

27. Kiviranta P, Kuiri-Hänninen T, Saari A, et al. Transient Postnatal Gonadal Activation and Growth Velocity in Infancy. *Pediatrics* 2016; 138(1): e20153561.
28. Hadziselimovic F, Gegenschatz-Schmid K, Verkauskas G, et al. Gene Expression Changes Underlying Idiopathic Central Hypogonadism in Cryptorchidism with Defective Mini-Puberty. *Sex Dev* 2016; 10(3): 136–146.
29. Josso N, Cate RL, Picard JY, et al. Anti-Müllerian hormone: the Jost factor. *Recent Prog Horm Res* 1993; 48: 1–59.
30. Edelsztein NY, Grinspon RP, Schteingart HF, et al. Anti-Müllerian hormone as a marker of steroid and gonadotropin action in the testis of children and adolescents with disorders of the gonadal axis. *Int J Pediatr Endocrinol* 2016; 2016: 20.
31. Young J, Chanson P, Salenave S, et al. Testicular anti-mullerian hormone secretion is stimulated by recombinant human FSH in patients with congenital hypogonadotropic hypogonadism. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 724–728.
32. Yamanaka J, Baker M, Metcalfe S, et al. Serum levels of Mullerian inhibiting substance in boys with cryptorchidism. *J Pediatr Surg* 1991; 26(5): 621–623.
33. Grinspon RP, Gottlieb S, Bedecarrás P, et al. Anti-Müllerian Hormone and Testicular Function in Pre-pubertal Boys With Cryptorchidism. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2018; 9: 182.
34. Esposito S, Cofini M, Rigante D, et al. Inhibin B in healthy and cryptorchid boys, *Ital J Pediatr* 2018; 44(1): 81.
35. Suomi A-M, Main KM, Kaleva M, et al. Hormonal changes in 3-month-old cryptorchid boys. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(3): 953–958.
36. Christiansen P, Anderson AM, Skakkebaek NE, et al. Serum inhibin B, FSH, LH and testosterone levels before and after human chorionic gonadotropin stimulation in prepubertal boys with cryptorchidism. *Eur J Endocrinol* 2002; 147(1): 95–101.
37. Thorup J, Kvist K, Clasen-Linde E, et al. Serum inhibin B values in boys with unilateral vanished testis or unilateral cryptorchidism. *J Urol* 2015; 193(5): 1632–1636.
38. Andersson AM, Juul A, Petersen JH, et al. Serum Inhibin B in Healthy Pubertal and Adolescent Boys: Relation to Age, Stage of Puberty, and Follicle-Stimulating Hormone, Luteinizing Hormone, Testosterone, and Estradiol Levels. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82(12): 3976–3981.
39. Thorup J, Clasen-Linde E, Thorup SC, et al. Pre-and postoperative status of gonadotropins (FSH and LH) and inhibin-B in relation to testicular histopathology at orchiopexy in infant boys with unilateral undescended testes. *J Pediatr Urol* 2015; 11(1): 25.e1–5.
40. Sansone A, Kliesch S, Isidori AM, et al. AMH and INSL3 in testicular and extragonadal pathophysiology: what do we know? *Andrology* 2019; 7(2): 131–138.
41. Cortes D. Cryptorchidism: aspects of pathogenesis, histology and treatment. *Scand J Urol Nephrol* 1998; 32(Suppl 196): 1.
42. Vincel B, Verkauskas G, Bilius V, et al. Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Corrects Defective Mini-Puberty in Boys with Cryptorchidism: A Prospective Randomized Study. *Biomed Res Int* 2018; 4651218.
43. Hutson JM, Thorup J, Beasley SW. Hormonal treatment. 2nd ed. In: Hutson JM, Thorup J, Beasley SW, editors. *Descent of the Testis*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing AG (2016): 149–156.
44. Wei Y, Wang Y, Tang X, et al. Efficacy and safety of human chorionic gonadotropin for treatment of cryptorchidism: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Paediatr Child Health* 2018; 54(8): 900–906.
45. Patel R, Kolon T, Huff D, et al. Testicular Microlithiasis and Antisperm Antibodies following Testicular Biopsy in Boys with Cryptorchidism. *J Urol* 2005; 174(5): 2008–2010; discussion 2010.
46. Radmayr C, Dogan HS, Hoebeke P, et al. Management of undescended testes: European Association of Urology/European Society for Paediatric Urology Guidelines. *J Pediatr Urol* 2017; 13(5): 550.

Peroperační histologie během roboticky asistované radikální prostatektomie s lymfadenektomií: studie proveditelnosti

Peroperative histology during robotic-assisted radical prostatectomy with lymphadenectomy: a feasibility study

Vladimír Študent ml.¹, Daniela Kurfürstová², Daniela Skanderová², Zuzana Seifriedová¹, Ondřej Česák¹, Hana Študentová³, Dana Purová¹, Vladimír Študent¹

¹Urologická klinika FN Olomouc a LF UP Olomouc

²Ústav klinické a molekulární patologie FN Olomouc a LF UP Olomouc

³Onkologická klinika FN Olomouc a LF UP Olomouc

Došlo: 22. 6. 2021

Přijato: 2. 8. 2021

Kontaktní adresa:

MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc a LF UP Olomouc

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

e-mail: vladimir.student2@fnol.cz

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892).

SOUHRN

Študent V ml., Kurfürstová D, Skanderová D, Seifriedová Z, Česák O, Študentová H, Purová D, Študent V. Peroperační histologie během roboticky asistované radikální prostatektomie s lymfadenektomií: studie proveditelnosti.

Úvod: Peroperační histologie (Intraoperative Frozen Section, IFS) během roboticky asistované radikální prostatektomie (RARP) je metoda používaná k zajištění lepších onkologických výsledků operace a díky možnosti bezpečně provést

nervy-šetřící operaci (NS) je to zároveň i metoda, která by mohla zlepšit také funkční výsledky, jako je kontinence a erekce.

Cíl: Cílem této práce je připravit vlastní techniku IFS, ověřit její proveditelnost a popsat její peroperační výsledky u pacientů indikovaných k RARP s rozšířenou pánevní lymfadenektomií (ePLND).

Materiál a metody: Od září 2020 do května 2021 bylo provedeno 21 RARP s ePLND, u kterých byla provedena IFS (intervenční skupina). Kontrolní skupina (n = 42) byla vybrána z databáze pacientů s provedenou RARP s ePLND bez IFS v období prosinec 2019 až květen 2021. Kontrolní skupina byla přiřazena v poměru 2 : 1 na základě věku, body mass indexu (BMI) a zařazení do rizikových skupin pro biochemickou rekurenci (tzv. EAU risk groups). Byla vypracována IFS technika a ověřena její spolehlivost a efekt na délku provádění operace a počet pozitivních chirurgických okrajů (PSM) a tzv. extended PSM (ePSM) definovaných jako PSM ve více lokalizacích nebo PSM v jedné lokalizaci s délkou větší než 3 mm. V případě positivity nálezu na IFS bylo provedeno doresekování periprostatických tkání. U obou skupin byly hodnoceny vstupní a peroperační výsledky.