

souvislosti se samozřejmě nabízí možnost spolupráce mezi urology a neurology nejen v oblasti léčebné, ale i na poli klinického výzkumu. Velká většina účastníků také podpořila myšlenku vytvořit národní doporučení pro urologickou péči o pacienty s RS.

Děk za úspěch setkání patří především všem přednášejícím a diskutujícím, ale rovněž České urologické společnosti ČLS JEP a dalším partnerům, kteří konání této akce podpořili a společností J & M Agency, která zajistila bezchybný průběh po stránce organizační.

za organizátory
doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
e-mail: jan.krhut@fno.cz

PRVNÍ POSTGRADUÁLNÍ WORKSHOP O UROLITIÁZE

Poslední víkend v červnu (28.–29. června 2014) organizovala Lékařská fakulta Všeobecné nemocnice ve Vídni pod záštitou EAU (sekce EULIS) 1. postgraduální workshop o urolitiáze. Workshopu se zúčastnila asi stovka lékařů z Evropy, z České republiky bohužel pouze jeden lékař. Celá akce byla velmi dobře zorganizovaná, prakticky zaměřená. Přednášeli významní odborníci v dané problematice.

Na úvod C. Seitz z Vídně přednášel epidemiologickou problematiku urolitiázy, kde zdůraznil nárůst incidence i prevalence urolitiázy, i když v jednotlivých částech světa se tyto údaje významně liší (prevalence od 0,26 do 18,5 %). Zdůraznil souvislost obezity, hypertenze a ICHS, které korelují se zvýšeným výskytem urolitiázy u žen. Cukrovka zvyšuje riziko urolitiázy bez ohledu na pohlaví. Zdůraznil význam životního stylu a stravování na incidenci urolitiázy.

S. Lahme zdůraznil nutnost provedení analýzy u každého konkrementu. Chemická analýza není dostatečná. Až 1/3 pacientů má jiný rozbor u recidivy litiázy.

C. Türk probral otázku metabolického vyšetření. Pokud je vyšší riziko recidivy urolitiázy, tak je indikováno podrobné metabolické vyšetření. Riziko recidivy urolitiázy je 50% do 5 let a 80–90% do 10 let. Je otázkou, jak často by se měli pacienti kontrolovat. Záleží na analýze konkrementu, recidivách a rizikových faktorech. Roli hraje taky ekonomika zdravotního systému a socioekonomické faktory. Interval kontrol se doporučuje od 3 do 12 měsíců. U pacientů s prvním konkrementem a bez rizikových faktorů stačí pouze základní doporučení – příjem tekutin, úprava váhy, snížení příjmu bílkovin a pravidelný příjem mléčných výrobků.

M. Töpker seznámil se zobrazovacími metodami u urolitiázy. Zdůraznil dávky ozařování u jednotlivých metod. Jako zlatý standard při vstupním vyšetření je stále prostý snímek ledvin, i když jeho senzitivita je 45–58%. Proti tomu MDCT má senzitivitu 96–99% a detekuje konkrementy od 1 mm. NMR pacienta neozařuje, ale nerozliší malé konkrementy a neobstrukční konkrementy. CT s duální energií

dokáže odlišit konkrement z kyseliny močové a dávka ozáření je nižší. CT urografie má výhodu v tom, že dokáže odlišit flebolit od ureterolitu. Na závěr zdůraznil vždy zvažovat RTG nebo CT vyšetření s ohledem na radiační zátěž pacienta.

Problematiku medikamentózní terapie akutní ureterolitiázy (MET) přednesl C. Seitz.

Řešení konkrementu se doporučuje za těchto okolností – zvětšuje se, působí obstrukci, infekci, akutní a chronické bolesti. Důležité taky je, co chce pacient a jaké jsou komorbidity. Statistiky říkají, že spontánně odejde během 4 týdnů 2/3 konkrementů (12 % z proximálního

R. Sienerová přednášela o tom jak snížit rekurenci urolitiázy. Každý pacient by měl dodržovat alespoň základní režim – měl by vymočit 2–2,5 litrů moči/24 hod., redukovat váhu a mít dostatečnou fyzickou aktivitu. Dlouhodobá spolupráce je pravděpodobná u 50 % nemocných.

C. Türk shrnul medikamentózní profylaxi urolitiázy. Zde je již nutné podrobné metabolické vyšetření a samozřejmě rozbor konkrementu. Zdůraznil význam K-citrátu a Na-bikarbonátu u CaOx litiázy a hyperkalcie. Hydrochlorothiazid je důležitý u hyperkalcie nad 8 mmol. U hyperoxalurie je důležitý příjem vápníku 500 mg/den. U karbonátapati-



Hlavní přednášející workshopu o urolitiáze (zleva): prof. C. Türk (Vídeň), prof. T. Knoll (Sindelfingen), prof. S. Lahme (Pforzheim), prof. K. Sarica (Istanbul – předseda EULIS), prof. Ch. Seitz (Vídeň), prof. N. Buchholz (Londýn), prof. P. J. Osther (Fredericia), prof. J. R. Santos (Lisabon), prof. R. Siener (Boon)

ureteru a 45 % z distálního ureteru). Spontánně odejde 68 % konkrementů s velikostí pod 5 mm a 47 % konkrementů nad 5 mm. Použití alfablokátorů u ureterolitiázy je na 1. místě a nejlepší výsledky má Tamsulosin. Neplatí to však u hydronefrózy s infekcí. MET se doporučuje také po ESWL a po URS, kde byl zaveden stent.

Zajímavá byla přednáška K. Sarica na téma reziduálních fragmentů (RF). Všichni se s tímto problémem setkáváme. RF do velikosti 4 mm – záleží na infekci, typu konkrementu a příznacích. Při negativitě těchto faktorů stačí sledování – fragmenty do 4 mm se kontrolují co 6 měsíců sonograficky a pod 2 mm co 12 měsíců sonograficky nebo pomocí CT. U RF nad 4 mm je indikováno včasné ESWL nebo endoskopie a alfablokátory.

tu a struvitu je nutná acidifikace moči a kompletní odstranění konkrementu.

K. Sarica, který je nyní předsedou EULIS, probral problematiku dětské urolitiázy, která tvoří 1–5 % celkové urolitiázy. Zde je cílem kompletní odstranění konkrementu, léčba infekce a metabolických poruch. ESWL u dětí má lepší výsledky než u dospělých a SFR po prvním sezení ESWL je 44% a celková úspěšnost je 70–100%. URS u dětí se používá výjimečně – je větší riziko refluxu. Stent se po URS zavádí výjimečně a pouze při komplikacích. Stále více se využívá mini PCNL, kde SFR je 86 %. Vyvíjejí se stále nové, minimálně invazivní technologie.

P. Osther z Dánska shrnul výhody a nevýhody ESWL. U nefrolitiázy se srovnává ESWL

s PCNL nebo s URS a u ureterolitiázy s URS. V posledních letech se do popředí dostává URS, pouze u proximální ureterolitiázy pod 10 mm je první volbou ESWL. I u přístrojů ESWL dochází k rozvoji a zlatým standardem je dnes přístroj Dornier HM3. Je snaha zlepšit výsledky ESWL určením tvrdosti konkrementu na základě CT vyšetření, měřením vzdálenosti konkrement – povrch těla. Zdůraznil, že je nutné léčbu individualizovat.

Následovala přednáška P. Geavleta, který preferuje URS. Nové videoureteroskopy mají 3krát lepší vidění. Úspěšnost řešení ureterolitiázy je až 90% po prvním výkonu. Dnes je již nezbytný Holmiový laser a flexibilní URS. Budoucnost vidí v rigidním ureterorenoskopu s flexibilním koncem a ureteroskop na jedno použití.

S. Lahme probral problematiku RIRS u konkrementů dolní kalichové skupiny. Litiáza pod 1 cm je indikována k ESWL nebo flexibilnímu URS, 1–2 cm k ESWL, flex. URS nebo mini PCNL a litiáza nad 2 cm mini PCNL nebo ESWL. Access sheath je vhodný u flexibilní URS a měl by se zavádět pouze pod UPJ. Názor na to však nebyl jednotný. Uvedl taky, že sheath se zavádí lépe, když pacient měl předtím zaveden JJ stent. Ve srovnání mini PCNL a flexibilní URS jsou výsledky URS lepší.

P. Osther uvedl, že je v populaci 8–10% asymptomatické nefrolitiázy zjištěné při USG a CT vyšetření. Prospektivní studie ukázala, že 21% pacientů s asymptomatickou nefrolitiázou při dalším sledování potřebovalo intervenci; 74–93% pacientů s asymptomatickou nefrolitiázou nepotřebuje intervenci během 2–3 let sledování.

N. Buchholz z Londýna podrobně probral současné možnosti PCNL. Je možné využívat různé polohy pacientů – pronační a supinační polohu a různé modifikace. Supinační poloha se jeví výhodnější, je méně komplikací. Vyvíjejí se nové typy dilatátorů a je možné používat různé druhy litotriptorů. Zmínil taky komplikace PCNL – 4,5–6,8%, z nichž nejčastější je krvácení a febrilie. Stále více se dnes využívá

mini PCNL – nefroskop má 13–20 F a ultra mini-PCNL.

Další přednášející potom informovali o zkušenostech s mini-PCNL, ultra-mini-PCNL a K. Sarica o Micro-PCNL, kde nefroskop má 8F a využívá se zejména u dětí. Diskuse na toto téma byla bohatá, se závěrem, že miniaturizace pokračuje. Otázkou je, kde je její konec.

J. R. Santos zdůraznil individuální přístup při řešení litiázy pomocí ESWL. Pro úspěch jsou důležitými faktory kvalita přístroje, operátor, MET, tvrdost kamene a kontraindikace k výkonu – konstituce, krvácivost. SFR pod 10 mm je 90% a nad 10 mm je 68%. V posledních letech klesá počet ESWL proti URS. Uvedl taky, že stent by se neměl zavádět rutinně před ESWL. P. Geavlete potom oponoval výhodami a výsledky URS při řešení litiázy. Flexibilní URS má SFR 87% a s použitím holmiového laseru 92–100%. URS díky úspěšnosti je levnější než ESWL (jsou nutné opakované výkony). URS je taky výhodnější u obézních pacientů a u těhotných.

P. Osther probral problematiku antikoagulační léčby litiázy. Pacientů léčených antikoagulancii přibývá. Acylpyrin je nutno vysadit 5 dní před výkonem a znovu nasadit 24 hodin po výkonu. U PCNL je nutné vysadit antikoagulancia u velkého a středního rizika 4 dní před výkonem.

N. Buchholz informoval o různých druzích stentů a jejich využití. Je snaha vyvíjet stále nové stenty, které by byly co nejlépe snášeny. Vyvíjí se např. biodegradabilní stent, který by se rozpadl za 4–10 týdnů. Zkoušejí se stenty s různou povrchovou úpravou, např. s heparinem, karbonem, ATB, nanočásticemi, metalické stenty apod.

Na závěr C. Türk z Vídeňské univerzity shrnul celou akci a budoucnost v řešení urolitiázy. Zdůraznil využití CT s duální energií, 3D endoskopy, ultra-mini a mikro-nefroskopy, rigidní URS s flexibilním koncem, robotický nefroskop a robotický flexibilní URS a 4. generaci litotriptoru Dornier – HM3.

MUDr. Petr Plasgura
Urologické oddělení Nemocnice
ve Frýdku-Místku, p.o.
e-mail: plasgura@nemfm.cz