
XII. KONGRES ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI A SLOVENSKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ

Praha 24.-25. dubna 1998

konaný při příležitosti 650. výročí založení Univerzity Karlovy

Pořádá

Urologická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
a Katedra urologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Pod patronací

prof. JUDr. Karel Malý, DrSc., rektor Univerzity Karlovy v Praze
doc. MUDr. Petr Hach, CSc., děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
MUDr. Vladimír Říha, náměstek primátora hlavního města Prahy
MUDr. Martin Holcát, ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
MUDr. Jaroslav Pečenka, ředitel institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Organizátor

Urologická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
a Katedra urologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Generální sponzor

Synthélabo Pharmaceutica s. r. o.

Hlavní sponzoři

Laboratoires Fournier s. r. o., Pfizer s. r. o., Zeneca (CZ) s. r. o., Abbott Laboratories s. r. o.,
Olympus s. r. o., Chemapol Group a.s., Kovo a.s.

Ostatní sponzoři

Coherent s. r. o., Coloplast, Yamanouchi Europe B.V., Schering s. r. o., Krka, Schering-Plough,
Pasteur Merieux Connaught, Bard - MSM s. r. o., Boehringer Ingelheim s. r. o., Pierre Fabre,
SCA Mölnlycke s. r. o., ČSA, Pliva, Slovenské léčebné kúpele a.s., Turčianské Teplice, Nippon Kayaku

Vědecký program

Pátek 24. 4. 1998

Sál A

Zahájení

Moderátoři: Braze J., Dvořáček J., Hanuš T.

1. Debruyne F. M. J.:

Treatment of superficial bladder cancer: presence and future

Sál A

Sekce I/II - Povrchové nádory močového měchýře I

Moderátoři: Babjuk M., Ondruš D.

2. Ondruš D., Hornák M., Bárdoš A., Goncalves F., Džurný O., Bujdák P., Breza J., Ondruš B., Galbavý Š.:
Histopatologické charakteristiky nádoru močového mechúra vo vzťahu k prežívaniu pacientov

3. Babjuk M., Janotová D., Dvořáček J., Povýšil C., Jarolím L., Novák J.:

Prognostický význam P-53, bcl-2 a Ki-67 u povrchových nádorů močového měchýře

4. Babjuk M., Slavkovská E., Cejnarová J., Ibrahim Z., Dvořáček J.:

Nádory močového měchýře - vrozené nebo získané onemocnění?

5. Ackermann R.:

Role of molecular biology in the diagnosis of bladder cancer - Are there perspectives for new treatment options?

6. Kasprzak J., Niezgodą T., Szydelko T., Zdrojowy R.:

The prognostic value of the AgNOR method (Argentophilic nucleolar organiser regions) In superficial bladder cancer (poster)

7. Marberger M.:

New approaches to less invasive detection of transitional cell carcinoma

8. Matoušková M., Hanuš M., Masopust J., Řehák J.:

Stanovení TPA v moči. Význam v diagnostice a sledování tumoru močového měchýře

Sál A

Sekce II - Diagnostika a léčba ženské inkontinence

Moderátoři: Hanuš T., Švihra J.

9. Melchior H.:

Urinary incontinence in the elderly - a challenge for the urologists

10. Artibani W.:

Diagnostic and therapeutic algorithm in female stress incontinence

11. Zámečník L., Matoušková D., Hanuš T., Janský M., Novák K.:

Využití cystografie v předozadní projekci v diagnostice stresové inkontinence moči (poster)

12. Zátura F.:

Význam ultrasonografie pro léčbu ženské inkontinence

13. Švihra J:
Diagnostika a liečba urgentnej inkontinencie u žien
14. Schultz-Lampel D.:
Physiotherapy and biofeedback in the management of urge incontinence
15. Lachváč L., Valanský L., Schneider H.:
Porucha vyprazdňovania močového mechúra u žien - diagnostický a terapeutický problém
16. Janský M., Hanuš T., Zámečník L., Povýšil C., Janotová D.:
Diagnostika a terapie intersticiální cystitidy - průběžné hodnocení grantu IGA MZ ČR č. 4190-3

Sál A

Sekce III - Rekonstrukce (exstrofie) neurogenních poruch močového měchýře u dětí

Moderátoři: Kočvara R., Martinčok D.

17. Svitač J., Kliment J., Javorka K.:
Urologický skrining u novorodence (poster)
18. Snyder H. M.:
Exstrophy of the urinary bladder: management and quality of life
19. Dvořáček J., Kočvara R., Kříž J., Dítě Z.:
Extrofie močového měchýře: retrospektivní studie
20. Stefan H.:
Augmentační cystoplastika u dětí
21. Doležel J.:
Konverze Cuneovy derivace v anální kontinentní nízkotlaký ileální rezervoár - tříletá zkušenost (poster)
22. Novák I., Stefan H., Janoušková L.:
Urodynamické vyšetření augmentovaných měchýřů u dětí (poster)
23. Novák K., Kočvara R., Dítě Z., Dvořáček J., Kříž J.:
Chirurgická úprava výtokového kontinentního mechanismu u dětí a dospívajících (poster)
24. Zerhau P., Mráz J., Hnilička B.:
Kontinentní derivace moči u dětí. 7-leté zkušenosti (poster)

Sál B

Sekce IV - Varia

Moderátoři: Köhler O., Mikloši M.

25. Švihra J., Javorka K., Kliment J., Svitač J.:
Ochabnutý mechúr alebo subvezikálna obštrukcia u mužov s BHP
26. Švihra J., Eliáš B., Kliment J., Lupták J.:
Obštrukcia krčka močového mechúra u mladších mužov (poster)
27. Fiala R., Domes L., Zátūra F.:
Význam aktivní rehabilitace svěrače při zajištění včasné kontinence po radikální prostatektomii
28. Zdrojowy R., Lorenz J., Dembowski J., Niezdoga T., Kasprzak J., Szydelko T., Kolodziej A.:
The surgical results of radical retropubic prostatectomy (poster)
29. Wozniak S. P., Oronska A., Lorenz J., Luczak J.:
Pain in urological oncology: pathogenesis, clinical aspects and treatment by WHO ladder (poster)

30. Leidl B., Kindermann G., Hofstetter A.:
Extensive dorsal bladder resection - anatomical and clinical studies
31. Petřík A., Novák J.:
Ureteroskopie v terapii iatrogenních poranění ureteru: Výsledky 28 pacientek (poster)
32. Petřík A., Novák J., Fiala M.:
Role stentingu po nekomplikované ureteroskopii: Retrospektivní přehled 305 případů (poster)
33. Čermák A., Pacík D., Doležel J., Hanák T., Peška J., Sedláček J., Turjanica M., Vít V.:
Zhodnocení výsledků transrektální biopsie prostaty (poster)
34. Kubíček V.:
Andrologie, gynekologie a reprodukční medicína (poster)
35. Kočí K., Lachman M., Mayer Z., Jarolímková K., Mrázek M., Teplá O., Míka J., Hybnerová L.:
Mikrochirurgická léčba mužské neplodnosti - dvouleté zkušenosti (poster)

Sál A

Sekce V - Neurogenní dysfunkce

Moderátoři: Doležel J., Valanský L.

36. Van Kerrebroeck P.:
Neuromodulation and neurostimulation
37. Doležel J., Ženíšek J.:
Výsledky léčby mikčních dysfunkcí pomocí EMG biofeedbacku svalstva dna pánevního
38. Valanský L., Kurcinová Z., Nagy V., Lachvác L.:
Operační léčba urologických komplikací u myelodysplázie
39. Dítě Z., Dvořáček J., Kočvara R., Hanuš T., Kříž J.:
Spinální dysrafizmy a inkontinence moče u dětí, naše zkušenosti a výsledky léčby (poster)
40. Ženíšek J., Doležal J.:
Komplexní péče o pacienty s neurogenním měchýřem z pohledu urologa (poster)
41. Lachvác L., Valanský L., Iláš M., Šulla I.:
Poruchy močení po operaci medzistavcových platniček (poster)

Sál B

Sekce VI - Video

Moderátoři: Morávek P., Urban M.

42. Snyder H.:
Total one-stage repair of exstrophy
43. Perovič S. V., Djordevič M. Lj., Djaković N.:
The penile disassembly technique in hypospadias repair
44. Jarolím L., Babjuk M., Hanuš T., Janský M., Grim M., Naňka O., Povýšil C.:
Neovezika u ženy
45. Perovič S. V., Stojanski K.:
Dilating of urethra and urinary stomas: is it necessary?
46. Hanuš T., Zámečník L.:
Intersticiální cystitida
47. Navrátil P., Vraný M.:
Lymfokéla po transplantaci ledviny a její řešení

Sál A
Sekce I/II – Povrchové nádory močového měchýře II
Moderátoři: Babjuk M., Ondruš D.

48. Van der Meijden A. P. M.:
Practical approaches to the prevention and treatment of adverse reactions to BCG
49. Babjuk M., Dvořáček J.:
BCG v léčbě povrchových nádorů močového měchýře
50. Bárdoš A., Hornák M.:
Intravezikální profylaxia povrchových nádorů močového mechúra. Výsledky po 3-ročnom sledovaní.
51. Pacík D., Vít V., Doležel J., Turjanica M.:
Intravezikální imunoterapie povrchového karcinomu močového měchýře BCG vakcínou – zkušenosti s aplikací u 60 pacientů
52. Fiala M., Starczewski J., Petřík A., Ženíšek J.:
Intravezikální BCG terapie recidivujících Ta-T1 G2 karcinomů močového měchýře
53. Zámečník L., Babjuk M.:
Zhodnocení léčby povrchových nádorů močového měchýře intravezikálními instilacemi mitomycinu
54. Hanuš M., Matoušková M., Řehák J.:
Interstudie I-188 vliv jednorázového podání MMC na délku beznádorového intervalu u nemocných s povrchovým nádorem močového měchýře. Multicentrická randomizovaná studie.

Sobota 25. 4. 1998

Sál B
Intersticiální cystitida
Moderátoři: Hanuš M., Artibani W.

- a) Epidemiologie intersticiální cystitidy
- b) Diagnostika intersticiální cystitidy
- endoskopická a histopatologická kritéria
- c) Léčba intersticiální cystitidy
- perorální
- instilační
- chirurgická
- d) hodnocení grantu IGA MZ ČR 4190-3

Sál A
"AUA Lecture"
Moderátoři: Hanuš T., Dvořáček J., Breza J.

55. Snyder H. M.:
Antenatal hydronephrosis: what laboratory research has taught concerning etiology

Sál A
Sekce VII/I - Rekonstrukce a náhrady močového měchýře I
Moderátoři: Jarolím L., Breza J.

56. Jarolím L.:
Substituce močového měchýře
57. Stenzl A.:
Orthotopic bladder replacement in female
58. Lampel A.:
Techniques of continent cutaneous urinary diversion
59. Palascak P., Urban M., Baitler T., Zachoval R., Bouchareb M., Memetaux M., Henry P. Ch.:
Význam radikální cystektomie v léčbě infiltrativního nádoru močového měchýře. Derivace dle Camey I, Camey II, Wallace a Indiana pouch.
60. Zátura F., Fiala R., Pernička J.:
První zkušenosti s kontinentní cystostomií tubulizovaných lalokem z detruzoru (poster)

Sál A
Sekce VII/II
Moderátoři: Jarolím L., Breza J.

61. Lupták J., Kliment J., Eliáš B., Tomaškin R.:
Súčasnú techniku ureteroileálnej anastomózy pri ortotopických náhradách mechúra a jej komplikácie
62. Borkowski A.:
Isolated ileal Studer type segment in the treatment of postradiation vesico-vaginal fistula
63. Breza J., Bujdák P., Goncalves F., Mikloši M., Bárdoš A., Vávrová D., Payer J.:
Použitie segmentu žalúdka pre rekonštrukciu dolných močových ciest
64. Hanuš T., Novák J., Dvořáček J.:
Augmentační ureterocystoplastika
65. Morávek P., Hafuda A.:
Komplikace po cystektomii s kontinentní derivací pro karcinom močového měchýře
66. Mansson W.:
Metabolic complications of the intestinal bladder
67. Mikloši M., Štefančík J., Goncalves F. M., Bárdoš A., Hladík M., Breza J.:
Metabolické poruchy po rekonštrukčných operáciách dolných močových ciest
68. Babjuk M., Ibrahim Z., Jarolím L., Hanuš T., Janský M.:
Kontinentní derivace a jejich vliv na kvalitu života
69. Fiala R., Janík M., Zátura F.:
Kontinence a kvalita života u nemocných po cystektomii se střešní derivací

Sál A
Sekce VIII - Léčba infiltrujících nádorů močového měchýře
Moderátoři: Novák J., Kliment J.

70. Boccon-Gibod L.:
The role of radical surgery in the treatment of bladder cancer
71. Althaus P.:
Surgical treatment of invasive bladder cancer

72. Novák K., Babjuk M., Jarolím L., Hanuš T., Novák J., Dvořáček J.:
Radikální cystektomie v léčbě nádorů močového měchýře (poster)
73. Sedláček J., Doležel J., Pacík D.:
Léčba sterkorálních píštělí po radikální cystektomii pro infiltrující karcinom močového měchýře (poster)
74. Novák K., Babjuk M., Zámečník L., Jarolím L., Hanuš T., Novák J., Dvořáček J.:
Srovnání klinického a patologického stádia nádoru močového měchýře u pacientů indikovaných k cystektomii
75. Fiala R., Zátura F., Reif R., Brázda B.:
Význam transvezikální ultrasonografie při vyšetření karcinomu močového měchýře
76. Kisbenedek L.:
Presence and perspectives of bladder sparing approach in the treatment of invasive bladder cancer
77. Novák J., Babjuk M., Dvořáček J., Jarolím L., Hanuš T.:
Nové preparáty pro systémovou léčbu nádorových onemocnění močového měchýře
78. Ondruš D., Hornák M., Bárdoš A., Goncalves F., Džurný O., Bujdák P., Breza J., Ondruš B., Galbavý Š.:
Dlhodobé výsledky neo-adjuvantnej chemoterapie infiltrujúceho karcinómu močového mechúra
79. Rovný F., Kotek V., Rovný A., Řehořek P., Tesařík Z.:
Totální pánevní exenterace (poster)
80. Martinčok D., Riznič P., Oravkinová I., Sokol L., Bálinová E., Čislák I.:
Dva případy rabdomyosarkómu močového mechúra v detskom veku (poster)

Nediskutovaný poster

81. Kladenský J., Pacík D., Čermák A., Turjanica M.:
Nifuratel v léčbě akutní nekomplikované uroinfekce

Sál A Balíček na cestu

- Vít V.: Povrchové nádory močového měchýře
Navrátil P.: Infiltrující nádory močového měchýře
Fiala R.: Inkontinence
Mikloši M.: Neurogenní dysfunkce
Doležal J.: Vrozené vady močového měchýře
Janský M.: Ortotopické náhrady močového měchýře
Bujdák P.: Heterotopické náhrady močového měchýře
Nagy V.: Cystitis
Sabra R.: Varia

Pátek 24. 4. 1998

Téma: Onemocnění močového měchýře a varia

Moderátoři: Kočvara R., Dítě Z., Ibrahim Z.

I. Nádory močového měchýře

1. Ibrahim Z.:

Nádory močového měchýře, diagnostika a léčba

2. Slavkovská E., Cejnarová J.:

Dispenzarizace a ambulantní péče o pacienty s nádory močového měchýře

3. Fuchsová Š., Stulíková M.:

Ošetrovatelská problematika u pacientů s cystoplastikou

II. Poruchy funkce močového měchýře

4. Dítě Z.:

Poruchy funkce močového měchýře

5. Muselová J., Kočvara R.:

Ošetrovatelská péče po gastrocystoplastice

6. Kocábová R., Kříž J.:

Mikční a reziduální profil u nemocných s dysfunkcí močového měchýře

7. Csicselyová R., Uhrová M., Doležal J.:

Úloha sestry při náviku správného močení u dětí

III. Varia

8. Strnadová A.:

Ošetrovatelské standardy

9. Štěpánková I.:

Pravda na nemocničním lůžku

Abstrakta

► 1. TREATMENT OF SUPERFICIAL BLADDER CANCER: PRESENCE AND FUTURE

Debruyne F. M. J.

► 2. HISTOPATOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY NÁRODU MOČOVÉHO MECHÚRA VO VZŤAHU K PREŽÍVANIU PACIENTOV

D. Ondruš, M. Horňák, A. Bárdoš, F. Goncalves, O. Džurný, P. Bujdák, J. Breza, B. Ondruš, Š. Galbavý

Urologická klonika LFKU a IVZ, Dérerova NsP, Ústav patologickej anatómie FN, Bratislava

Úvod a ciele: Nádory močového mechúra sú heterogénnym ochorením s rôznym morfológickým obrazom. Cieľom štúdie bolo posúdiť histopatologické charakteristiky tejto malignity a zhodnotiť ich vzťah k prežívaniu pacientov.

Materiál a metódy: Analyzuje sa súbor 1055 pac. S nádorom močového mechúra (1968-1997), ktorých histologický materiál sa získaval pomocou TUR. Pac. Sa hodnotia podľa pohlavia, veku, typu a vzhľadu nádoru, podľa gradingu a stagingu v korelácii s ich prežívaním.

Výsledky: V súbore je 823 (78%) mužov a 232 (22%) žien (pomer M-Ž: 3,5:1). Najviac, 34,5% pac. je vo vekovej skupine 60-69 rokov. Vzhľad nádoru: papilárny má 685 (64,9%), solidný 234 (22,2%), zmiešaný 134 (12,7%) a neurčený 2 (0,2%) pac. Histologický typ: nádor z prechodného epitelu (prípadne s metapláziou) má 1020 (96,7%) pac., epidermoidný typ nádoru má 12 (1,1%), žľazový 5 (0,5%), a neurčený typ 18 (1,7%) pac. Grading: papilóm (GO) sa zistil u 46 (4,4%)pac., karcinóm G1 299 (28,3%), G2 570 (54 %), G3 120 (11,4%), a nediferencovaný 20 (1,9 %) pac. Hĺbka invázie: pTa 420 (39,8%) pac., pT1 285 (27%), pT2 109 (10,3%), pT3 195 (18,2%), pT4 2 (0,2%) a u 44 (4,2%) pac. Bola nehodnotiteľná. Tieto charakteristiky sa korelovali s prežívaním pacientov.

Záver: Rôzne črty nádorov močového mechúra majú rozdielny prognostický význam vzhľadom na tendenciu k recidívam, lokálnej progresii či k metastazovaniu, čo má vplyv na prežívanie pac. Podľa týchto poznatkov sa rozhoduje o vhodnej liečbe.

► 3. PROGNOSTICKÝ VÝZNAM P53, BCL-2 A KI-67 U POVRCHOVÝCH NÁDORÚ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk, D. Janotová, J. Dušková, J. Dvořáček, C. Povýšil, L. Jarolím, J. Novák

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

Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Stanovení prognózy onemocnění je výchozím bodem v léčbě pacientů s povrchovými nádory močového měchýře. Máme k dispozici řadu prognostických ukazatelů (stupeň histologické diferenciace, rozlišení formy Ta a T1, četnost nádorů a frekvence recidiv), které nám pomohou definovat rizikové skupiny vyžadující úzkostlivější sledování a agresivnější léčbu. Individuální průběh onemocnění v konkrétním případě však předpovědět nelze. Nejnovější pokroky v oblasti molekulární biologie naznačily roli onkogenů a tumor supresorových genů (TSG) v procesu vzniku i dalšího průběhu malignity. Při vyšetření tkáně nádorů močového měchýře byly pozorovány odchylky u řady z těchto genů, přesná korelace s klinickým průběhem a prognostický význam však zatím stanoveny nebyly.

Z celé řady TSG je velmi často diskutován gen p53, jehož porucha zřejmě hraje klíčovou roli v procesu progresu řady maligních onemocnění. Patologický proteinový produkt, tvořený při poškození p53, lze imunohistochemicky stanovit. Nadměrná aktivace onkogenu bcl-2 byla poprvé popsána v souvislosti s hematologickými nádory, uplatňuje se však s největší pravděpodobností cestou inhibice apoptózy i u dalších malignit. Ki-67 je proliferační marker. Tento protein je produkován během buněčného cyklu a lze jej proto zachytit pouze v dělících se buňkách. Umožňuje nám tak vyjádřit proliferační aktivitu tkáně.

Metoda a výsledky: Imunohistochemicky, pomocí monoklonálních protilátek, vyšetřujeme přítomnost p53, bcl-2 a Ki-67 v histologických preparátech pacientů s povrchovými nádory močového měchýře. Diskutujeme metodiku vyšetření a interpretaci nálezu z pohledu patologa. Hodnoceny jsou nálezy v preparátech získaných transuretrální resekci u 15 nemocných v letech 1992 až 1995. U jednoho muže, u kterého nádor během dalšího sledování progredoval a generalizoval, jsme pozorovali výraznou pozitivitu všech sledovaných parametrů, u nemocných bez následné recidivy byly nálezy negativní nebo slabě pozitivní.

► 4. NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE - VROZENÉ NEBO ZÍSKANÉ ONEMOCNĚNÍ?

M. Babjuk, E. Slavkovská, J. Cejnarová, Z. Ibrahim, J. Dvořáček

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Epidemiologické studie prokázaly roli řady faktorů při vzniku uroteliálních nádorů močového měchýře. Obviňovány jsou hlavně kouření a profesionální expozice látkám ze skupiny aromatických aminů. Výzkum v oblasti molekulární biologie prokázal vznik genetických lézí vlivem zmíněných kancerogenních podnětů, obnovil však také otázku existence vrozených dispozic a tedy familiárního výskytu uroteliálních nádorů.

Metodika: Pacientům s nádorem močového měchýře a stejnému počtu nemocných s nenádorovým onemocněním jsme položili otázky týkající se kouření, pracovní anamnézy a výskytu uroteliálních, případně jiných malignit v příbuzenstvu. Hodnotíme odpovědi 98 pacientů v obou skupinách.

Výsledky: Ve skupině nádorů měchýře bylo 65 mužů a 33 žen ve věku 45 až 86 let (průměrný věk 67,7 roku). Pacientů, kteří kouří nebo v minulosti kouřili bylo v této skupině 74,5 %, což převyšuje obdobný údaj ve skupině kontrolní i odhady počtu kuřáků v naší populaci. U silných kuřáků (nad 250.000 celkově vykouřených cigaret) jsme zaznamenali vyšší počet infiltrujících nádorů (31,2 %), než u nekuřáků (8,7 %). Rovněž průměrný počet recidiv povrchových nádorů byl u silných kuřáků vyšší (4,2 oproti 1,8).

Dvě ženy léčené pro nádor měchýře uvedly stejné onemocnění u jednoho z rodičů, třetí u prababičky (příčemž babička i matka zemřely na gynekologické nádory). U další pacientky jsme zaznamenali uroteliální nádor u bratrance. Naopak v kontrolní skupině nebyl uroteliální nádor v příbuzenstvu pozorován.

Závěr: Naše výsledky potvrzují etiologický vliv kouření cigaret na vznik nádorů močového měchýře. V souhlase s jinými publikovanými studiemi naznačují i možnost sporadického familiárního výskytu, zvláště u žen. Rozpoznání charakteru a genetického podkladu případné dědičnosti si vyžádá další epidemiologické i molekulárně biologické studie.

► 5. ROLE OF MOLECULAR BIOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF BLADDER CANCER - ARE THERE PERSPECTIVES FOR NEW TREATMENT OPTIONS?

R. Ackermann, D. Makri, B. J. Schmitz-Dräger, S. Clasen, M. O. Grimm, W. A. Schulz

Urologische Klinik, Heinrich Heine - Universität, Düsseldorf, Germany

Detection of mutated p53 can aid therapeutic decisions in bladder cancer, since up to 60 % of advanced urothelial cancers contain mutations in this gene and accumulation of mutant protein in a subset of early stage tumours indicated a worse prognosis. WAF1/p21 is a target gene for p53 that is not infrequently altered in urothelial cancers, but P21 expression is often low in advanced tumours.

Urothelial carcinoma cell lines almost invariably carry mutated p53 genes. Most express P21, but at a low level. These cell lines were used to explore the potential of p53 and p21 gene transfer for treatment of bladder cancer. Transfection of wild-type p53, but not mutant p53 under the control of the strong CMV promoter efficiently and rapidly induced apoptosis in all six urothelial carcinoma cell lines tested. Transfection of p53 under the control of the inducible metallothionein MT-1 promoter permitted isolation of stably transfected clones from some cell lines. Induction of p53 in these cell clones by treatment with ZnCl₂ induced P21 protein and elicited cell cycle arrest. Overexpression of P21 by transfection with a CMV-p21 construct also induced cell cycle arrest effectively, but no apoptosis signs were detected. Contrasection of a CMV-p21 antisense with a p53 overexpression construct did not inhibit p53-induced apoptosis. Taken together, the data indicate that P21 may mediate p53-induced cell cycle arrest, but is probably dispensable for p53-induced apoptosis. For gene therapy of bladder cancer, overexpression of P53 appears to be more promising than overexpression of P21. An important prerequisite for p53-based gene therapy of bladder cancer is now the development of efficient in-vivo vectors.

► 6. THE PROGNOSTIC VALUE OF THE AGNOR METHOD (ARGENTOPHILIC NUCLEOLAR ORGANISER REGIONS) IN SUPERFICIAL BLADDER CANCER (POSTER)

Kasprzak J., Niezgoda T., Szydelko T., Zdrojowy R.

University of Medicine, Department of Urology, Wroclaw, Poland

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: The following study is an attempt to evaluate the probability of recurrence of the transitional cell carcinoma of the bladder by means of the AgNOR method. The method is also used to assess the probability of the infiltration of the bladder wall in the course of the disease.

MATERIAL AND METHODS: The examination comprises 125 pts who were diagnosed with the superficial bladder cancer for the first time in the period from 1980 to 1993. All of them underwent the transurethral resection of the bladder tumour in the Urological Department of Wroclaw Medical Academy. Observation period varied from 6 to 150 months. Section of the tumour were fixed in paraffin and stained in such a way (AgNOR method) as to reveal the fragments of the nucleolus responsible for the uncontrolled proliferation of the tumour. In the microscopic examination these fragments appeared as black granules. They were analysed with the aid of a computer in order to recognize features characteristic of different forms of neoplasms (non-recurrent, recurrent, invasive).

RESULTS: The AgNOR method made it possible to show that the greater amount of tiny argentophilic granules was typical of recurrent and invasive tumours as compared with non-recurrent and non-invasive neoplasms, for which the granules, of that type were fewer.

CONCLUSIONS: The AgNOR method is of fundamental importance in the evaluation of the superficial cell carcinoma of the bladder. The sensitivity, specificity and prognostic value of the method was over 80 %. The number of AgNORs in the nucleolus as well as the degree of their dispersion proved to be significant in the evaluation of the prognostic value.

► 7. NEW APPROACHES TO LESS INVASIVE DETECTION OF TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Marberger M.

► **8. SIGNIFICANCE OF TPA LEVEL IN URINE FOR DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP OF BLADDER CANCER**

M. Matoušková, M. Hanuš, J. Masopust*, J. Řehák**

UROCENTRUM Praha, *Dept.of Nuclear Medicine, Na Homolce Hosp., **CSaC

High recurrence rate and multicentric location are typical features of superficial bladder tumours. Cystoscopy does not mostly reveal submacroscopical lesions which can later on penetrate into deep layers.

To discover such lesions cytology and tumour markers as TPA, TPS, CYFRA 21-1 are employed.

In the group of 86 patients TPA, cytology and urine microbiology has been examined and findings compared each other.

TPA level grew up significantly in presence of severe infection. In tumours without concomitant infections TPA level was not significantly elevated.

It was concluded that TPA sensitivity is not sufficient enough to give a chance to estimate tumour biological potential

► **9. URINARY INCONTINENCE IN THE ELDERLY - A CHALLENGE FOR THE UROLOGISTS**

Melchior H.:

Kassel, Germany

The increasing socio-economic impact of urinary incontinence in the elderly is primarily a result of the ageing of the general population. In 1990 in Germany, the ratio of senior citizens over the age of 65 to the working population aged 21-64 was 1:4,00; whereas in the year 2030 the ratio will change to 1:2,26. Bladder dysfunction with urinary incontinence represents one of the most frequently observed health problems in the ageing. Out of the 3.7 million people in Germany who are in need of treatment or support for urinary incontinence, 2 million are above 60 years of age. This represents 11 % of all senior citizens. In the age group above 80 years, it is 30 %. Incontinence is presently the most frequent diagnosis leading to admission to nursing homes in Germany. More than 50 % of the residents of geriatric facilities suffer from urinary or fecal incontinence. The situation in other industrialised nations is comparable.

Seventy-five percent of the incontinent population in Germany are cared for at home, whereas 25 % live in geriatric facilities. At present, the German federal health insurances spend more than 2 billion DM annually for outpatient treatment and care of incontinent patients, as well as appliances. In addition, it is estimated that at least the same amount is paid for the care of incontinent people in nursing homes. Germany can expect 3 million incontinent senior citizens by the year 2030 unless specific public awareness and education programs, as well as professional education and research contributions, are able to reverse the trend. That is a challenge for the urologists!

► **10. DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ALGORITHM IN FEMALE STRESS INCONTINENCE**

Artibani W.

Chair of Urology, University of Modena, Italy

DIAGNOSIS

Structured symptoms evaluation (LUTS sexual, colorectal)

Quality of Life (general, disease-specific)

Micturition diary (3 days)

Pad Test (???)

Structured Physical Examination

Mental motivation, mobility, manual dexterity (POTTI test)

Neuro-urological exam

Stress Test / Residual

Genital Prolapse (Half-way system; ICS system)

Vaginal fascial defects

Physiatric exam (PC test; endurance)

Proctologic exam

WHEN NO GENITAL PROLAPSE OR MINOR PROLAPSE

- pelvic floor exercises (+ - biofeedback + - electrical stimulation) failure or dissatisfaction or inapplicable

- INSTRUMENTAL EVALUATION

Perineal sonography

Cystourethrography (Olesen)

Subtracted provocative cystometry pressure/flow, UPP Valsalva LPP

- GENUINE STRESS INCONTINENCE - Bladder Neck Suspension

Burch (suprapubic laparoscopic) + - prophylactic maneuvers

- INTRINSIC SPHINCTER DEFICIENCY

(PCUM < 30 cm H₂O; VLPP < 60 cm H₂O)

- intra-urethral bulking injection / pubovaginal sling / (artificial sphincter)

WHEN SIGNIFICANT GENITAL PROLAPSE ASSOCIATED

- surgical treatment of the genital prolapse (suprapubic, vaginal, mixed, laparoscopic) + anti-incontinence procedures as needed.

General philosophy female stress incontinence is an expression of pelvic floor dysfunction.

► 11. VYUŽITÍ CYSTOGRAFIE V PŘEDOZADNÍ PROJEKCI V DIAGNOSTICE STRESOVÉ INKONTINENCE MOČI

L. Zámečník, D. Matušková, T. Hanuš, M. Janský, K. Novák
Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Řetízková laterální uretrocystografie je i přes rozšíření ultrazvukové diagnostiky na mnoha pracovištích rutinní vyšetřovací metodou při diagnostice stresové inkontinence moči u žen. Slouží k posouzení morfologie baze močového měchýře, zadního uretrovezikálního úhlu, inklinčního úhlu a polohy uretrovezikální junkce vzhledem k pevným strukturám pánve. Technika cystografie v předozadní projekci a bez použití kovového řetízku zaváděného do močové trubice využívá hodnocení stresové inkontinence podle stupně descenzu uretrovezikální junkce vzhledem ke skeletu pánve. Rozlišuje se několik typů defektů pánevního dna a tedy i příčin stresové inkontinence - typ I a II (hypermobilita uretry) a typ III (insuficience vnitřního svěrače).

Soubor nemocných a metodika: Od května do prosince 1997 bylo na našem pracovišti vyšetřeno oběma metodami 30 žen se stresovou inkontinencí. Provedli jsme porovnání výsledků a jejich interpretaci s ohledem na typ defektu a korelaci mezi oběma vyšetřeními a vyšetřením urodynamickým (profilometrie).

Výsledky: V souboru jsme zaznamenali všechny tři typy RTG obrazu. Cystografii v předozadní projekci hodnotíme jako jednodušší způsob nahrazující řetízkovou cystografii a konkurující diagnostice ultrazvukové. Metoda je minimálně invazivní, ekonomicky nenáročná, s dobře interpretovatelnými výsledky a spolehlivým indikačním závěrem k operaci či jiné léčbě. Limitujícím faktorem pro toto vyšetření je větší cystokéla. Korelaci mezi jednotlivými typy defektu a hodnotami při profilometrii jsme neprokázali.

Závěr: Na základě těchto výsledků jsme zavedli cystografii v předozadní projekci do rutinního užití v diagnostickém algoritmu při stresové inkontinenci.

► 12. VYUŽITÍ ULTRASONOGRAFIE PŘI DIAGNOSTICE INKONTINENCE U ŽEN

F. Zátura, Urologická klinika FN v Olomouci

Při vyšetření inkontinence je důležitá informace o anatomických poměrech dolních močových cest, a to zejména o poloze spodiny měchýře a o tvaru hrdla močového měchýře. Standardní metodou vyšetření dolních močových cest je řetízková cystourethrografie, která je nejen vyšetřením invazivním, ale zatěžuje nemocnou i radiací.

Výhodnou alternativou je transvaginální endosonografie snímačem s podélnou rovinou řezu, s osou roviny řezu skloněnou od osy snímače. Vhodná frekvence snímače je mezi 5 - 7 MHz. Pacientka je vyšetřována v gynekologické poloze s mírně naplněným močovým měchýřem. Hodnotíme tvar spodiny měchýře a úhel, který snímá uretra a spodina měchýře. K orientaci slouží i hyperechogenní stěna symfýzy. Vyšetření provádíme vždy v klidu a při mikčném úsilí. Při poklesu spodiny hrdla měchýře ve vztahu k symfýze a otevření hrdla s vyrovnáním uretrovezikálního úhlu indikujeme závažnou operaci.

Transvaginální sonografii využíváme i peroperačně ke kontrole míry závěsu hrdla měchýře.

Další aplikaci sonografie je i předoperační vyšetření, kdy kromě rutinního vyšetření horních močových cest atřeme i po divertiklech uretry.

Transvaginální endosonografie je jednoduchá metoda k zobrazení anatomie dolních močových cest. Její výhodou je minimální zátěž pro nemocnou, jednoduchá metodika vyšetření i interpretace výsledků.

► 13. DIAGNOSTIKA A LIEČBA URGENTNEJ INKONTINENCIE U ŽIEN

J. Švihra

Urologická klinika JLF UK, Martin, Slovenská republika

Ciel: Stanovenie výskytu urgentnej inkontinencie v ženskej populácii s ohľadom na diagnostiku a liečbu

Klinický súbor a metódy. V roku 1997 sme vyšetrili 153 žien s močovou inkontinenciou s priemerným vekom 47 rokov, rozsah 20 až 79 rokov. Do súboru boli zahrnuté ženy bez neurogénnych porúch a predchádzajúcej chirurgickej liečby. Pacientky boli vyšetrené dotazníkom urgencie (maximum 35 bodov), urodynamickým vyšetrením so zameraním na stabilitu mechúra a únik moču sme diagnostikovali plienkovým testom. Pri podozrení na urgenciu malo pacientky vyšetrenie datazníkom a nomogramom BUS. Liečba urgentnej inkontinencie spočívala v podávaní oxybutynínu pod kontrolou BUS.

Výsledky: Inkontinenciu sme nenašli v 25 prípadoch (16%), stresovú inkontinenciu rôzneho stupňa v 66 prípadoch (43%), urgentnú inkontinenciu v 32 prípadoch (21%) a zmiešanú v 30 prípadoch (20%). Nestabilný mechúr sa vyskytoval v 23 prípadoch (15%) a senzorická urgencia v 39 prípadoch (26%). Zmiešaná inkontinencia mala pozitívny plienkový test vo všetkých prípadoch, naopak urgentná inkontinencia mala test pozitívny iba u 5 pacientiek. Pacientky s urgentnou inkontinenciou dostávali oxybutynín. Priemerné skóre BUS signifikantne pokleslo z 0,77 na 0,53 a rovnako skóre urgencie kleslo z 13 na 5 bodov. Ptretrvávanie ťažkostí bolo v 6 prípadoch (19%).

Záver: Diagnostika urgentnej inkontinencie je komplexná s využitím štandardných urologických, neinvazívnych a invazívnych vyšetrení. Terapia oxybutynínom je úspešná vo väčšine prípadov.

► 14. PHYSIOTHERAPY AND BIOFEEDBACK IN THE MANAGEMENT OF URGE INCONTINENCE

SCHULTZ-LAMPEL D.

Department of Adult & Pediatric Urology, Klinikum Wuppertal, University of Witten/Herdecke, Wuppertal, Germany

Conservative treatment options like physiotherapy, biofeedback or electrical stimulation are recommended first line treatment of both sensory and motor urge incontinence.

Behavioral modification comprises analysis and alteration of the relationship between the patient's symptoms and his/her environment in order to treat maladaptive voiding patterns. The simplest method is the frequency / volume chart which is usually combined with conditioning therapy like timed or prompted voiding, toilet training or bladder training, which aim in progressively increasing the voiding intervals. Subjective success rates range between 44 % and 97 %. Biofeedback training is a form of learning or reeducation in which the patient receives feedback or information about a normally unconscious physiological process, which is made available as a visual, auditory or tactile signal. Improvement of symptoms has been reported in 30-75 % of the patients.

In the last 10 years, different techniques of electrical stimulation of the nerves of the pelvic organs have been used to influence lower urinary tract dysfunction.

External temporary stimulation with external stimulators and external or intracavitary probes should be offered the patients first. According to Lindström, vaginal stimulation induces activation of pelvic afferences resulting in excitation of hypogastric nerve activity, reflex inhibition of pelvic nerve activity and pelvic floor contraction - all three mechanisms resulting in detrusor relaxation. Subjective success rates in urge incontinence range between 52-100 %.

When stimulation is successful, but patients do not comply to external stimulation, implantation of a sacral neurostimulator may be indicated.

In those patients a percutaneous test stimulation (PEN) is performed, which is successful in 38%-90% of patients with urge incontinence. In these patients, a permanent sacral foramen neuromodulator is implanted either uni- or bilaterally in the S3 foramina. Success rates range between 42%-88%. According to our experimental studies, sacral nerve stimulation activates pudendal afferences resulting in reflex excitation or inhibition of the bladder, both effects being dependent on stimulation frequencies and intensities.

However, although clinical results of the different physiotherapeutic modalities are good, therapeutic success is extremely dependent on patient's motivation, understanding of the technique and compliance to a long-term treatment.

► 15. PORUCHA VYPŘÁZDŇOVANIA MOČOVÉHO MECHÚRA U ŽIEN - DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ PROBLÉM

L. Lachváč, L. Valanský, H. Schneider

Urologická klinika FnsP, Košice

Cieľom štúdie bolo určiť príčiny vedúce ku poruche vyprázdňovania močového mechúra (m.m.) u žien, zhodnotiť výsledky diagnostických postupov a liečby.

Pacienti a metodika. V rokoch 1996 a 1997 bolo na urologickej klinike FnsP v Košiciach urodynamicky vyšetrených 15 žien vo veku 21-76 (priemer 47) rokov s poruchou vyprázdňovania m.m. Retrospektívne boli analyzované výsledky vyšetrení a liečby.

Výsledky: U 8 pacientiek bola stanovená príčina poruchy vyprázdňovania m.m. (4x neurologická, 2x stenóza uretry, 1x diabetes mellitus, 1x stav po radikálnej hysterektómii) u 7 pacientiek sa nepodarilo určiť príčinu. Reziduálny moč pred liečbou bol v rozsahu 30 - 1500 (priemer 250) ml. Liečba bola úspešná u 10 (mikčná edukácia a hyperdivulzia uretry u 5, v kombinácii s farmakologickou liečbou u 5) pacientiek, u ďalších 5 bola nutná intermitentná (3 pacientky) resp. trvalá (2 pacientky) katetrizácia.

Záver: Autori zdôrazňujú nutnosť včasnej diagnostiky a liečby stenózy uretry u žien a pátranie po reziduálnom moči u žien s opakovanými uroinfekciami a dysurickými obtiažami. Mikčná edukácia spolu s hyperdivulziou uretry na 39 Charr sa osvedčili ako prvé a často jediné kroky v liečbe porúch vyprázdňovania m.m. u žien.

► 16. DIAGNOSTIKA A TERAPIE INTERSTICIÁLNI CYSTITIDY - PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ GRANTU IGA MZ ČR Č. 4190-3

M. Janský, T. Hanuš, L. Zámečník, C. Povýšil*, D. Janotová*

Urologická klinika VFN a 1.LF UK, Praha

* II. patologicko-anatomický ústav VFN a 1.LF UK, Praha

Cíl studie: Incidence intersticiální cystitidy (IC) celosvětově stoupá. Cílem studie prováděné v rámci grantu IGA MZ ČR č. 4190-3 je specifikovat racionální komplexní diagnostický postup, stanovení optimálního terapeutického plánu a dlouhodobé sledování pacientů s IC.

Pacienti a metody: V období od února do prosince 1997 bylo s podezřením na IC vyšetřeno 46 pacientek ve věku od 22 do 85 let. Průměrná doba trvání obtíží byla 51 měsíců. Všem pacientkám bylo provedeno standardizované urodynamické vyšetření podle klasifikace International Continence Society. V celkové anestézii byla všem nemocným změřena kapacita močového měchýře a vyhodnocena přítomnost jizev, ulcerací nebo glomerulací a jejich četnost. Dále následoval odběr studené biopsie ze stěny měchýře na histologické zpracování. Kritéria výběru léčby vycházela z posouzení míry subjektivní symptomatologie, urodynamického nálezu, endoskopického nálezu a histopatologického závěru. V případě nejmírnějšího klinického stadia je indikována orální nebo subkutánní farmakoterapie - skupina "I.". Byla-li léčba po šesti týdnech bez efektu, indikovali jsme terapeutickou distenzi močového měchýře v celkové anestézii a pokračovali jsme desetitýdenní aplikací heparinu intravezikálně. Nenastalo-li do 2-3 týdnů po ukončení intravezikální aplikace heparinu zlepšení, zařadili jsme pacienty do skupiny "III.", ve které je indikována chirurgická léčba.

Výsledky a hodnocení: Klinická diagnóza IC byla potvrzena biopticky u 39 ze 46 vyšetřených patientek (84,8 %). Léčeno bylo 32 patientek, z nich devět (28,1 %) pouze farmakoterapií (skupina I). Do II.skupiny bylo zařazeno 17 patientek (53,1 %) léčených intravezikálními instilacemi heparinu. Šest patientek bylo zařazeno do III.skupiny již primárně (18,8 %), dalších pět patientek bylo do této skupiny zařazeno po přehodnocení efektu terapie ze skupiny II, celkem tedy 11 patientek (34,4 %). V I.skupině bylo s úspěchem léčeno sedm patientek (77,8 %), ve II.skupině osm patientek (47,1 %). Ve III.skupině hodnotí operační výkon jako úspěšný devět patientek (81,8 %). Celková úspěšnost terapie ve všech třech skupinách byla 75 %.

Diskuze a závěr: Intersticiální cystitida je závažné, pacienty i jejich okolí vysoce frustrující onemocnění, které v průběhu svého vývoje výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života pacientů jak z hlediska zdravotního stavu, tak sociálních vztahů.

V našem souboru je patrný posun v zařazení patientek směrem k invazivnější terapii: 71,8 % sledovaných patientek se podrobilo instilační nebo operační terapii. Poměrně vysokou celkovou úspěšnost terapie (75 %) přisuzujeme přesnější diagnostice, kvalitnímu histopatologickému vyšetření, komplexnímu terapeutickému postupu a koncentraci pacientů s podezřením na IC na jednom pracovišti.

► 17. UROLOGICKÝ SKRÍNING U NOVORODENCA

J. Svitač, J. Kliment, K. Javorka

Urologická klinika MFN a JLFUK Martin

Slovenská republika

V roce 1991 sme vykonali urologický skrínig u všetkých novorodencov narodených v MFN Martin. Výsledky sme porovnali s vyšetreniami v roku 1997. V roku 1991 bolo v MFN živonarodených 1742 detí, z toho 928 (52,9%) dievčat, 814 (46,7 %) chlapcov. V roku 1997 bolo živonarodených len 1220 detí, dievčat bolo 556 (45,6%), chlapcov 664 (54,4%). V oboch rokoch sme aspexiou a palpačne vyšetrili vonkajší genitál novorodených chlapcov a diagnosticky sme riešili všetky pre a postnatálne sonograficky zistené anomálie urogenitálneho systému. V roku 1991 sme zachytili hydronefrózu 7 obličiek u 5 detí (0,3%). V roku 1997 bol podobný nález na 44 obličkách u 34 detí (2,8%). V prvom roku štúdie sme diagnostikovali retenciu testis (RT) u 14 chlapcov (2,2 %), v roku 1997 bola RT u 10 chlapcov (1,5%). Hydrokela bola zjavná v prvom súbore u 7 (0,9%), v druhom u 27 chlapcov (4,0%). Hypospádia bola prítomná v oboch rokoch u 3 chlapcov, čo predstavuje zhruba rovnaké percentuálne zastúpenie 0,4%. Vrodené anomálie urogenitálneho systému patria medzi časté nálezy u novorodencov. Okrem ultrasonografie je potrebné aj starostlivé vyšetrenie vonkajšieho genitálu.

► 18. EXSTROPHY OF THE URINARY BLADDER: MANAGEMENT AND QUALITY OF LIFE

Snyder H. M.

Professor of Surgery in Urology University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, PA

This presentation will review the development of surgical treatment of exstrophy and epispadias at the Children's Hospital of Philadelphia. New developments including the total one-stage newborn reconstruction will be discussed. The functional rehabilitation of the urinary tract and the rationale for creating a working bladder early in life is a hallmark of the current approach. A review of the outcome of previous approaches to this difficult clinical spectrum of problems will be given. A brief review also of the continent reconstruction that may be required of the lower urinary tract when rehabilitation of the exstrophic bladder early in life does not succeed will also be given to complete the presentation.

► 19. EXSTROFIE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE: RETROSPEKTIVNÍ STUDIE.

Jan Dvořáček, Radim Kočvara, Jan Kříž a Zdeněk Dítě

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Exstrofie močového měchýře (EMM) zůstává i nadále jednou z nejzávažnějších vrozených vad, vyžadující náročnou rekonstrukci. Je problémem zdravotním, sociálním i ekonomickým. V České republice se rodí každý rok stále asi 14 dětí s EMM. Přes pokrok v operační technice i pooperační péči se osud nemocných zlepšil je nepatrně a většina z nich zůstává invalidních. Neexistuje jednotný přístup k této anomálii, u každého případu je nutné volit individuální řešení. V poslední době se prosazuje tendence operovat bezprostředně po narození. Její hlavní předností je velká odolnost novorozence a odpadnutí nutnosti provedení osteotomie. U starších se nyní provádí přední osteotomie. Diskutabilní zůstává zda plody s prenatálně diagnostikovanou extrofií neindikovat k interupci.

Od roku 1982-XII/1997 bylo vyšetřováno a léčeno 27 pacientů, 17 chlapců (63 %) a 10 dívek. 21 z nich bylo operováno na našem pracovišti. Všichni podstoupili rekonstrukční výkon ve věku tří dnů až 72 měsíců. U 16 (59 %) z nich provedena primární rekonstrukce močového měchýře, u 9 (33 %) byl vytvořen Gersunyho mechýř a 2 pacienti podstoupili ureterosigmoideostomii. U 6 (22 %) z 15, u kterých bylo hrdlo rekonstruováno, byla úprava hrdla provedena v jedné době s primární rekonstrukcí. U 9 (33 %) provedena následně augmentace močového měchýře (5 gastrocystoplastik). Rekonstrukce kontinentního mechanismu byla provedena ve věku 3 dnů až 236 měsíců. U 5 provedena appendiko-vesikostomie podle Mitrofanoffa, u 2 plastika podle Younga-Deese-Laebettera. U 7 (26 %) provedena antirefluxová plastika. U 8 (30 %) došlo k dehiscenci rány, 1 novorozenec exitoval (sekce prokázala oboustrannou dysplazii ledvin). U 4 provedena heterotopická a u 4 ortotopická sekundární rekonstrukce měchýře. U 6 pacientů operovaných primárně na jiných pracovištích provedena konverze z Gersunyho operace na sigma-rectum pouch.

Doba sledování je 7 měsíců až 15 let. Hodnoceno 26 nemocných (1 exitoval). Dilatace HMC zjištěna u 12 %. Pooperační reflux prokázán u 15 %. Ataku akutní pyelonefritidy prodělalo 6 (23 %). U 5 (19 %) nalezeny pyelonefritické změny. Jeden chlapec (4 %) je v chronické renální insuficienci. Pozitivní kultivaci moče má 8 (50 %) ze skupiny ortopické rekonstrukce. Plně kontinentních je 12 (46 %), kontinence do 2-3 hodin je u 9 (35 %), 5 (19 %) je inkontinentních. Osm (31 %) užívá spasmolytika (Oxybutinin), 5 (19 %) Adiuretin. Intermitentní katetrizace je prováděna u 12 (46 %). Spokojenost rodiny s výsledky léčby (hodnoceno u 24) je úplná u 11 a částečná u 13 nemocných. Výsledky kontinence se příliš neliší v obou skupinách (ortotopická a heterotopická rekonstrukce) i spokojenost pacientů a rodičů je přibližně stejná.

Prezentovaný soubor trpí ze statistického hlediska malým číslem pacientů. Přesto výsledky jsou srovnatelné s předními světovými pracovišti. Nemocní s EMM představují speciální problematiku a měli by být soustředěni dle našeho názoru do 2-3 center, která mají příslušnou erudici. Jen tak lze očekávat zlepšení léčebných výsledků. Určitou naději poskytují i povzbudivé výsledky tkáňového inženýrství.

► 20. AUGMENTAČNÍ CYSTOPLASTIKA U DĚTÍ

H. Stefan

Urologická klinika FN, Hradec Králové

Augmentační plastika byla indikována pro dysfunkci močového měchýře a uretry s progredujícím postižením horních močových cest a ledvin a s inkontinencí moče u 16 dětí ve věku 3,5 až 16 roků v letech 1992-1997.

Cystoplastika byla založena u 8 dětí s neuropatickým měchýřem (myelodysplasie), po neúspěšné konzervativní léčbě, u 7 pacientů s exstrofickým močovým měchýřem při jeho dysplastickém základu, nebo při malém non-kompliantním měchýřem po neúspěšné funkční rekonstrukci a u 1 chlapce a 1 muže s dysfunkčním měchýřem následkem chlopni zadní uretry ("valve bladder").

Enteroplastiky kulovitě tvaru byly vytvořeny z detubulovaného rekonfigurovaného segmentu ileocaeca (7), ilea (9) a esovitěho tračníku (1).

Kontinentní mechanismus byl proveden klasickou plastikou podle Younga-Deese-Leadbettera (10) a způsobem dle Kroppa-onlay (2).

Enterocystoplastiky s velkou kapacitou, nízkým intravezikálním tlakem a dobrou kompliancí ovlivnily příznivě regresí předoperačních městnavých změn a IMC u 8 operovaných a u 15 ze 17 pacientů bylo dosaženo úplné kontinence moči.

► 21. KONVERZE CUNEOVY DERIVACE V ANÁLNÍ KONTINENTNÍ NÍZKOTLAKÝ ILEÁLNÍ REZERVOÁR - TŘÍLETÁ ZKUŠENOST

Jan Doležal

Urologická klinika, FNŠP Brno

V roce 1911 popsal Cuneo modifikaci Gersunyova rektálního měchýře: aborální konec exkludované kličky ilea vyvedl análním sfinkterem ventrálně od rekta na perineum, do orálního konce ilea všíl močovody. Vznikl perineální ileální měchýř. Dva ze třech pacientů přežili operaci, avšak za cenu trvalé inkontinence moči.

Z okresní urologie byl na kliniku předán 27-letý pacient, s vrozenou exstofií močového měchýře, s anální kontinentní derivací moče, provedenou v prvním roce života, považovanou za ureterosigmoidostomii, po mnoha plastických operacích stěny břišní a penisu. Řadu let nebyl urologicky ani nefrologicky kontrolován. Trpěl subkorigovanou hyperchloremickou metabolickou acidózou, nefrologem považovanou za tubulární renální acidózu, levostrannou odlitkovou infekční ureterolithiasou, obostrannou hydroureronefrosou na podkladě obostranné stenózy ureterointestinální anastomózy a krom toho nekorigovanou typickou deformitou penisu s urethrou vyústěnou na jeho kořeni.

Bylo provedeno odborné urologické vyšetření, včetně kolonoskopie, při které gastroenterolog nenalezl ureterální ústí. Po téměř kompletní perkutánní litholapaxi nefrolithiasy byla revidována derivace. S překvapením bylo zjištěno, že pacient má provedenou perineální ileostomii asi 20 cm dlouhým segmentem preterminálního ilea, do jehož orálního konce bylo pravděpodobně všito trigonum dle Maydla. Oba močovody byly v intramurální oblasti stenotické. V místě ureterointestinální anastomózy nebyly nalezeny žádné premaligní ani maligní buněčné změny, sliznice ilea vykazovala typickou atrofii.

Exkludované ileum bylo orálně v délce asi 15 cm detubularizováno a augmentováno 30-ti cm detubularizovaného ilea v "S" konfiguraci. Do takto vytvořeného rezervoáru byly všity dilatované močovody "split-cuff nipple" technikou. Pacient se zhojil bez komplikací. Je komplexně sledován po 3 roky od operace. Parametry renálních funkcí jsou v normálních mezích, metabolická acidóza během roku téměř odezněla, na vylučovací urografii vymizel reflux moči do tračníku, kontinence pacienta se posdatně zlepšila: udává mírný únik moči ve spánku asi dvakrát do měsíce. Za sledované období neprodělal žádnou ataku pyelonefritidy. Pacient absolvoval bez dalších komplikací falo- a urethroplastiku.

Dle našich znalostí dlouhodobé zkušenosti s Cuneovou derivací nebyly v literatuře popsány. Provedená nízkotlaká modifikace snad může sloužit jako model možného typu derivace. Nepřítomnost maligních změn v oblasti ureterointestinální anastomózy za 27 let od operace může potvrdovat hypotézu, že interpozice segmentu ilea mezi ureter a kolon má dlouhodobý protektivní význam.

► 22. URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ AUGMENTOVANÝCH MĚCHÝŘŮ U DĚTÍ

I. Novák, H. Stefan, L. Janoušková
Urologická klinika, FN Hradec Králové

Autoři v práci hodnotí výsledky urodynamických vyšetření u provedených augmentačních cystoplastik v letech 1993-1997. Vyšetřeno 14 dětí (9 děvčat, 5 chlapců) ve věku 2,5-15 let. Nejkratší doba sledování po operaci byla půl roku.

Vyhodnoceny urodynamické nálezy plnicí cystometrie, P/Q studie a profilometrické křivky. Porovnány urodynamické nálezy se subjektivním hodnocením pooperačních výsledků operovanými nebo jejich rodiči. Urodynamické výsledky dosažené kontinence a kapacity vytvořených rezervoárů jsou veskrze dobré. S výjimkou jednoho nemocného, kde rodiče udávají přetrvávající inkontinenci pooperačně, je subjektivní hodnocení uzavíráno jako výborné, významně zlepšující kvalitu života.

► 23. CHIRURGICKÁ ÚPRAVA VÝTOKOVÉHO KONTINENTNÍHO MECHANISMU U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

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

V letech 1986-1997 byla provedena chirurgická úprava výtokového kontinentního mechanismu - tj. plastika či uzávěr hrdla močového měchýře u 29 inkontinentních dětí a dospívajících ve věku 3-18 let.

U 14 pacientů byla provedena augmentace měchýře před či zároveň s chirurgickým výkonem na hrdle, u 15 pacientů nebyla augmentace indikována.

Ve skupině augmentovaných byla základní diagnosa: neurogenní měchýř (9) a stav po rekonstrukci exstrofie měchýře (5), ve skupině bez augmentace: epispadie (9), krátká uretra (5), neurogenní měchýř (1).

Metody: U 26 pacientů byla provedena plastika hrdla močového měchýře: podle Young- Dees- Leadbettera (18), Turner Warwicka (4), Mitchella (2) a Kroppa (2). U 3 pacientů s gastrocystoplastikou po rekonstrukci měchýře pro exstrofii byl proveden uzávěr hrdla. Antirefluxní plastika močovodů byla provedena jen u pacientů s vezikoureterálním refluxem (12).

Výsledky: Po průměrné době sledování 45 (3-126) měsíců jsme zhodnotili kontinenci a stav horních močových cest u 26 pacientů (14 augmentovaných a 12 neaugmentovaných).

Ve skupině augmentovaných bylo dosaženo plné kontinence u 5 dětí (36%), významně zlepšené u 6 (43%), beze změny byli 3 (21%). Všichni byli na režimu čisté intermitentní katetrizace (ČIK).

Ve skupině neaugmentovaných bylo významné zlepšení kontinence u všech nemocných, z nichž u 5 (42%) bylo dosaženo plné kontinence. U žádného pacienta jsme nezaznamenali zhoršení renálních funkcí. Vezikoureterální reflux přetrvával u 5 pacientů.

Závěr: Chirurgické výkony na hrdle močového měchýře jsou významnou součástí řešení inkontinence u dětí a dospívajících s celkově dobrým výsledkem u téměř 90% pacientů.

► 24. KONTINENTNÍ DERIVACE MOČÍ U DĚTÍ. 7leté zkušenosti

P. Zerhau, J. Mráz, B. Hnilička
Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Brno

Od roku 1991 byla na uvedeném pracovišti u 20 dětí ve věku 4 - 16 let vytvořena kontinentní derivace moči u těchto základních onemocnění:

Neurogenní močový měchýř u meningomyelokély a DMO, exstrofie močového měchýře a stav po operaci pro atresii anu. Operováno bylo 11 děvčat a 9 chlapců.

Kontinentní (neo)vesikostomie byly konstruovány u ileocékálního rezervoáru (12x), ileální augmentace měchýře (5x), ileocékální enterocystoplastiky (1x) a neurogenní dysfunkce močového měchýře (2x). Bylo použito appendixu (15) a ilea (5x).

Autoři sledovali funkční stav ledvin a horních močových cest, vnitřní prostředí, hladinu B 12 a kyseliny listové. V přednášce hodnotí zejména spolupráci pacientů a jejich rodičů a vliv stomatu na psychosociální vývoj dítěte.

Komplikace mechanického charakteru se vyskytly 5x (stenosa a prolaps stomatu, inkontinence stomatu, perforace stěny rezervoáru), 3x vyžadovaly operační korekci. Konkrement v rezervoáru se vytvořil 1x. Komplikace ve smyslu nedostatečné aktivní spolupráce byla u jednoho staršího pacienta. Celkově autoři hodnotí zkušenosti s tímto typem derivace i u malých dětí jako velmi dobré.

► 25. OCHABNUTÝ MECHÚR ALEBO SUBVEZIKÁLNÍ OBŠTRUKCIA U MUŽŮV S BPH

J. Švihra, K. Javorka jr., J. Kliment, J. Svitač
Urologická klinika JLF UK, Martin, Slovenská republika

Ciele: Posúdenie vplyvu ochabnuté mechúra na diagnostiku a liečbu BPH

Klinický súbor a metódy: V prospektívnej štúdii sme vyšetrili 93 pacientov s primerným vekom 64 rokov (rozsah 55 až 83 r.). Vstupnými podmienkami boli: BPH s objemom väčším ako 25 ml a symptómy dolných močových ciest (DMC). Vylúčili sme pacientov s ochoreniami onkologickými, neurologickými, metabolickými ako aj užívajúcich lieky ovplyvňujúce DMC. Každý pacient mal vyšetrené skóre I-PSS, objem prostaty transrektálnou ultrasonografiou, maximálny prietok, reziudálny moč, faktor uretrálnej rezistencie (URA) a maximálnu kontraktilitu mechúra (Wmax).

Výsledky: Priemerný objem BPH dosiahol 32 ml (25 až 79 ml). Subvezikálnu obštrukciu sme diagnostikovali v 42 prípadoch (45%) z toho v 28 prípadoch (30%) bol maximálny prietok menší ako 10 ml/s a skóre I-PSS stredne závažné, ochabnutý mechúr bol v 20 prípadoch (22%). Chýbanie obštrukcie sme našli v 51 prípadoch z toho v 16 prípadoch (17%) bol maximálny prietok menší ako 10 ml/s a skóre I-PSS stredne závažné, ochabnutý mechúr bol v 25 prípadoch (27%).

Záver: Pri obštrukcii je liečba BPH kazuálna a môže obnoviť kontraktilitu mechúra, ktorá je sekundárne ochabnutá v polovici prípadov. Pri chýbaní obštrukcie sú zmeny v mechúre primárne a nezapríčiňuje ich BPH. Tretina pacientov s prietokom menším ako 10 ml/s nemá obštrukciu, ale ochabnutý mechúr.

► 26. OBŠTRUKCIA KRČKA MOČOVÉHO MECHÚRA U MLADŠÍCH MUŽOV

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

Urologická klinika JLF UK, Martin, Slovenská republika

Ciele: Určenie diagnostických kritérií pre chirurgickú liečbu obštrukcie krčka močového mechúra.

Klinický súbor a metódy: Od roku 1993 do 1997 sme retrospektívne analyzovali 20 pacientov s priemerným vekom 43 rokov (38 až 50 r.), ktorí boli neúspešne liečení konzervatívne pre chronickú abakteriálnu prostatitídu. Chýbanie infektu alebo iných urologických a neurogénnych ochorení v dolných močových cestách boli vstupnými kritériami do súboru. Zahrnutí pacienti mali iritácie aj obštrukčné symptómy. Všetci boli vyšetrení urodynamicky. Po potvrdení obštrukcie v oblasti krčka mechúra sme vykonali transuretrálnu incíziu krčka mechúra.

Výsledky: Subjektívne boli vo všetkých prípadoch viac ako dve nyktúrie, frekventné močenie a ochabnutý prúd pri močení. Pacienti dosiahli faktor uretrálnej rezistencie (URA) väčší ako 29 cm H₂O s maximálnym prietokom 8,0 ml/s. Včasné komplikácie incízie boli v jednom prípade (5%), kde pre hematúriu bola potrebná reoperácia. Rok po operácii došlo u všetkých pacientov k významnému subjektívnemu zlepšeniu a vymiznutiu subvezikálnej obštrukcie.

Záver: Indikáciou na invazívne urodynamické vyšetrenie sú funkčné ochorenia dolných močových ciest, ktoré sú rezistentné na konzervatívny postup. Pri potvrdení obštrukcie je metódou voľby transuretrálna incízia krčka mechúra.

► 27. VÝZNAM AKTIVNÍ REHABILITACE SVĚRAČE PŘI ZAJIŠTĚNÍ VČASNÉ KONTINENCE PO RADIKÁLNÍ PROSTATECTOMII

R.Fiala, L. Domes, F.Zátura

Urologická klinika Olomouc

Urologické oddělení Kroměříž

Autoři v prospektivní studii hodnotí dvě skupiny nemocných z celkem 50 nemocných po radikální prostatectomii. První skupina 15 nemocných cvičila svěrač uretry pomocí doporučených a kontrolovaných manévrů. Cvičení bylo zahájeno týden před radikální prostatectomií a pokračovalo až do vymizení inkontinence. Druhá skupina 35 nemocných byla léčena standardně jen s poučením a doporučením cvičení. I nemocní v této skupině udávají, že doporučená cvičení dodržovali. Kontinence u obou skupin nemocných byla podrobně hodnocena dotazníkem za 3, 6, 9 týdnů po operaci a poté každé 3 měsíce. Z výsledků vyplývá, že autotopognozie, vymizení nebo zlepšení noční inkontinence, inkontinence vleže, ve stoje a při změně polohy je signifikantně lepší u skupiny nemocných, kteří začali cvičit již před operací a jejich cvičení bylo kontrolováno lékařem.

► 28. THE SURGICAL RESULTS OF RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY (POSTER)

Zdrojowy R., Lorenz J., Dembowski J., Niezdoga T., Kasprzak J., Szydelko T., Kolodziej A.

Clinic of Urology, University of Medicine, Wroclaw, Poland

OBJECTIVES: To analyse the surgical results of radical retropubic prostatectomy (RRP) in our experience.

MATERIALS AND METHODS: 115 patients underwent RRP because of prostate cancer (PC) between 1990-1997. The age was 46-73 years (mean 62,2). The diagnosis was confirmed by Tru-Cut biopsy in 110 (95,6 %) and after TURP in 5 (4,4 %) patients. The pathological stage was: pT2 in 16 (13,9 %) and pT3 in 99 (86,1 %) men. The vesicourethral anastomosis was performed using Walsh technique in 75 (65,2 %) and with bladder neck preservation in 40 (34,8 %) patients. The patients with T3 had the neoadjuvant and with pT3 the adjuvant hormonal therapy.

RESULTS: The operation time was 2,5-5 hours, blood loss 300-2 500 ml. The bladder catheter was removed in 21st postoperative day. There was no intraoperative and postoperative (up to 30 days after the operation) mortality. The intraoperative complications which were the rectal injuries occurred in 2 (1,7 %) patients. The early postoperative complications (up to 30 days) were wound infection in 1 (0,9 %), wound dehiscence in 1 (0,9 %), rectourethral fistula in 1 (0,9 %), lymphocele in 4 (3,5 %), late haematoma in surgical field which needed surgical revision in 1 (0,9 %), scrotal oedema in 10 (8,7 %) and incidental drop out of the catheter in 2 (1,7 %) patients. As the late postoperative complications we noticed: complete urinary incontinence in 2 (1,7 %), stress incontinence in 4 (3,5 %), stenosis of vesicourethral anastomosis in 5 (4,3 %) and loss of potency in 108 (93,9 %) patients. The biochemical progression (elevated serum PSA) was observed in 10 (8,7 %), local progression in 3 (2,6 %) distant metastases in 5 (4,3 %) men. Three (2,6 %) patients died because of PC during the observation period.

CONCLUSION: The radical retropubic prostatectomy, even in locally advanced PC, is an effective and safe procedure.

► **29. PAIN IN UROLOGICAL ONCOLOGY: PATHOGENESIS, CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT BY WHO LADDER (POSTER)**

Wozniak S. P., Oronska A., Lorenz J., Luczak J.

Department of Urology; Palliative Care Team Wroclaw, Poland

INTRODUCTION & OBJECTIVES: Pain is common symptom for many people with urological cancer. Clinical experience suggest that optimal palliative care can effectively manage the symptoms of cancer patients during most of the course of the disease. The aim of this retrospective study was to assess the effectiveness and acceptability of management of pain in patients with malignant urological disease.

MATERIALS & METHODS: Wroclaw is big town in western Poland with over 600 000 inhabitants. During 1994 and 1995 years in our town 244 people died of urological cancers: 87 - ca renis, 70 ca prostate, 90 - ca vesicae urinariae. 65 of them was registrated in Palliative Care Unit of Oncology Centre for symptom control. We analysed data from all 65 urooncological patients. 7 of the history were uncompleted or time of care was too short.

RESULTS: Assessment of pain was based on VAS-visual analogue scale (0-10) and on 5-step verbal scale: 0-none, 1-weak, 2-moderate, 3- strong, 4- very strong. Evaluation of other symptoms such as nausea / vomiting, constipation, urine retention and confusion have been performed using 4- step verbal scale. Only 3 of 58 pts were free of pain and did not use any analgetics. 55 pts were in several pain (6-9 VAS) at the start of symptom therapy. 4 pts used only NSAID drugs (non-opioid) such Paracetamol in dose 500 mg every 4 hours. 14 pts used weak opioid Tramadol 50-100 mg every 4 hours orally. In 37 case cancer pain was treating with Morphine 10-300 mg every 4 hours orally. Good pain relief has been recorded in pts with moderate, strong and very strong and also in visceral, bone pain.

CONCLUSIONS: Pain in urological cancers responds to pharmacological measures, and successful treatment is based on simple principles that have been promoted by the World Health Organization. Oral administration of analgesis drugs is preferred, and analgesics are given regularly to prevent recurrence of pain. A step by step approach to choice of drug is recommended, based on the "analgesis ladder".

► **30. EXTENSIVE DORSAL BLADDER RESECTION - ANATOMICAL AND CLINICAL STUDIES**

Leidl B., Kindermann G., Hofstetter A.

► **31. URETEROSKOPIE V TERAPII IATROGENNÍCH PORANĚNÍ URETERU: VÝSLEDKY 28 PACIENTŮ**

Aleš Petřík a Jaroslav Novák

Urologické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, Česká republika

Úvod: Pacienti po neúspěšných pokusech o sondáž močového či instrumentaci konkrementu jsou často odesíláni do center zabývajících se terapií urolitiázy. Sdělení ukazuje roli ureteroskopie jako metody první volby v léčbě těchto případů.

Metody: U pacientů, kteří byli odesláni na naše oddělení po neúspěšném pokusu o instrumentaci ureteru, byla indikována ureteroskopie. V případě známek akutní infekce močových cest a současné obstrukce ureteru byla indikováno punkční nefrostomie jako primární léčba. Cílem vlastního výkonu bylo identifikovat ústí ureteru, nalézt jeho intaktní lumen a zavést vodič do ureteru. Bylo-li to technicky možné, byl odstraněn i konkrement. U všech pacientů při úspěšném provedení výkonu byl zaveden stent. V případě neúspěchu byla založena punkční nefrostomie.

Výsledky: Od června 1995 do března 1997 bylo provedeno 30 ureteroskopií u 28 pacientů s iatrogenním poraněním ureteru. Příčinou poranění byla sondáž močového v 15 případech (53%), pokus o stažení konkrementu Dormia košíčkem v 7 případech (25%), perforace močového uretroskopem v 3 případech (11%) a incize ureterálního ústí v 3 případech (11%). U 3 pacientů (10%) byla již dříve založena punkční nefrostomie. Zákrok nebyl úspěšný v 3 případech (10%), které byly řešeny založením nefrostomie. Během výkonu došlo jen k jedné komplikaci (3%) - perforaci ureteru vodičem. Po výkonu byly zaznamenány 3 komplikace (10%), teplota ve 2 případech a jedna striktura ureteru, která byla řešena následnou ureteroskopickou incizí. U 20 pacientů z 28 (71%) byl konkrement odstraněn již při první době výkonu, u 2 pacientů ureteroskopicky v druhé době, a u 6 pacientů byla provedena ESWL k odstranění konkrementu.

Závěr: Na základě našich výsledků můžeme říci, že ureteroskopie je efektivní a bezpečnou metodou první volby v terapii iatrogenních poranění močového, mimo pacientů s příznaky akutní infekce močových cest.

► **32. ROLE STENTINGU PO NEKOMPLIKOVANÉ URETEROSKOPII: RETROSPEKTIVNÍ PŘEHLED 305 PŘÍPADŮ.**

Aleš Petřík, Jaroslav Novák a Miloš Fiala

Urologické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, Česká republika

Úvod: Nutnost stentingu po nekomplikované ureteroskopii je stále kontroverzní. Tato studie byla provedena s cílem stanovit vliv stentingu na výskyt komplikací po ureteroskopii.

Metody: Ureteroskopie, provedené pro terapii ureterolitiázy, byly retrospektivně zhodnoceny. Všechny výkony byly provedeny v celkové nebo epidurální anestézii. K odstranění konkrementu byl užíván 3.5 Fr Dormia košíček. Balistický (Electro Kinetic Lithotripsy - EKL) přístroj byl užíván pro dezintegraci konkrementů. Pacienti byli stentováni 6 Fr stentem podle individuálního rozhodnutí operátora. Případy, kde došlo ke komplikacím během výkonu nebo neúspěchu terapie, byly vyřazeny. Výkony, podle užití či neužití EKL byly rozděleny do dvou skupin. Incidence pooperačních komplikací byla stanovena v každé z nich.

Výsledky: 380 ureteroskopií, provedených od června 1995 do března 1997, bylo zhodnoceno. 75 případů bylo vyloučeno pro kom-

plikace během výkonu (18), neúspěch výkonu (43) nebo relokaci konkrementu (14). Všechny výkony byly provedeny miniskopy o průměru 8 Fr (287 případů - 94%) nebo 10 Fr (18 případů 6 %). Celkem došlo k 26 komplikacím po výkonu (9 - teplota, 17 - renální kolika). Incidence komplikací pro každou skupinu je uvedena v tabulce. Ve skupině ureteroskopií s užitím EKL nebylo zaznamenáno statisticky signifikantního rozdílu mezi podskupinami ve velikosti a počtu konkrementů.

	Bez užití EKL			EKL užito		
	Komplikace	Celkem		Komplikace	Celkem	
Stent užit	10	85		3	90	
Bez stentu	10	112	n.s.	3	18	p< 0.05
Celkem	20	197		6	108	

Závěry: Nebylo shledáno statisticky významného rozdílu ve výskytu komplikací po výkonu ,mezi stentovanými a nestentovanými pacienty, když EKL nebyla užito. Při užití EKL byl vyšší výskyt komplikací i v nestentované skupině. Na podkladě těchto výsledků je vhodné stentovat pacienty po provedené balistické litotripsy.

33. ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY.

A. Čermák, D. Pacík, J. Doležel, T. Hanák, J. Peška, J. Sedláček, M. Turjanica, V. Vít
Urologická klinika FnsP Brno-Bohunice, Česká republika

V období od listopadu 1995 do prosince 1997 bylo na Urologické klinice v Brně provedeno 216 punkčních biopsií prostaty (PBP). Technika provedení byla transrektální biopsie pod ultrazvukovou kontrolou (TRUS) s vyšetřením ve dvou rovinách. Protože DRE, sérová hladina PSA a sonografické vyšetření nejsou specifické, je k potvrzení diagnózy karcinomu prostaty nezbytné histologické vyšetření.

Indikace k biopsii byla stanovena na základě palpačně abnormálního nálezu, zvýšené hladiny PSA nebo při suspektním sonografickém nálezu. Byla provedena sextantová biopsie, při nálezu hypoechogenní léze nebo při suspektním palpačním nálezu byly odebrány další vzorky z léze.

Studie zahrnuje 216 pacientů (prům. věk 68 let, v rozmezí od 46 do 84 let). Sledovány byly výsledky pozitivních histologických vyšetření ve vztahu ke zvýšenému PSA před biopsií (34%), ve vztahu k suspektnímu palpačnímu nálezu (14%) a suspektnímu nálezu TRUS (6%). Dále byli sledováni pacienti s opakovanou biopsií při elevovaném PSA.

Součástí zhodnocení je i výskyt komplikací hematurie 27%, enterorhagie 8%, haemospermie, febrilie, sepse, absces prostaty a vztah komplikací k následné hospitalizaci.

34. ANDROLOGIE, GYNEKOLOGIE A REPRODUKČNÍ MEDICINA

Vladimír Kubiček

Urologická klinika 1. LF UK v Praze

Centrum andrologické péče, České Budějovice, U tří lvů 4

Současný přínos andrologie v terapii infertility je dán jejím cílem: stanovení terapeutického programu infertilního páru v koordinaci s gynekologem a genetikem.

Nynější diagnostické možnosti vytváří efektivní algoritmus k podrobné diagnostice příčin mužské infertility na buněčné, chromozomální a mikromolekulární úrovni.

Mezi ně patří spermioqram dle WHO 92., počítačová analýza spermatu se stanovením celkové koncentrace funkčních spermií (TFSC), a podrobné hodnocení morfologie spermií podle Krugerových striktních kritérií s významem pro mikromanipulaci gametami a selekci spermie pro transfer.

Hormonální vyšetření má význam diagnostický i jako základ eventuální hormonální terapie.

Klinické vyšetření a neinvazivní zobrazovací metody navazují na laboratorní andrologické vyšetření.

Genetické vyšetření má stoupající význam, vzhledem k možnosti otcovství při použití mikromanipulačních technik i u těžkých poruch spermiogeneze, kde je v 10 - 20 % příčina infertility chromozomální s možností přenosu léze na potomka.

Smyslem těchto vyšetření je stanovení optimálního terapeutického postupu pro celý pár. Podle stupně postižení plodnosti partnerů je možné vytvořit "šachovnici neplodnosti" s 9 políčky a 5 skupinami pacientů. Může se vyskytnout libovolná kombinace stupně poškození reprodukčních funkcí u muže a ženy. U každé skupiny je odlišný diagnostický a terapeutický postup.

Terapie zaměřená na cíl: na základě podrobné diagnostiky je možná diferenciací terapeutických možností - kurativní terapie páru či bypass infertility ve formě asistované reprodukce. Hovořit o tom, že cílem terapie neplodného páru není asistovaná reprodukce, zní v této době, kdy asistovaná reprodukce prochází rychlým vývojem, dosti kacířsky.

Cílem však je poznání příčiny, a je-li to v možnostech medicíny, její odstranění - tedy kauzální terapie. Minimálně invazivní chirurgie a mikrochirurgie umožňují nový pohled na věc. Asistovaná koncepce představuje metodu velmi cennou i z hlediska základního výzkumu, neboť se v rámci vývoje nových metod objevují velmi důležité nové poznatky.

Diagnóza "idiopatické infertility" je označována jako diagnostické selhání.

U konkrétního páru je však nutná konkrétní léčba. Kombinace mužského a ženského faktoru je u každého páru jiná, důležité je i stáří ženy a možnost efektivní synchronní kurativní terapie gynekologického problému.

Ne vždy je technicky nejdokonalejší postup (sofistikované mikromanipulační techniky) nejlepší cestou k cíli. Facilitace transmise genetické léze těmito technikami je známa.

Stanovení terapeutického programu infertilního páru v interdisciplinární spolupráci vede ke vzniku nového oboru - reprodukční medicíny. Smyslem je racionální postup, a indikování té formy terapie, která má pro konkrétní pár nejlepší prognózu efektu při současně eliminaci facilitace transmise genetické léze, podmiňující infertilitu, na další generaci.

► 35. MIKROCHIRURGICKÁ LÉČBA MUŽSKÉ NEPLODNOSTI - DVOULETÉ ZKUŠENOSTI

K. Kočí, M. Lachman, Z. Mayer, K. Jarolímková, M. Mrázek, O. Teplá, J. Míka, L. Hybnerová
andromeda/ISCARE IVF, Praha

Metodou volby při léčbě mužské neplodnosti se v současné době staly mikrochirurgický odběr spermií (MESA - microsurgical epididymal sperm aspiration, resp. TESA - testicular sperm aspiration) a mikromanipulační technologie (TESE - testicular sperm extraction, ICSI - intracytoplasmic sperm injection). Hodnotíme zde soubor 61 pacientů ve věku 22-48 roků léčených těmito nejmodernějšími metodami na našem pracovišti v prvních dvou letech od jejich zavedení v únoru 1996.

Obstrukční azoospermii bylo dosud možno řešit rekonstrukční operací pouze v některých vybraných případech. Zavedením MESA (TESA) + ICSI se významně rozšířily možnosti léčby. Spermie pro ICSI jsme získali přímou mikrochirurgickou aspirací z tubulů nadvarlete či z rete testis ve všech těchto případech (n=26). Narodily se první čtyři děti v ČR, počaté na našem pracovišti kombinací metod MESA, resp. TESA + ICSI.

Příznivě pokračuje i dalších šest gravidit, takže jsme v této skupině dosáhli úspěšnosti 43,8%.

Testikulární azoospermie byla dosud neřešitelná, jediným východiskem byla donogenní arteficiální inseminace nebo adopce. Ani nepříznivý výsledek biopsie, ani více než 2,5x zvýšené hladiny FSH však nevylučují nalezení spermií použitelných pro ICSI. V této skupině (n=35) jsme získali spermie ve 48 % případů, narodilo se jedno zdravé dítě a úspěšně probíhají další tři gravidity u partnerek mužů s bioticky ověřenou zástavou zrání, resp. Sertoli cells only syndromem (!), dosažené na našem pracovišti kombinací metod TESE + ICSI. Úspěšnost naší léčby u této dosud zcela beznadějně skupiny infertilních mužů dosahuje 12%.

► 36. NEUROMODULATION AND NEUROSTIMULATION

VAN KERREBROECK P.

University Hospital Maastricht, Dept of Urology, Maastricht, The Netherlands

Chronic lower urinary tract dysfunction, such as urge incontinence, urgency-frequency syndromes and severe voiding problems are a challenging therapeutic problem. During the last decades, functional electrical stimulation has gained much interest in the treatment of lower urinary tract dysfunction. Neurostimulation applied to the third or fourth sacral foramen has been applied as a method to control functional lower urinary tract disorders. The mode of action of this so called "sacral neuromodulation" is still unclear but it is hypothesized that the electrical current modulates reflex pathways involved in the filling and evacuation phase of the micturition cycle.

Sacral neuromodulation is planned as a long-term treatment but patients are first tested by means of a temporary trial stimulation during 3 to 7 days. A wire electrode is placed in the vicinity of one of the sacral roots (S3 or S4) at the level of the sacral foramen and connected to an external stimulator. The sacral root at either site with the best clinical (subjective) or urodynamic response is selected and the intensity of the current adapted to the sensation of stimulation. Patients with a good clinical and urodynamic result can be candidates for a permanent implant that consists of an electrode surgically implanted in the selected foramen and connected to a pacemaker. Several reports indicate an overall success rate of 60 to 75% at initial trial stimulation. From the patients that underwent a permanent implantation, about 80% have a major benefit from the definitive procedure.

Neuromodulation is an effective treatment modality in patients with various forms of lower urinary tract dysfunction. This technology is a valuable addition to our treatment options in these difficult patients when conservative measures fail.

► 37. VÝSLEDKY LÉČBY MIKČNÍCH DISFUNKCÍ POMOCÍ EMG BIOFEEDBACKU SVALSTVA DNA PÁNEVNÍHO

J. Doležal, J. Ženíšek

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice

Úvod: detruzoro-sfinkterická dysfunkce je diagnostikována monitorováním EMG aktivity svalů dna pánevního v průběhu močení. V těchto případech je relaxace svalstva nesprávná a existuje zde nebezpečí vzniku funkční subvezikální obstrukce.

Monitorování EMG aktivity je rovněž používáno k léčbě této poruchy. Program biofeedbacku si klade za cíl navodit správnou relaxaci svalstva dna pánevního.

Metoda a materiál: v letech 1991-1996 bylo léčeno pomocí biofeedbacku 57 pacientů (50 děvčat a 7 chlapců, s průměrným věkem 8,5 roku). 48 pacientů mělo normální neurologický náález, jednalo se tedy o non neurogenní mikční dysfunkci. 9 pacientů splňovalo kritéria neurogenní poruchy měchýře (detruzoro-sfinkterická dyssynergie). Recidivující infekce močových cest (RIMC) byla přítomna u 32 pacientů. Únikem moče trpělo 35 dětí.

Po týdenní hospitalizaci probíhala léčba dále ambulantně. K nácviku byl používán urodynamický přístroj DANTEC 5000 a ke snímání EMG aktivity povrchové nalepovací elektrody. U všech pacientů byla sledována pitná a mikční karta, měřeno postmikční reziduum. Průměrná doba léčby byla 8 měsíců.

Výsledky: ve skupině non neurogenních poruch došlo k úpravě urodynamických náálezů u 45 dětí. Žádné z nich neprodělalo ataku IMC. 10 pacientů nadále trpí únikem moče, zvláště v nočních hodinách. Ve skupině neurogenních poruch došlo k úpravě urody-

namického nálezu pouze v jednom případě. Čistá intermitentní katetrizace byla zavedena u 8 dětí z důvodu významného objemu postmikčního rezidua.

Závěr: program biofeedbacku se jeví jako účinný způsob léčby u non neurogenních detruzoro-sfinkterických dysfunkcí provázených RIMC. Dle našich zkušeností je tato léčba neúčinná u neurogenní detruzorosfinkterické dyssynergie.

► 38. OPERAČNÁ LIEČBA UROLOGICKÝCH KOMPLIKÁCIÍ U MYELOYDYSPLÁZIE

L. Valanský, Z. Kurcinová, V. Nagy, Ľ. Lachvác

Urologická klinika FNŠP, Košice, Slovenská republika

Operačná liečba urologických komplikácií bola vykonaná u 36 (16 M, 20 Ž) zo 114 dlhodobo sledovaných pacientov s myelodyspláziou vo veku 7 mesiacov - 35 rokov (priem. 11,5 r.). U 27 pacientov s poruchou vyprazdňovania a 9 s poruchou uskladňovania moču boli vykonané: pre sekundárny VUR resp. Obštrukčný megaureter - reimplantácia močovodu u 8 pac., augmentácia mechúra u 8 (4x bez reimplantácie), výkony na zníženie uretrálnej rezistencie u 9 pacientov, derivačné operácie - vezikostómia 2, bilaterálna kruhová nefrostómia 1, kontinentný pouch 4, ileálny konduit 1. U 4 dievčat bola inkompetentná uretra liečená jej kompresiou pomocou fasciálnej slučky.

Vyliečenie bilaterálneho VUR, resp. zlepšenie kontinencie sa dosiahlo samotnou cystolitotómiou u 2 pacientov. Po operácii pokračovalo v intermitentnej katetrizácii 17 pacientov neurofarmaká užíva 25 pacientov. Po priemerne 53,8 mesačnom sledovaní sa dosiahla normalizácia alebo stabilizácia nálezu na horných močových cestách (HMC) v 81,5% minimálne 4 resp. 3-hodinový interval suchosti v 77,8%. 2 z 3 nefrektómií boli dôsledkom už ťažkých predoperačných zmien. Iba u 2 z 5 zomrelých boli príčinou smrti urologické komplikácie.

Závěry: operačná liečba urologických komplikácií vedie k dobrým liečebným výsledkom u podstatnej časti pacientov s myelodyspláziou. Hlavným limitujúcim faktorom úspešnosti liečby komplikácií na HMC je pokročilý stupeň poškodenia obličky. Najčastejšie ide o následok nevhodnej alebo neskoro započatej konzervatívnej liečby.

► 39. SPINÁLNÍ DYSRAFIZMY A INKONTINENCE MOČE U DĚTÍ. NAŠE ZKUŠENOSTI A VÝSLEDKY LÉČBY

Z. Dítě, J. Dvořáček, R. Kočvara, T. Hanuš, J. Kříž.

Katedra urologie IPVZ, Urologická klinika 1.LF UK, Praha, Česká republika.

Cíl studie: Při léčbě neurogenní dysfunkce močových cest dětí se spinálním dysrafizmem je cílem léčby dosáhnout co nejdokonalější kontinence, zabránit poškození horních močových cest a uchovat optimální renální funkce.

Pacienti a metoda: Od r.1987 do r.1995 jsme urologicky a urodynamicky vyšetřili před léčbou a po léčbě 20 pacientů (7 dívek 13 chlapců) se spinálním dysrafizmem a kompletní denní i noční inkontinencí. Věk pacientů, zařazených do studie, byl v době zahájení léčby 6 - 18 let.

Sedmnáct pacientů tvořilo skupinu s maximálním intravezikálním tlakem vyšším než 40 cm H₂O (při maximální kapacitě, při úniku moče). Patnáct pacientů bylo léčeno chirurgicky s následnou léčbou anticholinergiky a čistou intermitentní autokatetrizací. Dva pacienti byli léčeni chirurgicky bez farmakoterapie (jeden pacient na režimu intermitentní autokatetrizace) a tři pacienti čistou intermitentní katetrizací, anticholinergiky a úpravou pitného režimu.

Z operačních metod byla provedena ve 13 případech ileální augmentace, ve dvou případech augmentace lalokem ze sigmatu a ve dvou případech augmentace žaludečním lalokem. Čtyřem pacientům byl implantován arteficiální sfinkter, v šesti případech byla provedena plastika hrdla močového měchýře a v osmi případech Mitrofanoffova apendikovezikostomie.

Výsledky léčby: Pacienti byli dlouhodobě sledováni v intervalu 24 -120 měsíců (průměr 44 měsíců).

Léčbou bylo dosaženo snížení maximálních intravezikálních tlaků pod hranici 40 cm H₂O u 14 ze 17 pacientů. U dvou pacientů (jeden léčen konzervativně, jeden gastrocystoplastikou) léčba vedla ke snížení tlaků na hraniční hodnoty (43, resp. 50 cm H₂O), u jednoho nemocného dosaženo významného snížení intravezikálních tlaků (z 80 na 60 cm H₂O).

U všech pacientů bylo zaznamenáno výrazné zvýšení kapacity močového měchýře (z průměrné kapacity 123 ml na 381 ml).

Denní inkontinence se při léčbě zcela upravila u 12 pacientů, u osmi pacientů jsme dosáhli signifikantního zlepšení (kontinentní více jak 2 hodiny). Noční inkontinence byla kompletně vyléčena u šesti pacientů, 12 pacientů dosáhlo signifikantního zlepšení se sporadickým nočním únikem. Dva pacienti udávají noční inkontinenci v těžší intenzitě.

Závěr: Převážně chirurgickou léčbou inkontinence moče u dětí se spinálními dysrafizmy jsme dosáhli při dlouhodobém sledování zlepšení kontinence a urodynamických parametrů u téměř 90 % pacientů.

► 40. KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTY S NEUROGENNÍM MĚCHÝŘEM Z POHLEDU UROLOGA

J. Ženíšek, J.Doležal

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice

Úvod: S neurogenní poruchou močového měchýře bývá spojeno riziko postižení horních cest močových (HCM) a vznik problému s udržení či vyprázdněním moče. Komplexní diagnostika těchto poruch a kauzální léčba mohou toto riziko a problémy minimalizovat.

Pacienti a metody: V období let 1991 - 1997 bylo na urologickém oddělení Nemocnice Č. Budějovice sledováno 26 pacientů, s průměrným věkem 36 let (20-60 let), s neurogenní poruchou měchýře. Průměrná doba sledování byla 30 měsíců. Nejčastější příči-

nou neurogenní poruchy byla transversální léze míšní, u 14 pacientů (54%). Doba mezi vznikem této poruchy a komplexním urologickým vyšetřením byla průměrně 6 let.

Diagnostické postupy zahrnovaly anamnézu, mikční a pitnou kartu, vyšetření moče, izotopová a RTG vyšetření, urodynamiku. 20 (77%) pacientů bylo léčeno konzervativně (medikamenty, čistá intermitentní katetrizace), 6 (23%) pacientů podstoupilo operační léčbu (discize hrdla, sfinkterotomie, rekonstrukční výkony).

Výsledky : Po zavedení léčby nebyla zaznamenána žádná ataka pyelonefritidy, regrese infekcí močových cest (IMC) nastala v 78 % případů, sekundárního vezikoureterálního refluxu (VUR) v 91% případů, pouze v 6% případů přetrvávala inkontinence moče, symptomy dolních cest močových (LUTS) byly dále udávány v 27 % případů.

Závěr : Správná léčba neurogenní poruchy měchýře má význam pro úpravu inkontinence i LUTS, a tím významně zlepšuje kvalitu života pacientů. Značně snižuje výskyt IMC a sekundárního VUR, čímž minimalizuje riziko postižení HCM.

Zarážející je velmi dlouhý časový interval mezi vznikem poruchy a komplexním urologickým vyšetřením ve sledovaném souboru.

► 41. PORUCHY MOČENIA PO OPERÁCIÍ MEDZISTAVCOVÝCH PLATNÍČIEK

Ľ. Lachváč, L. Vlanský, M. Iláš, I. Šulla*

Urologická klinika FNsP, Košice, *Neurologická klinika FNsP, Košice

Cieľom prospektívnej štúdie bolo zhodnotiť poruchy močenia u pacientov po operácii medzistavcových platničiek.

Pacienti a metodika: V rokoch 1994 až 1997 bolo na urologickej klinike v Košiciach priemerne 8 rokov (2 týždne - 16 rokov) po operácii medzistavcových platničiek urodynamicky vyšetrených 40 pacientov (28 mužov, 12 žien) vo veku 31-71 (priemer 53) rokov.

Výsledky: Bez mikčných obtíží s normálnym urodynamickým nálezom bolo 7 (17%), inkontinenciu udalo 19 (47%) a príznaky poruchy vyprazdňovania udalo 14 (35%) pacientov. Stabilný detruzor malo 15 (37%), hypereflexný 11 (27%), areflexný 14 (35%) pacientov. Uzáverový systém bol hodnotený ako normálny u 26 (65%), hyperaktívny u 2 (5%) a hypoaktívny u 12 (30%) pacientov. So svojím stavom bolo spokojných 27 (67%), konzervatívna liečba (anticholinergiká, cholinergiká, alfablokátory, autokatetrizácia) bola indikovaná u 13 (32%) pacientov.

Záver. Autori zdôrazňujú význam urodynamického vyšetrenia v rámci diagnostiky porúch močenia po operácii medzistavcových platničiek a dobrý efekt konzervatívnej liečby u týchto pacientov.

► 42. TOTAL ONE-STAGE REPAIR OF EXSTROPHY

Snyder H.

► 43. THE PENILE DISASSEMBLY TECHNIQUE IN HYPOSPADIAS REPAIR

S.V. Perovic, M. Lj. Djordjevic and N. Djakovic

Dept. of Urology, University Children's Hospital, Belgrade, Yugoslavia

We present penile disassembly technique in the treatment of severe hypospadias with curvature. Penile disassembly technique consists of separation of the penis into its component parts, repair of the anomaly and rejoining of penile entities into normal relationships.

Technique is performed in 16 years old boy with distal hypospadias and curvature located in distal third of corporal bodies, previously unsuccessfully treated. Distance from hypospadiac meatus to the top of the glans is 3 cm. Associated anomaly is webbed penis. Glans cap with neurovascular bundle and urethra is separated from corporeal bodies. Sufficient length of urethra was achieved by its extensive mobilization, including its bulbar part, and hypospadiac meatus is brought up to the top of the glans avoiding substitution urethroplasty. Disassembly alone straightened the penis.

In this case, penile disassembly technique enables complete correction of curvature without additional corporoplasty and substitutional urethroplasty is avoided.

► 44. NEOVEZIKA U ŽENY - VIDEOZÁZNAM

L. Jarolím, M. Babjuk, T. Hanuš, M. Janský, *M. Grim, *O. Naňka, **C. Povýšil

Urologická klinika, *Anatomický ústav a **II. Ústav patologické anatomie 1. LF UK v Praze

Cystektomie šetřící ženskou uretru je založena na studiích topografickoanatomických vztahů pánevního dna, uretry a jejího nervového zásobení. Významnou úlohu v inervaci uretry hraje hypogastrická pleteň. Pleteň je třeba šetřit již při uvolňování ureterů v oblasti jejich křížení s uterinními cévami. Preparace je proto vedena těsně při zadním okraji ureterů.

Po přerušení oblých vazů děložních a ovarických cév pokračuje ostrá preparace peritonea dozadu za děložním hrdlem přes zadní stěnu poševní. Zadní stěna poševní je pod děložním hrdlem příčně otevřena skalpelem vedeným proti tamponádě. Lokalizaci hrdla močového měchýře usnadňuje balónek měchýřové cévky. Močový měchýř je oddělen těsně pod hrdlem, bez přerušení pubouretrálních ligament.

Po přerušení uretry je bezprostředně pod linií této transekce incidována příčně přední stěna poševní. Incize je vedena téměř ke stranám pochvy. Resekce přední poševní stěny pokračuje proximálně k příčné incizi v zadní klenbě, mediálně od postranních okrajů pochvy. Laterálně od této linie resekce běží větve vaginální artérie a vlákna dolní hypogastrické pleteně. Autonomní vlákna pleteně pokračující k uretře je třeba zachovat. Proximální část zadní stěny poševní ponechané po dokončení hysterektomie je uvolněna od rekta. Pochva je rekonstruována překlopením její zadní stěny dopředu a suturou pokračovacím podhazovaným stehem.

Neovezika je konstruována dle Hautmanna z detubulizovaného segmentu preterminálního ilea a uretery jsou implantovány antirefluxní technikou.

► 45. DILATING OF URETHRA AND URINARY STOMAS: IS IT NECESSARY?

Perović S. V., Stojanski K.¹

Dept. of Urology, University Children's Hospital, Belgrade, Yugoslavia, ¹Medical Center Ohrid, Ohrid, FYR Macedonia

We present a set of metal bougies for dilating and patency checking of narrow tube urinary systems (urethra, urinary stomas, etc.), following reconstructive surgery of strictures of different etiology.

The use of bougies in management of patient who underwent urethral reconstructive surgery and patients with urinary cutaneous stomas is presented. The procedure is performed by parents and patients themselves.

The very simple use of this bougies and their characteristics make them very useful in dilating narrow tube systems and checking their patency.

► 46. ENDOSKOPICKÉ NÁLEZY PŘED A PO CHIRURGICKÉ LÉČBĚ INTERSTICIÁLNÍ CYSTITIDY (VIDEO)

T. Hanuš, L. Zámečník

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Úvod: Etiopatogeneze intersticiální cystitidy (IC) jako chronického zánětlivého onemocnění močového měchýře je neznámá. IC se vyznačuje polakuriemi, urgentní mikcí a pánevní bolestí. Incidence IC se zvyšuje a prevalence se pohybuje mezi 10 - 11 na 100.000 obyvatel. Poměr žen k mužům je 9:1, průměrný věk pacientů s IC bývá mezi 40 - 46 lety.

Metody a pacienti: Stanovení diagnózy IC je založeno na respektování tzv. "inclusion and exclusion" kritérií při hodnocení symptomatologie. Průměrná kapacita močového měchýře v celkové anestezii bývá u IC vždy nižší než 500 ml. Nej důležitější fází cystoskopického vyšetření je diagnostická hydrodistenze k průkazu glomerulární, jizev či ruptur mukózy nebo vředu. Biopsie stěny měchýře se provádí zásadně až po hydrodistenzi.

Léčba IC zahrnuje farmakoterapii (anticholinergika, antihistaminika, analgetika a protizánětlivé léky), dále lokální intravezikální instilace (dimetylsulfoxid, heparin, pentosanpolysulfát) a operační metody (supratrigonální nebo subtrigonální augmentace močového měchýře).

Výsledky: TV program podává v tabulkovém přehledu incidenci, diagnostické a terapeutické možnosti při IC a cystoskopické nálezy glomerulací. Dále jsou prezentovány endoskopické nálezy po supratrigonální cystektomii s ileální cystoplastikou a po sigmoideocystoplastikou. Komplikací sigmoideoplastiky byla striktura sigmoideotrigonální anastomózy, ošetřená transuretrální resekcí.

Závěr: IC je frustrující onemocnění se zvyšující se incidencí, vyžadující trpělivý přístup, zahrnující komplexní specializované diagnostické a terapeutické metody.

► 47. LYMFOKÉLA PO TRANSPLANTACI LEDVINY A JEJÍ ŘEŠENÍ

P. Navrátil¹, M. Vraný².

1. Urologická klinika a Transplantační centrum Fakultní nemocnice v Hradci Králové

2. Chirurgické oddělení, Jablonec nad Nisou

Lymfokéla je jednou z komplikací po transplantaci ledvin. Etiologie je v kolekci lymfy v oblasti operačního pole, jenž je secernována z přerušovaných lymfatických cév. Dosud není znám spolehlivý prostředek k uzavření těchto lymfatických cév. Pokud je lymfokéla asymptotická, není třeba ji řešit. Obtíže může způsobovat svým tlakem na vývodný systém transplantované ledviny, bloádou odtoku lymfy z dolní končetiny eventuálně se může infikovat. Bezprostředně po operaci se může projevit jako nehojící se sekrece z operační rány. Řešením takovéto komplikace vyskytující se maximálně do 20% je drenáž.

Na transplantačním centru urologické kliniky FN v Hradci Králové jsme v letech 1993-1997 provedli 221 transplantací. U 36 pacientů (17,2%) jsme objevili tekutinovou kolekci kolem grafu, která byla verifikována jako lymfa. U šesti nemocných tato kolekce způsobila obstrukci. U dvou nemocných se přidružila infekce. Všechny tyto komplikace vyžadovaly urgentní řešení. Perkutánní drenáž, dle našich zkušeností může odlehčit tlak na vývodný systém transplantované ledviny, může však být i vstupní branou infekce. Málokdy vede k definitivnímu řešení. Marsupielizace otevřenou operací je zaručená metoda. Nově však se jeví nejbezpečnější, nejkratší metodou laparoskopická marsupielizace při použití ultrazvukové nitrobřišní sondy. Metoda nevyvolává skoro žádnou zátěž pro pacienta a výrazně zkracuje hospitalizaci.

► 48. PRACTICAL APPROACHES TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF ADVERSE REACTIONS TO BCG

Van der Meijden A. P. M.

Bosch Medicentrum, Groot Ziekengasthuis,
's-Hertogenbosch, the Netherlands

Compared to intravesical chemotherapy, instillations with bacillus Calmette-Guérin (BCG) may provoke more frequently local and systemic reactions. As well as irritative bladder symptoms, BCG therapy may cause systemic side-effects, such as mild malaise, fever and, less commonly, life-threatening sepsis. It is important that risk factors for these adverse events are recognized, and that traumatic catheterization and instillations in inflamed or damaged bladders are avoided. Once recognized, virtually all side-effects can be treated successfully. Treatment options may include delaying or withholding BCG instillations, or using antipyretics and analgesics for reducing bladder symptoms. Treatment with tuberculostatic drugs for up to 6 months may be necessary in cases of severe systemic or local toxicity. In vitro, BCG is very susceptible to most antibiotics and tuberculostatic agents. EORTC trial 30911 has indicated that the prophylactic use of tuberculostatic agent isoniazid cannot prevent adverse effects of BCG.

► 49. BCG V LÉČBĚ POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk, J. Dvořáček

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

Úvod: Intravezikální instilace BCG vakcíny jsou rutinní součástí léčby povrchových nádorů močového měchýře.

Soubor pacientů: Od roku 1992 byla intravezikální léčba BCG vakcínou indikována u 76 nemocných (45 mužů a 31 ženy) s povrchovými nádory měchýře. Věk pacientů se pohyboval mezi 41 a 85 lety (průměr 64,8). Instilací předcházela transuretrální resekce s odstraněním všech viditelných lézí. Léčeno bylo 8 nemocných s nádorem pTaG1, 15 pTAG2, 6 pTAG3, 6 pT1G1, 15 pT1G2, 11 pT1G3, 1 pTa, isG3, 4 pT1, isG3 a 10 pacientů s nálezem pTIS. Používáme kmen Connaught, léčbu zahajujeme 6 aplikacemi v týdenních intervalech a v případě úspěchu pokračujeme dva roky v udržovací formě terapie.

Výsledky: Lokální vedlejší účinky v podobě strangurií jsme pozorovali v různé míře prakticky u všech nemocných, makroskopická hematurie do 24 hodin po aplikaci byla zaznamenána u 31 (41 %) léčeného. Za lokální komplikaci považujeme epididymitidu u jednoho muže a protrahované strangurie u jedné ženy. Nejzávažnější systémovou komplikací byla generalizovaná BCG seps s miliárním rozsevem u jednoho sledovaného po 7. instilaci. Protrahované febrilie vedoucí k ukončení léčby jsme zaznamenali u 5 nemocných. U jedné pacientky se objevila alergická kožní reakce po 4. aplikaci.

Z důvodu komplikací byla léčba předčasně ukončena již v úvodní fázi u 6 pacientů, u 2 jsme terapii ukončili pro nespolupráci nebo odmítnutí nemocného.

Výsledky hodnotíme u 68 nemocných. Doba sledování se pohybovala mezi 4 a 68 měsíci, s průměrem 29 měsíců. Recidivy jsme zaznamenali u 16 (23,5 %) pacientů 3 - 41 měsíců od zahájení léčby. Nádor progredoval do infiltrujícího stádia v 6 (8,8 %) případech, 4 (5,9 %) z nich zemřeli pod obrazem progresie nádorového onemocnění.

Hodnoceny jsou rovněž výsledky léčby v závislosti na stádiu onemocnění a délce sledování.

Závěr: Intravezikální instilace BCG vakcíny umožňují účinnou imunoprofylaxi a imunoterapii povrchových nádorů měchýře. Předpokladem je včasný záchyt a léčba komplikací, stejně jako včasná diagnóza recidiv a jejich aktivní terapie.

► 50. INTRAVEZIKÁLNÍ PROFYLAXIA POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MECHÚRA: VÝSLEDKY PO 3-ROČNOM SLEDOVÁNÍ

A. Bárdoš, M. Horňák

Urologická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská Republika

Úvod a ciele: Profylaxia intravezikálna instalácia BCG vakcíny je uznávaným postupom v profylaxii recidív povrchových nádorov močového mechúra. Chýbajú však údaje o dlhodobých výsledkoch po instalácii BCG vakcíny. V práci sa hodnotia výsledky minimálne 3 roky od skončenia instalácie.

Metódy: 28 pacientov (priemerný vek 59,4 rokov, rozsah 29 - 72) s povrchovými nádormi močového mechúra (pTa 15 pac., pT1 13 pac.) sa liečilo instiláciou BCG vakcíny. Po transuretrálnej resekcii nádoru sa vakcína (BCG Connaught - Immucyst, 81 mg zriedených v 50 ml fyziologického roztoku) instilovala jedenkrát týždenne v priebehu 6 týždňov.

Výsledky: Po priemernom sledovaní 47,1 mesiacov (rozsah 36 - 54 mesiacov) sa zistila recidíva nádoru u 10 (35,7%) z 28 pac. a progresia u jedného pac. 16 mesiacov po poslednej instilácii. Jeden pac. zomrel na karcinóm pľúc 30 mesiacov od začiatku liečby. Frekvencia recidív bola u 3 zo 13 pac. s primárnymi a 7/15 pac. s recidivujúcimi nádormi, u 6/14 pac. so solitárnymi a 4/14 pac. s mnohopočetnými nádormi, u 4/10 pac. s grading I.st. a 6/18 pac. s grading II.st. nádormi a u 4/15 pac. v štádiu pTa a 6/13 pac. v štádiu pT1. Výsledky nie sú štatisticky významné. Obdobie medzi recidívami bolo 102,1 mesiacov, index recidív bol 0,0098, index recidív na 100 mesiacov bol 0,98, frekvencia recidív bola 38,5% a frekvencia progresie (pT2) bola 3,6%. Vedľajšie účinky boli zriedkavé, najčastejšie sa vyskytovala cystitída.

Závěry: Údaje ukazujú, že dlhodobé výsledky po adjuvantnej BCG terapii sú dobré v prevencii recidív a zabránení progresie nádoru. V historickej štúdii (Horňák a spol., 1989) v sérii 178 pac. s povrchovými nádormi močového mechúra po transuretrálnej resekcii nádoru bez intravezikálnej instilácie BCG vakcíny sa recidíva po 3-ročnom minimálnom sledovaní u 137 (77%) pac.

Literatúra: Horňák M., Zvara V., Ondruš D., Ondruš B., Fuknová H.: Faktory ovplyvňujúce recidívu epitelových nádorov močového mechúra. Bratisl. Lek. Listy., 90, 1998, č. 7, s. 507-509.

► **51. INTRAVESIKÁLNÍ IMUNOTERAPIE POVRCHOVÉHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE BCG VAKCINOU - ZKUŠENOSTI S APLIKACÍ U 60 PACIENTŮ**

D. Pacík, V. Vít, J. Doležel, M. Turjanica

Urologická klinika FnsP Brno - Bohunice, Česká republika

Nádory močového měchýře tvoří 2,8% všech maligních onemocnění v dospělém věku a z nádorů urologické lokalizace představují 28,7%. Naprostá většina těchto nádorů je v době zachytu povrchová, ale až 80% pacientů iniciálně léčených jen endoskopickou resekcí bude mít recidivu a až 30% z nich bude mít progresi do svaloviny. Je snaha doplnit resekci dalším krokem, který by snížil pravděpodobnost recidivy tumoru. Největším pokrokem v této oblasti bylo zavedení imunoterapie BCG vakcinou, která je nejúspěšnější formou imunoterapie lidských malignit, obzvláště v případech povrchových nádorů močového měchýře.

Autoři sdělení shrnují své zkušenosti s aplikací BCG vakciny u celkem 60 pacientů léčených v letech 94 - 97 pro povrchový karcinom močového měchýře. Zabývají se exaktní diagnostikou rozsahu základního onemocnění ale především hodnocením účinku terapie, kdy sledují jednak vlastní protinádorový efekt-hodnocením TFI, četnosti a vlastností event. recidiv, jednak vedlejší účinky - lokální i celkové - jejich prevenci a terapii.

► **52. INTRAVEZIKÁLNÍ BCG TERAPIE RECIDIVUJÍCÍCH TA-TL G2 KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

M. Fiala, J. Starczewski, A. Petřík a J. Ženíšek

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Úvod: Intravezikální imunoterapie je v současnosti nejčastěji používanou adjuvantní terapií povrchových uroteliálních karcinomů. Metoda. Ve čtyřletém sledování je retrospektivně porovnávána skupina 23 pacientů léčených BCG instilacemi se skupinou 23 pacientů léčených pouze transuretrální resekci (TUR). U TUR skupiny probíhaly cystoskopické kontroly po 3-6 měsících. Schéma podání BCG vakcíny:

Jméno	Datum	Bazální léčba	Cystoskopie	Dávka	Cystoskopie	Cystoskopie
	den v týdnu	6 dávek a 1 týden	za 3 měsíce	1 měsíc po cystoskopii	za 6 měsíců	za 4 měsíce + 1 dávka BCG

Výsledky: Před podáním BCG vakcíny byla recidivita onemocnění velmi vysoká - 13,7 recidiv povrchových nádorů na 100 měsíců sledování (sledované období 8 až 108 měsíců, průměrně 25 měsíců). Po nasazení BCG imunoterapie se recidivita významně snížila na 0,6 recidiv na 100 měsíců (sledované období od 3 do 48 měsíců, průměrně 23 měsíců). U TUR skupiny byla recidivita 5,8 recidiv na 100 měsíců sledování (sledované období od 19 do 65 měsíců, průměrně 36 měsíců). U 17% pacientů v TUR skupině došlo k progresi onemocnění (invaze do svaloviny 3x, generalizace onemocnění a úmrtí 1x).

Závěr: BCG imunoterapie významně snižuje recidivitu povrchových nádorů močového měchýře. Terapie je dobře tolerována, vážnější komplikace jsme v našem souboru zaznamenali ve 13% (1x jednodenní teplota nad 38° C, 1x alergická reakce na genitálu, 1x septická reakce s diseminací a následnou antituberkulózní léčbou). Ekonomicky je BCG imunoterapie srovnatelná, respektive výhodnější než TUR monoterapie. Za předpokladu, že nedojde k významnému nárůstu recidivy v BCG skupině a vycházíme-li z našich současných podmínek, předpokládané náklady na jednoho pacienta a 100 měsíců činí 45 035 Kč. U TUR jako monoterapie činí předpokládané náklady na 100 měsíců 42 176 Kč, přitom v položce není zahrnuta platba za léky, případně krevní deriváty či náklady spojené s progresí onemocnění (onkologická léčba, radikální chirurgická léčba).

► **53. ZHODNOCENÍ LÉČBY POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE INTRAVEZIKÁLNÍMI INSTILACEMI MITOMYCINU**

L. Zámečník, M. Babjuk

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Intravezikální instilace mitomycinu se staly nedílnou součástí léčby povrchových nádorů močového měchýře. Cílem je nejen odstranění tumoru endoskopickým přístupem, ale i zabránění či omezení vzniku recidivy nebo progresi onemocnění.

Soubor nemocných a metodika: Hodnotili jsme soubor 73 pacientů (47 mužů a 26 žen) s povrchovým nádorem močového měchýře, u kterých byly na našem pracovišti v letech 1992 - 1997 použity intravezikální instilace mitomycinu. Věk pacientů se pohyboval mezi 43 - 92 roky (průměr 67,8 roku).

Výsledky a hodnocení: Ve 27 případech (37%) se jednalo o aplikaci po první epizodě nádoru, ve 46 případech (63%) se jednalo o aplikaci po ošetření recidivy nádoru (1-10 recidiv). Diagnóza byla ověřena histologicky, viditelné nádory byly odstraněny transuretrální resekci.

Mitomycin byl podáván ve schématu: počáteční 4 dávky á 1 týden, dále á 1 měsíc do celkové doby 1-1,5 roku. Lokální vedlejší účinky se vyskytly ve 3 případech (výrazné strangurie, hematurie a urgentní mikce), celkem 5x se projevil celotělový exantém jako celková vedlejší reakce. Vzhledem k těmto vedlejším účinkům bylo nutno léčbu předčasně ukončit ve 2 případech.

Recidiva onemocnění se projevila celkem ve 32 případech (43,8%). Beznádorový interval se prodloužil z 18,4 měsíce na 21,8 měsíce.

K progresi onemocnění došlo celkem v 9 případech (12,3%), ve sledovaném období zemřeli celkem 3 pacienti, žádný z nich na progresi onemocnění, 6 pacientů dosud žije s progresí onemocnění.

► **54. INTERSTUDIE I-188, VLIV JEDNORÁZOVÉHO PODÁNÍ MMC NA DÉLKU BEZNÁDOROVÉHO INTERVALU U NEMOCNÝCH S POVRCHOVÝM NÁDOROM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE. MULTICENTRICKÁ RANDOMIZOVANÁ STUDIE**

M. Hanuš, M. Matoušková, J. Řehák*

Urocentrum Praha, *CSaC

Při sledování pacientů s povrchovým tumorem močového měchýře nalezneme do dvou let po operaci recidivu v 60 i více procentech. Možným původcem mohou být nádorové buňky, uvolněné při TUR, nebo submakroskopické léze.

Ve stratifikované a randomizované studii jsme jednorázově podávali 24 hodin po resekcii 40 nebo 60 mg MMC nemocným se suspektním či pozitivním nálezem výplachové cytologie. U nemocných jsme srovnávali dobu beznádorového intervalu (TFI).

Od června 1991 do června 1994 probíhala studie na šesti urologických pracovištích v České republice.

Zařazeno bylo 289 nemocných, hodnoceno 208 nemocných.

Délka TFI byla u nemocných s negativním cytologickým nálezem po TUR signifikantně delší než-li u skupiny s nálezy pozitivními. Autoři uzavírají, že u nemocných s pozitivní pooperační cytologií lze očekávat významně kratší beznádorový interval.

► **55. ANTENATAL HYDRONEPHROSIS: WAT LABORATORY RESEARCH HAS TAUGHT CONCERNING ETIOLOGY**

Snyder H. M.

Professor of Surgery in Urology University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, PA

This presentation will address the common diagnostic problem of antenatally detected hydronephrosis and its evaluation. It has become increasingly clear in the last decade that partial narrowings at the ureteropelvic and ureterovesical junction are often accompanied by significant hydronephrosis or hydroureteronephrosis but the dilation of the urinary tract is not necessarily correlated with a functional impairment of the kidney. This presentation will focus on the current protocol that has been evolved for the management of antenatally detected hydronephrosis at the Children's Hospital of Philadelphia. Laboratory research carried out in this department has increased our understanding of the potential pathophysiology that could result in a significantly dilated urinary tract without functional impairment. Projected future research will be presented.

► **56. SUBSTITUCE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

L.Jarolím

Urologická klinika 1. LF UK Praha

Experimentálně ověřili ortotopickou náhradu močového měchýře z exkludovaného ilea v roce 1888 Tizzoni a Poggi. Později našel uplatnění i exkludovaný úsek žaludku a všechny segmenty tlustého střeva.

Koncem 80. let se při substituci močového měchýře prakticky přestalo užívat střevo v tubulární podobě. Detubulizací a rekonfigurací exkludovaného střevního segmentu lze vytvořit nízkotlakou neoveziku. Nízkotlaká neovezika je předpokladem přijatelné kapacity a kontinence. Neovezika je anastomozována s uretrou a uretery jsou do ní implantovány antirefluxní technikou. V posledních letech se začala užívat ortotopická neovezika i u ženy.

Při užití střeva pro rekonstrukci močového měchýře vzniká nepřirozená situace, při níž se projevuje vliv derivace na celý organizmus. Na jedné straně se uplatňuje resorpce moči a její vliv na sliznici použitého střeva. Na druhé straně může organizmus část střeva, použitého pro rekonstrukci močového měchýře, postrádat. Vznikají poruchy elektrolytového hospodářství, hepatálního a střevního metabolismu, renálních funkcí, malabsorpce liposolubilních vitaminů, někdy i osteomalacie a litiáza. Chronická iritace střevní sliznice močí může vést ke vzniku sekundárních malignit. Přes rizika uvedených komplikací dává rekonstrukce močového měchýře pacientovi velkou šanci na dobrou kvalitu života.

► **57. ORTHOTOPIC BLADDER REPLACEMENT IN FEMALE**

Stenzl A.

► **58. TECHNIQUES OF CONTINENT CUTANEOUS URINARY DIVERSION**

Lampel A.

Department of Adult & Pediatric Urology, Klinikum Wuppertal, University of Witten/Herdecke, Wuppertal, Germany

Worldwide a variety of techniques are used for continent cutaneous urinary diversion (CCUD). Main differences consist in intestinal segment used for reservoir configuration, technique of ureterimplantation and type of continent outlet.

For construction of a low pressure, high capacity reservoir, small bowel has the advantage of lower contractile force of the musculature generating lower intraluminal pressure. Advantage of the use of colon is the large diameter with less length needed for reservoir configuration, minor loss of absorptive surface and feasibility of surgical separation of the mucosa from the muscular layer e.g. for submucosal tunnel preparation. The ileocecal segment has the further advantage that the appendix can be used for construction of a continent outlet but the disadvantage of loss of the ileocecal valve.

In large bowel incorporating pouches, ureters predominantly are implanted into submucosal tunnels. For dilated ureters, techniques with direct anastomosis of ureters to an afferent loop forced by ileocecal valve (Roth) or implantation in serous-lined extra-

mural tunnels (Abol-Enein) are suitable. Afferent ileal nipple valves meanwhile have an acceptable complication rate but surgical technique is difficult. However, actual controversial discussion concerns the need of reflux prevention in low pressure, high capacity reservoirs.

The ideal continence mechanism provides: 1) complete continence without leakage, 2) easy catheterization, 3) easy surgical technique and 4) a low complication rate. In most cases, extraluminal or intraluminal located, small caliber conduits are used as continent outlet. Main basic principles for continent outlets are extraluminal narrowed (plicated/tapered) intestinal segments working on "sphincteric" compression principle or intraluminal located conduits working on the flap valve principle.

Continent cutaneous urinary diversion is an established method for patients in whom orthotopic bladder substitution is not feasible or contraindicated. Indication for continent versus incontinent urinary diversion as well as definite technique is determined by patients physical and psychic condition with special respect to quality of life and surgeons personal preferences and experiences.

► **59. VÝZNAM RADIKÁLNÍ CYSTECTOMIE V LÉČBĚ INFILTRATIVNÍHO NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE. DERIVACE DLE CAMEY I, CAMEY II, WALLACE A INDIANA POUCH**

P. Palascak, M. Urban, T. Baitler, R. Zachoval C.H.G. Hospital Paul Morel, Urologie, Vesoul, France
Urologická klinika 3.LF UK Praha

Autoři rozebírají terapeutické způsoby s rozlišením konzervativních a radikálních metod. Porovnávají své výsledky s přežitím po 5 letech s jinými autory. Zamýšlí se nad skutečným terapeutickým problémem týkajícím se recidiv nádorů po cystectomii. Ztotožňují se s výskytem těchto recidiv pro stadium pT2 v 6% a pro pT3b v 51% (Skinner). Navrhují terapeutický postup v případě recidivy podle jejich zkušeností. Objevení lokální recidivy je synonymem úmrtí do 9 měsíců. Popisují své zkušenosti s technikami derivace (Wallace 25, Camey I 29, Camey II 20, Indiana 38). Dále hodnotí prioritu výběru jak pacientem, tak chirurgem včetně zhodnocení výhod a nevýhod každé techniky.

► **60. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S KONTINENTNÍ CYSTOSTOMIÍ TUBULIZOVANÝM LALOKEM Z DETRUSORU**

F. Zátura, R. Fiala, J. Pernička
Urologická klinika, Olomouc

Poměrně vzácným problémem je zajištění derivace nemocných se zdravým močovým měchýřem. Jedná se zejména o případy po odstranění uretry pro nádor, o těžce poškozený uzávěrový aparát uretry a o některé speciální indikace. Autoři provedli 4 operace s využitím tubulizovaného laloku měchýře dle Fichtlera a Hohenfelnara. Indikací byla 1 x uretrectomie pro nádor při zdravém měchýři, 1 x inkontinence po opakovaných operacích a 2 x neurogenní měchýř u meningomyelokély. U 3 nemocných proběhlo hojení bez komplikací, 1 nemocný měl hnisání v ráně. U všech nemocných byla v odstupu 6 měsíců po operaci ověřena kontinence anamnesticky, m. klinickým vyšetřením i urologicky. Autoři hodnotí operační postup jako výhodný u vybraných indikací.

► **61. SÚČASNÉ TECHNIKY UTEROILEÁLNEJ ANASTOMÓZY PRI ORTOTOPICKÝCH NÁHRADÁCH MECHÚRA A JEJ KOMPLIKÁCIE**

Lupták J., Kliment J., Eliáš B., Tomaškin R.
Urologická klinika JLF UK, Martin, Slovensko

Cieľ: Pojednať o súčasných názoroch ureterointestinálnej anastomózy u pacientov s ortotopickou substitúciou močového mechúra a možnej liečbe komplikácií a výsledky porovnať s vlastným súborom pacientov.

Materiál a metodika: U 16 mužov po radikálnej cystoprostatektómii sme urobili ortotopickú substitúciu podľa Hautmanna s ureteroileálnou anastomózou podľa Le Duca u 9 (56%). Ortotopickou substitúciou podľa Studera s end-to-side anastomózou podľa Nesbíta do aferentnej nedetubulizovanej ileálnej kľučky sme urobili u 7 (44%) pacientov. Celkove sme implantovali 31 močovodov 13 (42%) podľa Nesbíta a 18 (58%) podľa Le Duca.

Výsledky: Najvážnejšou neskorou komplikáciou v našom súbore pacientov bola stenóza ureteroileálnej anastomózy s hydronefrózou, ktorá vznikla 2-8 mesiacov po operácii u 5 (16%) ureteroileálnych anastomóz u troch pacientov. V jednom prípade sme robili resekciu fibriticky zmenenej anastomózy s následnou Nesbitou end-to-side anastomózou do aferentnej nedetubulizovanej ileálnej kľučky. U dvoch pacientov s obojstrannou striktúrou v mieste anastomózy sme exkludovali asi 10 cm ilea. Aborálnu časť exkludovanej kľučky sme spojili s pouchom end-to-side anastomózou, orálny koniec exkludovanej kľučky ilea sme uzavreli a následne urobili end-to-side anastomózu podľa Nesbíta.

Záver: Všetci pacienti sú minimálne 12 mesiacov po reoperácii bez známkov vytvorenia novej stenózy v mieste ureteroileálnej reanastomózy. Záverom porovnávame vlastné skúsenosti so súčasnými možnosťami liečby striktur ureteroileálnej anastomózy u pacientov s ortotopickou substitúciou močového mechúra.

► 62. ISOLATED ILEAL STUDER TYPE SEGMENT IN THE TREATMENT OF POSTRADIATION VESICO-VAGINAL FISTULA

Borkowski A.

INTRODUCTION: Treatment of vesico-vaginal fistula, commonly concomitant with vesico-rectal fistula, is an extremely difficult task. Vast tissue defect, ureteral orifices located along the margin of fistula and fibrotic bladder wall make the simple fistuloraphy impossible.

Different tissues were applied to cover the fistula - mobilizes or rotated anterior bladder wall, labial flaps (Martius operation), but reported success rates markedly varied.

MATERIALS AND METHOD: The paper presents the method of isolated ileal loop use, prepared as in Studer neobladder, in the treatment of two women with postradiation vesico-vaginal fistulae. There are several advantages of this procedure. In the place of tissue defect a vital well blood-supplied tissue is introduced, it allows resection of lower parts of ureters usually also affected by radiation and in case of failure (secondary necrosis due to postoperative ischemic changes) makes acceptable conditions for repair.

Authors' own method of sutures placement between ileal patch and bladder wall is presented.

► 63. POUŽITIE SEGMENTU ŽALÚDKA PRE REKONŠTRUKCIU DOLNÝCH MOČOVÝCH CIEST

J. Breza, P. Bujdák, F. Goncalves, M. Mikloš, A. Bárdoš, D. Vávrová, J. Payer

Urologická klinika LFUK v Déreovej NsP, Bratislava

Urologické oddelenie DFN, Bratislava

Úvod: Kandidátni pre rekonštrukciu dolných močových ciest úpomocou segmentu žalúdka sú pacienti s poškodenou funkciou obličiek a pacienti s kloakálnou extrofiou a sprievodným syndrómom krátkeho čreva. Podmienkou je vyprázdňovanie rekonštruovaného močového rezervoára čistou intermitentnou autokatetrizáciou.

Materiál a metódy: Autori použili klinovitý segment zo strednej časti žalúdka pre rekonštrukciu dolných močových ciest u 12 pacientov (2 mužov a 10 dievčat vo veku 3-42 rokov). U 7 pacientov s totálnou inkontinenciou moču bol segmentom žalúdka augmentovaný neurogénny močový mechúr, súčasne bola fasciálnou slučkou cirkulárne komprimovaná uretra. U 2 dievčat po neúspešnej rekonštrukcii kloakálnej extrofie bol segmentom žalúdka nahradený močový mechúr a uretra. U ďalších 3 pacientov po heterotopickej kontinentnej derivácii moču bola tubulizovaným segmentom žalúdka nahradená inkompetentná ileálna chlopňa.

Výsledky: Klinické výsledky sú výborné u 6 zo 7 pacientov po gastrocystoplastike. Pacienti sú kontinentní vo dne i v noci, svoj rezervoár vyprázdňujú čistou autokatetrizáciou. Kapacita močového mechúra sa zvýšila viac ako 4-krát (zo 114 na 442 ml), súčasne o dve tretiny poklesol maximálny intravezikálny tlak (z 56 na 24 cm H₂O). Oklúzny tlak uretry sa zvýšil zo 16 na 45 cm H₂O a funkčná dĺžka uretry sa predĺžila z 1,2 na 2,2 cm. U 3 zo 6 pacientov došlo po funkčnej úprave močového mechúra aj k podstatnému zlepšeniu dilatácie horných močových ciest.

Anatomické aj funkčné výsledky u oboch pacientiek po náhrade močového mechúra a uretry sú veľmi dobré, obidve sú kontinentné, kapacita rezervoáru je viac ako 400 ml, došlo k ústupu dilatácie horných močových ciest. Žalúdočná chlopňa u pacientov po heterotopickej derivácii moču zabezpečuje u všetkých plnú kontinenciu a umožňuje hladkú autokatetrizáciu.

Záver: U dôsledne vybraných pacientov možno pre rekonštrukciu dolných močových ciest použiť segment žalúdka a dosiahnuť veľmi dobré výsledky funkčné i anatomické.

► 64. AUGMENTAČNÍ URETEROCYSTOPLASTIKA

T. Hanuš, J. Novák, J. Dvořáček

Urologická klinika VFN a 1.LF UK Praha

Úvod: Použití ureteru k augmentaci močového měchýře není časté, ačkoliv se jedná o vhodnou tkáň pro účel augmentace.

Pacient a metody: Dvacetiosmiletý pacient po operaci meningomyelokély v dětství s paraparézou dolních končetin a s neurogenním močovým měchýřem podstoupil nejprve levostrannou nefrektomii s parciální ureterektomií pro sekundární obstrukční megaureter s afunkční ledvinou. Pacient trpěl výrazným stupněm inkontinence moče při hyperreflexii detruzoru s vysokým "bladder leak point pressure", nízkou compliance detruzoru a padesátiprocentním postmikčním reziduem při kapacitě měchýře nižší než 200 ml. Při operaci jsme využili dilatace ponechaného pahýlu (cca 12 cm) levostranného megaureteru a za šetření jeho cévního zásobení jsme močovod podélně protáli až na terminální úsek v délce 2 cm. Dále jsme provedli anastomózu detubulizovaného megaureteru s okraji discidované stěny močového měchýře pokračujícím 3-0 vicrylovým stehem. Močový měchýř jsme drénovali epicystostomií celkem tři týdny.

Výsledky: Pooperační období proběhlo bez komplikací. Kontrolní vyšetření za šest měsíců prokázalo přerušovanou uroflowmetrii při používání břišního lisu, minimální postmikční reziduální kapacita, stabilní normokapacitní (500-600 ml) hypoaktivní močový měchýř. Pacient nastoupil do zaměstnání.

Závěr: Augmentační ureterocystoplastika je metodou volby při chirurgické léčbě neurogenních dysfunkcí močového měchýře. Výhodou metody je vyloučení rizik a komplikací obvyklých u technik s použitím exkludovaného střevního segmentu (hlenotvorba, metabolické poruchy atd.).

► 65. KOMPLIKACE PO CYSTEKTOMII S KONTINENTNÍ DERIVACÍ PRO KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

P. Morávek, A. Hafuda

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové, Česká republika

Autoři hodnotí komplikace po cystektomii s kontinentní derivací moče pro karcinom v sestavě 62 nemocných. Ve zmíněné sestavě byl poměr mezi muži a ženami 5:1 a maximum operovaných bylo ve věku 51–60 let (1/2) a ve věku 61–70 let (1/3). Operovaní byli rozděleni podle způsobu derivace do dvou skupin – ortotopické derivace 46 nemocných a heterotopické derivace 16 nemocných).

V obou skupinách jsou prezentovány jednotlivé typy prováděných kontinentních derivací (ileální měchýř sec. Melchior, ileální měchýř sec. Hautmann, ileální S pouch ve vlastní modifikaci, ileální měchýř V. I. P., ileální měchýř sec. Ghoneim, samocévkovací ileální S pouch, Mainz pouch II).

Vzniklé pooperační komplikace v obou skupinách rozdělili autoři na časné (do 3 týdnů po operaci) a pozdní. Mezi nejvýznamnější časnou komplikaci patří bezprostřední pooperační dechová nedostatečnost (8x) a městnání v HMC (24x) s počínající renální insuficiencí (14x). Mezi nejčastější pozdní komplikace patří chronická IMC většinou klinicky nevýznamná, městnání v HMC s počínající renální insuficiencí (14x) a poruchy vyprazdňování neveziky dle časového odstupu od operace a denní doby u 20–60% operovaných. Ostatní hodnocené časné komplikace (IMC, komplikace z rány, močová píštěl, insuficience anastomozy) i pozdní komplikace (akutní pyelonefritida, reflux, urolitiáza, metabolické poruchy a jiné) jsou řídké a většinou nevýznamné.

Autoři zároveň ukazují i možnosti prevence a léčby zmíněných komplikací.

► 66. METABOLIC COMPLICATIONS OF THE INTESTINAL BLADDER

Mansson W.

Department of Urology, University Hospital, Lund, Sweden

Continent cutaneous diversion and orthotopic bladder replacement are nowadays established methods for reconstruction of the lower urinary tract. There are no major technical improvements to be expected in the near future. Increasing efforts should be given to further elucidate the metabolic implications of incorporating bowel in the urinary tract. The following issues are of importance in this context:

Should the ureters be implanted in an anti-reflux manner or not? Does it matter with regards to GFR? Some short-term studies suggest that a single refluxing anastomosis is sufficient.

At which level of GFR is there risk of electrolyte disturbances?

The most important consequence of metabolic acidosis is bone demineralisation. When is this risk of clinical significance? Which patients are the risk?

Several series have demonstrated that deficiency of vitamin B12 is common in urinary diverted patients. Serum cobalamine should be checked 5 years after surgery in order to identify patients in need of substitution.

The issue of possible carcinogenesis of intestinal mucosa in contact with urine has attracted considerable interest. There is a definitive risk of malignancy after ureterosigmoidostomy. An increasing number of cases with malignancy after enterocystoplasty has caused some urologist to abandon such procedures. N-nitrosamine compounds, ornithine decarboxylase, activated macrophages and chronic inflammation have been suggested as causative factors.

Ongoing experimental work aiming at replacing part of the urinary bladder with tissue devoid of intestinal mucosa is of importance. Unfortunately, an alloplastic bladder for clinical use presently seems to be utopic.

► 67. METABOLICKÉ PORUCHY PO REKONŠTRUKČNÝCH OPERÁCIÁCH DOLNÝCH MOČOVÝCH CIEST

M. Mikloši, J. Štefančík, F. M. Goncalves, A. Bardoš, M. Hladík, J. Breza

Urologická klinika LF UK, Déřerova NsP, Bratislava

Úvod a ciele: Používanie častí gastrointestinálneho traktu pri rekonštrukčných operáciách močových ciest je časté. Komplikácie spojené s odvedením moču do tráviaceho traktu resp. využitím jeho úseku sú spôsobené jeho absorpčnou a sekrečnou činnosťou. Cieľom práce bolo sledovanie výskytu a závažnosti metabolických porúch po rekonštrukcii dolných močových ciest s použitím segmentu tráviaceho traktu.

Materiál a metódy: Od januára 1991 do novembra 1997 sme urobili 136 derivácií moču a rekonštrukčných operácií dolných močových ciest u 132 pacientov. Tenké črevo sme použili u 81, hrubé črevo u 43 a žalúdok u 12 pacientov. V pooperačnom období sme sledovali obličkové funkcie (sérový kreatinín), vyšetrovali sme acidobázickú rovnováhu, ionogram a pH moču. Ultrazvukom sme vyšetrovali horné močové ciesty. U pacientov s ureteroileostómiou, ileálnym rezervoárom a augmentovaným močovým mechúrom sme vyšetrovali 24 hodinový moč na metabolické vyšetrenie a robili kultiváciu moču.

Výsledky: Zo 132 pacientov 84 (61,7%) malo hyperchloremickú metabolickú acidózu, ktorá bola častejšia a výraznejšia u pacientov s kontinentnou deriváciou moču (38,9%) v porovnaní s pacientkami s inkontinentnou deriváciou (22,7%). Pri porovnaní segmentov tráviacej rúry bola acidóza častejšia pri použití tenkého čreva (40%) ako pri použití hrubého čreva (22%). Pri použití segmentu žalúdka sme naopak pozorovali alkalózu s výrazne kyslým močom. Močové konkrémenty sme pozorovali u dvoch pacientov (1,5%) s ileálnym rezervoárom.

Záver: Metabolické komplikácie po rekonštrukčných operáciách dolných močových ciest s použitím segmentu trviacej rúry sú časté. Vhodným výberom operačnej metódy a komplexným sledovaním biochemických parametrov, funkcie obličiek a kultivačným vyšetrením moču možno včas terapeuticky zasiahnuť a predísť nežiaducim komplikáciám.

► 68. KONTINENTNÍ DERIVACE A JEJICH VLIV NA KVALITU ŽIVOTA

M. Babjuk, Z. Ibrahim, L. Jarolím, T. Hanuš, M. Janský

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Nejdůležitějším požadavkem pacientů po cystektomii je možnost návratu k předoperačním životním aktivitám. Pro kvalitu života u kontinentních forem derivací je rozhodující dosažení úplné kontinence.

Pacienti a metoda: Vypracovali jsme dotazník obsahující cílené otázky zabývající se denní i noční kontinencí, případně dalšími problémy spojenými s mikcí. Dotazník zjišťuje i schopnosti nemocných pokračovat v pracovních, sportovních, kulturních a jiných soukromých aktivitách. Pozornost je věnována subjektivnímu posouzení zdravotního stavu a výsledku operace a významu případného omezení některých životních aktivit.

Dotazník vyplnilo 38 nemocných s ortotopickou náhradou močového měchýře a 39 pacientů s MAINZ pouch II.

Výsledky: V první skupině je 28 pacientů zcela kontinentních, ostatní uvádějí známky mírné stresové inkontinence. Ve druhé skupině se úniky moči objevují u 4 dotazovaných.

V pracovní aktivitě pokračuje 67 a 70 % nemocných v produktivním věku, přes dvě třetiny v obou skupinách pravidelně sportuje a většina se nadále věnuje kulturním aktivitám a koníčkům.

Interval nezbytný k navyku na novou životní situaci je s 4 až 12 měsíci delší u ortotopických náhrad, než u MAINZ pouch II, kde se pohybuje mezi 1 a 4 měsíci.

Závěr: Objektivní hodnocení kvality života u pacientů s derivací moči je nesmírně složité. Přesto se zdá, že kontinentní formy derivací umožňují návrat k velké části životních aktivit. Podmínkou je dosažení úplné kontinence.

► 69. KONTINENCE A KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH PO CYSTECTOMII SE STŘEVNÍ DERIVACÍ.

R. Fiala, M. Janík, F. Zátura

Urologická klinika, Olomouc

Autoři v retrospektivní studii shromáždili celkem 42 nemocných po cystektomii pro infiltrující karcinom močového měchýře. U 13 nemocných byla provedena uretero-sigmoideostomie dle Goodwina, u 29 derivace MAINZ Pouch II. Nemocní byli hodnoceni s odstupem 6 měsíců až 12 let od operace. Modifikovaným dotazníkem a klinickým vyšetřením byla stanovena inkontinence, její percepce a ovlivnění kvality života.

Podle poznatků studie je moderní derivace do detubulizovaného střeva výhodnější než uretero-sigmoideostomie a je poměrně dobře snášena všemi nemocnými. Hodnocení inkontinence, její percepce a kvality života je velmi individuální, a proto autoři doporučují důsledné psychologické vedení pacientů (vysvětlení možností derivace a s ním spojených problémů s kontinencí, spolupráce s pacientem při výběru derivace) již od předoperačního období.

► 70. THE ROLE OF RADICAL SURGERY IN THE TREATMENT OF BLADDER CANCER

Boccon -Gibod L.

► 71. SURGICAL TREATMENT OF INVASIVE BLADDER CANCER

Althaus P.

► 72. RADIKÁLNÍ CYSTECTOMIE V LÉČBĚ NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

K. Novák, M. Babjuk, L. Jarolím, T. Hanuš, J. Novák, J. Dvořáček

Urologická klinika VFN a I. LF UK, Praha

Česká republika

Radikální cystektomie (CE) s lymfadenektomií spádových uzlin je metodou volby u pacientů s invazivním tumorem močového měchýře a s některými agresivními formami nádorů povrchových. Předpokladem úspěšné léčby je včasná indikace.

Metoda: Od 3/87 do 8/97 byla indikována cystektomie u 213 pacientů (150 mužů a 63 žen), u nichž byla provedena retrospektivní analýza indikace a výsledků léčby.

Výsledky: Operováni byli pacienti ve věku 21-78 let (průměr 58,2). U 23 pacientů předcházela lokální chemoterapie (CHT) či imunoterapie, u 38 pacientů systémová CHT. Počet transuretrálních resekcí (TUR) před výkonem byl 0-18 (průměr 2,42). Histologicky byl zjištěn karcinom v preparátu měchýře u 181 (85,0%) pacientů, u 18 (8,5%) nebyl tumor v preparátu zastižen. U 43 (20,2%) pacientů bylo zjištěno postižení regionálních uzlin (pN+). Postižení prostatické uretry bylo potvrzeno jen u 7 (4,7%) mužů po provedené uretrectomii.

Adjuvantní chemoterapie byla indikována u 47 (22,1%) pacientů, z toho 26x pro pozitivní uzliny (pN+).

Ve sledovaném časovém intervalu zemřelo 56 pacientů (26,3%) -15 žen a 41 mužů, na progresi základního onemocnění 40 (71,4%). Nemocných s adjuvantní CHT zemřelo 25 (53,2%).

Přežití a recidivy v závislosti na patologickém stádiu - data 196 pacientů:

stádium (pacienti)	průměrné přežití (měs.)	recidiva - počet (%)
P0 (18)	41,2 (1-115)	0 (0)
Pa (3)	32,5 (29-36)	1 (33,3%)
PIS (13)	47,6 (2-113)	1 (7,7%)
P1 (18)	29,8 (0-113)	1 (5,6%)
P2 23)	24,8 (1-118)	1 (4,3%)
P3 (46)	19,7 (1-100)	6 (8,7%)
P4 (32)	15,0 (0- 74)	11 (34,4%)
P3 N+ (12)	12,8 (2- 36)	6 (50,0%)
P4 N+ (31)	8,1 (0- 37)	16 (51,6%)
celkem 196	23,4 (0-118)	43 (21,9%)

Závěr: Prognóza pacientů s invazivním tumorem močového měchýře léčených radikální operací je lepší v případě včasné indikace při orgánově ohraničeném tumoru. Při pokročilejším tumoru či uzlinovém postižení je CHT kurativní jen v omezené míře.

► 73. LÉČBA STERKORÁLNÍCH PÍŠŤELÍ PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII PRO INFILTRUJÍCÍ KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.

J. Sedláček, J. Doležal

Urologická klinika FNŠP Brno-Bohunice, Česká republika

Při radikální cystektomii se někdy setkáváme s infiltrací karcinomu močového měchýře do rekta. V takovém případě je indikována excise postižené tkáně rekta. Jednou z možných komplikací tohoto výkonu je vytvoření sterkorální píštěle.

Kolostomie nemusí být vždy jediným řešením této komplikace. Autoři poukazují na možnost konservativní léčby. Úspěch konservativní léčby je závislý na včasné diagnostice (sledování sekrece z drenu, provedení anoskopie, zahájení příslušné diety a medikace).

► 74. SROVNÁNÍ KLINICKÉHO A PATOLOGICKÉHO STÁDIA NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U PACIENTŮ INDIKOVANÝCH K CYSTEKTOMII

K. Novák, M. Babjuk, L. Zámečník, L. Jarolím, T. Hanuš, J. Novák, J. Dvořáček

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Podmínkou správné indikace k radikální cystektomii je co nejpřesnější stanovení předoperačního stádia u pacientů s tumorem močového měchýře. Hloubku infiltrace stěny močového měchýře posuzujeme z histologického vyšetření preparátu získaného transuretrální resekcí. Případné extravasikální šíření a postižení lymfatických uzlin odhadujeme z výsledku CT.

Metoda: Od 3/87 do 8/97 byla indikována cystektomie u 213 pacientů (150 mužů a 63 žen). Retrospektivně bylo porovnáno klinické stádium (pT) s vlastním patologickým stádiem (P).

Výsledky: Srovnání bylo provedeno u 162 pacientů, u kterých byla tato data dostupná.

P....pT	počet pacientů (%)
P shodné s pT	59 (36,4 %)
P vyšší než pT	58 (35,8%)
P nižší než pT	45 (27,8%)

Nejčastěji (21x) bylo P shodné s pT u tumorů stádia T 3, naopak 16x byl u pT3 nález P4. Metastázy v uzlinách byly nalezeny u 43 (20,2%) ze všech 213 pacientů, u 15 (35,9%) bylo vysloveno podezření na uzlinové postižení již předoperačně, u 28 (65,1%) bylo zjištěno postižení až histologickým vyšetřením.

Závěr: Klinické stádium u pacientů s tumorem močového měchýře indikovaných k cystektomii bylo ve sledovaném souboru shodné s patologickým stádiem jen u jedné třetiny pacientů .

► 75. VÝZNAM TRANSVEZIKÁLNÍ ULTRASONOGRAFIE PŘI VYŠETŘENÍ KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.

R. Fiala, F.Zátura, R.Reif, . B. Brázda

Urologická klinika Olomouc

Česká republika

Stanovení klinické kategorie T u povrchního a infiltrujícího karcinomu měchýře je rozhodující pro stanovení správné terapie. V světové literatuře je poměrně málo sdělení o validitě ultrasonografické technologie při odpovědi na tuto otázku. Na urologické klinice v Olomouci jsou od prosince 1983 všichni nemocní s karcinomem močového měchýře vyšetřeni endosonograficky. V prvních pracích použili autoři jako kritéria hodnocení histologického vzorku odebraného ze spodiny léze po endoresekcii. V současné práci slouží jako kritérium histologické vyšetření stěny močového měchýře po cystektomii nebo resekci stěny pro nádor.

Hodnocený soubor obsahuje celkem 42 nemocných, u kterých bylo provedeno při endoskopii v narkóze sdandardní metodou endosonografické transvezikální vyšetření rotační sondou B-K Medical o frekvenci 5.5 MHz. Výsledek byl porovnán s histologickým vyšetřením sériových řezů stěny měchýře po cystektomii z místa tumoru. Metoda vykazuje vysokou senzitivitu detekce infiltrace stěny měchýře , ale nízkou specifitu. Přesnost metody, pozitivní prediktivní hodnota a negativní prediktivní hodnota nejsou vyšší jak 60%. Metodu hodnotí autoři jako pomocnou diagnostickou metodu, která doplňuje klinický obraz a nenahrazuje diagnostickou transuretrální resekci.

► 76. PRESENCE AND PERSPECTIVES OF BLADDER SPARING APPROACH IN THE TREATMENT OF INVASIVE BLADDER CANCER

Kisbenedek L.

► 77. NOVÉ PREPARÁTY PRO SYSTÉMOVOU LÉČBU NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

J. Novák, M. Babjuk, J. Dvořáček, L. Jarolím, T. Hanuš

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Česká republika

Systémová chemoterapie má nezastupitelné místo v komplexní léčbě nádorových onemocnění močového měchýře. Monochemoterapie má jen omezený efekt, který se pohybuje u jednotlivých preparátů v průměru 10-15 % příznivých odpovědí. Daleko větší význam má kombinovaná chemoterapie.

Pro systémovou chemoterapii se nejčastěji používá kombinace CMV (cisplatin+metotrexate+vinblastine) a kombinace M-VAC (metotrexate+vinblastine+adriamycine+cisplatinum) nebo M-VEC (metotrexate+vinblastine+epirubicine+cisplatinum). Počet příznivých odpovědí se pohybuje u těchto kombinací kolem 40-45 %.

V poslední době byla zavedena do onkologické péče některá nová cytostatika, která mají větší účinnost při srovnatelných nebo nižších vedlejších účincích. Patří sem především:

a) taxany

b) gemcitabine

Taxany jsou antimitotika získaná z pacifického tisu, vylučující se převážně játry a vhodná i pro léčbu nemocných v renální insuficienci. U nádorů z urotelu se počet příznivých odpovědí v monoterapii pohybuje kolem 45 %, v kombinaci s carboplatinou je počet příznivých odpovědí kolem 55-60 %.

Gemcitabine je pyrimidinový analog s velmi dobrou účinností v léčbě plicních a pankreatických nádorů. První sdělení dokazují jeho aktivitu i pro léčbu uroteliálních nádorů, a to v monoterapii, a i v kombinaci s carboplatinou.

► 78. DLHODOBÉ VÝSLEDKY NEO-ADJUVANTNEJ CHEMOTERAPIE INFILTRUJÚCEHO KARCINÓMU MOČOVÉHO MECHÚRA

D. Ondruš, M. Horňák, A. Bárdoš, F. Goncalves, O. Džurný, P. Bujdák, J. Breza, B. Ondruš, Š. Galbavý
Urologická klinika LFUK a IVZ, Dérešova NsP, Ústav patologickej anatómie FN, Bratislava

Úvod a ciele: Mechúr zachovávajúca chirurgická liečba po neo-adjuvantnej chemoterapii pre infiltrujúci karcinóm močového mechúra je sporná vzhľadom na chyby v klinickom re-štádiovaní.

Cieľom štúdie bolo posúdiť účinnosť neo-adjuvantnej chemoterapie a indikácie následnej radikálnej cystektómie.

Materiál a metódy: 48 pac. (43 mužov, 5 žien) s infiltrujúcim karcinómom močového mechúra v priemernom veku 58 rokov sa liečilo neo-adjuvantnou chemoterapiou s následnou cystektómiou (1987-1997). Účinnosť tejto liečby sa hodnotí v troch rozdielnych obdobiach: 13 pac. sa liečilo M-VAC schémou (1. obdobie), 29 pac. CaMV schémou (2. obdobie) a 6 pac. M-VEC schémou (3. obdobie). Klinická liečebná odpoveď (pri TUR po chemoterapii) sa koreluje s objektívnou liečbou odpoveďou (pri cystektómii).

Výsledky: Pri použití M-VAC schémy dosiahlo klinickú kompletnú remisiu (cCr) 4/13 (31%) pac. a patologickú kompletnú remisiu (pCR) 3/13 (23%) pac. preživa 2/13 (15%) pac. v priemere 40 mes. Pri použití CaMV schémy dosiahlo cCr 15/29 (52%) pac. a pCR 11/29 (38%) pac. preživa 11/29 pac. (38%) v priemere 33 mes. Pri použití M-VEC schémy dosiahlo cCr i pCR 4/6 (67%) pac. preživa 4/6 pac. v priemere 22 mes.

Záver: Neo-adjuvantná chemoterapia vyžaduje následnú radikálnu cystektómiu, pretože TUR nie je dostatočnou metódou pre objektívne posúdenie liečebnej odpovede.

► 79. TOTÁLNI PÁNEVNÍ EXENTERACE

Rovný F., Kotek V., Rovný A., Řehořek P., Tesařík Z.*

Urogynnekologické oddělení FN u sv. Anny v Brně Gynnekologické oddělení Masarykova onkologického ústavu v Brně*

Pokročilá stádia zhoubných nádorů pánve představují i v době moderní chemoterapie, aktinoterapie a imunoterapie závažný onkologický problém.

Zlepšení operační techniky a nové možnosti anestezie i intenzivní pooperační péče vedou k přehodnocení indikací radikálních operačních výkonů.

Při totální pánevní exenteraci pro nádorové postižení dvou a více orgánů pánve je u mužů odstraňován močový měchýř, prostata, semenné vajíčky a rektosigmoideum. U ženy je prováděn obdobný výkon s rozdílem v odstranění vnitřních pohlavních orgánů. Součástí operace je rozsáhlá lymfadenektomie. Následuje rekonstrukční část výkonu zajišťující derivaci moče a stolice.

V posledních 2 letech jsme na našem pracovišti provedli celkem 9 totálních pánevních exenterací. Histologicky byl prokázán 3x karcinom močového měchýře, 2x karcinom rekta, 1x karcinom děložního čípku, 1x karcinom apendixu, 1x leiomyosarkom malé pánve bez možnosti bližší specifikace a 1x metastáza maligního melanomu.

Ve svém sdělení hodnotí autoři průběh operace a rizika pooperačních komplikací i s ohledem na způsob derivace moče.

Za nezbytnou je považována úzká spolupráce urologa, chirurga, gynekologa a onkologa ve všech fázích léčby - od indikace k chirurgickému výkonu až po dlouhodobé sledování nemocných. Vlastní operaci musí provádět urolog, který má zkušenosti s operativou všech orgánů pánve a je schopen řešit peroperační a pooperační komplikace.

► 80. DVA PŘÍPADY RABDOMYOSARKÓMU MOČOVÉHO MECHÚRA V DETSKOM VEKU

D. Martinčok, P. Riznič, I. Oravkinová, L. Sokol, E. Bálintová, I. Čislák

Urologické oddelenie FN-L. Pasteura, Košice
Slovensko

V rozpätí 5 rokov sme diagnostikovali 2 prípady rabdomyosarkómu močového mechúra v detskom veku. 4-ročný chlapec bol hospitalizovaný pre kompletnú retenciu moču, s obojstrannými hydronefrózami a hmatnou tumoróznou masou v hypogastriu.

Z biopsie tumoru bol histologicky verifikovaný rabdomyosarkóm embryonálneho typu. Vzhľadom k uvedenému nálezu bolo rozhodnuté o komplexnej onkoterapii, ktorá bola realizovaná v inom regióne. U pacienta došlo k evidentnej likvidácii tumoru a pacient je v dispenzárnej starostlivosti onkológa a urológa. Podobný prípad embryonálneho rabdomyosarkómu sme pozorovali u 2-ročného dievčaťa hospitalizovaného pre makrohematuriu a výrazné dysurie, ktoré bolo dlhodobo liečené na cystitídu. Hydronefróza ani evidentne hmatný tumor nebol prítomný. Bola zahájena komplexná onkoliečba, pričom napriek pozitívnej klinickej a histologickej odpovedi bola evidentná prítomnosť tumorózneho rastu. Z týchto dôvodov bola indikovaná a realizovaná cystektómia s deriváciou moču (Mainz pouch). Pacientka je piaty rok bez recidívy, v klinicky veľmi dobrom stave.

Napriek tomu, že obidva prípady boli liečené rozdielne, možno konštatovať, že u oboch pacientov bola komplexná onkoliečba efektívna. Je na zamyslenie, či evidentná prítomnosť tumorózneho rastu po onkoliečbe je dostatočným dôvodom k radikálnej liečbe alebo možno uvažovať o pokračovaní komplexnej onkoliečby.

► 81. NIFURATEL TBL. V LÉČBĚ AKUTNÍ NEKOMPLIKOVANÉ UROINFEKCE

J. Kladenský, D. Pacík, A. Čermák, M. Turjanica
Urologická klinika FN Brno, Česká republika

V období od září do října 1997 byla u souboru 116 pacientů z 8 pracovišť ČR sledována účinnost nifuratelu (preparát Macminor tbl.), který byl podáván pacientům s akutní nekomplikovanou uroinfekcí.

Vylučovacími kritérii pro zařazení do sledovaného souboru byly: věk pacientů pod 15 a nad 70 let, anamnéza či přítomnost urologických abnormalit, gravidita a prodělaná akutní pyelonefritida během posledních 12 měsíců či akutní cystitida v posledních 3 měsících. Průměrný věk pacientů byl 43,4 let, v naprosté většině případů převažovala diagnóza akutní cystitidy, z hlediska etiologického agens pak *E. coli*. Dávkovací schéma užívání tablet nifuratelu á 200 mg bylo pro všechny nemocné v souboru jednotné: 1.den 3x 2 tbl., další dny 3x 1 tabl.. Délka léčby u všech pacientů činila 5,5 dne.

Ve studii je hodnocena terapeutická účinnost preparátu v souvislosti s výsledky mikrobiálních nálezů, jeho tolerance, přítomnost vedlejších účinků a výskyt recidiv po měsíci léčby.

Výsledky klinické studie potvrdily vysokou účinnost nifuratelu (Macminor tbl.) v indikaci u primární nekomplikované uroinfekce, jeho dobrou toleranci a minimální riziko nežádoucích účinků a recidiv.