

nout přehledové přednášky odborníků jednotlivých panelů guidelines EAU a pozvaných hostů. Dále byl na konferenci připraven nespočet videopřenosů ze všech oblastí urologie. Bylo tedy možné vidět přímé přenosy, nebo instruktážní videa moderních operačních technik v oblasti operativy nádorů ledvin, karcinomu prostaty a celé spektrum endoskopických výkonů léčby benigní hyperplazie prostaty nebo litiázy. Novinky a pokrok v klinickém a preklinickém výzkumu bylo možné sledovat v jednotlivých posterových sekcích. Pro mladé urology byl navíc denně připraven nespočet ESU-kurzů a hands-on tréninkových programů na trenažérech pod vedením zkušených operátorů. Naplánování programu doslova ušitého na míru každého účastníka již tradičně napomáhala mobilní aplikace, díky které si mohl každý sestavit plnohodnotný program na celou dobu konference podle své nálady a oblasti urologie, která ho zajímá.

Vzhledem k tomu, že je výroční konference EAU největším urologickým fórem v Evropě, bývá často místem prezentace výsledků významných studií, které mohou v budoucnu změnit doporučené postupy léčby našich pacientů. Nejrychlejší rozvoj zažívá v současné době hlavně oblast onko-urologie s diagnostikou a léčbou karcinomu prostaty na čele.

I v Barceloně byl program na téma karcinom prostaty nabitý novými studiemi. Novinky v oblasti aktivního sledování pacientů přinesly výsledky z databáze MOVEMBER FOUNDATION'S GAP3, srovnávající výsledky aktivního sledování (AS) karcinomu prostaty (KP) u pacientů s Gleasonovým skórem (GS) 3+3 a 3+4. Ve studii bylo sledování častěji ukončeno po pěti letech u pacientů s GS 3+4 proti GS 3+3 (40 % vs. 50 %), nicméně ukončení z důvodů progresu nebylo významně častější (19 % vs. 23 %). I současná doporučení EAU zmiňují možnost AS u pacientů s < 10 % Gleasonova stupně 4, uvádějí však vyšší potenciální riziko generalizace onemocnění v budoucnosti. Zařazení této skupiny pacientů do režimu aktivního sledování by tedy vyžadovalo lepší stratifikaci pacientů. Jednou z metod stratifikace může být využití multiparametrické magnetické rezonance (mpMRI). Dle jedné z prezentovaných studií se 174 pacienty s nízkorizikovým KP byla právě negativní mpMRI (hazard ratio [HR = 0,31] prediktorem pro setrvání v protokolu AS

a vyšší hodnota prostatického specifického antigenu (PSA) naopak prediktorem ukončení protokolu (HR = 1,18).

Dalším z diskutovaných témat v oblasti aktivního sledování KP je snížení počtu biopsií prostaty během AS a jejich nahrazení zobrazovacími metodami. Podle výsledků studie PRECISE 1–3 bylo přežití bez progresu (PFS) v případě, že nedošlo v průběhu sledování ke změnám na mpMRI 98–100 %. Na rozdíl od těchto výsledků však byla v jiných studiích prokázána progresu v histologickém nálezu biopsie u 35 %, respektive 40 % mužů při stabilním nálezu na mpMRI.

Pozornost byla věnována také tématu rozšířené (ePLND) a limitované lymfadenektomie (limPLND) při radikální prostatektomii. Na konferenci byla prezentovaná randomizovaná studie srovnávající výsledky těchto dvou přístupů u celkem 1 480 pacientů. Doba do biochemické progresu i četnost komplikací byly u obou skupin shodné. Na druhou stranu studie z registru National Cancer Data-Base, která hodnotila celkem 406 409 mužů prokázala, že ePLND snižuje riziko desetiletého úmrtí na KP nejméně o 8 % ve srovnání s limPLND.

Dalším z diskutovaných postupů měnící dosavadní klinickou praxi bylo doporučení doplnit mpMRI již před první biopsií prostaty. Dle dostupných poznatků by měli mít mpMRI před první biopsií pacienti, u nichž není suspektní palpační nález per rektum a hodnota PSA je nižší než 10 ng/ml. Cílená biopsie suspektních ložisek na mpMRI by však měla být doplněna také o standardní biopsii prostaty z periferní zóny. Multiparametrická rezonance prostaty by měla být provedena také před opakovanými biopsiemi a při rebiopsii je již možné cíleně odebrat pouze vzorky ze suspektní léze dle mpMRI (bez standardní biopsie periferní zóny).

Bohatá diskuze se také odehrála na téma definice biochemického relapsu pro radikální prostatektomii, kdy nově v guidelines EAU není již relaps jasně definován opakovaným překročením hodnoty 0,2 ng/ml. Biochemická progresu je nově potvrzena jakoukoliv opakovanou elevací PSA včetně měření pomocí ultrasenzitivního testu. Dle diskuze panelu se pro využití nejnovějších zobrazovacích metod jako PSMA-PET/CT stále doporučuje spodní