

PRACOVNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

Liberec

6. 10. - 7. 10. 2000

PROGRAM KONFERENCE

Pátek 6. 10. 2000

Benigní hyperplazie prostaty

Moderátoři: J. Dvořáček, M. Hora

1. State of the Art Lecture

D. Pacík

Úloha TURP v operační léčbě benigní hyperplazie prostaty

2. 015 D. Pacík, Z. Beran, J. Nežádal, A. Čermák, J. Doležel (Brno)

Výsledky a komplikace TURP na souboru 815 pacientů

3. 011 C. Helke, O. W. Hakenberg, A. Manseck, M. P. Wirth (Dresden, Germany)

Transurethral vaporizing resection of the prostate in comparison to standard transurethral resection

4. 012 O. W. Hakenberg, C. Helke, A. Manseck, M. P. Wirth (Dresden, Germany)

Symptom improvement after TURP and its relationship with the amount of tissue resected

5. 013 J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica (Skalica): Benígna hyperplázia prostaty - porovnanie transureterálnej elektrovaporizácie a štandardnej resekcie prostaty.

7 minut

6. 014 P. Kumstát, D. Pacík, M. Penka, M. Šlechtová, J. Zavřelová (Brno)

TURP u pacienta s kongenitálním defektem faktoru VII - vysoce rizikový nebo standardní výkon?
poster bez pódiové prezentace

7. B. Djavan (Viena)

The clinical implication of induced prostate apoptosis in BPH patients

8. 016 Z. Veselský, P. Macek, P. Višňovský, P. Morávek (Hradec Králové)

Ovlivnění krevního tlaku u nemocných s BHP na terapii doxazosinem.
Poster bez pódiové prezentace

9. 017 J. Kladenský (Brno)

Klinické zkušenosti s mepartricinem v léčbě BPH
Poster bez pódiové prezentace

Karcinom prostaty I

Moderátoři: M. Hanuš, M. Babjuk

10. State of the Art Lecture
L. Jarolím

11. 019 V. Študent, F. Zátura, M. Hrabec (Olomouc)
Bolest a morbidita u TRUS kontrolované biopsií prostaty: sextantová versus multiplikovaná biopsie
Poster s pódiovou prezentací

12. 020 A. Čermák, D. Pacík, Z. Beran, J. Sedláček, J. Peška, M. Turjanica, D. Miklánek, F. Dorociak, A. Rejhtar (Brno)
Zvyšuje vícečetná biopsie detekci klinicky lokalizovaného karcinomu prostaty?

13. 018 M. Matoušková, M. Hanuš (Praha)
Chemoprolaxe a transrektální biopsie prostaty

14. 021 V. Klemenc, I. Pavlík, V. Vomáčka (Praha)
Použití ultrasonografické kontrastní látky v diagnostice karcinomu prostaty
Poster bez pódiové prezentace

15. 022 D. Pacík, V. Vít (Brno)
Korelace pravděpodobnosti postižení lymfatických uzlin a skutečného patologického nálezu u pacientů po radikální prostatektomii.

Karcinom prostaty I

Moderátoři: I. Kawaciuk, A. Petřík

16. 025 P. Prošvic, P. Morávek, A. Hafuda (Hradec Králové)
Využití endostapleru při radikální prostatektomii.
Poster s pódiovou prezentací

17. 024 D. Pacík, V. Vít, J. Doležel, B. Stibor, I. Čundrle (Brno)
Použití erythropoetinu u radikální prostatektomie (RAPE)
Poster bez pódiové prezentace

18. 023 L. Jarolím, V. Vachalovský, J. Novák, M. Babjuk, L. Šafařík (Praha)
Časná a odložená hormonální léčba při elevaci PSA po radikální prostatektomii.

19. 026 M. Matoušková, M. Hanuš, M. Zemanová (Praha)
Aktinoterapie a LHRH analogy v léčbě lokálně pokročilého karcinomu prostaty. Předběžné výsledky.

20. 027 R. Grill, M. Urban, M. Kulhavý (Praha)
Časná adjuvantní radioterapie karcinomu prostaty po radikální prostatektomii s retrospektivním nálezem T3, N0-1, M0.

Nádory močového měchýře

Moderátoři: L. Jarolím, B. Chwajol

21. State of the Art Lecture
M. Babjuk

22. 028 V. Soukup, S. M. Pecherová, M. Babjuk, H. Smolová, J. Marek, J. Dvořáček, J. Novák (Praha)
Carcinoma in situ močového měchýře

23. 031 R. Fiala, F. Zátura (Olomouc)
Vztah stádia tumoru močového měchýře a možnosti provedení nervy šetřící radikální cystektomie.

24. 029 M. Babjuk, M. Košťířová, K. Mudra, H. Smolová, E. Slavkovská, J. Cejnarová, L. Pecen, Z. Ibrahim, J. Dvořáček, T. Zima, L. Jarolím (Praha)
Použití BTA stat, BTA TRAK, UBC Rapid a cytologie při sledování pacientů s nádory močového měchýře
Poster s pódiovou prezentací

25. 030 M. Babjuk, J. Dvořáček, Š. Bízová, J. Novák (Praha)
Lokální anestezie elektromotorickou intravezikální aplikací lidokainu u transuretrálních výkonů
Poster s pódiovou prezentací

26. 032 P. Verner, I. Kawaciuk, O. Köhler (Praha)
Feochromocytom močového měchýře.
Poster s pódiovou prezentací

Nádory ledvin

Moderátoři: P. Morávek, J. Novák

27. State of the Art Lecture

I. Kawaciuk

28. 033 R. Fiala, L. Domes, K. Belej, F. Záfura (Olomouc)

Výsledky terapie adenokarcinomu ledviny radikální nefrektomií bez adrenalectomie.

29. 034 V. Študent, M. Duda, Z. Mucha, R. Vrtal, K. Belej (Olomouc)

Laparoskopická nefrektomie - naše zkušenosti.

Poster s pódiovou prezentací

30. 035 K. Mainer, Z. Häring, J. Kopecký (Ostrava)

Bilaterální karcinom ledviny se solitární plicní metastázou.

Video

31. 036 R. Zachoval, Z. Velenská, M. Lukeš, M. Záleský, M. Urban, V. Rychterová (Praha)

Cystický papilární renální karcinom klinicky imitující organizovaný hematom v cystě

Poster bez pódiové prezentace

32. 037 J. Sedláček, Z. M. Ibrahim, L. Šafařík (Praha)

Koincidence onkocytomu a karcinomu ledviny z jasných buněk

Poster bez pódiové prezentace

33. 038 L. Hyršl, I. Kawaciuk, J. Soukup (Praha)

Bilaterální asynchronní feochromocytom jako součást syndromu MEN II A

Poster bez pódiové prezentace

Členská schůze ČUS

Rekonstrukce I

Moderátoři: T. Hanuš, R. Fiala

34. State of the Art Lecture - přednáška SUS

J. Breza:

35. 063 J. Perníčka, K. Belej (Olomouc)

Poranění ledvin - retrospektivní studie

36. 042 K. Novák, L. Šafařík (Praha)

Nefrostomie jako kurativní drenáž ureterovaginální píštěle - kauzuistika

Poster bez pódiové prezentace

37. 054 J. Kříž, R. Kočvara, J. Langer, J. Dvořáček (Praha)

Megaureter jako fetální uropatie, taktika léčby a výsledky

38. 064 J. Dvořáček, T. Hanuš, L. Jarolím, J. Novák, V. Vobořil, P. Pokuta (Praha)

Moderní způsoby léčby iatrogenních poranění močového traktu u žen

39. 040 M. Urban, M. Pešl, R. Zachoval, J. Stingl, M. Záleský (Praha)

Stavba ileocékální junkce ve vztahu k zajištění kontinence heterotopických náhrad močového měchýře

40. 039 A. Horák, K. Mainer (Ostrava - Poruba)

Appendix vermiformis jako parciální náhrada ureteru - kauzuistika

Poster bez pódiové prezentace

41. 041 J. Marenčák, V. Davinič, R. Moro, M. Jurica, T. Púllová (Skalica)

15 ročné klinické skúsenosti s ureteroenterálnou anastomózou (UIA) pri kontinentnej derivácii moču do hrubého čreva

Rekonstrukce II

Moderátoři: V. Vomáčka, J. Ženíšek

42. 044 R. Fiala, R. Vrtal, F. Zátura (Olomouc)
Distrakční defekty uretry

43. 065 M. Urban, R. Grill, V. Džupa (Praha)
Rekonstrukce zadní uretry u polytraumat
Poster s pódiovou prezentací

44. 045 R. Fiala, F. Zátura (Olomouc)
Uretroplastika v léčbě zúžení mužské močové trubice
Poster s pódiovou prezentací

45. 046 L. Jarolím, S. M. Pecherová, M. Babjuk, P. Pokuta (Praha)
Sigmoidální neovagina

46. 051 I. Pavlík, V. Vomáčka (Praha)
Umělý svěrač AMS 800 v léčbě močové inkontinence (21 implantací, žádná explantace)

47. 050 M. Lukeš, M. Urban, R. Zachoval, J. Heráček (Praha)
TVT - chirurgická léčba stresové inkontinence
Poster s pódiovou prezentací

Satelitní sympozium firmy Yamanouchi na téma BHP

Sobota 7. 10. 2000

Pracovní snídáně

Neurogenní dysfunkce dolních močových cest

Moderátoři: J. Doležel, M. Brodák

Infekce

Moderátoři: M. Urban, J. Mečl

48. State of the Art Lecture
061 P. Morávek (Hradec Králové)
Diabetes mellitus - projevy a komplikace v oblasti ledvin a horních močových cest

49. 062 M. Hora, M. Košťák (Plzeň)
Urologická komplikace u nefrogenního diabetes mellitus (NDI)
Poster s pódiovou prezentací

50. 052 J. Mečl (Liberec)
Naše přístupy při antibakteriální profylaxi urologických výkonů

51. 053 M. Matoušková, M. Rollová (Praha)
Význam imunostimulační léčby u recidivujících zánětů dolních močových cest

52. 049 L. Zámečník, K. Novák, T. Hanuš, M. Janský, S. Hlaváčková (Praha)
Renesance autokatetrizace u dysfunkcí dolních močových cest
Poster s pódiovou prezentací

53. L. Rýdel, M. Morávková (Hradec Králové)
Kultivační nálezy z dlouhodobě zavedených stentů
Poster s pódiovou prezentací

54. State of the Art Lecture - přednáška EAU
Ch. Chapple

Litiáza a endourologie

Moderátoři: F. Zátura, J. Všeticka

55. 047 K. Novák, V. Vobořil, R. Kočvara (Praha)

Extrakorporální litotrypsie jako metoda první volby řešení urolitiázy u dětí

56. 048 T. Baitler, I. Syrovátka, R. Zachoval (Praha)

Naše zkušenosti s léčbou distální ureterolitiázy pomocí LERV

57. 043 A. Čermák, D. Pacík, J. Doležal, M. Mechl, T. Nebeský (Brno)

Naše zkušenosti s využitím spirálního CT při vyšetření příčiny obstrukce PUJ

Poster s pódiovou prezentací

58. 056 O. Köhler, J. Kočárek (Praha)

Miniperkutánní endoresekcce u nemocného s kompletní obstrukcí pyeloureterální junkce

Video

59. 059 L. Hyršl, I. Kawaciuk, P. Dušek, J. Hanika (Praha)

Fibroepiteliální polyp horních močových cest

Poster bez pódiové prezentace

60. 057 O. Köhler, I. Kawaciuk, J. Kočárek (Praha)

Endoskopická léčba striktur močovodu

Poster s pódiovou prezentací

61. 058 V. Študent, L. Kučerová, A. Lamla (Olomouc)

Hemangiom ureteru

Poster bez pódiové prezentace

62. 060 O. Köhler, P. Havlík, M. Hájek, P. Drlík (Praha, Hradec Králové)

Uzávěr rozsáhlé uretrorektální píštěle kombinovaným přístupem ze zadní rektotomie a endoskopickou resekcí píštělového kanálu

Poster bez pódiové prezentace

Andrologie I

Moderátoři: D. Pacík, K. Kočí

63. State of the Art Lecture

V. Kubíček

Operační léčba varikokély

64. 002 V. Kubíček (České Budějovice, Praha)

Mikrochirurgická varikokélektomie pod peroperační farmakodynamickou dopplerovskou kontrolou

Video

65. 003 D. Pacík, M. Turjanica (Brno)

Výsledky mikrochirurgické varikokelektomie (soubor 92 pacientů)

66. 055 R. Kočvara, J. Kříž, Z. Dítě, K. Novák (Praha)

Lymfatika šetřící operace varikokély - laparoskopická modifikace

67. 010 P. Vavrovič, M. Šodek (Ústí nad Labem)

Retrospektivní dopplerovská studie operovaných varlat

Poster bez pódiové prezentace

68. 001 K. Kočí, M. Trnková (Praha)

Biopsie varlete v diagnostice mužské infertility - ano či ne?

Andrologie II

Moderátoři: P. Navrátil, M. Matoušková

69. 008 D. Pacík, P. Kumstát (Brno)

Výsledky a spokojenost pacientů s implantací inflatabilní penilní protézy při dlouhodobém sledování

70. 004 M. Hora, L. Holubec, Z. Ouda, R. Sequens (Plzeň)

Erektivní dysfunkce po operacích pro nádory rektosigmatu

71. 005 M. Hanuš, M. Matoušková, L. Stárka (Praha)

The Aging Male - psychosomatické změny a změny hormonálních hladin u mužů nad 65 let (pilotní studie)

Poster s pódiovou prezentací

72. 006 L. Zámečník, J. Stolz, V. Kubíček (Praha, České Budějovice)

Zkušenosti s použitím interferonu v léčbě M. Peyronie

Poster s pódiovou prezentací

73. 007 J. Sedláček, J. Nežádal (Brno)

Neobvyklý případ cizího tělesa v močové trubici

Poster bez pódiové prezentace

74. 009 V. Študent, L. Kučerová, K. Belej, P. Hluší (Olomouc)

diopatická kalcinóza skrota

Poster bez pódiové prezentace

Zakončení konference

ABSTRAKTA

► 2. VÝSLEDKY A KOMPLIKACE TURP NA SOUBORU 815 PACIENTŮ

D. Pacík, Z. Beran, J. Nežádal, A. Čermák, J. Doležel

Urologická klinika LF Masarykovy Univerzity, FN-Brno

Úvod: Nástup méně invazivních léčebných metod a zejména medikamentózní léčby BPH je spojen s významným poklesem četnosti operační léčby tohoto onemocnění. Nicméně TURP je stále považována za "zlatý standard" operační léčby BPH a nezodpovězenou otázkou zůstává dlouhodobý efekt méně invazivní léčby. Pokusili jsme se zhodnotit výskyt časných i pozdních komplikací TURP poměrně velkého a dlouhodobě sledovaného souboru, které jsou právě důvodem hledání méně invazivních alternativ.

Materiál a metody: V období I/92 - XII/99 byla provedena TURP u 815 pacientů s BPH indikovanou k operačnímu řešení. Doba sledování je 5 - 96 měsíců (průměr 56 měsíců), pacienti sledováni 2 týdny, 3 a 12 měsíců po operaci a ke konci intervalu, věk pacientů 53 - 83 let (průměr 68 let). U všech pacientů provedeno rutinně doporučené vyšetření WHO, včetně UFM, sonografie uropoetického systému s hodnocením objemu residuální moči. Výkon byl proveden resektoskopem s kontinuální irigací F 24-27, irigační tekutinou byl vždy izotonický roztok výše hladiny max. 60 cm), antibiotika před výkonem podávána pouze u prokázané uroinfekce. Po výkonu zaveden katetr Dufour F 18-22 s balónkem naplněným v hrdle m. měchýře na 12 hodin.

Výsledky: Délka hospitalizace byla 3 - 12 dní (prům. 4,3 dne). Žádný pacient nezemřel při operaci ani bezprostředně po operaci. Zaznamenali jsme následující peroperační komplikace: u 1 pacienta (0,1 %) došlo při výkonu k rozvoji CMP a u 1 k rozvoji IM, klinický TUR syndrom ve 4 případech (0,49 %), silnější peroperační krvácení vyžadující podání transfuze v 19 případech (2,3 %). Pooperační: časně poop. krvácení (do 3 dnů) v 6 případech (0,7 %), pozdní poop. krvácení (od 7 - 28 dnů) ve 20 případech (2,4 %). Pooperační inkontinence ubývalo v závislosti na čase a typu, ke konci sledovaného intervalu je přítomna u 23 pacientů (2,8 %). Pooperační retence či dysurie řešená následnou 2. dobou TURP u 33 pacientů (4 %), hypotonií detrusoru u 8 pacientů (0,9 %). Pooperační skleróza hrdla v 16 případech (1,9 %), striktura uretry bulbomembranózní ve 12 případech (1,5 %), meatu ve 20 případech (2,4 %), 5 pacientů (0,5 %) prodělalo akutní epididymitidu a 15 (1,8 %) má přetrvávající uroinfekci. IPSS (hodnocené rutinně od roku 1995) pokleslo průměrně z 28/4 na 9/1,5. Maximální UFM vzrostla z 6,3 ml/sec na 19,2 ml/sec.

Závěr: TURP není neinvazivní léčebnou alternativou. Výskyt komplikací je však při zvládnutí operační techniky poměrně nízký a stabilní i při dlouhodobém sledování, mortalita spíše výjimečná. Klinický efekt je velmi uspokojivý. Při selhání méně invazivních a medikamentózních metod léčby lze spekulativně očekávat spíše nárůst užití této metody, kterou lze oprávněně považovat za "zlatý standard", i když v našem souboru je početně poměrně stabilní.

► **3. TRANSURETHRAL VAPORIZING RESECTION OF THE PROSTATE IN COMPARISON TO STANDARD TRANSURETHRAL RESECTION**

C. Helke, O. W. Hakenberg, A. Manseck, M. P. Wirth
Dept. of Urology, University Hospital, Dresden, Germany

Introduction: Vaporizing techniques in transurethral BPH treatment are considered to reduce intraoperative blood loss and minimize fluid absorption. The transurethral vaporizing resection technique (TURVP) differs from standard transurethral resection (TURP) by the usage of a thicker loop and different electrical current settings. We compared TURVP with conventional TURP in a randomized, prospective trial.

Patients and methods: 192 patients who underwent transurethral resection for BPH over an 18 months period in our institution were included. Patients were randomly assigned either to receive standard TURP or TURVP. Preoperative assessment included symptom and bother scores, flow rates and residual urine determinations. Intra- and perioperatively, fluid inflow (respiratory alcohol concentration) as well as standard laboratory parameters (serum electrolytes, hemoglobin) and transfusion requirements were monitored. Patients were reevaluated after 3, 6 and 12 months postoperatively for symptoms and voiding function as well as complications.

Results: The mean age was similar in both groups (67.4 yrs TURVP, 68.8 yrs TURP) and there were no differences in preoperative parameters. Mean resected weight was 22.2 g (SD 13.3) for the TURVP and 30.3 g (SD 22.0) for the TURP group ($p < 0.002$). Significant postoperative improvements in flow rates, residual urine and all symptom and bother scores at 3, 6 and 12 months postoperatively were equal in both groups. Mean procedure time was longer for the TURVP group (71.0 min, SE 2.86 vs 65.6 min, SE 2.70), the difference was not significant. The mean maximum intraoperative breath alcohol concentrations and perioperative transfusion rates were higher in the TURP group (0.046 ‰ (SD 0.10) vs 0.027 ‰ (SD 0.05) and 0.18 units (SD 0.70) vs 0.369 (SD 1.25), respectively), but not significant. There, was no difference in postoperative complication rates.

Conclusions: Transurethral vaporizing resection is as safe and efficacious for relieving BPH-associated outflow obstruction as standard TURP. Small reductions in blood loss and intraoperative fluid absorption are probably clinically not relevant.

► **4. SYMPTOM IMPROVEMENT AFTER TURP AND ITS RELATIONSHIP WITH THE AMOUNT OF TISSUE RESECTED**

O. W. Hakenberg, C. Helke, A. Manseck, M. P. Wirth
Dept. of Urology, University Hospital, Dresden, Germany

Introduction: Complete removal of the adenoma tissue is the aim of transurethral resection of the prostate in BPH. Minimally invasive alternative techniques and other resection techniques such as "minimal TURP" do not aim at complete adenoma removal and yet are advocated as similarly efficacious in relieving BPH-associated LUTS. While it symptoms in BPH do not correlate well with prostatic size, we have looked at the relationship between the amount of tissue resected at TURP and postoperative symptom improvement.

Patients and methods: 138 patients undergoing TURP were preoperatively assessed with symptom and bother scores (the International prostate Symptom Score (IPSS), the AUA-Bother Score (AUA-BS) and the BPH Impact Index (BPHII), flow rate (Q_{max}), residual urine (by ultrasound) and prostate volume (ProsVol, by ultrasound) determinations. The weight of the tissue resected (ResWt) was determined after TURP. All patients were followed for 12 months with repeat examinations every 3 months. Analysis of means and correlations with student's t-test and Spearman's correlation coefficient (SD=standard deviation, SE= standard error of the mean) was done.

Results: The mean patient age was 68.2 yrs (n=138, SD 8.08), the mean preoperative ProsVol 49.09 ml (SE 1.56, range 13-140) and the mean ResWt 24.75 g (SE 1.56, range 4-128). There was a significant improvement in all scores postoperatively after 3 ($p < 0.001$), 6 ($p < 0.007$ to 0.05) and 12 months ($p < 0.05$). A weak significant correlation between age and ProsVol ($r = 0.23$, $p < 0.005$) and a strong significant correlation between ProsVol and ResWt ($r = 0.74$, $p < 0.001$) was seen. The ResWt showed a significant correlation with postoperative symptom scores (IPSS: $r = -.23$, $p < 0.02$; AUA-BS: $r = -.23$, $p < 0.02$; BPHII: $r = -.19$, $p < 0.05$).

Conclusions: The results suggest that although prostate size preoperatively does not determine symptom severity there may well be a relationship between the extent of tissue removal and symptom improvement postoperatively. If such a relationship indeed exists this would have definite implications for the clinical value of techniques which do not remove adequate amounts of adenomatous tissue.

► 5. BENÍGNA HYPERPLÁZIA PROSTATY - POROVNANIE TRANSURETRÁLNEJ ELEKTROVAPORIZÁCIE A ŠTANDARDNEJ RESEKCIE PROSTATY

J. Marenčák, R. Moro, M. Jurica
Urologické oddelenie NsP Skalica

Úvod a ciele práce: Transuretrálna elektrovaporizácia tkaniva prostaty (TUVP) je jednoduchou modifikáciou známych elektrochirurgických princípov využívaných pri klasickej transuretrálnej resekcii prostaty (TURP). Cieľom práce bolo porovnať účinnosť a bezpečnosť TUVP s TURP u pacientov s benígnou hyperpláziou prostaty (BHP) počas troch rokov po operácii.

Materiál a metódy: V období od 1. 1. 1996 do 31. 12. 1999 bolo v NsP Skalica liečených 30 pacientov (p.) (priemerný vek 69, 5 roka) s BHP TUVP a 30 p. (priemerný vek 67, 9 roka) pomocou klasickej TURP. Priemerná hmotnosť prostaty (zistená transrektálnou ultrasonografiou) bola v 1. skupine 40, 7 g a v 2. skupine p. 42, 2g. Indikácia k operácii bola u oboch skupín rovnaká a vychádzala z anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia, IPSS, uroflowmetrie a sonografického určenia reziduálneho moču. Priemerná predoperačná hodnota postmikčného rezidua u p. s TUVP bola 158 ml a u p. s TURP 164 ml. Použité inštrumentárium firmy Olympus: na TURP štandardná slučka (150 W resekčný prúd a 60 W koagulačný prúd) a na TUVP špeciálna valčeková elektróda (200 W resekčný prúd a 80 W koagulačný prúd). Dispenzarizácia pacientov (zatiaľ) tri roky. Hodnotenie IPSS, QL, flow rate (Q max.) a postmikčného rezidua a prípadných komplikácií v prvom, treťom, 6. a 12. mesiaci v prvom roku po operácii, a potom jeden raz polročne. Ohodnotenie sexuálnej aktivity pacientov dotazníkovou metódou v rovnakých intervaloch.

Výsledky: V skupine p. liečených TUVP (TURP) bol priemerný operačný čas 27, 8 (32, 9) minúty, doba katetrizácie močového mechúra po operácii 48 (96) hodín, doba hospitalizácie po operácii 5 (7) dní. Zlepšenie IPSS po troch rokoch - TUVP: o 8, 6 a TURP o 9, 2, zlepšenie v QL po TUVP o 2, 1 a po TURP o 2, 5. Priemerné zlepšenie flow rate (Q max.) po dvoch (troch) rokoch od operácie: o 10, 7 (9, 1) ml/ sec. po TUVP a o 9, 0 (8, 8) ml/ sec. po TURP. Priemerné postmikčné reziduuum po dvoch (troch) rokoch - TUVP: 25, 7 (32, 3) ml, TURP: 29, 8 (30, 4) ml. Komplikácie: zúženie močovej rúry u 2/ 30 (6, 7%) p. po TUVP a u 2/ 30 (6, 7%) p. po TURP, striktúra hrdla močového mechúra u 2/ 30 (6, 7%) p. po TUVP a u 1/ 30 (3, 3%) p. po TURP, inkontinencia moču u 1/ 30 (3, 3%) p. po TUVP. Skorá makrohematúria (do 21 dní po operácii): u 2/ 30 (6, 7%) p. po TUVP a u 3/ 30 (10%) p. po TURP. Neskorá makrohematúria u 1/ 30 (3, 3%) p. po TUVP a u 4/ 30 (13, 3%) p. po TURP. Retrográdna ejakulácia zaznamenaná u 16/18 (88, 9%) p. po TUVP a u 14/ 15 (93, 3%) p. po TURP. Erektálna dysfunkcia po operácii: u 7/ 18 (38, 9%) p. po TUVP a u 10/ 15 (66, 7%) p. po TURP.

Záver: TUVP je jednoduchá, efektívna a bezpečná liečba BHP porovnateľná so štandardnou TURP. Pooperačné výsledky je možné zlepšiť kombináciou TURP s TUVP.

► 6. TURP U PACIENTA S KONGENITÁLNÝM DEFEKTOM FAKTORU VII - VYSOCE RIZIKOVÝ NEBO STANDARDNÝ VÝKON?

P. Kumstát, D. Pacík, M. Penka, M. Šlechtová, J. Zavřelová
Urologická klinika FN Brno
Oddelení klinické hematologie FN Brno

Úvod: S defekty koagulačných faktorů se urolog setkává poměrně vzácně. Popisujeme případ pacienta s defektem faktoru VII, u kterého byla provedena TURP.

Kazuistika: Pacient V. J., 68 let byl na naše pracoviště předán s permanentním katétre, zavedeným pro retenci vzniklou na podkladě BPH. Mikční obtíže trvaly asi rok, pokus o vytažení katétru při nasazené terapii alfablokátory byl neúspěšný. Biopsie prostaty provedená na jiném pracovišti pro hodnotu PSA 5,2 ng/ml byla komplikována 7 dní trvající masivní hematurií a uretrorhagií (histol. BPH). Detailní hematologické vyšetření odhalilo kongenitální defekt faktoru VII. Vzhledem k nutnosti speciální přípravy byl předán na naše pracoviště. Konziliární hematologické vyšetření stanovilo předoperační přípravu i pooperační substituci Fraxiparinem a faktorem VI. Vlastní výkon proběhl zcela standardně bez jakýchkoliv komplikací, histologický nálezní resekované tkáně - BPH, pacient propuštěn plně kontinentní, bez obtíží, sledován 3 měsíce bez obtíží a následných komplikací. Náklady na hematologickou přípravu a substituci činily 799 847 Kč.

Závěr: TURP u pacienta s defektem koagulačních faktorů nese zvýšené riziko komplikací a je vždy náročná na přípravu pacienta v rámci interdisciplinární spolupráce. Při adekvátní přípravě a substituci může však být průběh výkonu i pooperační průběh zcela standardní. Nepominutelná je ovšem ekonomická náročnost.

► 7. THE CLINICAL IMPLICATIONS OF INDUCED PROSTATE APOPTOSIS IN BPH PATIENTS

B. Djavan

Prostate Disease Centre, Dpt. of Urology and Ludwig Boltzman Institute for Prostatic Disease, University of Vienna

The earlier speakers have identified the multifactorial nature of the action of terazosin within the prostate. It is obvious that terazosin has an immediate acute pharmacological effect on stromal smooth muscle tone and that this effect may well be supplemented by an action on glandular growth. The objective of this talk is to review the clinical profile of Hytrin and other alpha-blockers in the context of our current understanding of the multifactorial aetiology and symptomatology of LUTS and in light of the exciting findings described by the previous speaker.

The conventional wisdom is that the immediate clinical benefit observed with alpha-blockers occurs because of relaxation of the periurethral stromal smooth muscle. However, to account for the discrepancy observed between flow improvements and symptom improvements, it has been suggested that additional actions on bladder, bladder neck, or at spinal or supra-spinal levels make an important contribution to the overall clinical profile. This could well account for the anecdotal clinical evidence that "uroselective" agents synthesised by the pharmaceutical industry have had relatively poor performance in the clinic compared with established agents. On this basis, and perhaps not surprisingly, interest within the industry has cooled towards selective targeting of the alpha1-subtype in the prostate.

The immediate and short-term therapeutic benefits of alpha-blockers are believed to arise from the above prostatic and extraprostatic physiological actions yet, it is now obvious that in the long-term other factors make an important contribution. In particular, there is now considerable evidence that terazosin has a pro-apoptotic effect in prostatic tissue. Although such an action may not enhance any short-term therapeutic benefit of terazosin, it could certainly make a contribution to the longer-term durability of the response. Equally, the pro-apoptotic action of terazosin in both stromal and epithelial components could offer an explanation for the inability of finasteride (that only affects epithelial components) in the VA study to augment the clinical response to terazosin. Further work will be necessary to determine whether this is a class effect, and, indeed, whether alpha1-adrenoceptors are involved in this intriguing action of terazosin.

► 8. OVLIVNĚNÍ KREVNÍHO TLAKU U NEMOCNÝCH S BHP NA TERAPII DOXAZOSINEM

Z. Veselský, P. Macek, P. Višňovský, P. Morávek

Urologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Hradec Králové

Úvod: Doxazosin patří do skupiny alfa-lytik užívaných k farmakologickému ovlivnění BHP. Jeho druhým důležitým účinkem je ovlivnění krevního tlaku (TK), přičemž významnost ovlivnění TK se může lišit u hypertoniků a normotoniků.

Pacienti: 2 skupiny - 1. 50 mužů, prům. věk 69,7 roku (52 - 82) s hypertenzí na terapii různými preparáty (ACEI, blokátory kalciového kanálu nebo beta-blokátory), IPSS 14,3 (11 - 18), kvalita života 3,8, Qmax 11,6 (8,3 - 18,4) ml/s, PSA 2,1 (0,1 - 4,08) ug/ml, TRUS průměrně 4,7 (3,8 - 6,1) cm, biopsie - BHP s převahou hl. svaloviny, prům. TK 175/100.

2. 50 mužů, prům. věk 71,3 (52 - 77) bez anamnézy hypertenze. Pravidelná medikace - kys. acetylsalicylová. IPSS 15,1 (11 - 19), kvalita života 3,6, Qmax 10,8 (7,9 - 19,1) ml/s, PSA 2,04 (0,18 - 3,97) ug/ml, TRUS průměrně 5,3 (4,1 - 7,2) cm, biopsie - BHP s převahou hl. svaloviny, prům. TK 145/95.

Metody: Pacienti v obou skupinách byli shodně léčeni alfa-blokátorem doxazosinem (Cardura®). Dávka byla postupně titrována na 8 mg/den v jedné denní dávce. Léčba trvala 3 měsíce.

Výsledky: U pacientů s hypertenzí došlo k poklesu TK průměrně o 15 mmHg. U 8 pacientů musela být léčba přerušena a nahrazena jiným alfa-blokátorem. 42 pacientů léčbu tolerovalo dobře - ipss kleslo na 8, kvalita života na 2,18, qmax vzrostlo na 13,8 ml/s. U normotoniků došlo k poklesu tk o 15 a více mmHg u 23 pacientů, u 11 o méně než 10 mmHg. U 11 musela být léčba přerušena a u 23 byla dávka trvale snížena na 2 mg/den. 7 pacientů bylo zcela bez obtíží. Efektivita terapie byla totožná.

► 9. KLINICKÉ ZKUŠENOSTI S MEPARTRICINEM V LÉČBĚ BPH

J. Kladenský

Urologická klinika FN Brno

Při dnešním pohledu na etiopatogenezi BPH se zdá, že klíčovou roli hraje vznik dysbalance mezi buněčnými regulačními růstovými faktory u stárnoucího muže, rovněž je prokázán vliv relativní dysbalance v poměru hladin estrogenů vůči testosteronu. Konzervativní léčba BPH mepartricinem, což je semisyntetický polyenový derivát izolovaný z kultur *Streptomyces aureofaciens*, je založena na principu normalizování porušeného poměru hladin estrogenů vůči testosteronu cestou inhibice reabsorpce estrogenů ze zažívacího traktu.

Uveden přehled placebem kontrolovaných klinických studií s mepartricinem v letech 1982 - 1999, které prokázaly účinnost přípravku v indikaci BPH (zlepšení symptomatologie z hlediska hodnocení IPSS, QoL a Qmax). Při hodnocení snášenlivosti a tolerance vychází mepartricin jako dobře tolerovaný přípravek s nízkým procentem vedlejších účinků.

Výsledky klinických studií potvrdily, že suprese estrogenů je jedním z farmakoterapeutických přístupů k léčbě BPH a že mepartricin jako inhibitor reabsorpce estrogenů této koncepci odpovídá a je účinný v léčbě BPH.

► 11. BOLEST A MORBIDITA U TRUS KONTROLOVANÉ BIOPSIE PROSTATY: SEXTANTOVÁ VERSUS MULTIPLIKOVANÁ BIOPSIE

V. Študent, F. Zátura, M. Hrabec
Urologická klinika FN Olomouc

Úvod: Mnoha autory je považována sextantová biopsie prostaty za ne zcela dostačující při detekci klinicky významných karcinomů prostaty. Ke zvýšení záchytnosti karcinomu jsou doporučovány multiplikované biopsie.

Pacienti a metoda: Na podkladě pacienty vyplněného dotazníku je sledována a hodnocena bolestivost zákroku, morbidita po výkonu (hematurii, hemospermii, febrilie atd.). Práce srovnává tyto parametry mezi pacienty se sextantovou a multiplikovanou biopsií prostaty.

Výsledky: V době uzávěrky souhrnů nejsou dosud všechna klinická data k dispozici, nicméně předběžná data ukazují, že multiplikovaná biopsie prostaty je pacienty velmi dobře tolerována.

Závěr: Není větších rozdílů v bolestivosti či morbiditě u multiplikované biopsie ve srovnání s biopsií sextantovou.

► 12. ZVYŠUJE VÍCEČETNÁ BIOPSIE DETEKCI KLINICKY LOKALIZOVANÉHO KARCINOMU PROSTATY?

A. Čermák, D. Pacík, Z. Beran, J. Sedláček, J. Peška, M. Turjanica, D. Miklánek, F. Dorociak¹, A. Rejhta¹
Urologická klinika FN Brno
¹Biopstická stanice FN Brno

Úvod: V souladu se snahou zvýšit kurabilitu karcinomu prostaty (KP) je tendence diagnostikovat toto onemocnění v co nejčasnějším stadiu. Při abnormální hodnotě PSA a normálním digitálním rektálním vyšetření (DRV) může být indikována biopsie prostaty. Ukazuje se, že standardně prováděná sextantová biopsie nemusí diagnostikovat řadu zejména periferně lokalizovaných karcinomů. Rozhodli jsme se prospektivně srovnat výsledky detekce sextantové a vícečetné biopsie prostaty.

Materiál a metodika: Pacienti s abnormální hodnotou PSA a bez podezřelého palpačního nálezu na prostatě, kteří byli indikováni k biopsii prostaty, byli randomizováni do dvou skupin: A - sextantová b. + 2b. z přechodové zóny TZ (celkem 8 vzorků) a B - sextantová b. + 6b. z laterální části periferní zóny + 2b. z přech. zóny (celkem 14 vzorků). V obou skupinách byly biopsie doplněny o vzorky ze suspektních lézí detekovaných TRUS. V období od ledna do května 2000 byla provedena biopsie u 78 pac. od 53 let do 82 let, prům. věk 63,2 let.

Výsledky: Ve sk. A jsme u 41 pac. (prům. věk 62,4 let) detekovali 11x KP (26,8 %), z toho však pouze 3x (7,3 %) ze vzorků sextantové biopsie a 8x jsme detekovali KP ze vzorků odebraných z TZ (19,5 %). Ve sk. B jsme u 37 pac. (prům. věk 64,5 let) detekovali 9x KP (24 %). Pozitivní záchyt vzorků z laterální zóny byl v 6 (16,2 %) případech, záchyt KP současně v laterální zóně a TZ byl 3x (8,1 %), záchyt pouze ze vzorků sextantové biopsie byl 3x (8,1 %). V jednom případě (4 %) jsme detekovali KP pouze z laterální biopsie. Dále jsme sledovali vztah mezi lokalizací pozitivního KP nálezu při předchozích biopsiích zvl. PIN III. a současně vztah k total PSA, free PSA a PSAV. Součástí hodnocení je i sledování komplikací ve vztahu k počtu odebraných vzorků.

Závěr: Dle našich předběžných zkušeností na malém souboru, který stále rozšiřujeme, můžeme říci, že tato strategie vícečetné biopsie signifikantně zvyšuje pozitivní záchyt karcinomu ve srovnání s konvenční technikou sextantové biopsie. Vícečetné biopsie jsou pacienty dobře tolerovány a mohou být prováděny bez zvýšeného udávání bolesti či morbidit při srovnání se sextantovou biopsií.

► 13. CHEMOPROFYLAZE A TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY

M. Matoušková, M. Hanuš
Urocentrum Praha

Snaha po zastižení časných stádií zhoubného onemocnění prostaty s sebou přináší nutnost mnohdy i opakovaných biopsií prostaty. Transrektální biopsie prostaty pomocí bioptry-gun je prakticky bezbolestný výkon. Může však být provázen infekčními komplikacemi nebo krvácením.

Předkládáme zhodnocení profylaxe antibiotickou léčbou u 110 nemocných, kteří podstoupili biopsii prostaty s PSA > 4 ng/ml a před odběrem tkáně měli negativní mikrobiologické vyšetření moče. Před biopsií neprovádíme žádnou přípravu nemocného. Nemocné podle použité profylaxe jsme rozdělili do 3 skupin: 1. 16 nemocných netromycin 200 mg před biopsií a třídenní léčba trimetoprimem 400 mg/d, 2. 53 mužů s třídenní léčbou cotrimoxazolem 1920 mg/d, a 3. 41 mužů s 3 denní léčbou ciprofloxacinem 500 mg/d. Sledovali jsme výskyt bakteriurie a klinických známek IMC po 24 hodinách a 7 - 10 dnech po biopsií a výskyt febrilních reakcí.

Ve skupině 1. jsme po 24 hodinách zjistili IMC u 2 nemocných (17 %) a žádný pacient neměl teplotu větší než 37,5 °C. Skupina 2. s výsledky 16 infekcí močových cest (30 %) a 7 (13 %) nemocných s febrilní reakcí (> 38 °C) a nutností další léčby. Ve skupině 3. jsme zjistili známky IMC u 9 mužů (21 %), u dvou byla významná febrilní reakce (5 %).

Na základě našich zkušeností se domníváme, že třídenní chemoprofylaxe po transrektální biopsii u neimunosuprimovaného pacienta je dostatečná. Vzhledem k epidemiologické situaci a nárůstu rezistence vůči fluorochinolonům volíme, pokud lze podat, profylaxi cotrimoxazolem. Pokud má pacient příznaky infekce močových cest, pak podáváme antibiotika cíleně.

► 14. POUŽITÍ ULTRASONOGRAFICKÉ KONTRASTNÍ LÁTKY V DIAGNOSTICE KARCINOMU PROSTATY

V. Klemenc, I. Pavlík, V. Vomáčka
Urologické oddělení FTN Praha

Předkládáme kazuistiku 67letého muže s karcinomem prostaty T1c NO MO Gleason 5, u něhož byla velikost dříve diagnostikovaného tumoru určena použitím specifické kontrastní látky (Levovist) během transrektální ultrasonografie (Voluson 530 D - Kretz technik, color Doppler imaging).

U ultrazvukem a počítačovou tomografií dříve nezobrazeného karcinomu bylo pak možné přesně určit jeho polohu a rozsah. Nález byl potvrzen vyšetřením preparátu po radikální prostatektomii (RAPE).

► 15. KORELACE PRAVDĚPODOBNOTI POSTIŽENÍ LYMFATICKÝCH UZLIN A SKUTEČNÉHO PATOLOGICKÉHO NÁLEZU U PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

D. Pacík, V. Vít
Urologická klinika FN Brno

Úvod: Z pacientů s karcinomem prostaty mají největší naději na trvalé vyléčení ti, u nichž je onemocnění ohraničeno pouze na prostatickou žlázu. Co nejpřesnější diagnostika tedy přináší nejlepší výsledky. Z tohoto pohledu je značně problematická diagnostika postižení lymfatických uzlin, kdy nám žádná zobrazovací metoda nepřinese požadovanou informaci. Užití Partinových nomogramů může být právě tou klinickou pomůckou, která indikační možnosti značně zpřesňuje a zjednodušuje.

Materiál a metodika: Na souboru 70 pacientů s klinicky lokalizovaným karcinomem prostaty, u nichž byla provedena radikální retropubická prostatektomie, jsme porovnávali předoperační pravděpodobnost postižení lymfatických uzlin se skutečným nálezem v patologickém preparátu lymfatických uzlin odstraněných při "staging" lymfadenektomii.

Výsledky: Postižení lymfatických uzlin bylo zjištěno pouze u 3 pacientů (4,28 %), kde pravděpodobnost postižení byla 19,0 %. Průměrná pravděpodobnost u ostatních pacientů ze souboru byla 11,46 %.

Závěr: Používání korelace PSA, Gleason skóre a patologického stadia umožňuje předpovědět s dostatečnou přesností absenci postižení lymfatických uzlin. Lymfadenektomie ke stanovení přesného stadia pokročilosti nádoru je sice zcela oprávněná, avšak čekání na výsledek hodnocení preparátu "na zmrzlo" je zcela zbytečné, tím spíše, že ani on není v řadě případů zcela spolehlivý. Dle našich zkušeností je možno z běžně dosažitelných klinických údajů s dostatečnou přesností určit, zda se jedná o lokalizovaný karcinom prostaty.

► 16. VYUŽITÍ ENDOSTAPLERU PŘI RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

P. Prošvic, P. Morávek, A. Hafuda
Urologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Hradec Králové

Úvod: Autoři použili endostapler při radikální prostatektomii. Zhodnotili jeho indikace, kontraindikace, výhody a nevýhody.

Materiál a metody: V roce 1999 a první polovině roku 2000 autoři provedli 52 radikálních prostatektomií. U 14 operací použili endostaplery v oblasti apexu prostaty při preparaci a ošetření dorsálního žilního plexu a puboprostatických vazů. Autoři srovnávají dobu trvání operace, velikost krevních ztrát a kontinenci pacientů ve skupině operovaných pomocí stapleru a ve skupině bez jeho užití.

Výsledky: Doba operace se významně zkrátila, přístup k apexu se zjednodušil a krevní ztráty byly menší ve skupině pacientů operovaných s použitím endostapleru. Kontinence moči a komplikace byly v obou skupinách srovnatelné.

Závěr: Využití stapleru je výhodné u pacientů s výrazně vyjádřenými dorsálními penilními vénami a plexy, u pacientů s objemnější prostatou a hlubokou pávní. Vliv na kontinenci a výsledek operace nebyl pozorován. Výsledky je však nutné potvrdit na větším souboru pacientů.

► 17. POUŽITÍ ERYTHROPOETINU U RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE (RAPE)

D. Pacík¹, V. Vít¹, J. Doležel¹, B. Stibor², I. Čundrlé²

¹Urologická klinika FN Brno

²ARO FN Brno

Úvod: Ve snaze co nejvíce minimalizovat riziko podání allogení krve byla ke standardním metodám (PAD a AHD) připojena i podpora tvorby červené krevní řady erythropoetinem alfa. Cílem studie bylo zjistit změny hodnot červené krevní řady i toleranci podávání erythropoetinu, jednak vliv podávání erythropoetinu na možnost odběru většího množství krevních jednotek v krátkém časovém intervalu, na možnost provedení kvalitní izovolemické hemodiluce a na nutnost podání allogení krve.

Soubor a metodika: Do sledování bylo zahrnuto celkem 40 pacientů indikovaných k RAPE. U všech pacientů byl plánován odběr 4 krevních jednotek v průběhu 14 dní. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin, kdy v první skupině byl po každém odběru s.c. aplikován erythropoetin v dávce 100 j./kg t.hm. V den výkonu byla u všech pacientů provedena AHD s cílovým hematokritem 0,30 a krevní ztráty byly hrazeny při poklesu HTK pod 0,25 autologní krví získanou hemodilucí či předoperačním odběrem.

Výsledky: Všichni pacienti první skupiny byli schopni odběru plánovaných 4 jednotek během 2 týdnů. Průměrně se hladina Hb snížila o 9,5 %, HTK o 8,8 %. Dosažená předoperační hodnota dovozovala provedení hemodiluce s prům. množstvím odebrané krve 1124 ± 351 g. Pacientům během výkonu bylo aplikováno v průměru 1003 ± 568 g autologní krve, 2 pacientům s vyššími krevními ztrátami byla podána i krev allogení. Průměrné hodnoty 1. pooperační den činily u Hb 112 g/l, HTK 32,7.

U pacientů z kontrolní skupiny, u nichž v rámci předoperačního autologního dárce erythropoetin nebyl aplikován, byly sledovány stejné parametry krevního obrazu. Bylo zjištěno, že část pacientů nebyla schopna odběru plánovaných 4 krevních jednotek a výsledný hematokrit v některých případech nedovoloval provedení hemodiluce buď vůbec, nebo v minimálním rozsahu. Porovnání nutnosti užití allogení krve vyznělo jednoznačně v neprospěch kontrolní skupiny, kde počet pacientů, kterým byla podána allogení krev, jakož i celkové množství podaných allogenických krevních jednotek je jednoznačně vyšší.

Závěr: Podání i malé dávky erythropoetinu může účinně usnadnit předoperační odběr autotransfúzí v relativně krátkém časovém období, může zabránit výraznému snížení hodnot červené krevní řady a umožní odběr většího množství krve při akutní izovolemické hemodiluci. Tím se minimalizuje riziko použití allogení krve.

► 18. ČASNÁ A ODLOŽENÁ HORMONÁLNÍ LÉČBA PŘI ELEVACI PSA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

L. Jarolím, V. Vachalovský, J. Novák, M. Babjuk

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

Při rozhodování o zahájení hormonální léčby při elevaci PSA po radikální prostatektomii jsou důležité následující aspekty:

1. stanovit, jde-li o lokální progresi nebo generalizaci
2. zhodnotit rizikové faktory
3. respektovat věk a přání pacienta

Ke stanovení zdroje elevace PSA je důležitá doba od výkonu k počátku elevace antigenu a doba zdvojnásobení jeho hodnoty. Nastoupí-li elevace do jednoho roku, jedná se nejčastěji o generalizaci nádoru. Elevace z nulových hodnot po roce bývá projevem lokální recidivy.

Hodnocení rizika rychlé progresie kalkuluje kromě výše uvedených hodnot s Gleasonovým skóre nádoru a pT. Gleasonovo skóre od hodnoty 7 a pT3 představuje vysoké riziko rychlé progresie.

Delší životní předpověď je indikací k včasné sekundární léčbě u agresivních tumorů. U nádorů s nižšími hodnotami Gleasonova skóre a delší dobou zdvojnásobení hodnoty PSA patrně včasné zahájení hormonální léčby neprodlouží život a může přispět ke zhoršení kvality života. Tuto skutečnost musí zhodnotit sám pacient. Představuje-li pro něj skutečnost, že není aktivně léčen, větší zátěž než vedlejší účinky léčby, lze léčbu zahájit včas. S ohledem na nové poznatky o intermitentní androgenní blokádě je vhodná léčba reverzibilní monoterapie pomocí LHRH analogů či antiandrogenů.

► 19. AKTINOTERAPIE A LHRH ANALOGA V LÉČBĚ LOKÁLNĚ POKROČILÉHO KARCINOMU PROSTATY. PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY

M. Matoušková, M. Hanuš, M. Zemanová¹

Urocentrum Praha

¹Onkologická klinika VFN

Zvýšení incidence a prevalence karcinomu prostaty v posledních dvou desetiletích spolu se zlepšením diagnostiky vede k většímu zájmu o časné formy onemocnění a hledání prediktivních faktorů biologického chování a agresivity nádoru (PSA, Gleason grade, věk, ILGF). Léčebná strategie je individuální. Volba primární léčby lokalizovaného onemocnění (RAPE, aktinoterapie, přísné sledování) závisí na mnoha faktorech, včetně věku nemocného, jeho life-expectancy, stagingu, nádorovém gradu, hladině PSA, sexuální aktivitě nemocného, jeho přání a dostupnosti léčby. Mnoho z těchto faktorů má rovněž vliv na podání neoadjuvantní nebo adjuvantní hormonální léčby spolu se zvolenou léčebnou modalitou.

Předkládáme předběžné výsledky prospektivní randomizované studie u nemocných s lokálně pokročilým karcinomem prostaty (T2-T3 Nx M0). Pacienti jsou randomizováni do dvou skupin 1. aktinoterapie + LHRH analogy a 2. aktinoterapie v monoterapii. V současné době bylo zařazeno 15 nemocných, z nich 8 ve skupině s analogy, jeden z nich po RAPE s pozitivními okraji, 7 v monoterapii zářením.

Aktinoterapie je aplikována v celkové dávce 70 Gy, z toho 50 Gy na oblast pánve s boostem 20 Gy na žlázu, při použití konformní techniky až 74 Gy na prostatu. V první větvi je pacientovi podán antiandrogen 3 týdny před zahájením záření, následuje aplikace jednoho nebo tří měsíčního goserelinu acetátu po dobu 9 měsíců. Sledujeme hladiny PSA, testosteronu a nález na prostatě pomocí transrektální ultrasonografie.

Naše první výsledky prokazují rychlý pokles PSA ve skupině s androgenní blokádou. Zatím jsme u žádného z nemocných nemuseli znovu nasadit medikaci goserelinem. Ve skupině s monoterapií zářením u dvou nemocných došlo k progresi. Oba nemocní byli vysoce rizikováni s Gleason skóre > 7.

Podle literárních údajů vede adjuvantní podání LHRH agonistů a záření ke zlepšení lokální kontroly onemocnění a přežití. Náš malý soubor zatím není možné z tohoto pohledu hodnotit.

► 20. ČASNÁ ADJUVANTNÍ RADIOTERAPIE KARCINOMU PROSTATY PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII S RETROSPEKTIVNÍM NÁLEZEM T3, N0-1, M0

R. Grill, M. Urban, M. Kulhavý¹

Urologická klinika FNKV a 3. LF UK

¹Klinika radioterapie a onkologie FNKV a 3. LF UK

Úvod: Podíl karcinomů prostaty ve stadiu T3 u nemocných léčených radikální prostatektomií (RAPE) je součástí každého souboru pracovišť provádějících tento výkon. Je to dáno jak nemožností stávajících diagnostických postupů toto stadium stanovit přesně předoperačně, tak i v současné době úvahou o přínosu RAPE pro léčbu pacienta i ve stadiu T3 N0-1. Indikace, doba zahájení a výběr adjuvantní terapie je předmětem mnoha sdělení a publikací. Při převaze prezentací o adjuvantní hormonální terapii jsme věnovali pozornost možnostem radioterapie (RT) a jejímu technickému pokroku.

Materiál a metodika: Z našeho souboru 73 operovaných RAPE za období 8/1998 - 3/2000 jsme vybrali soubor 25 nemocných (34 %) s retrospektivně potvrzeným nálezem T3, N0-1 dle hodnocení definitivního preparátu patologem. Za další rizikové faktory jsme považovali především pozitivní okraje chirurgického řezu (15 pac.= 60 %), Gleason skóre z definitivního preparátu 7 a vyšší (19 pac.=76 %) a předoperační PSA 15 a vyšší (18 pac.=72 %).

Po rutinně prováděné lymfadenektomii v úvodu RAPE jsme ve výkonu pokračovali u 2 nemocných (8 %), kde byl nález karcinomových bb. do 25 % zastižených lymfatických uzlin.

Nemocné jsme ve střední době 33 dnů od RAPE indikovali k adjuvantní RT jako možnosti léčby předpokládané zbytkové choroby u lokálně pokročilého karcinomu prostaty. RT byla prováděna na třídimenzionálním lineárním urychlovači nové generace VARIAN. Průměrná dávka 45 Gy na lymfatická byla navýšena na oblast lůžka prostaty či anastomózy v průměru na 65 Gy. Sledované období RT bylo 10/1998 - 5/2000, průměrná doba sledování 11 měsíců.

U 4 nemocných (16 %) se všemi čtyřmi výše uvedenými rizikovými faktory a u dalších dvou (8 %) s nálezem karcinomových bb. v regionálních lymfatických byla současně zahájena i hormonální terapie.

Výsledky: Vzhledem ke krátké době sledování hodnocena pouze časná tolerance RT a sledované hodnoty PSA.

Závěr: Náš soubor je prezentován především k diskusi o místě RT v adjuvantní terapii, event. k výběru indikací pro tento postup při jeho obhajobě.

► 22. CARCINOMA IN SITU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

V. Soukup, S. M. Pecherová, M. Babjuk, H. Smolová, J. Marek, J. Dvořáček, J. Novák
Urologická klinika VFN a 1. LFUK v Praze, Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Jako carcinoma in situ močového měchýře (Tis) označujeme intraepiteliální neoplazii uroteliálních buněk bez známek invaze nebo exofytického růstu. Carcinoma in situ tvoří asi 10 % z povrchových nádorů močového měchýře. Většina případů (90 %) se vyskytuje společně s exofytickými lézemi, tzv. sekundární Tis, jen v 10 % se vyskytuje jako izolovaný nález, tzv. primární Tis. Riziko progresu onemocnění je až 78 %.

Metoda a pacienti: V období od 12/1987 do 8/1998 bylo našemu pracovišti diagnostikováno a léčeno celkem 53 nemocných s Tis močového měchýře. U 11 byl zjištěn primární Tis, u 42 nemocných sekundární Tis. Retrospektivně hodnotíme období od vzniku příznaků do stanovení diagnózy, způsob a výsledky léčby a další průběh onemocnění.

Výsledky: Období od počátku příznaků do stanovení diagnózy bylo průměrně 5 měsíců (14 dnů až 12 měsíců). Předoperační cytologické vyšetření moči bylo v 79,8 % pozitivní, v 18,6 % suspektní, a u 1,6 % negativní. Definitivní diagnóza byla stanovena na základě histologického vyšetření. Nemocní se sekundárním Tis byli léčeni v souladu s terapií exofytického nádoru. Ze skupiny 11 nemocných s primárním Tis byli 2 léčeni jen opakovanými transuretrálními resekciemi, 5 intravezikální imunoterapií BCG, 2 intravezikální chemoterapií Thiotepou, 1 celkovou chemoterapií, 1 časnou cystektomií.

Závěr: Na špatné prognóze onemocnění se podílí sklon k přechodu v invazivní nádor a mnohdy i pozdě stanovená diagnóza. Spolehlivou pomocnou diagnostickou metodou je cytologické vyšetření moči. Strategie léčby se během sledovaného období měnila, v současnosti je nejúčinnější intravezikální imunoterapie BCG, určité místo má stále i cystektomie, zejména u nemocných se špatnou odpovědí k lokální léčbě BCG vakcínou.

► 23. VZTAH STADIA TUMORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A MOŽNOSTI PROVEDENÍ NERVY ŠETŘÍCÍ RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMIE

R. Fiala, F. Zátura
Urologická klinika Olomouc

Úvod: Do Walshova popisu nervy šetřící radikální prostatektomie byli všichni nemocní po radikální cystektomii postiženi kompletní erektilní dysfunkcí ve 100 %. Zavedení nervy šetřící radikální cystektomie (NSRACE) umožňuje erekci zachovat.

Pacienti a metodika: Retrospektivně bylo vyhodnoceno 87 nemocných operovaných v letech 1997 - 1999, kteří měli před cystektomií normální erekci. Cystektomie byla zahajována retrogradně od apexu prostaty s prezervací nervově-cévních svazků, přičemž byl dodržován onkologický princip: u podezření na infiltraci okolí tumorem byly svazky široce odstraněny jedno- nebo i oboustranně, podobně byly svazky odstraněny oboustranně u technicky obtížných výkonů.

Výsledky: NSRACE byla možná oboustranně u 49 (56 %) nemocných, jednostranná u 15 (17 %) nemocných a neprovedena u 23 (27 %) nemocných. U stadia pT2-3a byla NSRACE provedena u 41 (95 %) nemocných ze 43, u 9 z 16 se stadiem pT3b (56 %) a u 14 (50 %) z 28 nemocných se stadiem pT4a.

U nemocných s pT3b s tumorem velikosti nad 11 cm nebyla nervy šetřící operace provedena ani jednou, podobně ani u nemocných s pT4a s tumorem hmatným per rectum. Erektilní funkce zůstala zachovaná u 73 % nemocných s oboustranně a u 52 % nemocných s jednostranně zachovaným svazkem.

Závěr: Lokální rozsah tumoru limituje provedení nervy šetřící radikální cystektomie. U malých tumorů pT2-3a jej lze bezpečně provést téměř u všech nemocných, avšak u rozsáhlých tumorů nad 11 cm a nádorů rozsáhle infiltrující prostatu je NSRACE většinou neproveditelná nebo nevhodná. Pokud lze nervy šetřící výkon provést, výskyt erektilní dysfunkce je podobný výskytu erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii.

► 24. POUŽITÍ BTA STAT, BTA TRAK, UBC RAPID, UBC IRMA A CYTOLOGIE PŘI SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ S NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Babjuk¹, M. Koštířová², K. Mudra³, H. Smolová¹, E. Slavkovská¹, J. Cejnarová¹, L. Pecan⁴, Z. Ibrahim¹, J. Dvořáček¹, T. Zima², L. Jarolím¹

¹Urologická klinika a ²Oddělení klinické biochemie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK, Katedra urologie IPVZ

³Oddělení nukleární medicíny, Ústřední vojenská nemocnice

⁴Institut výpočetní techniky České akademie věd, Praha

Úvod: V naší práci hodnotíme možnosti neinvazivního záchytu nádorů močového měchýře pomocí testů detekujících protein blízky faktoru H komplementu (BTA stat a BTA TRAK), testů detekujících cytokeratiny 8 a 18 (UBC Rapid a UBC IRMA) a cytologického vyšetření.

Pacienti a metodika: Do studie jsme zařadili 78 pacientů s histologicky ověřeným nádorem močového měchýře (skupina A), 62 nemocných s anamnézou nádoru močového měchýře bez současné recidivy (B), 20 s jinou urologickou malignitou (C), 38 s benigním urologickým onemocněním (D), 10 s prokázanou uroinfekcí (E) a 10 zdravých dobrovolníků (F). Jako kontrolní skupinu, která sloužila ke stanovení specifity a k určení hraničních hodnot u kvantitativních testů, jsme použili skupinu B. Z této skupiny jsme předem vyřadili pacienty s faktory, které nesprávně zvyšují hodnoty sledovaných testů (uroinfekce, předchozí aktinoterapie, instilační léčba). K vyšetření byla použita spontánní moč, kvalitativní testy (BTA stat a UBC Rapid) byly provedeny poučenou sestrou. Kvantitativní testy (BTA TRAK a UBC IRMA) byly provedeny v odlišných laboratořích dle výrobcem doporučené metodiky.

Výsledky: Při hodnocení kvalitativních testů byly nejlepší výsledky zaznamenány u kombinace BTA stat testu s cytologií, kdy bylo dosaženo senzitivity 80,3 % při specifitě 87,1 %. Výhodou kvantitativních testů je možnost volby optimální prahové hodnoty dle konkrétní klinické situace. Při vyšší prahové hodnotě dosáhneme vysoké specifity, ale nižší senzitivity (u BTA TRAK byla senzitivita 66,7 % při 95% specifitě). Pro sledování pacientů s nádory močového měchýře může být naopak výhodnější nižší prahová hodnota, kdy dosáhneme vysoké senzitivity a nízké specifity (u BTA TRAK byla senzitivita 95 % při 20% specifitě).

Závěr: BTA stat a BTA TRAK dosahují lepších výsledků při neinvazivní detekci nádorů močového měchýře než UBC Rapid a UBC IRMA. Výhodou kvantitativních testů je možnost volby optimální prahové hodnoty pro konkrétní situace.

► 25. LOKÁLNÍ ANESTEZIE ELEKTROMOTORICKOU INTRAVEZIKÁLNÍ APLIKACÍ LIDOKAINU U TRANSURETRÁLNÍCH VÝKONŮ

M. Babjuk, J. Dvořáček, Š. Bízová¹, J. Novák

Urologická klinika a ¹Klinika anesthesiologie a resuscitace Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK,

Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Cílem naší práce je zhodnotit účinnost lokální anestezie u transuretrálních výkonů pomocí elektromotoricky aplikovaného lidokainu.

Pacienti a metoda: Do studie bylo zařazeno 25 pacientů (15 mužů a 10 žen - skupina A) indikovaných k transuretrální resekci povrchových nádorů močového měchýře a 7 mužů indikovaných k transuretrální resekci prostaty (hmotnost prostaty do 30 g - skupina B).

K výkonu používáme proudový generátor pro elektromotorické podávání léků. Průnik proudu stěnou močového měchýře je zajištěn transuretrálně zavedeným katétre s vestavěnou elektrodou, která působí jako anoda. Elektrický okruh je uzavřen přiložením ploché elektrody sloužící jako katoda na kůži podbřišku. Po zavedení katétru je měchýř naplněn 200 ml 2% lidokainu s adrenalinem v koncentraci 1:100.000. Proud je aplikován 20 až 25 minut pulzním způsobem s postupně narůstající intenzitou až do 25 ma. U mužů je současně proveden periprostatický blok 20 až 30 ml 1% trimecainu, pacient je po dobu výkonu udržován v analgosedaci. Další systémová aplikace anestetik následuje pouze při neúspěchu metody.

Monitorovány byly všechny nepříznivé reakce pacienta a nutnost dodatečného podání anestetik, stejně jako krevní tlak a srdeční frekvence. Vnímání bolesti kvantifikoval pacient pomocí číselného skóre.

Výsledky: U jednoho pacienta s hyperplazií prostaty musela být aplikace předčasně ukončena pro velmi bolestivé vnímání průchodu proudu, většina ostatních pacientů uvádí jen mírný dyskomfort v podbřišku, který není překážkou dokončení aplikace. Šestnáct pacientů ze skupiny A a čtyři ze skupiny B uvedli žádný nebo jen mírně bolestivý pocit v době resekce a koagulace bez potřeby další analgezie. U 9 ve skupině A (vesměs u plošně rozsáhlejších tumorů) a u 1 ve skupině B bylo nutno prohloubit analgosedaci. Jeden pacient ze skupiny B musel být pro významné bolesti převeden na celkovou narkózu.

Závěr: Elektromotorická aplikace lidokainu je použitelnou metodou anestézie u transuretrálních výkonů. Podmínkou je pečlivý výběr pacientů a dostatečná zkušenost operujícího, což limituje její všeobecné uplatnění.

► 26. FEOCHROMOCYTOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

P. Verner, I. Kawaciuk, O. Kóhler

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

Popisujeme dva případy této velmi vzácné afekce. U prvního nemocného byl histologický nález překvapením, neboť nádor imponoval klinicky i během operačního výkonu jako drobný papilom měchýře. U druhého pacienta se tumor manifestoval hematurií: dle ivu suspekce na tumor měchýře, který cystoskopií v celkové anestezii nepotvrzen, rovněž kontrolní cystoskopie za 3 měsíce byla bez známek tumoru. O tři měsíce později znovu hematurie, sonograficky opět podezření na tumor v identické lokalizaci ve stěně močového měchýře: při endoskopii nalezen netypický tumor, při transuretrální resekci náhlý vzestup krevního tlaku až na 220/150, výkon konvertován na otevřenou resekci měchýře. Bezprostředně po operaci se krevní tlak normalizoval. Retrogradně anamnesticky zjištěno občasné odkvrtní rukou a nevolnost při ranní mikci, hypertenze nebyla nikdy předtím zastižena. V současné době je pacient vyšetřován endokrinologem.

Zdůrazňujeme u této afekce nutnost podrobného vyšetření k vyloučení přítomnosti vícečetného feochromocytomu, endokrinologické vyšetření k odhalení mnohočetné endokrinní neoplazie (MEN) a nutnost dlouhodobého sledování, neboť eventuální další nádory se mohou vyskytnout až v časovém odstupu.

► 28. VÝSLEDKY TERAPIE ADENOKARCINOMU LEDVINY RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIÍ BEZ ADRENALEKTOMIE

R. Fiala, L. Domes¹, K. Belej, F. Zátura

Urologická klinika Olomouc

¹Urologické oddělení Kroměříž

Úvod: Adrenalektomie jako součást radikální nefrektomie v terapii adenokarcinomu ledviny má své zástance i odpůrce. Jejich argumenty vycházejí z výsledků studií, kde adrenalektomie bývá uváděna jako součást radikální nefrektomie. Autoři hodnotí soubor, u kterého se adrenalektomie prováděla pouze v případech peroperačního podezření na infiltraci nadledviny, jinak byla nadledvina ponechána in situ.

Pacienti a metodika: Zhodnoceno bylo 355 nemocných s jednostranným adenokarcinomem ledviny, u kterých zobrazovací vyšetření vyloučilo postižení nadledviny. U takovýchto nemocných byla adrenalektomie prováděna pouze v případě peroperačního podezření na postižení nadledviny. Jako statistický test pro srovnání lokální recidivy a úmrtnosti byl použit chí kvadrat.

Výsledky: Ani u jednoho nemocného s peroperačním podezřením na infiltraci nadledviny nebylo toto podezření potvrzeno histologicky. Adrenalektomii jako součást radikální nefrektomie podstoupilo 170 (49 %) nemocných, ledvina byla ponechána u 185 (51 %) nemocných. Lokální recidiva byla prokázána u 33 (19 %) z 170 nemocných s kompletní radikální nefrektomií a u 40 (22 %) ze 185 s ponechanou nadledvinou. Během období sledování 5 - 15 let celkově zemřelo 78 (46 %) z 170 s kompletní radikální nefrektomií a 95 (51 %) ze 185 s ponechanou nadledvinou.

Statisticky se nepodařilo prokázat rozdíl mezi oběma metodami.

Závěr: Adrenalektomie není standardní součástí radikální nefrektomie. Její indikaci lze omezit na prokázané postižení při zobrazovacím vyšetření anebo při peroperačně zjištěné infiltraci tumorem.

► 29. LAPAROSKOPICKÁ NEFREKTOMIE - NAŠE ZKUŠENOSTI

V. Študent, M. Duda, Z. Mucha, R. Vrtal, K. Belej

Urologická klinika a II. chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: V období 1997 - duben 2000 provedeno 8 laparoskopických nefrektomií u dospělých pacientů.

Pacienti a metoda: Nefrektomie byly indikovány v 6 případech u svrštělých či hypoplastických ledvin. Ve 2 případech u pokročilé hydronefrózy.

Výsledky: Ve 2 případech bylo nutno výkon konvertovat. 5 nefrektomií provedeno z lumboskopického přístupu (2 konverze) a 3 laparoskopicky.

Závěr: Laparoskopická nefrektomie je poměrně specializovaný miniinvasivní výkon pro limitovanou skupinu urologických pacientů. Diskutovány výhody a nevýhody těchto přístupů, indikace k výkonům.

► 30. BILATERÁLNÍ KARCINOM LEDVINY SE SOLITÁRNÍ PLICNÍ METASTÁZOU (KAZUISTIKA)

K. Mainer, Z. Häring, J. Kopecký

Urologické odd. FNŠP Ostrava

Kazuistika 45letého muže s diagnózou oboustranného parenchymatosního nádoru ledviny a solitární plicní metastázou. Pacient primárně odeslán k terapii na onkologickou kliniku. Po aplikaci šesti cyklů biochemoterapie (Atzpodienovo schéma - Interferon, Interleukin, 5-Fluoruracil) došlo k vymizení plicní metastázy. Byla provedena bilaterální resekce ledviny v jednom sezení. Pacient zhojen per primam s fyziologickými renálními funkcemi.

Devět měsíců po výkonu zobrazovací metody (CT) neprokázaly relaps plicní metastázy či recidivu tumoru v ledvinách. Kombinovanou terapií bylo dosaženo eradikace generalizovaného onemocnění se zachováním renálních funkcí a možností eventuální další biochemoterapie.

► **31. CYSTICKÝ PAPILÁRNÍ RENÁLNÍ KARCINOM KLINICKY IMITUJÍCÍ ORGANIZOVANÝ HEMATOM V CYSTĚ**

R. Zachoval¹, Z. Velenská², M. Lukeš¹, M. Záleský¹, M. Urban¹, V. Rychterová²

¹Urologická klinika 3. LF UK Praha

²Patologicko-anatomický ústav 3. LF UK Praha

Demonstrujeme problematiku klinické a morfologické diagnózy papilárního renálního karcinomu na kazuistice 24leté pacientky, která utrpěla kontuzi bederní krajiny při autonehodě. Klinicky nálezel imponoval jako organizovaný hematoma v cystě. Histologicky byl prokázán regresivně změněný cystický papilární renální karcinom.

► **32. KOINCIDENCE ONKOCYTOMU A KARCINOMU LEDVINY Z JASNÝCH BUNĚK**

J. Sedláček, Z. M. Ibrahim, L. Šafařík

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Tumory ledvin tvoří asi 1,5 - 2 % všech nádorových onemocnění v populaci, 78 % připadá na adenokarcinomy z jasných buněk ledviny, 5 % tvoří onkocyty. Prezentovaná kazuistika se týká koincidence obou zmíněných nádorů u téhož pacienta, přičemž řešení případu bylo předoperačně limitováno funkčně solitární pravou ledvinou.

78letá žena, sledovaná od roku 1996 pro sraštělou pyelonefritickou ledvinu vlevo. Při sonografické kontrole zjištěn rozsáhlý tumor horní poloviny pravé ledviny a tumor dolního pólu levé ledviny. Poměr funkcí před operací 8 % vlevo, 92 % vpravo. V první době provedena resekce horního pólu pravé ledviny s histologickým nálezem převážně solidně alveolárního onkocytomu. Pooperačně přetrvávala urinózní sekrece v ráně do 22. dne, která se však uzavřela spontánně. Pacientka byla propuštěna do domácí péče s normálními renálními funkcemi. S 3měsíčním odstupem doplněna nefrektomií levé ledviny. V resekátu zastižen středně diferencovaný adenokarcinom z jasných buněk. Pooperační průběh bez komplikací, renální funkce v normě. Pacientka 11. den propuštěna do domácí péče s předpokladem následné dispenzarizace v onkologické poradně naší kliniky.

Synchronní výskyt velkého onkocytomu a adenokarcinomu ledviny je velmi raritní. V daném případě resekce relativně rozsáhlého onkocytomu funkčně solitární ledviny a následná nefrektomie prakticky afunkční ledviny umožnila zachovat kvalitu života 78leté nemocné, která v současnosti nepotřebuje dialýzu.

► **33. BILATERÁLNÍ ASYNCHRONNÍ FEOCHROMOCYTOM JAKO SOUČÁST SYNDROMU MEN IIA**

L. Hyršl, I. Kawaciuk, J. Soukup

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Ústav patologické anatomie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Mnohočetná endokrinní neoplazie typu IIA (Sippleův syndrom) je vzácné autozomálně dědičné onemocnění lokalizované na chromozóm 10. Je charakterizovaná přítomností feochromocytomu (< 50 %), medulárního karcinomu štítné žlázy (50 %) a adenomu příštítných tělísek (25 %).

Autoři uvádějí kazuistiku 32letého nemocného, u kterého byl v časovém intervalu 14 let diagnostikován a léčen medulární karcinom štítné žlázy, feochromocytom levé nadledviny a s odstupem 3 let pravé nadledviny.

Symptomy feochromocytomu byly nevýrazné. Asi v měsíčním intervalu se vyskytovaly stavy pocení, zarudnutí a slabosti. Diagnóza byla stanovena ultrasonografií, počítačovou tomografií, celotělovou scintigrafií ¹²³I MIBG a stanovením hladiny katecholaminů z obou renálních žil.

Nemocný je po strumektomii a oboustranné adrenalectomii na hormonální substituci Euthyroxem 150 mg a Hydrokortizonem 35 mg/den. Je v dobrém celkovém stavu bez známek recidivy onemocnění.

Nemocné s tímto syndromem je nezbytné dlouhodobě sledovat, protože až v 50 % případů se feochromocytom vyvine bilaterálně.

► 35. PORANĚNÍ LEDVIN – RETROSPEKTIVNÍ STUDIE

J. Perníčka, K. Belej

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: V práci je shrnuto zastoupení jednotlivých druhů poranění ledvin, jejich diagnostiky, léčby a výskytu komplikací.

Metodika: Retrospektivní studii byli hodnoceni pacienti hospitalizovaní na Urologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc v letech 1994 – 2000 s diagnózou poranění ledviny. Byl hodnocen mechanismus a rozsah poranění, symptomatologie při prvním vyšetření a jeho časový odstup od úrazu, výsledky klinického vyšetření, použité diagnostické metody (sonografie, IVU, CT) spolu s posouzením jejich přínosu, postup při výběru léčby a její komplikace. Úrazy byly klasifikovány podle stupňů Americké chirurgické společnosti

Výsledky: Hodnoceno bylo celkem 89 pacientů ve věku od 4 do 86 let. V souboru bylo 64 pacientů s úrazem I. stupně, 10 pacientů s úrazem II. stupně, stejný počet s úrazem III. stupně a 5 s úrazem IV. stupně. Nepozorovali jsme odtržení ledviny od cévní stopky. Konzervativně byly řešeny všechny úrazy I. stupně a šest pacientů s úrazem II. stupně. Otevřená revize byla provedena u devatenácti nemocných, bylo provedeno 10 záchovných a 9 ablačních výkonů. Pro komplikace byli revidováni dva pacienti – jeden pro absces v ráně a další pro urinózní píštěl, vše do 1 měsíce od úrazu. Pozdní komplikace jsme nezaznamenali.

Závěr: Z výsledků vyplývá důležitost důkladného vyšetření nemocného s anamnézou úrazu i při minimální symptomatologii bez ohledu na močový nález a jeho zaměření na vyloučení závažného poranění ledvin. Autoři zdůrazňují včasnou indikaci operační léčby a rozebírají, kdy volit konzervativní postup. Hodnocení je doplněno kazuistikou.

► 36. NEFROSTOMIE JAKO KURATIVNÍ DRENÁŽ URETEROVAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE – KAZUISTIKA

K. Novák, L. Šafařík

Urologická klinika VFN a 1. lékařské fakulty UK, Praha

Úvod: Léze močovodů a píštěle urogenitálního traktu jsou závažnou urologickou komplikací gynekologické operativy či následné onkologické léčby. U většiny z nich je nutná derivace močových cest s následným rekonstrukčním výkonem. Autoři prezentují kazuistiku 29leté ženy se spontánním zhojením levostranné ureterovaginální píštěle ad integrum při drenáži moči nefrostomií.

Kazuistika: U pacientky s karcinomem děložního hrdla byla provedena na gynekologickém pracovišti panhysterektomie dle Wertheima-Meigse. Během výkonu došlo k incizi močového měchýře, léze byla sešita ve dvou vrstvách. Po operaci přetrvávala urinózní sekrece vaginálním drénem. Dle vylučovací urografie nebyl patologický nález na močových cestách. Při cystoskopii byl volně zasondován pravý močovod, při pokusu o sondáž levého močovodu byla zjištěna překážka těsně za levým ústím. Derivace levé ledviny byla tedy zajištěna punkční nefrostomií třetí den po gynekologické operaci, urinózní sekrece drénem přestala. Desátý den byl proveden nefrostomogram, který prokázal ureterovaginální píštěl.

Vzhledem k pozitivnímu uzlinovému nálezu byla následně indikována aktinoterapie. Po jejím ukončení byl v 16. týdnu po operaci proveden opět nefrostomogram s obnovenou pasáží ureterem do měchýře bez paravazace. Nefrostomie byla ponechána a 24 týdnů po operaci byl nefrostomogram opakován s týměž příznivým nálezem. Po extraci nefrostomie se zhojil punkční kanál a nebyla sonograficky patrná dilatace dutého systému levé ledviny, kontrolní vylučovací urografie byla provedena 2 měsíce po extrakci nefrostomie.

Závěr: Uvedená kazuistika demonstruje vzácné spontánní zhojení ureterovaginální píštěle při pouhé derivaci močových cest nefrostomií.

► 37. MEGAURETER JAKO FETÁLNÍ UROPATIE, TAKTIKA LÉČBY A VÝSLEDKY

J. Kříž¹, R. Kočvara², J. Langer³, J. Dvořáček²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK

²Subkatedra dětské urologie a Katedra urologie IPVZ

³KDDL VFN a 1. LF UK Praha

Úvod: Fetální uropatie je asymptomatická obstrukční uropatie zjištěná sonograficky před nebo těsně po porodu. Megauretery tvoří pětinu fetálních uropatií.

Metoda: U dětí s fetální uropatií provádíme sonografickou kontrolu ledvin a močového měchýře od 2. dne věku, cystourethrografii (přítomnost refluxu, zúžení uretry) a obvykle ve 4. týdnu dynamickou studii ledvin s MAG 3 nebo DTPA a Furosemidem (hodnocení funkce ledviny a obstrukce). Od 8. týdne je hodnotitelný i DMSA scan pro určení parenchymových jizev u refluxu a zpřesnění kvantitativního hodnocení funkce ledviny nebo její části. Podle výsledků vyšetření rozdělujeme megauretery podle ABC klasifikace a určujeme léčebný postup. Ve valné většině případů megaureterů postupujeme v léčbě konzervativně.

Materiál: Předmětem našeho sdělení jsou výsledky operační léčby u 56 dětí s megauretery jako fetální uropatií (82 megaureterů) operovaných v letech 1994 - 1999.

Výsledky: U primárních megaureterů (40x) operujeme při refluxu nebo obstrukci s poruchou funkce ledviny: Cohenova operace 18x, Cohenova operace nebo UCNA s modelací 4x, ureterostomie 3x, discize ureterokély samostatně 9x nebo s následnou antirefluxní operací či heminefroreterektomií 3x. U megaureteru s ektopií jsme provedli ureteropyeloanastomózu 3x. Sekundární megauretery s chlopní uretry léčíme po založení epicystostomie v novorozeneckém věku odstraněním chlopně uretry (30x). Supravezikální derivaci indikujeme jen při selhání renálních funkcí nebo nezvladatelné urosepsi (5x ureterostomie nebo nefrostomie). Pět let konzervativně sledujeme 35 sekundárních megaureterů po discisi chlopně uretry (z toho 6 refluktujících). Funkce ledvin se nezhoršila a dilatace megaureterů se zmenšila nebo vymizela.

Závěr: Sonografické screeningové vyšetření odhaluje řadu dětí s dilatací močových cest, indikací k operačnímu řešení dětí s primárním megaureterem je snižující se funkce ledviny nebo výrazný nárůst dilatace, u sekundárních megaureterů prvotně léčíme infravezikální překážku. Děti s megauretery užívají dlouhodobě zajišťovací chemoterapii. Děti s fetální uropatií vyžadují dlouhodobé sledování.

► 38. MODERNÍ ZPŮSOBY LÉČBY IATROGENNÍCH PORANĚNÍ MOČOVODU U ŽEN

J. Dvořáček, T. Hanuš, L. Jarolím, J. Novák, V. Vobořil P. Pokuta

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

Iatrogenní poranění močovodu u žen vznikají v převážné většině jako následek gynekologické léčby. Jsou to poškození závažná, které vedou k obstrukci močovodu různého stupně nebo porušení jeho celistvosti ke vzniku urinózní píštěle. Příčiny jsou v podstatě dvě: peroperační poranění a postaktinická reakce močovodu a jeho okolí. Jsou to závažné stavy, které zejména při oboustranném postižení musí být řešena neodkladně. Dnes při dostupnosti ultrasonografie a možnostech moderní endoskopie nečiní diagnostika obtíž, pokud se však na jejich možnost myslí. Pohříchu jen málokdy si gynekolog uvědomí svůj omyl již peroperačně a přizve si urologa, aby komplikaci vyřešil. Většinou se na operační lézi přijde až po několika dnech. Zde pak nastupuje urolog. V první fázi je nutné zajistit derivaci moče (sondáž močovodu nebo nefrostomie) a po odstupu asi 2 měsíců definitivní řešení. Naše možnosti se díky zkušenostem z reimplantací močovodů a náhrad močových cest segmenty GIT podstatně změnily k lepšímu a tak počet nefrektomií po těchto lézích podstatně poklesl. Ve svém sdělení analyzujeme soubor pacientek léčených během posledních 5 let a chceme poukázat na moderní, racionální přístup při řešení těchto stavů, který není v našem státě vždy uplatňován.

V letech 1995 - 1999 bylo na našem pracovišti operováno 36 žen pro iatrogenní lézi močovodu, 7krát se jednalo o postižení oboustranné (43 močovodů). Další 24 žen bylo pro závažný celkový stav anebo těžkou devastací HMC ponecháno na permanentní nefrostomii. Ve 12 případech (18 močovodů) se podařilo provést sondáž, zavést pig-tailový katétr a postupovat konzervativně (s opakovanými výměnami). Tento způsob jsme volili u polymorbidních nebo starších žen a v situaci progresu nádorového onemocnění s omezenou life expectancy. Deset nemocných podstoupilo resekci a reimplantaci močovodu (7krát antirefluxovou). V těchto případech byl pro odlehčení anastomózy 7krát provedena současně závěsná operace močového měchýře k psoatovému svaly. U 5 byla možná resekce poškozeného močovodu a ureterorhafie. U 1 nemocné pro velkou vzdálenost léze od močovodu bylo nutné provést Boariho plastiku. U další nemocné s oboustrannou postaktinickou lézí a těžce poškozeným močovým měchýřem vytvořena po cystektomii ureterolileostomie podle Bricker. Ve 4 případech s již predoperačně alterovanými HMC anebo pozdě odhalenou lézí nezbylo než provést nefrektomii anebo nefroureterektomii. Originálním řešením byla náhrada části močovodu appendixem se zachovaným mesenteriem a u další nemocné transuretero-ureteroanastomóza. Kontrolní vyšetření za 1 - 2 měsíce po rekonstrukci prokázalo uroinfekci u 5 nemocných (25 % z 20 nemocných) a reziduální dilataci HMC u 6 (16 % z 22 močovodů). U žádné nemocné nebylo zjištěna progresie renální insuficience.

Soubor, i přes nepříliš velká čísla, dokumentuje velkou úspěšnost urologické léčby u těchto nemocných. Tyto nemocné by měly být koncentrovány do center, která mají s podobnou léčbou zkušenosti

► 39. STAVBA ILEOCEKÁLNÍ JUNKCE VE VZTAHU K ZAJIŠTĚNÍ KONTINENCE HETEROTOPICKÝCH NÁHRAD MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

M. Urban¹, M. Pešl³, R. Zachoval¹, J. Stingl², M. Záleský¹

¹Urologická klinika FNKV 3. LFUK

²Anatomický ústav 3. LFUK

³student 5. roč. 3. LFUK

Cíl: Studium morfologie ileocékální junkce se zaměřením na její význam při zachování kontinence heterotopických náhrad močového měchýře.

Materiál a metodika: Celkem jsme použili 11 preparátů (6 žen, 5 mužů, příčina smrti ani jejich onemocnění nemělo vztah ke studované oblasti). Preparát cévního řečiště - nástřík a. ileocolica tuší, po fixaci 10% formaldehydem mikrooperace při zvětšení 2x - 5x. Histologické preparáty barveny HE, modrým trichromem, Ig anti S-100

Závěr:

- ileum vstupuje do céka pod úhlem větším než 90°
- ileocékální junkce se rychle mění - preparáty odebírat co nejdříve po smrti
- diskutabilní existence ileocékálních ligament
- cévní řečiště bez vztahu k zajištění kontinence
- chlopeč post mortem obsahuje cirkulární i longitudinální vrstvu svaloviny, cirkulární je zdvojená.

V návaznosti na výsledky této práce se dále budeme zabývat charakteristikou funkčních a morfologických vlastností ileocékální junkce u pacientů s kontinentními heterotopickými náhradami močového měchýře.

► 40. APPENDIX VERMIFORMIS JAKO PARCIÁLNÍ NÁHRADA URETERU - KAZUISTIKA

A. Horák, K. Mainer

Urologické oddělení FnsP Ostrava - Poruba

Úvod: Ureterální obstrukce může být vrozená či získaná. V léčbě tohoto onemocnění mohou být dle délky, lokalizace a původu stenózy využity jednak endoskopické metody, resekční ureteroplastiky, Boariho plastika u distálních stenóz až po náhrady ureteru střevním segmentem v případě jeho dlouhých lézí.

Kazuistika: 44letý pacient vyšetřovaný pro horní dyspeptický syndrom s náhodným nálezem pravostranné ureterohydronefrózy. Stenóza ureteru byla lokalizována dle grafických a endoskopických metod do oblasti středního až distálního úseku močovodu. Pokus o ureteroskopické ošetření pro těsnost stenózy neúspěšný, jen obtížné zavedení stentu. Vzhledem k scintigraficky prokázanému zlepšení funkce pravé ledviny na stentu indikován k operační revizi. Resekční ureteroplastika nemožná pro tah v anastomóze vzhledem k délce benigně stenotického fibrózního ureteru. Provedena náhrada cca 8 cm postiženého úseku pomocí retroperitoneálně interponovaného appendixu na jeho mobilizovaném mezokolon. Stent, na kterém byla anastomóza provedena, ponechán 2 měsíce.

Výsledek: Jeden rok po operaci pacient bez obtíží s graficky a scintigraficky verifikovanou dobrou drenáží ureteru na operované straně.

Závěr: Appendix vermiformis lze využít k plastice poměrně dlouhých lézí ureteru v jeho střední a distální etáži. Tato metoda je eliminována pouze dobrým stavem appendixu, jeho délkou a dostatečnou mobilitou mezoappendixu.

► 41. 15 ROČNÉ KLINICKÉ SKÚSENOSTI S URETEROINTESTINÁLNOU ANASTOMÓZOU (UIA) PRI KONTINENTNEJ DERIVÁCI MOČU DO HRUBÉHO ČREVA

J. Marenčák, V. Davinič, R. Moro, M. Jurica, T. Púllová
Urologické oddelenie NsP Skalica

Úvod: Pokrok v operačnej liečbe rakoviny močového mechúra a v konštrukcii nízkotlakového rezervoára moču detubularizáciou črevného segmentu sú úspechom posledných rokov. Dobré spojenie močovodu s črevným úsekom je dôležitým predpokladom konečného výsledku.

Materiál a metódy: Od 1. 1. 1985 do 31. 12. 1999 sme v NsP Skalica urobili kontinentnú deriváciu moču (DM) 39 pacientom (78 ureterorenálnych jednotiek - urj.). U 21 z 39 (53,8 %) p. (= 1. súbor) sme urobili DM formou jednoduchého ureterosigmoidostómie (USS) bez detubularizácie črevného segmentu a od roku 1995 sme u 18 z 39 (46,2 %) p. (= 2. súbor) urobili DM metódou sigmoidorektálneho pouchu, tzv. Mainz pouch II. Oba súbory sú navzájom porovnateľné s ohľadom na vek, pohlavie, indikácie k DM, spôsob predoperačného vyšetrenia a dĺžku obdobia sledovania. Indikácie pre DM u 35 z 39 (89,7 %) p. boli zhubné ochorenia orgánov malej panvy, z nemalignej príčiny sme DM urobili štyrom p. (10,3 %). V 1. súbore sme urobili spojenie močovodu s črevom klasickým spôsobom podľa Goodwina všetkým 21 p. (42 urj.). V 2. súbore sme močovody implantovali 13 p. (26 urj.) technikou podľa Goodwina a ostatným piatim p. (10 urj.) s rozšírenými močovodmi sme použili techniku serózneho extramurálneho tunela (SEMT) podľa Abol - Eneima. Všetkých p. po operácii sme dlhodobo dispenzarizovali.

Výsledky: Po kontinentnej DM u p. 1. a 2. súboru (údaj v zátvorke) sme zaznamenali tieto komplikácie: stenóza UIA - 16,7 % (5,6 %), pyelonefritída - 42,9 (11,1 %), zhoršenie funkcie obličiek - 45,2 % (16,7 %), tvorba konkrémentov v obličkách 7,1 % (2,8 %), fistula UIA - 2,4 % (0 %), počet nevyhnutných nefrostómií po operácii 33,3 % (19,4 %), počet nevyhnutných nefrektómií po DM 4,8 % (0 %). Reflux do horných močových ciest v 1. súbore nebol vyšetrený, v 2. súbore 8,3 %. Dlhodobejšia úspešnosť endoskopikkej liečby stenózy UIA bola 81,8 %.

Záver: Pri jednoduchej USS bez detubularizácie čreva bol trojnásobne vyšší výskyt stenóz v mieste UIA, pyelonefritických epizód a s tým všetkým súvisiacich poškodení obličkovej funkcie. Základné požiadavky a predpoklady prevencie komplikácií UIA sú: správna indikácia plánovanej kontinentnej DM, dokonalé technické zvládnutie operácie a vytvorenie nízkotlakového, vysokokapacitného moču. Ideálny spôsob anatomickej i funkčnej dlhodobo účinnej UIA zatiaľ nie je známy.

► 42. DISTRAKČNÍ DEFEKTY URETRY

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

Úvod: Posttraumatické distrakční defekty močové trubice mužů po předešlé ruptuře zadní uretry jsou závažným urologickým onemocněním, u kterého terapie rozhoduje o průchodnosti uretry a frekvenci komplikací.

Pacienti a metody: V letech 1996 - 1998 jsme operovali 17 pacientů s tímto postižením. Tři nemocní podstoupili endoskopickou uretrotomii, čtrnáct otevřenou operační rekonstrukci. Výsledky léčby jsme hodnotili v odstupu 24 - 46 měsíců od operace.

Výsledky: Optická uretrotomie jako léčebná metoda nebyla úspěšná ani jednou. Dva takto ošetření nemocní následně podstoupili otevřenou rekonstrukci, jeden je trvale dilatován. Otevřená rekonstrukce byla úspěšná u všech, ani jeden nemocný nemá zatím recidivu. Kontinentní jsou za normálních okolností všichni nemocní, pouze 2 (12 %) udávají občas urgentní inkontinenci a jeden (6 %) únik moče při silném Valsalvově manévru. Statickou profilometrií lze změřit pouze prostatické plateau, chybí sfinkterická část profilu. Erektilní dysfunkce se objevila ihned u 6 (35 %) nemocných po úrazu, u dalších dvou (12 %) po rekonstrukci, z toho u jednoho (6 %) přechodně. Z těch nemocných, kteří mají erekci, ani jeden nemá chordu. Ani jeden nemocný netrpí infekcí, dilatace je nutná pouze u nemocného léčeného endoskopicky.

Závěr: Odložená otevřená rekonstrukce posttraumatického distrakčního defektu po ruptuře zadní uretry primárně ošetřené epicystostomií je na našem pracovišti metodou volby.

► 43. REKONSTRUKCE ZADNÍ URETRY U POLYTRAUMAT

M. Urban, R. Grill, V. Džupa¹
Urologická klinika FNKV a 3. LF UK
¹Ortopedická klinika FNKV Praha

Cíl: V letech 1990 - 2000 bylo na urologické klinice 3. LF UK Praha ošetřeno 9 mužů s poraněním uretry jako následek polytraumatu.

Materiál a metoda: 286 nemocných (125 žen a 161 mužů) s průměrným věkem 58,4 roků bylo v letech 1990 - 2000 ošetřeno na chirurgické a urologické klinice FNKV pro polytrauma. Z toho 62 (22 %) nemocných mělo přidružené urologické poranění. Poranění uretry jsme zastihli u 9 (3,1 %) nemocných.

Výsledek: U všech 9 pacientů byl použit kombinovaný abdominoperineální přístup. 4 pacienti byli ošetřeni primárně, 5 pacientů bylo ošetřeno sekundárně.

Závěr: V sestavě 9 pacientů byl úspěšně zvolen kombinovaný abdominoperineální přístup. Autoři na základě literárních údajů konfrontovaných vlastní zkušeností navrhuji algoritmus ošetření mužské uretry u polytraumat.

► 44. URETROPLASTIKA V LÉČBĚ ZÚŽENIN MUŽSKÉ MOČOVÉ TRUBICE

R. Fiala, F. Zátura

Urologická klinika Olomouc

Úvod: Striktura uretry je léčitelná rekonstrukčním výkonem. Autoři se zabývají analýzou výsledků uretroplastik, jejich úspěšností, komplikacemi a ovlivněním výsledků.

Pacienti a metodika: Retrospektivně bylo vyhodnoceno 104 nemocných operovaných v letech 1996 - 1998. Použity byly resekční, augmentační i kombinované uretroplastiky. Vyhodnocena byla etiologie striktur, délka striktur, léčba striktury před uretroplastikou, ovlivnění výsledku uretroplastiky různými faktory, četnost komplikací. Doba sledování 24 - 46 měsíců.

Výsledky: Rekonstrukce byla úspěšná u 87 (83,7 %) nemocných, u 17 (16,3 %) byla nutná další rekonstrukce. Rekonstrukci neovlivňoval typ kůže laloku, zda se jednalo o penilní nebo prepuciální. Naopak, výsledky byly ovlivněny předešlou terapií. U nemocných s předešlou optickou uretrotomií a dilatací byl větší podíl recidiv striktur 7 (36,8 %) z 19 než u primárních rekonstrukcí, kde recidivovalo 12 (14,1 %) z 85.

Zatímco recidiva u striktur do 30 mm byla pouze ve dvou (6,5 %) případech z 31 nemocných, u striktur nad 30 mm mělo recidivu 15 (20,5 %) ze 73.

Pokud byla recidiva rozdělena podle lokalizace, neměli jsme žádnou recidivu v oblasti meatu, v penilní uretře 5 (26,3 %) z 19, v bulbární uretře u 5 (10,9 %) z 46 a nejvyšší recidivita byla u mnohočetných nebo panuretrálních striktur, kde recidivovalo 7 (43,8 %) z 16.

Komplikace jsme pozorovali časně a pozdní, celkově u 18 (17,3 %) nemocných. Časně se vyskytly u 10 (9,6 %) nemocných, pozdní komplikace jsme zaznamenali u 8 (7,7 %).

Závěr: Uretroplastika se vyznačuje vysokou účinností, malým počtem komplikací. Výsledky uretroplastiky zhoršuje předešlá terapie (optická uretrotomie a dilatace) a délka striktury.

► 45. SIGMOIDÁLNÍ NEOVAGINA

L. Jarolím, S. M. Pecherová, M. Babjuk, P. Pokuta

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

Úvod: V léčbě syndromů provázených absencí vagíny u mladých žen hraje z pohledu postižených pacientek rekonstrukce pochvy klíčovou roli. Jednou z tkání užívaných k vytvoření neovagíny je štěp tlustého střeva.

Materiál a metoda: Kombinovaným perineálním a transabdominálním přístupem byla vytvořena v období let 1995 - 2000 neovagina s použitím exkludovaného segmentu sigmatu osmi nemocným. Střevo bylo k výkonu připraveno pomocí fortransu a entizolu. V operační technice jsou důležité tři momenty: H-incize v místě introitu k získání dostatečně velkého obvodu enterokutánní anastomózy, dostatečně široký vaginální kanál vytvořený ostrou a tupou preparací a konečně exkluze segmentu sigmatu s dostatečně dlouhým mezosigmatem.

Výsledky: Sigmoidální neovagina má přirozené taktilní cití a vzhled a zachovanou citlivost. Produkce hlenu střevní sliznicí přispívá k potřebné lubrikaci a samočištění. Možnost exkluze dostatečně velkého střevního segmentu s bohatým cévním zásobením umožnila konstrukci u funkčních rozměrů neovaginy u všech osmi pacientek.

Závěr: Exkludovaný segment sigmatu poskytuje vhodnou tkáň ke konstrukci neovagíny.

Práce byla podpořena grantem VZ MŠMT J 13/98 111100005.

► 46. UMĚLÝ SVĚRAČ AMS 800 V LÉČBĚ MOČOVÉ INKONTINENCE (21 IMPLANTACÍ, ŽÁDNÁ EXPLANTACE)

I. Pavlík, V. Vornáčka

Urologické oddělení FTN, Praha

Umělý svěrač AMS 800 je protetický implantát, zvyšující výtokovou rezistenci u inkontinentních pacientů s oslabeným sfinkterovým mechanismem. Jeho tři hlavní komponenty - manžeta, pumpa a balónkový rezervoár - jsou spojeny systémem barevně odlišených trubic, v nichž koluje izotonická kontrastní tekutina.

Během sedmi let jsme AMS 800 implantovali 20 pacientům v těchto indikacích: po prostatektomii 18x, po sfinkterotomii 1x, po aktinoterapii karcinomu prostaty 1x. Sedmkrát jsme umístili manžetu na bulbární uretru, 4x do oblasti sfinkteru. Pumpu jsme implantovali vždy intraskrotálně za levé varle a rezervoár 19x intraperitoneálně a 1x extraperitoneálně paravezikálně. Jeden pacient má manžetu dvě.

Svěrač se u všech pacientů dobře vhojil a při preventivním perioperačním krytí claforanem + gentamicinem po dobu minimálně pěti dnů jsme nezaznamenali žádné infekční komplikace. Šestnáct pacientů jistí denní aktivitu vkládáním jedné vložky (2 aktivní sportovci - tenis, lyže), čtyři pacienti používají vložky dvě. Jeden pacient má vedle svěrače implantovanou i hydraulickou penilní protézu a oba implantáty aktivně používá.

Umělý svěrač AMS 800 byl v uvedených indikacích vhodným řešením močové inkontinence. Neměli jsme žádnou komplikaci, která by vedla k explantaci svěrače nebo jeho části.

► 47. TVT - CHIRURGICKÁ LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

M. Lukeš, M. Urban, R. Zachoval, J. Heráček
Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: TVT (Tension-Free Vaginal Tape) je nová miniinvazivní metoda léčby stresové inkontinence u žen. Provádí se transvaginálně v lokální anestezii, kdy je speciální páska z prolenu umístěna bez tenze pod střední část uretry.

Soubor a metody: Autoři hodnotí počáteční zkušenosti s touto metodou na souboru prvních 10 pacientek operovaných na urologické klinice 3. LF UK v Praze. Do studie zařadili prospektivně 10 náhodně po sobě jdoucích pacientek, u kterých byla stanovena diagnóza uretrální inkontinence. Průměrný věk byl 56 let, průměrná doba operace 32 minut.

Výsledky: Všechny pacientky byly 6 měsíců po operaci TVT kontinentní.

Závěr: Operace TVT je bezpečná a účinná metoda léčby stresové inkontinence a může být prováděna i ambulantně.

► 48. DIABETES MELLITUS - PROJEVY A KOMPLIKACE V OBLASTI LEDVIN A HORNÍCH MOČOVÝCH CEST

P. Morávek
Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Nejčastější komplikací diabetu v oblasti ledvin je diabetická nefropatie. V roce 1998 bylo registrováno v ČR více než 43 000 pacientů s touto nefropatií z celkového počtu asi 610 000 diabetiků. Diabetická nefropatie u diabetu I. a II. typu má odlišné příznaky, odlišný rozvoj vedoucí k renální insuficienci a následnému pravidelnému dialyzačnímu léčení.

Samostatnou kapitolu tvoří u diabetu zvýšené riziko kontrastní nefropatie, která může vést k akutní renální insuficienci.

Druhým nejčastějším projevem diabetu v oblasti ledvin a horních močových cest je infekce a její specifické komplikace - renální papilární nekróza a vzácná emfysematózní pyelonefritida. Projevují se různým klinickým obrazem, mají různé predisponující faktory i etiologii. Diagnostika se opírá o klasické projevy, léčba o celkové podání širokospektrých antibiotik a o intervenci urologa - endoskopickou, perkutánní event. operační drenáž nebo nefrektomii jako život zachraňující výkon.

► 49. UROLOGICKÉ KOMPLIKACE U NEFROGENNÍHO DIABETES MELLITUS (NDI)

M. Hora, M. Košťák
Urologická klinika FN Plzeň

Úvod: NDI vzniká hereditárně podmíněnou necitlivostí receptorů pro antidiuretický hormon v buňkách distálních ledvinových tubulů. U těžkých forem s diurézou kolem deseti litrů za den může dojít k překročení transportní kapacity cest močových s následnými urologickými komplikacemi.

Vlastní pozorování: Autoři prezentují případ 37letého muže s těžkou formou NDI s denní diurézou kolem 10 l. Pacient byl v 16 letech akutně operován pro urinózní peritonitidu při ruptuře megaveziky vzniklé pádem na břicho. Byly diagnostikovány též oboustranné megauretery, clearance kreatininu i sérový kreatinin byly tehdy v normě. Během dvou let sledování přetrvávala megavezika s výrazným postmikčním reziduem, oboustrannými megauretery, docházelo k postupnému zhoršování ledvinových funkcí (kreatinin stoupl na 206 mmol/l), ještě dvakrát se po mírném traumatu opakovala ruptura měchýře léčená již konzervativně. Poté pacient nedocházel na urologické kontroly. Do urologické péče byl převzat zpět ve svých 37 letech, kdy nález na močových cestách přetrvával a kreatinin stoupl na 477 mmol/l. Dle urodynamického vyšetření byl diagnostikován vysokokapacitní nízkotlaký měchýř (kapacita měchýře byla 1768 ml, postmikční reziduum 350 ml). Byla založena punkční epicystostomie, při níž došlo k vymizení megaureterů. Epicystostomie byla po měsíci zrušena a byla zahájena čistá intermitentní autokatetrizace, měchýř je tonizován distigminem. Při léčbě je stav horních močových cest uspokojivý, ledvinné testy jsou stabilizované.

Závěr: Těžká forma NDI s diurézou kolem 10 l může vést k překročení transportní kapacity močových cest, u našeho pacienta byl nejslabším článkem močový měchýř. Při neléčení jsou močové cesty náchylné k traumatům a dochází k postupnému ireverzibilnímu poškození ledvinových funkcí, proto je nutné zvážit vhodnou derivaci moče (čistá intermitentní katetrizace, epicystostomie, punkční nefrostomie).

► 50. NAŠE PŘÍSTUPY PŘI ANTIBAKTERIÁLNÍ PROFYLAXI UROLOGICKÝCH VÝKONŮ

J. Mečl

Urologické oddělení Nemocnice Liberec

Úvod: První práci o preventivním podání chemoterapeutik po transuretrální prostatektomii publikoval Gaudin již v roce 1938. Antibakteriální profylaxe je dnes v chirurgických oborech běžným standardem, avšak v urologii stále přetrvávají některé nezodpovězené otázky.

Metody: Provedli jsme analýzu problematiky antibakteriální profylaxe urologických výkonů v databázi MEDLINE a vypracovali vlastní schéma pro naše oddělení. Dále jsme definovali kritéria pro zahájení antibakteriální terapie při infekčních pooperačních komplikacích.

Výsledky: Antibakteriální profylaxi indikujeme při výkonech na prostatě, u endoskopických operací na horních cestách močových, u rekonstrukčních výkonů a u některých typů traumat urogenitálního traktu. Důležitý je výběr preparátu za spolupráce s antibiologickým střediskem, jeho pravidelná výměna, vyřazení z terapeutického používání, správné dávkování a délka podání. Kromě běžně užívaných pooperačních vyšetření se nám osvědčilo sledování hladiny C - reaktivního proteinu při suspekci na zánětlivé komplikace.

Závěr: Naše zkušenosti s racionálním použitím antimikrobiální profylaxe urologických výkonů ukazují na zlepšení kvality péče, snížení výskytu pooperačních komplikací, zkrácení délky hospitalizace a snížení nákladů na léčbu. Problémem zůstává prevence nosokomiálních infekcí u nemocných se zevní derivací moče trvající déle než 5 - 7 dní po výkonu.

► 51. VÝZNAM IMUNOSTIMULAČNÍ LÉČBY U RECIDIVUJÍCÍCH ZÁNĚTŮ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

M. Matoušková, M. Rollová

Urocentrum Praha

Infekce dolních močových cest u mužů i žen mívají nezdolnou tendenci k protražovanému průběhu či opakovaným recidivám. Klinický obraz neumožňuje vždy dostatečně odlišit onemocnění pohlavních orgánů, často probíhající společně. Subjektivní obtíže nemocných při vleklém průběhu bývají provázeny psychickými útrapami. Laboratorní vyšetření (mikrobiologie, sérologie apod.) umožňují průkaz etiologického agens, odlišení vaginózy, pohlavních chorob a vedou k upřesnění protizánětlivé léčby.

V prezentaci uvádíme výsledky léčby 73 pacientů (28 mužů a 45 žen) s recidivujícími záněty močových cest. Průměrný věk nemocných byl 36 let <18;59>. Urologické vyšetření vyloučilo patologii močového ústrojí. Všichni nemocní byli opakovaně léčeni cílenou antibiotickou léčbou.

Na základě opakovaně shodných mikrobiologických nálezů byla nemocným zhotovena autovakcína, buď ve formě nasálních kapek nebo injekcí. Etiologicky nejčastějším byl *enterococcus faecalis*. U 11 nemocných obsahovala autovakcína 2 a více kmenů. Aplikace probíhala podle rozpisu dodaného laboratoří.

Hodnotili jsme klinickou odezvu v průběhu léčby, na jejím konci a po třech měsících, po ukončení léčby a po třech měsících rovněž odpověď mikrobiologickou. U 8 pacientů bylo třeba po testu nebo v průběhu léčby autovakcínu naředit. Dva nemocní pro nežádoucí účinky léčbu nedokončili. Klinicky příznivě po dobu léčby a na jejím konci reagovalo 59 nemocných, po třech měsících přetrvávala odpověď u 37 pacientů. Nálezy mikrobiologické po ukončení léčby - perzistence u 46 nemocných, po třech měsících jsme iniciální patogen prokázali u 53 nemocných, 22 nemocných se jednalo o jiné agens.

Pacienti dobře tolerují podávání autovakcín, u většiny z nich nebylo nutné po dobu aplikace autovakcín podávat atb léčby pro relaps onemocnění. Klinická odpověď není jednoznačně provázena odpovědí mikrobiologickou. U těchto nemocných bychom považovali opakování imunostimulační léčby za vhodné.

► 52. RENESANCE AUTOKATETRIZACE U DYSFUNKCÍ DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

L. Zámečník, K. Novák, T. Hanuš, M. Janský, S. Hlaváčková

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Úvod: Sterilní intermitentní autokatetrizace je vhodnou metodou léčby neurogenně podmíněné vezikouretrální dysfunkce s výtokovou obstrukcí či tam, kde jsou významná postmikční rezidua. Autokatetrizace chrání měchýř před distenzí, ischemií stěny a možností bakteriémie, výrazně také redukuje subjektivní obtíže pacientů. Autoři prezentují vlastní zkušenosti s vedením této léčby a hodnotí její současné možnosti.

Pacienti a metoda: Od ledna 1997 do května 2000 bylo sledováno celkem 58 pacientů ve věku od 30 do 55 let (průměrný věk 44,5 roku) s významnými postmikčními rezidui v močovém měchýři. Z toho bylo 50 žen a 8 mužů. Padesát pacientů (86,2 %) s roztroušenou sklerózou, 4 pacienti (6,9 %) s meningomyelokélou, 2 pacienti (3,45 %) po operaci v malé pánvi a 2 pacienti (3,45 %) s vezikouretrální dysfunkcí z jiných příčin.

Výsledky: Všichni pacienti byli převedeni z čisté intermitentní autokatetrizace na sterilní autokatetrizaci, zvládli techniku, počet cévkování byl průměrně 4x/24 hodin, 45 pacientů (77,6 %) užívalo současně také anticholinergika. Třicet pět pacientů (60,4 %) mělo při autokatetrizaci sterilní kultivaci, 15 pacientů (25,8 %) mělo asymptomatickou bakteriurii a 8 pacientů (13,8 %) mělo opakovaně symptomatický zánět močových cest s nutností intermitentní dlouhodobé chemoterapie či antibiotické léčby. Jedna pacientka zemřela na abscedující pyelonefritidu. Komplikace ve smyslu striktury či epididymitidy jsme nezaznamenali.

Závěr: Sterilní intermitentní autokatetrizaci považujeme za vyhovující, dobře dostupnou a ovládnutelnou metodu léčby u dysfunkcí dolních močových cest.

► 53. KULTIVAČNÍ NÁLEZY Z DLOUHODOBĚ ZAVEDENÝCH STENTŮ

L. Rýdel¹, M. Morávková²

¹Urologická klinika FN a LF UK

²Ústav klinické mikrobiologie FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Autoři sledovali vliv dlouhodobě zavedených stentů na mikrobiální osídlení horních močových cest.

Metoda: U 90 nemocných byl vyšetřen kultivační nález moče před zavedením stentu, hodnocen mikrobiální nález distálního a proximálního konce stentu po jeho odstranění a kultivační nálezy byly porovnány.

Výsledky: Tabulky dokládají nejčastěji se vyskytující bakteriální kmeny v jednotlivých lokalitách, citlivost na antibiotika a pořadí častosti pozitivních kultivačních nálezů při srovnání nálezu v moči, na distálním a proximálním konci stentu. Bylo prokázáno, že nejčastější bakteriální nález byl v moči, méně častý na dolním konci a nejméně častý na horním konci stentu.

Závěr: Uvedené nálezy podporují antirefluxní funkci stentů a málo významný pohyb bakteriálních kmenů ve stentu proti proudu moče. Z praktického hlediska to znamená menší možnost zavlečení infekce do horních močových cest při zavedeném stentu.

► 55. EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE JAKO METODA PRVNÍ VOLBY ŘEŠENÍ UROLITIÁZY U DĚTÍ

K. Novák¹, V. Vobořil¹, R. Kočvara^{1,2}

¹Urologická klinika VFN a 1. lékařské fakulty UK

²Subkatedra dětské urologie IPVZ Praha

Úvod: Extrakorporální litotrypse rázovou vlnou (LERV) je neinvazivní metoda řešení urolitiázy a u dětí je její podíl na úspěšné léčbě velmi významný.

Pacienti a metoda: Na Urologické klinice VFN a 1. lékařské fakulty UK v Praze byla v letech 1987 - 2000 provedena 161 extrakorporální litotrypse u 137 pacientů ve věku 3 - 18 let (68 chlapců a 69 dívek). Výkon je prováděn v disociované či kombinované anestezii (neuroleptanalgezie + lokální anestezie) přístrojem Lithostar Siemens s elektromagnetickým generováním rázové vlny. Konkrement je zaměřován rentgenem ve dvou rovinách a stejným způsobem je kontrolována lokalizace v ohnisku a dezintegrace. Bylo aplikováno 600 - 4000 rázů v jednom sezení. Ureterolitiáza byla řešena in situ 39x, nefrolitiáza 122x. V případě ureterolitiázy byla u osmi provedena sondáž ureterální cévkou pod konkrement a laváž, v případě nefrolitiázy byl před výkonem zaveden stent u pěti. Dezintegrace a odchod drti jsou kontrolovány druhý pooperační den nativním nefrogramem s následnými kontrolami dle potřeby.

Výsledky: K dezintegraci a úspěšnému odchodu drti došlo po 37 (95 %) výkonech u pacientů s ureterolitiázou a po 107 (88 %) výkonech u pacientů s nefrolitiázou po první době litotrypse, u 12 (10 %) byla litotrypse opakována v krátkém časovém odstupu s úspěchem. K dezintegraci vůbec nedošlo u 5 (3 %) výkonů (2x ureterolitiáza, 3x nefrolitiáza). Komplikací byla pyelonefritida 1x a tzv. steinstrasse (stagnující sloupec drti v močovodu) 4x s nutností následného invazivního řešení. Rozbor konkrémentu byl proveden 43x, dezintegrovány byly všechny druhy včetně cystinu.

Závěr: LERV je u dětí většinou primární metodou řešení urolitiázy. Dezintegrace je úspěšná v 89 % výkonů u všech druhů konkrémentů již při první době litotrypse a má minimální morbiditu.

► 56. NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU DISTÁLNÍ URETEROLITIÁZY POMOCÍ LERV

T. Baitler, I. Syrovátka, R. Zachoval

Urologická klinika 3. LFUK Praha

Cíl: V naší práci hodnotíme výsledky účinnosti LERV u pacientů s ureterolitiázou v distálním močovodu. V období pěti let (1995 - 1999) bylo na našem pracovišti provedeno celkem 2327 výkonů pro urolitiázu. Z celkového počtu výkonů bylo 1353 (58,1 %) pro nefrolitiázu, 974 (41,9 %) pro ureterolitiázu. Pro distální ureterolitiázu bylo provedeno 349 (15,5 %) výkonů.

V naší práci jsme hodnotili skupinu 138 (5,9 %) pacientů léčených na našem pracovišti, neboť pouze u této skupiny jsme mohli dále sledovat vývoj onemocnění. Výkony byly prováděny na přístroji Medilit české výroby, kde rázová vlna vzniká na elektrohydraulickém principu. Zaměření konkrémentu a průběh operací byl ve všech případech prováděn pod RTG kontrolou.

Závěr: Operace byla úspěšná v jedné době u 121 pacientů (86,1 %). Metodu LERV pro léčbu distální ureterolitiázy lze hodnotit velmi pozitivně vzhledem k miniinvazivitě výkonu.

► 57. NAŠE ZKUŠENOSTI S VYUŽITÍM SPIRÁLNÍHO CT PŘI VYŠETŘENÍ PŘÍČINY OBSTRUKCE PUJ

A. Čermák, D. Pacík, J. Doležel, M. Mechl, T. Nebeský

Urologická klinika FN Brno

Radiodiagnostická klinika FN Brno

Úvod: V souladu se snahou zpřesnit detekci aberantní pólové cévy ledviny, která může způsobovat obstrukci PUJ ledviny, je tendence diagnostikovat toto onemocnění co nejpřesněji a nejméně invazivní metodou, která je schopna detekovat křížící cévu, určit její lokalizaci a posoudit její vztah k poruše drenáže horních cest močových. Ve srovnání s pyeloplastikou nabízejí endourologické metody řešení obstrukce pelviureterální junkce (PUJ) dobré výsledky s nižší morbiditou a kratší hospitalizací. Výsledky ukazují nižší úspěšnost a vyšší četnost komplikací u pacientů s křížící aberantní cévou pro dolní pól ledviny. Používané diagnostické metody (IVU, SONO s Dopplerovským mapováním) nemají dostatečnou výpovědní hodnotu nebo jsou více invazivní (angiografie). Spirální CT a 3D rekonstrukce s postkontrastní aplikací diuretika je slibnou, neinvazivní metodou identifikace a lokalizace cév způsobujících obstrukční hydronefrózu.

Materiál a metodika: Od června 1999 do května 2000 bylo 10 pacientů se symptomatickou obstrukcí PUJ vyšetřeno spirálním CT nativně i postkontr. a byly zhotoveny 3D rekonstrukce po aplikaci furosemidu k posouzení funkčního vztahu křížící cévy a PUJ. Všichni pacienti byli indikováni k operačnímu řešení.

Výsledky: Ve 3 případech jsme detekovali obstrukci PUJ v důsledku křížící aberantní cévy, v jednom případě se radiolog k event. přítomnosti cévy nevyjádřil. Ve všech 3 případech se jednalo o prostorový vztah mezi malrotovanou dilatovanou páňvičkou a křížící cévou, jdoucí ventrálně. U všech 4 pacientů byla provedena otevřená operace, cévní svazek byl detekován a byla provedena plastika páňvičky dle Anderson-Hynes s transpozicí anastomózy ventrálně. V 6 případech nebyla aberantní céva detekována a byla indikována endopyelotomie. U 2 pac. byla provedena retrográdní endopyelotomie, u 3 pacientů byla provedena antegrádní endopyelotomie bez krvácivých komplikací. U jedné pacientky byl proveden neúspěšný pokus o ureteroskopii. Následovala otevřená operace bez detekce cévního svazku v soulase s CT nálezem. U všech pacientů jsou sledovány renální funkce a po 6 měsících je kontrolován stav izotopovým vyšetřením FSL.

Závěr: Dle našich předběžných zkušeností na malém souboru, který stále rozšiřujeme, můžeme říci, že 3D spirální CT má své místo při detekci aberantní pólové cévy ledviny a významně napomáhá při rozhodování o způsobu operační léčby. Tento způsob má vyšší výtečnost než doposud používané zobrazovací metody při detekci příčiny obstrukce PUJ.

► 58. MINIPERKUTÁNNÍ ENDORESEKCE U NEMOCNÉHO S KOMPLETNÍ OBSTRUKCÍ PYELOURETERÁLNÍ JUNKCE

O. Köhler, J. Kočárek

Urologické oddělení ÚVN Praha

Videofilm ukazuje vytvoření nové komunikace u nemocného s kompletní obstrukcí pyeloureterální junkce po pyelolitotomii. Po neúspěchu o ureteroskopické řešení je retrográdně zavedena do močovodu ureterální cévka s hydrofilním vodičem a po otočení nemocného na břicho je vytvořen miniperkutánní kanál, ze kterého je ureteroresektoskopem provedena endoresekce v místě, kde se vyklenuje páňvička při pohybech hydrofilním vodičem. Po nalezení močovodu je endoresekcí vytvořen nový prostorný pyeloureterální přechod.

► 59. FIBROEPITELIÁLNÍ POLYP HORNÍCH MOČOVÝCH CEST

L. Hyršl, I. Kawaciuk, P. Dušek, J. Hanika

Urologická klinika 2. LF UK Praha a FN v Motole

Ústav patologické anatomie 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Fibroepiteliální polyp (FP) je benigní epitelově mezenchymový nádor. Představuje méně než 5 % všech nádorů vývodných cest močových. Většinou jde o solitární lézi lokalizovanou v horní třetině močovodu nebo v ureteropelvickém přechodu. Vyskytuje se stejně u mužů i žen nejčastěji ve 2. - 4. dekádě života.

Hlavním příznakem je makro nebo mikroskopická hematurie, méně často lumbalgie nebo obstrukční mikční obtíže.

Z diagnostických metod má největší uplatnění intravenózní vylučovací urografie nebo ascendentní ureteropyelografie. Podezření na FP je nutno potvrdit diagnostickou uretero nebo pyeloskopií a odebráním biopsií na histologické vyšetření.

Při jasné diagnóze FP je plně indikována endoskopie s resekci a elektro nebo laser koagulací polypu. Své místo stále mají v přesně vymezených indikacích i otevřené, ledvinu šetřící operace. Ve sdělení retrospektivně hodnotíme tři případy FP horních močových cest, které byly diagnostikovány a léčeny na našem pracovišti během posledních 30 let. Zaměřili jsme se zejména na příznaky, diagnostický algoritmus a léčbu nemocných.

Závěrem zdůrazňujeme nutnost správné předoperační diagnostiky FP a z toho vyplývající adekvátní léčby, která ve většině případů vede k zachování funkční ledviny a neinvalidizuje nemocného.

► 60. ENDOSKOPICKÁ LÉČBA STRIKTUR MOČOVODU

O. Köhler, I. Kawaciuk, J. Kočárek

Urologické oddělení ÚVN Praha, Urologická klinika 2. LF UK Praha

V letech 1991 až 2000 jsme endoskopicky operovali na Urologické klinice 2. LF UK v Praze a na Urologickém oddělení ÚVN v Praze celkem 32 nemocných pro strikturu močovodu.

U dvou nemocných jsme použili k řešení striktury dilataci, u dalších dvou nemocných jsme odstranili část sliznice klíšťkami. Fibroskopicky jsme provedli discizi striktury u 6 nemocných, u tří jsme pro kompletní obstrukci použili kombinovaný retrográdní a antegrádní přístup s endoresekcí.

Retrográdní endoresekcí striktury jsme provedli u 7 nemocných. Samotnou endoureterotomii studeným nožem jsme provedli u 5 nemocných, s pomocí HF elektrody u 7 nemocných.

Ve sledovaném období 9 let až 6 měsíců jsme dosáhli zlepšení u 18 nemocných (56 %), u 5 nemocných nedocházelo k progresi nálezu a u 9 nemocných endoskopické řešení nevedlo k úspěchu. Za nejvhodnější endoskopickou techniku považujeme endoureterotomii studeným nožem nebo kombinaci endoresekce a endoureterotomie. Provedení endoureterotomie HF elektrodou je podle našich zkušeností vhodné jen u striktur močovodu v oblasti ústí a ureteropelvicke junkce. Základní podmínkou pro úspěšné řešení je dokonalé technické provedení endoureterotomie přes celou stěnu do okolní tukové tkáně a intubace endoureterotomickým stentem 14 F na 6 týdnů.

Z vážnějších komplikací jsme zaznamenali u jedné nemocné krvácení, které jsme vyřešili embolizací vnitřní ilické teply.

Nejobávější komplikací je krvácení z cév přiléhajících k operované oblasti. Proto u všech nemocných před endoskopickými výkony na horních močových cestách provádíme před výkonem spirální CT angiografii. Peroperačně používáme pro správnou volbu směru tomie a resekce endoluminální sonografii.

► 61. HEMANGIOM URETERU

V. Študent, L. Kučerová¹, A. Lamla

Urologická klinika FN Olomouc,

¹Ústav patologické anatomie LF UP, Olomouc

Úvod: Prezentován případ neobvyklé příčiny obstrukčního megaureteru u 57letého muže, způsobujícího ataky obstrukčních pyelonefritid.

Pacienti a metoda: Při vyšetření IVP a ascendentní urografií prokázán defekt v močovodu, negativní nález při ureteroskopii a CT retroperitonea. Přistoupeno k otevřené revizi, při které zresekována patologicky změněná část močovodu.

Výsledky: Histologické vyšetření prokázalo hemangiom močovodu.

Závěr: V literatuře popisován hemangiom močovodu jen ojediněle (3 kazuistiky). Diskutovány diagnostické možnosti, terapie a význam pro klinickou praxi.

► 62. UZÁVĚR ROZSÁHLÉ URETROREKTÁLNÍ PÍŠTĚLE KOMBINOVANÝM PŘÍSTUPEM ZE ZADNÍ REKTOTOMIE A ENDOSKOPICKOU RESEKČÍ PÍŠTĚLOVÉHO KANÁLU

O. Köhler, P. Havlík, M. Hájek, P. Drlík

Urologické oddělení ÚVN, Chirurgické oddělení ÚVN Praha

Subkatedra urgentní medicíny VLA JEP Hradec Králové

U extrémně obézního nemocného s rozsáhlou jatrogenní píštělí mezi prostatickou uretrou a rektom o průměru 4 cm a se založenou kolostomií byla v první době provedena transvezikální prostatektomie. Po retrakci píštěle na 5 F byla uretroskopicky píštěl nasondována hydrofilním vodičem. Po otočení na břicho byla po resekci kostrče provedena zadní rektotomie, zachycen hydrofilní vodič a po něm navléknut tenký balónkový katétr do prostatické uretry. Pro obrovskou obezitu nemocného (po dohodě s chirurgy jsme neprotínali anální svěrač) jsme nebyli schopni vypreparovat píštělový kanál. Proto jsme matracovými stehy uzavřeli otvor píštěle na přední stěně rekta a po otočení na záda jsme ureteroresektoskopem kompletně odstranili vygra-nulovaný píštělový kanál. Do něj jsme aplikovali dvousložkové tkáňové lepidlo Tissucol a zavedli katétr do močového měchýře. Po opakovaných kontrolách uretroskopických a rektoskopických byla za 9 měsíců po výkonu zrušena kolostomie. V současné době, 12 měsíců po zrušení kolostomie, je nemocný zcela v pořádku a bez obtíží. Váží 135 kg při výšce 160 cm.

► 64. MIKROCHIRURGICKÁ VARIKOKÉLEKTOMIE POD PEROPERAČNÍ FARMAKODYNAMICKOU DOPPLEROVSKOU KONTROLOU

V. Kubíček

Centrum andrologické péče České Budějovice, GEST Praha

Záznam mikrochirurgické operace prezentuje operační výkon provedený pod kontrolou digitální operační kamery. Tento přístup umožňuje flexibilní zvětšení a sledování postupu na obrazovce, stejně jako u transuretrálních a laparoskopických výkonů. Pozitivní identifikace a prezer-vace arterie je usnadněna peroperační dopplerovskou detekcí arteriální a venózní perfúze pomocí dopplerovské peroperační sondy o frekvenci 10 MHz. Mikrodisekce struktur spermatického funikulu vede často ke spazmu cévní stěny i při maximálně šetrném postupu. Proto je využíváno vazodilatorního účinku roztoku papaverin hydrochloridu, aplikovaného přímo na stěnu cévní. Výkon je maximálně šetrný a je možné jej provést v celkové anestezii, ambulantně bez nutnosti hospitalizace při nekomplikovaném průběhu.

► 65. VÝSLEDKY MIKROCHIRURGICKÉ VARIKOKÉLEKTOMIE (SOUBOR 92 PACIENTŮ)

D. Pacík, M. Turjanica

Urologická klinika LF MU, FN Brno

Úvod: Mikrochirurgická varikokelektomie (MVE) představuje standardní metodu léčby varikokély indikované k řešení. Po zavedení této metody na našem pracovišti hodnotíme první výsledky na sledovaném souboru.

Materiál a metodika: V období IV/98 - V/00 bylo provedeno 99 MVE u celkem 92 pacientů. Průměrná doba sledování je 9 měsíců (1 - 25), průměrný věk 26 let (15 - 46). 29 pacientů (32 %) bylo operováno pro symptomatickou v., 63 (68 %) pro infertilitu, 12 (13 %) mělo azoospermii před operací. Výsledky byly hodnoceny z obecného pohledu (perop. a poop. komplikace, potřeba podání analgetik, délka hospitalizace a rekonvalescence a recidivy), u skupiny infertilních pacientů z pohledu změn pooperačního spermioqramu a event. následné gravidity partnerky.

Výsledky: Subklinická recidiva varikokély byla prokázána u 1 pacienta (1,09 %), výskyt pooperační hydrokély 0 %, pooperační komplikace u 3 pacientů (3,27 %) - 2x hojení rány per secundam, 1x incip. epididymitida. Prům. délka poop. hospitalizace byla 1,11 dne, žádný z pacientů nevyžadoval podání analgetik. Zhodnocení změn parametrů poop. spermioqramu k 31. 5. 00 bylo možno provést u 35 pacientů (100 %), kteří měli dostatečně dlouhý interval sledování. Z těchto u 3 (9 %) dosaženo gravidity, 5 (14 %) úplné normalizace spg, 22 (63 %) zlepšení spg alespoň v jednom parametru a u 13 (37 %) ke zlepšení nedošlo.

Závěr: Autoři považují MVE za vysoce účinnou a šetrnou metodu operačního řešení varikokély, která by se díky minimalizaci komplikací a recidiv měla stát standardem operačního řešení varikokély a doporučovanou operační technikou první volby.

► 66. LYMFATIKA ŠETŘÍCÍ OPERACE VARIKOKÉLY - LAPAROSKOPICKÁ MODIFIKACE

R. Kočvara^{1,2}, J. Kříž¹, Z. Dítě^{1,2}, K. Novák¹

¹Urologická klinika VFN, Praha

²Subkatedra dětské urologie IPVZ, Praha,

Úvod: Palomova či Bernardiho operace je spojena s výskytem hydrokély. Je to způsobeno přerušením lymfatik. Mikrochirurgická operace šetřící lymfatika dokázala této komplikaci zabránit. Autoři předkládají laparoskopickou modifikaci lymfatika šetřící operace jako součást grantového úkolu IGA MZČR 3781-6.

Metoda a pacienti: Princip operace spočívá v izolovaném přerušení vnitřních spermatických žil nad anulus inguinalis internus laparoskopickou technikou. Zvětšení je dostatečné k identifikaci lymfatických cév a jejich odlišení od žil. Počáteční preparace musí být proto velmi šetrná. Identifikace arterie obvykle není problémem, její ojedinělý podvaz na této úrovni nevede dle dosavadních poznatků k atrofii varlete. Od března 1999 do března 2000 jsme takto operovali 49 nemocných ve věku 7 - 21 let (prům. 13,8 let), u 3 na obou stranách, tj. celkem 52 varikokél. Průměrný rozdíl ve velikosti varlat před operací vyjadřuje index atrofie 18,1 %. Sledovali jsme vznik hypertrofie levého varlete a vývoj stimulovaných maximálních hormonálních hladin FSH a LH.

Výsledky: U žádného nemocného jsme nezjistili klinicky patrnou hydrokélou. Subklinickou hydrokélou jsme zaznamenali při časné kontrole u 7,7 % nemocných, a u 2/26 (7,6 %) zkontrolovaných případů za rok po operaci. Hypertrofii levého varlete jsme nepozorovali u žádného nemocného. Recidivu varikokély jsme zjistili ve 2 případech (tj. 3,8 %). Při Palomově či Bernardiho operaci jsme zaznamenali hydrokélou u 30 % nemocných a hypertrofii levého varlete u 23 % nemocných. Také hormonální profil u 14 nemocných vyšetřených za rok po laparoskopické lymfatika šetřící operaci ukázal příznivé snížení stimulovaných maximálních hodnot FSH a LH ($p < 0,05$), na rozdíl od operací, kdy jsme lymfatika nešetřili.

Závěr: Autoři předkládají vlastní laparoskopickou modifikaci lymfatika šetřící operace varikokély u dětí a dospívajících. Při zachované nízké recidivitě výrazně snížili vznik hydrokély a hypertrofie varlete a prokázali příznivější hormonální vývoj u těchto nemocných.

► 67. RETROSPEKTIVNÍ DOPPLERSONOGRAFICKÁ STUDIE OPEROVANÝCH VARLAT

P. Vavrovič, M. Šodek

Oddělení dětské chirurgie, MN Ústí n/L.

Dopplersonografické vyšetření venózního refluxu u pacientů s varikokelou dnes představuje standard. Vyšetření arteriálního zásobení varlete je technicky náročnější a v literatuře dosud chybějí spolehlivé údaje o kvantitativním vyhodnocování. Na souborech pacientů operovaných pro varikokelu a intraabdominální retenci varlete autoři provedli retrospektivní dopplersonografickou analýzu arteriálního zásobení varlat. Výsledky studie zpochybňují riziko udávané v souvislosti s přerušením a.testicularis.

► 68. BIOPSIE VARLETE V DIAGNOSTICE MUŽSKÉ INFERTILITY - ANO ČI NE?

K. Kočí, M. Trnková
Andromeda®, BioLab, Praha

V diagnostice mužské infertility dosud zaujímá klíčové místo biopsie varlete. Slouží k posouzení stavu spermatogeneze a k rozlišení testikulární a obstrukční azoospermie. Podle výsledku histologického vyšetření se stanoví další postup. Správný histologický nálezn však závisí nejméně na dvou faktorech: za prvé na specifické zkušenosti histopatologa, za druhé na reprezentativnosti vzorku. Pokud jeden z nich či oba chybějí, dostaneme nejen bezcenný, ale i zavádějící závěr.

Nález "zástava zrání" nebo "Sertoli cell only syndrom" dosud znamenal absolutní neplodnost. Struktura varlete však není homogenní. Ve více než 50 % případů testikulární azoospermie existuje ve varleti alespoň několik funkčních tubulů, z nichž lze získat spermie pro mikromanipulační fertilizaci oocyty.

Z andrologického hlediska je provádění diagnostických biopsií varlat na běžných urologických pracovištích kontraindikováno. Chybně odebraná a/nebo chybně zhodnocená biopsie nejen není žádným přínosem, ale poškozuje pacienta rovnou dvojím způsobem: jednak nesprávným závěrem, vyřazujícím pacienta z další léčby, a za druhé vznikem srůstů a jizvením tkání, které výrazně komplikují eventuální následnou mikrochirurgickou operaci.

Jediná v současnosti správná cesta je optimalizovat diagnostiku i léčbu provedením jediného výkonu - odběru materiálu současně jak k histologickému vyšetření, tak i ke kryokonzervaci spermií, a to vždy pod optickým zvětšením a přímo v centru asistované reprodukce.

► 69. VÝSLEDKY A SPOKOJENOST PACIENTŮ S IMPLANTACÍ INFLATABILNÍ PENILNÍ PROTÉZY PŘI DLOUHODOBÉM SLEDOVÁNÍ

D. Pacík, P. Kumstát
Urologická klinika LF Masarykovy Univerzity, FN Brno

Úvod: S nástupem účinných méně invazivních a zejména medikamentozních možností léčby erektilní dysfunkce (ED) se implantace penilní protézy posunula jako možnost další volby zejména tam, kde méně invazivní alternativy selhaly. Její místo v léčbě ED u těchto pacientů zůstává však jasně vymezeno. Pokusili jsme se zhodnotit výsledky dlouhodobě sledované skupiny pacientů.

Materiál a metody: V období III/92 - XII/98 byla na urologické klinice u celkem 55 pacientů s organickou ED implantována inflatabilní trojdílná penilní protéza Mentor Alpha I. Pacienti jsou sledováni 17 - 96 měsíců (průměr 53 měsíců) klinicky i formou rozeslaného modifikovaného dotazníku (Goldstein et al.).

Výsledky: Nezaznamenali jsem žádné peroperační komplikace s dopadem na pozdější funkci protézy (nejčastější komplikací byl "cross-over" u 8 pacientů (14,5 %), k poranění uretry nedošlo v žádném případě. Ke vzniku infekce, která si vyžádala explantaci protézy, došlo u 2 pacientů (3,6 %) za 14 a 36 měsíců po operaci, k malfunkci u 4 pacientů (7,2 %) za 12 - 41 měsíců po operaci. Spokojenost hodnotilo 52 pacientů (92 %): protéza splnila očekávání, 50 (98 %), pohlavní styk je schopno uskutečnit lépe než před operací všech 55 pacientů (100 %). Vztahy s partnerkou udalo 49 mužů (94 %) jako lepší nebo daleko lepší, 46 z nich (88 %) se domnívá, že partnerka hodnotí sex. vztah jako lepší. Sebevědomí vzrostlo v sex. oblasti u všech pacientů, v oblasti společenských aktivit u 40 (77 %) a v oblasti pracovních aktivit u 36 (69 %). Pohlavní styky udalo 40 mužů (77 %) jako častější než před operací, 11 (21 %) jako stejně častý. S funkcí protézy celkově je spokojeno 50 pacientů (96 %), s dosaženou tvrdostí při naplnění 50 (96 %), se snadností naplnění 49 (94 %), se snadností vyprázdnění 48 (92 %). 2 muži (4 %) udali částečnou nespokojenost se zvuky provázejícími inflaci protézy, 4 pacienti (8 %) občasnou autoinflaci. 49 pacientů (94 %) by operaci doporučilo jinému pacientovi a stejný počet by se pro ni rozhodl znovu, kdyby měl tuto možnost.

Závěr: Implantace inflatabilní penilní protézy je invazivní řešení léčby ED, které přináší z pohledu dlouhodobého sledování nízký výskyt komplikací a vysokou spokojenost s řešením. U pacienta, kde selžou méně invazivní metody nebo s nimi není spokojen, je plně na místě zvažovat tuto alternativu, která přináší velmi dobrý efekt a muž by s ní měl být seznámen.

► 70. EREKTLNÍ DYSFUNKCE PO OPERACÍCH PRO NÁDORY REKTOSIGMATU

M. Hora¹, L. Holubec², Z. Ouda¹, R. Sequens²

¹Urologická a ²Chirurgická klinika FN Plzeň

Cíl práce: Po radikálních onkologických operacích pro nádory rektosigmatu dochází následkem poškození autonomní inervace v malé pánvi u části pacientů k následné erektilní dysfunkci (ED). Cílem práce bylo na vlastním souboru zmapovat výskyt ED po uvedených operacích, zájem pacientů o léčbu, určit standardní diagnostický a léčebný algoritmus.

Soubor a metodika: Na chirurgické klinice FN Plzeň od ledna 1995 do října 1999 podstoupilo resekci či amputaci rekta pro nádor rektosigmatu 167 mužů. 98 z nich bylo obesláno dotazníkem týkajícím se pooperačních sexuálních a mikčních obtíží a 39 na něj odpovědělo. Zájemci byli dále vyšetřeni v andrologické ambulanci urologické kliniky a byla zahájena léčba ED.

Výsledky: 4 muži průměrného věku $75,3 \pm 1,0$ roku byli již předoperačně sexuálně inaktivní. U zbylých 35 vznikla ED u 68,6 % (24/35) - průměrný věk $58,2 \pm 9,8$ roku (u mužů bez ED to bylo $61,7 \pm 11,1$ roku), u 37,1 % (13/35) ED úplná, u 31,4 % (11/35) částečná. Pooperační pokles libida byl u 37,1 % (13/35) a poruchy ejakulace u 65,7 % (23/35). 66,7 % (16/24) mužů s pooperační ED trpělo další chorobou působící ED, u mužů bez ED to bylo jen 18,1 %. 40 % (14/35) mužů s ED bylo pro ED vyšetřeno a eventuálně i léčeno (10 z nich prvně až v souvislosti s dotazníkovou akcí). Sildenafil byl aplikován u 10 mužů, efekt postačující ke styku popisovali 2, částečný efekt ale nepostačující ke styku popsali 4 a 4 byli bez reakce. Oba dobře reagující muži trpěli jen částečnou ED. Jen 3 muži vyzkoušeli intrakavernózní injekce PGE1 a vždy s dobrým efektem.

Závěr: ED (a též poruchy ejakulace) postihuje kolem 2/3 pacientů po operacích rekta, a to častěji muže s přidruženými chorobami. Většina z nich je neléčena a ani při aktivní nabídce nemají o léčbu velký zájem. K vyšetření sexuálních funkcí je dostačující většinou jen anamnestické a fyzikální vyšetření, další vyšetření jsou indikována jen selektivně. V případě zájmu preferují muži perorální léčbu sildenafilem, u kterého ale lze očekávat efekt jen u malého procenta pacientů majících navíc jen částečnou ED. Intrakavernózní injekční léčba je mnohem účinnější, ale muži ji zase většinou odmítají.

► 71. THE AGING MALE - PSYCHOSOMATICKÉ ZMĚNY A ZMĚNY HORMONÁLNÍCH HLADIN U MUŽŮ NAD 65 LET (PILOTNÍ STUDIE)

M. Hanuš, M. Matoušková, L. Stárka¹

Urocentrum Praha

¹Endokrinologický ústav Praha

Vývojová psychologie dělí věk jedince na mladší dospělost (do 35 let), střední věk (do 50 let), pozdní dospělost (do 65 let) a stáří. U mužů nad 50 let se projevují symptomy obvykle souborně označované jako PADAM syndrom (Partial Androgen Deficiency of Aging Men). Tyto symptomy s věkem nabírají na výraznosti. V úvodní skupině 200 mužů nad 65 let věku jsme dotazníkovou metodou, fyzikálním, verbálním a laboratorním vyšetřením hodnotili odraz změn v hormonálním prostředí (FSH, LH, SHGB, prolaktin, testosteron, T3, DHEA a PSA) a v psychosomatickém profilu jedince. Změny jsou korelovány s důsledky fyziologického výpadu somatotropních funkcí. Studie je prvním krokem k rozhodnutí o substituční terapii a jejím profilu. Má též přispět k argumentaci podporující primární soustředění "the aging male" klientů v urologické ambulantní péči.

► 72. ZKUŠENOSTI S POUŽITÍM INTERFERONU V LÉČBĚ M. PEYRONIE

L. Zámečník, J. Stolz, ¹V. Kubíček

Urologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

¹Centrum andrologické péče České Budějovice

Úvod: M. Peyronie (induratio penis plastica) je onemocnění charakterizované vývojem fibrózních plaků s kalcifikacemi v oblasti tunica albuginea penisu. Ty jsou příčinou deformací penisu různého typu a stupně. Konzervativní léčba většinou selhává a ani chirurgické řešení mnohdy nepřináší očekávaný efekt. V experimentu interferony inhibují produkci fibroblastů a kolagenu. Autoři prezentují vlastní zkušenosti s léčbou aplikací interferonu-alfa 2b do plaku.

Pacienti a metoda: Od března 1999 do května 2000 bylo touto metodou léčeno celkem osm pacientů ve věku od 46 do 58 let (průměrný věk 51,8 roku). Průměrná doba trvání choroby byla 2,1 roku a průměrná doba sledování byla 6 měsíců. Velikost a uložení plaku bylo hodnoceno sonograficky. Průměrná velikost plaku byla 2 cm. Všichni pacienti byli léčeni nejprve medikamentózně perorálně podávanými léky. Jeden pacient byl operován (excize a dermální štěp s recidivou plaku). Interferon-alfa 2b v dávce 3 mil. m.j. byl aplikován přímo do plaku 3 - 9x v intervalu jednoho týdne.

Výsledky: Zlepšení klinického nálezu (zmenšení zakřivení penisu, ústup bolestí, změna konzistence a velikosti plaku) nastala u 6 pacientů (75 %). Vedlejší účinky po aplikaci (febrilie, myagie) byly přechodné u všech pacientů.

Závěr: Aplikace interferonu-alfa 2b do plaku se jeví jako bezpečná a dobře tolerovaná léčba plastické indurace penisu s menšími plaky.

► **73. NEOBVYKLÝ PŘÍPAD CIZÍHO TĚLESA V MOČOVÉ TRUBICI**

J. Sedláček, J. Nežádal

Urologická klinika FN Brno

Je popsána kazuistika 53letého pacienta s nižším intelektem, který byl odeslán na urologickou kliniku pro krvácení z močové trubice. Zavedení katétru se nezdařilo pro odpor v bulbární uretře. Na rtg snímku byl zjištěn kovový materiál (spínací velký špendlík a kovové sponky, upravené jako "kotva") v bulbární uretře. Endoskopická extrakce nebyla možná, proto byla provedena operační revize. Z perineálního přístupu provedena obtížná extrakce cizích těles, která byla již vhojena do močové trubice. Materiál byl již značně korodován. Následným psychiatrickým vyšetřením bylo zjištěno, že cizí tělesa si pacient do uretry zavedl již během školních let. Po zahojení je pacient bez močových potíží.

► **74. IDIOPATICKÁ KALCINÓZA SKROTA**

V. Študent, L. Kučerová¹, K. Belej, P. Hluší

Urologická klinika FN

¹Ústav patologické anatomie LFUP, Olomouc

Úvod: Prezentovány případy 42 a 49letých mužů s téměř 20letou anamnézou nepříliš častého onemocnění kůže skrota, charakterizované solitárními, či mnohočetnými nebolestivými papulami či noduly. Léze byly barvy kůže až nažloutlé, zvětšující svou velikost a množství. Po spontánní perforaci se uvolňoval bělavý obsah. Onemocnění jim působilo psychické trauma a omezovalo je v osobním životě.

Pacienti a metoda: Byla provedena široká excize kůže skrota. Zhojení primárně.

Výsledky: Histologické vyšetření prokázalo depozita kalcia v dermis, bez známek primárního zánětlivého onemocnění kůže skrota.

Závěr: Termín idiopatická kalcinóza skrota by měl být užíván pouze v etiologicky neurčených případech. Dystrofické kalcifikace kůže mohou být způsobeny i sekundárně, např. sekundárním zánětem a rupturou epidermoidní cysty.