

ČESKÁ UROLOGIE

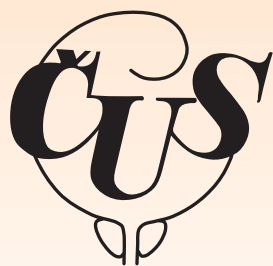


ČASOPIS ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

Výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

- České Budějovice, 11. – 13. 10. 2006
- program, abstrakta

www.czechurol.cz



Výbor ČUS ČLS JEP

vypisuje cenu
za nejlepší článek
v časopise

ČESKÁ UROLOGIE

za rok 2005
publikovaný
rezidentem

O cenu se mohou ucházet členové ČUS,
kteří v roce 2005 působili jako rezidenti
na pracovišti v ČR
a kteří jsou prvním autorem
příslušné publikace.



ČESKÁ UROLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ

VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

ČESKÉ BUDĚJOVICE / 11.–13. 10. 2006

POŘADATEL

Česká urologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně ve spolupráci
s urologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

ZÁŠTITA

RNDr. Jan Zahradník
hejtman Jihočeského kraje



Jihočeský kraj

MUDr. Břetislav Shon
generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a. s.

PREZIDENT KONFERENCE

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

SEKRETÁŘ KONFERENCE

MUDr. Milan Svoboda

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D., MUDr. Milan Svoboda, MUDr. Jiří Doležal,
MUDr. Miloš Fiala, MUDr. Zdeněk Staněk, MUDr. Jan Starezewski,
MUDr. Jaroslav Ženíšek, Mgr. Monika Kyselová

VĚDECKÝ VÝBOR

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

ODBORNÝ GARANT KONFERENCE

doc. MUDr. Marko Babjuk, CSc., doc. MUDr. Miroslav Hanuš, DrSc.,
doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc., doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.,
prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc., doc. MUDr. František Zátūra

ZAHRANIČNÍ HOSTÉ

Mete Çek, Istanbul
G. Janetschek, Linz
J. Rassweiler, Heidelberg
H. N. Whitfield, Reading
Ján Breza, Bratislava
Ján Kliment, Martin

PROGRAM VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

STŘEDA – 11. 10. 2006

Bazilika – hlavní sál		Bazilika – vedlejší sál	Hotel Gomel	Hotel Gomel	Hotel Gomel
▼		▼	▼	▼	▼
13:30	13:45	Sekce Onkologická	Sekce Urologická	Sekce Laparoskopická	Sekce Andrologie
13:45	14:00				
14:00	14:15				
14:15	14:30				
14:30	14:45				
14:45	15:00				
15:00	15:15	Minisymposium Onkologická sekce			
15:15	15:30				
15:30	15:45				
15:45	16:00				
16:00	16:15				
16:15	16:30	Satelitní sympóziium Astellas	Satelitní sympóziium Novartis		
16:30	16:45				
16:45	17:00				
17:00	17:15				
17:15	17:30				
17:30	17:45	Satelitní sympóziium Pfizer	Satelitní sympóziium Astra Zeneca		
17:45	18:00				
18:00	18:15				
18:15	18:30				
18:30	18:45				
18:45	19:00				



Česká urologická společnost ČLS JEP
vydává časopis Česká urologie

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

Rukopisy zasílejte na adresu: doc. MUDr. František Záfura,
Urologická klinika FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
(pokyny pro autory na www.czechurol.cz)

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

Redakce neodpovídá za správnost léčebných a diagnostických
postupů popisovaných autory.

Předplatné: Bc. Denisa Dostálová, predplatne@solen.cz,
tel.: 582397 408, fax: 582396 099

Pro členy ČUS zdarma.

ISSN 1211-8729, MK ČR E 7798

Vychází 4x ročně.

www.czechurol.cz

ČESKÁ UROLOGIE – 2/2006, ročník 10.

Šéfredaktor: doc. MUDr. František Záfura

Redakční rada:

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

Nakladatel: SOLEN, s. r. o.,
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Adresa redakce: SOLEN, s. r. o.,
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
tel.: 582396 038, fax: 582396 099,

e-mail: solen@solen.cz, www.solen.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Marie Beníčková, benickova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: DTP SOLEN, slavikova@solen.cz

SOLE
MEDICAL EDUCATION

ČTVRTEK – 12. 10. 2006

Bazilika – hlavní sál

Bazilika – vedlejší sál

Hotel Gomel

7:00	7:15			
7:15	7:30			Pracovní snídáně Eli Lilly
7:30	7:45			
7:45	8:00			
8:00	8:15			
8:15	8:30	Video Horní cesty močové		
8:30	8:45	R. Kočvara, M. Hora		
8:45	9:00			
9:00	9:15			
9:15	9:30			Sesterská sekce
9:30	9:45			P. Zmeškal, J. Pernička
9:45	10:00			
10:00	10:15			
10:15	10:30	European School		Coffee break
10:30	10:45	of Urology		
10:45	11:00			Sesterská sekce
11:00	11:15			O. Šmakal, P. Hanek
11:15	11:30			
11:30	11:50			
11:50	12:00	Coffee break		
12:00	12:15			
12:15	12:30	Členská schůze ČUS		
12:30	12:45			
12:45	13:00			
13:00	13:15			
13:15	13:30	Oběd		
13:30	13:45			
13:45	14:00			
14:00	14:15	Onkologie varia	Litiáza	
14:15	14:30	P. Dušek, M. Urban	A. Petřík, K. Bartoničková	
14:30	14:45			
14:45	15:00		Záněty močových cest	
15:00	15:15			
15:15	15:30	Coffee break	Coffee break	
15:30	15:45	Dětská urologie		
15:45	16:00	R. Kočvara, J. Doležal		
16:00	16:15		Andrologie	
16:15	16:30	Video Dolní cesty močové	M. Hanuš, L. Zámečník	
16:30	16:45	O. Köhler, L. Šafařík		
16:45	17:00			
17:00	17:15			
17:15	17:30	Satelitní sympóziu		
17:30	17:45	Zentiva		
17:45	18:00			
18:00	18:15			

PÁTEK – 13. 10. 2006

Bazilika – hlavní sál

Bazilika – vedlejší sál

8:00	8:15	Nádory močového měchýře M. Babjuk, M. Matoušková	Varia M. Rosenberg , I. Anděl
8:15	8:30		Benigní hyperplazie prostaty
8:30	8:45		
8:45	9:00		
9:00	9:15		
9:15	9:30	State of the art lectures T. Hanuš, A. Petřík	
9:30	9:45		
9:45	10:00		
10:00	10:15		
10:15	10:30		
10:30	10:45	Coffee break	Coffee break
10:45	11:00	Nádory ledvin I. Kawaciuk, P. Morávek	Uroodynamika R. Zachoval, J. Ženíšek
11:00	11:15		
11:15	11:30		
11:30	11:45		
11:45	12:00		
12:00	12:15	Oběd	Oběd
12:15	12:30		
12:30	12:45		
12:45	13:00		
13:00	13:15	Karcinom prostaty diagnostika F. Zát'ura, J. Dvořáček	
13:15	13:30		
13:30	13:45		
13:45	14:00		
14:00	14:15		
14:15	14:30	Karcinom prostaty terapie L. Jarolím, D. Pacík	
14:30	14:45		
14:45	15:00		
15:00	15:15		
15:15	15:30		
15:30	15:45	Závěr konference Vyhlášení cen	
15:45	16:00		
16:00	16:15		
16:15	16:30		
16:30	16:45		
16:45	17:00		

PROGRAM

STŘEDA 11. 10. 2006

- 8.30–10.30 **ZASEDÁNÍ REDAKČNÍ RADY ČASOPISU ČESKÁ UROLOGIE** (Hotel Gomel – salonek 2)
- 10.30–13.00 **ZASEDÁNÍ VÝBORU ČUS** (Hotel Gomel – salonek 2)
- 13.30–14.45 **JEDNÁNÍ SEKCÍ ČUS**
ONKOLOGICKÁ SEKCE (Bazilika – hlavní sál)
URODYNAMICKÁ SEKCE (Bazilika – vedlejší sál)
LAPAROSKOPICKÁ SEKCE (Hotel Gomel – velký sál)
ANDROLOGICKÁ SEKCE (Hotel Gomel – Bohemia)
REZIDENTI (Hotel Gomel – salonek 1)
- 15.00–16.00 **MINISYMPÓZIUM – ONKOLOGICKÁ SEKCE** (Bazilika – hlavní sál)
1 M. Babjuk – Úvod, „evidence based medicine“, typy klinických studií
2 P. Dušek – Novinky v léčbě nádorů ledvin
3 M. Matoušková – Novinky v léčbě nádorů varlat
4 D. Pacík – Novinky v léčbě lokalizovaného karcinomu prostaty
5 V. Soukup – Novinky v léčbě nádorů močového měchýře
- 16.15–17.15 **ASTELLAS PHARMA– SATELITNÍ SYMPÓZIUM** (Bazilika – hlavní sál)
NOVARTIS – SATELITNÍ SYMPÓZIUM (Bazilika – vedlejší sál)
- 17.30–18.30 **PFIZER – SATELITNÍ SYMPÓZIUM** (Bazilika – hlavní sál)
ASTRA ZENECA – SATELITNÍ SYMPÓZIUM (Bazilika – vedlejší sál)
- 20.00–23.30 **SPOLEČENSKÝ VEČER** (Bazilika)

ČTVRTEK 12. 10. 2006

► ► ► BAZILIKA – HLAVNÍ SÁL

- 8.00–9.15 **VIDEOSEKCE – HORNÍ CESTY MOČOVÉ** / moderace: R. Kočvara, M. Hora
- 1 (1.) I. Kolombo, M. Hrubý, J. Porš, J. Hain, P. Kašák, D. Berndt
Retroperitoneoskopická nefropexie pro ren migrans – technické aspekty a výsledek – videoprezentace
- 2 (2.) O. Kaplan, J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej, P. Drlík, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Laparoskopická resekce cystické expanze středního segmentu pravé ledviny – video
- 3 (3.) M. Hora, J. Klečka. jr., T. Üрге., V. Eret, J. Ferda, O. Hes
Laparoskopická resekce tumoru ledviny – video
- 4 (4.) V. Eret, M. Hora, J. Klečka jr.
Laparoskopická heminefrektomie – video
- 5 (5.) R. Šístek, V. Kotek, R. Zachoval
Tumor retroperitonea s invazí do renálních cév a dolní duté žíly – kazuistika s videozáznamem – video
- 6 (6.) V. Študent, I. Hartmann, M. Hrabec, O. Šmakal
První zkušenosti s laparoskopickou pyeloplastikou – kom. poster
- (7.) J. Kopecký, J. Krhut, K. Mainer
Funkční výsledky laparoskopické pyeloplastiky – nek. poster

- 9.15–11.50 **ESU – European School of Urology** / moderace: J. Rassweiler
- 9.15 J. Rassweiler, Heilbronn (DE)
Welcome and introduction
- 9.20 H. Whitfield, Reading (GB)
Endourology (PCNL and URS) and ESWL in the year 2006
- 9.50 A. Petrik, České Budejovice (CZ)
Discussion and cases
- 10.10 G. Janetschek, Linz (AT)
Laparoscopic radical and partial nephrectomy
- 10.40 M. Babjuk, Prague (CZ)
Discussion and cases
- 11.00 J. Rassweiler, Heilbronn (DE)
Laparoscopic radical prostatectomy
- 11.30 T. Hanus, Prague (CZ)
Discussion and cases
- 11.50 Closure
- 11.50–12.00 **COFFEE BREAK**
- 12.00–13.00 **ČLENSKÁ SCHŮZE ČUS**
- 13.00–14.00 **OBĚD**
- 14.00–15.15 **ONKOLOGIE VARIA** / moderace: P. Dušek, M. Urban
- 1 (8.) L. Šafařík, K. Novák, J. Zelinka, M. Kršek, J. Widimský, V. Ciprová, J. Dvořáček
*Výsledky chirurgické léčby feochromocytomu v letech 1999–2006 na Urologické klinice
1. LF UK a VFN v Praze*
- 2 (9.) J. Ľupták, J. Všeticka, M. Vraný, J. Švihra, B. Eliáš, R. Tomaškin, J. Kliment
Laparoskopická adrenalektómia – štandardná liečba ochorení nadobličiek
- 3 (10.) P. Kočovská, M. Hora, J. Klečka, T. Ürgen Z. Chudáček, M. Roušarová
Chirurgické řešení uroteliálních karcinomů horních cest močových
- 4 (11.) M. Chocholatý, P. Dušek, P. Hanek, I. Kawaciuk
Úloha lékaře prvního kontaktu v prevenci pozdní diagnózy nádorů varlat
- 5 (12.) M. Chocholatý, P. Dušek, I. Kawaciuk, J. Zámečník, E. Bureš, L. Oktávcová
Dva případy leiomyomu vesikovaginálního septa – kazuistika – kom. poster
- 6 (13.) M. Chocholatý, P. Dušek, P. Hanek, I. Kawaciuk, L. Hyršl
*Porovnání doby pozdní diagnózy, stadia onemocnění a mikroskopického složení nádoru varlat
v souboru nemocných z let 1986–1995 a 1996–2005*
- 7 (14.) P. Dušek, M. Chocholatý, L. Jarolím, I. Kawaciuk, L. Hyršl, M. Pročková, L. Teršípová
Chemoterapie u nemocných s generalizovaným germinativním nádorem
- 8 (15.) D. Ondruš, B. Špániková, M. Ondrušová
Nádory testis a poruchy hormonálního profilu a kostního metabolismu
- (16.) J. Sachová, M. Urban, M. Lukeš, J. Šach, M. Hanuš
Pozdní metastázy maligního melanomu v urogenitálním traktu – kazuistika – nek. poster
- (17.) P. Morávek, A. Hafuda, P. Prošvic, V. Giblo
*Synchronní výskyt triplicitního nádorového onemocnění – uroteliálního karcinomu močového
měchýře, adenokarcinomu transverza a gastrointestinálního stromálního tumoru – nek. poster*
- 15.15–15.30 **COFFEE BREAK**
- 15.30–16.00 **DĚTSKÁ UROLOGIE** / moderace: R. Kočvara, J. Doležal
- 1 (27.) O. Šmakal, I. Hartmann, D. Horák, L. Michálková, O. Marek, H. Flögllová
Přínos MR vyšetření v diagnostice vrozených vývojových vad uropoetického traktu u dětí – kom. poster
- 2 (28.) J. Sedláček, J. Lange, R. Kočvara, Z. Dítě, Š. Doležalová, H. Jiskrová
Výsledky léčby neonatální hydronefrózy

- 3 (29.) I. Novák, L. Janoušková, P. Kuliáček, H. Stefan, S. Skálová, P. Rejtar
Vezikostomie – co možno od derivace očekávat, co ne – kom. poster
- 4 (30.) I. Hartmann, V. Študent, M. Hrabec, O. Šmakal
Laparoskopická operace varikokély u adolescentů – třináctileté zkušenosti – kom. poster
- (31.) I. Novák, L. Janoušková, P. Kuliáček, E. Šimáková, P. Rejtar, J. Kopřiva
Epidermoidní cysta varlete – nek. poster
- (32.) I. Novák, L. Janoušková, P. Kuliáček, S. Skálová
Dlouhodobé výsledky léčby VUR podslizniční injekcí krve – nek. poster

16.00–16.45 **VIDEOSEKCE – DOLNÍ CESTY MOČOVÉ** / moderace: O. Köhler, L. Šafařík

- 1 (33.) J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej, P. Drlík, O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Roboticky asistovaná laparoskopická okluze recidivující veziko-vaginální píštěle – video
- 2 (34.) O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, P. Drlík, O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Roboticky asistovaná transperitoneální nervy šetřící radikální prostatektomie – video
- 3 (35.) J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej, P. Drlík, O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Roboticky asistovaná extraperitoneoskopická radikální prostatektomie – video

17.15–18.15 **ZENTIVA – SATELITNÍ SYMPOZIUM**

► ► ► **BAZILIKA – VEDLEJŠÍ SÁL**

14.00–15.15 **LITIÁZA, INFEKCE MOČOVÝCH CEST** / moderace: A. Petřík, K. Bartoníčková

- 1 P. Eliáš
Diagnostický přínos spirálního CT u nemocných s renální kolikou – State of the art lecture
- 2 (18.) K. Bartoníčková, G. Louženský
Výskyt urolitiázy v souvislosti s hyperoxalurií
- 3 (19.) A. Petřík
Porovnání účinnosti extrakorporální litotrypse a ureteroskopie při primární terapii ureterolitiázy dolní třetiny ureteru
- 4 (20.) A. Khamzin, D. Pacík, D. Alešin, A. Maňák, M. Hajný, M. Chudý
Efektivita léčby urolitiázy metodou extrakorporální litotrypse v závislosti na frekvenci aplikace rázových vln – kom. poster
- 5 (21.) D. Pacík, A. Khamzin
Korelace mezi účinností extrakorporální litotrypse a frekvencí rázových vln u přístroje piezolith 3000 – kom. poster
- 6 (22.) M. Matoušková, M. Hanuš, P. Kaplán, E. Francisci-Procházková, H. Kiacová
Chlamydiové infekce – perzistence či rekurence?
- 7 (23.) M. Matoušková, M. Hanuš, P. Kaplán, O. Nýč, H. Nekvasilová, G. Bouchnerová
Význam imunomodulační léčby u chronických zánětů dolních močových cest
- 8 (24.) M. Matoušková, M. Hanuš
Herpetické infekce zevního genitálu – kom. poster
- (25.) M. Krolupper
Wegenerova granulomatóza – nek. poster
- (26.) A. Hafuda, P. Prošvic, P. Morávek, M. Hurtová
Bilaterální emfyzematózní pyelonefritida – kazuistika – nek. poster

15.15–15.30 **COFFEE BREAK**

15.30–17.00 **ANDROLOGIE** / moderace: M. Hanuš, L. Zámečník

- 1 (36.) A. Horák
Bakteriální endokarditida jako nepřímá komplikace androgenní substituce – kazuistika – kom. poster
- 2 (37.) V. Študent, R. Fiala, M. Hrabec, A. Vidlář
LUTS a erektilní dysfunkce ve studii Kapros v Olomouckém kraji

- 3 (38.) A. Horák
Striktura uretry jako možná příčina erektilní dysfunkce – kazuistika – kom. poster
- 4 (39.) P. Hanek, I. Kawaciuk, L. Jarolím, L. Hyršl, V. Janík, R. Pádr, J. Vojáček
Léčba nízkoprůtokového priapizmu
- 5 (40.) L. Zámečník, V. Soukup, J. Stolz, T. Hanuš
Léčba plastické indurace penisu lokální aplikací interferonu-alfa 2b – naše zkušenosti u 19 pacientů
- 6 (41.) V. Sobotka, J. Heráček, M. Kosařová, D. Zudová, D. Hlinka
Genetická analýza embryí po TESE
- 7 (42.) J. Lupták, K. Javorka, J. Švihra, J. Kliment ml., R. Tomaškin, B. Eliáš, J. Kliment
Využití laparoskopie u pacientů s kryptorchizmom
- 8 (43.) M. Hrabec, V. Študent
Laparoskopická operace varikokély na urologické klinice FN Olomouc
- (44.) J. Heráček, M. Urban, V. Sobotka, M. Lukeš, M. Záleský, L. Bittner
Nová léková forma testosteron undekanoátu – první klinické zkušenosti – nek. poster
- (45.) P. Klézl, L. Vilhelmová, J. Bárta, M. Kotlář, J. Novák, K. Benková, Z. Gilbert
Parafinom penisu – nek. poster



HOTEL GOMEL – VELKÝ SÁL

7.00–7.45

ELI LILLY – PRACOVNÍ SNÍDANĚ

9.00–10.15

PROGRAM – SESTRY / moderace: P. Zmeškal, J. Perníčka

- 1 I. Zazvonilová, M. Zvoníčková
Organizace péče o pacienty na urologické ambulanci ÚVN Střešovice
- 2 J. Hanousková
Pooperační infuzní terapie
- 3 J. Roubíčková, J. Lisková
Urodynamika v praxi
- 4 P. Horová, S. Šariská
Péče o urostomie
- 5 M. Kyselová
Poúrazový stav páteře spojený s dysfunkcí dolních cest močových
- 6 L. Hranická, E. Blahutová
Vývoj a srovnání metod léčby mužské močové inkontinence
- 7 I. Ženíšková, J. Černá, M. Šestáková
ARGUS v léčbě stresové inkontinence u mužů
- 8 H. Balážová, J. Šupálková, F. Kubíček
Příprava pacienta na transrektální punkční biopsii prostaty
- 9 M. Lahodová
Laparoskopická radikální prostatektomie
- 10 Z. Rožníčková, S. Trgiňová
Robotické RAPE z pohledu perioperační sestry

10.15–10.30

COFFEE BREAK

10.30–11.45

PROGRAM – SESTRY / moderace: O. Šmakal, P. Hanek

- 11 B. Drápelová, M. Svobodová
Laparoskopická nefroureterektomie (LNUE)
- 12 L. Šustková, M. Zvoníčková, I. Marková
Ošetrovatelský proces péče o pacienty po roboticky asistované radikální prostatektomii
- 13 E. Slavkovská, J. Cejnarová
Nádory močového měchýře z pohledu ambulantní sestry

- 14 J. Bláhová, M. Čadová
Cystektomie z pohledu anesteziologické sestry
- 15 H. Suchopárová, M. Študentová
Chirurgická konverze pohlaví u osob s opačnou pohlavní identitou
- 16 L. Čermáková, J. Dundrová
Jaké je žítí v cizím těle? Je snadné žít v cizím těle?
- 17 K. Příbylková, Š. Libosvářská
Sebepoškozování močového ústrojí – kazuistika
- 18 A. Hlávková, M. Němcová
Syndrom vyhoření
- 19 M. Fleischmannová, P. Maňurová
Syndrom vyhoření
- 20 M. Študentová
Jak zvládat stres – 10 kroků ke zdraví

20.00–23.30 **SPOLEČENSKÝ VEČER (HOTEL GOMEL)**

PÁTEK 13. 10. 2006

► ► ► BAZILIKA – HLAVNÍ SÁL

- 8.00–9.15 **NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE** / moderace: M. Babjuk, M. Matoušková
- 1 O. Hes, M. Hora
Současný pohled na klasifikaci nádorů močového měchýře – State of the art lecture
 - 2 (46.) M. Babjuk, M. Pešl, V. Soukup, M. Koštířová, E. Tejčková, L. Pecen, J. Dvořáček
Význam průběžného hodnocení hladin testů BTA TRAK a UBC IRMA pro sledování pacientů s Ta a T1 nádory močového měchýře – kom. poster
 - 3 (47.) A. Petřík, O. Scheinost, M. Lehnerová
Užití fluorescenční hybridizace in situ (FISH) v diagnostice nádorů močového měchýře – kom. poster
 - 4 (48.) L. Houšková, Z. Zemanová, M. Babjuk, M. Pešl, K. Michalová
Využití interfázické fluorescenční in situ hybridizace (I-FISH) pro neinvazivní diagnostiku karcinomu močového měchýře – kom. poster
 - 5 (49.) V. Vít, D. Pacík, J. Pavlovský
Naše zkušenosti s užitím fluorescenční in situ hybridizace FISH-UroVysion v diagnostice uroteliálních karcinomů (TCC) – kom. poster
 - 6 (50.) V. Soukup, M. Babjuk, M. Pešl, M. Szakácsová, J. Dvořáček, J. Mareš
Prognostický význam exprese genu PAX5 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře – kom. poster
 - 7 (51.) L. Hyršl, J. Závada, Z. Zavadová, I. Kawaciuk
Solubilní forma karboanhydrázy IX (CAIX) u nemocných s uroteliálním karcinomem močového měchýře: první výsledky – kom. poster
 - 8 (52.) V. Soukup, M. Babjuk, M. Pešl, M. Szakácsová, J. Dvořáček, J. Mareš
Prognostický význam exprese genu BCL2 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře – kom. poster
 - 9 (53.) K. Belej, F. Zátura, M. Hrabec
Význam transabdominální ultrasonografie v diagnostice karcinomů močového měchýře
 - 10 (54.) M. Pešl, M. Babjuk, V. Soukup, H. Smolová, J. Dušková, P. Dundr, I. Pavlík, J. Dvořáček
Hodnocení souboru pacientů s povrchovými tumory močového měchýře
 - 11 (55.) M. Babjuk, T. Hanuš, I. Pavlík, L. Šafařík, V. Soukup, M. Pešl, J. Dvořáček
Onkologické výsledky radikální cystektomie u pacientů s nádory močového měchýře

- 12 (56.) M. Louda, P. Morávek, A. Hafuda, P. Navrátil, M. Brodák, P. Prošvic,
M. Romžova, J. Pacovský
***Dilatace horních močových cest v závislosti na typu derivace moči
po cystektomii – nekom. poster***

9.30–10.30 **STATE OF THE ART LECTURES** / moderace: T. Hanuš, A. Petřík

- 1 M. Çek
Chronic prostatitis: theories and treatments – přednáška European Board of Urology
- 2 J. Kliment
Chemoterapia nádorov močového mechúra z podľadu urológa – přednáška Slovenské urologické společnosti
- 3 J. Breza
Vzťah orológie a transplantológie – přednáška Slovenské urologické společnosti

10.30–10.45 **COFFEE BREAK**

10.45–12.00 **NÁDORY LEDVIN** / moderace: I. Kawaciuk, P. Morávek

- 1 (71.) M. Hora, J. Klečka, T. Üрге, V. Eret, O. Hes
Jaké místo má laparoskopie v chirurgické léčbě nádorů ledvin?
- 2 (72.) M. Hora, J. Klečka, P. Stránský, V. Eret, T. Üрге
Operační čas u laparoskopické radikální nefrektomie – kom. poster
- 3 (73.) M. Hora, J. Klečka, J. Ferda, O. Hes, V. Eret, T. Üрге
Laparoskopické řešení tumoru ledviny s trombem v renální žíle
- 4 (74.) P. Morávek, J. Dominik, P. Navrátil, P. Habal
Chirurgická léčba karcinomu ledviny s nádorovým trombem v žilním řečišti hladiny III. a IV. Výsledky léčby
- 5 (75.) M. Hora, V. Eret, O. Hes, J. Klečka, J. Ferda, Z. Chudáček, T. Üрге
Ledvinu šetřící výkony u centrálně uložených tumorů ledvin – kom. poster
- 6 (76.) J. Kliment, J. Ľupták, B. Eliáš, J. Švihra, I. Sopilko, J. Kliment ml., P. Slávik
Záchovné operácie v liečbe včasných štádií nádorov obličiek
- 7 (77.) V. Baláž, J. Babel'a, F. Hampel
Ex vivo chirurgická liečba a autotransplantácia obličky – možnosť liečby nádorov solitárnej obličky
- 8 (78.) L. Holub, J. Pacovský, P. Navrátil, M. Podhola
Incidentální nález multifokálního konvenčního světlobuněčného karcinomu vzniklého de novo v transplantované ledvině – kazuistika – kom. poster
- 9 (79.) F. Zátura, J. Tuma
První zkušenosti s kontrastním harmonickým zobrazením nádorů ledviny
- 10 (80.) M. Szakácsová, M. Babjuk, J. Mareš, V. Soukup, M. Pešl, J. Dušková, J. Dvořáček
Mikrosatelitová analýza na chromozomu 3 ve tkáni konvenčního (světlobuněčného) renálního karcinomu – kom. poster
- (81.) R. Staněk, P. Vágner, J. Palas, J. Vašík
Vzácný histologický nález: světlobuněčný karcinom ledviny s melanocytárními buňkami – kazuistika – nek. poster
 - (82.) T. Üрге, M. Hora, O. Hes
Pigmentovaný mikrocystický chromofóbní renální karcinom – nek. poster
 - (83.) L. Vilhelmová, J. Bárta, P. Klézl, Z. Gilbert, K. Benková, J. Novák
Kombinace maligního onemocnění ledviny a prostaty – nek. poster

12.00–13.00 **OBĚD**

13.00–14.30 **KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA** / moderace: F. Zátura, J. Dvořáček

- 1 J. Dvořáček
Diagnostický a léčebný posun u lokalizovaného karcinomu prostaty – State of the art lecture

- 2 (96.) M. Záleský, M. Urban, Z. Šmerhovský, R. Zachoval, M. Lukeš, J. Heráček
Význam power Doppler sonografie s 3D rekonstrukcí v předoperační diagnostice extraprostatického rozsahu tumoru u klinicky lokalizovaného karcinomu prostaty
- 3 (97.) V Klemenc, J. Balák, P. Nencka, V. Vik, V. Vomáčka, R. Zachoval
TRUS a power Doppler ultrasonografie při detekci karcinomu prostaty – kom. poster
- 4 (98.) P. Nencka, R. Zachoval, V. Klemenc, J. Balák, F. Koukolík, V. Dorazilová, J. Vedralová, R. Matěj
Záchyt karcinomu prostaty TRUS kontrolovanou biopsií u mužů s elevací PSA bez palpační suspekce při DRE
- 5 (99.) P. Verner, L. Jarolím, I. Kawaciuk, P. Dušek, M. Chocholatý, M. Schmidt, M. Rejchrt, J. Soukup
Rebiopsie prostaty: srovnání nálezů s výsledky prvotních biopsií odběrem 12 vzorků v periprostatické anestézii. Soubor 78 nemocných
- 6 (100.) J. Stolz, K. Novák, M. Pešl
Subjektivní hodnocení bolesti nemocných v průběhu transrektální sextantové biopsie prostaty – kom. poster
- 7 (101.) A. Čermák, D. Pacík, G. Varga, V. Lenko, N. Marečková, M. Chudý, M. Nussir
Videňský nomogram: optimalizace počtu vzorků biopsie prostaty – kom. poster
- 8 (102.) L. Šafařík, K. Novák, J. Stolz, M. Pešl, J. Zlatohlávek, J. Čížková, M. Šajtarová, J. Dvořáček
Automatizovaná regresní model pro vypočítání pravděpodobnosti přítomnosti karcinomu prostaty – kom. poster

14.45–16.15 **KARCINOM PROSTATY – TERAPIE** / moderace: L. Jarolím, D. Pacík

- 1 (103.) K. Bartoníčková, L. Jarolím, O. Nyč
Indikace antibiotické léčby u pacientů po radikální prostatektomii – kom. poster
- 2 (104.) M. Schmidt, I. Minárik, L. Jarolím, I. Kawaciuk, Š. Veselý, P. Verner
Striktura vezikouretrální anastomózy po radikální prostatektomii – kom. poster
- 3 (105.) I. Minárik, Z. Tobiášová, I. Kawaciuk, J. Bartůňková
Charakteristika funkce a fenotypu dendritických buněk pacientů po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty – kom. poster
- 4 (106.) O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, P. Drlík, O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Da Vinci prostatektomie – první zkušenosti
- 5 (107.) L. Jarolím, I. Kawaciuk, M. Schmidt, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Hodnoty PSA u nemocných po radikální prostatektomii bez biochemické recidivy
- 6 (108.) M. Schmidt, L. Jarolím, I. Kawaciuk, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Velocita biochemické recidivy po radikální prostatektomii ve vztahu k charakteru karcinomu prostaty
- 7 (109.) L. Jarolím, I. Kawaciuk, M. Schmidt, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Charakteristika nemocných s biochemickou recidivou po radikální prostatektomii
- 8 (110.) I. Kolombo, T. Hanuš, R. Štuková, J. Kolombová, J. Porš, R. Pabišta, M. Poršová
Denzitometrie a osteomarkery u karcinomu prostaty – kom. poster
- 9 (111.) M. Matoušková, M. Hanuš, J. Dušek
Chemoterapie karcinomu prostaty, možnosti cytotoxické léčby, její racionální podání
- 10 (112.) M. Matoušková, M. Hanuš, B. Malinová
Krátkodobý režim – LHRH analoga s radiací. Osmileté zkušenosti u nemocných s karcinomem prostaty
- 11 (113.) D. Pacík, V. Vít, P. Šlampa
Hodnocení efektu adjuvantní léčby bicalutamidem 150 u pacientů s karcinomem prostaty po radioterapii s kurativním záměrem
- (114.) I. Kolombo, P. Beňo, M. Toběrný, M. Bartůňek
Robotická da Vinci radikální prostatektomie – naše první zkušenosti – nek. poster

- (115.) P. Macek, P. Stricker, V. Chalasani
Redukce objemu prostaty intraprostatickou aplikací botulinum toxinu – možná alternativa – nek. poster

16.15–16.30 **ZÁVĚR KONFERENCE**

16.30–16.45 **VYHLÁŠENÍ CEN**

► ► ► **BAZILIKA – VEDLEJŠÍ SÁL**

8.00–9.00 **VARIA, BENIGNÍ HYPERPLAZIE PROSTATY** / moderace: M. Rosenberg, I. Anděl

- 1 (57.) L. Valanský, L. Beňa, V. Nagy, M. Iláš, J. Bober, P. Závacký, J. Blažejová, V. Sihotský, R. Roland
Urologické komplikácie po transplantácii obličky a ich liečba v našom klinickom materiáli
- 2 (58.) M. Broďák, P. Navrátil, J. Pacovský
Transplantace ledviny u pacientů s refluxní nefropatií nativních ledvin – kom. poster
- 3 (59.) J. Pacovský, P. Navrátil, M. Broďák, M. Louda
Transplantace ledviny u nemocného s polycystózou ledvin – vlastní zkušenosti – kom. poster
- 4 (60.) D. Němec, K. Mainer, J. Krhut
Poranění ledvin
- 5 (61.) A. Vidlář, R. Fiala, R. Vrtal, M. Grepl, V. Študent, F. Zátura
Použití submukózy tenkého střeva (SIS) při léčbě uretrálních striktur
- 6 (62.) R. Sobotka, R. Kočvara, J. Dvořáček
Dlouhodobé výsledky uretroplastik s použitím bukalní sliznice v různých modifikacích
- (63.) V. Mašková, J. Sachová, M. Urban, M. Laboš, M. Dvořáček, O. Černá
Infarkt ledviny, vzácně diagnostikované postižení ledviny u mladé pacientky – kazuistika – nek. poster
- (64.) G. Varga, D. Pacík, A. Čermák
Kompletná duplikácia močového mechúra a uretry u dospeléj ženy – kazuistika – nek. poster
- (65.) R. Vrtal, A. Vidlář, R. Fiala
Řešení panuretrální striktury pomocí SIS matrix – nek. poster
- 7 (66.) J. Fillo
Príspevok k diagnostike chronického panvového bolestivého syndrómu – kom. poster
- 8 (67.) P. Verner, L. Jarolím, I. Kawaciuk, M. Schmidt, L. Hyršl
Medikamentózní léčba benigní hyperplazie prostaty kombinací alfalytik a antimuskarinik: indikační kritéria a první výsledky – kom. poster
- (68.) M. Hajný, D. Pacík, A. Čermák
Vplyv zmeny medikácie z Omnic na Omnic Tocas u pacientov s BPH na frekvenciu nykturií – nek. poster
- (69.) S. Veselý, M. F. Müller, T. Knutson, R. Peeker, M. Hellström, C. Dahlstrand
Transuretrální mikrovlnná terapie benigní hyperplazie prostaty – využití magnetické rezonance v hodnocení efektu terapie a stanovení parametrů ovlivňujících léčbu – nek. poster
- (70.) J. Klečka, M. Hora, V. Eret
Naše první zkušenosti s fotoselektivní vaporizací prostaty (PVP) v České republice – nek. poster

10.30–10.45 **COFFEE BREAK**

10.45–12.00 **URODYNAMIKA** / moderace: R. Zachoval, J. Ženíšek

- 1 (84.) F. Zátura
Experimentální studie metrologických vlastností profilometrických katetrů – kom. poster
- 2 (85.) P. Drlík, O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, Z. Otava
První zkušenosti s profilometrií horních močových cest – kom. poster
- 3 (86.) L. Zámečník, T. Hanuš, I. Pavlík
Hodnocení „symptom index“ a „problem index“ u pacientek s intersticiální cystitidou – kom. poster

- 4 (87.) J. Švihra, M. Stehlík, J. Ľupták, J. Kliment
Metaanalýza použitia placebo v randomizovaných klinických štúdiách v liečbe hyperaktívneho močového mechúra
- 5 (88.) R. Vrtal, F. Zátura, A. Vidlář
První zkušenosti s užitím Duloxetinu u pacientek se stresovou inkontinencí – kom. poster
- 6 (89.) L. Zámečník, T. Hanuš, J. Dvořáček, J. Stolz, R. Sobotka
První zkušenosti s lokální léčbou stresové inkontinence preparátem Urodex® – kom. poster
- 7 (90.) J. Ženíšek
Botulinum toxin v léčbě non neurogenní a neurogenní hyperaktivity měchýře – kom. poster
- 8 (91.) J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer
Intravaginální protruze po miniinvasivní aplikaci heterologních pásek – zkušenosti s řešením komplikace
- 9 (92.) M. Urban, J. Heráček, S. V. Romano, P. Palascak, W. Gómez-Orozco
Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence – sling argus – kom. poster
- 10 (93.) M. Rejchrt, L. Hyršl, V. Hyšperská, J. Kříž
Hodnocení výsledků urologické léčby u nemocných po míšních poraněních
- 11 (94.) L. Zámečník, K. Novák, V. Soukup, E. Havrdová, I. Nováková, D. Horáková
Závisí vývoj dysfunkce mikce na typu postižení a neurologické léčby u roztroušené sklerózy? – kom. poster
- 12 (95.) R. Zachoval, V. Vik, M. Záleský, J. Heráček, M. Lukeš, M. Urban, K. Mayerová, E. Medová, J. Piňha
Augmentační cystoplastika u pacientů s roztroušenou sklerózou – dlouhodobé sledování – kom. poster

12.00–13.00 **OBĚD**

16.15–16.45 **ZÁVĚR KONFERENCE / VYHLÁŠENÍ CEN**

1. Retroperitoneoskopická nefropexie pro ren migrans – technické aspekty a výsledky

I. Kolombo^{1,2}, M. Hrubý², J. Porš², J. Hain²,
P. Kašák², D. Berndt²

¹Centrum robotické chirurgie a urologie
Nemocnice Na Homolce, Praha

²Urologie a chirurgie Městské nemocnice Turnov

Cíl: Ren migrans může působit obtíže charakteru intermitentních bolestí (Dietlovské krize) a může se podílet na zhoršování funkce ledviny. Ve většině případů v léčbě postačují režimová opatření. Při selhání konzervativního postupu může být vhodná chirurgická léčba. U naší nemocné, kde selhala konzervativní léčba, jsme se zaměřili na technické aspekty retroperitoneoskopicky provedené nefropexie (videoprezentace) a výsledky této miniinvazivní metody.

Metoda: Nemocná sledována v naší urologické poradně od 20 let věku pro intermitentně obtěžující bolesti až charakteru Dietlovských krizí při pravostranné bloudivé ledvině. Nemocná podrobně vyšetřena včetně vylučovací urografie, kde ve stoje patrný sestup ledviny o výšku 2 obratlových těl s obrazem „uvadlé květiny“. Při režimových opatřeních pouze přechodné zmírnění obtíží a dle dynamické scintigrafie ledvin postupné zhoršování funkce pravé ledviny (38%). Nemocná ve věku 24 let provedena retroperitoneoskopická nefropexie.

Výsledky: Operace (viz. videoprezentace) i pooperační období se zcela klidným nekomplikovaným průběhem. Nemocná profitovala s miniinvazivní výkonu. Již první pooperační den dobře tolerovala perorální příjem. Vysazení analgetik-anodyn bylo možné od 2. pooperačního dne. Nemocná propuštěna 4. den do domácího ošetření. Nemocné vymizely obtíže. S odstupem půl roku provedena kontrolní dynamická scintigrafie ledvin, která prokazuje zlepšení funkce pravé ledviny (42%) bez jejího poklesu při vyšetření ve stoje.

Závěr: Retroperitoneoskopická nefropexie bloudivé ledviny představuje dle naší zkušenosti dobrou miniinvazivní léčebnou alternativu v případě, kdy selže konzervativní postup.

2. Laparoskopická resekce cystické expanze středního segmentu pravé ledviny

O. Kaplan, J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej,
P. Drlík, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Urologické oddělení ÚVN Praha

Cíl: Pomocí miniinvazivní laparoskopické techniky lze provést i ledvinu šetřící výkon pro expanzi v blízkosti renálních hilových cév.

Materiál a metody: Na videozáznamu prezentujeme laparoskopickou resekci cystické expanze lokalizované na ventrálním labiu pravé ledviny v blízkosti renálních hilových cév, velikosti 35x25 mm s hrubými kalcifikacemi a postkontrastně se sytící stěnou klasifikovanou do IV. třídy dle Bosniaka. U 69letého nemocného byl zvolen laparoskopický přístup v lumbotomické poloze s využitím 4 standardních portů (2x5 mm, 10 mm a 12 mm) a páteře k fixaci jater (5 mm). Demonstrujeme preperaci renálních hilových cév a povrchu cystické expanze. Vlastní resekce vedena bez zajištění hilových cév svorkou s využitím bipolární a monopolární koagulace ve vrstvě mezi pouzdrem útvaru a renálním parenchymem. Spodina byla ošetřena koagulací a surgicellem s dostatečným hemostatickým efektem bez sutury okrajů resekce. Následně preparát odstraněn z peritoneální dutiny v sáčku mírně rozšířenou incizí po 12 mm portu. Demonstrován preparát a výsledný kosmetický efekt po sutuře ran.

Výsledky: Operace trvala 90 minut. Peroperačně byla podána ATB. Krevní ztráta byla do 100 ml. Drenáž operační rány jsme odstranili 2. pooperační den. Analgetika byla podávána 1. pooperační den, dále již analgetickou léčbu pacient nevyžadoval. Do domácího léčení propuštěn 4. pooperační den. Histologický nálezní odpovídal multicystické variantě světlobuněčného renálního karcinomu.

Závěr: Laparoskopické ledvinu šetřící výkony lze využít v léčbě přísně vybraných nádorů ledvin i bez zajištění renálních hilových cév svorkou.

3. Laparoskopická resekce tumoru ledviny

M. Hora¹, J. Klečka jr.¹, T. Üрге¹, V. Eret¹,
J. Ferda², O. Hes³

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav
LF UK a FN Plzeň

³Radiodiagnostická klinika LF UK a FN Plzeň

Cíl: Laparoskopická resekce (LR) tumoru ledviny je relativně novou modalitou v léčbě nádorů ledvin a je schopna nahradit část otevřených resekcí tumorů ledvin. V práci prezentujeme náš technický postup LR.

Metodika: Od 9/2004 do 5/2006 bylo provedeno 23 LR. LR provádíme technikou s klampováním hilových cév cévní svorkou, následuje resekce pomocí nůžek a sutura spodiny a okrajů ledviny intrakorporálním stehem. V některých případech je užito tkáňové trombinové lepidlo (FloSeal®) a/nebo tkaná celulóza (Surgicel®). U jedné pacientky byla pro krvácení po uvolnění hilu provedena konverze. Zbýlých 22 dokončených LR je podrobněji zhodnoceno.

Výsledky: Přístup byl laparoskopický, pouze 1x retroperitoneoskopický. Věk pacientů byl 61 ± 16 (25–83) let. Velikost tumoru dle CT byla 27 ± 6 (20–37) mm. Čas operace byl 130 ± 23 (95–180) minut. Doba uzavření hilu (teplé ischemie) byla 24 ± 7 (9–40) minut. Krevní ztráta byla 160 ± 274 (10–1300) ml. Pooperační krvácení léčené konzervativně se vyskytlo dvakrát (podána 1 resp. 4 RES).

Závěr: LR je technicky náročný výkon. Vhodné jsou zejména extrarenálně rostoucí tumory dobře dostupné laparoskopickým nástrojem. Oproti otevřené resekcii je méně invazivní, ale je vyšší riziko krvácivých komplikací a je zde delší doba teplé ischemie. Lepší plánování výkonu umožňuje multidetektorové CT včetně CT angiografie. U 2/3 tumorů je i nadále nutný otevřený výkon, který lze stále považovat za zlatý standard.

4. Laparoskopická heminefrektomie

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

Úvod: Laparoskopie se v urologii velmi dynamicky vyvíjí. Využívá se i při řešení vrozených vad ledvin a horních cest močových. Prezentovaný videoklip představuje případ 26leté pacientky s diagnózami vrozené hydronefrózy kaudální části zdvojené pravé ledviny a zdvojeného pravého ureteru.

Cíl: Využití laparoskopie při řešení vrozených vad ledvin a horních cest močových.

Soubor, metodika: V roce 2005 bylo na urologické klinice provedeno 18 resekcí ledvin a 4 heminefektomie otevřenou cestou, laparoskopicky 14 resekcí ledvin a jedna laparoskopická heminefektomie.

Výsledky: USG vyšetření ledvin prokázalo extrémní dilataci dutého systému vpravo. Spirální CT vyšetření prokázalo pokročilou masivní hydronefrózu kaudální části dutého systému zdvojené pravé ledviny. Dynamická scintigrafie ledvin 99mTc MAG (merkaptacetyl glycerin značený 99 metastabilním techneciem) prokázala svraštělou pravou ledvinou s nízkou sekreční funkcí (21 %) a s poruchou evakuace vakovité pánvičky.

Nález byl indikován k laparoskopické heminefektomii postižené části pravé ledviny. Při operaci, po vytvoření kapnoperitonea, byly zavedeny 4 porty – 10 mm videoport do umbiliku, 12 mm do podbřišku a dva 5 mm porty do podžebří pro pracovní nástroje. K přerušení cévního svazku a zdvojeného pravého ureteru byly použity uzamykatelné klipy Hem-o-lok® Weck. Tyto klipy se též použily i při rekonstrukci zadního peritonea. K oddělení kaudální části ledviny byla použita jak bipolární koagulace, tak bipolární počítačem řízené diatermie (LigaSure®).

Závěr: Laparoskopii lze použít i při řešení vrozených vad ledvin a horních cest močových a umožňuje u těchto pacientů též časný návrat do běžného života a zkracuje tak dobu hospitalizace.

5. Tumor retroperitonea s invazí do renálních cév a dolní duté žíly – kazuistika s videozáznamem

R. Šístek, V. Kotek, R. Zachoval
Urologické oddělení Nemocnice Třebíč

Cíl: Presentace kazuistiky nemocné (55 let) s tumorem pravostranného retroperitoneálního prostoru s intimním vztahem k pravé ledvině, invazí do jejích hilových cév a do dolní duté žíly (dle CT vyšetření).

Metoda: Prvním a jediným příznakem bylo intermitentní pobolívání pod pravým subchondriem. Bylo indikováno UZ vyšetření s náhodným nálezem expanse horního polu pravé ledviny. Následné CT vyšetření zjistilo paravertebrálně vpravo v oblasti horního polu ledviny nehomogenní hypodensní útvar o rozměru 53x85x70 mm, intimně naléhající na hilové cévy ledviny a na stěnu dolní duté žíly. RTG plic a UZ jater byly negativní. Scintigrafie skeletu prokázala drobná ložiska vyšší akumulace RF v L1, L4, Th8. CT a NMR obratlů vyloučilo metastatickou disseminaci. Endokrinologické vyšetření vyloučilo hormonální aktivitu tumoru. Nemocná byla indikována k operačnímu zákroku.

Výsledky: Byla provedena kompletní exstirpace tumoru retroperitonea vpravo, nefrektomie vpravo, partiální resekce dolní duté žíly z důvodu infiltrace tumorem. Pooperační průběh byl bez komplikací, všechny laboratorní hodnoty byly v normě. Histologické vyšetření: dobře ohraničený, ložiskově regresivně změněný, dobře diferencovaný leiomyosarkom s vysokou mitotickou aktivitou, o velikosti 117x96x71 mm a hmotnosti 348 g. Pravá ledvina s močovodem byla bez nálezu patologických změn. Část okraje nadledviny odebraného z důvodu kontroly onkologické radikalit byla bez přítomnosti nádorových změn.

Závěr: Nemocná byla propuštěna domů 14. pooperační den, operační rána zhojena p.p.i.

Po operaci je v dobré fyzické kondici, bez známek onemocnění, dispenzarizována.

6. První zkušenosti s laparoskopickou pyeloplastikou

V. Študent, I. Hartmann, M. Hrabec, O. Šmakal
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Zhodnocení nově zavedené miniinvazivní metody v chirurgické léčbě hydronefrózy.

Metody: Od ledna 2005 do dubna 2006 byla provedena laparoskopická transperitoneální pyeloplastika u 7 dospělých. Ve všech případech byla provedena předoperačně sonografie, IVP nebo CT a dynamická scintigrafie MAG3. Laparoskopický výkon byl proveden v lumbotomické poloze, transperitoneálně. Předoperačně byl zaveden double J stent, při preparaci bylo užito harmonického skalpelu. Vpravo po odpreparování colon ascendens, vlevo transmezokolicky. Pyeloplastika byla provedena dle Anderson-Hynes, pokračující steh safil 5/0.

Výsledky: Průměrný věk operovaných byl 28 let. Průměrná doba výkonu 150 minut (220–90) byla závislá na learning curve (poslední operace 90 minut). Krevní ztráty ±26 ml, 1x dočasná urinozní sekrece. V jednom případě odstranění nefrolithiázy za využití flexibilního nefroskopu.

U 4 nemocných byl nalezen akcesorní cévní svazek. Průměrná doba hospitalizace 5,5 dne.

Rekonvalescence byla ve 2 případech komplikována neobstrukční pyelonefritidou při zavedeném double J stentu. 4. až 6. pooperační týden byly odstraněny stenty. Pooperační sonografie neprokázala přetrvávající obstrukci.

Závěr: Laparoskopická pyeloplastika je metodou volby, nicméně vyžadující learning curve, poté jsou výsledky srovnatelné s otevřenou pyeloplastikou, ale s jasně lepším kosmetickým efektem.

7. Funkční výsledky laparoskopické pyeloplastiky

J. Kopecký, J. Krhut, K. Mainer
Urologické oddělení FN sP Ostrava-Poruba

Cíl: Laparoskopická pyeloplastika je metodou volby v chirurgickém řešení obstrukce pyeloureterálního přechodu. Práce hodnotí funkční výsledky této metody na našem pracovišti.

Materiál a metoda: Soubor zahrnuje celkem 24 pacientů, kteří byli operováni na našem oddělení v období 4/2004–11/2005. U všech pacientů byla preoperačně scintigraficky prokázána porucha drenáže dutého systému ledviny obstrukčního typu. U všech pacientů byla standardní laparoskopickou technikou provedena resekční pyeloplastika z transperitoneálního přístupu.

Funkční výsledky hodnotíme s odstupem 6 měsíců po operaci. Hodnotíme subjektivní spokojenost pacienta a výsledky dynamické scintigrafie ledvin.

Výsledky: V souboru bylo dosaženo subjektivní spokojenosti s výsledkem operace u všech pacientů. Při scintigrafickém vyšetření ledvin nebyla ani v jednom případě prokázána perzistující obstrukční porucha drenáže. Přetrvávající dilataci dutého systému při vyšetření zobrazovacími metodami (ultrazvukové vyšetření, vylučovací urografie) u 9 pacientů (37,5%) nepovažujeme za klinicky relevantní.

Závěr: Na základě našich zkušeností se domníváme, že laparoskopická pyeloplastika je metodou volby při chirurgickém řešení obstrukce pelvioureterálního přechodu. Jedná se o metodu s nízkou invazivitou a dobrými funkčními výsledky.

8. Výsledky chirurgické léčby feochromocytomu v letech 1999–2006 na Urologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze

L. Šafařík¹, K. Novák¹, J. Zelinka², M. Kršek²,
J. Widimský², V. Ciprová³, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

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

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

Cíl: Feochromocytom patří k raritním nádorům. Přestože maligních nádorů je méně než 10%, nositeli může způsobit náhlou smrt na podkladě zhroucení kardiiovaskulárního systému v důsledku nadprodukce katecholaminů.

Metoda: V průběhu 7 let bylo operováno 41 nemocných, převážná většina laparoskopickou technikou. Otevřeně byli operováni nemocní po roce 2001 jen s hmotností nádoru nad 500g nebo s recidivou. Primárně otevřeně bylo operováno 7, primárně laparoskopicky 34 nemocných. Pět laparoskopických operací bylo konvertováno. Dvě laparoskopické operace byly revidovány pro krvácení, z toho jedna laparoskopicky.

Výsledky: Z 41 nemocných bylo 19 mužů a 22 žen (46,3%, 53,7%), poměr pravé a levé strany byl 24:17. Průměrná hmotnost nádoru u mužů a žen byla 208 vs 127,7g (max. 1200g). Součástí MEN 2 syndromu byl nádor u 1 muže a 2 žen. Maligní varianta byla histologicky prokázána 2x, 3x byli nemocní operováni pro recidivu a 1x pro reziduální nádor. Čtyři nemocní měli generalizaci onemocnění již před operací. Předoperačně byla u 16 nemocných hypersekrece epinefrinu, 21krát norepinefrinu a 1krát dopaminu. Ve 21 případech byla zjištěna hypersekrece více než 1 katecholaminu. Po operaci došlo k normalizaci biochemických výsledků v 24 případech, u 12 nemocných přetrvávala vyšší hodnota norepinefrinu v moči, v průměru 1,28 násobku normální hodnoty (předoperačně 9,1).

Závěr: Operace pro feochromocytom je stále velmi riskantní. Normalizace TK bez potřeby další medikace byla ve 30 případech. Po odečtení primárně generalizovaných a jiných příčin hypertenze byla úspěšná léčba všech nemocných v 85,7% případů.

9. Laparoskopická adrenalektómia – štandardná liečba ochorení nadobličiek

J. Ľupták¹, J. Všeticka², M. Vraný³, J. Švihra¹,
B. Eliáš¹, R. Tomaškin¹, J. Kliment¹

¹Urologická klinika JLF UK a MFN Martin

²Urologické oddelenie Nemocnice Jablonec nad Nisou

³Chirurgické oddelenie, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Cieľ: Laparoskopická adrenalektómia predstavuje v súčasnosti štandardnú liečbu pri ochoreniach nadobličiek. Cieľom práce bolo vyhodnotiť výsledky transperitoneálnej adrenalektómie za 10 rokov.

Materiál a metódy: V rokoch 1996–2005 sme urobili na dvoch pracoviskách 131 laparoskopických adrenalektómií (57 vpravo, 74 vľavo) pre nádor nadobličky, celkove u 129 pacientov (78 mužov, 51 žien), priemerného veku 47,3 roka (21–73 rokov). Obojstrannú adrenalektómiu sme urobili u dvoch pacientov (1 pacient s centrálnym Cushingovým sy. a druhý s podozrením na obojstrannú metastázu malígneho Schwanomu). Sprievodnú hypertenziu malo 37 (28,7 %) pacientov a 42 (32,6 %) malo pred operáciou minimálne jednu operáciu v dutine brušnej.

Výsledky: Priemerná veľkosť odstráneného nádoru bola 4,1 cm (1,1–8,7 cm). Priemerný operačný čas bol 136 min (42–280 min), pričom u druhej polovice pacientov sa skrátil priemerne o jednu tretinu. Transfúziu krvi sme podali 7 (5,4 %) pacientom a priemerná strata krvi bola 103 ml (10–2200 ml). Šiesti pacienti (4,7 %) mali operačnú revíziu pre krvácanie z lôžka po adrenalektómii, alebo pre poranenie v. cava inferior. Krvácanie u jedného pacienta bolo ošetrené laparoskopickým prístupom. Histologickým vyšetrením bol potvrdený adenóm u 59 (45,1 %), nodulárna hyperplázia u 39 (29,8 %), feochromocytóm u 21 (16,0 %), myolipóm u 7 (5,3 %), ganglioneuróm u 3 (2,3 %) a metastáza obličkového nádoru u 2 (1,5 %) pacientov. Priemerná doba hospitalizácie bola 4,7 dňa (3–17 dní).

Záver: Laparoskopická adrenalektómia je bezpečná a efektívna liečba ochorení nadobličiek, ktorá predstavuje metódu prvej voľby pri nádorových ochoreniach menších ako 6 cm.

10. Chirurgické riešenie uroteliálnych karcinomů horních cest močových

P. Kočovská¹, M. Hora¹, J. Klečka¹, T. Ůrge¹,
Z. Chudáček³, M. Roušarová²

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Národní onkologický registr LF UK a FN Plzeň

³Radiodiagnostické oddělení, LF UK a FN Plzeň

Cíl: Na vlastním souboru prezentovat změny chirurgické terapie uroteliálních karcinomů horních cest močových.

Metoda: V letech 1991 až 2005 bylo chirurgicky řešeno 71 pacientů s uroteliálním karcinomem (UK) horních cest močových, z toho 31 žen (43,6 %). Věk pacientů byl 47–87 let (průměr 66 let). Nádorem ledvinné pánevičky bylo postiženo 66 pacientů (93 %), z toho vpravo ve 33 případech (46,4 %).

Výsledky: Ve 40 případech (56,3 %) byla provedena nefroureterektomie. Distální ureter byl ošetřen endoskopicky („Plug“ metoda pomocí Collinsova nože) v 19 případech (47,5 %), u ostatních otevřeně. U 18 nemocných (25,3 %) jsme provedli pouhou radikální nefrektomii pro domnělý parenchymový nádor. UK byl diagnostikován až na základě histologického vyšetření. U 7 nemocných (38,9 %) pak byla doplněna exstirpace distálního ureteru, jedna pacientka operaci odmítla. U 10 pacientů (55,6 %) byl ureter ponechán pro pokročilý UK. U 5 pacientů (7 %) byla provedena nefrektomie s parciální resekci ureteru pro spontánní rupturu ledviny či zánětlivé komplikace. Translumbální resekce UK byla provedena ve 2 případech (2,8 %). U 1 pacienta jsme provedli resekci ureteru. Chirurgicky inoperabilní nález byl u 5 pacientů (7 %). Délka dispenzarizace nemocných po operaci byla 27,2 ± 30,2 měsíců.

Závěr: V chirurgické terapii UK horních cest močových je v současné době u nižších stádií posun k miniinvazivním technikám. V diagnostice tumorů horních cest močových sehrává důležitou roli ureterorenoskopie a cytologie moči. V diferenciální diagnostice musíme vyloučit především parenchymový nádor ledviny, což bývá u infiltrativně rostoucích forem bez biopsie obtížné. Tyto případy se omylem poté operují radikální nefrektomií a ureterektomie musí být doplněna dodatečně.

11. Úloha lékaře prvního kontaktu v prevenci pozdní diagnózy nádorů varlat

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

Cíl: Cílem studie bylo zjistit úlohu lékaře prvního kontaktu v prevenci pozdní diagnózy nádorů varlat.

Metoda: Výzkum byl proveden formou telefonického dotazníku v období od 1/2006 do 5/2006. Bylo osloveno 68 lékařů prvního kontaktu v pražském regionu. Na dotazník odpovědělo 64 dotázaných (95%). Průměrný věk dotázaných byl 51 let (32–76 let). Průměrná délka praxe dotázaných lékařů byla 22 let.

Výsledky: Téměř každý lékař (98,4 %) byl přesvědčen o nutnosti pravidelného samovyšetřování varlat v prevenci pozdní diagnózy nádoru varlat. Se samovyšetřováním považovalo 76 % dotázaných vhodné začít mezi 15.–20. rokem života. Avšak 41 % dotázaných se domnívalo, že samovyšetřování se má provádět každé 3 měsíce i déle. O způsobu a technice samovyšetřování varlat poučovala své nemocné necelá polovina (49 %) lékařů prvního kontaktu. Ostatní lékaři prvního kontaktu jako nejčastější důvod udávali nedostatek času v 44 %, stud v 19 %, 25 % zapomínalo vyšetřit a 12 % neuvedlo důvod. Oblast skrota vyšetřovalo pouze 35 % lékařů prvního kontaktu při preventivní prohlídce nebo jako součást celkového vyšetření, 60 % jen pokud měl pacient potíže, 5 % nevyšetřovalo skrotum vůbec.

Závěry: Lékaři prvního kontaktu mají významnou úlohu v diagnostice nádoru varlat a včasného odeslání k urologickému vyšetření, výjimečně u retinovaných varlat i v prevenci onemocnění. Součástí preventivních prohlídek, celkového vyšetření nemocného by mělo být vyšetřeno i skrotum a pacient by měl být poučen o důvodu a způsobu samovyšetřování varlat.

12. Dva případy leiomyomu vesikovaginálního septa – kazuistika

M. Chocholatý¹, P. Dušek¹, I. Kawaciuk¹,
J. Zámečník², E. Bureš², L. Oktávcová³

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

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

³Diagnostické centrum Mediscan Praha

Cíl: Popsány dva případy leiomyomu vesikovaginálního septa. Jedná se o raritní nádor s dobrou prognózou, který malignizuje jen ojediněle.

Metoda: V roce 2005 jsme operovali dvě nemocné s leiomyomem vesikovaginálního septa. U první nemocné byl náhodně při preventivní gynekologické prohlídce zjištěn tuhý hrboletý nebolestivý útvar na přední poševní stěně nad hrdlem močového měchýře. Sonografické vyšetření prokázalo solidní útvar vyklenující stěnu močového měchýře, vylučovací urografie a cystografie kulovité projasnění. Při cystoskopii byla nalezena nadzdvížená spodina těsně za hrdlem močového měchýře s intaktní sliznicí. Transvaginálně byla odebrána biopsie s negativním nálezem. Druhá nemocná byla vyšetřována pro urgence. Při bimanuálním vyšetření byl nalezen na přední poševní stěně elastický útvar. Vylučovací urografie a sonografické vyšetření vykazovalo obdobný nálezu jako u předchozí pacientky. Na CT vyšetření se zobrazila hladce konturovaná hypovaskularizovaná expanze nesouvisející s močovým měchýřem. U první nemocné byl nádor odstraněn z transvezikálního přístupu. Druhá nemocná byla vzhledem k nálezu na CT indikována k operační revizi malé pánve. Při revizi byl odstraněn nádor s přilehlou stěnou měchýře. Nádor s měchýřem nesouvisel, pouze na něj v jednom místě těsně naléhal.

Výsledky: Obě nemocné se zhojily bez komplikací. Histologie prokázala u obou nemocných středně buněčný leiomyom vesikovaginálního septa.

Závěry: Obě pacientky se zhojily bez komplikací. Leiomyom vesikovaginálního septa je raritní nádor s dobrou prognózou.

13. Porovnání doby pozdní diagnózy, stadia onemocnění a mikroskopického složení nádoru varlat v souboru nemocných z let 1986–1995 a 1996–2005

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

Cíl: Porovnání doby pozdní diagnózy, mikroskopického složení nádoru a stadia onemocnění u souborů nemocných z let 1986–1995 a 1996–2005.

Metoda: Hodnotili jsme dva soubory nemocných s nádorem varlat po radikální orchiektomii. První z let 1986–1995 zahrnuje 65 nemocných. Průměrný věk nemocných 38 let (17–76 let). Druhý soubor z let 1996–2005 zahrnuje 144 nemocných, průměrný věk 35 let (18–78 let).

Výsledky: V období od 1986 do 1995 byla zahájena adekvátní terapie nádoru varlat v průměru za 150 dnů, resp. u 30 % nemocných za více než 180 dnů od manifestace nádoru varlat. V období od 1996 do 2005 bylo zahájení terapie oddáleno v průměru o 119 dnů, resp. u 24 % nemocných o více než 180 dnů. Průměrná doba pozdní diagnózy ve vztahu k stadiu onemocnění a mikroskopickému složení nádoru je uvedena v tabulce.

Závěry: Za posledních deset let se doba od manifestace onemocnění do stanovení diagnózy zkrátila v průměru o měsíc proti předchozímu období. Prodloužila se však u non-seminomu a smíšených nádorů. Procentuální zastoupení nemocných ve třetím stadiu onemocnění se lehce zvýšilo. Je proto vhodné zvýšit osvětu mezi laickou veřejností i lékaři prvního kontaktu se zaměřením se na včasnou diagnózu nádoru varlat.

Stadium onemocnění a histologie	1986–1995		1996–2005	
	Počet nemocných	Pozdní diagnóza (dny)	Počet nemocných	Pozdní diagnóza (dny)
I. stadium	36 (59 %)	67	90 (65 %)	72
II. stadium	17 (28 %)	216	29 (21 %)	78
III. stadium	8 (13 %)	333	19 (14 %)	428
Seminom	34 (52 %)	92	63 (44 %)	87
Non-seminom	12 (19 %)	87	27 (19 %)	136
Smíšený nádor	15 (23 %)	183	48 (33 %)	278
Non-germinální nádor	4 (6 %)	281	6 (4 %)	20

14. Chemoterapie u nemocných s generalizovaným germinativním nádorem

P. Dušek, M. Chocholatý, L. Jarolím, I. Kawaciuk, L. Hyršl, M. Pročková, L. Teršípová
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: V retrospektivní studii jsme zhodnotili účinnost chemoterapie u nemocných s generalizovaným germinativním nádorem.

Materiál a metodika: V letech 2002–2006 jsme léčili primárně systémovou chemoterapií 21 nemocných s generalizovaným germinativním nádorem. Průměrný věk souboru nemocných byl 29 let (19–46). V souboru bylo 18 nemocných s primárně generalizovaným nádorem varlete, jeden s recidivou onemocnění po dvaceti jedna letech a dva nemocní měli primární germinativní nádor retroperitonea. Dvacet nemocných bylo léčeno chemoterapií v kombinaci bleomycin, etopozid a cisplatina. U posledního nemocného – s recidivou onemocnění – bylo při předchozí léčbě dosaženo maximální kumulativní dávky bleomycinu, proto jsme použili chemoterapii druhé linie v kombinaci ifosfamid, paklitaxel a cisplatina. Celkem bylo podáno 96 cyklů chemoterapie. Po chemoterapii následovala chirurgická intervence s odstraněním reziduální tkáně v oblasti metastáz.

Výsledky: Kompletní odpověď k chemoterapii jsme dosáhli u 14/21 (66,7 %) a parciální odpověď u 6/21 (28,6 %) léčených. U jednoho nemocného přes dosažení regrese metastáz jsme stav hodnotili jako stabilizaci onemocnění. Tři z šesti nemocných, u kterých nebyla dosažena kompletní odpověď, a další jeden s kompletní odpovědí, již zemřeli (přes salvage chemoterapii režimy druhé linie). Jeden nemocný s parciální odpovědí, který byl dále léčen chemoterapií druhé a třetí linie v kombinaci s radioterapií, žije se známkami onemocnění 32 měsíců. V průběhu léčby byla zjištěna hematologická toxicita třetího nebo čtvrtého stupně u 23,1 % (5/21) léčených a febrilní neutropenie u 19,4 % (4/21), nikdy však nevedla k ukončení léčby.

Závěry: Systémová chemoterapie je účinnou součástí komplexní léčby nemocných s generalizovaným germinativním nádorem.

15. Nádory testis a poruchy hormonálního profilu a kostního metabolismu

D. Ondruš¹, B. Špániková², M. Ondrušová^{3,4}

¹I. onkologická klinika LFUK a OÚSA Bratislava

²Osteologická ambulancia OÚSA Bratislava

³Národní onkologický register SR, NCZI
Bratislava

⁴Oddelenie epidemiológie nádorov, ÚEO SAV
Bratislava

Úvod a ciele: Zlepšenie prežívania pacientov s nádorom testis vedie k zvýšenému záujmu o dôsledky tohto ochorenia na celý organizmus. Samotný nádor, ale i jeho liečba môžu vplývať na hormonálny stav i na kostný metabolizmus pacienta. Cieľom práce je poukázať na opodstatnenosť zaradiť vyšetrenie hormonálneho profilu a kompletné osteologické vyšetrenie do algoritmov vyšetrení u pacientov s bilaterálnym i jednostranným výskytom nádoru testis.

Klinický súbor a metódy: V období 12/2005–6/2006 bolo vyšetrených 219 pac. s jednostranným (1. súbor) a 35 pac. s bilaterálnym nádorom testis (2. súbor). Každý pacient mal vyšetrený hormonálny profil (hladina testosterónu a LH v sére), marker osteoresorpcie (CTx v sére) a densitu kostnej hmoty (BMD).

Výsledky: Normálna hladina testosterónu bola v 1. súbore u 215/219 (98,2%) pac. a v 2. súbore u 8/35 (22,9%) pac., ostatní mali zníženú hladinu. Rozdiel je štatisticky významný ($p < 0,001$). Normálna hladina LH bola v 1. súbore u 181/209 (86,6%) pac. a v 2. súbore u 6/35 (17,1%) pac., ostatní mali zvýšenú hladinu. Rozdiel je štatisticky významný ($p < 0,001$). Normálny CTx malo v 1. súbore 80/163 (49,1%) pac. a v 2. súbore 13/35 (37,1%) pac., ostatní mali zvýšenú hodnotu. Rozdiel nie je štatisticky významný ($p = 0,2$). Normálnu BMD malo v 1. súbore 112/172 (65,1%) pac. a v 2. súbore 10/33 (30,3%) pac., ostatní mali osteopéniu až osteoporózu. Rozdiel je štatisticky významný ($p < 0,001$).

Záver: Vyšetrovanie hormonálneho profilu by malo patriť k významným aspektom dispenzarizácie pacientov s bilaterálnym i jednostranným výskytom nádoru testis. Súčasťou algoritmu štandardných vyšetrení by malo byť aj osteologické vyšetrenie, aby bolo možné včas zabrániť rozvoju osteoporózy.

16. Pozdní metastázy maligního melanomu v urogenitálním traktu – kazuistika

J. Sachová¹, M. Urban¹, M. Lukeš¹, J. Šach²,
M. Hanuš³

¹Urologická klinika 3. LF UK a FN KV Praha

²Patologický ústav 3. LF UK a FN KV Praha

³Urocentrum Praha

Úvod a cíl: Metastatické postižení urogenitálního traktu melanomem je častým nálezem při autopsiích, ale zřídka se setkáváme s jeho klinickou manifestací. Vzhledem k nespecifickým příznakům může vyvolat značné diagnostické rozpaky. V příspěvku podáváme zprávu o klinickém případě pacienta s pozdně metastazujícím maligním melanomem do urogenitálního traktu.

Metodika: Rešerše literárních odkazů s použitím databáze Medline. 78letý pacient s anamnézou maligního melanomu kůže excidovaného před 20 lety byl přijat pro masivní hematurii, iritační symptomy dolních cest močových a celkové zhoršení stavu. Standardními urologickými vyšetřovacími metodami vyloučen jiný zdroj krvácení. Při panendoskopii zjištěny mnohočetné černé subepiteliální stopkaté tumory velikosti přibližně od 3 do 5 mm, které kontaktně krvácely. Provedena jejich transuretrální resekce.

Výsledky: Histopatologické a imunohistochemické vyšetření prokázalo klinický předpoklad pozdní manifestace metastáz melanomu (po 20 letech). Vzhledem k rychlé progresi nálezu v měchýři, stagingem (CT, RTG plic, excize uzliny) zjištěných mnohočetných metastáz (plíce, kůže, uzliny) a věku pacienta byla indikována pouze paliativní terapie.

Závěr: S metastatickým postižením močového měchýře se v klinické praxi setkáváme vzácně, přesto častým typem metastáz v urogenitálním traktu je maligní melanom. U 15% pacientů je nejčastějším příznakem takto metastazujícího melanomu hematurie. I když se zdá radikální cystektomie metodou volby u potenciálně kurabilních pacientů se solitární metastázou, dosud nebyl v literatuře popsán případ přežití delší než 3 roky. Což demonstruje agresivitu a špatnou prognózu tohoto onemocnění.

17. Synchronní výskyt triplicitního nádorového onemocnění – uroteliálního karcinomu močového měchýře, adenokarcinomu transverza a gastrointestinálního stromálního tumoru

P. Morávek, A. Hafuda, P. Prošvic, V. Giblo
Urologické oddělení Oblastní nemocnice Náchod

Cíl: Cílem práce je připomenout riziko existence vícečetných synchronních nádorových onemocnění a možnost jejich radikální léčby.

Materiál a metody: Muž 71 let, krevní skupina A, Rh faktor negativní, zdravý, bez přidružených onemocnění. Při TUR biopsii v říjnu 2005 prokázán uroteliální karcinom – pT2, N0, M0, G2.

Výsledky: V říjnu 2005 provedena radikální cystektomie pro uroteliální karcinom – pTis, pN0, M0, G2. Stav se pooperačně komplikoval oboustrannou bronchopneumonií a následně dehiscencí uretroneovezikální anastomózy (VIP), pro kterou provedena v listopadu 2005 operační revize a resutura. Pacient plně rehabilitován a propuštěn kontinentní do domácího ošetřování. Dále se pooperační doléčení zkomplikovalo zlomeninou krčku pravého femuru (provedena osteosyntéza) a následně peritonitidou počátkem ledna 2006. Provedena operační revize pro podezření z ruptury neoveziky. Peroperačně zjištěn ascites a tumor hepatální flexury – provedena resekce. Další tumor byl odstraněn na rozhraní jejunu a ilea. Histologicky byl prokázán adenokarcinom tlustého střeva – pT2, pN0, M0, G2 a gastrointestinální stromální tumor nízkého rizika. Následně se stav opět zkomplikoval oboustrannou bronchopneumonií a pacient koncem ledna 2006 zemřel.

Závěry: Výskyt tří nádorových onemocnění patří k raritním nálezům, zvláště pak výskyt synchronní. Zpravidla se jedná o kombinace nádorů GIT či hematologické malignity s nádory dýchacího a urogenitálního traktu, u žen s nádory prsu. Zpravidla se jedná o nemocné s krevní skupinou A v AB0 systému. Výskyt první malignity zvyšuje riziko průkazu malignity další a je oprávněný opakovaný radikální terapeutický přístup.

18. Výskyt urolitiázy v souvislosti s hyperoxalurií

K. Bartoníčková¹, G. Louženský²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²OKBH Kartouzská s.r.o, Praha 5

Cíl: Hyperoxalurie je považována za nejvýznamnější metabolický podklad vzniku kalcium oxalátové litiázy. Ve sledovaném souboru byli sledováni pacienti s hyperoxalurií různé etiologie ve vztahu s výskytem litiázy.

Metoda: Soubor 320 pacientů byl v období 1. 10. 2002–30. 4. 2006 monitorován v metabolické poradně. U všech byly vyšetřovány metabolické odpady litogenních látek a hladiny inhibitorů v séru a v moči sbírané 24 hodin v intervalu 6 měsíců, rozbor konkrementů a morfologické vyšetření (sonografie, nativní spirální CT, výběrově IVU).

Výsledky: Hyperoxalurie v souboru kolísala od 500 $\mu\text{mol/l}$ do 1700 $\mu\text{mol/l}$. V souboru nebyl zastoupen žádný pacient s primární hyperoxalurií, 29 pacientů mělo M. Crohn, dva pacienti nespecifickou enteritidu, jeden pacient byl po resekcii střeva s následnou aktinoterapií. U 109 pacientů byl dominantní metabolický X syndrom s obezitou, hypertenzí, dyslipidemií a hraniční nebo patologickou glykemií. V dietě měli dle odpadů sulfátů v moči za 24 hodin nadstandardní příjem živočišných proteinů.

Závěry: Nejvýznamnější vzestup oxalurie byl u pacientů, trpících M. Crohn. Hladina oxalurie u nich nekorelovala s výskytem litiázy. Při nižších hladinách oxalurie pacienti s vysokým proteinovým příjmem měli vyšší výskyt litiázy.

19. Porovnání účinnosti extrakorporální litotrypse a ureteroskopie při primární terapii ureterolitiázy dolní třetiny ureteru

A. Petřík
Urologické oddělení, Nemocnice České
Budějovice, a. s.

Cíl: Porovnání účinnosti a efektivity ureteroskopie a extrakorporální litotrypse v terapii juxtavezikální litiázy je stále diskutovanou problematikou.

Metody: Do retrospektivní studie byli vybráni primárně léčení pacienti s litiázou dolní třetiny ureteru, u kterých bylo dokončeno sledování ve třech měsících. Do ESWL souboru bylo zahrnuto celkem 395 případů (u 390 pacientů). Do souboru ureteroskopické terapie 509 případů (u 501 pacientů). ESWL terapie byla prováděna na elektrohydraulickém extrakorporálním litotryptoru Medilit M6 s primárním rentgenovým zaměřením. Při ureteroskopii bylo užito semirigidních ureteroskopů o průměru 7,8 respektive 9,8 Ch. K dezintegraci konkrementů bylo užíváno balistického intrakorporálního litotryptoru.

Výsledky: Při hodnocení v odstupu tří měsíců nebylo zaznamenáno rozdílu v stone free rate (97,72 % versus 98,40 %, $p = 0,4675$), avšak je rozdíl v efektivitě signifikantní (EQ dle Rassweilera 43,52 versus 89,60, $p < 0,0001$). Jednoznačný je zejména rozdíl při hodnocení po 48 hodinách od výkonu (stone free rate 64,81 % versus 96,46 %, $p < 0,0001$). Ureteroskopie byla doprovázena vyšším výskytem komplikací jak během (0,67 % versus 6,36 %, $p < 0,0001$) tak i po výkonu (6,55 % versus 11,95 %, $p = 0,0018$), avšak tyto komplikace nebyly závažné. ESWL je naproti tomu zatíženo vyšší četností opakování výkonu (51 % versus 2 %, $p < 0,0001$) a nutností následných auxiliárních výkonů (25,87 % versus 6,36 %, $p < 0,0001$).

Závěr: Ureteroskopie představuje efektivnější metodu oproti ESWL v terapii litiázy dolní třetiny ureteru, dosahuje okamžitého efektu s minimální nutností opakování výkonu a užití následných auxiliárních metod, výjma nutnosti odstranění zavedeného double pig tailu. Nevýhodou je nutnost užití celkové anestezie a vyšší výskyt komplikací během a po výkonu.

20. Efektivita léčby urolitiázy metodou extrakorporální litotrypse v závislosti na frekvenci aplikace rázových vln

A. Khamzin, D. Pacík, D. Alešin, A. Maňák,
M. Hajný, M. Chudý
Urologická klinika LF MU a FN Brno

Cíl: Po zavedení efektivnější frekvence (1RV/sec.) extrakorporální litotrypse do klinické praxe jsme rozhodli ji porovnat s ještě pomalejší frekvencí 1RV/2 sec.

Materiál a metody: Soubor 20 pacientů s urolitiázou srovnatelné velikosti a lokalizace jsme léčili extrakorporální litotrypsí přístrojem Piezolith 3000 RV stejné intenzity. Pacienti byli rozděleni do 2 srovnatelných skupin (po 10 pacientech) podle frekvence aplikovaných RV – A (1RV/sec.), B (1RV/2 sec.). Efektivitu jsme hodnotili podle stupně fragmentace po každých 250 RV (skiaskopie, ultrasonografické vyšetření) v průběhu výkonu a také počínajícím odchodem konkrementů do doby posledního sezení ESWL.

Výsledky: Ve skupině A byla fragmentace pozorována u všech pacientů (100 %) po průměrně 3550 RV, odchod konkrementů byl pozorován u 9 pacientů (90 %) po průměrně 4330 RV. Ve skupině B byla fragmentace pozorována u všech pacientů (100 %) po průměrně 2500 RV, odchod konkrementů byl pozorován u 7 pacientů (70 %) po průměrně 3250 RV.

Závěr: Porovnání výsledků léčby ESWL 2 různými frekvencemi (prokázané efektivní frekvence 1RV/sec. a pomalejší frekvence 1RV/2 sec.) neprokázalo signifikantní rozdíl v efektivitě.

21. Korelace mezi účinností extrakorporální litotrypse a frekvencí rázových vln u přístroje piezolith 3000

D. Pacík, A. Khamzin
Urologická klinika LF MU a FN Brno

Cíl práce: Po zavedení efektivnější frekvence (1RV/sec.) extrakorporální litotrypse do klinické praxe, jsme se rozhodli ji porovnat s ještě pomalejší frekvencí 1RV/2 sec.

Materiál a metody: Byl vytvořen model extrakorporální litotrypse in vitro. K dezintegraci ve všech 20 případech byly použity fragmenty o průměru 6 mm konkrementu odstraněného cystolitomií (50 % kyselina močová, 50 % Whewellit). Extrakorporální litotrypse těchto fragmentů byla provedena rázovými vlnami o stejné energii a byly vytvořeny 2 skupiny, z nichž každá obsahuje 10 fragmentů, podle frekvence aplikovaných RV: A) 1 RV/1 sec., B) 1RV/2 sec. Byl zaznamenán počet RV, při kterých byl konkrement kompletně dezintegrován.

Výsledky: Kompletní fragmentace fragmentů bylo dosaženo po průměrné aplikaci následujícího počtu RV: 409 RV a 340 RV ve skupinách A a B.

Závěr: Lepší efektivita pomalejší frekvence aplikace RV při extrakorporální litotrypsi byla prokázána jak in vitro tak i in vivo v sériích 1RV/sec., 2RV/sec. a 3RV/sec. Zpomalení aplikace RV na 1RV/2 sec. sice vede ještě k dalšímu snížení počtu RV potřebných k dezintegraci, ale tento rozdíl již není tak signifikantní jako při vyšších frekvencích.

22. Chlamydiové infekce – perzistence či rekurence?

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, P. Kaplán¹,
E. Francisci-Procházková², H. Kiacová¹

¹Urocentrum Praha

²Aliatros Praha

Úvod: Infekce vyvolané *Chlamydia trachomatis* patří k nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním v ekonomicky rozvinutých zemích. Prevalenční data v ČR nejsou známa, incidence má vzrůstající charakter. Urogenitální a oftalmologické příznaky mohou provázet i systémové projevy infekce. Prokázanou souvislost má tubulární sterilita žen. Infekce obvykle probíhá oligo – až symptomaticky, důsledkem toho jen nepočetná skupina nemocných přichází s akutní infekcí.

Metodika: Hodnotíme soubor z let 2003–2005 u pacientů s prokázanou infekcí *Chlamydia trachomatis*. Soubor 92 mužů a 104 žen s průměrným věkem 27 (18–52), resp. 21 let (18–48). Diagnostika pomocí amplifikační techniky PCR ze dvou vzorků – abraze z močové trubice a moči u obou pohlaví. Kontrolní odběry v odstupu 4–6 týdnů po ukončení léčby. Všem léčeným jsme doporučovali ochranný režim. V léčbě upřednostňujeme antibiotika s předpokládaným intracelulárním průnikem, doxycyklin, fluorochinolony a makrolidy.

Výsledky: Úspěšnost první léčby doxycyklinem, pokud alergický terén dovolil, dosáhla u mužů 55 %, u žen 62 %. Problémem jsou perzistující formy infekce, které vyžadují opakovanou, extenzivně vedenou antimikrobiální léčbu. Léčba bývá často provázena řadou nežádoucích účinků. Účinnost léčby se u těchto nemocných pohybuje kolem 30 % u obou pohlaví. Po třetí a další terapii se nám nedaří ovlivnit cca 12 % onemocnění.

Závěr: Onemocnění vyvolané *Chlamydia trachomatis* jsou nákladná v diagnostice i léčbě. Závažné zdravotní problémy a snížení kvality života zásadním způsobem navodí perzistující forma infekce. Racionální diagnostika, především akutních nekomplikovaných forem, správná farmakologická léčba a prevence z oblasti sexuální hygieny mohou snížit narůstající finanční náklady. Otevřená je otázka: Co s pacienty, kteří na terapii nereagují?

23. Význam imunomodulační léčby u chronických zánětů dolních močových cest

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, P. Kaplán¹, O. Nýč²,
H. Nekvasilová², G. Bouchnerová¹

¹Urocentrum Praha

²Ústav klinické mikrobiologie 2. LF a FN Motol
Praha

Úvod: Infekce močových cest jsou druhým nejčastějším infekčním onemocněním v našich klimatických podmínkách. Za symptomy dolních močových cest se skrývá zánět močového měchýře nebo bakteriální vaginóza. Empirickou antimikrobiální léčbu zahajujeme co nejdříve pro naléhavost příznaků, při podezření na infekci HMC i pro riziko septických komplikací. Přes antimikrobiální léčbu mají tendenci k protrahovanému průběhu a opakovaným recidivám. Při vleklém onemocnění ovlivní pracovní i osobní život a zhoršují jeho kvalitu. Po vyloučení patologie močových cest je velký význam kladen na přirozenou obranyschopnost organismu.

Metodika: Předkládáme výsledky léčby 148 pacientů s RIMC. Průměrný věk souboru 24,3 roku (18–53). Všichni nemocní opakovaně podstoupili cílenou antimikrobiální léčbu, u žen byla současně léčena vaginóza.

Nemocným s opakovaně shodnými mikrobiologickými nálezy byla zhotovena autovakcína. Nejčastějším agens byl *Enterococcus faecalis*. U 58 nemocných obsahovala autovakcína 2 a více kmenů.

Výsledky: U nemocných jsme sledovali klinickou a mikrobiologickou odpověď. Hodnotili jsme po ukončení a v tříměsíčním odstupu po terapii. Předčasně ukončilo aplikaci 17 nemocných, z toho 14 žen. Příznivou klinickou odpověď jsme zaznamenali u 109, resp. 72 léčených. V hodnocení mikrobiologické odpovědi jsme po ukončení léčby našli perzistenci u 62 nemocných. V odstupu jsme iniciální patogen prokázali u 63, jiné agens u 39 pacientů.

Závěr: Aplikace autovakcíny je dobře tolerovanou léčebnou modalitou, která rozšiřuje armamentárium v léčbě uroinfekcí. Klinická odpověď není vždy provázena odpovědí mikrobiologickou. U většiny nemocných bychom považovali opakování imunomodulační léčby během 12 měsíců za vhodné.

24. Herpetické infekce zevního genitálu

M. Matoušková, M. Hanuš
Urocentrum Praha

Úvod: Infekce herpetickými viry promožují lidskou populaci. Charakteristickou biologickou vlastností HV je schopnost vyvolávat latentní infekci s dlouhodobou perzistencí viru v infikované buňce. Při reaktivaci je stav latence viru přerušen a virus se začne množit. Oblast genitálu může postihnout HSV 1 a 2. Klinicky nejsou rozlišitelné. Až 60 % primoinfekcí probíhá asymptomaticky. V průběhu se intervaly rekurencí prodlužují, rekurence bývají kratší a mají menší tendenci ke komplikovanému průběhu. Závažným stavem je primoinfekce v graviditě a vertikální přenos na plod.

Materiál a metodika: Hodnotíme soubor 14 symptomatických mužů z let 2002–2004 se sérologickým průkazem HSV. Průměrný věk mužů v souboru dosáhl 24,2 roku (18–37). Všem léčeným mužům, resp. párům, jsme doporučovali ochranný režim. Terapeuticky jsme podávali virostatika, především analog nukleosidu – guanosínu acyklovir, a to jak lokálně, tak i systémově. Dva nemocní preferovali v lokální léčbě tromantadin. Lokální aplikace dezinficiencí vede k zabránění sekundární infekce.

Výsledky: Podání 2 nemocným s primoinfekcí nevedlo k eliminaci rekurentních epizod. V léčbě a profylaxi recidiv jsme použili krátkodobé i roční režimy. Lokální i systémovou léčbu zahajovali nemocní při prodromálních příznacích. Všichni se léčili společně s partnerkou, a to i v případě asymptomatického průběhu. U všech nemocných se prodloužila doba do relapsu; u jednoho muže s profylaktickým podáváním došlo do roka k relapsu po významné psychické zátěži.

Závěr: Rozmanitý lokální nález s lokoregionálními a systémovými symptomy činí nezřídka z herpetické infekce genitálu diagnosticky nepřilíš jednoduchý případ. Mnoho onemocnění probíhá zcela nepoznáno a úporně sužuje nositele. Virostatická léčba při časném nasazení vede ke zmírnění bolesti a dalších příznaků. V nedlouhé budoucnosti bude řešením pro nemocné s recidivami podávání terapeutických vakcín.

25. Wegenerova granulomatóza

M. Krolupper

Urologické oddělení FN Bulovka Praha

Cíl: Presentace vzácného onemocnění se složitou diferenciální diagnostikou, kazuistika.

Metoda: Wegeroova granulomatóza (WG) byla popsána v roce 1931 a je nejčastěji charakterizována současným nálezem nekrotizujících granulomů v dýchacích cestách, generalizované vaskulitidy a fokálně nekrotizující glomerulonefritidy. V roce 2004 jsme se na našem oddělení setkali s fulminantním průběhem WG u čtyřicetileté ženy. Pacientka podstoupila pro bolestivý infiltrát revizi jizvy po appendektomii provedené v roce 1985. Histologický náález odpovídal diagnóze Schlofferova tumoru. Pooperační vývoj byl nepříznivý, rána se hojila komplikovaně, laboratorně elevace CRP, proto provedeno sonografické vyšetření břicha, popsán absces pravé ledviny a náález potvrzen podle CT vyšetření. Pacientka proto předána na urologické oddělení. Po přijetí se rozvíjí oboustranný zánět průušních a submandibulárních slinných žláz, zánět středouší a ulcerace tvrdého patra. Laboratorně leukocytóza 16300/l, CRP 279 mg/l, v močovém sedimentu ery 5–10, kreatinin 60 μmol/l. Na rtg plic popsán fluidothorax oboustranně. Opakováno CT vyšetření s nálezem splenomegalie se septickými emboly sleziny, dvou objemných abscesových ložisek pravé ledviny (průměr 68 a 56 mm), v levé ledvině dvě menší hypodenzní ložiska. Podávána antibiotika parenterálně, provedena punkce ložisek pravé ledviny, aspirována zkalená tekutina, kultivační vyšetření negativní. Pro další zhoršení stavu, dušnost a oběhové selhávání překlad na JIP infekční kliniky FNB, po stabilizaci pak infekcionista doporučil splenektomii a pravostrannou nefrektomii, výkon proběhl bez komplikací.

Výsledky: Na základě histologického vyšetření a serologického potvrzení ANCA (protilátek proti cytoplazmě neutrofilních leukocytů) potvrzena WG.

Závěr: V diferenciálně diagnostické rozvaze abscedujících procesů ledvin je třeba pomýšlet i na WG. K včasnému zjištění WG výrazně přispívá průkaz ANCA protilátek.

26. Bilaterální emfyzematózní pyelonefritida – kazuistika

A. Hafuda, P. Prošvic, P. Morávek, M. Hurtová

Urologické oddělení Oblastní nemocnice Náchod

Cíl: Kazuistika ukazuje závažnost emfyzematózní pyelonefritidy.

Materiál a metody: Muž, 67 let, obézní diabetik na perorálních antidiabetikách, bez dalších přidružených onemocnění. Pětidenní anamnéza polyurie a polydypsie s pocitem únavy a slabosti. Dvoudenní anamnéza febrilií a makrohémie. Laboratorně prokázána dekompenzace diabetu – glykémie 39 mmol/l, akutní renální insuficience – urea 29 mmol/l, kreatinin 647 μmol/l a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace. Krevní obraz s leukocytózou ($20,3 \times 10^9/l$), výrazným posunem doleva (39% tyčů) a trombocytopenií ($22 \times 10^9/l$). Sonografie a computerová tomografie zobrazily bilaterální plynotvorný zánět ledvin. Z moči i z hemokultur vykultivována *Escherichia coli* haemolytica s citlivostí na všechna antibiotika. Nasazena kombinace metronidazol + amoxicilin/klavulanát + cefotaxim. Pro progresi renální insuficience a anurie provedena akutní hemodialýza a pro rozvoj DIC podány opakované krevní převody, převody čerstvé plazmy, kibernin a trombocytární náplavy.

Výsledky: Vzhledem k progresi stavu při konzervativním postupu byla indikována akutní bilaterální nefrektomie, která byla provedena 34 hodin po přijetí. Pooperačně stav progredoval a pacient umírá na septický šok 49 hodin od přijetí.

Závěry: Emfyzematózní pyelonefritida je vzácné závažné onemocnění ledvinového parenchymu a perirenálních tkání vyvolané plynem tvořícími mikroorganismy. Vždy jde o velmi závažný stav ohrožující život pacienta a zpravidla vede k nevratnému poškození funkce postižené ledviny. Bylo popsáno jako komplikace řady onemocnění, avšak postihuje především diabetiky. Oboustranná onemocnění jsou velmi vzácná a spojená s vysokou mortalitou. Úspěšnost léčby závisí na její časnosti a radikalitě. Základem je léčba chirurgická v kombinaci s antibiotickou terapií a intenzivní péčí.

27. Přínos MR vyšetření v diagnostice vrozených vývojových vad uropoetického traktu u dětí

O. Šmakal¹, I. Hartmann¹, D. Horák²,
K. Michálková², O. Marek³, H. Flögllová H.⁴

¹Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

³Klinika anestezie a resuscitace
LF UP a FN Olomouc

⁴Dětská klinika FN Olomouc

Cíl: Ověření výtěžnosti MR urografie a MR angiografie v diagnostice vrozených vývojových vad uropoetického traktu v dětském věku.

Materiál a metody: Vyšetřili jsme 12 dětí ve věku 0–16 roků, 7 chlapců, 5 dívek před plánovanou operací. U 10 dětí jsme provedli vyšetření v celkové anestezii. U všech pacientů jsme uskutečnili statickou (T2 váženou) MR urografii, v 5 případech bylo vyšetření doplněno o MR angiografii. V rekonstrukci bylo využito VRT či MIP 3D zobrazení, hodnotili jsme anomálie tvaru, polohy ledviny a průběhu močovodu, sílu ledvinného parenchymu a průběh akcesorních cévních svazků.

Všechny děti byly operovány a hodnotili jsme shodu MR a operačního nálezu.

Výsledky: Při MR vyšetření jsme diagnostikovali 4x jako příčinu pyeloureterální obstrukce akcesorní cévní svazek, 2x jsme prokázali poruchu rotace ledviny, 1x perirenální urinom při zdvojení KPS a ektopické ureterokéle, 1x zkříženou dystopii pravé ledviny s megauterem.

Všechny nálezy byly v plné shodě s peroperačním nálezem.

Závěr: MR urografie a MR angiografie je suverénní zobrazovací metodou, která výrazně zpřesní předoperační diagnózu. Nutnost CA u nejmenších dětí plně vy nahradí omezení nutnosti dalších vyšetření a možnosti správného načasování případného operačního řešení.

28. Výsledky léčby neonatální hydronefrózy

J. Sedláček^{1,4}, J. Langer^{2,4}, R. Kočvara^{1,4},
Z. Dítě^{1,4}, Š. Doležalová², H. Jiskrová³

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

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

³Oddělení nukleární medicíny 1. LF UK a VFN
Praha

⁴Subkatedra dětské urologie IPVZ Praha

Cíl: Zhodnotit výsledky léčby asymptomatické neonatální hydronefrózy.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor 141 dětí, léčených v letech 1991–2005 pro neonatální hydronefrózu. V 81 případě (57%) se jednalo o hydronefrózu I.–II. stupně (I. skupina), v 59 případech (43%) III.–IV. stupně (II. skupina). Prováděli jsme sérii sonografických vyšetření a ve 4–6 týdnech života dynamickou scintigrafii ledvin. Děti s megaureterem či následně zjištěnou chlopní zadní uretry jsme do studie nezahrnuli.

Nemocní z I. skupiny byli sledováni konzervativně. Ve II. skupině bylo 29 dětí operováno. Indikací k operaci byla narůstající hydronefróza ve 14 případech (II/A) a snížená funkce ledviny u 15 nemocných (II/B). Zbývající děti ve skupině II. byly léčeny konzervativně (II/C). Celkem byli nemocní sledováni 28 měsíců (3–165 měsíců).

Výsledky: U všech nemocných I. skupiny jsme zaznamenali postupné snížení hydronefrózy a dobrý vývoj ledviny. Ve skupině II/A byla předoperační funkce ledviny dobrá (46%) a po operaci stacionární (49%). U nemocných ve skupině II/B se funkce ledviny zlepšila z Ø 31 % před operací na Ø 40 % po operaci. V případě jejího poklesu (12 dětí) se funkce po operaci obnovila vyjma jednoho. Děti ve skupině II/C vykazovaly v průběhu konzervativní léčby ústup dilatace při stabilní separované funkci postižené ledviny (46% resp. 49%).

Závěr: Kongenitální hydronefróza I.–II. stupně a více než polovina hydronefróz vyššího stupně (III.–IV.) je spojena s příznivým vývojem během konzervativního sledování. K operaci bylo indikováno 20,5% nemocných, u nichž je vývoj funkce ledviny závislý na výši primární funkce.

29. Vezikostomie – co možno od derivace očekávat, co ne

I. Novák¹, L. Janoušková¹, P. Kuliaček¹, H. Stefan¹, S. Skálová¹, P. Rejtar²

¹Urologická klinika – dětské oddělení LF UK a FN Hradec Králové

²Dětská klinika a Radiodiagnostická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Zhodnocení kladů a záporů derivace moči vezikostomií u dětí.

Klinický soubor a metody: Retrospektivně zhodnocen soubor 14 dětí s vezikostomií z důvodů sekundárních refluxních megaureterů za období 10 let (12/1996–1/2006). Věk 12 dní – 17 let (průměr 23 měsíců). Indikace: neuropaticita 12/14, chlopeň uretry 2/14. Hodnoceno: subjektivní hodnocení spokojenosti se stomií, objektivně přítomnost infektu (DCM/HCM), ústup dilatace HCM, vliv na techniku definitivní operace.

Výsledky:

- Ošetřování stomie: bezproblémové, včetně adolescenta
- Infekce: DCM 12/14, HCM 6*/14 (*1x úmrtí na sepsi při těžké imunodeficienci dítěte, 1x přechodná)
- Ústup dilatace HCM: plně 19/27, částečně 7/27, beze změny 1/27
- Ovlivnění techniky definitivního operačního výkonu: kladně 2/2, negativně 0/2.

Závěr: Vezikostomie se jeví jako výhodná derivace u dilatací HCM na podkladě sekundárních příčin (neuropaticita měchýře, chlopenní vada zadní uretry u chlapců). Je snadno ošetřitelná, neovlivňuje náročnost definitivní operace. Ne vždy vede k plnému vymizení dilatace HCM, ve většině případů je pozitivita kultivačního nálezu z DCM, jen v menším počtu, zejména bezprostředně po založení, se objevuje obraz pyelonefritidy.

30. Laparoskopická operace varikokély u adolescentů – třináctileté zkušenosti

I. Hartmann, V. Študent, M. Hrabec, O. Šmakal
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Zhodnotili jsme soubor pacientů v adolescentním věku po laparoskopické varikokelektomii, operovaných na našem pracovišti v letech 1993–2005.

Materiál a metody: V uvedeném období bylo operováno 198 chlapců věku 15–18 let s varikokélou. V 181 případech byla provedena jednostranná operace, 17 pacientů podstoupilo oboustrannou operaci. Indikací k operaci byla hypotrofie varlete na postižené straně, symptomatická varikokéla, oboustranná nebo esteticky výrazná varikokéla. Od roku 1998 byla používána operační technika artérií a lymfatika šetřící. Pacienti byli kontrolně vyšetřeni po 3 a 12 měsících.

Výsledky: Závažnou časnou pooperační komplikaci jsme nezaznamenali. Jako pozdní pooperační komplikaci jsme pozorovali vznik hydrokély (7,5%), častěji po lymfatika nešetřící operaci, z nichž 66% si vyžádalo operační řešení. K recidivě varikokély došlo ve 2,5% a byla úspěšně řešena laparoskopickou reoperací. K hypertrofii varlete po roce sledování došlo v 1%. Atrofie varlete nebyla zaznamenána.

Závěr: Laparoskopická operace varikokély je bezpečná metoda s nízkou četností komplikací.

31. Epidermoidní cysta varlete

I. Novák¹, L. Janoušková¹, P. Kuliaček¹,
E. Šimáková¹, P. Rejtar², J. Kopřiva²

¹Urologická klinika – dětské oddělení, LF UK
a FN Hradec Králové

²Radiodiagnostická klinika LF UK a FN
Hradec Králové

Cíl: Prezentovat možné nemaligní onemocnění varlat u dítěte.

Klinický soubor a metody: V letech 2005–2006 jsme léčili na dětském urologickém oddělení dva případy nemaligního, expanzivně se chovajícího onemocnění varlete – epidermoidní cysty. Oba chlapci se dostavili na ambulanci kliniky s doporučením nebolestivé expanze varlete. V obou případech byla postižena pravá strana. Věk chlapců byl 7 měsíců a 4,5 roku. U prvního chlapce byla sonograficky zjištěna cysta varlete utlačující parenchym s drobnou hydrokélou. U druhého chlapce diagnostikována bilaterální hydrokéla, v čase vlevo plně spontánně regredující, vpravo neúplně. Na kontrole sono vpravo zvětšené varle s cystickými změnami. U obou chlapců indikována operační revize. Zjištěn kompletní makroskopický zánik parenchymu expanzivně se chovajícími cystami. V obou případech provedena rychlá biopsie a následně orchiektomie.

Výsledky: Peroperační i definitivní histologický obraz prokázal benigní epidermoidní cystu varlete. Oba chlapci se hojili bez komplikací, jsou dispensarizováni na ambulanci kliniky s normálním sono a palpačním nálezem na solitárním varleti.

Závěr: Prezentace řídce se vyskytujícího, nemaligního onemocnění varlete u dítěte. Definitivní diagnózu nemaligního onemocnění bylo možno potvrdit až histologickým vyšetřením.

32. Dlouhodobé výsledky léčby VUR podslizniční injekcí krve

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

¹Urologická klinika – dětské oddělení LF UK
a FN Hradec Králové

²Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Zhodnocení dlouhodobých výsledků léčby VUR podslizniční aplikací krve.

Klinický soubor a metody: Retrospektivně zhodnocen soubor 93 dětí se 135 RJ léčených pro VUR podslizniční aplikací krve v letech 1/1997–12/1998. Hodnoceno jednak vyléčení dětí (bez VUR), vymizení refluxů (RJ bez VUR), počet nevyléčených (neoperovaných) a počet nevyléčených (operovaných UCN). Indikací k otevřené operaci v souboru byl perzistující symptomatický i asymptomatický reflux vysokého stupně (IV), nebo symptomatický reflux III. stupně.

Výsledky:

- vyléčení: 60/90 dětí
- nevyléčení, bez operace: 9/93 dětí
- nevyléčení, operováni UCNA: 24/93 dětí
- vymizení: 90/135 RJ (67%), (+12/135 RJ (9%) bez nutnosti UCN).

Závěr: Endoskopická léčba VUR je obecně uznávanou primární operační technikou při neúspěchu konzervativní terapie. Úspěšnost je udávána dle použitého materiálu v rozmezí 48–93%. Dle našeho retrospektivního hodnocení při použití injekce krve lze počítat až s 76% úspěchu vymizení refluxu bez nutnosti otevřené operace UCN.

33. Roboticky asistovaná laparoskopická okluze recidivující veziko-vaginální píštěle

J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej, P. Drlík,
O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Urologické oddělení ÚVN Praha

Cíl: Vezikovaginální píštěl vzniká nejčastěji jako následek poranění močového měchýře při gynekologické operaci. Cílem práce je ukázat možnosti využití robotického systému da Vinci k usnadnění laparoskopického uzávěru píštěle.

Metoda: 43letá pacientka podstoupila v září 2004 abdominální hysterektomii s resekci obou ovaríí. Od operace pozorovala progredující únik moči pochvou. Následně byla diagnostikována vezikovaginální píštěl s měchýřovým ústím těsně za trigonem. V lednu 2005 byla na jiném pracovišti provedena transuretrální koagulace píštěle. Pro pokračující únik moči podstoupila v květnu 2005 transvezikální okluzy píštěle. V listopadu 2005 se však únik moči pochvou objevil opět. Na videozáznamu prezentujeme roboticky asistovaný laparoskopický uzávěr této recidivující vezikovaginální píštěle. Píštěl je endoskopicky sondována ureterálním katétrem. Následně je roboticky vypreparován a excidován píštělový kanál. Po vydatném uvolnění stěny pochvy od měchýře je pochva zašita příčně a močový měchýř podélně vicryl stehy.

Výsledky: K operaci jsme použili čtyřramenný robotický systém da Vinci. Robotické instrumentarium zahrnovalo 1krát monopolární nůžky, 1krát bipolární Maryland, 1krát ProGrasp a 2krát robotický jehelec. Operace trvala 150 minut. Krevní ztráta byla 20 ml. Drenáž operační rány jsme odstranili 1. pooperační den. Pacientku jsme propustili do domácího léčení 4. pooperační den. 21. den jsme provedli cystografické vyšetření a následně jsme odstranili měchýřový katétr.

Závěry: Hlavní výhodou roboticky asistované laparoskopie je při vynikajícím prostorovém vidění jednoduchá manipulace s ohebnými nástroji. To velmi usnadňuje provedení i složitých rekonstrukčních výkonů hluboko v pánevi.

34. Roboticky asistovaná transperitoneální nervy šetřící radikální prostatektomie

O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, P. Drlík,
O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Urologické oddělení ÚVN Praha

Cíl: Prezentace roboticky asistované transperitoneální nervy šetřící radikální prostatektomie.

Materiál a metody: Na záznamu jsou zobrazeny všechny hlavní fáze operace od vytvoření pseudopreperitoneálního prostoru z transperitoneálního přístupu, otevření endopelvické fascie a preparace kolem prostatického pouzdra, vypreparování a ošetření komplexu dorzální žíly opichovou ligaturou, otevření hrdla močového měchýře, vypreparování chámovodů a semenných váčků. Při preparaci pediklů jsou odděleny nervovécévní svazky a zachovány i při další preparaci u apexu. Po odstranění prostaty jsou oba svazky dobře viditelné, okraje prostaty jsou hladké. Záznam končí ukázkou provedení anastomózy hrdla močového měchýře a uretry pokračujícím stehem.

Výsledky: U 63letého nemocného s lokalizovaným karcinomem prostaty o hmotnosti 58 g a PSA 6,9 ng/ml byla úspěšně provedena roboticky asistovaná transperitoneální radikální prostatektomie s oboustranným zachováním nervovécévních svazků. Operace trvala 2,5 hodiny, krevní ztráta byla 60 ml a pooperační průběh byl bez komplikací. Drén byl odstraněn 3. pooperační den a měchýřový katétr za 10 dnů.

Závěr: Roboticky asistovaná radikální prostatektomie má velké možnosti zejména v preciznosti preparace jemných struktur v obtížně dosažitelné lokalizaci. Umožní v relativně krátkém čase dosažení výborných výsledků i v případě, kdy urolog nemá větších zkušeností s laparoskopickou radikální prostatektomií.

35. Roboticky asistovaná extraperitoneoskopická radikální prostatektomie

J. Kočárek, O. Köhler, K. Belej, P. Drlík,
O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Urologické oddělení ÚVN Praha

Cíl: Prezentace techniky preperitoneoskopické roboticky asistované radikální prostatektomie.

Materiál a metody: Na videozáznamu ukazujeme techniku extraperitoneoskopické roboticky asistované radikální prostatektomie. Po digitální disekci preperitoneálního prostoru je založeno 5 portů (4 robotické a jeden asistentský). Po uvolnění endopelvicke fascie a prostoru kolem puboprostatických ligament je endopelvicke fascie po obou stranách prostaty otevřena a komplex dorzální žíly ošetřen propichovou ligaturou. Po otevření hrdla močového měchýře jsou vypreparovány chámovody a semenné vaky, prostata je oddělena od rekta. Záznam pokračuje preparací apexu prostaty a uložením prostaty do extrakčního sáčku. Anastomóza uretry s hrdlem močového měchýře je šita pokračujícím stehem. Založením pojistného drénu a extrakcí prostaty záznam končí.

Výsledky: Při operaci byl použit čtyřramenný robotický systém da Vinci. Operace trvala 2 hodiny 45 minut, krevní ztráty byly 60 ml, pooperační průběh byl bez komplikací.

Závěr: Již po poměrně krátké době zácviu je možné dosáhnout s pomocí robotické asistence překvapivě dobrých výsledků u radikální prostatektomie. Tzv. „learning“ představuje u této operace asi 15 operačních výkonů. Roboticky asistovaná extraperitoneální radikální prostatektomie je jednou z možností robotických prostatektomií. Výhodou je, že při extraperitoneálním přístupu nedochází k zátoku krve a moče do peritoneální dutiny a je minimalizována možnost poranění orgánů dutiny břišní.

36. Bakteriální endokarditida jako nepřímá komplikace androgenní substituce – kazuistika

A. Horák
ANDROPHARM s.r.o., urologicko-andrologická
ambulance, Ostrava-Poruba

Cíl: Ukázat možná i nepřímá rizika androgenní substituce u pacientů s Late Onset Hypogonadism (LOH).

Materiál a metody: U 50letého pacienta s LUTS při chronické prostatitidě a symptomatologií LOH s adekvátním laboratorním nálezem byla zahájena TRT (Testosteron Replacement Therapy) injekčním depotním preparátem Sustanon®, který byl později pro tvorbu infiltrátů v místě aplikace nahrazen perorálním preparátem Undestor®. Pacient se kromě zmíněného léčil při zahájení TRT pro seropozitivní HLA B27 revmatické postižení drobných ručních kloubů, sakroileitidu, vertebrogenní algický plurisegmentální syndrom, osteoporózu. V medikaci měl dále Celebrex®, Methotrexat®, Fosamax®, Agen®, Maxi-kalz®, k. listovou.

Výsledky: Po 8 měsících terapie došlo ke zlepšení LOH, nedošlo ke zhoršení LUTS, ale objevila se elevace tPSA z počátečních 3,42 µg/l na 5,03 µg/l, včetně i změny nálezu p.r. TRT přerušena a provedena TRUS a punkce prostaty při sterilní moči pod clonou ciprofloxacinu. Za dva dny pacient hospitalizován na Interní klinice FN Ostrava pro těžkou bakteriální endokarditidu s vegetacemi na chlopních s jen velmi pomalou odezvou na další ATB terapii. Za půl roku od punkce je pacient stabilizovaný, LUTS nezhoršeno, bez sympt. LOH. Nález na prostatě se nemění, tPSA 5,48 µg/l a fPSA 0,84 µg/l (15 %). Další eventuelní TRUS a punkci prostaty se pacient snaží oddálit, v TRT se již nepokračuje.

Závěr: Tato zkušenost je upozorněním na nezbytnost pečlivého zvážení zahájení TRT a nutnosti následné striktní dispenzarizace pacienta dle aktuálních zpřísněných doporučení ISA, ISSAM a EAU. Na druhé straně by neměla být také důvodem k odrazení od zahájení této terapie u dalších pacientů.

37. LUTS a erektilní dysfunkce ve studii Kapros v Olomouckém kraji

V. Študent, R. Fiala, M. Hrabec, A. Vidlář
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíle: Získat urologicko-epidemiologická data mužské populace Olomouckého kraje ve věkovém rozmezí 40 až 70 let. Se zvláštním zřetelem na problematiku karcinomu prostaty, LUTS a erektilní dysfunkce. Obdobně rozsáhlá studie nebyla v české populaci dosud provedena.

Metody: Prospektivní studie u 2852 respondentů v Olomouckém kraji v průběhu 6/2004 až 9/2005.

Výsledky: Dosavadní získaná data průzkumu ukázala, že z 2852 testovaných mužů byla hodnota PSA u 90 % $\leq 2,5$, u 9 % v rozmezí 2,5–10, a pouze u 1 % mužů > 10 .

Nebyla zjištěna korelace rodinné anamnézy (RA) a hodnot PSA.

Ve vyšších věkových kategoriích je statisticky signifikantně vyšší podíl mužů se středními nebo vysokými hodnotami IPSS skóre.

Mírné symptomy LUTS dle skóre IPSS udalo 68,2 %, střední 28,7 % a těžké 3,1 % dotazovaných.

Nebyla prokázána závislost skóre IPSS, skóre IIEF na BMI mužů.

S rostoucím věkem se statisticky signifikantně zvyšuje podíl mužů s těžkou a velmi těžkou formou ED. Normální hodnoty dle dotazníku IIEF udalo 45,5 %, mírné až střední 26,6 %, střední 13,3 % a těžké 5,3 % mužů.

Korelační analýza prokázala slabou pozitivní korelaci mezi skóre IPSS a věkem ($r = 0,214$) a střední negativní korelaci mezi skóre IIEF a věkem mužů ($r = -0,504$), tj. s rostoucím věkem se snižují hodnoty skóre IIEF, hodnoty skóre IPSS se mírně zvyšují.

Chí-kvadrát test prokázal závislost skóre IIEF a skóre IPSS.

Závěr: Byla prokázána statisticky významná závislost symptomů LUTS a erektilní funkce. Získané informace potvrzují vhodnost vyšetření erektilní funkce mužů se symptomy LUTS. Dotaz na EF muže by měl být iniciován každým urologem při vyšetřování symptomů dolních močových cest mužů. S rostoucím věkem se statisticky signifikantně zvyšuje podíl mužů s těžkou a velmi těžkou formou ED.

38. Striktura uretry jako možná příčina erektilní dysfunkce – kazuistika

A. Horák
ANDROPHARM s.r.o., urologicko-andrologická ambulance Ostrava-Poruba

Cíl: Cílem práce je ukázat souvislost onemocnění dolních močových cest s výskytem erektilní dysfunkce (ED).

Materiál a metody: 52letý muž přichází pro problémy s erekcí (IIEF 13). Má hypertenzi, ostatní onemocnění jako ICHS, DM, VAS neguje, je po APE. Mikční potíže neudává (IPSS 6/1). V medikaci má Atenolol AL®, Prestarium®. Alergie neudává. Je kuřák 30 let/20 denně, alkohol pije jen příležitostně. Pracuje jako řidič z povolání. Somatické vyšetření, USG v normě, UFM pro nízkou complianci neprovedena. Laboratoř kromě sterilní pyurie a mikrohematurie negativní.

Výsledky: ED s dobrou odezvou na inhibitory PDE-5, ale stále přetrvávající nález v moči včetně pozitivní močové kultivace i po opakovaném přeléčení ATB. Nově se objevuje obstrukční mikční symptomatologie. Při došetření močových cest nález striktury bulbární uretry. Striktura uretry ošetřena optickou uretrotomií. Za měsíc po výkonu hodnotí pacient pozitivně zlepšení mikce i erekce, stejně hodnotí stav i za 9 měsíců (IPSS 3/1. IIEF 20). Nález v moči je negativní.

Závěr: U pacientů s erektilní dysfunkcí je důležité komplexní vyšetření s vyloučením všech možných příčin jejího vzniku. Opakovaně již byla zmiňována souvislost onemocnění dolních močových cest s výskytem ED. Uvedený pacient měl sice i jiná rizika vzniku erektilní dysfunkce, které se ještě s velkou pravděpodobností větší mírou do budoucna uplatní. Evidentní zlepšení ED po vyléčení striktury uretry a zánětu v dolních močových cestách svědčí o jednoznačné souvislosti těchto onemocnění s rozvojem ED u tohoto pacienta.

39. Léčba nízkoprůtokového priapizmu

P. Hanek, I. Kawaciuk, L. Jarolím, L. Hyršl¹,
V. Janík, R. Pádr², J. Vojáček³

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN
Motol Praha

³Kardiochirurgická klinika 2. LF UK a FN
Motol Praha

Cíl: Priapismus je vzácné onemocnění charakterizované prolongovanou erekcí, která nesouvisí se sexuální stimulací, je nepříjemná až bolestivá. Navzdory správně zvolenému léčebnému postupu se až v 50 % případů vyskytuje po priapizmu erektilní dysfunkce. Cílem práce je nalézt algoritmus co nejméně invazivní a zároveň efektivní léčby nízkoprůtokového priapizmu.

Metoda: V letech 1996–2006 jsme ošetřili 9 případů nízkoprůtokového priapizmu u 7 nemocných. Použili jsme konzervativní i operační metody léčby. Hodnotili jsme úspěšnost jednotlivých metod a zachování erektilních funkcí.

Výsledky: U dvou nemocných vznikl priapismus jako následek intrakavernózní aplikace *vasoaktivních* látek. Stav dobře reagoval na aspiraci krve z kavernózních těles (KT) a jejich výplach fyziologickým roztokem se sympatomimetiky. U jednoho nemocného vznikl priapismus jako následek nádorové infiltrace KT a byl řešen spongiokavernózním shuntem dle Quackelse. U idiopatických priapizmů jsme založili spongiokavernózní shunt dle Wintera. Pouze v jednom případě si stav vyžádal otevřené založení safénokavernózního shuntu dle Grayhaka. U nemocného s nádorovou infiltrací KT se rozvinula kompletní porucha erekce. U jednoho nemocného jsme zaznamenali erektilní dysfunkci lehkého stupně.

Závěry: Nízkoprůtokový priapismus by měl být vyřešen do 24 hodin, dříve, než dojde k ireverzibilním změnám buněk hladké svaloviny v sinusoidách KT. Při časně léčbě se uplatní punkce KT s aspirací krve a aplikací alfa adrenergických sympatomimetik. Priapismus trvající déle než 24 hodin je indikací k založení spongio-kavernózní spojky. Vznikne-li erektilní dysfunkce na podkladě fibrózy KT, je jedinou spolehlivou léčebnou metodou implantace penilní protézy.

40. Léčba plastické indurace penisu lokální aplikací interferonu-alfa 2b – naše zkušenosti u 19 pacientů

L. Zámečník, V. Soukup, J. Stolz, T. Hanuš
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha,
Katedra urologie IPVZ Praha

Cíl: Induratio penis plastica – Morbus Peyronie (MP) je onemocnění charakterizované přítomností fibrózních plaků v tunice albuginee penisu. Cílem práce je zhodnotit roli a úspěšnost lokální léčby plastické indurace penisu pomocí aplikace interferonu-alfa.

Metoda: Od března 1999 do dubna 2006 jsme léčili pomocí lokální aplikace interferonu-alfa 2b do plaku celkem 19 pacientů. Věk pacientů v souboru byl 41–69 let (průměr 58,8). Průměrná délka trvání choroby byla 3,4 roku. Indikací k této léčbě byla symptomatická indurace penisu nereagující na předchozí perorální medikamentózní terapii. Při vyšetření jsme, kromě palpce, používali měření velikosti a lokalizaci plaku, zhodnocení kalcifikací pomocí ultrazvuku. Velikost plaku se pohybovala od 0,5 do 2,5 cm (průměr 1,8 cm). Kalcifikace jsme prokázali v 6 případech. Aplikovali jsme interferon-alfa 2b (Intron®, Roferon A®) v dávce 3 miliony m.j. přímo do plaku, a to celkem 3–25x (průměrně 15x) v intervalu jednoho týdne. Flu-like příznaky byly tlumeny podáváním paracetamolu 500 mg 1 hodinu před aplikací a poté dle stavu.

Výsledky: Hodnotili jsme subjektivní stav a klinický nálezu po aplikaci preparátu. Změny zakřivení penisu, ústup bolesti a změnu konzistence a velikosti plaku. Dále také stupeň závažnosti vedlejších účinků. U všech 19 pacientů došlo k subjektivnímu zlepšení: u 17 pacientů (89 %) se zmenšilo zakřivení penisu, u 19 pacientů (100 %) vymizely bolesti při erekci penisu a ke změně konzistence a velikosti plaku došlo u 11 pacientů (58 %). Vedlejší účinky – flu-like syndrom, myalgie – se objevily u všech 19 pacientů (100 %), byly však jen přechodné a do 24 hodin vymizely.

Závěr: Aplikace interferonu-alfa 2b do plaku u plastické indurace penisu představuje účinnou, bezpečnou a dobře tolerovanou variantu lokální léčby.

41. Genetická analýza embryí po TESE

V. Sobotka¹, J. Heráček², M. Kosařová¹,
D. Zudová¹, D. Hlinka¹

¹Sanatorium Pronatal Praha

²Urologická klinika FN KV Praha

Cíl: Srovnání podílu geneticky abnormálních embryí po oplození spermii po TESE s embryi po fertilizaci s ejakulovanými spermii.

Metoda: Zisk spermií při testikulární azoospermii otevřenou cestou za optické kontroly operačního mikroskopu Zeiss. Všechna embrya vznikla po oplození metodou ICSI a byla u nich provedena biopsie blastoméry. Po fixaci pak byla provedena FISH diagnostika dvoukolově na 8 chromozomů. Na základě zhodnocení euploidie buněk jsou pak k reprodukci vybrána geneticky bezchybná embrya.

Výsledky: Od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2005 bylo vyšetřeno 175 embryí od 23 pacientek v průměrném věku 32,13 let. Celkem bylo fixováno 175 a vyšetřeno 166 buněk (94,8%). Pouze 68 (39,92%) embryí bylo geneticky bez vady.

Alespoň jedno geneticky bezchybné embryo schopné přenosu do dělohy bylo nalezeno u 20 pacientek (87%), po transferu byla dosaženo 6 gravidit.

Nejčastější vadou byla monosomie chromozomu 16 (18,3%), 18 (9,1%) a 21 (8,6%). Komplexní abnormality a nediferencovatelné aneuploidie byly nalezeny v 39%.

Závěr: Dosažení gravidity ve 26% je vzhledem k nejtěžším formám andrologicky podmíněné sterility páru úspěch, který byl dosažen díky možnosti vyřazení embryí s vadami počtu chromozomů. Tyto vady jsou přítomny i u zdravého páru asi ve 30–40%. Přínosem zařazení PDG do diagnostického a léčebného algoritmu páru s nejtěžší formou mužské infertility je zvýšení úspěšnosti metod mimotělního oplození na úroveň fertilizace ejakulovanými spermii.

42. Využití laparoskopie u pacientov s kryptorchizmom

J. Ľupták, K. Javorka, J. Švihra, J. Kliment ml.,
R. Tomaškin, B. Eliáš, J. Kliment

Urologická klinika JLF UK a MFN Martin

Ciel': Postupným zavádzaním miniinvazívnych operačných techník do chirurgickej praxe si našla laparoscopia uplatnenie aj u detí s nehmatným semenníkom. Cieľom práce bolo vyhodnotiť výsledky laparoskopických operácií u pacientov s kryptorchizmom.

Materiál a metódy: Urobili sme retrospektívnu analýzu 6 pacientov vo veku 2–24 rokov (medián 6,4 roka) operovaných na urologickej klinike v období r. 2001–2005, u ktorých bola laparoskopická technika použitá pre diagnosticko-terapeutické indikácie. Všetci pacienti boli operovaní v Trendelenburgovej polohe, pričom u všetkých sme použili tri porty (2x 5 mm a 1x 10 mm).

Výsledky: Operačný čas u 6 pacientov bol 43–147 min. (medián 81 min.). U troch detí sme identifikovali semenník v oblasti anulus inguinalis profundus, laparoskopicky uvoľnili a v dvoch dobách podľa techniky Fowler-Stephensa fixovali v miešku. U jedného sme nenašli semenník ani jeho cievnu stopku a u ďalšieho sme identifikovali len slepo končiaci ductus deferens. Posledný mladý muž bol v detstve po obojstrannej inguinálnej revízii, pričom sa nenašiel ani jeden semenník. Pacient bol laparoskopicky revidovaný pre podozrenie na prítomnosť semenníka v blízkosti ľavej renálnej vény pri NMR vyšetrení. Histologické vyšetrenie laparoskopicky odstráneného tkaniva potvrdilo len tukovo lymfatické tkanivo.

Záver: Laparoskopická technika význame prispela k diagnostike a liečbe „nehmatného semenníka“, hlavne pri definitívnom vylúčení intrabdominálnej retencie. Kombináciou laparoskopickej a chirurgickej techniky je možné fixovať semenník v skrúte, ktorý bol pôvodne uložený až 3,5 cm proximálne od anulus inguinalis profundus.

43. Laparoskopická operace varikokély na urologické klinice

M. Hrabec, V. Študent
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Cílem naší práce bylo zhodnotit metodiku, komplikace a výsledky u souboru pacientů po laparoskopické varikokelektomii operovaných na našem pracovišti v letech 1993–2005.

Materiál a metody: V uvedeném období jsme operovali celkem 612 pacientů, z toho 180 dětí a 432 dospělých. U 595 pacientů se jednalo o jednostrannou, u 17 pacientů o oboustrannou varikokélu. Do roku 1998 jsme používali metodu přerušení spermatických vén za využití endoklipů. Operační technika byla poté modifikována nejen na artérii šetřící, ale i lymfatika šetřící. Rovněž místo endoklipů je využívána technika intrakorpórní ligace vén.

Výsledky: U našich pacientů jsme zaznamenali minimální množství komplikací. K časným komplikacím patří pooperační krvácení (u 1 pacienta krvácení z a. epigastrica inferior). K pozdním pooperačním komplikacím patří hydrokéla, hypertrofie varlete, recidiva varikokély, atrofie varlete. Recidivu varikokély jsme zaznamenali u 3,0% pacientů. Byla řešena úspěšně laparoskopickou reoperací, atrofie varlete nebyla zaznamenána. Pooperační hydrokéla se vyskytovala u 2,5% pacientů, po změně operační techniky jsme tuto komplikaci zaznamenali u 0,8% pacientů. Spermioqram jsme sledovali u dospělých pacientů. Operace na něj měla příznivý vliv, zlepšení však nebylo statisticky významné. Došlo k němu především u lehčích oligozoospermíí, u azoospermíí ne.

Závěr: Změna operační techniky na techniku lymfatika šetřící přinesla menší množství komplikací především ve smyslu sekundární hydrokély. Je to bezpečná a úspěšná metoda dostupná bez nutnosti nákladného technického vybavení s minimálním množstvím komplikací.

44. Nová léková forma testosteron undekaonátu – první klinické zkušenosti

J. Heráček^{1,2}, M. Urban^{1,2}, V. Sobotka³,
M. Lukeš¹, M. Záleský¹, L. Bittner¹

¹Urologická klinika 3. LF UK a FN KV Praha

²Androgeos Praha

³Sanatorium Pronatal Praha

Cíl: Vyhodnotit účinek nové lékové formy testosteron undekaonátu v hormonální substituční léčbě hypogonadálních mužů.

Metoda: Přípravek obsahuje 1 000 mg testosteron undekaonátu ve 4 ml roztoku a je určen k intramuskulární aplikaci. Do studie bylo v období 7/2005–5/2006 zařazeno 13 hypogonadálních mužů s průměrným věkem 32,5 roku (17–64) a s průměrnou plazmatickou koncentrací celkového testosteronu (T) 8,2 (1,7–10,9) nmol/l. Doba sledování byla 7,2 (3–10) měsíce.

Výsledky: Terapeutické hladiny testosteronu dosáhli 4 (31 %) pacienti 6 týdnů po 1. aplikaci léku, 6 (47 %) mužů po 3. injekci léčiva. T po 3. injekci se zvýšil na 13,9 (4,4–16,2) nmol/l. Podle Sexual Activity Questionnaire se 3 měsíce po začátku léčby u 10 (77 %) mužů zlepšila spokojenost se sexuálním životem. Přípravek byl všemi pacienty velmi dobře tolerován, nezaznamenali jsme žádné vedlejší účinky léčby.

Závěr: Práce prezentuje první klinické zkušenosti s novým depotním přípravkem testosteron undekaonátu v České republice. Masivnějšímu rozšíření léčiva do klinické praxe nepochybně brání současná výrazná finanční spoluúčast pacienta.

45. Parafinom penisu

P. Klézl¹, L. Vilhelmová¹, J. Bárta¹, M. Kotlář¹,
J. Novák¹, K. Benková², Z. Gilbert¹

¹Urologické oddělení FN Na Bulovce Praha

²Patologické oddělení FN Na Bulovce Praha

Cíl: Případy neobvyklého nálezu na penisu v souvislosti s aplikací parafinu do podkoží penisu.

Metoda: Tři pacienti byli léčeni chirurgickou excizí s histologicky prokázaným parafinomem penisu.

Závěr: V diferenciální diagnostice novotvarů penisu je třeba myslet i na aplikaci látek na bázi oleje, parafinu či silikonu.

46. Význam průběžného hodnocení hladin testů bta trak a ubc irma pro sledování pacientů s Ta a T1 nádory močového měchýře

M. Babjuk¹, M. Pešíl¹, V. Soukup¹, M. Koštířová²,
E. Tejčková³, L. Pecení⁴, J. Dvořáček¹

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

²ÚKBLD, 1. LF UK a VFN Praha

³Oddělení nukleární medicíny ÚVN Praha

⁴Ústav informatiky, AV ČR Praha

Cíl: Cílem naší práce je posoudit vztah mezi hodnotami některých markerů v moči a průběhem onemocnění u Ta a T1 uroteliálních nádorů močového měchýře.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 65 pacientů s histologicky prokázaným primárním nádorem močového měchýře (42 Ta, 23 T1; 29 G1, 36 G2; 22 solitárních, 43 mnohočetných), kteří byli léčeni transuretrální resekcí (TUR). Nemocní s intravezikální léčbou BCG vakcínou nebyli do studie zařazeni. První odběr spontánní moči ke stanovení markerů byl proveden před vstupní transuretrální resekcí (TUR), další pak vždy před každou kontrolní cystoskopií v průběhu prvních 18 měsíců. Hodnota hladin BTA TRAK a UBC IRMA byla korelována s aktuálním cystoskopickým, respektive histologickým nálezem. Pro jednotlivé pacienty a metody byla vytvořena i individuální prahová hodnota metodou dle Stieberové (BTA index, UBC index) vycházející z konkrétní hodnoty před TUR.

Výsledky: Před první kontrolní cystoskopií dosáhly průměrné hodnoty BTA, UBC, BTA indexu a UBC indexu 18.1 U/ml, 4.0 µg/l, 1.1 a 0.50 u 42 pacientů bez recidivy oproti 25.8 U/ml, 4.4 µg/l 1.7 a 0.57 u 23 pacientů s recidivou onemocnění (vše NS). Před třetí kontrolní cystoskopií činily hodnoty 8.0 U/ml, 3.3 µg/l, 0.41 a 0.35 u 30 pacientů bez recidivy ve srovnání s 37.3 U/ml, 5.33 µg/l, 2.3 a 0.62 u 22 nemocných s prokázanou recidivou ($p = 0.0003$, NS, 0.0019 a 0.031).

Závěr: Výsledky ukazují možné využití testů BTA TRAK a UBC IRMA při sledování pacientů po TUR pro Ta a T1 nádory měchýře. Přínos výsledku pro hodnocení rizika zachytu recidivy stoupá s prodlužujícím se odstupem od výkonu.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ND 8095-3.

47. Užití fluorescenční hybridizace in situ (FISH) v diagnostice nádorů močového měchýře

A. Petřík¹, O. Scheinost², M. Lehnerová²

¹Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

²Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Cíl: Cílem práce je stanovení výtěžnosti fluorescenční hybridizace in situ (FISH) v diagnostice uroteliálních nádorů močového měchýře.

Metody: Do souboru bylo zahrnuto celkem 333 vyšetření FISH provedených od září 2003 do ledna 2006, indikovaných buď při nálezů hematurie (26), nebo u pacientů dispenzarizovaných s uroteliálními nádory močového měchýře (307). Vyšetření bylo provedeno ze vzorku první ranní moči kitem UroVysion firmy Abbott Diagnostics. U všech pacientů byla provedena cystoskopie, a to rigidními přístroji. V případě nálezů nádoru či jeho suspekce byl proveden odběr tkáně pro histologické vyšetření. Hodnocen byl cystoskopický nález, dále pak přítomnost nádoru potvrzená při histologickém vyšetření, TMN klasifikace nádoru a jeho grade v porovnání s výsledky FISH vyšetření.

Výsledky: Při provedeném endoskopickém vyšetření byl nález hodnocen jako pozitivní ve 140 případech, jako suspekt v 6 případech, ve zbytku negativní. FISH bylo pozitivní u 147 případů, negativní u 186. Při porovnání cystoskopie a FISH je senzitivita metody 62,9% a specifita 70,1% (positive predictive value 59,9%, negative predictive value 70,4%). Při porovnání histologického vyšetření a FISH je senzitivita metody 68,2% a specifita 67,7% (positive predictive value 51,0 %, negative predictive value 81,2%). Pro T a G kategorie je senzitivita metody uvedena v Tabulce 1. V šesti případech, kdy byl vedlejší nález karcinomu in situ, byl FISH test pozitivní.

Tabulka 1

T	Ta	T1	T2	T3
Senzitivita	65,6%	66,1%	81,8%	100,0%
Grade	G1	G2	G3	
Senzitivita	58,3%	63,9%	80,6%	

Závěr: FISH představuje metodu s vysokou senzitivitou i specifitou, která se zvyšuje s gradingem a invazivitou nádoru.

48. Využití interfázické fluorescenční in situ hybridizace (I-FISH) pro neinvazivní diagnostiku karcinomu močového měchýře

L. Houšková¹, Z. Zemanová¹, M. Babjuk², M. Pešíl¹, K. Michalová¹

¹Centrum nádorové cytogenetiky, ÚKBLD 1. LF UK a VFN Praha

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

Cíl: Zhodnotit citlivost a specifitu metody I-FISH s využitím kitu, který obsahuje DNA sondy centromerické pro detekci aneuploidií chromozomů 3, 7 a 17 a lokus-specifickou sondu pro bialelickou delecii oblasti 9p21 (UroVysion Bladder Cancer Recurrence Kit®) a posoudit význam pro neinvazivní diagnostiku nádorů močového měchýře.

Materiál a metody: Vyšetřili jsme preparáty připravené z močových sedimentů, které jsme zpracovali metodou I-FISH výše zmíněným kitem. Fluorescenční signály jsme hodnotili ve fluorescenčním mikroskopu, obraz jsme analyzovali pomocí softwaru ISIS (MetaSystemsTM). Výsledky jsme korelovali s histologickými nálezy.

Výsledky: Analyzovali jsme vzorky 134 pacientů z nichž 94 mělo prokázaný karcinom močového měchýře, 20 mělo jiné onemocnění a 10 vzorků od zdravých dárců. I-FISH prokázala pozitivitu u 19 vzorků z 32 s histologickým nálezem G1 (59,4%), u 18 z 28 s nálezem G2 (64,3%) a u 31 z 34 s nálezem G3 (91,2%). U pacientů s histologickým nálezem G1 jsme našli u 11 bialelickou delecii lokusu 9p21, u 3 aneuploidii chromozomů 3, 7 a 17 v jednom klonu a bialelickou delecii 9p21 ve druhém klonu. U pacientů s nálezem G2 jsme našli u 6 bialelickou delecii 9p21, u 7 aneuploidii chromozomů 3, 7 a 17 a u 3 oba klony. U pacientů s nálezem G3 jsme prokázali u 2 bialelickou delecii 9p21, u 25 aneuploidii chromozomů 3, 7 a 17 a u 1 oba klony. Se zvyšujícím se gradem přibývá chromozomových změn.

Závěr: Prokázali jsme korelaci mezi histologickou klasifikací a konkrétními chromozomovými aberacemi. Stanovili jsme citlivost (71,6%) a specifitu metody (96,3%).

I-FISH provedená kitem UroVysion® je vhodná neinvazivní metoda pro doplnění cytologie i cystoskopie.

49. Naše zkušenosti s užitím fluorescenční in situ hybridizace FISH-UroVysion v diagnostice uroteliálních karcinomů (TCC)

V. Vít¹, D. Pacík¹, J. Pavlovský²

¹Urologická klinika LF MU a FN Brno

²Patologicko anatomický ústav FN Brno

Úvod: TCC je onemocnění s vysokým počtem recidiv po iniciální léčbě (70–80 %) a s tendencí k progresi při recidivě (30 %). Je nezbytné dlouhodobé sledování pacientů s tímto onemocněním. Ke standardním metodám monitorování pacientů s TCC patří cystoskopie, která je invazivní a drahá a cytologie moči, která má relativně nízkou senzitivitu zejména u lépe diferencovaných tumorů. Jsou snahy o vyvinutí laboratorní metody, pomocí které by bylo možno detekovat TCC z moči. Jednou ze zkoušených metod je FISH-UroVysion.

Materiál a metodika: Touto metodou je detekována aneuploidita chromozomů 3,7,17 a ztráta lokusu 9p21, které jsou charakteristické pro TCC. Na urologické klinice FN Brno bylo takto vyšetřeno 124 pacientů. U pacientů s podezřením na nádor močového měchýře byla odebírána spontánní moč na standardní cytologické vyšetření a na FISH, poté byla provedena cystoskopie s odběrem vzorků na histologické vyšetření.

Výsledky: Metoda FISH byla pozitivní v 35 případech vč. 5 případů s negativní biopsií i cytologií. Negativní výsledek FISH byl zaznamenán u 24 případů, ve kterých byla prokázána malignita. Senzitivita metody je v našem souboru 58,9%, specifická 88,1%.

Závěr: Podle dosud publikovaných údajů se FISH-UroVysion jeví jako perspektivní, neinvazivní metoda, která je schopná časně detekce TCC s vyšší senzitivitou než standardní cytologie moči. Podle našich prvních zkušeností je sice FISH relativně jednoduchá technika, výsledky však ve srovnání s publikovanými údaji nedosahují dostatečnou senzitivitu.

50. Prognostický význam exprese genu PAX5 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře

V. Soukup¹, M. Babjuk¹, M. Pešíl¹, M. Szakácsová¹, J. Dvořáček¹, J. Mareš²

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

²Ústav molekulární biologie a genetiky 2. LF UK Praha

Úvod: Cílem práce je posoudit míru exprese genu PAX5 u nemocných s povrchovým uroteliálním karcinomem močového měchýře (UKMM) a zjistit prognostický význam tohoto ukazatele.

Metodika: Do prospektivní studie bylo doposud zařazeno 105 pacientů s povrchovým UKMM. Exprese genu PAX5 byla hodnocena kvantitativně metodou real-time RT-PCR na přístroji ABI PRISM 7000. Jako srovnávací gen byl použit glyceraldehyd-3-fosfátdehydrogenázy (GAPDH). mRNA a cDNA se byly izolovány oligotexovou metodou pomocí kitů fy Qiagen a pomocí kitu High Capacity cDNA Archive kit fy Applied Biosystems. Všichni pacienti byli následně sledováni a léčeni dle obvyklých schémat, délka sledování byla 17–65 měsíců.

Výsledky: Recidiva tumoru byla zaznamenána u 62 sledovaných, z toho u 12 došlo v průběhu dalšího sledování k progresi onemocnění. Průměrná hodnota exprese PAX5 u nemocných bez recidivy byla 0,086, ve skupině s recidivou 0,125, u nemocných s následnou progresí byla 0,106.

Závěr: Podle našich výsledků míra exprese genu PAX5 hodnocená pomocí RT-PCR u nemocných s povrchovým UKMM může přinášet pomocnou informaci při stanovení rizika recidivy onemocnění. Definitivní hodnocení bude možné po provedení rozsáhlejších studií.

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

51. Solubilní forma karboanhydrázy IX (CAIX) u nemocných s uroteliálním karcinomem močového měchýře: první výsledky

L. Hyršl¹, J. Závada², Z. Zavadová², I. Kawaciuk¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Institut molekulární genetiky České akademie věd Praha

Cíl: CAIX se ektopicky jako nádoru přidružený antigen vyskytuje u některých humánních karcinomů, zejména u adenokarcinomu ledviny, karcinomu hrdla děložního a některých dalších. V poslední době byl histochemicky prokázán na membráně buněk uroteliálních karcinomů (TCC) vývodných cest močových. Jeho syntéza u TCC je spuštěna zřejmě ischemií v nádoru. Membránová CAIX se proteolyticky uvolňuje do tkáňových tekutin jako solubilní forma (s-CAIX). Cílem naší studie bylo stanovit s-CAIX v séru a moči nemocných s TCC.

Metoda: Stanovení s-CAIX jsme prováděli metodou Western blot a kvantifikovali metodou ELISA. Použili jsme vlastní monoklonální protilátky specifické k různým, nepřekrývajícím se epitopům; s-CAIX jsme stanovili u 15 nemocných, kde byl endoskopicky prokázán tumor močového měchýře. Moč, a u některých i sérum, byly odebrány v den operačního výkonu. Výsledek byl porovnán s mikroskopickým nálezem v operačním preparátu barveným hematoxylinem a eozinem a v některých případech i imunohistochemicky. Koncentrace s-CAIX byla vztažena k velikosti tumoru.

Výsledky: Na Western blotech se s-CAIX zobrazila jako dva proužky o molekulové hmotnosti 50 a 54 kDa. Pozitivní s-CAIX v moči byla u 11 (73,3%) nemocných, z toho u 9 (81,8%) odpovídal i mikroskopicky pozitivní nález. Ve 2 případech byl s-CAIX falešně pozitivní. Negativní s-CAIX byla u 4 (26,7%) nemocných, z toho 3x falešně negativní. V séru byly koncentrace s-CAIX nedetekovatelné nebo velmi nízké.

Závěry: U nemocných s TCC byla u 81,8% případů přítomná s-CAIX v moči v poměrně vysokých koncentracích, které lze stanovit i pomocí metody ELISA. Další studie a zpracování většího množství vzorků jsou nutné k pochopení jeho exprese a chování u nemocných s TCC.

52. Prognostický význam exprese genu BCL2 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře

V. Soukup¹, M. Babjuk¹, M. Pešíl¹, M. Szakácsová¹, J. Dvořáček¹, J. Mareš²

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

²Ústav molekulární biologie a genetiky 2. LF UK Praha

Cíl: Cílem práce je posoudit míru exprese genu BCL2 u nemocných s primozáchytem povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře (UKMM) a uvážit prognostický význam tohoto ukazatele.

Metodika: Do prospektivní studie bylo doposud zařazeno 30 pacientů s primozáchytem povrchového UKMM. Expres genu BCL2 byla hodnocena kvantitativně metodou real-time RT-PCR na přístroji ABI PRISM 7 000. Jako srovnávací gen byl použit glyceraldehyd-3-fosfátdehydrogenázy (GAPDH). mRNA a cDNA se byly izolovány oligotexovou metodou pomocí kitů fy Qiagen a pomocí kitu High Capacity cDNA Archive kit fy Applied Biosystems. Všichni pacienti byli následně sledováni a léčeni dle obvyklých schémat, délka sledování byla 17–29 měsíců.

Výsledky: Recidiva tumoru byla zaznamenána u 12 sledovaných, z toho u 1 došlo v průběhu dalšího sledování k progresi onemocnění. Průměrná hodnota exprese BCL2 u nemocných bez recidivy byla 0,495, ve skupině s recidivou 0,35, u jednoho nemocného s následnou progresí byla 0,368.

Závěr: Podle předběžných výsledků míra exprese genu BCL2 hodnocená pomocí RT-PCR u nemocných s povrchovým UKMM nekoreluje ani s recidivou ani progresí tumoru. Jde o první výsledky a definitivní hodnocení prognostického významu bude možné po provedení rozsáhlejších studií. Práce byla podpořena granty IGA MZ NR 8934-3 a VZ MSM 0021620808.

53. Význam transabdominální ultrasonografie v diagnostice karcinomů močového měchýře

K. Belej¹, F. Zátura², M. Hrabec²

¹Urologické oddělení, ÚVN Praha

²Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Karcinomy močového měchýře jsou druhou nejčastější malignitou v urogenitální oblasti. Cílem práce bylo stanovit možnosti sonografie při indikaci cystoskopického vyšetření v celkové nebo svodné anestezii a její srovnání s referenční metodou – ambulantní cystoskopií v bílém světle.

Materiál a metodika: V prospektivní studii bylo v letech 2001–2004 provedeno 557 vyšetření u nemocných s klinickým podezřením na přítomnost karcinomu močového měchýře. Sonografie byla hodnotitelná v 526 případech (94,5%). Všichni pacienti byli vyšetřeni transabdominální multifrekvenční sondou (2–5 MHz) na přístroji 2102 Hawk (BK Medical, Dánsko) při maximální náplni močového měchýře. Cystoskopie byla provedena rigidním nástrojem a všechny pozitivní, podezřelé a nejednoznačné endoskopické nálezy byly ověřeny histologickým vyšetřením.

Výsledky: Senzitivita sonografie pro ložiska v močovém měchýři byla v celém souboru 60%, specifická 90%, pozitivní prediktivní hodnota 92%, negativní prediktivní hodnota 54% a celková přesnost 71%. Primožáchyty povrchových uroteliálních karcinomů (95 pacientů) byly diagnostikovány se senzitivitou 85% a pozitivní prediktivní hodnotou 100% a recidivy (62 vyšetření) se senzitivitou 52% a pozitivní prediktivní hodnotou 90%. Senzitivita a pozitivní prediktivní hodnota sonografie u infiltrujících karcinomů (53 pacientů) byla 96% a 100% v uvedeném pořadí parametrů.

Závěr: Podle našich výsledků je transabdominální sonografie vhodná neinvazivní metoda pro primární diagnostiku a sledování nemocných s nádory močového měchýře.

54. Hodnocení souboru pacientů s povrchovými tumory močového měchýře

M. Pešl¹, M. Babjuk¹, V. Soukup¹, H. Smolová¹,

J. Dušková², P. Dundr², I. Pavlík¹, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Ústav patologie 1. LF UK a VFN Praha

Cíl: V období od srpna 2001 do ledna 2006 bylo na našem pracovišti operováno 219 pacientů s primozáchytem povrchového uroteliálního tumoru močového měchýře. Cílem této práce je zhodnotit onkologickou charakteristiku souboru těchto pacientů a ověřit význam jednotlivých prognostických faktorů.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 158 mužů a 61 žen, průměrný věk 66,8 let (18 až 90 let).

Výsledky: T1 tumor byl přítomen u 100 (46%) pacientů, Ta u 85 (39%) pacientů a CIS u 6 (3%) pacientů. U 28 (13%) pacientů nestanovil patolog staging. Dále jsme hodnotili stupeň nádorové diferenciace. Tumor G1 byl přítomen u 72 (33%), G2 u 91 (42%) a G3 u 52 (24%) pacientů, ve 4 (2%) případech nebyl stupeň diferenciace určen. V 87 (40%) případech se jednalo o mnohočetný tumor. Příznakem vedoucím pacienta nejčastěji k vyšetření byla makroskopická hematurie – ve 148 (68%) případech. Vztah k nikotinizmu byl v dokumentaci uveden u 121 (55%) pacientů, z nichž nikotinismus v současnosti nebo v anamnéze uvedlo 98 (45%) pacientů, pouze 23 (11%) pacientů nikdy cigarety nekouřilo.

Jako signifikantní prognostický faktor střední doby do recidivy se ukázala nádorová diferenciace ($p = 0,0464$) a mnohočetnost tumoru ($p = 0,0459$). Signifikančním rizikovým faktorem progresu se ukázala být nádorová invaze a buněčná diferenciace ($p = 0,001$).

Závěry: Výsledky naší studie stran nádorové invaze, diferenciace a významu prognostických faktorů odpovídají údajům uváděným ostatními autory. Relativně vysoký počet pacientů s CIS může souviset s využíváním fotodynamické diagnostiky (PDD) na našem pracovišti. V budoucnu plánujeme další sledování a rozšiřování tohoto souboru pacientů.

Práce byla podpořena granty IGA MZ NC 8095-3, VZ MSM 0021620808 a IGA MZ 8934-3/2006.

55. Onkologické výsledky radikální cystektomie u pacientů s nádory močového měchýře

M. Babjuk, T. Hanuš, I. Pavlík, L. Šafařík, V. Soukup, M. Pešl, J. Dvořáček
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Katedra urologie IPVZ

Cíl: Zhodnotit vztah rozsahu onemocnění a výsledků radikální cystektomie u pacientů s nádory močového měchýře.

Metoda: V období od ledna 2000 do března 2006 byla na naší klinice provedena cystektomie pro nádor močového měchýře u 125 pacientů (34 žen a 91 mužů). Indikací byl u 113 pacientů uroteliální karcinom, u 8 spinocelulární karcinom, u 3 malobuněčný karcinom a u 1 pacientky feochromocytom. Rutinní součástí výkonu byla pánevní lymfadenektomie. Kromě makroskopicky zvětšených uzlin byly do konce roku 2001 odstraňovány uzliny z obturatorní jámy (35 operovaných), v pozdějším období i z oblastí podél zevních ilických cév a podél větvi vnitřních ilických cév. Nedílnou součástí patologické zprávy bylo kromě určení rozsahu onemocnění i stanovení počtu odstraněných uzlin. Hodnotili jsme beznádorové přežití v závislosti na lokálním rozsahu onemocnění (kategorie T), na počtu metastaticky postižených lymfatických uzlin i na počtu odstraněných uzlin.

Výsledky: Onkologické výsledky nepřímo závisely na lokálním rozsahu onemocnění i na přítomnosti uzlinového postižení. Dvouleté přežití bez recidivy onemocnění bylo 82,4 % u nádorů pT1, 76,8 % u pT2, 41 % u pT3 a 25,4 % u pT4 ($P = 0,0002$, Log-rank test). Při absenci uzlinových metastáz přežilo 2 roky bez recidivy 72,7 % pacientů, zatímco při pozitivním uzlinovém nálezu pouze 49,2 % ($P = 0,012$, Log-rank test). Bylo-li odstraněno více než 9 uzlin, přežilo 2 roky bez recidivy 72,8 % nemocných, zatímco u nemocných s menším počtem odstraněných uzlin dosáhla tato hodnota pouze 64,2 % (NS).

Závěr: Radikální cystektomie je v případě včasné indikace účinnou léčbou progredujících forem uroteliálních nádorů močového měchýře. Součástí výkonu by měla být pečlivá pánevní lymfadenektomie.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

56. Dilatace horních močových cest v závislosti na typu derivace moči po cystektomii

M. Louda, P. Morávek, A. Hafuda, P. Navrátil, M. Brodák, P. Prošvic, M. Romžova, J. Pacovský
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Určení stupně dilatace horních močových cest (HMC) v závislosti na typu operační derivace moči po cystektomii (CE) pro karcinom měchýře.

Materiál a metoda: Za období roků 2000–2004 byla provedena vyšetření s cílem posouzení dilatace HCM u 113 pacientů (pac.) s tumorem měchýře, z toho u 33 žen, 80 mužů. Po CE byla provedena u 62 p. refluxní ureteroileostomie dle Wallace II., u 30 pac. kontinentní derivace typu vesica ileale Padovana (VIP) s implantací ureterů dle LeDuca nebo Hohenfellnera, u 20 pac. derivace moči typu MAINZ II pouch (MP II.) s antirefluxní implantací ureterů a v jednom případě derivace dle Studera. Velikost pánviček ledvin byla stanovena ultrasonograficky. Za normu velikosti byl vzat rozměr pánvičky 20 mm a méně.

Výsledky: Dilatace HMC byla pozorována u 8 z 62 pac. (13 %) po derivaci Wallace II., u 11 z 30 pac. (37 %) po VIP, u 9 z 20 pac. (45 %) po MP II. Průměrná dilatace ledvinné pánvičky byla u patologických nálezů 31 mm, 37 mm respective 27 mm. Oboustranná dilatace byla pozorována u 7 pac. Pravostranná dilatace u 14 pac., levostranná u 8 pac.

Souhrn: Nejpočetnější skupina pacientů s dilatací HMC po CE byla pozorována u derivace typu MP II., ve 45 %, po antirefluxní implantaci ureterů. Nebyl pozorován rozdíl v hodnotách kreatininu na typu derivace moči.

57. Urologické komplikácie po transplantácii obličky a ich liečba v našom klinickom materiáli

L. Valanský¹, L. Beňa³, V. Nagy¹, M. Iláš¹,
J. Bober², P. Závacký², J. Blažejová²,
V. Sihotský², R. Roland³

¹Urologická klinika LF UPJŠ
a FN L. Pasteura Košice

²I. chirurgická klinika LF UPJŠ
a FN L. Pasteura Košice

³Transplantačné oddelenie, LF UPJŠ
a FN L. Pasteura Košice

Ciel: Retrospektívne analýza urologických komplikácií po transplantácii obličky a výsledkov ich liečby.

Materiál a metodika: Z 382 Tx obličky vykonaných v r. 1988–05/2006 na I. chirurgickej klinike v Košiciach malo urologické komplikácie 30 (7,85%) pac. (17M, 13 Ž, vek 27–66 rokov, Ø 45 r.) – močovú fistulu z nekrózy močovodu 17 (57%), zúženinu UV anastomózy 9 (30%), izolovanú hydronefrózu 4 (13,3%) pac.

Výsledky: Pacienti sú sledovaní 7–171 mes. (Ø 77 mes.). Liečba bola úspešná u všetkých 28 hodnotených pacientov (dvaja nezhodnotení, raz pre graftektómiu pre akútnu rejekciu a raz pre exitus). Komplikácia sa vyliečila jednou intervenciou u 26 (93%) pac. (reimplantácia 20, inzercia JJ stentu 3, 1x so sutúrou fistuly močovodu, perkutánna nefrostómia 1, ureteropyeloanastomóza 2). K menej obvyklým druhotným rekonštrukčným výkonom patrili anastomóza Boari laloka na dolný kalich, ureteropyeloanastomóza s močovodom príjemcu a pyeloileocystostómia (jej výsledok nezhodnotený pre exitus na infarkt myokardu mesiac po operácii). Ani jedna zo 4 graftektómií a 4 úmrtí nemala urologickú príčinu.

Záver: K najčastejším komplikáciám Tx obličky patrí močová fistula a zúženina ureterovezikálnej anastomózy. Väčšina z nich sa dá úspešne vyriešiť prvou operačnou intervenciou, druhotné výkony vyžadujú spravidla náročnejšie rekonštrukčné operácie.

58. Transplantace ledviny u pacientů s refluxní nefropatií nativních ledvin

M. Brodák, P. Navrátil, J. Pacovský
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Cílem práce je zhodnocení výsledků transplantace ledviny u pacientů s ledvinou nedostatečností způsobenou refluxní nefropatií. Tito pacienti jsou riziková skupina, že dysfunkce močového měchýře s refluxem může vést k poškození transplantované ledviny.

Soubor: Byl hodnocen soubor 10 pacientů, u kterých byl prokázán veziko-renální reflux (VUR), který vedl k selhání ledvin. Jedná se o 6 mužů a 4 ženy. Etiologie VUR byla u 4 pacientů chlopečí zadní uretry, u 4 primární reflux, u jednoho meningomyelocele a u jednoho intersticiální cystitis.

Metoda: Všem pacientům byla před transplantací provedena cystoskopie, mikční cystografie a urodynamické vyšetření. U pacientů s kapacitou nad 200ml a bez netlumených kontrakcí byla prováděna pouze instilační léčba s cílem zvětšit kapacitu močového měchýře. Tam, kde byla kapacita menší, nebo byly netlumené kontrakce, byla provedena augmentace močového měchýře.

Výsledky: U 4 pacientů byla pouze prováděna pravidelná instilace měchýře. U 6 pacientů byla provedena derivační operace. U 5 pacientů augmentace měchýře, u jedné ileální kondukt. U jednoho pacienta došlo ke ztrátě graftu pro septický stav. U zbylých nemocných je transplantovaná ledvina funkční.

Závěr: Refluxní nefropatie s dysfunkcí dolních močových cest je riziková pro transplantaci tím, že může dojít stejným mechanismem k ztrátě transplantované ledviny. U nemocných s malokapacitním měchýřem s netlumenými kontrakcemi je plně indikována augmentace močového měchýře.

59. Transplantace ledviny u nemocného s polycystózou ledvin – vlastní zkušenosti

J. Pacovský, P. Navrátil, M. Broďák, M. Louda
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Adultní polycystóza ledvin (ADPKD) je spojena s řadou komplikací. Retrospektivní studie transplantovaných pacientů analyzovala výskyt komplikací souvisejících s polycystózou.

Materiál a metoda: V našem centru bylo v letech 2001–2005 provedeno 194 transplantací ledvin. Celkem 29 (14,95%) pacientů z důvodu ADPKD. Tato skupina byla retrospektivně analyzována z hlediska výskytu komplikací (krvácení, infekce, poruchy centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu a kardiovaskulárního systému).

Výsledky: Z 29 nemocných s ADPKD se komplikace objevily u 11 pacientů (37,9%). Infekce vlastních ledvin u 2 nemocných před transplantací (6,9%), mitrální insuficience u 4 nemocných (13,8%), aneurysma mozkových cév u 1 pacienta (3,4%), divertikulóza tlustého střeva u 3 nemocných (10,3%), divertikulitida u 1 nemocného (3,4%), krvácení do cyst u 2 nemocných (6,9%). Před transplantací bylo z různých důvodů provedeno 10 nefrektomií. Po transplantaci ledviny se infekce vlastních ledvin vyskytla u 1 nemocného (3,4%), pyelonefritida štěpu u 5 nemocných, krvácení aneurysmatu mozkových cév u 1 pacienta (3,4%), divertikulitida u 3 nemocných (10,3%), z toho 2x s perforací, krvácení do cyst u 1 nemocného (3,4%). Z našeho souboru zemřeli 4 nemocní (2x na sepsi, 1x na nitrolební krvácení a 1x na srdeční selhání).

Závěr: Nemocné s adultní polycystózou nutno považovat za rizikové. Před jejich zařazením do čekací listiny je vždy nutné důkladné vyšetření a vyřešení před transplantací. Infekční či krvácivé komplikace by měly být radikálně řešeny nefrektomií vlastních ledvin. Prodělaná divertikulitida je indikací k chirurgickému ošetření střeva ještě před transplantací.

60. Poranění ledvin

D. Němec, K. Mainer, J. Krhut
Urologické oddělení FNŠP Ostrava

Cíl: Vyhodnocení diagnostického a terapeutického postupu u 213 pacientů s traumatem ledvin v období 1997–2005 hospitalizovaných na urologickém oddělení a traumatologickém centru FNŠP Ostrava.

Materiál a metody: Bylo vyhodnoceno 213 nemocných, věková kategorie 6–77 let (průměr 26,5). Všichni nemocní měli vyšetřen močový sediment, podstoupili vstupní USG a při podezření na patologický nálezn CT vyšetření. Kontrolní USG a CT vyšetření bylo indikováno dle klinického stavu. Ojedinele byla indikována vylučovací urografie. Renální angiografie a NMR anebo izotopové metody nebyly v akutním stádiu indikovány. Z 213 pacientů bylo u 31 zjištěno tzv. velké poranění (dle AAST). Ve skupině velkých poranění ($n = 32$) bylo 18 pacientů s polytraumatem, ve skupině malých poranění ($n = 182$) bylo 49 pacientů s polytraumatem. V období po propuštění byla u velkých traumat funkce ověřována dynamickou scintigrafií.

Výsledky: Konzervativně bylo postupováno u 196 pacientů. U velkých traumat ($n = 31$) byla operační revize indikována u 17 pacientů, konzervativně bylo postupováno u 14 pacientů – z toho byl 10krát punktován hematoma instrumentariem pro PCNL a 1krát byl hematoma evakuován laparoskopicky. U polytraumat ($n = 67$) byl konzervativní postup a u 52 pacientů (10krát punkce), u 17 pacientů byla indikována operační revize (9krát nefrektomie).

Závěr: V případě renálního traumatu je nutno zdůraznit aktivní diagnostický přístup. V případě terapie je velmi dobrých výsledků dosahováno konzervativním postupem. Indikací k revizi je hrozící hemoragický šok, anebo retroperitoneální kompartment syndrom. Nefrektomie byly provedeny u pacientů s dalšími rozsáhlými traumaty jako život zachraňující výkon.

61. Použití submukózy tenkého střeva (SIS) při léčbě uretrálních striktur

A. Vidlář, R. Fiala, R. Vrtal, M. Grepl,
V. Študent, F. Zářura
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíle: Vhodnou operační metodou na striktury přední uretry, které jsou příliš dlouhé na excizi a reanastomózu, je substituční uretroplastika volným graffem nebo stopkatým kožním lalokem. Další možností je použití allo či xenograffu. Autoři hodnotí zkušenost s porcinní aceluární kolagenní matrix (SIS) při operační léčbě striktur močové trubice.

Metody: V říjnu 2003 – prosinci 2004 jsme provedli rekonstrukci močové trubice pomocí 4vrstvé SIS u 50 mužů ve věku 28–74 let (průměr 51,9 let). Matrix je komerčně dostupná – SURGISIS SLH 4S, Cook Urological Inc. Doba sledování byla 16–32 měsíců (průměr 25,9). Bylo hodnoceno IPSS a UFM křivka každé 3 měsíce. Uretrografie byla provedena každý rok, při Qmax < 15 ml/s nebo IPSS > 7 ihned. Recidiva striktury byla definována jako stenóza při uretrografii.

Výsledky: Rekonstrukce byla úspěšná u 40 (80 %) pacientů, recidiva se vyvinula u 10 (20 %) pacientů. Všechny recidivy se vyvinuly časně – od 2 do 6 měsíců po operaci, u 4 pacientů na proximálním konci matrix, u 2 na distálním konci, u 2 na obou koncích a u 2 byla kompletně obliterována celá uretra ale jen v oblasti matrix. V bulbární uretře byla úspěšnost 90 % (9/10), bulbopenilní 83,9 % (26/31) a v penilní 55,5 % (5/9). Peroperační manipulace se SIS byla snazší než s autologními materiály. Nevyskytly se žádné časné ani pozdní komplikace.

Závěr: Z našich střednědobých výsledků se ukazuje, že SIS je bezpečný a efektivní rekonstrukční materiál nevyžadující odběr štěpu či přípravu laloku. Odpadá morbidita odběrového místa. Úspěšnost metody se v průběhu času blíží úspěšnosti volných slizničních štěpů nebo laloků. Po iniciálním časném výskytu restriktur se po 6 měsících od výkonu již žádné neobjevily. Aplikace SIS by měla být omezena na bulbární nebo bulbopenilní oblast uretry.

Sponzorováno grantem IGA MZ ČR NR7764-3/2004.

62. Dlouhodobé výsledky uretroplastik s použitím bukální sliznice v různých modifikacích

R. Sobotka¹, R. Kočvara^{1,2}, J. Dvořáček^{1,2}

¹Urologická klinika VFN Praha

²IPVZ Praha

Cíl: Předmětem sdělení je zhodnocení dlouhodobých výsledků u různého způsobu použití bukální sliznice indikované u dlouhých či mnohočetných striktur nebo po rekonstrukci hypospadie.

Metoda: V letech 1995 až 2006 bylo na Urologické klinice VFN provedeno 37 uretroplastik s použitím bukální sliznice u pacientů ve věku 11 až 68 let. U 21 pacientů se jednalo o komplikované recidivující striktury po opakovaných endoskopických výkonech či rekonstrukcích striktur a hypospadie. Striktura byla prokázána 18x v prebulbární a bulbární, 11x v penilní oblasti, v 8 případech se pak jednalo o táhlé striktury až panstenózy uretry. U 31 pacientů se použila uretroplastika metodou onlay, z toho u 8 prvních pacientů s ventrálním umístěním štěpu, u dalších byl zvolen dorzálně umístěný štěp. U 6 pacientů byl nahrazen bukální sliznicí celý obvod uretry ve dvou dobách. Délka použitého štěpu se pohybovala od 30 do 80 mm, průměrně 70 mm, 3x byl použit duplexní štěp v délce max. 140 mm.

Výsledky: Délka sledování dosáhla 46 měsíců (3–129 měsíců). Vyskytly se 3 restriktury, které si vyžádaly reoperaci (8,1 %), 2 relativní restriktury, řešené autodilatací či jednorázově uretrotomií (5,4 %). Z toho 2x recidiva následovala po ventrálním onlay (25 %), 1x po dorzálním onlay (4,3 %), u dvoudobých uretroplastik ve 2 případech (33,3 %). Při použití duplexního štěpu jsme komplikaci nezastihli. Časnou komplikací byla 1x drenáž hematomu a 1x epidermolýza. Rozvoj píštěle jsme v našem souboru neprokázali. Při recidivě striktury se jednalo vždy o časnou komplikaci do 15 měsíců od uretroplastiky.

Závěr: Uretroplastika s použitím bukálního štěpu je dlouhodobě účinnou metodou s nízkým počtem komplikací, zejména při umístění štěpu dorzálně. Míra komplikací nesouvisí s délkou štěpu bukální sliznice, rozsahem plastiky ani lokalizací striktury.

63. Infarkt ledviny, vzácně diagnostikované postižení ledviny u mladé pacientky – kazuistika

V. Mašková¹, J. Sachová¹, M. Urban¹, M. Laboš²,
M. Dvořáček³, O. Černá⁴

¹Urologická klinika 3. LF UK a FN KV

²Radiodiagnostická klinika 3. LF UK a FN KV

³Chirurgická klinika 3. LF UK a FN KV

⁴Hematologická klinika 3. LF UK a FN KV

Úvod a cíle: Infarkt ledviny je vzácně diagnostikovanou jednotkou způsobenou nejčastěji trombózou renální arterie. Vzhledem k velmi nespecifickým příznakům může vyvolat značné diagnostické rozpaky.

Metodika: 32letá pacientka akutně přijata pro křečovitě bolesti levého mezogastria a levé lumbální krajiny. USG ledvin – bez patologie. Pro progresi bolestí ne reagující na spasmolytika a nejasný palpační nálezní na břiše provedeno CT s kontrastním vylučováním se závěrem: tepenná okluze renální vlevo s okřivkovým sytím parenchymu při dorzálním okraji ledviny (dokumentace v prezentaci).

Výsledky: Vzhledem k nálezu provedena renální angiografie a. renalis s nálezem její kompletní obturace trombem. Řešeno aspirační trombektomií s nasazením plné heparinizace. S přihlédnutím k věku pacientky a anamnéze dlouhodobé kontracepce vyslovena suspekce z antifosfolipidového syndromu, tedy doplněno hematologické, imunologické a kardiologické vyšetření.

Závěr: Riziko tromboembolizmu při užívání hormonální estrogen-progesteronové léčby bylo opakovaně potvrzeno. Novější preparáty III. generace jsou spojeny s nižší dávkou estrogenů, ale nejsou již spojeny s další redukcí rizik trombózy. V našem případě laboratorní výsledky ukázaly posun koagulačních poměrů a prokázaly přítomnost heterozygotní mutace metyltetrahydrofolát reduktázy varianty A1298C, která zvyšuje riziko výskytu arteriální trombózy. Včasná diagnostika a léčba na podkladě mezioborové spolupráce odvrátila nutnost provedení nefrektomie u mladé pacientky. Otázku stran funkce postižené ledviny lze zodpovědět až s časovým odstupem.

64. Kompletní duplikace močového mechúra a uretry u dospělé ženy – kazuistika

G. Varga, D. Pacík, A. Čermák

Urologická klinika MU a FN Brno Bohunice

Cíle: Autoři prezentují nález kompletní duplikace močového mechúra u 52ročné pacientky. První podezření na tuto anomálii vzniklo při laparoskopii z gynekologické indikace už v r. 1996. Pacientka neabsolvovala urologické vyšetření. T. č. byla odeslána ze sektorové gynekologie k urologickému vyšetření s nálezem cystolitíazy.

Metody a výsledky: Podrobným vyšetřením (MCUG, IVU, CT, CSK) byl u pacientky potvrzen nález kompletního zdvojení močového mechúra a uretry s přítomnou cystolitíazou v levém mechúru. Každý mechúr má prokázaný jeden ureter s normálním uložením v levém mechúru, normálního průběhu, v pravém mechúru přítomný nález „hadej hlavy“ svědčící pro ureterokelu bez obstrukce na FSL. Při CSK levého mechúra je přítomná trabekulizace, na konci ureterické riasy divertikul. Byly detekovány 3 konkrementy velikosti 1,5–2,5 cm. Levé ústí jsme detekovali pomocí *indigokarmínu*. V pravém mechúru dominují pseudodivertikly. Bilaterální ascendentní ureteropyelografie prokazuje volnou drenáž vpravo, vlevo hypotonický ureter so zářezem v oblasti PUJ s hydronefrotickým KPS. Pomocí elektrohydraulické litotripsie byla cystolitíaza dezintegrována a kompletně evakuována. V pooperačním období docházelo k rozvoji teplot s pozitivním kultivačním nálezem. Po opakovaném přeliečení antibiotiky a po extrakci katétrů se rozvinula močová retence v levém mechúru. Pacientka byla prepustená s permanentním katétre v levém mechúru. Ambulantně, po 2 týdnech, je po extrakci PMK kontrolné reziduum vpravo 10 ml, vlevo 45 ml.

Závěr: Tato zriedkavá anomálie si vyžaduje urologickou dispenzarizáciu, vzhľadom k možným komplikáciám, od počiatku verifikácie nálezu. V dnešnej dobe neonatálneho ultrazvukového skríningu by nemala ujsť našej pozornosti.

65. Řešení panuretrální striktury pomocí SIS matrix

R. Vrtal, A. Vidlář, R. Fiala
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Autoři prezentují výsledky operace panuretrální striktury s použitím xenograftu (SIS matrix). Tuto techniku lze použít u striktur s menším stupněm fibrózy a s vědomím korekce eventuální restenózy praeputiálním nebo labiobukálním onlay ve 2. době.

Metoda: Řešení panuretrálních striktur je vždy složité a jsme často postaveni před otázku, zda provést jednodobou rekonstrukci či dvoudobý výkon. Naše zkušenosti vycházejí z výsledků 3 pacientů. (42–56 roků). Vzhledem k věku pacientů a kvalitní vřát sexualit jsme stanovili jako prioritu obnovení plné funkce močové trubice. Dva pacienti byli navíc již v minulosti po obřízce. Pro rekonstrukci byl použit xenograft 4vrstevné SIS – matrix. U dvou pacientů byla provedena i glanduloplastika, u jednoho pacienta byla uretra vyvedena v sulku jako koronární hypospadie.

Výsledky: Jeden pacient byl hodnocen jako úspěšně vyléčený. U dvou zbývajících pacientů byla ve druhé době operována restriktura v penoskrotálním úhlu a v distální uretře. Všechny defekty ale již byly řešitelné použitím standardní metody (labiobukální onlay) Follow – up činí 6 měsíců – 3 roky.

Závěr: Výsledek operace se při použití SIS matrix jeví jako příznivý zejména při rekonstrukci proximálních partií uretry. Největší pravděpodobnost komplikací je možno očekávat při rekonstrukci distální penilní uretry. Jako nejjednodušší se jeví ponechání hypospadického vyústění v úrovni sulcus coronarius. Výsledek operace je závislý na kvalitní operační technice ale i na bezchybné pooperační péči a spolupráci pacienta.

66. Príspevok k diagnostike chronického panvového bolestivého syndrómu

J. Fillo
FN Staré mesto Bratislava

Cieľ: Prispieť k zlepšeniu diagnostiky a monitorovania liečby pacientov s CPPS (chronickým panvovým bolestivým syndrómom).

Úvod: CPPS je najčastejšia urologická diagnóza u mužov do 50 rokov a predstavuje 8% všetkých urologických návštev v USA. Incidencia v USA je 3,3 na 1 000 mužov.

Diagnóza je založená po vylúčení infekčného pôvodu na: subjektívnych pocitoch – prostatický symptómový index a na DRE. Aj tu lekár hodnotí okrem konzistencie prostaty subjektívny príznak bolestivosti. Chýba nám objektívne hodnotenie. Pri CPPS dochádza vplyvom pretlaku v prostatickej uretre k vnikaniu kyslých močových produktov do prostatických acinov a k opuchu prostaty.

Klinický súbor a metódy: Vyšetřili sme 100 pacientov s CPPS vo veku od 18 do 50 rokov.

Ako kontrolu sme vyšetřili 10 zdravých mladých mužov vo veku od 20 do 22 rokov.

Výsledky: Zistili sme, že pri CPPS sa zväčšuje pričný rozmer prostaty. Vertikálny ani predozadný nie sú výraznejšie zmenené. Pričný rozmer prostaty bol u pacientov s CPPS od 38 do 55 mm. Priemer 44 mm. U kontrolnej skupiny bol pričný rozmer prostaty od 28 do 35 mm. Priemerne 32 mm.

Záver: USG prostaty s abdominálnou sondou je jednoduché a rýchle vyšetřenie. Môže sa stať cenným pomocníkom nielen pri diagnostike, ale aj pri monitorovaní účinnosti liečby. Pri účinnej liečbe spolu so subjektívnym zlepšením sme zistili aj zmenšenie pričného rozmeru prostaty. Presnejšie je síce vyšetřenie TRUS, ale ako sme si overili, dobre koreluje s abdominálnym, preto považujeme v tomto prípade abdominálnu sondu za dostatočnú a pre jej rýchlosť a jednoduchosť sme jej dali prednosť.

67. Medikamentózní léčba benigní hyperplazie prostaty kombinací alfa-lytik a antimuskarinik: indikační kritéria a první výsledky

P. Verner, L. Jarolím, I. Kawaciuk,
M. Schmidt, L. Hyršl
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Benigní hyperplazie prostaty působí pacientům jak obstrukční, tak iritační mikční příznaky. Obstrukční symptomatologii lze ovlivnit především alfa-blokátory. Cílem studie bylo zhodnocení účinnosti a tolerance přidání antimuskarinika u nemocných, kde i při úspěšném ovlivnění obstrukčních příznaků alfa-blokátorem přetrvávala iritační symptomatologie.

Metoda: U 27 nemocných, kteří byli léčeni tři měsíce alfa-blokátorem (doxazosin SR 4 mg denně), přetrvávaly nykturie, polakiurie či urgencye. Nemocným bylo provedeno urodynamické vyšetření a bylo vyhodnoceno I-PSS skóre. Následně bylo k alfa-blokátoru přidáno antimuskarinikum (tolterodin SR) v dávce 4 mg denně. Po třech měsících léčby byl zhodnocen klinický efekt léčby, vedlejší účinky, I-PSS skóre, uroflowmetrie a postmikční reziduum.

Výsledky: U 8 nemocných byl prokázán hyperaktivní detruzor. Průměrná hodnota I-PSS poklesla po přidání antimuskarinika ze 14,6 na 11,5. Postmikční reziduum nebylo významně ovlivněno, i po léčbě naměřeno max. 39 ml moči. V žádném případě nedošlo ke vzniku močové retence. Průměrná hodnota maximálního průtoku poklesla z 12,1 na 11,8. Výsledky se ve skupině nemocných s hyperaktivním detruzorem a normoaktivním detruzorem nelišily. Sedm nemocných popisovalo suchost v ústech, z nich dva pro potíže léčbu přerušili.

Závěry: Terapie kombinací alfa-blokátorů s antimuskariniky je v indikovaných případech účinnější než monoterapie alfa-blokátory. U většiny nemocných nevykazuje závažné vedlejší účinky a je pacienty dobře tolerována.

68. Vplyv zmeny medikácie z Omnic na Omnic Tocas u pacientov s BPH na frekvenciu nykturií

M. Hajný, D. Pacík, A. Čermák
Urologická klinika LF MU a FN Brno

Cieľ: Autori štúdie hodnotia vplyv zmeny medikácie pri prechode z Omnic na Omnic Tocas u pacientov s hyperpláziou prostaty na frekvenciu nykturií.

Materiál a metódy: Do štúdie boli zaradení pacienti s hyperpláziou prostaty medikujúci alfablokátor Omnic. Pacienti boli postupne prevádzaní na medikáciu Omnic Tocas. Hodnotená bola frekvencia nykturií dotazníkovou formou, a to ako súčasť dotazníkov IPSS. Pacienti boli sledovaní v intervaloch po 3 a po 6 mesiacoch.

Výsledky: Štúdie sa zúčastnilo vstupne 437 pacientov, 1. kola po 3 mesiacoch sa zúčastnilo 422 pacientov a 2. kola po 6 mesiacoch 411 pacientov. V 1. kole došlo u 152 pacientov tj. v 36 % k zníženiu počtu nykturií v porovnaní so vstupnými hodnotami, u 182 pacientov tj. v 44 % nedošlo k ovplyvneniu frekvencie nykturií a u 88 pacientov v 20 % došlo k zvýšeniu počtu nykturií. V 2. kole po 6 mesiacoch došlo u 192 pacientov tj. v 47 % ku zníženiu frekvencie nykturií v porovnaní so vstupnými hodnotami, u 141 pacientov tj. v 34 % nedošlo k ovplyvneniu frekvencie nykturií a u 88 pacientov v 20 % došlo ku zhoršeniu frekvencie nykturií.

Záver: Z výsledkov štúdie vyplýva, že v sledovanom súbore pacientov s BPH a preexistujúcou medikáciou Omnicom došlo po prevedení na medikáciu Omnic Tocas u takmer 80 % pacientov ku zlepšeniu alebo k stabilizácii frekvencie nykturií a u 20 % ku zhoršeniu frekvencie nykturií.

69. Transuretrální mikrovlnná terapie benigní hyperplazie prostaty – využití magnetické rezonance v hodnocení efektu terapie a stanovení parametrů ovlivňujících léčbu

S. Veselý¹, M. F. Müller², T. Knutson¹, R. Peeker¹, M. Hellström², C. Dahlstrand¹

¹Departments of Urology and ²Radiology, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden

Cíl: S pomocí magnetické rezonance (MR) zhodnotit morfologické změny v hyperplastické prostatické tkáni po léčbě mikrovlnnou termoterapií (MT) a stanovení strukturálních a funkčních parametrů prostaty, které by mohly mít vliv na léčebný proces.

Materiál a metodika: Celkem 13 pacientů s BHP a chronickou močovou retencí bylo léčeno MT prostaty s užitím přístroje Coretherm (ProstaLund, Lund, Sweden). Pacienti byli vyšetřeni pomocí MR před MT, dále pak týden a 6 měsíců poté. Vyšetření MR zahrnovalo kvantifikaci krevního průtoku prostatou a stanovení ADC (apparent diffusion coefficient) pomocí difúzně-vážených obrazů.

Výsledky: Týden po MT prokázala MR jasnou intraprostatickou lézi u všech 13 pacientů. Jeden pacient během doby sledování podstoupil transuretrální resekci prostaty. U ostatních pacientů byla léze po MT patrná na MR i po 6 měsících. Střední velikost léze byla 22,5 cm³ (27%) po jednom týdnu a 4,1 cm³ po 6 měsících. Tyto hodnoty signifikantně korelovaly s přibližnou velikostí léze, stanovenou přístrojem – po 1. týdnu ($r = 0,8$, $p = 0,002$), po 6 měsících ($r = 0,69$, $p = 0,05$). Na konci doby sledování byl zaznamenán signifikantní pokles objemu prostaty, průměrně o 20,1 cm³ ($p < 0,0001$). Mikrostruktura prostaty vyjádřená pomocí hodnoty ADC ukázala významný vliv na parametry MT (délka léčebné procedury, množství užitá energie).

Závěry: Mikrovlnná terapie s použitím přístroje Coretherm způsobuje intraprostatickou nekrózu hyperplastické tkáně, kterou je možno detekovat i 6 měsíců po proceduře. Strukturální parametry prostaty, které mají významný vliv na délku léčebného procesu a na množství spotřebované energie, lze identifikovat pomocí MR.

70. Naše první zkušenosti s fotoselektivní vaporizací prostaty (PVP) v České republice

J. Klečka, M. Hora, V. Eret

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Cíl: Zhodnotit efekt miniinvasivní metodiky léčby benigní hyperplazie prostaty (BPH) – fotoselektivní vaporizace prostaty – (PVP-Photoselective Vaporization of Prostate) na souboru prvních šesti pacientů, kteří byli odoperováni na Urologické klinice FN v Plzni.

Metodika: Byl použit vysokovýkonný (80W) KTP (Kallium-Titanyl-Phosphat) laser (GreenLight PVP) generující viditelný paprsek o vlnové délce 532 nm, který selektivně vychytává v oxyhemoglobinu, kde dojde k její přeměně na tepelnou energii o hodnotě cca. 300 °C v malém objemu tkáně a k následné vaporizaci tkáně při zajištění excelentní hemostázy.

Soubor: V pilotní fázi jsme odoperovali celkem šest pacientů. Od 9. 5. 2006 je KTP laser součástí stabilního přístrojového vybavení naší kliniky.

Výsledky: Průměrná doba operace byla 62 minut (45–90 min), peroperačně ani pooperačně nebyly pozorovány žádné komplikace. Žádnému z pacientů nebyla podána krevní *transfúze*. Průměrná doba ponechání permanentního katétru po operaci byla 15 hodin (0–19 hodin). Jeden pacient odjížděl z operačního sálu bez permanentního katétru. Průměrný Qmax před výkonem byl 5,6 ml/s (3,6–8,1), pooperačně došlo ke vzestupu na 15,6 ml/s (11,9–18,9).

Závěr: PVP je metodika napodobující vaporizaci prostaty transuretrální resekci, tudíž pro zkušeného urologa přechod na tuto metodiku je velmi krátký. Metodiku patrně snadno zvládnou i mladší urologové v přípravě. Operuje se v bezkrevném poli, lze operovat i pacienty s hemokoagulační poruchou včetně warfarinizace. Nevýhodou je finanční náročnost (přístroj za 3 mil. Kč a 23 tis. Kč za jednorázové vlákno) a není získána tkáň na histologické vyšetření.

71. Jaké místo má laparoskopie v chirurgické léčbě nádorů ledvin?

M. Hora¹, J. Klečka jr.¹, T. Üрге¹, V. Eret¹, O. Hes²

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN Plzeň

Cíl: Laparoskopie se ve světě moderní urologie stává rutinní součástí chirurgické léčby nádorů ledvin. Autoři se snaží v práci zdokumentovat postavení laparoskopie na souboru nemocných léčených ve FN Plzeň v roce 2005. Tedy v době, kdy zde byla laparoskopická léčba nádorů ledvin standardní součástí rutinní klinické praxe, a to jak u nefrektomií, tak u záchovných operací.

Soubor, metodika: Byl zpracován soubor pacientů léčených chirurgicky pro nádor ledviny (diagnózy D 30.0 a C 64) na Urologické klinice LF UK a FN Plzeň v roce 2005.

Výsledky: V roce 2005 bylo chirurgicky léčeno 134 ledvin postižených tumorem u 127 pacientů. U 7 pacientů (5,5 %) se jednalo o nález oboustranný. Záchovné výkony byly provedeny u 31,3 % (42/134), nefrektomie u 68,7 % (92/134). Laparoskopicky bylo řešeno 38,1 % tumorů ledvin (51/134). U resekčních výkonů byl přístup laparoskopický u 31,0 % (13/42), otevřený u 69,0 % (29/42). Nefrektomie byla provedena laparoskopicky u 41,3 % (38/92), otevřeně u 58,7 % (54/92).

Závěr: Laparoskopicky jsou řešeny přibližně 2/5 pacientů s tumorem ledviny. O něco vyšší zastoupení je u nefrektomií, lehce nižší u výkonů záchovných (resekcí ledvin). Laparoskopické výkony jsou technicky náročnější, dražší, ale pacient jednoznačně profituje z miniinvazivity výkonu. Stále je nutno velkou část nádorů ledvin řešit klasickými otevřenými operačními přístupy.

72. Operační čas u laparoskopické radikální nefrektomie

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

Úvod: Důležitým faktorem při rozhodování o operační metodice je operační čas. V práci se snažíme hodnotit radikální laparoskopickou nefrektomii (RLNE) z pohledu operačního času.

Soubor: Od 11/2002 do 5/2006 bylo provedeno 149 miniinvazivních nefrektomií. Z toho bylo 100 RLNE, které jsou podrobněji zhodnoceny. Ostatní výkony (konverze, operace pro benigní onemocnění, výkony provedené retroperitoneoskopicky) nejsou do práce započítány.

Metodika provedení výkonu: Postup RLNE byl námi v české urologické literatuře popsán již dříve. Čas výkonu měříme od porušení integrity kůže do posledního stehu.

Výsledky: U všech 100 výkonů byl průměrný čas 148 ± 44 (60–270) minut. Celkem 84x byla provedena pouze RLNE s průměrným časem 143 ± 42 (60–270) minut. RLNE s adrenalektomií byla provedena 12x s časy 161 ± 46 (100–264) minut. RLNE vpravo s cholecystektomií (CHE) byla provedena u 3 pacientů s časy v průměru 213 (165–265) minut. Jeden výkon byl kombinován s vaginální hysterektomií a poševními plastikami. Prostou RLNE prováděli 3 operatéři (MH, JK a PS). PS mající zkušenost s otevřenými NE a laparoskopickými CHE provedl 11 výkonů s časy 144 ± 26 (100–180) minut. JK s minimálními zkušenostmi s laparoskopií a menšími zkušenostmi s otevřenou NE provedl 16 RLNE s časy 178 ± 48 (90–270) minut. MH mající zkušenosti pouze s otevřenou NE provedl 57 RLNE s časy 133 ± 38 (60–240) minut. Průměrné časy v po sobě jdoucích desítkách výkonů u MH byly 171, 147, 145, 113, 119 a 96 minut. Je tedy jasná tendence k urychlení výkonu.

Závěr: Při zahájení RLNE jsou výhodou znalosti jak s otevřenou nefrektomií, tak s laparoskopií z jiných výkonů. Pod 100 minut se dostává operátor až po provedení více než 50 výkonů.

73. Laparoskopické řešení tumoru ledviny s trombem v renální žíle

M. Hora¹, J. Klečka¹, J. Ferda², O. Hes³,
V. Eret¹, T. Üрге¹

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Radiodiagnostická klinika LF UK a FN Plzeň

³Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK
a FN Plzeň

Úvod: Nádory ledviny s žilním trombem T3b jsou obecně považovány za kontraindikaci k laparoskopii. Prezентujeme případy, kdy lze řešit i nádorový trombus laparoskopicky.

Vlastní soubor: V souboru 107 laparoskopických radikálních nefrektomií bylo 25 tumorů (23,4 %) pT3b, tedy s histologicky verifikovaným tumorem v renální žíle resp. jejích větvích. Pouze u tří byl ale diagnostikován klinicky, cT3b bylo tedy u 2,8 %. Tyto tři případy uvádíme v podrobnostech.

Výsledky: Jednalo se o muže ve věku 57, 66 a 61 let, vždy s tumorem pravé ledviny. Dvakrát byl výkon kombinován s adrenalektomií. Operační čas byl 130 ± 28 minut (110–170). Největší rozměr tumoru dle CT byl v průměru 67 mm. Průměrná krevní ztráta byla 100 ± 71 ml (50–200). U jednoho muže byl trombus končící 1 cm od DDŽ rozpoznán perfektně již předoperačně dle CT angiografie (CTA). Přerušena byla renální žíla staplerem těsně u DDŽ. Následně klipy přerušena artérie přístupná až po přerušení žíly. U dalších dvou bylo provedeno pouze 2D CT a na tumorózní trombus v renální žíle bylo možno jen vyslovit podezření. U těchto dvou byla nejdříve přerušena renální artérie klipy a následně renální žíla těsně u DDŽ staplerem resp. uzamykatelnými klipy 15 mm velkými (Hem-o-lok® Weck, velikost XL). Histologicky se u všech tří případů jednalo o konvenční renální karcinom.

Závěr: Indikovat k laparoskopické nefrektomii lze tumory, kde trombus končí alespoň 1 cm od dolní duté žíly, aby bylo možno nasadit na žílu bezpečně stapler či klipy. Pro plánování operace je třeba znát přesně rozsah trombu a to lze získat jen z kvalitní CTA.

74. Chirurgická léčba karcinomu ledviny s nádorovým trombem v žilním řečišti hladiny III a IV. Výsledky léčby

P. Morávek¹, J. Dominik², P. Navrátil¹, P. Habal²

¹Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Kardiochirurgická klinika LF UK
a FN Hradec Králové

Cíl: Hodnocení výsledků chirurgické léčby s nádorovým trombem karcinomu ledviny hladiny III za období 2000–2005 a hladiny IV za období 1993–2005. Indikace k operaci a volba vhodné operační techniky.

Soubor nemocných a metoda: Autoři operovali 15 nemocných s hladinou trombu III (T3b, NX, MO) a 15 nemocných s hladinou trombu IV (T3c, NX, MO). Trombus hladiny III (intrahepatický 7x, subdiafragmatický 5x, supradiafragmatický 3x) odstranili z kavotomie nebo resekce dolní duté žíly (DDŽ) při současné torakotomii s naložením turniketu mezi pravou síň a bránici k jeho zajištění. Trombus hladiny IV (v pravé srdeční síni) řešili v kardiopulmonálním bypassu (CPB) se zástavou oběhu v hluboké hypotermii (20–180C) za současné atriotomie a kavotomie nebo resekce DDŽ.

Výsledky: Ve skupině s trombem hladiny III přežívali 3 roky 3 pacienti, 5 let 2 pacienti (spolu 33 %), žije 5 nemocných. Ve skupině s hladinou trombu IV přežívalo 3 roky 5 pacientů (33 %), 5 let 3 pacienti (27 %).

Závěry: Radikální chirurgická léčba karcinomu ledviny s nádorovým trombem je indikována. Předpokládá operabilitu primárního tumoru T1–T3 (dle CT), vyloučení vzdálených metastáz MO (dle CT plic a scintigrafie kostí), vyloučení uzlinových metastáz N2 (dle CT), ověření stavu koronárního řečiště (koronarografie) u CPB. Pozitivem je vyloučení komplikací z ponechaného trombu, zlepšená kvalita života a uvedené přežívání. Negativem je náročný chirurgický výkon s významnou mortalitou a morbiditou. U hladiny III doporučujeme jištění trombu z torakotomie, u hladiny IV operaci v mimotělním oběhu se zástavou v hypotermii.

75. Ledvinu šetřící výkony u centrálně uložených tumorů ledvin

M. Hora¹, V. Eret¹, O. Hes³, J. Klečka¹, J. Ferda², Z. Chudáček², T. Üрге¹

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Radiodiagnostická klinika LF UK a FN Plzeň

³Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN Plzeň

Cíl: Centrálně uložené tumory byly dříve jednoznačnou indikací k nefrektomii. S rozšířením ledvinu šetřících výkonů, díky zlepšení operační techniky a zavedení tkáňových lepidel lze dnes i u řady centrálních tumorů ledvinu zachovat.

Soubor: Tvořilo jej 8 pacientů (4 muži, 4 ženy) operovaných v období 6/2005 až 5/2006.

Průměrný věk byl 50 let. Tumor byl minimálně ze 3/4 uložen intrarenálně a v centrální části ledviny, velikosti 29 ± 9 mm (19–45). Indikací byla 2x solitární ledvina, jedenkrát oboustranná nefrolitiáza, 4x dle CT tumor budící dojem benigní či nízké maligní léze (homogenní, kulovitý, dobře ohraničený). U jednoho pacienta to bylo kombinováno s diabetickou nefropatií. Výkon byl prováděn vždy z lumbotomie s peroperační ultrasonografií. Jedenkrát nebyl tumor nalezen. Jednou si nález vynutil nefrektomii. U 6 pacientů byl proveden záchovný výkon. Ti jsou dále zhodnoceni.

Výsledky: Doba operace byla 99 ± 24 minut (70–135), doba klampování hilových cév 13 ± 5 minut (8–20), krevní ztráta 217 ± 52 ml (150–300). U třech bylo použito tkáňové lepidlo FloSeal®. Peroperační komplikace se nevykly. Pooperačně u polymorbidní pacientky s mnohočetným tumorem (4 řešeny resekci bez klampování, pouze centrální s klampováním hilu) se vyvinula anurie a pacientka zemřela na kardiogenní šok 1. pooperační den. U pacientky s oboustrannou nefrolitiázou, s anamnézou plicní embolie s vysokodávkovanou miniheparinizací došlo k pooperačnímu krvácení, které si vynutilo revizi a nefrektomii. Jedenkrát se vyvinul perirenální hematoma. Histologicky byl nalezen 4x o světlbuněčný RK, 1x chromofobní RK a 1x metanefrický adenom.

Závěr: Technicky je proveditelný záchovný výkon i u centrálně uložených tumorů. Výhodou je využití tkáňového lepidla redukující nutnost sutury. Dlouhodobé onkologické výsledky zatím nejsou známy.

76. Záchovné operácie v liečbe včasných štádií nádorov obličiek

J. Kliment¹, J. Ľupták¹, B. Eliáš¹, J. Švihra¹, I. Sopilko¹, J. Kliment ml.¹, P. Slávik²

¹Urologická klinika JLF UK a MFN Martin

²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a MFN Martin

Cieľ: Obličku šetriace operácie pri nádorovom ochorení sú rovnako efektívne ako klasická nefrektómia. Cieľom práce bolo vyhodnotiť desaťročné výsledky záchovných operácií.

Materiál a metódy: Retrospektívne sme vyhodnotili záchovné operácie pre nádor obličky v období r. 1995–2006. Z celkového počtu 60 pacientov bolo 30 mužov a 30 žien vo veku 34–79 rokov (medián 55 rokov). Analýza zahŕňovala vek, pohlavie, lokalizáciu a veľkosť nádoru, štádium a histologický typ nádoru, výskyt komplikácií, recidív a prežívanie.

Výsledky: Elektívne operácie boli urobené u 51 (85,0 %) pacientov, pričom u 39 (76,5 %) z nich bol potvrdený karcinóm obličky. U 12 (23,5 %) pacientov bol histologicky potvrdený iný typ nádoru – angiomyolipóm u 8 (15,7 %) a onkocytóm u 4 (7,8 %) pacientov. U všetkých 9 (15,0 %) pacientov so záchovnou operáciou na solitárnej obličke bol potvrdený karcinóm. Celkove sa karcinóm potvrdil u 48 (80,0 %) pacientov a veľkosť odstráneného nádoru bola 1,5–5,0 cm (medián 3,3 cm). Dvaja pacienti (4,2 %) mali multilokulárny nádor. Dvaja pacienti (3,3 %) zo 60 operovaných mali významnejšie pooperačné krvácanie a jeden z nich vyžadoval operačnú revíziu. Všetci pacienti mali pT1 štádium. Karcinóm z jasných buniek bol u 43 (89,6 %), chromofilný karcinóm u štyroch (8,3 %) a chromofóbny u jedného (2,1 %) pacienta. U 24 (50,0 %) pacientov bol histologický grading G1, v 20 (41,6 %) G2, jednom (2,1 %) G3, v jednom (2,1 %) G4 a v dvoch prípadoch (4,2 %) nebol grading určený. Pacienti boli sledovaní 6–109 mesiacov (medián 38 mesiacov). Recidívu karcinómu sme nezaznamenali ani u jedného pacienta.

Záver: Záchovné operácie poskytujú dobré dlhodobé výsledky pri elektívnych ako aj imperatívnych indikáciách u včas diagnostikovaných nádorov obličiek.

77. Ex vivo chirurgická liečba a autotransplantácia obličky – možnosť liečby nádorov solitárnej obličky

V. Baláž, J. Babelša, F. Hampl

Urologické oddelenie FNsP F. D. Roosevelta
Banská Bystrica

Cieľ: Centrálne lokalizované nádory v solitárnej obličke často nie je možné odstrániť klasickou operačnou liečbou a je nutné odstrániť celú obličku. Cieľom práce je uviesť výsledky „bench surgery“ a autotransplantácie solitárnej obličky s nádorom lokalizovaným centrálne.

Materiál a metódy: V rokoch 2000 až 2005, sme na Urologickom oddelení, FNsP F. D. Roosevelta Banská Bystrica liečili 15 pacientov s nádorom solitárnej obličky. V 2 prípadoch sme vykonali radikálnu nefrektómiu pre nádor neumožňujúci vzkonať zachovnú operáciu. V 9 prípadoch sme urobili nefrón šetriacu operačnú liečbu in situ. V 4 prípadoch sme urobili ex vivo operačnú liečbu a následnú autotransplantáciu rekonštruovanej obličky do panvovej jamy. Po štandardnej nefrektómii bola oblička vložená do ľadovej drte a prepláchnutá preservačným roztokom. Po odstránení nádoru sme z lôžka nádoru zobrali tkanivo na rýchlu histológiu. Po rekonštrukcii cievneho zásobenia, panvičkokalichového systému a rekonštrukcii obličky sme ju klasickým spôsobom transplantovali do panvovej jamy.

Výsledky: Všetci pacienti, ktorí podstúpili mimotelovú chirurgiu s následnou autotransplantáciou, žijú bez príznakov malígneho ochorenia. Pacienti nemali vážne peroperačné resp. pooperačné komplikácie. Pacienti sú sledovaní priemerne 11,3 mesiacov (od 3 do 42 mesiacov). Funkcie obličiek sú mierne kompromitované. Sérový kreatinín je v priemere 190 $\mu\text{mol/ml}$ /120–360/ a kreatinín clearance je 0,87 (0,7–1,2).

Záver: Ex vivo chirurgia a autotransplantácia solitárnej obličky s nádorom lokalizovaným centrálne je bezpečná. Pre pacienta ponecháva funkčnú obličku a robí ho nezávislým na dialyzačnej liečbe.

78. Incidentálny nález multifokálného konvenčného svetlobuněčného karcinomu vzniklého de novo v transplantované ledvině – kazuistika

L. Holub, J. Pacovský, P. Navrátil, M. Podhola
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Cílem práce je představit kazuistiku incidentálního, de novo vzniklého, multifokálního konvenčního světlobuněčného karcinomu transplantované ledviny.

Karcinom ledviny je známý svou rezistencí k radioterapii a systémové chemoterapii, jedná se o solidní tumor s unikátní odpovědí na imunoterapii jako interferon alfa, gama a interleukin-2. Jejich snížená hladina u chronicky imunosuprimovaných pacientů podstupujících orgánovou transplantaci může vysvětlit i významně nižší hladinu hodnot přežívání oproti populaci, která imunokomprimována není.

Kazuistika: Pacient byl přijat na naši kliniku pro ireverzibilní selhání funkce štěpu 30. září 2005. V březnu roku 1999 mu byla provedena transplantace kadaverózní ledviny pro selhání ledvin při základní diagnóze chronická mesangioproliferativní glomerulonefritida. Přes aktivní přístup dochází postupně k poklesu funkce graftu. 1. září 2005 provedena graftektomie.

Histologické vyšetření prokázalo 2 ložiska cystické formy konvenčního světlobuněčného karcinomu ledviny, obě jaderného grade I, větší o velikosti 4 mm, menší o velikosti 0,5 mm.

V během 6 měsíců od graftektomie nedošlo k manifestaci generalizace tumoru ledviny.

Závěr: Karcinom ledviny je onemocněním, se kterým musíme vážně počítat u pacientů po transplantaci ledviny. Jeho mortalita zde dosahuje 40%. Základní léčbou karcinomu transplantované ledviny je graftektomie. Rutinní sonografické kontroly pomáhají identifikaci tumoru zpravidla v časném stádiu a dovolují tudíž i zachovnou operaci transplantátu. Samotná chirurgická léčba je indikována v případě menších tumorů s nízkým stupněm malignity. Jedná-li se o tumor agresivnější, s vaskulární či lymfatickou invazí, je indikována excize tumoru a změna dávky i typu imunosuprese. Při současné imunoterapii dochází ke zvýšení rizika rejekce graftu o více než 29%.

79. První zkušenosti s kontrastním harmonickým zobrazením nádorů ledviny

F. Zátūra¹, J. Tuma²

¹Urologická klinika FN Olomouc

²Uster, Švýcarsko

Cíl: Ověření diagnostických možností ultrasonografického zobrazení ložiskových změn v ledvině pomocí ultrasonografické kontrastní látky III. generace (SonoVue Bracco), kterou tvoří mikrobubliny menší než erytrocyty a dostatečně odolné, aby po asi 6 sekund mohly setrvat v cévním oběhu.

Metoda: Metodou kontrastní harmonické ultrasonografie jsme vyšetřili 12 nemocných s nádory ledviny (2x angiomyolipom, 1x onkocytom, 3 adenokarcinomy T1, 2 adenokarcinomy T2 a 3 adenokarcinomy T3 a 1 papilokarcinom pánevičky s infiltrací parenchymu). Kontrolní skupinu tvořili 3 nemocní s cystou ledviny. Záznam vyšetření po dobu 6 minut jsme pořizovali do paměti přístroje. Nález jsme srovnali s CT a MR vyšetřením, u maligních nádorů i s operačním preparátem.

Výsledky: Ve všech případech nejprve do 5–8 sekund po aplikaci 2,4 ml SonoVue nastala arteriální fáze, ve které se velmi pěkně zobrazil parenchym ledviny. Charakteristické změny ve formě rozsáhlého centrálního výpadu vaskularizace jsme našli pouze u pokročilého karcinomu pánevičky a adenokarcinomu T3. Po 1,8–2,3 minutách nastala venózní fáze, do 5–6 minut pak signál zcela vymizel.

Závěry: První zkušenosti ukazují, že kontrastní harmonické zobrazení poskytuje velmi přesný obraz o vaskularizaci ledviny i jejím časovém průběhu, podrobnosti byly výrazně lépe čitelné, než u CT či MR. Odlišení avaskulárních cyst a vaskularizovaných nádorů bylo velmi dobré. Charakteristické změny centrálního výpadu vaskularizace (na CT a MR nebyly patrné), byly nalezeny u pokročilejších nádorů.

80. Mikrosatelitová analýza na chromozomu 3 ve tkáni konvenčního (světlobuněčného) renálního karcinomu

M. Szakácsová¹, M. Babjuk¹, J. Mareš²,

V. Soukup¹, M. Peší¹, J. Dušková³, J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

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

³Ústav patologie 1. LF UK a VFN Praha

Cíl: Zhodnotit prognostický význam mikrosatelitové analýzy na 3. chromozomu u pacientů s konvenčním renálním karcinomem.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 63 pacientů (věk 33–85 let, průměrný věk 69,1 roku) s histologicky prokázaným lokalizovaným konvenčním (světlobuněčným) renálním karcinomem, u kterých byla provedena nefrektomie nebo resekce ledviny. Velikost nádorů se pohybovala od 2 do 12 cm, jaderný grade dle Fuhrmanové byl hodnocen jako G1 u 36, jako G2 u 25 pacientů a jako G3 u 2 nemocných. Ve tkáni tumorů byla provedena analýza mikrosatelitů analýzou markerů D3S1289 a D3S1560. K analýze byl použit přístroj ABI PRISM 1300 AVANT. Výsledky byly korelovány s klinickopatologickými charakteristikami nádorů a průběhem onemocnění.

Výsledky: Marker D3S1289 byl informativní u 82,5% pacientů (52/63), D3S1560 u 84,1% pacientů (53/63). Ztráta heterozygoty (LOH) v D3S1289 byla detekována u 57,1% (36/63) a v D3S1560 u 55,6% (35/63) sledovaných. Současný nález LOH v obou lokusech byl detekován u 42,9% (27/63). U obou pacientů s nádorem G3 byla prokázána LOH v obou lokusech. Během průměrné doby sledování 29,6 měsíce se objevila progres onemocnění u 7 pacientů. U každého z nich byla prokázána LOH alespoň v jednom lokusu, u 4 z nich pak v obou lokusech (NS).

Závěr: LOH v lokusech D3S1560 a D3S1289 je častým nálezem ve tkáni lokalizovaného konvenčního renálního karcinomu. Byť jsme zatím neprokázali statisticky významnou závislost, ukazují naše výsledky určitou korelaci mezi nálezem LOH a průběhem onemocnění.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

81. Vzácný histologický nález: světlobuněčný karcinom ledviny s melanocytárními buňkami – kazuistika

R. Staněk^{1,3}, P. Vágner¹, J. Palas², J. Vašík¹

¹Urologické oddělení SN Opava

²Oddělení patologie SN Opava

³Urologická ambulance, Podhorská nemocnice Bruntál

Cíl: Cílem sdělení je prezentovat vzácně se vyskytující histologický nález melanocytární formy světlobuněčného karcinomu.

Metoda: 68 letá žena byla vyšetřena na urologické ambulanci s nálezem incidentálního tumoru pravé ledviny. Nález byl indikován k nefrektomii, která byla provedena z lumbotomické incize bez komplikací. V histologickém nálezu patolog popisuje vzácnou formu světlobuněčného karcinomu s melanocytárními buňkami. Další terapie nebyla indikována.

Výsledky: V současnosti je nemocná dispenzarizována na urologické ambulanci, rok po výkonu bez známek recidivy, resp. progresu onemocnění.

Závěr: Melanocytární varianta světlobuněčného karcinomu ledviny je vzácnou formou karcinomu ledviny. Pracovníci AFIP popsali 5 případů. I další sporadická sdělení poukazují na velkou vzácnost tohoto nálezu. Všichni sledovaní pacienti jsou 1–22 let od operace bez progresu. V tomto malém souboru melanocytární forma světlobuněčného konvenčního karcinomu ledviny nezhoršuje prognózu nemocného.

82. Pigmentovaný mikrocystický chromofóbní renální karcinom

T. Ürgü¹, M. Hora¹, O. Hes²

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN Plzeň

Cíl: Prezentujeme kazuistiky 2 pacientů se vzácnou pigmentovanou variantou chromofóbního renálního karcinomu (CHRK).

Metoda: Od roku 1991 do května 2006 byla na Urologické klinice FN Plzeň provedena nefrektomie či resekce CHRK u 19 pacientů. Jeho pigmentovaná varianta byla nalezena ve 2 (10%) případech.

Výsledky: Jednalo se o 2 muže ve věku 48 a 71 let. U mladšího z nich byla provedena translumbální resekce pravé ledviny pro částečně nekrotický 3 cm velký tumor nízkého gradu, který byl uložen centrálně. Pacient je toho času 2 měsíce po operaci a bez známek metastatického postižení. U staršího pak byla provedena transperitoneální nefrektomie vpravo pro 5 cm velký tumor dolního pólu šedobéžové barvy. Ten dosahoval renálního sinu a byl vyššího gradu (II–III) s patrnou mikrocystickou přeměnou. Za 8 měsíců došlo u nemocného k rozvoji plicních metastáz. A 13 měsíců od operace pacient zemřel na komplikace postižení plic (pneumonie, respirační insuficience).

Závěry: Zvláštním typem CHRK je mikrocystická pigmentovaná varianta. Ta se vyznačuje velkými depozity hemosiderinu a lipofuscinu a tím se odlišuje od možné metastázy maligního melanomu. Mikrocystická přestavba je následkem rozsáhlých hemoragií. Tato změna se u CHRK nenachází. Nicméně CHRK je považován za nízké maligní tumor a totéž platí pro pigmentovanou variantu. Na progresi onemocnění bude mít nejspíše vliv invaze do renálního sinu a vyšší grading tumoru.

83. Kombinace maligního onemocnění ledviny a prostaty

L. Vilhelmová¹, J. Bárta¹, P. Klézl¹, Z. Gilbert¹, K. Benková², J. Novák¹

¹Urologické oddělení FN Na Bulovce Praha

²Patologické oddělení FN Na Bulovce Praha

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

Metoda: V letech 1999–2006 byla zaznamenána duplicita nádorového onemocnění ledvin a prostaty u 13 mužů. U 9 nemocných se jednalo o výskyt asynchronní a u 4 nemocných byl výskyt synchronní. Primárně bylo u většiny prokázáno maligní onemocnění ledviny. Vyhodnocujeme histologické typy těchto nádorů a životní prognózu těchto pacientů.

Výsledky: Průměrný věk nemocných s nádorem ledviny byl 65 let a s karcinomem prostaty 68 let. Interval mezi jednotlivými malignitami se pohyboval mezi 4–10 lety. Histologický nález ledvin prokázal v 5 případech výskyt papilárního karcinomu ledviny. Pouze 1 nemocný měl GS 10 v preparátu prostaty, ostatní GS bylo v rozmezí 3–6. Ve sledovaném období jsme nezaznamenali progresi či úmrtí v souvislosti s nádory.

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

84. Experimentální studie metrologických vlastností profilometrických katétrů

F. Zářura

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Porovnat možnosti zachycení tlakových změn na modelu uretry měřicími katétry dostupnými v České republice

Metoda: Na experimentálním preparátu z uretry býka bylo pomocí závaží a koncentrické iprese simulováno působení tlaku z jediné strany uretry i změny koncentrické.

K měření jsme použili urodynamické aparatury Medtronic Encompass a Uromic 6 se speciálními softwarovými úpravami.

U katétrů s jedním otvorem (5 typů) byl 10x změřen tlakový profil v pozicích měřícího otvoru na č. 12, 3, 6 a 9 ciferníku. Stejná měření jsme provedli i katétry (2 typy) s integrální komůrkou i katétrem s mikrosnímačem.

Srovnali jsme i měření při různých perfúzních rychlostech, různých rychlostech vytahování, posoudili jsme i chyby způsobené pulsy profilometrické pumpy. Získaná data byla hodnocena statisticky (Wilcoxon test, Friedman test), i grafickou součtovou metodou.

Výsledky: Perfúzní čerpadla vnášela do měření pulzy, ovlivňující profilometrický tlak podle rychlosti průtoku pouze 2–4 cm H₂O, kontinuální perfúzi poskytl jen přetlakový perfúzní set s tryskou. Průtoky vyšší než 1 ml/min zvyšují sice senzitivitu měření, ale rovněž i statisticky významně jeho chybu. Rychlost vytahování měření neovlivnila.

Jednokanálové měřicí katétry nezachytily tlakové změny po obvodu uretry. Katétry s měřicí komůrkou měřily integrální tlak, nezachytily však menší tlakové změny působící ze strany. Micro Tip katétry měly citlivost zachycení nejmenší, nezachytily většinu kompresí působících z jedné strany, ale správně nezachytily ani kompresi cirkulární.

Závěry: V experimentu profilometrie žádným z dostupných měřících katétrů nezachytily simulované tlakové změny korektně a úplně a je třeba tuto skutečnost brát v úvahu i při hodnocení klinických nálezů.

Podpořeno grantem IGA NR/7840-3

85. První zkušenosti s profilometrií horních močových cest

P. Drlík, O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, Z. Otava
Urologické oddělení ÚVN Praha

Cíl: Cílem našeho sdělení je prezentace prvních zkušeností s jednoránovou a čtyřkanálovou profilometrií pelviureterálního přechodu (PUP).

Metoda: V retrospektivní studii jsme hodnotili výsledky měření jednoránovou profilometrií u 9 pacientů se stenózou PUP a 6 pacientů po endopyelotomii. U čtyřkanálové profilometrie jsme retrospektivně hodnotili výsledky měření PUP u 3 nefrektomovaných ledvin, kde jsme předpokládali normální PUP. U skupiny 5 pacientů jsme hodnotili stav před endopyelotomií a 6–8 týdnů po výkonu. U profilometrie jsme měřili maximální ureterální tlak, délku funkčního profilu a tvar křivky. Jednoránovou profilometrii jsme prováděli urodynamickým přístrojem Lectromed UIS 6000 a čtyřkanálové měření na urodynamickém přístroji Uromic 6.

Výsledky: U skupiny 9 pacientů, kteří byli vyšetřeni jednoránovou profilometrií, byly hodnoty maximálního ureterálního tlaku 15–44 cm H₂O. Hodnoty po endopyelotomii u sledovaných 6 pacientů byly 2–9 cm H₂O. Délka funkčního profilu byla 17–24 mm. Výsledky měření maximálního ureterálního tlaku PUP čtyřkanálovou profilometrií u nefrektomovaných ledvin byly 9–13 cm H₂O a délka funkčního profilu 4–8 mm. Hodnoty maximálního ureterálního tlaku naměřené čtyřkanálovou profilometrií před endopyelotomií byly 19–45 cm H₂O a po endopyelotomii 7–16 cm H₂O s délkou funkčního profilu 5–7 mm.

Závěry: Na základě našich prvních zkušeností s profilometrií horních močových cest se zdá, že především čtyřkanálová profilometrie by mohla mít význam u nemocných, u kterých nejsou výsledky klinických vyšetření jednoznačné. Jedná se o jednoduchou, minimálně invazivní metodu, kterou lze snadno zařadit do vyšetřovacího algoritmu u stenóz PUP.

86. Hodnocení „symptom index“ a „problem index“ u patientek s intersticiální cystitidou

L. Zámečník, T. Hanuš, I. Pavlík
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Katedra urologie IPVZ

Cíl: Intersticiální cystitida (IC) je chronické zánětlivé onemocnění postihující stěnu močového měchýře, bývá příčinou mikčních obtíží nebo syndromu pánevní bolesti. Validovaný O'Leary-Sant dotazník (OSQ) je užíván pro skrínink a monitorování aktivity IC. Dělí se na dvě části: Interstitial Cystitis Symptom Index (ICSI) sledující mikční frekvenci a Interstitial Cystitis Problem Index (ICPI) mapující mikční dyskomfort. Cílem prospektivní studie bylo určit nejčastější mikční symptomy u patientek s IC a změny ICSI a ICPI po léčbě.

Metoda: Od září 2003 do září 2005 bylo sledováno 20 patientek s prokázanou IC. Kontrolní skupinu tvořilo 20 žen bez mikčních obtíží. Všechny patientky s IC ve věku $43,1 \pm 11,8$ roku splnily kritéria podle National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Věk patientek kontrolní skupiny byl $37,8 \pm 6,1$ roku. Všechny patientky vyplnily OSQ v obou jeho částech (ICSI i ICPI) v rámci skríninku, v době stanovení diagnózy IC před zahájením léčby a po ní. Patientky s IC byly léčeny intravezikální instilací heparinu. Vyplnění OSQ těmito patientkami opakováno za 6 měsíců po léčbě.

Výsledky: Průměrné skóre ICSI bylo u patientek s IC před léčbou $18,2 \pm 3,4$, průměrné skóre ICPI bylo $14,4 \pm 2,1$, u patientek v kontrolní skupině bylo maximálně 3. Po léčbě se ICSI a ICPI snížily na $11,0 \pm 3,1$, resp. $6 \pm 2,3$.

Závěr: Skóre ICSI a ICPI v OSQ jsou užívána pro měření frekvence mikce a mikčního dyskomfortu. V souboru patientek s IC se po léčbě statisticky významně snížilo skóre mikčních symptomů a dyskomfortu. Použití OSQ ke skríninku pacientů s IC nebo k objektivizaci efektu léčby považujeme za přínosné. Potvrdili jsme jeho jednoduchost a dobrou korelaci s klinickými nálezy. Jeho nevýhodou je, že nehodnotí dyspareunii či pánevní bolest.

Práce byla podpořena grantem
IGA MZ ČR NR/8098-3.

87. Metaanalýza použitia placeba v randomizovaných klinických štúdiách v liečbe hyperaktívneho močového mechúra

J. Švihra¹, M. Stehlík², J. Ľupták¹, J. Kliment¹

¹Urologická klinika JLF UK Martin

²Institut für angewandte Statistik, JKU Linz

Ciel: Porovnať terapeutickú účinnosť placeba v randomizovaných klinických štúdiách v liečbe hyperaktívneho močového mechúra (OAB) u žien.

Metódy: Na analýzu bola použitá databáza Web of science podľa vstupných kritérií – placebo a hyperaktívny močový mechúr. Databáza bola analyzovaná v rokoch 1985 až 2006. Následne boli vylúčené klinické štúdie s neurogénym močovým mechúrom, s mužským pohlavím a s detským vekom, s benígnou hyperpláziou prostaty a subvezikálnou obštrukciou a s intravezikálnou eventuálne chirurgickou liečbou. Hodnotená bola zmena počtu urgencií, zmena počtu močení, zmena počtu noktúrií a zmena priemerného objemu močenia za 24 hodín.

Výsledky: Spolu bolo analyzovaných 22937971 záznamov v databáze. Placebo bolo zistené v 88478 záznamoch a liečba hyperaktívneho močového mechúra v 249 záznamoch. Po splnení vstupných a vylučujúcich kritérií bolo analyzovaných 72 klinických štúdií s OAB. Placebo dosiahlo zníženie počtu urgencií o 45 %, zníženie počtu močení o 12 %, zníženie počtu noktúrií o 24 % a zvýšenie priemerného objemu močenia o 3 %.

Záver: Placebo významne zmierňuje prejavy hyperaktívneho močového mechúra. Účinok placeba v klinických štúdiách závisí od prirodzeného vývinu OAB, od vplyvu klinickej štúdie na hodnotenie OAB a od vplyvu behaviorálnej liečby OAB.

88. První zkušenosti s užitím Duloxetinu u pacientek se stresovou inkontinencí

R. Vrtal, F. Zátura, A. Vidlář

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: V rámci klinické studie u 10 pacientek jsme vyhodnotili efektivitu a vedlejší nežádoucí účinky Duloxetinu 40 mg.

Metoda: Všechny ženy zařazené do sledování měly projevy stresové inkontinence (SI) po dobu 6 měsíců a více a byly starší 18 let. SI byla potvrzena pozitivním VLPP testem a Stress testem. Ze souboru byly vyloučeny ženy s aktivní či recidivující infekcí močových cest či se symptomy OAB (dráždivý měchýř). Všechny zařazené ženy užívaly Duloxetin 40 mg 1-0-1 tbl. Doba sledování byla 12 týdnů. Kontrolovány byly po 1 a 3 měsících užívání léků (UFM + RV, počet spotřebovaných vložek, VLPP, zhodnocení efektivity na 5stupňové škále, vyhodnocení dotazníků KHQ a ISIQ-SF).

Výsledky: Hlavní změny byly dosaženy u pacientek během prvního měsíce užívání Duloxetinu. U 6 pacientek (60 %) došlo ke zlepšení, 3 pacientky byly bez jakékoli odezvy. Jedna pacientka byla hodnocena jako vyléčená, jedna pacientka byla klasifikována jako výrazně zlepšena. Průměrná spotřeba vložek celého souboru se zmenšila z původních 3,4 vložek na 2,0 vložek/den. U všech pacientek došlo k elevaci hodnoty VLPP 79,7–101,3 cm H₂O po 3měsíční léčbě. Nebyl zaznamenán nárůst postmikčního rezidua. Jedna pacientka léčbu předčasně ukončila po 7 dnech užívání pro významné GIT potíže a bolesti břicha. Ostatní pacientky dokončily léčbu a byly schopny medikamenty tolerovat. Maximum vedlejších účinků se objevilo během prvních 10 dnů užívání léku.

Závěr: Duloxetin by mohl být prvním široce užívaným lékem určeným ke konzervativní léčbě stresové inkontinence. Nabízí alternativu ženám, jež odmítají operační řešení nebo jej nejsou schopny.

89. První zkušenosti s lokální léčbou stresové inkontinence preparátem Urodex®

L. Zámečník, T. Hanuš, J. Dvořáček, J. Stolz,
R. Sobotka
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Katedra urologie IPVZ

Cíl: Zhodnotit zkušenosti s léčbou stresové inkontinence moče preparátem Urodex® u pacientek, které nebyly indikovány ke slingové operaci.

Metoda: Od června 2005 do května 2006 byl aplikován Urodex® submukózně do uretry celkem 16 pacientkám. Průměrný věk 62,8 roku (20–82 roky), průměrný BMI 28,6. Sledování po operaci trvalo 1–11 měsíců. Urodex® je sterilní viskózní gel, skládající se z dextranomerových mikročástic a příčně zesíťované kyseliny hyaluronové neživočišného původu. Jedná se o materiál biologicky odbouratelný a kompatibilní. Aplikace u všech pacientek proběhla ambulantně a v lokálním znecitlivění, s minimálním předoperačním vyšetřením (kultivace moče, vyšetření hemokoagulace). Všechny pacientky byly vyšetřeny urodynamicky. U 5 pacientek se jednalo o smíšenou inkontinenci moče, urgentní složka byla léčena spasmolytiky. U všech pacientek byly aplikovány submukózně celkem 4 ml po obvodu uretry speciálním jednorázovým instrumentáři. U 14 pacientek se jednalo o primární léčbu inkontinence, 2 pacientky měly již proveden TVT sling.

Výsledky: U všech 16 pacientek proběhla operace a bezprostřední pooperační období bez jakýchkoli komplikací, u žádné z pacientek nebyla retence moče s nutností katetrizace, pooperační postmiktická rezidua se pohybovala v rozmezí 0–50 ml. U 15 pacientek bylo dosaženo úplné inkontinence, u jedné pacientky přetrvává minimální inkontinence moče při stresových manévrech s potřebou minimálního množství vložek.

Závěr: Léčba stresové inkontinence moče pomocí preparátu Urodex® se jeví jako metoda minimálně invazivní, dostatečně efektivní a vyžadující minimální dobu výuky. K podrobnějšímu hodnocení metody je třeba většího počtu pacientek a stanovení standardizovaných kritérií.

90. Botulinum toxin v léčbě non neurogenní a neurogenní hyperaktivity měchýře

J. Ženíšek
Urologické oddělení, Nemocnice České
Budějovice, a. s.

Úvod: Aplikace botulinum toxinu A je možnou alternativou v léčbě hyperaktivity detruzoru neurogenního i non neurogenního původu.

Cíl: Autor retrospektivně hodnotí účinnost a toleranci léčby botulinum toxinem u 8 pacientů v období let 2004–2006.

Metoda: Léčbu podstoupilo 8 pacientů, 5 s non neurogenní, 3 s neurogenní hyperaktivitou měchýře, klinicky i urodynamicky prokázanou. V souboru byli 2 muži a 6 žen s průměrným věkem 41 let. U všech pacientů aplikaci předcházela anticholinergní léčba s malou efektivitou.

K intravezikální aplikaci v celkové anestezii byl použit preparát Dysport, v případě neurogenní etiologie v dávce 800–1000 UI, v případech non neurogenní etiologie v dávce 500 UI. Roztok obsahující 500 UI botulinum toxinu ve 20 ml fyziologickém roztoku byl aplikován difúzně do detruzoru na 40 místech, resp. 20 místech, vyjma oblasti trigona.

Všichni pacienti, dosud nevyužívající čistou intermitentní katetrizaci (ČIK), byli v této metodě edukováni pro případ využití při poruše evakuace po aplikaci Dysportu.

Výsledky: Ve skupině neurogenní hyperaktivity detruzoru se významně zvýšila kapacita měchýře, v průměru o 270 ml, ve 2 případech zcela zmizela inkontinence, v 1 případě se podstatně epizody zredukovaly. Ve skupině non neurogenní hyperaktivity měchýře se podařilo zredukovat nykturie v průměru ze 6 na 2 epizody. Přes den se intervaly mezi močením prodloužily na průměrných 3,5 hodiny. Nebyla zaznamenána epizoda inkontinence. U žen, po aplikaci Dysportu, ve skupině non neurogenní hyperaktivity měchýře, nebylo nutné zavedení ČIK.

V souvislosti s touto miniinvazivní léčbou nebyla zaznamenána žádná komplikace.

Závěr: Léčba botulinum toxinem je minimálně invazivní, bezpečnou a účinnou metodou, která je i finančně přijatelná.

91. Intravaginální protruze po miniinvazivní aplikaci heterologních pásek – zkušenosti s řešením komplikace

J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer
Urologické oddělení, FNŠP Ostrava-Poruba

Cíl: Minimálně invazivní aplikace heterologních slingů je dnes nejrozšířenější metoda chirurgické terapie stresové inkontinence u žen. Úspěšnost je kolem 91 %, mezi nejčastější komplikace patří sekundární subvezikální obstrukce a sekundární OAB. Intravaginální protruze pásky patří k méně častým (0,7–6 %), ale závažným komplikacím. Autoři hodnotí zkušenosti s řešením této komplikace ve vlastním souboru.

Materiál a metoda: Soubor zahrnuje celkem 12 pacientek s intravaginální protruzí pásky odeslaných k řešení na naše pracoviště. Protruze pásky byla zjištěna v průměru 17,6 (3–37) měsíců po aplikaci. Klinicky bylo možno pacientky souboru rozdělit do 3 skupin: 1) pacientky stresově kontinentní s minimální protruzí (n = 3), 2) pacientky stresově kontinentní s významnou protruzí (n = 5), 3) pacientky inkontinentní s významnou protruzí (n = 4). V skupině 1 jsme se pokoušeli problém řešit pouze exstirpací protrudované části slingu a rekonstrukcí vaginální sliznice, ve skupině 2 jsme sling exstirpovali a na jeho místo naložili jiný arteficiální sling, ve skupině 3 jsme volili rovněž exstirpaci slingu stávajícího a naložení pásky nové, nebo aplikaci autologního pubovaginálního slingu. Ve skupině 2 a 3 jsme postupovali v jedné (n = 6), nebo ve dvou dobách (n = 3).

Výsledky: Ve skupině pacientek, kde jsme se protruzi pásky pokoušeli řešit rekonstrukcí vaginální sliznice nebo novou aplikací heterologního slingu (n = 9) došlo k recidivě protruze u 7 pacientek. V druhé době jsme proto aplikovali autologní sling. U pacientek, kde jsme primárně aplikovali pubovaginální sling (n = 3), nebylo problémů v hojení a bylo dosaženo rovněž úplné subjektivní spokojenosti s kontinencí.

Závěr: Na základě našich zkušeností se domníváme, že metodou volby pro řešení vaginální protruze arteficiálního slingu je exstirpace protrudované pásky a v případě recidivy stresové inkontinence naložení autologního pubovaginálního slingu v jedné nebo dvou dobách.

92. Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence – sling ARGUS

M. Urban^{1, 2}, J. Heráček^{1, 2}, S. V. Romano³,
P. Palascak⁴, W. Gómez-Orozco⁴

¹Urologická klinika 3. LF UK a FN KV Praha

²Androgeos Praha

³Urologie Hospital Duran, Buenos Aires, Argentina

⁴Hospital Paul-Morel, Vesoul, Francie

Cíl: Vyhodnotit operační léčbu mužské inkontinence metodou slingu ARGUS.

Metoda: ARGUS sling byl vyvinut prof. Romanem z Argentiny. Transperineálním přístupem je speciální 100% silikonový polštářek se závěsem umístěn pomocí kovové zahnuté jehly pod bulbární uretru. Vstup pro jehlu je laterálně od bulbární uretry a m. bulbospongiosus, prochází diafragmou urogenitale do retropubického prostoru a podél zadní plochy symfýzy přes stěnu břišní do místa suprapubické incize. Od ledna 2005 do dubna 2006 jsme u 10 pacientů (průměrný věk 62,8 roku) se stresovou inkontinencí II.–III. stupně provedli slingovou operaci ARGUS. Předoperační vyšetření zahrnovalo panendoskopii a urodynamické vyšetření. Průměrná doba sledování byla 11,2 (1–16) měsíce.

Výsledky: 8 (80%) pacientů je po operaci plně kontinentních, u 1 (10%) pacienta je inkontinence zlepšena a u 1 (10%) muže léčba selhala. Průměrná hodnota Qmax nebyla po operaci signifikantně změněna (Qmax 15,2 ml/sec). Peroperačně jsme perforovali močový měchýř jehlou u 1 pacienta, hypokorekci jsme řešili u 2 pacientů a u jednoho pacienta (po předchozím TBT s ponecháním pásky in situ) jsme zaznamenali protruzi pásky do uretry.

Závěr: Bulbouretrální slingová operace ARGUS s použitím 100% silikonového polštářku je novou, jednoduchou a efektivní léčbou inkontinence moči u muže. Její výhoda spočívá v možnosti pooperační úpravy tahu slingu pod bulbární uretrou. Ve studii jsme využili naše zkušenosti se slingovou operací TBT (Tension Bulbourethral Tape).

93. Hodnocení výsledků urologické léčby u nemocných po míšních poraněních

M. Rejchrt¹, L. Hyršl¹, V. Hyšperská², J. Kříž²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Spinální jednotka, Klinika rehabilitace 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Retrogradní zhodnocení výsledků urologické péče o nemocné po míšním poranění.

Metody: Soubor 64 nemocných léčených na Spinální jednotce FN Motol v Praze a dále ambulantně sledovaných se skládal z 47 (73 %) mužů a 17 (27 %) žen, průměrný věk 41,5 let. Celkem 8 (12,5 %) nemocných mělo tetraplegii, 17 (26,5 %) tetraparézu, 21 (33 %) paraplegii a 18 (28 %) paraparézu. Poranění byla klasifikována dle výšky léze (26 v segmentu C 2–8, 15 v Th 1–12, 19 v L1–5, 4 v S1–5) a dle rozsahu míšního postižení (29 kompletní, 35 inkompletní). Nemocní s trvalou derivací byli převáděni na čistou intermitentní katetrizaci, trigerované močení a spontánní mikci.

Výsledky: Trvalou derivací moči mělo při přijetí 56 (87,5 %) nemocných, v době propuštění 7 (11 %) nemocných. Spontánně se naučilo močit 10 nemocných (18 %), čistou intermitentní katetrizací 32 (57 %) a trigerované močení 7 (13 %). Celkem 32 nemocných (50 %) bylo léčeno farmakologicky. Trvalou kontinenci mělo při propuštění 57 (89 %) nemocných. Projevy autonomní dysreflexie vyžadující farmakologickou intervenci pro hypertenzi měli 4 nemocní (6 %). U 42 (66 %) pacientů byla během sledování zjištěna uroinfekce, vyžadující v 18 případech (28 %) podávání antibiotik, z toho ve 4 případech (6 %) pro klinický obraz urosepsy a v 1 pro akutní zánět nadvarlete. U 8 (12,5 %) pacientů byla během hospitalizace prokázána infekce MRSA (2x z moči). Endoskopicky byla řešena u 2 (3 %) nemocných cystolitíza.

Závěry: Kvalifikovaná urologická péče o nemocné po míšním poranění umožnila u většiny nemocných zajistit odpovídající evakuaci močových cest.

94. Závisí vývoj dysfunkce mikce na typu postižení a neurologické léčby u roztroušené sklerózy?

L. Zámečník¹, K. Novák¹, V. Soukup¹,

E. Havrdová², I. Nováková², D. Horáková²

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Roztroušená skleróza (RS) je demyelinizační onemocnění, které má u 10–15 % pacientů neurologicky benigní (remitentní) průběh. Stupeň vezikouretrální dysfunkce však nebývá v korelaci s relativně příznivým neurologickým nálezem. Cílem prospektivní studie bylo posoudit popisovaný pozitivní vliv neurologické léčby interferonem-beta na vývoj mikční dysfunkce ve srovnání s kombinovanou imunosupresí u pacientů se stejnou formou RS.

Metoda: Soubor tvoří 80 pacientů s remitentní formou RS ve věkovém rozmezí 19–49 let (průměr 30,8 let) vyšetřených a neurologicky léčených od roku 2002 do května 2006. Třicet devět pacientů bylo léčeno jen autotaplikací interferonu-beta (skupina 1) – doba trvání neurologické léčby 6–38 měsíců, zbývajících čtyřicet jedna pacientů kombinovanou imunosupresí (skupina 2) – neurologická léčba trvala 5–34 měsíců. Pacienti obou skupin byli urologicky vyšetřeni na začátku sledování, včetně urodynamiky, byla stanovena adekvátní urologická terapie (sledování, medikamentózní léčba, medikamentózní léčba + autokatetrizace) a dále byli sledováni dle stanoveného protokolu.

Výsledky: U pacientů léčených interferony jsme pozorovali pro léčbu příznivější typ dysfunkce dolních močových cest (izolovaná hyperreflexie detruzoru bez postmikčních reziduí) a včasnější pozitivní reakci na nasazenou medikamentózní léčbu než u pacientů léčených kombinovanou imunosupresí.

Závěr: V našem souboru se podařilo zjistit příznivější vývoj dysfunkce dolních močových cest u pacientů léčených interferonem-beta v porovnání s léčbou kombinovanou imunosupresí u relativně malého počtu pacientů. Definitivní výsledky bude možno posoudit na základě dlouhodobého sledování těchto pacientů.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR 8188-3.

95. Augmentační cystoplastika u pacientů s roztroušenou sklerózou – dlouhodobé sledování

R. Zachoval¹, V. Vik¹, M. Záleský², J. Heráček²,
M. Lukeš², M. Urban², K. Mayerová³, E. Medová³,
J. Piřha³

¹Urologické oddělení, FTN sP Praha

²Urologická klinika 3. LF UK Praha

³Neurologická klinika 3. LF UK Praha

Cíl: Vyhodnotit dlouhodobé výsledky augmentační cystoplastiky u pacientů s roztroušenou sklerózou – progresivním onemocněním, které významně ovlivňuje řadu funkcí organismu a schopnost pacienta provádět intermitentní autokatetrizaci (ČIK).

Pacienti a metody: Augmentační cystoplastiku (Göddwinův cup-patch) podstoupilo 17 pacientů s roztroušenou sklerózou (12 žen a 5 mužů) v průměrném věku 40 let. Indikací byl ve všech případech hyperaktivní močový měchýř refrakterní na konzervativní terapii. Subjektivní a objektivní hodnocení výsledků bylo provedeno před operací, 6 měsíců po operaci a v současné době.

Výsledky: Při průměrné době sledování 61 měsíců se neurologické skóre roztroušené sklerózy (EDSS skóre 0–10) zhoršilo ze 4,2 na 5,3. Předoperačně prováděli ČIK 4 pacienti v průměru 10,3x denně, ostatní pacienti močili spontánně s průměrným IPSS skóre 22. V současné době provádějí všichni pacienti pouze ČIK v průměru 4,7x denně. Předoperačně bylo 13 pacientů inkontinentních, v současné době jsou všichni pacienti kontinentní. Kvalita života se v průměru zlepšila ze 4,7 na 1,0 (škála 0–6). Průměrná maximální kapacita detruzoru se zvýšila ze 116 na 637 ml, resp. 580 ml a průměrný maximální detruzorový tlak poklesl z 84 cm H₂O na 26 cm H₂O, resp. 14 cm H₂O 6 měsíců po operaci a v současné době. Znamenali jsme výskyt jedné časně (pseudomonádová orchiepididymitida) a dvou pozdních (mnohočetná cystolitíza) pooperačních komplikací.

Závěr: Augmentační cystoplastika je u dobře indikovaných pacientů s roztroušenou sklerózou z dlouhodobého hlediska bezpečnou a efektivní metodou, která významně zvyšuje kvalitu jejich života.

96. Význam power Doppler sonografie s 3D rekonstrukcí v předoperační diagnostice extraprostatického rozsahu tumoru u klinicky lokalizovaného karcinomu prostaty

M. Záleský^{1, 2}, M. Urban^{1, 2}, Z. Šmerhovský³,
R. Zachoval², M. Lukeš^{1, 2}, J. Heráček^{1, 2}

¹Urologická klinika FN KV Praha

²Urologická klinika 3. LF UK Praha

³Ústav epidemiologie 2. LF UK Praha

Cíl: Vyhodnocení výsledků předoperační power Doppler sonografie s 3D rekonstrukcí a dalších diagnostických metod na základě jejich porovnání s pooperačním vyhodnocením rozsahu tumoru v preparátu získaném radikální prostatektomií.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 146 pacientů s klinicky lokalizovaným karcinomem dle vyšetření per rectum (DRE) a s PSA hodnotou nižší než 20 ng/ml, kteří následně podstoupili radikální prostatektomii. U každého pacienta byla provedena transrektální sonografie (TRUS), power Doppler sonografie s 3D rekonstrukcí (3D-PDS) a bylo stanoveno riziko lokálně pokročilého tumoru pomocí Partinových tabulek. Pro jednotlivé předoperační parametry (velikost prostaty, PSA, PSA denzita, Gleason skóre, riziko lokálně pokročilého karcinomu dle Partinových tabulek, vyšetření DRE, TRUS a 3D-PDS) byly zkonstruovány ROC (receiver operating characteristic) křivky a byla vypočtena plocha pod křivkou (AUC). K určení nezávislých prediktorů extraprostatického rozsahu tumoru byla provedena multivariátní logistická regresní analýza.

Výsledky: Hodnota AUC byla nejvyšší pro 3D-PDS 0,776 ($p < 0,000$), TRUS 0,670 ($p < 0,000$) a PSA denzitu 0,639 ($p < 0,004$). Podle multivariátní analýzy patřila mezi nezávislé předoperační prediktory extraprostatického rozsahu nádorového onemocnění PSA denzita, předoperační Gleason skóre vyšší nebo rovno 7 a výsledek 3D-PDS.

Závěr: Power Doppler sonografie s 3D rekonstrukcí je nejspolehlivějším předoperačním diagnostickým nástrojem k stanovení lokálně pokročilého tumoru. Spolu s PSA denzitou a přítomností agresivního tumoru (Gleason skóre ≥ 7) v biopsii prostaty patří mezi nezávislé prediktory lokálně pokročilého karcinomu prostaty.

97. TRUS a power Doppler ultrasonografie při detekci karcinomu prostaty

V. Klemenc, J. Balák, P. Nencka, V. Vik,
V. Vomáčka, R. Zachoval
Urologické oddělení, FTNsP Praha

Cíl: Zlepšení diagnostiky karcinomu prostaty pomocí power Doppler zobrazení při TRUS.

Metoda: Bylo vyšetřeno 267 pacientů s PSA 2,3–13,7 ve věku 39–71 let pomocí transrektální ultrasonografie s power Doppler zobrazením a následně byl porovnán sonografický nálezn s histopatologickým.

Technika: Ultrazvukový přístroj Toshiba Nemio, sonda transrektální, 6 MHz Model PVF-620 ST, automatická bioptická pistole Pro Mag a jehla 18 Ga délky 25 cm.

Standardní nastavení přístroje: Color gain (CG), stupeň 4 (stupnice 0–30).

Pro vlastní splnění pozitivitu power Doppler (angiomodu) jsme určili splnění 3 kritérií:

1. Ložisko přítomno v periferní zóně
 2. Zastoupení pozitivitu power Doppler signálu (color gain denzita) v zájmovém pixelu (čtverec 0,5x0,5 cm) je více než 60%
 3. Charakteristické zobrazení cév tzv. řetízkování
- Splnění všech tří kritérií značeno +, nesplnění -.

Metoda odběru: Standardně je prováděna oktantová biopsie (pravý a levý lalok – apex, střed, base a tranzitorní zóna) doplněná o biopsii ze suspektního ložiska (1–3 vzorky). Všechny vzorky jsou separovaně odeslány na histologické vyšetření.

Výsledky: Karcinom prostaty mělo 80 % pacientů ve skupině +++ a pouze 4,5 % pacientů v této skupině mělo negativní histologický nálezn. Senzitivita vyšetření je 54 % a specifická 93 %.

Závěr: TRUS doplněná o power Doppler zvyšuje záchyt karcinomů prostaty. Zároveň v případě negativitu power Doppler nálezu může zamezit zbytečně opakovaným biopsiím s negativním výsledkem.

98. Záchyt karcinomu prostaty TRUS kontrolovanou biopsií u mužů s elevací PSA bez palpační suspekce při DRE

P. Nencka¹, R. Zachoval¹, V. Klemenc¹, J. Balák¹,
F. Koukolík², V. Dorazilová², J. Vedralová²,
R. Matěj²

¹Urologické oddělení, FTNsP Praha

²Oddělení patologie, FTNsP Praha

Cíl: Zhodnotit záchyt karcinomu prostaty (CaP) TRUS kontrolovanou biopsií prostaty (BP) u pacientů s elevací PSA bez suspekce při DRE (Digital Rectal Examination).

Metoda: Studie zahrnuje data 255 pacientů, kteří se na urologickém oddělení FTNsP podrobili BP poprvé (198) respektive opakovaně (56) pro elevaci PSA nad 4 ng/ml bez suspekce při DRE. Data byla sebrána retrospektivně za období 1/2004 až 5/2006. Pacienti byli rozděleni do 3 skupin dle hodnoty PSA (4–10, 10–20, 20+), byl hodnocen záchyt CaP v jednotlivých skupinách a biologická aktivita nádoru dle Gleasonova skóre (nízké pásmo 2–4, střední pásmo 5–7, vysoké pásmo 8–10).

Výsledky: Z 255 pacientů byl potvrzen CaP v 69 případech (27,1 %). Ve skupině PSA 4–10 bylo provedeno 157 BP (61,6 %), CaP byl zachycen ve 24,2 %, do nízkého pásma spadalo 78,9 % případů, do středního 18,5 % a do vysokého 2,6 %. Ve skupině PSA 10–20 bylo provedeno 65 BP (25,5 %), CaP byl zachycen ve 29,2 %, do nízkého pásma spadalo 42,1 % případů, do středního 52,6 % a do vysokého 5,3 %. Ve skupině PSA 20+ bylo provedeno 33 BP (12,9 %), CaP byl zachycen ve 36,4 %, do nízkého pásma spadalo 50,0 % případů, do středního 33,3 % a do vysokého 16,7 %. Opakovaná BP byla provedena u 56 pacientů (22,0 %) se záchytem CaP v 16,1 %. Ve skupině PSA 4–10 bylo provedeno 30 BP (53,6 %), CaP byl zachycen ve 20,0 %, do nízkého pásma spadalo 83,3 % případů, do středního 16,7 %. Ve skupině PSA 10–20 bylo provedeno 17 BP (30,3 %), karcinom byl zachycen v 11,8 %, nízké pásmo – 100 % případů. Ve skupině PSA 20+ bylo provedeno 9 BP (16,1 %), CaP byl zachycen v 11,1 %, nízké pásmo – 100 % případů.

Závěr: Přibližně 25 % pacientů s negativním palpačním náleznem při DRE a PSA < 20 ng/ml má diagnostikovaný CaP nízkého a středního pásma.

99. Rebiopsie prostaty: srovnání nálezů s výsledky prvotních biopsií odběrem 12 vzorků v periprostatické anestézii. Soubor 78 nemocných

P. Verner¹, L. Jarolím¹, I. Kawaciuk¹, P. Dušek¹, M. Chocholatý¹, M. Schmidt¹, M. Rejchrt¹, J. Soukup²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

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

Cíl: Porovnáváme výsledky biopsií prostaty s následnými rebiopsiemi týchž pacientů, kde sledujeme, zda jsou high-grade prostatická intraepiteliální neoplazie (HGPIN) a chronická prostatitida rizikovými nálezy, predikující vyšší pravděpodobnost záchytu karcinomu prostaty při rebiopsii.

Metoda: Soubor 78 nemocných, kterým byla v letech 2004 a 2005 provedena rebiopsie prostaty po předchozí negativní biopsii a přetrvávající suspekci na nádor z vyšší hladiny PSA nebo z palpačního či UZ nálezu. Všechny biopsie i rebiopsie byly provedeny technikou odběru 12 vzorků v lokální periprostatické anestézii. V histopatologických nálezech byla vyhodnocena event. přítomnost HGPIN a chronické prostatitidy v původních biopsiích.

Výsledky: Ze 78 pacientů u 64 z nich i rebiopsie skončila s nálezem benigní hyperplazie prostaty: zde byla HGPIN zachycena u 7 původních biopsií a chronická prostatitida u 17 pacientů (10,9%, resp. 29,7%). U skupiny 14 nemocných, kde rebiopsie prokázala karcinom prostaty (tj. 17,9% pozitivních rebiopsií) byl HGPIN nalezen 5x (35,7%) a chronická prostatitida 8x (57,1%). Hodnoty PSA kolísaly v obou skupinách od 5,11 do 9,86 ng/ml a nevykazovaly ve sledovaných parametrech statisticky významnou odlišnost.

Závěry: Naše výsledky potvrzují, že nález HGPIN či histologická přítomnost chronické prostatitidy jsou sdruženy s vyšší pravděpodobností záchytu karcinomu prostaty a je tedy nutné je vzít v úvahu při indikaci rebiopsie, bez ohledu na výši kontrolní hladiny PSA.

100. Subjektivní hodnocení bolesti nemocných v průběhu transrektální sextantové biopsie prostaty

J. Stolz, K. Novák, M. Pešl

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod a cíle: Karcinom prostaty je druhou nejčastější neoplazií v mužské populaci v České republice. Nejčastějším způsobem a standardem jeho detekce je transrektální biopsie prostaty za ultrasonografické kontroly.

Cílem práce je zhodnotit míru compliance nemocných k ambulantnímu zákroku bez aplikace periprostatické infiltrační anestezie.

Materiál a metodika: V období leden až květen 2006 podstoupilo na Urologické klinice VFN v Praze 89 mužů transrektální ultrasonograficky kontrolovanou sextantovou biopsii prostaty s následným vyplněním standardizovaného dotazníku. Byla hodnocena míra bolesti v průběhu výkonu za pomoci vizuální analogové a Melzackové škály intenzity bolesti. Výkon byl prováděn ambulantně za pomoci 20 mg 0,1% Mesocain gelu aplikovaného na 5 minut do ampuly rekta. Průměrně bylo odebráno 8 vzorků.

Výkon byl proveden na ultrasonografickém přístroji GE 4000 a intrakavitální konvexní sondou E 721 frekvence 6,6 MHz.

Výsledky: Celkově bylo dotázáno 89 nemocných. 65% nemocných udávalo míru bolesti výkonu na Melzackové škále jako mírnou bolest (stupeň 1), 26% nemocných jako nepříjemnou bolest (stupeň 2).

Silnou až krutou bolest, neumožňující provedení výkonu, udalo 9% nemocných (10 nemocných). U 8 z těchto nemocných byla biopsie prostaty následně provedena v neuroleptanestezii. U těchto nemocných byly zaznamenány klinicky významné zevní hemeroidy, či stenóza konečníku.

Závěr: Bezpečné a minimálně bolestivé transrektální biopsie prostaty lze dosáhnout u 91% nemocných pouze v lokální anestezii 0,1% Mesocain gelem. Re-biopsii prostaty za stávajících podmínek by akceptovalo 90% nemocných. U nemocných s klinicky významnou patologií konečníku (hemeroidy, stenóza) je nutno zvážit výkon v neuroleptanestezii.

101. Vídeňský nomogram: optimalizace počtu vzorků biopsie prostaty

A. Čermák, D. Pacík, G. Varga, V. Lenko,
N. Marečková, M. Chudý, M. Nussir
Urologická klinika LF MU a FN Brno Bohunice

Cíl: Autoři prezentují svoje výsledky záchytu karcinomu prostaty (KP) při biopsii prostaty (PBP) u pacientů s prostatickým specifickým antigenem (PSA) v rozmezí 2–10 ng/ml s aplikací Vídeňského nomogramu (VN), který definuje optimální počet odebraných vzorků podle věku pacienta a objemu prostaty.

Materiál a metody: Byla provedena prospektivní studie, do které bylo zařazeno 420 pacientů. Pacienti byli rozděleni do skupin A – biopsie prostaty podle Vídeňského nomogramu a skupina B – systematická oktantová PBP. U skupiny B byly hodnoceny výsledky iniciační biopsie a též výsledky sekundární multiplicitní biopsie při prvním negativním výsledku PBP.

Výsledky: Celková detekce KP při použití Vídeňského nomogramu byla 25% (sk. A), ve srovnání s 16,8% u skupiny (B). Průměrná velikost prostaty, ve které byl pozitivní záchyt KP byl ve sk. A 39,6 ml, ve sk. B 35 ml. V obou skupinách byla hodnocena četnost záchytu KP ve vztahu k velikosti prostaty. Ve skupině A (VN) je detekce rovnoměrná (30–100 ml), ve sk. B signifikantně převažuje detekce KP u prostat menší velikosti < 30 ml (47%) a 31–40 ml (22,9%).

Závěr: Vídeňský nomogram nabízí jednoduchou metodu k optimalizaci počtu vzorků PBP u pacientů s PSA 2–10 ng/ml v závislosti na věku a objemu prostaty. Detekce KP je zlepšena ve sk. A (Vídeňský nomogram) ve srovnání se skupinou B (oktantová biopsie). V naší studii jsme neprokázali natolik signifikantní rozdíl detekce KP mezi oběma skupinami, jak popisuje originální sdělení. VN podle našich výsledků umožňuje zlepšení detekce KP, při první PBP zohledňuje velikost prostaty a snižuje potřebu provádění opakované biopsie prostaty.

102. Automatizovaný regresní model pro vypočítání pravděpodobnosti přítomnosti karcinomu prostaty

L. Šafařík¹, K. Novák¹, J. Stolz¹, M. Pešl¹,
J. Zlatohlávek², J. Čížková², M. Šajtarová²,
J. Dvořáček¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Matematicko-fyzikální fakulta UK Praha

Cíl: Diagnostika karcinomu prostaty (KP), především v počátečních stádiích je stále zatížena poměrně značnou nepřesností, která je dána nízkou specifitou PSA v plazmatických hladinách do 10 ng/ml. V některých souborech je zapotřebí provést až 3–4 biotické punkce prostaty (TRUS Bx) na odhalení 1 KP.

Metodika: V rámci zpřesnění a urychlení rozhodovacího procesu (decision making) byl vytvořen počítačový model, založený na nelineární regresii. Model byl vypracován na skupině 1464 nemocných, kteří měli provedenu TRUS Bx a u nichž byly předoperačně známy regresory: věk, DRE, PSA, objem prostaty, f/tPSA. Samotný program pracuje s rozdělením nemocných dle věku (do 59, 60–69, nad 70 let) a pak pro jednotlivé skupiny pracuje s kombinacemi jednotlivých regresorů, které byly i několikrát transformovány (mocniny, odmocniny, log) k maximální optimalizaci výsledků.

Výsledky: Zatímco při zpracování uvedeného souboru pomocí jednotlivých nemodifikovaných regresorů bylo dosaženo hodnot ROC křivky v závislosti na věku od 0,542 (věk) po 0,777 (PSAD), tedy velké variability a tím nižší spolehlivosti odhadu pravděpodobnosti, pak po vypracování kombinovaného modelu za použití regresorů: log f/tPSA, f/tPSA³, log Volume, $\sqrt{f/tPSA}$, 1/věk, DRE a logPSAD bylo dosaženo ROC 0.825, 0.802, 0.801 pro jednotlivé věkové skupiny pacientů s maximální odchylkou 6%, 8% a 2% pro validační množinu. Výsledek je k dispozici v jednoduchém programu kompatibilním s Windows na každém počítači.

Závěr: Nelineární regresní analýza souboru 1464 pacientů prokázala schopnost významným způsobem zpřesnit indikaci k TRUS Bx u pacientů s podezřením na adenokarcinom prostaty. Dosažené zpřesnění dosahuje 10–30% oproti známým metodám lineární regrese a neuronovým sítím.

103. Indikace antibiotické léčby u pacientů po radikální prostatektomii

K. Bartoníčková¹, L. Jarolím¹, O. Nyč²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Mikrobiologický ústav 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Podle dosavadních studií je 3. den většina močových permanentních katétrů (PK) kolonizována bakteriální flórou. Po radikální retropubické prostatektomii (RRP) mají pacienti PK 14 dní. Ve sledovaném souboru jsme se zaměřili na symptomatické projevy infekcí, vyžadující podávání antibiotik.

Metoda: V intervalu 1. 10. 2002–30. 4. 2006 bylo na urologické klinice FN Motol Praha provedeno 414 RRP. Všichni pacienti měli 1. pooperační den odběr moče na kultivaci. Další odběr na kultivaci moče a odběr hemokultury byl proveden při příznacích infekce (vzestup teploty, vzestup CRP, leukocytóza). Při podezření na jiný zdroj teplot nežli infekci močových cest (IMC) byl indikován rtg plic, sonografické a CT vyšetření.

Výsledky: Dva pacienti měli pro retenci před RRP permanentní katétr s kultivačně prokázanou IMC cest, výkon u nich byl kryt cíleně antibiotiky. Celkem 14 pacientů mělo interní indikaci podávání antibiotik perioperačně metodikou chráněného koagula (cévní implantáty, fibrilace síní). V pooperačním období jsme indikovali podávání antibiotik u 60 pacientů s resorpčními teplotami, šlo vždy o nemocné s hmotností nad 80 kg. U 9 pacientů jsme indikovali antibiotika pro plicní komplikace (4x exacerbace CHOPN, 3x TEN, 2x bazální bronchopneumonie). Asymptomatická močová infekce nebyla indikována k podávání ATB, spontánně odezněla po odstranění permanentního katétru.

Závěry: U nemocných po RRP nepovažujeme paušální podávání antibiotik za racionální. Indikujeme je u nemocných s kardiologickými a cévními riziky, u nemocných s resorpčními teplotami a u plicních komplikací.

104. Striktura vezikouretrální anastomózy po radikální prostatektomii

M. Schmidt, I. Minárik, L. Jarolím, I. Kawaciuk, Š. Veselý, P. Verner

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Striktura vezikouretrální anastomózy (SVUA) je relativně častou komplikací po radikální retropubické prostatektomii (RRP). Vyskytuje se u 5–14% pacientů. V léčbě dominuje transuretrální discize striktury, dilatace a v poslední době i Ho:YAG laserová incize. Korelace výskytu striktury s T stadiem, histologickým nálezem, uretrograficky prokázanou netěsností anastomózy, krvními ztrátami ani komorbiditami nebyla spolehlivě prokázána.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 468 pacientů, u kterých byla v letech 2001–2005 provedena RRP. Striktura vezikouretrální anastomózy byla řešena transuretrální discizí a resekci jizvy. U nemocných byl sledován vztah striktury k histologickému nálezu, kategorii T, PSA a BMI. Dále byla hodnocena úspěšnost léčby a procento recidiv. Výsledky byly statisticky zpracovány pomocí χ^2 testu a t-testem.

Výsledky: Striktura uretrovezikální anastomózy vznikla u 38 z 468 pacientů. Průměrná hodnota PSA byla 10,15 ng/ml, průměrný BMI byl 28,97. Kategorie T3 resp. 4 byla přítomna u 26,3% pacientů. Gleasonův grade (GG) 4 a 5 byl přítomen v histologickém preparátu u 26,3% pacientů. Průměrná doba od RRP k discizi byla 183 dní. Transuretrální discize neměla vliv na kontinenci pacientů. Recidiva se vyskytla u 31,6% pacientů. U 26 pacientů byl BMI < 30 kg/m² (68%), u 12 pacientů ≥ 30 kg/m² (3%). Nebyla prokázána statisticky signifikantní asociace vzniku striktury s PSA, GG 4 a 5 nebo kategorií T3 resp. 4. Naopak skupina pacientů s BMI ≥ 30 kg/m² měla signifikantně vyšší riziko vzniku striktury (P-value 0,0014 resp. 0,0001).

Závěry: V souboru 468 pacientů se vyskytla SVUA v 8,1% případů. Pacienti s BMI ≥ 30 kg/m² měli signifikantně vyšší riziko vzniku této komplikace. Korelace s PSA, Gleasonovým gradem a kategorií T3 resp. 4 nebyla prokázána.

105. Charakteristika funkce a fenotypu dendritických buněk pacientů po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty

I. Minárik^{1,2}, Z. Tobiášová², I. Kawaciuk¹, J. Bartůňková²

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

²Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Porovnat funkci a fenotyp dendritických buněk (DC) pacientů s karcinomem prostaty, kteří podstoupili radikální prostatektomii s kontrolami bez nádorového onemocnění.

Metoda: Do in vitro studie bylo zařazeno 10 pacientů (věk 53–76 let) s karcinomem prostaty, u nichž byl alespoň jeden z následujících rizikových faktorů biochemického relapsu: předoperační PSA > 10 ng/ml, pooperační Gleasonovo skóre > 7 nebo prorůstání tumoru přes pouzdro prostaty. Do kontrolní skupiny jsme zahrnuli 10 mužů (věk 53–73 let) bez nádorového onemocnění. DC jsme připravili z monocytů, získaných adhezí periferních mononukleárů, během 6denní kultivace v přítomnosti IL-4 a GM-CSF. Část připravených nezralých DC jsme maturovali v přítomnosti poly (I:C) nebo LPS po dobu 24 hodin. Ve skupině nezralých a zralých DC jsme poté na průtokovém cytometru stanovili expresi povrchových molekul HLA-DR, CD11c, CD83, CD80 a CD86 a také míru fagocytózy FITC dextranu, pomocí metody ELISA pak produkci cytokinů IL-12, IL-6, IL-1 β , IL-10 a TNF- α .

Výsledky: Nezralé DC vykazovaly vyšší fagocytární aktivitu, naopak zralé DC produkovaly větší množství prozánětlivých cytokinů a exprimovaly na svém povrchu větší množství kostimulačních molekul CD80 a CD86, dále CD83 a HLA-DR. Rozdíl ve fenotypu a funkci dendritických buněk mezi pacienty a kontrolní skupinou byl nesignifikantní.

Závěry: Dendritické buňky pacientů s rizikem biochemického relapsu po radikální prostatektomii jsou fenotypicky i funkčně kompetentní, což umožňuje jejich použití při vývoji protinádorové vakcíny.

Podpořeno granty GA UK 54/2005 C,
IGA MZ NI/7537-3, VZ č. 0021620812
a projektem FP6 Allostem LSHB-CT-2004-503319

106. Da Vinci prostatektomie – první zkušenosti

O. Köhler, J. Kočárek, K. Belej, P. Drlík,
O. Kaplan, Z. Otava, J. Pokorný, A. Kastnerová
Urologické oddělení, ÚVN Praha

Cíl: Presentovat výsledky prvních 40 da Vinci prostatektomií (dVP), provedených na urologickém oddělení ÚVN Praha v období leden až červen 2006.

Materiál a metody: V období leden až červen 2006 jsme provedli 40 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií (dVP) čtyřramenným robotickým systémem da Vinci americké firmy Intuitive surgical; 39 dVP bylo provedeno z extraperitoneálního přístupu, jedenkrát jsme operovali transperitoneálně. Po digitální disekci preperitoneálního prostoru byly založeny 2 robotické porty vpravo, jeden vlevo, asistentský port vlevo a incize pod pupkem byla využita pro zavedení portu kamerového.

Výsledky: V práci srovnáváme prvních 20 dVP, kdy jsme se techniku robotické prostatektomie učili, a dalších 20 dVP. Délka operace se zkrátila ze 4,5 hod. na 3 hodiny a krevní ztráty poklesly ze 400 ml na 80 ml. Příprava preperitoneálního prostoru se založením trokarů před napojením robotických ramen zabírá u druhé skupiny 20 minut, samotné napojení robotického systému 10 minut. Proti otevřeným radikálním prostatektomiím umožnila dVP výrazné zkrácení doby hospitalizace a katetrizace, snížila krevní ztráty, prakticky eliminovala potřebu krevních transfúzí a výrazně urychlila rekonvalescenci; dVP umožnila operovat bezpečně i nemocné s vysokým BMI.

Závěr: Roboticky asistovaná radikální prostatektomie je technikou s relativně krátkou dobou výcviku. I při malých zkušenostech jsou zřejmé výhody proti otevřené radikální prostatektomii, zejména menší krevní ztráty, kratší doba hospitalizace i rekonvalescence a kratší doba ponechání katétru.

107. Hodnoty PSA u nemocných po radikální prostatektomii bez biochemické recidivy

L. Jarolím, I. Kawaciuk, M. Schmidt, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Hodnota PSA po úspěšné radikální prostatektomii by měla poklesnout během 10 týdnů na nulovou a stabilní úroveň. Minimální hladina PSA po operaci může být výsledkem neúplné resekce benigní prostatické tkáně. Cílem studie bylo zjištění incidence nenulových a maximálních hodnot PSA, které byly po radikální prostatektomii stabilní a nepředstavovaly biochemickou recidivu.

Metoda: V období 1/2001 až 5/2006 bylo pravidelně sledováno 138 nemocných, kteří měli minimálně jeden rok stabilní hodnotu nadir PSA po radikální prostatektomii provedené v období 1/2001–5/2005. V rámci sledování byla hodnocena hladina PSA ve tříměsíčních intervalech pomocí ultrasenzitivního testu. Stabilní hladina PSA byla definována jako minimálně 4 stejné hodnoty PSA bez ohledu na jejich absolutní hodnotu.

Výsledky: Dlouhodobě mělo stabilní hodnoty PSA celkem 138 nemocných. Hodnoty PSA pod 0,010 ng/ml mělo 81 (58,7%) nemocných, hodnoty PSA 0,011–0,050 ng/ml 48 (34,8%) nemocných a hodnoty 0,051–0,180 ng/ml celkem 9 (6,5%) nemocných. Výsledky byly statisticky zpracovány testem Kruskal-Wallis a Chi-kvadrát testem.

	PSA < 0,010	PSA 0,011–0,050	PSA 0,051–0,180	P
PSA (ng/ml)	5,46	11,15	22,9	<0,0001
	%	%	%	NS
pT0	2,5	2,1	0	
pT2a	53,7	33,3	62,5	
pT2b	26,3	35,4	0	
pT2c	3,7	6,3	0	
pT3a	5	12,5	12,5	
pT3b	8,8	10,4	25	
GG ≤ 3	85,3		75,3	NS
GG 4 a 5	14,7		24,7	

Závěry: Nemocní ze souboru 138 onkologicky úspěšných radikálních prostatektomií měli v 34,8% hodnotu PSA do 0,040 ng/ml, aniž by šlo o biochemickou recidivu. U 6,5% nemocných byla zaznamenána dlouhodobá stabilní hodnota až 0,180 ng/ml. Vyšší hodnoty nadiru signifikantně korelovaly s předoperačními hodnotami PSA.

108. Velocita biochemické recidivy po radikální prostatektomii ve vztahu k charakteru karcinomu prostaty

M. Schmidt, L. Jarolím, I. Kawaciuk, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Nejdůležitějším parametrem hodnoty PSA je jeho dynamika. Při biochemické recidivě (BR) po radikální prostatektomii je rozhodující, zda se přirozený průběh onemocnění dostane do klinické generalizace. Cílem studie bylo zhodnocení dynamiky hodnot PSA u nemocných s BR ve vztahu k charakteru karcinomu.

Metoda: Sledovali jsme 77 nemocných s BR po radikální prostatektomii provedené v období 1/2001–5/2005. Doba sledování byla 1–4,5 roku. Jejich hladina PSA byla hodnocena ve tříměsíčních intervalech pomocí ultrasenzitivního testu. Biochemická recidiva byla definována jako opakovaná elevace PSA bez ohledu na jeho absolutní hodnotu. Srovnali jsme předoperační hodnotu PSA, kategorii pT a GS preparátu radikální prostatektomie u nemocných s BR se zdvojevacím časem kratším a delším než jeden rok. Výsledky byly statisticky zpracovány pomocí testu Man-Whitney a Chi-kvadrát testu.

Výsledky: Zdvojevací čas PSA kratší než 1 rok mělo celkem 66 nemocných, delší zdvojevací čas 11 nemocných. Srovnání předoperační hodnoty PSA, kategorie pT a GS preparátu radikální prostatektomie u nemocných s BR se zdvojevacím časem kratším a delším než jeden rok ukazuje následující tabulka. Statistická analýza neprokázala signifikantní rozdíl v parametrech mezi skupinami pacientů.

	velocita BR < 1 rok (n = 66)		velocita BR > 1 rok (n = 11)		P
PSA (ng/ml)	12,1		13,4		NS
	%		%		
pT0	0		0		
pT2a	28,8		36,4		
pT2b	36,4		36,4		
pT2c	7,6		9,1		
pT3a	19,7	27	9,1	18,2	NS
pT3b	7,6		9,1		NS
GG ≤ 3	74,2		81,8		NS
GG 4 a 5	25,8		18,2		

Závěry: V souboru nemocných s kratším zdvojevacím časem PSA při BR byly vyšší hodnoty pT a GS. K průkazu signifikance tohoto rozdílu bude třeba větší počet nemocných. Předoperační hodnota PSA na velocitu BR vliv neměla.

109. Charakteristika nemocných s biochemickou recidivou po radikální prostatektomii

L. Jarolím, I. Kawaciuk, M. Schmidt, Š. Veselý, J. Jerie, P. Hanek, P. Dušek, L. Hyršl, P. Verner, V. Kaliská, M. Rejchrt
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Cíl: Onkologický výsledek radikální prostatektomie – vyléčení či selhání léčby – závisí na tom, zda se výkon provede dříve, než vzniknou metastázy. Cílem studie bylo zhodnocení profilu karcinomu prostaty, který je spojen se selháním radikální prostatektomie.

Metoda: V období 1/2001 až 5/2005 podstoupilo radikální retropubickou prostatektomii 375 pacientů. Z hodnocení byli vyloučeni pacienti, kteří byli indikováni k časné adjuvantní léčbě, nebo byli předáni ke sledování na jiná pracoviště. Prospektivně bylo sledováno celkem 215 pacientů. V rámci sledování byla hodnocena hladina PSA ve tříměsíčních intervalech pomocí ultrasenzitivního testu. Biochemická recidiva (BR) byla definována jako opakovaná elevace PSA bez ohledu na jeho absolutní hodnotu. Statisticky jsme vyhodnotili u nemocných s biochemickou recidivou a bez biochemické recidivy předoperační hodnotu PSA, kategorii pT a GS preparátu radikální prostatektomie. Výsledky byly statisticky zpracovány t-testem a Chi-kvadrát testem.

Výsledky: Vztah předoperační hodnoty PSA, kategorie pT a Gleasonova gradu k výsledku radikální retropubické prostatektomie ve smyslu přítomnosti či absence biochemické recidivy ukazuje následující tabulka:

	Pacienti bez BR (n = 138)		Pacienti s BR (n = 77)		P
PSA (ng/ml)	8,37		12,5		< 0,0001
	%		%		
pT0	2,2		0		
pT2a	46,4		29,9		
pT2b	27,9		36,3		
pT2c	4,5		7,8		
pT3a	8	18,1	18,2	26	0,027
pT3b	10,1		7,8		NS
GG ≤ 3	85,3		75,3		0,05
GG 4 a 5	14,7		24,7		

Statistická analýza prokázala signifikantní rozdíl ($P < 0,03$) v T-klasifikaci pacientů s BR a bez BR.

Závěry: Nemocní s biochemickou recidivou měli signifikantně vyšší předoperační hodnotu PSA, signifikantně vyšší kategorii pT a trend k vyšším hodnotám Gleasonova gradu.

110. Denzitometrie a osteomarkery u karcinomu prostaty

I. Kolombo^{1,5}, T. Hanuš², R. Štuková³, J. Kolombová⁴, J. Porš⁵, R. Pabišta⁶, M. Poršová⁶

¹Centrum robotické chirurgie a urologie
Nemocnice Na Homolce Praha

²Urologická klinika 1. LF UK a VFN
Praha, Katedra urologie IPVZ

³Onkologická poradna MN Turnov

⁴Osteologická poradna MN Turnov

⁵Urologie a chirurgie MN Turnov

⁶Urologické oddělení, Nemocnice Mladá Boleslav

Cíl: Skeletální komplikace (SRE – skeletal related events) navozené metastázami či protinádorovou léčbou u karcinomu prostaty (PC) jsou časté, zhoršují kvalitu života a zkracují dobu přežívání. Cílem je posoudit míru patologických nálezů pomocí denzitometrie (DEXA – dual energy X-ray absorptiometry) a osteomarkerů (OM) a zajistit včasnou léčbu SRE.

Metoda: V období od srpna 2004 do dubna 2006 bylo vyšetřeno celkem 75 nemocných s PC ve věku 54–90 let. 26 nemocných bylo léčeno androgenní deprivací s průměrnou dobou trvání léčby 24 měsíců (3–137 měsíců). 17 nemocných bylo léčeno aktinoterapií a 32 nemocných bylo léčeno chirurgicky (radikální prostatektomie). Ke stanovení osteoporózy při DEXA byla použita kritéria WHO (hodnota T skóre nižší než – 2,5). Kostní formace a resorpce byla hodnocena OM: kostní alkalická fosfatáza, osteokalcin, propeptid kolagenu I monomer PINP, sérový metabolit kolagenu beta-CrossLaps, kalcium v séru a parathormon (PTH) a odpady kalcia v moči.

Výsledky: Osteoporóza byla zjištěna u 31 (41,3%) a osteopenie u 13 nemocných. Hyperparatyreózu mělo 23 (30,6%) a hypokalciurii 38 (50,6%) nemocných. 18 nemocných bylo léčeno zoledronátem a 26 nemocných bylo léčeno kalcii a vitaminem D. Nebyl žádný nežádoucí účinek léčby, který by vyžadoval ukončení terapie SRE. Efekt byl pozitivně vnímán všemi nemocnými. V průběhu sledování zemřelo 5 nemocných (3 na progresi PC, 2 na jiné onemocnění).

Závěr: Vyšetření DEXA a OM (zejména PTH a U-Ca) je u PC přínosné pro identifikaci hrožících SRE. Prevence a léčba SRE je dobře tolerována.

111. Chemoterapie karcinomu prostaty, možnosti cytotoxické léčby, její racionální podání

M. Matoušková, M. Hanuš, J. Dušek
Urocentrum Praha

Cíl: Zhoubné nádory prostaty dlouhodobě patří mezi nejčastější onkologické diagnózy, dosahují 11 % nádorových onemocnění mužské populace v ČR. Endokrinní léčba je metodou volby terapie pokročilých a generalizovaných onemocnění. Suprese androgenů navodí apoptózu nádorových buněk. Medián trvání odpovědi se pohybuje mezi 12–24 měsíci. Přes kastracní hladiny androgenů dochází k progresi nemoci. V nádorové populaci převažují buňky neschopné reagovat na hormonální manipulaci. Hormonálně independentní karcinom prostaty je spojen s nepříznivou prognózou. Medián přežití se pohybuje mezi 9–12 měsíci.

Pro HICaP charakteristické kontinuální zvyšování prostatického specifického antigenu (PSA) s/bez známky objektivní progresy při kastracních hladinách testosteronu. V klinickém obraze dominuje algický syndrom při kostním postižení s možnými komplikacemi a zhoršený performance status. Předkládáme zkušenosti s chemoterapií CaP. Cílem je srovnání obou režimů jak z pohledu vedlejších nežádoucích účinků, tak i efektivity léčby a přežití.

Metodika: Hodnotíme zkušenosti s podáváním dvou moderních režimů. Mitoxantron s prednisonem u 31 nemocných. Režim s docetaxelem u 14 mužů s karcinomem prostaty. Oba režimy umožňují pohodlné ambulantní podávání.

Výsledky: Sérová hladina PSA je indikátorem léčebné odpovědi, jako dobrou léčebnou odpověď hodnotíme pokles o 50, resp. 75 %. Pokles PSA o $\geq 75\%$ jsme navodili u necelých 20 % léčených. U většiny nemocných vede terapie k ústupu symptomů, snížení spotřeby analgetik a zlepšení kvality života. U obou režimů hematologická toxicita nedosahovala stupně III.

Závěrem: Pohled na účelnost chemoterapie CaP se změnil v konci minulého století. Režim mitoxantronu s prednisonem, a později zařazení docetaxelu do schémat léčby, znamená pro nemocné s HICaP především zlepšení kvality života, ale i prodloužení života.

112. Krátkodobý režim – LHRH analoga s radiací. Osmileté zkušenosti u nemocných s karcinomem prostaty

M. Matoušková¹, M. Hanuš¹, B. Malinová²

¹Urocentrum Praha

²Radioterapeutická klinika 2. LF UK
a FN Motol Praha

Cíl: Zhoubné nádory prostaty mají narůstající incidence. V roce 2003 dosáhla již 75,3/105 mužů, tím se podílí 11,1 % na ZN mužské populace. Radiační léčba je pro část nemocných s lokalizovaným či lokálně pokročilým karcinomem metodou volby. Ke zlepšení dlouhodobých výsledků radiace vede hormonální suprese. Androgenní suprese redukuje objem nádoru, zvyšuje apoptózu nádorových buněk, zlepšuje lokoregionální kontrolu a přežití nemocných. Změny v technologii a využití C3D plánování umožňují eskalaci dávky záření se zvýšením lokální účinnosti a snížením výskytu nežádoucích účinků.

Metodika: Soubor 52 mužů (T1-3 Nx M0) léčených v letech 1997–2005. K androgenní supresi jsme používali LHRH analoga. Endokrinní léčbu startujeme 2 měsíce před radiací, její trvání v režimu intermitentní androgenní suprese (IAS) je 6 měsíců. Teleradioterapie s CLD 76 Gy a více.

Výsledky: Hodnocení laboratorních a zobrazovacích metod podle Doporučených postupů. Pro zhodnocení jsme vybrali nemocné, jejichž léčba skončila před ≥ 12 měsíci. Medián sledování 49 měsíců (12–77). PSA nadir jsme dosáhli u 47 mužů.

Biochemický relaps s nutností znovunasazení endokrinní léčby v rámci IAS zaznamenali u osmi mužů. Všichni nemocní s časným relapsem měli Gleasonovo skóre > 7 .

Obě modalities jsou dobře tolerované, výskyt nežádoucích účinků odpovídá jednotlivým modalitám, nesčítá se.

Závěr: Shodně s protokoly RTOG 86-10 a TrTOG 96-01 dosahujeme dobré lokální kontroly onemocnění i trvání léčebné odpovědi. IAS nevede ke vzniku a rozvoji hormonální independence. Současně umožňuje využít hormonální léčebné modalities při relapsu onemocnění. Endokrinní manipulace s aktinoterapií v konkomitantním podání při léčbě lokálně pokročilého a lokalizovaného karcinomu prostaty se přes vyšší cenu léčby stává standardním postupem.

113. Hodnocení efektu adjuvantní léčby bicalutamidem 150 u pacientů s karcinomem prostaty po radioterapii s kurativním záměrem

D. Pacík¹, V. Vít¹, P. Šlampa²

¹Urologická klinika FN Brno

²Oddělení radiační onkologie MOU Brno

Úvod: Riziko recidivy karcinomu prostaty (KP) u pacientů léčených s kurativním záměrem závisí na řadě faktorů a zvolené modalitě léčby. U části takto léčených pacientů však časem dojde k progresi, popřípadě k úmrtí.

Rizikové faktory, kupř. PSA > 10 ng/ml, Gleason skóre > 7, stadium onemocnění pT2b a vyšší toto riziko zvyšují. Bicalutamid 150 je preparátem, který může snížit riziko progresse onemocnění a u lokálně pokročilého onemocnění léčeného ozářením dokonce zlepšit celkové přežití.

Materiál a metodika: Autoři hodnotí progresi u 103 pacientů s KP, kteří podstoupili zevní radioterapii s kurativním záměrem po předchozí neoadjuvantní androgenní deprivaci. Pro přítomnost alespoň jednoho z rizikových faktorů byl adjuvantně nasazen bicalutamid 150. Průměrná doba sledování je 55,5 měsíce.

Výsledky: Ve sledovaném souboru dosud zemřeli 4 pacienti (3,9%), z toho jen 2 (1,9%) na progresi základního onemocnění. U jednoho pacienta, kterému byla adjuvance vysazena pro intoleranci, došlo k biochemické progresi s úpravou po androgenní blokádě. Všichni ostatní pacienti mají doposud nedetekovatelnou hodnotu PSA.

Nežádoucí účinky provázející léčbu byly ve většině případů lehké a střední, k přerušení léčby vedly pouze u 2 pacientů (1,9%).

Závěr: Naší snahou musí být detekovat pacienty s KP včas, tedy ve fázi, kdy onemocnění můžeme vyléčit. Nevyhne se však diagnóze u pacientů s onemocněním v pokročilejším stadiu a/nebo s přítomnými rizikovými faktory, které snižují pravděpodobnost kurability. I když doba sledování našeho souboru je zatím relativně krátká, výsledky ukazují, že u zjevně rizikové skupiny pacientů indikované k léčbě zářením s kurativním záměrem je možno dosáhnout výsledků bez progresse onemocnění při velmi přijatelné morbiditě a kvalitě života.

114. Robotická da Vinci radikální prostatektomie – naše první zkušenosti

I. Kolombo, P. Beňo, M. Toběrný, M. Bartůněk

Centrum robotické chirurgie a urologie

Nemocnice Na Homolce Praha

Cíl: Radikální onkochirurgické operace v oblasti pánve patří k nejobtížnějším výkonům. Cílem práce je posoudit přednosti a miniinvazivitu robotického operačního systému da Vinci (Intuitive Surgical®, USA) pro radikální prostatektomii.

Metoda: Operační da Vinci robotický systém jsme užívali při provedení radikální prostatektomie pro lokalizovaný karcinom prostaty u 10 nemocných. Excelentní 3D zobrazení s desetinásobným zvětšením spolu s vysokou flexibilitou (endo-wrist) robotických nástrojů umožnilo provést výkony miniinvazivně – laparoskopicky.

Výsledky: Operační čas byl 4–7 hodin a krevní ztráta 150–800 ml. Nemocní profitovali z miniinvazivity výkonu. Již první pooperační den dobře tolerovali perorální příjem. Vysazení analgetik-anodyn bylo možné od 2. pooperačního dne. Průměrná doba hospitalizace byla 5,4 dne. Jeden nemocný nastoupil po týdnu do zaměstnání. Plné obnovení kontinence je již u 2 nemocných. Erektile funkce při použití PDE5 inhibitorů obnovena u jednoho nemocného.

Závěr: Naše první zkušenosti, v souladu s výsledky ze zahraničních pracovišť, potvrzují možnost miniinvazivního přístupu při provedení náročných onkochirurgických výkonů v pánvi (včetně radikální prostatektomie) při použití da Vinci robotického operačního systému.

115. Redukce objemu prostaty intraprostatickou aplikací botulinum toxinu – možná alternativa

P. Macek¹, P. Stricker², V. Chalasani²

¹Urologická klinika VFN Praha

²Department of Urology, St. Vincent's Hospital,
Sydney, Austrálie

Cíl: Možné využití botulinum toxinu pro redukci objemu prostaty.

Metody: Dva pacienti s biopticky prokázaným karcinomem prostaty, u kterých byla jako metoda léčby zvolena intersticiální brachyterapie isotopem ¹²⁵I. Vzhledem k tomu, že objem prostaty u obou pacientů překračoval doporučovanou hranici (40–50 ml), bylo nutné velikost prostaty redukovat. Vzhledem k tomu, že se pacienti chtěli vyhnout nežádoucím účinkům androgenní blokády, byla zvolena alternativní metoda s intraprostatickou transrektální aplikací 200 IU botulinum toxinu typu A za kontroly transrektální sonografií. Velikost prostaty byla hodnocena před a 3 měsíce po aplikaci.

Výsledky: U prvního pacienta došlo ke zmenšení objemu prostaty z 52 na 42 ml (o 19%), což bylo dostatečné pro provedení brachyterapie. U druhého pacienta došlo ke zmenšení objemu prostaty z 83 na 64 ml (o 23%) a tak bylo ještě nutno pokračovat androgenní blokádou k další redukci objemu. Pacienti také shodně popsali subjektivní zlepšení mikce, nicméně to nebylo objektivizováno.

Závěr: U pacientů, kde je nutná redukce objemu prostaty z různé indikace a operační výkon není vhodný, nebo bychom se rádi vyhnuli nežádoucím účinkům androgenní blokády, je botulinum toxin jednou z potenciálních alternativ.



VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

11.–13. 10. 2006

Kongresové centrum
BAZILIKA
Obchodně společenské
centrum IGY
ČESKÉ BUDĚJOVICE



ODBORNÝ PROGRAM

- Podiové, posterové a video sekce
- Vyzvané přednášky
- Kurz ESU
- Satelitní sympozia
- Pracovní snídane
- Zasedání odborných sekcí ČUS:
 - onkologická sekce
 - urologická sekce
 - laparoskopická sekce
 - andrologická sekce
 - rezidenti
- Sesterská sekce



LAPAROSCOPY – ESU Organized Course at the time
of the national congress of the Czech Urological Society
Ceske Budejovice, Czech Republic, 12 October 2006

ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ

NUCLEUS HK, Divišova 882, 500 03 Hradec Králové
tel.: 495 217 146, fax: 495 211 630