SINGLE-SHOT INSTALAČNÍ CHEMOTERAPIE PO TURBT A DŮVODŮ JEJÍHO NEPODÁNÍ

Wasserbauer R.^{1,2}, Papírek J.¹, Kršáková E.¹, Fedorko M.^{1,2}

¹Urologická klinika, FN Brno

²LF Masarykovy Univerzity Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Instalace mitomycinu C (MMC) po transuretrální resekci nádoru močového měchýře (TURBT), jednorázová nebo v adjuvantním režimu podání, snižuje riziko recidivy karcinomu močového měchýře. Cílem práce bylo zhodnocení využívání jednorázové pooperační instalace chemoterapeutika po TURBT na našem pracovišti a důvodů jejího nepodání.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní vyhodnocení souboru pacientů po TURBT v letech 2016–2022. Byl hodnocen celkový počet TURBT (bez ohledu na techniku provedení) a celkový počet jednorázových instilací MMC. Zvláště byla vyhodnocena skupina pacientů, u které nebyl zřejmý důvod k nepodání MMC. Dále byly hodnoceny důvody nepodání MMC.

Výsledky: Ve sledovaném období bylo provedeno 735 TURBT u 538 mužů a 197 žen (průměrný věk 71 let, medián 75 let) a podáno 211 single-shot instilací (28,7 %). Po vyřazení pacientů s makroskopicky patrným reziduálním tumorem nebo paliativní endoresekcí (n = 102) a pacientů s endoresekcí pro jiné důvody než nádor močového měchýře (n = 24) bylo provedeno 609 TURBT, kdy bylo možné aplikovat MMC. V této skupině bylo zastoupení instalace MMC 34,7 %. Nejčastějším identifikovaným důvodem nepodání MMC (n = 398) byla hematurie (n = 83, 20,9 %), perforace stěny močového měchýře (n = 66, 16,6 %) a alergie (n = 4,1 %). U 245 pacientů (61,6 %) nebylo možné důvod nepodání dohledat. Počet TURBT a aplikací MMC v jednotlivých letech ukazuje tabulka 1. Snížení počtu aplikací v letech 2019 a 2020 bylo dáno výpadkem dostupnosti MMC a epidemií covidu-19.

Závěr: Údajů o reálné praxi jednorázové instalace chemoterapeutika po TURBT je málo a svědčí spíše pro její nízké využití. Dle našich dat je podaná přibližně u třetiny potenciálně vhodných pacientů. Interpretaci výsledků ztěžuje nedostatek

informací o důvodech nepodání MMC při retrospektivní analýze dokumentace.

Grantová podpora: Bez podpory.

Tab. 1. Přehledná tabulka četnosti TURBT, aplikací MMC a procentuálního zastoupení indikovaných aplikací MMC v jednotlivých letech

rok	celkový počet TURBT	počet TURBT neindikovaných k aplikaci MMC	počet MMC	procentuální zastoupení podání indikovaných MMC
2016	91	8	23	39 %
2017	91	8	23	39 %
2018	84	10	28	32 %
2019	89	20	16	23 %
2020	124	25	19	19 %
2021	142	37	40	38 %
2022	114	18	44	38 %

KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE BEZ NEOADJUVANTNÍ LÉČBY S ČASNOU PROGRESÍ PO RACE LÉČEN RADIOTERAPIÍ

Zděblová Čermáková Z., Blažek T., Paračková T., Cvek J.

Onkologická klinika, FN Ostrava

Nediskutovaný poster

Úvod: V léčbě nemetastatických karcinomů močového měchýře je od II. stadia onemocnění dle mezinárodních guidelines indikována neoadjuvantní chemoterapie cisplatinovým dubletem, následována radikální cystektomií (RACE). Nebyla-li chemoterapie aplikována v neoadjuvanci, tak je indikována v adjuvanci.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Popisujeme případ pacienta s karcinomem močového měchýře bez neoadjuvantní léčby a s brzkou lokální progresí po RACE. Pooperačně stážováno jako pT2N2M0, 1 měsíc po op. výkonu s recidivou ve spádových pánevních lymfatických uzlinách. Vzhledem ke komorbiditám byl unfit pro cisplatinový dublet, který byl nahrazen režimem s karboplatinou a gemcitabinem. Vzhledem k výrazné hematotoxicitě bylo podávání systémové léčby po 2 cyklech ukončeno a indikována radioterapie na oblast spádových lymfatických uzlin s metastatickou lymfadenopatií v dávce 50,4 Gy ve 28 frakcích. Po této léčbě byl pacient 17 měsíců v celkové remisi, kdy 18. měsíc byla dle restage CT konstatována mnohočetná generalizace nádorového onemocnění.

Závěr: V praxi jsou ne všichni pacienti fit pro doporučenou multimodální léčbu, proto často volíme alternativní léčebné režimy, ze kterých mohou pacienti profitovat.

Grantová podpora: Není.

NÁDORY LEDVIN I.

MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ ŘEŠENÍ TUMORŮ LEDVIN

Vidlář A.¹, Čtvrtlík F.²

¹Urologická klinika, FN Olomouc

²Radiologická klinika, FN Olomouc

Diskutovaný poster

Úvod: Zlatým standardem léčby tumorů ledvin je v současné době chirurgické řešení (resekce tumoru či radikální nefrektomie). Pokud však operační léčba je s výrazným rizikem pro pacienta (věk, komorbidita), či si ji pacient nepřeje, je možné zvážit sledování či minimálně invazivní radiofrekvenční či mikrovlnnou ablací tumoru ledviny. Cílem práce je vyhodnocení výsledků mikrovlnné ablace na našem pracovišti.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Mikrovlnná ablace tumoru ledviny byla provedena za hospitalizace v lokální anestezii s analgosedací pod dohledem anesteziologa. V dalším průběhu bylo provedeno kontrolní CT ledvin za 3, 6 a 12 měsíců.

Výsledky: Za období 5/2020–2/2023 byla mikrovlnná ablace provedena u 9 pacientů ve věku 72–85 let (průměr 78,2). Doba sledování od diagnózy do provedení výkonu byla 3–47 měsíců (průměr 13,3 měsíce), velikost tumoru při výkonu byla 14–54 mm (průměr 34,4 mm). Dle histologie odebrané při výkonu byl zjištěn 5x světlebuněčný karcinom (RCC), 1x chromofobní karcinom, 1x angiomyolipom a 2x bylo histologické vyšetření nevytěžné. U všech pacientů výkon proběhl bez závažných komplikací či krvácení. U 4 pacientů byl výborný efekt výkonu (zmenšený nekrotický tumor, bez prokrvení), parciální efekt byl zjištěn u 4 pacientů (částečně nekrotický tumor, ale s viditelným lemem se syčením kontrastní látkou), nicméně bez progresí velikosti tumoru. U 1 pacienta tumor progredoval (z 39 mm na 45 mm, viditelný lem se syčením kontrastní látkou byl 24 mm). U tohoto pacienta vzhledem ke komorbiditám a věku 82 let bylo provedeno v únoru 2023 stereotaktické ozáření tumoru.

Závěr: U pacientů s tumory ledvin, kde je operační léčba s vysokým rizikem, či ji pacient odmítá, lze zvážit i minimálně invazivní řešení – mikrovlnnou ablací tumoru ledviny. Dle našich výsledků je výkon zatížen minimálními komplikacemi a vede k lokální kontrole tumoru ledviny. Dle doporučení je výkon nejvhodnější u tumorů do 4 cm.

Grantová podpora: Bez podpory.

ANALÝZA PEROPERAČNÍCH VÝSLEDKŮ PARCIÁLNÍCH NEFREKTOMIÍ

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Parciální nefrektomie je v současné době preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledvin T1 pro větší pravděpodobnost delšího celkového přežití, než u radikální nefrektomie, zejména u pacientů bez vstupních komorbidit. Miniinvasivní techniky přinášejí výhody z hlediska preciznosti operačního výkonu, snižování peroperační morbidity, krevních ztrát a zkrácení hospitalizace.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do studie bylo zařazených 361 pacientů operovaných v období 1/2018–5/2023 u kterých byla provedena otevřená (58), laparoskopická (48) nebo roboticky asistovaná (255) parciální nefrektomie. Prospektivně byly hodnoceny: délka hospitalizace, operační čas, krevní ztráty a komplikace dle klasifikace Clavien-Dindo. Pacienti byli indikováni k operačnímu výkonu individuálně.

Výsledky: Ve skupině otevřených byla průměrná doba hospitalizace 7,6 dní (5–13), délka ischemie 10 minut (0–38). V 18 případech byl výkon proveden bez ischemie, v 1 v částečné ischemii. Krevní ztráty byly 414 ml (20–2000 ml). Komplikaci stupně III–V jsme zaznamenali u 1 pacienta (1,7 %). Průměrný operační čas byl 127 (55–273) minut. Průměrná velikost nádor 40 mm (12–100), benigní 12, maligní 46. Pacienti operovaní laparoskopicky měli průměrnou délku hospitalizace 6,8 dní (3–12), ischemie 12 min. (0–25). 11 pacientů bylo operováno bez ischemie, 2 v částečné ischemii. Krevní ztráty představovaly 120 ml (10–550 ml). Průměrný operační čas byl 134 minut (54–232). Velikost nádoru 28 mm (12–70), benigních 5 a maligních 43. Skupina robotických resekcí měla průměrnou délku hospitalizace 6,1 dní (3–15), ischemii 15 min. (0–35). Bez ischemie bylo provedeno 30 operací, v segmentární ischemii 6. Operační čas byl 138 minut (45–281) a průměrné krevní ztráty 207,2 ml (0–1700 ml). Velikost nádoru 30 mm (6–75), benigní 41, maligní 214. Komplikace dle stupně III–V u 3 pacientů (1,1 %).

Závěr: Indikace techniky parciální nefrektomie by měla být volena individuálně, v závislosti na zkušenostech a dispozicích pracoviště s ohledem na rizika a rizika peroperačních komplikací a benefitu. Miniinvasivní techniky přinášejí výhody, jako je kratší hospitalizace, omezení krevních ztrát a možnosti realizace parciální nefrektomie u více komplexních nádorů.

Grantová podpora: Bez podpory.

VÝSLEDKY ELEKTIVNÍ PARCIÁLNÍ NEFREKTOMIE PRO RENÁLNÍ KARCINOM

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Parciální nefrektomie je v současné době preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledviny T1 pro větší pravděpodobnost celkového přežití, než u radikální nefrektomie, a to zejména u pacientů bez vstupních komorbidit. Miniinvasivní techniky přinášejí výhody z hlediska preciznosti operačního výkonu, snižování peroperační morbidity, krevních ztrát a zkrácení hospitalizace.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období 2018–2022 jsme provedli celkem 250 elektivních parciálních nefrektomií pro renální karcinom – 36 otevřených, 35 laparoskopických a 179 roboticky asistovaných. Prospektivně byly hodnoceny peroperační parametry a histologie a porovnány výsledky jednotlivých operačních technik. Celková doba hospitalizace byla 6,57 dne, operační čas 2:17.28 výkonů bylo provedeno bez ischemie. Průměrná doba ischemie byla 16,6 min. Průměrné krevní ztráty činily 218 ml. Přítomnost pozitivního nebo nejistého chirurgického okraje preparátu byla při histologickém vyšetření detekována u 16 pacientů (6,4 %) a II. klinické stadium onemocnění u 11 pacientů (4,4 %). Závažné komplikace stupně III–V klasifikace Clavien-Dindo se vyskytly u 2 pacientů.

Výsledky: Ze signifikantních výsledků byla zaznamenána nejdelší doba hospitalizace u otevřených parciálních nefrektomií – 797 dne, nejdelší operační čas u roboticky asistovaných – 2:21, nejvyšší krevní ztráty u otevřených – 381 ml, největší rozměr nádoru u otevřených – 35 mm, nejvyšší četnost pozitivních chirurgických okrajů u otevřených – 8,3 %. Napak nejkratší průměrná doba hospitalizace byla zaznamenána u roboticky asistovaných – 6,25 dne, nejkratší operační čas u laparoskopických – 2,07 %, nejnižší krevní ztráty laparoskopických – 107 ml a nejnižší četnost pozitivního chirurgického okraje u laparoskopických – 2,8 %.

Závěr: Parciální nefrektomie je metodou volby pacientů s nádorem ledviny stadia T1. Indikace operační techniky by měla být individualizována a zvážena rizika peroperačních komplikací a benefitu. Při omezené porovnatelnosti jednotlivých skupin pacientů lze konstatovat, že miniinvasivní techniky přinášejí výhody, jako je kratší hospitalizace, omezení krevních ztrát při srovnatelném onkologickém výsledku.

Grantová podpora: Ne.

PŘEHLED PROBLEMATIKY RX/R1 OKRAJŮ U ZÁCHOVNÝCH OPERACÍ LEDVINY NA PŘÍKLADĚ SOUBORU UROLOGICKÉ KLINIKY FNKV ZA ROKY 2011–2021

Luzan R.^{1,2}, Klézl P.^{1,2}, Šonský J.^{1,2}, Hanych J.^{1,2}, Grill R.^{1,2}

¹Urologická klinika Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²3. LF UK, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Výskyt pozitivního chirurgického okraje při záchovných výkonech na ledvině lze považovat za relativně nízký, avšak sledování a pooperační postup v tomto případě stále zůstávají diskutabilní a otevřenou otázkou. Porovnání mezinárodních epidemiologických, onkologických a chirurgických trendů s vlastními zkušenostmi může přispět k vylepšení preventivních opatření a zlepšení postoperačního managementu, což by se mělo projevit v prodloužení délky přežití a zlepšení kvality života pacientů.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Práce je retrospektivním zhodnocením souboru urologických výkonů prováděných na Urologické klinice FN Královské Vinohrady v období od r. 2011 do r. 2021.

Hlavním cílem této studie bylo porovnat výsledky orgán šetřících operací na ledvinách, výskytu pozitivních chirurgických okrajů a jejich vliv na prognózu pacientů na naší klinice ve srovnání s mezinárodními standardy.

Výsledky: Ve vybraném období na Urologické klinice provedeno celkem 1 953 operací. Z tohoto počtu 1 342 byly radikální nefrektomie (otevřené i laparoskopické) a 611 byly záchovné (117 laparoskopických a 494 otevřených přístupů).

Ze 494 provedených otevřených výkonů byla maligní histologie prokázána ve 336 případech. Negativní (R0) okraje byly přítomné u 229 pacientů (89,05 %), pozitivní (R1) u 21 (6,21 %) a nejasné (Rx) u 16 případů (4,7 %). Ve skupině R1a Rx pacientů k diseminaci došlo ve 4 případech, lokální recidiva se objevila u 5 pacientů.

U 289 laparoskopických resekci byla maligní histologie potvrzena u 197 pacientů. R0 okraje byly přítomné u 176 pacientů (89,34 %), R1 bylo zaznamenáno ve 12 případech (6,09 %) a Rx u 9 případů (4,57 %). V žádném případě nebyl zaznamenán výskyt relapsu nádorového onemocnění.

Závěr: Výsledky práce napodobují světové trendy a jsou totožné v několika parametrech, jako jsou výskyt pozitivních chirurgických okrajů, v souboru kliniky byl srovnatelný s nejčastěji recitovanou literaturou hodnotou (2–8 %), pozitivní okraj nemusí nutně vést k recidivě nebo diseminaci onemocnění, vylepšení předoperační stratifikace a operační techniky týmu snižuje výskyt pozitivních okrajů, individuální a multidisciplinární přístup v pooperačním sledování je základem přežití u pacienta s pozitivním chirurgickým okrajem.

Grantová podpora: Bez podpory.

TRANSPERITONEÁLNÍ ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE LEDVINY: ANALÝZA SROVNÁVAJÍCÍ PERIOPERAČNÍ VÝSLEDKY OPERACE U ANTERIORNĚ A POSTERIORNĚ ULOŽENÝCH TUMORŮ

Študent V. ml.^{1,2}, Lounová V.¹, Purová D.³, Študent V.^{1,2}

¹Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Teologická fakulta UP v Olomouci

Diskutovaný poster

Úvod: Transperitoneální roboticky asistovaná parciální nefrektomie (RAPN) je převládající minimálně invazivní technikou léčby nádorů ledvin stadia cT1. Otázkou zůstává, zda by se posteriorně uložené léze neměly operovat retroperitoneoskopickou technikou. Cílem studie je porovnat perioperační charakteristiky a chirurgické výsledky transperitoneální RAPN provedené u anteriorních vs. posteriorních nádorů ledvin.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Byla provedena retrospektivní analýza 513 RAPN u cT1 renálních tumorů v letech 2010–2022. Hodnocen byl věk, Charlsonové index komorbidit (CCI), krevní ztráta (EBL), doba operace (OT), doba ischemie (IT), pozitivní chirurgické okraje (PSM), $\leq 30\%$ pokles glomerulární filtrace (eGFR) v době dimise a perioperační komplikace (Clavien-Dindo ≥ 3) u anteriorně vs. posteriorně uložených tumorů při rozdělení lézí dle R.E.N.A.L. nefrometrického skóre (4–6 nízké, 7–9 střední a 10–12 vysoce komplexní tumory).

Výsledky: Ve skupině A vs. B bylo 140 vs. 99 pacientů s nízké, 141 vs. 100 se středně a 22 vs. 11 s vysoce komplexními tumory. V kohortě s nízkou komplexitou se věk ($p = 0,689$), CCI ($p = 0,622$), medián EBL (100 ml vs. 100 ml, $p = 0,690$), medián IT (15 min. vs. 15 min., $p = 0,298$), míra zachování eGFR (95,0 % vs. 91,9 %, $p = 0,419$), výskyt komplikací (2 vs. 3, $p = 0,549$) a míra PSM ($p = 0,693$) mezi skupinou A a B nelišily. Medián OT (88 min. vs. 95 min., $p = 0,024$) byl kratší ve skupině A. U středně komplexních tumorů se věk ($p = 0,312$), CCI ($p = 0,151$), medián EBL (100 ml vs. 110 ml, $p = 0,730$), medián IT (15,5 min. vs. 17 min., $p = 0,187$), míra zachování eGFR (88,6 % vs. 86,0 %, $p = 0,558$), komplikace (10 vs. 6, $p = 0,796$) a PSM ($p = 0,670$) nelišily mezi skupinou A a B. Medián OT (95 min. vs. 106 min., $p = 0,007$) byl kratší ve skupině A. Mezi skupinou A a B nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl u vysoce komplexních lézí.

Závěr: Tato studie prokázala srovnatelné perioperační výsledky transperitoneální RAPN provedené u anteriorních a posteriorních nádorů ledvin rozdělených dle R.E.N.A.L. nefrometrického skóre.

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

LAPAROSKOPICKÁ HEMINEFROURETEREKTOMIE PRO SUSPEKTNÍ NÁDOROVOU DUPLICITU HORNÍHO SEGMENTU KOMPLETNĚ ZDVOJENÉHO DUTÉHO SYSTÉMU LEDVINY

Fiala V., Novák K., Pešl M., Šlemendová M.,
Soukup V.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Video

Úvod: Prezentujeme laparoskopické řešení náhodného nálezu duplicitního postižení horního segmentu pravé ledviny s kompletně zdvojeným systémem.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 61letá pacientka se záchytem mikrohematurie byla standardně vyšetřena CT urografií. Ta prokázala kompletní zdvojení dutého systému vpravo a suspektní tumor distálního močovéhoodu pro horní segment. Dalším nálezem byl solidně nekrotický 15mm tumor horního pólu pravé ledviny. Ureteroskopicky byla v souladu s CT nalezena pro endoskop kompletně obturující masa tkáně distálního močovéhoodu, odebraná klešťová biopsie však neprokázala uroteliální karcinom. Byl zaveden stent a indikována laparoskopická heminefroureterektomie horního segmentu pravé ledviny k současnému vyřešení obou předpokládaných malignit. Operační výkon byl zahájen standardní endoskopickou resekci terčíku ústí močovéhoodu. Dolní segment zajištěn ureterální cévkou. Nicméně pro velmi těsný průběh obou močovodů se nepodařilo laterálně umístění ústí šetřit. Laparoskopicky byla kompletně uvolněna pravá ledvina a nalezená segmentální arterie pro horní pól přerušena na dvou Hem-o-lok svorkách, přesto byla dočasně uzavřena i hlavní renální arterie. Horní pól byl resekován a sutura defektu provedena vláknem V-lock. Deliberována pánevka horního segmentu a postupně i močovod až pod ilický svazek. Peroperačně nenalezena masa tumoru. Výkon dokončen otevřenou technikou z řezu v pravém podbřišku, defekt ve stěně měchyře uzavřen. Močovod dolního segmentu reimplantován napřímo použitím vlákna Vicryl 4-0. Ureterální cévka byla vyměněna za stent.

Výsledky: Operační čas včetně endoskopického úvodu, úpravy polohy a otevřené reimplantace byl 230 minut, teplota ischemie 24 minut, krevní ztráty do 300 ml. Pooperační průběh byl bez komplikací, močový katétr byl ponechán 7 dní. Histologicky potvrzen světlobuněčný renální karcinom pT1a G1 a nález v močovodu odhalil změny charakteru ureteritis papillaris. Kontrolní CT vyšetření po extrakci stentu neprokázalo žádné známky maligního onemocnění.

Závěr: Zatímco nefroureterektomie je standardní metodou léčby uroteliálních neoplazií horních cest, je ledvinu zachovný výkon v těchto raritních situacích technicky možný.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

ROBOTICKY ASISTOVANÁ PARCIÁLNÍ NEFREKTOMIE NÁDORU PODKOVOVITÉ LEDVINY

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Video

Úvod: Parciální nefrektomie je v současné době preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledviny T1 pro větší pravděpodobnost celkového přežití, než u radikální nefrektomie. Podkovovitá ledvina je vrozená vývojová vada, vyskytující se častěji u mužů s incidencí cca 1/400 obyvatel.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 77letého muže s nádorem pravé části podkovovité ledviny. S využitím robotického systému daVinci Xi, s použitím tří pracovních ramen, byla transperitoneálním přístupem provedena identifikace nádoru a separace hlavních renálních cév. V částečné ischemii 15,5 min., bez uzavření kontralaterálních cév, byla provedena parciální nefrektomie. Resekce nádoru zasahovala hluboko do parenchymu ledviny, rekonstrukce defektu byla provedena pokračujícím protiskluzovým 2-0, zajišťovaným PDS klipy, s lokální aplikací vstřebatelného hemostatického prostředku na povrch sutury. Odhadované krevní ztráty činily cca 100 ml, celkový operační čas od úvodu do anestezie byl 2:50. Pooperační průběh byl bez komplikací, celková doba hospitalizace byla 5 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo světlobuněčný karcinom z renálních buněk, grade 1, rozměrů 60 × 50 × 55 mm.

Závěr: Operace nádorů ledvin podkovovité ledviny jsou časově i technicky náročnější. Miniinvasivní operační techniky mohou být ve vybraných případech přínosné, zvýšit preciznost výkonu a snížit krevní ztráty.

Grantová podpora: Ne.

ROBOTICKY ASISTOVANÁ PARCIÁLNÍ NEFREKTOMIE NÁDORU T3A

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Video

Úvod: Parciální nefrektomie je v současné době preferovanou léčebnou modalitou u nádorů ledviny T1 pro větší pravděpodobnost celkového přežití, než u radikální nefrektomie, a to zejména u pacientů bez vstupních komorbidit. Velmi omezená data z metaanalýz a retrospektivních studií naznačují podobné onkologické výsledky i u nádorů vyšších stadií.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Video prezentuje roboticky asistovanou parciální nefrektomii u 62letého muže, s objemným nádorem dolního pólu levé ledviny s nádorovou invazí do kalichopánvičkového systému. Vzhledem k příznivým okolnostem byla indikována roboticky asistovaná parciální nefrektomie. S využitím robotického systému daVinci Xi byla transperitoneálním přístupem provedena identifikace nádoru a separace renálních cév. V celkové ischemii 20 min. byla provedena kompletní resekce nádoru, zasahující hluboko do parenchymu ledviny, včetně nádorového čepu, vrůstajícího do dolního kalichu. Odhadované krevní ztráty činily cca 300 ml, celkový operační čas byl 2:19. Pooperační průběh byl bez komplikací, celková doba hospitalizace byla 5 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo světlobuněčný karcinom z renálních buněk, grade 1, rozměrů 60 × 50 × 55 mm. Okraje preparátu byly negativní.

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

Grantová podpora: Ne.

MNOHOČETNÁ RESEKCE TUMORŮ SOLITÁRNÍ LEDVINY A ADRENALEKTOMIE U PACIENTA S METASTATICKÝM CCRCC

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

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Světlobuněčný renální karcinom je nejčastějším typem zhoubného nádoru ledviny. Většinu případů tvoří jednostranné solitární postižení. Část pacientů se prezentuje vícečetným oboustranným postižením. Původ a povaha multifokality mimo známé hereditární syndromy dosud velmi nejasné.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 67letý pacient s BMI 46,19 po pravostranné nefrektomii a adrenalectomii 7/2022 pro mnohočetný ccRCC pT3apNxPMx + 9 satelitních ložisek byl referován na vyšší pracoviště pro MRI (4/2023) nález 2 tumorózních ložisek v levé ledvině a suspektních metastatických ložisek v levé nadledvině.

Pacient indikován k provedení resekce tumorů solitární ledviny a adrenalectomii z lumbotomie. Operace 6/2023 – provedena adrenalectomie, následně aspekci a peroperačním USG zjištěno 7 ložisek ledviny, které postupně radikálně zresekovány. Spodina ošetřena u 3 větších ložisek metodou sliding clips, u ostatních Floseal. Operační čas 2 h 12 min., teplá ischemie 15 min., krevní ztráta 200 ml. Histologicky – ve všech resekátech z ledviny ccRCC pT1a(m) pNx pM1 (2 ložiska v nadledvině) G. Pooperačně elevace kreatininu 320, diuréza hojná.

Onkologickým doporučením doplnit genetické vyšetření, kontrolní MRI ledvin 1–3 měsíce po výkonu, ke zvážení adjuvantní léčba (pembrolizumab).

Závěr: Mnohočetné oboustranné postižení ccRCC s metastázami v nadledvině je raritním případem, kdy rozhodnutí o zachovném výkonu výrazně zvyšuje kvalitu života pacienta.

Negativem je nutnost přísného individuálního sledování, eventuálně adjuvantní terapie a nejistá onkologická prognóza.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY LEDVIN II.

LÉČBA OBOUSTRANNÝCH OBJEMNÝCH ANGIOMYOLIPOMŮ LEDVINY EVEROLIMEM

Blažková K.¹, Šámal V.¹, Richter I.², Paldus V.¹, Mečl J.¹

¹Urologické oddělení Krajská nemocnice Liberec, a. s.

²Komplexní onkologické centrum, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Diskutovaný poster

Úvod: Angiomyolipom (AML) je nejčastější benigní mezenchymální nádor ledvin. Vyskytuje se sporadicky nebo jako součást tuberózní sklerózy. V 5 % případů se angiomyolipomy vyskytují vícečetně.

Většinu AML aktivně sledujeme. S rostoucí velikostí AML narůstá riziko krvácení. Původní arbitrární hranice velikosti AML 4 cm již byla překonána a řadu větších AML sledujeme. V léčbě AML jsou preferovány ledvinu šetřící výkony, případně selektivní embolizace. Problém představují mnohočetné a objemné AML.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentujeme kazuistiku 37leté pacientky, kterou sledujeme pro oboustranné AML ledvin gigantické velikosti. Pacientka prodělala již tři ataky krvácení do retroperitonea při ruptuře AML levé ledviny. Všechny ataky krvácení zvládnuty konzervativně superselektivní embolizací. Radiologicky postupně progredují velikosti a objem postižení obou ledvin.

Pacientce byl nasazen everolimus v dávce 10 mg/den.

Po týdnu užívání everolimu v dávce 10 mg/den došlo k rozvoji stomatitidy stupně 3. Podání everolimu jsme přerušili a zahájili podpůrnou terapii. Po 10 dnech došlo k úplnému odeznění potíží a pacientka pokračovala v terapii everolimem v redukované dávce 5 mg/den již bez známek toxicity stupně 3–4. Po 7 měsících léčby došlo na kontrolním, CT ke zmenšení AML podle ECIST 1.1 kritérií o 41,3 %.

Závěr: Léčba everolimem představuje další možnost konzervativní léčby pro pacienty s oboustrannými AML nebo AML v solitární ledvině, které nejsou chirurgicky/angiologicky řešitelné.

Grantová podpora: Ne.

CENTRÁLNĚ ULOŽENÝ NE-RESEKABILNÍ RENÁLNÍ ANGIOMYOLIPOM: SUPERSELEKTIVNÍ EMBOLIZACE U PACIENTKY S OPAKOVANOU RUPTUROU

Česák O.^{1,2}, Študent V. ml.^{1,2}, Černá M.³, Tüdös Z.³

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Radiologická klinika FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Renální angiomyolipom (AML) je vzácný benigní mezenchymální tumor. Aktivní sledování je nejvhodnější volbou pro většinu AML, a pokud je indikována léčba, pak se upřednostňuje resekce ledviny před nefrektomií, nebo jako alternativa selektivní angioembolizace. Předkládáme kazuistiku pacientky s objemným AML levé ledviny po spontánních rupturách.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Pacientka (55 let) s centrálně uloženým AML levé ledviny, k jehož ruptuře došlo poprvé v roce 2019. CT angiografie neprokázala aktivní krvácení, zvolen byl konzervativní postup.

V roce 2022 byla pacientka přijata na urgentní příjem s hraniční hypotenzí a bolestmi v bedrech vlevo. CT prokázalo AML levé ledviny velikosti 80 × 50 × 50 mm komprimující dutý systém se známkami perirenálního prokrvácení. Došlo k recidivě ruptury AML, následná CT angiografie neprokázala aktivní krvácení. Vzhledem k riziku další ruptury byla pacientka po stabilizaci stavu indikována k léčbě. Jako alternativa chirurgické léčby byla zvolena léčba endovaskulární. Byla provedena superselektivní embolizace větve a. renalis l. sín. zásobující AML. V následném sledování došlo k ústupu obtíží pacientky a na kontrolním CT za 6 měsíců k regresi velikosti AML na 50 × 27 × 23 mm.

Závěr: Léčba AML je indikována v případech přetrvávající bolesti, ruptury nebo v případě velkých AML. Předkládaná kazuistika potvrzuje využitelnost endovaskulární léčby, která vedla nejen k regresi příznaků u pacientky, ale i ke zmenšení velikosti AML.

Grantová podpora: Práce nebyla podpořena žádným zdrojem externího financování.

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY NEFREKTOMIE S ODSTRANĚNÍM NÁDOROVÉHO TROMBU ZASAHOJÍCÍHO DO PRAVÉ SÍŇE

Brodák M.¹, Žáček P.², Špaček J.¹, Holub L.¹, Pacovský J.¹

¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Kardiocirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Nádorová trombóza dolní duté žíly je závažným rizikovým faktorem. Prezentujeme dlouhodobé výsledky pacientů, kteří podstoupili kombinovaný výkon, při kterém byla provedena nejprve nefrektomie s příštím nádorového trombu k pahýlu renální žíly a pak v mimotělním oběhu dokončené odstranění nádorového trombu z pravé síně a dolní duté žíly.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Byl hodnocen soubor 41 pacientů, kteří podstoupili kombinovanou urologicko-kardiocirurgickou operaci v období 1993–2022. Jednalo se o 26 mužů a 15 žen a medián věku operace byl 63 (42–80) let. Rozsah nádoru a nádorového trombu byl ověřen na CT trupu a ultrazvukovým vyšetřením dolní duté žíly a srdce. Všem pacientům byla také provedena koronarografie. Základní podmínkou k provedení operace byla absence vzdálených metastáz. Dále byl pečlivě zhodnocen celkový stav a rizika velkého operačního zákroku. Byly sledovány operační výsledky a komplikace a dlouhodobé přežívání pacientů.

Výsledky: Medián doby operace byl 7 hodin (270–535 minut), medián krevních ztrát byl 350 (150–3 600 ml) a medián doby intubace byl 19 (5–96) hodin. Peroperační hypotermie byla 22,7 (± 4) °C. Časná mortalita byla 7,5 % (3 pacienti). Histologickým nálezem byl karcinom ledviny G III-IV u 32 pacientů a GII u 9 pacientů. Pětiletého přežívání bylo dosaženo u 51 % pacientů. Pětiletého přežívání bez prokázané recidivy bylo dosaženo u 39 % pacientů. Medián přežití byl 26 měsíců. Nejčastější recidivou byly distální plicní nebo jaterní metastázy.

Závěr: Nefrektomie s odstraněním nádorového trombu zasahujícím do pravé srdeční síně patří k nejsložitějším výkonům v uroonkologii. Je nezbytná perfektní koordinace mezi urologickým, kardiocirurgickým a anesteziologickým týmem. Kompletní odstranění nádorového trombu s nefrektomií dává pacientům velkou naději na dlouhodobé přežívání.

Grantová podpora: Cooperatio 207043.

SLEDOVÁNÍ EFEKTU LÉČIVA POMOCÍ CÍRKULUJÍCÍCH NÁDOROVÝCH BUNĚK U NÁDORŮ LEDVIN

Klézl P.¹, Kološtová K.², Šonský J.¹, Gregušová A.¹, Štursa J.³, Neužil J.³, Bielčíková Z.⁴, Grill R.¹, Bobek V.²

¹LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

²Laboratoř personifikované medicíny, Onkologická klinika FN Královské Vinohrady, Praha

³Biotechnologický ústav Akademie věd ČR, Biocev, Vestec

⁴LF UK a Onkologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Izolace životaschopných cirkulujících nádorových buněk (CTC) z periferní krve pacientů otevřela nové cesty výzkumu pro analýzy buněčných organel (např. mitochondrií, peroxisomů).

Protinádorové léky cílené na mitochondrie („mitocans“) mají za cíl narušit systémy produkující energii nádorových buněk a testují se také jako nová protinádorová terapeutika.

Mitochondriálně cílený tamoxifen (MitoTam), inhibitor mitochondriálního respiračního komplexu I (CI), byl prvním ze skupiny „mitocans“ ve své třídě, testovaným ve studii fáze I/II MitoTam-01 (EudraCT 2017-004441-25), do níž byli zařazeni pacienti s metastázami různých solidních nádorů.

Mezi 37 % (14/38) hlášených respondérů byla nejvyšší účinnost prokázána u pacientů s metastazujícím světlobuněčným karcinmem ledviny (ccRCC) s mírou klinického přínosu (CBR) u 83 % (5/6) pacientů.

Z tohoto pohledu představuje analýza mitochondrií v CTC u ccRCC pacientů zcela unikátní nástroj – marker pro sledování léčebné odpovědi v reálném čase.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V souvislosti s výše popsanou klinikou studii uvádíme další in vitro testy CTC – u pacientů s ccRCC (n = 56), kteří podstoupili operaci primárního nádoru (PT), s cílem prokázat Mitotamem indukované změny v in vitro kulturách PT a souvisejících CTC.

CTC byly obohaceny z periferní krve (PB) (2 × 8 ml, EDTA) separací na základě velikosti (MetaCell®) a krátkodobě kultivovány (≤ 10 dní). Analýza pomocí vitální fluorescenční mikroskopie byla provedena pomocí fluorescenčního barvení (NucBlue™, Celltracker™, Mitotracker™). Poté byla testována genová exprese 25 genů souvisejících s funkcí mitochondrií.

Výsledky: Mitotam ovlivňuje počet aktivních mitochondrií in vitro jak v PT, tak také v CTC. Rozdíly jsou kvantifikovatelné jak na úrovni morfologického hodnocení, tak na úrovni genové exprese.

Závěr: In vitro analýza mitochondrií v CTC během testování protinádorové léčby by mohla urychlit vyhodnocování reakcí na inovativní léčiva nebo jejich kombinace v reálném čase.

Grantová podpora: AZV NU21-03-00545.

EX VIVO STUDIE RENÁLNÍCH TUBULOIDŮ

Pelikán T.¹, Charvát V.¹, Filipková V.²,
Heneberg P.¹, Zachoval R.²

¹Interní klinika 3. LF UK

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Urologická klinika 3. LF UK

a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce bylo zjistit proveditelnost metodiky výzkumu zakládání a kultivace tubuloidů ze zdravé tkáně kůry ledviny a světlobuněčného karcinomu ledviny.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do studie byli zařazeni všichni pacienti, u kterých byla na našem pracovišti v období od 02/2022 do 06/2023 provedena nefrektomie pro tumor ledviny a splňovali následující parametry: solidní tumor dle stagingových zobrazovacích metod a velikost tumoru nad 4 cm. Pooperačně odběr nádorové a nenádorové tkáně kůry ledvin velikosti > 0,5 cm³. Hodnocena byla efektivita tvorby tubuloidů po mechanické (kontrola) a enzymatické disociaci. Efektivita jednotlivých metod disociace hodnocena pozorováním ve světelném mikroskopu dle počtu a velikosti vzniklých tubuloidů a dosažené pasáže za jednotku času. Infiltrace imunitními buňkami hodnocena konfokální mikroskopií a průtokovou cytometrií.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 50 pacientů, z toho 42 (84 %) s histologicky potvrzeným světlobuněčným karcinomem G1–G4 a průměrným TNM stagingem nádoru T1b N0 M0 (rozpětí T1a N0 M0 až T3 N1 M1). Zbýlé histologické typy: papilární karcinom (6 %), onkocytom (6 %), chromofóbní karcinom (2 %), multilokulární cystická neoplazie (2 %).

Všechny metody disociace účinně rozvolňují tkáň kůry ledvin a ccRCC. Mechanická disociace zdravé tkáně vedla ke tvorbě jednobuněčné suspenze, průměrná doba pasáže 39 dní, maximální přežití 4 pasáže. Nejefektivnější metoda je mechanická disociace v kombinaci s kolagenázou VII, tvoří se řádově větší počet tubuloidů, zkracuje se doba pasáže, medián 14 dní, přežití 7 pasáží. Kultivace organoidů z nádorových buněk je obtížná, pomalý růst, rychlá senescence. V závislosti na použité metodě disociace zjištěno dle průtokové cytometrie odlišné množství CD45+ populace ve výsledné buněčné suspenzi, přičemž enzymatická metoda vedla k vyššímu zastoupení.

Závěr: Metodika výzkumu je proveditelná, vzhledem k malému souboru pacientů nelze v současné době vyhodnotit výsledky práce. V projektu bude pokračováno s cílem získat statisticky významná data.

Grantová podpora: AZV NU23-06-00045.

SELEKTIVNÍ EMBOLIZACE TUMORU SOLITÁRNĚ FUNKČNÍ LEDVINY U 77LETÉ PACIENTKY

Markušová J.¹, Hustý J.², Fedorko M.^{1,3}

¹Urologická klinika, FN Brno

²Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno

³Lékařská fakulta, Masarykova univerzita Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Selektivní embolizace renální tepny je miniinvasivní metoda, kterou lze využít v léčbě angiomyolipomů, neresekabilních nádorů ledvin, při krvácení po operačních výkonech, nebo u pacientů, kteří nemůžou podstoupit operaci.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 77letá pacientka sledována na nefrologii pro hypoplastickou levou ledvinu a chronickou renální insuficienci (CHRI) byla odeslána do naší ambulance pro suspektní tumor pravé ledviny. CT vyšetření prokázalo ložisko intraparenchymové velikosti 3,5 cm. Vzhledem k CHRI (hodnota kreatininu 170 umol/l) a solitárně funkční pravé ledvině byla zvolena miniinvasivní metoda. S ohledem na uložení nádoru byla intervenčními radiology v listopadu 2021 provedena superselektivní embolizace ložiska. Kontrolní CT v únoru 2023 prokázalo sytící se reziduum s nutností následné reembolizace. Při další kontrole bylo detekováno syčení léze do 2 cm a pacientce bylo doporučeno sledování. Vzhledem k opětovné progresi byla v lednu 2023 provedena třetí superselektivní embolizace s efektem podstatné absence syčení ložiska. Intervence nebyly doprovázeny žádnými komplikacemi. Délka hospitalizací byla 3 dny. Díky embolizaci nemusela pacientka podstoupit radikální operaci a nedošlo ke zhoršení funkce solitární ledviny.

Závěr: Superselektivní embolizace je alternativou u pečlivě vybrané skupiny pacientů. V námi prezentovaném případě by odstranění ledviny vedlo k nutnosti hemodialýzy. Pacientka je téměř 2 roky bez známek progresu onemocnění a bez progresu CHRI.

Grantová podpora: Ne.

MOŽNOSTI VERIFIKACE EFEKTIVITY KLAMPOVÁNÍ TEPNY PŘI MINIINVAZIVNÍ RESEKCI LEDVINY POMOCÍ DOPPLEROVSKÉ PEROPERAČNÍ ULTRASONOGRAFIE

Bartoš Veselá A., Sedláčková H., Kolář J., Bendová B., Pitra T., Trávníček I., Hora M.

Urologická klinika, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Peroperační ultrasonografie bývá užívána při resekcích ledvin k zobrazení a lokalizaci nádorů. S využitím barevného dopplerovského mapování průtoku můžeme zobrazit prokrvení ledviny po klampování renální tepny včetně selektivního. Cílem této práce je představení našich zkušeností s peroperačním využitím ultrasonografie s dopplerovským mapováním (DUSG) při miniinvasivní resekci ledviny.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 324 pacientů podstoupilo laparoskopickou (LR) či roboticky asistovanou resekci (RR) tumoru ledviny v období 2018–2022. Průměrný věk pacientů byl 65 let a průměrné BMI 30 kg/m². Ve 30 % (n = 98) případů bylo využito DUSG – 75x při RR a 23x při LR tumoru. V 7 % (n = 23) případů bylo využito fluorescenční barvení s indocyaninovou zelení (ICG) – 3x při RR a 20x při LR. Vždy pouze ve vybraných případech selektivního klampování.

Výsledky: Výsledky byly zpracovány retrospektivně. V našem souboru pacientů jsme nezaznamenali statisticky významné odlišnosti jak v čase operace, tak délce trvání teplé ischemie ani v krevní ztrátě při porovnání obou metod perioperačního zobrazování. Ve 27 % (n = 26) případů bylo ve skupině DUSG po klampování tepny pozorováno prokrvení tumoru, které vyžadovalo úpravu svorek. Ve skupině s ICG byla úprava svorek nutná v 61 % (n = 14).

Závěr: Na základě našich výsledků je zobrazení efektivity klampování pomocí DUSG spolehlivé a je možné jím nahradit zobrazení s využitím ICG při miniinvasivní resekci ledviny. Výhodou DUSG je miniinvasivita, dobrá dostupnost, eliminace rizika alergické reakce při podání ICG a finanční úspora za ICG.

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

PEMBROLIZUMAB V ADJUVANTNÍ LÉČBĚ RENÁLNÍHO KARCINOMU

Matoušková M.^{1,2}, Büchler T.², Skálová J.²

¹Urocentrum Praha

²Onkologická klinika FTN a 1. LF UK, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Standardní léčbou pokročilého renálního karcinomu je radikální nefrektomie. Pro řadu pacientů znamená dlouhodobou nutnost sledování bez jakékoliv následné léčby. Bohužel téměř u poloviny nemocných dochází k recidivě onemocnění a rozvoji metastatického onemocnění. Přes veškeré pokroky v léčbě RCC vede onemocnění ke zhoršené kvalitě života a jeho zkrácení. Zvýšené riziko progresu onemocnění je spojeno s pokročilostí nádorového onemocnění > T2, N1, vysokým nádorovým gradem ev. přítomností sarkomatoidní složky. S vysokým rizikem jsou spjati i nemocní po provedené metastazektomii, bez známek nádoru M1 NED.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Monoklonální protilátka proti receptoru programované buněčné smrti PD-1 (programmed cell death-1) pembrolizumab prokázala efektivitu v monoterapii i v kombinaci u nemocných s pokročilým RCC. V adjuvantní indikaci aplikujeme v ročním cyklu max 17 aplikací, W3 a 200 mg v krátké infuzi.

Léčbu pembrolizumabem jsme aplikovali 8 pacientům ve věku 42–82 let, 7 mužům a 1 ženě. Všichni nemocní dokončili roční léčbu, 6 17 cyklů, 2 15 cyklů. Pacienti byli kontrolováni v 3měsíčních intervalech CT hrudníku a břicha, pravidelně laboratorně, včetně TSH.

Výsledky: Všichni nemocní jsou minimálně rok po ukončení léčby bez známek onemocnění. Toxicita léčby je přiměřená, hypotyreóza se rozvinula u 6 nemocných, 1 pacient DM po 8 cyklu léčby, pouze zde G3 podle CTCAE.

Závěr: U pacienta s HR ccRCC je vhodné zvážit podání adjuvantní léčby. Přestože rizika systémové léčby, tedy irAEs, jsou u části nemocných pravděpodobné, obvykle jen nízkého stupně, riziko progresu a generalizace jsou významně vyšší. Podle výstupů trialu KEYNOTE-564 vede aplikace k prodloužení DFS u nemocných s ccRCC, včetně M1 NED při zachování dobré kvality života.

Grantová podpora: Ne.

CHIRURGICKÁ LÉČBA IZOLOVANÉ METASTÁZY RENÁLNÍHO KARCINOMU V IPSI- A KONTRALATERÁLNÍ NADLEDVINĚ PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII

Hulová M.¹, Čapák I.¹, Hrabec R.¹, Doležel J.¹, Uher M.², Poprach A.³, Staník M.¹

¹Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

²Výzkumná skupina Bioinformatika, Masarykův onkologický ústav, Brno

³Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Kompletní metastazektomie u oligometastatického karcinomu ledviny může vést u vybraných pacientů k vyléčení nebo alespoň k oddálení systémové léčby. Cílem práce je zhodnocení onkologických výsledků adrenalectomie pro izolované metastatické postižení renálním karcinomem a operačních komplikací.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Z prospektivně vedené databáze bylo identifikováno 39 pacientů, kteří podstoupili adrenalectomii pro izolovanou metastázu renálního karcinomu po radikální nefrektomii v letech 2002–2022, z nichž u 35 byla recidiva histologicky potvrzena. Metastáza se nacházela v ipsilaterální a kontralaterální nadledvině u 19 (54 %), resp. u 16 (46 %) nemocných. Do skupiny s kontralaterální adrenalectomií byly zařazeny 3 případy se synchronním bilaterálním postižením. U všech byla před operací vyloučena vzdálená diseminace pomocí CT vyšetření. Pětileté nádorově specifické přežití (CSS) a přežití bez progresu (PFS) bylo hodnoceno pomocí Kaplan-Meierovy křivky.

Výsledky: Medián věku v čase adrenalectomie byl 62 let (IQR 54; 70), muži a ženy tvořili 63 % a 37 % kohorty. Medián doby od RN do adrenalectomie byl 55 měsíců a velikost metastázy v nadledvině $3,5 \pm 2,2$ cm. K metastatické progresi došlo u 24/35 pacientů (69 %) při mediánu sledování 63 měsíců. Další metastazektomii nebo stereotaktické ozáření podstoupilo 51 % a systémovou léčbu 37 % nemocných. Mediány PFS byly 26 a 9 měsíců u ipsilaterální, resp. kontralaterální adrenalectomie. Pětileté PFS bylo ve prospěch ipsilaterální adrenalectomie, dosáhlo 38 %, resp. 10 % ($p = 0,165$). Podobně tomu bylo u pětiletého CSS, 86 % u pacientů po ipsilaterální adrenalectomii versus 60 % po kontralaterální adrenalectomii ($p = 0,020$). Performance status ≥ 1 (HR 2,8; $p = 0,023$) a nádor větší než 3,9 cm (HR 2,36; $p = 0,043$) byly prediktory horšího přežití. Závažné komplikace stupně 3–5 byly zaznamenány u dvou pacientů (6 %), z nichž jeden zemřel do 90 dnů od operace.

Závěr: Metastazektomie v případě postižení nadledvin je technicky proveditelná, s relativně nízkou morbiditou a je základem léčby v případě izolovaného metastatického onemocnění. Adrenalectomií lze dosáhnout u podstatné části nemocných dlouhodobé remise, prognosticky příznivější se jeví postižení ipsilaterální nadledviny.

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

METACHRONNÍ VÝSKYT NÁDORŮ LEDVIN

Hruška F., Študent V. ml.

Urologická klinika FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Rekurence renálního karcinomu (RCC) po jeho radikálním chirurgickém odstranění se může v závislosti na druhu nádoru a jeho charakteristikách (histologický typ, stadium T3–4, Grade 3–4) blížit až 40 %. U těchto pacientů je zvýšené riziko progresu metastáz a úmrtí na RCC. Ideální forma dispenzarizace > 5 let od operace není známá a je nutné ji individualizovat.

Cílem sdělení je představit případ relapsu RCC po 9 letech od radikální nefrektomie s následným časným relapsem po úspěšném odstranění recidiv.

Materiál a metody/ Popis klinického případu: Uvádíme případ 64letého muže, který podstoupil radikální nefrektomii pro světlobuněčný renální karcinom (RCC) pT3 G4 cN0 cM0. V rámci dispenzárního CT břicha s kontrastní látkou byly po 8 letech zachyceny u solitární ledviny 4 nádory do 10 mm. Pacient podstoupil roboticky asistovanou resekci ledviny. Histologicky se jednalo o multifokální světlobuněčný renální karcinom, G2, pT1a(m)cN0cM0, R0. Následně při kontrolním CT vyšetření po 6 měsících od operace byla detekována na jiném místě dvě nová nádorová ložiska velikosti 11 mm. Pro časnou recidivu byla indikována systémová onkologická terapie (ipilimumab a nivolumab). Podání monoklonálních protilátek bylo komplikováno irAE ve formě akutní demyelinizace periferních nervů.

Závěr: Je důležité zvážit možnost resekce ledviny i u mnohačetných nádorů ledviny stran zkvalitnění a prodloužení života. Dále je vhodné i doplnění genetického vyšetření.

Grantová podpora: Není.

RARITNÍ POSTIŽENÍ LEDVINY NON-HODGKINSKÝM B BUNĚČNÝM LYMFOMEM

Bojić M.¹, Juhász Á.¹, Kočárek J.^{1,2,3}, Čermák M.¹

¹Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

²1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha

³Urologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Lymfomy ledviny jsou vzácným nádorovým onemocněním. Symptomatologie je velmi podobná konvenčnímu renálnímu karcinomu, což často znesnadňuje určení správné diagnózy. Klíčovou roli v diagnostice hrají zobrazovací metody, a to hlavně CT a PET CT, kde má lymfom ledviny poměrně charakteristický obraz.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 75letý pacient s dosud něnou urologickou anamnézou byl vyšetřen pro kolikovitě bolesti v levém bedru. Dle sonografie objemné ložisko v parenchymu levé ledviny se současnou hydronefrózou II. stupně. Provedeno CT s intravenózní vylučovací urografií, kde nacházíme nejen tumor ledviny, ale i objemnou expanzi v malé pánvi, naléhající na levý ureter a ilickou žílu. Vedlejším nálezem byla hluboká žilní trombóza vena femoralis. Pacient byl indikován k CT navigované punkční biopsii z ložiska levé ledviny. Histologicky byl prokázán non-Hodgkinský B lymfom z malých buněk. Pacient byl následně odeslán na hematooonkologickou ambulanci do komplexního onkologického centra, kde byla zahájena chemoterapie a biologická léčba. Dle kontrolního PET CT došlo po podání 5 cyklů chemoterapie k výrazné regresi nálezu.

Závěr: Ačkoliv se jedná o vzácnou nosologickou jednotku, je třeba na lymfomy močových cest myslet v diferenciální diagnostice nádorů ledviny. Důkladná a včasná diagnóza hraje klíčovou roli ve správném nastavení terapie, a to vzhledem k odlišnému terapeutickému přístupu od konvenčního světlobuněčného karcinomu ledvin.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY PROSTATY – DIAGNOSTIKA

POTVRDIL PILOTNÍ PROJEKT VYŠŠÍ VÝSKYT KARCINOMU PROSTATY U MUŽŮ V DISPENZÁRNÍ PÉČI PO JINÉ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZE NEŽ U MUŽŮ V BĚŽNÉ POPULACI?

Koudelková M.^{1,2}, Hejzmanová K.^{1,2}, Adamcová V.³, Chloupková R.^{1,2}, Babjuk M.⁴, Zachoval R.³, Ngo O.^{1,2}, Hejduk K.^{1,2}, Dušek L.^{1,2}, Májek O.^{1,2}

¹Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Národní screeningové centrum, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

³Urologická klinika, 3. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

⁴Urologická klinika 2. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní nemocnice Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Další primární nádorová onemocnění nejsou v onkologii výjimkou. V projektu jsme se zaměřili na screening rakoviny prostaty u mužů v dispenzární péči po jiné onkologické diagnóze a porovnali jsme se skupinou mužů bez předchozí onkologické diagnózy. Cílem bylo odhadnout charakteristiky časně detekce rakoviny prostaty ve vybraných kohortách.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do projektu byli osloveni muži ve věku 50 až 70 let. Rameno A představovali muži v dispenzární péči po onkologické diagnóze, do ramene B byli zařazeni muži bez předchozí onkologické anamnézy. Testování probíhalo změřením hladiny prostatického specifického antigenu (PSA). Na základě výsledku PSA lékař rozhodl o dalším došetření nebo sledování. Hranice PSA nutná k odeslání muže na vyšetření k urologovi v rameni A byla stanovena na 2 ng/mL pro muže ve věku 50–59 let a 4 ng/mL pro muže ve věku 60–70 let. V rameni B byla zvýšená hladina PSA stanovena na 3 ng/mL pro obě věkové skupiny.

Výsledky: V rameni A bylo vyšetřeno 384 mužů. 51 mužů (13,3 %) mělo rizikovou hladinu PSA a 36 z nich (70,6 %) bylo došetřeno urologem. Biopsie prostaty byla provedena 14 (3,6 %) mužům. Pozitivní výsledek biopsie byl potvrzen u 5 mužů. Do ramene B bylo zařazeno 1 106 mužů. 188 osob (17,0 %) mělo zvýšenou hladinu PSA a byli referováni k urologickému došetření.

Závěr: V obou ramenech byl pozorován podobný podíl pozitivních výsledků, a to mezi 10 až 20 %. Pilotní projekt poskytl pro českou populaci důležité charakteristiky screeningového procesu, které jsou využívány při přípravě plošného populačního pilotního programu v České republice, jehož zahájení se plánuje na leden 2024.

Grantová podpora: Projekt „Program časného záchytu karcinomu prostaty u populace mužů v dispenzární péči po onkologických onemocněních“ byl podpořen v rámci Evropského sociálního fondu, Operační program zaměstnanost, registrační č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008167.

PROSTAPILOT. SKRÍNING KARCINOMU PROSTATY POMOCÍ MAGNETICKÉ REZONANCE SE ZKRÁCENÝM PROTOKOLEM

Staník M.¹, Standara M.², Miklánek D.¹, Pacal M.², Uher M.³, Májek O.⁴, Hrabec R.¹, Křístek J.²

¹Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU, Brno

²Oddělení radiologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

³Výzkumná skupina Bioinformatika, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁴Institut biostatistiky a analýz LF MU, Brno

Diskutovaný poster

Úvod: PSA skríníng má potenciál snížit mortalitu na karcinom prostaty, problémem zůstává riziko nadbytečné diagnostiky a léčby nesignifikančního karcinomu prostaty. Magnetická rezonance umožňuje vyšší záchyt klinicky signifikantních karcinomů (csPC) oproti PSA skríníngu. Cílem práce bylo na skríníngové populaci ověřit přesnost zkráceného protokolu biparametrické magnetické rezonance (bpMR) prostaty a její možný přínos v skríníngu karcinomu prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do prospektivní studie ProstaPilot bylo v období 5/2022–5/2023 zařazeno 450 mužů ve věku 50–69 let, kteří neměli v posledních 2 letech vyšetřeno PSA nebo MR prostaty. V případě elevace PSA ≥ 3 ng/ml byla pacientovi doporučena systematická biopsie prostaty, pokud měl abnormální nález na bpMRI (ložisko PIRADS 4-5), tak podstoupil navíc také cílenou biopsii. bpMR bylo provedeno se zkráceným protokolem v délce 15 minut, bez podání kontrastní látky. Předběžně bylo zhodnoceno 400 mužů, kteří prošli kompletním diagnostickým algoritmem. Posuzována byla míra detekce karcinomu prostaty na základě modelovaného PSA, resp. bpMRI skríníngu. csPC byl definován jako karcinom prostaty ISUP grade ≥ 2 .

Výsledky: Celkově mělo pozitivní výsledek alespoň jednoho z testů 29/400 (7,25 %) mužů, pouze 5 mužů mělo pozitivní jak PSA, tak i bpMR nález. Karcinom prostaty byl diagnostikován u 16/400 (4 %) jedinců, z toho csPC u 6/400 (1,5 %). V případě diagnostického algoritmu založeného pouze na elevaci PSA ≥ 3 ng/ml nebo pouze na základě pozitivního nálezu bpMR, by biopsii prostaty podstoupilo 5 %, resp. 3,5 % mužů a karcinom prostaty bychom diagnostikovali u 1,75 %, resp. 3,25 %. Pozitivní výsledek bpMR by vedl k detekci csPC u 6 (1,5 %) mužů ve srovnání s 3 (0,75 %) v případě diagnostické cesty založené na PSA. Senzitivita PSA a bpMRI pro diagnostikování csPC byla 50 % a 100 %.

Závěr: bpMR je přesnějším vyšetřením při detekci csPC než samotné PSA. Vzhledem k nedostatečné kapacitě MR není možné provádět u všech skrínovaných mužů. Další studie budou nutné k posouzení optimální hodnoty PSA, při které by muž podstoupil bpMR.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (MOÚ, 00209805) a grantem: NU22-09-00539.

ZJEDNODUŠENÉ EKONOMICKÉ HODNOCENÍ PRO PŘIPRAVOVANÝ PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PROSTATY

Hejčmanová K.^{1,2}, Koudelková M.^{1,2},
Chloupková R.^{1,2}, Babjuk M.³, Zachoval R.⁴,
Ferda J.⁵, Ngo O.^{1,2}, Hejduk K.^{1,2}, Májek O.^{1,2}

¹Národní screeningové centrum, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

²Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

³Urologická klinika, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

⁴Urologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Thomayerova fakultní nemocnice, Praha

⁵Klinika zobrazovacích metod, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: V České republice (ČR) je k dispozici široké portfolio reálných dat využitelných pro monitoring stávajících, ale také plánování nových organizovaných screeningových programů. Primárními zdroji dat jsou Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) a Národní onkologický registr ČR (NOR). Uvedené zdroje spolu s daty pilotního projektu tvoří podpůrnou datovou platformu pro přípravu organizovaného programu časného zachytu karcinomu prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu:

Na základě výsledků pilotního projektu organizovaného 2018–2022 byl odhadnut podíl mužů se zvýšenou hladinou prostatického specifického antigenu (PSA), jež je primárním screeningovým vyšetřením. Pomocí údajů z národních registrů a literatury byl navržen model průchodu pacientů potenciálním organizovaným programem časného zachytu karcinomu prostaty. Zároveň byla vytvořena situační analýza aktuálně probíhajícího neorganizovaného testování PSA v ČR pro srovnání s potenciálně připravovaným organizovaným programem.

Výsledky: Na základě modelu lze odhadovat, že v prvním roce bude do programu zařazeno přibližně 310 000 mužů, zvýšená hladina PSA bude u zhruba 15 % vyšetřených mužů (přibližně 46 000). Dále lze předpokládat, že 50 % mužů (přibližně 32 000) se zvýšenou hladinou PSA podstoupí následnou magnetickou rezonanci a zhruba 13 000 mužů (4 % ze všech zařazených) podstoupí navazující biopsii.

Náklady na neorganizované vyšetřování a diagnostiku u mužů ve věku 50–69 let se v současné době pohybují okolo 416 milionů Kč ročně. Avšak dalších přibližně 330 milionů Kč představují náklady u mužů starších 70 let. Organizovaný program časného zachytu by se měl primárně zaměřit na muže ve věku 50–69 let, odhadované náklady na první rok fungování tohoto programu činí 506 milionů Kč.

Závěr: Reálná data jsou důležitou součástí přípravy nových screeningových programů. Pro plánování programu časného zachytu karcinomu prostaty má ČR k dispozici několik

datových zdrojů, které lze využít k odhadu počtu mužů, kteří budou programem procházet, ale také k odhadu nákladů na screeningový proces. Reinvestice nákladů na neorganizované vyšetřování mužů do organizovaného programu by mohla zvýšit efektivitu a účinnost zdravotních služeb.

Grantová podpora: Bez podpory.

PSA DENZITA JAKO TRIAGE TEST U PACIENTŮ S PIRADS 3 LÉZÍ

Adamcová V.¹, Stejskal J.¹, Pavlíčko A.²,
Votrubová J.², Matěj R.³, Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

³Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je zhodnotit benefit PSA denzity (PSAD) jako triage testu v diagnostickém algoritmu karcinomu prostaty u pacientů s dominantní lézí PIRADS 3.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Celkem 271 pacientů podstoupilo multiparametrickou magnetickou rezonanci prostaty s nálezem dominantního ložiska PIRADS 3 mezi červencem 2015 a únorem 2023. U všech pacientů byla provedena cílená biopsie, při které jsme v průměru odebrali 3 vzorky z ložiska. Následně byla provedena systematická biopsie s oběrem 12 vzorků.

Průměrný věk pacientů byl 64 let. Průměrná hodnota PSA byla 8,4 ng/ml, průměrný objem prostaty měřený pomocí MRI byl 57,4 ml, průměrná hodnota PSAD byla 0,16 ng/ml/ml.

Celkové míry detekce karcinomu prostaty (PCa) a klinicky významného karcinomu prostaty (CSPCa) byly stratifikovány podle PSAD s hraničními hodnotami < 0,1 ng/ml/ml; < 0,15 ng/ml/ml a < 0,2 ng/ml/ml.

Počet vynechaných biopsií a nediodagnostikovaných (klinicky signifikantních) karcinomů prostaty byl vypočítán ve skupinách PSAD definovaných výše. CSPCa byla definována jako přítomnost Gleason skóre > 6.

Výsledky: Celkový záchyt PCa byl u 99 pacientů (36,5 %). Záchyt CSPCa byl u 59 pacientů (21,8 %). Výsledky záchytu PCa a CSPCa pro jednotlivé PSAD jsou uvedeny v tabulce níže.

Závěr: Použití PSAD se jeví jako užitečný nástroj ke stratifikaci pacientů s PIRADS 3 lézí a snížení počtu provedených biopsií u těchto pacientů. Se stoupající PSAD se zvyšuje počet neprovedených biopsií za cenu zvyšujícího se procenta nediodagnostikovaných CSPCa.

Grantová podpora: Bez podpory.

[-2]PROPSA: POMOCNÝ MARKER V DIAGNOSTICE KARCINOMU PROSTATY?

Sedláčková H.¹, Dolejšová O.¹, Hora M.¹,
Jirásko M.², Pivovarčíková K.³, Ferda J.⁴,
Topolčan O.², Kučera R.²

¹Urologická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň,

²Laboratoř imunochemické diagnostiky, Fakultní nemocnice Plzeň,

³Šiklův ústav patologie, Fakultní nemocnice Plzeň

⁴Klinika zobrazovacích metod, Fakultní nemocnice Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: [-2]proPSA je frakce volného PSA, která se uvolňuje více z periferní zóny prostaty než z tranzitorní a hladina v séru je specificky vyšší u pacientů s karcinomem prostaty (KP). Stanovení hladiny [-2]proPSA se využívá k výpočtu PHI, jako markeru zpřesňující detekci signifikantního KP. Cílem studie bylo porovnání hladin [-2]proPSA vztažené k lokalizaci a velikosti KP dle mpMRI prostaty a pT klasifikaci po roboticky asistované radikální prostatektomii (RARP).

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období 6/2020–12/2022 bylo provedeno 224 RARP u pacientů s KP. V rámci diagnostiky byly stanoveny hladiny tPSA, fPSA, [-2]proPSA, vypočítaná hodnota PHI a pacienti podstoupili 3 T mpMRI prostaty. Ložiska KP dle MRI byla rozdělena do tří skupin dle lokalizace – periferní (PZ), tranzitorní zóna (TZ) a smíšený nález. Hodnotili jsme hladinu [-2]proPSA vztaženou k lokalizaci KP a pT klasifikaci.

Výsledky: Z 224 pacientů, 129 (57,5 %) mělo ložisko v PZ, 67 (30 %) v TZ a u 28 (12,5 %) pacientů bylo ložisko KP v obou zónách. Výsledky byly vyhodnoceny dle Chi-kvadrátového testu. Nezaznamenali jsme korelaci mezi hladinou [-2]proPSA a lokalizací KP dle MRI; $p = 0,1974$. Naproti tomu velikost ložiska KP koreluje nejsilněji s [-2]proPSA ($r = 0,29$, $p < 0,0001$), pak PHI ($r = 0,17$, $p = 0,0098$) a pak s PSA ($r = 0,13$, $p = 0,0478$). Dále souhrnná statistika pT klasifikace a lokalizace nádoru vzájemně souvisí nejlépe s [-2]proPSA ($p = 0,0004$) a s PHI ($p = 0,0016$).

Závěr: V našem souboru jsme nezaznamenali statisticky významný vztah hladiny [-2]proPSA a lokalizace ložiska KP v prostatě. Hodnota [-2]proPSA stanovená v rámci výpočtu PHI může sloužit jako prediktor objemu nádorové masy a pT klasifikace po RARP a tím se podílet na rozhodnutí o správném postupu léčby.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG a podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806).

ANALÝZA KORELACE VELIKOSTI PROSTATY A PROSTATE HEALTH INDEX

Adamcová V.¹, Stejskal J.², Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Prostate health index (PHI) trvale překonává prostatický specifický antigen (PSA) při predikci klinicky signifikantního karcinomu prostaty (CSPCa) při biopsii. Cílem této studie je posoudit vztah mezi velikostí prostaty a PHI.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Studie zahrnuje celkem 492 pacientů, kteří podstoupili biopsii prostaty kvůli zvýšenému PSA nebo PHI na našem pracovišti mezi listopadem 2016 a únorem 2023. PHI bylo vypočteno pomocí Beckmanova a Coulterova vzorce PHI $[(t-2) \text{ proPSA} / \text{free PSA}] \times \sqrt{\text{PSA}}$ před provedením fuzní biopsie. Všem pacientům byla během biopsie změřena prostata transrektálním ultrazvukem (TRUS). Byla provedena míra korelace mezi objemem prostaty změřeným TRUS resp. MRI a PHI pomocí Pearsonova koeficientu.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 64 let, průměrná hodnota PHI byla 52,63, průměrná hodnota PSA byla 8,55 ng/ml. Průměrný objem prostaty změřený TRUS byl 58,54 ml resp. 53,32 ml při měření MRI.

Nebyla nalezena významná korelace mezi objemem a PHI. Podrobné výsledky jsou uvedeny v tabulce níže.

Závěr: V našem souboru jsme neprokázali korelaci mezi PHI a velikostí prostaty a prokázali jsme, že PHI je nezávislý faktor.

Grantová podpora: Bez podpory.

SÉROVÉ INTERLEUKINY V PREDIKCI POZITIVNÍ BIOPSIE PROSTATY

Čapoun O.¹, Řezáč J.¹, Kantorová A.¹, Fiala V.¹, Linhartová A.M.¹, Kalousová M.², Soukup V.¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

²Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem naší práce je zhodnocení schopnosti sérových interleukinů (IL) predikovat záchyt karcinomu prostaty (KP) v biopsii prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Vyšetřili jsme celkem 295 vzorků séra u pacientů, kteří byli indikováni k biopsii prostaty. Zaznamenali jsme standardní demografické a klinické parametry a výsledky biopsie. Signifikantní KP (sKP) byl definován hodnotou Gleasonova skóre (GS) > 6 (International Society of Urological Pathology Grade Group > 1). Metodou chemiluminiscenční imunoanalýzy (CLIA) jsme stanovili hladiny IL-6, IL-8 a IL-18. V rámci statistické analýzy jsme použili neparametrický Wilcoxon Two Sample test. Rozdíl četnosti záchytu KP mezi zkoumanými skupinami byl testován pomocí Chi-square testu. Multivariační analýzu jsme zpracovali metodou logistické stepwise regrese.

Výsledky: Průměrný věk byl 65,2 let, průměrná hladina prostatického specifického antigenu (PSA) 8,55 ng/ml, průměrná hodnota Indexu zdraví prostaty (Prostate Health Index [phi]) 64,16, suspektní nález per rektum u 66 (22,4 %) a při transrektální sonografii (TRUS) u 79 (26,8 %) mužů. Celkem jsme zachytili 116 (39,3 %) KP, z toho 42 (36,2 %) mužů mělo sKP. Z běžných parametrů byly pro predikci KP v biopsii významné PSA ($p = 0,0069$), poměr volného (fPSA) a vázaného PSA ($p = 0,0002$), phi ($p < 0,0001$), věk ($p = 0,0411$), suspektní nález při per rektum vyšetření ($p < 0,0001$) nebo TRUS ($p < 0,0001$). Ze zkoumaných parametrů byla statisticky významně vyšší hladina u KP u IL-8 ($p = 0,034$), ale ne u IL-6 ($p = 0,7998$) ani IL-18 ($p = 0,9788$). Multivariační analýza určila jako nezávislé parametry pro predikci pozitivní BP hladinu phi a suspektní per rektum/TRUS nález. Žádný z testovaných interleukinů nebyl statisticky významný pro určení záchytu sKP v biopsii. Významnou korelaci zkoumaných markerů ke standardním biomarkerům jsme zaznamenali u IL-6 (k PSA, fPSA a phi) a u IL-18 (k phi).

Závěr: Sérové interleukiny mají omezenou schopnost predikce KP v biopsii, která nedosahuje úrovně běžně užívaných biomarkerů.

Grantová podpora: Podpořeno projektem MZ ČR – RVO-VFN64165.

Tab. 1.

	Počet pacientů	PCa	CSPCa
	81	18	7
PSAD < 0,1	(29,9 %) 170	(6,6 %) 51	(2,6 %) 25
PSAD < 0,15	(62,7 %) 201	(18,8 %) 62	(9,2 %) 31
PSAD < 0,2	(74,2 %)	(22,9 %)	(11,4 %)

PSMA PET/CT V PRIMÁRNÍM STAGINGU VYSOCE RIZIKOVÉHO KARCINOMU PROSTATY

Kantorová A.¹, Linhartová A. M.¹, Fiala V.¹, Zogala D.², Ptáčník V.², Soukup V.¹, Čapoun O.¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

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

Diskutovaný poster

Úvod: Pacientům s vysoce rizikovým karcinomem prostaty (KP) můžeme nově nabídnout primární staging pomocí hybridní metody – pozitronové emisní tomografie (PET) v kombinaci s CT nebo MRI a nejnovějším tracerem – prostatickým specifickým membránovým antigenem (PSMA). Primárním cílem naší práce bylo analyzovat data pacientů, kteří podstoupili ⁶⁸Ga PSMA-PET/CT vyšetření v rámci primárního stagingu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Celkem jsme hodnotili výsledky 128 pacientů vyšetřených od 3/2021 do 6/2023. U pacientů jsme zaznamenali standardní parametry – věk, hladinu prostatického specifického antigenu (PSA), maximální Gleasonův stupeň (G_{max}), Gleasonovo skóre (GS), International Society of Urological Pathology (ISUP) stupeň, klinické stadium, aktivitu radionuklidu a závěr zobrazovacího vyšetření (lokální rekurence, uzlinové a kostní postižení). Na porovnání distribucí jednotlivých parametrů jsme použili neparametrické testy (Wilcoxonův test, Kruskal-Wallisův test či mediánový test). Rozdíl četnosti zkoumaných parametrů jsme testovali pomocí Chi-square testu.

Výsledky: Průměrný věk ve sledované skupině byl 69 (směrodatná odchylka (SD) 8,96) let, průměrná hladina PSA 20,28 (SD 69) ng/ml a průměrná aktivita radionuklidu 199 (SD 33,82) MBq. Pozitivní PSMA-PET/CT nález byl popsán u 70 (55 %) pacientů. Jako statisticky významné parametry predikující pozitivitu PSMA-PET/CT jsme prokázali GS ($p = 0,0247$), ISUP stupeň ($p = 0,0247$) a klinické stadium ($p < 0,0001$), rozdíl od hodnoty PSA, věku, G_{max} a aktivity radionuklidu.

Závěr: PSMA-PET/CT je vhodná metoda pro primární staging KP vysokého rizika.

Grantová podpora: Podpořeno projektem RVO-VFN64165.

PREDIKTIVNÍ FAKTORY FÚZNÍ TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY, ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

Černý J.¹, Straka O.¹, Šefránek J.², Doubková E.², Petřík A.¹, Fiala M.¹

¹Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

²Radiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Diskutovaný poster

Úvod: Sledované faktory byly PI-RADS skóre, velikost ložiska, lokalizace ložiska, objem prostaty a PSA.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V letech 2019–2023 bylo na našem pracovišti provedeno 699 cílených biopsií prostaty u 662 pacientů. Muži byli dvěma alternujícími urology vyšetřeni ultrazvukovým přístrojem BK3000 se softwarovou fúzí bkFusion, 16 MHz endorektální sondou a triparametrickým zobrazením MR prostaty z více pracovišť. K další analýze výsledků jsme použili pouze pacienty s MR z našeho radiodiagnostického oddělení, zhotovené přístrojem Phillips Ingenia 3 T, hodnocené dvěma radiology systémem PI-RADSv.2. Jde o prospektivní průběžné zpracování výsledků. Průměrný věk byl 67,3 roku (41–88), průměrný PSA 10,38 ng/ml (1,13–136), průměrný objem prostaty 58,34 ml (13–184), průměrný nejdelší rozměr ložiska 12,25 mm (4–55).

Výsledky: Záchyt karcinomu prostaty u mužů s pozitivním MR prostaty (PI-RADS > 2) byl 72,26 %. Biopsií ložisek PI-RADS 5 jsme zachytili karcinom v 93,69 %.

Biopsie ložisek do 6 mm, bez ohledu na PI-RADS skóre, odhalily karcinom ve 48 % případů, z těchto byla většina nesignifikantních (66,67 %). Naopak výsledek biopsií z ložisek nad 10 mm byl signifikantní.

Lokalizace léze v periferní či tranzientní zóně neměla na výsledek biopsie vliv. Výsledky biopsií z ložisek ve ventrálních partiích periferní (PZA) i tranzientní zóny (TZA) ukazují, že tato ložiska jsou z transrektálního přístupu dobře bioprovatelná se záchytem karcinomu v 81,81 % resp. 76,97 %. Za pozornost stojí zjištění, že ložiska vycházející z předního fibromuskulárního stromatu (PFMS) jsou v našem souboru téměř vždy karcinom (93,1 %).

Významný faktor ovlivňující výsledek fúzní biopsie prostaty je objem prostaty. Z ložisek prostat do objemu 51 ml byl detekován karcinom v 84 %, oproti 66 % u větších prostat, a to bez ohledu na objem ložiska.

Hladina PSA pozitivitu výsledku cílené biopsie prostaty neovlivňuje. Je zjevné, že u pacientů s PSA nad 10 ng/ml bylo zjištěno více signifikantních karcinomů než u pacientů s PSA nižším.

Závěr: Fúzní cílená biopsie prostaty je mezioborová disciplína. Spolupráce s radiologem a jeho erudice, podobně jako zkušenost urologa, má na výsledek fúzní biopsie zásadní vliv.

Grantová podpora: Žádná.

VÝSLEDKY HODNOCENÍ KORELACE NÁDOROVÝCH LOŽISEK ZACHYCEÝCH MULTIPARAMETRICKOU REZONANCÍ S WHOLE MOUNT HISTOGRAMEM POMOCÍ SPECIÁLNÍHO SOFTWARE

Adamcová V.¹, Pavličko A.², Votrubová J.², Matěj R.³, Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Radiodiagnostické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

³Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Porovnat histologické řezy zpracované metodou whole mount (WM) s T2 váženými axiálními sekvencemi (T2WI) multiparametrické magnetické rezonance (mpMRI), která byla provedena před radikální prostatektomií (RP).

Materiál a metody/Popis klinického případu: Vyhodnotili jsme 29 pacientů, kteří před laparoskopickou RP podstoupili 1,5 T mpMRI s endorektální cívkou. Pacienti podstoupili operaci na našem pracovišti mezi léty 2015 a 2018.

Histologický preparát byl zpracován metodou WM histogramů v řezech á 5–6 mm, se samostatně zpracovaným apexem a bází, průměrná délka apexu byla 7,25 mm. Do WM řezů byla zakreslena jednotlivá nádorová ložiska. V korespondujících řezech T2WI (definovány podle délky apexu, v 5–6 mm intervalech) radiolog zakreslil suspektní léze.

Za pomoci speciálního grafického software vytvořeného za tímto účelem byly porovnány jednotlivé korespondující řezy. Vyhodnotili jsme zastoupení nádorových ložisek v korespondujících histologických a T2WI řezech a jejich procentuální překrytí mezi histologickým a T2WI řezem.

Výsledky: Průměrný věk pacientů 65 let, průměrné PSA před RP 8,76 ng/ml, průměrná velikost prostaty 40 ml. Celkem bylo zpracováno 133 řezů. Celkový počet ložisek zachycených na histologických řezech byl 334, průměrné ISUP skóre bylo 2,8. mpMRI celkem identifikovala 113 ložisek, průměrné PIRADS skóre 3,5.

V WM řezech nádorová ložiska zabírala v průměru 6,5 % plochy řezu, v T2WI nádorová ložiska zabírala 4,4 % plochy. Celkový přesah ložisek mezi WM řezem a mpMRI byl 17 %. V případech, kdy mpMRI a WM identifikovala ložisko ve shodné lokalizaci, byl procentuální přesah ložisek mezi WM řezem a mpMRI v průměru 29 %.

Závěr: Histologické preparáty zaznamenaly násobně větší počet ložisek oproti mpMRI. Nádorová ložiska zabírala v jednotlivých řezech relativně malé procento plochy, přičemž celkový procentuální překryv ložisek byl malý. Procentuální přesah ložisek, která byla ve stejné lokalizaci, byl vyšší.

Grantová podpora: Bez podpory.

PŘÍTOMNOST PROSTATICÝCH ŽLÁZEK VČETNĚ BUNĚK KARCINOMU PROSTATY V PŘEDNÍM FIBROMUSKULÁRNÍM STROMATU

Brodák M.¹, Balík M.¹, Rejtarová O.², Hájek P.²

¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Ústav anatomie LF UK Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem studie bylo nalezení bezpečné hranice k odstřížení apexu prostaty v místě předního fibromuskulárního stromatu u radikální prostatektomie. Podle uznávaného McNealova popisu prostaty přední fibromuskulární stroma neobsahuje žádné prostatické žlázy. V posledních letech se objevily práce, které naopak potvrdily, že toto vazivové stroma může obsahovat nejen prostatické žlázy, ale dokonce i buňky karcinomu prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Bylo hodnoceno 2x 15 vzorků fibromuskulárního stromatu odebraného po jeho odstřížení při robotem asistované radikální prostatektomii. Výsledek byl hodnocen v histologické laboratoři Ústavu anatomie. Prvních 15 vzorků bylo získáno po přestřížení fibromuskulárního stromatu v linii, která přesně kopírovala kapsulu prostaty. Druhých 15 vzorků bylo získáno po přestřížení stejného stromatu, ale s posunutím o 3 milimetry distálněji. Byla hodnocena přítomnost eventuálních prostatických žlázek nebo buněk karcinomu prostaty a dále pooperační onkologické parametry.

Výsledky: Medián doby sledování u první skupiny byl 20 měsíců. Z 15 vzorků byla nalezena u 10 pacientů pouze vazivová tkáň. U pěti subjektů byly nalezeny v pojivové tkáni i prostatické žlázy. Z toho u tří subjektů zcela minimálně a u dvou relativně ve větším množství. U žádného subjektu z této skupiny nebylo nalezeno zvýšené PSA nebo jiné známky recidivy karcinomu prostaty. Medián sledování druhé skupiny byl 12 měsíců. Z 15 vzorků byly nalezeny prostatické žlázy u 4 subjektů a z nich u 3 v minimálním množství a u jednoho ve velkém množství. Žádný ze subjektů neměl prokázanou biochemickou recidivu.

Závěr: Nález prostatických žlázek v neohraničeném předním fibromuskulárním stromatu je silně znepokojující. Bude vhodné tuto oblast více prozkoumat a provést další studie na kadaverech. Cílem bude přesnější popis ne zcela přesně ohraničeného předního fibromuskulárního stromatu.

Grantová podpora: Cooperatio 207043.

PROGNOSTICKÝ VÝZNAM T2 SUBKLASIFIKACE U PACIENTŮ PŘED RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIÍ

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem studie bylo posoudit prognostickou roli subklasifikace T2 nádorů prostaty u dlouhodobě sledované kohorty pacientů po radikální prostatektomii (RP). Patologické analýzy naznačují, že subklasifikace T2 nádorů prostaty nemá dostatečnou klinickou relevanci. Nicméně se domníváme, že znalost rozsahu onemocnění může mít zásadní vliv na použitou operační techniku radikální prostatektomie a tím i na onkologické výsledky.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Do analýzy bylo zařazeno 1 095 pacientů, kteří podstoupili RP na našem pracovišti od června 2001 do ledna 2021, a jejichž patologické hodnocení preparátu bylo dle TNM klasifikace 2002/2010 T2. Dalším kritériem byly kompletní údaje o pooperačním vývoji PSA s minimální dobou sledování 24 měsíců a absence jakékoliv neoadjuvantní či adjuvantní terapie. Relaps karcinomu prostaty byl definován jako dosažení biochemické recidivy o hodnotě prostatického specifického antigenu 0,2 ng/ml nebo jakákoliv jiná indikace k sekundární protinádorové léčbě.

Výsledky: Z celé kohorty bylo klasifikováno jako pT2a 285 (26 %) pacientů, jako pT2b 109 (10 %) pacientů a jako pT2c 701 (64 %) pacientů. K další analýze byli pacienti rozděleni dle laterality nálezu na pT2a-b a pT2c. Výskyt pozitivních chirurgických okrajů (PSM) byl signifikantně vyšší ($p < 0,0001$ chí-kvadrát test) ve skupině pT2c (17,1 %) než ve skupině pT2a-b (7,3 %). Během střední doby sledování 54 měsíců (24–116) došlo k relapsu karcinomu prostaty u 24 % pacientů s nálezem pT2c a u 22 % pacientů s nálezem pT2a-b, přičemž tento rozdíl nebyl signifikantní. Mezi skupinami nebyl signifikantní rozdíl v hladině PSA a Gleason skóre.

Závěr: Výsledky naší analýzy naznačují, že znalost rozsahu nádorového postižení prostaty (především stanovení laterality) by při použití moderních zobrazovacích technik mohlo mít vliv na prognózu pacientů, a tím i na volbu techniky radikální prostatektomie s cílem minimalizovat výskyt pozitivních chirurgických okrajů.

Grantová podpora: Práce nebyla podpořena z žádného grantu.

KOMBINOVANÝ NÁLEZ HEMATOLOGICKÉ MALIGNITY A ADENOKARCINOMU Z FÚZNÍ BIOPSIE PROSTATY

Nechvátalová N.

Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Kladno, a. s.,
Nemocnice Středočeského kraje, Kladno

Nediskutovaný poster

Úvod: Karcinom prostaty je nejčastějším urologickým nádorem, většinou se jedná o adenokarcinom. Nález hematologické malignity v prostatě, ať primární, či sekundární bývá výjimečností.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 77letý pacient byl odeslán praktickým lékařem pro elevaci prostatického specifického antigenu (PSA) 6,42 ng/ml, vyšetření prostaty přes konečník nesuspektní. Doplněna multiparametrická magnetická rezonance (mpMRI) s popisem 2 ložisek tranzientní zóny PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) 4 a 5. Následovala fúzní biopsie prostaty, která prokázala intersticiální prostatitidu. Pro opětovnou elevaci PSA 7,31 ng/ml byl pacient indikován k mpMRI s obdobným nálezem, z fúzní biopsie byl verifikován adenokarcinom, Gleason skóre (GS) 4+4 s nálezem imponujícím jako lymfoproliferativní léze typu non-Hodginského lymfomu ve všech vzorcích. Genetická vyšetření prokázala klonalitu IgH (těžkých řetězců imunoglobulinů). Scintigrafie skeletu bez generalizace. CT trupu s nálezem regionální lymfadenopatie v oblasti malé pánve. Pacient byl referován k hematologickému vyšetření a trepanobiopsii, která popsala monoklonální gamapatií nejistého významu. Tento závěr byl podpořen hyperkalcemií a patologickým poměrem kappa a lambda lehkých řetězců imunoglobulinů. Doplnující PET-CT s hyperakumulací v pánevních lymfatických uzlinách byla popsána jako suspektního prostatického původu. Proto byla zahájena terapie adenokarcinomu a stran hematologického nálezu je prozatím pacient dispenzarizován.

Závěr: Je nutná multidisciplinární spolupráce, kontaktování KOC (komplexního onkologického centra) a hematologa k dovyšetření a terapii.

Grantová podpora: Ne.

NÁDORY PROSTATY – TERAPIE

EXTRAPERITONEÁLNÍ ROBOTICKY ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Hora M., Stránský P., Trávníček I., Üрге T., Sedláčková H., Pitra T., Kolář J., Bartoš Veselá A., Drápelová B.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Při volbě přístupu u retropubické roboticky asistované radikální prostatektomie (RARP) neexistuje dle literatury jasná preference pro přístup transperitoneální (TP) vs. extraperitoneální (EP). Zde prezentujeme naše zkušenosti s EP přístupem.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období 6/2020 až 5/2023 bylo provedeno na našem pracovišti 316 RARP. U 75 (23,7 %) s lymfadenektomií (LAE), vždy TP, ti nejsou v souboru zahrnuti. U 241 bez LAE. Výkon prováděli 4 operatři, 3 pouze TP, jen jeden i EP, ale až od 2/2021 a vždy jen RARP bez LAE. Při LAE považujeme TP přístup příznivější a také je zde event. lymforea drénována do dutiny břišní. EP technika se liší od TP tím, že je proveden krátký řez pod pupkem, prstem a následně dilatačním balonem (Kii® oválný, Applied Medical) je dilatován prevezikální prostor (Retzius). Dilataci tkání balonem sledujeme do něj zavedeným endoskopem. Po prstu jsou zavedeny horizontálně 4 porty (z toho 1 asistentský), pupkem poté 5. port (robotický pro kameru) s obturačním konusem. Při napojování robotických ramen na porty je nutno zachovat sklon portů do pánve. Většinou je vytvořen v peritoneu kraniálně komunikační prostor s dutinou břišní. Vlastní výkony EP se od TP liší tím, že není nutno otvírat široce peritoneum a k extrakci preparátu je užita incize pod pukem, byť většinou rozšířená.

Výsledky: TP RARP bez LAE byla provedena 196x, průměrný čas 163,4 ± 33,4 (105–270) min. EP u 45, průměrný čas 123,8 ± 22,5 (87–189) min. EP přístup indikován 44x primárně, 1x konverze z TP (extenzivní srůsty po otevřené apendektomii). Všechny EP dokončeny bez komplikací, bez nutnosti konverze v TP.

Závěr: Dle našich zkušeností je EP přístup k RRP proveditelný, časově patrně méně náročný než TP. Heterogenita souboru nedovoluje validní statistické zpracování. Volba EP závisí na našem pracovišti na individuální volbě. A to pouze u RARP bez LAE.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG a podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806).

RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE U HIGH-RISK ADENOKARCINOMU PROSTATY: DLOUHODOBÉ ONKOLOGICKÉ VÝSLEDKY

Študent V. ml.^{1,2}, Vrbková J.², Študentová Z.^{1,2}

¹Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

Diskutovaný poster

Úvod: Pacienti s high-risk karcinomem prostaty (KP) mají zvýšené riziko biochemické rekurence (BCR), nutnosti adjuvantní terapie, progresu do metastatického onemocnění, úmrtí na KP (cancer specific mortality, CSM) a zvýšené riziko celkové mortality (overall mortality, OM). Nicméně ne všichni pacienti, kteří podstoupí radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií (RP) mají stejně špatnou prognózu. Cílem této práce je vyhodnotit dlouhodobé onkologické výsledky.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Identifikováno bylo 47 pacientů s diagnostikovaným high-risk KP (dle EAU risk group) cT1-3N0M0, kteří podstoupili RP v letech 2008–2011. Vyhodnoceny byly základní charakteristiky a onkologické výsledky (BCR, progresu do metastatického onemocnění, CSM a OS). Doplněno bylo také 10leté podmíněné přežití bez BCR. Dále byla provedena analýza vyhodnocující vliv BCR na přežití.

Výsledky: Medián sledování byl 152,1 měsíců (12,7 roků), přičemž BCR bylo odhaleno u 59,6 % pacientů, medián do BCR byl 37 měsíců. Při přežití bez BCR ve 12, 24, 36, 48 a 60 měsících od operace bylo prodlouženo 10leté přežití bez BCR o 30 %, 36 %, 40 %, 52 % a 52 % v porovnání s celkovou 42% 10letou mírou přežívání bez BCR v celém souboru. Adjuvantní radioterapii (RT) podstoupilo 31,9 % a salvage RT 17 % pacientů. Během sledování byla u 23,4 % pacientů zjištěna progresu do metastatického onemocnění, míra CSM byla 10,6 % a OM 31,9 %. Při porovnání pacientů se zjištěným BCR za ≤ 12 měsíců od operace s pacienty bez BCR za ≤ 12 měsíců byla progresu do metastatického onemocnění 35 % vs. 14,8 % (p = 0,015), CSM 20 % vs. 3,7 % (p = 0,078) a OM 40 % vs. 25,9 % (p = 0,23).

Závěr: Delší uplynulá doba od RP u high-risk KP je spojena s klesajícím rizikem BCR. Vznik BCR do 12 měsíců od operace je spojen s větším rizikem vzniku metastáz a nesignifikantně i větší mírou úmrtí na KP. Na základě těchto dat lze doporučit agresivní adjuvantní léčbu u brzké BCR po RP a vhodnou dispenzarizaci.

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

VÝTĚŽNOST PÁNEVNÍ LYMFADENEKTOMIE U ROBOTICKY ASISTOVANÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Hora M.¹, Stránský P.¹, Trávníček I.¹, Üрге T.¹, Sedláčková H.¹, Pitra T.¹, Bartoš Veselá A.¹, Kolář J.¹, Pivovarová K.², Ferda J.³

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: U radikální prostatektomie (RP) závisí indikace nervy šetřícího postupu a pánevní lymfadenektomie (PLAE) na rizikovitosti nádoru. Vzhledem k rutinnímu využívání MRI ještě před biopsií prostaty jsme mohli zavést indikace PLAE dle Brigantiho nomogramu z r. 2019 (<https://www.evidencio.com/models/show/1555>). Gandaglia G, et al. Eur Urol. 2019 Mar; 75(3): 506-514). Nomogram vychází z 5 modalit (předoperační PSA, klinická T kategorie dle MRI, největší rozměr léze dle MRI, WHO grade, % pozitivních biopsií), jako cutoff je užívána hladina 7 %, která umožňuje vyhnout se 60 % PLAE při nezachycení 1,6 % pN+.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období 6/2020 až 5/2023 bylo provedeno na našem pracovišti 316 roboticky asistovaných RP (RARP). U 75 (23,7 %) s PLAE. Rozsah je kolem zevních ilických cév, v obturatorní fose, až k odstupu vnitřní ilické tepny. Marcillův trojúhelník vynechán.

Výsledky: Počet získaných uzlin byl v průměru 11,1 ± 4,3 (2–24). Medián 10. Kategorie pN1 zachycena u 15 (20 %). Pro srovnání máme skupinu laparoskopické RP z let 2008–2020. Z 1 046 jich s LAE bylo 249, tj. 23,8 %. U této skupiny byl používán starší typ nomogramu s cutoff 5 %. Při zisku 13,7 ± 5,7 (1–35) uzlin bylo pN1 u 24 (9,6 %).

Závěr: I při využití modernějších nomogramů k indikaci LAE (s implementací nových zobrazovacích metod, konkrétně MRI) provádíme 80 % LAE de facto nadbytečně. Vysoké číslo může být dáno v našem souboru i relativně nízkou extenzí LAE. Jako další možnost zlepšení klinického stagingu N kategorie a následné indikace PLAE může být využití PSMA PET (molecular Imaging a kategorie mIN0-1M0).

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG a podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806).

ZÁCHRANNÁ PÁNEVNÍ LYMFADENEKTOMIE U PACIENTŮ S BIOCHEMICKÝM RELAPSEM PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII A IZOLOVANOU PÁNEVNÍ LYMFADENOPATIÍ DLE PET/CT

Hrabec R.¹, Doležel J.¹, Vašina J.², Staník M.¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

²Oddělení nukleární medicíny, Masarykův onkologický ústav, Brno

Diskutovaný poster

Úvod: Záchranná pánevní lymfadenektomie (SLND) představuje možnou chirurgickou léčbu pro pacienty postižené recidivou ve spádových uzlinách po lokální léčbě karcinomu prostaty se snahou oddálit další progresi a současně oddálit přechod k systémové léčbě. Cílem práce bylo retrospektivní posouzení perioperačních a onkologických výsledků SLND u našeho souboru pacientů.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V období od července 2012 do června 2021 byla SLND provedena celkem u 20 pacientů. Třináct pacientů mělo záchrannou radioterapii na pánev a 4 měli zavedenou hormonální léčbu před SLND. Jako definici biochemické odpovědi (BR) byla stanovena hladina pooperačního PSA ≤ 0,2 ng/ml. Jako biochemický relaps pak PSA nad 0,2 ng/ml. Ke klinické progresi došlo v případě nálezů nových ložisek na zobrazovacích metodách. Sledovanými parametry byly čas do zahájení hormonální léčby, 2leté přežití bez hormonální léčby a perioperační data – čas výkonu, krvetná ztráta, komplikace.

Výsledky: Medián PSA v čase SLND byl 0,5 ng/ml (IQR 0,3; 1,7), medián počtu suspektních uzlinových metastáz dle PET/CT byl 1 (1–3). Medián odstraněných uzlin byl 19,5 (4–51). Medián pozitivních uzlin byl 2 (0–10). Pokles PSA po SLND mělo 16 pacientů, z nichž 8 dosáhlo BR. Při mediánu sledování 49 měsíců (21–103) došlo k biochemickému relapsu u 17 pacientů s mediánem 2 měsíců. U 4 pacientů, kteří měli PSMA-PET/CT, byl medián do biochemického relapsu 4 měsíce. Dvouleté přežití bez hormonální léčby dosáhlo 24 % a medián času do zahájení hormonální léčby byl 7 měsíců (dle Kaplan-Meier analýzy). Medián času výkonu byl 130 min. (80–210), krvetná ztráta 300 ml (50–1 200). Závažné komplikace dle Clavien-Dindo stupnice (Grade 3–4) se v našem souboru nevyskytly.

Závěr: Z našeho souboru vyplývá, že SLND je proveditelný výkon s nízkým rizikem závažných komplikací. Výkon je v klinických doporučeních považován za experimentální, pokud ho zvažujeme, tak důležitá je správná časná indikace a provedení PSMA-PET/CT. Onkologickým přínosem může být oddálení zahájení systémové léčby.

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

ZÁCHRANNÁ (SALVAGE) RADIOTERAPIE KARCINOMU PROSTATY

Zděblová Čermáková Z., Blažek T., Cvek J.

Onkologická klinika FN Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Záchranná radioterapie lůžka prostaty je léčebná metoda pro pacienty s lokálně recidivujícím karcinomem prostaty po radikální prostatektomii (RAPE) s cílem eliminace reziduálního poškození.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Popisujeme soubor pacientů léčených na Onkologické klinice Fakultní nemocnice Ostrava v letech 2020–2021. 61 mužů bylo léčeno salvage radioterapií pro biochemický relaps karcinomu prostaty po RAPE, 45 mužů se středně rizikovým (intermedium risk) a 16 mužů s vysoce rizikovým (high risk) karcinomem. Léčebná dávka byla 70 Gy na prostatické lůžko ev. se spádovými pánevními lymfatickými v dávce 56 Gy, jednou denně ve 35 frakcích. Věkový medián v době biochemického relapsu byl 68 let, medián PSA v době relapsu 0,24 µg/l. 34 mužů podstoupilo neoadjuvantní hormonální léčbu.

Výsledky: 23 pacientů dosáhlo v 1. roce po léčbě remise onemocnění, u 4 byla diagnostikována progresse, 34 pacientů bylo dispenzarizováno v rajonu. Ve 2. roce po léčbě trvala remise u 21 pacientů, biochemický relaps byl konstatován u 3 pacientů a 34 bylo vyšetřeno v rajonu. Akutní ani pozdní toxicita III. stupně dle RTOG nebyla v naší skupině pacientů zaznamenána.

Závěr: Salvage radioterapie lůžka prostaty po RAPE je zlatým standardem v léčbě biochemického relapsu karcinomu prostaty.

Grantová podpora: Není.

RIZIKOVÉ FAKTORY OVPLYVŇUJÍCÍ 5 ROČNÍ BIOCHEMICKÝ RECIDÍVU KARCINOMU PROSTATY PO ROBOTICKY ASISTOVANÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII – PROSPEKTIVNÁ ŠTÚDIA

Kováčik V.¹, Maciak M.², Baláž V.¹, Babela J.¹, Kubas V.¹, Farra R.¹

¹2. urologická klinika SZU, Nemocnica F.D. Roosevelta Banská Bystrica

²Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky
Matematicko fyzikální fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Identifikácia rizikových faktorov pre vznik biochemickej recidívy po roboticky asistovanej radikálnej prostatektómii lokalizovaného karcinomu prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prospektivná štúdia založená na 122 pacientoch splňajúcich inklúzne kritériá. Biochemická recidíva definovaná ako vzostup hladiny PSA nad úroveň 0,2 ng/ml kedykoľvek v priebehu 5-ročného sledovania. Logistický regresný model a štatistický program R použitý k štatistickému vyhodnoteniu faktorov významných pre výskyt biochemickej recidívy. Výsledný model vybraný na základe minimálneho Akaikeho informačného kritéria s hladinou štatistickej významnosti 0,05.

Výsledky: Pravdepodobnosť výskytu biochemickej recidívy je štatisticky významne ovplyvnená hodnotou PSA nameranou šesť mesiacov po operácii (p-hodnota 0,0464) a tiež 12 mesiacov po operácii (p-hodnota 0,0378). Štatisticky významný vplyv preukázaný aj pre definitívny ISUP grade. Pozitívne chirurgické okraje s negatívnym vplyvom, ale bez preukázanej významnosti (p-hodnota: 0,2301).

Závěr: Riziko biochemickej recidívy po roboticky asistovanej radikálnej prostatektómii je signifikantne asociované s hladinou PSA v šiestom a dvanástom mesiaci od operácie a hodnotou ISUP z definitívneho histopatologického vyšetrenia. Výsledky poukazujú na význam týchto parametrov v sledovaní pacientov po roboticky asistovanej radikálnej prostatektómii.

Grantová podpora: Není.

ÚSKALÍ DEFINICE PERZISTENTNÍHO PSA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII V KLINICKÉ PRAXI

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

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Dle posledního doporučení Evropské urologické asociace je biochemická recidiva (BR) po radikální prostatektomii (RP) rozdělena do několika kategorií. Kromě vlastní BR, definované jako pooperační elevace prostatického specifického antigenu (PSA) na hodnotu 0,2 ng/ml a vyšší, se nově definuje významný rizikový parametr tzv. perzistentní PSA, které je definované jako PSA $\geq$ 0,1 ng/ml během 4. až 8. pooperačního týdne. Cílem studie bylo analyzovat možnosti definice perzistentního PSA v korelaci s dlouhodobými onkologickými výsledky.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Analýza vychází ze souboru 1 647 pacientů, kteří podstoupili RP na našem pracovišti od června 2001 do prosince 2020. U pacientů byla sledována pooperační hodnota PSA začínající již 14 dní po operaci, následně pak v 1. měsíci, 2. měsíci, 3. měsíci a dále v tříměsíčních intervalech. Minimální doba sledování byla 24 měsíců. Relaps karcinomu prostaty byl definován jako dosažení biochemické recidivy o hodnotě 0,2 ng/ml nebo jakákoliv indikace k sekundární protinádorové léčbě.

Výsledky: Pokud by perzistentní PSA bylo definováno jedinou hodnotou PSA ve 4. až 8. týdnu, vyskytovalo by se v analyzovaném souboru až u 31 % pacientů. U většiny těchto pacientů (64,5 %) byla ale v dalším sledování zaznamenána i nižší hodnota PSA než 0,1 ng/ml. Navíc 36,8 % z takto diagnostikovaných pacientů s PSA perzistencí nezaznamenalo během střední doby sledování 56 měsíců (24–116) relaps onemocnění. Předoperační PSA korelovalo s pooperačními hodnotami pouze ve 14. dnu ($r = 0,46$; $p = 0,03$), přičemž při pozdějších měření již předoperační PSA na výsledek měření vliv neměl.

Závěr: PSA během prvních měsíců po RP může významně kolísat a dosahovat vyšších hodnot, což může vyústit v nesprávnou diagnózu PSA perzistence. Na základě našich výsledků doporučujeme potvrzení suspektní hodnoty PSA dalším měřením.

Grantová podpora: Bez podpory.

ARPI (ANDROGEN RECEPTOR PATHWAY INHIBITORS) V LÉČBĚ METASTATICKÉHO KARCINOMU PROSTATY, VÝSLEDKY JEDNOHO PRACOVIŠTĚ

Trávníček I.^{1,2}, Sedláčková H.¹, Fiala O.², Fínek J.², Hora M.¹

¹Urologická klinika FN Plzeň a LF UK

²Onkologická a radioterapeutická klinika FN Plzeň a LF UK

Diskutovaný poster

Úvod: Onkourologická ambulance (OUA) na našem pracovišti má mimo jiné v péči pacienty s pokročilým karcinomem prostaty, u kterých byla indikována léčba inovativními hormonálními léky – ARPI (androgen receptor pathway inhibitors). Hodnotíme dosavadní výsledky léčby jednotlivými preparáty u pacientů s metastatickým hormonálně senzitivním (mHSPC) a kastrálně rezistentním (mCRPC) karcinomem prostaty.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prospektivně sledujeme pacienty léčené na jednom pracovišti (klinické, laboratorní vyšetření a 4–12 týdnů a zobrazovací vyšetření v pravidelných intervalech 6–12 měsíců), za progresivní onemocnění považujeme klinické, nebo radiologické známky progresu. Hodnotíme dobu do progresu u jednotlivých ARPI v obou skupinách – mHSPC i mCRPC. Chybí srovnávací skupina, kombinovaná léčba je nyní standard of care. Pro malé počty pacientů není možné provést žádné statistické hodnocení.

Výsledky: Od 7/2021 byla zahájena léčba ARPI u 43 pacientů. Z nich 18 léčeno pro mHSPC a 23 pro mCRPC. Ve skupině mHSPC u 10 (55,6 %) byl podáván abirateron (AA) pro high risk onemocnění, průměrná délka léčby byla 14,7 (4,6–21,2) měsíců (m). Pro progresi onemocnění byla léčba ukončena u 6 (60 %) z nich, průměrná doba do progresu byla 10,7 m (4,7–17,7). Apalutamid (APA) byl užít u 8 (44 %) pacientů s mHSPC, průměrná délka léčby je 6,3 m (1,08–13,69), nebyla zaznamenána progresi onemocnění. Ve skupině mCRPC pak AA zahájen u 10 pacientů (43,5 %), doba léčby AA průměrně 9,94 m (2,5–18,9). Pro progresi ukončilo léčbu 6 pacientů (60 %), doba do progresu 9,3 m (2,4–18,9). Enzalutamid (ENZA) indikován u 13 (56,5 %) pacientů s průměrnou dobou léčby 10,7 m (1,1–17,9). Pro progresi ukončili léčbu ENZA 4 pacienti (30,1 %), doba do progresu byla 10,9 m (5,6–16,3).

Závěr: Kombinovaná hormonální léčba je indikována u většiny pacientů s metastatickým karcinomem prostaty jak hormonálně senzitivním, tak kastrálně rezistentním. Efektivita léčby byla prokázána na mnoha velkoobjemových studiích. V našem souboru pacientů je celá škála fází onemocnění karcinomem prostaty a počty pacientů plynule stoupají.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG a podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806).

VÝSLEDKY STUDIE RARPEX – PROFYLAKTICKÉHO UŽITÍ KYSELINY TRANEXAMOVÉ PŘI RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Balík M., Navrátil P. ml., Košina J., Hušek P., Špaček J., Brodák M.

Urologická klinika FN Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: Profylaktické podávání kyseliny tranexamové snižuje krevní ztrátu při zákrocích s vysokým rizikem perioperačního krvácení. Existuje pro to dostatek důkazů publikovaných v kardiouchirurgii, ortopedii a gynekologii. V urologii však byly dosud publikovány práce s ambivalentními výsledky u transuretrální resekce prostaty, otevřené radikální prostatektomie nebo radikální cystektomie. Žádná studie dosud netestovala profylaktické podání kyseliny tranexamové na začátku roboticky asistované radikální prostatektomie.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Na základě nadějných výsledků pilotní studie, která hodnotila účinek profylaktického podání kyseliny tranexamové při roboticky asistované radikální prostatektomii na perioperační krevní ztrátu a výskyt a závažnost komplikací, jsme provedli studii RARPEX – prospektivní, dvojité zaslepenou, randomizovanou, placebem kontrolovanou studii. Naším cílem bylo potvrdit předběžné údaje na dostatečném souboru pacientů s více operatéry.

Výsledky: Ve studii RARPEX jsme prokázali pozitivní vliv na pokles hemoglobinu ve všech měřeních. Rozdíl mezi skupinami námi stanovené hladiny klinické významnosti ale nedosáhl. Ve studijní skupině byla prokázána významně nižší incidence pooperačních hematomů v pánvi (3,3 % vs. 12,4 %). Trochu překvapivým, ale o to více klinicky významným zjištěním byla nižší incidence a závažnost pooperačního stresové inkontinence moče ve studijní skupině. Studie také přinesla data pro možnou úpravu zavedené praxe na našem pracovišti při sledování krevního obrazu v pooperačním období.

Závěr: Navzdory obrovskému rozvoji techniky roboticky asistované radikální prostatektomie je stále třeba hledat možnosti zlepšení. Sotva se ale v blízké budoucnosti objeví podobný game-changer, jako bylo představení robotického systému. Proto je nutné se zaměřit na kombinaci drobných zlepšení, jako je tomu například u jednotlivých doporučení ERAS (Early Recovery After Surgery) protokolu. Byť profylaktické užití kyseliny tranexamové u roboticky asistované radikální prostatektomie nepřináší zlepšení v tradičně sledovaných parametrech, jako je doba pobytu na JIP, doba hospitalizace, nutnost podání krevních transfuzí nebo nutnost rehospitali-

zace či počet reoperací, může být považováno za další kousek do mozaiky drobných zlepšení.

Grantová podpora: Podpořeno projektem Cooperatio 207043.

SEVERE RADIATION PROCTOPATHY: HYDRONEPHROSIS AND RECTAL NECROSIS AS A DELAYED COMPLICATION OF PROTON BEAM THERAPY OF PROSTATE CANCER

Havránek E.¹, Lung P.², Misra R.³, Tozer P.⁴

¹Dept. Urology, Central Middlesex Hospital, London

²Dept. Radiology, Central Middlesex Hospital, London

³Dept. Gastroenterology, St Mark's Hospital, London

⁴Dept. Colorectal Surgery, St Mark's Hospital, London

Nediskutovaný poster

Introduction: We report a case of a 78 year old patient who presented in 2014 with PSA 40 and diagnosed with Gleason 4+5 adenocarcinoma, 70% of left sided biopsies. His staging bone scan showed no metastases.

Material and methods/Case presentation: He subsequently underwent proton beam therapy; his PSA has stayed undetectable since. He presented with fresh pr bleeding in 2018 and an MRI pelvis showed no rectal, mesorectal or other pelvic abnormality, the bleeding settled spontaneously.

In July 2022 he presented with symptoms of acute colitis. After a long period of conservative and minor surgical management, he was found to have severe rectal necrosis with cavitation replacement of the lower half of the rectum and destruction of the anal sphincter complex, left hydronephrosis and 2 litre chronic retention. He underwent trephine loop sigmoid colostomy and ureteric stent insertion. Subsequently he developed a rectovesical fistula treated with catheterisation.

Conclusion: Severe radiation proctopathy of this kind is rare, but proton beam therapy can have delayed side-effects and can result in progressive rectal necrosis and fistula formation. We hope our report will raise awareness to treating centres, who might not see the long term impact of their interventions, allowing prospective discussion with patients and quicker diagnosis in similar presentations.

Grant support: No.

INFIKOVANÁ LYMFOKÉLA JAKO POZDNÍ KOMPLIKACE RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S PÁNEVNÍ LYMFADENEKTOMIÍ: KAZUISTIKA

Česák O.^{1,2}, Študent V. ml.^{1,2}, Tüdös Z.³

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Radiologická klinika FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Lymfokéla je ohraničená kolekce lymfatické tekutiny v pánevní oblasti a je známou komplikací u pacientů po radikální prostatektomie s pánevní lymfadenektomií (RARP + LAE). Ačkoliv lymfokély jsou obvykle asymptomatické a spontánně resorbují, může dojít ke komplikacím. Předkládáme kazuistiku pacienta po RARP + LAE s pozdní infekční komplikací lymfokély.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Pacientovi (70 let) s high-risk karcinomem prostaty (PSA 21,3) byla provedena RARP + LAE.

Po více než 6 měsících od operace byl pacient akutně hospitalizován na spádovém pracovišti pro teploty a bolesti pravého třísla. Laboratorně dominuje elevace zánětlivých parametrů (CRP 300) a byla zahájena empirická léčba dvoj-kombinací antibiotik, po 7 dnech terapie ale nedošlo k regresi zánětlivých parametrů. Doplněno CT břicha, které odhaluje v malé pánvi vpravo ohraničenou tekutinovou kolekci až charakteru abscesu 77 × 55 × 60 mm – infikovanou lymfokélu, v jejíž blízkosti probíhá ureter a je popsána dilatace dutého systému ledviny. Na vyšším pracovišti byla provedena drenáž pod CT – odsáto 100 ml hnisu, kultivačně potvrzen *Staphylococcus aureus*. Po cílené ATB léčbě došlo k poklesu zánětlivých parametrů a pacient byl dimitován.

Závěr: Na bakteriální superinfekci lymfokély je nutné u pacientů po RARP + LAE pomýšlet, a to nejen bezprostředně po operaci, ale také více než 6 měsíců od primárního výkonu. Včasná diagnóza, drenáž tekutiny a cílená antibiotická terapie jsou zásadní pro úspěšnou léčbu.

Grantová podpora: Práce nebyla podpořena žádným zdrojem externího financování.

ONKOLOGIE – VARIA

MOŽNOSTI VYUŽITÍ MOČOVÉ CYTOLOGIE PŘI ZÁCHYTU UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU HORNÍCH CEST MOČOVÝCH: ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

Pivovarčíková K.^{1,2}, Skopal J.¹, Bartoš Veselá A.³, Michal M.^{1,2}, Hora M.³, Pitra T.³

¹Šiklův ústav patologie, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

²Biopstická laboratoř, s. r. o., Plzeň

³Urologická klinika, Lékařská fakulta Plzeň, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Močová cytologie (MC) je neinvazivní vyšetření, sloužící k mikroskopické detekci nádorových buněk ve vzorku moče. Relativně malé množství publikací se zabývá možnostmi využití močové cytologie při zachytu uroteliálního karcinomu horních močových cest (UUTUC), tj. uroteliálního karcinomu (UC) renální pánevičky a ureteru.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivně byli vyhledáni pacienti ošetření na Urologické klinice FN Plzeň (v období 2017–2022) s histologicky diagnostikovaným UUTUC (diagnóza na podkladě biopsie, resekce) a provedenou MC (odběr MC v rozmezí 1–90 dní před histologickou/biopstickou verifikací). Porovnány byly výsledky cytologického vyšetření z MC a histologický závěr z biopstického vzorku.

Výsledky: Celkem bylo do studie zařazeno 68 pacientů (34 pacientů s MC spontánně vymočené moče, 9 pacientů s výplachovou cytologií, 5 pacientů s konkurenčně provedenou spontánní a výplachovou MC a 20 pacientů bez bližší specifikace typu odběru). U 33 pacientů byl z biopsie diagnostikován UUTUC low grade, naopak u 35 případů high grade léze (dle WHO 2022). Močovou cytologií byl detekován UUTUC u 36 pacientů (tj. MC hodnocena jako atypické uroteliální buňky/AUC, suspektní pro high grade UC/SHGUC, high grade UC/HGUC dle Pařížské klasifikace pro reportování močových cytologií). Močová cytologie pak konkrétně zachytila celkem 12 low grade a 24 high grade UUTUC. U 21 pacientů s LG UUTUC byla MC vyhodnocena negativně (výsledek v kategorii negativní pro high grade UC/NHGUC), výsledek pak vzhledem k současnému konceptu klasifikace MC nelze považovat za chybný. U 11 pacientů s HG UUTUC však dala MC jednoznačně falešně negativní výsledek se závěrem MC v kategorii NHGUC.

Závěr: Močová cytologie správně detekovala celkem 24/35 případů high grade UUTUC (68,9 %), při detekci low grade UUTUC MC odhalila tumor v 12/33 případů (36,4 %). Výsledky zachytu UC v MC v rámci horních močových cest jsou porovnatelné s dostupnými literárními daty pro zachyt UC v dolních močových cestách a v MC všeobecně.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti SURG. Institucionální výzkum Fakultní nemocnice Plzeň (FNPI 00669806).

INFILTRACE IMUNITNÍMI BUŇKAMI, NÁDOROVÝ BUDDING A EXPRESE P53 JSOU DŮLEŽITÝMI PREDIKTORY U DLAŽDICOBUNĚČNÉHO KARCINOMU PENISU

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

¹Ústav patologie, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Ústav patologie, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecní fakultní nemocnice, Praha

³Urologická klinika, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

⁴Ústav patologie a molekulární medicíny, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

⁵Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je nalézt nové histopatologické a imunohistochemické prognostické markery u dlaždicobuněčného karcinomu penisu (SCC).

Materiál a metody/Popis klinického případu: V rámci retrospektivní studie jsme analyzovali všechny vzorky dlaždicobuněčného karcinomu penisu (SCC) u pacientů 3 českých klinik operovaných v období let 2002–2022. Histopatologicky byl stanoven staging, grading, lymfatická, žilní a perineurální invaze tumor budding – invaze nádorových buněk v okolí nádorové masy (LG/HG). Vzorky zpracované imunohistochemicky byly k určení denzity nádorového lymfocytárního infiltrátu hodnoceny subjektivně (brisk/non-brisk/absent) a objektivně pomocí imunoskóre (IS 0–4). Následně byla vyhodnocena exprese p53. Statisticky byla provedena analýza celkového přežití (OS) a nádorově specifického přežití (CSS) pro jednotlivé markery.

Výsledky: Ve sledovaném období bylo do studie zařazeno 152 pacientů/vzorků s průměrným věkem 65,52 let (rozmezí 31,4–91,8 let).

Výsledky jsou shrnuty v tabulce 1.

Významný negativní prognostický dopad na OS vykazovaly: nízké imunoskóre, non-brisk/absent lymfocytární infiltrát, HG tumor budding, lymfatická a žilní invaze, p53 mutovaný imunoprofil a metastatické postižení regionálních LU. Významný negativní prognostický dopad na CSS byl prokázán u non-brisk/absent lymfocytárního infiltrátu, tumor buddingu, mutovaného imunoprofilu p53, metastáz regionálních LU, lymfatické a žilní invaze. Perineurální invaze a pokročilé pT3+4 byly negativní prognostické markery CSS, ale ne OS.

Závěr: V naší studii byl nalezen negativní prognostický význam nádorového buddingu a non-brisk/absent lymfocytárního infiltrátu u SCC penisu. Oba parametry jsou levné a efektivní a umožňují lepší stratifikaci rizika u pacientů s SCC penisu.

Grantová podpora: Výzkumný grant AZV, příjemce: FNKV, řešitel: MUDr. Jan Hrudka, Ph.D., číslo grantu NU21J-03-00019.

LAPAROSKOPICKÁ NEFROURETEREKTOMIE – JEDENÁCT LET ZKUŠENOSTÍ Z JEDNOHO PRACOVISTĚ

Pešl M.^{1,2}, Novák K.¹, Macek P.³, Fiala V.^{1,2}, Dundr P.⁴, Soukup V.^{1,2}

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Urologické odd. ÚVN-VFN, Praha

³Institut Mutualiste Montsouris, Paříž

⁴Patologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

Video

Úvod: Cílem naší práce je prezentovat vlastní výsledky souboru pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou nefroureterektomii (LSK NUE) na našem pracovišti v letech 2012–2022. Dále prezentujeme zkrácený videozáznam LSK NUE u pacienta s uroteliálním karcinomem horních cest močových.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V letech 2012–2022 jsme provedli 82 laparoskopických nefroureterektomií (40x vlevo a 42x vpravo). Průměrný věk pacientů byl 69 let (44–89 let), 49 mužů a 33 žen.

Operovali celkem 4 operatři (3x A, 4x B, 11x C a 64x D).

Výsledky: Průměrná doba trvání operace byla 170 min. (60–360 min.), průměrné krevní ztráty 200 ml.

Histologické vyšetření potvrdilo v 77 případech diagnózu uroteliálního karcinomu HCM, 3x se jednalo o světlóbněný renální karcinom, 1x lymfom a 1x chronické zánětlivé změny. Ve 47 případech se jednalo o primární postižení, u ostatních pacientů byl zjištěn tumor HCM v průběhu dispenzarizace pro uroteliální karcinom močového měchýře.

V jednom případě jsme konvertovali výkon na otevřený z důvodu provedení lymfadenektomie, pro iatrogení poranění sleziny byla 1x provedena splenektomie a v jednom případě došlo k incidentální ruptuře pánvičky.

V 6 případech byl terminální močovod s ureterálními ústím odstraněn z incize v podbřišku, v 76 případech byl intramurální močovod oddělen od měchýře transuretrální resekci či obříznutím ústí a následnou koagulací jeho lumen. U 20 pacientů jsme defekt v detruzoru ošetřili suturou, u zbylých pacientů byl defekt ponechán ke spontánnímu zhojení.

Hodnotili jsme stupeň nádorové invaze (4x CIS, 21x pTa, 28x pT1, 10x pT2, 14x pT3) a buněčné diferenciace (18x LG a 59x HG).

Závěr: Recidiva byla v průběhu sledování zjištěna u 25 pacientů a progresu u 5 pacientů.

Laparoskopická nefroureterektomie je bezpečná metoda řešení uroteliálních nádorů horních cest močových. Existuje více možností ošetření distálního močovodu a ureterálního ústí.

Grantová podpora: Práce byla podpořena grantem MZ ČR – RVO VFN64165.

Tab. 1.

Grade	1 n = 36 (23,7 %)
	2 n = 67 (44,1 %)
	3 n = 49 (32,2 %)
pT stage	pT1a n = 64 (42,1 %)
	pT1b n = 23 (15,1 %)
	pT2 n = 39 (25,7 %)
	pT3 n = 24 (15,8 %)
	pT4 n = 25 (16,5 %)
pN stage	pN0 n = 25 (16,5 %)
	pN1 n = 9 (5,9 %)
	pN2 n = 6 (3,9 %)
	pN3 n = 5 (3,3 %)
	pNX (bez lymfadenektomie) n = 107 (70,4 %)
Lymfatická invaze	L1 n = 47 (30,9 %)
	L0 n = 105 (69,1 %)
Venózní invaze	V1 n = 24 (15,8 %)
	V0 n = 128 (84,2 %)
Perineurální invaze	Pn1 n = 16 (10,6 %)
	Pn0 n = 132 (86,8 %)
Lymfocytární infiltrace	Neznámé n = 4 (2,6 %)
	brisk n = 62 (40,8 %)
	non-brisk n = 86 (56,6 %)
	absent n = 4 (2,6 %)
Imunoskóre	Immunoscore0 n = 39 (25,7 %)
	Immunoscore1 n = 23 (15,1 %)
	Immunoscore2 n = 29 (19,1 %)
	Immunoscore3 n = 21 (13,8 %)
	Immunoscore4 n = 40 (26,3 %)
p53	Mutovaný (negative) n = 6 (3,9 %)
	Mutovaný (positive) n = 21 (13,8 %)
	Wild type n = 125 (82,2 %)
Tumor budding	LG < 5 n = 89 (58,6 %)
	HG ≥ 5 n = 63 (41,4 %)

ROBOTICKY ASISTOVANÁ ADRENALEKTOMIE

Hartmann I., Žemla P., Hruška F., Študent V.,
Nesvadbová M.

Urologická klinika FN a UP Olomouc

Video

Úvod: Adrenalektomie je indikována nejčastěji při řešení tumorů nadledvin s hormonální hyperprodukcí nebo s rizikem maligního chování. V posledních desetiletích je nejužívanější technikou adrenalektomie laparoskopicky asistovaná. Spolu s rozšiřováním robotických systémů celosvětově stoupá i počet roboticky asistovaných adrenalektomií.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Autoři představují dosavadní zkušenosti s roboticky asistovanou adrenalektomií v jediném centru. Prezентují video sestřih pravostranné a levostranné roboticky asistované adrenalektomie. V roce 2023 bylo provedeno 6 adrenalektomií robotickou technikou.

Závěr: Roboticky asistovaná technika je další možností provedení miniinvazivní adrenalektomie.

Grantová podpora: Bez podpory.

EKTOMIE V. S. VARLE-ŠETŘÍCÍ VÝKON U TUMORŮ VARLAT

Svobodová Z., Novák I., Rejtar P., Kopřiva J.,
Rozkoš T., Podhola M.,

Oddělení dětské urologie Urologické kliniky FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Zlatým standardem v léčbě nádorů varlat postpubertálních dětí a dospělých je radikální orchiektomie. Nejnovější randomizované prospektivní studie naznačují bezpečnou možnost varle-šetřícího výkonu v přísně definovaných případech.

Cílem práce je shrnout podmínky a strategii varle-šetřícího výkonu u nádorů varlat a představit soubor tří postpubertálních dětí řešených prospektivně danou strategií.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Soubor 3 postpubertálních dětí s tumory varlat ve věku 12, 13 a 17 let. Ve všech případech byl předoperačně zrealizován UZ varlat s podezřením na benigní nález, tumorové markery byly negativní. Všichni podstoupili operační revizi z inguinálního přístupu při klampáži funikulu spolu s peroperační histologií tumoru a biopsií spodiny a okolí. U všech bylo potvrzeno zahájení spermiogeneze a negativní resekční okraje. Ve dvou případech se jednalo o benigní nádor – epidermoidní cysta – podtyp prepubertálního teratomu, zrealizován varle-šetřící výkon. V 1 případě zrealizována radikální orchiektomie pro nález zralého teratomu postpubertálního typu. Všichni pacienti jsou dispenzarizováni bez známek recidivy.

Závěr: Dle dostupné literatury za jasně definovaných podmínek: negativní tumor markery, suspektně benigní UZ varlete, operační revize z ingviny při klampáži funikulu s peroperační histologií a biopsií spodiny a okolí, při histologickém potvrzení prepubertálního teratomu, je bezpečný a plně indikován varle-šetřící výkon i u postpubertálních dětí nebo dospělých. V případě maligní peroperační histologie je následující radikální orchiektomie bezpečná.

Grantová podpora: Nemí.

RARITNÍ TUMOR VARLETE

Hanych J.¹, Mašková V.¹, Gregušová A.¹, Klézl P.¹, Grill R.¹, Eis V.²

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Nález raritního tumoru varlete u pacienta léčeného s epididymitidou.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentujeme 43letého pacienta, který je odeslán na naše pracoviště pro bolestivý nález na levém varleti. Léčen pro epididymitidu bez reakce na ATB. Při fyzikálním vyšetření je skrotum bez otoku či zarudnutí s palpačně citlivou rezistencí v oblasti horního pólu varlete. Provedeny kompletní odběry – moč negativní, bez elevace zánětlivých markerů, tumor markery negativní. Ultrasonografický nález – laločnatý útvar 14 × 12 mm přisedlý na horním pólu varlete, jinak varlata homogenní, perfuze bez výpadků. Rozhodnuto o operační revizi z inguinálního přístupu. Peroperačně nález papilárního stopkatého tumoru – okolo stopky provedena resekce s lemem zdravé tkáně. Pooperační průběh klidný, dimise následující den. Patologický závěr popisuje afekci vycházející zřejmě ze zbytků müllerínského vývodu či s okrsky müllerínské metaplasie povrchového mezotelu, morfologicky je léze analogická povrchovému seróznímu papilomu ovaria s fokálními atypii zřejmě části reaktivními, R0 resekce. Uzavřeno jako raritní serózní papilom varlete s předpokladem benigního chování. Vzhledem k atypickému nálezu bude pacient dále pečlivě sledován.

Závěr: Tumory varlete tohoto typu jsou v literatuře popisovány sporadicky. Též nejsou přesvědčivé studie o dalším biologickém chování a byly popsány i maligní varianty tohoto tumoru.

Grantová podpora: Není.

PRIMÁRNÍ TERATOM VARLETE S CYSTICKÝMI METASTÁZEMI V RETROPERITONEU

Šabík M., Staník M.

Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

Nediskutovaný poster

Úvod: Čisté teratomy jsou zřídka testikulárními nádory (2–6 %), které jsou v pokročilých stádiích léčeny chemoterapií. Cílem naší kazuistiky je prezentace ojedinělého případu primárního teratomu s cystickými metastázemi v retroperitoneu, který byl léčen retroperitoneální lymfadenektomií (RPLND) místo obvyklé chemoterapie, jež ohrožuje pacienta potenciální pozdní morbiditou.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 29letý pacient s viditelnou rezistencí 15 cm pravého mezogastria, s hmatným nádorem pravého varlete velikosti 4 cm byl indikován k provedení radikální pravostranné orchiektomie, histopatologicky se prokázal teratom pT1b. Po doplnění CT břicha byla potvrzena multilokulární cystická formace v retroperitoneu deviuující okolní struktury, pacient měl negativní sérové tumor markery (STM). Mezioborovou komisí nebyla pacientovi doporučena chemoterapie, ale primární RPLND. Peroperačně byla popsána progresse hlavní masy nádoru do velikosti až 20 cm. Při exstirpaci nádoru byla provedena současně en bloc nefrektomie vpravo a částečná resekce stěny dolní duté žíly. Při histologickém vyšetření byl popsán teratom pT1b pN3 cM0, z 34 odstraněných uzlin byly 4 metastaticky změnny. U pacienta nebyla indikována adjuvantní léčba a nyní je 2 roky po operaci v remisi.

Závěr: Prostřednictvím kazuistiky chceme poukázat na roli chirurgie jako primární léčebné modality u specifické skupiny pacientů s metastatickým čistým teratomem, kteří mají negativní STM a cystické metastázy v retroperitoneu. Pacienti se tak můžou vyhnout komplikacím spojeným s chemoterapií.

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

ADRENÁLNÍ TKÁŇ IMITUJÍCÍ TUMOR VARLETE

Zdobinská T.¹, Fuccillo P.², Dušek P.¹, Veselý Š.¹

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

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

Nediskutovaný poster

Úvod: Předkládáme kazuistiku nálezu raritního ložiska varlete. Nádory varlat představují celosvětově 5 % všech urologických malignit. V ČR je diagnostikováno přibližně 500 pacientů ročně. Námi předkládaný nález nebyl doposud v literatuře popsán.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Dvacetiletý muž byl sledován pro suspektní rezistenci pravého varlete na ambulantní urologii po dobu dvou let. Při progresi velikosti byl odeslán k dovyšetření. Pacient normálního habitu, zdravý, bez anamnézy úrazu či kryptorchismu, palpačně byla na pravém varleti ventrálně hmatná rezistence.

Sonograficky byl zobrazen kulovitý centrálně prokrvený útvar velikosti 5 × 5 mm, v obou varletech přítomny mikrokalcifikace. Testikulární onkomarkery byly negativní. Za měsíc došlo k další progresi velikosti na 6 × 7 mm, proto jsme se rozhodli k provedení ROE.

Makroskopicky v řezu varletem v oblasti rete testis bylo zastiženo okrově žluté ložisko. V histologickém vyšetření bylo ložisko tvořeno solidně a alveolárně organoidně uspořádanými polygonálními buňkami, jejichž imunoprofil odpovídá tkáni kůry nadledviny.

Nález byl uzavřen jako benigní ektopická tkáň kůry nadledviny v rete testis.

Závěr: Nález ektopické adrenální tkáně je vzácným nálezem v průběhu semenného provazce u dětí. Nález nejčastěji souvisí s kryptorchismem, inguinální hernií či vrozenou hydrokélou a vykytuje se přibližně v 1,6 % až 5,1 %. U dospělých pacientů bez anamnézy kryptorchismu je tento nález velmi vzácný, zasahující do varlete zatím neprezentován.

Grantová podpora: Žádná.

PŘEKVAPIVÝ NÁLEZ METASTÁZY MUCINÓZNÍHO ADENOKARCINOMU TLUSTÉHO STŘEVA PŘI RADIKÁLNÍ ORCHIEKTOMII

Sorokač Kubolková A.¹, Kubelková I.², Fedorko M.^{1,3}

¹Urologická klinika, FN Brno

²Ústav patologie, FN Brno

³Lékařská fakulta, MU, Brno

Nediskutovaný poster

Úvod: Testikulární metastázy adenokarcinomu tlustého střeva jsou velmi ojedinělé. Tvoří přibližně 1 % všech maligních nádorů varlat. Mezi další malignity metastazující do varlat jsou nádory prostaty, plic, slinivky, žaludku, ledvin a rovněž melanom a hematologické malignity. Metastatické postižení skrota se vyskytuje v pozdějším stadiu onemocnění a má nepříznivou prognózu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 76letý pacient byl vyšetřen na našem pracovišti v listopadu 2022 pro zvětšující se pravou polovinu skrota. Anamnesticky 8 let po pravostranné hemikolektomii pro invazivní adenokarcinom tlustého střeva pT2N2b s adjuvantní chemoterapií. Pro recidivu do plic v květnu 2022 provedena stereotaktická radioterapie. Při fyzikálním vyšetření zjištěna na pravém hemiskrotu 1,5 cm velká, palpačně nebolestivá, rezistence. Ultrazvuk skrota prokázal 2 nehomogenní ložiska a objemnou hydrokélou vpravo. Z onkomarkerů byla elevována pouze laktátdehydrogenáza. Pacient v lednu 2023 podstoupil radikální orchiektomii vpravo. Peroperačně popsána objemná cysta pravého varlete (10 × 8 × 6 cm) s 2 polyploidními tumory. Histologie prokázala metastázu mucinózního adenokarcinomu intestinálního origa. Kontrolní CT břicha a malé pánve po výkonu neprokázalo diseminaci, onkomarkery CEA a Ca 19–9 byly negativní. Z onkologického hlediska následuje dispenzarizace.

Závěr: Metastázy adenokarcinomu intestinálního origa do varlat jsou v urologické praxi raritou. Dosud bylo ve světové literatuře popsáno pouze 75 případů. Většina pacientů s testikulárními metastázami má pokročilé onemocnění se špatnou prognózou.

Grantová podpora: Vznik práce nebyl žádným způsobem podporován.

LEIOMYOSARKOM SEMENNÉHO PROVAZCE

Dittrichová H., Hanek P., Havlová K.

Urologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Nediskutovaný poster

Úvod: Prezentujeme raritní kazuistiku pacienta s leiomyosarkomem spermatického provazce.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 65letý pacient dosud bez urologické anamnézy byl vyšetřen na našem pracovišti pro nebolestivou rezistenci v oblasti pravého spermatického provazce. Na základě provedeného fyzikálního a ultrazvukového vyšetření byl pacient indikován k exstirpaci útvaru ze skrotálního přístupu. Peroperačně nález 2cm tumorózního ložiska pevně inoucího k cévním strukturám, provedena jeho exstirpace, patologickým nálezem byl high-grade/pleomorfní leiomyosarkom. Pacient byl indikován k radikální orchiektomii a doplnění stagingového vyšetření. V preparátu po orchiektomii byla v oblasti spermatického provazce nalezena reziduální nádorová tkáň, resekce R0, stagingové CT hrudníku, břicha, malé pánve bylo bez známek generalizace. Na základě doporučení multioborového onkologického týmu u pacienta neproběhla adjuvantní terapie, pacient zařazen do dispenzarizace. Kontrolní stagingové i klinické vyšetření bude provedeno 3 měsíce od záchytu.

Závěr: Sarkomy měkkých tkání zahrnují heterogenní skupinu maligních nádorů, které vycházejí z mezenchymálních buněk. Představují 0,63 % všech zhoubných onemocnění, incidence u dospělé populace je mezi 5–6/100 000 obyvatel/rok. Primární sarkomy měkkých tkání tvoří pouze 2 % maligních nádorů vycházejících z genitourinárního traktu, leiomyosarkom je druhým nejčastějším typem. 75 % sarkomů mužského genitourinárního traktu vychází ze spermatického provazce. V literatuře bylo popsáno přes 110 případů leiomyosarkomu spermatického provazce. Chirurgickou léčbou je radikální orchiektomie s vysokou ligací provazce.

Grantová podpora: Bez podpory.

ADENOMATOIDNÍ TUMOR NADVARLETE

Doan H. T.¹, Filáková Š.¹, Hnátek J.¹, Koutníková H.², Šoffová S.¹, Vaníková D.¹, Hrbáček J.^{1,3}

¹Urologické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

²Patologicko-anatomické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

³3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Adenomatoidní tumor nadvarlete je benigní mezoteliální neoplazie (histologicky vycházející z embryonálních buněk mezodermy složený z dlaždicobuněčného epitelu), která tvoří cca 5 % všech intraskrotálních tumorů a nejčastěji vychází z nadvarlete. Tumor je většinou solidní, nebolestivý, pomalu rostoucí a dobře ohraničený. Často se jedná o náhodný nález při samovyšetřování varlat. V rámci diferenciální diagnózy klinického vyšetření pomýšlíme na epididymitidu/absces, spermatokélu, nádory varlat, hydrokélu, varikokélu, hematokélu, skrotální kýlu nebo torzi.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentovaný 39letý pacient vyhledal naše pracoviště pro drobnou rezistenci v oblasti levého hemiskrota s mírnou lokální citlivostí pozorovanou poslední týden, ostatní obtíže negoval. Nebyl si zcela jistý, zdali byla daná rezistence přítomna již dříve. Dlouhodobě se léčí s gastroezofageálním refluxem, hypercholesterolemií a byla mu zjištěna mírná hepatopatie, nejspíše toxonutritivní etiologie.

Výsledky: V rámci fyzikálního vyšetření byla potvrzena hmatná kulovitá elastická rezistence při kaudě levého nadvarlete, ostatní nález byl v mezích normy. Sonograficky se v dané oblasti zobrazovalo hyperechogenní, solidní, od okolí dobře ohraničené ložisko o průměru 15 milimetrů, s pozitivním dopplerovským signálem. Plazmatické hladiny testikulárních onkomarkerů (LDH, AFP a hCG) byly v mezích normy. Vzhledem k nejasné povaze nálezu byl pacient indikován k exstirpaci expanze v celkové anestezii. Peroperačně bylo identifikováno tuhé ložisko v kaudě nadvarlete korelující s fyzikálním a ultrasonografickým nálezem. Následně bylo ložisko v celku exstirpováno a odesláno k histologickému vyšetření. Pooperační období proběhlo bez komplikací.

Histologicky se jednalo o adenomatoidní tumor nadvarlete, nedosahující resekčních okrajů. Vzhledem k benigní povaze procesu nebylo další zobrazovací vyšetření indikováno.

Závěr: Prezentovaná kazuistika adenomatoidního tumoru nadvarlete představuje typickou klinickou a sonografickou prezentaci benigního nádoru. Chirurgická exstirpace byla provedena bez komplikací a histologie potvrdila benigní povahu tumoru. Vzhledem k nemožnosti určit biologickou povahu expanze z klinického a zobrazovacích vyšetření považujeme chirurgické odstranění ložiska za adekvátní postup.

Grantová podpora: Bez podpory.

LIPOSARKOM SEMENNÉHO PROVAZCE

Nguyen T. T., Zachoval R.

Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Spektrum expanzí v oblasti semenného provazce je rozmanité, v rámci diferenciální diagnostiky se pomýšlí na tumory, hydrokély, spermatokély, či kýly. Tumory semenného provazce jsou velmi vzácné, ve většině případů benigního charakteru.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Uvádíme případ 76letého polymorbidního pacienta, který je mentálně retardovaný, nesvéprávný a užívající warfarin. Pacient byl referován praktickým lékařem pro zjištěnou rezistenci hemiskróta. Při vyšetření byla zjištěna tuhá rezistence kraniálně od pravého varlete, která nebyla palpačně bolestivá. Při sonografickém vyšetření byla masa uložena extratestikulárně, heteroechogenního smíšeného charakteru. Varle dle ultrazvukového vyšetření bylo intaktní, s mírně zvýšeným prokrvením, bez zjevné patologie. V rámci diferenciální diagnostiky byla zvažována orchiepididymitida s možným zakrvácením do obalů varlete při hyperwarfarinizaci. Pacient byl sledován v pravidelných kontrolách po 3 měsících. Po 9 měsících byla zjištěna významná progresse ve velikosti. Pacient byl indikován k operační revizi z třísla. Vzhledem k prorůstání expanze do semenného provazce se provedla extirpace nádorové masy s orchiektomií. Histologicky byl prokázán dobře diferencovaný liposarkom, avšak ke stavu pacienta další onkologická léčba nebyla indikována, pouze ambulantní sledování. Pacient je nyní 6 měsíců bez zjevné recidivy.

Závěr: Liposarkom je raritní onemocnění s obtížnou klinickou diagnózou a nutností histopatologické verifikace, proto by se mělo vždy pomýšlet na tento nádor při hmatné rezistenci v oblasti skróta nejasné etiologie.

Grantová podpora: Vznik práce nebyl žádným způsobem podporován.

KARDIÁLNE ZLYHANIE NA PODKLADE MANIFESTÁCIE TAKOTSUBO KARDIOMYOPATIE PO LAPAROSKOPICKEJ EPINEFREKTÓMII

Závodná J.¹, Barreto L.², Korček M.²

¹Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, FN Nitra, Slovenská republika

²Urologické oddelenie, FN Nitra, Slovenská republika

Nediskutovaný poster

Úvod: Takotsubo kardiomyopatia je vzácné ochorenie nejasnej etiológie. Dnes je najviac prijatá teória o omráčení myokardu vysokou koncentráciou katecholamínov, ktoré pôsobia toxicky na myokard.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Pacientka s náhodným CT nálezom expanzie ľavej nadobličky do 3,9 cm nejasnej dignity. Doplnené MRI vyšetrenie so záverom feochromocytóm, prítomná progresia veľkosti. Predoperačne realizované endokrinologické vyšetrenie bez nálezů zvýšených hodnôt katecholamínov a ich derivátov, pacientka bez klinických prejavov záchvatovitej arteriálnej hypertenzie. Laparoskopicky realizovaná epinefektómia vľavo, bez chirurgických komplikácií, avšak s výraznou cirkulačnou nestabilitou počas výkonu. Na druhý pooperačný deň sa u pacientky rozvíja dezorientácia, hypotenzia s potrebou katecholamínov, dyspnoe progredujúce do pľúcneho edému s bilaterálnym fluidotoraxom s potrebou umelej pľúcnej ventilácie. Vylúčená embolizácia do AP, pacientka je preložená na KAIM s podozrením na kardiálne zlyhanie. Kardiologické konzílium na základe typického echokardiografického (ECHO) obrazu stav záveruje ako srdcové zlyhanie s obrazom Takotsubo kardiomyopatie. Nasadená liečba srdcového zlyhania. Po stabilizácii stavu preložená na Kardiologickú kliniku. Doplnená CT koronarografia bez nálezů hemodynamicky závažných stenóz s minimálnym rizikom koronárnej príhody. Na kontrolnom ECHO vyšetrení, 2 mesiace po srdcovom zlyhaní, kompletná úprava s dobrou EF 65-70%. Histologicky preukázaný feochromocytóm.

Závěr: Doteraz v literatúre popísaných menej ako 100 Takotsubo kardiomyopatií po epinefektómii. Na uvedenú možnosť je potrebné myslieť pri podozrení na feochromocytóm.

Grantová podpora: Nie.

RADIKÁLNÍ ODSTRANĚNÍ VZÁCNÉHO RETROPERITONEÁLNÍHO SARKOMU U MLADÉHO MUŽE

Koňářková P., Louda M., Brodák M.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Základní léčebnou metodou sarkomů retroperitonea je kompletní chirurgické odstranění bez pozitivního chirurgického okraje. Preferuje se odstranění přilehlých orgánů než jejich odpreparování. Předkládáme kazuistiku mladého muže s rozsáhlým sarkomem pravého retroperitonea naléhajícího na ileocekální střevní segment.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Muž, 29 let, s náhodně diagnostikovaným tumorem retroperitonea dle CT, provedeného pro hematemézu. Nádor byl velikosti 8 × 6 × 7 cm a byl v těsném kontaktu s distální částí ilea i céka. Byla jedna ataka hematemézy po alkoholu a pacient byl bez dalších komorbidit. Multioborový tým indikoval chirurgické odstranění s maximální radikalitou.

Operace byla provedena otevřeně, v retroperitoneu byl nádor ve zdravé tkáni volně oddělen od okolí. Nádor ovšem silně adheroval k ileoceku. Peroperačně by bylo technicky možné nádor odpreparovat, ale raději byla provedena kompletní resekce celého ileocekálního segmentu. Operace trvala 136 minut a krevní ztráta byla minimální. Pooperační průběh byl bez komplikací a pacient byl 6. pooperační den propuštěn domů. Překvapením byl histologický nálezn – jednalo o velmi vzácný sklerozující epiteloidní fibrosarkom, bez dosahu do resekčního okraje, bez angioinvasze a perineurálního šíření.

Závěr: Prezentujeme radikální chirurgickou léčbu sarkomu retroperitonea s resekci celého ileocekálního segmentu. Nádor byl kompletně odstraněn a bez pozitivního chirurgického okraje. Tento typ vzácného sarkomu může také vycházet ze střevní stěny.

Grantová podpora: Cooperatio 207043.

PRIMÁRNÍ TUMOR BULBÁRNÍ URETRY – KAZUISTIKA

Pechová M., Paldus V., Šámal V., Mečl J.

Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Nediskutovaný poster

Úvod: Až 80 % primárních tumorů přední uretry jsou spinocelulární karcinomy, v 60 % je lokalizován v bulbární uretře. Mezi další možné typy nádorů patří uroteliální karcinom, adenokarcinom, melanom a sarkom.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentujeme případ 58letého muže s poúrazovou paraplegií dolních končetin. Doposud se vyprazdňoval Credého hmatem. Vyšetřován pro hmatnou rezistenci perineu a bulbární uretře. Cystoskopicky provedena biopsie z rezistence. Histologicky se jednalo o dlaždicobuněčný karcinom. MR pánve prokázala infiltraci spongiózního tělesa v délce 7 cm, obou kavernózních těles v délce 4 cm, zvětšené uzliny v tříslech délky 18 mm. Pacientovi provedena radikální amputace penisu, prostatektomie, kompletní uretrektomie s okluzí hrdla měchýře a derivace moči epicystostomií. Pooperační staging pT4 N1 M0 středně až nízké diferencovaný rohovějící dlaždicobuněčný karcinom penisu s angioinvasí a perineurální propagací. V dalším sledování proveden PET CT s nálezem FDG avidních recidiv těsně pod symfýzou, postižením parailických uzlin a metastázou v pravé plicí. U pacienta probíhá paliativní radioterapie a chemoterapie.

Závěr: Primární tumory uretry jsou často s chronickými záněty, opakovanou traumatizací uretry nebo sexuálně přenosnými infekcemi včetně HPV 16.

Grantová podpora: Ne.

RARITNÍ HISTOLOGICKÝ NÁLEZ PRIMÁRNÍHO MALIGNÍHO MELANOMU PENILNÍ URETRY A SNAHA O JEHO RADIKÁLNÍ CHIRURGICKOU LÉČBU

Fišer L.¹, Hyršl L.¹, Beroušková P.², Juhász A.¹,
Čermák M.^{1,3}, Kočárek J.^{1,3,4}

¹Urologické oddělení, ON Kladno, a. s.

²Oddělení patologické anatomie, ON Kladno, a. s.

³Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

⁴Urologická klinika, 3. LF UK a FNKV Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Maligní melanom je agresivní onemocnění se špatnou prognózou. Primární výskyt v oblasti močové trubice je vzácný, nedosahuje ani 1 % případů slizničních melanomů. Dosud bylo v literatuře popsáno méně než 60 případů u mužů. Na rozdíl od kožní formy melanomu, kde hraje roli expozice UV záření, není u slizniční formy známá patogenese.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 60letý muž s bezbolestnou hematurií vyšetřen CT urografií a flexibilní cystoskopií, tyto prokázaly krvácející polyp navikulární fossy. Provedená biopsie s nálezem maligního melanomu. Výsledek konzultován s KOC, kterým doporučeno FDG PET/CT, při jeho negativitě indikována chirurgická léčba (glansektomie/parciální amputace penisu včetně biopsie sentinelové LU). PET/CT vyloučilo generalizaci. Při příjmu k výkonu hmatná progresse nálezu v penilní uretře, bez zvětšených tříselných LU. Provedená totální amputace penisu a perineostomie s bilaterální inguinální lymfadenektomií potvrdila maligní melanom uretry pT4b pN2(2+/35)M0.

Závěr: Jedná se o agresivní onemocnění se špatnou prognózou, která závisí na včasné diagnostice. Žel časná stadia onemocnění bývají oligo- či asymptomatická. Nepanuje jasný konsensus v léčbě, zejména v roli chirurgie. Tato může být se záměrem kurativním/symptomatickým – odstranění hematurie či obstrukce. Strategie léčby je založena na histologii, stagingu, biologickém stavu a motivaci informovaného pacienta. Její indikace je vysoce individualizovaná a patří jistě do rukou multidisciplinárních týmů.

Grantová podpora: Autoři čestně prohlašují, že nebyla použita žádná grantová podpora.

ADENOKARCINOM URACHU U MLADÉHO PACIENTA

Beniak J.¹, Belej K.², Nováková M.³, Záleský M.¹

¹Urologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice, Praha – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

²Urologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

³Oddělení patologie, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Prezентujeme případ vzácného adenokarcinomu urachu u mladého muže bez významnějších komorbidit.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Pacient, muž, 42 let, byl vyšetřen na urologii pro hematurii. Dle doplněného CT vyšetření byla ve vertexu měchýře nalezena expanze velikosti 48 × 32 × 26 mm se solidní i cystickou složkou, bez známek generalizace, cystoskopicky byl prokázán ve vrcholu měchýře široce přisedlý papilární nádor.

Byla provedena otevřená resekce měchýře s cystoskopickou kontrolou okrajů, bez komplikací, histologicky byl prokázán středně diferencovaný adenokarcinom (stadium IIIA stagingového systému urachálních karcinomů dle Sheldona), okraje resekce byly negativní.

Pacient je dále onkologicky a urologicky sledován, rok po výkonu je bez známek recidivy onemocnění.

Závěr: Adenokarcinom urachu je vzácné onemocnění (0,01 % všech nádorů v dospělém věku, 0,5–2 % nádorů měchýře), často se vyskytuje bez klinických symptomů. V případě nálezu pokročilého onemocnění či generalizace onemocnění je prognóza nepříznivá (medián přežití 12–24 měsíců).

V případech chirurgické intervence u lokalizovaného onemocnění s negativním resekcí okrajem je pravděpodobnost vyléčení nemoci až 70 %.

V současné době neexistuje standardní protokol adjuvantní onkologické terapie a její přínos je nejasný.

Grantová podpora: Žádná.

NÁHODNÝ NÁLEZ DESMOIDU U MLADÉHO MUŽE

Marešová J.

ON Kladno, a. s.

Nediskutovaný poster

Úvod: Desmoidy jsou vzácné mesenchymální nádory charakteru proliferujícího fibromu, které obvykle vycházejí ze střeva. Tumor sám o sobě nemá maligní potenciál, patří mezi tumory benigní. Problémem je lokálně agresivní, tkáně destruující růst a časté recidivy.

Někdy bývá součástí tzv. Gardnerova syndromu (familiální adenomatózní papilomatóza).

Materiál a metody/Popis klinického případu: V prezentaci předkládáme případ 26letého muže, který se do urologické ambulance dostavil k došetření erektilních potíží. Na UZ břicha byla náhodně zjištěna hydronefróza pravé ledviny s redukcí parenchymu, měchýř utlačen solidně působícím objemným tumorem malé pánve, dle CT tumor neléhající na pravou boční stěnu měchýře, který utlačuje distální úsek pravého ureteru. Indikován k exstirpaci tumoru, peroperačně nutná resekce distální části ilea. Výkon byl bez komplikací, pooperačně na JIP, dimitován 4. den po výkonu. Histologicky po druhém čtení potvrzen desmoid. Pacient podstoupil v druhé době pravostrannou nefrektomii pro úplnou afunkci pravé ledviny, potvrzenou na DSL. Po stanovení diagnózy odeslán k dalšímu sledování do onkologické ambulance FN Motol.

Závěr: Desmoidy jsou lokálně agresivní recidivující mesenchymové nádory. Primární léčba obvykle spadá do péče onkologa, lokalizované desmoidy se obvykle léčí primárně radioterapií. Nicméně je nutná mezioborová spolupráce, v některých případech je resekce desmoidů přínosná, v případě potvrzeného Gardnerova syndromu je nutno zvážit navržení totální colectomie pro vysokou pravděpodobnost malignizace polypů.

Grantová podpora: Ne.

VARIA

PORANĚNÍ MOČOVODU

Dolejšová O.¹, Sedláčková H.², Pitra T.²,
Bartoš Veselá A.³, Kolář J.³, Heidenreich F.⁴,
Hora M.³

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce je prezentovat možnosti řešení poranění močovodu včetně miniinvazivního přístupu.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivně, leden 2013 až červen 2023. Celkem 63, 54 (86 %) žen a 9 (14 %) mužů, průměrný věk 51,8 (27–81). 47 (74,6 %) poranění během gynekologického výkonu, 14 (22,2 %) při chirurgickém, 1x při urologickém a 1x dopravní nehoda. Během laparoskopie 32 (50,8 %), 30 (47,6 %) při otevřeném, jednou při robotickém výkonu. Pravý močovod 34x (54 %), levý 26 (41,3 %), oboustranně 3 (4,8 %).

Výsledky: Průměrná doba do diagnózy 15 dnů (medián 7, rozmezí 1–90). Nefrostomie jako první volba 17 případů (27 %), z toho 3 definitivním řešením. Stent jako primární volba v 8 případech, z toho 7x následně miniinvazivní reimplantace, v jednom případě stent extrahován s rozvojem striktury ureteru a nefrektomií 7 měsíců od primárního ošetření. Definitivní ošetření: otevřená reimplantace 18 (29 %, 3x Boariho lalok, 3x oboustranná reimplantace), miniinvazivní přístup 15 (25 %, laparoskopicky 8 (13 %, 7x reimplantace, 1x ureterografie na stentu), roboticky 7 (11 %, 6x reimplantace, 4x Boariho lalok, 1x sutura na stentu), otevřená ureterografie 14 (22 %), stent 13 (21 %), nefrostomie 3 (5 %). Nefrektomie 7x (11 %), vždy následný výkon, 6x pro afunkci (2x po otevřené reimplantaci, 1x po ureterografii, 3x po opakovaných výměnách stentu) a 1x pro urinózní píštěl. Komplikace při miniinvazivním přístupu jednou – malpozice stentu po robotické reimplantaci s Boariho lalokem, přechodně nefrostomie, zhojeno bez striktury. Robotický přístup u 2 nemocných při odloženém řešení (9 měsíců a 3,5 roku od primárního poranění), jednou bezprostředně, 4 poranění řešena časně v rozmezí 1–18 dnů.

Závěr: Poranění jsou miniinvazivně řešitelná s přijatelnou mírou komplikací. V současné době preferujeme na našem pracovišti v případě indikace k reimplantaci močovodu včetně Boariho plastiky robotický přístup, který využíváme i při časném ošetření léze močovodu.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806). Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG.

UROLOGICKÉ PÍŠTĚLE A GYNEKOLOGICKÉ MALIGNITY – ZKUŠENOSTI Z JEDNOHO CENTRA

Špaček J.^{1,2}, Louda M.^{1,2}, Holub L.^{1,2}, Balík M.^{1,2}, Brodák M.^{1,2}

¹Urologická klinika FN Hradec Králové

²LF Hradec Králové, UK

Diskutovaný poster

Úvod: Urologické píštěle jsou patologické komunikace mezi močovými cestami a okolními orgány. Etiologie těchto nejzávažnějších případů se u žen liší. Zatímco v méně rozvinutých zemích vznikají nejčastěji v souvislosti s porodem, tak v zemích s vyspělým zdravotnictvím jejich vznik souvisí zejména s proběhlou onkogynekologickou léčbou. Cílem této práce je retrospektivní analýza souboru dat pacientek jednoho urologického centra za posledních 10 let.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní analýza případů z jednoho urologického centra v 10letém období (2011–2020), kde bylo diagnostikováno a léčeno celkem 65 pacientek s tímto postižením. V rámci rozdělení píštělí byla využita klasifikace WHO z roku 2006, která rozděluje píštěle dle prognózy na simplexní (dobrá prognóza) a komplexní (nejistá prognóza).

Výsledky: Z celkového množství 65 pacientek byla nejpočetnější skupina žen, které byly léčeny pro gynekologickou malignitu (N = 52). V tomto souboru bylo popsáno 39 pacientek po léčbě karcinomu děložního čípku, kde největší počet případů byl po primární radioterapii (N = 21). Rozdělení píštělí s ohledem na základní diagnózu a dobu manifestace od ukončení léčby popisuje tabulka č. 1. Zhodnocení léčby píštělí s ohledem na prognózu je zaznamenán v tabulce č. 2.

Závěr: Urologické píštěle jsou mimořádně závažné komplikace, s velkým dopadem na morbiditu ale i psychosociální stav pacientek.

Tato práce potvrzuje, že se s těmito případy setkáváme reálně i v dnešní době. Významným rizikovým faktorem vedoucím ke vzniku píštěle je radioterapie, radikální chirurgická resekce, případně jejich kombinace. Management komplexními píštělemi je ve srovnání se simplexními píštělemi náročnější a vyžaduje víceoborovou spolupráci. Terapie píštělí by měla být směřována do center, která dokáží nabídnout komplexní péči o pacientku.

Grantová podpora: Cooperatio 207043.

Tab. 1. Typy píštělí ve vztahu k základní diagnóze a prodělané léčbě

Typy píštělí (anatomická klasifikace)	Základní diagnóza (NKM)	Počet (N)	Průměrná doba manifestace píštěle od ukončení léčby (roky)
Vesikovaginální píštěl	C53	16	14,5
	C54	4	0,24
	C56	5	0,67*
	D25	7	0,29*
	O44	1	< 1 měsíc
	S39 (trauma pánve)	1	< 1 měsíc
Ureterovaginální píštěl	C53	3	0,03
	N80	1	5 měsíců
Uretrovaginální píštěl	N36,1	1	< 1
	S39	1	< 1
Ureteroilická/ureteroortální píštěl	C53	3	11,67
Vezikouterinní píštěl	O82	1	7**
Píštěl komunikující se střevem			
Vezikointestinální	C53	7	9,91
	C52	1	5
	C20	1	40
	C565	1	2
	C53	9	13,6
Vezikorektovaginální	C54	1	3
Vezikokutánní píštěl	C53	1	6

Tab. 2. Terapie píštělí s přihlednutím na anatomickou klasifikaci a prognózu píštěle

Typy píštělí (anatomická klasifikace)	Typ píštěle s ohledem na prognózu a podíl z celkového množství (%)	Korekce píštěle
Vezikovaginální píštěl	Simplexní (52 %)	V 88 % úspěšná korekce
	Komplexní (48 %)	V 50 % provedena korekce píštěle (u všech případů došlo k recidivě po primární operaci)
Ureterovaginální píštěl	Simplexní	Ureterocystoneoanastomóza
Uretrovaginální píštěl	Komplexní	Neúspěšná primární fistulografie
Ureteroilická/ureteroortální píštěl	Komplexní	Vasografie – stentgraft (samostatná kazuistika)
Uretrovaginální píštěl	Simplexní	Otevřená fistulografie
Píštěl komunikující se střevem		
Vezikointestinální	Komplexní	V 50 % založení terminální stomie
Vezikorektovaginální	Komplexní	V 50 % pro celkově špatný stav bez léčby
Vezikokutánní píštěl	Komplexní	Nutnost reoperace s definitivním řešením ureteroileostomií

PORANĚNÍ LEDVINY 5. STUPNĚ – CHIRURGICKÁ OBLITERACE RENÁLNÍ ŽÍLY SE ZACHOVÁNÍM LEDVINY – KAZUISTIKA

Paldus V.¹, Šámal V.^{1,2}, Mečl J.¹

¹Urologické oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s.

²Urologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty UK, Hradec Králové

Nediskutovaný poster

Úvod: Poranění ledviny 5. stupně se často projevuje hemodynamickou nestabilitou, závažnými přidruženými poraněními a je indikováno k operační revizi.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prezentujeme případ 30letého polytraumatizovaného pacienta transportovaného po dopravní nehodě do traumacentra v bezvědomí, hemoragickém šoku. Vstupně indikováno CT v režimu polytrauma mimo jiné s nálezem aktivního krvácení z levé renální žíly a poraněním levé ledviny. Na operačním sále provedena urgentní revize a ošetření primárního krvácení – zevní fixace fraktury femuru, sutura jater a revize retroperitonea s nálezem masivního krvácení oblasti dolní duté žíly a odstupu levé renální žíly s defektem a lacerací až 3 cm. Primárně se podařilo zastavit krvácení pomocí cévních svorek, vypreparovaná renální arterie byla nepoškozena a renální parenchym bez většího krvácení či hematomu, na CT jen drobné fisury. V rámci damage control provedena sutura dolní duté žíly a další suturou slepě uzavřena renální žíla se zachováním dobře patrných kolaterál – testikulární a lumbální žíly. Následně second look operační revize za 2 dny, kdy po odstranění roušek bez krvácení a normální parenchym ledviny. Kontrolní CT provedeno 5. a 15. den od úrazu s nálezem sytící se funkční ledviny.

Závěr: V případě žilního poranění ledviny 5. stupně lze pro možné zachování ledviny při zachování kolaterálního oběhu provést kompletní obliteraci renální žíly.

Grantová podpora: Žádná.

LAPAROSKOPICKÁ OKLUZE VEZIKOVAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE

Novák K., Pešl M., Zámečník L., Hanuš T.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Video

Úvod: Ve videu prezentujeme uzávěr vezikovaginální píštěle laparoskopickým přístupem u dvou pacientek po hysterektomii pro myomy a karcinom hrdla děložního.

Materiál a metody/Popis klinického případu: K laparoskopickému výkonu byly indikovány pacientky s perzistující vezikovaginální píštělí ve věku 33 a 45 let. U druhé z nich perzistovala píštěl i po třech operacích transvaginálně a transvezikálně v intervalu 12 měsíců po hysterektomii. Obě píštěle byly cca 8 mm široké.

Výkon byl započat cystoskopií, v případě lokalizace píštěle blízko ústí močovodů byly zavedeny stenty. Následně byla píštěl sondována hydrofilním vodičem a na něm zavedena ureterální cévka, která byla vyvedena uretrou a druhý konec vaginou pro zlepšení orientace během laparoskopie. K vlastní laparoskopii jsme založili celkem 4 porty (2 × 5 mm a 2 × 10 mm). V identifikaci místa disekce mezi močovým měchýřem a vaginou pomohla trakce za ureterální cévku v píštěli a zavedené tamponové kleště s velkým tamponem do vrcholu poševního pahýlu. Následně byly ostře nůžkami odděleny stěna močového měchýře a stěna pochvy tak, aby byly separovány okraje píštěle po celém obvodu a resekovány. Oba otvory (v detruzoru a pochvě) byly každý zvlášť uzavřeny pokračujícím stehem V-loc 3-0, detruzor vodotěsně. Výsledný stav byl ten, že na sebe obě sutury nenaléhaly. Do pánve byl zaveden silastikový drén na 2–3 dny. Permanentní katétr Foley 20CH/7 ml byl ponechán do cystografie za tři týdny po operaci. Doba operace byla 113 a 123 minut, doba hospitalizace 6 a 7 dní.

Výsledky: U obou pacientek byl na základě normální cystografie tři týdny po operaci odstraněn močový katétr a u jedné za dalších pět dní ureterální stenty. Obě jsou 8 a 12 měsíců po okluzi bez recidivy píštěle.

Závěr: Okluze vezikovaginální píštěle laparoskopicky je méně invazivní možností vyřešení stavu zejména díky lepší přehlednosti operačního pole ve srovnání s tradičními přístupy vaginální nebo transvezikální cestou.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ NEFROPEXE ROBOTICKY ASISTOVANÁ – VIDEO

Hora M., Dolejšová O., Stránský P.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Video

Úvod: Cílem je představit naši současnou techniku minimálně invazivní nefropexy u symptomatické nefroptózy.

Materiál a metody/Popis klinického případu: 12/2004–5/2023 nefropexy provedena u 36 žen. U 33 vpravo, dvakrát oboustranně a jednou vlevo. Prvních 34 bylo laparoskopických a poslední 2 roboticky asistované. Laparoskopická technika: poloha na boku. Pneumoperitoneum vytvořeno Veresovou jehlou, tlak CO₂ 12 mm Hg. Desetimilimetrový port pro kameru přes umbilicus a další dva pracovní porty (5 a 3 mm). Peritoneum je otevřeno Toldtově linií. Laterální část ledviny a přilehlá břišní stěna se očistí. Ledvina je fixována k transversálnímu svalu břišnímu třemi nebo čtyřmi samostatnými otáčkami pomocí dlouhodobého vstřebatelného/nevstřebatelného samokotvícího ostnatého stehu (V-Loc® 180 nebo nevstřebatelný, velikost 2–0, jehla 1/2 26 mm). V prvních 15 případech byly použity tři nevstřebatelné stehy. Peritoneální defekt je uzavřen pokračujícím ostnatým vstřebatelným stehem V-Loc® 90. Nezavádí se drén. Pacient je tři dny v klidu na lůžku. Po dobu dvou měsíců doporučujeme vyvarovat se skákání, jízdy na koni apod. Roboticky asistovaná technika je podobná: systém daVinci Xi, tři ramena v poloze V (kamera 30° v pupku), porty 8 mm – nůžky/jehlový ovladač, bipolární grasper Maryland. Video ukazuje roboticky asistovanou techniku.

Výsledky: Laparoskopická skupina: průměrný věk 36,9 ± 13,9 (20,0–65,1) let. Průměrný BMI 22,3 ± 2,8 (17,3–27,9). Průměrná doba operace u jednostranného výkonu 59,2 ± 17,0 (35–100), u oboustranného výkonu (včetně rotace pacienta) 155 a 150 minut. Všechny výkony byly bez krevních ztrát a peroperačních a pooperačních komplikací. V roce 2022 byly provedeny 2 roboticky asistované nefropexy u žen. Věk 47 a 48 let, BMI 20 a 21, doba operace 32 a 31 min.

Závěr: Laparoskopická/robotem asistovaná transperitoneální nefropexy s fixací konvexity ledviny běžícím samokotvícím ostnatým stehem je standardem operační léčby nefroptózy na našem pracovišti. Doporučuje se pečlivá disekce a opatrné uvolnění břišní stěny umožňující bezpečné sešítí bez poškození nervů břišní stěny. Robotická varianta se zdá být jednodušší (zejména šití) a rychlejší.

Grantová podpora: Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblast SURG a podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806).

BILATERÁLNÍ LAPAROSKOPICKÁ URETEROLÝZA A RESEKCE MOČOVODŮ U RETROPERITONEÁLNÍ FIBRÓZY

Schmidt M., Novák V., Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Video

Úvod: Retroperitoneální fibróza je vzácné onemocnění s incidencí cca 1/200 000 obyvatel. Idiopatická primární forma se vyskytuje v 60 % případů. Ze skupiny sekundárních je nečastější příčinou chronická periaortitida. Hlavní komplikací onemocnění je bilaterální hydronefróza, často s renálním selháním. Po akutní dekompresi horních močových cest a úpravě renální insuficience, je indikována biopsie retroperitonea a framakologická léčba. V případě častého selhání léčby, je jednou z možností bilaterální ureterolýza s resekci fibrózní masy a intraperitoneální transpozice močovodů.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Video prezentuje laparoskopicky provedenou bilaterální ureterolýzu s resekci a anastomózou stenotických částí močovodů a exstirpací části retroperitoneální fibrózy. Operační řešení bylo provedeno ve dvou dobách, bez významných krevních ztrát (10 resp. 20 ml). Operační čas byl 2 : 11 resp. 3 : 14. Hospitalizace byla 6 resp. 5 dní. Peroperačně zavedené ureterální stenty byly ponechány in situ 28 resp. 35 dnů. Histopatologické vyšetření prokázalo přítomnost lymfocytárního zánětu s kulatobuněčnou zánětlivou celulizací a přítomností plazmatických buněk a potvrdilo diagnózu retroperitoneální fibrózy. Pacientka je více než 5 let po operaci bez známek recidivy onemocnění, bez hydronefrózy, s normálními renálními funkcemi.

Závěr: Mininvazivní techniky se svými benefity mohou být u vybraných pacientů přínosnou součástí obtížné léčby retroperitoneální fibrózy.

Grantová podpora: Ne.

ROBOTICKY ASISTOVANÁ PERITONEALIZACE MOČOVODŮ U PRIMÁRNÍ RETROPERITONEÁLNÍ FIBRÓZY

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

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Video

Úvod: Primární retroperitoneální fibróza (Morbus Ormond, Albarran-Ormondův syndrom) je vzácné autoimunitní onemocnění asociované s IgG4 způsobující proliferaci pojivové tkáně v retroperitoneu. Tato fibrotizace má za následek patologickou fixaci struktur v dané oblasti, jejich kompresi až obstrukci. Nejčastější a nejdříve manifestovaná je obstrukce močovodů, které jsou v typickém nálezu deviované mediálně, a zúženiny způsobují hydronefrózu až ledvinné selhání. Výskyt je častěji u mužů ve věkovém období 40–60 let, ale projev je možný i dříve. Léčba je obvykle velice složitá. Farmakologicky je základem léčby kortikoterapie, omezeně podávání cytostatik či hormonální terapie. Chirurgicky je nejdůležitější včasná desobstrukce k zamezení renálního selhání. Dalšími kroky k řešení stenózy močovodů jsou dle stavu a možností pacienta ureterální stenty, nefrostomie, wallstenty, extra-anatomické stenty či ureterolýza, peritonealizace či náhrada močovodu střevem.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V naší kazuistice (video) bychom chtěli prezentovat případ 50leté ženy s primární retroperitoneální fibrózou řešenou dvoudobou roboticky asistovanou peritonealizací močovodů. Pacientka podstoupila řadu endoskopických výkonů, zavedení různých typů stentů a na závěr pro ledvinné selhání i nefrostomii. Přechodně se stav stabilizoval na 2 stentech v každém močovodu. Provedené roboticky asistované uvolnění močovodu a lokalizace v peritoneální dutině mělo výborný efekt.

Závěr: Robotická operativa umožňuje miniinvasivní řešení i u komplikovaných chirurgických výkonů s velkým benefitem pro pacienta.

Grantová podpora: Bez podpory.

ROBOTICKY ASISTOVANÝ ODBĚR LEDVINY OD ŽIJÍCÍHO DÁRCE ZA ÚČELEM TRANSPLANTACE

Hartmann I., Žemla P., Hruška F.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Video

Úvod: Transplantace ledviny je nejlepší metoda léčby terminálního selhání ledvin. Dlouhodobé výsledky transplantací ledvin od žijících dárců jsou výrazně lepší v porovnání s transplantacemi od zemřelých dárců. Je kladen co největší důraz na bezpečnost, nízkou míru invazivity a příznivý kosmetický efekt dárcovské nefrektomie.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Celkem bylo od roku 2012 provedeno 12 odběrů ledvin od žijících dárců různými technikami. V červnu 2022 se jednalo o odběr roboticky asistovaný. Dárce byl 57letý muž, který daroval ledvinu své 32leté dceři. Operace trvala celkem 174 minut a doba teplé ischemie ledviny činila 145 sekund. Pooperačně nebyly zaznamenány komplikace stupně 2 a vyšší dle Clavien Dindo klasifikace. Autoři prezentují videozáznam robotické operace.

Závěr: Roboticky asistovaná dárcovská nefrektomie je ve zkušených rukách a transplantačních centrech proveditelná a bezpečná varianta této operace.

Grantová podpora: Žádná.

PYELOVEZIKONEOANASTOMÓZA JAKO ALTERNATIVNÍ OPERAČNÍ MOŽNOST TERAPIE KOMPLEXNÍCH URETERÁLNÍCH LÉZÍ PO TRANSPLANTACI LEDVINY

Navrátil P.^{1,2,3}, Novák I.^{1,3}, Pacovský J.^{1,2,3},
Navrátil P. st.^{1,2,3}

¹Urologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

³Mezioborové transplantáční centrum, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Diskutovaný poster

Úvod: K řešení ureterální obstrukce, urinóznímu leaku nebo refluxu po transplantaci ledviny existuje řada chirurgických postupů k jejich řešení. Volba závisí na povaze komplikace. U distální ureterální obstrukce způsobené strikturou nebo těsnou ureterovezikální anastomózou obvykle volíme reoperaci – ureterovezikální reanastomózu k obnovení normální kontinuity vývodného močového systému. Mezi alternativy patří end-to-side nebo end-to-end ipsilaterální nativní ureteroureteroneoanastomóza, pyeloureteroneoanastomóza, interpozice segmentu střeva a pyelovezikoneoanastomóza (PVNA) – přímé napojení pánvičky graftu na měchýř.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Retrospektivní šetření pacientů, kterým byla na našem pracovišti provedena PVNA (1. 1. 2000–31. 12. 2022). Nasbíraná data zahrnovala indikace, detaily o samotné operaci, komplikace, délku hospitalizace a dlouhodobé výsledky.

Výsledky: U 5 pacientů byla ve sledovaném období provedena PVNA (u jednoho navíc s psoas hitch, u jednoho s Boariho plastikou). Průměrný věk pacientů byl 56 let (50–76). Důvodem využití PVNA bylo: 1. striktura ureteru bez možnosti stentáže, přechodně zavedena nefrostomie, 2. po transplantaci reoperace s reUCNA, následně restriktura, nedostatečná drenáž i přes zavedený stent, 3. urinózní leak s nekrózou ureteru, 4. a 5. urinózní leak. Výrazný rozptyl byl v době reoperace po provedené transplantaci (4 dny až 12 let, průměr 44 měsíců). U všech došlo ke zlepšení renálních funkcí: předoperační průměrná koncentrace sérového kreatininu byla 291 $\mu\text{mol/l}$ (155–447), 7 dní po operaci 156 $\mu\text{mol/l}$ (83–260) a 30 dní po operaci 172 $\mu\text{mol/l}$ (96–316). Průměrná doba hospitalizace byla 1 dne (3–20). Během prvních 30 dnů po operaci byly 2 pacientky znovu přijaty pro uroinfekci – u obou byl však zdroj v nativních polycystických ledvinách. Průměrná doba sledování je 7 let (1,5–20 let), 1 pacientka zemřela s funkčním štěpem (20 let od operace), ostatní 4 dále s funkčním štěpem přežívají.

Závěr: Naše výsledky dokazují, že u komplikovaných lézí ureteru transplantovaných ledvin je PVNA viabilním řešením – jak stran krátkodobých, tak dlouhodobých výsledků. Je však nutný další výzkum k potvrzení těchto výsledků a přesnému definování indikací k provedení.

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

LYMFEDÉM SKRÓTA JAKO EXTRAINTESTINÁLNÍ MANIFESTACE MORBUS CROHN

Gojdič M.^{1,2}, Krepps Z.¹, Gojdičová A.³, Čierna I.⁴,
Hrbáček J.^{1,5}

¹Urologické oddělení Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

²UroMedico, privátní klinika urologie, Praha

³Gastroenterologické centrum, Poliklinika Bezručová, Bratislava

⁴Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Komenského a Národního ústavu dětských chorob, Bratislava

⁵3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Nediskutovaný poster

Úvod: Ano-genitální granulomatóza je vzácný idiopatický chronický zánětlivý stav, charakterizovaný progresivním a perzistentním genitálním a perigenitálním edémem, vyskytujícím se u pacientů s Crohnovou chorobou. V literatuře se popisuje u 0,013 % tohoto onemocnění.

Materiál a metody/Popis klinického případu: U dvou kazuistik popisujeme případy pacientů s M. Crohn, komplikované masivním lymfedémem skróta a penisu, jako první manifestace základního onemocnění. Jedná se o 33letého muže a 10letého chlapce. U staršího pacienta byla kolo-noskopickým vyšetřením s následnou histologií potvrzena Crohnova choroba s postižením terminálního ilea a colon. Doplnili jsme lymfoscintigrafii, kde se potvrdil nález insuficientní lymfatické drenáže, také MRI malé pánve a perinea potvrdilo uzavřenou fibromatizovanou perianální fistulu. U dětského pacienta byla doplněná biopsie z penisu, kde se potvrdila granulomatózní lymfanginitida. U obou pacientů byla započatá imunosupresivní léčba M. Crohn s dosažením remise luminálního postižení a potlačením zánětlivé složky lymfedému, k regresi rozsahu to však nevedlo. Finálně u mladšího pacienta bylo chirurgické řešení cirkumcize, u staršího pacienta plastika šourku.

Závěr: Výskyt izolovaného edému genitálu je při M. Crohn raritní (v literatuře 0,013 %). Histologicky se jedná o anogenitální granulomatózu. Intralymfatická lokalizace granulomu s následnou okluzí lymfatické drenáže vede k rozvoji ireverzibilního lymfedému. Imunosupresivní terapie dokáže zlepšit stav, ale finálně se ukazuje chirurgická intervence jako jediné neefektivnější řešení.

Grantová podpora: Neení.

CALCIPHYLAXIA AKO ZRIEDKAVÁ PRIČÍNA NEKRÓZY PENISU

Barreto L.¹, Závodná J.², Róžová Z.¹,
Ďurčanský D.³, Poárová V.³, Korček M.¹

¹Urologické oddelenie, FN Nitra, Slovenská republika

²Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, FN Nitra,
Slovenská republika

³Ústav patológie, FN Nitra, Slovenská republika

Nediskutovaný poster

Úvod: Calciphylaxia je zriedkavé, devastujúce ochorenie, ktoré je výsledkom významnej kalcifikácie tunica media dermálnych arterioli a kapilár. Primárne sa pozoruje u pacientov s dlhotrvajúcim konečným štádiom renálneho ochorenia na dialýze.

Materiál a metódy/Popis klinického prípadu: Prezentujeme prípad 68ročného polymorbídneho pacienta s DM typ II., dialyzovaného na podklade diabetickej nefropatie. Odoslaný s nejasným zápalom glansu penisu nereagujúcim na liečbu. Pacient konzervatívne liečený ATB, lokálny nález bez zlepšenia. Glanspovlečený a epidermis biela mokvajúca, prepúciom voľné, bez patologických zmien.

Vzhľadom na nehojaci sa proces indikovaná biopsia, so záverom fibrózne – nekrotizujúcej balanitídy. Odoslaný na lokálnu dermatologickú liečbu.

Po dvoch týždňov opätovne prichádza, pre výrazné lokálne bolesti, so žiadosťou o amputáciu penisu. Klinicky prítomná rozvinutá flegmóna penisu. Pod ATB clonou realizovaná parciálna amputácia. Pooperačný stav bol primeraný, rana sa hojila per primam.

Histologické vyšetrenie dokázalo patologickú depozíciu kalcia v drobnejších krvných cievach príľahlej kože a čiastočne i v corpus spongiosus penis s rôznym stupňom prevažne obturačnej trombotizácie s následným devastujúcim účinkom na uvedené histologické štruktúry. V asociácii s terminálnym renálnym zlyhávaním resp. s chronickým dialyzačným procesom je tento komplex patologických zmien kompatibilný s calciphylaxiou.

Záver: Pri nejasnej nehojacej sa nekróze je potrebné myslieť aj na uvedenú zriedkavú entitu. Depozity kalcia sú preukázateľné histopatologicky, čo potvrdzuje diagnózu.

Grantová podpora: Nie.

ISCHEMICKÁ ORCHITIDA, JAKO KOMPLIKACE PO PLASTICE TŘÍSELNÉ KÝLY VLEVO A NÁHODNÝ NÁLEZ SUSPEKTNÍHO ÚTVARU NA PRAVÉM VARLETI

Wiesner N., Hartmann I., Burešová E.

Urologická klinika FN Olomouc

Nediskutovaný poster

Úvod: Autoři prezentují raritní kazuistiku muže s ischemickou orchitidou vlevo a náhodným nálezem útvaru na pravém varleti.

Materiál a metódy/Popis klinického prípadu: 68letý pacient při běžné kontrole sdělil, že před 3 týdny podstoupil inguinální hernioplastiku se sítkou a od operace pozoruje otok levého varlete. Sonograficky: vlevo absence krevního zásobení varlete, suspektní nekrotické změny, vpravo v horním pólu varlete hypoechogenní ložisko 7 x 10 mm. Onkomarkery byly negativní.

V následující den z inguinálního přístupu vpravo sonograficky nalezen suspektní útvar a z krátké incize exstirpován. Část tumoru odeslána na kryohistologické vyšetření. Potom incizí levého hemiskrota do rány luxováno varle. Dle dopplerovského vyšetření bez prokrvení. Potvrzena ischemie varlete a dokončena orchiektomie vlevo. Během operačního výkonu sdělen histologický výsledek: benigní tumor bez mitóz, v. s. tumor z Leydigových buněk, proto rozhodnuto o zachovném výkonu. Definitivní histologické vyšetření potvrdilo benigní nález.

Šest měsíců po provedené orchiektomii došlo k poklesu PSA i testosteronu. Pacient začal mít klinické příznaky andropauzy: pocení, nevykonnost, zhoršení nálady a redistribuce kožního tuku. Nyní se uvažuje o hormonální substituci.

Závěr: K ischemické orchitidě nejčastěji dochází po hernioplastice s použitím sítky a/nebo při recidivujících kýlách. Nádor Leydigových buněk tvoří 1–3 % nádorů, z toho 10 % může mít maligní charakter. V naší kazuistice došlo k výskytu těchto dvou raritních diagnóz u jednoho pacienta.

Grantová podpora: Není.

INKONTINENCE

LÉČBA MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE POMOCÍ IMPLANTACE ADJUSTABILNÍHO UMĚLÉHO SVĚRAČE URETRY VICTO A VICTO+: VÝSLEDKY NAŠEHO PRACOVISTĚ V RÁMCI PROSPEKTIVNÍ STUDIE EVROPSKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI SATURN

Zachoval R., Bartáková L.

Urologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Cílem práce bylo vyhodnotit výsledky léčby mužské stresové inkontinence pomocí implantace adjustabilního umělého svěrače uretry VICTO z našeho pracoviště, které jsou součástí prospektivní studie Evropské urologické společnosti (EAU) SATURN.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V rámci prospektivní studie Evropské urologické společnosti SATURN byly hodnoceny výsledky chirurgické léčby mužské stresové inkontinence pomocí všech dostupných modalit v Evropské unii (EU) z pracovišť všech zemí EU, které navázaly formální spolupráci s projektovým centrem EAU.

Spolupracující pracoviště zadávala do databáze EAU data všech pacientů operovaných danou metodou v období 2018–2022. Naše pracoviště zadávalo do databáze všechny pacienty operované v daném období pomocí implantace adjustabilního svěrače uretry VICTO nebo VICTO+ a adjustabilní pásky ATOMS. Tato práce se věnuje hodnocení výsledků u pacientů operovaných metodou VICTO a VICTO+.

U všech pacientů byl hodnocen předoperačně a 3 měsíce a 1 až 5 let po operaci:

- 24hodinový vložkový test (24h PWT (g)),
- skóre otázky číslo 5 dotazníku International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence (ICIQ-UI) (skóre 0–10),
- součet skóre otázek číslo 3–5 dotazníku ICIQ-UI (skóre 0–21).

Výsledky: Ve sledovaném období podstoupilo implantaci umělého svěrače uretry VICTO nebo VICTO+ 39 pacientů.

Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 1.

U 1 pacienta byla provedena explantace systému pro absces skróta v okolí komponenty implantátu, u 2 pacientů bylo nutné provést výměnu systému pro technické selhání.

Závěr: Implantace adjustabilního umělého svěrače uretry VICTO je efektivní a bezpečnou metodou léčby mužské stresové inkontinence. Možnost adjustace přispívá ke zlepšení dlouhodobého efektu léčby při zachování bezpečnosti metody.

Grantová podpora: Bez podpory.

Tab. 1.

Adjustace (ml)	průměr 10,78	minimum 4	maximum 19
Výsledky 24h PWT (g)	průměr	minimum	maximum
před operací (n = 41)	658,17	175	1650
po operaci W12 (n = 36)	164,69	0	500
po operaci Y1 (n = 32)	153,69	0	450
po operaci Y2 (n = 26)	162,92	0	660
po operaci Y3 (n = 21)	179,52	0	650
po operaci Y4 (n = 10)	230,5	25	400
po operaci Y5 (n = 4)	300	100	400
Skóre otázka č. 5 ICIQ-UI (0–10)			
před operací (n = 41)	9,1	5	10
po operaci W12 (n = 34)	4,47	0	10
po operaci Y1 (n = 32)	3,78	0	10
po operaci Y2 (n = 26)	3,65	0	10
po operaci Y3 (n = 21)	4,24	0	10
po operaci Y4 (n = 10)	5,8	2	10
po operaci Y5 (n = 4)	7,5	6	10
Součet skóre otázek č. 3–5 ICIQ-UI (0–21)			
před operací (n = 41)	18,66	14	21
po operaci W12 (n = 34)	10,79	0	21
po operaci Y1 (n = 32)	10,5	0	21
po operaci Y2 (n = 26)	10,31	0	19
po operaci Y3 (n = 21)	11,52	0	19
po operaci Y4 (n = 10)	15	8	21
po operaci Y5 (n = 4)	17,25	14	21

LÉČBA MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE POMOCÍ ADJUSTABILNÍ PÁSKY ADVANCE

Zámečník L.^{1,2}, Hanuš T.^{1,3}, Sobotka R.¹, Pichlíková Y.¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

²Sexuologický ústav VFN Praha

³Katedra urologie IPVZ Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Mužský sling AdVance je určen pro suburetrální lokalizaci, k aplikaci transobturatorovým přístupem. Implantovaný systém pracuje automaticky a nevyžaduje žádný zásah ze strany pacienta, ve vhodné indikaci je spolehlivou volbou pro léčbu mužské stresové inkontinence moči (SUI). Indikací k použití je: stresová/post-prostatektomická/SUI, bez průkazu morfologické obstrukce v hrdle a v uretře, s mírným až středním únikem moči. Stále diskutovanou otázkou je vhodnost předchozí radioterapie. Podle dostupných literárních údajů má míru selhání 20–45 % s celkovou mírou komplikací do 12 %.

Materiál a metody/Popis klinického případu: V letech 2015–2023 jsme provedli celkem 29 výkonů – (2 operatři), věk pacientů v době re/implantace byl 63–80 let. Dvacet sedm pacientů mělo SUI po radikální prostatektomii, 2 po předchozí transuretrální resekci. Před primóimplantací měli všichni pacienti provedeno endoskopické vyšetření dolních močových cest a urodynamické vyšetření. Celkem 4 pacienti byli v rámci léčby karcinomu prostaty ozářeni.

Výsledky: U 15 pacientů bylo dosaženo dostatečného klinického efektu (max. 1–2 vložky/24 hod.), u 5 pacientů byla provedena reimplantace pro nedostačující efekt (z nichž u jednoho byla dále provedena aplikace umělého svěrače AMS 800), u 7 pacientů byla bez reimplantace provedena aplikace AMS 800 a 2 pacienti jsou k ní připravováni. Operační výkon trval do 60 minut, bez výskytu závažných peri- i pooperačních komplikací. Sling nebylo nutno vyjmout v žádném z případů.

Závěr: Aplikace mužského slingu AdVance je ve vhodné indikaci bezpečným a efektním řešením mírného až středního stupně SUI, při selhání může být doplněno aplikací umělého svěrače.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ PO CHIRURGICKÉ LÉČBĚ MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE IMPLANTACÍ PÁSKY ATOMS

Bartáková L.¹, Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Mužská stresová inkontinence je závažný problém, který negativně působí na kvalitu života pacientů, ovlivňuje jejich morbiditu i mortalitu. Pacientů se stresovou inkontinencí stále přibývá vzhledem k rozmachu operační léčby karcinomu prostaty. Nejčastější příčinou je radikální prostatektomie, bez většího rozdílu typu operace. Konzervativní metody léčby stresové inkontinence často selhávají a chirurgické řešení je pro pacienty mnohdy poslední a jedinou nadějí na zlepšení jejich stavu. Cílem práce je prospektivní sledování míry inkontinence a subjektivního hodnocení stavu pacientů po implantaci adjustabilní pásky ATOMS.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Předkládáme výsledky operační léčby mužské stresové inkontinence adjustabilní páskou ATOMS z našeho pracoviště od roku 2017 doposud. Výsledky jsou součástí mezinárodního registru SATURN. Úspěšnost jsme hodnotili jednak objektivně měřením 24hodinového vložkového testu, jednak subjektivně pomocí dotazníku ICIQ-UI-SF (otázka č. 5, ICIQ score – otázky č. 3+4+5), a to v časových intervalech 12 týdnů po operaci a následně ročně ve srovnání se stavem před operací.

Výsledky: Ve sledovaném období podstoupilo implantaci pásky ATOMS celkem 30 pacientů s průměrným věkem 70,7 let v době implantace. U 5 pacientů byla nutná explantace systému pro komplikace (2x protruze pásky do uretry, 2x protruze skrotálního portu, 1x infekce implantátu). Výsledky shrnuje následující tabulka 1.

Závěr: Stresová inkontinence u mužů je závažný medicínský i sociální problém. Chirurgická léčba adjustabilní páskou ATOMS je jedním z možných řešení. Stejně jako jiné metody i tato má svá rizika a komplikace, ale v zásadě pacienti dosahují signifikantního zlepšení v subjektivním i objektivním hodnocení.

Grantová podpora: Ne.

IMPLANTACE UMĚLÉHO SVĚRAČE (AMS 800) MUŽSKÉ URETRY

Hanuš T.^{1,2}, Pavlík I.¹, Zámečník L.¹, Hradec T.¹

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

²Katedra urologie IPVZ Praha

Video

Úvod: Aplikace umělého svěrače uretry je dle EAU Guidelines indikována u mužů se stresovou inkontinencí moče středního (moderate) a těžkého (severe) stupně. Nejdelší follow-up a nejvyšší Level of Evidence má ve světovém písemnictví umělý svěrač typu AMS 800. Do klinické praxe ho zavedl B. Scott v roce 1972. První aplikace v ČR byla provedena v roce 1992 a první publikace o něm v českém písemnictví je z roku 1992.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Implantát má tři komponenty: manžetu aplikovanou z řezu na perineu kolem bulbární uretry, rezervoár tekutiny lokalizovaný do malé pánve z laparotomie vedené nad Poupartským vazem a pumpu vloženou do podkožní kapsy na skrotu. Operace probíhá za zpřísněných a septických kautel v potencované antibiotické cloně. Všechny komponenty jsou naplněny izotonickým roztokem bez bublin a propojeny hadičkami. Transport tekutiny mezi manžetou a rezervoárem spouští na začátku každé mikce sám pacient kompresí pumpy mezi dvěma prsty.

Výsledky: Na našem pracovišti bylo dosud provedeno 244 implantací svěrače typu AMS 800. Video prezentuje současnou operační techniku jeho implantace v našem centru na základě 30leté zkušenosti dvou operatérů.

Závěr: Implantace umělého svěrače uretry AMS 800 vyžaduje precizní operační techniku zkušeného stabilního operačního týmu včetně zachovávání nadstandardně přísné asepse jako nutný předpoklad minimalizace event. i řešení mechanických nebo infekčních komplikací implantace.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.

Tab. 1.

Funkční výsledky	průměr	minimum	maximum
24hod. pad wieght test (g)			
před operací (n = 30)	544,8	100	1 500
po operaci W12 (n = 26)	268,27	0	1 400
po operaci Y1 (n = 23)	150,52	0	1 000
po operaci Y2 (n = 17)	124,18	0	1 000
po operaci Y3 (n = 11)	62,82	0	250
po operaci Y4 (n = 4)	11,5	5	25
Otázka č. 5 ICIQ-UI (0–10)			
před operací (n = 30)	8,6	3	10
po operaci W12 (n = 22)	4,82	0	10
po operaci Y1 (n = 21)	2,9	0	10
po operaci Y2 (n = 15)	3	0	10
po operaci Y3 (n = 11)	2,64	0	5
po operaci Y4 (n = 4)	2,25	0	5
Score ICIQ-UI (č. 3+4+5) (0–21)			
před operací (n = 30)	17,87	10	21
po operaci W12 (n = 22)	10,86	0	21
po operaci Y1 (n = 21)	7,95	0	21
po operaci Y2 (n = 15)	8,07	0	21
po operaci Y3 (n = 11)	7,82	0	14
po operaci Y4 (n = 4)	7,75	4	14

SAKRÁLNÍ NEUROMODULACE V LÉČBĚ DYSFUNKCÍ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

Rejchrt M.¹, Krhut J.², Sýkora R.², Zdobinská T.¹, Strharská L.¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

Diskutovaný poster

Úvod: Sakrální neuromodulace (SNM) je třetí linií léčby refrakterního hyperaktivního močového měchýře (OAB), chronické neobstrukční retence moči (NOUR), fekální inkontinence (FI) nebo obstipace. Cílem studie bylo zhodnotit účinnost a bezpečnost SNM u pacientů, kteří podstoupili tuto terapii v letech 2019–2023 ve dvou urologických centrech v ČR.

Materiál a metody/Popis klinického případu: K léčbě SNM bylo indikováno 36 pacientů (průměrný věk 46,6 let, 32 žen, 4 muži). 21 pacientů trpělo symptomy OAB, 8 mělo NOUR a 5 pacientů trpělo kombinací OAB a NOUR. U 5 pacientek byly symptomy dolních močových cest kombinovány se symptomy aborálního gastrointestinálního traktu. U všech pacientů byl použit systém InterStim II (Medtronic). V první fázi byla perkutánně zavedena stimulační elektroda do sakrálního otvoru S3, její správná poloha byla ověřena pomocí skioskopie a reflexní motorické odpovědi. Následně byla elektroda stimulována celkem 3 týdny pomocí externího zdroje a byl zhodnocen výsledek. Pokud bylo dosaženo alespoň 50% redukce symptomů, byl implantován trvalý zdroj stimulace. V opačném případě byla elektroda explantována.

Vzhledem k výrazné heterogenitě souboru jsme účinnost hodnotili pomocí nástroje Patient Global Impression of Improvement (PGI-I). Jedná se validovanou Likertovu škálu s rozsahem 1 („můj stav je po léčbě velmi výrazně zlepšen“) – 7 („můj stav je po léčbě velmi výrazně zhoršen“). Bezpečnost jsme hodnotili podle četnosti výskytu a závažnosti komplikací dle systému Clavien-Dindo. Ke statistickému hodnocení byly použity metody deskriptivní statistiky.

Výsledky: Během testovacího období bylo dosaženo $\geq 50\%$ redukce symptomů u 29/36 pacientů (81 %). Průměrné skóre PGI-I 3, 12, 24, 36 a 48 měsíců po implantaci bylo 1,7 (n = 29), 1,9 (n = 21), 1,8 (n = 10), 2,0 (n = 8) a 2,3 (n = 3). Pooperačně jsme zaznamenali u jedné pacientky infekční komplikaci, která si vyžádala explantaci elektrody (III.b).

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

Grantová podpora: Vznik práce nebyl žádným způsobem podporován.

PROSPEKTIVNÍ, MULTICENTRICKÁ, RANDOMIZOVANÁ STUDIE BEZPEČNOSTI A ÚČINNOSTI EFEKTIVITY PERONEÁLNÍ ELEKTRICKÉ TRANSKUTÁNNÍ NEUROMODULACE (PERONEAL ETNM®) PROTI SOLIFENACINU V LÉČBĚ HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Krhut J.¹, Rejchrt M.², Slovák M.³, Dvorák R.³, Blok B.⁴, Zvara P.^{5,6}

¹Urologická klinika LF OU a FN Ostrava

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

³STIMVIA, Ostrava

⁴Department of Urology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

⁵Biomedical Laboratory and Research Unit of Urology, Department of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

⁶Department of Urology, Odense University Hospital, Odense, Denmark

Diskutovaný poster

Úvod: Peroneální elektrická transkutánní neuromodulace (peroneální eTNM®) je nová léčebná metoda hyperaktivního močového měchýře (OAB), jejímž principem je neinvazivní selektivní stimulace peroneálního nervu s cílem pozitivně ovlivnit aferentní inervaci močového měchýře. Účelem studie bylo porovnat bezpečnost a efektivitu této metody s terapií solifenacinem u pacientek OAB.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Prospektivní, multicentrická, randomizovaná studie zařazovala pacientky starší 18 let s klinickou diagnózou dosud neléčeného OAB, které měly dle mikčního deníku při vstupním vyšetření ≥ 1 epizodu závažné urgencye/urgentní inkontinence/den a frekvenci mikce $\geq 8 \times$ /den.

Z celkem 120 skrývaných pacientek bylo randomizováno celkem 77 žen v poměru 2 : 1 k léčbě peroneální eTNM® v denních sezeních v délce 30 minut nebo k léčbě solifenacinem 5 mg denně v celkové délce 12 týdnů. Primárním cílem byla bezpečnost, sekundárním cílem byl počet responderek (definováno jako $\geq 50\%$ redukce počtu závažných urgencí/urgentních inkontinencí), změna proměnných z mikčních deníků, změna skóre symptomového dotazníku (OAB-V8) a změna skóre dotazníků kvality života (EQ-5D-5L).

Statistická analýza byla provedena pomocí deskriptivní statistiky, vzhledem k non-normálnímu rozložení hodnot jsou prezentovány u sekundárních cílů relativní změny vyjádřené mediánem a interkvartilovým rozptylem.

Výsledky: Ve skupině peroneální eTNM® jsme zaznamenali 10 a ve skupině solifenacinu 15 AE se vztahem k léčbě. Celkem 87 % pacientek ve skupině peroneální eTNM® a 75 % ve skupině solifenacinu bylo klasifikováno jako respondérky. Během léčby bylo zaznamenáno signifikantní zlepšení ve všech sledovaných proměnných z mikčních deníků, bez statistického rozdílu mezi skupinami. Zlepšení skóre OAB-V8 bylo 56 % (IQR 38; 72) u peroneální eTNM® 5 a 57 % (14; 84) ve

skupině solifenacinu. Ve skupině peroneální eTNM® došlo ke změně EQ-5D-5L z 0,837 (0,735; 1,000) na 1,000 (0,768; 1,000), ve skupině solifenacinu zůstala hodnota beze změny 0,940 (0,737; 1,000 a 0,775; 1,000).

Závěr: Peroneální eTNM® je efektivní léčbou OAB s podobnou účinností jako léčba solifenacinem, ale významně lepším bezpečnostním profilem.

Grantová podpora: Zadavatelem studie byla Stimvia Ostrava.

DOPAD SUPRESÍVNEHO TRÉNINGU SVALOV PANVOVÉHO DNA NA KVALITU ŽIVOTA U MUŽOV S BENÍGNOU HYPERPLÁZIOU PROSTATY A HYPERAKTÍVNÝM MOČOVÝM MECHÚROM LIEČENÝCH SILODOZÍNOM – ŠTÚDIA SILODOSING

Švihra J. sr.¹, Hagovská M.², Macko L.³, Breza J. jr.⁴, Švihra J. jr.¹, Ľupták J.¹

¹Urologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta, Univerzity Komenského, Martin

²Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie UPJŠ LF a UNLP, Košice

³Urologická ambulancia Urocentrum, Levice

⁴Národný ústav detských chorôb, Klinika pediatrickej urológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Diskutovaný poster

Úvod: Hyperaktívny močový mechúr (OAB) u mužov s benígnou hyperpláziou prostaty (BPH) má negatívny vplyv na kvalitu života (QoL). Cieľom štúdie bolo vyhodnotiť dopad na kvalitu života kombinácie supresívneho tréningu svalov panvového dna (PFMTst) a silodozínomv porovnaní s monoterapiou silodozínom u mužov s benígnou hyperpláziou prostaty (BPH) a hyperaktívnym močovým mechúrom (OAB) po 12 týždňoch liečby.

Materiál a metódy/Popis klinického prípadu: Randomizovaná, intervenčná, paralelná, multicentrická klinická štúdia SILODOSING bola vykonaná od januára 2021 do septembra 2022 počas 12 týždňov. Muži boli zaradení v pomere 1 : 1 do experimentálnej (silodozín 8 mg QD a supresívny tréning svalov panvového dna) a kontrolnej skupiny (silodozín 8 mg QD). Zaradení boli muži starší ako 50 rokov s OAB napriek štyrom týždňom predchádzajúcej liečby BPH silodozínom. Výsledkami štúdie boli zmeny v kvalite života podľa dotazníkov Medzinárodnej stupnice prostatickýchsymptómov (IPSS), Dotazníka hyperaktívneho močového mechúra (OAB-q), Celkového dojmu pacienta zo zlepšenia (PGI-I) a výskytu nežiaducich udalostí.

Výsledky: Do štúdie bolo zaradených 142 zo 172 mužov (82,5 %). Experimentálnu skupinu tvorilo 70 mužov (68,9 ± 9,7 rokov) a kontrolnú skupina 72 mužov (66,2 ± 7,9 rokov). Po 12 týždňoch liečby boli významné rozdiely v prospech experimentálnej skupinyv počte močení za 24hodín (8,4 ± 2,2 oproti 9,4 ± 1,6), v noktúrii (1,4 ± 0,9 vs. 1,8 ± 0,8), v OAB-q (26,6 ± 14,3 vs 33,2 ± 12,1), v IPSS (12,7 ± 4,8 vs. 16,2 ± 4,3) a v PGI (2,2 ± 0,7 vs. 3,6 ± 0,9). Kvalita života bola signifikantne zlepšená v experimentálnej skupine podľa kvality života OABq (74,0 ± 15,1 vs 68,8 ± 13,9). Najčastejším nežiaducim účinkom boli poruchy ejakulácie (17,6 %) a opuch nosovej sliznice (12,7 %). Medzi skupinami neboli štatisticky významné rozdiely vo výskyte nežiaducich účinkov.

Závěr: Pridanie supresívneho tréningu svalov panvového dna u mužov s BPH a OAB liečených silodozínom významne zmierňuje symptómy OAB a zlepšuje kvalitu života.

Grantová podpora: ClinicalTrials.gov NCT04140253 Tato publikácia vznikla vďaka podpore v rámci Operačného programu Integrovaná infraštruktúra pre projekt: Nové možnosti manažmentu závažných ochorení v liečebno-preventívnej starostlivosti s ohľadom na bezpečnosť zdravotníckych profesionálov, kód ITMS: 313011AUA5, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

VLIV SUPLEMENTACE BETA- -ALANINU A CVIKŮ PÁNEVNÍHO DNA NA KONTINENCI PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII: VÝSLEDKY RANDOMIZOVANÉ PLACEBEM KONTROLOVANÉ DVOJITĚ ZASLEPENÉ STUDIE

Česák O.^{1,2}, Študent V. ml.^{1,2}, Vidlář A.^{1,2},
Bastlová P.³, Vrbková J.⁴, Vostálová J.⁵

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Lékařská fakulta UP v Olomouci

³Oddělení rehabilitace, FN Olomouc

⁴Institut molekulární a translační medicíny, Lékařská fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci

⁵Ústav lékařské chemie a biochemie, Lékařská fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci

Diskutovaný poster

Úvod: Postprostatektomická stresová inkontinence (PPI) je hlavní komplikací radikální prostatektomie (RP) pro lokalizovaný karcinom prostaty (KP). Prokázanou intervencí ke snížení intenzity PPI jsou cviky na podporu pánevního dna (PFMT). Intervence, která nebyla doposud studována, je suplementace beta-alaninu (β-Ala). β-Ala je jeden z celosvětově nejpoužívanějších sportovních doplňků, který zlepšuje výkon při cvičení. Cílem této studie bylo zhodnotit účinky dozorované PFMT doplněné užíváním beta-alaninu na návrat močové kontinence u pacientů po RP.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Pacienti s lokalizovaným KP splňující vstupní kritéria byli 1 : 1 randomizováni do skupiny intervenční (1,15 g β-Ala; 3 kapsle/den) a skupiny placebo (mikrokrystalická celulóza; 3 kapsle/den). Po 1 měsíci od randomizace byla provedena RP. V předoperační (1 měsíc) a pooperační době (6 měsíců) obě skupiny prováděly PFMT pod dozorem fyzioterapeuta, kdy byla také analyzována výdechová kapacita, rovnováha, držení těla a počet kroků denně. Dle protokolu studie byli sledováni (klinická vyšetření, dotazníková šetření, odběry, vložkové testy). Kontinence byla definována pomocí standardizovaného 1hodinového vložkového testu.

Výsledky: Od února 2020 do 2022 do studie vstoupilo 80 pacientů, 66 pacientů studii dokončilo (skupina intervenční (33) vs. placebo (33)). V základních charakteristikách ani v pooperačních datech se skupiny statisticky významně nelišily. Při porovnání skupin intervenční vs. placebo v modalitě močové kontinence v 6 týdnech (2/33 (6,1 %) vs. 5/32 (15,6 %); $p = 0,258$) v 3 měsících (8/33 (24,2 %) vs. 13/33 (39,4 %); $p = 0,29$) a 6 měsících (12/33 (36,4 %) vs. 20/32 (62,5 %); $p = 0,063$) po operaci nevedla suplementace ke statisticky významnému rozdílu. Na základě Coxovy regresní analýzy predikovala předoperační aktivita vyšší než 8 000 kroků denně 2× vyšší šanci na kontinenci ve všech bodech sledování (HR = 2,1; 95% CI = (1,02, 4,02), p -value = 0,025).

Závěr: Suplementace beta-alaninu a PFMT u pacientů po RARP nevede k dřívějšímu dosažení kontinence. Pacienti

s předoperační aktivitou vyšší než 8000 kroků denně mají více než 2x vyšší šanci na kontinenci než s aktivitou nižší.

Grantová podpora: Podpořeno z grantu studentské grantové soutěže UP IGA_LF_2022_031.

MULTIREZISTENTNÍ UROINFEKCE, BĚŽNÁ REALITA

Matoušková M.¹, Adámková V.², Čechová M.³

¹Urocentrum Praha

²ÚBLD Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha

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

Diskutovaný poster

Úvod: Komunitní infekce močových cest jsou po respiračních infekcích druhou nejčastější indikací k preskripci antimikrobiální léčby. Racionální léčba se znalostí lokální rezistence je v současné době nezbytností. Přesto stále bývají antibiotika nasazována bez uvážení, v nevhodném dávkování a spolu s nedostatečnou compliance nemocných bývají podkladem selekce rezistentních bakteriálních kmenů. Neúspěch a nedostatečná odpověď vede ke změně antimikrobiálního přípravku, často znovu bez znalosti mikrobiologického vyšetření.

Materiál a metody/Popis klinického případu: Laboratorní diagnostika je jedním z pilířů diagnostiky uroinfekcí. Mikrobiologické vyšetření umožňuje korekci empiricky zahájené léčby, objektivizaci odpovědi a znalost rezistence v příslušné oblasti. Hodnotíme 320 kultivačně pozitivních nálezů při vyšetření komunitních močových infekcí, kdy byl biologický materiál odebrán před zahájením antimikrobiální léčby. Pokud situace umožňuje, volíme k léčbě multirezistentních infekcí perorální antibiotika.

Výsledky: Hodnotíme 320 kultivačních průkazů uropatogenů v moči. Multirezistentních bylo 54 (17 %)! Dobrou citlivost si zachovává zejména nitrofurantoin, pivmecilin a fosfomycin, fluorochinolony lze podat spíše výjimečně. Krátkodobý režim je shodně účinný jako u běžných infekcí a prologování antimikrobiální léčby není účelné.

Závěr: Alarmující je nárůst IMC vyvolaných multirezistentními kmeny, častými původci jsou gramnegativní bakterie produkující různé typy širokospektrých betalaktamáz – ESBL, AmpC či karbapenemázy, které jsou schopny štěpit, a tím inaktivovat betalaktamová antibiotika, někdy i rezervní karbapenemy. Významným problémem je narůstající rezistence i na další běžná antibiotika, především cotrimoxazol a fluorochinolony.

Grantová podpora: Ne.

STANOVENÍ PŮVODCE AKUTNÍ PYELONEFRITIDY/KOMPLIKOVANÉ INFEKCE MOČOVÝCH CEST POMOCÍ DETEKCE BAKTERIÁLNÍCH METALOFORŮ

Hrbáček J.^{1,2}, Palyzová A.³, Pluháček T.³, Luptáková D.³, Havlíček V.³, Zachoval R.¹

¹Urologická klinika 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Urologické oddělení, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

³Laboratoř charakterizace molekulární struktury, Mikrobiologický ústav AV ČR, v. v. i., Praha

Diskutovaný poster

Úvod: Metalofory jsou nízkomolekulární sloučeniny vytvářené mikroorganismy za účelem vychytávání iontů železa, mědi a jiných kovů z organismu hostitele. Některé siderofory jsou tvořeny několika bakteriálními rody, jiné mohou být druhově specifické. Cílem bylo vyhodnotit využitelnost metaloforů pro určení vyvolávajícího agens akutní pyelonefritidy (AP) a komplikované infekce močových cest (cUTI).

Materiál a metody/Popis klinického případu: Populaci studie tvoří 3 skupiny pacientů: a) nemocní přijatí k léčbě AP nebo cUTI; b) ambulantně ošetřené pacientky s nekomplikovanou akutní cystitidou; c) pacienti přijatí k elektivní operaci s negativní močovou kultivací. Každému byl odebrán vzorek spontánní moče, který byl zpracován dvoustupňovou extrakcí kapalina-kapalina a vzniklé extrakty byly analyzovány za účelem detekce sekrece metaloforů technikou kapalinové chromatografie s vysoce rozlišenou hmotnostní spektrometrií (LC-MS). Stanovení celkových koncentrací Cu, Fe a Zn bylo provedeno po předchozím mikrovlnném rozkladu pomocí hmotnostní spektrometrie s indukčně vázaným plazmatem.

Výsledky: Do studie bylo zahrnuto 23 pacientů s AP/cUTI (průměrný věk $\pm$ směrodatná odchylka $52,8 \pm 18,2$ let), 31 žen s akutní cystitidou ($40,3 \pm 18,1$ let) a 61 kontrol ($58,2 \pm 16,5$ let). Kultivačně ve skupině AP/cUTI dominovala *E. coli* ($n = 11$) a *Klebsiella pneumoniae* ($n = 5$); u akutní cystitidy *E. coli* ($n = 19$) a *Staphylococcus saprophyticus* ($n = 5$); kultivace moči asymptomatických operantů byly negativní.

Prvková analýza odhalila klesající trend hladiny volných, tj. pro buňku dostupných kovů (Fe, Cu, Zn) v gradientu od AP/cUTI přes akutní cystitidu k asymptomatickým pacientům. Analogicky se snižovala aktivní sekrece metaloforů (Tab. 1). Nejaktivnějšími producenty sideroforů byly kmeny *Klebsiella* ($n = 3/5$ pacientů; 60 %).

Závěr: Pomocí LC-MS lze v moči pacientů s AP/cUTI detekovat bakteriální metalofory u třetiny nemocných, u pacientů s akutní cystitidou u šestiny z nich.

Grantová podpora: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní Thomayerova nemocnice – FTN, 00064190) a Grantová agentura České republiky (21-17044S).

Tab. 1. Množství volných iontů kovů ve vzorcích moči u pacientů ve sledovaných skupinách

Experimentální skupina	koncentrace (µg/mmol kreatininu) ±			sekrece sideroforů
	SD			n (%)
	Cu	Fe	Zn	
akutní	12,3	259,1	93,7	
pyelonefritida/komplikovaná	±	±	±	7 (30,4 %)
infekce močových cest	11,8 4,7	542,6 138,2	70,9 63,8	
akutní cystitida	± 4,0 2,2	± 210,8 80,3	± 64 55,2	(16,1 %)
asymptomatický pacient	± 1,6	± 189,9	± 26,4	1 (0,02 %)
SD – směrodatná odchylka				

Česká urologie

CZECH UROLOGY



Časopis České urologické
společnosti ČLS JEP