

Výroční konference

ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

Plzeň

30. 9. - 2. 10. 1999

ODBORNÝ PROGRAM

Čtvrtek 30. září 1999

Satelitní sympozium (sponzoruje fa Laboratoires Fournier s.r.o.)

J. Breza: Léčba BPH, nové poznatky a trendy

T. Hanuš: Léčba inkontinence moče

Pátek 1. října 1999

Pracovní snídani (sponzoruje fa Yamanouchi Europe B.V.)

Funkční diagnostika při infravezikální obstrukci

Moderátoři: R. Fiala, J. Ženíšek, M. Janský

Nádory močového měchýře

Moderátoři: M. Hanuš, J. Novák

1. Prognostický význam imunohistochemického stanovení P53 ve tkáni povrchových nádorů močového měchýře
M. Babjuk, J. Dušková, Z. Ibrahim, J. Dvořáček, C. Povýšil, L. Jarolím, J. Novák (Praha)
2. Cytokeratiny TPA, TPS, Cyfra 21-1 v moči jako možné nádorové markery u karcinomu močového měchýře
J. Klečka, R. Pikner, P. Toufarová, L. Holubec, O. Topolčan (Plzeň)
3. Fotodynamický účinek a fluorescence syntetického porfyrinu TPPS4 v buňkách lidského nádoru močového měchýře in vitro
M. Babjuk, H. Stepp, R. Baumgartner, M. Jirsa, A. Hofstetter, J. Dvořáček (Praha; Mnichov)
4. Přednáška EAU
Modern trends in the management of bladder cancer
M. Marberger (Wien, Austria)

5. The potential of radioimmunotherapy in bladder cancer
M.C. Bishop, M.R. Price, A.C. Perkins, P.A. Schubiger (Nottingham, UK; Villigen, Switzerland)
6. Úloha BTA stat testu a cytologie při monitorování úspěšnosti intravezikální imunoterapie BCG vakcínou a intravezikální chemoterapie Mitomycinem C u nemocných s povrchovými nádory močového měchýře
Předběžné výsledky prospektivní studie, poster
M. Babjuk, H. Smolová, Z. Ibrahim, E. Slavkovská, J. Cejnarová, M. Janský, J. Dvořáček, L. Jarolím, J. Novák (Praha)

Panelová diskuse

Nádor močového měchýře - rozbor kazuistiky

(M. Marberger, M. C. Bishop, M. Hanuš, M. Babjuk - moderátor J. Novák)

Uroynamika

Moderátoři: P. Toufarová, J. Doležel

7. Long-term outcome of pubovaginal sling for all types of stress urinary incontinence in women
J. Zoubek (Oregon, USA)
8. Přínos histopatologického vyšetření pro léčbu intersticiální cystitidy - výsledky grantu IGA MZ ČR 4190-3
T. Hanuš, L. Zámečník, M. Janský, L. Jarolím, C. Povýšil, R. Benett (Praha)
9. První zkušenosti s využitím aferentní neurostimulace v léčbě urgentní inkontinence, poster
J. Krhut, K. Mainer (Ostrava-Poruba)
10. Využití biofeedbacku v léčbě stresové inkontinence u žen, poster
R. Vrtal, F. Zátura, Z. Mucha (Olomouc)

Aktuální téma

Moderátoři: M. Rosenberg, R. Kočvara

11. Posudková problematika v urologii
J. Boháč (Praha)

Dětská urologie, rekonstrukce uretry

Moderátoři: R. Kočvara, J. Kouba

12. Uroinfekce u mladých pacientů se spinálními dysrafizmy
Z. Dítě, J. Dvořáček, R. Kočvara, J. Kříž (Praha)
13. Gastrocystoplastika, video
J. Dvořáček, R. Kočvara, Z. Dítě (Praha)
14. The tapering of the megaureter in 2 layers
K. Schrott (Erlangen, SRN)
15. Inkompletné zdvojenie dutého systému obličky s obštrukciou v pelviuretrálnom spojení, poster
J. Svitač, J. Kliment, J. Ľupták, K. Javorka (Martin, SR)
16. Výsledky léčby zúženin močové trubice otevřenými plastickými operacemi
J. Doležel, A. Čermák, J. Kladenský, J. Peška, D. Pacík, V. Vít (Brno)
17. Uretroplastika inlay-onlay u chybějícího segmentu uretry, video
R. Kočvara, J. Dvořáček (Praha)
18. Zkušenosti se substituční a resekční plastikou striktury uretry
I. Novák, H. Štefan, P. Morávek, M. Louda (Hradec Králové)

19. První zkušenosti s operační léčbou recidivujících striktur uretry, poster
J. Ženíšek, B. Shon, A. Petřík (České Budějovice)

Zprávy ČUS, členská schůze ČUS

Transplantace, vária

Moderátoři: P. Navrátil, V. Vomáčka

20. The incidence of tumours in renal transplant recipients with long-term immunosuppressive treatment
D. Ondruš, V. Pribylincová, J. Breza, P. Bujdák, M. Mikloši, J. Řezníček, V. Zvara (Bratislava, SR)
21. Urologická problematika transplantovaných pacientů
V. Vomáčka, V. Vík (Praha)
22. Cíl a rozsah a závěry urologického vyšetření u pacientů s chronickým ledvinným selháním, poster
Z. Veselský, P. Navrátil, P. Fixa (Hradec Králové)
23. Embolie renální artérie, poster
M. Hora, M. Chochola, T. Hanuš, P. Pokuta, R. Klézlová, P. Flejšar, M. Sojáková (Praha)
24. Primárne extragonadálne nádory zo zárodočných buniek, poster
I. Riedl (Trenčín)
25. Klinickopatologické výsledky 7 leté observace pacienta s von Hippel-Lindauovou chorobou, poster
P. Toufarová, M. Ludvíková (Plzeň)

Nádory prostaty

Moderátoři: J. Breza, T. Hanuš

26. Přednáška SUS
Karcinóm prostaty a erektilná dysfunkcia
J. Breza (Bratislava, SR)
27. Význam stanovení PSA a free PSA pro časnou detekci karcinomu prostaty
M. Hanuš, M. Matoušková (Praha)
28. Molekulární genetika u karcinomu prostaty
M. Lukeš, M. Záleský (Praha)
29. Radical prostatectomy after transurethral prostate-resection
W. Jellinghaus, C. Blotin (Worms, SRN)
30. Pozitivní okraje preparátu při RAPE - podhodnocený staging - další postup?
M. Urban, R. Grill, M. Lukeš (Praha)
31. Použití erythropoetinu u radikální prostatektomie
D. Pacík, V. Vít, J. Doležel, B. Stibor, I. Čundrle (Brno)
32. Neoadjuvantní hormonální terapie před radikální prostatovezikulektomií
Vlastní zkušenosti
P. Morávek, P. Prošvic, A. Hafuda (Hradec Králové)
33. Low dose oestrogen treatment for advanced prostatic carcinoma
M.C. Bishop (Nottingham, UK)

34. Léčba hormonálně independentního karcinomu prostaty kombinací mitoxantronu a prednisonu, poster
M. Matoušková, M. Hanuš (Praha)
35. Fatální důsledky paraneoplastického syndromu u pacienta s karcinomem prostaty, poster
V. Vít, D. Pacík, M. Penka (Brno)
36. Neobvyklý případ metastázy karcinomu prostaty, poster
V. Vít, D. Pacík (Brno)

Panelová diskuse

Karcinom prostaty - rozbor kazuistiky

(J. Breza, L. Jarolím, D. Pacík - moderátor T. Hanuš)

SEKCE SESTER

Moderátoři: P. Toufarová, J. Perníčka, H. Myslíková

Sobota 2. října 1999

Pracovní snídane (sponzoruje fa Krka)

Úskalí léčby bakteriální prostatitidy.

Moderátoři: J. Řezníček, K. Bartoníčková, M. Matoušková

Rekonstrukce

Moderátoři: L. Jarolím, D. Pacík

37. Multicentrická studie funkčních výsledků ortotopické neoveziky u ženy
L. Jarolím, A. Stenzl, P. Coloby, M. Babjuk, M. Grim, M. Janský, M. Tichý, T. Hanuš, J. Dvořáček, O. Naňka (Praha; Innsbruck, Austria; Pontoise, France)
38. Treatment of ureteroenteric anastomotic strictures with permanent ureteral wallstents after Camey and Wallace urinary diversion. Long-term follow-up
P. Palascak, M. Bouchareb, M. Urban, R. Zachoval (Vesoul, France; Praha)
39. Naše zkušenosti s dynamickým antirefluxním mechanismem u ileálních substitucí močového měchýře
J. Doležel, D. Pacík (Brno)
40. Poranění ureteru ošetřená ve VFN Praha za posledních 5 let, poster
P. Pokuta, L. Jarolím, J. Dvořáček, T. Hanuš (Praha)
41. Rekonstrukční chirurgická léčba transsexuálních osob
L. Jarolím (Praha)

Urolitiáza, cystická onemocnění ledvin

Moderátoři: M. Urban, A. Petřík

42. Přednáška EBU
Management of ureteral stones
H.N. Whitfield (London, UK)
43. Porovnání úspěšnosti ESWL a ureteroskopie v léčbě juxtavezikální ureterolitiázy
A. Petřík, M. Fiala, J. Novák (České Budějovice)
44. Nová metoda zlepšení lokalizace ureterolitiázy při ESWL, poster
T. Hanák, P. Kumstát, D. Pacík (Brno)

45. Léčba odlitkové litiázy rázovou vlnou
J. Jambura, P. Toufarová (Plzeň)
46. Je nutná nefrostomie po perkutánní litholapaxi?, poster
A. Petřík, J. Novák (České Budějovice)
47. Současný výskyt dřeňové cystózy ledvin a primární hyperparatyreózy - náhoda nebo souvislost?, poster
K. Bartoničková, R. Kočvara (Praha)
48. Perkutánní řešení simplexních cyst - zásadní faktor úspěšnosti léčby
A. Čermák, D. Pacík, M. Čustr (Brno)

Nádory ledvin

Moderátoři: P. Morávek, I. Kawaciuk

49. Incidence nádorů ledvin v ČR, poster
Z. Ouda, M. Hora, M. Roušarová
50. Komplexní léčba nádorů ledvin
J. Novák, J. Stolz, L. Jarolím, T. Hanuš, J. Dvořáček (Praha)
51. Radikální nefrektomie pro tumor v pětiletém období
A. Fiala, M. Urban (Praha)
52. Diferenciální diagnostika nádorů ledvin s granulární cytoplazmou
O. Hes, M. Michal, M. Hora (Plzeň)
53. Maligní potenciál chromofobního karcinomu ledviny, poster
Z. Ouda, M. Hora, M. Roušarová, O. Hes, M. Michal (Plzeň)
54. Onkocytom ledviny - nádor jednoznačně benigní, poster
Z. Ouda, M. Hora, O. Hes, M. Michal, M. Roušarová (Plzeň)
55. Cystické varianty nádorů ledvin a úskalí jejich předoperační diagnostiky
Z. Ouda, M. Hora, R. Utler, O. Hes, M. Michal (Plzeň)
56. Neobvyklý případ duplicity nádoru ledviny, poster
D. Miklánek, A. Čermák, D. Pacík (Brno)

Panelová diskuse

Nádor ledviny - rozbor kazuistiky

(J. Novák, Z. Ouda, F. Zátura - moderátor P. Morávek)

Benigní hyperplázie prostaty, ultrasonografie

Moderátoři: J. Dvořáček, F. Zátura

57. Má otevřená prostatektomie na konci 2. tisíciletí stále svoje místo v chirurgické léčbě BPH?, poster
J. Peška, P. Kumstát, D. Pacík (Brno)
58. Intersticiální laserová koagulace v léčbě benigní hyperplázie prostaty, poster
M. Babjuk, J. Dvořáček, M. Janský, L. Zámečník, K. Novák (Praha)
59. Naše první zkušenosti s intersticiální laserovou koagulací (ILC) při léčbě BPH, poster
M. Urban, M. Lukeš, M. Záleský (Praha)
60. První zkušenosti s metodou TUNA při léčbě BPH v ČR, poster
P. Kumstát, D. Pacík (Brno)

- 61. Třídídimensionální ultrasonografie - principy a využití v urologii
F. Zátura, A. Herout, J. Křen, M. Rosenberg (Olomouc)
- 62. Třídídimensionální analýza stěny dutých orgánů v urologii pomocí ultrasonografie - originální vyšetřovací postup, poster
F. Zátura, A. Herout, J. Křen, M. Rosenberg (Olomouc)
- 63. Vascular patterns in prostatic cancer with power Doppler ultrasonography: perspectives and limits
J.L. Sauvain, P. Palascak, D. Bourscheid, (Vesoul, France)
- 64. Význam TRUS v diagnostice včasnej recidívy karcinómu prostaty u pacientov po radikálnej prostatektómii
J. Ľupták, J. Kliment, J. Švihra, B. Eliáš, J. Svitač (Martin, SR)
- 65. Význam punkce tranzitorní zóny prostaty u biopsie kontrolované transrektální sonografií
L. Šafařík, K. Novák, Z. Ibrahim, L. Jarolím, J. Dvořáček (Praha)

Uroinfekce

Moderátoři: Z. Ouda, M. Matoušková

- 66. Význam rychlého stanovení bakteriurie systémem Uro-Quick v klinické praxi, poster
J. Droppa, D. Vaccari (Plzeň)
- 67. Srovnání tolerance a účinnosti léčby fluorochinolony u nemocných s infekcemi močových cest
M. Matoušková, M. Hanuš (Praha)
- 68. Léčba abscedující pyelonefritidy s perakutním průběhem ohrožujícím život, poster
J. Schraml, P. Dlouhý, J. Knespl, R. Šplechtna (Ústí nad Labem)
- 69. Úskalí diagnostiky urogenitální tuberkulózy
Z. Ouda, J. Kouba, J. Houšková (Plzeň)

Laparoskopie, andrologie

Moderátoři: J. Všetická, J. Marenčák

- 70. Laparoskopická nefrektomie a cholecystektomie, video
V. Šámal, P. Čejka, J. Mečl (Liberec)
- 71. Laparoskopická nefropexie, poster
P. Navrátil, M. Vraný, M. Louda (Hradec Králové)
- 72. Laparoskopická tumornefrektómia, video
I. Lutter, I. Daniel, R. Wagenhoffer, P. Farkaš (Bratislava, SR)
- 73. Short history of treatment of erectile dysfunction with intracavernous injection in the United States
J. Jilek (Jacksonville, USA)
- 74. Complications of penile prostheses implantation
J. Jilek (Jacksonville, USA)
- 75. Induratio penis plastica, poster
J. Marenčák, M. Jurica (Skalica, SR)
- 76. Hemospermia a jej klinický význam
J. Marenčák, T. Pullová (Skalica, SR)
- 77. Ejakulatorní dysfunkce - diagnostika a léčba, aktuální informace
V. Kubiček (Český Krumlov)

78. Ekonomické aspekty mikrochirurgické operace varikokély, poster
D. Pacík, M. Turjanica (Brno)
79. Vzácný případ sebepoškozování genitálu, poster
A. Čermák, D. Pacík, T. Hanák, J. Kladenský (Brno)

Závěr

Vyhlášení nejlepších prezentací konference

NEDISKUTOVANÉ POSTERY

80. Angiomyolipomy ledvin
M. Drábek, A. Rovný, I. Šabacký (Brno)
81. Hemangiom ledviny
R. Reif, J. Hrbek, L. Kučerová (Olomouc)
82. Incidence vybraných urologických malignit
M. Roušarová, K. Zikmundová, M. Jechová (Plzeň)
83. Nádorové postižení podkovovité ledviny
P. Filipenský, A. Rovný, V. Kotek (Brno)
84. Léčebná strategie u nemocných s oboustrannými nádory ledviny - vlastní zkušenosti
V. Kotek, F. Rovný, A. Rovný (Brno)
85. Příspěvek k problematice nádorového postižení solitární ledviny
P. Řehořek, P. Filipenský, R. Zachoval (Brno)
86. Dlouhodobé výsledky u nemocných po radikální nefrektomii pro adenokarcinom ledviny
J. Perníčka, P. Rajmon, Z. Mucha, R. Fiala (Olomouc)
87. Dvoukilogramový karcinom kůry nadledviny
R. Grill, M. Urban, J. Stříteský, J. Kulhavý (Praha)
88. Naše zkušenosti s chirurgickou léčbou nádoru nadledvin
R. Zachoval, V. Kotek, P. Filipenský (Brno)
89. Lymfomy retroperitonea
M. Drábek, J. Kubátová (Brno)
90. Lymfokéla po diagnostické laparoskopické lymfadenektomii u pacienta s karcinomem prostaty
J. Kubátová, M. Drábek (Brno)
91. Estracyt v léčbě karcinomu prostaty
J. Novák (Praha)
92. Profesionální poškození ledvin a močových cest
J. Kohout, Z. Ouda (Plzeň)
93. Endoskopická léčba mnohočetné urolitiázy
J. Mečl, V. Šámal (Liberec)
94. Nové biochemické markery karcinomu močového měchýře
J. Kočárek, P. Georgiev, K. Mudra, R. Pikner (Praha)

ABSTRAKTA

► 1. PROGNOTICKÝ VÝZNAM IMUNOHISTOCHEMICKÉHO STANOVENÍ P53 VE TKÁNI POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk, J. Dušková, Z. Ibrahim, J. Dvořáček, C. Povýšil, L. Jarolím, J. Novák

Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Katedra urologie IPVZ, Praha

II. patologicko-anatomický ústav Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Katedra patologie IPVZ, Praha

Úvod: Stanovení prognózy je rozhodující pro volbu optimálního postupu u pacientů s povrchovými nádory močového měchýře. Často je v této souvislosti diskutováno o prognostickém významu imunohistochemického vyšetření proteinového produktu tumor supresorového genu p53.

Pacienti a metoda: Imunohistochemické vyšetření p53 bylo provedeno v archivovaném histologickém materiálu (protilátka BP53-12-1) u 55 nemocných s povrchovými nádory močového měchýře. Prezентujeme dvě různé metody interpretace imunohistochemických nálezů, a sice klasické procentuální vyjádření a poprvé v této indikaci použité semikvantitativní vyjádření pomocí tzv. HSCORE, které umožňuje objektivnější a přesnější posouzení. Za hraniční hodnoty pro určení p53 positivity doporučujeme nález nejméně 20 % zbarvených jader nebo HSCORE 200.

Během sledování, jehož průměrná doba činila 34 měsíců, jsme pozorovali recidivu u 20 pacientů, přičemž v 8 případech byla zařazena do progresu onemocnění. Hodnotíme prognostický význam imunohistochemického stanovení p53 a srovnáváme jej s rutinně používanými faktory (rozlišení Ta a T1, histologická diferenciacie, četnost předchozích recidiv, rozměr nádoru).

Výsledky: Nález p53 byl nejvýznamnějším prognostickým ukazatelem pro předpověď recidivy onemocnění. Recidivovalo 53,1 % p53 pozitivních, respektive 15,8 % p53 negativních při procentuálním vyjádření (χ^2 -kvadrát = 6,20 na 5% hladině významnosti) a 52 %, respektive 16,7 % při vyjádření pomocí HSCORE ($P < 0,02$). Stupeň histologické diferenciacie byl nejvýznamnějším faktorem pro předpověď progresu onemocnění (χ^2 -kvadrát = 6,21 na 5% hladině významnosti).

Závěr: Pozitivní nález p53 je spojen s horší prognózou povrchového nádoru močového měchýře, konkrétní prognostický přínos vyšetření však musí být posouzen na rozsáhlejších studiích.

► 2. CYTOKERATININY TPA, TPS, CYFRA 21-1 V MOČI JAKO MOŽNÉ NÁDOROVÉ MARKERY U KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

J. Klečka¹, R. Pikner², P. Toufarová¹, L. Holubec³, O. Topolčan³

¹Urologická klinika FN Plzeň,

²ONM, FN Plzeň,

³II. interní klinika, FN Plzeň

Karcinom močového měchýře je velice častou urologickou malignitou. Monitorování a léčba karcinomu močového měchýře vyžaduje četné a dlouhodobé klinické sledování, neboť míra rekurencí u tohoto onemocnění dosahuje až 70 % během 5 let. V současnosti je jak iniciální diagnóza, tak i léčba a monitorování TCC (superficial transitional cell carcinoma) založena na stejných diagnostických procedurách: cytologické vyšetření vzorku moči a přímá vizualizace cystoskopií a v případě nutnosti i biopsie.

Díky nízké senzitivitě a invazivnosti cytologického vyšetření a ceně cystoskopie se urologové s velkým zájmem poohlíží po dalších možných nádorových markerech. Během několika posledních let bylo objeveno několik potenciálně slibných nádorových markerů. Mezi ně patří cytokeratiny, MNP 22 (nuclear matrix protein 22) a BTA (bladder tumor antigen). Cytokeratiny jsou důležitou nitrobuněčnou strukturou a podílejí se na replikaci karcinomových buněk. Proto byly v posledních 5 letech měřeny jejich do séra uvolněné fragmenty u pacientů s karcinomy prsu a plic.

Autoři prezentují ve své práci první výsledky studie věnované potenciálnímu klinickému významu cytokeratinů detekovaných v moči. Předběžné výsledky zahrnují studii 60 pacientů (20 zdravých dobrovolníků, 20 s benigním onemocněním močového měchýře a 20 s maligním onemocněním močového měchýře). Bylo použito vzorků první ranní moči, které byly následně 10 min. centrifugovány při 2000 ot/min., následně zamrazeny při -80 °C až do zpracování. Výsledky byly korigovány na množství kreatininu ve vzorku.

Předběžné výsledky vedou k závěrům, že pacienti s aktivním TCC mají vyšší hladiny cytokeratinů v moči než zdraví dobrovolníci a že také dosahují vyšší senzitivity oproti cytologickému vyšetření. K potvrzení těchto výsledků je nutná další studie zahrnující i měření dalších nádorových markerů, jako jsou MNP22 a BTA.

► 3. FOTODYNAMICKÝ ÚČINEK A FLUORESCENCE SYNTETICKÉHO PORFYRINU TPPS4 V BUŇKÁCH LIDSKÉHO NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE IN VITRO

M. Babjuk¹, H. Stepp², R. Baumgartner², M. Jirsa³, A. Hofstetter², J. Dvořáček¹

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Katedra urologie IPVZ, Praha¹;

Laser-Forschungslabor an der Urologischen Klinik, Klinikum Grosshadern, LMU, München²;

První interní klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha³

Úvod: Fotodynamický efekt a jeho využití k diagnostice a terapii zhoubných nádorů si získává stále větší pozornost v celé řadě oborů, včetně urologie. Jedná se o perspektivní metodu, rutinnímu využití však zatím brání některé nedeřešené otázky. Jednou z nich je volba optimálního fotosenzibilizátoru. Cílem naší práce je výzkum možného využití syntetického porfyriu TPPS4 /meso-tetra(4-sulfonatophenyl) porphine/ u nádorů močového měchýře.

Materiál a metoda: První fáze výzkumu spočívá ve studiu účinku TPPS4 in vitro na tkáňových kulturách. Využíváme dvou typů buněk, první odpovídá nenádorovému lidskému urotelu (kmen Urotsa) a druhá špatně diferencovanému uroteliálnímu nádoru (J82). Lokalizace látky v buňkách a fluorescence a její dynamika jsou studovány pomocí fluorescenčního mikroskopu, který umožňuje zobrazení při stonásobném zvětšení a současnou detekci fluorescenčního spektra. Fotodynamický účinek je hodnocen na základě přesně definovaného pokusu. Po 18hodinové expozici různě koncentrovaným roztokem TPPS4 (od 10 do 75 mikrogramů/ml) jsou buňky ozářeny barvivovým laserem vlnové délky 635 nm a po 24 hodinách je vyhodnocena vitalita buněk MTT testem. Srovnávány jsou výsledky u obou tkáňových kultur, při různých koncentracích látky a různých dávkách záření (15–100 J/cm²). Posuzována je i toxicita TPPS4 bez ozáření v dávkách 100–1000 mikrogramů/ml.

Výsledky: První výsledky ukazují dobrou schopnost nádorových buněk J82 vychytávat TPPS4 již v koncentraci 25 mikrogramů/ml. Při dostatečném zvětšení jednotlivých buněk lze pozorovat granulární charakter fluorescence, který odpovídá uložení látky v lysosomech. Lze studovat i dynamiku fluorescence, jež mizí po 30 sekundách intenzivního osvětlení. Toxicita látky není v tkáňových kulturách významná. Ani při koncentraci 500 mikrogramů/ml jsme nezaznamenali signifikantní úbytek počtu vitálních buněk na konci pokusu.

Závěr: TPPS4 má řadu vlastností, které slibují možnost praktického využití v diagnostice a léčbě nádorů močového měchýře. Před rutinní aplikací však bude nutno provést ještě další preklinické studie hodnotící hlavně kinetiku látky.

► 5. THE POTENTIAL FOR RADIOIMMUNOTHERAPY IN BLADDER CANCER

M.C. Bishop, M.R. Price, A.C. Perkins, P.A. Schubiger

Departments of Urology, Medical Physics and Cancer Research University of Nottingham, The Paul Scherrer Institute, Villigen, Switzerland

MUC1 is a high molecular weight glycoprotein expressed on many epithelial surfaces. The monoclonal antibody C595 recognises a peptide epitope on the protein core of MUC1 mucin which is upregulated on malignant bladder epithelium and should provide opportunity for targeted therapy.

70% of superficial bladder tumours will recur and up to 20% progress to life threatening invasive disease. Intravesical chemotherapy or immunotherapy (eg BCG) is of limited efficacy. More effective local treatment must reduce recurrent disease and decrease the number of patients requiring aggressive treatment for invasive malignancy.

In a series of studies using ¹¹¹Tc labelled C595 superficial and invasive bladder cancer has been correctly identified after intravesical and intravenous administration respectively. We have also studied ⁶⁷Cu as an alternative radiolabel with beta and gamma emission suitable for external imaging and local therapy. In both ex-vivo studies on cystectomy specimens and after intravesical administration very satisfactory rates of tissue to normal concentrations of MoAB have been obtained. The groundwork has therefore been laid for a therapeutic trial.

► 6. ÚLOHA BTA STAT TESTU A CYTOLOGIE PŘI MONITOROVÁNÍ ÚSPĚŠNOSTI INTRAVEZIKÁLNÍ IMUNOTERAPIE BCG VAKCÍNOU A INTRAVEZIKÁLNÍ CHEMOTERAPIE MITOMYCINEM C U NEMOCNÝCH S POVRCHOVÝMI NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE. PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY PROSPEKTIVNÍ STUDIE.

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

Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Katedra urologie, IPVZ, Praha

Úvod: Cílem studie je odpovědět na následující otázky:

1. Interferuje intravezikální léčba BCG vakcínou nebo mitomycinem C (MMC) s výsledkem BTA stat testu respektive cytologie?
2. Jaká je senzitivita a specifita těchto vyšetření během léčby a po jejím ukončení?
3. Má případný pozitivní výsledek prognostický význam?

Pacienti a metoda: Od února 1998 bylo do studie zařazeno 39 nemocných (17 léčených BCG vakcínou a 22 MMC). Spontánní moč k provedení BTA stat testu a cytologie je odebírána před začátkem léčby, týden po první instilaci, po ukončení první fáze terapie (= 6x BCG nebo 4x MMC) a dále před každou cystoskopickou kontrolou. Suspektní cystoskopický nález a opakovaně pozitivní cytologie nebo BTA stat test jsou indikací k odběru biopsií.

Výsledky: BTA stat test byl před léčbou negativní u 8 nemocných, první instilace nevedla k pozitivní konverzi u žádného z nich. Ke změně původně suspektní cytologie na pozitivní došlo po první instilaci ve dvou případech. Výsledky vyšetření po ukončení první fáze léčby u nemocných s původně pozitivními nálezy:

	BCG		MMC	
	pozitivní	negativní	pozitivní	negativní
BTA stat	9	4	9	9
Cytologie	1	4	1	1

BTA stat test byl pozitivní u 4 a cytologie u 2 z 5 nemocných s recidivou onemocnění.

Závěr: BTA stat test neinterferuje s intravezikální instilací BCG vakcíny nebo MMC. Definitivní odpovědi na všechny otázky přinese až další sledování.

► 7. LONG TERM OUTCOME OF PUBOVAGINAL SLING FOR ALL TYPES OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

J. Zoubek

The Portland Clinic, Portland, Oregon, USA

Introduction: Pubovaginal slings have been established as the most effective and durable treatment for stress urinary incontinence (SUI) due to intrinsic sphincter deficiency (Type III SUI) or prior surgical failure. A wide variety of other procedures has been used to treat SUI due to urethral hypermobility (Type II SUI), but several reports have revealed disappointing long term results. This report reviews the results of pubovaginal sling for all types of SUI.

Materials and methods: From March, 1993 until February, 1999, 122 women ages 31 to 86 years (mean 60) with all types of SUI were treated with a fascial pubovaginal sling by a single surgeon. All patients were evaluated preoperatively with history, physical examination and videourodynamics. Outcome was evaluated by chart review and patient questionnaire.

Results: 50% of patients had Type II SUI and 50% had Type III SUI. 48% had concomitant urge incontinence and 19% had associated cystocele which was also repaired. 38% had undergone previous surgery to correct SUI. At a mean follow up of 25 months (range 3 to 74) SUI was cured in 95%. 26% had persistent urge incontinence and 3.3% developed de novo urge incontinence. 45% had transient urinary retention for an average of 17 days. 5 patients had unexpected urinary retention due to urethral obstruction and 4 underwent urethrolisis with relief of obstruction and remain continent. 3 patients were treated with transurethral collagen injection postoperatively to achieve continence. Complications included 5 bladder injuries and 2 wound infections.

Conclusion: Pubovaginal slings are an effective and durable treatment for all types of stress urinary incontinence in women.

► 8. PŘÍNOS HISTOPATOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ PRO LÉČBU INTERSTICIÁLNÍ CYSTITIDY - VÝSLEDKY GRANTU IGA MZ ČR 4190-3

T. Hanuš¹, L. Zámečník¹, M. Janský¹, L. Jarolím¹, C. Povýšil², R. Benett²

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha¹

II. Patologicko-anatomický ústav 1. LF UK Praha²

Úvod: IC je onemocnění, které je diagnostikováno na základě klinických příznaků, endoskopického, urodynamického a histopatologického vyšetření. Právě přínos histopatologické morfologie pro léčbu IC zůstává kontroverzní.

Pacienti a metoda: V době od ledna 1997 do února 1999 bylo vyšetřeno 74 pacientů s podezřením na IC. Histopatologické vyšetření zahrnovalo též kvantitativní histopatologii mastocytů a elektronovou mikroskopii. Podle míry obtíží a zvolené léčby byli pacienti rozděleni do 3 skupin. Dvacet dva pacienti - skupina I. - "lehký" typ - bylo léčeno perorální či subkutánní farmakoterapií. Pacienti se "středně těžkým" typem - skupina II. (21 pacient) absolvovali intravezikální instilační léčbu (heparin, BCG). "Těžká" forma IC - skupina III. (14 pacientů) - byla léčena chirurgicky (supratrigonální či subtrigonální cystektomie).

Výsledky: Nalezli jsme přímou úměrnost mezi kapacitou měchýře, změřenou v anestézii, a mírou obtíží. Klinická diagnóza IC byla potvrzena histopatologickým vyšetřením biopsií měchýře u 57 ze 74 pacientů (77 %). Nebyly prokázány specifické ultrastrukturální změny mastocytů ani výraznější změny v biopsiích, které byly odebrány přímo z míst glomerulací. Nepotvrdila se přímá závislost mezi tíží klinických příznaků a mírou histopatologických změn ve světelné či elektronové mikroskopii. Efekt perorální léčby ve skupině I. (38 % ze všech pacientů) byl v 78 %, 21 pacient ve skupině II. (37 % ze všech pacientů) byl léčen intravezikální aplikací léčiv se 47% úspěšností. Chirurgická léčba, zvolená u 14 pacientů ze III. skupiny (25 % ze všech pacientů), byla efektivní v 82 %.

Závěr: Diagnostika i léčba IC je i přes rozšíření diagnostického algoritmu o kvantitativní histopatologii a elektronovou mikroskopii při vyhodnocování biopsií močového měchýře nadále založena především na zhodnocení klinických příznaků, urodynamického vyšetření a endoskopického nálezu spíše než na histopatologickém závěru.

► 9. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S VYUŽITÍM AFERENTNÍ NEUROSTIMULACE V LÉČBĚ URGENTNÍ INKONTINENCE

J. Krhut, K. Mainer

Urologické oddělení FNsP Ostrava-Poruba

Urgentní inkontinence je terapeutický problém, který se ne vždy daří zvládnout konvenčními léčebnými metodami, jako jsou systémová nebo instilační farmakoterapie, hyperdistenze močového měchýře či operační terapie.

Jednou z alternativ je i využití neurostimulace sakrálního míšního centra cestou stimulace nervus tibialis. Zatímco ve světě a zejména v USA se jedná již o plně uznávanou léčebnou modalitu, u nás zkušenosti s tímto typem terapie zatím chybí.

Autoři podávají dosavadní přehled svých výsledků léčby stollerovým aferentním neurostimulátorem ve skupině 30 nemocných s urgentní symptomatologií. Většina nemocných již v minulosti byla léčena obvyklými prostředky, přičemž vzájemné srovnávání vyznívá jednoznačně ve prospěch aferentní neurostimulace. Ta má dle autorů pro svoji jednoduchost, minimální invazivitu a efektivitu všechny předpoklady etablovat se jako rutinní léčebná metoda urgentní inkontinence.

► 10. VYUŽITÍ BIOFEEDBACKU V LÉČBĚ STRESSOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

R. Vrtal, F. Zátura, Z. Mucha
Urologická klinika FN Olomouc
Přednosta: doc. MUDr. F. Zátura

Úvod: V současné době probíhá určitá renesance využití řízené rehabilitace pánevního dna při inkontinenci moči. Jednou z možností je i kontrolované cvičení za pomoci zpětné vazby.

Materiál a metody: Autoři ve svém sdělení referují o souboru 10 pacientek ve věku od 43 do 71 let, které byly v průběhu roku 1998 léčeny na urologické klinice v Olomouci pro stressovou inkontinenci rehabilitací s pomocí biofeedbacku. Dle klasifikace podle Ingelmann-Sundberga se jednalo o 1. - 2. typ inkontinence. Tři ženy byly po neúspěšné operaci dle Gittese v minulosti. Před zahájením léčby byly nemocné podrobně klinicky vyšetřeny, včetně gynekologického a neurologického vyšetření. Potíže byly objektivizovány Gaudenzovým dotazníkem, mikčím diářem a urodynamickým vyšetřením. U všech žen bylo zahájeno rehabilitační cvičení pánevního dna Kegelovými cviky, cvičení bylo kontrolováno biofeedbackem. Délka cyklu byla 8 týdnů.

Výsledky: Tři ženy se v průběhu 2 měsíců staly kontinentními, u dalších 3 došlo k výraznému subjektivnímu zlepšení, jedna žena udávala jen nepatrné změny. U dalších dvou nedošlo ke změně výchozího stavu, jedna žena trénink přerušila.

Závěr: Biofeedback vyžaduje poměrně velkou časovou zátěž, první výsledky jsou však nadějně a umožňují zlepšit výsledky léčby inkontinence.

► 12. UROINFEKCE U MLADÝCH PACIENTŮ SE SPINÁLNÍMI DYSRAFIZMÝ

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

Úvod: Cílem studie je posoudit vliv uroinfekce na klinický stav pacientů s neurogenním měchýřem při spinálním dysrafizmu.

Pacienti a metoda: Od r. 1984 do r. 1997 bylo na naší klinice léčeno 34 pacientů (22 chlapců a 12 dívek) se spinálním dysrafizmem. 21 dětí (62 %) trpělo před zahájením léčby komplikovanou formou uroinfekce, 30 pacientů (88 %) tvořilo skupinu s maximálním intravezikálním tlakem vyšším než 40 cm H₂O. Dilatací horních močových cest bylo postiženo 16 (47 %) a vezikorenálním refluxem 14 dětí (41 %). Funkční porucha ledvin byla diagnostikována u 10 dětí (30 %). Patnáct pacientů (45 %) bylo léčeno konzervativně intermitentní katetrizací a anticholinergiky. Chirurgicky bylo léčeno 19 (55 %) dětí.

Výsledky: Po léčbě jsme pozorovali nižší četnost atak komplikovaných uroinfekcí (7 dětí, 21 %) a dále snížení počtu pacientů vyžadujících antibakteriální chemoprophylaxi (z 19,56 % na 13 dětí, 38 % na trvalé chemoprophylaxi). Vezikorenální reflux byl úspěšně léčen u 12 (86 %, n=14) a dilatace horních močových cest u 11 dětí (69 %, n=16). Po léčbě bylo shledáno častější postižení renálních funkcí (14 dětí, 41 %).

Závěr: Vhodně volená konzervativní i chirurgická léčba vede ke snížení výskytu komplikovaných forem uroinfekce a potřeby antibakteriální chemoprophylaxe. Přes pozitivní efekt léčby na dilataci horních močových cest a výskyt uroinfekce byla zjištěna progresse postižení funkce ledvin.

► 13. GASTROCYSTOPLASTIKA

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

Největším problémem pacientů s hyperreflexním neurogenním močovým měchýřem je nízká kapacita a vysoké intravezikální tlaky. Mezi metody augmentace močového měchýře patří gastrocystoplastika, která byla zprvu indikována zejména u pacientů se sníženou rezervou renálních funkcí. Pacienti jsou před operací kompletně urologicky vyšetřeni včetně ultrasonografie, cystografie, urodynamického a neurologického vyšetření a funkčního vyšetření horních močových cest. Po rychlé předoperační přípravě střeva je podána kombinace antibiotik včetně metronidazolu. V pooperačním období jsou ponecháni pět až sedm dnů s nazogastrální sondou. Derivace močového měchýře (epicystostomie) je odstraněna přibližně 21. pooperační den po provedení kontrolního epicystostomogramu a poté, co se obnovila pravidelná evakuace močového měchýře spontánní mikcí, či cévkováním apendikovezikostomií. Po dobu jednoho měsíce od operace jsou podávány blokátory H₂ receptorů (ranitidin). Augmentovaný měchýř je proplachován 4,2% roztokem bikarbonátu. Sledujeme pH moče a hladinu gastrinu. Při jeho zvýšení, či známkách hematurie-dysurie syndromu, podáváme per os AlkalitR a proplachujeme močový měchýř bikarbonátem.

Výukový film v první části seznamuje s historií a indikacemi gastrocystoplastiky. Dále jsou uvedeny principy předoperační přípravy pacienta. V hlavní části prezentuje formou schémat a záběrů z operačního sálu základy operační techniky a provedení gastrocystoplastiky podle Mitchella. V závěrečném bloku jsou pak přehledně uvedeny základní principy pooperační péče.

► 15. INKOMPLETNÉ ZDOVOJENIE DUTÉHO SYSTÉMU OBLIČKY S OBŠTRUKCIOU V PELVIURETERÁLNO M SPOJENIU

J. Svitač, J. Kliment, J. Lupták, K. Javorka
Urologická klinika MFN a JLF UK Martin
prednosta prof. MUDr. Ján Kliment, CSc.

Úvod: Práca sa zaoberá problematikou súčasného výskytu obštrukčnej hydronefrózy a neúplného zdvojenia močovodov. Uvádame naše skúsenosti s diagnostikou a liečbou troch detí s nálezom obštrukčnej hydronefrózy obličky v kombinácii s neúplným kraniálnym zdvojením močovodu.

Materiál a metodika: Klinický súbor tvoria 3 deti s nálezom hydronefrózy v kombinácii s neúplným kraniálnym zdvojením močovodu. V dvoch prípadoch sme indikovali operačnú liečbu, v jednom prípade postupujeme konzervatívne.

Výsledky: U oboch operovaných detí je na pooperačnej urografii zreteľný ústup dilatácie dutého systému postihnutej obličky s dobrou funkciou. U dieťaťa, kde sme indikovali zatiaľ konzervatívny postup, ide o nález megakalitózy len s minimálnou pyelektáziou. Pacientka je bez potiaží, močový nález negatívny.

Záver: Inkompletné kraniálne zdvojenie močovodov je stavom, kedy je každý z renálnych segmentov drenovaný separátnym ureterom, pričom tieto sa kaudálne spájajú v rôznej výške do jediného močovodu. Súčasný výskyt inkompletného zdvojenia a obštrukcie v pelviureterálnej junkcii patrí medzi zriedkavé kongenitálne anomálie urogenitálneho systému. Z hľadiska úspechu chirurgickej liečby je nevyhnutné presne poznať morfológický nález, miesto spojenia močovodov a miesto obštrukcie. Rovnaký význam má aj stanovenie funkčného stavu oboch systémov obličky. Problémom z hľadiska úspechu chirurgickej korekcie môžu byť najmä prípady s krátkymi ureterálnymi segmentami.

► 16. VÝSLEDKY LÉČBY ZÚŽENIN MOČOVÉ TRUBICE OTEVŘENÝMI PLASTICKÝMI OPERACEMI

J. Doležel, A. Čermák, J. Kladenský, J. Peška, D. Pacík, V. Vít
Urologická Klinika MU Brno, FN Brno.

V období 1/1986 až 5/1999 jsme na našem pracovišti provedli 164 plastických otevřených operací u 140 mužů a 1 ženy. Průměrný věk pacientů v době operace byl 50 let (12 - 84 r.), průměrná délka sledování činí 6,2 roků (0,3 - 13 r.).

Indikovány byly primární či recidivující zúženiny nejčastěji po dilatacích či vnitřních urethrotomiích, včetně komplikovaných striktur (např. pozánětlivé, mnohočetné, po neúspěšných korekcích hypoepispadie, zastaralé distrakční defekty po frakturách pánve). Iatrogenní striktury tvoří v souboru nejpočetnější skupinu. Z ní jsou zvláštními případy pacienti se strikturami po prostatektomiích netolerující sondáže či kombinované s inkontinencí (ISD).

Byly použity anastomotické plastiky (18x), včetně bulboprostatické (1x v kombinaci s implantací umělého svěrače AS 800) a substituční plastiky využívajících živých laloků (146x). Z volně přenášené substituční tkáně byla použita pouze bukalní sliznice (1x na distální urethru, 2x na bulbomembranosní oblast).

Zpočátku byly uplatňovány 2dobé plastiky, často užívající i skrotální kůži (68x), v posledních 7 letech byla téměř výhradně upřednostňována prepuciální (resp. 1x labiální) či penilní kůže (příčné dorsální, ventrální či podélné laloky) jako onlay, tube či v kombinaci, v jednodobých plastikách (60x).

Výsledky byly hodnoceny jednak dotazníkem (dosud neukončeno), jednak objektivně urodynamicky (UFM), radiograficky, sonograficky, případně urethroskopicky. Podmínkou pro kladné hodnocení výsledku bylo období nejméně jednoho roku bez jakékoliv instrumentace v urethře. Nejvíce reoperací či neúspěchů (např. nutnost periodických dilatací) jsme zaznamenali u substitucí skrotálními laloky (22 %) - i když je to ale skupina nejdéle sledovaná. Nejúspěšnější byly skupiny anastomotická a prepuciálních/penilních substitucí - úspěšné u 11 ze 13, respektive u 53 z 55 hodnocených.

Otevřené plastické operace močové trubice mohou být u správně vybraných pacientů vysoce úspěšné, v některých případech představují výlučnou metodu léčby.

► 17. URETROPLASTIKA INLAY-ONLAY U CHYBĚJÍCÍHO SEGMENTU URETRY

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

Úvod: Uretroplastiku onlay nelze použít v případě chybějícího segmentu uretry či uretrální ploténky. Autoři prezentují modifikovanou techniku, která nahrazuje klasický tubulizovaný lalok spojený s vysokým počtem komplikací.

Materiál a metody: Film ukazuje schematické obrázky a záznam operace uretroplastiky inlay-onlay u 22letého chlapce. Předchozí neúspěšné úpravy striktury bulbární uretry vedly k marsupializaci uretry na perineu s ústími uretry vzdálenými od sebe 6 cm. Kůže kolem a mezi ústími byla zjištěna a silně ochlupená, tedy nepoužitelná pro rekonstrukci. Širší část asymetrického prepuciálního laloku byla nejprve vmezeřena mezi mobilizované pahýly uretry a byla k nim anastomozována dvěma pokračujícími stehy ve tvaru hokejky. Tímto manévrem byla obnovena kontinuita uretry a její rekonstrukce byla dokončena již standardním překlopením onlay laloku.

Výsledky: Pooperační průběh byl bez komplikací. Za 2 roky po operaci má chlapec normální parametry uroflowmetrie. Dosud byla tato technika použita u 34 nemocných s rozsáhlou strikturou uretry či s hypospadií. Trvalé komplikace se vyskytly u 3 (9 %) nemocných. U dalších 9 nemocných byla použita technika laloku tube-onlay, kde byl výskyt komplikací vyšší (44 %).

Závěr: Uretroplastika inlay-onlay nahrazuje používání tubulizovaných laloků či dvoudobých rekonstrukcí u nemocných s chybějícím segmentem uretry či uretrální ploténky. Uvedená technika je z hlediska provedení snazší a má nižší výskyt komplikací.

► 18. ZKUŠENOSTI SE SUBSTITUČNÍ A RESEKČNÍ PLASTIKOU STRIKTURY URETRY

I. Novák, H. Stefan, P. Morávek, M. Louda

Urologická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Úvod: Operační plastika striktury uretry je indikována u složitých stavů a recidiv.

Soubor a metodika: Retrospektivně je hodnocen soubor 34 nemocných ve věku 3 - 74 let ošetřených substituční nebo resekční uretroplastikou v letech 1996 - 1999 pro recidivující zadní (21) nebo přední (13) striktury uretry různé etiologie. Příčina striktury byla 14x iatrogenní, 11x posttraumatická, 5x pooperační stav na uretře, jedna pozánětlivá a tři nejasné. K substituci jsme užili 12x živého kožního laloku, 20x štěp bukalní sliznice, ve 2 případech jsme strikturu resekovali.

Výsledky: 29 nemocných se zhojilo bez komplikací. Pooperační uroflowmetrie vykazuje hodnoty maximálního průtoku 8,3 - 32,0 ml/s. Jeden nemocný s restrikturou uretroplastiky je sondován. Dva nemocní ze 3 s pooperačně vzniklým pseudodivertiklem byli úspěšně reoperováni. V jednom případě neurogenního měchýře nemocný spontánně nemočí přes úspěch plastiky.

Závěr: Úspěšné řešení striktury uretry plastickou operací nepatří ke složitým výkonům, ale na výsledku podstatně závisí kvalita života nemocných. Dobrý funkční výsledek jsme dosáhli u 32 operovaných (94 %).

► 19. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S OPERAČNÍ LÉČBOU RECIDIVUJÍCÍCH STRIKTUR URETRY

J. Ženíšek, B. Shon, A. Petřík

Urologické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, Česká republika

Úvod: Je zřejmé, že jen malé procento striktur uretry je řešitelné optickou uretrotomií, a proto se lalokové a resekční plastiky stávají standardní léčbou zúženin uretry.

Metody: Autoři hodnotí retrospektivně výsledky uretroplastik u 13 pacientů s recidivujícími strikturami uretry. U všech pacientů se jednalo o stavy vyžadující uretrotomie v intervalu 3 měsíců či pravidelné dilatace v ještě kratších intervalech. 2 pacienti byli trvale odkázáni na permanentní katetr. Pacienti byli operováni otevřenou plastikou, metodou resekční s end to end anastomózou, či plastikou živým lalokem, a to technikou onlay či inlay-onlay. U všech pacientů byl transuretrálně zaveden splint v podobě Foley katetru Ch. 14 perforovaným v oblasti provedené plastiky, k derivaci moče byla založena epicystostomie. V pooperačním období byla prováděna založeným splintem laváž fyziologickým roztokem s antibiotiky od třetího dne. Před odstraněním epicystostomie byla provedena mikční cystoradiografie, obvykle 3 týdny po výkonu.

Pacienti: Celkem bylo hodnoceno 13 pacientů ve věku od 23 do 73 let, operovaných v období od října 1997 do ledna 1999. 10 pacientů bylo operováno technikou onlay, 2 pacienti resekční uretroplastikou s end to end anastomózou, 1 pacient technikou inlay-onlay. V 5 případech se jednalo o strikturu v oblasti penilní uretry, v 8 případech o strikturu bulbární uretry.

Výsledky: Nebyla zaznamenána komplikace během operačního výkonu. V pooperačním průběhu bylo u 2 pacientů zaznamenáno hojení per secundam v oblasti perineotomie. U 3 pacientů byla epicystostomie ponechána déle vzhledem k paravazaci v oblasti lalokové plastiky při mikční cystoradiografii. Všichni pacienti byli hodnoceni v intervalu 6 - 12 měsíců po výkonu na základě subjektivních obtíží, kultivace moče a uroflowmetrie. Všichni pacienti jsou bez subjektivních obtíží, bez nutnosti dilatace, bez IMC, s dobrými parametry při uroflowmetrii.

Závěr: I přes krátký interval sledování pacientů od operačního výkonu se otevřené uretroplastiky jeví jako efektní výkony.

► 20. THE INCIDENCE OF TUMOURS IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS WITH LONG-TERM IMMUNOSUPPRESSIVE TREATMENT

D. Ondruš, V. Pribylincová, J. Breza, P. Bujdák, M. Mikloši, J. Řezníček, V. Zvara

Department of Urology, Comenius University Medical School, Slovak Postgraduate Academy of Medicine, Dérer University Hospital, Bratislava, Slovakia

The incidence of tumours after renal transplantation is significantly higher than in population that have not undergone transplantation. It is increased by a long-term survival of functional graft requiring long-term immunosuppressive treatment.

Since 1972, 620 renal transplantations have been performed in variety causes of end stage renal disease. The authors report a group of 18 renal transplant patients (2.9 %) who had cancer develop. Patients with malignancies are reviewed according to their age, sex, type of immunosuppression, interval between transplantation and the diagnosis of cancer, method of treatment and survival.

All patients received cadaver kidneys, secondary transplantation was performed in two patients. Five patients received conventional immunosuppression - azathioprine with prednisone, other 13 patients received cyclosporine with prednisone and/or azathioprine. In 13 males and 5 females in the mean age of 46.1 years the malignant disease developed about 62.4 months after renal transplantation. Six patients had epithelial skin cancers (four of them had squamous-cell carcinomas and two basal-cell carcinomas). In two patients was found breast cancer, colorectal carcinoma, renal-cell carcinoma, and bladder cancer respectively, in one patient was found gastric cancer, thyroid carcinoma, carcinoma of tonsilla, and monocytic leukemia with blastic transformation respectively. The average survival of patients with malignancies is 20.3 months. Of 17 patients with cancer, 13 were underwent surgical treatment, four patients with advanced disease received radiotherapy, hormonal treatment or only symptomatic therapy. In one patient the malignant disease was only discovered at autopsy. Five patients died of progressive malignant disease, four of inter-

current disease. Nine (50 %) patients are alive, with no evidence of disease (NED), 31.9 months in average following the diagnosis of malignancy. Three patients were returned to dialysis treatment, other 6 patients live with well functioned graft.

In patients surviving long time after kidney transplantation possibility of development of malignant disease should be considered. Preventive evaluation should guarantee early detection of cancer. Appropriate treatment, without cessation of immunosuppressive therapy, is indicated with the intention to prolong patient's life with a functional graft and without dialysis treatment.

► 21. UROLOGICKÁ PROBLEMATIKA TRANSPLANTOVANÝCH PACIENTŮ

V. Vomáčka, V. Vík

Urologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Protože stále přibývá pacientů s transplantovanou ledvinou i pacientů s kombinovanou transplantací ledviny a pankreatu, setkává se urolog častěji s urologickými komplikacemi u těchto pacientů. Zatímco u pacientů po transplantaci ledviny se setkáváme převážně se dvěma typy komplikací, a to močovou píštělí na straně jedné a stenózou močovéhoodu na straně druhé, je spektrum komplikací po kombinované transplantaci širší.

Přítom urologické komplikace má 50 - 60 % transplantovaných.

Komplikace lze rozdělit následovně:

- Píštěl v oblasti duodenocystoanastomosis 7 - 14 %
- Hematurie 9 - 28 %
- Močová infekce
- Refluxní pankreatitis 11 - 17 %
- Měchýřové a uretrální komplikace 8 - 14 %
(dysurie, perforace uretry, striktury uretry, ulcerace glans penis)
- Riziko malignity

Zvláště ve skupině měchýřových a uretrálních komplikací se vyskytují nezvyklé až bizarní případy, za které je zodpovědný kontakt agresivní, silně alkalické pankreatické šťávy s výstelkou močového měchýře a uretry.

V práci probírají autoři možnost léčby uvedených komplikací a prezentují nejzajímavější kazuistiky z vlastního souboru pacientů.

► 22. CÍL, ROZSAH A ZÁVĚRY UROLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ U PACIENTŮ S CHRONICKÝM LEDVINNÝM SELHÁNÍM

Zb. Veselský, P. Navrátil, P. Fixa

Urologická klinika FN Hradec Králové

Přednosta: doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.

Úvod: Urologická klinika FN Hradec Králové se jako jediná v ČR (její integrální součástí je transplantační oddělení s jednotkou akutní hemodialyzační péče) v transplantačním programu soustřeďuje na nemocné s vrozenými urogenitálními vadami, kdy případně transplantaci předchází urologické vyšetření a vytvoření předpokladu pro kvalitní derivaci moče. Autoři vyšetřili všechny nemocné na čekací listině hradecského transplantačního centra.

Metodika: U 112 nemocných byla rutinně vyšetřena moč chemicky a sediment, kvantitativní bakteriurie, bylo provedeno cystoskopické vyšetření, u oligourických a anurických nemocných urodynamické vyšetření, sonografie urogenitálního traktu a nativní snímek ledvin. Zvláštní skupinou bylo 12 nemocných s diagnózou meningomyelokély s reziduálním neurologickým nálezem, s chlopni zadní uretry a s komplexem exstomie epispadie. U této skupiny bylo vyšetření doplněno o uretrocystografii a mikční uretrocystografii.

Závěry: Ve skupině nemocných s vrozenou vývojovou urogenitální vadou byla u 6 pacientů derivace moče již operačně řešena. Zbýlých 6 nemocných je do operačního programu zařazeno. Ve skupině nemocných s jinou příčinou selhání ledvin (100 pacientů) jsme prokázali u 32 oligourických pacientů 26x pozitivní kultivační nález, ve skupině anurických pacientů z 18 nemocných v 17 případech. U 17 žen jsme prokázali urodynamicky významnou stenózu uretry, u 15 mužů subvezikální obstrukci na podkladě BHP. U dvou mužů byl prokázán karcinom prostaty, u tří pacientů karcinom afunkčních ledvin. Dva muži měli strikturu penilní uretry.

► 23. EMBOLIE RENÁLNÍ ARTERIE - KAZUISTIKA

M. Hora¹, M. Chochola², T. Hanuš¹, P. Pokuta¹, R. Klézlová², P. Flejšar³, M. Sojáková³

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²II. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Embolie renální arterie je vzácná a bývá jen velmi výjimečně správně klinicky diagnostikována, většinou je zaměněna s jiným onemocněním. Přitom však úspěšná léčba je závislá na včasné diagnostice, neboť ischemie ledviny vede v krátké době k ireverzibilním změnám. U většiny pacientů je v anamnéze srdeční arytmie (hlavně fibrilace síní) či onemocnění srdečních chlopní. Klinicky dominuje bolest v bedrech. K diagnostice je nutná sonografie, vylučovací urografie a renální angiografie. V léčbě se užívá aspirace tromboembolu a intraarteriální aplikace fibrinolytik do a. renalis.

Vlastní pozorování: Autoři prezentují kazuistiku 56letého muže trpícího ICHS, fibrilací síní, ICHDK, DM, kuřáka a alkoholika s dvacetihodinovou anamnézou levostranné renální koliky. Po vyšetření laboratorním, sonografií, vylučovací urografií a cystoskopií s ascendentní pyelografií byla tři hodiny po přijetí do nemocnice provedena angiografie s nálezem tromboembolu v levé renální arterii. Po jeho odsátí se obnovila perfúze ledviny krví. Pacient byl po výkonu zajištěn heparinizací. Fibrinolytika nebyla pro lehkou makroskopickou hematurii aplikována. Týden po výkonu byl na scintigrafii ledvin obraz normálně funkční ledviny. Pacient je nadále sledován.

Závěr: Embolie renální arterie je vzácné onemocnění, na nějž musíme diferenciálně diagnosticky pomyšlet při bolestech v bedrech zejména u pacientů s rizikovými faktory (hlavně fibrilace síní). Je nutná urgentní angiografie s odsátím tromboembolu a s perfúzí ledviny fibrinolytiky.

► 24. PRIMÁRNE EXTRAGONADÁLNE NÁDORY ZO ZÁRODOČNÝCH BUNIEK

I. Riedl

Urologické oddelenie Trenčín

Úvod: Nádory z extragonadálnych zárodočných buniek (EGCT) reprezentujú cca 2 - 5 % dospelých malignít zo zárodočných buniek.

Pacient a metódy: Poster prezentuje 36ročného muža, ktorý bol prijatý pre rozsiahlu nádorovú masu vo veľkej a malej pánve. Histologické vyšetrenie punktátu nádorovej masy získanej pomocou biopty gun dokázalo dediferencovaný malígny tumor, pleiomorfii s vysokou mitotickou aktivitou. Definitívne histologické vyšetrenie bolo stanovené pri laparotómii.

Výsledky: Pacient bol liečený štyrmi dávkami chemoterapie BEP s kompletnou remisiou.

Záver: Pri nádorových masách retroperitónea a mediastína je u mladých mužov potrebné myslieť na možnosť výskytu primárneho EGCT.

► 25. KLINICKOPATOLOGICKÉ VÝSLEDKY 7LETÉ OBSERVACE PACIENTA S VON HIPPEL-LINDAUOVOU CHOROBOU

P. Toufarová, M. Ludvíková

Urologická klinika a Ústav patologie FN Plzeň

Úvod: Von Hippel-Lindauova (VHL) choroba je autozomálně dominantně dědičný syndrom charakterizovaný variabilní, nicméně typickou manifestací různých patologických lézí. Do rámce tohoto syndromu patří především retinální angiomy a cerebelární hemangioblastomy, renální cysty a nádory, feochromocytom dřeně nadledvin, méně často papilární kystadenomy nadvarlete a mesosalpinx a agresivní papilární tumor temporální kosti.

Materiál a metody: V našem sdělení prezentujeme klinické a morfologické výsledky vlastního 7etého pozorování 30letého pacienta s VHL chorobou, která se postupně manifestovala poruchou sluchu, tumorem nadvarlete, mozečku a ledviny. Všechny resekované tumory byly vyšetřeny po formalínové fixaci a zalití do parafínu jednak klasickými histologickými, jednak imunohistochemickými metodami.

Výsledky: V průběhu 7 let jsme postupně u pacienta s VHL chorobou diagnostikovali světlobuněčný papilární kystadenom nadvarlete, hemangioblastom mozečku a multicentrický unilaterální světlobuněčný renální karcinom.

Závěr: V práci uvádíme časté i méně obvyklé manifestace VHL syndromu a upozorňujeme na diagnostická úskalí a nutnost dispenzarizace pacienta. Dále diskutujeme o patogenetické souvislosti procesu a uvádíme přehled literatury k dané problematice.

► 27. VÝZNAM STANOVENÍ PSA A FREE PSA PRO ČASNOU DETEKCI KARCINOMU PROSTATY.

M. Hanuš, M. Matoušková

Urocentrum Praha

Incidence karcinomu prostaty se v posledních dvaceti letech v našich zemích prakticky zdvojnásobila. Přitom stále více nemocných se daří zastihnout v době, kdy je možná radikální léčba lokalizovaného zhoubného nádoru. Velký význam pro detekci má trojice základních vyšetření - per rectum, prostatický specifický antigen PSA a transrektální ultrasonografie TRUS.

PSA je proteáza produkovaná epiteliálními buňkami prostaty. V plazmě jej lze detekovat jako volný fPSA (10 %) a vázaný na a1 antichymotrypsin (90 %), stanovit nelze PSA vázaný na a2makroglobulín. V rámci studie PSA 2000 spolupracujeme s praktickými lékaři v Praze. Vyšetřeno bylo 3865 mužů nad 50 let věku. V prezentované práci jsme se zaměřili hodnocení výtěžnosti PSA a poměru f/T PSA. V souboru 762 mužů s onemocněním prostaty jsme sledovali vztah mezi průkazem karcinomu, sérovou hodnotou PSA a poměru mezi volným a celkovým PSA. Zjištěné hodnoty jsme pak porovnávali s klinickými a histopatologickými nálezy.

V rozmezí f/t PSA 13 - 17 % je padesátiprocentní pravděpodobnost detekce zhoubného postižení prostaty, s poklesem poměru tato pravděpodobnost vzrůstá. Hodnoty f/t PSA pod 13 % značí vysokou pravděpodobnost přítomnosti karcinomu a jsou indikací k opakovaným a početnějším biopsiím.

Při stanovení PSA, poměru volného a celkového PSA, pečlivého vyšetření per rectum a transrektální ultrasonografie s eventuální TRUS vedenou biopsií prostaty významně zvyšuje možnost časně detekce karcinomu prostaty.

► 28. MOLEKULÁRNÍ GENETIKA U KARCINOMU PROSTATY

M. Lukeš, M. Záleský

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

A. Bóday

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

Úvod: Pokrok na poli molekulární biologie a genetiky v oblasti maligních nádorů je v posledním desetiletí značný. Objasnění genetické podstaty maligního procesu má význam pro včasnou diagnostiku, vypracování nových léčebných postupů a v neposlední řadě i pro prevenci nádorových chorob.

Maligní nádory jsou geneticky podmíněným onemocněním. Výsledky studií prokazují, že vznik i progresse nádorového onemocnění je nutno chápat jako vícestupňový proces, při kterém dochází ke kumulaci poruch funkce různých genů zodpovědných za kontrolu normálního buněčného růstu. Výsledná kombinace těchto změn pak determinuje biologické vlastnosti nádoru.

Záměr: Cílem této práce je snaha poskytnout přehled genů a jejich produktů, jejichž genetické poškození vede k procesům iniciace a progresse nádoru prostaty. Porozumění molekulární genetiky nádoru prostaty má přímý dopad na stanovení diagnózy, prognózy a terapie, protože markery přítomnosti tumoru, markery předpovídající chování nádoru a cíle pro přerušení maligního fenotypu jsou přirozeným výsledkem znalostí molekulární genetiky.

Závěr: Díky nejmodernějším cytogenetickým a molekulárně biologickým metodám byla zjištěna řada genetických změn, které mají přímou souvislost s procesem iniciace i progresse maligního nádorového onemocnění. Je zřejmé, že hledání a vyšetřování buněčných markerů doposud stále patří převážně do molekulárních a genetických laboratoří. Diagnostika a následný terapeutický algoritmus prozatím z těchto markerů běžně klinicky nevyplývají. Je však nepochybné, že v nejbližší budoucnosti budeme muset alespoň s některými z nich v klinické praxi počítat. V současnosti je však u karcinomu prostaty stále klinicky nejvýznamnějším nádorovým markerem prostatický specifický antigen.

► 29. RADICAL PROSTATECTOMY AFTER TRANSURETHRAL PROSTATE-RESECTION

W. Jellinghaus, C. Blotin

Urologische Klinik des Stadtkrankenhauses Worms

Between 1982 and 1998, 466 patients underwent a radical retropubic prostatectomy in the department of Urology at Worms. 38 out of 376 analysed patients were treated by radical prostatectomy for an Incidental carcinoma, diagnosed by TUR-P (pT 1a = 19 pts; pT 1b = 19 pts).

The survival rate for all patients was 93,7% after 5 years and 87,2% after 10 years.

In 19 pts. with a pT 1a tumor no progression was found. The 19 pts. with pT 1b tumors showed a poor prognosis with a 5-year survival rate of 67,4%.

In summary:

1. The TUR-P prior to a radical retropubic prostatectomy does not increase the intra- or postoperative risk.
2. As expected in final histology the TUR-P patients showed the lowest tumor-stage without lymphatic spread.
3. Surprisingly the pT 1b tumors had a poorer prognosis compared to all other stages.

An explanation is tried.

► 30. POZITIVNÍ OKRAJE PREPARÁTU PŘI RAPE - PODHODNOCENÝ STAGING - DALŠÍ POSTUP?

M. Urban, R. Grill, M. Lukeš

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK Praha

Úvod: I přes řádnou předoperační diagnostiku stadia karcinomu prostaty se v našem souboru pacientů indikovaných k RAPE vyskytly patologem hodnocené okraje preparátu jako pozitivní z nálezu karcinomových buněk. Toto klade jednak otázku zlepšení stanovování a vyhodnocování předoperačního stagingu, jednak další pooperační strategie.

Metoda: Do souboru bylo vybráno 60 pacientů s provedeným RAPE z let 1996 - 98. Z toho u 21 pacientů (35 %) byly nádorové buňky v okraji resekátu (pT3). Současné postižení uzlin bylo u 6 nemocných (10 %).

Předoperační vyšetření: per rektum, PSA, TRUS s cílenou biopsií, scinti skeletu, CT. V otázce stanovení pozitivních uzlin nebylo CT ani event. doplňující NMR přínosem v předoperačním stanovení postižení uzlin ve srovnání s jejich následným histologickým vyšetřením. Pooperačně posíláme oboustranné lymfatické uzliny a vzorek tkáně dostřihované na apexu prostaty před svěřácem standardně na kryo vyšetření.

Souhrn: Nemocní s postižením uzlin byli léčeni kombinací hormonální a radiační terapie, samostatné přerůstání okrajů prostaty pak dle hodnot PSA - prostě sledování nebo radioterapie.

Ve sledování těchto 21 nemocných jsme v období 10 - 36 měsíců nezaznamenali lokální progresi ani generalizaci kontrolou RTG plic, scinti skeletu, PSA event. CT u 19 nemocných. U dvou došlo k vzestupu PSA, lokální či generalizované projevy onemocnění však nebyly dosud prokázány.

Závěr: Zpětné přehodnocování předoperačních vyšetření ve světle popisu patologa nepřináší výraznější odchylku v hodnocení. K diskusi přichází vyhodnocování TRUS a zvýšení počtu míst s odběrem biopsie.

► 31. POUŽITÍ ERYTROPOETINU U RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

D. Pacík, V. Vít, J. Doležel, B. Stibor, I. Čundrle
Urologická klinika FN Brno-Bohunice
ARO FN Brno-Bohunice

Úvod: Radikální prostatektomie patří k operačním výkonům spojeným s možnou krevní ztrátou. Ve snaze minimalizovat riziko podání alogenní krve byla ke standardním metodám krevní péče připojena i podpora tvorby červené krevní řady aplikací erytropoetinu alfa.

Soubor a metodika: Soubor tvoří 15 pacientů indikovaných k provedení radikální prostatektomie pro karcinom prostaty. Všichni podstoupili odběr 4 transfuzních jednotek autologní krve během 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Po každém odběru byl aplikován erythropoetin v dávce 100 IU/kg t. hm. V den výkonu byla provedena akutní izovolemická hemodiluce.

Výsledky: všichni pacienti snesli odběr 4 autotransfuzí v průběhu dvou týdnů s následnou aplikací erytropoetinu dobře. Dosažené předoperační hodnoty hematokritu umožňovaly provedení hemodiluce s prům. odebraným množstvím krve 1152 ml. Průměrná hodnota Hb první poop. den činila 112 g/l, HTC 0,327 a Ery 3,12 x 10¹²/l.

Závěr: Podávání erytropoetinu může účinně facilitovat předoperační odběr autotransfuzí v krátkém časovém období bez výrazného snížení hodnot červené krevní řady. Uspokojivá hodnota HTC před výkonem umožní odběr většího množství krve při hemodiluci. Tím se zvýší míra bezpečnosti pacienta vůči rizikům vyplývajícím z podání alogenní krve.

► 32. NEOADJUVANTNÍ HORMONÁLNÍ TERAPIE PŘED RADIKÁLNÍ PROSTATOVEZIKULEKTOMIÍ. VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

P. Morávek, P. Prošvic, Hafuda Abdulbaset
Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Neoadjuvantní hormonální terapii ze začátku 90. let před RAPE jsme podávali na podkladě literárních informací s cílem co nejlepšího dlouhodobého výsledku léčby.

Metoda, sestava nemocných: V období 1993 - 1998 jsme hodnotili 84 nemocných z 85 operovaných. Neoadjuvantní hormonální léčbu dostalo 62 (I. sk.) a bez ní bylo 22 (II. sk.) nemocných. U všech byla určena TNM,G a pTNM,G klasifikace. Sledovali jsme PSA a velikost prostaty (sono) před začátkem neoadjuvantní léčby (event. při stanovení dg.) a před RAPE, pokles PSA po 1, 6 a 12 měsících, (dále po 1 roce) a event. relaps onemocnění (PSA, scan, CT).

Výsledky: Ve skupině I byla průměrná hodnota PSA před zahájením léčby 16,4 ng/ml, před RAPE 4,5 ng/ml, u 10 nemocných došlo k významnému a 14 nevýznamnému zmenšení objemu prostaty. Při porovnání TNM,G klasifikace a pTNM,G klasifikace se zvětšil počet nádorů T3 o 9, pozitivní uzliny byly prokázány u 6 a okraje u 12 operovaných. Zvětšil se počet tumorů GIII. o 12 a GII. o 10. PSA po operaci za 6, 12 měsíců byl > 1 u 9 nemocných a generalizace prokázána u 2 nemocných. Ve skupině II byla průměrná hodnota PSA při stanovení dg. 13,5 ng/ml a před RAPE 14,4 ng/ml. V tomto období se objem prostaty mírně zvětšil u 7 pacientů. Při porovnání TNM,G a pTNM,G klasifikace se rozsah T nezměnil, pozitivní uzliny byly prokázány u jednoho a okraje u dvou operovaných. G tumoru se prakticky nezměnil. PSA po operaci za 6, 12 měsíců byl >1 u 3 nemocných, orgánová generalizace nebyla prokázána.

Závěr: Neoadjuvantní léčba významně ovlivnila aktivitu nádoru v době operace, neovlivnila průběh poklesu PSA v pooperačním období ani možný relaps onemocnění. Zmenšení objemu nádoru nemělo vliv na operabilitu. Dlouhodobé přežívání nelze zatím hodnotit.

► 33. LOW DOSE OESTROGEN TREATMENT FOR ADVANCED PROSTATIC CARCINOMA

M.C. Bishop
Consultant Urologist, Nottingham University Hospitals

The early clinical trials of oestrogen treatment of advanced prostatic carcinoma established that both disease control and cardiovascular side effect were responsive to dose. 3 mg/day of diethylstilboestrol (DES) was accepted as the minimum daily dose necessary to suppress plasma testosterone to castrate levels in all patients but at the expense of severe cardiovascular side effects which developed in approximately 20%. It was then shown that 1 mg/day was equally effective with fewer complications although the plasma testosterone was not necessarily fully suppressed. These conclusions have been confirmed by extensive data published from our unit.

Many clinicians feel uncomfortable with therapy which does not at least mimic castration and oestrogens have become almost obsolete in favour of LH/RH analogues perhaps in combination with an antiandrogen. This trend could become reversed with the growing realisation that advanced prostatic carcinoma can be treated effectively without full leydig cell progression; that combined maximal androgen blockade is discredited; that oestrogens may have an added advantage of direct tumoricidal action.

Lately there is a tendency to treat all patients with advanced disease early and even before the development of bone metastases. Such patients could easily survive for six years or more and become susceptible to the long term side effects of post pubertal castration, including osteoporosis. Oestrogens have an added advantage of maintaining bone structure. Whatever regime is used the goal should be to minimise the dose of treatment administered whilst maintaining the desired response. Low dose oestrogens should be reconsidered as a cheap and effective alternative. Furthermore there may be an added advantage from such modifications as intermittent therapy, parenteral preparations given by intramuscular injection and perhaps through transdermal absorption and the new synthetic oestrogen analogues.

► 34. LÉČBA HORMONÁLNĚ INDEPENDENTNÍHO KARCINOMU PROSTATY KOMBINACÍ MITOXANTRONU A PREDNISONU

M. Matoušková, M. Hanuš
Urocentrum Praha

Karcinom prostaty je u nás druhým nejčastějším nádorovým onemocněním mužů. Nádor prostaty, který progreduje při androgenní bloádě, je definován jako hormonálně independentní. Zhoubné postižení prostaty, které se vymklo hormonální kontrole, vede během několika měsíců ke smrti pacienta. Medián přežití se pohybuje mezi 6 - 9 měsíci. Každá léčba, kterou pacient od nás dostává, je léčbou paliativní. Paliativní chemoterapie předpokládá protinádorovou aktivitu a snesitelnou toxicitu pro nemocného. Režimů je v současné době používáno několik.

V naší práci předkládáme předběžné výsledky s použitím kombinované paliativní chemoterapie mitoxantronem a nízkodávkovaným prednisonem u pěti nemocných s pokročilým, hormonálně independentním karcinomem prostaty. Průměrný věk nemocných 61,8 roku <48;66>. Postupná progresie obtíží byla indikací k zahájení léčby.

Aplikace mitoxantronu (10 - 12 mg/m²) každý 21. den spolu s prednisonem (10 mg denně) je nemocnými dobře tolerována. Pravidelné kontroly krevního obrazu, nádorových markerů a ekg jsme prováděli podle protokolu. U žádného z nemocných nebyla toxicita indikací k přerušení léčby. Klinický efekt s ústupem bolesti a poklesem PSA jsme pozorovali u tří nemocných, přechodný analgetický účinek u všech.

Použití kombinace mitoxantronu a prednisonu u nemocných s independentním karcinomem prostaty je jednou z léčebných modalit, kterou můžeme zlepšit kvalitu života nemocného. Předkládáme předběžné výsledky studie, která dále pokračuje.

► 35. FATÁLNÍ DŮSLEDKY PARANEOPLASTICKÉHO SYNDROMU U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

V. Vít, D. Pacík, M. Penka
Urologická klinika FN Brno-Bohunice
Oddělení klinické hematologie FN Brno-Bohunice

Úvod: Jako paraneoplastické projevy jsou označovány vzdálené účinky nádoru, které vedou ke stavům, které přímo nesouvisí s primárním nádorem nebo s ev. metastázami. Paraneoplastické syndromy mohou vzniknout vlivem nadměrné nebo ektopické tvorby biologicky aktivních proteinů (hormonů), účinkem imunokomplexů, tvorbou ektopických receptorů, uvolňováním fyziologicky aktivních sloučenin nebo z neznámých příčin. S nádorovým onemocněním může být spojena řada syndromů s projevy krvácení, kdy jsou porušeny mechanismy plazmatické koagulace nebo fibrinolýzy. Poruchy krevního srážení patří se svými klinickými projevy krvácení a trombózy v onkologii k závažným stavům, které nemocného mohou ohrozit na ži-votě bezprostředně.

Kazuistika: 55letý pacient, bez urologických potíží, přeložen z interní kliniky pro náhle vzniklou hemoragickou diatézu s makroskopickou hematurií v popředí klinického obrazu. Byl prokázán adenokarcinom prostaty s diseminací do skeletu. Přes veškeré kurativní pokusy dochází k progresi krvácivých projevů, rozvoji DIC a exitu pacienta.

Závěr: Ve svém sdělení autoři sledují dva cíle. Jednak připomenout možnost paraneoplastických projevů obecně - jako mnohdy prvního projevu dosud nediagnostikovaného zhoubného onemocnění, jednak na konkrétním případě pacienta s diseminovaným karcinomem prostaty poukázat na nutnost včasné detekce tohoto u mužů velmi častého onemocnění.

► 36. NEOBÝKLÝ PŘÍPAD METASTÁZY KARCINOMU PROSTATY

V. Vít, D. Pacík
Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: karcinom prostaty, jako jeden z nejčastějších zhoubných nádorů a příčina smrti u mužů, představuje vysoce závažný medicínský a společenský problém. V České republice je karcinom prostaty druhým nejčastějším onemocněním po karcinomu plic (ročně 9,5 % všech hlášených malignit u mužů) a za posledních 34 let incidence vzrostla o cca 219 %. Je pravděpodobné, že bez včasné diagnostiky a adekvátní terapie bude na toto onemocnění umírat stále více mužů.

Kazuistika: 62-letý pacient, bez urologických potíží, vyšetřován pro cholecystolithiasu, sonograficky susp tu.ves. felleae. Pro PSA 5,65 byla provedena biopsie prostaty - diagnostikován adenoca - G2. Byla provedena radikální prostatektomie, ve druhé době laparoskopická revize žlučníku. Odstraněný cystický tumor jater je histologicky verifikován jako metastáza karcinomu prostaty. I při TAB pro časnou recidivu v játrech dochází k další progresi onemocnění.

Závěr: Předpokladem úspěšné terapie je detekce onemocnění v lokalizovaném, a tedy kurabilním stadiu. Je nutné exaktně stanovit přesný rozsah onemocnění a i při poměrně nízkých hodnotách PSA vyloučit především vzdálené metastázy - i ty v méně obvyklých - viscerálních lokalizacích (plíce, játra). Právě na tuto často atypickou diseminaci chtějí autoři ve svém sdělení upozornit.

► **37. MULTICENTRICKÁ STUDIE FUNKČNÍCH VÝSLEDKŮ ORTOTOPICKÉ NEOVEZIKY U ŽENY**

L. Jarolím, A. Stenzl*, P. Coloby**, M. Babjuk, M. Grim***, M. Janský, M. Tichý***, T. Hanuš, J. Dvořáček, O. Nařka***
Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha
Universitätsklinik für Urologie, Innsbruck, Österreich*
Service d'Urologie, Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise, France**
Anatomický ústav 1. LF UK Praha***

Úvod: Na pracovištích autorského kolektivu byla od roku 1993 soustředěna pozornost na vypracování teoretických podkladů a operační techniky cystektomie u ženy chránící uretru pro využití při konstrukci ortotopické neoveziky. Společným principem teorie a praxe na uvedených pracovištích je ochrana nervového zásobení ženské uretry a konstrukce ileální neoveziky.

Pacienti a metody: V období let 1993 až 1998 bylo operováno celkem 97 patientek, u kterých byla po cystektomii chránící inervaci uretry vytvořena ortotopická ileální neovezika konstruovaná podle Hautmanna a uretery byly implantovány Le Ducovou technikou.

Výsledky: Uspokojivá denní kontinence byla dosažena u 89 patientek, noční kontinence u 76 patientek a významné postmiktické reziduum je třeba řešit autokatetrizací nebo podáváním alfa-blokátoru u 13 patientek.

Závěr: Multicentrická studie funkčních výsledků u 97 žen s ortotopickou neovezikou představuje hodnocení největšího souboru na světě. Dosažený stav kontinence podmiňuje velmi dobrou kvalitu života operovaných patientek. Dokazuje, že v indikovaných případech je cystektomie u ženy s konstrukcí ortotopické neoveziky metodou volby.

► **38. TREATMENT OF URETEROENTERIC ANASTOMOTIC STRICTURES WITH PERMANENT URETERAL WALLSTENTS AFTER CAMEY AND WALLACE URINARY DIVERSION. LONG-TERM FOLLOW-UP.**

P. Palascak, M. Bouchareb, M. Urban, R. Zachoval
Departments of Urology and Radiology, Vesoul, France;
Department of Urology, Charles University, Prague, Czech Rep.

Introduction and objectives: Ureteroenteric anastomotic stricture after urinary diversion occurs in 4 % to 8 % patients and may lead to a progressive deterioration of renal function. There are problems with all current management techniques: surgical revision, endourological incisional approach, nephrostomy drainage, external ureteral stents and dilatation with high pressure angioplasty balloon. The authors present their long-term results of the use of permanent ureteral Wallstents for the treatment of benign ureteral stricture.

Material and methods: Eight patients with 10 strictures were treated with nephrostomic placement of self-expanding permanent indwelling stents between September 1993 and January 1998. The group had a mean age of 59,2 years and included 8 men. Development of the strictures occurred at a mean of 20,9 months after urinary diversion. There were 7 (70%) complete and 3 (30%) partial strictures. A total of 49 Camey procedures, 7 patients (14,2%) had 9 (18,3%) strictures. Of the 28 Wallace procedures, 1 patient (3,5%) had one stricture. After recanalisation of the distal ureter by Terumo guide wire and dilatation with high pressure angioplasty balloons a wall stent was placed across the stricture via a percutaneous approach.

Results: The endourological placement of self-expanding permanent indwelling stent was well tolerated in all patients. Hospital stay averaged 2 days. No major complication was observed. With a follow-up of 7.68 months (mean 22,4 months) in 7 patients with 9 strictures, the ureteroenteric anastomotic strictures disappeared. One patient needed additional procedure (lithotripsy) for stone formation at the lower part of the stent extending in the neobladder to maintain patency after 68 months. The other patient with Wallace's procedure is doing well 1 year and 8 months afterwards.

Conclusions: An endourologic ureteral wall stent approach to ureteroenteric stricture is a successful alternative, providing satisfactory management for the problem of most patients. No complication such as stent migration, hematuria, pain and recurrent stricture was observed.

► **39. NAŠE ZKUŠENOSTI S DYNAMICKÝM ANTIREFLUXNÍM MECHANIZMEM U ILEÁLNÍCH SUBSTITUCÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

J. Doležel, D. Pacík
Urologická klinika MU Brno, FN Brno.

Dynamickou antirefluxní chlopeň tvořenou izoperistaltickou aferentní kličkou ilea u ileálních substitucí močového měchýře v experimentu a klinické praxi poprvé použil Studer a velmi dobrých výsledků dosáhli i jiní autoři.

Minimálně modifikovaná Studerova ileální náhrada (Rogers, Scardino) byla vytvořena u 15 pacientů, mužů, v období 6/1996 až 4/1999. Průměrný věk v době operace činil 61 let (31 - 85 let), průměrná délka sledování 17 měsíců. Náhrada byla provedena v jedné době s radikální cystektomií (14x) pro karcinom močového měchýře či s prostou cystektomií (1x) pro radiační cystitidu.

Urodynamicky a funkčně je jímač srovnatelný s jinými typy nízkotlakých náhrad vytvořených ze 40 cm ilea: v prvním roce po operaci se funkční kapacita zvětšila u všech sledovaných z původních 150 ml na konečných 450 až 500 ml. Po dosažení kapacity 300 ml bazální rezervoárový tlak nepřevyšoval 2 kPa. Aktivní ani pasivní vesikoureterální reflux nebyl prokázán. Za 1 - 2 roky po operaci se většina pacientů naučila vnímat plnost jímače i ve spánku a budit se na močení. 90 % pacientů je přes den kontinentních, 60 % pacientů i v noci. Všichni pacienti močí spontánně pomocí relaxace pánevního dna, případně za použití břišního lisu. Za sledované období došlo u jednoho pacienta k obstrukci levého močovodu v místě jeho křížení s aortobifemorální protézou implantovanou dva roky před cystektomií. Jedenkrát byl jímač za rok po operaci konvertován na ileální konduit tvořený intaktní aferentní kličkou pro

totální inkontinenci po CMP. U jednoho pacienta, diabetika, byl dva roky po operaci perkutánně drénován mykotický paraneuritický absces a úspěšně přeléčena kandidová sepe. 70 % operovaných má trvale sterilní moč. Jeden pacient zemřel půl roku po náhradě měchýře na následky sepe a cévních komplikací po revizi dutiny břišní pro ileus.

Studerův typ měchýře je spolehlivou variantou ileální substituce. Její předností je jednoduchost konstrukce, nízká pravděpodobnost vzniku ureterointestinálních striktur, možnost zkrácení močovodu a snadné konverze v konduit, pokud to stav či onemocnění pacienta vyžaduje. V režimu spontánní mikce je výskyt trvalé bakteriurie přijatelně nízký.

► 40. PORANĚNÍ URETERU OŠETŘENÁ VE VFN PRAHA ZA POSLEDNÍCH 5 LET

P. Pokuta, L. Jarolím, J. Dvořáček, T. Hanuš
Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Úvod: Poranění močovodu je nejčastějším poraněním v urologické praxi. Frekvence iatrogenních poranění souvisí s rozvojem radikality a spektra operačních výkonů ve všech chirurgických oborech. Pro další osud pacienta je nejdůležitější včasné stanovení diagnózy a správně načasovaná léčba.

Pacienti a metody: V období od 1. 1. 1994 do 31. 12. 1998 autoři ošetřili 65 pacientů s poraněním močovodu. Nejčastější poranění bylo iatrogenní, z 53 pacientů šlo o poranění při abdominální hysterektomii u 23 pacientek. K iniciálnímu ošetření byla nejčastěji použita technika punkční nefrostomie (38 pacientů) a inzerce stentu (21 pacientů). Definitivní ošetření bylo provedeno obvykle za 6 - 8 týdnů po ošetření iniciálním. Resekce ureteru a ureterorafie byla použita u 32 pacientů, reimplantace močovodu u 12 pacientů a Boariho plastika u 5 pacientů.

Výsledky: Většina pacientů s poraněním močovodu byla ošetřena rekonstrukčním výkonem se zachováním funkce ledviny. Nefrektomie byla nezbytná u sedmi pacientů, z toho 1x primárně. Příčinou nefrektomie bylo ve všech těchto případech pozdní stanovení diagnózy poranění.

Závěr: Včasná diagnóza a správně načasovaná léčba poranění močovodu dovoluje zachovat funkci ledviny. Pozdní rozpoznání iatrogenní léze ureteru může vést ke ztrátě ledviny.

► 41. REKONSTRUKČNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA TRANSSEXUÁLNÍCH OSOB

L. Jarolím
Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Úvod: Chirurgická konverze transsexuálních osob navazuje na pečlivou sexuologickou přípravu těchto pacientů ke změně pohlaví. Představuje soubor náročných chirurgických výkonů zasahujících do funkční integrity pacienta s cílem vytvořit orgány, které morfologicky a do určité míry i funkčně imitují orgány typické pro opačné pohlaví.

Pacienti a metody: V období let 1992 až 1999 bylo ošetřeno celkem 76 pacientů (48 konverzí pohlaví ze ženského na mužské), u kterých bylo provedeno celkem 135 výkonů.

Výsledky: Jednodobá konstrukce zevního ženského genitálu s imitací klitoridy a neovaginou z invertované kůže penisu byla provedena u devíti pacientů s mužským transsexualismem. U 17 takových pacientů bylo dosaženo definitivního výsledku dvěma až čtyřmi výkony. Sigmoidální neovagina byla vytvořena u dvou nemocných. Transsexualismus ženský byl převážně léčen jednoduchou konverzí spočívající v hysterektomii, redukční mamární plastice a metaidoioplastice. U 16 pacientů byla konverze provedena bez metaidoioplastiky a čtyřem osobám byl vytvořen neofalus z kůže třísel.

Závěr: Morfologické a funkční výsledky rekonstrukčních operací u mužského transsexualismu jsou velmi dobré a dovolují operovaným pacientům dobře zaujmout sexuální roli, se kterou se identifikují. U ženského transsexualismu přináší chirurgická konverze pohlaví vzdor funkčně podstatně méně dokonalého výsledku rekonstrukčních výkonů stabilizaci heterosexuálních partnerských vztahů včetně manželství a adopce dítěte.

► 42. MANAGEMENT OF URETERAL STONES

H. N. Whitfield
London, UK

Ureteric stones are common and cause significant morbidity. In this review the changes which have occurred over the past decade will be presented.

The diagnostic techniques available have expanded to include unenhanced spiral CT, measurement of the renal resistive index and MR urography. The advantages and disadvantages of these alternatives to intravenous urography are described.

Some aspect of the management of ureteric stones have not changed. Most will pass spontaneously and adequate analgesia is required and the choice is wide. ESWL, endoscopic and laparoscopic management have now largely replaced open surgery. The technological advances which have been developed will be described and their roles identified. Advantages, disadvantages, success rate and complications will be reviewed.

Special situations in respect of problems presenting in children, patients with stones in pregnancy and patients with indinivan stones will be discussed.

► 43. POROVNÁNÍ ÚSPĚŠNOSTI ESWL A URETEROSKOPIE V LÉČBĚ JUXTAVEZIKÁLNÍ URETEROLITIÁZY

A. Petřík, M. Fiala, J. Novák

Urologické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, Česká republika

Úvod: Je stále diskutovanou otázkou, zdali je úspěšnější ESWL či ureteroskopie při léčbě juxtavezikální ureterolitiázy.

Metody: Sdělení hodnotí retrospektivně výsledky terapie u pacientů primárně léčených ESWL nebo ureteroskopií. URS či ESWL byly indikovány na základě rozhodnutí lékaře. ESWL terapie byla prováděna na přístroji Medilit M6 s RTG zaměřením z dorzálního přístupu. Ureteroskopie byly prováděny ureteroskopy o průměru 8 či 10 Fr. K dezintegraci konkrementů při ureteroskopii byl používán elektrokinetický litotryptor. Pacienti byli stentováni na základě subjektivního rozhodnutí operátora. Výsledky byly hodnoceny v odstupu 3 měsíců po výkonu.

Pacienti: V souboru ESWL bylo zahrnuto celkem 276 pacientů (164 mužů a 102 žen) v průměrném věku 42,5 roku (maximální 84 let, minimální 12 let). V souboru ureteroskopií 273 pacientů (176 mužů a 97 žen) v průměrném věku 42,8 roku (maximální 87 let, minimální 15 let).

Výsledky: Od srpna 1992 do května 1998 bylo provedeno celkem 423 ESWL u 276 pacientů a 280 ureteroskopií u 273 pacientů.

Tabulka uvádí základní data.

	ESWL	URS
Průměrná velikost konkrementu	7.30 mm	5.50 mm
Opakování výkonu	1.56	1.03
Doba výkonu	56 min	25 min
Komplikace během výkonu	4.0 %	2.5 %
Komplikace po výkonu	2.8 %	10.4 %
Následné výkony	20.4 %	8.2 % +52 % extrakce stentu
Stone free	93.9 %	99.2 %
Rezidua do 3 mm	1.4 %	0.4 %
Rezidua nad 4 mm	4.6 %	0.4 %

Závěr: Naše výsledky ukazují, že ureteroskopie je v léčbě juxtavezikální litiázy úspěšnější než ESWL. Jistou nevýhodou je vyšší invazivita výkonu.

► 44. NOVÁ METODA ZLEPŠENÍ LOKALIZACE URETEROLITIÁZY PŘI ESWL

T. Hanák, P. Kumstát, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno

Úvod: Přesná rentgenová lokalizace konkrementu je nutností pro úspěšné řešení ureterolitiázy pomocí ESWL. Při nepříznivých zaměřovacích podmínkách (sumace konkrementu s částmi skeletu, flatulence, obezita pacienta, nízká radioopacita konkrementu) však nemusí při zaměřování kamene pomoci ani běžně zaváděný ureterální stent. Tento problém lze řešit zavedením speciálního ureterálního stentu, který je po celé své délce značkován silně radioopakními kroužky v roztečích cca 25 mm. Při vlastní litotrypsii je pak snadno skioskopicky lokalizována značka - kroužek nacházející se nejbližší konkrementu. Ve vertikální rovině pak odpovídá pozice značky poloze konkrementu, čímž je zpřesněna lokalizace konkrementu a zvýšena pravděpodobnost úspěšné litotrypsie.

Kazuistika: U 34letého pacienta se semikontrastní proximální ureterolitiázou průměru 12 mm způsobující hydronefrosu jsme značkováním stentem kámen obešli a následně provedli ESWL s využitím radioopakních značek (konkrement sám nebyl na skioskopii C ramena ve vertikální rovině vůbec zaměřitelný z důvodů jeho slabší radioopacity a rovněž pro obezitu pacienta). Zaměření litiázy pomocí stentových značek však bylo velmi komfortní a jisté. Po dokonalé dezintegraci konkrementu byl proveden rozbor vymočené drti - kalcium oxalát monohydrát. Kompletní stent byl extrahován bez poškození a inkrustací za 3 týdny po výkonu.

Závěr: Indikace a kontraindikace zavedení speciálního stentu u pacientů s ureterolitiázou se shodují s indikacemi a kontraindikacemi zavedení standardního ureterálního stentu. V případě předpokladu využití radioopakních značek při skioskopickém zaměřování ureterolitiázy během ESWL přináší speciální stent navíc výhody v exaktní lokalizaci konkrementu i za velmi ztížených zaměřovacích podmínek.

► 45. LÉČBA ODLITKOVÉ LITIÁZY RÁZOVOU VLNOU

J. Jambura, P. Toufarová
Urologická klinika FN Plzeň

Uvedeny výsledky léčby 9 nemocných s odlitkovou litiázou s použitím přístroje MODULITH SLX.

Provedeno celkem 34 výkonů u 9 nemocných. Vnitřní "pig-tail" zaveden před výkonem u 4 nemocných, u jedné nemocné se solitární ledvinou nejprve založena punkční nefrostomie a přeléčena infekce. Postup desintegrace konkrementu byl následující. Nejprve části litiázy v pánvičce, následně horní, střední a dolní kalich. Maximální počet rázů při jednom výkonu nepřekročil 4 600. Průměrný počet rázů při všech výkonech činil na jednoho nemocného 17 800. Maximální počet rázů potřebný k desintegraci odlitkové litiázy byl 22 000. Pooperační komplikace pozorovány celkem u 5 nemocných. Úplná obstrukce ureteru řadou fragmentů u 4 nemocných, se současnou infekcí u 2 nemocných. Zde přistoupeno k založení nefrostomie a přeléčení infekce. Fragmenty z ureterů odstraněny použitím URS. V jednom případě prokázán intrarenální hematoma, který byl léčen konzervativně.

Kompletní odchod odlitkové litiázy 6 měsíců po litotrypsii rázovou vlnou je v 56 %. U 4 nemocných přetrvává desintegrovaná drť v dolním kalichu. Průměrná doba hospitalizace je 16,8 dne. Ani v jednom případě nebylo nutné přistoupit ke klasickému operačnímu výkonu.

Metoda ESWL je vhodná pro pacienty s odlitkovou litiázou na pracovištích, která jsou vybavena a schopna řešit i následné komplikace.

► 46. JE NUTNÁ NEFROSTOMIE PO PERKUTÁNNÍ LITHOLAPAXI?

A. Petřík a J. Novák
Urologické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, Česká republika

Úvod: I přes to, že někteří autoři uvádějí možnost vnitřní drenáže double pig talem po perkutánní litholapaxi, je nefrostomie téměř vždy užívána k drenáži dutého systému ledviny. Autoři ve svém sdělení uvádějí přehled 3 kazuistik, kdy během výkonu došlo ke ztrátě punkčního traktu, což bylo řešeno vnitřní drenáží double pig talem.

Metody: U pacientů, kde během perkutánní litholapaxe došlo ke ztrátě traktu nebo k relokaci nefrostomie těsně po dokončení výkonu, bylo provedeno zobrazení dutého systému ledviny pomocí zavedeného ureterálního katetru, poté byl zaveden "road runner" zavaděč a po něm double pig tail Ch 8. Poté byl založen přiledivinný drén a permanentní katetr.

Výsledky: Double pig tailu k drenáži dutého systému ledviny bylo užito celkem ve 3 případech. Ve 2 došlo ke ztrátě traktu při vizuální revizi periferie kalichu a u jednoho k relokaci nefrostomie při obrácení pacienta na operačním stole po ukončení výkonu. U všech byl zaveden double pig tail Ch 8, přiledivinný drén a permanentní katetr. Drén byl rušen v odstupu 24 hodin, permanentní katetr za 3 dny. Double pig tail byl extrahován po 5 - 6 dnech po operaci. Ani u jednoho pacienta nedošlo ke vzniku komplikací.

Závěry: I přes to, že ani u jednoho pacienta nedošlo ke komplikacím při drenáži dutého systému ledviny po perkutánní litholapaxi double pig talem, autoři se domnívají, že tato metoda je vyhrazena spíše pro řešení komplikací při výkonu, než pro primární užití.

► 47. SOUČASNÝ VÝSKYT DŘEŇOVÉ CYSTÓZY LEDVIN A PRIMÁRNÍ HYPERPARATYREÓZY - NÁHODA NEBO SOUVISLOST?

K. Bartoníčková¹, R. Kočvara²
¹Katedra urologie IPVZ Praha
²Urologická klinika VFN Praha

Úvod: Poprvé se v literatuře současným výskytem dřeňové cystózy ledvin (DCL) a primární hyperparatyreózy (PHPT) zabýval v r. 1982 O. Maschio.

Pacienti a metoda: V metabolické poradně pro urolitiázu sledujeme od IX/1978 do VI/1999 1109 pacientů, z toho 174 pacientů se závažnou metabolickou litiázou. V této skupině litiatiků je 42 pacientů s PHPT a 56 pacientů s DCL. Souběžný výskyt jsme zjistili u 9 pacientů. Diagnóza je stanovena na základě standardizovaného laboratorního vyšetření krevního séra, moče a rentgenologického vyšetření. V krevním séru vyšetřujeme ureu, kreatinin, Na, K, Cl, Ca (při hraničních hodnotách nutno opakovat, alespoň 5x!), P, Mg, bilirubin, ALP, AST, ALT, glukózu, cholesterol, celkovou bílkovinu, kyselinu močovou, Astrup. Hladina parathormonu je vyšetřována až při důvodné suspekci na PHPT. V moči sbírané za 24 hodin určujeme pH, hladiny Na, K, Cl, Ca, Mg, P, síranů, oxalátů, citrátů a proteinurii. Dále zjišťujeme clearance kreatininu a kys. močové, TRP a výpočtem poměry Ca/kreatininu a Ca/Mg. Z rentgenologických metod využíváme nejčastěji nativní nefrogram a IVU, pro kontroly pak sonografii. V indikovaných případech doplňujeme izotopovým vyšetřením ledvin.

Výsledky: V našem souboru diagnóza DCL předcházela diagnózu PHPT u 6 nemocných, ve 3 případech byly v poradně diagnostikovány již při vstupním vyšetření obě poruchy současně. U 2 pacientů byla současně zjištěna nekompletní RTA, 6 pacientů trpělo uroinfekcí a u 4 pacientů již byla konstatována mírná CHRl. U 8 pacientů byl výskyt litiázy oboustranný, u 1 pacienta byl výskyt litiázy včetně nálezů DCL jednostranný.

Po odstranění příštitných tělísek přetrvávala v metabolickém vyšetření porucha inhibiční aktivity moče s trvalou hypociturií a časovou hypomagnezií. Uroinfekci se podařilo eradikovat u 4 pacientů ze 6 postižených. Po odstranění příštitných tělísek recidivovala litiáza pouze u jednoho pacienta a s torpidní sekundární uroinfekcí.

Závěr: Považujeme za vhodné nespokojit se stanovením diagnózy DCL zejména u rychlé progresy litiázy po odstranění objem-

nějších konkrementů z kalichopánvičkového systému a tam, kde byla nasazena obvyklá metafylaxe u DCL bez ovlivnění litiázy. I když při vstupním vyšetření nemusí být diagnóza PHPT zřejmá, je nutno na tuto možnost myslet a podle dalšího průběhu onemocnění ji opět prověřovat. Současný výskyt DCL a PHPT nepovažujeme za náhodný, ale za závažnou formu postižení ledvin při poruše kalciového metabolismu.

► 48. PERKUTÁNNÍ ŘEŠENÍ SIMPLEXNÍCH CYST - ZÁSADNÍ FAKTOR ÚSPĚŠNOSTI LÉČBY

A. Čermák, D. Pacík, M. Šustr

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: Cystická onemocnění ledvin mohou svou velikostí nebo množstvím a pokračujícím útlakem ledvinného parenchymu způsobit jeho ireverzibilní destrukci. Většinou však nevyžadují léčbu, kromě cyst, které jsou symptomatické a nebo způsobují obstrukci vývodných cest močových. Při řešení simplexních cyst využíváme metod s různou invazivitou a účinností.

Materiál a metodika: Ve svém sdělení autoři hodnotí 70 případů simplexních cyst řešených v období 1994 - 1999 metodou punkce a aspirace (skupina 1), punkce, aspirace a sklerotizace (sk. 2) a založení drenáže s opakovanou sklerotizací (sk. 3).

Indikační kritéria vycházejí z ultrazvukového vyš., CT, event. IVU a radionuklidového vyšetření, pooperační efekt je kontrolován UTZ, event. CT. Doba sledování byla 4 - 48 měsíců (prům. 24 měsíců).

Výsledky: Průměrná velikost cyst byla 168 ml (40 - 700). Předoperační velikost cyst nemá vliv na úspěšnost skleroterapie v žádné skupině. Srovnáním metody punkce + aspirace, punkce, aspirace + sklerotizace a založení krátkodobé drenáže + opakované sklerotizace vykazuje úspěšnost jednotlivých technik (4 %, 22 %, resp. 81 %), i snížení počtu recidivujících cyst (28 %, 22 %, 9 %).

Závěr: Pod ultrazvukovou kontrolou lze provádět diagnostické a terapeutické punkce cyst jako méně invazivní výkony se sníženou mortalitou a morbiditou. Změna metodiky (opakovaná sklerotizace se zavedeným pig-tailem) přináší při dlouhodobém sledování simplexních cyst vyšší účinnost při zachování nízkého výskytu komplikací. Sklerotizace může ztížit pozdější hodnocení UTZ a CT, metoda by neměla být použita u komplikovaných cyst. U parapelvických cyst je použití sklerotizačního roztoku nevhodné z důvodu možné obstrukce vývodných cest močových.

► 49. INCIDENCE NÁDORŮ LEDVIN V ČR

Z. Ouda¹, M. Hora¹, M. Roušarová²

FN Plzeň - ¹Urologická klinika, ²Centrum klinické onkologie

Úvod: Zhoubné novotvary (ZN) ledvin (C64 a C66-8, dříve diagnóza 189) tvoří 6,47 % ze všech ZN u mužů (bez C44 = ZN kůže bez melanomu) a jsou u mužů po ZN prostaty (C61, 10,29 %) druhé nejčastější z urologických ZN a páté absolutně mezi všemi ZN (před ně se dostávají ZN plic - C33 - 21,83 %, tlustého střeva - C18 - 8,71 % a rekta - C19-21 - 8,22 %). Až za ZN ledvin jsou ZN žaludku (C16 - 5,52 %) a další ZN. Diagnóza C64 a C66-68 byla v roce 1995 hlášena u 1401 mužů, t.j. incidence 27,9/100 tis. mužů. U žen se žádné urologické nádory včetně nádorů ledvin do první desítky nejčastějších ZN nedostávají.

Výsledky: Na posteru uvádějí autoři kromě výše uvedených faktů celou řadu čísel týkajících se incidence ZN ledvin v ČR, srovnávají výskyt ZN ledvin a metody léčby dle jednotlivých regionů. Srovnávají též čísla z ČR s evropským a světovým standardem. Základem práce jsou čísla z roku 1995 sesbírání CKO a zpracovaná ÚZIS Praha. Novější čísla jsou k dispozici zatím jen na regionálních úrovních.

► 50. KOMPLEXNÍ LÉČBA NÁDORŮ LEDVIN

J. Novák, J. Stolz, L. Jarolím, T. Hanuš, J. Dvořáček.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.

Úvod: V posledních letech stoupla incidence časně zachycených nádorů ledvin v souvislosti s dostupností moderních diagnostických metod. Rapidně vzrostl počet incidentálních nádorů, u kterých převažuje nízký grading s menším rizikem progresu. Základním problémem stále zůstává stanovení prognózy nemocných a léčba pokročilého a metastazujícího adenokarcinomu ledviny.

Pacienti a metody: Na Urologické klinice VFN a 1. LF UK bylo v období 1990 - 1997 operováno 430 nemocných s tumorem ledvin. Dispenzárně bylo na našem pracovišti sledováno po operaci 320 pacientů. Nemocným s vyšším rizikem progresu onemocnění po nefrektomii, tj. vyšším gradingem tumoru (G3) a známkami angioinvasze v histologickém preparátu, byla podána adjuvantní léčba vinblastinem anebo imunoterapie (n = 75). U 15 pacientů byla nefrektomie provedena při solitární plicní metastáze a následně jim byla podána adjuvantní imunochemoterapie.

Dispenzarizace nemocných probíhala v pravidelných intervalech. Rutinně bylo prováděno fyzikální vyšetření a biochemický screening, rtg plic, USG solitární ledviny a lůžka po nefrektomii, CT retroperitonea a scintigrafie skeletu.

Výsledky: V průběhu sledování byly diagnostikovány pozdní plicní, kostní, kožní či jaterní metastázy jen u 22 pacientů a nemocní podstoupili další léčbu.

Souhrn: Nemocní v dobrém biologickém stavu s vyšším rizikem progresu jsou indikováni k adjuvantní chemo- nebo imunoterapii. Včasný nálezní pozdní metastázy pravidelnou dispenzární péčí umožňuje další terapii.

► 51. RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE PRO TUMOR V PĚTILETÉM OBDOBÍ

A. Fiala, M. Urban

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: RCC je na 7. místě četnosti všech karcinomů a představuje 3 % malignit u mužů. Jeho incidence se zvětšuje s rozvojem RTG diagnostických metod.

Soubor nemocných: Pacienti, kteří na naší klinice podstoupili radikální nefrektomii od ledna 1994 do prosince 1998. Celkem se jednalo o 138 pacientů.

Výsledky: Porovnávali jsme přežití pacientů v 3letém intervalu po radikální nefrektomii v letech 1994 - 96. Celkem se jednalo o 81 pacientů. Tři roky po nefrektomii přežilo v našem souboru 51 pacientů, tj. 63 % (1994 - 57 %, 1995 - 60 % a 1996 - 71 %). Při porovnávání gradingu jsme zjistili postupné snižování počtu pacientů s G3. V roce 1994 36 %, 13 % v roce 1997 a 21 % v roce 1998. Nejvíce pacientů bylo s histologickou klasifikací G2, v jednotlivých letech od 40 do 50 %. Hodnotili jsme přežití pacientů v závislosti na gradingu i na stagingu. Zjistili jsme samozřejmě nejvyšší přežití u pacientů s G1 (1994 - 100 %, 1995 - 66 %, 1996 - 100 %), u G2 jsme zjistili přežití 70 %, 92 %, resp. 83 %. Nejvyšší úmrtnost byla u pacientů s G3, kdy přežilo 36 %, 43 %, 37 %. Při porovnávání přežití v závislosti na stagingu jsme zjistili u T1 přežití 100 %, u T2 hodnoty 63 % (1994), 61 % (1995) a 80 % (1996) a u T3 hodnoty přežití 50 %, 58 %, 69 %. Srovnávali jsme i záchyt nových pacientů s tumorem ledviny. Překvapivě jsme zjistili v našem souboru stoupající výskyt tumoru u žen, když v roce 1994 představovaly pouhých 26 %, ale v roce 1998 již 45 %.

Závěr: Zjistili jsme stoupající trend bezpříznakových onemocnění v souvislosti s rozvojem diagnostické sonografie v terénu. V roce 1994 se jednalo o pouhých 26 %, v roce 1998 se jednalo již o 51 %. V našem souboru jsme potvrdili trend snižujících se hodnot stagingu, a tím i větší šanci pacientů na dlouhodobé přežití.

► 52. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA NÁDORŮ LEDVIN S GRANULÁRNÍ CYTOPLASMOU

O. Hes, M. Michal, M. Hora

Šiklův ústav, FN Plzeň, Urologická klinika, FN Plzeň

Úvod: Mezi nejobtížnější diferenciální diagnózy v problematice nádorů ledvin patří rozlišení renálního onkocytomu (RO), chromofobocelulární karcinomu (CHRC) a granulární variantu světlolobuněčného karcinomu (GRC). Nádory se dramaticky liší svojí prognózou, kdy RO je zcela benigní, CHRC má relativně příznivou prognózu a GRC patří k velmi agresivním nádorům.

Materiál a metody: Z více než 2000 nádorů ledvin z Registru nádorů jsme vybrali 81 RO, 42 CHRC a 124 GRC, které byly porovnány na základě vlastností optické mikroskopie, histochemických, imunohistochemických a ultrastrukturálních vlastností.

Výsledky: RO, CHRC a GRC jsou většinou solidně alveolárně uspořádané tumory. Existuje řada růstových variant včetně tubulární a tubopapilární. Histochemicky nacházíme typickou pozitivitu při barvení Haleho koloidním železem u CHRC, mírně odlišný typ pozitivní reakce je u RO, GRC je negativní. Imunohistochemické výsledky jsou nepříznivé. Pouze protilátka proti mitochondriím (MIA) má pro dif. diagnózu určitý význam. RO je difusně pozitivní. CHRC má rovněž silnou pozitivní reakci s peri-nukleárním projasněním a zcela nekonstantní a necharakteristickou pozitivitu lze zachytit u GRC. Elektronová mikroskopie má charakteristický obraz: RO obsahuje v cytoplasmě prakticky pouze mitochondrie, naproti tomu u CHRC nacházíme v cytoplasmě velké množství mikrovesíků a GRC má v cytoplasmě zastoupené prakticky všechny organely.

Závěr: V typických případech je možné rozlišit velmi dobře RO, CHRC a GRC. U netypických variant je diferenciální diagnóza nanejvýš obtížná a často bez použití elektronové mikroskopie prakticky nemožná. Přínosem do budoucnosti bude nepochybně DNA analýza nádorové tkáně.

► 53. MALIGNÍ POTENCIÁL CHROMOFOBNIHO KARCINOMU LEDVINY

Z. Ouda¹, M. Hora¹, M. Roušarová², O. Hes³, M. Michal³

FN Plzeň - ¹Urologická klinika, ²Centrum klinické onkologie, ³Šiklův patologicko-anatomický ústav

Úvod: Chromofobní karcinom ledviny tvoří kolem 5 % nádorů ledvin. V literatuře je uváděn jeho relativně nízký maligní potenciál s pětiletým přežíváním kolem 90 %. V poslední době se objevují práce upozorňující, že sarkomatoidní varianty renálního karcinomu vychází nejčastěji z chromofobního renálního karcinomu. Tento fakt by mohl pohled na maligní potenciál chromofobního karcinomu ledviny značně změnit.

Metoda: Autoři hodnotí přežívání vlastní sestavy 5 pacientů odoperovaných na urologické klinice FN Plzeň za období 1994 - 3/1999 (tj. 1,72 % z celkového počtu 233 odoperovaných pacientů pro nádor ledviny). Jednalo se pouze o muže v průměrném věku v době diagnózy 57,4 ± 8,3 let.

Výsledky: Jeden pacient, který měl v nádoru histologicky přítomných několik ložisek světlolobuněčného karcinomu, zemřel 34 měsíců po operaci na generalizaci onemocnění, přičemž metastázy byly z čistého světlolobuněčného karcinomu. Ostatní 4 muži jsou 41,8 ± 11,3 měsíců od operace bez známek generalizace onemocnění.

Závěr: U 4 pacientů sledovaných v průměru déle než 3 roky je přežívání 100%, což podporuje teorii nízké malignity chromofobního karcinomu. Pacient se smíšených nádorem potvrzuje známou zkušenost, že k predikci onemocnění je nutno brát histologicky méně příznivou variantu.

► 54. ONKOCYTOM LEDVINY - NÁDOR JEDNOZNAČNĚ BENIGNÍ

Z. Ouda¹, M. Hora¹, O. Hes², M. Michal², M. Roušarová³

FN Plzeň - ¹Urologická klinika, ²Centrum klinické onkologie, ³Šiklův patologicko-anatomický ústav

Úvod: Onkocytom ledviny (M8290/1) tvoří kolem 5 % všech nádorů ledvin. Dříve byla v literatuře opakovaně uváděna možnost jeho maligního chování. Dnešní znalosti ale ukazují, že tzv. metastazující onkocytomy byly patrně špatně histologicky klasifikované chromofobní karcinomy ledviny či granulární varianty všech typů karcinomů ledviny. Klíčovou úlohu hraje tedy správná histologická diagnóza.

Metoda: V období 1992-3/1999 bylo na urologické klinice FN Plzeň odoperováno 15 pacientů pro onkocytom (t.j. 4,82 % z celkového počtu 311 odoperovaných nádorů ledvin). Jednalo se o 8 mužů a 7 žen, průměrný věk 67,6 ± 6,0 let.

Výsledky: Pacienti většinou žijí bez známek generalizace onkocytomu či zemřeli na jiná onemocnění.

Závěr: Práce autorů potvrzuje uváděný fakt naprosté benignity onkocytomu ledviny. Nutno však mít na paměti, že je zde nutná perfektní diferenciální diagnostika patologa.

► 55. CYSTICKÉ VARIANTY NÁDORŮ LEDVIN A ÚSKALÍ JEJICH PŘEDOPERAČNÍ DIAGNOSTIKY

Z. Ouda¹, M. Hora¹, R. Utler², O. Hes³, M. Michal³

FN Plzeň - ¹Urologická klinika, ²Centrum klinické onkologie, ³Šiklův patologicko-anatomický ústav

Úvod: Cystickou podobu nádorů ledvin nalézáme pravidelně u cystické varianty světlobuněčného karcinomu (6 % z nich) a u cystického nefromu (pod 1 % nádorů ledvin). Pseudocystické změny vykazuje kolem 25 % karcinomů ledvin. Imitovat cystu může dále řada dalších nádorů (rozsáhlé nekrózy, hlavně u papilárních renálních karcinomů, prokrvácené nádory - př. angiomyolipom). Na druhou stranu vidáme často různě patologicky změněné cysty imitující na grafických vyšetřeních nádor.

Vlastní soubor: V přednášce autoři prezentují několik klinicky zajímavých případů obtížné předoperační diagnostiky nejasných cystických lézí ledvin.

Závěr: U řady cystických lézí ledvin nelze předoperačně jasně rozhodnout mezi nádorem a benigní cystickou lézí nevyžadující operační řešení, ani při využití moderních zobrazovacích metod. Biopsii u těchto lézí nepovažují autoři za vhodnou a doporučují operační revizi z lumbotomického přístupu.

► 56. NEOBVÝKLÝ PŘÍPAD DUPLICITY NÁDORU LEDVINY

D. Miklánek, A. Čermák, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: Nádory parenchymu ledviny (RCC) a nádory z přechodného epitelu (TCC) se vyskytují průměrně v 80 %, resp. 7 % maligních tumorů ledvin a vývodných cest močových. Ačkoli se jedná o dva často se vyskytující primární maligní nádory, jejich společný výskyt je poměrně vzácný.

Kazuistika: 74letá pacientka byla vyšetřena pro lumbalgie a ataku bezbolestné makroskopické hematurie. Provedená vyšetření (SONO, IVU, CT) diagnostikovala tumor pávníčky levé ledviny, cystoskopie byla bez patologického nálezu. Histologické vyšetření preparátu po provedené nefroureterektomii potvrdilo nález uroteliálního papilokarcinomu pávníčky, ale též nález karcinomu ledviny z jasných buněk. Biopsie z močového měchýře nevykazovala známky malignity.

Závěr: Autoři poukazují na možnost vzácného výskytu této duplicity nádorů (v roce 1993 bylo v anglosaské literatuře za 71 let popsáno pouze 23 podobných případů). Nejčastějšími příznaky stále zůstávají hematurie (90 %) a lumbalgie (19 %). V diferenciální diagnostice RCC a TCC může hrát roli imunohistochemické vyšetření.

► 57. MÁ OTEVŘENÁ PROSTATEKTOMIE NA KONCI 2. TISÍCLETÍ STÁLE SVOJE MÍSTO V CHIRURGICKÉ LÉČBĚ BPH?

J. Peška, P. Kumstát, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno

Úvod: TURP je považována "za zlatý standard" chirurg. léčby BPH a klasická otevřená prostatektomie je na urol. operačním sále stále větší vzácností. Nastupující farmakoterapie a tendence ústupu invazivních metod vede k všeobecnému poklesu operačního řešení tohoto onemocnění. Literární údaje uvádějí poměr TURP k otevřené operaci přibližně 10 - 14:1, váha adenomu u mužů starších 70 let je vyšší než 100 gr ve 4 %.

Kazuistika: 82letý, jinak zdravý pacient přichází na naši kliniku pro opakované retence, nereagující na medikamentózní konzervativní léčbu. Při vyšetření diagnostikována velká BPH a suspektní cystolitiáza, která je potvrzena endoskopicky. Indikována otevřená transvezikální prostatektomie, při které enukleován adenom o váze 360 gr! Za 2 hod. po operaci pro masivní hematurii indikována operační revize, při které zjištěn prasklý balonek katetru, provedena tamponáda. Další poop. průběh byl bez komplikací, pacient byl 14. poop. den propuštěn do domácí péče. Nyní je bez potíží, moč. infekce a kontinentní.

Závěr: V tomto sdělení chceme upozornit na poměrně výjimečný nález obrovské BPH, vyžadující otevřenou operaci a na stále nutnou výchovu k této klasické intervenci, bez níž by podobný stav nebylo možno vyřešit.

► 58. INTERSTICIÁLNÍ LASEROVÁ KOAGULACE V LÉČBĚ BENIGNÍ HYPERPLÁZIE PROSTATY

M. Babjuk, J. Dvořáček, M. Janský, L. Zámečník, K. Novák

Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Katedra urologie, IPVZ, Praha

Úvod: Intersticiální laserová koagulace (ILC) je považována za jeden z nejperspektivnějších způsobů aplikace laseru při léčbě benigní hyperplázie prostaty (BPH).

Pacienti a metoda: Používáme diodový laser 830 nm s vlákny schopnými rozptylovat paprsky do okolní tkáně a detekovat dosaženou teplotu (systém Indigo). Vlákno do tkáně prostaty aplikujeme pod endoskopickou kontrolou při použití speciálně upraveného endoskopu. Od června 1998 jsme operovali 34 pacientů s BPH ve věku 56 - 86 let. Hmotnost prostaty činila 25 - 80 g, 24 pacientů močilo před výkonem spontánně, 10 mělo permanentní cévku. Počet vpichů se pohyboval mezi 7 a 14 dle velikosti a konfigurace prostaty.

Výsledky: Nezaznamenali jsme časnou pooperační komplikaci, spontánní mikce se obnovila po odeznění termického edému do 2 - 14 dnů po výkonu. Operace byla úspěšná u 8 z 10 nemocných původně s permanentní cévkou, kteří nyní močí spontánně bez postmiktického rezidua. U pacientů, kteří před výkonem močili spontánně, došlo po 3 měsících k poklesu I-PSS skóre z 19 na 9 (průměrně o 11 bodů) a k vzestupu Qmax z 8,5 ml/s na 13,9 ml/s (průměrně o 5,9 ml/s). U jednoho nemocného byla provedena incize stenotického hrdla močového měchýře 6 měsíců po ILC.

Závěr: Intersticiální laserová koagulace představuje účinnou a šetrnou metodu léčby BPH. Nevýhodou jsou termický edém těsně po výkonu a ekonomické náklady.

► 59. NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI S INTERSTICIÁLNÍ LASEROVOU KOAGULACÍ (ILC) PŘI LÉČBĚ BPH

M. Urban, M. Lukeš, M. Záleský

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

M. Rosenberg

Soukromá urologická ambulance, Plzeň

Úvod: Cílem ILC u BPH je snížení obstrukce dolních močových cest. Indigo (ILC) laser vytvoří v prostatě ložisko koagulační nekrózy o průměru 2 - 2,5 cm. Tato ložiska se následně resorbují, a tím dojde ke zmenšení objemu tkáně způsobující obstrukci.

Metoda: Provedli jsme intersticiální laserovou koagulaci u 30 pacientů za použití přístroje Indigo 830e (15 výkonů na klinice FNKV a 15 výkonů ambulantně v soukromé urologické ambulanci dr. Rozenberga). Výkony byly provedeny jak ve spinální, tak lokální anestezii. U pacientů jsme sledovali předoperačně a 3 a 6 měsíců po operaci velikost prostaty měřenou pomocí USG, dále jsme sledovali velikost postmiktického rezidua, hodnotili jsme UFM, PSA, fPSA, f/t PSA, palpační nález při vyšetření per rektum a subjektivní obtíže pomocí dotazníku IPSS. U 10 pacientů bylo provedeno urodynamické vyšetření včetně P/Q studie.

Výsledky: Z 30 výkonů lze 28 hodnotit jako úspěšné, a to podle hodnocení postmiktického rezidua, IPSS a UFM, kde došlo k výraznému zlepšení hodnot. Dva výkony hodnotíme jako neúspěšné. Oba pacienti s předoperačně zavedeným perm. katétreem pro retenci nyní močí dle UFM s obstrukční křivkou (Qmax 7 a 5 ml/s) a s postmiktickým reziduem (80 a 100 ml).

Závěr: Intersticiální laserová koagulace je nadějnou alternativní chirurgickou metodou léčby benigní hyperplázie prostaty. Výhodná je především u vysoce rizikových pacientů vzhledem k možnosti provedení výkonu v lokální anestezii a téměř nulovým krevním ztrátám. ILC lze provést ambulantně, eventuálně při krátkodobé hospitalizaci. Mezi nevýhody metody patří vysoká pořizovací cena přístroje a zejména vysoká cena vlákna nutného k výkonu. Mezi další relativní nevýhody můžeme zařadit i to, že nezískáváme tkáň na histologické vyšetření jako při TURP.

► 60. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S METODOU TUNA PŘI LÉČBĚ BPH V ČR

P. Kumstát, D. Pacík

Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: Méně invazivní metody léčby BPH si získávají svoje místo jako alternativa medikamentózní léčby spíše než TURP.

Materiál a metodika: Autoři v práci hodnotí první zkušenosti s léčbou 10 pacientů se symptomatickou BPH pomocí TUNA na urologické klinice FN Brno-Bohunice. Pacienti byli léčeni v letech 98 a 99. Většina pacientů léčených touto metodou měla přidružené, nejčastěji kardiovaskulární onemocnění, které zvyšovalo riziko TURP a podstoupila neúspěšnou léčbu medikamentózní. Průměrný věk pacientů byl 64 let (57 - 69), žádný z pacientů neměl v anamnéze předchozí výkon na prostatě nebo močové trubici. Průměrná velikost prostaty před zákrokem byla 45 g (30 - 58), IPSS 19,5 (16 - 22), index kvality života 4,1 (3 - 5). Po vysazení terapie alfa blokátory byla provedena UFM - průměrná hodnota max. průtoku byla 8,6 ml/s (7,7 - 11), postmiktické reziduum bylo vyšetřeno sonograficky nebo při RIN - průměr činil 33,1 ml (5 - 100). U 1 pacienta se vyskytla uroinfekce, která přetrvávala i 3 měsíce po výkonu, byla léčena ATB dle citlivosti.

Výsledky: Sledované parametry byly hodnoceny za 3 a 6 měsíců a u 4 pacientů za 1 rok od výkonu. V práci jsou hodnoceny nežádoucí účinky terapie TUNA, ke kterým patřily v 1 případě uroinfekce, v 6 případech dysurie, v 1 případě makroskopická hematurie, která spontánně odezněla. Výkon neměl vliv na sexuální aktivitu, nebyl zaznamenán vznik erektilní dysfunkce. Nebyla známena retence moči po odstranění derivace. Dosažené výsledky jsou konfrontovány s údaji ve světové literatuře.

Závěr: Na relativně malém souboru je prokázána efektivita léčby symptomatické BPH pomocí TUNA při nízkém výskytu vážných komplikací. Při správném výběru pacientů vzhledem k typu užívaného katetru (v souboru užít katetr TUNA 3) se jeví metoda jako efektivní.

► **61. TRÍDIMENZIONÁLNÍ ULTRASONOGRAFIE - PRINCIPY A VYUŽITÍ V UROLOGII**

F. Zátura, A. Herout*, J. Křen**, J. Rosenberg

*Urologická klinika FN v Olomouci,

**VUT v Brně

***Západočeská univerzita v Plzni

Úvod: Trídimenzionální ultrasonografie umožňuje prostorovou analýzu ultrasonografického obrazu.

Metody: V práci je shrnuta základní problematika rekonstrukce obrazu, získaná běžnými elektronickými snímači, snímači pro endosonografii i intraluminálními sondami. Základní metody analýzy podle řezů ve třech rovinách, povrchní rendering i výtažková analýza cévního řečiště jsou důležitými možnostmi zejména při stanovení lokalizace nádorů a jejich vztahů k okolí.

Výsledky: Autoři hodnotí první zkušenosti s touto technikou, zejména při vyšetření nádorů ledviny, při analýze lumina renální vény a dolní duté žíly, vyšetření močového měchýře, prostaty a varlete. Další aplikací je intraluminální rekonstrukce povrchu stěny dutých orgánů. Originální metodika měření byla vyvinuta na Urologické klinice FN v Olomouci se záměrem jednoduchého hodnocení striktur uretry.

► **62. TRÍDIMENZIONÁLNÍ ANALÝZA STĚNY DUTÝCH ORGÁNŮ V UROLOGII POMOCÍ ULTRASONOGRAFIE - ORIGINÁLNÍ VYŠETŘOVACÍ POSTUP**

Poster

F. Zátura, A. Herout*, J. Křen**, J. Rosenberg

*Urologická klinika FN v Olomouci,

**VUT v Brně

***Západočeská univerzita v Plzni

Úvod: V rámci výzkumného úkolu Grantové agentury ČR byla vyvinuta metodika vyšetření dutých orgánů ultrasonografickým intraluminálním snímačem a vyhodnocení nálezů programem pro 3D rekonstrukci.

Metoda: Jednotlivé obrazy USG řezu tkání jsou digitalizovány pomocí grabberu. Poté jsou pomocí originálně vyvinutého programu analyzovány a je extrahován vnitřní povrch dutého orgánu. Z těchto povrchů je rekonstruován drátěný model lumina, který lze podrobně analyzovat.

Výsledky: V praxi byla metodika ověřena při vyšetření striktury uretry u 30 nemocných a vyšetření pánvičky a močovodu. Umožňuje snadno rozeznat strikturu, prestenotickou dilataci, jednotlivé deformace uretry po dilatacích i divertikly uretry. Jedná se o jednoduché vyšetření s poměrně nízkými náklady na pořízení třídimenzionální analýzy.

► **63. VASCULAR PATTERNS IN PROSTATIC CANCER WITH POWER DOPPLER ULTRASONOGRAPHY: PERSPECTIVES AND LIMITS**

J.L. Sauvain, P. Palascak, D. Bourscheid,

Vesoul, France

Objective: To evaluate Power Doppler Ultrasonography (PDUS) in initial diagnosis of prostatic cancer, to look for extra prostatic extension (EPE), to measure tumoral volume and cellular differentiation.

Patients and methods: PDUS was performed in 117 patients with a suspicion of local cancer. The results with PDUS were compared with histological findings. The percentage of vascular area was graded with indices on a scale from 1 to 3. The EPE was prospectively evaluated in 31 patient after radical prostatectomy.

Results: PDUS in diagnosis of prostatic cancer had a sensitivity and a specificity of 98,1 % and 77,1 % respectively, with negative predictive values of 98,4 % (p=0,02). When anormal vessels showed a lesion or went through the hypoechoic area, transrectal sonography directed biopsies permitted diagnosis and evaluation of tumor size. In the 31 patients who had undergone radical prostatectomy, three types of vascular patterns A, B and C were evaluated: in the 11 cases with type A without capsular vessels, there was no EPE in 10 cases and in the 12 cases with type C with vessels perforating the capsule, EPE was present 10 times. In the type C the risk of EPE was 85,7% whereas for the type A the risk is calculated at 10,5%. Among the 52 cancers with Gleason score higher than 7, 26 had a vascular index equal to 3 against 9 among 25 with a Gleason score lower than 7 (R=0,283, p=0,033).

Conclusion: PDUS increase the specificity of ultrasonography in the diagnosis of prostatic cancer and EPE and the sensitivity in evaluation of tumor size and results of transrectal sonography directed biopsies.

► **64. VÝZNAM TRUS V DIAGNOSTICE VČASNEJ RECIDÍVY KARCINÓMU PROSTATY U PACIENTOV PO RADIKÁLNEJ PROSTETKTÓMII**

J. Lupták, J. Kliment, J. Švihra, B. Eliáš, J. Svitač
Urologická klinika JLF UK a MFN Martin

Cieľ: Posúdiť úlohu transrektálnej ultrasonografie (TRUS) pri vyšetřovaní vezikouretrálnej anastomózy (VUA) u pacientov po radikálnej prostatektómii (RRP) v diagnostike včasnej recidívy karcinómu prostaty a porovnať ho s digitálnym rektálnym vyšetřením (DRV) a hladinou prostatického špecifického antigénu (PSA).

Pacienti a metodika: Skupina 60 pacientov po RRP mala každé 3 - 6 mesiacov kontrolovanú hladinu PSA. Ak bolo PSA vyššie ako 0,2 ng/ml, event. došlo k elevácii PSA oproti predchádzajúcemu vyšetřeniu, pacienti boli urobené DRV a TRUS lôžka po RRP. V prípade pozitívneho nálezu bola urobená cieľená biopsia.

Výsledky: Zo 60 pacientov malo lokálnu recidívu ochorenia 5 (8,3 %) pacientov. U 2 (40 %) pacientov bolo DRV bez známok lokálnej recidívy. Všetci pacienti mali detekované hypoechogénne ložisko v anastomóze pri TRUS.

Záver: PSA najpresnejšie monitoruje lokálnu progresiu ochorenia po RRP. Elevácia PSA s následnou TRUS najlepšie umožňuje zachytiť skorú recidívu karcinómu prostaty po RRP. U dvoch pacientov nebola detekovaná lokálna progresia pomocou DRV. TRUS umožňuje cieľenu biopsiu z lôžka po RRP, čím zvyšuje zachytnosť lokálnej progresie ochorenia oproti DRV.

► **65. VÝZNAM PUNKCE TRANZITORNÍ ZÓNY PROSTATY U BIOPSÍ KONTROLOVANÉ TRANSREKTÁLNI SONOGRAFÍ (TRUS)**

L. Šafařík, K. Novák, Z. Ibrahim, L. Jarolím, J. Dvořáček
Urologická klinika 1.1F UK a VFN Praha

Úvod: Jediným průkazem karcinomu prostaty (KP) zůstává pozitivní nález TRUS biopsie. Technika odběru stejně jako počet odebraných vzorků jsou nadále předmětem diskuzí.

Pacienti a metodika: Autoři vyhodnotili prvních 100 pacientů, u nichž byla TRUS biopsie prostaty provedena systematicky modifikovanou Stameyho metodou a doplněna odběry 2 vzorků z přechodné zóny (TZ) prostaty. Průměr hodnoty PSA vyšetřovaných pacientů byl 11,1 ng/ml, průměr volné frakce 14,5 %. Průměrný objem biopsovaných prostat byl 34,8 ccm.

Výsledky: Pozitivní nález v TZ byl u 22,5 % případů, 12 % pacientů bylo diagnostikováno po předchozí negativní punkci provedené jinou technikou. Významnou morbiditu představovalo 6 % urosepsí vyžadujících hospitalizaci.

Závěr: Systematický odběr 6 + 2 biopsií z prostaty zpřesňuje diagnostiku, snižuje procento rebiopsií pro nesprávně negativní výsledek za cenu přijatelné postbiopsické morbidity.

► **66. VÝZNAM RYCHLÉHO STANOVENÍ BAKTERIURIE SYSTÉMEM URO-QUICK V KLINICKÉ PRAXI**

J. Droppa, D. Vaccari
Urologická klinika FN Plzeň
Oddělení mikrobiologie FN Plzeň

Incidence močových infekcí v běžné populaci i v nemocničním prostředí je v ekonomicky vyspělých zemích světa vysoká. Uroinfekce představují významný podíl nosokomiálních nákaz. Volba antibiotik v léčebných zařízeních se často provádí bez dostatečné znalosti kauzálních patogenů, s podceněním farmakodynamiky a bez současného odborného posudku klinického mikrobiologa. Spolu s nedostatečnou informovaností to může vést k nevhodné aplikaci antibiotik. Konečným důsledkem je neúspěšná léčba a nárůst rezistence patogenních mikroorganismů.

Cílem autorů bylo zavést novou metodiku, která podstatně urychluje diagnostiku bakteriurie, a poukázat na její efektivní význam v klinické praxi.

Od května 1998 do května 1999 bylo vyšetřeno celkem 870 nemocných z urologické kliniky, včetně ambulantních pacientů. Z toho bylo 648 (74,5 %) negativních, 212 (24,4 %) pozitivních a u 10 (1,1 %) byla prokázána kontaminace vzorku špatným odběrem. Uvedená metoda stanovení bakteriurie se citlivostí i specifitou plně vyrovná standardním metodám a v rychlosti stanovení bakteriurie je významně předčí. U vzorků, kde bakteriurie přesáhla 10⁶/ml, byl výsledek znám již 1 hodinu po zahájení analýzy.

Na základě tohoto sledování autoři potvrzují, že zavedení automatického systému URO-QUICK do laboratorní praxe usnadňuje a významným způsobem urychluje rozhodování ošetřujícího lékaře o nasazení vhodné antibiotické léčby nebo o jejím přerušení. Poukazují na to, že při správné léčbě se snižují ekonomické náklady.

► 67. SROVNÁNÍ TOLERANCE A ÚČINNOSTI LÉČBY FLUOROCHINOLONY U NEMOCNÝCH S INFEKCEMI MOČOVÝCH CEST

M. Matoušková, M. Hanuš
Urocentrum Praha

Druhým nejčastějším infekčním onemocněním v našich klimatických podmínkách jsou infekce močových cest (IMC). Četnost výskytu je dána i ekonomická zátěž pro naše zdravotnictví. Na trhu se postupně objevilo množství přípravků, které jsou v léčbě IMC doporučovány. Celou skupinu pak tvoří fluorochinolony (FQ), od r. 1997 uvolněné k preskripci bez limitace. Proto jsou velmi často už u praktických lékařů podávány jako přípravky I. volby u nemocných s infekčními chorobami.

Do studie, která probíhala v letech 1997 - 1999, jsme zařadili 217 pacientů s mikrobiologicky prokázanou komplikovanou IMC nebo pyelonefritidou. Hodnotili jsme 209 pacientů (168 žen, 41 mužů). Nemocní pak dostávali podle klinického stavu 7 - 10denní léčbu FQ. Podle jednoduché randomizace užívali pefloxacin, norfloxacin, ofloxacin, ciprofloxacin nebo gatifloxacin ve standardních denních dávkách. Hodnotili jsme eradikaci infekce po 5 - 7 a 21 dnech po ukončení medikace, výskyt nežádoucích účinků a toleranci léčby u jednotlivých přípravků. Odpověď ve všech skupinách FQ byla 97 % (96 - 99 %), dále jsme hodnotili superinfekci, relaps, persistenci a u několika nemocných reinfekci. Tolerance přípravků byla dobrá, nejobtížněji nemocní snášeli ofloxacin a pefloxacin. Nejvíce nežádoucích účinků jsme zaznamenali u gastrointestinální nesnášenlivosti, mykotického postižení a neuropsychických obtíží. Současná a následná morbidita byla 12 %.

FQ jsou účinné léky, které významným způsobem pomáhají zvládat komplikované infekce. Účinnost všech přípravků je srovnatelná, nejmenší počet nežádoucích účinků jsme v naší studii prokázali u ciprofloxacinu. Cena na DDD je u všech přípravků na našem trhu srovnatelná. Vzhledem ke vzrůstající rezistenci na tyto přípravky nepovažujeme za vhodné jejich použití jako přípravků první volby.

► 68. LÉČBA ABSCEDUJÍCÍ PYELONEFRITIDY S PERAKUTNÍM PRŮBĚHEM OHROŽUJÍCÍM ŽIVOT

J. Schraml¹, P. Dlouhý², J. Knespl¹, R. Šplechna³

Urologické oddělení¹, Infekční oddělení², Anesteziologicko-resuscitační klinika³, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Autoři prezentují výsledky léčby souboru 25 pacientů léčených v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem v období od roku 1994 do roku 1999, u kterých byla diagnostikována akutní abscedující pyelonefritida.

Podezření na abscedující formu akutní pyelonefritidy bylo vysloveno na základě ultrazvukového vyšetření ledvin v 23 (92 %) případech, vždy bylo potvrzeno CT vyšetřením ledvin. Ve dvou případech (8 %) probíhalo onemocnění tak rychle, že pacienti nebyli urologicky vyšetřeni a diagnóza byla stanovena až během pitvy. U všech nemocných dominoval obraz těžké sepsy s přidruženými komplikacemi: syndromem DIC, ARDS či multiorgánovým selháním.

U 23 (92 %) pacientů byla postižena pouze jedna ledvina a u 2 (8 %) nemocných byly postiženy obě ledviny. V jednom případě přešla akutní abscedující forma do emfyzematózní. Ve 20 (80 %) případech pyelonefritida vznikla v důsledku obstrukční uropatie, z toho v 15 (60 %) případech na podkladě urolitiázy a pětkrát (20 %) v důsledku stenózy močovodu. Všechny obstrukce byly řešeny ihned derivací moče buď splintem (double pig tail), nebo perkutánní nefrostomií, jednou byla nefrostomie založena oboustranně otevřenou cestou s drenáží retroperitonea.

22 (88 %) pacientů bylo vyléčeno, z toho v 15 (60 %) případech bylo nutno provést akutní nefrektomii jednostrannou a v jednom případě oboustrannou. Nefrektomované ledviny byly vyšetřeny patologem, který potvrdil akutní formu abscedující pyelonefritidy. Nefrektomie jsme indikovali v případech rychlé progresy onemocnění při neúspěchu konzervativní léčby. Všichni pacienti, u kterých jsme se rozhodli pro toto krajní řešení, přežili.

Za důležité považujeme, že 23 (92 %) nemocných vyhledalo lékařské ošetření pozdě - až v těžkém septickém stavu, dvakrát byl zvolen nevhodný léčebný postup terénním kolegou. K závažnému průběhu uroinfekce přispělo u 20 (80 %) pacientů snížení obranyschopnosti na základě přidružených onemocnění.

► 69. ÚSKALÍ DIAGNOSTIKY UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZY

Z. Ouda, J. Kouba, J. Houšková

Urologická klinika FN Plzeň
Léčebna Janov

V posledních letech dochází celosvětově k opětovnému rozvoji epidemie tuberkulózy. Incidence onemocnění je jen nevýznamně vyšší než míra hlášení (notifikace). Urogenitální tuberkulóza zaujímá po postižení periferních mízních uzlin druhé místo mezi mimoplicními formami. Doba latence postprimární urogenitální tuberkulózy může být až několik desítek let. Příznaky nevedou vždy nemocného do ordinace lékaře, ale mohou být někdy i nesprávně vyhodnoceny.

Na výskytu tuberkulózy se podílí zvýšená migrace obyvatelstva, pandemie HIV a utlumení kontroly v některých zemích. V souvislosti s nárůstem počtu plicní tuberkulózy se zvyšují i počty urogenitální formy.

Pro stanovení diagnózy urogenitální tuberkulózy má hlavní význam vykultivování mykobakterií. Ne všechna pracoviště mají možnost komplexní diagnostiky včetně zavedení rychlých, citlivých metod (PCR, LCX) k průkazu specifické etiologie procesu.

Autoři seznamují s průběhem onemocnění tuberkulózou u nemocných, které měli v péči v posledních dvou letech. Práce upozorňuje na diagnostická úskalí urogenitální tuberkulózy.

► 70. LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIE A CHOLECYSTEKTOMIE (VIDEO)

V. Šámal¹, P. Čejka², J. Mečl¹

¹Urologické oddělení Nemocnice Liberec

²Chirurgické oddělení Nemocnice Liberec

Autoři prezentují kazuistiku 32leté ženy s afunkční hypoplastickou ledvinou a symptomatickou cholecystolitiazou. U pacientky byla v jedné době laparoskopicky provedena pravostranná nefrektomie a cholecystektomie. Výkon trval 150 minut, per a pooperačně bez komplikací, dimise 4. pooperační den. Kombinace laparoskopické nefrektomie a cholecystektomie v jedné době doposud nebyla, podle našich znalostí, publikována.

► 71. LAPAROSKOPICKÁ NEFROPEXE

P. Navrátil, *M. Vraný, M. Louda

Urologická klinika, Hradec Králové

*Chirurgické oddělení, Jablonec nad Nisou

Úvod: Ptóza ledviny je jednou z kontroverzních diagnóz. Objektivní nález ptózy ledviny ve stoje při IVP nebo UZ vyšetření je neodpovědnou skutečností. Subjektivní obtíže pacientek v sobě zahrnují celou škálu stesků, které lze mnohdy jen s obtížemi připisovat nemocné ledvině. Nefropexie provedená klasickou metodou je operací středně náročnou. Výsledky otevřených nefropexí jsou často neuspokojivé, lékař je na rozpacích, zda jdou na vrub operační jizvy, simulace či neúspěchu operační korekce. Na naší klinice jsme z těchto důvodů přistoupili k pečlivé selekci pacientek indikovaných k nefropexi a zároveň pacientkám nabídli laparoskopický miniinvasivní výkon.

Materiál a metoda: Pacientky s prokázanou ptózou ledviny při IVP jsou podrobeny vyšetření, které je doplněno fázovou renografií s TC-99-MAG 3A vleže a vsedě a dopplerovským vyšetření ledvinové tepny. Získané informace nám pomohou rozlišit, zda hlavním problémem ptotické ledviny je stáza moče nebo porucha prokrvení. Nefropexi jsme provedli laparoskopicky, transabdominálně. Ledvina je obnažena po uvolnění závěsu tračníku. Pokud to nález vyžaduje, je zkontrolován průběh močového a horní pól ledviny je fixován k zádovému svalstvu a jednomu z dolních dvou žebírek dvěma až třemi stehy jdoucími přes parenchym ledviny. Pacientky zůstávají 48 hodin na lůžku a potom jsou mobilizovány.

Výsledky: Do nynějška jsme na naší klinice operovali popsáním způsobem tři nemocné. Výsledky následných vyšetření potvrzují korekci ptózy. Pacientky jsou bez obtíží.

Souhrn: Pečlivé vyšetření s použitím izotopů a dopplerovské sonografie nám pomůže odlišit významné nálezy vyžadující korekci od nálezů nevýznamných. Laparoskopická operace je pro svoji miniinvasivitu, kosmetický i funkční efekt vhodnější než otevřená operace.

► 72. LAPAROSKOPICKÁ TUMORNEFREKTÓMIA (VIDEOFILM)

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

Urologické oddelenie NSP Petržalka, Bratislava, Slovenská republika

Autori od r. 1998 vykonali 5 laparoskopických tumornefrektómií pre Grawitzov tumor obličky.

Na prezentovanom videozázname demonštrujeme nutné prístrojové vybavenie, polohu pacienta, umiestnenie portov a detailný postup laparoskopickej operácie transabdominálnym prístupom. V priebehu 6 minút je zachytené uvoľňovanie črevných zrástov, otvorenie retroperitonea, postupná preparácia obličky, cievej stopky, naloženie hilového stapleru, ektómia močového a uloženie obličky do extrakčného sáčku.

Demonštrovaná operácia je odstránenie ľavej obličky s tumorom o priemere nádoru 9 cm, čo je hraničná indikácia pre laparoskopickú operáciu. Porovnáваме výsledný efekt po laparoskopickej a klasickej nefrektómii.

Videozáznam má prispieť k širšiemu využitiu tejto operačnej metódy na urologických pracoviskách.

► 73. SHORT HISTORY OF TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION WITH INTRACAVERNOUS INJECTION IN THE UNITED STATES

Jaroslav J. Jilek, M.D.

Urology Dept.; Memorial Medical Center; Jacksonville, Florida

1982 - Viraq - injection of papaverine with good result. Brindely, Zorgniotti and others followed with different chemicals (phenoxylbenzamine, phentolamine, prostaglandin E1). Experiments on chimpanzees indicated that repeated injections with PGE1 produced less fibrosis in the corpora cavernosa than the injections of papaverine (Dr. Lue). On the basis of this report, most clinicians started using PGE1. Caverject introduced then.

Malpractice suits were filed with claims for negligence because of priapism and/or scarring in the penis following papaverine injections. Lilly company officially declared that papaverine was NOT FOR TREATMENT OF E.D. Insurance companies started denying payments for treatment with papaverine.

Everything became even more complicated in 1994 with argument about the Latorre patent. Dr. Latorre, a Colombian physician, allegedly patented the intracavernous injection treatment in 1978. After his death in 1992, the publishing firm, Men's Health Resources, Inc, acquired the patent. The members of AUA were informed that by using this method of treatment, they are "infringing the patent" and could be sued. For \$350/year, a "license" could be obtained from them for usage of the method. Many urol-

ogists paid the fee. In November 1995, the Latorre patent expired and the method became "public property."

It has been documented that any medication injected into the corpora could produce priapism and also scarring with poor technique of injection or wrong dose.

► 74. COMPLICATIONS OF PENILE PROSTHESES IMPLANTATION

Jaroslav J. Jilek, M.D.

Urology Dept.; Memorial Medical Center; Jacksonville, Florida

Over the past 28 years, 725 implantations performed, 480 semirigid (malleable) prostheses, 245 inflatable types.

Malleables: Finney, Surgitek, Bard, AMS, Mentor.

Inflatables: Selfsustained, 2-components, 3-components. Mainly AMS and Mentor.

Complications in the First Group: 3.7%

Complications in the Second Group: 7% - 10%

Types of Complications: Infection (the worst complication), swelling, pain, fever, drainage, bleeding, disfigurement, scarring, loss of penile substance, the patient could get sick, hospitalization could be necessary, removal of implant may be necessary.

Erosion: More common in diabetics, paraplegics, and undisciplined patients. Extrusion of implant into the urethra, reservoir into the peritoneum, bladder, and rectum. This could happen years after surgery. "SST" deformity (rods not sized properly).

Malfuction of Implant: Sometimes only incorrect technique in the manipulation of the pump. "High riding" pump producing discomfort.

Psychological Problems: Unreasonable expectations, either by the male or female partner (implantation does not restore ejaculation!).

Prevention of Complications: Pre-op antibiotics, good selection of patients, psychological profile in some cases, do not promise miracles before surgery, use the models of inflatable implants to teach the patient to manipulate it, do not use compressive dressing.

► 75. INDURATIO PENIS PLASTICA.

J. Marenčák, M. Jurica

Urologické oddelenie NsP Skalica

Induratio penis plastica (IPP) - Peyronova choroba je charakterizovaná tvorbou fibrózných zhrubnutí niektorých častí tunica albuginea penis, čím sa stráca jej elasticita. To zapríčiňuje dorzálnu alebo laterálnu deviaciu penisu v erekcii - čo je bolestivé a nie zriedka vedie k impotencii. Prevalencia IPP je asi 1 % u mužov vo veku nad 50 rokov.

Materiál, metodika, výsledky: V NsP Skalica v období 18 rokov (1980 až 1998) sme liečili 24 pacientov s IPP. 7 z nich malo súčasne m. Dupuytreni (29,2 %), 1 (4,2 %) Pagetovu chorobu, 2 (8,3 %) udávali traumy penisu v anamnéze a ďalší dvaja (8,3 %) niekoľkoročnú medikáciu betablokátorov per os. Priemerný vek pacientov činil 46 rokov (rozpätie 27 až 66). Najčastejší príznak, ktorý priviedol pacienta k lekárovi, bola karcinofóbia u 11 z 24 (45,8 %), bolestivú erekciu udávalo 10 postihnutých (41,7%), 5 (20,8 %) si nahmatali "hrčky" na pohlavnom úde, nebolestivú deviaciu penisu pri stoporení udávali 3 (12,5 %) a šiesti (25 %) boli aktívne vyšetrení pre prítomnosť Dupuytrenovej kontraktúry. V diagnostickom algoritme okrem anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia a rtg natívu penisu využívame aj sonografiu a CT pohlavného údu. Zo začiatku (v rokoch 1980 - 1986) sme liečili 8 pacientov (33,3 %) lokálnou intralezionálnou aplikáciou steroidov s nie povzbudivým výsledkom. 13 postihnutých (54,2 %) sme sanovali paraaminobenzoátom sodným (POTABA) 4 x 3 g denne per os súčasne s E vitamínom 3 x 1 tbl. POTABA bola podávaná priemerne 9 mesiacov (rozpätie 6 až 12). Pre intoleranciu zo strany GIT bola terapia prerušená len u jedného z 13 (7,7 %). Výsledky terapie IPP sme hodnotili retrospektívne (aj dotazníkovou metódou).

Po POTABE bolestivosť vymizla u všetkých 13 pacientov (100 %), a to už po prvom mesiaci aplikácie. Zmenšenie plakov viditeľné u 8/13 (61,6 %) po 3 mesiacoch kontinuálnej terapie. S tým úzko súvisí aj zníženie stupňa deviacie penisu pri erekcii, zlepšenie sexuálnych funkcií a celkového psychického stavu pohlavne aktívnych jedincov.

Operačné riešenie sme v sledovanom období indikovali u 2 pacientov (8,3 %) s dobrým funkčným a kozmetickým efektom. Jeden pacient akúkoľvek terapiu odmietol.

Záver: Exaktná etiológia a patogenéza IPP sú stále neznáme. Histopatologické vyšetrenia ukazujú, že veľmi významnú úlohu hrá metabolizmus kolagénového tkaniva. Stále je čo diskutovať v možnostiach diagnostiky a najmä liečby tohoto rozporuplného ochorenia. Chirurgická liečba IPP si vyžaduje prísne indikačné kritériá.

► 76. HEMOSPERMIA A JEJ KLINICKÝ VÝZNAM

J. Marenčák, T. Pullová.

Urologické oddelenie NsP Skalica

Hemospermia znamená prítomnosť krvi v ejakuláte - sperme. Bola popísaná už Hippokratom. Vyskytuje sa jednorazovo alebo opakovane, a to hlavne vo veku 40 až 60 rokov. Neprijemne pôsobí na psychiku postihnutého, pretože väčšinou je zdrojom obáv z malignity. Pritom všeobecne je to "benígny" príznak (až na 2 - 5 % malignómov skrývajúcich sa za hemospermio) pacientom "malígne" sledovaný.

Materiál, metodika, výsledky: V období od 1. 1. 1985 do 31. 12. 1998 sme v NsP Skalica vyšetrili celkovo 74 pacientov s hemospermio. Priemerný vek činil 39, 7 roka (vekové rozpätie 18 až 73). Ako jednorazová sa hemospermia vyskytla u 23 (31 %), recidivujúca bola častejšia: u 51 (69 %). Základným zámerom práce bolo podrobnejšie analyzovať hemospermie a ich vzťah k chorobným jednotkám a možnostiam ich príčin a z toho vychádzajúcej, pokiaľ možno kauzálnej terapie. Do štúdie neboli zahrnutí pacienti, u ktorých sa hemospermia vyvinula do 3 mesiacov po nejakom urologickom invazívnom vyšetrení (punkcia prostaty, cystoskopia a podobne). U všetkých pacientov bola odobratá podrobná anamnéza, vykonané fyzikálne vyšetrenie vrátane palpácie per rektum, kultivačné vyšetrenia moču, spermy a cytologické vyšetrenie moču. Výberovo cystoskopia (hlavne pri pozitívnej alebo suspektnnej močovej cytológii), ultrazvukové vyšetrenie prostaty a seminálnych vezikúl, vyšetrenie horných močových ciest (ultrasonografia, i. v. urografia), CT, hemokoagulačné parametre, glykémia, hepatálne testy, kultivácia na BK a podobne. Všetkým mužom starším ako 40 rokov bolo odobraté sérum na určenie PSA. Najčastejšou príčinou hemospermie bola infekcia dolných močových ciest (77 %).

Analýza príčin jednorazových hemospermíí (23 pacientov, priem. vek 33,7 roka) : infekcia (70 %), esenciálna (22 %), trauma perinea (4 %), cirhóza pečene (4 %).

Analýza etiológie recidivujúcich hemospermíí (51 pacientov, priem. vek 51,5 roka): Infekcia (80 %), benígna prostatická hyperplázia (8 %), karcinóm prostaty (4 %) a po 2 % zhodne koagulopatia, hypertenzia, karcinóm močového mechúra a esenciálna genéza. V tejto skupine bol pri infekčnej etiológii ďaleko častejší nález "ťažšej" bakteriálnej flóry (okrem enterokokov, stafylokokov a E.coli aj proteus či pseudomonas a jeden raz aj BK!). 12 pacientov s recidivujúcou hemospermio malo diabetes mellitus.

Záver: Akcentovaný klinický význam najmä rekurentnej hemospermie. Práve tá môže byť prvým signálom primárnej neoplazmy alebo recidivujúceho tumoru dolného močového traktu, špecifickej infekcie (tbc) či diabetu.

► 77. EJAKULATORNÍ DYSFUNKCE - DIAGNOSTIKA A LÉČBA, AKTUÁLNÍ INFORMACE

Vladimír Kubiček

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Centrum andrologické péče Č. Budějovice

Předčasná ejakulace, retrográdní ejakulace, retardovaná ejakulace, anejakulace a kongenitální anorgazmie snižují při dlouhodobém postižení výrazně kvalitu sexuálního života partnerů. Spolu s obstrukcí ejakulatorních ductů mohou být faktorem negativně ovlivňujícím plodnost páru. Ejakulatorní dysfunkce může být kongenitální, získaná či funkční.

Základem vyšetření je anamnéza (obecná, urologická a sexuologická), klinické vyšetření a u infertilního muže vyšetření spermioqramu. Transrektální sonografie, sonografie skrota a ledvin zajistí základní morfologické údaje, u infertilního muže je nutno vyšetřit hladiny antispermatických protilátek a často provést genetické vyšetření. Vyšetření hormonálních hladin poskytne informace směřující již k terapii.

Terapie. Zajištění hormonální rovnováhy.

Předčasná ejakulace: lokální užití anestetických gelů, clomipramin, SSRI (superselektivní inhibitory reuptake serotoninu) - fluoxetin, sertralin, paroxetin, mirtazaprin.

Retrográdní ejakulace: efedrin, desipramin.

Anejakulace při paraplegii: vibro-, elektroejakulace, kryoprezervace spermatu.

Obstrukce d. ejakulatorii: operační endoskopické řešení, rekonstrukce, asistovaná koncepce.

► 78. EKONOMICKÉ ASPEKTY MIKROCHIRURGICKÉ OPERACE VARIKOKÉLY

D. Pacík, M. Turjanica

Urologická klinika, FN Brno

Úvod: Konvenční operační techniky varikokelektomie jsou spojeny se značným rizikem recidivy onemocnění, vzniku pooperační hydrokély či podvazu testikulární arterie. Mikrochirurgická varikokelektomie se poslední dobou z důvodů své vysoké účinnosti při současné minimalizaci uvedených rizik postupně stává standardem operačního řešení varikokély a doporučenou operační technikou první volby.

Soubor a metoda: Na urologické klinice FN Brno jsme od dubna 1998 do konce dubna 1999 operovali touto technikou 22 pacientů. Indikací byla primární či sekundární infertilita při patologickém nálezu ve spermioqramu. Sledovali jsme spotřebu analgetik, dobu hospitalizace, dobu rekonvalescence a ekonomické aspekty této operace.

Výsledky: Ve srovnání s námi dříve používanými operačními technikami (klasické otevřené operace, laparoskopické operace) došlo ke zkrácení doby pooperační hospitalizace (průměr 1,5 dne) a snížení pooperačního dyskomfortu - žádný pacient v pooperačním průběhu nevyžadoval podání analgetik nebo jiné s operací související medikace. Výrazně se zkrátila i pooperační rekonva-

lescence - většina pacientů (kteří jsou v produktivním věku) nastoupila do zaměstnání 2 - 3 dny po operaci. V případě potřeby lze navíc výkon provést jako ambulantní, k čemuž nás zatím nemotivuje současný systém zdravotnictví.

Závěr: Autoři považují mikrochirurgickou varikokelektomii za operaci výhodnou nejen medicínsky, ale i ekonomicky.

► 79. VZÁCNÝ PŘÍPAD SEBEPOŠKOZENÍ GENITÁLU

A. Čermák, D. Pacík, T. Hanák, J. Kladenský
Urologická klinika FN Brno-Bohunice

Úvod: Sebeпоškození v důsledku psychické poruchy je poměrně časté. Autopoškození genitálu se obvykle projevují jako řezná poranění penisu a skrota bez úmyslu ztráty orgánu, ke kterému však může dojít následkem posttraumatických komplikací. Poměrně vzácnou skupinou je sebeпоškození - autoamputace penisu a skrota.

Kazuistika: Autoři ve svém sdělení informují o neobvyklém případě pacienta, který se opakovaným sebeпоškozením snažil přinést oběť bohu a dosáhnout v jeho očích odpuštění předchozího hřešení právě v erotické oblasti. Po prostudování literatury si poměrně odborným způsobem, aby nedošlo k ohrožení života, provedl postupně ve dvou dobách amputaci penisu, skrota, varlat a řezné rány na hrudníku. Psychiatrické vyšetření pacienta vyloučilo přítomnost psychotického onemocnění a zhodnotilo osobnost pacienta jako poruchovou s rysy hysterickými, narcistickými, s limitovanou sebekritičností a narušenými mechanismy adaptace. Vedle urologických aspektů se autoři zabývají psychologickými aspekty pacientova jednání, možnostmi přimět pacienta k psychiatrické léčbě a právními vztahy jedince s autopoškozením a ošetřující instituce.

Závěr: Poranění penisu se vyskytují nejčastěji jako ruptura tunica albuginea následkem sexuální aktivity. K amputaci dochází nejčastěji v důsledku pracovních úrazů, při dopravních nehodách nebo u válečných poranění. Zvláštní skupinou amputace je násilný čin - amputace jinou osobou. Poměrně výjimečné jsou případy autoagrese s úmyslem odstranění genitálií.

► 80. ANGIOMYOLIPOMY LEDVIN

M. Drábek, A. Rovný, I. Šabacký
Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Angiomyolipomy ledvin jsou mezenchymové nádory v drtivé většině benigního charakteru, i když určité procento těchto tumorů má metastatický potenciál. Jejich diagnóza je většinou stanovena již na základě sonografického vyšetření, kde se angiomyolipom ledviny jeví jako homogenní hyperechogenní afekce parenchymu, ostře ohraničená od okolí. Na CT-skenech je obraz angiomyolipomu také charakteristický.

Na našem pracovišti jsme se v období od r. 1992 do března 1999 setkali celkem s 12 nemocnými s angiomyolipomem ledviny. Základem terapie je observace při diagnóze ověřené histologicky a v případě progresu onemocnění pak zachovná operace. Sledováno je 6 nemocných, 4x jsme provedli resekci ledviny a 1x jsme byli nuceni akutně přistoupit k oboustranné nefrektomii a 1x k nefrektomii solitární ledviny (z důvodu septického stavu a progredující anemizace při hemorrhagii) - tyto 2 nemocní byli předáni do péče dialyzačního pracoviště.

► 81. HEMANGIOM LEDVINY

R. Reif¹, J. Hrbek², L. Kučerová³
Urologická klinika¹, Radiologická klinika², Ústav patologie³ LF UP a FN Olomouc

Úvod: Hemangiom ledviny je vzácná, nejpravděpodobněji vrozená cévní malformace oblasti ledvinové dřene. Většinou jde o jednostranné postižení, projevující se makroskopickou hematurií. Pro nemožnost odlišení hemangiomu od zhoubného nádoru nebo i přesného stanovení jeho lokalizace byla většina dosud publikovaných případů indikována k nefrektomii. Jen jednoznačné předoperační stanovení diagnózy umožňuje provést zachovný chirurgický výkon. V současnosti je u těchto stavů indikována selektivní embolizace hemangiom zásobující větve renální tepny.

Materiál a metodika: Autoři diagnostikovali a léčili 3 nemocné s hemangiomem ledviny. U 2 se onemocnění projevilo lateralizovanou hematurií, 1x bylo zjištěno náhodně jako expanzivní proces na sonografii ledvin. 2x bylo toto onemocnění považováno za tumor ledviny, diagnóza byla ovšem stanovena bez angiografie. Hemangiom byl před výkonem diagnostikován renovazografií u 1 nemocného.

Výsledky: 2 nemocní s předoperační diagnózou tumoru byli nefrektomováni. U nemocného s přesně stanovenou předoperační diagnózou se při renovazografii nepodařilo selektivně zasondovat hemangiom zásobující tepnu. Proto byla provedena pólová resekce ledviny.

Závěr: Pokud se u nemocných s lateralizovanou hematurií nepodaří prokázat její jednoznačnou příčinu, je vždy indikována renovazografie. Superselektivní embolizace hemangiomu ledviny je pak léčebným výkonem, který maximálně šetří ledvinový parenchym.

► 82. INCIDENCE VYBRANÝCH UROLOGICKÝCH MALIGNIT

M. Roušarová¹, K. Zikmundová², M. Jechová³

¹NOR, Plzeň, ²LF UK Plzeň, ³ÚZIS Praha

Úvod: Autoři se ve svém sdělení zaměřili na nejčastější nádorová topika v urologii.

Metoda: C-61 (zhoubný novotvar prostaty), C-62 (zhoubný novotvar varlete), C-64 (zhoubný novotvar ledviny mimo pánevníku), C-67 (zhoubný novotvar močového měchýře).

Výsledky: V grafech a tabulkách je dokumentována incidence a mortalita uvedených nádorových topik. Z pohledu klinického je v léčbě zastoupena chirurgická léčba na prvním místě, pak následuje chemoterapie, radioterapie a hormonální léčba.

Závěr: Vzhledem k tomu, že počet těchto onemocnění v poslední době stoupá, je tato problematika aktuální a závažná medicínsky i společensky.

► 83. NÁDOROVÉ POSTIŽENÍ PODKOVOVITÉ LEDVINY

P. Filipenský, A. Rovný, V. Kotek

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Nádorová onemocnění ledvin anomálních nepatří mezi onemocnění vzácná. Frekvence jejich výskytu se liší v závislosti na typech vývojových poruch. Až 10 % veškeré populace je postiženo vrozenými vadami orgánů uropoetického traktu, přičemž téměř polovinu případů představují vývojové vady ledvin.

Ve sledovaném období od r. 1992 do konce března 1999 jsme na našem pracovišti provedli celkem 472 operací pro nádorové postižení ledvin. Pouze u 4 nemocných byla tumorem postižena podkovovitá ledvina.

Základní operací u nich byla heminefrectomie, u 1 nemocného jsme provedli i další resekci pro recidivu tumoru. 1x následovala v časovém odstupu 2 let nefrectomie a nemocná je dialyzována.

Diagnostické i terapeutické postupy u nádorového postižení ledvin anomálních se sice v základních rysech neliší od metod používaných v léčbě tumorů ledvin anatomicky normálních, avšak z hlediska vlastního chirurgického přístupu lze operace tohoto typu považovat právem za mimořádně obtížné a zajímavé. Ve snaze o zachování funkčního parenchymu ledviny přistupujeme k zachovným resekčním výkonům.

► 84. LÉČEBNÁ STRATEGIE U NEMOCNÝCH S OBOUSTRANNÝMI NÁDORY LEDVIN - VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

V. Kotek, A. Rovný

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Karcinom ledviny patří k závažným urologickým onemocněním. Zejména v poslední době jsme zaznamenali vzestupnou tendenci jeho výskytu a postižení stále mladších věkových kategorií současné populace. Oboustranný výskyt nádorů není vzácností. Strategii chirurgické léčby nutno v těchto případech individuálně modifikovat.

Pacienti a metoda: Na našem pracovišti jsme ve sledovaném období od r. 1992 do konce března 1999 provedli celkem 472 operací pro nádorové postižení ledviny. Z tohoto počtu se jednalo u 32 pacientů (tj. 6,8 %) o proces oboustranný.

Kromě oboustranného výskytu karcinomu ledviny jsme zaznamenali i kombinaci karcinomu ledviny na jedné straně a papilokarcinomu pánevníky ledvinné kontralaterálně (3 případy) i oboustranný výskyt papilokarcinomu pánevníky ledvinné (1 pacient).

Výsledky: Onkologické zásady chirurgické léčby oboustranných nádorů jsou stejné jako u nádorů jednostranných. Pokud to anatomické poměry dovolí, snažíme se zachovat alespoň část funkčního renálního parenchymu. Takto ošetření nemocní nemusí být často zařazeni do chronického dialyzačního programu. V opačném případě provádíme oboustrannou radikální nefrectomii s následnou dialyzační léčbou.

Závěr: V chirurgickém přístupu preferujeme zachovné resekční výkony, tyto však nesmí být na úkor dostatečné onkologické radikality.

► 85. PŘÍSPĚVEK K PROBLEMATICE NÁDOROVÉHO POSTIŽENÍ SOLITÁRNÍ LEDVINY

P. Řehořek, P. Filipenský, R. Zachoval

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Úvod: V této práci autoři prezentují soubor pacientů léčených pro nádorové postižení solitární ledviny.

Pacienti a metoda: Na urologickém oddělení FN u sv. Anny v Brně jsme provedli od roku 1992 do března 1999 29 resekci tumoru solitární ledviny a ve 4 případech jsme odstranili solitární ledvinu postiženou nádorem. S ohledem na udržení co nejvyšší kvality života postupujeme co možná nejkonzervativněji a snažíme se zachovat alespoň část funkčně zdatného parenchymu ledviny. Nerozpakujeme se ale provést i radikální nefrectomii v případě rozsáhlejšího tumorózního postižení. Vzhledem k této eventualitě a nutnosti hemodialýzy u některých pacientů i po resekčních výkonech vždy předoperačně konzultujeme nefrologa a zajišťujeme A-V shunt. Při odstranění solitární nadledviny jsou pacienti nadále hormonálně substituováni.

Výsledky: Z 33 tumorů solitární ledviny jsme provedli 29x resekci ledviny a jen ve 4 případech jsme museli přistoupit k nefrectomii solitární ledviny.

Závěr: Nejúčinnější metodou léčby tumoru solitární ledviny je jeho resekce se zachováním funkčně zdatného parenchymu. V případě nutnosti však provádíme nefrectomii solitární ledviny, protože zhoubný nádor v současné době není považován za kontraindikaci hemodialýzy a následné transplantace ledviny.

► 86. DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY U NEMOCNÝCH PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII PRO ADENOKARCINOM LEDVINY

J. Perníčka, P. Rajmon, Z. Mucha, R. Fiala

Urologická klinika Fakultní nemocnice, Olomouc

Úvod: Sdělení hodnotí soubor nemocných, kteří byli operováni pro maligní epiteliální tumor. Analyzují příznaky, operační postupy, pooperační komplikace a přežívání nemocných.

Pacienti a metody: Autoři hodnotí soubor 165 nemocných, kteří byli operováni v letech 1988 - 1995 pro nádor ledviny ve stadiu pT1 nebo pT2, pN0, M0 a soubor 224 nemocných ve stadiích ostatních. Srovnávají příznaky nemocných v obou souborech, kvantitativní vývoj jednotlivých stadií ve výše uvedeném období a přežívání nemocných obou skupin v tříletém a pětiletém odstupu od operace.

Výsledky: V letech 1988 - 1992 z příznaků dominují v obou skupinách hematurie (50 %) a bolest (27 %), v dalším období převažuje náhodný nález (45 %) spolu s bolestí (23 %). Do roku 1992 tvoří většinu operovaných pacienti s pokročilými nádory, od roku 1993 převažují nemocní s nádory ve stadiu pT1, pT2.

Ve skupině časných stadií zjistili autoři tříleté přežití v 93 % a pětileté přežití u 83,7 % nemocných. Ve stadiu pT3 bylo zjištěno tříleté přežívání ve 47 %, pětileté v 6 %. Ve stadiu pT4 se žádný nemocný nedožil tří let od operace.

Závěr: Diagnóza časného stadia adenokarcinomu ledviny je nejvýznamnějším prognostickým faktorem. Radikální nefrektomie ve stadiu pT1, pT2, N0, M0 je dostatečnou léčbou. Chirurgickým řešením nádorů ve stadiu pT3 neovlivníme významně pětileté přežití; přežití nemocných operovaných ve stadiu pT4 neovlivníme vůbec.

► 87. DVOUKILOGRAMOVÝ KARCINOM KŮRY NADLEDVINY

R. Grill, M. Urban, M. Kulhavý, J. Stříteský

Urologická klinika, Ústav patologie, Radioterapeuticko-onkologická klinika, FNKV a 3. LF UK Praha

Karcinom kůry nadledviny je vzácnějším nádorem - 0,05 - 0,2 % ze všech malignit. Kromě dětského věku (4. - 5. rok života) se vyskytuje nejčastěji ve 4. a 5. deceniu, o něco častěji u žen. Sekreční aktivitu zastihujeme asi u jedné poloviny těchto karcinomů, díky ní bývá diagnostika této skupiny včasnější, s lepší prognózou přežití (5 let přežívá 30 %). Hormonálně inaktivní tumory jsou zastihovány v pokročilejších stadiích (velikost tumoru a infiltrace, metastázy), nízká radiosenzitivita a málo účinná chemoterapie zde uvozují dobu přežití kolem 2,3 roku.

V tomto roce nám byl předveden pacient J. J., ročník 1937, který byl na podzim roku 1998 vyšetřen na interním pracovišti s břišní stěnou vyklenující rezistencí, kterou sám ignoroval 1,5 roku. Při komplexním vyšetření byla stanovena dle vyšetření UZ a CT diagnóza velkého tumoru levé ledviny, bez průkazu metastáz. V diferenciální diagnostice nebyl tumor nadledviny zvažován, event. hormonální aktivita nebyla tedy ověřena. Pro rozsah nádoru a infiltraci do okolí byl primárně považován za inoperabilní a indikován k radioterapii. Po ozáření dávkou 45 G nebyla zaznamenána významnější regrese velikosti tumoru.

Na jaře tohoto roku byl konziliárně vyšetřen na našem pracovišti a indikován při nepřítomnosti metastáz k revizi se snahou o provedení nefrektomie.

Pooperačně byl nalezen větší tumor cca 25 cm, nadledvina nebyla diferencovatelná, pevnější srůsty do okolí, kdy bylo mj. nutno provést i splenektomii k technicky možnému provedení nefrektomie.

Histologické vyšetření popsalo nekrotický a hemorrhagický tumor 26 x 19 x 11 cm, morfologické a histochemické vyšetření stanovilo překvapivou diagnózu karcinomu nadledviny. Dle vyšetření okrajů a okolní tkáně byla radikalita výkonu dostatečná.

V krátkém - 4měsíčním - pooperačním průběhu je pacient dobře komponován, v dispenzární péči onkologa, bez další léčby. Biochemické vyšetření nevykazuje patologii.

► 88. NAŠE ZKUŠENOSTI S CHIRURGICKOU LÉČBOU NÁDORŮ NADLEDVIN

R. Zachoval, V. Kotek, P. Filipenský

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Chirurgie nadledvin patří ke styčným oblastem oborů urologie a chirurgie, kde se pole působnosti těchto samostatných oborů poměrně často překrývají.

Pacienti a metoda: V období od r. 1992 do konce března 1999 jsme na našem pracovišti provedli celkem 67 adrenalektomií. Ve svém sdělení shrnujeme získané zkušenosti a zaměřujeme se hlavně na problematiku vlastní operace, otázku výběru správné přístupové cesty, ošetření tumoru a bezprostřední pooperační péči operovaných pacientů.

Výsledky: V průběhu operace a v časném pooperačním období jsme nezaznamenali vážnější komplikace. Dlouhodobé výsledky léčby jsou závislé na základním onemocnění. Nejhorší výsledky jsou u karcinomů nadledviny, kde jsme zaznamenali úmrtí u všech pacientů na generalizaci procesu.

Závěr: Volba přístupové cesty závisí především na velikosti a poloze nádoru a na jeho cévním zásobení. V pooperačním období je nutná těsná spolupráce s endokrinologem.

► 89. LYMFOMY RETROPERITONEA

M. Drábek, J. Kubátová

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Maligní lymfomy představují heterogenní skupinu onemocnění, vznikají maligní transformací lymfocytů, výjimečně pak maligním zvratem buněk retikula. Onemocnění postihuje především lymfatické uzliny, ale ve vyšších stádiích dochází k infiltraci parenchymatálních orgánů a pojivové tkáně. Ve svém sdělení prezentujeme 3 pacienty, kterým byla provedena radikální nefrektomie pro tumor ledviny a následným histopatologickým vyšetřením pak byl tumor verifikován jako maligní lymfom. Jejich chirurgická terapie je stejná jako u ostatních nádorů ledvin, po stanovení diagnózy následuje cílená protinádorová léčba.

► 90. LYMFOKÉLA PO DIAGNOSTICKÉ LAPAROSKOPICKÉ LYMFADENECTOMII U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

J. Kubátová, M. Drábek

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Lymfokély jsou relativně častou komplikací retroperitoneální diagnostické laparoskopické lymfadenektomie. V našem sdělení prezentujeme případ 58letého pacienta s karcinomem prostaty, kdy diagnóza lymfokély byla určena pomocí CT vyšetření před radikální prostatektomií. Lymfokéla byla drénována až při vlastní operaci. Nemocný se zahojil per primam, bez jakýchkoli komplikací.

► 91. ESTRACYT V LÉČBĚ KARCINOMU PROSTATY

J. Novák

Urologická klinika VFN, Praha

Závažným problémem v léčbě karcinomu prostaty je otázka správného monitoringu indikace konzervativní léčby. Po zavedení základní androgenní deprivace jsou mnohdy nemocní nadále léčeni antiandrogeny i při laboratorních známkách vzestupu PSA. Včasné nasazení vyšší řady léků, mezi něž patří kombinovaný preparát estramustinfosfát (Estracyt), může zlepšit zdravotní stav nemocných.

Estramustinfosfát je kombinovaný preparát estrogenového nosiče s cytostatikem, které se uvolňuje při vazbě na hormonální receptor. Je to preparát známý již zhruba 20 let, ale přesto není správně a včasné indikován k léčbě. Správná aplikace je 560 mg ve 2 denních dávkách s tím, že ji lze zvýšit až na 840 mg. Novinkou v této léčbě je, že lze tento preparát kombinovat s jinými cytostatiky, např. s taxany, vinblastinem, vinorelbinem a gemcitabinem. Právě tyto poslední kombinace zvyšují účinnost preparátu.

V souboru 18 nemocných s pokročilým karcinomem prostaty, který se vymkl primární hormonální léčbě, byla nasazena kombinace Estracytu (560 mg) a Taxolu (210 mg). Tolerance této kombinace byla velmi dobrá a nebylo nutné léčbu přerušit. Bylo dosaženo v 70 % stabilizace a partiální remise, u 10 % nemocných vymizela bolest a vrátila se soběstačnost.

U nemocných v relativně dobrém biologickém stavu a s dobrou životní prognózou bez významnějších interkurentních nemocí lze v indikovaných případech kombinaci Estracytu s Taxolem doporučit.

► 92. PROFESIONÁLNÍ POŠKOZENÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST

J. Kohout, Z. Ouda

Klinika pracovního lékařství Fakultní nemocnice Plzeň

Urologická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

Úvod: Poškození ledvin profesionálními škodlivinami je zjišťováno často, bývá komplexní, i když některá noxa primárně zasahuje glomeruly, jiná tubuly.

Metodika: Analyzovali jsme literární poznatky (včetně vlastních) o profesionálním poškození ledvin a močových cest.

Výsledky: Při akutní intoxikaci se zjišťuje poškození tubulů až tubulární nekróza, kterou mohou vyvolat arzenovodík, dvoumocné sloučeniny rtuti, kadmium, glykoly, halogenizované uhlovodíky a uran. Při chronické expozici je častější poškození tubulů (olovo, rtuť, kadmium, nikl, toluen, styren, trichloretylen). Řada látek a pracovních procesů se může uplatnit v etiopatogenezi zhoubných nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty.

Závěr: U pracovníků exponovaných profesionálními škodlivinami je nutno pátrat po známkách poškození ledvin při preventivních prohlídkách, při zjištění patologického nálezu je nutné nefrologické vyšetření a podle jeho výsledku zhodnocení pracovního zařazení.

► 93. ENDOSKOPICKÁ LÉČBA MNOHOČETNÉ UROLITIÁZY - KAZUISTIKA

J. Mečl, V. Šámal

Urologické oddělení Nemocnice Liberec

Autoři prezentují kazuistiku 70letého muže s mnohočetnou infekční urolitiázou. U pacienta bylo postupně odstraněno 26 konkrementů velikosti 1 cm z uretry, močového měchýře, obou ureterů a pravé ledviny. Operace byly provedeny endoskopickými metodami - PEK, URS, cystolitotrypsí a současně byla řešena BHP transuretrální resekcí. Litiáza byla kompletně odstraněna a pacient je bez obtíží.

Na tomto raritním případě autoři rozebírají léčebnou strategii jednotlivých výkonů, zajištění derivace moče a technické aspekty endoskopických operací za použití moderních technologií.

MEZINÁRODNÍ SETKÁNÍ

DĚTSKÝCH NEFROLOGŮ A UROLOGŮ

Třeboň
20. 5. - 29. 5. 1999

ABSTRAKTA

► CYSTOMETRIE V CELKOVÉ ANESTEZII U DĚTÍ

O. Šmakal, J. Špaňhel
Urologická klinika, KAR, FN Olomouc

Úvod: Provádění urodynamického vyšetření u dětí je omezeno spoluprací dítěte. Autoři zkoumají vliv inhalační celkové anestezie na urodynamické parametry při plnicí cystometrii a srovnávají tyto hodnoty s urodynamickými parametry získanými při vyšetření dítěte při plném vědomí a jeho spolupráci.

Pacienti a metoda: Bylo vyšetřeno 15 dětí ve věku 7 - 13 let pro inkontinenci, dysfunkční mikci, vesicouretrální reflux. Při spolupráci dítěte byla provedena plnicí cystometrie. Poté byly uvedeny do celkové anestezie před indikovanou cystoskopií a byla opakována plnicí cystometrie. Byly porovnány zjištěné hodnoty.

Výsledky: Prokázali jsme, že při standardizované inhalační celkové anestezii jsou hodnoty intravesikálního tlaku a dynamika jeho nárůstu stejné jako při provedeném vyšetření při plném vědomí pacienta. V celkové anestezii však nebyly zachyceny netlumené kontrakce detruzoru, prokázané u nemocných při výchozím vyšetření.

Závěr: Urodynamické parametry získané při plnicí cystometrii prováděné v standardizované celkové inhalační anestezii lze brát jako směřodátné a plnohodnotné při stanovení terapeutické rozvahy při vyšetření nespolupracujících dětí.

► EKTOPIE MOČOVODU DO PROSTATICKE URETRY U 9LETÉHO CHLAPCE (KAZUISTIKA)

A. Utíkalová, O. Šmakal
Urologická klinika FN Olomouc

Autoři uvádějí výskyt ektopického močovodu do prostatické uretry u 9letého chlapce s anamnézou opakujících se bolestí břicha. Neměl mikční obtíže ani močovou infekci. Ultrasonograficky, scintigrafií ledvin Tc-DMSA a vylučovací urografií byla zjištěna pouze kompenzatorně zvětšená levá ledvina. Při mikční cystourethrografii zjištěna rozšířená prostatická uretra s defektem v náplni vpravo od coliculus seminalis. Při cystoskopii zjištěno jen normotopické levé ureterální ústí. V prostatické uretře vpravo do coliculus seminalis zjištěn polypoidní útvar 10 x 8 mm, při jehož nasondování jsme pronikli do pravého močovodu. Po vstříknutí kontrastní látky se plnil nejprve pravý močovod, potom i semenný váček. U nemocného indikována operační revize, při které nalezen dilatovaný močovod směřující distálně pod močový měchýř paralelně se semenným váčkem a proximálně do lumbální krajiny k malé dysplastické ledvině (3 x 2 cm). Provedena nefroureterektomie. Histologické vyšetření prokázalo cystickou dysplasií ledviny bez struktur funkčního parenchymu. Po operaci je chlapec bez obtíží.

► MEKONIOVÁ HYDROKÉLA: NEOBÝKLÁ PŘÍČINA AKUTNÍHO SKRÓTA U NOVOROZENCE (KAZUISTIKA)

A. Utíkalová*, K. Michálková**, A. Lošťáková***, D. Houserková**

Urologická klinika*, Radiologická klinika**, Dětská klinika FN Olomouc***

Mekoniiová hydrokéla je neobvyklá příčina zvětšení skróta u novorozence. Vzniká jako následek intrauterinně proběhlé mekoniové peritonitidy, která je asi v 50 % případů způsobena perforací střeva z různé příčiny. Vylité mekonium intraabdominálně způsobuje iritaci peritonea se sterilním chemickým zánětem, tvorbou granulací a kalcifikací. Při průchodném processus vaginalis peritonei se dostává mekonium u chlapců do skróta a u dívek do oblasti labia maiora.

Diagnózu mekoniové hydrokély je možno stanovit ultrazvukovým vyšetřením, event. v kombinaci s prostým RTG snímkem. Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit tumorózní postižení varlat. Na možnost mekoniové hydrokély je nutno myslet v diferenciální diagnostice akutního skróta u novorozenců.

Terapie je ve většině případů chirurgická, při které je nutno mekoniové hmoty odstranit. Pouze v případě malého nálezu je možno postupovat konzervativně.

Autoři demonstrují případ mekoniové hydrokély u novorozence, která vznikla intrauterinně. Patologie byla zachycena již prenatálně ve 32. týdnu těhotenství při ultrasonografickém vyšetření matky a plodu. Po narození stanovena diagnóza na základě ultrasonografického vyšetření v kombinaci s prostým RTG snímkem. Diagnóza byla potvrzena operačně. Etiologie mekoniové peritonitidy nejištěna. Nebyly zjištěny abnormality v oblasti GIT po narození.

► NÁŠ DIAGNOSTICKÝ A LÉČEBNÝ POSTUP U ZDOJENÍ HORNÍCH MOČOVÝCH CEST Z PRENÁTÁLNÍHO A POSTNÁTÁLNÍHO UZ SCREENINGU

A. Utíkalová*, O. Šmakal*, J. Vrána*, S. Hanáková**

Urologická klinika*, Dětská klinika** FN Olomouc

Úvod: Autoři hodnotí sérii 47 novorozenců s kompletním zdvojením horních močových cest diagnostikovaným prenatálním a postnatálním ultrazvukovým screeningem v letech 1992 - 1998.

Metodika: Diagnóza byla stanovena na základě ultrasonografie, scintigrafie ledvin (DTPA, DMSA, MAG3), mikční cystouretrografie, vylučovací urografie a cystoskopie. Hlavní diagnózy byly: u 26 dětí ektopická ureterokéla, u 12 vezikorenální reflux do dolního segmentu a u 9 ektopický močovod od horního segmentu. Ektopická ureterokéla převažovala u děvčátek, reflux do dolního segmentu u chlapců. Ektopický močovod byl zastoupen stejně u obou pohlaví. Indikace k operaci, operační postup a určení doby operace byly mimo jiné stanoveny podle funkce postiženého segmentu.

Výsledky: 26 dětí operováno pro ektopickou ureterokélu: u 17 z nich byla provedena proximální heminefrectomie s ureterektomií, u 3 nefrectomie a u 6 rekonstrukce horních močových cest. Pro ektopický močovod operováno 9 dětí - u 3 provedena proximální heminefrectomie s ureterektomií, u 6 rekonstrukční výkon. U 3 dětí s refluxem do dolního segmentu provedena dolní nefroureterektomie, u 9 proveden zachovný výkon. V prvním měsíci života byly provedeny operace při závažné obstrukci horních a dolních močových cest a při oboustranném postižení se sníženou funkcí ledvin (dekomprese ureterokély, pigtail nefrostomie). Ve 2. - 3. měsíci jsme operovali děti se zachovanou funkcí horního segmentu (u ektopické ureterokély a ektopického močovodu). Děti s refluxem operovány ve věku 4 - 13 měsíců.

Závěr: Prenatální a včasná postnatální ultrasonografie umožňují včasnou diagnózu a léčbu u anomálií zdvojených horních močových cest. Pro operační postup je důležitá znalost postiženého segmentu ledviny.

► NAŠE ZKUŠENOSTI S INTRAVEZIKÁLNÍ APLIKACÍ OXYBUTYNU

O. Šmakal, J. Vrána

Urologická klinika FN Olomouc

Úvod: Intravezikální aplikace oxybutyninu je jedna z možností ovlivnění hyperaktivity detruzoru, zvláště výhodná u nemocných, u kterých je nutné provádění ČIK pro postmikční reziduum.

Pacienti a metoda: U 12 nemocných ve věku 8 - 17 let byl instilován intravezikálně oxybutynin 2 - 3 x denně 5 mg ve 20 ml fys. roztoku. Byla hodnocena kontinence, výskyt vedlejších účinků oxybutyninu, byly hodnoceny urodynamické parametry.

Výsledky: U všech nemocných došlo ke zlepšení kontinence, nebyly pozorovány žádné vedlejší nežádoucí účinky léku, došlo ke zlepšení sledovaných urodynamických parametrů.

Závěr: Intravezikální instilace oxybutyninu je výhodný léčebný postup u nemocných s hyperaktivitou detruzoru, kde je současně nutné pro postmikční reziduum provádět ČIK. Efekt léčby je dle našeho pozorování velmi dobrý, lepší než u perorálního podávání léků.

► OPERAČNÍ LÉČBA VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU

A. Utíkalová

Urologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Cílem léčby VUR je zabránit vzniku kortikopapilárních jizev a předejít vzniku refluxové nefropatie. Toho lze dosáhnout medikamentózní léčbou nebo úspěšnou operační léčbou, a to klasickou - otevřenou, endoskopickou a laparoskopickou.

Klasická operační léčba: Bylo vyvinuto více jak 30 operačních metod k úpravě refluxu. Principem všech je vytvoření adekvátní délky podslizničního úseku močovodu, a to přístupem intravesikálním, extravesikálním nebo kombinovaným. Nejčastěji používané metody jsou podle Politano-Leadbettera, Cohena, Liche a Gregoira, Paquina a Amara. Úspěšnost operace se udává 95 - 99 %.

Indikací k operaci je: vysokostupňový reflux, paraureterální divertikl, ureterální obstrukce při současném refluxu, ureterální ústí tvaru golfové jamky s chybějícím podslizničním tunelem, neúspěšná konzervativní léčba, persistující pyelonefritida přes antibiotickou profylaxi, nespokojenost rodičů, kontraindikace chemoterapie nebo její nesnášenlivost. Indikace k operační léčbě se v posledních letech zúžily.

U nemocných se špatnou funkcí ledviny pod 10 % s jednostranným postižením je indikována nefroureterektomie.

Endoskopická léčba VUR: Principem léčby je submukosní aplikace nevstřebatelné látky pod refluktující močovod, čímž se vytvoří solidní podpora močovodu a prodlouží se jeho intravesikální průběh. Je to metoda rychlá, snadná, bezpečná a efektivní. Používá se pro léčbu všech stupňů refluxu. Její úspěšnost ve srovnání s operační léčbou je nižší. K endoskopické úpravě se používá nejčastěji teflon, dále kross-linked bovinní kolagen a macroplastik, heparinizovaná krev. Úspěšnost léčby při použití teflonu se uvádí 85,72 %, u kolagenu 48 %, u macroplastiku 93,33 %.

Laparoskopická operace VUR: Při této technice použili autoři metodu podle Liche a Grégoira. Délka operace je podstatně delší. Při léčbě sekundárního refluxu je nutno zaměřit se na prvním místě na léčbu základní příčiny. Přetrvává-li reflux i nadále, indikujeme operační léčbu.

Při rozhodování mezi konzervativní a chirurgickou léčbou je důležitá dokonalá diagnostika, informující nás o funkčním a morfologickém stavu ledvin a dolních močových cest.

► SONOGRAFICKÝ INDEX HRÚBKY DETRÚZORA PRI SUBVEZIKÁLNEJ OBŠTRUKCII U NOVORODENCŮV

J. Svitač, M. Čiljak, J. Švihra, J. Kliment, K. Javorka

Urologická klinika a novorodenecké oddelenie MFN a JLF UK, Martin

Úvod: subvezikálna obštrukcia (SO) u chlapcov býva najčastejšie vyvolaná chlopňou zadnej uretry. Meranie hrúbky detruzora v korelácii s intravezikálnym objemom je vhodným parametrom pri posúdení výtokovej obštrukcie močového mechúra (MM).

Materiál a metodika: Sonografické vyšetrenie MM bolo vykonané celkovo u 20 novorodených chlapcov pomocou prístroja ALOKA SSD 50 a sondy 5 MHz. Hrúbka detruzora bola meraná na 4 protiahlých miestach (bočné steny, predná a zadná stena MM) v korelácii s náplňou MM (predozadný a priečny rozmer MM). Z uvedených meraní bol vypočítaný index hrúbky detruzora.

Výsledky: IHD je podiel priemernej hrúbky a priemerného rozmeru MM. Hodnota indexu bola v skupine 15 fyziologických novorodencov $0,12 \pm 0,02$, v skupine 5 novorodencov so SO $0,35 \pm 0,14$.

Záver: Ultrasonografický IHD je senzitívna, neinvazívna a jednoduchá diagnostická metóda umožňujúca posúdenie významnosti SO u novorodených chlapcov.

► NÁRŮST VELIKOSTI VARLETE PO OPERACI VARIKOKÉLY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

K. Novák, R. Kočvara, J. Kříž, V. Kubiček, J. Doležal¹

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha,

¹Urologické odd. Nemocnice České Budějovice

Úvod: Varikokéla se vyskytuje u 15 % chlapců v pubertě a adolescentů, je příčinou mužské infertility ve 40 - 50 %. Onemocnění je sdruženo často s hypotrofií varlete, až u 2/3 pacientů dojde po včasné operaci k vyrovnání růstu obou varlat. Cílem práce je zjištění časného nárůstu velikosti varlat po laparoskopické operaci. Práce je součástí řešení grantu IGA MZ ČR č. 3781-6.

Pacienti a metody: Byly porovnány objemy varlat před laparoskopickou operací varikokély a za 6 týdnů po operaci u 43 pacientů (40 jednostranných a 3 oboustranné operace) ve věku do 16 let. Levostrannou hypoplázií varlete (rozíl více jak 25 % objemu) mělo 27 pacientů. Pacienti byli rozděleni do skupin dle pubertálního stádia dle Tannera PI - PV. Měření bylo prováděno sonograficky sondou 7,5 MHz metodou rotačního elipsoidu.

Výsledky: Po operaci došlo k nárůstu objemu varlat na operované straně u všech pacientů, na neoperované u 37 (86 %). Zmenšení objemu nebylo zjištěno u žádného pacienta. Ve skupině bez stranové asymetrie velikosti předoperačně se zvětšil objem varlete vlevo v průměru o 50 % a vpravo o 39 %, ve skupině s hypoplastickým varletem na straně varikokély vlevo o 39 % a vpravo o 26 %. U 22 (81 %) pacientů s původní asymetrií varlat (n=27) došlo k vyrovnání jejich velikosti. Nebyla zjištěna významná závislost v nárůstu objemu varlat na pubertálním stádiu.

Závěr: Již za 6 týdnů po laparoskopické operaci dojde k zvětšení objemu převážně obou varlat, na operované straně je tento nárůst patrný u všech pacientů a je výraznější.

► **ENDOSKOPICKÁ A OPERAČNÍ LÉČBA VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU U DĚTÍ**

S. Tichý

Klinika dětské chirurgie, Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze

Autor prezentuje výsledky chirurgické léčby vezikoureterálního refluxu na Klinice dětské chirurgie ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze-Krči za období šesti let (1993 - 1998). V této době bylo ošetřeno celkem 133 pacientů se 173 refluktujícími močovody. Klasickými operačními metodami bylo ošetřeno 76 pacientů (97 refluktujících ureterů) s 96% úspěchem. V jednom případě došlo k pooperační striktuře a ve 3 případech k recidivě.

Endoskopicky bylo ošetřeno celkem 57 pacientů s 76 refluktujícími močovody. Jako materiál k endoskopické korekci refluxu bylo do roku 1996 používáno teflonové pasty, od konce roku 1996 pak bovinního kolagenu. Čtyřicet sedm refluktujících ureterů bylo ošetřeno teflonovou pastou a po první aplikaci byla zjištěna recidiva 8x (83% úspěšnost). Po aplikaci druhé dávky byla zjištěna recidiva 2x, celková úspěšnost metody byla tedy 96 %. Dvacet devět refluktujících uretrů bylo ošetřeno bovinním kolagenem. První dávka byla úspěšná v 72,5 %, po druhé dávce byla celková úspěšnost 93 %.

Autor v závěru diskutuje o indikacích k operační a endoskopické léčbě vezikoureterálního refluxu u dětí.

► **VÝSLEDKY ENDOSKOPICKÉ LÉČBY VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU PODSLIZIČNÍ INJEKcí KRVE: VZTAH K VĚKU, TYPU A STUPNI REFLUXU**

I. Novák

Urologická klinika, dětské oddělení, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Přednosta: doc. MUDr. Petr Morávek Csc.

Alternativou klasické chirurgické léčby vezikoureterálního refluxu (VUR) může být u vybraných nemocných endoskopická léčba podslizniční injekcí. V léčbě VUR ji první použil v roce 1981 Matouschek. Po zjištění migrace polytetrafluoroethylénu (Teflon) byly hledány bezpečnější materiály pro instilaci. Jedním z takových materiálů může být krev. Tuto prvně použil v roce 1988 Kohri.

Na našem pracovišti jsme touto metodou léčili v letech 1997 - 1998 133 refluxních jednotek u 95 nemocných. Zhodnotili jsme výsledky u 72 nemocných s 97 refluxními jednotkami. Primárních refluxů bylo 25 (26 %), prvního stupně jeden močovod, spojený s recidivujícími infekcemi močových cest, druhého 4 močovody, třetího 17 močovodů a čtvrtého stupně 3 močovody. U 72 (74 %) močovodů šlo o reflux sekundární, 8 prvního stupně spojených s vyšším refluxem druhostranným nebo recidivujícími infekcemi močových cest, 18 druhého, 40 třetího a 6 čtvrtého stupně. Po prvé injekci došlo k vyléčení 15 (60 %) primárních a 36 (50 %) sekundárních refluxů. Po reinstilaci došlo k vyléčení u dalších 6 (6 %) refluxních jednotek. Celková úspěšnost metody v souboru byla 57 (59 %) močovodů. Neúspěšná byla u všech refluxů čtvrtého stupně. Úspěšnost léčby refluxů třetího stupně klesala u starších 6 let. V dosahovaných léčebných výsledcích nebyly rozdíly u primárního a sekundárního refluxu. Výkon je snadný, bezpečný a může být proveden opakovaně při neúspěchu. Má nižší úspěšnost oproti výkonům s použitím jiných instilovaných materiálů. Po výkonu jsme dlouhodobě nepozorovali nemocnost záněty močových cest ani jiné komplikace výkonu. Postup odpovídá současné snaze o konzervativnější léčbu VUR.

WHY ARE YOU NOT A MEMBER OF EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY YET?

We know that in your country your National Association of Urology is important to your practice and provides you with much of the information you require via courses, congresses and postgraduate training opportunities.

You may well therefore ask yourself "Why should I apply for EAU membership?"

As a member of EAU you will receive the following benefits free of charge: individual subscription to "European Urology" (including the "Curriculum in Urology"), the official quarterly journal of EAU, "European Urology Video Journal", "European Urology Today" newsletter, and "Historia Europae". You are also entitled to reduced registration fees for the annual EAU Congress, EAU accredited meetings, symposia and workshops. You are also entitled to apply for fellowships, grants, as well as for numerous awards and prizes.

BUT THE MOST IMPORTANT POINT IS THAT THROUGH MEMBERSHIP OF THE EAU YOU WILL CONTRIBUTE TO THE CONTINUING DEVELOPMENT AND INCREASING INTERNATIONAL RECOGNITION OF EUROPEAN UROLOGY

Remember, the importance of the annual EAU Congresses is increasing year by year. Help support the international recognition of European Urology.

Only by becoming a member of the EAU will you be able to contribute in an active fashion to EAU activities both at the annual meeting and in postgraduate education throughout Europe.

For more information please contact:

The EAU Central Office
Mr. E.N. van Kleffensstraat 4
6842 CV ARNHEM
The Netherlands
email: j.roelofswaard@uroweb.nl