

Česká urologie

CZECH UROLOGY

2009 • ROČNÍK/VOLUME 13 • ČÍSLO/NUMBER 4 • ŘÍJEN/OCTOBER 2009
ČASOPIS ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP



55. VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

7.–9. 10. 2009
TOP HOTEL PRAHA

OBSAH

Organizace konference	255
Abecední seznam vystavujících firem a partnerů ČUS	256
Program	257
Abstrakta	269
Jmenný seznam autorů	330

ŠÉFREDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.
Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

VYKONNA REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha
doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
prim. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
Urologické oddělení FN Ostrava
doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.
Urologické oddělení FTN Praha

REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
doc. MUDr. Richard Fiala, CSc., FEBU
Causeway Hospital, Coleraine, UK
doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.
Urocentrum Praha
prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
MUDr. Jiří Heráček
Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
prof. MUDr. Ondřej Hes, Ph.D.
Šíklův patologicko-anatomický ústav,
LF UK a FN Plzeň
doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha
doc. MUDr. Ivan Kawaciuk, CSc.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha
MUDr. Jiří Kočárek, Ph.D.
Urologické oddělení ÚVN Praha
prim. MUDr. Oto Köhler, CSc.
Urologické oddělení ÚVN Praha
MUDr. Michaela Matoušková
Urocentrum Praha
doc. MUDr. Petr Morávek, CSc.
Urologická klinika LF a FN Hradec Králové
as. MUDr. Pavel Navrátil, CSc.
Urologická klinika LF a FN Hradec Králové
prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.
Urologická klinika FN Brno
MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.
Urologické oddělení FN České Budějovice
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc
doc. MUDr. Michael Urban
Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.
Urologická LF UP a FN Olomouc

ČESKA UROLOGIE

2009 • ROČNÍK/VOLUME 13 • ČÍSLO/NUMBER 4
ŘÍJEN/OCTOBER 2009
ISSN 1211-8729

Vydavatel: Česká lékařská společnost

J. E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Nakladatel: Galén, spol. s r. o., Na Bělidle 34,
150 00 Praha 5, IČ 49356399

Adresa redakce: Galén, Na Bělidle 34,
150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, 257 326 169,
fax: 257 326 170

Šéfredaktor: doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.
e-mail: horam@fnplzen.cz

Rukopisy: Jana Šejdová, Galén, Na Bělidle 34,
150 00 Praha 5, e-mail: czechurol@galen.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Helena Glezgová,
e-mail: helena.glezgova@seznam.cz

Grafická úprava: Marta Šimková, DTP Galén

Sazba a zlom: Petra Veverková, DTP Galén
(G 281005)

Tisk: GLOS, Špidlenova 436, 513 01 Semily
Vychází 4x ročně; cena jednotlivého výtisku
100 Kč, celoroční předplatné 400 Kč, pro
členy České urologické společnosti ČLS
JEP odběr v rámci členského příspěvku
(případně reklamace Dagmar Lišková, Galén,
tel.: 257 326 178, liskova@galen.cz).

Předplatné: Postservis, oddělení předplatného,
Poděbradská 39, 190 00 Praha 9 (objednávky
poštou); 800 300 302 (bezplatná infolinka České
pošty); www.periodik.cz; 284 011 847 (fax),
postabo.prstc@cpost.cz (e-mail)
Předplatné pro Slovenskou republiku vyřizuje
Osveta Martin (tel.: +421 434 210 972,
e-mail: husarova@vydosveta.sk). Cena ročního
předplatného je 21,90 €.

Inzerce: Kristýna Klojdová, Galén,
Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178,
fax: 257 326 170, e-mail: klojdova@galen.cz

Určeno odborné veřejnosti. Zasláné příspěvky se nevra-
cejí. Nakladatel získá otiskem příspěvku výlučné na-
kladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada
upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerce
odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopi-
su nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem
dalšího rozšiřování v jakémkoliv formě či jakýmkoliv způ-
sobem, ať již mechanickým nebo elektronickým včetně
pořizování fotokopii, nahrávek, informačních databází
na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu
vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění.

Redakční uzávěrka pro toto číslo: 21. 9. 2009

Evidenční číslo MK ČR E 7798

Místo vydání: Praha

Číslo a datum vydání: 4/2009, 7. 10. 2009

Copyright © Česká urologie, 2009

Copyright © Galén, 2009

www.czechurol.cz

ORGANIZACE KONFERENCE

PREZIDENT KONFERENCE

doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.

VĚDECKÝ SEKRETÁŘ

as. MUDr. Aleš Petřík, PhD.

VĚDECKÝ VÝBOR KONFERENCE

členové

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc.

doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

doc. MUDr. Milan Hora, PhD.

doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.

doc. MUDr. Vladimír Študent, PhD.

POZVANÍ ZAHRANIČNÍ HOSTÉ (INVITED SPEAKERS)

prof. F. Schröder (Rotterdam)

prof. J. Breza (Bratislava)

ABECEDNÍ SEZNAM VYSTAVUJÍCÍCH FIREM A PARTNERŮ ČUS

GlaxoSmithKline, s.r.o. – platinový partner ČUS

AstraZeneca Czech Republic s.r.o. – oficiální partner ČUS

Berlin-Chemie/A.Menari Česká republika s.r.o. – oficiální partner ČUS

HARTMANN-RICO a.s. – oficiální partner ČUS

Novartis, s.r.o. – oficiální partner ČUS

SCA HYGIENE PRODUCTS, s.r.o. – oficiální partner ČUS

Zentiva, k.s. – oficiální partner ČUS

AMIREX s.r.o.

APOGEPHA ARZNEIMITTEL GmbH

Astellas Pharma, s.r.o.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

Audioscan, spol. s r.o.

Berlin-Chemie/A.Menari Česká republika s.r.o.

BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o.

BOHEMIA MEDICAL spol. s r.o.

BS Prague Medical CS, s.r.o.

BTL zdravotnická technika a.s.

CO ORD-MED CS s.r.o.

Coloplast A/S

COMESA s.r.o.

Covidien ECE, s.r.o.

Eli Lilly ČR s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

HARTMANN-RICO a.s.

HOSPIMED, spol. s r.o.

Kimberly-Clark Europe Limited

LaparoTech Instruments s.r.o.

LENUS Pharma GesmbH

Medial spol. s r.o.

Mediform spol. s r.o.

MEDKONSULT, s.r.o.

Novartis, s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

Pfizer spol. s r.o.

PRO.MED.CS Praha a.s.

RQL s.r.o.

S & D Pharma CZ, spol. s r.o.

SANDOZ s.r.o.

SCA HYGIENE PRODUCTS, s.r.o.

Zentiva, k.s.

PROGRAM

středa 7. 10. 2009

13.00–15.00	Schůze výboru ČUS	Salonek 13
15.00–16.45	MINISYMPOZIUM – Aktuální organizační, edukační a pracovní-právní otázky v urologii Hanuš M.	Kongresový sál I
16.00–16.45	SYMPOZIUM Astellas Pharma Zachoval R. : Současný pohled na léčbu symptomů dolních močových cest u muže Krhut J. : Účinnost a bezpečnost solifenacinu v léčbě OAB – výsledky aktuálních klinických studií Hanuš T. : OAB – společné téma nejen pro urology a urogynekology. Možnosti edukace	Kongresový sál III
17.00–18.00	MINISYMPOZIUM onkourologické sekce <i>Předsedající:</i> M. Babjuk, M. Matoušková Brabec P. + skupina UJO: Projekt UJO po roce trvání, první výsledky a zpracování Holečková P.: Nutriční poruchy u uroonkologicky nemocných Odrážka K.: Novinky v radioterapii ZN prostaty	Salonek 1
	PRACOVNÍ SCHŮZE andrologické sekce Zámečník L.: Cíle, aktivizace sekce a její další práce Sutorý M.: Včasná rehabilitace penisu po radikální prostatektomii	Salonek 2
	Schůzka SUNU	Salonek 8
19.00–22.00	WELCOME RECEPTION	Sál Praha

čtvrtek 8. 10. 2009

8.00–9.00	ZAHÁJENÍ	TOP Congress Hall
	Přednáška SUS, Breza J.	
	Přednáška ČOS, Dušek L.	
9.00–10.30	UROTELIÁLNÍ NÁDORY A INFEKCE	TOP Congress Hall
	<i>Moderátoři:</i> M. Babjuk, P. Dušek	
1/	Dušek P., Mrhalová M., Kodet R., Kawaciuk I. (Praha): Stanovení aktivity katepsinu – B u karcinomu močového měchýře v prospektivní studii	
2/	Soukup V., Babjuk M., Pešl M., Szakácsová M., Zámečník L., Čapoun O., Mareš J., Hanuš T. (Praha): Prognostický význam exprese genu PAX5 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře	
3/	Burger M., Fradet Y. (L'Hotel-Dieu de Quebec (CHUQ), Quebec, Canada), Mynderse L. (Mayo Clinic Rochester, Rochester, MN, USA), Soloway M. (Department of Urology, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, FL, USA), Karl A. (Department of Urology, Ludwig-Maximilians-University, LMU Munich, Munich, Germany), Stenzl A. (Department of Urology, University of Tübingen, Tübingen, Germany), Kriegmair M. (Clinic of Urology, Munich-Planegg, Germany), Witjes F. (Department of Urology, UMC St Radboud, Nijmegen, The Netherlands), Grossman HB. (University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA): Hexaminolevulinat fluorescence cytoscopia improves detection and resection of papillary bladder cancer lesions and reduces early recurrences	TOP Congress Hall
4/	Babjuk M., Soukup V., Pešl M., Szakácsová M., Hanuš T., Pavlík I., Dvořáček J. (Praha): Úzkopásmové zobrazení (NBI) a diagnostika recidivujících nádorů močového měchýře	
5/	Kliment J. jr, Eliáš B., Kajo K., Slávik P., Kliment J. (Martin): Ovplyvňuje reTURBT riziko progresie stredne a vysoko rizikových svalovinu neinfiltrojujících nádorov močového mechúra?	
6/	Babjuk M., Dušková J., Soukup V., Hanuš T., Pavlík I., Dvořáček J. (Praha): Patologické nálezy v prostatě u pacientů léčených radikální cystoprostatektomií pro nádor močového měchýře	
7/	Eliáš B., Machálek K., Slávik P., Kliment J. (Martin): Je opodstatnená včasná instilácia chemoterapeutika po TURBT u stredne a vysoko rizikových svalovinu neinfiltrojujících nádorov močového mechúra (NIMBC)?	
8/	Holub L., Pacovský J., Navrátil P., Brodák M., Košina J., Hušek P. (Hradec Králové): Naše zkušenosti s uroteliálním karcinomem močového měchýře u pacientů po transplantaci ledviny	
9/	Hora M., Stránský P., Eret V., Ůrge T., Klečka J., Hes O., Chudáček Z., Ferda J. (Plzeň): Kompletní laparoskopická nefroureterektomie	

10/ Macek P, Babjuk M., Hubík J., Svárovský J., Dundr P. (Praha):

Časná uretrální recidiva uroteliálního karcinomu močového měchýře u ženy s ileální ortotopickou nevezikou

11/ Macek P, Kočvara R., Pavlík I., Vítková I. (Praha):

Primární adenokarcinom bulbární uretry a záludnost jeho diagnostiky

12/ Matoušková M., Hanuš M., Mášková I., Bouchnerová G. (Praha):

Léčba uroinfekce u gravidních žen

13/ Nencka P, Zacheval R., Vík V., Záleský M., Galas M., Borovička V., Holý P. (Praha):

Urogenitální tuberkulóza v České republice v roce 2008

ANDROLOGIE

Kongresový sál III

Moderátoři: Vl. Študent, P. Navrátil

14/ Sobotka V., Kosařová M., Mašková Š., Gregor V., Urban M., Heráček J. (Praha):

Molekulárně genetická vyšetření u mužů s poruchami reprodukce

15/ Marenčák J., Moro R., Králik E., Kotorová L. (Skalica):

Efektivita a bezpečnost substitúcie testosterónu u stárnucích mužov

16/ El Balouly K., Heráček J., Sobotka V., Šnajderová M., Zemková D., Zátura F., Urban M. (Praha, Olomouc):

Transrektální sonografie prostaty, sérové koncentrace PSA a testosteronu u mužů s Kallmannovým syndromem v průběhu dlouhodobé hormonální substituční léčby

PANEL EXPERTŮ – varikokéla

17/ Kočvara R., Sedláček J., Molčan J., Dítě Z., Dvořáček J. (Praha):

Velikost a obnovení růstu levého varlete po lymfatika šetřící a lymfatika nešetřící operaci varikokély u dětí a dospívajících

18/ Lukeš M., Heráček J., Novotný T., Urban M. (Praha):

Laparoskopická resekce spermatických cév v terapii varikokély

19/ Nencka P, Záleský M., Zacheval R., Vík V., Galas M., Borovička V., Holý P. (Praha):

SILS – miniinvazivní metoda řešení varikokély – první zkušenosti

20/ Hora M., Üрге T., Eret V., Sviták M., Bursa V., Kazakov D., Hes O. (Plzeň):

Glanssektomie

21/ Hora M., Stránský P., Ferda J., Ferdová E., Kazakov D., Hes O. (Plzeň):

Využití PET/CT v diagnostice uzlinového postižení u karcinomu penisu

22/ Běhounek P., Klečka J., Hora M., Šamanová T., Hes O. (Plzeň):

Léčba tumorů varlete na urologické klinice FN Plzeň od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2008

PANEL EXPERTŮ – záchovné operace u testikulárních tumorů

23/ Klézl P, Bárta J, Vilhelmová L, Krolupper M, Kotlář M, Richterová R, Novák J. (Praha):

Varle šetřící operace

24/ Kratochvíl P, Král M, Študent V. (Olomouc):

Záchovné operační řešení benigních tumorózních lézí varlete

25/ Novák I, Hak J, Šimáková E, Rejtar P, Krejsek J. (Hradec Králové):

Záchovná operace u izolovaného lymfomu varlete, dlouhodobé sledování – kazuistika

26/ Čapák I, Řehák Z, Doležel J, Miklánek D, Kocák I, Lakomý R, Fabián P, Pacal M, Bolčák K, Staníček J, Penka I. (Brno):

¹⁸F–FDG–PET v hodnocení viability residuálních retroperitoneálních postterapeutických mas testikulárních tumorů

27/ Kaliská V, Bartoníčková K, Veselý Š, Kawaciuk I, Jarolím L, Dušek P. (Praha):

Paratestikulární embryonální rhabdomyosarkom – kazuistika

28/ Otava Z, Urban M, Ston R, Novotný T. (Praha):

Aktinomykóza jako málo obvyklá příčina zánětu měkkých tkání skrota**11.00–12.30 KARCINOM PROSTATY – diagnostika**

TOP Congress Hall

Moderátoři: M. Hanuš, J. Hiblbauer

29/ Havránek O, Krhut J, Dvořáčková J. (Ostrava):

Využití p27Kip1 v predikci agresivity a stadia karcinomu prostaty

30/ Klečka J, Pešta M, Hora M, Holubec L, Topolčan O, Babjuk M, Eret V, Novák K, Stolz J. (Plzeň, Praha):

Význam exprese miRNA v tkáni karcinomu prostaty a tkáni postižené benigní hyperplazii

31/ Vík V, Šácha P, Koukolík F, Pacík D, Zachoval R. (Praha, Brno):

Expres PSMA & PSM-E v tkáni karcinomu prostaty – prvotní výsledky

32/ Hrbáček J, Heráček J, Hamšíkova E, Tachezy R, Eis V, Urban M. (Praha):

Sérové protilátky proti lidskému papilomaviru u pacientů s karcinomem prostaty a s benigní hyperplazii prostaty

33/ Matoušková M, Hanuš M, Králová V, Dudková V, Tejčková E. (Praha):

Hladina testosteronu a zhoubné nádory prostaty**PANEL EXPERTŮ – PSA v diagnostice karcinomu prostaty**

34/ Hrabec M, Študent V, Král M, Grepl M. (Olomouc):

Vliv PSA velocity na včasnou detekci karcinomu prostaty

35/ Belej K, Kaplan O, Köhler O, Kočárek J, Tůma F, Drlík P. (Praha):

Možnosti modelování kinetiky prostatického specifického antigenu

36/ Pavlosek T, Plasgura P, Carbol L. (Frýdek-Místek):

Výsledky biopsií prostaty u pacientů s PSA do 10 ng/ml v závislosti na indexu PSA na urologickém oddělení nemocnice ve Frýdku-Místku v letech 2005–2008

37/ Ryznarová Z., Bárta J., Klézl P., Kašpar M., Novák J. (Praha, Olomouc):
Postavení MRS a MRI při detekci karcinomu prostaty

38/ Král M., Kurfürstová D., Študent V., Grepl M., Hrabec M., Vidlář A., Kratochvíl P. (Olomouc):
Active surveillance u karcinomu prostaty se znalostí pooperační histologie – jde o bezpečnou metodu léčby?

39/ Vidlář A., Vostálová J., Študent V., Stejkal D., Ulrichová J., Křen V., Vrbková J., Šimánek V. (Olomouc, Prostějov):
Chemopreventivní účinek silymarinu a selenu na prostatu – pilotní studie

REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE

Kongresový sál III

Moderátoři: R. Kočvara, A. Rovný

40/ Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Kaliská V., Brisuda A., Chocholatý M. (Praha):
Posun urologické operativy od otevřeného k laparoskopické

41/ Kóhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F. (Praha):
Spolehlivost robotického systému da Vinci ve čtyřletém provozu na urologickém oddělení ÚVN Praha

42/ Novák I., Skálová S., Šenkeřík M. (Hradec Králové):
Anastomóza horních močových cest, řešení kompletního zdvojení ledviny

43/ Kopecký J., Fecura P. (Havířov):
Kalicho-kalicho anastomóza jako řešení intrarenální hydronefrózy u funkčně solitární ledviny

44/ Ľupták J., Vraný M., Eliáš B., Švihra J., Tomaškin R., Kliment J. (Martin, Jablonec nad Nisou):
Výhody laparoskopické léčby u pacientů s vrozenými anomáliami obličiek

45/ Šmakal O., Hartmann I., Vrána J., Flögelová H., Michálková K., Tichý T. (Olomouc):
Může být hodnocení síly parenchymu ledviny včasným indikátorem obstrukce pelviureterální junkce u kojenců?

46/ Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Kaliská V., Brisuda A., Chocholatý M. (Praha):
Laparoskopická pyeloplastika – technika a první výsledky

47/ Chocholatý M., Schmidt M., Hanek P., Jarolím L., Kawaciuk I. (Praha):
Spontánní ruptura ledvinné pánvičky

48/ Petřík A. (České Budějovice):
Endoskopické možnosti řešení iatrogeních lézí ureteru

49/ Novák I., Janoušková L., Kuliaček P. (Hradec Králové):
Léčba vezikoureterálního refluxu endoskopickou injekcí Defluxu – dlouhodobé výsledky

50/ Kuliaček P., Novák I. (Hradec Králové):
Výsledky uretroplastiky TIP u primární operace hypospadie v letech 2000–2008

51/ Rejchrt M., Chocholatý M., Kawaciuk I., Jarolím L., Pádr R., Roček M. (Praha):
Léčebná embolizace vysokoprůtokové arteriovenózní malformace pravé ledviny – kazuistika

	<p>SESTERSKÁ SEKCE 1 – operační léčba</p> <p><i>Moderátoři:</i> J. Stolz, P. Kolibová</p> <p>Hančlová D. (Praha): Přínos fixovaných retraktorů pro práci instrumentářky</p>	Kongresový sál I
	<p>Kolibová P., Zbořilová P. (Praha): Nefrektomie – porovnání laparoskopické a otevřené metody</p> <p>Černá J., Hadačová L. (České Budějovice): Péče o laparoskopické nástroje</p> <p>Ženíšková I., Šestáková M. (České Budějovice): Laparoskopická pyeloplastika a extrakce konkrementů z ledviny</p> <p>Holzerová D., Genčúrová M. (Praha): Operace prostaty pomocí laseru aneb možnosti léčby při benigní hyperplazii prostaty</p>	
	<p>Drápelová B., Abrahamová J. (Plzeň): Řešení benigní hyperplazie prostaty laserem</p> <p>Příbylková K., Krpcová A. (Ostrava): Holmiová laserová enukleace prostaty</p> <p>Hanulíková M., Kubicová B. (Ostrava): Operační řešení inkontinence u žen</p> <p>Hrozková I., Gilbert Z., Klézl P., Novák J. (Praha): Endoresektomie tumoru ledvinné pánvičky s adjuvantním podáním Mitomycinu do dutého systému ledviny</p>	
	<p>Slováčková R. (Olomouc): Srovnání práce sestry na lůžkovém oddělení a operačním sále</p> <p>Juřenová H. (Olomouc): Endoskopie v urologii</p>	
12.30–13.30	Oběd	Sál Praha
13.30–15.00	<p>SESTERSKÁ SEKCE 2 – ošetrovatelská péče</p> <p><i>Moderátoři:</i> J. Stolz, J. Nasonovová</p> <p>Címplová A., Krocová J., Zviklová V. (Plzeň): Fyzická náročnost práce sestry na standardní lůžkové jednotce vs. pooperačním pokoji</p> <p>Nasonovová J. (Praha): Rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienta po laparoskopické a klasické nefrektomii</p> <p>Palidrabová Š., Frgelcová E., Podstatová H. (Praha): Úskalí ošetrovatelské péče o pacienty po cystektomiích</p> <p>Panenkova O., Karlovská M., Novák J. (Praha): Nové možnosti v ošetřování stomií</p> <p>Štípková M., Karlovská M., Novák J. (Praha): Ošetrovatelská péče urostomií, naše zkušenosti</p> <p>Palacká P., Saranová I., Jašková J. (Plzeň): Vývoj péče o nemocného s močovým katétrem v posledních 30 letech</p> <p>Hollerová I. (Praha): Ošetrovatelský proces u klienta s inkontinencí</p>	Kongresový sál I

Klánová K. (Praha):

Transsexualizmus

Baumová I. (Ostrava):

Priapismus – kazuistika

Boháčová K., Smolová A., Šrachtová Z. (Plzeň):

Ošetřování oligofrenního nemocného se znaky autismu na urologické klinice – 54 dní v roli sestry – přítele (kazuistika)

Kyselová M. (České Budějovice):

Složení močových konkrementů u pacientů v okrese České Budějovice

Kožišková Z., Krocová J. (Plzeň):

Kvalita života pacienta s erektilní dysfunkcí po radikální prostatektomii

13.30–14.15 SYMPOZIUM GlaxoSmithKline

TOP Congress Hall

Předsedající: M. Hanuš

Hanuš M.:

Dutasterid v léčbě BPH

Hanek P.:

Studie CombAT – kombinační terapie BPH

Matoušková M.:

Doporučené postupy v léčbě BPH

14.25–18.00 ESU

TOP Congress Hall

Chair: Stenzl A., Tübingen (DE)

14.25–14.30 Stenzl A. (Tübingen):

European School of Urology: unique education opportunity for urologists

14.30–14.50 Van Der Aa F. (Leuven):

SUI where we are now

14.50–15.10 Madersbacher S. (Vienna):

Mini slings in 2009 an expert view

15.10–15.30 Van Der Aa F. (Leuven):

POP anatomical considerations and orientation for urologist

15.30–15.50 Madersbacher S. (Vienna):

Mesh procedures for total pelvic restoration in patients with POP

16.20–16.40 Van Der Aa F. (Leuven):

Mesh complications and ist management

16.40–17.00 Stenzl A. (Tübingen):

Radical cystectomy in female patients – major QOL issues

17.00–18.00 Jarolím L., Zachoval R. (Prague):

Interactive case discussion

19.00–23.00 SPOLEČENSKÝ VEČER

Sál Praha

Vyhlášení nejlepších publikací

pátek 9. 10. 2009

7.30–8.30	Pracovní snídaně rezidentů a primářů	Sál Praha
8.45–9.45	Plenární schůze ČUS ČLS JEP	TOP Congress Hall

10.00–12.15	KARCINOM PROSTATY – léčba	TOP Congress Hall
--------------------	----------------------------------	-------------------

Moderátoři: L. Jarolím, J. Breza

Přednáška EAU, F. Schröder

- 52/** Mrkos D., Fínek J., Babjuk M., Matoušková M., Pacík D., Petruželka L., Brabec P. (Plzeň, Praha, Brno):
Spolupráce dvou medicínských specializací prostřednictvím moderní komunikační platformy

PANEL EXPERTŮ – roboticky asistovaná RP

- 53/** Filipenský P., Rovný A., Oplatek Z., Hrabec R., Řehořek P., Katolická J. (Brno):

Srovnání peroperačního průběhu časných komplikací a funkčních výsledků robotické a otevřené radikální prostatektomie

- 54/** Bočan M., Schraml J., Broul M., Peremský Z., Sticová E., Derner M. (Ústí nad Labem):

Robotická radikální prostatektomie – prvních 100 pacientů v Centru robotické chirurgie KZ, a.s. Ústecký kraj

- 55/** Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Pokorný J., Bulíř D. (Praha):

Robotická radikální prostatektomie, extraperitoneální přístup – výsledky 400 operací

- 56/** Belej K., Köhler O., Kočárek J., Kaplan O., Kastnerová A., Chmelenský T. (Praha):

Krátkodobá prognóza nemocných bez nálezu karcinomu prostaty (pT0) po roboticky asistované radikální prostatektomii

- 57/** Kokoška V. (Ústí nad Labem):

Roboticky asistovaná radikální prostatektomie z pohledu anesteziologa a intenzivisty

- 58/** Filipenský P., Šabacký I., Oplatek Z., Hrabec R., Katolická J., Řehořek P., Rovný A. (Brno):

Uretrovezikální anastomóza pokračujícím stehem při radikální prostatektomii – čtyřleté zkušenosti

- 59/** Čapoun O., Babjuk M., Dvořáček J., Hanuš T., Šafařík L., Pavlík I., Novák K. (Praha):

Rizikové faktory vzniku striktury anastomózy po radikální prostatektomii

- 60/** Brodák M., Morávek P., Louda M., Holub L., Košina J., Hafuda A., Prošvic P., Pacovský J., Navrátil P. (Hradec Králové):

Výsledky radikální prostatektomie u T3 karcinomu prostaty

PANEL EXPERTŮ – monitorování PSA po RP

61/ Brisuda A., Jarolím L., Kawaciuk I., Dušek P., Kaliská V., Veselý Š. (Praha):

Vztah biochemické recidivy a předoperační hodnoty celkového a volného PSA

62/ Veselý Š., Jarolím L., Kawaciuk I., Schmidt M., Kaliská V., Dušek P. (Praha):

Předpověď rizika biochemické recidivy po radikální prostatektomii pomocí nadír PSA měřeného ultrasenzitivním testem

63/ Jarolím L., Veselý Š., Antoch J., Dupač V., Kawaciuk I., Dušek P., Schmidt M., Hanek P. (Praha):

Matematický model predikce elevace PSA při biochemické recidivě po radikální prostatektomii**PANEL EXPERTŮ – radioterapie karcinomu prostaty**

64/ Odrážka K., Vaňásek J., Doležel M., Hlávka A., Ulrych V., Kolářová I., Mynařík J., Nechvíl K., Zahradník L. (Pardubice):

IG-IMRT karcinomu prostaty

65/ Doležel M., Odrážka K., Vaňásek J., Dvořáková D., Pavlíková E., Zahradník L., Kabrhel J., Morávek R. (Pardubice):

Využití simultánního integrovaného boostu při eskalaci dávky na intraprostatickou lezi u pacientů s karcinomem prostaty

66/ Katolická J., Rovný A., Filipenský P., Divišová K. (Brno):

Hormonální terapie v radiační léčbě lokálně pokročilého karcinomu prostaty

67/ Matoušková M., Hanuš M., Králová V., Kubinyi J. (Praha):

Bisfosfonáty v léčbě kostní generalizace urologických malignit**10.30–12.15 FUNKČNÍ PORUCHY**

Kongresový sál III

Moderátoři: T. Hanuš, J. Krhut

68/ Zámečník L., Zámečník J., Háček J., Hanuš T. (Praha):

Axonopatie viscerálních nervů močového měchýře u intersticiální cystitidy – ultrastrukturální studie

69/ Zámečník L., Hanuš T., Doležal T., Karmazínová Z. (Praha):

Výskyt hyperaktivního močového měchýře u pacientů s benigní hyperplázií prostaty v České republice

70/ Huser M., Belkov I., Krajčovičová R. (Brno):

Fesoterodin ve farmakoterapii hyperaktivního močového měchýře – vlastní zkušenosti

71/ Krhut J., Zvara P., Havránek O., Gärtner M., Němec D. (Ostrava, Vermont):

Intravezikální instilace botulinumtoxinu u pacientů s hyperaktivitou detruzoru – pilotní studie

72/ Kuliaček P., Novák I. (Hradec Králové):

Výsledky léčby noční inkontinence moči desmopressinem

73/ Krhut J., Havránek O., Němec D., Míka D. (Ostrava):

Výsledky léčby mužské stresové inkontinence implantací ARGUS slingu

74/ Borovička V., Zachoval R. (Praha):

Význam kalibrace uretry a uroflowmetrie pro hodnocení subvezikální obstrukce u pacientek s recidivujícími infekcemi močových cest

75/ Louda M., Němečková E., Pacovský J., Brodák M., Košina J., Novák I.

(Hradec Králové):

Četnost operací prostaty u pacientů léčených pro BHP

76/ Klečka J., Hora M., Běhounek P., Toufarová P., Eret V., Stránský P. (Plzeň):

Krátkodobé výsledky sledování pacientů po plasmakinetické vaporizaci prostaty

77/ Zerhau P., Husár M. (Brno):

Léčba pacientů s míšními dysrafismy na urologickém oddělení KDCHOT FN Brno

PANEL EXPERTŮ – adrenalektomie

78/ Novák K., Šafařík L., Babjuk M., Macek P., Dvořáček J., Hanuš T. (Praha):

Laparoskopická adrenalektomie pro funkční a afunkční tumory nadledvin

79/ Hartmann I., Študent V., Grepl M., Šmakal O., Král M., Hrabec M.,

Fryšák Z. (Olomouc):

Laparoskopická adrenalektomie

80/ Stránský P., Hora M., Eret V., Klečka J., Üрге T., Grégrová H.,

Dvořáková E., Hes O., Chudáček Z., Kreuzberg B. (Plzeň):

Laparoskopická adrenalektomie

81/ Broul M., Schraml J., Bočan M., Slunéčko R., Sticová E., Derner M.

(Ústí nad Labem, Most):

Adrenokortikální karcinom – kazuistika

12.30–14.30 NÁDORY LEDVIN

TOP Congress Hall

Moderátoři: M. Hora, J. Kliment

82/ Minárik I., Laštovička J., Budínský V., Kawaciuk I., Bartůňková J. (Praha):

Charakteristika dendritických buněk a zastoupení regulačních T-lymfocytů v krvi a nádorové tkáni u pacientů se světlobuněčným karcinomem ledviny

83/ Marenčák J., Moro R., Králik E., Kotorová L. (Skalica):

Nefrektómia pre karcinóm obličky u starších pacientov

84/ Kliment J., Ľupták J., Eliáš B., Švihra J. (Martin):

Výsledky funkčny parenchym šetriacich operácií pre karcinóm obličky

PANEL EXPERTŮ – laparoskopie u nádorů ledvin

- 85/** Hanek P., Schmidt M., Brisuda A., Chocholatý M., Veselý Š., Kaliská V. (Praha):
Porovnání laparoskopické a otevřené nefrektomie pro karcinom stadia T1-T2
- 86/** Staněk Z., Svoboda M., Starczewski J., Doležal J., Fiala M. (České Budějovice):
Laparoskopická radikální nefrektomie – zhodnocení souboru 182 pacientů
- 87/** Hora M., Üрге T., Eret V., Stránský P., Klečka J. jr, Hes O., Ferda J., Chudáček Z., Michal M. (Plzeň):
Laparoskopická resekce nádorů ledvin
- 88/** Novák K., Babjuk M., Hanuš T., Macek P., Dvořáček J. (Praha):
Laparoskopická resekce ledviny pro tumor bez sutury parenchymu
- 89/** Lukeš M., Heráček J., Novotný T., Urban M. (Praha):
Laparoskopická ručně asistovaná resekce tumorů ledvin
- 90/** Staněk Z., Svoboda M., Starczewski J., Petřík A., Fiala M. (České Budějovice):
Naše zkušenosti s laparoskopickou resekcí tumoru ledviny
- 91/** Eret V., Hora M., Hes O., Ferda J., Klečka J., Stránský P., Üрге T., Chudáček Z. (Plzeň):
Lymfadenektomie u laparoskopicky řešených pokročilých nádorů ledvin

PANEL EXPERTŮ – RFA u nádorů ledvin

- 92/** Morávek P. jr, Morávek P. sen., Brodák M., Pacovský J., Navrátil P., Dvořák P., Hoffmann P. (Hradec Králové):
Místo perkutánní radiofrekvenční ablace (RFA) v léčbě nádorů ledvin
- 93/** Borovička V., Zachoval R., Hořejš J. (Praha):
Vyhodnocení souboru pacientů po radiofrekvenční ablaci (RFA) tumoru ledviny na urologickém oddělení FTN
- 94/** Havránek O., Krhut J., Vávra P., Míka D. (Ostrava):
Laparoskopická resekce ledviny s využitím radiofrekvenční ablace

PANEL EXPERTŮ – prognóza a generalizace nádorů ledvin

- 95/** Pacovský J., Brodák M., Hušek P., Holub L., Košina J., Navrátil P., Louda M., Podhola M. (Hradec Králové):
Histologický nález nekrózy karcinomu ledviny jako negativní prognostický faktor
- 96/** Mališ J., Hudečková G., Kynčl M., Pýcha K., Malinová B., Kodetová D. (Praha):
Non-nefroblastomy u dětí
- 97/** Matoušková M., Dušek P., Kubáčková K. (Praha):
Cílená biologická léčba renálního karcinomu – sekvenční léčba – přínos nebo slepá cesta
- 98/** Matoušková M., Hanuš M., Dušek P. (Praha):
Je každý renální karcinom vhodný k léčbě INF nebo je i v ČR možné podání biologické léčby v první linii?

99/ Hora M., Hes O., Michal M., Ürge T., Eret V., Klečka J., Ferda J., Chudáček Z., Bokr R. (Plzeň, Příbram):

Nový typ translokačního renálního karcinomu ledviny ("Rosette-like Forming", t(6;11), HMB45 pozitivní renální tumor)

100/ Havránek O., Krhut J., Míka D., Häring Z. (Ostrava):

Primární karcinoid ledviny

101/ Sachová J., Urban M., Poch J., Dvořáček M. (Praha):

Wunderlichův syndrom – kazuistika

102/ Ürge T., Hora M., Hes O., Chudáček Z., Ferda J., Skála V., Fikrle T., Šubrt I. (Plzeň):

Renální angiomyolipom u nemocných s tuberózní sklerózou

VIDEOSEKCE

Kongresový sál III

Moderátoři: A. Petřík, J. Schraml

103/ Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O. (Praha):

Intrafasciální nervy šetřící robotická radikální prostatektomie – DVD

104/ Köhler O., Belej K., Kaplan O., Kočárek J., Bulíř D., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F. (Praha):

Časná kontinence po robotické radikální prostatektomii s rekonstrukcí rabdosfinkteru a dvouvrstevné anastomóze – videoprezentace

105/ Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F. (Praha):

Možnosti hemostázy u robotických resekcí ledvin – videoprezentace

106/ Kaplan O., Köhler O., Kočárek J., Belej K., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Bulíř D. (Praha):

Benigní nádory ledvin – roboticky asistovaná resekce – videoprezentace

107/ Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F. (Praha):

Robotická transperitoneální pyeloplastika – videoprezentace

108/ Kočárek J., Köhler O., Kaplan O., Belej K., Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Pokorný J., Bulíř D. (Praha):

Robotická radikální cystoprostatektomie s intrakorporální derivací podle Brickera – DVD

109/ Kočárek J., Köhler O., Kaplan O., Belej K. (Praha):

Robotická resekce rozsáhlého divertiklu močového měchýře – DVD

110/ Drlík P., Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Bulíř D. (Praha):

Naše zkušenosti s cystolitotrypsí holmiovým laserem – videoprezentace

14.30–15.00 ZÁVĚR KONFERENCE

TOP Congress Hall

ABSTRAKTA

UROTELIÁLNÍ NÁDORY A INFEKCE	271
čtvrtek 8. října 2009 (9.00–10.30)	
ANDROLOGIE	278
čtvrtek 8. října 2009 (9.00–10.30)	
KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA	286
čtvrtek 8. října (11.00–12.30)	
REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE	292
čtvrtek 8. října 2009 (11.00–12.30)	
KARCINOM PROSTATY – LÉČBA	298
pátek 9. října 2009 (10.00–12.15)	
FUNKČNÍ PORUCHY	307
pátek 9. října (10.30–12.15)	
NÁDORY LEDVIN	314
pátek 9. října (12.30–14.30)	
VIDEOSEKCE	326
pátek 9. října (12.30–14.30)	

UROTELIÁLNÍ NÁDORY A INFEKCE

čtvrtek 8. října 2009 (9.00–10.30)

1

STANOVENÍ AKTIVITY KATEPSINU B U KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE V PROSPEKTIVNÍ STUDII

Dušek P.¹, Mrhalová M.², Kodet R.², Kawaciuk I.¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

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

Cíle: Proteolytické enzymy lyzozomálního původu zaujímají klíčové místo v intracelulárním metabolismu proteinů. Nejrozsáhlejší skupinu lyzozomálních proteáz tvoří cysteinové proteázy, jejichž společnou vlastností je přítomnost cysteinu v aktivním centru a stabilita v rozmezí pH 4,0–7,0. Do této skupiny patří katepsin B, L, H, S, M a T. Katepsin B (KB) je thiol – dependentní proteáza nalézající se za normálních okolností v lyzozomech savčích buněk. Je mu přisuzována významná úloha v řadě patologických procesů včetně nádorového bujení. Jeho aktivita u maligních nádorů byla studována především u karcinomu prsu, plic a u kolorektálního karcinomu. O jeho významu u urologických nádorů je velmi málo zpráv. Cílem práce bylo zmapovat aktivitu katepsinu B u karcinomu močového měchýře.

Metody: U 20 nemocných s histologicky potvrzeným karcinomem močového měchýře bez generalizace byla stanovena aktivita katepsinu B v nádorové tkáni. Vyšetření exprese katepsinu B bylo provedeno imunohistochemicky v histologických řezech z formolem fixované a do parafinu zalité tkáně. Jako primární protilátka byla použita myší monoklonální protilátka proti katepsinu B (klon CB131). Jako antigen pro imunizaci byl použit prokaryotický rekombinantní protein odpovídající celé molekule lidského katepsinu B. Rozsah nádoru byl stanoven standardním způsobem – cystoskopie, zobrazovací metody (CT, NMR) a histopatologický nále z operačního preparátu získaného transuretrální resekci nebo cystektomií. Aktivita katepsinu B byla porovnána s gradingem malignity a mírou nádorové invaze.

Výsledky: U 11/20 (55%) nemocných byl nádor hodnocen jako katepsin B pozitivní. Celkem sedm z 11 pacientů s katepsin pozitivním nádorem mělo high-grade karcinom a u čtyř byl nádor invazivní. U katepsin negativních nádorů jsme zjistili sedm high-grade karcinomů a u sedmi pacientů byl nádor invazivní.

Závěr: Předběžné výsledky probíhající prospektivní studie naznačují, že exprese katepsinu B nemusí být sružena s vyšší agresivitou tumoru.

2

PROGNOSTICKÝ VÝZNAM EXPRESE GENU PAX5 VE TKÁNI POVRCHOVÉHO UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Soukup V.¹, Babjuk M.¹, Pešl M.¹, Szakácsová M.¹, Zámečník L.¹, Čapoun O.¹, Mareš J.², Hanuš T.¹

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

²Ústav molekulární biologie a genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Cílem práce je posoudit míru exprese genu PAX5 u nemocných s Ta, T1 uroteliálním karcinomem močového měchýře, zjistit prognostický význam tohoto ukazatele.

Metody: Do prospektivní studie bylo zařazeno 147 pacientů s Ta, T1 UKMM. Expresse genu PAX5 byla hodnocena kvantitativně metodou real-time RT-P-CR na přístroji ABI PRISM 7 000. Jako srovnávací gen byl použit glycerinaldehyd-3-fosfátdehydrogenázy (GAPDH). mRNA a cDNA se byly izolovány oligonukleotidovou metodou pomocí kitů firmy Qiagen a pomocí kitu High Capacity cDNA Archive kit firmy Applied Biosystems. Všichni pacienti byli následně sledováni a léčeni dle obvyklých schémat, délka sledování byla 23,88 ± 10,36 měsíců.

Výsledky: Recidiva tumoru byla zaznamenána u 78 (53,0%) sledovaných. Ve skupině 82 pacientů s vyšší než nulovou PAX5 pozitivitou (PAX5 > 0, skupina PAX5 pozitivní) se recidiva tumoru objevila u 50 pacientů (60,9%), naproti tomu ve skupině 65 pacientů s nulovou mírou exprese PAX5 (PAX5 = 0, skupina PAX5 negativní) byla recidiva tumoru zaznamenána jen u 28 pacientů (43,1%). Pacienti s hodnotou exprese PAX5 větší než 0 měli 1,7× vyšší riziko recidivy než pacienti s nulovou hodnotou exprese PAX5. Progrese tumoru do invazivní formy byla zjištěna u 12 pacientů (8,2%). V souboru 147 pacientů bylo progresí tak málo, že to neumožnilo statistické hodnocení a stanovení PFI. Podle analýzy multivariantním Coxovým modelem proporcionálních rizik, kdy byly jako proměnné použity exprese PAX5, klinická hloubka nádorové invaze, míra histologické diferenciace, multiplicita a velikost tumoru, byly pouze exprese PAX5 a nádorová multiplicita nezávislými prediktory recidivy tumoru. Předpověď rizika progrese tumoru nebyla pro malý počet událostí počítána.

Závěr: Na souboru 147 pacientů jsme potvrdili prognostický význam exprese genu PAX5 pro riziko recidivy Ta, T1 uroteliálního karcinomu močového měchýře. Informace o riziku recidivy byla nezávislá na klinických prognostických faktorech.

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

3 HEXAMINOLEVULINATE FLUORESCENCE CYSTOSCOPY IMPROVES DETECTION OF PAPILLARY BLADDER CANCER LESIONS AND REDUCES EARLY RECURRENCES

Burger M.

Department of Urology, University of Regensburg,
Regensburg, Germany

Introduction: This study compared fluorescence guided and white light cystoscopy in the detection and resection of non-muscle invasive papillary bladder tumors and subsequent nine-month recurrence rates.

Methods: A prospective, controlled, randomized, phase III multi-center (28 European and North American centres) study of patients with high risk of recurrence. Patients with multiple papillary tumors or tumor recurring within 12 months were randomized to white light or Hexvix cystoscopy. All patients were first inspected under white light and visible lesions recorded. Patients randomized to Hexvix underwent a second inspection and mapping under blue light. All suspicious areas were biopsied and papillary lesions resected in both groups. Tumor was confirmed by histology. Completeness of resection was checked in blue light in Hexvix patients. Follow up at 3, 6 and 9 months was with white light cystoscopy; recurrence was verified by histology.

Results: 766 patients (ITT) were randomised. 278 patients randomised to Hexvix were Ta/T1. Within-patient comparison showed that in 16.9% of these patients at least one additional Ta/T1 tumor was detected with Hexvix compared to white light ($p = 0.0005$). 13 of 41 (32%) patients with CIS were diagnosed only with Hexvix. Overall improvement in CIS detection rate was 46%. False positive rates were 12% for Hexvix and 11% for white light. Comparing the 402 patients with Ta or T1 lesions (202 white light, 200 Hexvix) who completed the study, a significant reduction in tumor recurrence of 21% was seen in the Hexvix arm: 72 (36%) versus 92 (46%) ($p = 0.029$).

Conclusion: In patients with papillary bladder cancer, Hexvix fluorescence cystoscopy improves detection and resection of non-muscle invasive papillary bladder tumors, leading to a significant reduction in recurrence rates at nine months.

4 ÚZKOPÁSMOVÉ ZOBRAZENÍ (NBI) A DIAGNOSTIKA RECIDIVUJÍCÍCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

**Babjuk M., Soukup V., Pešl M., Szakácsová M.,
Hanus T., Pavlík I., Dvořáček J.**

Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: NBI je optická technologie, která využívá principu zúžení optického spektra na vlnové délky 415 a 540 nm. Tyto vlnové délky jsou intenzivně absorbovány hemoglobinem. Tímto způsobem je zvyšován kontrast mezi cévami a jemnými tkáňovými strukturami, což usnadňuje jejich vizualizaci včetně lepší viditelnosti hypervaskulárních nádorů. Cílem práce je zhodnotit přínos úzkopásmového zobrazení použitého během transuretrální resekce (TUR) u pacientů s nádory močového měchýře a jeho vliv na počet zachycených nádorových ložisek.

Metody: Do studie bylo zařazeno 38 nemocných (27 mužů a 11 žen) s podezřením na recidivu uroteliálního nádoru močového měchýře, kteří byli indikováni k TUR. Věk pacientů se pohyboval mezi 54 a 86 lety (průměrně 71,4 roku). Protokol studie zahrnoval vyšetření dvěma urology. První zvedl resektoskop a provedl standardní přehlednou cystoskopii. Poté nález ihned zaznamenal do diagramu. Ve výkonu pokračoval druhý urolog, který provedl přehlednou cystoskopii s NBI a následně resekoval jednotlivé nádory a doplnil biopsii suspektních ložisek. Nález opět zaznamenal do diagramu. Výkon ukončil první vyšetřující, který provedl resekci nebo biopsii případných ložisek přehlédnutých druhým vyšetřujícím. Histologický nález z jednotlivých ložisek byl korelován s obrazem v příslušném zobrazení.

Výsledky: Histologicky byl prokázán uroteliální karcinom u 27 z 38 nemocných. Celkem bylo resekováno nebo bioptováno 128 ložisek. Pozitivní histologický nález byl zachycen u 56 z nich. Senzitivita konvenční cystoskopie činila 80,4%, senzitivita NBI 96,4%. Jedenáct pozitivních ložisek u deseti pacientů bylo zachyceno pouze díky NBI, konkrétně se jednalo o pět případů uroteliální neoplazie s nízkým maligním potenciálem (PUNLMP), o jedno ložisko TaG1, jedno TaG2, jedno TaG3 a 3 ložiska Tis. U všech těchto nemocných byla přítomna i ložiska viditelná v běžném zobrazení.

Závěr: První zkušenosti ukazují lepší vizualizaci recidivujících nádorů močového měchýře pomocí NBI.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

5

OVPLYVŇUJE RETURBT RIZIKO PROGRESIE STREDNE A VYSOKO RIZIKOVÝCH SVALOVINU NEINFILTRUJÚCICH NÁDOROV MOČOVÉHO MECHÚRA?

Tomaškin R.¹, Kliment J. jr.¹, Eliáš B.¹, Kajo K.², Slávik P.², Kliment J.¹

¹Urologická klinika JLF UK a MFN Martin, Slovenská republika

²Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN Martin, Slovenská republika

Ciele: Progresia ochorenia je rozhodujúcim faktorom ovplyvňujúcim prognózu pacientov so stredne a vysoko rizikovými svalovinu neinfiltrujúcimi nádormi močového mechúra (NMIBC). Analyzovali sme efekt reTURBT a prítomnosť reziduálneho nádoru na výskyt progresie a čas do jej vzniku.

Metódy: Do retrospektívnej analýzy bolo zahrnutých 188 pacientov s primárnym NMIBC so stredným a vysokým rizikom progresie, u ktorých buď došlo k progresii, alebo boli sledovaní najmenej 24 mesiacov. Štatisticky sme hodnotili vplyv pT, gradingu, počtu a veľkosti nádorov, prítomnosti CIS, realizácie reTURBT, prítomnosti reziduálneho nádoru a podania adjuvantnej intravezikálnej terapie na výskyt progresie a času do jej vzniku.

Výsledky: Medián veku pacientov v čase operácie bol 65 rokov, medián sledovania 48 mesiacov. Súbor tvorilo 31 (16,5%) pTa a 157 (83,5%) pT1 nádorov; 43% boli G1, 42% G2 a 15% G3 nádory. Progresia sa vyskytla v 31 prípadoch (16,5%). reTURBT bola realizovaná u 77 pacientov (u 36,4% bol prítomný reziduálny nádor), bez reTURBT bolo 111 pacientov. Výskyt progresie bol paradoxne signifikantne vyšší v reTURBT skupine (24,7% vs. 10,8%; $p < 0,01$), takisto aj u pacientov s reziduálnym nádorom (42,9% vs. 14,3%; $p < 0,01$). Pacienti s reziduálnym nádorom prežívali bez progresie signifikantne kratšie (medián 16 vs. 37 mesiacov, Kaplan-Meierova analýza, log rank test, $p < 0,01$). Samotná reTURBT nepredĺžila čas do progresie. V multifaktorovej log regresnej analýze jedinými signifikantnými faktormi pre vznik progresie boli grading a prítomnosť reziduálneho nádoru ($p < 0,01$). **Záver:** V našom súbore pacientov so stredne a vysoko rizikovými NMIBC sme nepreukázali protektívny efekt reTURBT na výskyt progresie ani na predĺženie času do jej vzniku. Prítomnosť reziduálneho nádoru významne zvyšuje riziko vzniku progresie a skracuje čas do jej vzniku a je dôležitým nepriaznivým prognostickým faktorom, ktorý treba vziať do úvahy pri indikovaní včasnej radikálnej cystektómii u tejto skupiny pacientov.

6

PATOLOGICKÉ NÁLEZY V PROSTATĚ U PACIENTŮ LÉČENÝCH RADIKÁLNÍ CYSTOPROSTATEKTOMIÍ PRO NÁDOR MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Babjuk M.¹, Dušková J.², Soukup V.¹, Hanuš T.¹, Pavlík I.¹, Dvořáček J.¹

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Cílem naší práce je ukázat četnost postižení prostaty a jeho prognostický význam u mužů při radikální cystektómii. Současně chceme diskutovat i onkologická rizika prostatu šetřících cystektomií.

Metody: V období od ledna 2002 do konce prosince 2008 podstoupilo na naší klinice celkem 171 pacientů radikální cystektómii pro nádor močového měchýře, z toho bylo 128 mužů. Výkon zahrnoval u mužů radikální cystoprostatektómii, pouze jeden pacient již dříve prodělal radikální prostatektómii, a byl tedy z celkového hodnocení vyloučen. U 62 mužů byla derivace řešena formou ortotopické náhrady. V této práci hodnotíme nálezy v prostatě, prostatické uretře a prostatických duktech u 127 operovaných mužů. Nálezy jsme dále posoudili samostatně u nemocných, kde byla derivace řešena cestou ortotopické náhrady, a nemocných, kteří jsou tedy potenciálními kandidáty prostatu šetřícího výkonu. K statistickému hodnocení byl použit software S. A. S. release 8.2.

Výsledky: Z celého souboru 129 mužů byl uroteliální karcinom v prostatě nalezen v 32 případech, z toho ve 12 (9,5%) nález Tis a ve 20 (15,8%) nález invazivního nádoru. Karcinom prostaty byl zachycen u 23 mužů (18,1%). U 62 pacientů byla provedena ortotopická náhrada. U devíti z nich byl zachycen karcinom prostaty (14,5%) a u šesti (8,2%) uroteliální karcinom (4× Tis sliznice uretry, 1× intraduktální Tis a 1× infiltrace stromatu). U 70% pacientů s kategorií pT4 byl přítomen pozitivní uzlinový nález, což je signifikantně více než 45% u pacientů s nádorem pT3. Tříleté nádorově specifické přežití u mužů s kategorií pT4a činilo 55%.

Závěr: Naše výsledky potvrzují poměrně častý výskyt uroteliálního nádoru v prostatě nebo karcinomu prostaty u pacientů s uroteliálními nádory močového měchýře indikovaných k radikální cystektómii.

Práce byla podpořena VZ MSM 0021620808.

7 JE OPODSTATNENÁ VČASNÁ INSTILÁCIA CHEMOTERAPEUTIKA PO TURBT U STREDNE A VYSOKO RIZIKOVÝCH SVALOVINU NEINFILTRUJÚCICH NÁDOROV MOČOVÉHO MECHÚRA (NMIBC)?

Tomaškin R.¹, Eliáš B.¹, Machálek K.², Slávik P.², Kliment J.¹

¹Urologická klinika JLF UK a MFN Martin, Slovenská republika

²Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN Martin, Slovenská republika

Ciele: Podľa Smerníc EAU sa včasná intravezikálna instilácia chemoterapeutika po TURBT odporúča u všetkých pacientov s NMIBC bez ohľadu na riziko recidívy. Analyzovali sme jej prínos na zníženie početnosti recidív u pacientov so stredne a vysoko rizikovými NMIBC.

Metody: Do retrospektívnej analýzy bolo zahrnutých 260 pacientov s primárnym NMIBC so stredným a vysokým rizikom recidívy podľa EORTC rizikového skóre. Štatisticky sme vyhodnotili vplyv pooperačného podania epirubicínu na výskyt včasnej recidívy (pozitívna 3-mesačná cystoskopia), početnosť recidív počas prvých 12 a 24 mesiacov sledovania a počas celého sledovania (chí-kvadrátový test, log regresná analýza).

Výsledky: Medián veku pacientov v čase operácie bol 66 rokov, medián sledovania 48 mesiacov. Súbor tvorilo 37 (14,2 %) pTa, 183 (70,4 %) pT1 a 40 (15,4 %) pTx nádorov; 41,2 % boli G1, 36,5 % G2 a 22,3 % G3 nádory. Instilácia epirubicínu nevedla ku signifikantnému zníženiu výskytu včasnej recidívy (6,3 vs. 9,6 %). Rozdiel vo výskyte recidívy za prvých 12 mesiacov sledovania bol hranične významný (20 vs. 33 %, $p = 0,054$) so signifikantne nižšou početnosťou recidív po epirubicíne v podskupine pacientov bez adjuvantnej intravezikálnej liečby (15 vs. 36,4 %, $p = 0,013$), po podaní adjuvantnej liečby sa efekt epirubicínu neprejavil (30 vs. 29,9 %, $p = 0,99$). Protektívny efekt epirubicínu na početnosť recidív za 12 mesiacov sa prejavil aj u pacientov, ktorí nepodstúpili reTURBT (9,1 vs. 36,4 %, $p = 0,012$). Početnosti recidív za 24 mesiacov (38 vs. 44 %) ani počas celého obdobia sledovania (45 vs. 54 %) sa signifikantne nelíšili. V multifaktorovej analýze sa prejavil protektívny efekt pooperačnej instilácie len pri analýze početnosti recidív za 12 mesiacov ($p = 0,028$).

Záver: Retrospektívna analýza primárnych stredne a vysoko rizikových NMIBC preukázala len obmedzený efekt včasnej pooperačnej intravezikálnej instilácie epirubicínu na výskyt recidív. Jednorazové podanie epirubicínu na výskyt recidív. Jednorazové podanie epirubicínu je pravdepodobne neefektívne, ak predpokladáme podávanie adjuvantnej intravezikálnej liečby.

8 NAŠE ZKUŠENOSTI S UROTELIÁLNYM KARCINOMEM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U PACIENTŮ PO TRANSPLANTACI LEDVINY

Holub L., Pacovský J., Navrátil P., Broďák M., Košina J., Hušek P.

Regionální transplantáční centrum při Urologické klinice LF a FN, Hradec Králové

Cíle: Cílem sdělení je prezentace našich zkušeností s léčbou uroteliálního karcinomu u pacientů po úspěšné transplantaci ledviny.

Metody: Revidovali jsme deset případů uroteliálního karcinomu močového měchýře, které jsme diagnostikovali v našem transplantáčním centru mezi roky 2002 a 2008. U všech pacientů byla použita imunosuprese založená na kalcineurinových inhibítorech. Průměrná doba sledování byla 43 měsíců (9–72). V našem souboru bylo šest mužů a čtyři ženy. Průměrný věk v době diagnózy byl 62 let (34–77). Průměrný čas po transplantaci ledviny byl 51 měsíců (26–123). Všichni pacienti byli po první transplantaci ledviny. Všechny štěpy byly kadaverózní. Revidovali jsme patologické stadium, histopatologický grade, progresi a rekurenci karcinomů. Revidovali jsme i terapeutické přístupy.

Výsledky: V osmi případech (80 %) jsme prokázali povrchový karcinom močového měchýře (< pT1). Ve dvou případech (20 %) jsme prokázali invazivní uroteliální karcinom (pT2). Jaderný grade byl ve třech případech (30 %) G I, ve čtyřech případech (40 %) G II a ve třech případech (30 %) G III. Po transuretrální resekcí (TURB) jsme u žádného pacienta neprokázali progresi onemocnění, ve dvou případech (20 %) jsme prokázali down-stage tumorů (z pT2 na pT1). Rekurentní onemocnění jsme prokázali u devíti pacientů (90 %). U všech pacientů jsme recidivu onemocnění prokázali 3 měsíce po primární endoresekcí. Žádný z pacientů našeho souboru během sledování nezemřel. U všech pacientů byla prvním terapeutickým přístupem TURB. Po TURB recidivujícího uroteliálního karcinomu byla provedena jednorázová instilace chemoterapeutikem. U žádného z pacientů jsme nezměnili imunosupresevní protokol.

Závěr: Karcinom močového měchýře je poměrně vzácnou komplikací po transplantaci ledviny. V léčbě povrchového uroteliálního karcinomu není nutná změna imunosupresiva ani extenzivní chirurgické výkony.

9

KOMPLETNÍ LAPAROSKOPICKÁ NEFROURETEREKTOMIE

Hora M., Stránský P., Eret V., Ůrge T., Klečka J., Hes O., Chudáček Z., Ferda J.
LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Metod provedení nefroureterektomie (NUE) je velké množství, nicméně minimálně ve fázi nefrektomie (NE) začíná převládat využití laparoskopie. Dříve popsaná kompletní laparoskopická NUE (KLNUE) pomocí stapleru měla řadu nevýhod (možnosti reziduálního tumoru, tvorba cystolitiázy). Tyto nevýhody odstraňuje nahrazení stapleru bipolárním pečeticím systémem (Ligasure®) popsanou v roce 2007 (Tsivian: Eur Urol 2007, 52: 1015–1019). Prezentujeme zkušenosti s touto metodikou.

Metody: Od 4/2008 do 5/2009 jsme provedli 13 KLNUE, které dále hodnotíme. Vlastní výkon se provádí z 5 (vlevo) či 6 portů, oproti pouhé nefrektomii je přidán během výkonu port 10 mm do podbřišku. Standardní laparoskopická NE je následována preparací ureteru až k měchýři a ureterovezikální junkce je přerušena s Ligasure® Atlas. Celý preparát je vložen do sáčku a extrahován.

Výsledky: Průměrný věk 66,3 ± 7,6 let. Mužů bylo osm, žen pět. Čas operace byl 129 ± 20 (90–150) min. Jednalo se 9× o tumor pánvičky a 4× o tumor močového (z toho 2× v pánevním úseku). Krevní ztráta byla 68 ± 60 (0–200 ml). Jeden pacient byl léčen pro febrilie při uroinfektu (*Escherichia coli*) od 6. pooperačního dne, jinak se žádné pooperační ani pooperační komplikace nevyskytly. Průměrná doba hospitalizace byla 6,5 ± 1,9 (3–11) dne. Histologicky se jednalo 8× o uroteliální karcinom (pT_a 4×, pT₁ 3×, pT₂ 2×, pT₃ 1×), 1× světlobuněčný renální karcinom pT_{3a}G₂, 1× onkocytom a 1× xantogranulomatózní pyelonefritida.

Závěr: NUE začínáme laparoskopickou NE nenásledovanou preparací ureteru až k měchýři a přerušením ureterovezikální junkce s Ligasure®. Metoda je rychlá, onkologicky bezpečná, ale fáze ureterektomie je technicky obtížnější. V případě, že preparace ureteru je technicky obtížná, lze pokračovat otevřenou ureterektomií.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.

10

ČASNÁ URETRÁLNÍ RECIDIVA UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U ŽENY S ILEÁLNÍ ORTOTOPICKOU NEOVEZIKOU

Macek P.¹, Babjuk M.¹, Hubík J.², Svárovský J.³, Dundr P.⁴

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁴Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Prezentace časně formy recidivy karcinomu močového měchýře v uretře u ženy s ileální ortotopickou neovezikou.

Metody: Dvašedesátiletá pacientka se svalovinu invadujícím uroteliálním karcinomem močového měchýře podstoupila v 6/2008 radikální cystektomii s lymfadenektomií a derivací moče ileální neovezikou dle Studera na Urologické klinice VFN a 1. LF UK v Praze. Operace i pooperační průběh byl nekomplikovaný. Definitivní histologie prokázala uroteliální karcinom s fokální skvamózní diferenciací pT_{2a} pN₀ (0/17) M₀ R₀ vycházející z pravé stěny nad ústím, bez přítomnosti CIS. Biopsie z ponechaných okrajů močovodů i uretry byly negativní, děloha, adnexa i pochva bez patologie a známek invaze.

Výsledky: Za 6 měsíců (v 12/2008) přijata pro váhový úbytek 14 kg, nechutenství, anemizaci. Při fyzikálním vyšetření byla patná nádorová masa prolabující uretrou. Kontrolní CT břicha prokázalo objemnou masu (10 × 20 cm) v oblasti ileální neoveziky, více vpravo. Biopsie odhalila regresivně změněný karcinom, proto v 1/2009, po krátké metabolické přípravě, provedena přední exenterace pánve s exstirpací ileální neoveziky, ureterektomií, přední kolpektomií a derivací moče ureteroileostomií. Pooperačně došlo k ruptuře neoveziky vyplněné gelatinózními hmotami, koaguly a nádorem. Histologicky byl prokázán nízce diferencovaný uroteliální karcinom regresivně změněný a s myxoidní přeměnou vycházející z oblasti uretry, invadující pochvu a šířící se v několika ložiscích do neoveziky (rpTX (m) G₃ RX). Kontrolní CT v 5/2009 odhalilo objemnou recidivu v levé polovině pánve (10 × 12 cm) naléhající na oblast ilických cév vlevo.

Závěr: Uretrální recidiva u ženy po cystektomii s ortotopickou ileální náhradou je málo popisovaným typem recidivy. U žen je uváděna frekvence 0,8–4,3 %. Výskyt je udáván nejčastěji do 5 let po operaci. U mužů jsou jako rizikové faktory udávány postižení hrdla/prostatické uretry, multifokalita nebo CIS. V případě naší pacientky se jednalo o časnou a agresivní formu recidivy i bez přítomnosti těchto faktorů, jejíž prognóza je zjevně špatná.

11 PRIMÁRNÍ ADENOKARCINOM BULBÁRNÍ URETRY A ZÁLUDNOST JEHO DIAGNOSTIKY

Macek P.¹, Kočvara R.¹, Pavlík I.¹, Vítková I.²

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Prezentace velmi vzácného primárního adenokarcinomu uretry a záludnosti jeho diagnostiky.

Metody: Šedesátiletý muž byl vyšetřen v počátku 2/2009 pro rychlé zeslábnutí proudy moče v průběhu 6 dnů. Provedena uretrografie s nálezem 2 cm striktury uretry pre- a bulbárně s nerovnými navalitymi okraji a vysloveno podezření na malignitu. Při hospitalizaci v 2/2009 uretroscystoskopie s nálezem rozsáhlého papilární uspořádaného tumoru uretry byla odebrána biopsie a založena punkční epicystostomie. Histologický nálezkem prokázal vilózní adenom. MRI pánve ukázalo postižení uretry pre- a bulbárně v rozsahu 4 × 4 × 2,5 cm bez invaze do okolí, tříselné uzliny bez zn. infiltrace. S ohledem na benigní histologii a MR nálezkem byl indikován k resekci uretry s náhradou z předkožky.

Výsledky: Peroperačně nicméně zjištěna rozsáhlá infiltrace uretry až k pánevnímu dnu se suspektní invazí do kavernózních těles, proto byly odebrány reprezentativní biopsie a výkon ukončen bez resekce. Histologie prokázala adenokarcinomu uretry G3 s invazí do kavernózních těles, proto byla následně, po rozhovoru s pacientem, provedena totální amputace penisu s uzávěrem prostatické uretry (peroperační biopsie okraje negativní) a ponecháním epicystostomie. Definitivní histologie prokázala tabulární adenokarcinomu uretry, na jehož povrchu byla vrstva tubovilózního adenomu. Byla přítomna angioinvaze a nádor zasahoval do laterálních nesekčních okrajů. Definitivní histologie tedy pT3 N0 M0 G3 V1 R1 susp. a odeslán k adjuvantní radioterapii.

Závěr: Primární malignity uretry mužů jsou velmi vzácné (0,00043 % podle SEER databáze). Adenokarcinom je možnou histologickou variantou a v 34–67 % případů koexistuje s adenomem. Proto nálezkem primárního adenomu uretry musí vždy vést k velmi pečlivému pátrání po možné přítomnosti adenokarcinomu v hlubších vrstvách s ohledem na dramaticky odlišnou prognózu. Léčba je přizpůsobena histologickému typu, rozsahu onemocnění a přání pacienta.

12 LÉČBA UROINFEKCE U GRAVIDNÍCH ŽEN

Matoušková M.¹, Hanuš M.¹, Mášová I.²,
Bouchnerová G.¹

¹Urocentrum, Praha

²Cotraxim, Praha

Cíle: Incidence močových infekcí u gravidních je až 10× vyšší proti stejné věkové skupině negravidních žen. Hledáme vhodné současné možnosti léčby. Hodnotíme klinickou a mikrobiologickou odpověď.

Metody: Předkládáme soubor 56 žen v různém stupni gravidity, které byly ošetřeny v našem centru v letech 2006–2008. Průměrný věk pacientek 28,4 roku <23;42>. V I. trimestru bylo 27 žen, ve II. 11 a ve III. 18 gravidních. Empirická léčba vychází z předpokládaného patogenního agens, alergického terénu a možnosti aplikace antimikrobiální léčby v daném stadiu gravidity. Korekce terapie podle výsledku mikrobiologického vyšetření. Kromě antimikrobiální léčby je součástí léčebného režimu symptomatická léčba k ovlivnění symptomů a pitný režim.

Výsledky: Klinicky jsme dosáhli odpovědi u všech 56 pacientek, u téměř třetiny z nich až po korekci léčby a eventuální léčbě vaginózy. Nejčastějšími patogeny byli *Enterococcus faecalis* a *Streptococcus agalactiae*. Mikrobiologická perzistence dosáhla 27 %.

Závěr: Předkládáme možnosti antimikrobiální léčby u gravidních žen a racionální náhled na použití přípravků ve skupině pacientek, kde naše léčebné snažení může významně ovlivnit nejen symptomy infekce, ale i plod. Náležitá léčba ochrání i zdárný průběh těhotenství.

13

UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZA V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2008Nencka P, Zachoval R, Vik V, Záleský M,
Galas M, Borovička V, Holý P.Urologické oddělení Fakultní Thomayerovy
nemocnice s poliklinikou, Praha

Cíle: Cílem práce bylo zjistit možnosti monitoringu výskytu urogenitální tuberkulózy (U-TBC) v České republice, používané diagnostické a terapeutické modalities a centralizovat evidenci případů v rámci zkvalitnění péče o tyto pacienty.

Metody: Hlášené případy urogenitální tuberkulózy v roce 2008 byly získány z databáze ÚZIS ČR, byla kontaktována hlásící pracoviště a vyhodnoceny demografické údaje, klinický stav, provedená vyšetření, terapie a dispenzarizace.

Výsledky: Evidováno bylo šest případů U-TBC u čtyř mužů (35–68 let, medián 57) a dvou žen (77 a 78 let). Zdravotnická dokumentace byla získána u dvou mužů a dvou žen. Délka hospitalizace byla 31–66 dnů (medián 62). Předchozí TBC v anamnéze byla zjištěna 1×. Jeden pacient prodělal dříve NEU I. dx. pro afunkci, histologicky bez průkazu TBC. Příznaky onemocnění byly dysurie, inkontinence, hematurie, nykturie, hubnutí a subfebrilie až febrilie v intervalu 13 až 3 měsíce do stanovení diagnózy. Objektivní nález byl u všech případů v normě. Elevace byla CRP u dvou pacientů (49 resp. 28), nebyla zjištěna leukocytóza ani elevace

hodnot FW. Leukocyturie byla prokázána ve všech případech, ve dvou případech byla popsána bakteriurie a konkomitantní bakteriální infekce. Bakteriologicky byla potvrzena TBC infekce v moči citlivá na běžná antituberkulotika u všech případů. U jednoho pacienta byla provedena IVU s průkazem obstrukce levého močového, která po 1 měsíci terapie vymizela. Ve všech případech byla nasazena čtyřkombinace antituberkulotik s dobrou odezvou na terapii. Po 2 měsících byla terapie změněna na dvoukombinaci a pacienti nadále léčeni a dispenzarizováni ambulantně. Relaps onemocnění zaznamenán nebyl.

Závěr: Urogenitální TBC je specifickým urologickým problémem, nesnadná diagnostika a léčba vyžaduje centralizovanou péči. Koordinace spolupráce u této skupiny pacientů může umožnit zefektivnění a zkvalitnění péče a zprostředkování validních aktuálních dat odborné veřejnosti.

Podpora grantem z Islandu, Lichtenštejska a Norska v rámci finančního mechanismu EHP a Norského finančního mechanismu.

ANDROLOGIE

čtvrtek 8. října 2009 (9.00–10.30)

**14
MOLEKULÁRNĚ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ
U MUŽŮ S PORUCHAMI REPRODUKCE**Sobotka V.^{1,2}, Kosařová M.¹, Mašková Š.¹, Gregor V.¹,
Urban M.^{1,2,3}, Heráček J.^{1,2,3}¹Sanatorium Pronatal, Praha²Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha³Androgeos, Praha

Cíle: Součástí genetického vyšetření před *in vitro* fertilizací u pacientů s těžkou oligozoospermii, astenoospermii, teratozoospermii a azoospermii je kromě cytogenetického vyšetření také molekulárně genetické vyšetření mutací v CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) genu a vyšetření mikrodeleci v AZF (azoospermic factor) oblastech chromozomu Y. Cílem práce bylo vyhodnotit frekvenci mutací v CFTR genu a mikrodeleci v AZF oblasti chromozomu Y u mužů s poruchou plodnosti.

Metody: Mikrodelece v AZF oblastech chromozomu Y jsme u pacientů vyšetřili metodou multiplex PCR (polymerase chain reaction). U mužů jsme dále vyšetřili celkem 30 mutací v CFTR genu kombinací multiplex PCR (komerční kit ELUCIGENE CF29) a mutaci CFTRdele2,3 (21 kb) s celkovým záchytem 91,5%.

Výsledky: V období let 2002–2008 jsme vyšetřili 481 pacientů ve věku 20–40 let na přítomnost Y-mikrodeleci a u sedmi z nich jsme potvrdili přítomnost značně rozsáhlých Y-mikrodeleci (1,6%) a 924 pacientů ve věku 20–40 let na mutace v CFTR genu a u 31 mužů jsme našli signifikantní mutace genu (3,4%).

Závěr: Výsledky studie potvrzují obecně známý výskyt mikrodeleci chromozomu Y a mutací v CFTR genu. Současný pohled na lege artis postup diagnostického a léčebného plánu neplodného páru se opírá o těsnou a týmovou spolupráci gynekologa, urologa, biologa a genetika.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9967.

**15
EFEKTIVITA A BEZPEČNOST
SUBSTITÚCIE TESTOSTERÓNU
U STÁRNUCICH MUŽŮV**

Marenčák J., Moro R., Králik E., Kotorová L.

Urologické oddelenie NsP Skalica, Slovenská
republika

Ciele: Poukázat na účinnosť a bezpečnosť substitučnej liečby prípravkami testosterónu (T) na vlastnom súbore pacientov s dokázaným syndrómom nedostatku testosterónu (TDS – testosterone deficiency syndrome).

Metódy: Od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2008 bolo T undekanoátom liečených 53 mužov (priemerný vek 60,7 (rozpätie 49–76) rokov s potvrdným TDS. Priemerné trvanie T terapie činilo 38 (rozpätie 3–67) mesiacov. Na vyslovenie podozrenia prítomnosti TDS slúžili dotazníky. U všetkých mužov boli urobené pred začatím a v priebehu liečby nasledovné vyšetrenia: IPSS, digitálne rektálne vyšetrenie (DRV), uroflowmetria (Qmax.), sonografické stanovenie jedného poobjemu postmikčného reziduálneho moču (PVR), jedného stanovenie objemu prostatickej žľazy transrektálne (TRUSP, stanovenie prostatického špecifického antigénu (PSA) a celkového T (tT) v sére. Liečba T bola absolútne kontraindikovaná u mužov s podozrením na karcinóm prostaty (KP), karcinóm prsníka, alebo u tých, ktorí mali výrazné mikčné obtiaže (IPSS > 20) v dôsledku benígnej prostatickej hyperplázie. Súbor bol hodnotený retrospektívne s využitím multivariantnej analýzy.

Výsledky: Výrazné symptomatické zlepšenie bolo pozorované u 37/41 (90,2%) mužov s TDS po 12 mesiacoch, u 26/31 (83,9%) po 24 mesiacoch a u 23/29 (79,3%) po 36 mesiacoch substitučnej liečby. V priebehu liečby T neboli zaznamenané žiadne významné zmeny: v IPSS, Qmax., DRV, PVR. Štatisticky významné boli: zmeny v sérovej hodnote PSA z 1,9 na 2,3 ng/ml ($p < 0,05$), TRUSP z 32,5 na 38,7 ml ($p < 0,05$) a najmä hodnoty tT v sére zo 6,9 na 15,4 nmol/l ($p < 0,001$). V sledovanom období sa KP nevyvinul ani u jedného pacienta súboru.

Záver: Potvrdená nielen efektívnosť, ale aj bezpečnosť liečby T prípravkami u stárnucich mužov s TDS. Suplementácia T negatívne neovplyvnila mikciu a ani nebola impulzom pre iniciáciu karcinómu prostatickej žľazy.

16

TRANSREKTÁLNÍ SONOGRAFIE PROSTATY, SÉROVÉ KONCENTRACE PSA A TESTOSTERONU U MUŽŮ S KALLMANNOVÝM SYNDROMEM V PRŮBĚHU DLOUHODOBÉ HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY

El Balouly K.¹, Heráček J.^{1,4}, Sobotka V.^{1,5},
Šnajderová M.², Zemková D.², Zátura F.^{3,6},
Urban M.^{1,4}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

³Urologická klinika UP, Olomouc

⁴Androgeos, Praha

⁵Sanatorium Pronatal, Praha

⁶Medkonsult, Olomouc

Cíle: Kallmannův syndrom (KS) je vzácné geneticky vrozené onemocnění charakterizované hypogonadotropním hypogonadizmem. Cílem práce bylo zhodnocení transrektálně změřené velikosti prostaty a sérových koncentrací PSA a testosteronu (T) v průběhu dlouhodobé kontinuální hormonální substituční léčby.

Metody: Od roku 2001 jsme do souboru postupně zařadili 9 pacientů (současný věk 18–32 roků) s KS, průměrná doba sledování byla 4,8 roku (6 měsíců až 8,3 roku). Hormonální indukci puberty jsme iniciovali pomocí hCG, poté následovala kontinuální substituční léčba T (Sustanon® 250 i.m. á 3 týdny nebo Nebido® i.m. á 3 měsíce). Každých 6 měsíců jsme provedli tran-

srektální sonografii prostaty a semenných váčků s 3D rekonstrukcí a stanovili sérové koncentrace PSA a T.

Výsledky: Nezaznamenali jsme signifikantní změny ve sledovaných parametrech. Průměrný objem prostaty byl 8,7 (6,1–14,7) ml, sérová koncentrace PSA 0,68 (0,25–0,89) ng/ml a T 10,8 (7,2–19,9) nmol/l. U jednoho pacienta jsme zaznamenali výrazné deprese vázané na substituční léčbu T.

Závěr: Práce prezentuje dlouhodobé výsledky komplexní péče o pacienty s poruchou pohlavního vývoje, nástupu a průběhu puberty. Dlouhodobé sledování těchto pacientů v mezioborové spolupráci urologa a endokrinologa může přispět k objasnění vlivu substituční léčby T na vývoj a velikost prostaty.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9983.

17 VELIKOST A OBNOVENÍ RŮSTU LEVÉHO VARLETE PO LYMFATIKA ŠETŘÍCÍ A LYMFATIKA NEŠETŘÍCÍ OPERACI VARIKOKÉLY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Kočvara R.^{1,2}, Sedláček J.¹, Molčan J.¹, Dítě Z.¹,
Dvořáček J.^{1,2}

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Katedra urologie a dětské urologie IPVZ, Praha

Cíle: Sledovat obnovení růstu varlete ve vztahu k zachování lymfatických cév při operaci a ke stadiu puberty (SP).

Metody: Prezentujeme soubor 174 dětí a dospívajících s levostrannou varikokélou II.–III. stupně prospektivně zařazených do studie v letech 1997–2007 a sledovaných alespoň jeden rok. Úplný podvaz vnitřních spermatických cév byl proveden laparoskopicky u 37 nemocných (věk 13,6 let; SP 2,6) – skupina LNS. Mikrochirurgická operace (laparoskopicky či mikroskopicky) byla použita u 137 nemocných (věk 14,1 a SP 3,3) – skupina LS. Velikost varlete byla stanovena ultrazvukem. Jako hypoplastické bylo považováno varle s indexem atrofie vyšším než 25 % nebo s rozdílem ve velikosti varlat větším než 2 cm³. Levé varle, které po operaci přesáhlo velikost pravého varlete o 10 %, bylo považováno za hypertrofické.

Výsledky: Ve LS skupině byla před operací a po 2,1 letech sledování střední velikost levého varlete (VLV) 7,2, resp. 12,2 cm³, index atrofie (IA) 19,7, resp. 11,2 % a rozdíl ve velikosti pravého a levého varlete (RV) 1,7, resp. 1,3 cm³. V LNS skupině byla před operací a po 3,7 letech sledování VLV 5,4, resp. 16,3 cm³, IA 21,1 %, resp. minus 6,8 % a RV 1,4, resp. minus 0,9 cm³. Podobně významné rozdíly jsme zjistili pro každé stadium puberty, a také u 105 nemocných (78 z LS, 27 z LNS), kteří při kontrole dosáhli 17 let (17–21). Hypoplazie varlete byla v LS skupině nalezena před operací u 51,2 % a po dosažení 17 let u 33,3 % nemocných na rozdíl od 51,9 %, resp. 14,8 % v LNS skupině. Pooperační hypertrofie levého varlete byla zjištěna jen u 2,6 % nemocných v LS ve srovnání s 25,9 % v LNS skupině.

Závěr: Po lymfatika nešetřící operaci se levé varle zvětšilo ve všech stadiích puberty významně více a většínou přesáhlo velikost pravého varlete. To je odrazem intratestikulárního edému. Skutečné obnovení růstu varlete proto může být hodnoceno jen po lymfatika šetřící operaci, absolutní rozdíl mezi velikostmi varlat však většinou zůstává.

Podpořeno grantem IGA MZ No: NR 8817-4.

18 LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE SPERMATICÝCH CÉV V TERAPII VARIKOKÉLY

Lukeš M.^{1,2}, Heráček J.^{2,3}, Novotný T.², Urban M.^{2,3}

¹Urosanté, Praha

²Urologická klinika 3. LF UK, Praha

³Androgeos, Praha

Cíle: Zhodnocení výsledků laparoskopických resekcí spermatických cév včetně mikrochirurgické techniky provedených na Urologické klinice 3. LF UK.

Metody: V období 9/06 až 3/09 jsme do studie zařadili pacienty s klinicky a Doppler-sonograficky prokázanou varikokélou, pacienty symptomatické a/nebo s poruchou fertility (patologický spermioqram). V roce 2008 jsme začali používat mikrochirurgickou techniku se snahou o zachování drobných lymfatických cév a arterie a eventuálně přerušení drobných vén doprovázejících arterii.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 52 pacientů s levostrannou varikokélou. Vymizení renospermatického refluxu bylo po operaci zaznamenáno u všech pacientů, zlepšení symptomatologie pak u 82 % symptomatických pacientů. Rok po operaci byly získány výsledky kontrolního spermioqramu u 19 pacientů (42 %) a zlepšení spermioqramu jsme zaznamenali u šesti pacientů (31 %), stabilní spermioqram jsme zaznamenali u deseti pacientů (53 %) a zhoršení spermioqramu u tří pacientů (16 %). Mikrochirurgická technika byla použita u 17 pacientů (33 %). Recidiva varikokély se vyskytla u jednoho pacienta (2 %) a pooperační hydrokéla také u jednoho pacienta (2 %). Oba tito pacienti podstoupili klasickou laparoskopickou (nemikrochirurgickou) techniku.

Závěr: Laparoskopická resekce spermatických cév je elegantní nekomplikovaná operační metoda. Mikrochirurgický přístup šetřící lymfatika a umožňující přetnutí drobných vén kolem arterie při jejím zachování snižuje riziko pooperačního edému, vzniku hydrokély, recidivy varikokély.

19

SILS – MINIINVAZIVNÍ METODA ŘEŠENÍ VARIKOKÉLY – PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Nencka P., Záleský M., Zachoval R., Vik V., Galas M., Borovička V., Holý P.

Urologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, Praha

Cíle: Single incision laparoscopic surgery je moderní metoda laparoskopického přístupu minimalizující penetraci břišní stěny, zkracující hospitalizaci a dobu pooperační rekonvalescence. Byla zkoumána možnost jejího využití při operaci varikokély.

Metody: Na urologickém oddělení FTNsP byli k laparoskopické resekci spermatických cév metodou SILS indikováni dva pacienti (23 a 27 let) se symptomatickou levostrannou varikokélou 3. stupně s pozitivním renospermatickým refluxem a patologickými hodnotami spermogramu. Single port obsahující tři 5mm kanály pro optiku a 2 flexibilní nástroje byl zaveden přes 15 mm dlouhou incisi Hassonovou metodou v oblasti pupku do dutiny břišní. Po preparaci spermatických cév byly selektivně zaklipovány a přerušeny spermatické žíly. Artérie a lymfatika byly zachovány. Byla sledována feasibility výkonu, délka operace, délka hospitalizace, pooperační a pooperační komplikace, užití analgetik, hodnoty základních životních funkcí, KO, CPR a PCT po 24, resp. 48 hodinách.

Výsledky: U obou pacientů proběhl výkon bez komplikací, operační čas se zkrátil z 50 na 23 minut, byla možná precizní preparace svazků spermatických cév a selektivní přerušeni vén se zachováním artérií a lymfatických. Pooperační průběh byl bez komplikací, pacienti byli dimitováni 1. pooperační den ve stabilním stavu, u prvního pacienta byla zaznamenána přechodná elevace leukocytózy a minimální přechodná elevace CRP. Hodnoty PCT elevovány nebyly. Nebyly pozorovány žádné odchylky základních životních funkcí, nebylo nutné podání analgetik. Peristaltika byla obnovena do 24 hodin po výkonu. Kožní stehy byly extrahovány 8. pooperační den, incise byly zhojeny per primam intentionem.

Závěr: Laparoskopická resekce spermatických cév metodou SILS může být dle našich počátečních zkušeností vhodnou modifikací klasické laparoskopické resekce spermatických cév s užitím 3 portů, zejména u mladých pacientů. Nezvyšuje nároky na pooperační ani pooperační péči, minimalizuje alteraci břišní stěny a v neposlední řadě má ideální kosmetický efekt.

20

GLANSEKTOMIEHora M., Üрге T., Eret V., Sviták M., Bursa V., Kazakov D., Hes O.
LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Incidence karcinomu penisu je v České republice nízká, v roce 2005 bylo hlášeno v České republice pouhých 57 nových případů. Řada nálezů je léčena mutilující parciální amputací. Ve snaze o co nejmenší mutilaci pacientů jsme v roce 2007 zavedli glansektomii.

Metody: Na Urologické klinice FN Plzeň bylo od 1/2007 do 4/2009 chirurgicky léčeno 12 mužů s karcinomem penisu ve věku 30–70 let. U čtyř byla provedena glansektomie. U čtyř cirkumcize (u jednoho byla plánována glansektomie, kterou odmítl), u dvou parciální amputace, u jednoho totální amputace a u jednoho muže excize ložiska.

Výsledky: Průměrný věk mužů s glansektomií byl 64,4 (61–71) let. Glansektomie byla následována 3× vytvořením pseudoglandu ve spolupráci s plastickým chirurgem pomocí dermoepidermálního štěpu (2×) či štěpu z plné kůže, jedenkrát pokryt vrchol obnažených kavernózních těles pouze kůží těla penisu. Kromě parciálních nekrotických štěpů, které se vždy uspokojivě zahojily, se žádné komplikace nevyskytly. Histologicky se jednalo o karcinom, 3× carcinoma *in situ*, 1× pT1G1. Recidiva tumoru zatím nebyla prokázána. Průměrná doba sledování je 13 měsíců (2–25).

Závěr: Glansektomie oproti parciální amputaci penisu snižuje mutilační efekt (uspokojivý kosmetický efekt, zachovala téměř původní délka penisu) při zachování radikality výkonu u kategorie T až do pT1. Nejjednodušší je pokryt kavernózní tělesa kůží penisu, lepší kosmetický efekt dává vytvoření neoglandu dermoepidermálním štěpem.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

21 VYUŽITÍ PET/CT V DIAGNOSTICE UZLINOVÉHO POSTIŽENÍ U KARCINOMU PENISU

Hora M., Stránský P., Ferda J., Ferdová E.,
Kazakov D., Hes O.
LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Indikace lymfadenektomie u karcinomu penisu je založená na pT kategorii, histologickém gradingu a na palpaci inguinálních uzlin. Někdy se užívá sonografie a aspirační cytologie. Ke zpřesnění diagnostiky lze nově využít PET/CT s FDG (18F-fluorodeoxyglukóza). Dle omezených literárních zkušeností je PET/CT přesné pouze u extenzivně postižených uzlin, mikrometastázy neprokáže. Prezентujeme zde vlastní prvotní zkušenosti s metodikou.

Metody: Od roku 2007 bylo PET/CT provedeno u čtyř pacientů s karcinomem penisu. Třikrát u palpačně zvětšených uzlin. U pěti pozitivních třísel dle PET/CT byl nálezu verifikován histologicky, u jednoho negativního nálezu na PET/CT byl histologický nálezu též negativní. U jednoho pacienta s pT1G1 tumorem, negativním palpačním nálezu a suspektní postiženou uzlinou dle sonografie bylo PET/CT negativní a ani aspirační cytologie tumor v suspektní uzlině neprokázala. Pacient je sledován.

Výsledky: Můžeme tedy uzavřít, že v našem malém souboru je zatím specificita i senzitivita 100%.

Závěr: PET/CT může zpřesnit diagnostiku postižení lymfatických uzlin u karcinomu penisu. Negativní nálezu asi nevyklučuje mikrometastázy, ale u pozitivity PET/CT lze patrně indikovat rovnou radikální lymfadenektomii.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.*

22 LÉČBA TUMORŮ VARLETE NA UROLOGICKÉ KLINICE FN PLZEŇ OD 1. 1. 2003 DO 31. 12. 2008

Běhounek P., Klečka J., Hora M., Šamanová T.,
Hes O.
Urologické klinika FN, Plzeň

Cíle: Zhodnotit na souboru 132 pacientů výsledky operací pro novotvar varlete, statistický výskyt jednotlivých histologických typů a jejich stadií a potřebu adjuvantní terapie.

Metody: U 132 pacientů v našem souboru byla provedena radikální orchiektomie. U 69 pacientů (52,3%) bylo odstraněno varle pravé, u 63 pacientů (47,7%) varle levé. Dále bylo provedeno histologické vyšetření a staging onemocnění pomocí CT či PET/CT. Průměrný věk pacientů byl 32,1 let.

Výsledky: Náš soubor obsahuje pouze germinální tumory, nongerminální tumor nebyl nalezen u žádného pacienta z naší skupiny. Histologické vyšetření prokázalo nejčastěji seminom varlete u 54 pacientů (41%) a smíšené germinální tumory varlete u 50 pacientů (37,85%). Dále embryonální karcinom – deset pacientů (7,6%), teratom čtyři (3%) a nádor ze žloutkového váčku tři (2,3%). Sekundární tumor byl nalezen ve dvou případech (1,5%). U 96 pacientů (79,3%) bylo nalezeno stadium pT1, u 13 (10,85%) pacientů pT2, u 11 (9,1%) pT3 a u jednoho pacienta pT4. Dvacet pacientů mělo v době operace generalizaci do spádových lymfatických uzlin (bez metastáz) a stejný počet měl vzdálené metastázy. Pouze dva pacienti s metastázami neměli generalizaci do lymfatických uzlin. Sedmdesát čtyři (61,2%) pacientů podstoupilo adjuvantní chemoterapii, 21 (17,3%) radioterapii, devět (7,4%) pacientů jejich kombinaci a 14 (11,6%) pacientů bylo pouze sledováno. Tři (2,55%) pacienti léčbu odmítli. Z našeho souboru do května 2009 zemřelo osm (6,6%) pacientů. Průměrně více jak 85% pacientů přežívá déle než pět let.

Závěr: Včasná chirurgická nádorů varlat spolu s adjuvantní onkologickou léčbou zajišťuje vysokou míru přežití našich pacientů. Jako zcela zásadní stagingové vyšetření dnes považujeme provedení PET/CT.

23

VARLE ŠETŘÍCÍ OPERACE

Klézl P., Bárta J., Vilhelmová L., Krolupper M.,
Kotlár M., Richterová R., Novák J.

Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

Cíle: Nádory varlete představují asi 1–1,5 % všech mužských malignit a asi 5 % všech urologických nádorů. Ve věkové skupině 15–35 let se jedná o nejčastější typ nádoru. Naším cílem bylo posoudit roli a možnosti varle šetřících operací.

Metody: Varle šetřící výkon byl v našem souboru indikován u tří nemocných. Nejčastější důvod indikace tohoto postupu je výskyt oboustranného nádoru, a to synchronního či metachronního. Provedení záchovné operace je podmíněno především negativitou nádorových markerů, velikostí nádoru do 20 mm a anatomickým uložením nádorového ložiska mimo rete testis. Nutná je též dobrá spolupráce v rámci pečlivé dispenzarizace pacienta.

Výsledky: V letech 1997–2008 byla radikální orchiektomie provedena u 115 nemocných, z toho se u čtyř pacientů jednalo o oboustranný nádor (1× metachronní výskyt). Varle šetřící výkon byl indikován cca u 2,5 % operačních revizí pro expanzi varlete (tři pacienti). Záchovná operace byla provedena 1× u embryonálního karcinomu solitárního varlete, 1× u seminomu a v jednom případě se jednalo o zralý teratom. Pacienti jsou dispenzarizováni na urologickém oddělení a do současné doby bez zn. recidivy onemocnění. Doba sledování je 10–53 měsíců.

Závěr: Provedení záchovné operace varlete je možné u pečlivě vybraných pacientů. Nejdůležitější podmínkou je onkologická bezpečnost výkonu. Velmi podstatná je současně dobrá spolupráce pacienta.

24

**ZÁCHOVNÉ OPERAČNÍ ŘEŠENÍ
BENIGNÍCH TUMORÓZNÍCH LÉZÍ
VARLETE**

Kratochvíl P., Král M., Študent V.

Urologická klinika FN, Olomouc

Cíle: Možnosti provedení záchovných operací u ultrasonograficky detekovaného ohraničeného tumoru varlete. Při podezření na nezhoubný tumor byl proveden odběr vzorku na peroperační histologické vyšetření a při potvrzení nezhoubného tumoru bylo varle ponecháno.

Metody: Od roku 2005 byla na naší klinice celkově indikována operační revize u 55 mužů pro tumor varlete ve věku od 16 do 81 let. Ve třech případech však radikální orchiektomie nebyla provedena: jednalo se o pacienty ve věku 37, 33 a 29 let, u kterých při ultrazvukovém vyšetření varlete lineární sondou 7,5 MHz byl nalezen drobný hypoechogenní tumor ohraničený vždy poměrně zřetelně od okolní tkáně, velikosti 6–9 mm v průměru. Sérové onkomarkery- AFP, beta-HCG i LDH byly negativní. Při revizi z inguinálního přístupu byla nalezena léze, kterou se vždy podařilo enukleovat. Peroperačně byla odeslána na statimové histologické vyšetření.

Výsledky: Všechny tři léze byly hodnoceny dle peroperační histologie jako nezhoubné tumory. Při definitivní histologii se jednalo 1× o tumor z Leydigových buněk a 2× o adenomatoidní tumor, tedy vždy o benigní léze. Při kontrolní ultrasonografii s odstupem nebylo známek reziduálního tumoru varlete.

Závěr: Při nálezů hmatného, na sonografii patrného, atypického ložiska ve varleti se nemusí vždy jednat o maligní tumor; je nutno pomýšlet i na benigní lézi a v suspektních případech využít peroperační histologické vyšetření před nezvratnou orchiektomií.

25 ZÁCHOVNÁ OPERACE U IZOLOVANÉHO LYMFOMU VARLETE, DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ – KAZUISTIKA

Novák I.¹, Hak J.², Šimáková E.³, Rejtar P.⁴,
Krejsek J.⁵

¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

²Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové

³Fingerlandův patologicko-anatomický ústav LF UK
a FN, Hradec Králové

⁴Radiologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

⁵Oddělení klinické imunologie LF UK a FN,
Hradec Králové

Cíle: Izolovaný lymfom varlete je vzácné onemocnění. V literatuře je popsáno pouze několik případů. V kazuistice uvádíme případ nemocného léčeného na urologickém dětském oddělení v Hradci Králové.

Metody: Kazuistika: Dvouletý chlapec byl doporučen na dětskou urologickou ambulanci se zvětšením a ztvrdnutím levého varlete. Klinické podezření na tumorosní expanzi varlete, bez nálezu patologie v retroperitoneu, bylo podpořeno ultrasonografickým vyšetřením. Chlapci byly odebrány nádorové markery (AFP, β-HCG), proveden snímek plic a varle indikováno k akutní operační revizi. Peroperační biopsie diagnostikovala maligní lymfom. Po poradě s pediatrem – hematonekologem bylo varle s makroskopicky odstraněným tumorem ponecháno v šourku. Na následném provedeném podrobném vyšetření chlapce (CT plic, břicha a vyšetření kostní dřeně) nebylo shledáno jiných ložisek lymfomu. Definitivní histologie a flow cytometrie upřesnily diagnózu jako ne-hodgkinský lymfom časné B buněčné linie. Chlapec podstoupil dvouletou chemoterapii dle protokolu NHL-NB-BFM-95.

Výsledky: Osm let od operace, šest od ukončení onkologické léčby, je trvale v plné remisi, sledován urologem a hematonekologem. Operované varle je s normálním palpačním a ultrasonografickým nálezem, pouze mírně menší než strana neoperovaná.

Závěr: Uveden nestandardní léčebný postup u diagnostikovaného izolovaného lymfomu varlete dvouletého chlapce. Po provedené varle šetřící operaci je chlapec osm let v plné remisi, trvale sledován.

26 ¹⁸F-FDG-PET V HODNOCENÍ VIABILITY REZIDUÁLNÍCH RETROPERITONEÁLNÍCH POSTTERAPEUTICKÝCH MAS TESTIKULÁRNÍCH TUMORŮ

Čapák I.¹, Řehák Z.², Doležel J.¹, Miklánek D.¹,
Kocák I.³, Lakomý R.³, Fabián P.⁴, Pacal M.⁵,
Bolčák K.², Staníček J.², Penka I.⁶

¹Oddělení urologické onkologie MOÚ, Brno

²Oddělení nukleární medicíny MOÚ, Brno

³Klinika komplexní onkologické péče MOÚ, Brno

⁴Oddělení patologie MOÚ, Brno

⁵Radiodiagnostické oddělení MOÚ, Brno

⁶Chirurgická klinika FNŠP Bohunice, Brno

Cíle: Cílem práce bylo zjištění role ¹⁸F-FDG-PET ve zpřesnění indikace k retroperitoneální lymfadenektomii stanovením viability reziduálních retroperitoneálních mas u pacientů s testikulárním tumorem klinického stadia IIA–IIC, kteří podstoupili systémovou chemoterapii.

Metody: Od září 2003 do května 2009 bylo v Masarykově onkologickém ústavu provedeno 876 PET studií s CT fúzí u 561 pacientů s diagnózou testikulárního tumoru. Do května 2007 bylo takto vyšetřeno 25 pacientů klinického stadia IIA–IIC s CT verifikovanou reziduální retroperitoneální masou po kurativní chemoterapii. Do 90 dnů po PET vyšetření byla provedena retroperitoneální lymfadenektomie s histologickým vyšetřením preparátu. Histologické nálezy byly srovnány s PET negativními a PET pozitivními nálezy. Za PET pozitivní byl považován ložiskový nález s metabolickou aktivitou přesahující referenční aktivitu jaterního parenchymu, SUV max. nad 3. Do května 2009 byl soubor rozšířen o dalších 12 pacientů. Zde pak bylo zahrnuto i šest nemocných klinického stadia IIIB–IIIC, dva pacienti s pozdním relapsem klinického stadia I. Celkem bylo do května 2009 vyšetřeno 37 pacientů s postchemoterapeutickou reziduální masou v retroperitoneu (8× seminom, 29× nonseminom).

Výsledky: PET pozitivita byla vyjádřena u 10 pacientů (4× zánětlivé změny ve fibróze, 6× viabilní tumor u seminomu i neseminomu), PET negativita byla nalezena u 27 pacientů (8× fibróza u nonseminomu, 4× u seminomu, 14× zralý teratom z toho 1× u seminomu, 1× mikrometastázy teratokarcinomu).

Závěr: S možností PET pozitivivity je nutno počítat jak u viabilního tumoru, tak při zánětlivých změnách ve fibrotickém reziduu. V případě nonseminomů není PET schopna spolehlivě odlišit zralý teratom od fibrózy (oba nálezy mohou být PET negativní). PET negativita nemůže být kontraindikací retroperitoneální lymfadenektomie. Případnou indikaci k jejímu zamítnutí u seminomu zpochybňuje i náš raritní případ výskytu zralého teratomu v PET negativní retroperitoneální mase u primárního klasického seminomu.

27

PARATESTIKULÁRNÍ EMBRYONÁLNÍ RHBDOMYOSARKOM – KAZUISTIKA

Kaliská V., Bartoníčková K., Veselý Š., Kawaciuk I., Jarolím L., Dušek P.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Skrotální rhabdomyosarkom vycházející z paratestikulárních tkání se typicky vyskytuje u dětí a mladých dospělých. Jedná se o ojediněle se vyskytující maligní nádor. V naší práci se zabýváme diagnostikou a terapií tohoto vzácného onemocnění.

Metody: Popisujeme úskalí diagnostiky a následnou terapii paratestikulárního rhabdomyosarkomu u 18letého pacienta.

Výsledky: Nemocný původně pozoroval nebolestivou, tuhou rezistenci v levém třísele, do měsíce navštívil praktického lékaře, který doporučil sledování. Pro zvětšování ložiska byl následně vyšetřen na spádové urologické ambulanci, kde byl nález vyhodnocen jako fibrom, s doporučením kontroly za 3–4 měsíce. Z důvodu další progresu a růstu rezistence směrem k levému varleti absolvoval kontrolní vyšetření dřív a byla naplánovaná revize skrota. Při ultrazvukovém vyšetření bylo varle jemně zrnité struktury, bez ložiskových změn, také byla přítomna hydrokéla. Operace proběhla 4. 5. 2009. Pacient podstoupil revizi z tříselného přístupu s resekci ztlustělých obalů varlete, varle bylo s normálním nálezem, ponecháno. Nález byl uzavřen jako infiltrát semenného provazce se sekundární hydrokélou. Histologie z obalů varlete byla vyhodnocena jako xantogranulomatózní periorchitida. K ověření byl vzorek ještě odeslán ke konzultaci na vyšší pracoviště, kde byla stanovena diagnóza – embryonální rhabdomyosarkom. Nemocný byl odeslán na naše pracoviště k stanovení dalšího postupu. Od primární operace se opět objem levého hemiskrota výrazně zvětšil. Po vyšetření na naší ambulanci byl akutně hospitalizován a týž den podstoupil radikální orchiektomii s odstraněním infiltrovaného provazce a inguinální lymfadenektomii.

Závěr: Embryonální rhabdomyosarkom je vzácně se vyskytující nádor, obzvlášť v inguinální a skrotální krajině. Pro úspěch terapie je zásadní včasné radikální chirurgické odstranění nádoru. U nejasných ložisek, která primárně nepostihují varle, je potřeba myslet i na toto vzácně se vyskytující onemocnění.

28

AKTINOMYKÓZA JAKO MÁLO OBVYKLÁ PŘÍČINA ZÁNĚTU MĚKKÝCH TKÁNÍ SKROTAOtava Z.¹, Urban M.¹, Ston R.², Novotný T.¹¹Urologická klinika FNKV, Praha²Chirurgická klinika FNKV, Praha

Cíle: Referujeme o pacientovi s více než čtrnáctiletou anamnézou recidivujících hnisavých zánětů a píštělí měkkých tkání skrota, třísel a perinea s cílem upozornit na možnost aktinomykózy jako jedné z možných příčin takových stavů.

Metody: Diagnostická sonografie a mikrobiologické vyšetření sekretu z píštěle. Dlouhodobá terapie penicilinem a následná chirurgická léčba.

Výsledky: Odstranění postižených měkkých tkání v plném rozsahu a vyhojení.

Závěr: A aktinomykóza je méně obvyklou formou zánětu v urologii. Při problematických, klinicky atypických a recidivujících zánětech zevního genitálu bez většího postižení varlat samotných je třeba pomýšlet i na ni a provést patřičné mikrobiologické a pečlivé sonografické vyšetření, což předpokladem úspěšné léčby.

KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA

čtvrtek 8. října (11.00–12.30)

29

VYUŽITÍ p27Kip1 V PREDIKCI AGRESIVITY A STADIA KARCINOMU PROSTATY

Havránek O.¹, Krhut J.¹, Dvořáčková J.²¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba²Ústav patologie FN, Ostrava-Poruba

Cíle: p27Kip1 (dále jen p27) je inhibitor cyklin dependentní kinázy a negativní regulátor buněčné proliferace. V benigní prostatické tkáni je p27 exprimován ve všech sekrečních a části bazálních buněk. U 20–85 % pacientů s karcinomem prostaty (CaP) byla nalezena redukovaná exprese p27. Cílem naší práce bylo porovnat hladinu p27 s Gleasonovým skóre a stadiem CaP u pacientů po radikální prostatektomii a zhodnotit možný přínos vyšetření p27 při predikci agresivity a stadia CaP.

Metody: V nádorové tkáni preparátů získaných při radikální prostatektomii jsme imunohistochemicky vyšetřili a procentuálně stanovili expresi p27 a porovnali tyto hodnoty s Gleasonovým skóre (GS), stadiem nádoru (pT) a přítomností pozitivních resekcí okrajů (R).

Výsledky: Celkem bylo do souboru zařazeno 34 pacientů. Dvanáct pacientů mělo GS do 6, 22 mělo GS 7 a více. U skupiny pacientů s dobře diferencovanými nádory byly průměrné hodnoty exprese p27 70 %, u skupiny s nádory středně a špatně diferencovanými 51 %. Dvacet tři pacientů mělo nádor lokalizovaný na prostatu (pT2), u 11 pacientů byl nádor lokálně pokročilý (pT3–4). U pacientů s pT2 nádory byly průměrné hodnoty p27 61 %, u pacientů pT3 a pT4 pak 48 %. Pozitivní resekcí okraje (R+) a negativní resekcí okraje (R-) byly nalezeny v 5 resp. 29 preparátech. Nádory s R- exprimovaly p27 průměrně v 58 %, v případě R+ byla průměrná exprese 54 %.

Závěr: Prokázali jsme průměrnou nižší expresi p27 u nádorů s vyšším GS a nádorů lokálně pokročilých. Minimální rozdíl byl zachycen i v případě nádorů s pozitivními resekcími okraji. Nalezené rozdíly však nebyly ani v jednom případě statisticky signifikantní, což může být způsobeno poměrně malým souborem pacientů. Do budoucna proto plánujeme zásadní rozšíření souboru.

30

VÝZNAM EXPRESE miRNA V TKÁNI KARCINOMU PROSTATY A TKÁNI POSTIŽENÉ BENIGNÍ HYPERPLAZIÍ

Klečka J.¹, Pešta M.², Hora M.¹, Holubec L.³, Topolčan O.², Babjuk M.⁴, Eret V.¹, Novák K.⁴, Stolž J.⁴¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň²Centrální radioizotopová laboratoř LF UK a FN, Plzeň³Radioterapeutické oddělení LF UK a FN, Plzeň⁴Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Stanovit a vyhodnotit význam exprese mikro RNA (miRNA) (mir-20a, let-7a, miR-15a and miR-16) ve vzorcích tkáně postižených karcinomem prostaty ve srovnání se vzorky benigní hyperplazie prostaty.

Metody: miR-20a je součástí miR-17-92 clusteru, který moduluje translaci E2F2 and E2F3 mRNA, které mají apoptotickou aktivitu. Let-7 miRNAs reguluje RAS onkogen ve tkáni karcinomu plic. miR15a a miR-16 negativně regulují BCL2, což je anti-apoptický gen, který je často ve vyšší míře exprimován v mnoha typech lidských malignit. Celkem bylo vyšetřeno 199 pacientů. U každého z nemocných byl proveden odběr vzorku tkáně prostaty v rámci biopsie a tento následně podroben stanovení exprese miRNA. Na základě histologického vyšetření se naše skupina 199 pacientů skládala ze 103 nemocných s prověřenou benigní hyperplazií (BPH), 84 nemocných s prověřeným karcinomem prostaty a 12 pacientů mělo průkaz prekancerózy, resp. prostatické intraepitelální neoplazie. V rámci metodiky byla nejprve izolována celková RNA a miRNA exprese byla kvantifikována s použitím real-time RT PCR (TaqMan MicroRNA Assays, Applied Biosystems, USA). K normalizaci exprese miRNA byla použita U6snRNA. Úroveň exprese miRNA byla vztažena s ohledem na typ onemocnění.

Výsledky: Prokázali jsme, že míra exprese miR-20a byla signifikantně vyšší u pacientů s vyšším Gleasonovým skóre (7–10) ve srovnání se skupinou pacient s dobře až středně diferencovaným CaP ($p = 0,0023$). Nenalezli jsme statické rozdíly v expresi miRNA v tkáni CaP ve srovnání s benigní tkání. Tato data sice nejsou v souladu s publikovanými výsledky, kterých je však ve světové literatuře omezené množství.

Závěr: Kvalitní hodnocení exprese miRNA je nezbytné k pochopení karcinogeneze adenokarcinomu prostaty. Do budoucna se jeví miRNA jako nadějný marker detekce karcinomu prostaty s využitím stanovení biologického potenciálu tumoru a zároveň vhodný pro sledování pacientů po léčbě.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

31

EXPRESSE PSMA & PSM-E V TKÁNI KARCINOMU PROSTATY – PRVOTNÍ VÝSLEDKY

Vik V.¹, Šácha P.², Koukolík F.³, Pacík D.⁴,
Zachoval R.¹

¹Urologické oddělení FTN, Praha

²ÚOCHB AV ČR, Praha

³Patologické oddělení FTN, Praha

⁴Urologická klinika FN, Brno

Cíle: Společný výzkumný záměr urologického a patologického oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice a Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR. Prospektivní sledování pacientů s CaP (karcinom prostaty), stanovení exprese PSMA a jeho homologů v tkáni prostaty po radikální chirurgické léčbě a zhodnocení její korelace s diferenciací CaP a její možný dopad na další klinickou prognózu pacienta.

Metody: V tkáni prostaty pacientů, kteří podstoupili na našem oddělení radikální chirurgickou léčbu pro CaP, a v tkáni prostaty pacientů operovaných pro BPH (kontrolní skupina) je od 5/2007 stanovována exprese PSMA a jeho homologů. V současnosti je odebráno téměř 680 vzorků tkáně od více než 120 pacientů. Tkáňové bloky jsou nejprve popsány patologem a poté jsou jednotlivé vzorky tkáně zpracovávány v AV ČR standardizovaným postupem k určení exprese PSMA a dalších homologů, která je vyjádřena pomocí RT-PCR a imunohistochemického vyšetření. Tyto výsledky jsou uváděny do souvislosti s histopatologickým hodnocením a pooperačním vývojem pacienta.

Výsledky: Prvotní výsledky ukázaly nižší specifitu PMSA pro CaP jak při imunohistochemickém tak RT-PCR vyšetření, oproti tomu exprese jednoho z homologů, a to PSM-E byla výrazně vyšší u CaP a lineárně se zvyšovala v závislosti na Gleasonově skóre (GS). Expresse RT-PCR PSM-E vztažena na mg/mokrě tkáně byla v sledovaném souboru 2,72 pro GS 8–10, 2,47 pro GS 7 a 2,23 pro GS 2–6, střední hodnoty z kontrolních vzorků tkáně BPH dosahovaly 1,42. Střední hodnoty PSM-E u všech CaP byly 2,41.

Závěr: Prezentované výsledky představují první skupinu 20 pacientů, která byla laboratorně zpracována vypracovanou metodou. Výsledky potvrzují některé doposud publikované údaje a správnost naší metodologie. Specifita PSM-E pro CaP výrazně přesahuje specifitu PSMA a korelace s diferenciací nádoru je zcela zřejmá. Možnosti prediktivního využití PSMA/PSM-E u CaP bude možné ověřit po kompletním laboratorním zpracování a delším klinickém sledování pacientů zařazených do našeho souboru.

32

SÉROVÉ PROTILÁTKY PROTI LIDSKÉMU PAPILOMAVIRU U PACIENTŮ S KARCINOMEM PROSTATY A S BENIGNÍ HYPERPLAZIÍ PROSTATY

Hrbáček J.¹, Heráček J.^{1,4}, Hamsšíkova E.²,
Tachezy R.², Eis V.³, Urban M.^{1,4}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

³Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

⁴Androgeos, Praha

Cíle: Lidský papilomavirus (HPV) je infekčním patogenem, který je běžným nálezem v urogenitálním traktu mužů i žen. Souvislost HPV s karcinomem prostaty (KP) je předmětem mnoha studií. Cílem naší práce bylo porovnat titry sérových protilátek proti různým typům HPV u pacientů s KP a s benigní hyperplazií prostaty (BPH).

Metody: Přítomnost protilátek proti HPV jsme stanovili metodou ELISA (enzyme-linked immuno sorbent assay) za použití viru-podobných partikulí odvozených od HPV 6, 11, 16, 18, 31 a 33 jako antigenu. Sérové protilátky jsme v roce 2008 stanovili u 47 mužů s průměrným věkem 46 (50–82) roků a s histologicky prokázaným KP a u kontrolní skupiny 95 pacientů s průměrným věkem 69 (45–88) roků a s histologicky prokázanou BPH. Soubor jsme vyhodnotili metodami popisné statistiky.

Výsledky: Neonkogenní typy HPV 6 a 11 jsme diagnostikovali u 13 (28%) pacientů s KP a u 30 (32%) pacientů s BPH. Onkogenní typy HPV 16, 18, 31 a 33 jsme stanovili u 14 (30%) pacientů s KP a u 28 (30%) pacientů s BPH. V obou skupinách jsme zjistili shodnou frekvenci více než jednoho onkogenního typu HPV (4 muži – 8,5% s KP, 8 mužů – 8,4% s BPH).

Závěr: Nejistili jsme statisticky signifikantní rozdíly sérových protilátek proti výše uvedeným typům HPV u pacientů s KP a s BPH. Studie ukazuje na nutnost dalšího výzkumu k upřesnění vztahu HPV a KP.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9984.

33

HLADINA TESTOSTERONU A ZHOUBNÉ NÁDORY PROSTATY

Matoušková M.¹, Hanuš M.¹, Králová V.¹,
Dudková V.², Tejčková E.²

¹Urocentrum, Praha

²Oddělení PET a nukleární medicíny Nemocnice na Homolce, Praha

Cíle: Na hladiny testosteronu (T) se v rámci terapie ZN prostaty a především hormonálně independentního karcinomu prostaty zaměřuje zvýšená pozornost. Navíc i možnost suplementační léčby hypogonadizmu klade důraz na sledování testosteronu a eventuální riziko CaP. Nízké hladiny T nesnižují riziko CaP, naopak hormonální suplementace riziko nezvyšuje. Hledáme vliv vstupních parametrů T na ZN prostaty a jeho hladiny při různých léčebných modalitách.

Metody: Od roku 2005 jsme stanovení hladiny testosteronu zařadili do standardního sledování pacientů s karcinomem prostaty. Hladinu testosteronu vyšetřujeme u recentně zachycených karcinomů, před zahájením hormonální léčby, monitorujeme v průběhu hormonální léčby a při relapsu onemocnění. Předkládáme soubor 267 mužů s CaP s průměrným věkem 62,7 roku <56;77>, u kterých monitorujeme dlouhodobě hladiny T.

Výsledky: V době diagnózy dosahovala průměrná hladina T 15,4 nmol/l, u pěti mužů po hormonální suplementaci, u téměř 1/3 se hladiny T v době stanovení CaP pohybovaly pod 11 nmol/l. Kolísání hladin T závisí na použité léčebné modalitě. Po OE a při aplikaci LHRH analog bychom předpokládali kastroční hladiny T, obdobně při stanovení hormonálně independentního CaP. Doporučené rozmezí však nacházíme pouze u necelé 1/4 nemocných. Podání nesteroidních antiandrogenů hladiny T 3 – 6× zvyšuje, hladina LH vzrůstá až 200×.

Závěr: Sledování hladin T je součástí biochemického sledování pacientů s CaP. Hladiny T neovlivňují chování ZN prostaty ani nemají vliv na Gleasonovo skóre v době diagnózy. Hormonální suprese ovlivní zásadně hladiny T podle použité léčebné modality. Pro onkologicky bezpečnou léčbu je nezbytné dosažení kastročních hladin testosteronu.

34

VLIV PSA VELOCITY NA VČASNOU DETEKCI KARCINOMU PROSTATY

Hrabec M., Študent V., Král M., Grepl M.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Cíle: Cílem práce je posoudit souvislost velocity PSA a různých onemocnění prostaty prokázaných následnou biopsií.

Metody: V období od června 2006 do března 2009 jsme provedli 955 biopsií prostaty u pacientů s klinickým podezřením na karcinom prostaty. U 528 z nich bylo možno hodnotit velocitu PSA a posoudit její souvislost s histologickým průkazem prostatitidy, adenomyomatózní hyperplazie a adenokarcinomu prostaty.

Výsledky: Průměrná hodnota PSA velocity u pacientů s histologicky prokázanou adenomyomatózní hyperplazií byla 1,85 ng/ml/rok, s histologicky prokázanou prostatitidou (IV. typ dle NIDDK) byla 2,68 ng/ml/rok a s prokázaným adenokarcinomem prostaty 3,21 ng/ml/rok. U pacientů s karcinomem prostaty je také patrný jejich rostoucí počet s rostoucí PSA velocitou.

Závěr: Velocita PSA je významným pomocným faktorem ovlivňujícím výsledek biopsie prostaty. U pacientů s histologicky prokázanou chronickou prostatitidou nemá PSA velocita při stanovování strategie rebiopsie žádný význam.

35

MOŽNOSTI MODELOVÁNÍ KINETIKY PROSTATICKÉHO SPECIFICKÉHO ANTIGENUBelej K.¹, Kaplan O.¹, Köhler O.¹, Kočárek J.¹, Tůma F.², Drlík P.¹¹Urologické oddělení ÚVN, Praha²AA Comp s.r.o., Praha

Cíle: Vytvoření počítačové aplikace databázového typu umožňující zpracování a vyhodnocení změn prostatického specifického antigenu (PSA).

Metody: Na základě dostupných literárních údajů a praktických zkušeností s PSA a jeho změnami v čase byla vytvořena aplikace, která pacientům, administrativním pracovníkům, střednímu zdravotnickému personálu a lékařům umožňuje na základě přidělených práv zadávání a analýzu údajů souvisejících s diagnostikou a léčbou nemocných s podezřením na karcinom prostaty nebo již prokázaným onemocněním.

Výsledky: Aplikace obsahuje tři oddělené části. První část umožňuje definovat přístupová práva uživatele s ohledem na možnost zadávání, prohlížení, analýzy a administrace všech údajů v aplikaci. Druhá část obsahuje uživatelské rozhraní pro zadávání jednotlivých údajů, tzn. hodnot celkového a volného PSA, data odběru, provedení biopsie, operace nebo průběhu jiné onkologické léčby. Ve třetí části lze provést analýzu zadaných údajů, jejich grafické zobrazení na časové ose a výpočet odvozených parametrů (PSA velocita, PSA doubling time) včetně regresní analýzy a výpočtu trendů.

Závěr: Praktické využití aplikace je určeno k zjednodušení orientace ve vývoji PSA a objektivizaci změn pomocí pokročilých analýz u pacientů s opakovaným odběrem antigenu.

Projekt byl podpořen společností Astra Zeneca a Nadací Tomáše Bati.

36 VÝSLEDKY BIOPSIÍ PROSTATY U PACIENTŮ S PSA DO 10 ng/ml V ZÁVISLOSTI NA INDEXU PSA NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU V LETECH 2005–2008

Pavlosek T., Plasgura P., Carbol L.

Urologické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku

Cíle: Cílem této retrospektivní studie bylo vyhodnotit záchyt karcinomu prostaty v závislosti na indexu PSA (f/tPSA). Chtěli jsme si ověřit, zda hodnota f/tPSA nad 25 % je dostatečná k vyloučení nadbytečných biopsií prostaty.

Metody: V období od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2008 jsme provedli 495 transrektálních biopsií prostaty. Indikací k biopsii byla elevace PSA nad věkově specifickou hodnotu, nízký index PSA nebo patologický nález při vyšetření per rectum. Prováděli jsme osmi- až dvanásobné biopsie pomocí bioptické pistole PRO-MAG za transrektální sonografické kontroly 7,5 MHz sondou.

Výsledky: Ze 495 biopsií jsme v daném období provedli 254 biopsií prostaty pro PSA pod 10 ng/ml. Při této hodnotě jsme detekovali 39 CaP, tj. u 15,35 % případů. U pacientů s CaP bylo průměrné f/tPSA 11,33 % a u pacientů s BPH 18,25 %. U žádného ze 30 pacientů s f/tPSA nad 25 % nebyl prokázán CaP. Usuzujeme, že jsme provedli nadbytečnou biopsii u 18,8 % pacientů.

Závěr: Hodnotu f/tPSA nad 25 % při celkovém PSA do 10 ng/ml a normálním DRE pokládáme za bezpečnou k tomu, aby nebyla prováděna biopsie prostaty. Doporučujeme však tyto pacienty dále sledovat. Vyšetřování f/tPSA u všech pacientů s PSA pod 10 ng/ml nám může eliminovat zbytečně prováděné biopsie prostaty.

37 POSTAVENÍ MR SPEKTROSKOPIE A MR ZOBRAZENÍ PŘI DETEKCI KARCINOMU PROSTATY

Ryznarová Z.^{1,3}, Bárta J.², Klézl P.², Zátura F.⁴,
Kašpar M.¹, Novák J.²

¹Radiodagnostická klinika 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

²Urologické oddělení 1. LF UK a FN Na Bulovce, Praha

³MR Budějovická, MEDICON a.s., Praha

⁴Urologická klinika FN, Olomouc

Cíle: Magnetická rezonance (MR) představuje v současné době vhodnou diagnostickou metodu k přesnějšímu stanovení lokálního rozsahu nádorového onemocnění prostaty zejména při využití zobrazení MR a magnetické rezonanční spektroskopie, kdy zvyšuje specifitu vlastního MR zobrazení. Dle některých autorů je MR nejpřesnější neinvazivní metodou k identifikaci lokálně pokročilého karcinomu prostaty a má zásadní význam pro plánování radioterapie. U rizikových nemocných s prokázaným karcinomem prostaty může kombinace MR zobrazení a MR spektroskopie zpřesnit staging onemocnění s ohledem na rozlišení stadia T2 a T3, a stanovit tak přesný terapeutický postup. Kombinace MR zobrazení a MR spektroskopie může zlepšit detekci nádorů prostaty u pacientů po biopsii prostaty s opakovaným negativním histologickým nálezem při přetrvávající elevaci PSA. V práci přinášíme vlastní zkušenosti s použitím obou metod při detekci nádoru prostaty.

Metody: Soubor 34 nemocných s ověřeným karcinomem prostaty (CaP) indikovaných k radikální prostatektomii (RP) byl vyšetřen kombinací MR zobrazení a MR spektroskopie. Srovnány byly výsledky definitivního histologického preparátu s výsledky MR.

Výsledky: Ve 20 případech jsme zaznamenali shodu nálezů MR a definitivního preparátu po RP. V sedmi případech MR podhodnotila lokální stadium a v sedmi případech MR nadhodnotila lokální stadium onemocnění. Dvacet tři pacientů tvoří další soubor nemocných s opakovaně negativním histologickým nálezem biopsie prostaty a přetrvávající elevací prostatického specifického antigenu (PSA), který byl vyšetřen na MR. U opakovaných biopsií prostaty jsme potvrdili shodu s výsledky MR u 14 nemocných, naopak u devíti nemocných se nálezy neshodovaly.

Závěr: Na základě našich dosavadních zkušeností považujeme kombinaci metody MR zobrazení a MR spektroskopie za vhodnou pro posouzení lokálního rozsahu nádoru prostaty. Naopak naše výsledky zatím nepotvrzují možnost zpřesnění detekce CaP po opakované negativní biopsii prostaty při přetrvávající elevaci PSA.

38

ACTIVE SURVEILLANCE U KARCINOMU PROSTATY SE ZNALOSTÍ POOPERAČNÍ HISTOLOGIE – JDE O BEZPEČNOU METODU LÉČBY?

Král M.¹, Kurfürstová D.², Študent V.¹, Grepl M.¹, Hrabec M.¹, Vidlář A.¹, Kratochvíl P.¹

¹Urologická klinika LF a FN, Olomouc

²Ústav patologické anatomie LF a FN, Olomouc

Cíle: Na podkladě dostupných informací týkajících se předoperačního a pooperačního stagingu a gradingu odhalit míru rizika přítomnosti agresivního karcinomu prostaty při indikaci active surveillance.

Metody: V souboru 560 pacientů z období 1/2003 až 5/2009, kteří na našem pracovišti podstoupili radikální prostatektomii (RRP), jsme provedli vyhodnocení klinických dat (PSA, bioptické a pooperační Gleasonovo skóre, klinický a patologický staging), přičemž podmínkou bylo, aby bioptické vzorky a preparáty po radikální prostatektomii vyšetřoval erudovaný patolog z FN v Olomouci k minimalizaci variability hodnocení.

Výsledky: Předoperační podmínky pro aktivní monitoring (staging \leq T2, Gleason typ \leq 3 a PSA \leq 10 ng/ml splňovali 83 pacienti. Se znalostí pooperačního gradingu a stagingu došlo ke zhoršení těchto parametrů celkem u 49 pacientů, tedy v 59 % (upgrading u 42 pacientů, tj. 50,6 %, upstaging u jednoho pacienta (1,2 %) a ke zhoršení obou parametrů u šesti pacientů (7,2 %). Naopak 34 pacienti (41 %) by i se znalostí konečné histologie po radikální prostatektomii nadále splňovali podmínky aktivního monitoringu.

Závěr: V době zvyšování četnosti diagnostikování insignifikantních karcinomů prostaty je aktivní monitoring jednou z možností, jak uchránit pacienta či oddálit případně vážné nežádoucí účinky plynoucí z léčby. V 59 % případů jsme předoperačně předpokládali, že pacienti jsou ve skupině s nízkým rizikem. Tito však na základě histologie po radikální prostatektomii již byli zařazeni ve skupině se středním nebo vysokým rizikem. Indikaci k AS je nutno zvažovat velmi obezřetně, řídit se kinetikou PSA (velocita, doubling time), výsledkem rebiopsií prostaty a klinickým průběhem onemocnění.

39

CHEMOPREVENTIVNÍ ÚČINEK SILYMARINU A SELENU NA PROSTATU – PILOTNÍ STUDIE

Vidlář A.¹, Vostálová J.², Študent V.¹, Stejkal D.³, Ulrichová J.², Křen V.⁴, Vrbková J.⁵, Šimánek V.²

¹Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

²Ústav lékařské chemie a biochemie LF UP a FN, Olomouc

³Oddělení laboratorní medicíny Nemocnice Prostějov

⁴Laboratoř biotransformací Mikrobiologického ústavu AV ČR, Praha

⁵Katedra matematické analýzy a aplikace matematiky, PF UP, Olomouc

Cíle: Cílem naší práce bylo zhodnotit chemopreventivní účinek přípravku Silymarin-Selen (silymarin/silymarinový komplex 190 mg, selen (selenomethionin) 25 mg, fytosteroly 10 mg) na prostatu.

Metody: Od října 2007 do prosince 2008 bylo celkem 92 mužů rozděleno do dvou dvojitě slepých randomizovaných studií – ve studii I bylo 56 zdravých mužů (vstupní kritéria – PSA < 2,5, negativní DRE, 40–70 let), ve studii II 47 mužů po radikální prostatektomii (RRP) (vstupní kritéria – 2 měsíce po RRP bez adjuvantní léčby). Všichni účastníci užívali 180 dní 3× denně doplněk stravy Silymarin selen nebo placebo a byli kontrolováni při zařazení do studie a poté po 90 dnech (den 0, 90 a 180). Při kontrolách bylo provedeno: klinické vyšetření, BMI, IPSS, IIEF-5, ve studii I i UFM (průměrná průtok – Qpr, maximální průtok – Qmax, objem m. měchýře – V, reziduální objem po mikci – RV), dále byly hodnoceny tyto laboratorní parametry: PSA, TST, selen, CRP, hematologie, klinická biochemie (bezpečnostní laboratoř, lipidový profil, jaterní funkce), parametry oxidačního stresu.

Výsledky: Statisticky významný rozdíl mezi první a třetí kontrolou/odběru na hladině významnosti 0,05 u těchto parametrů: Skupina I: IPSS (obstrukční i iritační symptomy, QoL), Qmax, vol, RV, PSA; skupina II: IPSS (obstrukční i iritační symptomy, QoL), cholesterol, LDL. V obou skupinách u PSA, TST a dalších parametrů nebyl zjištěn signifikantní rozdíl.

Závěr: Naše výsledky prokázaly při šestiměsíčním užívání doplňku stravy Silymarin-Selen pokles PSA a zlepšení parametrů močení ve studii I, ve studii I a II bylo prokázáno i zlepšení subjektivního vnímání močení pacientem (IPSS, QoL).

REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE

čtvrtek 8. října 2009 (11.00–12.30)

40

POSUN UROLOGICKÉ OPERATIVY OD OTEVŘENÉ K LAPAROSKOPICKÉ

Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Kaliská V.,
Brisuda A., Chochořatý M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Cílem práce bylo retrospektivní zhodnocení přesu-
nu otevřené operativy směrem k laparoskopické.

Metody: Srovnány změny v poměru otevřené a lapa-
roskopické operativy v období 5/2002 až 6/2009 a byla
provedena analýza komplikací laparoskopie.

Výsledky: Z celkem 203 pacientů operovaných lapa-
roskopicky byla provedena marsupializace cysty u 20
pacientů, adrenalektomie pro primární tumor nadled-
viny, feochromocytom nebo metastázu u 20 pacientů,
nefrektomie pro afunkční ledvinu u 11 pacientů, pro
karcinom u 84 pacientů. Současná regionální lymfaden-
ektomie byla provedena u sedmi pacientů. Nefroure-
terektomie byla provedena u devíti pacientů, modifi-
kovaná retroperitoneální lymfadenektomie (RPLND)
u 19 pacientů a pyeloplastika u 11 pacientů. Laparo-
skopicky provedený záchovný výkon pro nádor ledviny
jsme provedli u deseti pacientů (4× enukleace, 6× re-
sekcí ledviny), radikální prostatektomii u dvou pacien-
tů. Konverze na otevřený výkon byla nezbytná u 14 pa-
cientů většinou z důvodů rozsáhlých adhezí (deset pa-
cientů) nebo krvácení (dva pacienti). Závažné kompli-
kace jsme zaznamenali celkem u čtyř pacientů. U dvou
pacientů byla indikována operační revize pro krvácení.
U jednoho pacienta vzniklo poranění tenkého střeva
při zavádění kamerového portu. U jednoho pacienta
po modifikované RPLND se rozvinul za 2 měsíce po
operaci chylaskos. Podíl laparoskopické nefrektomie se
zvýšil z 13,85 % v roce 2004 na 30,43 % v roce 2008,
adrenalektomie z 25 % v roce 2004 na 66,67 % v roce
2008 a nefroureterektomie z 20 % v roce 2007 na 60 %
v roce 2008. Pyeloplastiky a modifikované RPLND
provádíme od roku 2007 výhradně laparoskopicky.

Závěr: Laparoskopie se stala v posledních letech ne-
dílňnou součástí urologické operativy. Podíl laparosko-
picky prováděných výkonů převyšuje v některých indi-
kacích i 50 % počtu operací a pro některé diagnózy by
měla být laparoskopie metodou volby.

41

SPOLEHLIVOST ROBOTICKÉHO SYSTÉMU DA VINCI VE ČTYŘLETÉM PROVOZU NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ ÚVN PRAHA

Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D.,
Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace čtyřletých zkušeností se spolehlivostí
čtyřramenného robotického systému da Vinci v urolo-
gické praxi.

Metody: V rozmezí prosinec 2005 až červen 2009 jsme
provedli 550 robotických urologických operací. Sledovali
jsme frekvenci tzv. kritických chyb systému, která
nedovolí operaci ukončit, a frekvenci tzv. opravitelných
chyb během robotických operací.

Výsledky: Do roku 2008 operace prováděli dva ro-
botičtí urologové, od roku 2009 čtyři v celkem třech
robotických týmech. Celkem jsme provedli 400 ro-
botických radikálních prostatektomií, 54 robotických
pyeloplastik, 49 pánevních lymfadenektomií, 20 robo-
tických resekcí ledvin, osm UCNA, šest nefrektomií,
dvě nefroureterektomie, dvě okluze vezikovaginální
píštěle, dvě divertikulektomie, dvě cystektomie s in-
trakorporální derivací, jednu ureterektomii. Dvakrát
jsme konvertovali k otevřené operaci, jedenkrát jsme
pro chybu systému operaci ukončili a operovali jsme
opakovaně s odstupem 6 týdnů. Jedenkrát jsme pro ne-
řešitelnou hyperkapnii museli operaci ukončit v jejím
začátku. Kritická chyba systému, nedovolující pokračovat
v operaci, se vyskytla jen 2× (0,4 %). Menší chy-
by, které vedly k dočasnému přerušení operace, např.
větší kolize ramen, kamerové problémy se zobrazením
apod., jsme zaznamenali 16× (2,9 %). Tyto problé-
my bylo možné peroperačně odstranit, nebo zmírnit
softwarově a pokračovat v operaci. Frekvence těchto
menších problémů je udávána kolem 1,5 % a s rostoucí
zkušeností klesá.

Závěr: Operační robotický systém da Vinci je vysoce
spolehlivý. Kritická chyba systému se v naší sestavě
vyskytla v 0,4 %, což je ve shodě s udávanou frekvencí
malfunkce systému ve světové literatuře. Menší chyby
systému, zejména v začátcích, je možné eliminovat lep-
ší operační technikou, nebo korigovat softwarově.

42

ANASTOMÓZA HORNÍCH MOČOVÝCH CEST, ŘEŠENÍ KOMPLETNÍHO ZDVOJENÍ LEDVINY

Novák I.¹, Skálová S.², Šenkeřík M.²¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové²Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: Kompletní zdvojení uropoetického systému je častou vrozenou vadou. Dilatovaný funkční horní segment, bez refluxu do dolního, lze řešit ureterocystoneoanastomózou nebo anastomózováním močovodů. Informujeme o našich zkušenostech s anastomózováním močovodů.

Metody: Retrospektivně hodnotíme čtyři nemocné, operované na Urologické klinice na dětském oddělení Fakultní nemocnice v Hradci Králové od května 2000 do února 2009. Příčinou obstrukce byly dvě ureterokély a dva ektopicky ústící močovody. Věk nemocných byl 10 měsíců až 11 let (průměrný věk 42,5 měsíců). Ve všech případech šlo o dívky. Vada se projevila infekcemi močových cest, u nejstarší 11leté dívky též ureterickou inkontinencí. Základními diagnostickými metodami byly ultrasonografie, mikční cystografie a scintigrafie ledvin. Upřesnění anatomie a funkce ledvin doplnila vylučovací urografie nebo magnetická rezonance (MRI). K řešení obstrukce jsme indikovali u tří nemocných uretero-ureteroanastomózu end-to-side a jednou pyeloureteroanastomózu. Drenáž retroperitonea byla pooperačně ponechána 3–5 dní, permanentní cévka měchýře 10 dní a splint močovodu 1 měsíc. Antibiotika byla podávána do odstranění splintu. Doba hospitalizace byla v průměru 10 dní.

Výsledky: Jednou pooperačně bylo nutné upravit dislokovaný splint, jiné komplikace jsme nezaznamenali. Rány se hojily dobře. Na kontrolách všichni operovaní byli bez potíží. Na pooperačním ultrazvukovém vyšetření došlo k významnému snížení dilatace u všech nemocných. Vymizely infekce močových cest a ureterická inkontinence. Kontrolní izotopová vyšetření potvrdila funkčnost horního segmentu.

Závěr: Popsaná metoda anastomózování je nenáročná a bezpečná. Řeší příčiny možných potíží abnormality. Lze ji doporučit jako primární operaci. Alternativou je antirefluxní ureterocystostomie obou močovodů.

43

KALICHO-KALICHO ANASTOMÓZA JAKO ŘEŠENÍ INTRARENÁLNÍ HYDRONEFRÓZY U FUNKČNĚ SOLITÁRNÍ LEDVINY

Kopecký J., Fecura P.

Urologické oddělení NsP, Havířov

Cíle: Kalicho-kalicho anastomóza jako nestandardní operační přístup u intrarenální hydronefrózy, po selhání primární operace, laparoskopické pyeloplastiky.

Metody: Pacientka s funkčně solitární levou ledvinou, s bohatou urologickou anamnézou, byla odeslána na naše pracoviště, pro hydronefrózu s litiázou v dolním kalichu. Provedená vyšetření prokazují intrarenální hydronefrózu, podíl funkce levé ledviny 70%. Indikujeme provedení laparoskopické pyeloplastiky vlevo. Peroperační nález: horní a dolní segment vyplněný hnisem, vzájemně tyto segmenty nekomunikují. Laparoskopicky odstraněná litiáza z dolní kalichové skupiny, propojen horní a dolní segment pánevičky pomocí uvolněného a nastříženého močovodu, který přeložen jako záplata spojující oba segmenty ledvinné pánevičky. JJ stent naložen do horní části ledvinné pánevičky. Po propuštění recidiva pyelonefritidy, stent afunkční, v místě bydliště zajištěná nefrostomie drénující horní segment, stent odstraněn. Anastomóza mezi horním a dolním segmentem pánevičky zaniká. Horní funkční segment drénován nefrostomií, dolní (hypofunkční) segment močovodem. Pokus o endoskopické zprůchodnění anastomózy byl neúspěšný.

Výsledky: Otevřená revize – intrarenální pánevička znemožňující jakoukoli pyeloplastiku. Anastomóza močovodu s dolním segmentem funkční. Pomocí nefrostomie a ureterální cévky plníme střídavě horní a dolní segment – umožňuje najít hranici mezi dilatovanými kalichy a optimální místo pro širokou kalicho-kalicho anastomózu. Pooperační průběh bez komplikací, po odstranění nefrostomie pacientka bez potíží. Nefrostomografie prokazuje dobrou drenáž ledviny. Přetrvává asymptomatická bakteriurie. Klinicky je pacientka bez potíží.

Závěr: Kalicho-kalicho anastomóza se nám osvědčila jako možnost řešení komplikované intrarenální hydronefrózy.

44 VÝHODY LAPAROSKOPICKEJ LIEČBY U PACIENTOV S VRODENÝMI ANOMÁLIAMI OBLIČIEK

Eupták J.¹, Vraný M.², Eliáš B.¹, Švihra J.¹,
Tomaškin R.¹, Kliment J.¹

¹Urologická klinika JLF UK a MFN Martin, Slovenská
republika

²Chirurgické oddelení, nemocnica Jablonec nad Nisou

Ciele: Medzi najčastejšie vrodené anomálie horných močových ciest patria polohové anomálie a anomálie počtu obličiek. Urobili sme retrospektívnu analýzu výsledkov laparoskopických operácií u pacientov s vrodenými anomáliami obličiek.

Metódy: V období 3/2000 až 5/2009 sme laparoskopicky operovali štyroch mužov a štyri ženy priemerneho veku 37,3 roka (12–59) s anomáliami horných močových ciest. Šesť pacientov malo pelvickú dystopiu obličky a dvaja pacienti mali zdvojenú obličku. Laparoskopickú resekciu hypofunkčného pólu obličky sme urobili dvom pacientom s výraznou poruchou funkcie horného u jedného a dolného pólu obličky u druhého pacienta. Urobili sme tri nefrektómie, dve pyelotómie a jednu resekčnú plastiku podľa Hynes-Andersona u pacientov s pelvickou dystopiou obličky. U všetkých pacientov bol použitý transperitoneálny prístup.

Výsledky: Priemerný operačný čas bol 151 min (67 až 251). Priemerná strata krvi bola 133 ml (40–295 ml) a žiadny pacient nevyžadoval transfúziu krvi. Priemerná doba hospitalizácie bola 2,8 (2–5) dňa a cielený drén bol odstránený priemerne za 1,6 (1–3) dňa po operacnom výkone. Konverziu na otvorený operačný výkon sme nerobili žiadnemu pacientovi.

Záver: Výhodou laparoskopickej liečby vrodených anomálií obličiek je jej bezpečnosť, dobré pooperačné výsledky podmienené hlavne detailným zobrazením a zväčšením operovaných tkanív ako aj nízka morbidita. Dôsledné predoperačné vyšetrenie anatomických pomerov je základom nekomplikovaného operačného priebehu.

45 MŮŽE BÝT HODNOCENÍ SÍLY PARENCHYMU LEDVINY VČASNÝM INDIKÁTOREM OBSTRUKCE PELVIURETERÁLNÍ JUNKCE U KOJENCŮ?

Šmakal O.¹, Hartmann I.¹, Vrána J.¹, Flögelová H.²,
Michálková K.³, Tichý T.⁴

¹Urologická klinika FN, Olomouc

²Dětská klinika FN, Olomouc

³Radiologická klinika FN, Olomouc

⁴Ústav patologie LF UP, Olomouc

Cíle: Posoudit, zda ultrazvukové (UZ) hodnocení tloušťky ledvinného parenchymu nad středním kalichem je možné využít jako ukazatel obstrukce pelviureterální junkce (PUJ) u kojenců.

Metody: U 64 dětí – 42 chlapců a 22 dívek ve věku 1–11 měsíců (průměr 4,2 měsíce) byla v období 2004–2009 provedena pyeloplastika na 67 ledvinách. Operace byla indikována na základě klinického průběhu a po zhodnocení dynamiky vývoje UZ a radionuklidových ukazatelů obstrukce PUJ. Při operaci byla odebrána excize z ledviny, která byla vyhodnocena dle Zhanga ve stupnici G1–4. V prospektivní studii byla při ultrazvukovém vyšetření sledována tloušťka renálního parenchymu nad středním kalichem, která byla porovnána s relativní funkcí ledviny zjištěné při dynamické diuretické MAG3 scintigrafii a s histologickým nálezem s odebrané excize.

Výsledky: Tloušťka parenchymu nad středním kalichem u operovaných ledvin byla 2–6 mm, relativní funkce operovaných ledvin byla rozsahu 18 a 58 %. Nejzávažnější histologické změny G3 a G4 byly nalezeny v rozmezí 92–87 % při redukcí parenchymu 2–4 mm, kdy byla také nejčastěji prokázána hypofunkce ledviny pod 43 % v rozsahu 67–31 %. Nejnižší počet ledvin s poklesem relativní funkce pod 43 %, a to 17 %, byl v souboru s tloušťkou parenchymu do 6 mm, ale i zde byly zachyceny v 67 % závažné G3+G4 histologické nálezy. V této skupině byl nejčastější příčinou obstrukce PUJ akcesorní cévní svazek.

Závěr: Nejtěžší histologické změny ledvinného parenchymu u kojenců s hydronefrózou svědčí o urodynamicky závažné poruše odtoku moče z kalichopánvičkového systému jsou nejčastěji přítomny při redukcí parenchymu pod 5 mm. Ani při významné redukcí ledvinného parenchymu spojené s jeho závažným histologickým postižením nemusí dojít, při včasné provedené pyeloplastice, k poklesu relativní funkce ledviny pod 43 %.

46

**LAPAROSKOPICKÁ PYELOPLASTIKA –
TECHNIKA A PRVNÍ VÝSLEDKY**Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Kaliská V.,
Brisuda A., Chocho latý M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Retrospektivní zhodnocení souboru pacientů po laparoskopicky provedené pyeloplastice pro obstrukci ureteropelvickejunkce u dospělých pacientů.

Metody: Do studie bylo zařazeno 11 pacientů se stenózou ureteropelvickejunkce, u nichž byla provedena v období 2/2008 až 6/2009 laparoskopická pyeloplastika. Zařazení byli pacienti s kongentiální hydronefrózou způsobenou stenózou PU přechodu nebo obstrukcí způsobenou aberantní cévou pro dolní pól ledviny se symptomatologií a/nebo obstrukčním charakterem exkrenční křivky při dynamické scintigrafii ledvin. Průměrný věk skupiny byl 36,27 let (18–57). Pravostranná pyeloplastika byla provedena u osmi pacientů, levostranná u tří pacientů. Retrospektivně byl hodnocen operační čas, délka hospitalizace, hospitalizace na JIP, doba drenáže, spotřeba analgetik, transfuzí, antibiotik a antiemetik. Dále byl hodnocen výskyt komplikací a výsledky operace – redukce objemu pánevičky hodnocená sonograficky a funkční zlepšení při DSL provedené 6 měsíců po operaci.

Výsledky: Průměrný operační čas byl 208 minut (170 až 320). Délka hospitalizace 6,8 dní, délka pobytu na JIP 2,5 dne a doba drenáže retroperitonea 3,7 dne. Peroperační léčba antibiotiky byla nutná u čtyř pacientů, u tří pacientů pro současnou infekci močových cest. Analgetická terapie byla nezbytná po dobu 2–6 dní, léčba opiáty byla průměrně 2 dny (0–3). Ani v jednom případě nebyly potřebné krevní převody nebo terapie antiemetiky. U všech pacientů s předoperačními symptomy došlo k jejich kompletnímu ústupu. Redukce objemu pánevičky byla průměrně o 76,5%. U devíti hodnocených pacientů jsme při pooperační DSL detekovali významné zlepšení odtokových poměrů. Ani u jednoho pacienta nebyla nutná konverze na otevřený výkon, závažné komplikace nebo pooperační paralytický ileus.

Závěr: Laparoskopická pyeloplastika je excelentní operační technika, která výrazně zlepšuje pooperační průběh a snižuje pooperační morbiditu pacientů s obstrukcí ureteropelvickejunkce, při dobrých funkčních výsledcích.

47

**SPONTÁNNÍ RUPTURA LEDVINNÉ
PÁNEVIČKY**Chocho latý M., Schmidt M., Hanek P., Jarolím L.,
Kawaciuk I.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Retrospektivní zhodnocení etiologie, diagnostiky a terapie spontánní ruptury ledvinnejpánevičky.

Metody: V letech 1999–2008 jsme ošetřili 11 spontánních ruptur ledvinnejpánevičky. V souboru bylo šest žen a pět mužů, průměrný věk 57 let (34–78). Rupturu pánevičky jsme diagnostikovali CT vyšetřením s kontrastní látkou nebo vylučovací urografií a následně ascendentní ureteropyelografií. Příčinou spontánní ruptury byla u osmi nemocných ureterolitiáza (z toho tři konkrementy ≥ 5 mm) a u tří nemocných striktura močového (stenóza pyeloureterálního přechodu, gynekologická malignita, resp. chronické zánětlivé změny). Litiáza nebo striktura byla častěji lokalizovaná v dolní třetině močového (6 \times) a vlevo (6 \times). Trvání symptomatologie u sedmi nemocných byla kratší než 48 hodin.

Výsledky: U čtyř nemocných jsme litiázu lokalizovanou v dolní třetině močového odstranili primárně ureteroskopicky a zavedli stent. U ostatních nemocných jsme zavedli stent po dislokaci konkrémentu, případně jen po ureterografii. U pěti nemocných jsme provedli za 37 dnů (28–60) další endoskopický výkon. Konkrementy jsme odstranili u tří nemocných ureteroskopicky, u jednoho došlo ke spontánnímu odchodu. Strikturu močového zánětlivé etiologie jsme řešili discizí. U dvou nemocných se strikturou močového, resp. stenózou P-U přechodu byl pro polymorbiditu ponechán stent jako trvalé řešení. Ruptura ledvinnejpánevičky se zhojila primárně na stentu u všech nemocných. Průměrná doba intubace stentem byla 31 dnů (21–60).

Závěr: Spontánní ruptura pánevičky je zřídka komplikací obstrukce horních močových cest. Samotné zavedení stentu je indikováno u nemocných s rupturou pánevičky při litiáze v horní třetině močového, resp. při striktuře močového. Při litiáze v dolní třetině močového je metodou volby ureteroskopie s extrakcí konkrémentu a zavedením stentu.

48 ENDOSKOPICKÉ MOŽNOSTI ŘEŠENÍ IATROGENNÍCH LÉZÍ URETERU

Petřík A.

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice,
a.s.

Cíle: Cílem studie je zhodnocení možností léčby iatrogenních lézí ureteru endoskopickými metodami a zhodnocení výsledů terapie.

Metody: Do retrospektivní studie byli vybráni pacienti, u kterých bylo primárně indikováno provedení endoskopické diagnostiky iatrogenní léze. Celkem bylo do studie zahrnuto 38 pacientů. V souboru bylo 37 žen a jeden muž o průměrném věku 47,4 roku (19–74). Poškození ureteru bylo ve čtyřech případech způsobeno otevřenou chirurgickou operací, ve 12 případech laparoskopicky provedenou gynekologickou operací a otevřenou gynekologickou operací ve 22 případech. Ve dvou případech bylo postižení ureterů bilaterální. Primárně byla provedena ureteroskopie 8 Fr. nástrojem s ascendentní ureterografií s pokusem o zavedení stentu po hydrofilním zavaděči, v případě nemožnosti pak založení nefrostomie. Ve druhé době byla provedena buď endoureterotomie, či otevřený rekonstrukční výkon. Výsledný efekt byl hodnocen v odstupu 3 měsíců provedením vylučovací urografie, dále byli pacienti sledováni ultrazvukovým a izotopovými vyšetřeními.

Výsledky: Při primárním výkonu bylo možné ve třech případech provést endoureterotomii, v 25 případech byl zaveden stent a v deseti případech založena punkční nefrostomie. Primární endoureterotomie byla úspěšná ve všech případech. Po založení nefrostomie bylo v sedmi případech indikováno provedení otevřené operace, ve dvou endoureterotomie a v jednom byla nefrostomie trvalým řešením. Zavedení stentu v 16 případech stav vyřešilo, v devíti případech, kdy byla provedena endoureterotomie, došlo v jednom případě k nutnosti otevřeného řešení. U provedených výkonů nebyly zaznamenány závažné komplikace. Pouze ve dvou případech byla následně provedena nefrektomie a u tří pacientů byl stent ponechán jako trvalé řešení.

Závěr: Ureteroskopie má významné místo v diagnostice a terapii iatrogenních lézí ureteru. Část případů vyřeší již zavedení stentu, v případě inkompletních lézí ureteru je indikováno provedení endoureterotomie, v případě kompletní léze ureteru pak otevřená (či laparoskopická) operační řešení.

49 LÉČBA VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU ENDOSKOPICKOU INJEKČÍ DEFLUXU – DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY

Novák I., Janoušková L., Kuliáček P.

Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: V poslední době se endoskopická léčba VUR se stala obecně uznávanou primární operační technikou při neúspěchu konzervativní terapie. Cílem práce bylo zhodnocení dlouhodobých výsledků léčby VUR endoskopickou podslizniční aplikací kopolymeru dextransomer/kyselina hyaluronové (Dx/HA).

Metody: V období 6/2002 až 12/2005 bylo léčeno na Urologické klinice Hradec Králové 66 dětí se 101 refluxními močovody (RJ) endoskopickou injekcí 0,3–1,5 ml Dx/HA. Hodnoceno bylo 61 nemocných s 96 RJ (dětí zkontrolované MCUG po léčbě). K léčbě byli indikováni nemocní se stupněm refluxu: I (2RJ), II (10), III (53), IV (28) a V (3). Hodnotili jsme stupeň refluxů po léčbě, počet vyléčených (bez refluxu), sledovaných konzervativně a reoperovaných endoskopicky nebo UCNA. Indikací k léčbě refluxů I. a II. stupně byl současný druhostranný reflux III.–V. stupně.

Výsledky: Po léčbě byly zjištěny refluxy stupně I (20 RJ), II (21), III (11) a IV (10). Bez refluxu (vyléčených) bylo po první injekci 19 dětí (31 %) s 25 RJ (26 %) před léčbou. Opakovaná endoskopická léčba pro persistenci refluxu byla u deseti nemocných (16 %). Otevřená operace (ureterocystoneostomie) byla indikována u čtyř dětí (6 %) pro přetrvávající symptomatický reflux IV. stupně. Po endoskopické léčbě s persistencí refluxu I.–IV. stupně bylo konzervativně postupováno u 29 (47%) nemocných. U 18 takto léčených došlo v čase k dalšímu spontánnímu poklesu refluxu o jeden až dva stupně. U 11 se stupeň refluxu v čase neměnil, ale všech 29 konzervativně léčených bylo trvale dlouhodobě bez klinické symptomatologie refluxu (horečnaté opakované močové infekce, progredující porucha ledvinné funkce).

Závěr: Po endoskopické injekci kopolymeru Dx/HA lze počítat s vysokým procentem snížení stupně refluxu, ale s nízkým počtem plně vyléčených. Po operaci je prokazatelně u všech nižší výskyt infekce v moči a lze očekávat u takto léčených navržení změny v zatím doporučeném kontinuálním podávání profylaktické léčby antibiotik. Indikací k otevřené operaci je perzistence symptomatického vysokého refluxu.

50

VÝSLEDKY URETROPLASTIKY TIP U PRIMÁRNÍ OPERACE HYPOSPADIE V LETECH 2000–2008

Kuliaček P.¹, Novák I.²¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie LF UK a FN, Hradec Králové²Oddělení dětské urologie, Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: V posledních 10 letech se TIP uretroplastika stala preferovanou metodou při řešení distální hypospadie. Autoři hodnotí výsledky velké studie uretroplastik metodou tubulizace incidované ploténky (TIP) dle Snodgrass. Uretroplastika TIP byla provedena většinou bez laloku z tuniky dartos nebo místního deepitelizovaného kožního laloku.

Metody: Jde o retrospektivní studii 160 pacientů operovaných v letech 2000–2008. Techniku publikoval Snodgrass (1994). Uretrální ploténka je incidována ve střední čáře a pak je vytvořena neouretra tubulizací incidované ploténky na stentu Ch 10, výjimečně Ch 8. Zakřivení penisu se většinou odstranilo při uvolnění kůže od uretry na jeho přední straně. Fibrózní chorda byla excidována v šesti případech. K uretroplastice byl použit subkutikulární pokračující 7/0 steh z polyglactinu ve dvou vrstvách. Na překrytí sutury neouretry byl použit 10× lalok z tuniky dartos předkožky a 57× spongioplastika dle Yerkesové. Poté byly glans a kůže penisu uzavřeny ve dvou vrstvách. K derivaci moči jsme použili 148× punkční epicystostomii, kapací stent 3× a permanentní katétr 9×. Stent v neouretrě byl ponechán 10–14 dnů po operaci.

Výsledky: Distální typ hypospadie byl u 151 chlapců, střední u pěti a penoskrotální u čtyř. Operace trvala 70–180 minut. Pacienti byli ve věku 7 měsíců až 17 let (průměr: 35 měsíců). Komplikace mělo 14 pacientů. U devíti pacientů (5,6%) byla zjištěna píštěl uretry, dva pacienti (1,25%) měli strikturu meatu, u dvou pacientů (1,25%) se vyskytla dehiscence glandulární části plastiky a jeden pacient (0,62%) musel být revidován pro krvácení ze stěny močového měchýře. Sledování pacientů je v rozmezí 5 měsíců až 8 let. Komplikace této metody jsme zaznamenali celkem u 8,75% pacientů.

Závěr: Přednosti TIP jsou relativní jednoduchost, nízké procento komplikací (8,75%), velmi dobrý vzhled penisu. Dodržení chirurgických detailů je potřebné k získání optimálních funkčních a kosmetických výsledků. TIP uretroplastika je nyní metodou volby při korekci distální a u některých proximálních hypospadií na našem oddělení.

51

LÉČEBNÁ EMBOLIZACE VYSOKOPRŮTOKOVÉ ARTERIOVENÓZNÍ MALFORMACE PRAVÉ LEDVINY – KAZUISTIKA

Rejchrt M.¹, Chochoolatý M.¹, Kawaciuk I.¹, Jarolím L.¹, Pádr R.², Roček M.²¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Vrozené vysokoprůtokové arteriovenózní malformace ledvinné tepny jsou vzácná onemocnění; mohou být spojena s aneuryzmaty postižené tepny. Projevují se arteriální hypertenzí, bolestmi břicha, hematurií, ojediněle i kongestivním selháním srdce. Cílem práce bylo upozornit na tuto vzácnou malformaci.

Metody: Popsán případ perkutánní embolizace u 49leté nemocné s arteriovenózní malformací pravé ledvinné tepny.

Výsledky: Nemocná dva týdny pozorovala stupňující se bolesti v pravém bedru s vyzařováním do hypochondria a epigastria. Bolest se zvyšovala při předklonu a na pravém boku. Ledvina byla nehmátná a nebolestivá. Ultrasonograficky jsme diagnostikovali anechogenní útvar velikosti 2 × 3 cm v oblasti dolního pólu pravé ledviny vykazující při duplexním vyšetření vysoký průtok krve. Vzhledem k anamnéze aneuryzmatu mozkové tepny u sestry bylo vysloveno podezření na arteriovenózní malformaci. CT angiografie prokázala aneuryzma renální artérie velikosti 10 mm zásobující malformaci v dolní třetině ledviny velikosti 6 × 3 cm. Pacientka byla indikována k digitální subtrahční angiografii s terapeutickou perkutánní embolizací. Krátce po embolizaci zcela odezněly klinické obtíže. Statická scintigrafie ledvin provedená 20 dnů po embolizaci prokázala defekt funkčního parenchymu v dolním pólu pravé ledviny, renální funkce byly v normě. Kontrolní CT angiografie provedená měsíc od embolizace prokázala kompletní uzávěr malformace a aneuryzmatu. Pacientka byla dále normotenzní a bez obtíží. Genetické vyšetření prokázalo Ehrlers-Danlosův syndrom IV. vaskulárního typu.

Závěr: Indikací k léčbě arteriovenózní malformace ledvinné tepny je masivní hematurie, nekorigovatelná hypertenze, kardiomegalie, známky srdečního selhání či bolesti. U nemocných s genetickou poruchou vazivové tkáně hrozí zvýšené riziko ruptury. Metodou volby je perkutánní embolizace, kterou lze dosáhnout kompletního uzávěru patologicky změněné tepny s minimální ztrátou funkčního parenchymu ledviny.

KARCINOM PROSTATY – LÉČBA

pátek 9. října 2009 (10.00–12.15)

52

SPOLUPRÁCE DVOU MEDICÍNSKÝCH SPECIALIZACÍ PROSTŘEDNICTVÍM MODERNÍ KOMUNIKAČNÍ PLATFORMY

Mrkos D.¹, Fínek J.², Babjuk M.³, Matoušková M.⁴,
Pacík D.⁵, Petruželka L.⁶, Brabec P.⁷

¹Urologická klinika FN, Plzeň

²Onkologické a radioterapeutické oddělení FN, Plzeň

³Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁴Urocentrum, Praha

⁵Urologická klinika FN, Brno

⁶Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

⁷Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

Cíle: Součástí moderních trendů v medicíně je i častá mezioborová spolupráce při léčbě onemocnění, která jsou předmětem dvou a více specializací. Platí to i pro uroonkologická onemocnění, v jejichž diagnostice a léčbě stále více prosazuje těsná spolupráce urologů a onkologů. Spolupráce dvou různých oborů však vyžaduje i komunikační zázemí odpovídající nárokům všech zúčastněných stran. I to byl jeden z důvodů, proč vznikl projekt UJO (Urology Joins Oncology).

Metody: Projekt je koncipován jako klinický registr neboli elektronická databáze pacientů s hormonálně refrakterním karcinomem prostaty (HRPC). Nejpozoruhodnější součástí registru je možnost spolupráce a komunikace urologů a onkologů, a to jak u každého jednotlivého pacienta, tak i v obecné rovině. Registraci pacienta s prokázaným HRPC do databáze provádí urolog, který ho zároveň odesílá na onkologické pracoviště. Onkologické pracoviště na zavedený záznam pacienta navazuje a dále ho doplňuje v závislosti na pokračující

léčbě. Systém umožňuje přímou komunikaci zapojených lékařů nad daty a výsledky a jejich vzájemné sdílení.

Výsledky: Výhody tohoto řešení potvrzují i analýzy provedené k 30. březnu 2009, tedy přibližně rok od startu projektu, kdy v registru bylo zařazeno celkem 279 pacientů, z toho jich 207 mělo plně validní záznam. Celkem 201 pacientů z tohoto vzorku bylo odesláno na onkologii a u 80 z nich (38,6%) již byla v registru zaznamenána onkologická léčba, případně vyplněny důvody pro její nezačínání. Těchto 201 pacientů bylo založeno celkem 28 onkologickými pracovišti.

Závěr: Výsledky diagnostiky a léčby, stejně jako stoupající počet pacientů a zvyšující se intenzita komunikace mezi urology a onkology potvrzují smysl a přínos projektu UJO. Proto bychom rádi pozvali všechny lékaře, ať už urology, nebo onkology, kteří se zabývají HRPC, aby se připojili k tomuto unikátnímu projektu a pomohli tak jak v boji s tímto onemocněním, tak i ve spolupráci mezi těmito dvěma specializacemi.

53

SROVNÁNÍ PEROPERAČNÍHO PRŮBĚHU ČASNÝCH KOMPLIKACÍ A FUNKČNÍCH VÝSLEDKŮ ROBOTICKÉ A OTEVŘENÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Filipenský P., Rovný A., Oplatek Z., Hrabec R., Řehořek P., Katolická J.

Urologické oddělení FN U sv. Anny v Brně

Cíle: Srovnány výsledky robotických (RARP) a otevřených radikálních prostatektomií (RRP) pro lokalizovaný karcinom prostaty, provedených jedním operátorem.

Metody: Do studie bylo zařazeno 33 RARP (skupina I) a 23 RRP (skupina II) provedených od ledna do května 2008. V obou skupinách byla použita stejná technika uretrovezikální anastomózy pokračujícím stehem i doba ponechání permanentního katétru 6–8 dní. Hodnocena byla délka operace, v časně pooperační fázi spotřeba analgetik a pooperační škála bolesti, peroperační průběh, závažné komplikace do 28. pooperačního dne. Kontinence byla hodnocena ve 4., 8., 12., 24. a 36. pooperačním týdnu, podobně erekce od 12. týdne pomocí dotazníku IIEF 5.

Výsledky: Průměrná délka operace byla ve skupině I 135 minut (95–160), ve skupině II 75 minut (50–105). Průměrná krevní ztráta ve skupině I byla 250 ml, ve skupině II 350 ml. Bolest vyžadující analgetika opiátového typu byla ve skupině I pouze v den operace, ve skupině II 1.–2. pooperační den. Ve skupině I byly dva případy hluboké žilní trombózy řešené antikoagulační terapií. Ve skupině I bylo plně kontinentních (maximálně jedna vložka za 24 hodin z bezpečnostních důvodů) ve 4. týdnu 79 %, v 8. týdnu 87 %, ve 12. týdnu 93 %, ve 24. a 36. týdnu 97 % pacientů. Ve skupině II bylo plně kontinentních ve 4. týdnu 78 %, v 8. týdnu 87 %, ve 12. týdnu 91 %, ve 24. a v 36. týdnu 96 % pacientů. Ve skupině I byla hodnocena erekce u 24 pacientů plně potentních před operací. Erekce dostatečná k imisi byla ve 12. týdnu u 46 %, ve 24. týdnu u 58 % a v 36. týdnu u 67 % pacientů. Ve skupině II byla hodnocena erekce u 18 pacientů předoperačně plně potentních. Ve 12. týdnu mělo erekci dostatečnou k imisi 33 %, ve 24. týdnu 44 % a v 36. týdnu 61 % pacientů.

Závěr: Robotická i otevřená RP má obdobný peroperační průběh. RARP má menší pooperační bolestivost, ale vyšší riziko hluboké žilní trombózy. V obou skupinách byly zjištěny stejné funkční výsledky kontinence, erektilní funkce vykazuje lepší výsledky po RARP.

54

ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE – PRVNÍCH 100 PACIENTŮ V CENTRU ROBOTICKÉ CHIRURGIE KZ, A.S. ÚSTECKÝ KRAJ

Bočan M.¹, Schraml J.¹, Broul M.¹, Peremský Z.¹, Sticová E.², Derner M.³

¹Krajská zdravotní, a.s. – Centrum robotické chirurgie Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

²Krajská zdravotní, a.s. – Patologické oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

³Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Cíle: Autoři prezentují prvních 100 robotických radikálních prostatektomií (dVP) provedených pomocí da Vinci HD systému v CRCH MNUL.

Metody: Retrospektivní hodnocení souboru prvních 100 pacientů, kteří podstoupili dVP na pracovišti CRCH MNUL od srpna 2008 do května 2009. Všechny operace byly provedeny pouze dvěma operátory, kteří předtím neměli vlastní operační zkušenosti s robotickým systémem. Analyzovali jsme operační čas, krevní ztráty, konverze, intra- a pooperační komplikace, histologické před a pooperační hodnocení.

Výsledky: Průměrný operační čas byl 180 min (120 až 240), krevní ztráty 210 ml (20–1000 ml), hrazení krevních ztrát bylo nutné u jednoho pacienta. Byly nutné čtyři konverze, tři operační revize. Zaznamenali jsme dvě pooperační komplikace (ileus, septický stav), jednu akutní retenci moče po vyjmutí katétru. Průměrná doba hospitalizace byla 5 dní. V krátkém časovém odstupu po odstranění katétru dosáhlo 63 % (57/90) pacientů okamžité kontinence, u 29 % (26/90) pacientů byly nutné 2–3 vložky/den, u 8 % (7/90) pacientů bylo nutné použít více vložek. Pooperační histologické hodnocení bylo pT0 1 %, pT2 60 %, pT3 39 %. Pozitivní okraje jsme zaznamenali u 26 % pacientů.

Závěr: dVP se jeví jako bezpečná a reprodukovatelná operační metoda, která nabízí dobré funkční a onkologické výsledky pomocí minimální invazivní techniky. Individuální zdokonalení je spojené s narůstajícím počtem výkonů a slibuje zlepšení jak onkologických, tak funkčních výsledků.

55 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE, EXTRAPERITONEÁLNÍ PŘÍSTUP – VÝSLEDKY 400 OPERACÍ

Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O., Drlík P.,
Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.,
Pokorný J., Bulíř D.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Vyhodnocení výsledků 400 robotických radikálních extraperitoneálních prostatektomií (dVP).

Metody: Od prosince 2005 do června 2009 bylo roboticky operováno 400 pacientů s lokalizovaným karcinomem prostaty. Všichni byli operováni ve standardní 15 st. Trendelenburgově poloze extraperitoneálním přístupem dvěma konzolovými urology. Při operaci byl použit čtyřramenný robotický systém da Vinci Standard (Intuitive Surgical, California, USA). Byla analyzována data pacientů, operační data, intraoperační a pooperační komplikace, pozitivní chirurgické okraje a pooperační kontinence. U skupiny pacientů, kteří podstoupili nervy šetřící výkon, byla hodnocena rychlost návratu a kvalita pooperační erekce.

Výsledky: Nezaznamenali jsme peroperační úmrtí. Z důvodu poruchy robotického systému jsme provedli dvě konverze, jednou jsme výkon konvertovali (v začátcích operativy) z důvodu ztráty jehly po ušití anastomózy. Peroperačně jsme 3× ošetřili poranění rekta, 1× jsme reoperovali z důvodu netěsnosti uretro-vezikální anastomózy. Sedmi pacientům bylo nutné podat krevní transfuzi. Průměrný operační čas byl 158 minut. Ve 28,5% byl zjištěn pozitivní chirurgický okraj (pT2–3). Při nekomplikovaném průběhu byl permanentní močový katétr odstraněn 10. pooperační den; 84% pacientů bylo plně kontinentních do 6 měsíců po odstranění katétru. Po oboustranném nervy šetřícím výkonu se kvalitní erekce dostavila u 33,9% pacientů do 6 měsíců od operace.

Závěr: Po 3,5 letech zkušeností s dVP naše výsledky ukazují, že jde o techniku bezpečnou a reprodukovatelnou. dVP dosahuje srovnatelných onkologických výsledků s jinými způsoby radikální prostatektomie. Výhodou dVP pro pacienty je krátká doba rekonvalescence, rychlý návrat kontinence a v indikovaných případech i kvalitní pooperační erekce. Výhodou extraperitoneálního přístupu je eliminace rizika poranění nitrobřišních orgánů.

56 KRÁTKODOBÁ PROGNÓZA NEMOCNÝCH BEZ NÁLEZU KARCINOMU PROSTATY (pT0) PO ROBOTICKY ASISTOVANÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Belej K., Köhler O., Kočárek J., Kaplan O.,
Kastnerová A., Chmelenský T.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Hodnocení pooperačního vývoje u pacientů s klasifikací pT0 po roboticky asistované radikální prostatektomii (RARP).

Metody: Retrospektivně bylo hodnoceno 364 nemocných po RARP operovaných od ledna 2006 do května 2009. Ze souboru byli vybráni muži bez nálezu karcinomu v definitivním preparátu (pT0) a byly zhodnoceny onkologické a funkční výsledky.

Výsledky: Z uvedeného souboru bylo 15 nemocných s nálezem pT0 s průměrným sledováním 17 měsíců. Dvanáct nemocných mělo před operací klasifikaci T1c a zbylí měli T2. Gleasonovo skóre (GS) 5 měli tři pacienti, GS 6 sedm pacientů, GS 7 čtyři a GS 8 jeden muž. U nemocných s pT0 se biochemická recidiva vyskytla u třech nemocných, přetrvávající inkontinence po 12 měsících byla u čtyř mužů a zachovanou erekci mělo pět pacientů.

Závěr: Výsledky u mužů s nálezem pT0 po RARP jsou srovnatelné s nálezy nemocných s lokalizovaným karcinomem a tito pacienti vyžadují stejný režim dispenzarizace jako ostatní.

57

ROBOTICKY ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE Z POHLEDU ANESTEZIOLOGA A INTENZIVISTY

Kokoška V.

Krajská zdravotní, a.s. – Oddělení intenzivní medicíny Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Cíle: Minimálně invazivní chirurgie přináší nové požadavky i na práci anesteziologa, protože se jedná o dlouhý výkon s kapnoperitoneem v extrémní Trendelenburgově poloze. Zásadní je proto dbát anesteziologických kontraindikací robotické chirurgie, snažit se o co nejlepší předoperační kompenzaci celkového stavu pacienta a použít adekvátní peroperační monitoring vitálních funkcí. Cílem práce bylo zhodnocení zkušeností a výsledků anestezie a pooperační péče u 100 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií.

Metody: V období 8/2008 až 5/2009 byla podána anestezie u 100 pacientů operovaných roboticky pro karcinom prostaty. Hodnotili jsme délku anestezie, krevní ztráty, komplikace polohy, kapnoperitonea, bolestivost a obnovu plicních funkcí.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 66 let, do anesteziologického rizika ASA III bylo zařazeno 28 % pacientů, nejčastější přidruženou chorobou byla hypertenze. Délka výkonu byla v průměru 3 hodiny 49 minut, krevní ztráty činily v průměru 237 ml. V jednom případě se vyskytla významnější hypotenze, v ostatních případech byla kardiopulmonální tolerance výkonu velmi dobrá. U jednoho nemocného s předoperačně kompromitovanou srdeční funkcí vzniklo přechodné levostranné srdeční selhání. Nejčastější pooperační komplikací byla ve 31 % nauzea a vomitus. Pooperační bolest byla nejčastěji hodnocena jako mírná. Celkem 16 % pacientů bylo hospitalizováno na JIP déle než 2 dny.

Závěr: Naše pozorování podpořilo předpoklad, že při respektování patofyziologie změn v Trendelenburgově poloze s kapnoperitoneem a důsledném dodržování anesteziologických kontraindikací laparoskopie (těžká CODP, značná obezita, závažná porucha srdeční funkce) snáší pacienti roboticky asistovanou radikální prostatektomii velmi dobře. V hraničních anesteziologických indikacích je prospěšné využít rozšířenou hemodynamickou monitoraci. Roboticky asistovaný výkon umožňuje rychlou rehabilitaci a mobilizaci, v naprosté většině pobyt na JIP do 24 hodin i časnou dimisi.

58

URETROVEZIKÁLNÍ ANASTÓMOZA POKRAČUJÍCÍM STEHEM PŘI RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII – ČTYŘLETÉ ZKUŠENOSTI

Filipenský P., Šabacký I., Oplatek Z., Hrabec R., Katolická J., Řehořek P., Rovný A.

Urologické oddělení FN U sv. Anny v Brně

Cíle: Autoři popisují zkušenosti a výsledky 288 retro-pubických radikálních prostatektomií, provedených dvěma chirurgy, kdy uretrovezikální anastomóza byla vytvořena pokračujícím stehem v období od září 2005 do března 2009.

Metody: Od září 2005 je na našem pracovišti prováděna retropubická radikální prostatektomie, kdy anastomóza je prováděna van Velthovenovou technikou pokračujícím stehem. Dvě polyglykolová vlákna 2–0 jsou svázána konci k sobě a anastomóza je prováděna jedním koncem z 6 po 12 ve směru a druhým vláknem identicky v protisměru hodinových ručiček. Sledována byla celková délka operace, délka vytvoření anastomózy, vodotěsnost anastomózy, délka ponechání permanentního katétru, výskyt akutní močové retence po extrakci katétru, obnova kontinence a výskyt striktury anastomózy.

Výsledky: Průměrná délka operace byla 75 minut (45–125 min) Průměrná délka vytvoření anastomózy byla 9 minut (5–27min). Po ukončení spojky byla vodotěsnost testována instilací 300 ml fyziologického roztoku jako test těsnosti anastomózy. Po výkonu byla 2× pozorována protrahovaná urinózní sekrece, kdy nebyla anastomóza provedena technicky správně. Permanentní katétr byl ponechán do 5.–14. pooperačního dne, v průměru 7,1 dne. Obnova kontinence byla sledována anonymní dotazníkovou metodou 1., 4., 12., 24. a 36. týden. Pacienti byli hodnoceni jako kontinentní, pokud používali maximálně jednu vložku za 24 hodin z bezpečnostních důvodů. Striktura anastomózy nebyla v našem souboru pozorována.

Závěr: Anastomóza pokračujícím stehem při RRP je relativně snadnou technikou s těmito hlavními výhodami: zkrácení délky ponechání permanentního katétru, vodotěsnost anastomózy rychlá obnova kontinence a eliminace striktur anastomózy.

59 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU STRIKTURY ANASTOMÓZY PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Čapoun O., Babjuk M., Dvořáček J., Hanuš T.,
Šafařík L., Pavlík I., Novák K.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Určení faktorů, které představují signifikantní riziko pro vytvoření symptomatické striktury vezikouretrální anastomózy po radikální prostatektomii (RP).

Metody: V letech 2000–2008 podstoupilo celkem 651 mužů RP pro karcinom prostaty. Z analýzy byli vyloučeni pacienti bez údajů dalšího sledování (n = 42). Mimo běžné parametry jsme zaznamenali hmotnost preparátu, pozitivitu chirurgických okrajů, délku výkonu, krevní ztráty a typ rekonstrukce hrdla. Dále jsme hodnotili dobu ponechání permanentního katétru, vliv chirurgických komplikací a pooperační radioterapie. Vliv jednotlivých proměnných na vznik striktury anastomózy byl zkoumán užitím Kaplan-Maierovy metody odhadu distribuční funkce doby do endoskopického výkonu. Multivariační analýza byla zpracována metodou stepwise regrese.

Výsledky: Průměrný věk byl 62 let (40–79), průměrná hladina prostatického specifického antigenu 10,25 ng/ml (0,59–50,00). Jako lokálně pokročilých bylo hodnoceno 26,76 % definitivních preparátů, medián hmotnosti preparátu byl 49 g (17–203). Střední délka trvání výkonu byla 135 minut (44–540), průměrné krevní ztráty 1395 ml. Střední délka katetrizace byla 14 dnů (6–42). Chirurgickou komplikací jsme zaznamenali v 68 (11,17 %) případech. Adjuvantní nebo salvage radioterapii jsme indikovali u 80 (13,14 %) pacientů. Celkem 103 pacientů (16,91 %) podstoupilo endoskopický výkon pro strikturu anastomózy, 27 pacientů (4,43 %) opakovaně. Statisticky signifikantní pro určení rizika vzniku striktury byla míra krevní ztráty (p = 0,034), délka ponechání permanentního katétru (p = 0,001), přítomnost chirurgických komplikací (p < 0,0001) a pooperační radioterapie (p = 0,0091).

Závěr: Žádný z předoperačních a histologických parametrů ani operační technika nebyly shledány statisticky signifikantními pro určení rizika vzniku striktury anastomózy po RP. Nejrizikovější skupinou pacientů ve vztahu k následnému endoskopickému výkonu jsou pacienti s perioperační krevní ztrátou nad 1700 ml, chirurgickými komplikacemi a pooperační radioterapií.

60 VÝSLEDKY RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE U T3 KARCINOMU PROSTATY

Broďák M., Morávek P., Louda M., Holub L.,
Košina J., Hafuda A., Prošvic P., Pacovský J.,
Navrátil P.

Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: Retrospektivní analýza výsledků retropubické radikální prostatektomie u T3 karcinomu prostaty. Dále bylo hodnoceno pětileté přežívání pacientů s T3 karcinomem prostaty.

Metody: Byl hodnocen soubor 71 pacientů s histologicky potvrzeným nálezem pT3 karcinomu prostaty z celkového počtu 322 pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii v období 1998–2006. Průměrný věk byl 62,5 let, iniciační hodnota PSA byla 12,8 ng/ml a Gleasonovo skóre 6,4. Pokud byl nadir PSA > 0,1 ng/ml, nebo nález multifokálního pozitivního okraje, byla provedena adjuvantní radioterapie. Pokud byl PSA nadir < 0,1 ng/ml, pacienti byli sledováni. Pokud došlo postupně k nárůstu PSA nad 0,5 ng/ml nebo dvakrát po sobě nad 0,2 ng/ml, byla provedena záchranná radioterapie. Bylo hodnoceno celkové přežívání celého souboru a u skupiny 27 pacientů operovaných v období 1998–2003 bylo hodnoceno pětileté přežívání.

Výsledky: Z celkového počtu 71 pacientů mělo 30 pacientů PSA negativní remisi (42,3 %), 41 pacientů mělo biochemický relaps nebo bylo indikováno k radioterapii (57,7 %). Adjuvantní radioterapii podstoupilo 11 pacientů, záchrannou 30 pacientů. Jeden pacient zemřel a 70 pacientů přežilo (98 %). Při hodnocení 5letého přežívání jsme zaznamenali jedno úmrtí a 26 pacientů přežilo (96,3 %). PSA negativní remise byla u čtyř pacientů (15 %).

Závěr: Radikální prostatektomie je podle našich zkušeností i podle publikovaných sestav účinnou metodou léčby u T3a karcinomu prostaty. Na rozdíl od lokálně ohraničeného karcinomu prostaty je vyšší riziko následné onkologické léčby. Dle našeho souboru jsme zaznamenali pětileté přežívání u 96 % pacientů.

61

VZTAH BIOCHEMICKÉ RECIDIVY A PŘEDOPERAČNÍ HODNOTY CELKOVÉHO A VOLNÉHO PSA

Brisuda A., Jarolím L., Kawaciuk I., Dušek P., Kaliská V., Veselý Š.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Předoperační sérová hladina PSA je jeden z mála dostupných a relativně přesných klinických údajů před operačním řešením lokalizovaného karcinomu prostaty. Na našem souboru pacientů jsme testovali schopnost předoperační hladiny PSA předpovědět vznik recidivy onemocnění.

Metody: Pravidelné tříměsíční testy PSA byly dlouhodobě prováděny u 276 pacientů po radikální prostatektomii pro lokalizovaný karcinom prostaty. Recidiva onemocnění byla definována jako elevace PSA nad 0,2 ng/ml nebo potřeba adjuvantní terapie. Předoperační hodnota PSA byla testována v mnohorozměrovém modelu predikce recidivy onemocnění.

Výsledky: Během sledování (23,5 měsíců) došlo k recidivě onemocnění u 38 % pacientů po radikální prostatektomii. Pacienti s diagnostikovanou recidivou onemocnění měli signifikantně vyšší (Mann-Whitneyův test; $p < 0,0001$) hodnoty předoperačního PSA ($12,67 \pm 9,27$) než pacienti bez recidivy ($8,38 \pm 5,03$). Také poměr volného PSA byl signifikantně nižší ($p < 0,025$) u pacientů s recidivou karcinomu (11,07 % vs. 15,39 %). Předoperační hodnota PSA byla významným prediktorem recidivy onemocnění v mnohorozměrovém testu.

Závěr: Předoperační hodnota PSA a volného PSA představuje jednoduše dostupný prognostický faktor ještě před zahájením léčby.

62

PŘEDPOVĚĎ RIZIKA BIOCHEMICKÉ RECIDIVY PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII POMOCÍ NADIR PSA MĚŘENÉHO ULTRASENZITIVNÍM TESTEM

Veselý Š., Jarolím L., Kawaciuk I., Schmidt M., Kaliská V., Dušek P.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Po úspěšné radikální prostatektomii pro lokalizovaný karcinom prostaty klesá hladina prostatického specifického antigenu (PSA) na hodnoty nedetekovatelné běžnými metodami. Pomocí ultrasenzitivního testu je však možné monitorovat vývoj pooperačního PSA i v těchto nízkých hladinách. Cílem studie bylo ozřejmit vztah dynamiky poklesu pooperačního PSA ke vzniku recidivy onemocnění.

Metody: Celkem 243 pacientů po radikální prostatektomii pro lokalizovaný karcinom prostaty bylo systematicky pooperačně sledováno pomocí ultrasenzitivního PSA testu (Immulite third-generation PSA assay – detekční limit $< 0,003$). Do studie byli zařazeni pouze pacienti, kteří dosáhli hodnoty nadir PSA pod 0,2 ng/ml. Odběry s klinickými kontrolami byly prováděny 14 dní, 1 měsíc, 2 měsíce a 3 měsíce po operaci. Následně pak v tříměsíčních intervalech. Biochemická recidiva (BR) jako známka recidivy onemocnění byla definována konvenčně jako PSA nad 0,2 ng/ml.

Výsledky: Střední doba sledování byla 25,1 měsíců (interval 3–90). Biochemická recidiva se během sledování objevila u 87 pacientů (35,8 %). Pacienti bez známek recidivy nádoru dosáhli signifikantně ($p < 0,0001$) nižší hodnoty nadir PSA ($0,010 \text{ ng/ml} \pm 0,14$) než pacienti s BR ($0,045 \text{ ng/ml} \pm 0,046$). Pacienti, kteří dosáhli nadir PSA pod 0,01 ng/ml, měli signifikantně (Log-rank test; $p < 0,0001$) vyšší pravděpodobnost přežití bez BR než pacienti s vyšším nadir PSA. V mnohorozměrové analýze se hodnota nadir PSA ukázala být významným prediktorem BR.

Závěr: Pooperační hodnota nadir PSA stanovená ultrasenzitivním testem nám nabízí časnou a hodnotnou prognostickou informaci o riziku recidivy karcinomu prostaty.

63

MATEMATICKÝ MODEL PREDIKCE ELEVACE PSA PŘI BIOCHEMICKÉ RECIDIVĚ PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Jarolím L.¹, Veselý Š.¹, Antoch J.², Dupáč V.²,
Kawaciuk I.¹, Dušek P.¹, Schmidt M.¹, Hanek P.¹

¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky
MFF UK, Praha

Cíle: Monitorování PSA po radikální prostatektomii (RP) by mělo sloužit k časné diagnóze a léčbě pokračujícího onemocnění. Cílem studie bylo matematicky popsat charakter elevace PSA při biochemické recidivě (BR) měřené ultrasenzitivním testem v tisícinách ng/ml a předpovědět její další průběh.

Metody: V prospektivní studii nemocných po RP byly hodnoceny výsledky PSA z pravidelných tříměsíčních odběrů. BR byla definovaná jako postupná elevace PSA po dosažení nadiru, zjištěná v alespoň třech měřeních. U 23 nemocných byla indikována salvage radioterapie (SRT) na základě pomalého růstu PSA při hodnotách nižších než 0,2 ng/ml. Průběh elevace PSA byl matematicky testován pomocí sedmi modelů: 1. tříparametrický aditivní alometrický model, 2. dvouparametrický aditivní alometrický model, 3. exponenciální model, 4. exponenciální model s aditivní chybou, 5. kvadratický model, 6. autoregresní model a 7. Gompertzův model. Analýza dat byla provedena pomocí programu Matlab.

Výsledky: Křivky růstu PSA u pacientů s BR po RP empiricky indikovaných k SRT bylo možno matema-

ticky popsat pomocí tříparametrického aditivního alometrického modelu ($y = \gamma + \alpha x^\beta + \varepsilon$), dvouparametrického aditivního alometrického modelu ($y = \alpha x^\beta + \varepsilon$) a exponenciálního modelu ($y = e^{\alpha + \beta x + \varepsilon}$).

Pozvolný růst PSA popisovaly lépe aditivní alometrické modely, rychlejší růst PSA exponenciální model. Pro jeden z modelů se bylo možno rozhodnout až po několika měřeních. Aditivní alometrický model lze pro predikci růstu PSA považovat za spíše konzervativní, exponenciální model naopak za liberální. Vedle předpovědi příští hodnoty PSA byla také odhadnuta pro jednotlivé případy míra pravděpodobnosti (0,0000–1,0000), že příští hodnota PSA překročí hladinu 0,2 ng/ml.

Závěr: Růst hodnot PSA při BR je i v absolutních hodnotách nižších než 0,2 ng/ml kontinuální a další elevaci PSA lze matematicky popsat. Lze určit míru pravděpodobnosti, s jakou následné vyšetření dosáhne hodnoty 0,2 ng/ml. Předpoklad další elevace PSA může být základem pro zvážení časné salvage RT.

64

IG-IMRT KARCINOMU PROSTATY

Odrážka K., Vaňásek J., Doležel M., Hlávka A., Ulrych V., Kolářová I., Mynařík J., Nechvíl K., Zahradník L.

Oddělení radiační onkologie, Multiscan s.r.o., Pardubická krajská nemocnice a.s., Pardubice

Cíle: Vytvořit a ověřit léčebný protokol pro radioterapii s modulovanou intenzitou ve spojení s obrazovou navigací (IG-IMRT) u pacientů s lokalizovaným karcinomem prostaty. Eskalovat dávku záření na úroveň 78–82 Gy a zvýšit kurativní potenciál IMRT.

Metody: Vytvořili jsme protokol pro IG-IMRT využívající kombinace zobrazení: kilovoltážní cone-beam CT (kV-CBCT) a kilovoltážní zobrazení ortogonální technikou (kV-kV). Během prvních 10 frakcí bylo provedeno kV-CBCT a byla vypočítána průměrná pozice prostaty vůči skeletu pánve. Mimoto byl vypočítán bezpečnostní lem kolem prostaty, potřebný ke kompenzaci nepřesnosti nastavení (van Herk et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002; 52: 1407–1422). Na základě těchto údajů byl vytvořen nový individualizovaný ozařovací plán pro druhou část radioterapie. Pacienti byli ve druhé fázi léčby nastavováni denně kV-kV zobrazením na skelet a pozice prostaty byla kontrolována metodou kV-CBCT 1× týdně. Protokol jsme ověřovali vyhodnocením odchylek nastavení během kontrolních zobrazení kV-CBCT.

Výsledky: Celkem jsme vyhodnotili 138 nastavení u 24 pacientů (18 pacientů mělo 6 zobrazení, šest pacientů mělo 5 zobrazení). Iničiální bezpečnostní lem kolem prostaty byl uniformní a činil 8 mm v ose antero-posteriorní (AP), respektive 6 mm v ose kranio-kaudální (CC) a latero-laterální (RL). Po vyhodnocení 10 zobrazení kV-CBCT došlo v AP ose ke zmenšení lemu na 6 mm u 13/24 pacientů (54 %), zatímco u 3/24 pacientů (13 %) bylo nutné lem zvětšit na 10 mm a u 8/24 pacientů (33 %) se lem nezměnil. Vypočítaný lem plně kompenzoval odchylky nastavení u 22/24 pacientů (92 %). Všichni pacienti obdrželi dávku ≥ 78 Gy, aniž by byly překročeny doporučené limity tolerance zdravých orgánů.

Závěr: IG-IMRT využívající kV-CBCT a kV-kV zobrazení umožňuje provádět adaptivní radioterapii. Individuální bezpečnostní lem kolem prostaty vytváří předpoklady pro bezpečnou eskalaci dávky záření.

65

VYUŽITÍ SIMULTÁNNÍHO INTEGROVANÉHO BOOSTU PŘI ESKALACI DÁVKY NA INTRAPROSTATICOU LEZI U PACIENTŮ S KARCINOMEM PROSTATY

Doležel M.¹, Odrážka K.¹, Vaňásek J.¹, Dvořáková D.¹, Pavlíková E.¹, Zahradník L.¹, Kabrhel J.², Morávek R.²

¹Onkologické centrum, Pardubická krajská nemocnice a.s., Multiscan s.r.o.

²Urologie, Pardubická krajská nemocnice a.s.

Cíle: Dávková závislost karcinomu prostaty je prokázána radiobiologickými daty i klinickými studiemi. Pacienti s eskalovanou dávkou dosahují lepší biochemické kontroly i DMFS. Cílem práce je prokázat možnost selektivní eskalace dávky bez zvýšení morbiditativy pomocí IMRT a metody simultánního integrovaného boostu.

Metody: V první fázi jsme aplikovali 138 pacientům pomocí IMRT dávku LD 78 Gy a 2 Gy v 39 frakcích na oblast prostaty a báze semenných váčků, u pacientů s cT3b na oblast prostaty a celých SV (IMRT 78). U 52 pacientů jsme aplikovali na oblast prostaty dávku LD 82 Gy a 2 Gy v 41 frakcích a na oblast báze SV dávku LD 73,8 Gy a 1,8 Gy v 41 frakcích (IMRT/SIB 82). Ve druhé fázi přistoupili k selektivní eskalaci dávky na vlastní intraprostatickou lézi. U pacientů se středním a vysokým rizikem, u kterých je na MR patrný tumor korelující s palpačním a TRUS nálezem, provádíme cílenou eskalaci na tumor s lemem dávkou 82 Gy při současném ozaření prostaty a báze SV dávkou 76 Gy.

Výsledky: Při mediánu sledování 37 měsíců jsme pozorovali pozdní G3 GU toxicitu u 7 % ve skupině IMRT 78 a 6 % u pacientů IMRT/SIB 82. Pozdní G3 GIT toxicita byla přítomna u 5 % (IMRT 78), resp. 2 % pacientů (IMRT/SIB 82). U pacientů léčených v minulosti 3D-CRT byla sledována G3 GU toxicita v 9 % a G3 GIT toxicita ve 14 %. Přes eskalaci dávky je možno pomocí IMRT techniky dosáhnout identické GU a dokonce signifikantně nižší GIT toxicity. Použití simultánního integrovaného boostu na vlastní lézi a současně moderní technologie IGRT (resp. Cone beam CT), při které upravujeme nastavení pacienta při každém ozaření nikoli dle kostěných struktur, ale dle vlastní polohy prostaty, současně umožňuje redukovat bezpečnostní lem, provádět cílenou eskalaci intraprostatické léze a současně dále redukovat radiační toxicitu rizikových orgánů.

Závěr: Použití radioterapie s modulovanou intenzitou svazku umožňuje cíleně eskalovat dávku při současném snížení gastrointestinální toxicity.

66 HORMONÁLNÍ TERAPIE V RADIAČNÍ LÉČBĚ LOKÁLNĚ POKROČILÉHO KARCINOMU PROSTATY

Katolická J.¹, Rovný A.², Filipenský P.², Divišová K.¹

¹Onkologicko-chirurgické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

²Urologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

Cíle: Před radioterapií (RT) v léčbě lokálně pokročilého karcinomu prostaty je dle doporučení NCCN *National Comprehensive Cancer Network* indikována neoadjuvantní hormonální terapie po dobu 4–6 měsíců. Cílem studie bylo zhodnocení výsledků kombinované léčby na základě vlastních zkušeností.

Metody: Hodnotíme soubor 32 pacientů léčených v období 1/2007 až 3/2009 s histologicky verifikovaným adenokarcinomem prostaty z punkční biopsie.

Tab. 1. Charakteristika pacientů

Věk	
průměr	69 let
věkové rozmezí	52–78
Gleasonovo skóre	
< 6	6
7	12
8–10	14
Vstupní hodnota PSA	
< 30 ng/ml	15
> 30 ng/ml	17

Před RT byla podána po dobu 6 měsíců neoadjuvantní hormonální terapie bicalutamidem 150 mg (Casodex), následně byla provedena kurativní zevní RT v dávce 2,0 Gy na frakci do celkové dávky 68–74 Gy. Hladina PSA před RT se pohybovala v rozmezí 3,7 až < 0,02 ng/ml a u 52 % nemocných byla zaznamenána parciální remise lokálního nálezu.

Výsledky: Akutní toxicita při RT zahrnovala dysurie u 54 % nemocných stupně G1, u 12 % G2, hematurie u jednoho pacienta s G2, u 9 % G1, proktitida G 1 byla u 8 % nemocných. U 3 % nemocných jsme zaznamenali změny související s metabolickým syndromem, zvýšení krevního tlaku a poruchy glycidového metabolismu. Progresi ve smyslu zvýšení hladiny PSA jsme zaznamenali u 12 % léčených pacientů, u 0,6 % nemocných došlo k progresi onemocnění ve smyslu scintigraficky a CT vyšetřením prokazatelných metastáz do skeletu. **Závěr:** Radioterapie s neoadjuvantní hormonální léčbou Casodexem v dávce 150 mg byla efektivní u 87 % nemocných a byla dobře tolerovaná.

67 BISFOSFONÁTY V LÉČBĚ KOSTNÍ GENERALIZACE UROLOGICKÝCH MALIGNIT

Matoušková M.¹, Hanuš M.¹, Králová V.¹, Kubinyi J.²

¹Urocentrum, Praha

²Ústav nukleární medicíny 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Kostní generalizace s vysokou prevalencí postihuje urologické neoplazie, u ZN prostaty je postiženo až 85 % nemocných s generalizací. K ovlivnění algického syndromu a kostních komplikací jsou v rámci multimodální léčby podávány bisfosfonáty. Cílem je zhodnocení více než 10letých zkušeností s léčbou.

Metody: Pacientům s kostní generalizací podáváme > 10 let bisfosfonáty, především klodronát, v posledních letech i zoledronát. Volba přípravku závisí na diagnóze, rozsahu kostního postižení a na preferenci pacienta. Ke sledování kostního postižení používáme ICTP a ALP, dále zobrazovacích metod, především scintigrafie skeletu, rtg snímků a při nejasných nálezech CT.

Výsledky: Předkládáme soubor 79 pacientů, 63 mužů a 16 žen, průměrný věk 68,3 roku <53;78>, léčených bisfosfonáty. Nejčastějším ZN v souboru byl renální karcinom (dále CaP). Podávání bisfosfonátů vedlo k úpravě hladin ICTP, na zobrazovacích metodách byla změna pouze v souvislosti s hormonální léčbou u CaP. Klinicky jsme dosáhli snížení spotřeby analgetik a objektivní odpovědi podle Meltzakovy škály bolesti (snížení ze 7,4 na 3,8).

Závěr: Podávání bisfosfonátů považujeme za bezpečnou a účinnou léčebnou modalitu u nemocných s kostní generalizací. Ačkoliv aminobisfosfonáty deklarují vyšší účinnost, zatím nebyla provedena přímá srovnávací studie. Při zahájení léčby bisfosfonáty je třeba přihlížet nejen ke klinickému stavu pacienta, farmakokinetice jednotlivých přípravků a ceně léčby, ale i k volbě nemocného v přístupu k parenterální a perorální léčbě. Z hlediska snížení kostních komplikací bychom měli nasazovat léčbu bisfosfonáty nemocným s předpokládaným dlouhým přežitím.

FUNKČNÍ PORUCHY

pátek 9. října (10.30–12.15)

68

AXONOPATIE VISCERÁLNÍCH NERVŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U INTERSTICIÁLNÍ CYSTITIDY – ULTRASTRUKTURÁLNÍ STUDIEZámečník L.¹, Zámečník J.², Háček J.², Hanuš T.¹¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Etiologie intersticiální cystitidy (IC) zůstává nejasná. Stále je studována role mastocytů v intersticiu močového měchýře, poruchy ochranné funkce urotelu, ale i neurogenní příčiny. Faktory způsobující dlouhodobou fixaci pánevní bolesti nebyly dosud zcela objasněny. Cílem pilotní studie bylo provést elektronmikroskopickou analýzu morfologických změn nervových zakončení viscerálních nervů ve stěně močového měchýře u pacientů s intersticiální cystitidou/syndromem bolestivého měchýře.

Metody: Byly provedeny biopsie z močového měchýře u 16 pacientů dlouhodobě léčených pro intersticiální cystitidu (dle Kodaňské klasifikace ESSIC byl cystoskopický nálezh stupně I u pěti pacientů, stupně II u osmi pacientů, stupně III u dvou pacientů a stupně IV u jednoho pacienta). Odebrané vzorky byly fixovány v paraformaldehydu a byly z nich připraveny poloténké a ultratenké řezy pro vyšetření elektronovým mikroskopem. Posuzovány byly změny axonů a myelinových pochv ve vláknech viscerálních nervů močového měchýře, byla prováděna morfometrická analýza vláken a nálezy byly porovnány se 6 kontrolními vzorky pacientů bez IC.

Výsledky: U 12 pacientů (75 %) s intersticiální cystitidou byla, na rozdíl od kontrol, zjištěna přítomnost ultrastrukturálních morfologických změn v nervových vláknech – zejména známky chronické axonální neuropatie (hromadění transportních filament a vezikulárních organel). Některá myelinizovaná vlákna navíc jevila známky mírné chronické demyelinizace.

Závěr: Na základě pozorování usuzujeme, že u pacientů s chronicky probíhající intersticiální cystitidou může docházet k chronickým neuropatickým změnám viscerálních nervů močového měchýře. Ty mohou být jedním z faktorů přispívajících k fixaci chronické bolesti a urologických obtíží u intersticiální cystitidy i v nepřítomnosti floridních zánětlivých změn.

69

VÝSKYT HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U PACIENTŮ S BENIGNÍ HYPERPLÁZIÍ PROSTATY V ČESKÉ REPUBLICEZámečník L.¹, Hanuš T.¹, Doležal T.², Karmazínová Z.³¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²Ústav farmakologie 3. LF UK, Praha³Pfizer, s.r.o., Česká republika

Cíle: Velké množství pacientů se syndromem hyperaktivního měchýře (OAB) zůstává neléčeno z různých důvodů. Benigní hyperplazie prostaty (BHP) bývá doprovázena symptomy OAB, které často ustupují po specifické farmakoterapii BHP. Prevalence symptomů OAB a způsob léčby mužů s diagnostikovanou BHP zatím zůstává neznámá. Ve studii byli cílovou skupinou muži s benigní hyperplazií prostaty. Cílem bylo zmapovat spektrum a změny farmakoterapie BHP, výskyt hyperaktivního močového měchýře v této populaci, léčbu a závažnost symptomatologie.

Metody: Vlastní sledování se skládalo z retrospektivní a prospektivní části, kde byly v rámci návštěvy u urologa zaznamenány údaje týkající se BHP a OAB. Sběr dat probíhal v roce 2007. V projektu bylo rozdáno celkem 654 záznamových listů, z nichž prošlo fází validace 98 %.

Výsledky: Průměrný věk pacientů zařazených do projektu byl 66,7 let. Ve sledovaném souboru byla BHP léčena farmakologicky (93,6 %). Nejčastěji byla terapie zahajována alfa-blokátory (73 %), na druhém místě léčby jsou fytofarmaka (19,9 %) a na třetím místě finasterid. Při hodnocení mělo s BHP již diagnózu OAB 216 (33,8 %) pacientů. Diagnóza OAB byla nově stanovena u dalších 263 pacientů z 639 (41,2 %). Celkový počet pacientů s BHP a definitivně stanovou diagnózou OAB pak byl 479, což je 75 % pacientů původně léčených jen pro diagnózu BHP. K farmakoterapii OAB bylo z počtu 479 pacientů indikováno 418 pacientů (87,3 %).

Závěr: Kromě komplexního hodnocení souboru podle cílů bylo zjištěno, že diagnóza OAB byla poddiagnostikována u více než 50 % pacientů s příznaky OAB. V terapii BHP i OAB je nejčastější změna z první na druhou linii léčby.

70 FESOTERODIN VE FARMAKOTERAPII HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Huser M., Belkov I., Krajčovičová R.

Urogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN, Brno

Cíle: Fesoterodin je kompetitivní specifický antagonist muskarinových receptorů užívaný v léčbě hyperaktivního močového měchýře (OAB). Je hydrolyzován plazmatickými esterázami na 5-hydroxymethylfesoterodin. Touto cestou obchází dráhu jaterního enzymatického systému a nezatěžuje jaterní metabolismus. Cílem práce je retrospektivní analýza účinnosti léčby fesoterodinem u žen s OAB na Gynekologicko-porodnické klinice LF MU a FN Brno.

Metody: Do souboru bylo zařazeno 72 pacientek s nově diagnostikovaným OAB a léčených fesoterodinem od dubna 2008 do dubna 2009. Před zahájením léčby a 6 měsíců po terapii byla pomocí dotazníku sledována přítomnost urgentní inkontinence, počet urgencí, počet nykturií a hodnocena kvalita života dotazníkem Incontinence Quality of Life). Dále byl sledován výskyt nežádoucích účinků a důvody předčasného ukončení terapie. Ze studie byly vyloučeny pacientky s anatomicky prokázanou poruchou statiky pánevního dna a ženy s jinou příčinou uniku moči (MUCP < 45 mm H₂O). Ke statistické analýze byl použit Studentův t-test a software Statistica.

Výsledky: Léčbu fesoterodinem úspěšně dokončilo 64 žen (88,8 %). Jako nejčastějším důvodem přerušeni léčby ženy udávaly vedlejší nežádoucí účinky (NU) léčby. Nejčastěji udávané NU byly sucho v ústech, dyspepsie a závratě. Po léčbě fesoterodinem po dobu 6 měsíců došlo ke statisticky významnému ($n < 0,01$) poklesu výskytu urgentní inkontinence (45 vs. 27 případů), počtu urgencí během dne ($12,6 \pm 3,1$ vs. $6,3 \pm 2,7$) a nykturie ($4,2 \pm 1,2$ vs. $1,8 \pm 0,6$). Rozdíl ve standardizované kvalitě života před a po terapii nebyl statisticky významný (105 vs. 98 bodů).

Závěr: Studie prokázala statisticky signifikantní zlepšení projevů OAB po terapii fesoterodinem. Léčba může být komplikována některými vedlejšími NU, které v některých případech vedou k předčasnému ukončení léčby. Těmto komplikacím lze úspěšně předjet podrobným poučením před zahájením terapie a správným výběrem pacientek na základě anamnézy a urogynekologického vyšetření.

71 INTRAVEZIKÁLNÍ INSTILACE BOTULINUMTOXINU U PACIENTŮ S HYPERAKTIVITOU DETRUZORU – PILOTNÍ STUDIE

Krhut J.¹, Zvara P.², Havránek O.¹, Gärtner M.³, Němec D.¹

¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

²Division of Urology, University of Vermont, USA

³Gynekologicko-porodnická klinika FN, Ostrava-Poruba

Cíle: Botulinumtoxin (BTX) je využíván v léčbě dysfunkcí dolních močových cest, zejména detruzorové hyperaktivity. Z experimentů na zvířeti vyplývá, že BTX podaný do měchýře instilací snižuje detruzorový tlak v plnící, nikoliv však v mikční fázi. Cílem pilotní práce je ověřit hypotézu, že instilace BTX snižuje účinně detruzorový tlak v plnící fázi, zatímco detruzorový tlak v mikční fázi neovlivňuje a u takto léčených pacientů je zachována možnost spontánní mikce.

Metody: Soubor zahrnuje celkem 16 pacientek (průměrný věk 57,1 let) s urodynamicky prokázanou idiopatickou hyperaktivitou detruzoru. U všech pacientek jsme podali formou instilace 200 UI Botoxu v 40 ml fyziologického roztoku, průměrná délka expozice byla 105 minut. Hodnotili jsme subjektivní spokojenost s efektem, změny údajů v mikčních denících a změnu urodynamických parametrů před léčbou a měsíc po léčbě.

Výsledky: Subjektivní úplné spokojenosti měsíc po léčbě jsme dosáhli u dvou pacientek, částečného zlepšení stavu bylo dosaženo u pěti pacientek, devět pacientek nepozorovalo změnu stavu. Průměrná délka trvání efektu u pacientek, u nichž došlo alespoň k částečnému zlepšení, byla 6,8 týdnů. V hodnocených údajích získaných analýzou mikčních deníků ani v urodynamických parametrech nebyl zaznamenán statisticky signifikantní rozdíl před a po léčbě s výjimkou objemu do první netlumené kontrakce (frekvence mikce $-2,1/24$ hod., $p = 0,065$, mikční objem $+5,6$ ml/mikce, $p = 0,638$, maximální průtok Q-max $-1,1$ ml/s, $p = 0,587$, cystometrická kapacita $+10,2$ ml, $p = 0,702$, maximální detruzorový tlak v plnící fázi $+1,1$ cm H₂O, $p = 0,837$, maximální detruzorový tlak v mikční fázi $-4,2$ cm H₂O, $p = 0,278$, plnící objem při první netlumené kontrakci detruzoru $+50,3$ ml, $p = 0,034$).

Závěr: Instilace BTX v námi použité dávkě nevedla k efektivnímu snížení detruzorového tlaku v plnící fázi, subjektivní efekt byl zaznamenán u menšiny pacientek a trval velmi krátkou dobu.

72

VÝSLEDKY LÉČBY NOČNÍ INKONTINENCE MOČI DESMOPRESSINEMKuliaček P.¹, Novák I.²¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie LF UK a FN, Hradec Králové²Oddělení dětské urologie, Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: Léčba noční inkontinence (NI) moče je svízelná, protože etiologie onemocnění je multifaktoriální a podávání jednoho preparátu často nepřináší očekávaný efekt. Do noční inkontinence moče nepatří jenom monosymptomatická noční enuréza (MNE), ale i různé stupně hyperaktivního močového měchýře.

Metody: Retrospektivní studie 23 pacientů, kteří byli od ledna 2007 do června 2008 vyšetřeni na naší ambulanci s NI. Po vyšetření byl u nich nasazen k léčbě NI desmopressin (DDAVP) v různých aplikačních formách: nosní spray, tablety, tablety melt. Při následných kontrolách se nám podařilo získat validní údaje u 16 našich pacientů.

Výsledky: Mohli jsme vyhodnotit 16 pacientů. Zlepšení inkontinence na 91–100 % suchých nocí bylo u devíti (50 %) pacientů, zlepšení na 61–90 % u tří (18 %), na 41–60 % u dvou (12,5 %), na 11–40 % u dvou pacientů. K dosažení efektu si pět pacientů aplikovalo 2 dávky nosního spraye. U sedmi pacientů byla užita kombinace DDAVP a parasymptolytika (PSL) pro známky hyperaktivity měchýře.

Závěr: U všech pacientů, u kterých jsme nasadili desmopressin, došlo ke zlepšení stavu. U 14 (87,5 %) byla redukce NI o 50 % a více, z toho u devíti (56 %) byla redukce NI výrazná, 91–100 %. Úplné vymizení NI jsme dosáhli u sedmi (44 %) pacientů. V některých případech bylo nutno použít titrování dávky a použití PSL. Léčba je většinou dlouhodobá. Osvědčily se nám další lékové formy DDAVP. Při vysazování léčby je úspěšnější model s postupným ukončením léčby.

73

VÝSLEDKY LÉČBY MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE IMPLANTACÍ ARGUS SLINGU

Krhut J., Havránek O., Němec D., Míka D.

Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

Cíle: Stresová inkontinence u mužů je ve většině případů iatrogenní komplikací léčby benigních a maligních onemocnění dolních močových cest a pánve. Cílem práce je zhodnotit výsledky léčby stresové inkontinence pomocí implantace adjustabilního ARGUS slingu.

Metody: Soubor zahrnuje celkem 21 pacientů s těžkou stresovou inkontinencí moči léčených v letech 2006–2009 implantací ARGUS slingu. Průměrný věk pacientů v souboru byl 66,3 (18–78) let, délka sledování je 14,8 měsíců (2–32). Čtrnáct pacientů podstoupilo v minulosti radikální prostatektomii (devět z nich s následnou radioterapií), čtyři pacienti transuretrální prostatektomii, jeden pacient transvezikální prostatektomii a u tří pacientů byla stresová inkontinence moči důsledkem neurogení dysfunkce dolních cest močových.

Výsledky: Plné kontinence definované jako únik maximálně několika kapek při maximálním zvýšení intraabdominálního tlaku (pacient nosí vložku nejvýše 1 vložku denně, spíše „pro jistotu“) bylo dosaženo u 14 (67 %) pacientů, u čtyř (19 %) pacientů bylo dosaženo zlepšení kontinence, u tří (14 %) pacientů nebyla léčba úspěšná. Střední maximální průtok moči (Q-max) po operaci byl 11,6 ml, postmikční reziduum 42 ml. Index kvality života dle dotazníku I-QoL se zvýšil z 20,5 na 65 ($p < 0,005$). U 6 pacientů byla provedena ve druhé době adjustace tahu slingu v lokální anestezii. U tří pacientů byla nutná explantace slingu – ve dvou případech pro protruzi slingu do uretry, v jednom případě pro perzistující infekci implantátu. V obou případech protruze slingu do uretry se jednalo o pacienty po předchozí radioterapii.

Závěr: Implantace ARGUS slingu je efektivní metoda léčby mužské stresové inkontinence. Technicky náročný výkon a horší výsledky lze očekávat u pacientů po předchozí radioterapii pánve.

74 VÝZNAM KALIBRACE URETRY A UROFLOWMETRIE PRO HODNOCENÍ SUBVEZIKÁLNÍ OBSTRUKCE U PACIENTEK S RECIDIVUJÍCÍMI INFEKCEMI MOČOVÝCH CEST

Borovička V., Zachoval R.

Urologické oddělení Fakultní Thomayerovy
nemocnice s poliklinikou, Praha

Cíle: U velkého množství patientek s recidivujícími infekcemi močových cest je na základě kalibrace uretry nebo uroflowmetrie diagnostikována subvezikální obstrukce a následně indikována dilatace uretry nebo uretrotomie. Jenom u části z nich ale po výkonu dochází ke snížení četnosti infekcí. Cílem práce bylo zhodnotit, zda je možné jen na základě kalibrace uretry nebo uroflowmetrie usuzovat na subvezikální obstrukci.

Metody: Bylo vyšetřeno 17 patientek s opakovanými infekcemi močových cest. Subjektivně byly všechny pacientky bez pocitu obtížné mikce. Všechny absolvovaly průtokově manometrickou studii, uroflowmetrii (hodnoceno volné Q-max), kalibraci uretry a sono rezidua. Subvezikální obstrukce byla hodnocena dle nomogramu pro ženskou subvezikální obstrukci (Blaivas et al.). Hodnoty kalibrace uretry se pohybovaly v rozmezí 22–26 Ch. Hodnoty volného Q-max se pohybovaly v rozmezí 22–57 ml/s. Reziduum bylo v rozmezí 0–30 ml.

Výsledky: U čtyř patientek byla diagnostikována subvezikální obstrukce. Třináct patientek bylo neobstrukčních. U patientek s prokázanou subvezikální obstrukcí se kalibrace uretry pohybovala od 22 do 26 Ch, průměrná kalibrace uretry byla 25 Ch. Průměrné volné Q-max bylo 31 a průměrné reziduum 9 ml. U neobstrukčních patientek se kalibrace uretry pohybovala od 22 do 26 Ch a průměrná kalibrace uretry byla 25 Ch. Průměrné volné Q-max bylo 28,5 ml/s a průměrné reziduum 4 ml.

Závěr: Na základě kalibrace uretry s hodnotami v rozmezí 22–26 Ch není možné posuzovat, zda je, nebo není přítomna subvezikální obstrukce. Rovněž na základě hodnot volného Q-max v rozmezí 22 až 58 ml/s není možné posuzovat přítomnost subvezikální obstrukce.

75 ČETNOST OPERACÍ PROSTATY U PACIENTŮ LÉČENÝCH PRO BHP

**Louda M.¹, Němečková E.², Pacovský J.¹,
Broďák M.¹, Košína J.¹, Novák I.¹**

¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

²Katedra biologických věd FAF, Hradec Králové

Cíle: V posledních letech došlo ke změnám strategie léčby benigní hyperplazie prostaty (BHP). Naším cílem bylo získat objektivní data o prováděných typech terapie.

Metody: Sledován byl počet pacientů a způsob terapie BHP na Urologické klinice FN a LF UK v Hradci Králové. Data zahrnují operace BHP prováděné endoskopicky – transuretrální resekcí prostaty (TURP) a otevřenou cestou – transvezikální prostatektomií (TVPE) od roku 2003 do roku 2007. Do studie byla vzata data o počtu pacientů, návštěv a provedených operacích.

Výsledky: Průměrný počet operací endoskopicky TURP byl 155 a otevřenou cestou TVPE 17 operací ročně. Z chirurgických operací se dominantně prováděla TURP. Procentuální zastoupení TURP k počtu operovaných pacientů s BHP kleslo od roku 2003 z 11,76 % na 5,47 % v roce 2007. Procentuální zastoupení TVPE činilo v roce 2003 0,68 %, v roce 2007 kleslo na 0,56 % operovaných pacientů z celkově sledovaných pacientů pro BHP.

Závěr: Uvedenými daty potvrzujeme klesající objem chirurgického řešení v léčbě BHP. Zpracovaným souborem jsme získali přehled o celkovém počtu sledovaných pacientů s BHP a o pravděpodobnosti chirurgického řešení tohoto onemocnění.

76

KRÁTKODOBÉ VÝSLEDKY SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ PO PLAZMAKINETICKÉ VAPORIZACI PROSTATY

Klečka J., Hora M., Běhounek P., Toufarová P., Eret V., Stránský P.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Zhodnotit krátkodobé výsledky a bezpečnost nové vaporizační metodiky v léčbě benigní hyperplazie prostaty – plazmakinetické vaporizace prostaty (PKVP, Olympus device).

Metody: Celkem bylo v pilotním souboru hodnoceno 32 pacientů, kteří byli přijati na Urologickou kliniku FN v Plzni k chirurgické léčbě benigní hyperplazie prostaty. Sledované období bylo listopad 2008 až květen 2009. Tito pacienti byli indikováni k plazmakinetické vaporizaci prostaty. Průměrný věk pacientů byl 68,8 let s (53–83 let). Průměrné hodnoty velikosti prostaty a hladiny PSA byly 58,4 gramů, resp. 2,78 ng/ml. Maximální průtok moče (Q-max) před vlastním výkonem byl 9,2 ml/s a močové reziduum dosahovalo v průměru 86 ml. Čtyři pacienti měli před výkonem zavedený permanentní močový katétr. Všichni pacienti měli normální vstupní hodnoty sérového hemoglobinu a natria.

Výsledky: Průměrná doba operace byla 54,6 min (v rozsahu 30–71 min). Peroperační komplikace se vyskytly u jednoho pacienta a jednalo se o výraznější peroperační krvácení. Časné pooperační komplikace se vyskytly u osmi pacientů (25,6 %). U jednoho pacienta se jednalo o infekci močových cest, dva pacienti udávali výraznější urgence a jeden urgentní inkontinenci. Další dva pacienti museli být rehospitalizováni pro výraznou makroskopickou hematurii s tamponádou močového měchýře a dva pacienti měli po PKVP opakovanou retenci a byli indikováni k TUR-P. Průměrná hodnota IPSS a QoL se snížila z předoperačních 21,5 (QoL 3,2) na 11,5 (QoL 2,1), průměrný maximální průtok se navýšil z 9,2 ml/s na 14,1 ml/s a zároveň došlo k poklesu objemu reziduální moče na 24 ml. Ani u jednoho z pacientů jsme nemuseli podat krevní deriváty.

Závěr: Přestože jsou naše výsledky limitována krátkou dobou a relativně malým souborem pacientů, můžeme již nyní konstatovat, že plazmakinetická vaporizace prostaty patří mezi bezpečné alternativní metodiky léčby BPH.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819 Náhrada a podpora funkce některých životně důležitých orgánů.

77

LÉČBA PACIENTŮ S MÍŠNÍMI DYSRAFISMY NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ KDCHOT FN BRNO

Zerhau P., Husár M.

Urologické oddělení KDCHOT FN, Brno

Cíle: Retrospektivní zhodnocení konzervativní a chirurgické léčby postižení dolních močových cest u pacientů s míšními dysrafismy, léčených na našem pracovišti v posledních 20 letech

Metody: V letech 1989–2009 bylo sledováno celkem 87 pacientů s míšními dysrafismy. Pro zamýšlené zhodnocení jsme tento časový úsek rozdělili na tři období: I. 1989–1995, II. 1996–2005, III. 2006–2009. V prvním období bylo sledováno 28 pacientů, ve druhém 58, ve třetím 69 nemocných, ve věkovém rozmezí 0–35 roků. V uvedených skupinách uvádíme použité způsoby léčby (konzervativní, chirurgická, miniinvasivní) a sledujeme změny v jejich zastoupení.

Výsledky: Celkově jsme pouze konzervativně (farmakologicky, čistou intermitentní katetrizací) léčili 54 pacientů, operovali 33. V období I bylo z celkového počtu 28 pacientů konzervativně léčeno 23, chirurgicky pět (tj. 17,9 %, 3× ileocékální náhrada, 2× augmentace, 4× kontinentní stoma). V období II bylo léčeno 58 pacientů, z toho 23 operováno (tj. 39,7 %, 23× augmentace, 10× kontinentní stoma, 2× plastika hrdla, 2× uzávěr hrdla močového měchýře), ve III. období sledujeme a léčíme 69 pacientů, z toho bylo pět (7,2 %) léčeno chirurgicky (5× augmentace, 4× kontinentní stoma, 3× MACE stoma), pět (7,2 %) pacientů miniinvasivní cestou, aplikací botulotoxinu A.

Závěr: Uvedené výsledky dobře ilustrují podmínky a trendy v jednotlivých obdobích. Zpočátku menší počet pacientů a léčba již devastujících postižení močových cest, později ve větší míře přesun k cystoplastikám a chirurgickým úpravám odtoku moče, v posledním období pak ústup od velkých výkonů, daný jednak včasnou konzervativní léčbou, jednak intradetrúzorovou aplikací botulotoxinu A.

Práce je podporována grantem NS 9845-3.

78 LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE PRO FUNKČNÍ A AFUNKČNÍ TUMORY NADLEDVIN

Novák K.¹, Šafařík L.², Babjuk M.¹, Macek P.¹,
Dvořáček J.¹, Hanuš T.¹

¹Urologická klinika I. LF UK a VFN, Praha

²Nemocnice Na Františku, Praha

Cíle: Cílem práce je analýza vlastního souboru pacientů po laparoskopické adrenalectomii (LA), která se stala bezpečným a standardním operačním řešením benigních funkčních (hormonálně aktivních) a afunkčních tumorů nadledvin. Indikace se rozšiřují i na některé adrenální malignity.

Metody: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor 234 pacientů (92 muži, 142 ženy ve věku 21–77 let), u nichž jsme od 10/1997 do 5/2009 provedli 241 LA (vpravo 116, vlevo 125). U 145 LA šlo o funkční nálezy potvrzené předoperačním endokrinologickým vyšetřením (hyperaldosteronismus – 67, Cushingův syndrom – 30, adrenogenitální syndrom – 3, feochromocytom – 45), nefunkčních bylo 96 (maligní histologický nálezy – 19). Všechny LA byly provedeny z transperitoneálního laterálního přístupu.

Výsledky: Při LA byla odstraněna tkáň váhy 15–400 g, operační čas byl 40–420 minut (průměr 118 minut u hyperaldosteronismu vs. 182 minut u feochromocytomu), délka hospitalizace 3–32 dní. Konverze na otevřenou operaci byla nutná u sedmi (2,9%) – z toho 5× u feochromocytomu, časná revize u čtyř (2× otevřeně, 2× laparoskopicky) – vše pro krvácení. Během konverze byla provedena sutura vena cava inf. 1×, sutura pleury 1×. Pozdními komplikacemi byly pankreatická sekrece s formováním abscesu 1×, sterkorální sekrece se spontánním zhojením 1×, klinicky významný hematom léčený konzervativně 1×.

Závěr: LA je bezpečná operační metoda s minimálním výskytem komplikací zvláště u benigních adrenálních patologií. Výkon je obtížnější a s větším rizikem komplikací u nálezů s nepříznivými funkčními a histologickými charakteristikami (feochromocytom, metastatické tumory).

79 LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE

Hartmann I.¹, Študent V.¹, Grepl M.¹, Šmakal O.¹,
Král M.¹, Hrabec M.¹, Fryšák Z.²

¹Urologická klinika FN, Olomouc

²III. interní klinika FN, Olomouc

Cíle: Zhodnotit výsledky operační metody zavedené na Urologické klinice v Olomouci v roce 2000.

Metody: Retrospektivně jsme zhodnotili údaje pacientů, kteří podstoupili adrenalectomii laparoskopicky v letech 2000–2009. Indikace k operaci byla stanovena na základě laboratorního vyšetření, zobrazovací metody, selektivní katetrizace suprarenálních žil ve spolupráci endokrinologa, radiologa a urologa. Operace byly provedeny transperitoneálně, s použitím 4 portů, vpravo navíc s portem pro retrakci jater. Suprarenální cévy byly přerušeny mezi titanovými klipy, nadledvina vypreparována většinou pomocí harmonického skalpelu a z dutiny břišní odstraněna v sáčku. Pooperačně byl zaveden drén s podtlakovým sáním.

Výsledky: V uvedeném období byla provedena laparoskopická adrenalectomie u 154 pacientů. Na pravé straně 74× (48%), 80× (52%) na straně levé. Průměrná velikost odstraněné nadledviny byla 4,5 cm (1,5 až 12 cm). Průměrný operační čas byl 64 minut (38–200). U 15 operací došlo k větší krevní ztrátě než 100 ml (100–600). Ze závažných perioperačních komplikací došlo 2× k poranění ocasu pankreatu, 1× k poranění hepatální flexury. V šesti případech byl výkon konvertován v otevřenou operaci. K závažným pooperačním komplikacím nedošlo. Histologicky byl nejčastěji zastoupen adrenokortikální adenom (39%), hyperplazie (24%), feochromocytom (7%) a metastatické postižení nadledviny (13%).

Závěr: Laparoskopická operace nadledviny je bezpečný výkon s nízkým rizikem komplikací. Transperitoneální přístup poskytuje dostatečné operační pole s dobrou orientací.

80

LAPAROSKOPICKÁ ADRENALEKTOMIE

Stránský P.¹, Hora M.¹, Eret V.¹, Klečka J.¹, Üрге T.¹, Grégrová H.², Dvořáková E.³, Hes O.⁴, Chudáček Z.⁵, Kreuzberg B.⁶

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²II. interní klinika LF UK a FN, Plzeň

³I. interní klinika LF UK a FN, Plzeň

⁴Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN, Plzeň

⁵Radiodiagnostické oddělení FN, Plzeň

⁶Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Laparoskopie se stává zlatým standardem při řešení většiny případů nadledvinových tumorů. Hodnotíme vlastní zkušenosti s laparoskopickou adrenalectomií (LA).

Metody: Od ledna 2003 do května 2009 bylo provedeno na našem pracovišti celkem 40 LA. Indikace k výkonu je prováděna po dohodě s endokrinologem. Operační přístup používáme transperitoneální ze 3 až 5 portů.

Výsledky: Deset LA bylo provedeno u mužů (25 %), 30 u žen (75 %). Hormonálně aktivní nádor byl indikován k operaci v 18 případech (45 %). Hormonálně inaktivních tumorů bylo operováno 22 (55 %). U 20 pacientů (50%) byl transperitoneální přístup zvolen i po předchozí břišní operaci (otevřená cholecystektomie, apendektomie, transperitoneální nefrektomie, aortofemorální bypass). Komplikace výkonu byla ve třech případech – 7,5%. Konverzi jsme v našem souboru neměli. U čtyř pacientů byl BMI vyšší než 38.

Závěr: LA je rychlá, s minimální morbiditou a mortalitou, vyžaduje však zkušeného operatéra. Pacient profituje zejména z miniinvazivity výkonu a krátké rekonvalescence. Indikovány jsou benigní nádory rozměrů přibližně do 8 cm, rozsáhlé a zejména maligní nádory adhezující dle CT k okolním orgánům nadále zůstávají doménou otevřeného přístupu. Kontraindikací nemusí být ani předchozí výkony v dutině břišní a operace je proveditelná i u pacientů s těžkou obezitou.

81

ADRENOKORTIKÁLNÍ KARCINOM – KAZUISTIKA

Broul M.¹, Schraml J.¹, Bočan M.², Slunéčko R.³, Sticová E.³, Derner M.⁴

¹KZ a.s. – Urologické oddělení a Centrum robotické chirurgie Masarykovy nemocnice o. z. v Ústí nad Labem

²Urologické oddělení Nemocnice Most

³KZ a.s. – Oddělení patologické anatomie Masarykovy nemocnice o. z. v Ústí nad Labem

⁴KZ a.s. – Radiodiagnostické oddělení Masarykovy nemocnice o. z. v Ústí nad Labem

Cíle: Adrenokortikální karcinom je vzácný nádor kůry nadledvin s incidencí 1–2 : 1 000 000. Cílem práce byla prezentace tohoto málo frekventního nádoru nadledviny.

Metody: V kazuistice uvádíme případ vzácného nádoru – adrenokortikálního karcinomu.

Výsledky: Pacient byl přijat na urologické oddělení MN UL k celkovému vyšetření pro nespecifické bolesti břicha. Dle CT nalezena expanze pravé nadledviny, hormonálně inaktivní. Byl indikován k operačnímu řešení. Dle histologického vyšetření byla zjištěna dg adrenokortikální karcinom. Pacient je nadále sledován a dle kontrolních vyšetření je po 6 měsících bez recidivy a metastáz.

Závěr: Adrenokortikální karcinom je vzácný nádor kůry nadledviny, může být hormonálně inaktivní a diagnostikován až z histologického nálezu.

NÁDORY LEDVIN

pátek 9. října (12.30–14.30)

82

CHARAKTERISTIKA DENDRITICKÝCH BUNĚK A ZASTOUPENÍ REGULAČNÍCH T-LYMFOCYTŮ V KRVI A NÁDOROVÉ TKÁNI U PACIENTŮ SE SVĚTLBUNĚČNÝM KARCINOMEM LEDVINYMinárik I.¹, Lašovička J.², Budínský V.², Kawaciuk I.¹, Bartůňková J.²¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha²Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Stanovení poměru myeloidních a plazmocytoidních dendritických buněk (DC) v krvi pacientů, porovnání exprese CD83 a kostimulačních molekul CD80 a CD86 dendritickými buňkami v nádoru a krvi a určení podílu regulačních T-lymfocytů.

Metody: Z plné krve 26 pacientů jsme na průtokovém cytometru (FACS Aria) pomocí značených protilátek proti CD45, HLA-DR, lineage, CD11c a CD123 určili procentuální zastoupení myeloidních a plazmocytoidních dendritických buněk. Po izolaci PBMC (peripheral blood mononuclear cells) nebo tumor infiltrujících buněk na Ficol-Paque jsme značenými protilátkami na průtokovém cytometru (FACS Aria) stanovili expresi CD83, CD80 a CD86 myeloidními dendritickými buňkami. Podobným způsobem jsme identifikovali skupinu regulačních T-lymfocytů (CD4+, CD25+, FoxP3+) v periferní krvi a nádoru.

Výsledky: Myeloidní dendritické buňky tvoří v krvi 0,29 %, plazmocytoidní DC 0,14 % leukocytů. Exprese maturačního markeru CD83 a kostimulační molekuly CD86 je v nádorech signifikantně vyšší (CD83 – krev 9,565 %, tumor 24,85 %, $p = 0,015$, CD86 – krev 3,7 %, tumor 11,59 %, $p = 0,015$), exprese CD80 je v nádorech vyšší ($1 \times 0,31$ % v krvi), avšak tento rozdíl není statisticky signifikantní ($p = 0,14$). Regulační T-lymfocyty tvoří v krvi pacientů asi 5,8 % leukocytů, v nádorech však jejich počet stoupá na 14 % ($p = 0,0002$).

Závěr: Množství myeloidních i plazmocytoidních dendritických buněk v krvi pacientů odpovídá rozložení u zdravé populace. Důležitý je fakt, že v nádorech dochází k částečnému dozrávání dendritických buněk, avšak přítomnost většího množství regulačních T-lymfocytů v nádoru poukazuje na možnost lokálního potlačení imunitní reakce vůči nádorovým buňkám. Při vývoji vakcín z dendritických buněk je nutné se u pacientů se světlobuněčným karcinomem ledviny zaměřit na současnou depleci populace regulačních T-lymfocytů.

Podpora grantu GAUK 7753/2007.

83

NEFREKTÓMIA PRE KARCINÓM OBLIČKY U STARŠÍCH PACIENTOV

Marenčák J., Moro R., Králik E., Kotorová L.

Urologické oddelenie NsP Skalica, Slovenská republika

Ciele: Analýza morbidity, renálnej funkcie a onkologických výsledkov u starších pacientov (> 70 rokov), ktorí podstúpili nefrektómiu pre karcinóm obličky (RCC).

Metódy: V období od 1. 1. 1985 do 31. 12. 2008 bolo v NsP Skalica operovaných pre RCC 504 pacientov (346 mužov, 158 žien, priemerný vek 62,9 – rozpätie 18–82 rokov). Sedmdesát šest (15,1 %, 51 mužov a 25 žien) operovaných bolo starších ako 70 rokov (priemer 74,8 – rozpätie 71–82 rokov). RCC bol dokázaný štandardnými diagnostickými postupmi. V štádiu I bolo 24 pacientov, v štádiu II 34, v štádiu III 11 a vo IV. štádiu sedem pacientov; 37/76 (48,7 %) postihnutých bolo v čase diagnózy RCC bez príznakov. Priemerná hodnota kreatinínu v sére pred operáciou činila 121 (78–184) mikromol/l. Závažnejšie sprievodné ochorenia malo v čase diagnózy RCC 59/76 (77,6 %) pacientov; 64/76 (84,2 %) bola urobená radikálna nefrektómia (RANE) a 12/76 (15,8 %) nefrón šetriaca operácia. Priemerné sledovanie po operácii činilo 3,7 (rozpätie 0,4–12,7) rokov.

Výsledky: Priemerná doba hospitalizácie činila 11,5 (7–31) dní. Ani u jedného pacienta staršieho ako 70 rokov nebola zaznamenaná perioperačná mortalita. Pooperačné komplikácie boli dokumentované u 27/76 (35,5 %) operovaných pacientov. Najčastejšie išlo o dočasné zvýšenie sérovej hladiny kreatinínu o viac ako 30 % oproti východzej hodnote. Závažnejšie komplikácie zaznamenané u 6/76 (7,9 %) pacientov. Priemerné prežívanie: 7,1 (rozpätie 0,4–12) rokov; 5 rokov zatiaľ prežíva 42/76 (55,3 %, 24 mužov a 18 žien) a 10 rokov 27/76 (35,5 %, 13 mužov a 14 žien) operovaných. Z daného súboru zomrelo 12/76 (15,8 %) pacientov, ale len 5 na generalizáciu základného procesu. Signifikantne ($p < 0,05$) lepšie prežívanie zaznamenané u asymptomatických pacientov v I. a II. štádiu RCC.

Záver: Chirurgické riešenie RCC bolo bezpečné (akceptovateľná perioperačná morbidita a žiadna mortalita) a efektívne (dobré celkové prežívanie) aj u starších pacientov. Starší pacienti musia byť pred operáciou selektovaní podľa pridružených ochorení a tiež podľa biologického veku.

84

VÝSLEDKY FUNKČNÝ PARENCHÝM ŠETRIACICH OPERÁCIÍ PRE KARCINÓM OBLIČKY

Kliment J., Lupták J., Eliáš B., Švihra J.

Urologická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Ciele: Retrospektívna analýza výsledkov funkčným parenchým šetriacich operácií pre karcinóm obličky.

Metódy: Retrospektívna analýza zahrnovala 90 pacientov, ktorí mali vykonanú funkčným parenchým šetriacu operáciu obličky v rokoch 1995–2008. Z uvedeného počtu bolo 42 mužov a 48 žien vo veku 34–79 rokov (medián 58,5 rokov). Prevažná časť mala vykonanú parciálnu resekciu obličky, časť enukleáciu nádoru a 5 pacienti mali urobenú laparoskopickú resekciu obličky. Analýza zahrnovala vek, pohlavie, lokalizáciu a veľkosť nádoru, štádium a histologický typ nádoru, výskyt pooperačných komplikácií a recidív a zhodnotenie funkcie obličiek.

Výsledky: Z 90 pacientov malo 70 (77,7%) histologicky verifikovaný karcinóm, u 10 (11,1%) bol diagnostikovaný angiomyolipóm, u 9 (10%) onkocytóm a u jedného (1,1%) papilárny adenóm. U 9 pacientov so solitárnou obličkou bol potvrdený karcinóm. Veľkosť odstráneného nádoru bola 1,5–6,0 cm (medián 3,3 cm). Nádor bol lokalizovaný v hornom póle

obličky u 30 (33,3%) pacientov, v strednej časti u 23 (25,5%), v dolnom póle u 35 (37,8%) a 2 (2,2%) pacienti mali multilokulárny nádor. Významnejšie pooperačné krvácanie mali tri (3,3%) pacienti pričom dva z nich vyžadovali operačnú revíziu a u jedného pacienta sa krvácanie zastavilo selektívnou embolizáciou. Zo 70 pacientov s karcinómom malo pT1 štádium 67 (95,7%) pacientov, jeden (1,4%) mal pT3a a v dvoch prípadoch nebolo určené patologické štádium. Karcinóm z jasných buniek bol u 60 (85,7%) pacientov, papilárny u 5 (7,1%), chromofilný u štyroch (5,7%) a chromofóbny u jedného (1,4%) pacienta. V 37 (52,8%) prípadoch bol histologický grading G1, v 28 (40%) G2, v 2 (2,6%) G3, v 1 (1,4%) G4 a v 2 prípadoch grading nebol určený. Pacienti boli sledovaní 6–164 mesiacov (medián 44,5 mesiacov). Recidíva karcinómu sa nezaznamenala ani u jedného pacienta. Funkcia obličiek sa udržala v normálnych hraniciach.

Záver: Funkčným parenchým šetriace operácie pre nádor obličky poskytujú výborne výsledky z hľadiska onkologického aj funkčného.

85 POROVNÁNÍ LAPAROSKOPICKÉ A OTEVŘENÉ NEFREKTOMIE PRO KARCINOM STADIA T1–T2

Hanek P., Schmidt M., Brisuda A., Chocholatý M.,
Veselý Š., Kaliská V.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Laparoskopická technika radikální nefrektomie je v současnosti akceptována jako standardní léčebný postup pro nádory ledvin stadií T1-2. Jejimi výhodami jsou především: příznivý pooperační průběh, nižší spotřeba léků a transfuzí, rychlejší rekonvalescence a lepší kosmetický efekt. Po zvládnutí operační techniky je i operační čas srovnatelný s otevřenou nefrektomií. Cílem retrospektivní studie bylo zhodnocení úspěšnosti léčby, operačního času, procenta komplikací, spotřeby analgetik, transfuzí, délky hospitalizace a onkologických výsledků ve vlastním souboru nemocných.

Metody: Retrospektivní zhodnocení souboru 84 laparoskopicky provedených radikálních nefrektomií pro nádory ledviny stadií T1-T2 operovaných v období 5/2005 až 6/2009 a srovnání s kontrolní skupinou 80 pacientů operovaných klasicky otevřenou technikou.

Výsledky: Průměrný operační čas ve skupině laparoskopicky operovaných pacientů byl v průměru o 38 minut delší v porovnání s otevřenými nefrektomiemi (192 vs. 154 min), operační čas laparoskopických nefrektomií má sestupnou tendenci. Laparoskopicky operovaná skupina vykazovala nižší průměrnou spotřebu analgetik (2,8 vs. 3,8 dní), antiemetik (1,27 vs. 2,17 dní) i transfuzí (5,2 vs. 10,3 %). Stejně tak průměrný pobyt na jednotce intenzivní péče (2,4 vs. 3,5 dne) i délka celkové hospitalizace byly kratší (6,0 vs. 6,9 dne). Ve třech případech (3,6 %) bylo nutné přistoupit ke konverzi na otevřenou operaci pro krvácení a technické problémy. S počtem výkonů se parametry laparoskopické nefrektomie dále zlepšují.

Závěr: Laparoskopická radikální nefrektomie je v současné době metodou volby pro nádory ledviny nižších stadií (T1–T2) se srovnatelným operačním časem, nižší spotřebou analgetik, antibiotik a transfuzí. Onkologické výsledky při kratší době sledování nevykazují rozdíly ve srovnání se skupinou pacientů operovaných otevřenou technikou.

86 LAPAROSKOPICKÁ RADIKÁLNÍ NEFREKTOMIE – ZHODNOCENÍ SOUBORU 182 PACIENTŮ

Staněk Z., Svoboda M., Starczewski J., Doležal J.,
Fiala M.

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice,
a.s.

Cíle: Na souboru 182 pacientů prezentujeme vlastní zkušenosti s laparoskopickou radikální nefrektomií (LRN) a hodnotíme komplikace této operační metody.

Metody: Od 01/06 do 05/09 podstoupilo na našem oddělení transperitoneální LRN pro tumor 182 pacientů: 111 mužů, 71 žen, věk 61 let (37–79). Velikost tumoru byla 54 mm (20–120). Renální cévy byly uzavírány hem-o-lok klipy, užití vaskulárního stapleru nebylo nutné při žádné operaci. Stejnostranná adrenalectomie byla provedena 17× (9,3 %), cholecystektomie 7× (3,8 %). Ledvina s tukovým pouzdem byla extrahována v sáčku střídavým, pararektálním či Pfannenstielerovým řezem.

Výsledky: 179 operací bylo dokončeno laparoskopicky, 3 (1,6 %) operace byly neurgentně konvertovány na otevřený výkon, vždy pro krvácení a následnou nepřehlednost v oblasti hilu. Operační čas byl 115 min (55–310). V 38 případech (21,2 %) bylo nutno přerušit dvě nebo tři renální artérie. Krevní ztráty byly 62 ml (0–600). Histologicky byl verifikován onkocytom v 0,6 %, angiomyolipom v 2,8 %, karcinom z renálních buněk v 96,6 %, jehož skladba patologických stadií byla pT1 89,6 %, pT2 4,6 %, pT3 5,8 % (2× nádorový trombus renální žíly), grading: G1 21,4 %, G2 63,6 %, G3 11,6 %, G4 3,4 %. Metastáza do nadledviny byla nalezena 1×. Délka hospitalizace byla 5,4 dne (3–19). Celkový počet komplikací v souboru 179 operací činil 12 (6,7 %). Při jedné operaci byla suturou ošetřena drobná perforace bránice (pooperační RTG bez pneumotoraxu). V pooperačním období byl 1× laparoskopicky extrahován dislokovaný drén, 2× vznikl hematoma v lůžku po nefrektomii (konzervativní postup s podáním krevní transfuze), 4× byla léčena infekce v ráně. U dvou pacientů došlo k sukcesivní plicní embolii s příznivým klinickým průběhem. Z pozdních komplikací byla zaznamenána 2× kýla v jizvě.

Závěr: LRN považujeme za efektivní a bezpečnou operaci pro pacienty s tumory ledvin cT1-2. V našem souboru jsme zaznamenali nízký počet pouze klinicky nezávažných komplikací.

87

LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE NÁDORŮ LEDVIN

Hora M., Ůrge T., Eret V., Stránský P., Klečka J. jr., Hes O., Ferda J., Chudáček Z., Michal M.
LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Srovnat výsledky laparoskopické resekce (LR) s otevřenou resekci (OR) a zhodnotit, zda se výsledky lepší s narůstajícími zkušenostmi chirurga.

Metody: Od 8/2004 do 12/2008 jsme provedli 62 LR (do 5/2009 jsme provedli dalších 10 LR, ty nejsou v souboru zapracovány) a srovnali jsme je se 62 OR provedenými v období 1/2002 až 8/2004. U LR jsme též srovnali prvních 31 případů (do srpna 2006) s druhou polovinou. LR byla provedena jedním chirurgem (MH), OR šesticí chirurgů.

Výsledky: LR tvořily 9,4 % (62/660) všech operací pro nádor ledviny a 25,9 % (62/239) resekčních výkonů. Srovnání OR vs. LR bylo následující: věk pacientů 61,6 vs. 59,2, $p = 0,37$, velikost tumoru 25,6 vs. 32,1 mm, $p = 0,48$, čas operace 111,8 vs. 115,5 min, $p = 0,94$, ischemie ledviny (čas klampování hilových cév) 13,2 vs. 19,1 min, $p < 0,01$, pobyt v nemocnici (8,4 vs. 7,7 dne, $p = 0,078$, komplikace 12,9 vs. 27,4 %. Srovnání první poloviny LR s druhou polovinou LR bylo následující: čas operace 124,5 vs. 99,5 min ($p = 0,023$), ischemie 23,1 vs. 13,8 min, $p < 0,01$, doba hospitalizace 8,1 vs. 5,6 dne, $p < 0,01$, komplikace 32,3 % vs. 22,6 %. Světlobuněčný renální karcinom (RK) byl častěji u OR (83,9 vs. 58,1 %, $p = 0,01$), papilární RK u OR (22,6 % vs. 9,6 %).

Závěr: Výhodou LR je miniinvasivita, ale má oproti OR řadu nevýhod, zejména delší čas ischemie a více komplikací. Hodnoty se snižují s počtem provedených výkonů a v některých hodnotách (čas ischemie) se OR blíží, ale globálně OR dosahuje stále lepších výsledků. Doporučujeme LR zatím provádět pouze ve specializovaných velkoobjemových centrech s dobrým technickým vybavením, superspecializovaným urologem a pouze u přísně vybraných nádorů s ohledem na zkušenosti operátora. OR stále zůstává zlatým standardem.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

88

LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE LEDVINY PRO TUMOR BEZ SUTURY PARENCHYMU

Novák K., Babjuk M., Hanuš T., Macek P., Dvořáček J.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíle: Cílem práce je zhodnocení souboru pacientů, u nichž jsme provedli laparoskopickou resekci ledviny (LRL) pro tumor bez sutury parenchymu s použitím samotného tkáňového lepidla jako způsobem hemostázy.

Metody: Od 5/2008 do 5/2009 jsme provedli LRL u 16 pacientů (11 mužů a 5 žen) ve věku 46–77 let (průměr 60 let). O levostranný tumor šlo u deseti z nich, o pravostranný u šesti. Indikováni byli pacienti, u nichž byl předpoklad onkologicky bezpečné resekce bez nutnosti sutury dutého systému ledviny. LRL jsme prováděli v teplé ischemii po zasvorkování renálních tepen a po předchozí preparaci nádoru a okolního parenchymu od tukového pouzdra. Hemostázy jsme dosáhli aplikací tkáňového lepidla (FloSeal) na resekční plochu společně s metylcelulózou (Surgicel) bez sutury parenchymu. Všechny operace jsme provedli z transperitoneálního přístupu.

Výsledky: Odstraněny byly tumory velikosti 19–37 mm (průměrná velikost 26 mm). U tří byl histologický náález benigní (2× onkocytom, 1× angiomyolipom), u ostatních šlo o různou formu renálního karcinomu. Pozitivní okraje byly v jednom případě – šlo o benigní tumor (angiomyolipom). Doba teplé ischemie byla 13–30 minut (průměr 21), doba operace 93–202 minut (průměr 146), krevní ztráta 100–600 ml. Komplikace byly u čtyř pacientů (25 %) 1. časné: 1× konverze na otevřený výkon pro nedostatečnou hemostázu, 1× laparoskopická revize pro ponechané cizí těleso; 2. pozdní: 1× perkutánní drenáž abscesu v místě resekce 10 dní po operaci, 1× zavedení stentu pro malý urinom (4 cm) 70 dní po operaci s následným zhojením. Všichni pacienti jsou sledováni, osm mělo CT kontrolu a jeden MAG-3 scintigrafii bez známek poruchy funkce ledviny a bez známek recidivy tumoru.

Závěr: LRL představuje miniinvasivní možnost operační léčby tumorů ledvin indikovaných k zachovné operaci. LRL bez sutury parenchymu s použitím samotného tkáňového lepidla není u vybraných pacientů zatížena větším procentem komplikací ve srovnání s postupem se suturou parenchymu, kde jsou komplikace udávány až u třetiny pacientů.

89

LAPAROSKOPICKÁ RUČNĚ ASISTOVANÁ RESEKCE TUMORŮ LEDVIN

Lukeš M.^{1,2}, Heráček J.^{2,3}, Novotný T.², Urban M.^{2,3}

¹Urosanté, Praha

²Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

³Androgeos, Praha

Cíle: V práci hodnotíme vlastní zkušenosti s laparoskopickou ručně asistovanou resekcí tumorů ledvin.

Metody: V období 1/2007 až 11/2008 podstoupilo třináct pacientů výkon pro nádor ledviny T1 N0 M0. Rukou asistovaná transperitoneální preparace umožnila rychlé uvolnění ledviny a lokalizaci tumoru. Užíváme techniku klampování renálního hilu cévní svorkou, resekcí tumoru harmonickým skalpelem a nůžkami a následnou suturou spodiny a okrajů resekované ledviny.

Výsledky: Soubor sedmi mužů a šesti žen, věk 63 (41 až 72), čas operace 111 minut (70–180), doba klampování cév 22 minut (15–35). Klampovány byly vždy artérie i vena společně. Krevní ztráta byla 280 ml (50–900), 2× po uvolnění hilu došlo ke krvácení, 1× řešeno laparoskopicky, 1× s nutností konverze a další sutury. Histologicky 11× světlobuněčný renální karcinom, 1× papilární renální karcinom, 1× onkocytom. Jedenkrát pooperační hematom, řešen konzervativně, 1× 2. pooperační den pro pooperační krvácení revize a nefrektomie. Délka hospitalizace 7,2 dny (5–11).

Závěr: Asistence rukou umožňuje rychlou preparaci ledviny, hilu, rychlejší resekcí a suturu ledviny s kratší dobou klampování hilových cév a následnou extrakcí preparátu. Pooperační komplikace nejsou výrazně vyšší ve srovnání s otevřenou technikou, přesto laparoskopickou ručně asistovanou resekcí indikujeme jen u přísně vybraných případů.

90

NAŠE ZKUŠENOSTI S LAPAROSKOPICKOU RESEKČÍ TUMORU LEDVINY

Staněk Z., Svoboda M., Starczewski J., Petřík A., Fiala M.

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Cíle: Laparoskopická resekcí je rozvíjející se metoda chirurgické léčby nádorů ledviny. Hodnotíme soubor pacientů operovaných na našem pracovišti.

Metody: Od 3/2006 do 5/2009 podstoupilo 41 pacientů laparoskopickou resekcí tumoru ledviny, věk 58,7 let (34–75). Jeden pacient byl operován pro bilaterální tumor, u druhého byly resekovány dva tumory jedné ledviny. Průměrná velikost tumoru byla 24,5 mm (10–48). K identifikaci tumorů užíváme s výhodou laparoskopickou UZ sondu. Renální artérii uzavíráme oddělitelnou cévní svorkou. Resekujeme „studenými“ nůžkami. Sutura resekcí plochy provádíme pokračujícím stehem ve dvou vrstvách s aplikací Surgicelu, bez tkáňového lepidla.

Výsledky: Jedna resekcí byla konvertována na otevřený výkon pro srůsty po hemikolektomii. Jednou pro krvácení v oblasti hilu byla provedena laparoskopická nefrektomie. Bez pooperačních komplikací bylo dokončeno 40 laparoskopických resekcí, s průměrným operačním časem 154 min (90–330). Renální artérie byla uzavřena 36× (90 %), čas ischemie byl 20 minut (10–40), u posledních 20 operací 15 minut (10–25). Krevní ztráta byla průměrně 92 ml (20–400). Histologicky byl verifikován renální karcinom (36), angiomylipom (3) a benigní cysta (1). Chirurgický okraj preparátu byl popsán vždy jako negativní. Urinózní sekreci měli tři pacienti, z toho 1× v kombinaci s perirenálním hematomem (řešeno 2× uretrálním stentem, 1× nefrektomií). U jednoho pacienta byla 8. pooperační den založena dočasná kolostomie pro ischemii colon descendens. Kromě jediného případu urinózní sekrece vznikly všechny komplikace u prvních 20 operovaných. Lokální recidiva tumoru se dosud u žádného pacienta nevyskytla.

Závěr: Resekce tumoru ledviny patří mezi obtížnější laparoskopické výkony. V našem souboru se po 20 provedených operacích významně snížil výskyt komplikací a poklesl čas ischemie ledviny. V současné době doporučujeme vhodným pacientům laparoskopickou resekcí jako bezpečnou a účelnou metodu.

91

LYMFADENEKTOMIE U LAPAROSKOPICKY ŘEŠENÝCH POKROČILÝCH NÁDORŮ LEDVIN

Eret V.¹, Hora M.¹, Hes O.², Ferda J.³, Klečka J.¹,
Stránský P.¹, Ůrge T.¹, Chudáček Z.⁴

¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

²Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN,
Plzeň

³Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň

⁴Radiodiagnostické oddělení FN, Plzeň

Cíle: U lokálně pokročilých nádorů ledvin (PNL) zůstává otevřený výkon stále doménou, především při nutnosti lymfadenektomie (LAE). LAE může zlepšit přesnost stagingu, snížit výskyt recidiv a zlepšuje přežití u pacientů s PNL. V práci prezentujeme soubor pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou radikální nefrektomii s regionální LAE.

Metody: Dosud bylo na našem pracovišti provedeno 282 laparoskopických radikálních nefrektomií – od ledna 2003. Transperitoneální přístup jsme indikovali u 259 (92 %) pacientů, z toho u pěti (2 %) případů byla provedena regionální LAE. Předoperačně byla indikována CT angiografie. K preparaci lipolymfatické tkáně jsme použili bipolární koagulaci řízenou počítačem, eventuálně v kombinaci s monopolárním háčkem.

Výsledky: Indikací k provedení LAE byla suspekce na metastatické postižení uzlin dle CT. Výkon byl proveden 4× vlevo, 1× vpravo u čtyř mužů a jedné ženy s průměrným věkem $59,7 \pm 12,4$ let. Průměrná doba

operace byla $153 \pm 41,8$ minut (105–210), krevní ztráta byla $122 \pm 46,6$ ml (80–200), velikost tumoru na CT byla $79,4 \pm 15,4$ mm (70–100), hmotnost tumoru byla $789,2 \pm 307,9$ g (490–1230). Klinický staging byl 1× cT2, 1× cT3a a 3× cT3b a vzdálená metastáza do levého acetabula u jednoho pacienta. Hilová lymfadenektomie byla provedena 1×, paraaortální 4×. Průměrně bylo odstraněno 8,6 uzlin, všechny byly histologicky bez nádorového postižení. Průměrná velikost největší uzliny byla $6,2 \pm 2,2$ mm (3–8). Průměrná doba hospitalizace byla $6,2 \pm 1,6$ dne (4–8).

Závěr: Laparoskopická radikální nefrektomie s regionální lymfadenektomií u PNL je metoda proveditelná u vybraných pacientů a vyžaduje zkušeného laparoskopického chirurga. Výhodou je zlepšení přesnosti stagingu PNL. Výkony by měly být centralizovány a prováděny na specializovaných pracovištích.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.*

92

MÍSTO PERKUTÁNNÍ RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA) V LÉČBĚ NÁDORŮ LEDVINMorávek P. jr.¹, Morávek P. sn.^{1.}, Brodák M.¹, Pacovský J.¹, Navrátil P.¹, Dvořák P.², Hoffmann P.²¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové²Radiologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíle: Zhodnocení klinických zkušeností s perkutánní radiofrekvenční ablací nádorů ledvin za období 2006–2008 a vymezení indikace pro tuto metodu.

Metody: Prospektivně bylo sledováno 33 nemocných, u kterých bylo provedeno 50 RFA pro 36 nádorů velikosti 30 mm (max. 70 mm, min. 10 mm). Průměrný věk byl 73,8 let (57–82). Výkon byl proveden v analgozsedaci a lokální anestezii pod CT kontrolou, jednou pro velikost nádoru (70 mm) po předchozí embolizaci. U nemocných byla sledována délka hospitalizace, komplikace a další vývoj onemocnění. Dispenzarizace spočívala v kontrolách po 1-, 3-, 6- a 12měsících – klinické vyšetření, CT s bolusem kontrastní látky, eventuálně magnetická rezonance (sledována opacifikace nádoru a retrakce okolí tkáně), RTG plic a vyšetření renálních funkcí.

Výsledky: První RFA byla úspěšná u 24 tumorů (66,66 %). Byla prokázána ztráta opacifikace a jizva v okolní tkáni. Druhá RFA u 12 reziduí byla úspěšná 7× a 5× byla provedena s úspěchem RFA potřeby s cílem úplné ablace nádorové tkáně nebo pro koincidenci dalšího nádoru. U sedmi nemocných šlo o solitární ledvinu (stav po nefrektomii pro karcinom), u dvou o hypofunkční druhostrannou ledvinu a u dvou o stav po resekcii druhé ledvinu pro karcinom. U šesti nemocných byla RFA provedena při počínající CHRI a u pěti nemocných u pokročilé CHRI. Čtyři nemocní měli onkologickou duplicitu, tři generalizaci nádoru do plic. Tři nemocní zemřeli na generalizaci a jeden na chronickou renální insuficienci. Jednou byl prokázán hematoma v psoatu, který spontánně regredoval. Průměrná doba sledování byla 18 měsíců (33–6).

Závěr: Perkutánní RFA považujeme za vhodnou, málo invazivní alternativní metodu ablační léčby nádoru ledvin do velikosti 40 mm u starších nemocných s četnými komorbiditami, které jsou kontraindikací operace a u nemocných s nádorem ve funkčně solitární ledvině. Radiofrekvenční ablace přináší velmi dobré výsledky s minimem komplikací.

93

VYHODNOCENÍ SOUBORU PACIENTŮ PO RADIOFREKVENČNÍ ABLACI (RFA) TUMORU LEDVINY NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ FTNBorovička V.¹, Zachoval R.¹, Hořejš J.²¹Urologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, Praha²Radiodiagnostická klinika I. LF UK a VFN, Praha

Cíle: RFA tumorů ledvin je miniinvazivní metoda vhodná pro pacienty s vysokým interním rizikem, tumorem solitární ledvin nebo pacienty s renální insuficiencí. Prezentujeme výsledky sledování pacientů po RFA, u nichž jsme k hodnocení efektu léčby využili kontrastní sonografie, metody bez rtg zátěže, ale srovnatelné výpovědní hodnoty s CT.

Metody: RFA tumoru ledvin absolvovalo pět pacientů. Průměrná velikost tumoru byla 3 cm. Metoda byla použita u pacientů s vysokým interním rizikem pro klasický operační výkon, solitární ledvinou nebo renální insuficiencí. Výkon byl indikován na základě CT vyšetření s obrazem typickým pro renální karcinom. RFA byla provedena pod CT kontrolou v lokální anestezii v kombinaci s analgozsedací. Pro sledování efektu RFA jsme použili sonografii s kontrastem. Jako úspěšná je hodnocena ablace, po které se tumorózní ložisko při sonografii nesytlí kontrastem. Sledované parametry: krevní obraz a renální funkce před a po výkonu a dále v pravidelných intervalech. Sono den po výkonu a dále v tříměsíčních intervalech sono s kontrastem.

Výsledky: Průměrná doba sledování pacientů je 8 měsíců. Dva pacienti jsou bez známek progresu karcinomu, první po 18 měsících a druhý po 4 měsících od výkonu. U dvou pacientů byla prokázána perzistence tumoru při kontrastní sonografii – vzhledem k přání pacientů indikováno pouze sledování a při progresu plánována II. doba RFA. Jeden pacient po 2 měsících od výkonu zemřel v důsledku progresu intersticiální plicní fibrózy. U žádného pacienta po výkonu nedošlo ke komplikacím. Nebyl pozorován pokles v krevním obrazu, zhoršení renálních funkcí ani tvorba perirenálního hematoma. Doba hospitalizace byla v průměru 4 dny.

Závěr: RFA je výkon zatížen nízkou morbiditou s rychlou rekonvalescencí pacienta. Sonografické sledování umožňuje zachytit časnou recidivu tumoru bez nadbytečné rtg zátěže pacienta. K zhodnocení efektivity výkonu z onkologického hlediska bude nutné dlouhodobější sledování pacientů.

94

LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE LEDVINY S VYUŽITÍM RADIOFREKVENČNÍ ABLACE

Havránek O.¹, Krhut J.¹, Vávra P.², Míka D.¹

¹Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

²Chirurgická klinika FN, Ostrava-Poruba

Cíle: Prezentovat využití radiofrekvenční ablace při laparoskopické resekci ledviny. V současné době se při řešení menších tumorů ledvin využívá ve stále větší míře miniinvazivní chirurgie. Rovněž dochází k rozvoji nových tumor-ablačních technik jako alternativy ke klasické resekci tumoru. Mezi nejpoužívanější patří radiofrekvenční ablace (RFA) a kryoablace. RFA lze použít k destrukci vlastního tumoru, ale jsou popsány i různé techniky jejího využití při resekcích výkonech na ledvině. Jejich cílem je využití RFA k hemostáze a minimalizaci, resp. vyloučení pooperační ischemie ledvin.

Metody: Prezentujeme operační řešení tumoru dolního polu levé ledviny u 53leté pacientky. Při operaci tumoru jsme využili kombinaci laparoskopického přístupu a RFA. Preparační část operace byla provedena laparoskopicky, pro vlastní resekci jsme využili ruč-

ně asistovanou laparoskopii. Pomocí přístroje Habib sealer 4X jsme vytvořili ve zdravé tkáni ledviny okolo tumoru lem koagulované tkáně. Následně jsme provedli resekci tumoru (video).

Výsledky: Pooperační průběh bez komplikací. Operační čas byl 150 minut, během resekce nebylo třeba přerušit krevní zásobení ledviny. Krevní ztráty byly do 100 ml. Pacientka byla propuštěna 5. pooperační den. Histologicky potvrzen angiomyolipom, který nepřesahoval resekcí okraje.

Závěr: Využití RFA při resekci tumoru ledviny je účinná metoda, jejíž hemostatický efekt dovoluje provádět resekci nádoru bez nutnosti přerušování krevního zásobení ledviny. Relativní nevýhodou je někdy obtížně interpretovatelný histologický nálezn při posuzování radikality výkonu.

95

HISTOLOGICKÝ NÁLEZ NEKRÓZY KARCINOMU LEDVINY JAKO NEGATIVNÍ PROGNOSTICKÝ FAKTOR

Pacovský J.¹, Broďák M.¹, Hušek P.¹, Holub L.¹,
Košina J.¹, Navrátil P.¹, Louda M.¹, Podhola M.²

¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

²FÚP FN a LF UK, Hradec Králové

Cíle: Ověření vztahu histologického nálezu nekrózy karcinomu ledviny, jeho biologického chování a prognózy nemocného po nefrektomii.

Metody: Retrospektivní analýza histologických nálezů karcinomů ledvin odstraněných nefrektomií či resekci v letech 2001–2005. Cíleně byl hodnocen histologický typ tumoru, přítomnost nekrotického tumoru, velikost tumoru, známky sarkomatoidní transformace a buněčný grade dle Fuhrmanové. Všichni nemocní byli sledováni po dobu 4–8 let se zaměřením na rozvoj generalizovaného onemocnění a cenzorované úmrtí nemocného na generalizaci.

Výsledky: Z celkového počtu 228 odstraněných karcinomů byly nekrózy prokázány u 61 nemocného (26,8 %) – 53× u světlobuněčného karcinomu (86,9 %), 8× u papilárního karcinomu (13,1 %). Stadia onemocnění: pT1a 5× (8,3 %), pT1b 16× (26,3 %), pT2 11× (18 %), pT3a 14× (22,9 %), pT3b 14× (22,9 %), pT3c 1× (1,6 %), pT4 0× (0 %). N+ 20× (32,8 %), N0 41× (67,2 %), M+ 17× (27,9 %), M0 44× (72,1 %). Buněčný grade GI 0× (0 %), GII 6× (9,8 %), GIII 33× (54,1 %), GIV 22× (36,1 %). Z 61 nemocných zemřelo 39 (63,9 %) v mediánu 8 měsíců od nefrektomie. U šesti nemocných současný nálezn nekrózy a sarkomatoidní transformace, všichni zemřeli v mediánu 6,5 měsíce od nefrektomie. Všichni nemocní s nekrotickou papilárního karcinomu měli v době operace orgánové či uzlinové metastázy. Velikost tumorů s přítomnou nekrotickou byla 30–170 mm, medián 70 mm. Všichni nemocní, kteří zemřeli na generalizaci karcinomu do 6 měsíců od operace, měli přítomnou nekrotickou nádoru.

Závěr: Přítomnost nekrotického karcinomu je nutno považovat za významný negativní prognostický faktor. Vždy je známkou rychlého a agresivního růstu. Při dispenzarizaci nemocných patří pacienti s přítomnou nekrotickou karcinomu do středně či vysokorizikové skupiny. Přítomnost nekrotického není doménou jen velkých a pokročilých karcinomů, mohou být prokázány i u malých asymptomatických tumorů. Současný výskyt přítomné nekrotického a sarkomatoidní transformace karcinomu jsou projevy vysoce maligního potenciálu karcinomu.

96

NON-NEFROBLASTOMY U DĚTÍ

Mališ J.¹, Hudečková G.¹, Kynčl M.², Pýcha K.³,
Malinová B.¹, Kodetová D.⁴

¹Klinika dětské hematologie a onkologie 2. UK LF a FN Motol, Praha

²Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

³Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁴Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Nádory ledvin představují 6–7 %. Nejčastějším nádorem je nefroblastom (Wilmsův tumor) představující 89–93 % nádorů ledvin. Multicentrické nadnárodní studie stanovily optimální postup léčby u nefroblastomu i ostatních nádorů ledvin (non-nefroblastomy), které tvoří 8–12 %: clear-cell sarkom (CCSK), rabdoidní tumor ledviny (RTK), kongenitální mesoblastický nefrom (CMN), renální karcinom (RCC) a periferní neuroektodermální tumor ledviny (PNET).

Metody: V letech 1989–2008 jsme léčili 265 dětí s primárními nádory ledvin, z nichž 29 dětí (11 %) mělo non-nefroblastom.

Výsledky: RTK – čtyři děti, má nepříznivou prognózu, pouze jeden ze čtyř pacientů dosáhl kompletní remise. Zbývající tři pacienti zemřeli v průměrném intervalu 3 měsíců. CCSK – 14 dětí, žijí všichni pacienti s primárně lokalizovaným onemocněním, jedna pacientka s III. klinickým stadiem a jeden se IV. klinickým stadiem zemřeli na progresi. RCC – devět dětí, v kompletní remisi žije pět dětí s lokalizovaným onemocněním a jeden pacient s metastázami do paraaortálních lymfatických uzlin. Relaps u jednoho pacienta s onemocněním v I. klinickém stadiu 6 let po ukončení pooperační chemoterapie, tento pacient zemřel rok po léčbě druhé volby. Další pacient s primárně lokalizovaným onemocněním léčený jen nefrektomií zrelaboval 3 roky po operaci a onemocnění podlehl. Pouze paliativně byl léčen pacient s generalizací onemocnění do plic, pravé srdeční síně, dolní duté žíly a jater, onkologická léčba byla vzhledem k rozsahu a inoperabilitě nálezu kontraindikována, pacient zemřel 3 měsíce od stanovení diagnózy. PNET ledviny jsme zaznamenali jen u dvou dětí. Devatenáctiletý pacient s metastatickým postižením paraaortálních lymfatických uzlin relaboval na léčbě 6 měsíců od stanovení diagnózy. Druhá pacientka zemřela na komplikaci léčby.

Závěr: Pacienti byli léčeni podle protokolů SIOP podle rozsahu a typu nádoru. I přes platná doporučení léčebných postupů je léčba těchto nemocných individuální podle rozsahu a typu non-nefroblastomu.

97

CÍLENÁ BIOLOGICKÁ LÉČBA RENÁLNÍHO KARCINOMU- SEKVENČNÍ LÉČBA – PŘÍNOS NEBO SLEPÁ CESTA

Matoušková M.¹, Dušek P.², Kubáčková K.³

¹Urocentrum, Praha

²Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

³KOC FN Motol, Praha

Cíle: Biologická léčba renálního karcinomu představuje pro nemocné s generalizací možnost příznivého ovlivnění průběhu onemocnění. PFS (progression free survival) se pohybuje mezi 6–11 měsíci. Cílem je zhodnocení možnosti změny přípravku při progresi onemocnění.

Metody: Předkládáme soubor čtyř pacientů s průměrným věkem 66,3 roku, kteří podstoupili nefrektomii pro renální karcinom. Tři z nich jako debulking při generalizaci onemocnění, jeden muž měl pokročilé onemocnění a po 1,5 roce měl zjištěnou rozsáhlou plicní generalizaci. Všichni byli primárně léčeni monoterapií INF s přechodným efektem. V rámci klinické studie byla pacientům podána léčba sunitinibem. Průměrné trvání objektivní odpovědi dosáhlo 10,6 měsíce. Následně byla zahájena aplikace sorafenibu.

Výsledky: Objektivní odpověď jsme dosáhli po sunitinibu v všech nemocných s trváním 10,6 měsíce. Po změně přípravku za sorafenib jsme znovu zaznamenali PR u všech nemocných. Trvání odpovědi dosáhlo 6,1 měsíce. Nejvýznamnějšími nežádoucími účinky léčby byly průjemy, HF syndrom a hypertenze.

Závěr: Recentní data z literatury popisují celkem 427 pacientů, u kterých byla léčba podávána v sekvenčním režimu. Sekvenční podání je podle závěrů analýz účinné, obě sekvence (sorafenib > sunitinib i sunitinib > sorafenib) je možné použít. Naše závěry dokládají účinnost sekvenčního podání sunitinib > sorafenib při únosném množství nežádoucích účinků. Z literárních dat je zřejmé, že sekvence zahájená sorafenibem má delší odpověď.

98

JE KAŽDÝ RENÁLNÍ KARCINOM VHDNÝ K LÉČBĚ INF NEBO JE I V ČESKÉ REPUBLICE MOŽNÉ PODÁNÍ BIOLOGICKÉ LÉČBY V PRVNÍ LINII?

Matoušková M.¹, Hanuš M.¹, Dušek P.²

¹Urocentrum, Praha

²Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíle: Pokročilé renální karcinomy postihují s vysokou prevalencí vyšší věkové skupiny, kde je i vysoká komorbidita. Podle Zásad cytostatické léčby („Modrá kniha“) a současných omezení zdravotních pojišťoven je léčbou první linie aplikace cytokinů, resp. jejich kombinace spolu s aplikací 5-FU a cis-retinoidů. Jednoznačný benefit má léčba cytokiny pro pacienty s dobrou prognózou podle Motzera. U ostatních není léčba cytokiny přínosem. Cílem práce je výběr pacientů, u kterých není předpoklad efektu imunoterapie a kdy je léčba cytokiny kontraindikována.

Metody: Do retrospektivního sledování bylo zařazeno 34 pacientů, u kterých byla histologicky ověřena diagnóza pokročilého renálního karcinomu. Průměrný věk 65,3 roku <56;78>. Podle Motzera byli nemocní rozděleni do skupin podle rizika. Hodnotili jsme komorbiditu, především kardiovaskulární.

Výsledky: ICHS a hypertenze byly nejčastějšími komorbiditami v souboru (76%, 26 pts), následoval DM, hypotyreóza a další. Ve skupině dobré prognózy bylo 12 nemocných. Podle kritérií Guidelines EAU bylo pro léčbu cytokiny vhodných pouze 17% pacientů.

Závěr: Pro část pacientů není vhodná léčba cytokiny, ať pro intermediální, či špatnou prognózu podle Motzera, nebo pro kardiovaskulární onemocnění či imunosupresi. U části nemocných s kardiovaskulárním postižením je možné cytokiny podat, ale pouze v monoterapii, u ostatních je riziko vysoké. I aplikace přípravků biologické léčby vyžaduje sledování kardiovaskulární toxicity, především při aplikaci sunitinibu. Kardiovaskulární toxicita nejčastěji limituje aplikaci cytokinů u pacientů s renálním karcinomem. V našem souboru je pouze 17% vhodných pro léčbu cytokiny. U těchto nemocných bychom měli indikovat biologickou léčbu, nejspíše sorafenibem, v první linii.

99

NOVÝ TYP TRANSLOKAČNÍHO RENÁLNÍHO KARCINOMU LEDVINY (“ROSETTE-LIKE FORMING”, t(6;11), HMB45 POZITIVNÍ RENÁLNÍ TUMOR)

Hora M.¹, Hes O.¹, Michal M., Ůrge T.¹, Eret V.¹, Klečka J.¹, Ferda J.¹, Chudáček Z.¹, Bokr R.²

¹LF UK a FN, Plzeň

²Oblastní nemocnice Příbram

Cíle: Relativně nedávno byl popsán translokační renální karcinom (TRK) s unikátní genetickou ale i histologickou charakteristikou. Vykazuje translokaci t(6;11) (p21.1;q12 či q13). Nalezli jsme ve světové literatuře 11 případů a přidáváme další čtyři.

Metody: Čtyři případy byly nalezeny v patologickém registru nádorů ledviny mezi přibližně 15 000 případy nádorů ledvin. Tři případy byly shodou okolností řešeny ve FN Plzeň, čtvrtý se dostal do registru díky žádosti o konzultaci patology mimo FN Plzeň. Histopatologická diagnóza byla stanovena patologi na základě typického vzhledu v HE barvení a za pomoci imunohistochemie (zejména pozitivita k HMB45). Cytogenetické vyšetření nebylo prováděno.

Výsledky: Případ 1. Muž, 22 let, při sonografii po dopravní nehodě objeven tumor pravé ledviny 4 cm, verifikován na CT a angiografii, řešen otevřenou nefrektomií (NE). Bez známek onemocnění 44 měsíců.

Případ 2. Žena, 24 let, ve 14. týdnu gravidity si vypalovala rezistenci v pravém epigastriu. Dle sonografie a MR tumor pravé ledviny 136 mm. Otevřená NE bez komplikací. O 5 měsíců později ve 40. týdnu spontánně porodila zdravého chlapce. Bez recidivy 27 měsíců. Případ 3. Žena, 39 let, se rozhodla darovat ledvinu své sestře trpící renální insuficiencí. Na CT a MR intrarenálně uložený tumor pravé ledviny 10 mm. Resekován translumbálně. Zcela v pořádku 24 měsíců.

Případ 4. Žena, 34 let, 19. týden gravidity, pro uroinfekci proveden ultrazvuk, nalezen objemný tumor levé ledviny, na MR popsán oboustranný tumor. Následoval uměle vyvolaný abortus a s odstupem z horní střední laparotomie NE vlevo a resekce vpravo. Tumor vlevo světlobuněčný RK pT3a a vpravo TRK. Bez obtíží 2 měsíce od výkonu.

Závěr: Jedná se o velice raritní tumor, nemá oficiální název, není zařazen do oficiálních klasifikací nádorů ledvin. Díky malému počtu případů není možno popsat jeho obecnější rysy včetně maligního potenciálu. Z dostupných případů se zdá, že postihuje spíše mladší jedince a jeho maligní potenciál bude asi nižší.

*Práce podpořena výzkumným záměrem
MSM 0021620819.*

100

PRIMÁRNÍ KARCINOID LEDVINY

Havránek O., Krhut J., Míka D., Häring Z.
Urologické oddělení FN, Ostrava-Poruba

Cíle: Informovat o raritním nálezů primárního karcinoidu ledviny. Karcinoid patří mezi tumory vycházející z neuroendokrinního systému. V České republice je diagnostikováno 200 nových případů ročně. Nejčastější lokalizací primárního karcinoidu jsou gastrointestinální trakt a dýchací cesty. Pro karcinoid je typická hormonální aktivita. V různých lokalizacích produkuje různé působky, nejčastěji serotonin.

Metody: Přinášíme kazuistiku 34letého pacienta, který byl vyšetřován pro dyspeptické obtíže. Na základě gastroscopického nálezu (útlak pyloru zvenčí) doplněna počítačová tomografie (CT), kde diagnostikován objemný tumor pravé ledviny 9 × 7 × 6 cm ohraničený na ledvinu. Snímek plic negativní. Na základě těchto nálezů jsme provedli transperitoneální nefrektomii.

Výsledky: Pooperační průběh bez komplikací. Histologicky prokázány struktury karcinoidu neprostupujícího přes pouzdro ledviny. Doplněn Octreoscan s nálezem dvou ložisek se zvýšenou hustotou somatostatinnových receptorů v lůžku po nefrektomii a pravé paži. Další vyšetření pomocí celotělového PET/CT a MRI břicha prokázala korovou cystu pravého humeru a vyloučila přítomnost patologického ložiska v lůžku po nefrektomii. Nález hodnocen jako primární karcinoid ledviny stadia pT2 Nx M0. Pacient je v současné době dispenzarizován ve specializované onkologické poradně, je bez známek recidivy onemocnění.

Závěr: Primární karcinoid ledviny je raritním nálezem, v literatuře jsou popisovány spíše kazuistiky a přehledové články hovoří pouze o několika desítkách pacientů. Diagnóza karcinoidu ledviny bývá stanovena ve většině případů při histologickém vyšetření. Léčba spočívá v radikální nefrektomii, eventuálně resekci tumoru ledviny. Stagingové vyšetření ve vyloučení primárního karcinoidu v typické lokalizaci. Standardem by mělo být vyšetření pomocí octreotidového skanu a individualizované vyšetření suspektních míst pomocí zobrazovacích metod. Pooperační dispenzarizace u radikálně ošetřených pacientů spočívá ve využití zobrazovacích metod a monitorování metabolitů serotoninu v séru a moči.

101

WUNDERLICHŮV SYNDROM – KAZUISTIKASachová J.¹, Urban M.¹, Poch J.¹, Dvořáček M.²¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha²Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíle: Angiomyolipom řadíme mezi benigní tumory ledvin, histopatologicky je tvořen tukovou tkání, svalovými vlákny a cévami. Vzácnou komplikací tohoto onemocnění je masivní krvácení do retroperitonea. Autoři v kazuistice prezentují tuto vzácnou komplikaci. Dále upozorňují na možné aspekty při diagnostice a terapii tohoto onemocnění získané zpracováním informací z dostupné literatury.

Metody: Pacientka, 46 let, akutně přijata na urologickou kliniku pro stupňující se bolesti břicha, levého mezogastria, propagující se do zad a levé lopatky, bez dysurie, bez hematurie. Bez anamnézy traumatu.

Výsledky: Provedeno fyzikální vyšetření s nálezem hmatné bolestivé rezistence v levém mezogastriu, dle UZ břicha nález tumorosní expanze levé ledviny 20 × 15 cm, se suspektním krvácením do tumoru. Pro postupně se rozvíjející hypotenzi přijata na JIP. Urgentně provedeno CT břicha s nálezem hemoperitonea a krvácením do retroperitonea. Indikována operační revize dutiny břišní a retroperitonea ve spolupráci s chirurgem. Čas příjem – revize: 10.00–15.30 hod. Při revizi odsáta krev z dutiny břišní v objemu 500 ml. Zjištěn zdroj krvácení – objemný tumor ledviny vlevo s centrální nekrózou, ruptura tumoru s krvácením. Provedena trasperitoneální nefrektomie vlevo s cílem kontroly krvácení. Celková krevní ztráta byla 2,5 litru. Krátce po výkonu v péči KAR, následně přeložena zpět na urologickou kliniku. Další pooperační průběh bez komplikací, propuštěna do ambulantní péče 8. pooperační den. Histopatologické vyšetření prokázalo angiomyolipom ledviny s ložisky nekrózy.

Závěr: Jako Wunderlichův syndrom je označována vzácná komplikace spontánního krvácení do retroperitonea vznikající nejčastěji na podkladě ruptury angiomyolipomu ledviny, která vyžaduje urgentní řešení. Je nutno na takové případy v naší praxi myslet.

102

RENÁLNÍ ANGIOMYOLIPOM U NEMOCNÝCH S TUBERÓZNÍ SKLERÓZOUŮrge T.¹, Hora M.¹, Hes O.², Chudáček Z.³, Ferda J.⁴, Skála V.⁴, Fikrle T.⁵, Šubrt I.⁶¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň²Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK a FN, Plzeň³Radiodiagnostické oddělení LF UK a FN, Plzeň⁴Radiodiagnostická klinika LF UK a FN, Plzeň⁵Dermatovenerologická klinika LF UK a FN, Plzeň⁶Ústav lékařské genetiky LF UK a FN, Plzeň

Cíle: Komplex tuberózní sklerózy (TSC, syndrom Bournevilleův) je autozomálně dominantně dědičným onemocněním. Onemocnění jeví variabilní expresivitu, od velmi těžkých projevů se závažnou mentální retardací a orgánovým postižením až po izolované, lehké kožní symptomy. K dominantním projevům patří renální angiomyolipom (AML).

Metody: Na Urologické klinice FN Plzeň je dispenzarizováno 33 nemocných s AML ledvin (doba sledování 1,5–154,3 měsíců) z toho 12 (36%) ve věku 20–74 let podstoupilo další terapii. Tumory byly 2–11 cm velké (průměr 5,5 cm). Resekční výkon jsme provedli u pěti pacientů, nefrektomii u šesti nemocných (1× ruptura AML, 3× epitelioidní AML, 2× multifokální AML) a jednou embolizaci AML. Autoři uvádějí variabilní klinický obraz u dvou (6%) nemocných s AML a geneticky potvrzeným TSC.

Výsledky: Kazuistika 1: Žena 20 let, vyšetřována pro bolesti břicha s nálezem 68 × 38 mm velkého AML pravé ledviny na CT i MRI. Vzhledem k lokalizaci tumoru, která nedovolila resekční výkon, provedena superselektivní embolizace tepen zásobujících tumor. Dermatologické vyšetření potvrdilo morbus Pringle, MRI mozku granulomy periventrikulárně bilaterálně. Kontrolní CT potvrdilo regresi AML, pro další AML velikosti 3 cm horního pólu téže ledviny plánováno kontrolní USG za 6 měsíců.

Kazuistika 2: Žena 17 let, dispenzarizována od 3 let na neurologické ambulanci pro geneticky potvrzenou TSC u nemocné a její matky. Vyloučeny léze CNS, stejně tak kožní symptomy. Na USG ledvin náhodně nalezen 30 mm AML vpravo, pacientka je sledována pomocí ultrasonografie.

Závěr: Indikací k operaci jsou symptomatické nebo AML větší 4 cm, u kterých hrozí spontánní ruptura. Vždy se snažíme o resekční výkon, alternativou je selektivní embolizace nádoru. U AML nemocných, kde máme podezření na TSC, upřednostňujeme ledvinu šetřící výkon, vždy doplňujeme dermatologické, neurologické, kožní a genetické vyšetření.

Práce byla podpořena projektem MSM 0021620819.

VIDEOSEKCE

pátek 9. října (12.30–14.30)

103 INTRAFASCIÁLNÍ NERVY ŠETŘÍCÍ ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE – DVD

Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace techniky intrafasciální, nervy šetřící robotické radikální prostatektomie.

Metody: Na videozáznamu ukazujeme techniku intrafasciální preparace nervově-cévního svazku při robotické radikální prostatektomii u 65letého pacienta s adenokarcinomem prostaty T1c N0 MX, GS 2+3, PSA 5,03, IEEF 22. Při operaci je použit čtyřramenný robotický systém da Vinci (Intuitive SurgicalR, California, USA). Operace je prováděna v 15° Trendelenburgově poloze. Od preparace v oblasti semenných váčků je minimalizováno použití koagulace. Pedikly jsou oboustranně před přerušením zajištěny hem-o-lok klipy. Intrafasciální preparací je v oblasti báze i apexu kompletně zachována prostatická fascie s kavernózními nervy.

Výsledky: Operace trvala 135 minut. Krevní ztráta byla 150 ml. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací. Pacient byl propuštěn do domácího léčení 4. pooperační den. Permanentní katétr byl odstraněn 9. pooperační den. Plně kontinentní byl pacient od 2. měsíce po odstranění katétru. Do 3. týdnů pacient udával 50 % stavu erekce před operací, do 3 měsíců 100 % erekce výchozí.

Závěr: S pomocí robotické asistence lze dosáhnout velmi dobrých výsledků při léčbě karcinomu prostaty. Motivovaným, informovaným pacientům s klinicky lokalizovaným karcinomem T1c, s nízkým PSA, Gleasonovým skóre méně 7 a IEEF více než 21 lze nabídnout novou anatomickou operační techniku šetřící prostatickou fascii s kavernózními nervy. Touto operační technikou s šetřením prostatické fascie (Afroditiina závoje) lze dle Menona zachovat potenci až u 97 % pacientů.

104 ČASNÁ KONTINENCE PO ROBOTICKÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII S REKONSTRUKCÍ RABDOSFINKTERU A DVOUVRSTEVNÉ ANASTOMÓZE – VIDEOPREZENTACE

Köhler O., Belej K., Kaplan O., Kočárek J., Bulíř D.,
Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Inkontinence moče je jedním z hlavních problémů po radikální prostatektomii. Jedním z udávaných důvodů je nedostatečnost rabdofinkteru. V roce 2006 Rocco popsál rekonstrukci zadní části rabdofinkteru s velmi rychlou úpravou kontinence. Prezentujeme výsledky časně kontinence u 38 nemocných s dvouvrstevnou anastomózou po robotické radikální prostatektomii.

Metody: Principem dvouvrstevné anastomózy je rekonstrukce zbytků Denonvilliersovy fascie a zadní části rabdofinkteru v první vrstvě anastomózy. Druhá vrstva spojuje hrdlo měchýře a vlastní uretru. Veškeré sutury jsou prováděny pokračujícím stehem monokrylem. Katétr je extrahován 7–8 den po operaci.

Výsledky: Techniku dvouvrstevné anastomózy jsme provedli celkem 38x. Všechny operace provedl jeden chirurg. Kontinence byla hodnocena po 1, 3 a 6 měsících. Tři měsíce po operaci bylo dosaženo kontinence 0–1 vložka pro jistotu u 72 % nemocných. U žádného nemocného nebyla zaznamenána urinózní sekrece.

Závěr: Dvouvrstevná anastomóza při robotické radikální prostatektomii se stává stále častěji používanou technikou pro svoji bezpečnost a vynikající výsledky.

105

MOŽNOSTI HEMOSTÁZY U ROBOTICKÝCH RESEKČÍ LEDVIN – VIDEOPREZENTACE

Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D.,
Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace řešení hemostázy u 20 robotických resekčí ledvin. Video ukazuje techniku sutury a použití tkáňových lepidel.

Metody: V rozmezí prosinec 11/2007 až 5/2009 jsme provedli 20 robotických resekčí ledvin. U jedenácti výkonů jsme použili k zajištění renální artérie cévní svorku. K zástavě krvácení po resekci jsme použili vždy suturu v jedné, nebo dvou vrstvách šitou přes smotaný Surgicell a dotahovanou proti ledvinnému parenchymu přes hem-o-lok klipy. U čtyř výkonů jsme hemostázu doplnili aplikací Flosealu a 1× Tachosilu.

Výsledky: U všech výkonů byla hemostáza dostatečná a nevyžádala si další řešení. Čas zaklipování ledvinné tepny byl 10–30 minut.

Závěr: Jedním z hlavních cílů u minimálně invazivních resekčí ledvin je zkrácení doby zaklipování renální tepny pod 30 minut. Kombinací správné indikace, čas šetrného operačního postupu a použitím různých prvků hemostázy se daří snížit čas ischémie ledviny pod 20 minut.

106

BENIGNÍ NÁDORY LEDVIN – ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE – VIDEOPREZENTACE

Kaplan O., Köhler O., Kočárek J., Belej K., Drlík P.,
Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Bulíř D.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Cílem práce je prezentovat soubor pacientů po roboticky asistované resekci tumoru ledviny s histologicky benigním nálezem.

Metody: Od listopadu 2007 do května 2009 byla provedena roboticky asistovaná resekce tumoru ledviny u 20 nemocných průměrného věku 53,6 let. Z toho se v osmi případech (40%) jednalo o histologicky prokázaný benigní nádor (6× angiomyolipom, 2× onkocytom) u tří mužů a pěti žen průměrného věku 47,9 let. Postižena byla v šesti případech pravá a ve dvou případech levá ledvina. U všech nemocných se jednalo o tumory předoperačně hodnocené jako T1a, velikosti 10–55 mm (33,3) zjištěných náhodně při sonografickém vyšetření provedeném z jiných důvodů. V šesti případech byl popsán nádor solitární a ve dvou případech se jednalo o postižení bilaterální a multifokální. Indikace k operaci vycházela z předoperačního sonografického a CT vyšetření. V pěti případech byl nádor označen jako maligní, ve dvou případech se jednalo o progresi velikosti angiomyolipomu a v jednom případě byla resekce provedena na žádost onkologa k vyloučení metastázy při kolorektálním karcinomu.

Výsledky: Resekce tumoru byla provedena v sedmi případech. V jednom případě byla provedena biopsie nádoru s peroperační histologií při bilaterálním a multifokálním postižení a pro nález angiomyolipomu nebylo ve výkonu pokračováno. Průměrná délka operace a doba ischémie se nelišila od operace pro maligní nádor (107 vs. 124 min, 14 vs. 15 min). Nezaznamenali jsme žádné peroperační komplikace, v jednom případě se třetí pooperační den objevila urinózní sekrece, řešena zavedením DJ-stentu. V žádném z případů nebyl patologem popsán pozitivní okraj preparátu.

Závěr: Roboticky asistovaná resekce tumoru ledviny je bezpečná metoda přinášející výhody miniinvazivity, spojené se zkrácením doby ischémie operované ledviny. Velké zastoupení benigních nádorů v našem souboru vychází z předoperačního hodnocení CT vyšetření rentgenologem a selekcí pacientů indikovaných k robotickému výkonu.

107 ROBOTICKÁ TRANSPERITONEÁLNÍ PYELOPLASTIKA – VIDEOPREZENTACE

Köhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Bulíř D.,
Drlík P., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace výsledků 54 transperitoneálních robotických pyeloplastik.

Metody: V letech 2006–2009 jsme operovali roboticky 54 nemocných pro primární a sekundární obstrukci ureteropelvickej junkce. Primárních obstrukcí bylo 47 a sekundárních sedm. Bylo provedeno 52 resekcí pyeloplastik podle Andersona-Hynes, jedna laloková plastika u podkovovité ledviny a jedna Foleyova Y-V plastika. U šesti nemocných bylo během operace současně odstraněno robotickými nástroji a flexibilním nefroskopem celkem 14 konkrementů. Dva nemocní měli předoperační funkci ledviny nižší než 20%. Při operaci byl použit trojramenný robotický systém da Vinci. Ureterální stent 7F byl peroperačně zaveden 52× retrogradně a 2× antegradně. Pojistný drén byl extrahován 2.–3. pooperační den a další den byl odstraněn PMK. Stent byl extrahován 6 týdnů po operaci.

Výsledky: Průměrná délka robotické pyeloplastiky od úvodní cystoskopie do sutury incizí v souboru 47 primárních obstrukcí byla 130 minut, u sekundárních 170 minut. Ve skupině primárních obstrukcí byla úspěšnost 95%, u sekundárních 90%. Krevní ztráty v obou skupinách byly menší než 50 ml, u žádného nemocného nebyla pozorována urinózní sekrece drénem. U dvou nemocných se objevily pooperačně teploty, které byly zvládnuty atb. Jiné komplikace jsme nezaznamenali.

Závěr: Vysoká úspěšnost robotických pyeloplastik u primárních i sekundárních obstrukcí UPJ vedla na našem pracovišti ke změně algoritmu v operační léčbě. Jak u primárních, tak u sekundárních obstrukcí UPJ je metodou volby robotická resekcí pyeloplastika. Pokud ji nelze provést, je indikována laserová endopyelotomie.

108 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ CYSTOPROSTATEKTOMIE S INTRAKORPORÁLNÍ DERIVACÍ PODLE BRICKERA – DVD

Kočárek J., Köhler O., Kaplan O., Belej K., Drlík P.,
Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F.,
Pokorný J., Bulíř D.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace techniky robotické radikální cystoprostatektomie (dV-RaCE) s intrakorporální ureteroileostomií podle Brickera.

Metody: Na DVD ukazujeme techniku dV-RaCE u 68letého pacienta pT2b N0 M0, G III, s pravostrannou ureterohydronefrózou. Při operaci je použit čtyřramenný robotický systém da Vinci. Ve 20° Trendelenburgově poloze jsou po založení kapnoperitonea do dutiny břišní vějířovitě zavedeny tři kovové 8mm robotické trokary a jeden kamerový 12mm trokar. Asistentský 12mm trokar je následně zaveden v místě budoucí urostomie v pravém podbřišku. Oba močovody jsou vypreparovány až k močovému měchýři, kde jsou po zaklipování přerušeny. Arterie jsou oboustranně vypreparovány a po zajištění klipy přerušeny. Poté je otevřena endopelviccká fascie po stranách prostaty a komplex dorzální žíly je zajištěn propichovou ligaturou. Po naložení klipu na uretru těsně pod apexem prostaty je uretra přerušena a preparát oddělen od rekta. Přerušením chámovodů a vypreparováním semenných váčků je dokončeno kompletní uvolnění preparátu a ten je vložen do extračního sáčku. Záznam pokračuje oboustrannou extenzivní pánevní lymfadenektomií. Následně je vyčleněn z pasáže preterminální úsek ilea v délce 20 cm. Střevní pasáž je obnovena anastomózou side-to-side pomocí endo-stapleru. Do orálního konce exkludované kličky jsou, po sondáži singel pig-tail stenty 7F, implantovány oba močovody. Aborální úsek kličky je v pravém podbřišku vyveden a fixován před dutinu břišní, v místě po 12mm asistentském operačním portu. Založením pojistných drénů a extrakcí preparátu v sáčku záznam končí.

Výsledky: Operace trvala 450 minut. Peroperační průběh byl bez komplikací. Ureterální stenty byly odstraněny ambulantně 14. pooperační den. Pacient je 7. měsíc po operaci zcela v pořádku.

Závěr: Při srovnání s otevřenou radikální cystoprostatektomií je hlavní výhodou menší krevní ztráta, přesnější preparace a kratší doba rekonvalescence. Naše zkušenosti ukazují, že použití techniky dV-RaCE nepředstavuje technický problém.

109

ROBOTICKÁ RESEKCE ROZSÁHLÉHO DIVERTIKLU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – DVD

Kočárek J., Kóhler O., Kaplan O., Belej K.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace techniky robotické resekce divertiklu močového měchýře.

Metody: Na videozáznamu ukazujeme techniku robotické resekce objemného divertiklu močové měchýře u 52letého pacienta. Při operaci byl použit čtyřramenný robotický systém da Vinci (Intuitive SurgicalR, California, USA). Operace je prováděna v 20° Trendelenburgově poloze transperitoneálním přístupem. Po založení kapnoperitonea jsou do dutiny břišní vějířovitě zavedeny tři kovové 8mm robotické operační trokary a jeden 12mm trokar pro robotickou stereoskopickou optiku. V pravém podbřišku je následně za optické kontroly zaveden 10mm asistenský trokar. Po protnutí nástěnného peritonea je za robotické asistence identifikován a vypreparován divertikl. V oblasti krčku je divertikl resekován. Močový měchýř je vodotěsně uzavřen dvourvrstevnou suturou. Výkon končí zavedením pojistného drénu k sutuře a adaptací nástěnného peritonea.

Výsledky: Operace trvala 50 minut. Krevní ztráta byla do 50 ml. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací. Pacient byl propuštěn do domácího léčení 3. pooperační den. Permanentní katétr byl odstraněn 9. pooperační den.

Závěr: S pomocí robotické asistence lze dosáhnout velmi dobrých výsledků při operační léčbě onemocnění orgánů malé pánve. Tuto techniku lze s úspěchem použít i při indikacích k resekci močového měchýře.

110

NAŠE ZKUŠENOSTI S CYSTOLITOTRYPŠÍ HOLMIOVÝM LASEREM – VIDEOPREZENTACE

Drlík P., Kóhler O., Kočárek J., Belej K., Kaplan O., Kastnerová A., Chmelenský T., Chmelík F., Bulíř D.
Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíle: Prezentace výsledků laserové cystolitotrypse provedené holmiovým laserem u nemocných s BPH.

Metody: Od ledna 2006 do dubna 2009 byla provedena laserová cystolitotrypse u 48 pacientů, průměrná doba sledování byla 14,5 měsíce. Ve skupině byly čtyři ženy, příčinou cystolitiázy byla kombinace stenózy uretry a chronické infekce. Ostatní pacienti byli muži. Jejich průměrný věk byl 64 let. Příčinou vzniku cystolitiázy u mužů byla subvezikální obstrukce. U 14 mužů jsme provedli zároveň holmiovou enukleaci prostaty. Jednalo se o pacienty, kteří již byli léčeni farmakologicky, nebo se u nich objevily opakované močové retence. U této skupiny byly průměrně dva cystolity. Velikost cystolitu byla průměrně 15 mm a objem prostaty byl 57 ml (30–115). U 30 mužů jsme provedli pouze cystolitotrypse. Tito operovaní byli bez předchozí farmakoterapie, průměrně měli dva cystolity o velikosti 20 mm, nulové předoperační postmikční reziduum a průměrný objem prostaty 44,5 ml (30–85). U těchto pacientů jsme pooperačně zahájili farmakoterapii alfa-lytiky.

Výsledky: Všichni pacienti po cystolitotrypse a holmiové enukleaci prostaty byli po operaci bez potíží a bez postmikčního rezidua. Ve skupině pacientů pouze s cystolitotrypse a následnou farmakoterapií se u 5 pacientů objevily po extrakci katétru retence, které byly řešeny následně desobstrukčním výkonem. Tito pacienti měli průměrně dva cystolity velikosti 21 mm a objem prostaty byl průměrně 47 ml. Ostatních 25 operovaných je bez obtíží a postmikčního rezidua. Tito pacienti měli průměrně jeden konkrément velikosti 19 mm a objem prostaty byl průměrně 42 ml.

Závěr: Získané výsledky nám ukazují možnost kombinace léčby laserovou cystolitotrypse a následné farmakoterapie bez nutnosti současného provedení operačního výkonu. Pouze v 16% případů jsme byli nuceni provést následně chirurgické řešení subvezikální obstrukce.

JMENNÝ SEZNAM AUTORŮ**A**

Antoch J. 304

B

Babjuk M. 271, 272, 273, 275, 286, 298, 302, 312, 317

Bárta J. 283, 290

Bartoničková K. 285

Bartůňková J. 314

Běhounek P. 282, 311

Belej K. 289, 292, 300, 326, 327, 328, 329

Belkov I. 308

Bočan M. 299, 313

Bokr R. 324

Bolčák K. 284

Borovička V. 277, 281, 310, 320

Bouchnerová G. 276

Brabec P. 298

Brisuda A. 292, 295, 303, 316

Broďák M. 274, 302, 310, 320, 322

Broul M. 299, 313

Budínský V. 314

Bulíř D. 292, 300, 326, 327, 328, 329

Burger M. 272

Bursa V. 281

C

Carbol L. 290

Č

Čapák I. 284

Čapoun O. 271, 302

D

Derner M. 299, 313

Dítě Z. 280

Divišová K. 306

Doležal J. 316

Doležal T. 307

Doležel J. 284

Doležel M. 305

Drlík P. 289, 292, 300, 326, 327, 328, 329

Dudková V. 288

Dundr P. 275

Dupač V. 304

Dušek P. 271, 285, 303, 304, 323

Dušková J. 273

Dvořáček J. 272, 273, 280, 302, 312, 317

Dvořáček M. 325

Dvořáčková J. 286

Dvořáková D. 305

Dvořáková E. 313

Dvořák P. 320

E

Eis V. 287

El Balouly K. 279

Eliáš B. 273, 274, 294, 315

Eret V. 275, 281, 286, 311, 313, 317, 319, 324

F

Fabián P. 284

Fecura P. 293

Ferda J. 275, 282, 317, 319, 324, 325

Ferdová E. 282

Fiala M. 316, 318

Fikrle T. 325

Filipenský P. 299, 301, 306

Fínek J. 298

Flögelová H. 294

Fryšák Z. 312

G

Galas M. 277, 281

Gärtner M. 308

Gregor V. 278

Grégrová H. 313

Grepl M. 289, 291, 312

H

Háček J. 307

Hafuda A. 302

Hak J. 284

Hamšíkova E. 287

Hanek P. 292, 295, 304, 316

Hanus M. 276, 288, 306, 323

Hanus T. 271, 272, 273, 302, 307, 312, 317

Häring Z. 324

Hartmann I. 294, 312

Havránek O. 286, 308, 309, 321, 324

Heráček J. 278, 279, 280, 287, 318

Hes O. 275, 281, 282, 313, 317, 319, 324, 325

Hlávka A. 305

Hoffmann P. 320

Holubec L. 286

Holub L. 274, 302, 322

Holý P. 277, 281

Hora M. 275, 281, 282, 286, 311, 313, 317, 319, 324, 325

Hořejš J. 320

Hrabec M. 289, 291, 312

Hrabec R. 299, 301

Hrbáček J. 287

Hubík J. 275

Hudečková G. 322

Husár M. 311

Huser M. 308

Hušek P. 274, 322

Ch

Chmelenský T. 292, 300, 326, 327, 328, 329

Chmelík F. 292, 300, 326, 327, 328, 329

Chocholatý M. 292, 295, 297, 316

Chudáček Z. 275, 313, 317, 319, 324, 325

J

Janoušková L. 296

Jarolím L. 285, 295, 297, 303, 304

K

Kabrhel J. 305
 Kajo K. 273
 Kaliská V. 285, 292, 295, 303, 316
 Kaplan O. 289, 292, 300, 326, 327, 328, 329
 Karmazínová Z. 307
 Kastnerová A. 292, 300, 326, 327, 328, 329
 Kašpar M. 290
 Katolická J. 299, 301, 306
 Kawaciuk I. 271, 285, 295, 297, 303, 304, 314
 Kazakov D. 281, 282
 Klečka J. 275, 282, 286, 311, 313, 319, 324
 Klečka J. jr. 317
 Klézl P. 283, 290
 Kliment J. 273, 274, 294, 315
 Kliment J. jr. 273
 Kocák I. 284
 Kočárek J. 289, 292, 300, 326, 327, 328, 329
 Kočvara R. 276, 280
 Kodetová D. 322
 Kodet R. 271
 Köhler O. 289, 300, 327
 Köhler O. 292, 300, 326, 327, 328, 329
 Kokoška V. 301
 Kolářová I. 305
 Kopecký J. 293
 Kosařová M. 278
 Košina J. 274, 302, 310, 322
 Kotlář M. 283
 Kotorová L. 278, 314
 Koukolík F. 287
 Krajčovičová R. 308
 Králík E. 278, 314
 Král M. 283, 289, 291, 312
 Králová V. 288, 306
 Kratochvíl P. 283, 291
 Krejsek J. 284
 Kreuzberg B. 313
 Krhut J. 286, 308, 309, 321, 324
 Krolupper M. 283
 Křen V. 291
 Kubáčková K. 323
 Kubinyi J. 306
 Kuliaček P. 296, 297, 309
 Kurfürstová D. 291
 Kyněl M. 322

L

Lakomý R. 284
 Lašovička J. 314
 Louda M. 302, 310, 322
 Lukeš M. 280, 318
 Lupták J. 294, 315

M

Macek P. 275, 276, 312, 317
 Machálek K. 274
 Malinová B. 322
 Mališ J. 322
 Marenčák J. 278, 314

Mareš J. 271
 Mašková Š. 278
 Mášová I. 276
 Matoušková M. 276, 288, 298, 306, 323
 Michálková K. 294
 Michal M. 317, 324
 Míka D. 309, 321, 324
 Miklánek D. 284
 Minárik I. 314
 Molčan J. 280
 Morávek P. 302
 Morávek P. jr. 320
 Morávek P. sn. 320
 Morávek R. 305
 Moro R. 278, 314
 Mrhalová M. 271
 Mrkos D. 298
 Mynařík J. 305

N

Navrátil P. 274, 302, 320, 322
 Nechvíl K. 305
 Němec D. 308, 309
 Němečková E. 310
 Nencka P. 277, 281
 Novák I. 284, 293, 296, 297, 309, 310
 Novák J. 283, 290
 Novák K. 286, 302, 312, 317
 Novotný T. 280, 285, 318

O

Odrážka K. 305
 Oplatek Z. 299, 301
 Otava Z. 285

P

Pacal M. 284
 Pacík D. 287, 298
 Pacovský J. 274, 302, 310, 320, 322
 Pádr R. 297
 Pavlík I. 272, 273, 276, 302
 Pavlíková E. 305
 Pavlosek T. 290
 Penka I. 284
 Peremský Z. 299
 Pešl M. 271, 272
 Pešta M. 286
 Petruželka L. 298
 Petřík A. 296, 318
 Plasgura P. 290
 Podhola M. 322
 Poch J. 325
 Pokorný J. 300, 328
 Prošvic P. 302
 Pýcha K. 322

R

Rejchrt M. 297
 Rejtar P. 284
 Richterová R. 283

Roček M. 297
 Rovný A. 299, 301, 306
 Ryznarová Z. 290

Ř

Řehák Z. 284
 Řehořek P. 299, 301

S

Sachová J. 325
 Sedláček J. 280
 Schmidt M. 292, 295, 303, 304, 316
 Schraml J. 299, 313
 Skála V. 325
 Skálová S. 293
 Slávik P. 273, 274
 Slunéčko R. 313
 Sobotka V. 278, 279
 Soukup V. 271, 272, 273
 Staněk Z. 316, 318
 Staníček J. 284
 Starczewski J. 316, 318
 Stejkal D. 291
 Sticová E. 299
 Sticová E. 313
 Stolz J. 286
 Ston R. 285
 Stránský P. 275, 282, 311, 313, 317, 319
 Svárovský J. 275
 Sviták M. 281
 Svoboda M. 316, 318
 Szakácsová M. 271, 272

Š

Šabacký I. 301
 Šafařík L. 302, 312
 Šácha P. 287
 Šamanová T. 282
 Šenkeřík M. 293
 Šimáková E. 284
 Šimánek V. 291
 Šmakal O. 294, 312
 Šnajderová M. 279

Študent V. 283, 289, 291, 312
 Šubrt I. 325
 Švihra J. 294, 315

T

Tachezy R. 287
 Tejčková E. 288
 Tichý T. 294
 Tomaškin R. 273, 274, 294
 Topolčan O. 286
 Toufarová P. 311
 Tůma F. 289

U

Ulrichová J. 291
 Ulrych V. 305
 Urban M. 278, 279, 280, 285, 287, 318, 325
 Ůrge T. 275, 281, 313, 317, 319, 324, 325

V

Vaňásek J. 305
 Vávra P. 321
 Veselý Š. 285, 292, 295, 303, 304, 316
 Vidlář A. 291
 Vik V. 277, 281, 287
 Vilhelmová L. 283
 Vítková I. 276
 Vostálová J. 291
 Vrána J. 294
 Vraný M. 294
 Vrbková J. 291

Z

Zahradník L. 305
 Zachoval R. 277, 281, 287, 310, 320
 Záleský M. 277, 281
 Zámečník J. 307
 Zámečník L. 271, 307
 Zátura F. 279, 290
 Zemková D. 279
 Zerhau P. 311
 Zvara P. 308