

Česká urologie

CZECH UROLOGY

2010 • ROČNÍK/VOLUME 14 • ČÍSLO/NUMBER 4 • ŘÍJEN/OCTOBER 2010
ČASOPIS ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP



56. VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

6.–8. října 2010
TOP HOTEL PRAHA

OBSAH

Organizace konference	203
Abecední seznam vystavujících firem a partnerů ČUS	204
Program	205
Abstrakta	216
Jmenný seznam autorů	274

ŠÉFREDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

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

VÝKONNÁ 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
doc. 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., FCMA
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
doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D.
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

ČESKÁ UROLOGIE

2010 • ROČNÍK/VOLUME 14 • ČÍSLO/NUMBER 4
ŘÍJEN/OCTOBER 2010
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

Grafická úprava: Marta Šimková, DTP Galén

Sazba a zlom: Petra Veverková, DTP Galén
(G 301005)

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
(případné 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: Lenka Příhonská, Galén,
Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178,
fax: 257 326 170, e-mail: prihonska@galen.cz

Určeno odborné veřejnosti. Zasláné příspěvky se nevracejí. Nakladatel získá otištěním příspěvku výlučné nakladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerce odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakémkoliv formě či jakýmkoliv způsobem, 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: 31. 8. 2010

Evidenční číslo MK ČR E 7798

Místo vydání: Praha

Číslo a datum vydání: 4/2010, 4. 10. 2010

Copyright © Česká urologie, 2010

Copyright © Galén, 2010

www.czechurol.cz

ORGANIZACE KONFERENCE

PREZIDENT KONFERENCE

as. MUDr. Aleš Petřík, PhD.

VĚDECKÝ VÝBOR KONFERENCE

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc.

doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

doc. MUDr. Milan Hora, PhD.

doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.

doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc.

as. MUDr. Aleš Petřík, PhD.

doc. MUDr. Vladimír Študent, PhD.

SEZNAM VYSTAVUJÍCÍCH FIREM A PARTNERŮ ČUS

PLATINOVÝ PARTNER ČUS

GlaxoSmithKline s.r.o.

OFICIÁLNÍ PARTNEŘI ČUS

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

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

HARTMANN-RICO a.s.

Novartis, s.r.o.

SCA Hygiene Products s.r.o.

VYSTAVUJÍCÍ FIRMY

AMIREX s.r.o.

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

APOTEX (ČR), spol. s r.o.

ARROW international CR a.s.

Astellas Pharma s.r.o.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

AUDIOSCAN, spol. s r.o.

Bayer s.r.o., Bayer Schering Pharma

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

Bioptická laboratoř s.r.o.

BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o.

BS PRAGUE MEDICAL CS, spol. s r.o.

BTL zdravotnická technika a.s.

CO ORD-MED CS, s.r.o.

Coloplast A/S

Comesa spol. s r.o.

Eli Lilly ČR, s.r.o.

GlaxoSmithKline s.r.o.

HARTMANN-RICO a.s.

IPSEN PHARMA

Kimberly-Clark Europe Ltd.

LaparoTech Instruments s.r.o.

Medial spol. s r.o.

MEDKONSULT, s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

Pfizer spol. s r.o.

PRO.MED CS Praha a.s.

RQL s.r.o.

SANDOZ s.r.o.

SCA Hygiene Products s.r.o.

Vipharm Slovakia s.r.o.

Zentiva, k.s.

ZEPHYR SURGICAL IMPLANTS

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Česká urologie

Farmakoterapie

Urologické listy

Urologie pro praxi

Zdravotnické noviny

PROGRAM

Středa 6. října 2010

16.00–17.00 • MINISYMPOZIUM ONKOLOGICKÉ SEKCE

Salonek 1

Předsedající: Matoušková M., Babjuk M.

MO 1 Veselý Š.

**Problematika kostního postižení u karcinomu prostaty
a možnosti jeho ovlivnění**

MO 2 Mečl J.

Aktuální hodnocení výsledků projektu UJO

MO 3 Babjuk M.

Uzlinové postižení u urologických nádorů

MO 4 Matoušková M.

Intravezikální léčba z pohledu právních předpisů

16.00–17.00 • MINISYMPOZIUM URODYNAMICKÉ SEKCE

Salonek 2

Téma: **Chirurgická léčba mužské stresové inkontinence**

Moderátor: Hanuš T.

MU 1 Krhut J.

Současný pohled na mužskou stresovou inkontinenci

MU 2 Heráček J., Urban M.

Léčba mužské stresové inkontinence pomocí pásky Argus

MU 3 Zachoval R.

Léčba mužské stresové inkontinence pomocí pásky ATOMS

MU 4 Pavlík I.

**Léčba mužské stresové inkontinence pomocí umělého
sfinkteru**

17.00–18.30 • ROBOTIKA V ČESKÉ UROLOGII **Kongresový sál II**

Moderátor: Študent V., Köhler O.

R1 Študent V. + panel

Prezentace pracovišť

R2 Köhler O.

Srovnání onkolog výsledků se zahraničím

R3 Kučerová L.

Co jsou pozitivní okraje a jak je posuzovat

R4 Študent V. + panel

Funkční výsledky RoRP – kontinence, erektilní funkce

R5 Študent V. + panel

V čem vidíte přínos RoRP?

R6 Köhler O.

Ekonomika RoRP

R7 Köhler O.

Výhledy robotiky do budoucna

R8 Panel: Schraml J., Doležel J., Kolombo I., Filipenský P.

Diskuse

Čtvrtek 7. října 2010

08.00–08.45 • Zahájení konference **Top Congress Hall**

PŘEDNÁŠKA SUS

1 Marenčák J.

Syndróm nedostatku testosterónu u stárnuceho muža

Cena prof. Hradce 2010

09.00–11.00 • NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE **Top Congress Hall**

Moderátoři: Babjuk M., Mečl J.

2 Dušek L., Babjuk M.

Predikce počtu léčených pacientů s urologickými malignitami v ČR pro rok 2011 – portál UROWEB ve verzi 2.0.

3 Soukup V., Babjuk M., Mareš J., Szakacsova M., Guelly C., Duskova J., Horínek A.

Study of gene expression in superficial transitional cell carcinoma

4 Soukup V., Babjuk M., Pešl M., Szakácsová M., Mareš J., Hanuš T.

Prognostický význam exprese genů HSP60 a CASP3 ve tkáni povrchového uroteliálního karcinomu močového měchýře

5 Dušek P., Kotaška K., Veselý Š., Průša R., Babjuk M.

Stanovení aktivity katepsinu B v séru a moči u pacientů s uroteliálním karcinomem močového měchýře

6 Brisuda A., Babjuk M., Jarolím L., Kaliská V. Š., Veselý Š.

Srovnání standardní cystoskopie a narrow band imaging při detekci svalovinu neinfiltujících uroteliálních tumorů močového měchýře

7 Matoušková M., Hanuš M., Bouchnerová G.

Lokální chemoprolaxe Mitomycinem C u středně a vysokorizikových neinvazivních nádorů močového měchýře

PANEL EXPERTŮ – INVAZIVNÍ NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

8 Babjuk M., Soukup V., Brisuda A., Hanuš T., Jarolím L., Pavlík I., Dušek P., Novák K., Schmidt M., Peší M.

Včasnost indikace radikální cystektomie pro nádor močového měchýře – je situace uspokojivá?

9 Kóhler O., Belej K., Kočárek J., Kaplan O., Fojtík P.

Robotická radikální cystektomie, lymfadenektomie a intrakorporální konstituce neveziky podle Studera – videoprezentace

10 Doležel J., Čapák I., Miklánek D., Macík D., Valík D., Pacal M., Staník M., Šustr M.

Zkušenosti s vlastní modifikací antireflexní uretero-intestinální/ureterovezikální anastomózy

11 Štursa M., Bartoš P., Štefanová M.

Laparoskopicky asistovaná přední pánevní exenterace

12 Brisuda A., Babjuk M., Jarolím L.

Hodnocení časných komplikací po radikální cystektomii pomocí standardizované metodologie

13 Pokorný J., Urban M., Grill R., Heráček J., Poch J., Baitler T., Mašková V., Sachová J., Otava Z., Novotný T., Bittner L., Trněná Z., Hrbáček J., El Balouly K.

Validace Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) pooperačního nomogramu predikujícího pětileté přežití bez recidivy po radikální cystektomii

14 Matys O., Pavlosek T., Plasgura P.

Maligní melanoblastom močového měchýře – kazuistika

15 Pokorný J., Poch J., Kindlová E., Mandys V., Koldová L., Urban M., Grill R.

Malobuněčný karcinom močového měchýře – kazuistika

16 Macek P., Soukup V., Hanuš T., Pavlík I., Novák K., Dvořáček J., Peší M., Zámečník L., Votoček V.

Retrospektivní analýza třináctiletého sledování pacientů s uroteliálními nádory horních močových cest

17 Sachová J., Palascak P., Urban M., Trněná Z., Pokorný J., Gomez W., Nader N.

Recidiva uroteliálního karcinomu v horních močových cestách po radikální cystektomii pro nádor močového měchýře – Kdo je ohrožen a jaká je incidence?

09.00–11.00 • LITIÁZA, INFEKCE, FUNKČNÍ PORUCHY A CHRI**Kongresový sál II***Moderátoři: Petřík A., Krhut J.*

18 Straub M.

Metafylaxe litiázy**PANEL EXPERTŮ – LITIÁZA**

19 Petřík A., Louženský G.

Změny ve složení konkrementů u pacientů s recidivující urolitiázou

20 Minárik I., Schmidt M., Jerie J., Veškrňa K., Rejchrt M., Babjuk M.

Výsledky perkutánních nefrolitotomií v letech 2002–2010

21 Schmidt M., Jerie J., Minárik I., Rejchrt M., Jarolím L., Babjuk M.

Výsledky flexibilních ureteroskopií pro nefrolitiázu

22 Matoušková M., Hanuš M., Kaplán P., Nikodýmová A., Jelínková D.

Komunitní močové infekce u žen, algoritmus vyšetření v urologické ambulanci

23 Nencka P., Zachoval R., Borovička V., Holý P., Vík V.

Urogenitální tuberkulóza v České republice – stav v roce 2009, incidence, trendy

24 Ondra D., Plachý J.

Intersticiální nefritida imitující tumor u mladého pacienta

25 Otava Z., Pokorný J., Urban M., Grill R., Poch J., Mašková V., Baitler T., Novotný T., Bittner L., Hrbáček J., El Balouly K., Trněná Z.

Infarkt ledviny jako málo obvyklá příčina akutních lumbalgii v urologické ambulanci

26 Krhut J., Holý P., Tintera J., Zachoval R., Zvara P.

Aktivace mozkových struktur během mikce u žen při vyšetření funkční magnetickou rezonancí

27 Rejchrt M., Binek B., Schmidt M.

Neurostimulace dolních močových cest u pacientů s hyperaktivitou detruzoru

28 Šámal V.

První zkušenosti se subslizniční aplikací botulinumtoxinu A v léčbě neurogenní hyperaktivity detruzoru

29 Lezovic M., Bojnicky M.

Kvalita života dialyzovaných pacientů

30 Holub L., Brodák M., Pacovský J., Navrátil P., Košina J., Hušek P.

Příčiny úmrtí pacientů po transplantaci ledviny – zkušenosti jednoho centra**11.00–12.45 • NÁDORY LEDVIN****Top Congress Hall***Moderátoři: Hora M., Novák J.*

31 Chocholatý M., Křepelová A., Vasovčák P., Babjuk M.

Genetické změny u světlobuněčného karcinomu ledvin

32 Geryk E., Pacík D., Dítě P., Čermák A., Vít V.

Vícečetné karcinomy ledvin u české populace

33 Chocholatý M., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M., Kawaciuk I.

Synchronní bilaterální karcinomy ledvin

PANEL EXPERTŮ – LAPAROSKOPIE A ROBOTIKA
U NÁDORŮ LEDVIN

34 Eret V., Hora M., Hes O., Ferda J., Klečka J., Stránský P., Üрге T., Chudáček Z.

Laparoskopie velkých a pokročilých nádorů ledvin

35 Broul M., Schraml J., Hlavička M., Bočan M., Derner M., Sticová E.

**Resekce tumorů ledvin pomocí systému daVinci S HD –
naše první zkušenosti**

36 Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Dušek P., Jarolím L., Babjuk M.

Laparoskopická resekce ledviny pro nádor

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

Použití tkáňového lepidla u resekce ledviny – první zkušenosti

38 Stránský P., Hora M., Toufarová P., Klečka J., Eret V., Üрге T.

**Využití poznatků z laparoskopie u otevřené operativy – použití
uzamykatelných klipů u otevřených resekcí ledvin**

39 Klézl P., Kašpar M., Bárta J., Richterová R., Novák J.

Radiofrekvenční ablace v léčbě nádorů ledvin

40 Hora M., Üрге T., Eret V., Stránský P., Klečka J. jr, Kreuzberg B., Ferda J.,
Minčík I., Schraml J., Študent V., Michal M., Hes O.

**Hybridní onkocytické/chromofobní tumory (HOChT) ledviny
(„Birt-Hogg-Dubé syndrome like“ tumory)**

41 Hora M., Üрге T., Eret V., Stránský P., Klečka J., Kreuzberg B., Ferda J.,
Hyršl L., Breza J., Dúbravický J., Holečková P., Michal M., Hes O.

Tubulocystický renální karcinom

42 Broďák M., Košina J., Holub L., Pacovský J.

**Retroperitoneální sarkomy, výsledky operační léčby
a rizikové faktory**

43 Matoušková M., Dušek P., Kubáčková K.

Sekvenční léčba metastatického renálního karcinomu

11.00–12.45 • PEDIATRICKÁ UROLOGIE A ANDROLOGIE

Kongresový sál II

Moderátoři: Kočvara R., Kříž J.

Přednáška ESPU

44 Nijmen R.

Paediatric incontinence – involvement of general urologist

45 Martinčok D.

Primární obštrukčný megaureter u dětí

46 Míka D., Havránek O., Krhut J.

Úloha laparoskopie v diagnostice a léčbě nehmavných varlat u dětí

47 Kočvara R., Sedláček J., Dítě Z., Zvěřina J., Zvárová J.

**Andrologické výsledky mikrochirurgické laparoskopické
varikokélektomie – srovnání s mikroskopickou operací**

48 Kuliaček P., Novák I., Janoušková L., Králová M.

**Výsledky endoskopické léčby VUR při použití dextranomeru/
kyseliny hyaluronové**

49 Dítě Z., Kočvara R., Sedláček J., Hanuš T., Janů M.

**Intravezikální instilace propiverinu v léčbě dysfunkce dolních
močových cest u dětí**

50 Molčan J., Puškáčková J., Slobodníková K., Lúčanová P., Polák V.

**Testikulárne postihnutie u detí s hematologickými
malignitami**

12.45–13.30 • SYMPOZIUM GlaxoSmithKline **Top Congress Hall**

Předsedající: Hanuš M.

GSK1 Hanek P.

Výsledky studie CombAT

GSK2 Matoušková M.

Kazuistiky s komentářem o současných guidelines

13.30–14.15 • WORKSHOP HARTMANN-RICO **Salonek 11**

Cviky svalů pánevního dna

14.15–16.30 • SESTERSKÁ SEKCE **Top Congress Hall**

S 01 Nasonovová J., Horváthová J.

Ošetrovatelský proces u klienta s testikulárním nádorem

S 02 Boháčová K., Palacká P., Gruszková M.

Orchiektomie z pohledu sestry

S 03 Albrechtová M., Viktorová H.

Oboustranný tumor varlat při kryptorchickém varleti – kazuistika

S 04 Papežová Z., Čermáková L.

Akutní stavy v urologii

S 05 Ďulíková J.

Septický stav v urologii

S 06 Schindlerová M., Ďulíková J., Macháňová H.

Selhání ledvin akutní a chronické

S 07 Kožíšková Z., Matoušková M.

Urodynamické vyšetření a naši pacienti

S 08 Steinerova I., Zvoníčková M.

Radikální cystektomie

S 09 Panenková O., Karlovská M., Novák J.

Natura v ošetřování stomií

S 10 Olejárová Z., Vrchlavská P., Palidrabová Š.

Recidivující sarkom retroperitonea – kazuistika

S 11 Ondovčík J., Ihl H.

Urolitiáza

S 12 Cimplová A., Krocová J.

Význam pitného režimu

S 13 Mrštná P., Fišerová P.

Správný pitný režim

S 14 Kolibová P.

Fraktura penisu

S 15 Ženíšková I., Šestáková M.

Fraktura penisu – kazuistika

S 16 Drápelová B., Žúborová A.

Dětské operační instrumentárium v urologii

S 17 Trejbalová H., Malffati K., Krolupper M., Novák J.

Bilaterální inkrustace stentů dlouhodobě zavedených

S 18 Žúborová A., Drápelová B.

Využití laparoskopické metody při onemocnění ledvinové pánevičky

14.15–17.45 • PROGRAM ESU **Kongresový sál II****Safe outpatient operations: How and where?***Chair:* Haas H., Heppenheim (DE)

ESU 1 Haas H., Heppenheim (DE)

Introduction

ESU 2 Grenabo L., Gotenburg (SE)

Patient's preparation

ESU 3 Michel M-M., Mannheim (DE)

Anaesthetics

ESU 4 Grenabo L., Gotenburg (SE)

Genital surgery

ESU 5 Michel M-M., Mannheim (DE)

Endoscopic operations

ESU 6 Grenabo L., Gotenburg (SE)

Demands on institution

ESU 7 Hanus M., Prague (CZ)

Which operation in which institution?**Interactive case discussion**

Pátek 8. října 2010

**7.00–8.00 • PRACOVNÍ SNÍDANĚ
REZIDENTŮ S PŘEDSEDOU ČUS****Pivovarská
restaurace****8.15– 9.45 • PLENÁRNÍ SCHŮZE ČUS ČLS JEP****Top Congress Hall****9.45–12.00 • KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA A PROGNÓZA****Top Congress Hall***Moderátoři:* Hanuš M., Hiblbauer J.

51 Hes O.

Histopatologické hodnocení karcinomu prostaty

52 Schmidt M., Mareš J., Veselý Š., Černý M., Jarolím L.

**Izolace mRNA z tkáně karcinomu prostaty a stanovení genové
exprese SHB a POSTN**53 Hrbáček J., Hamšíková E., Tachezy R., Eis V., Brabec M., Urban M.,
Heráček J.**Přítomnost protilátek proti lidskému papillomaviru 6
u pacientů s karcinomem prostaty koreluje s lokálním
rozsahem nádoru a hodnotou Gleasonova skóre**54 Hrbáček J., Hamšíková E., Tachezy R., Eis V., Brabec M., Urban M.,
Heráček J.**Muži s benigní hyperplazií prostaty mají vyšší hladiny
sérových protilátek proti cytomegaloviru a lidskému
papillomaviru 18 než pacienti s karcinomem**

PANEL EXPERTŮ – BIOPSIE PROSTATY

55 Grepl M., Kudláčková Š., Študent V.

Objem prostaty je významný faktor ovlivňující výsledek biopsie

56 Zátūra F., Bárta J., Klézl P., Hrabec M., Študent V., Novák J.

Prediktivní lokalizace ložisek adenokarcinomu prostaty a racionální biopsie prostaty

57 Zátūra F., Bárta J., Klézl P., Pernička J., Študent V., Novák J.

Využití tkáňové analýzy k zlepšení diagnostiky karcinomu prostaty u komplikovaných nemocných

58 Vík V., Rýznarová Z., Koukolík F., Zachoval R., Vomáčka V.

Zobrazení karcinomu prostaty pomocí MR & MR spektroskopie a jeho korelace s pooperačními histotopogramy

59 Král M., Jamaspishvili T., Študent V., Kolář Z., Bouchal J.

Využití sérových a močových biomarkerů v diagnostice karcinomu prostatyPANEL EXPERTŮ – PROGNOSTICKÉ FAKTORY
U KARCINOMU PROSTATY

60 Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Šturcová Kaliská V., Schmidt M.

Poměr PSA nadir a času do PSA nadir stanoveného ultrasenzitivním testem jako významný prediktor selhání radikální prostatektomie

61 Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Schmidt M., Minárik I., Šturcová Kaliská V.

Hodnota předoperačního testosteronu ve vztahu k agresivitě a prognóze karcinomu prostaty. Výsledky sledování tři roky po radikální prostatektomii

62 Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Schmidt M., Minárik I., Šturcová Kaliská V.

Vliv pozitivních okrajů preparátu na prognózu pacientů po radikální prostatektomii

63 Rejchrt M., Jarolím L., Veselý Š., Babjuk M., Schmidt M., Šturcová Kaliská V., Minárik I.

Radikální prostatektomie s histologickým nálezem pT0

64 Šturcová Kaliská V., Jarolím L., Babjuk M., Veselý Š., Schmidt M., Minárik I., Rejchrt M.

Radikální prostatektomie u nemocných s PSA nad 20 ng/ml

9.45–12.00 • REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE, LAPAROSKOPIE

Kongresový sál II

Moderátoři: Hanuš T., Zachoval R.

65 Breza J. ml., Málek T., Višváderová T., Slobodník L., Javorka V. ml., Breza J. st.

Arterio-venózní fistula obličky s vytvorením pseudoaneurysmy a. renalis

66 Strmenská D., Hora M., Klečka J.

Struktura urologických traumat ošetřených ve FN Plzeň za období 2005–2010

67 Kratochvíl P., Šmakal O.

První zkušenosti s miniinvazivní nechirurgickou léčbou trombotického uzávěru renálních cév následkem tupého poranění

68 Pokorný J., Gürlich R.2, Waldauf P.

Izolované trauma vena iliaca communis dextra jako příčina retroperitoneálního krvácení – kazuistika

69 Breza J. ml., Bujdák P., Lederleitnerová J., Jankovich M., Wassermann O.,
Breza J. st.

**Wunderlichov syndrom – zriedkava komplikacia
angiomyolipomu obličky**

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

**Autotransplantace ledviny jako možné řešení dlouhé striktury
močovodu**

71 Novák I., Košina J., Giblo V.

Fibroepiteliární tumor – příčina akutní obstrukce močovodu

72 Hora M., Stránský P., Eret V., Üрге T., Klečka J. jr.

**Postavení laparoskopie v chirurgické léčbě urologických
onemocnění**

73 Hartmann I., Grepl M., Študent V., Šmakal O., Vrána J.

Laparoskopická resekce divertiklu kalichu ledviny

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

**Časně uvolnění hilových cév při laparoskopické resekcí nádorů
ledvin**

75 Hora M., Stránský P., Klečka J. jr., Eret V., Üрге T., Chudáček Z., Hes O.

**Nová technika kompletní laparoskopická
nefroureterektomie – transuretrální excize ureterovezikální
junkce a zajištěním pomocí uzamykatelného klipu**

PANEL EXPERTŮ – LÉČBA INKONTINENCE U MUŽŮ

76 Zachoval R., Záleský M., Borovička V., Vík V.

**Léčba mužské stresové inkontinence pomocí ATOMS
(Adjustable TransObturator Male Sling)**

77 Doležal J., Čapák I., Miklánek D., Šustr M., Staník M., Macík D.

**Výsledky implantací umělého svěrače moči u mužské stresové
inkontinence komplikované strikturou membranózní uretry –
skrotální přístup z jedné incize**

12.00–14.00 • KARCINOM PROSTATY – LÉČBA

Top Congress Hall

Moderátoři: Jarolím L., Študent V.

PANEL EXPERTŮ – RADIOTERAPIE KARCINOMU PROSTATY

78 Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O., Chmelík F., Fojtík P., Drlík P.,
Chmelenský T., Kastnerová A.

**Robotická radikální prostatektomie, extraperitoneální přístup,
onkologické a funkční výsledky 550 operací**

79 Bočan M., Schraml J., Broul M., Peremský Z., Štrbavý M., Hlavička M.,
Sticová E.

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

80 Novák K., Vraný M., Macek P., Fógel K., Dvořáček J., Hanuš T.

**Endoskopická extraperitoneální radikální prostatektomie –
vlastní výsledky**

81 Kokoška V.

**Roboticky asistovaná radikální prostatektomie z pohledu
anesteziologa a intenzivisty II**

82 Otava Z., Fiala A., Urban M., Grill R., Pokorný J., Novotný T., Poch J., Mašková V., El Balouly K., Trněná Z.

Protruze dorzální vény do anastomózy jako málo obvyklá pozdní komplikace radikální prostatektomie

PANEL EXPERTŮ – RADIOTERAPIE KARCINOMU PROSTATY

83 Odrážka K., Doležel M., Vaňásek J., Vaculíková M., Zouhar M., Šefrová J., Paluska P., Vošmik M., Kohlová T., Brodák M., Navrátil P., Morávek P., Prošvic P., Hoffmann P., Hafuda A.

3D-CRT karcinomu prostaty – dlouhodobé výsledky

84 Doležel M., Odrážka K., Vaňásek J., Zouhar M., Paluska P., Vaculíková M., Šefrová J., Mačingová Z., Jansa J., Vošmik M., Kohlová T., Brodák M., Morávek P., Prošvic P., Hoffmann P.

Klinický benefit eskalace dávky při použití techniky IMRT u karcinomu prostaty – srovnání výsledků 3D-CRT a IMRT

85 Plachý J., Ondra D., Večeřa A.

Histologický nález po RT adenokarcinomu prostaty

86 Jarolím L., Veselý Š., Babjuk M., Malinová B., Schmidt M., Minářík I., Dušek P., Rejchrt M.

Krátkodobé výsledky časné salvage radioterapie po radikální prostatektomii

87 Minářík I., Horváth R., Podrazil M., Hromádková H., Špíšek R., Dušek P., Jarolím L., Babjuk M., Bartůňková J.

Fáze I/II klinické studie imunoterapie karcinomu prostaty pomocí vakcinace dendritickými buňkami – první výsledky

VARLATA A OBECNÁ ONKOLOGIE

PANEL EXPERTŮ – TESTIKULÁRNÍ NÁDORY

88 Ondruš D., Ondrušová M., Dušek L., Mužík J.

Hodnotenie prežívania a ďalších vybraných epidemiologických parametrov u pacientov s nádormi testis na Slovensku

89 Havránek O., Krhut J., Němec D., Hájek J., Feltl D., Dušek L.

Dlouhodobé výsledky léčby pacientů s nádory varlat ve FN Ostrava – Poruba

90 Šturcová Kaliská V., Hanek P., Schmidt M., Rejchrt M., Jarolím L., Babjuk M.

Záchovné výkony při tumoru varlete

91 Brisuda A., Dušek P., Kawaciuk I., Jarolím L., Babjuk M.

Germinální tumory s extragonadální lokalizací

92 Matoušková M., Hanuš M., Králová V., Dudková V.

Kostní postižení v uroonkologii, léčba bisfosfonáty a jejich vliv na hladinu ICTP

93 Geryk E., Dítě P., Kozel J., Štampach R., Kubiček P.

Časové a geografické rozložení nádorových multiplicit vylučovacích cest 1976–2005

94 Belej K., Kaplan O., Kóhler O., Kočárek J., Drlík P.

Elektronický formulář „Incidence a léčba zhoubného novotvaru“ a možnosti jeho použití

12.00–14.00 • BHP

Kongresový sál II

Moderátoři: Pacík D., Zámečník L.

95 Hanuš M., Matoušková M., Králová V., Kiacová H.

Psychologický přístup k urologickému pacientovi s diagnózou BPH/LUTS

96 Zátura F., Luňáček L., Fabišovský M., Krhut J.

Variabilita uroflowmetrie u zdravé populace**PANEL EXPERTŮ – FOTOSELEKTIVNÍ VAPORIZACE PROSTATY**

97 Záleský M., Zachoval R.

Rychlost osvojení techniky fotoselektivní vaporizace prostaty v léčbě benigní hyperplazie prostaty

98 Pokorný J., Otava Z., Novotný T., Grill R., Poch J., Urban M.

TURis plazmakinetická vaporizace prostaty – první výsledky

99 Klečka J., Běhounek P., Eret V., Stránský P., Ůrge T., Hora M.

Výsledky pacientské ankety nemocných po fotoselektivní vaporizaci prostaty (PVP)**ANDROLOGIE**

100 Běhounek P., Janda V., Hora M., Toufarová P., Klečka J.

Léčba priapismu na Urologické klinice FN Plzeň v letech 2005–2010

101 Čapoun O., Hanuš T., Babjuk M., Dvořáček J., Pavlík I., Novák K.

Erektilní dysfunkce u pacientů po radikální prostatektomii

102 Chocholatý M., Hanek P., Pádr R., Jarolím L.

Léčba venogenní erektilní dysfunkce sklerotizací vena dorsalis penis profunda 96% etanolem

103 Novák I., Louda M., Kuliaček P., Hak J., Chládková J., Lojík P., Chovanec V.

Arterio-spongiózní píštěl – příčina akutní masivní uretrorrhagie**PANEL EXPERTŮ – INFERTILITA**

104 El Balouly K., Sobotka V., Šnajderová M., Zemková D., Urban M., Heráček J.

Srovnání kvality života podle IPSS, AMS a IIEF skóre v průběhu hormonální substituční léčby testosteronem u mužů s primárním hypogonadismem

105 Heráček J., Urban M., Rubeš J., Sobotka V.

FISH spermií ze zmrazené testikulární tkáně mužů s neobstrukční azospermii – pilotní studie

106 Sobotka V., Kosařová M., Jelínková L., Urban M., Heráček J.

Srovnání TESE a mikroTESE u mužů s neobstrukční azospermii

107 Jarabák J., Zachoval R., Viklický O., Burgelova M., Sobotka V.

Vliv hemodialýzy na reprodukční schopnost u mužů s chronickou renální insuficiencí

ABSTRAKTA

PŘEDNÁŠKA SUS	217
čtvrtek 7. října 2010 (8.00–8.45)	
NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	218
čtvrtek 7. října 2010 (9.00–11.00) – Top Congress Hall	
LITIÁZA, INFEKCE, FUNKČNÍ PORUCHY A CHRI	226
čtvrtek 7. října 2010 (9.00–11.00) – Kongresový sál II	
NÁDORY LEDVIN	232
čtvrtek 7. října 2010 (11.00–12.45) – Top Congress Hall	
PEDIATRICKÁ UROLOGIE A ANDROLOGIE	239
čtvrtek 7. října 2010 (11.00–12.45) – Kongresový sál II	
KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA A PROGNÓZA	242
pátek 8. října 2010 (9.45–12.00) – Top Congress Hall	
REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE, LAPAROSKOPIE	250
pátek 8. října 2010 (9.45–12.00) – Kongresový sál II	
KARCINOM PROSTATY – LÉČBA	257
pátek 8. října 2010 (12.00–14.00) – Top Congress Hall	
VARLATA A OBEČNÁ ONKOLOGIE	263
BHP	267
pátek 8. října 2010 (12.00–14.00) – Kongresový sál II	
ANDROLOGIE	270

PŘEDNÁŠKA SUS

čtvrtek 7. října 2010 (8.00–8.45)

1

SYNDRÓM NEDOSTATKU TESTOSTERÓNU U STÁRNUCEHO MUŽA

Marenčák J.

Urologické oddelenie NsP, Skalica

Mužský hypogonadismus je charakterizovaný abnormálne nízkymi hladinami sérového testosterónu s typickými príznakmi, vrátane zmien/porúch nálady, sexuálnej dysfunkcie, poklesu svalovej hmoty a sily, zníženou kostnou denzitou a pod. Veľká väčšina týchto príznakov môže byť odstránená (prípadne zmiernená) obnovením normálnej hladiny testosterónu v sére. Dlhé roky boli v terapii mužského hypogonadismu uprednostňované najmä estery testosterónu alebo chirurgicky implantované testosterónové pelety. Nedávno boli vyvinuté ďalšie liečebné modalities ako dlhúčinnujúce intramuskulárne injekcie (testosterón undekanoát), transdermálne náplaste, gely, prípadne bukalne tabletky. Dostupnosť a možnosť využitia nových liečebných možností napomáha obnoviť záujem o riešenie problémov starnúceho muža. Stále je však potrebné

odpovedať na mnohé významné (aj keď v minulosti trochu zanedbávané) otázky spojené so substituálnou testosterónovou terapiou. Okrem iného je dôležité zvážiť riziká/prosperch (benefit) liečby v rôznych populáciách pacientov (napr. u starších mužov), ale rovnako významná je aj potreba stanoviť diagnózu a liečiť na základe princípov medicíny založenej na dôkazoch. Je len dobré a prospešné, že už boli vytvorené kvalitné, medzinárodne akceptované smernice diagnostiky a terapie tzv. „neskoro začatého hypogonadismu“, ktoré všeobecne pomáhajú zlepšovať a optimalizovať zdravotnú starostlivosť o muža po päťdesiatke. Podaný stručný prehľad diagnostiky, súčasných možností, ale aj budúcich smerov terapie andropauzy a zásad sledovania starnúcich mužov s TDS (testosterone deficiency syndrome).

NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

čtvrtek 7. října 2010 (9.00–11.00) – Top Congress Hall

2 PREDIKCE POČTU LÉČENÝCH PACIENTŮ S UROLOGICKÝMI MALIGNITAMI V ČESKÉ REPUBLICE PRO ROK 2011 – PORTÁL UROWEB VE VERZI 2.0.

Dušek L.¹, Babjuk M.² jménem panelu expertů
České urologické společnosti ČLS JEP

¹Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

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

Česká onkologická společnost a Česká urologická společnost budují informační systém, který na základě populačních dat, klinických registrů a údajů získaných od panelu expertů predikuje počty léčených onkologických pacientů v následujících letech. Základem populačních prognóz jsou data Národního onkologického registru (NOR) a demografická data české populace. Kombinace různých zdrojů dat umožňuje věrohodnou predikci počtu pacientů dle klinických stadií a také dle možných léčebných postupů. Tento příspěvek shrnuje nové verze analýz odhadující incidenci a prevalenci pacientů s urologickými malignitami pro rok 2011. Odhady respektují jednotlivé diagnózy (zhoubné nádory varlat, ledvin, močového měchýře a prostaty), dále věk pacienta a pokročilost onkologického onemocnění a jsou provedeny s ohledem na měnící se demografické parametry české populace. Příspěvek představí odhady pro celou českou populaci a pro jednotlivé regiony, vše na základě dosud nepublikovaných, nově validovaných dat NOR z let 2007–2008. Vedle počtu léčených pacientů budou prezentovány nové odhady relativního přežití dosahovaného u pacientů s urologickými malignitami v České republice a tyto hodnoty budou srovnány s výsledky léčby za období 1990–2002.

I přes neustále rostoucí trend incidence u urologických onkologických diagnóz je v České republice dlouhodobě stabilizovaná mortalita a jsou patrné trendy ke zlepšení dosahovaného přežití. Bude rovněž diskutován vliv opakovaných nádorů u téhož pacienta na trendy incidence a mortality. Veškerá nově prezentovaná data budou k datu prezentace volně zpřístupněna v nové verzi portálu UROWEB (www.uroweb.cz).

3 STUDY OF GENE EXPRESSION IN SUPERFICIAL TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Soukup V.¹, Babjuk M.², Mareš J.³, Szakacsova M.⁴,
Guelly C.⁴, Duskova J.⁵, Horinek A.⁶

¹Clinic of Urology, 1st Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic

²Clinic of Urology, 2nd Medical Faculty

³Institute of Biology and Medical Genetics, 2nd Medical Faculty

⁴Center for Medical Research, Graz, Austria

⁵Institute of Pathological Anatomy, 1st Medical Faculty

⁶Institute of Biology and Medical Genetics, 1st Medical Faculty; Charles University, Prague, Czech Republic

Aim:

For the improvement of recurrence prognosis we have applied gene expression microarray analysis to two groups of bladder tumors (superficial bladder tumors with no or late recurrence during the period of two years versus early recurrence ones).

Methods:

Data from microarrays containing 29.019 targets (Applied Biosystems) were subjected to a panel of statistical analyses to identify bladder cancer recurrence-associated gene signatures. Initial screening using the GeneSpring and Bioconductor software tools revealed a putative set of about 50 genes differing in gene expression in both groups.

Results:

After validation significant differences were observed by ARHGEF4, NINJ1, PRICKLE1, PSAT1, TM4SF1 and TNFSF15 genes. Besides, we integrated the microarray dataset with additional background knowledge, in order to algorithmically mine for differential-expression patterns in terms of the Gene Ontology functions and processes as well as known regulatory pathway memberships.

Conclusions:

Our results indicate that it may be possible to identify patients with a high risk of disease recurrence at an early stage using a molecular profile present already in the superficial tumors.

Research was supported by MSM 0021620808.

4 PROGNOSTICKÝ VÝZNAM EXPRESE GENŮ HSP60 A CASP3 VE TKÁNI POVRCHOVÉHO UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Soukup V.¹, Babjuk M.², Pešl M.², Szakácsová M.¹,
Mareš J.⁴, Hanuš T.¹

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

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

³Ústav molekulární biologie a genetiky 2. LF UK,
Praha

Cíl:

Cílem práce je posoudit míru exprese genů HSP60 a CASP3 u nemocných s Ta, T1 uroteliálním karcinomem močového měchýře (UKMM) a zjistit prognostický význam těchto ukazatelů.

Metody:

Do prospektivní studie bylo doposud zařazeno 46 pacientů s Ta, T1 UKMM. Exprese genů byla hodnocena kvantitativně metodou real-time RT-PCR na přístroji ABI PRISM 7 000. Jako srovnávací gen byl použit glycerinaldehyd-3-fosfátdehydrogenázy (GAPDH). mRNA a cDNA se byly izolovány oligotexovou 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 3,96 let (0,3–5,95).

Výsledky:

Recidiva tumoru byla zaznamenána u 17 (38,3 %) sledovaných. Vztah mezi mírou exprese HSP60 a rizikem recidivy nebyl potvrzen. Ve skupině 12 pacientů s expresí CASP3 vyšší než 0,8 se recidiva tumoru objevila u osmi pacientů (66,6 %), naproti tomu ve skupině 34 pacientů s expresí CASP3 menší 0,8 byla recidiva tumoru zaznamenána jen u devíti pacientů (26,5 %). Pacienti s hodnotou exprese CASP3 větší než 0,8 měli 2,7× vyšší riziko recidivy než pacienti s hodnotou exprese menší než 0,8. Progrese tumoru do invazivní formy byla zjištěna u tří pacientů (6,5 %). V souboru 46 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 HSP60, CASP3, klinická hloubka nádorové invaze, míra histologické diferenciace, multiplicita a velikost tumoru, byla pouze exprese CASP3 nezávislým prediktorem recidivy tumoru. Předpověď rizika progrese tumoru nebyla pro malý počet událostí počítána.

Závěry:

U pacientů s Ta, T1 uroteliálním karcinomem močového měchýře je zvýšená exprese genu CASP3 spojena s vyšším rizikem recidivy nádoru. Informace o riziku recidivy byla nezávislá na klinických prognostických faktorech, které se používají v každodenní praxi.

Práce byla podpořena grantem VZ MSM 0021620808.

5 STANOVENÍ AKTIVITY KATEPSINU B V SÉRU A V MOČI U PACIENTŮ S UROTELIÁLNÍM KARCINOMEM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Dušek P.¹, Kotaška K.², Veselý Š.¹, Průša R.²,
Babjuk M.¹

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

²Ústav klinické biochemie a patobiochemie 2. LF UK
a FN Motol, Praha

Cíl:

Katepsin B (KB) je thiol-dependentní proteáza nalézající se za normálních okolností v lysozomech savčích buněk. Je mu přisuzována významná úloha v řadě patologických procesů včetně nádorového bujení. O jeho významu u urologických nádorů je velmi málo zpráv. Cílem práce je zmapovat aktivitu katepsinu B u karcinomu močového měchýře.

Metody:

U 40 nemocných (29 mužů a 11 žen) s histologicky potvrzeným karcinomem močového měchýře bez generalizace byla technikou imunoasay (ELISA) stanovena koncentrace katepsinu B v krevním séru a v moči. Průměrný věk pacientů byl 68,1 let (46–91). Rozsah nádoru a jeho histologické potvrzení stanovíme standardním způsobem. Soubor nemocných je diferencován podle gradingu malignity a nádorové invaze. Povrchový nádor byl zjištěn u 23 a invazivní u 17 nemocných. U 18 nemocných mělo zjištěno low-grade karcinom a u 22 dvou byl nalezen high-grade karcinom. Současně jsme stejným způsobem stanovili koncentraci katepsinu B v kontrolním souboru zdravých osob. Získané výsledky jsme porovnali a statisticky vyhodnotili jak mezi souborem nemocných a kontrolním souborem, tak i v rámci souboru nemocných v závislosti na gradingu malignity a stagingu nádoru.

Výsledky:

Medián koncentrace KB v séru ve skupině s karcinomem byl 54,2 ng/ml (22,6–184,66) a v kontrolním souboru 45,74 ng/ml (4,3–102,38). Rozdíl mezi oběma soubory byl statisticky významný ($p = 0,0451$). Medián koncentrace KB v moči ve skupině s karcinomem byl 3,868 ng/ml (0,032–33,07) a v kontrolním souboru 0,874 ng/ml (0–35,428). Koncentrace KB v moči nemocných s karcinomem byla významně vyšší ($p = 0,0006$). Zjistili jsme významně vyšší koncentraci KB v séru nemocných v závislosti na gradingu malignity ($p = 0,0167$) a významný rozdíl ($p = 0,0001$) v koncentraci KB v moči u nemocných s povrchovým a invazivním nádorem.

Závěry:

Průběžné výsledky probíhající studie naznačují, že koncentrace KB v tělních tekutinách by mohla u nemocných s karcinomem močového měchýře poskytnout diagnostickou a prognostickou informaci.

6 SROVNÁNÍ STANDARDNÍ CYSTOSKOPIE A NARROW BAND IMAGING PŘI DETEKCI SVALOVINU NEINFILTRUJÍCÍCH UROTELIÁLNÍCH TUMORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Brisuda A., Babjuk M., Jarolím L., Kaliská V. Š.,
Veselý Š.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Zhodnotit schopnost metody narrow band imaging (NBI) zlepšit detekci maligních lézí při endoskopii močového měchýře.

Metody:

NBI je endoskopická metoda zvyšující rozlišení při vyšetření suspektních lézí urotelu. Je založena na principu hlubší penetrace světelných paprsků do struktur tkáně při delších vlnových délkách. Do prospektivní studie bylo zařazeno celkem 20 pacientů indikovaných k cystoskopii (CSK), transuretrální resekci nebo biopsii pro podezření na primozáchyt nebo recidivu tumoru močového měchýře. Výkon byl vždy prováděn nezávisle dvěma urology. První z nich provedl standardní CSK v bílém světle a podezřelé léze zanesl do diagramu. Druhý urolog navázal vyšetřením v NBI. Separovaně byly odebrány biopsie ze všech podezřelých lézí viditelných v NBI a bílém světle. Vše bylo zaznamenáno i s komentářem do protokolu. Makroskopicky evidentní papilární tumory byly zresekovány a tento materiál nebyl předmětem studie. Po histologickém zpracování biopsií bylo provedeno základní statistické vyhodnocení.

Výsledky:

U 15 pacientů bylo verifikováno celkem 32 maligních lézí (1× HG tumor, 1× CIS, 30× LG tumor). Suspektních lézí v bílém světle bylo bioptováno 34, z toho pozitivních bylo 22 (detection rate 64,7 %). V NBI bylo bioptováno 61 lézí, pozitivních bylo 31 (detection rate 50,8 %). V NBI bylo detekováno deset tumorů (31,3 %), které by v bílém světle unikly pozornosti. Naopak v bílém světle byl proti NBI navíc detekován tumor pouze jeden (3,1 %).

Závěry:

Z těchto prvních výsledků lze soudit na možnost zlepšení detekce maligních lézí měchýře pomocí NBI. Limitující může být vysoký počet falešně pozitivních nálezů. K upřesnění role NBI budou zapotřebí další komparativní studie o velkém počtu odebraných biopsií.

7 LOKÁLNÍ CHEMOPROFYLAZE MITOMYCINEM C U STŘEDNĚ A VYSOKORIZIKOVÝCH NEINVAZIVNÍCH NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Matoušková M., Hanuš M., Bouchnerová G.
Urocentrum Praha

Cíl:

Zhodnocení desetiletého sledování pacientů se středně a vysokorizikovým neinvazivním tumorem močového měchýře, kterým byla aplikována instilační léčba MMC.

Metody:

Nádory močového měchýře jsou podle prognostických faktorů rozděleny do skupin rizika recidiv a progresse. Do skupiny středního rizika patří Ta-1, GI-II, m, > 3 cm, do vysokého rizika T1, GIII, cis, m, často recidivující. V letech 1995–2006 jsme léčili 94 pacientů, zařazených do uvedených kategorií. Na TUR tumoru měchýře navazovala aplikace Mitomycinu C v dávce 40 mg/instalaci v ročním cyklu. Pacienti byli sledováni podle doporučených postupů, včetně zobrazovacích metod, endoskopie a cytologie. U všech nemocných uplynulo od TUR 5 let. Pacienti nepodepsali souhlas se sledováním ve znění Helsinské deklarace; jedná se o retrospektivní data.

Výsledky:

Průměrný věk v době diagnózy 57 let <18;78>. Medián doby sledování 8,3 roku <5;15>. Z 94 pacientů byla pro nežádoucí účinky předčasně ukončena instilační léčba ve dvou případech, oba pacienti podstoupili > 10 instilací. Ze souboru zesnulo 23 nemocných, pouze dva na ZN měchýře. K progresi došlo u 11 pacientů (11,4 %), sedm do 3 let, ale dva > 10 letech. Recidivu jsme prokázali u 51 pacientů (53 %), do roka tři (3 %), do 5 let 35 (36 %), do 10 let devět (9,3 %), > 10 let čtyři pacienti.

Závěry:

Výsledky dokládají účinnost lokální chemoprolaxe v obou skupinách neinvazivních nádorů močového měchýře. Proti předpokládanému riziku recidiv do 5 let je v našem souboru signifikantní prodloužení doby beznádorového intervalu, počet progresí je nižší proti předpokládanému počtu, není však signifikantní. Léčba Mitomycinem C je dobře tolerována, obvykle nezvyšuje mortalitu nemocných s neinvazivními nádory močového měchýře.

8 VČASNOST INDIKACE RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMIE PRO NÁDOR MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – JE SITUACE USPOKOJIVÁ?

Babjuk M.¹, Soukup V.², Brisuda A.¹, Hanuš T.²,
Jarolím L.¹, Pavlík I.², Dušek P.¹, Novák K.²,
Schmidt M.¹, Pešl M.²

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

²Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl:

Radikální cystektomie je léčbou volby infiltrujících nádorů močového měchýře, respektive vybraných nádorů neinfiltrujících svalovinu. Onkologické výsledky jsou závislé na rozsahu nádoru a výrazně se zhoršují při extravezikálním šíření tumoru (pT3 a pT4) nebo při postižení lymfatických uzlin. Cílem naší práce bylo posoudit včasnost indikace pacientů operovaných v letech 2008 a 2009 na dvou pražských fakultních pracovištích.

Metody:

Retrospektivně jsme hodnotili věk pacientů v době výkonu, procento pacientů v jednotlivých patologických kategoriích a s pozitivními lymfatickými uzlinami, respektive interval mezi diagnózou nádoru a provedením operačního výkonu s přihlédnutím k charakteru onemocnění v době jeho záchytu.

Výsledky:

V letech 2008 a 2009 byla na urologické klinice VFN provedena cystektomie pro nádor močového měchýře u 75 (průměrný věk 63,6 roku, rozsah 37–77) a na urologické klinice FN Motol (FNM) u 46 pacientů (průměrný věk 64,1 roku, rozsah 46–80). Extravezikální šíření nádoru bylo zachyceno u 44 %, resp. 52 % pacientů, pozitivní uzlinový nález byl prokázán u 30,7 %, resp. 30,4 % operovaných. U nemocných s nádorem Ta, T1 nebo Tis v době prvního záchytu činila průměrná doba do výkonu 53,6, resp. 41,8 měsíce. V době výkonu však již 55 %, resp. 55,6 % mělo invazivní nádor a 25 %, resp. 27,8 % pozitivní uzlinový nález. U pacientů s primárně infiltrujícím nádorem dosáhla průměrná doba mezi záchytem tumoru a cystektomií 4,07, resp. 5,25 měsíce. U pacientů, kde interval přesáhl 6 měsíců, byl pozitivní uzlinový nález zachycen ve 40 % ve VFN, resp. v 57,1 % ve FNM.

Závěry:

Ačkoliv všichni pozorujeme zlepšení ve srovnání s minulostí, je radikální výkon stále v některých případech prováděn opožděně a v lokálně pokročilém stadiu. Je třeba dále pracovat na edukaci pacientů i urologické veřejnosti a na dalším zlepšení vzájemné komunikace mezi urology na jednotlivých úrovních.

9 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMIE, LYMFADENEKTOMIE A INTRAKORPORÁLNÍ KONSTITUCE NEOVEZIKY PODLE STUDERA – VIDEOPREZENTACE

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

Cíl:

Radikální cystektomie, lymfadenektomie a konstrukce neoveziky podle Studera je typický otevřený operační výkon u infiltrujícího karcinomu močového měchýře. Demonstrujeme videoprezentaci kompletní intrakorporální robotické operace.

Metody:

Kompletní robotická operace zahrnuje robotickou cystoprostatovezikulektomii, pánevní lymfadenektomii, apendektomii a vytvoření neoveziky, u ženy hysterektomii a přední kolpektomii.

Výsledky:

Robotická operace je výkon minimálně invazivní se všemi výhodami z toho plynoucími. Zatím jsme provedli celkem devět robotických cystektomií s derivací podle Studera nebo Brickerera. Nejdelší operace trvala 8 hodin a s rostoucí zkušeností se zkracuje.

Závěry:

Robotická technologie po získání dostatečných zkušeností umožňuje provádět prakticky jakékoliv operace. Má však svá specifika a jiné řazení jednotlivých kroků než u otevřených operací.

10 ZKUŠENOSTI S VLASTNÍ MODIFIKACÍ ANTIREFLUXNÍ URETERO- INTESTINÁLNÍ/URETEROVEZIKÁLNÍ ANASTOMÓZY

Doležel J., Čapák I., Miklánek D., Macík D.,
Valík D., Pacal M., Staník M., Šustr M.
Masarykův onkologický ústav, Brno

Cíl:

Prezentace klinických zkušeností s vlastní technikou antirefluxní ureterointestinální anastomózy (UIA), resp. ureteroneocystoanastomózy (UCNA) technikou flap and trough (FT), dříve autory publikovanou.

Metody:

Soubor tvoří 81 pacientů – 45 mužů a 36 žen, průměrného věku 57 let. Celkem bylo implantováno 134 renoureterálních jednotek. Délka sledování po operaci činila průměrně 45 (1–144) měsíců, 69 pacientů bylo sledováno více než 12 měsíců. Důvodem k cystektomii byl invazivní karcinom měchýře (n = 46), svařetěly měchýř po radioterapii (n = 11), neuropatický měchýř (n = 4), exstrofie močového měchýře (n = 2), lokálně pokročilý karcinom prostaty (n = 1), sarkom prostaty (n = 1), karcinom vagíny (n = 1). Cystektomie byla provedena simultánně u 62 pacientů. Jako derivace moči byla použita ortotopická ileální náhrada (n = 40), ileální kondukt (n = 29) a sigmarektum pouch (n = 3). Patnáct ureterů bylo implantováno do močového měchýře (Boariho laloku, zavěšeného měchýře), deset ureterů bylo reimplantováno sekundárně jako řešení striktury původní anastomózy, 130 ureterů bylo implantováno transluminálně, čtyři extraluminálně. Třicet šest ureterů bylo implantováno formou dvouhlavňové anastomózy do konduktů. Za sledované období zemřelo 15 pacientů na progresi nádoru.

Výsledky:

Ve všech případech hojení probíhalo bez komplikací vyplývajících z techniky UIA. Sonograficky, radioizotopicky, rentgenologicky ani laboratorně u žádného z pacientů sledovaných déle než rok nebyla prokázána přítomnost obstrukce či poškození, resp. progresse poškození ledvin; reflux byl prokázán u pěti UIA. Během endoskopických kontrol byly FT UIA/UCNA snadno detekovatelné a sondovatelné, antirefluxní tunely nebyly retrahovány.

Závěry:

Dosavadní zkušenosti ukazují, že antirefluxní FT UIA/UCNA je spolehlivou metodou ve smyslu antirefluxního potenciálu a především rezistence k obstrukci, a to i v ozářeném terénu. Je vhodná i pro implantaci dilatovaných ureterů. Stala se metodou volby na našem pracovišti a je předmětem probíhající klinické studie.

Projekt IGA MZ ČR č. NR/10360-3.

11 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ PŘEDNÍ PÁNEVNÍ EXENTERACE

Štursa M.¹, Bartoš P.², Štefanová M.¹

¹Urologické oddělení NsP, Nový Jičín a Onkologické centrum J.G. Mendela, Nový Jičín

²Gynekologicko-porodnické oddělení NsP, Nový Jičín

Cíl:

Na našem souboru pacientek popisujeme operační techniku laparoskopicky asistované přední pánevní exenterace, peroperační data, komplikace a data z pooperačního sledování.

Metody:

Od července 2007 do února 2009 podstoupilo na našem pracovišti 11 pacientek laparoskopicky asistovanou přední exenteraci. Pro karcinom močového měchýře osm pacientek, pro invazivní cervikální karcinom dvě pacientky a jedna pacientka pro karcinom céva infiltrující měchýř a pahýl poševní.

Výsledky:

Věk pacientek v našem souboru byl v rozmezí 48–72 let. Operační čas dle typu provedené derivace moči od 6,5 po 10 hodin a krevní ztráty od 200 ml do 1000 ml. U pěti pacientek jsme provedli ortotopickou náhradu dle Studera, u šesti pacientek pak byla zajištěna derivace moči ureteroileostomií dle Brickera. Počet uzlin získaných při rozšířené lymfadenektomii byl v rozmezí 13 až 43 uzlin. V průběhu sledování zemřely dvě pacientky na progresi základního onemocnění a jedna po chirurgické revizi břicha s odstupem po cystektomii, dvě pacientky jsou mimo sledování našim pracovištěm.

Závěry:

Laparoskopicky asistovaná radikální cystektomie u žen je technicky náročná, nicméně bezpečná a efektivní operace pro vhodné pacientky. Dle dat z literatury jsou operační a funkční výsledky srovnatelné s otevřenou operací.

12 HODNOCENÍ ČASNÝCH KOMPLIKACÍ PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII POMOCÍ STANDARDIZOVANÉ METODOLOGIE

Brisuda A., Babjuk M., Jarolím L.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Radikální cystektomie (RC) je pilířem při léčbě lokálně pokročilých tumorů močového měchýře. Řadí se k nejnáročnějším urologickým operacím. Vzhledem k věku a komorbiditám nemocných má vysoké procento komplikací. Doposud nebyl definován standardní postup pro sledování komplikací po RC.

Metody:

Rozhodli jsme se retrospektivně objektivně zhodnotit četnost a závažnost komplikací nemocných po RC operovaných na urologické klinice FN v Motole. Stěžejní byla kritéria pro hlášení chirurgických komplikací navržená Martinem v roce 2002. Ke zhodnocení stupně závažnosti komplikace jsme využili pětistupňovou modifikaci původního Clavienova systému. Od 1/2008 do 3/2010 jsme na urologické klinice FNM operovali 50 nemocných. Předoperační, perioperační a pooperační parametry byly pečlivě zaznamenány, stejně jako veškeré komplikace, které se vyskytly do 90. pooperačního dne. Byly stanoveny definice nejčastějších komplikací.

Výsledky:

Alespoň jednu komplikaci mělo 62 % pacientů. Komplikaci během hospitalizace prodělalo 48 % pacientů, naproti tomu 30 % mělo komplikaci až po propuštění. Celkem bylo zaznamenáno 57 komplikací (průměr 1,14 komplikace na pacienta). Z nich 67 % představovaly komplikace 1. a 2. stupně, 24 % komplikace 3. stupně a 9 % komplikace 4. a 5. stupně. Nejčastější byly komplikace infekční (25 %), což bylo dáno tím, že každá, byť i banální teplota, byla zaznamenána jako komplikace lehkého stupně. Mortalita během 30 dní po výkonu následkem komplikace byla 6 % (tři pacienti), z nichž jeden byl mladší muž po salvage RC při prokázané solitární metastáze tibie, který zemřel na plicní embolii.

Závěry:

Výsledky studie jsou srovnatelné s publikovanými daty. Považujeme za zcela zásadní navržení obecně akceptovaného návodu pro prográdní sledování a hodnocení komplikací po RC i jiných urologických operacích. Získání přesných informací je nepostradatelné pro stanovení rizikových faktorů, odhad výskytu komplikací, konzultaci pacientů a plánování následné léčby.

13 VALIDACE MEMORIAL SLOAN-KETTERING CANCER CENTER (MSKCC) POOPERAČNÍHO NOMOGRAMU PREDIKUJÍCÍHO PĚTILETÉ PŘEŽITÍ BEZ RECIDIVY PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII

Pokorný J., Urban M., Grill R., Heráček J., Poch J., Baitler T., Mašková V., Sachová J., Otava Z., Novotný T., Bittner L., Trněná Z., Hrbáček J., El Balouly K.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Cílem práce je prezentace možnosti využití MSKCC pooperačního nomogramu v predikci rizika recidivy u nemocných po radikální cystektomii provedené pro svalovinu infiltrující tumor močového měchýře. Nomogram zahrnuje data o pohlaví, věku, doby od stanovení diagnózy do operace, histologický typ nádoru, pT klasifikaci, grade tumoru a status uzlin.

Metody:

Od ledna 2002 do června 2008 bylo na naší klinice provedeno 102 radikálních cystektomií pro tumor. Dle kalkulace rizika pravděpodobnosti pětiletého přežití bez známek recidivy onemocnění jsme rozdělili nemocné v souboru do tří skupin – skupina vysokého rizika (statistická kalkulace pětiletého přežití 0–39 %), středního rizika (40–69 %) a nízkého rizika (70–100 %). Následně jsme porovnali data z nomogramu s reálnými daty nemocných v souboru.

Výsledky:

V souboru bylo 77 mužů a 25 žen, průměrný věk byl 65 let (46–77), průměrná doba sledování byla 35 měsíců. Histologicky byl karcinom s přechodných buněk zaznamenán u 95 % případů, dlaždicobuněčný karcinom u 3 %, adenokarcinom a malobuněčný karcinom u 1 %. T stadia byla následující – Tis 4 % (n = 4), Ta 2 % (n = 2), T1 22 % (n = 22), T2 26 % (n = 27), T3 24 % (n = 24), T4 21 % (n = 21), stadium T0 bylo popsáno u dvou pacientů, konkomitantní Tis byla nalezena u šesti případů. Synchronní výskyt karcinomu prostaty byl zaznamenán u 18 % mužů v souboru. Během sledování byla lokální recidiva nebo vzdálené metastázy detekovány u 27 % nemocných v nízkorizikové skupině (kalkulace 17 % dle MSKCC nomogramu), u 42 % ve skupině středního rizika (39 % kalkulace) a v 76 % ve vysoce rizikových nemocných (očekáváno u 90 % dle MSKCC nomogramu).

Závěry:

Ačkoliv byla zaznamenána statisticky signifikantní diference kalkulace u skupiny pacientů s vysokým a nízkým rizikem progresu (76 % proti očekávaným 90 %, resp. 27 oproti 17 %), je MSKCC nomogram použitelným nástrojem v predikci přežití bez známek recidivy u nemocných po radikální cystektomii. Výše uvedený rozdíl může být způsoben kratší dobou dispenzarizace nemocných v souboru.

14 MALIGNÍ MELANOBLASTOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – KAZUISTIKA

Matys O., Pavlosek T., Plasgura P.
Urologické oddělení Nemocnice ve Frýdku Místku, p.o.

Cíl:

Cílem sdělení je prezentace pacienta s maligním melanoblastomem močového měchýře.

Metody:

V únoru 2007 byl hospitalizován na urologickém oddělení Nemocnice ve Frýdku Místku 29letý muž, u kterého vyšetření prokázala ložiskové postižení močového měchýře a dvě ložiska v játrech. Pacient měl dysurické potíže od listopadu 2006, hematurii nepozoroval. Uretrocystoskopie potvrdila nález solidního tumoru cca 4 cm na levé boční stěně močového měchýře. Při TUR se objevila tmavá tkáň pod mírně hyperplastickou sliznicí. Dle histologie se jednalo o maligní melanoblastom vs. metastatický (urotel nebyl postižen). Byla provedena biopsie z ložisek v játrech s cytologickým vyšetřením. Výsledek prokázal buňky maligního melanoblastomu. Vzhledem ke generalizaci předán na Onkologickou kliniku FNŠP Ostrava – Poruba. Zde pacient podstoupil chemoterapii dle Khayata, poté paliativní chemoterapii Temodalem, dále radioterapii (paliativní na pánev 50 Gy, paliativní na pánev metodou HART 30 Gy). Po selhání všech metod dále jen symptomatická terapie, kdy byla nutná uroonkologická spolupráce (řešení hydronefrózy) i chirurgická intervence pro ileózní stav (stomie).

Výsledky:

Přes veškerou uroonkologickou terapii pacient zmirá v dubnu 2009, tedy 26 měsíců od zjištění diagnózy.

Závěry:

Maligní melanoblastom močového měchýře je vzácné onemocnění se špatnou prognózou. Dle dostupné literatury pacienti přežívají přes veškerou terapii 2–3 roky. Maligní melanoblastom tvoří 40 % ze všech metastatických nádorů močového měchýře.

15 MALOBUNĚČNÝ KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – KAZUISTIKA

Pokorný J.¹, Poch J.¹, Kindlová E.², Mandys V.³,
Koldová L.³, Urban M.¹, Grill R.¹

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Radioterapeutická a onkologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

³Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Prezentace kazuistiky nemocného se svalovinu infiltrujícím malobuněčným karcinomem močového měchýře, u kterého byl zvolen orgán šetřící terapeutický postup.

Metody:

Muž ve věku 69 let byl odeslán ambulantním urologem pro masivní makroskopickou hematurii při ultrasonograficky suspektním tumoru vertexu močového měchýře.

Výsledky:

U nemocného byla po stabilizaci stavu provedena transuretrální resekce tumoru ve vertexu močového měchýře. Histologicky byl patologem nález uzavřen jako malobuněčný karcinom močového měchýře pTx. S odstupem jednoho měsíce byla indikována radikální re-resekce vertexu močového měchýře, po upřesnění nález uzavřen jako stadium pT2. K objasnění stagingu při známém vysokém riziku přítomnosti vzdálených metastáz bylo provedeno celotělové PET-CT vyšetření, které verifikovalo jediné ložisko viabilní nádorové tkáně ve vertexu močového měchýře. Po prezentaci nemocného na urologicko-onkologickém týmu a po dohodě s nemocným bylo rozhodnuto o ponechání močového měchýře a zahájení celkové chemoterapie. Nemocnému bylo podáno celkem 6 cyklů kombinované chemoterapie (Etoposid + Carboplatina). Po ukončení onkologické léčby byla provedena panendoskopie s resekci vertexu močového měchýře a random biopsií z jiných lokalizací bez průkazu tumoru, dále provedeno kontrolní PET-CT vyšetření bez nálezu viabilní nádorové tkáně. Celková doba dispenzarizace je nyní 9 měsíců, třikrát byla provedena kontrolní panendoskopie, vše s negativním nálezem.

Závěry:

Malobuněčný karcinom močového měchýře je raritní onemocnění s celkově špatnou prognózou. Z největšího publikovaného souboru dlouhodobé remise dosahuje pouze 23 procent nemocných. Náš případ dokládá, že pro část pacientů může být orgán zachovný terapeutický postup stejně úspěšný jako radikální ablační výkon.

16

RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA TŘINÁCTILETÉHO SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ S UROTELIÁLNÍMI NÁDORY HORNÍCH MOČOVÝCH CEST

Macek P., Soukup V., Hanuš T., Pavlík I., Novák K.,
Dvořáček J., Pešl M., Zámečník L., Votoček V.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl:

Zhodnocení charakteru a vývoje onemocnění u nemocných s uroteliálními nádory horních močových cest (HMC).

Metody:

Retrospektivní analýzou záznamů z období 3/1996 až 10/2009 bylo identifikováno 105 pacientů s uroteliálními nádory HMC. Dostatečné informace o verifikaci nádoru byly dostupné u 99 pacientů.

Výsledky:

Z 99 operovaných pacientů bylo 45 žen a 54 mužů, celkový průměrný věk byl 69 (SD ± 8 let, min. 50, max. 86) let. Celkem bylo diagnostikováno onemocnění ve 103 pyeloureterálních jednotkách – pánvička 50, močovod 46, pánvička + močovod 7, z toho se v jednom případě jednalo o 3 metachronní nádory a ve dvou případech synchronní oboustranné nádory. Anamnézu uroteliálního tumoru měchýře nebo druhostranné ledviny mělo 31 % pacientů. Nejčastější primární operací byla otevřená nefroureterektomie (NEU) v 76 případech. Ostatní operace – 6× nefrektomie (4× pozdější ureterektomie, 2× ponechán), 3× laparoskopická NEU, 3× resekce močovodu, 2× ureterektomie, 3× NEU současně s cystektomií, 5× ureteroskopie (URS) s ablací holmiovým laserem, 1× antegrádní URS s elektrokoagulací, 1× perkutánní resekce, 1× URS bez ošetření nádoru, 1× explorativní laparotomie s inoperabilním nálezem. Ve 101 pyeloureterálních jednotkách byl zjištěn karcinom z přechodního epitelu, 1× uroteliální papilom, 1× nefrogení adenom. Lokální stupeň onemocnění byl: 6× pTx, 19× pTa, 22× pT1, 17× pT2, 33× pT3, 3× pT4; uzlinový nález: 6× pN1, 3× pN2, 2× pN3. Vzdálené metastázy v době diagnózy byly u sedmi pacientů. Průměrná doba sledování byla 36 měsíců (min. 2, max. 128) u 83 pacientů, kteří zůstali v dispenzarizaci pracoviště (tj. sledování > 1 měsíc). U 26 % pacientů byl při sledování zjištěn nádor močového měchýře, recidiva byla u 20 (20,2 %) a progresse u dvou (2 %) pacientů, 12 pacientů zemřelo v důsledku generalizace, dva žijí se známkami aktivity onemocnění.

Závěry:

Uroteliální nádory HMC byly překvapivě často (u 42,4 % pacientů) zjištěny v pokročilé fázi onemocnění (pT3 nebo N+ nebo M+) a jejich řešení je obtížné.

17

RECIDIVA UROTELIÁLNÍHO KARCINOMU V HORNÍCH MOČOVÝCH CESTÁCH PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII PRO NÁDOR MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – KDO JE OHROŽEN A JAKÁ JE INCIDENCE?

Sachová J.¹, Palascak P.², Urban M.¹, Trněná Z.¹,
Pokorný J.¹, Gomez W.², Nader N.²

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Urologické oddělení CHI, Vesoul, France

Cíl:

Cílem práce je přispět k sjednocení názorů na incidenci recidivy uroteliálního karcinomu v horních močových cestách (HMC) po radikální cystektomii (RCYE), identifikovat rizikové faktory a pro prognostickou závažnost doporučit sledovací schéma ohrožených pacientů.

Metody:

Do studie zařazeno 301 pacientů (65 žen, 236 mužů, věku 43–81), kteří podstoupili RCYE ve dvou centrech: 1. Urologická klinika 3. LF UK v Praze (149 pacientů), 2. Urologické oddělení CHI Vesoul, Francie (152 pacientů) v období 1/2000 až 3/2010. Negativní zmrazené části konců močovodů a uretry byly získány k histopatologickému vyšetření od všech pacientů. Analyzovaná byla data předoperační a pooperační histologie, staging, follow-up.

Výsledky:

Do března 2010, diagnostikovány čtyři případy recidivy uroteliálního karcinomu do HMC. Celkové procento recidivy v HMC po 5 a 10 let follow-upu bylo 1%, 0,33%. Z toho dva pacienti měli superficiální nádor ledvinné pánvičky, dva pacienti invazivní nádor ledvinné pánvičky a proximálního ureteru. Všichni pacienti měli recidivu uroteliálního karcinomu. Na základě analýzy souboru byly identifikovány čtyři rizikové faktory pro vznik recidivy v HMC: karcinom *in situ*, recidivující uroteliální karcinom močového měchýře, RCYE pro svalovinu infiltrující karcinom močového měchýře a pozitivní okraj distálního močovodu v definitivním preparátu po cystektomii. U pacientů s uroteliálním karcinomem, kteří neměli žádný z těchto rizikových faktorů, jsme v uvedeném období nezaznamenali ani recidivu v HMC.

Závěry:

Vznik recidivy v HMC je špatným prognostickým znakem, celková doba přežití pacientů je nízká, s mediánem 10 měsíců. Pacienti, kteří podstoupili RCYE pro uroteliální karcinom močového měchýře a mají alespoň jeden rizikový faktor pro vznik recidivy v HMC, by proto měli být důsledněji sledováni.

LITIÁZA, INFEKCE, FUNKČNÍ PORUCHY A CHRI

čtvrtek 7. října 2010 (9.00–11.00) – Kongresový sál II

**19
ZMĚNY VE SLOŽENÍ KONKREMENTŮ
U PACIENTŮ S RECIDIVUJÍCÍ
UROLITIÁZOU**Petřík A.¹, Louženský G.²¹Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.²SYNLAB.CZ s.r.o.**Cíl:**

Cílem studie je zhodnocení změn složení močových konkrementů u pacientů s recidivující urolitiázou.

Metody:

Z 4100 rozborů konkrementů, provedených u 3285 pacientů léčených na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice od roku 2001 do roku 2010, bylo vybráno celkem 251 pacientů, u kterých byl proveden opakovaný rozbor konkrementu s intervalem větším než 2 roky mezi prvním a posledním vyšetřením. Celkem bylo provedeno 1380 rozborů (2–9, průměr 2,43). V souboru bylo zastoupeno 184 mužů (73,3 %) a 67 žen (24,7 %) o průměrném věku 53,3 roku (12–86 let). Všechny rozborů konkrementů byly provedeny v jediné laboratoři kombinací polarizační mikroskopie a RTG difrakce. Porovnání změn ve složení bylo provedeno jak pro hlavní součást, tak pro kompletní složení konkrementů.

Výsledky:

V souboru byla nejčastěji zastoupena kalcium oxalátová litiáza (71,3 %), urátová litiáza (23,5 %), méně často pak apatit (3,2 %), cystin (1,2 %), brushit a struvit (po 0,4 %). Při hodnocení hlavní součásti konkrementu nedošlo ke změně u 80,9 % pacientů (apatit 50 %, brushit 100 %, cystin 100 %, kyselina močová 84,5 %, weddellit 77,6 %, whewellit 83,1 %, struvit a urát amonný 0 %). Při hodnocení kompletního složení konkrementu nedošlo ke změně u 60,2 % pacientů (apatit 37,5 %, brushit 100 %, cystin 100 %, kyselina močová 65,5 %, weddellit 63,5 %, whewellit 56,9 %, struvit a urát amonný 0 %). Pokud došlo ke změně hlavní součásti konkrementu, pak u primárně diagnostikovaného apatitu se složení změnilo nejčastěji ve – whewellit 25 %, u kyseliny močové ve whewellit – 10,3 %, u weddellitu ve whewellit – 15,6 % a u whewellitu v kyselinu močovou – 9,2 %.

Závěry:

Složení konkrementů u pacientů recidivující urolitiázou zůstává ve vysokém procentu shodné. Pokud došlo ke změně v hlavní složce, pak whewellit se změnil v kyselinu močovou a naopak. Weddellit se změnil ve whewellit. U brushitu a cystinu nebyla zaznamenána změna ve složení konkrementu.

**20
VÝSLEDKY PERKUTÁNNÍCH
NEFROLITOTOMIÍ V LETECH 2002–2010**

Minárik I., Schmidt M., Jerie J., Veškrňa K.,

Rejchrt M., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Retrospektivní analýza výsledku perkutánní nefrolitotomie (PNL) pro nefrolitiázu a proximální ureterolitiázu.

Metody:

V období 2002 až 2010 jsme provedli 547 PNL u 483 pacientů (278 mužů, 205 žen) pro konkrement lokalizovaný v KPS nebo subrenálním močovodu. Průměrný věk skupiny byl 55 let (18–87). Průměrný BMI byl 27,7 (17,5–43,8). PNL byla prováděna standardní operační technikou s RTG kontrolovanou punkcí dutého systému, teleskopickou dilatací a použitím Amplatz tubusu. Do pánvičky byla pooperačně zavedena intubační nefrostomie a ponechána 48–62 hodin. Stone free rate (SFR) byl hodnocen pomocí zobrazovacích metod. V případě reziduální litiázy byla indikována 2. doba PNL, ureteroskopická extrakce nebo flexibilní nefroskopie stávajícím přístupem do KPS. Retrospektivně jsme hodnotili úspěšnost léčby, reoperace a komplikace.

Výsledky:

Průměrná doba hospitalizace byla 5 dní (2–11). PNL byla indikována jako primární u 378 výkonů; 169 výkonů bylo hodnoceno jako následný po předchozí relokaci konkrementu z močovodu nebo pokusu o ESWL na jiných pracovištích. Průměrný operační čas byl 80 minut. Velikost konkrementu nad 2 cm byla u 109 operací. Výkon ve více než 1 době byl ve 103 případech. Stone free rate 87,2 %. Komplikace se vyskytly po 36 operacích, z nichž závažné byly sepse (14) a AV píštěle (4). Významnější krvácení bylo zaznamenáno po 18 výkonech. U pěti pacientů byly nutné krevní převody. Následné zavedení stentu pro přetrvávající sekreci z punkčního kanálu si vyžádalo 52 výkonů.

Závěry:

Perkutánní nefrolitotomie je základní metoda v terapii nefrolitiázy větší než 10 mm. Přestože je výskyt peroperačních komplikací nízký, nutnost auxiliárních výkonů zůstává relativně vysoká.

21 VÝSLEDKY FLEXIBILNÍCH URETEROSKOPIÍ PRO NEFROLITIÁZU

Schmidt M., Jerie J., Minárik I., Rejchrt M.,
Jarolím L., Babjuk M.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Zhodnocení souboru pacientů, kteří podstoupili extrakci nefrolitiázy pomocí flexibilní ureterorenoskopie.

Metody:

V období 6/2002 až 6/2010 jsme indikovali 252 endoskopických extrakcí nefrolitiázy flexibilním ureteroskopem (URS flex) u 234 pacientů. Indikováni byli pacienti se solitární nebo vícečetnou nefrolitiázou do 10 mm jako primární výkon, jako dodatečný výkon po klasické URS, nebo jako auxiliární procedura po neúspěšné ureteroskopii, relokaci konkrémentu do ledviny nebo reziduální litiáza po předchozích výkonech. Průměrný věk skupiny byl 51,8 let (12–85). Ve 153 případech byl před URS flex zavedený stent. U 18 pacientů byl indikován bilaterální výkon pro oboustrannou nefrolitiázu, 6× byl proveden výkon u solitární ledviny, 2× u ren arcuatus a 7× při ureter fissus. Konkrementy byly odstraněny pomocí nitinolové kličky vcelku nebo staženy do močového a desintegrovány.

Výsledky:

Úspěšná byla extrakce konkrémentu v 226 případech z 252. U 26 výkonů se nepodařilo dokončit výkon ureteroskopicky, nebo byl peroperačně postup změněn. Litiáza byla následně řešena okamžitou (16) nebo odloženou (1) perkutánní nefrolitotomií (PNL), ESWL (2), alkalizací (1) nebo druhou dobou URS flex (6). Průměrná velikost konkrémentu byla 7,38 mm (3–15). V 73 případech byl odstraněn více než jeden konkrément. Tripsie konkrémentu byla nezbytná v 92 případech. Pooperačně byl zaveden stent po 89 výkonech, z toho u 66 po tripsii konkrémentu. Komplikace jsme zaznamenali u pěti pacientů (3× infekce, 1× perforace močového, 1× zaklínění konkrémentu v kličce nedostupné pro litotripsii). Průměrná pooperační hospitalizace byla 2,1 dne (1–6). Stone free rate byl 94,07 %.

Závěry:

Flexibilní ureteroskopie je elegantní operační metoda umožňující řešení menší, ale i vícečetné nefrolitiázy. Poskytuje alternativu ESWL, PNL nebo konzervativnímu postupu při minimálním procentu komplikací a krátké hospitalizaci. Nejrychlejší a nejméně komplikovaný výkon bývá po krátkodobé předchozí intubaci močového stentem.

22 KOMUNITNÍ MOČOVÉ INFEKCE U ŽEN, ALGORITMUS VYŠETŘENÍ V UROLOGICKÉ AMBULANCI

Matoušková M., Hanuš M., Kaplán P.,
Nikodýmová A., Jelínková D.
Urocentrum Praha

Cíl:

Komunitní močové infekce představují každodenní problém urologů i dalších specialistů a praktických lékařů. Podcenění diagnostiky a bagatelizování léčby vede nezdědka k úporným recidivujícím obtížím pacientů s nepříznivým dopadem na jejich kvalitu života. Cílem práce je zefektivnění diagnostiky a vytvoření algoritmu u pacientek s recidivujícími infekty DMC.

Metody:

Vycházíme ze souboru 627 žen s průměrným věkem 25,2 roku <17.9;62>, které byly referovány s minimálně roční anamnézou atak IMC. Pacientky byly sexuálně aktivní s různou frekvencí sexuálního styku, gynekologický nálezn byl v mezích normy, sexuální praktiky jsou mimo rámec sdělení, počet sexuálních partnerů v době diagnostiky nepřesahoval dva. Urologickým vyšetřením vyloučeny morfologické či funkční odchylky. Mikrobiologická diagnostika zahrnuje vyšetření moči, vaginálního sekretu a speciální vyšetření na ureaplazmata, chlamydie a eventuálně HPV a HSV. S výjimkou akutních atak podáváme výhradně cílenou antimikrobiální léčbu.

Výsledky:

Při exacerbacích RIMC detekujeme patogenní flóru v moči u pouhých 22 %. Zvýšení zachytu docílíme rozšířením o kulturační vyšetření vaginálního sekretu, a to až na 87 %. Mykotické infekce prokážeme v necelých 5 % a v moči jsou vzácné. Infekce *Chlamydia trachomatis* v našem souboru dosahuje 13,2 % a v posledních letech není patrný významný nárůst.

Závěry:

Před extenzivním mikrobiologickým vyšetřováním je třeba zvážit přínos jednotlivých vyšetření, dále pak význam detekce určitých typů patogenní flóry pro pacientku, resp. její rodinu či partnera a v neposlední řadě také kooperaci ženy na léčbě. Mikrobiologická vyšetření po léčbě v příliš časném odstupu nepřinášejí žádný výsledek. Odstup kontrolního mikrobiologického vyšetření závisí na druhu patogenní flóry a technice vyšetření (kultivace, PCR apod). Na základě výsledků předkládáme diagnostický algoritmus či standard u pacientek s RIMC.

23 UROGENITÁLNÍ TUBERKULÓZA V ČESKÉ REPUBLICE – STAV V ROCE 2009, INCIDENCE, TRENDY

Nencka P., Zachoval R., Borovička V., Holý P., Vik V.
Urologické oddělení FTNsP, Praha

Cíl:

Cílem práce je monitoring současného stavu urogenitální tuberkulózy v České republice, zhodnocení základních demografických údajů a srovnání incidence v letech 2002–2009.

Metody:

Sestavena databáze hlášených případů urogenitální tuberkulózy v České republice za období 2002–2009 dle údajů databáze ÚZIS ČR, zhodnocení incidence a jejich změn ve sledovaném období, a to jak celkové, tak dle bakteriologického průkazu a dle pohlaví. Zhodnocení výskytu urogenitální tuberkulózy v roce 2009 dle jednotlivých geografických regionů České republiky se zaměřením na pracoviště poskytující léčbu a na pracoviště poskytující dispenzarizaci.

Výsledky:

Za osmileté období 2002–2009 bylo v České republice hlášeno celkem 132 případů UG TBC, z toho 79 bakteriologicky ověřených, s mírnou převahou žen 53 : 47% (bakteriologicky ověřené 55 : 45 %). Incidence UG TBC vykazovala ve sledovaném období mírný pokles – 0,28/100 000 v roce 2002, 0,09/100 000 v roce 2009 (u bakteriologicky ověřených 0,18/100 000 v roce 2003, 0,05/100 000 v roce 2009). V posledních 2 letech sledovaného období byla zaznamenána elevace incidence – 0,06/100 000 v roce 2008, 0,09/100 000 v roce 2009 (bakteriologicky ověřené – stacionární stav 0,05/100 000. V roce 2009 bylo hlášeno devět případů UG TBC – pět mužů (věkový medián 61 let), čtyři ženy (věkový medián 65 let). Dle geografického rozložení dominoval kraj Středočeský a Ústecký, které hlásily shodně po dvou případech, ostatní hlásící kraje uváděly po jednom případě. Hlásící pracoviště ve většině případů poskytují také dispenzární péči (6/9), v ostatních případech byli pacienti předáni k dispenzarizaci na pracoviště jiná (3/9).

Závěry:

Ve sledovaném období 2002–2009 lze zaznamenat mírně klesající trend UG TBC v České republice, poslední 2 roky se tomuto trendu vymykají a ve skupině bakteriologicky neověřených případů je zaznamenána elevace incidence. Toto je v souladu s trendem incidence TBC v České republice. Zrušení povinného očkování proti TBC je ve světle těchto faktů diskutabilní a bude vyžadovat podrobnější analýzu.

24 INTERSTICIÁLNÍ NEFRITIDA IMITUJÍCÍ TUMOR U MLADÉHO PACIENTA

Ondra D., Plachý J.

Urologické oddělení Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště

Cíl:

Poster má za cíl upozornit na možnost intersticiální nefritidy, která může imitovat tumor ledviny.

Metody:

Zpracována kazuistika pacienta.

Výsledky:

Poster prezentuje kazuistiku 33letého pacienta, který byl přijat pro asymptomatickou masivní makroskopickou hematurii, CRP 2,7, moč bakteriologicky negativní, USG s naznačeným hypoechogennějším ložiskem na dolním pólu, dle CT na dolním pólu levé ledviny ložisko průměru 30 mm charakteru v.s. tumoru. DMSA negativní, přeléčen antibiotiky, po 14 dnech kontrolní CT ledvin s nálezem regrese, po 2 měsících CT negativní.

Závěry:

Intersticiální nefritida může imitovat tumor ledviny a na rozdíl od tumoru má být řešena konzervativním postupem.

25

INFARKT LEDVINY JAKO MÁLO OBVYKLÁ PŘÍČINA AKUTNÍCH LUMBALGIÍ V UROLOGICKÉ AMBULANCI

Otava Z., Pokorný J., Urban M., Grill R.,
Poch J., Mašková V., Baitler T., Novotný T.,
Bittner L., Hrbáček J., El Balouly K., Trněná Z.
Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Upozornit na málo obvyklou příčinu akutních lumbalgii v urologické ambulanci a na možnost využití „dopplerovské“ sonografie v rámci diferenciální diagnostiky lumbalgii.

Metody:

V rámci akutní ambulance jsme na naší klinice vyšetřili pacienta s akutní bolestí v bedru. Nativní nefrogram a moč byly normální. Sono ledvin v B modu neprokázalo dilataci kalichopánvičkových systémů ani u jedné ledviny. Následně provedené sono ledvin v „power Doppler“ modu zobrazilo významný výpadek části cévního zásobení ledviny na straně lumbalgii. CT vyšetření nálezu potvrdilo.

Výsledky:

Pacient se sonograficky diagnostikovaným a CT vyšetřením potvrzeným infarktem ledviny byl bez dalších odkladů předán k léčbě přímo na nefrologické oddělení.

Závěry:

V rámci diferenciální diagnostiky lumbalgii je nutné zvažovat i jejich méně obvyklé příčiny včetně možnosti infarktu ledviny. Proto u akutní lumbalgie, pokud není přítomna dilatace kalichopánvičkových systémů ledvin a rentgenové močové nálezy jsou normální, je žádoucí provést na straně, kde má pacient bolesti, také „power Doppler“ sono ledvin ke zhodnocení aktuálního stavu cévního zásobení. Včasné vyšetření již v ambulanci urologa může pomoci výrazně urychlit diagnostický proces a zajištění adekvátní léčebné péče.

26

AKTIVACE MOZKOVÝCH STRUKTUR BĚHEM MIKCE U ŽEN PŘI VYŠETŘENÍ FUNKČNÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Krhut J.¹, Holý P.², Tintera J.³, Zachoval R.², Zvara P.⁴

¹Urologické oddělení FNŠP, Ostrava

²Urologické oddělení FTN, Praha

³Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM), Praha

⁴Division of Urology, University of Vermont, Burlington, USA

Cíl:

Neurální kontrola činnosti dolních močových cest je komplexní a složitý děj zajišťovaný na několika úrovních. K poznání struktur a mechanismů kontroly mikčního cyklu na úrovni mozku přispěly zejména studie využívající funkční magnetickou rezonanci mozku (fMRI). Zatímco aktivace mozkových struktur během jímání fáze mikčního cyklu byla zkoumána v několika studiích, tyto poznatky u mikční fáze dosud chybí. Cílem studie je zmapovat aktivitu mozkových center během mikce.

Metody:

Do studie bylo zahrnuto celkem 14 žen (věk 20–68 let). U všech žen byla vyloučena uroinfekce a neurogení dysfunkce močových cest a všechny ženy podepsaly informovaný souhlas. Před začátkem vyšetření (V1) byl zaveden plnicí katétr Ch 6, umožňující opakované plnění močového měchýře. Ženy byly zabezpečeny plenami a savými podložkami, aby se eliminovala možnost poškození vyšetřovacího zařízení a bylo umožněno ženám vyprázdnit močový měchýř. Všechna vyšetření byla provedena na 3T MR systému (Siemens Trio) za použití gradient-echo EPI sekvence (TE = 30 ms, TR = 2 s, voxel = 3 × 3 × 3 mm). Celé vyšetření se sestávalo z 210 dynamik, z nichž každá kryla mozek 35 vrstvami. Během vyšetření byl ženám naplněn močový měchýř do pocitu nucení na močení (plnicí rychlost 50 ml/min) a následně byly vyzvány k mikci (opakováno až 4×). Poté bylo vyšetření ukončeno. K ověření reprodukovatelnosti bylo celé vyšetření opakováno s 4–8týdenním odstupem (V2). Ke zpracování výsledků bylo použito programu SPM5.

Výsledky:

U pěti ze 14 pacientek (35,7%) byly získány reprodukovatelné výsledky z obou vyšetření (V1 i V2), u dalších čtyř pacientek (28,6%) byly získány reprodukovatelné výsledky alespoň při jednom měření (V1 nebo V2). Během mikce byla zachycena aktivace v oblasti mozkového kmene, periaqueduktální šedi a prefrontálního kortexu.

Závěry:

Naše studie prokazuje aktivaci struktur pontu, mezimozku a prefrontálního kortexu během mikce. Tyto výsledky jsou koherentní se současným hypotetickým funkčním modelem neurální kontroly dolních močových cest.

27 NEUROSTIMULACE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST U PACIENTŮ S HYPERAKTIVITOU DETRUZORU

Rejchrt M., Binek B., Schmidt M.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Zhodnocení výsledků neurostimulací u pacientů s hyperaktivitou detruzoru neodpovídající na farmakologickou léčbu.

Metody:

Celkem osm nemocných (čtyři s idiopatickou a čtyři s neurogení dysfunkcí močových cest) podstoupilo periferní neurostimulaci tibiálního nervu dle Stollera. Třicetiminutové stimulační byly aplikovány 12× v týdenních intervalech. U čtyř nemocných byla přidána neurostimulace tibiálního nervu v podkolení. Ke zvýšení efektivity byla léčba doplněna o domácí neurostimulaci nervus dorsalis clitoridis (NDC) prováděná obden. Efekt léčby byl hodnocen pomocí Overactiv Bladder Questionnaire (OAB-q), urodynamického vyšetření a modifikované mikční karty. Zpracováním dat byl stanoven koeficient mikce (Km) jako podíl počtu mikcí/24 hodin a koeficient inkontinence (Ki) jako podíl epizod inkontinence a počtu mikcí/24 hodin. Trend úspěšnosti léčby byl vyjádřen v procentech.

Výsledky:

U jedné pacientky s idiopatickou hyperaktivitou detruzoru bez inkontinence vedla Stollera metoda k výraznému zlepšení všech sledovaných parametrů. Skóre OAB-q pokleslo z 81 na 50, cystometrická kapacita se zvýšila z 262 ml na 413 ml, četnost mikce poklesla o 50 %. U jedné pacientky s míšní lézí vedla neurostimulace tibiálního nervu v podkolení k poklesu Ki z 0,66 na 0,18 a po neurostimulaci NDC až na 0,15. Inkontinence poklesla o 72,4 %, skóre OAB-q pokleslo z 98 na 89 bez významného zlepšení urodynamických výsledků. U pacientky s roztroušenou sklerózou došlo k redukci počtu mikcí o 40 %, se stimulací NDC až o 60 %. Inkontinence poklesla o 24 %, skóre OAB-q pokleslo ze 142 na 55 a zlepšil se urodynamický nálezy (P det poklesl z 88,5 na 44,1 cm H₂O; cystometrická kapacita vzrostla ze 187 na 226 ml).

Závěry:

V souboru osmi pacientek byla samotná neurostimulace dle Stollera přínosem pro jednu pacientku, další dvě nemocné profitovaly z modifikované a častější léčby.

28 PRVNÍ ZKUŠENOSTI S PODSLIZNIČNÍ APLIKACÍ BOTULINUMTOXINU A V LÉČBĚ NEUROGENNÍ HYPERAKTIVITY DETRUZORU

Šámal V.
Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Cíl:

Novým trendem v léčbě neurogení hyperaktivity detruzoru refrakterní na standardní léčbu je použití botulinumtoxinu A. V současnosti je botulinumtoxin standardně aplikován do detruzoru močového měchýře s riziky, která mohou nastat při náhodném systémovém podání. V našem projektu porovnáme dvě formy aplikace – podslizniční a intradetruzorové podání.

Metody:

Jedná se o randomizovanou, otevřenou prospektivní studii, která porovnáva efekt podslizniční a intradetruzorové aplikace botulinumtoxinu A v léčbě neurogení hyperaktivity detruzoru. Pacienti jsou randomizováni do dvou skupin. Skupině A je podáván botulinumtoxin subslizničně a skupině B do detruzoru močového měchýře. Provádí se aplikace 300 U toxinu do třiceti míst kromě trigona močového měchýře. Délka studie je 12 týdnů, na počátku a na konci studie je provedeno urodynamické vyšetření, vyplnění mikčního deníku a dotazníků posuzujících kvalitu života. Sledovanými parametry jsou počet epizod inkontinence za sledované období, snížení detruzorového tlaku při první netlumené kontrakci a změna cystometrické kapacity močového měchýře. Studie je registrována Státním ústavem pro kontrolu léčiv.

Výsledky:

Do studie je plánováno zařadit 40 pacientů, léčbu doposud podstoupilo 11 pacientů. Podle průběžných výsledků je po výkonu plně kontinentních 38 %, resp. 45 % pacientů, dochází ke snížení Pdet o 40 %, resp. 45 %, a dále dochází k významnému nárůstu kapacity močového měchýře u obou skupin.

Závěry:

Z předběžných výsledků je účinnost obou typů aplikace srovnatelná. Pro pacienty se tak otevírá možnost nové, bezpečnější cesty aplikace. Na rozdíl od některých jiných léků je po aplikaci botulinumtoxinu kromě objektivního vlivu na sledované urodynamické parametry pozorován významný vliv na zlepšení kvality života pacientů. Zlepšení kvality života je v přímé korelaci s poklesem počtu mikcí a poklesem počtu inkontinencí. Naděje na zlepšení kvality života je pro pacienty jedním z nejdůležitějších parametrů při rozhodování, zda podstoupit novou léčbu.

29 KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

Lezovic M., Bojnicky M.

Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenska
zdravotnícka univerzita, Bratislava

Cíl:

Cieľom práce je posúdiť kvalitu života dialyzovaných pacientov, kde sme chceli zistiť, ako títo ľudia hodnotia kľúčové oblasti svojho života.

Metody:

Súbor tvorilo 100 pacientov dialyzačných centier v Bratislave. Administrácia dotazníku WHOQOL-BREF prebiehala formou štandardizovaného osobného rozhovoru (face-to-face). Zber údajov prebehol v priebehu júl–august 2009. Pre testovanie korelácie domén WHOQOL-BREF a otázok Q1 a Q2 bol použitý Pearsonov korelačný koeficient a pre testovanie korelácie domén WHOQOL-BREF k socio-demografickým premenným bol použitý Spearmanov korelačný koeficient. Štatistické testovanie významnosti bolo na hladine významnosti $p < 0,01$ a $p < 0,05$.

Výsledky:

Podľa hodnotenia kvality života pacientov dialyzačných centier, celkovo (45%) pacientov najviac hodnotí svoju kvalitu života ako ani zlú ani dobrú a rovnako aj jednotlivé pohlavia hodnotia kvalitu života ako ani zlú ani dobrú, muži 40% a ženy 50%. Podľa spokojnosti so zdravím 35% mužov a 29% žien bolo spokojných so svojím zdravím. Priemerné hodnoty skóre pre fyzické zdravie (12,3), prežívanie (13,71), sociálne vzťahy (14,41), životné prostredie (13,08). Korelácie všetkých domén WHOQOL-BREF a otázok o kvalite života a spokojnosti so zdravím boli významné na hladine významnosti ($p < 0,01$). Najsilnejšie korelácie domén WHOQOL-BREF k socio-demografickým premenným bolo hodnotenie zdravotného stavu k doménam, kde korelácie boli štatisticky významné ($p < 0,01$). Najsilnejším korelátorom kvality života je subjektívne hodnotenie vlastného zdravia na päťbodovej škále. Korelačné koeficienty ukazujú úzky vzťah medzi prežívaním a celkovým hodnotením kvality života. Ďalším silným korelátorom je doména fyzického zdravia.

Záver:

Je logické a zřejmé, že chronické ochorenie obličiek nespôsobuje len fyzické problémy, ale zanecháva následky na psychike, čo nás núti venovať pozornosť psychickému stavu pacienta. Je potrebné vziať do úvahy fakt, že chronicky chorí pacienti a kvalita života dialyzovaných pacientov spolu úzko súvisia.

30 PŘÍČINY ÚMRTÍ PACIENTŮ PO TRANSPLANTACI LEDVINY – ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

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

Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Transplantace ledviny je běžnou modalitou léčby konečného stadia ledvinného selhání. Celosvětově je udávána mortalita 5% do 1 roku po transplantaci. Cílem práce je zhodnocení mortality v časném období po transplantaci. Za hranici byla administrativně určena hranice 30 dnů.

Metody:

Byla provedena retrospektivní studie. Bylo hodnoceno, zda se jednalo o první, či druhou transplantaci, doba od transplantace, věk pacienta, příčiny úmrtí.

Výsledky:

V našem centru bylo do konce roku 2009 provedeno 532 transplantací ledviny, průměrný věk pacienta byl 52,4 let. Kritéria úmrtí do 30 dnů po transplantaci splňuje devět pacientů (1,7%). V sedmi případech (78%) se jednalo o první transplantaci, ve dvou případech (22%) se jednalo o druhou transplantaci. Průměrná doba od transplantace byla 11,6 dne. Věk pacienta byl 63,7 roku. Příčina úmrtí byla v šesti případech (67%) kardiální selhání, v jednom případě krvácení do dutiny břišní z neznámého zdroje, v jednom případě akutní krvácení do gastrointestinálního traktu a v jednom případě akutní respirační insuficience při bilaterální pneumonii.

Závěry:

Transplantace ledviny je výkon s nízkou časnou mortalitou. Předpokladem je dostatečně podrobné předoperační vyšetření vzhledem k dominantnímu riziku kardiovaskulárních komplikací.

NÁDORY LEDVIN

čtvrtek 7. října 2010 (11.00–12.45) – Top Congress Hall

31 GENETICKÉ ZMĚNY U SVĚTLOBUNĚČNÉHO KARCINOMU LEDVIN

Chocholatý M.¹, Křepelová A.², Vasovčák P.²,
Babjuk M.¹

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

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

Cíl:

Studovat genetické změny u světlobuněčného karcinomu ledviny, zjištěné změny korelovat s klinicko-patologickými nálezy.

Metody:

V období 2007–2009 jsme vyšetřili 40 pacientů se světlobuněčným karcinomem ledviny, operovaných na Urologické klinice 2. LF UK a FN Motol. U pacientů jsme odebrali vzorek nádorové a nenádorové tkáně ledviny. Z odebraných vzorků jsme izolovali DNA a provedli jsme analýzu somatických mutací genu VHL metodou přímého sekvenování PCR produktu. U vybraných pěti nemocných bez mutace VHL genu v nádoru jsme analyzovali získané genomové změny metodou array-CGH. Ke statistickému zpracování jsme použili Mann-Whitney metodu.

Výsledky:

Somatickou mutaci genu VHL jsme identifikovali u 26 ze 40 pacientů (65 %): Mutace vedoucí k záměně aminokyseliny jsme prokázali v deseti případech, mutace vedoucí ke vzniku předčasného terminačního kodonu ve třech případech, inserce nebo delece vedoucí k posunu čtecího rámce v 11 případech, mutace jiného typu ve dvou případech. Ve všech pěti nádorech bez mutace genu VHL jsme pomocí array-CGH zjistili různě rozsáhlou ztrátu krátkého raménka chromosomu 3. Nejistili jsme statisticky významnou korelaci mezi přítomností/absencí mutace VHL genu, typem mutace a klinicko-patologickými parametry.

Závěry:

V pilotní studii jsme ověřili kvalitu a použitelnost odebraných vzorků pro molekulárně genetické analýzy. Výskyt mutací genu VHL ve vyšetřených vzorcích karcinomu ledviny je srovnatelný s dosud publikovanými údaji.

Podpořeno VZ MSM 0021620808, GA UK 104610.

32 VÍCEČETNÉ KARCINOMY LEDVIN U ČESKÉ POPULACE

Geryk E., Pacík D., Dítě P., Čermák A., Vít V.
Fakultní nemocnice, Brno

Cíl:

Zpracovat přehled vícečetných nádorů ledvin u české populace v letech 1976–2005.

Metody:

Mezi 33 631 nádory ledvin u mužů a 20 929 u žen a mezi 1922 nádory ledvinné pánvičky u mužů a 1616 u žen, evidovaných u obou pohlaví v registru nádorů České republiky a aktualizovaných k říjnu 2007, byla analyzována primární onemocnění, po kterých následovaly další orgánově, topograficky a histologicky odlišné novotvary v rozsahu dg C00–D48. Vícečetná onemocnění byla vztažena k rodným číslům nemocných a následně anonymizována v kontingenčních sestavách.

Výsledky:

V letech 1976–2005 bylo z uvedených počtů nádorů ledvin zjištěno – 5198 vícečetných případů u mužů, z toho 2146 primárních a 3052 následných onemocnění – 3017 vícečetných případů u žen, z toho 1129 primárních a 1888 následných onemocnění. Za stejné období bylo z uvedených počtů nádorů ledvinné pánvičky zjištěno – 491 vícečetných případů u mužů, z toho 222 primárních a 269 následných onemocnění – 341 vícečetných případů u žen, z toho 125 primárních a 216 následných onemocnění. Výsledky uvádí další charakteristiky obou diagnóz podle pohlaví vzhledem k počtu duplicitních a multiplicitních onemocnění, průměrné doby mezi primárními a následnými novotvary, poměrem jejich synchronního a metachronního výskytu, procentního podílu z nově diagnostikovaných a přežívajících.

Závěry:

Zpracované téma je příkladem rizika, skrytého v dostupných údajích statistiky nádorů. Jejich zlepšená kontrola a doplňování předkládá důkazy o mimořádné zátěži populace nádory, nejčastějších následných diagnózách po primárních karcinomech a průměrné době jejich výskytu jako podkladu pro posouzení algoritmů dispenzární péče. Rozdíly u mužů a žen v časovém vývoji, geografickém zastoupení a klinických ukazatelích naznačují možnosti využitelné při včasném zachytu následných malignit a snížení vysokých nákladů léčby onkologicky dispenzarizovaných.

33 SYNCHRONNÍ BILATERÁLNÍ KARCINOMY LEDVIN

Chocholatý M., Schmidt M., Jarolím L., Babjuk M., Kawaciuk I.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Zhodnotit symptomatologii, strategii operačního řešení a histologické typy synchronních bilaterálních karcinomů ledvin.

Metody:

Operovali jsme od roku 2003 do března 2010 18 nemocných se synchronními bilaterálními karcinomy ledvin, z toho 11 mužů a sedmi žen. Nádory byly zjištěny při vyšetření pro hematurii u pěti nemocných a pro lumbalgie u dvou nemocných, ostatní nádory byly diagnostikovány náhodně. Multifokální nádory se v jedné ledvině vyskytovaly u tří nemocných.

Výsledky:

U 12 nemocných jsme provedli oboustranný výkon v jedné době, u pěti nemocných ve dvou dobách. Jeden nemocný po nefrektomii na jedné straně odmítl výkon na druhostranné ledvině. U jednodobých operací byla u sedmi nemocných indikována pro pokročilý nález nefrektomie na jedné straně a záchovný výkon na straně druhé. Ve třech případech jsme nejprve provedli nefrektomii, u čtyř nemocných jsme začínali záchovným výkonem. U ostatních pěti nemocných

j jsme provedli oboustranně záchovný výkon, začínali jsme na technicky obtížnější straně. Ve dvou dobách jsme operovali pět nemocných, z toho jsme oboustranně provedli záchovný výkon u tří nemocných, začínali jsme na straně s vyšším stadiem. Nefrektomie byla indikována u dvou nemocných – u jednoho jsme nejdříve provedli záchovný výkon a pak nefrektomii a u druhého jsme zvolili opačný postup. Histologické vyšetření prokázalo u 14 nemocných stejný histologický typ nádoru (12× světlobuněčný karcinom, 1× papilární karcinom, 1× angiomyolipom), u tří nemocných se jednalo o různé histologické typy.

Závěry:

Synchronně se bilaterální karcinomy ledvin vyskytují zřídka a u většiny nemocných jsou diagnostikovány náhodně. Strategie operačního řešení není jednotná, záleží na preferenci operátora a nemocného, výhodnější se zdá začínat při jednodobých oboustranných výkonech na technicky náročnější straně.

Podpořeno GA UK 104610.

34

**LAPAROSKOPIE VELKÝCH
A 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.⁴¹Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň²Šiklův patologicko-anatomický ústav, Plzeň³Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN, Plzeň⁴Radiodiagnostické oddělení LF UK a FN, Plzeň**Cíl:**

Laparoskopická radikální nefrektomie (LRN) je považována za zlatý standard v léčbě lokalizovaných nádorů ledvin stadia cT1-2a, není-li indikace pro zachovný výkon na ledvině. Cílem sdělení je prezentovat naše výsledky v léčbě velkých a pokročilých nádorů ledvin stadia cT2b, cT3a-b, cN+.

Metody:

Od ledna 2003 do dubna 2010 jsme na naší klinice provedli 325 LRN pro tumor ledviny. Operační techniku jsme popsali již v našich dřívějších publikacích. V našem souboru jsme identifikovali pacienty s tumory ledvin cT1-2a (< 8 cm) a statisticky porovnali (pomocí dvoustranného T-testu, $p < 0,05$) jejich perioperační data se skupinou cT2a (> 8 cm), cT3a-b, cN+. Indikace laparoskopického přístupu u stadia cT3b byla v případě, že se nádorový trombus šířil do renální žíly, nedosahoval do dolní duté žíly. V případě podezření na metastatické postižení lymfatických uzlin na předoperačním CT jsme u vybraných pacientů provedli LRN s lokoregionální lymfadenektomií.

Výsledky:

Lokalizovaných nádorů ledvin bylo v našem souboru 212 (72,4 %), velkých a lokálně pokročilých nádorů bylo 81 (27,6 %). Podle TNM klasifikace bylo 54× cT1a, 134× cT1b, 24× cT2a (< 8 cm) v lokalizované skupině a 15× cT2a (> 8 cm), 60× cT3a, 6× cT3b v lokálně pokročilé skupině. Nalezli jsme statisticky signifikantní rozdíly mezi těmito dvěma skupinami pouze ve smyslu velikosti tumoru, hmotnosti preparátu a době sledování. Ostatní perioperační data obou skupin byla statisticky srovnatelná.

Závěry:

LRN je v léčbě velkých a pokročilých nádorů ledvin proveditelná u vybraných pacientů a vyžaduje zkušeného laparoskopického urologa. Chirurgické výsledky u lokálně pokročilých tumorů ledvin jsou statisticky srovnatelné s tumory lokalizovanými, kde je LRN považována za zlatý standard. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly ve výskytu perioperačních a pooperačních komplikací. LRN pokročilých renálních tumorů měla být centralizována a prováděna v centrech s velkým objemem pacientů.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

35

**RESEKCE TUMORŮ LEDVIN POMOCÍ
SYSTÉMU DAVINCI S HD – NAŠE PRVNÍ
ZKUŠENOSTI**Broul M.¹, Schraml J.¹, Hlavička M.¹, Bočan M.¹,
Derner M.², Sticová E.³¹Centrum robotické chirurgie, Krajská zdravotní a.s.,
Ústí nad Labem²Oddělení radiologie, Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem³Oddělení patologie, Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem**Cíl:**

Prezentujeme výsledky Centra pro robotickou chirurgii, KZ a.s. prvních 22 operací pro tumory ledviny pomocí robotického systému da Vinci S HD.

Metody:

V období říjen 2008 až červen 2010 jsme provedli celkem 22 operací pro tumor ledviny na robotickém systému da Vinci. Tyto operace prováděli tři operatři. Sledovali jsme celkový čas operace, operační i pooperační komplikace, nutnost podávání krevních transfuzí, histologické výsledky a dobu pobytu v nemocnici.

Výsledky:

Histologické výsledky: V naší skupině pacientů jsme našli adenokarcinomy ledvin, metastázu melanoma, benigní onkocytom, cysty a objemný divertikl kalichu. Komplikace: Jedinou komplikací, kterou jsme zaznamenali, bylo krvácení. U jednoho pacienta jsme byli nuceni provést konverzi na otevřený výkon. Průměrná doba hospitalizace byla 3,5 dne.

Závěry:

Parciální nefrektomie na robotickém systému da Vinci je bezpečná a efektivní metoda pro chirurgické řešení tumorů ledvin. „Learning curve“ této metody je velmi krátká. Má mnoho výhod jak pro pacienty, tak pro operatery.

36

LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE LEDVINY PRO NÁDOR

Schmidt M., Hanek P., Veselý Š., Dušek P., Jarolím L., Babjuk M.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Zhodnocení souboru pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou resekci nádoru ledviny (LR).

Metody:

V období 4/2007 až 4/2010 jsme operovali 23 pacientů s nádorem ledviny T1. Průměrný věk skupiny byl 56 let (28–75). Jeden pacient byl operován pro bilaterální nádor, dva pro nádor solitární ledviny. Průměrná velikost nádoru byla 22,87 mm (9–45). Resekci s uzavřením hilových cév jsme provedli u osmi pacientů. U 15 pacientů byl výkon proveden bez ischémie. Resekci provádíme ostrou preparací bez použití termických nástrojů a suturu pokračujícím stehem v jedné nebo dvou vrstvách s aplikací Surgicelu bez tkáňových lepidel. Pooperačně byli pacienti sledováni pomocí zobrazovacích vyšetření (CT, UZ).

Výsledky:

Průměrná doba hospitalizace byla 6,43 dne (4–9). U 15 pacientů prokázalo histologické vyšetření světlobuněčný karcinom, ve dvou případech papilární karcinom, u šesti pacientů byl histologický nálezn benigní (4× angiomyolipom, 2× onkocytom). Chirurgický okraj preparát byl vždy popsán jako negativní. Jedna resekce byla konvertována na otevřený výkon, v jednom případě byla operace dokončena jako nefrektomie pro lokálně pokročilý nálezn. U skupiny pacientů s uzavřením hilových cév byla průměrná doba ischémie 21 minut (16–30). U dvou pacientů byl při resekci otevřen dutý systém. Jedinou komplikací v našem souboru nemocných byla urinózní sekrece drénem u pacienta s otevřeným dutým systémem, která byla vyřešena dodatečným zavedením stentu. V našem souboru nemocných jsme při průměrné době sledování 448 dní (46–1165) nezaznamenali lokální recidivu ani generalizaci onemocnění.

Závěry:

LR je miniinvasivní operační technika, která zlepšuje pooperační průběh a snižuje spotřebu analgetik a krevních derivátů. Průměrná doba ischémie ledviny je vyšší než u otevřených resekcí, ale s počtem výkonů se snižuje. Malé nádory do 20 mm je možné resekovat bez uzavření hilových cév. K LR by měli být indikováni pacienti s vhodně lokalizovaným a přístupným nádorem na pracovištích s dostatečnou zkušeností s laparoskopickou operativou.

37

POUŽITÍ TKÁŇOVÉHO LEPIDLA U RESEKCE LEDVINY – PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Košina J., Broďák M., Pacovský J., Holub L., Hušek P.
Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Resekce ledviny pro karcinom ledviny stadia T1 se stala standardní operační metodou včetně laparoskopického přístupu. Největším rizikem těchto operací je riziko krvácení. Požadavek na kvalitní peroperační hemostázu, a to zejména u laparoskopických operací, nás vedl k využití cyanoakrylátového tkáňového lepidla. Cílem práce bylo zhodnocení účinnosti a bezpečnosti použití tkáňového lepidla Glubran 2 při resekci ledviny.

Metody:

Byl hodnocen soubor 14 pacientů s tumorem ledviny stadia cT1 N0 M0, kteří podstoupili resekci ledviny. Otevřená operace byla provedena u šesti pacientů a laparoskopická u osmi pacientů. Po resekci tumoru ve zdravé tkáni ledviny bylo použito k hemostáze tkáňové lepidlo Glubran 2. Indikace k otevřené nebo laparoskopické operaci byla na podkladě zkušenosti operátora, velikosti a uložení tumoru. Hodnocena byla velikost tumoru podle histologického preparátu, délka operace, krevní ztráty a délka teplé ischémie ledviny.

Výsledky:

Průměrný věk sledovaného souboru byl 58 let, průměrná velikost tumoru u otevřených resekcí byla 32 mm, u laparoskopických operací 25 mm. Délka operace 110 minut u otevřené a 143 minut u laparoskopické resekce. Krevní ztráty u otevřené resekce byly v průměru 292 ml a u laparoskopické resekce 194 ml. Doba teplé ischémie – zaklampování hilových cév u otevřených operací byla v rozmezí 10–25 minut, v jednom případě proběhla operace bez klampování hilových cév. U laparoskopických operací jsme klampovali hilové cévy pouze v jednom případě, u ostatních operací jsme použili Simonovy kleště komprimující ledvinový parenchym těsně nad resekční linií.

Závěry:

Použití tkáňového lepidla Glubran 2 u resekcí malých tumorů ledvin hodnotíme jako velice účinnou a ledvinový parenchym šetřící metodu, využitelnou u otevřených i laparoskopických operací.

38 VYUŽITÍ POZNATKŮ Z LAPAROSKOPIE U OTEVŘENÉ OPERATIVY – POUŽITÍ UZAMYKATELNÝCH KLIPŮ U OTEVŘENÝCH RESEKČÍ LEDVIN

Stránský P., Hora M., Toufarová P., Klečka J.,
Eret V., Úrge T.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Otevřená resekce tumorů ledvin je nadále zlatým standardem u záchovných operací ledvin. Cílem práce je zhodnocení vlastních zkušeností s novými operačními technikami – použitím uzamykatelných klipů u otevřených resekcí ledvin.

Metody:

Otevřené resekce ledvin se na našem pracovišti provádějí od roku 1992. Od roku 2008 používáme u laparoskopických resekcí ledvin techniku sutury parenchymu ledvin s dotažením pomocí uzamykatelných klipů. Od roku 2009 jsme zavedli tuto techniku i u otevřených resekcí ledvin.

Výsledky:

Od roku 1992 do června roku 2010 bylo na našem pracovišti provedeno celkem 456 otevřených resekcí ledvin, operační přístup preferujeme lumbotomický. Od ledna 2008 do června 2010 jsme provedli 52 laparoskopických resekcí, uzamykatelné klipy byly použity u 34 operací (65 %). V roce 2009 jsme provedli 54 otevřených resekcí, u 12 (22 %) byla použita technika renorafie s dotažením pomocí uzamykatelných klipů, od ledna do června 2010 jsme provedli celkem 31 otevřených resekcí, uzamykatelné klipy jsme použili již u 18 operací (58 %).

Závěry:

V souvislosti se zaváděním nového technického vybavení a zlepšováním techniky resekcí výkonů na ledvinách dochází k rozšiřování indikací k záchovným výkonům a radikální nefrektomie jsou nahrazovány záchovnými operacemi. Metodika renorafie s použitím uzamykatelných klipů je jednoduchá technika, která omezuje prořezávání parenchymového stehu a zlepšuje hemostázu výkonu.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

39 RADIOFREKVENČNÍ ABLACE V LÉČBĚ NÁDORŮ LEDVIN

Klézl P.¹, Kašpar M.², Bárta J.¹, Richterová R.¹,
Novák J.¹

¹Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

²Radiologická klinika FN Na Bulovce, Praha

Cíl:

Nádory ledvin tvoří 3–4% nádorů dospělé populace. Vrchol incidence je u obou pohlaví ve věkové kategorii 65–75 let. Problematická je zejména léčba u pacientů ve vyšším věku s přirozeně vysokou morbiditou. Cílem našeho sdělení je posouzení efektu radiofrekvenční ablace (RFA) u pacientů s nádory ledvin, kteří jsou z interního hlediska vysoce riziková k operačnímu výkonu a u pacientů požadujících méně invazivní léčbu.

Metody:

V letech 2007–2010 bylo na našem pracovišti léčeno pro nádor ledviny 202 pacientů. Z tohoto množství byla u deseti pacientů zvolena léčba RFA. U osmi pacientů byla RFA provedena perkutánně pod CT kontrolou. Ve dvou případech jsme provedli laparoskopicky asistovanou RFA. Před každou aplikací RFA byla provedena biopsie a histologické ověření nádoru. Ve většině případů byla biopsie provedena pod UZ kontrolou. Radiofrekvenční ablace byla provedena ve spolupráci s radiodiagnostickou klinikou pod CT kontrolou přístrojem Rita. Ve sledování pacientů hraje zásadní roli CT a MRI ke zhodnocení ablační zóny, sledování reziduálního či recidivujícího nádoru a možných komplikací spojených s výkonem RFA. Sledování bylo prováděno každé 3 měsíce CT vyšetřením.

Výsledky:

U žádného z deseti ošetřených pacientů nedošlo k závažné komplikaci. U pacientů jsme pozorovali pouze přechodnou mírnou bolestivost v bederní oblasti. Ve dvou případech byl zjištěn reziduální tumor, pro který byla doplněna druhá doba ošetření RFA (salvage therapy).

Závěry:

Radiofrekvenční ablace nádorů ledvin je účinnou metodou terapie nádorů ledvin u vybraných pacientů. Do této skupiny patří polymorbidní pacient, a to zejména ve vyšším věku, ale současně též pacienti odmítající konvenční chirurgickou léčbu.

40

HYBRIDNÍ ONKOCYTICKÉ/ CHROMOFBNÍ TUMORY (HOChT) LEDVINY («BIRT-HOGG-DUBÉ SYNDROME LIKE» TUMORY)

Hora M.¹, Ůrge T.¹, Eret V.¹, Stránský P.¹,
Klečka J. jr.¹, Kreuzberg B.¹, Ferda J.¹, Minčík I.²,
Schraml J.³, Študent V.⁴, Michal M.¹, Hes O.¹

¹LF UK a FN, Plzeň

²FNsP J. A. Reimana, Prešov

³Masarykova nemocnice v Ůstí n. Labem, o.z.

⁴LF UP a FN, Olomouc

Cíl:

HOChT byly popsány teprve nedávno. Jsou definovány jako tumory, které obsahují směs buněk s morfolo-
gickými známkami typickými jak pro chromofobní
renální karcinom (ChRCC), tak pro renální onkocy-
tom (RO). Častěji se tyto tumory vyskytují u pacientů
s Birt-Hogg-Dubé syndromem (BHD) nebo ve spojení
s renální onkocytózou. V práci popisujeme případy
sporadických HOCT bez spojení s těmito jednotkami.

Metody:

Z plzeňského registru více než 15 000 tumorů ledvin
bylo vybráno šest HOCT, které se do registru dostaly
z území bývalého Československa.

Výsledky:

Jednalo se o tři muže a tři ženy, průměrný věk 62 let
(41–78). Jeden měl ledvinovou koliku, pět bylo naleze-
no incidentálně. Tři z nich byly sledovány přes 3 roky
jako domnělá cysta. Polovina podstoupila radikální
nephrektomii, polovina resekci. Doba sledování je
v průměru 38 měsíců (28–58). U nikoho se neobjevila
recidiva onemocnění. CT a popis, eventuálně i fotky
makropreparátu jsou dostupné u čtyř. U jednoho byl
tumor s centrální jizvou stejně jako u RO. U tří byl
tumor homogenní, nicméně při postkontrastním CT
byla centrálně vždy nepravidelná nesyťící se oblast.

Závěry:

Sporadický HOChT je velmi vzácný nádor ledviny
ve většině znaků se neliší od ostatních nádorů ledvin.
Na CT se i přes svoji fyzickou homogenost syťí nepravi-
delně – v periférii homogenně, centrálně (i když ne
symetricky) se nesyťí, což je patrně díky pouze jem-
nému cévnímu zásobení bez AV shuntů. Při zobra-
zovacích vyšetřeních může patrně imitovat i cystické
změny, i když v době operace se při CT jednalo již
o jasné tumory. HOChT má patrně minimální maligní
potenciál, nicméně díky příměsi buněk ChRCC je nut-
né pacienty raději dispenzarizovat.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM
0021620819.*

41

TUBULOCYSTICKÝ RENÁLNÍ KARCINOM

Hora M.¹, Ůrge T.¹, Eret V.¹, Stránský P.¹,
Klečka J.¹, Kreuzberg B.¹, Ferda J.¹, Hyršl L.²,
Breza J.³, Dúbravický J.³, Holečková P.⁴, Michal M.¹,
Hes O.¹

¹LF UK a FN, Plzeň

²Nemocnice Kladno

³FN L. Déreera, Bratislava

⁴FN Na Bulovce, Praha

Cíl:

Tubulocystický renální karcinom (TRK) je nově popsá-
ný typ parenchymového nádoru ledviny. Dříve býval
označován též jako low-grade collecting duct carcino-
ma (Bellini). V klasifikaci WHO z roku 2004 ještě není
zmiňován. V literatuře bylo popsáno několik desítek
případů, naprostá většina jen z pohledu patologa.

Metody:

Z plzeňského registru více než 15 tisíc tumorů ledvin
bylo vybráno pět TRK, které se do registru dostaly
z území bývalého Československa. Soubor těchto pěti
TRK je dále hodnocen.

Výsledky:

Jednalo se o pět mužů ve věku 29 až 69 let (průměr
55,5). U tří byl nádor nalezen náhodně, u dvou gene-
ralizovaných se projevil fluidothoraxem při metastá-
ze pleury a bolestmi zad při metastázách do páteře.
Velikost tumoru byla 51–65 mm, průměr 58 mm.
Staging byl následující: pT1bN0pM1, pT3aN0M0, 2×
pT1bN0M0, pT1aN0pM1. CT nálezy se nevyznačo-
valy žádným společným rysem. Výkonem byla 1× ote-
vřená nefrektomie (NE), nefroureterektomie (tumor
na CT imitoval tumor pánvičky), 2× laparoskopická
NE (jedna extraperitoneální) a translumbální resekce.
U jednoho s generalizací byla podána biologická léčba,
podrobnosti zatím nejsou známy. U druhého podán
temsirolimus s výraznou alergickou reakcí, nyní je
podáván sunitinib, efekt zatím nezhodnocen.

Závěry:

TRK je velmi vzácný tumor. Postihuje převážně relativ-
ně mladší muže. Maligní potenciál je vysoký. Chirur-
gický přístup k primárnímu tumoru se neliší od ostat-
ních RK, pro léčbu u generalizovaných tumorů ne-
existují zatím speciální data, proto se aplikuje též režim
jako u ostatních RK.

*Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM
0021620819.*

42 RETROPERITONEÁLNÍ SARKOMY, VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY A RIZIKOVÉ FAKTORY

Brodák M., Košina J., Holub L., Pacovský J.
Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Retroperitoneální sarkomy představují heterogenní skupinu málo běžných tumorů s nepříznivou prognózou. Cílem práce je retrospektivní analýza výsledků léčby retroperitoneálních sarkomů (RPS).

Metody:

Byla hodnocena skupina 43 pacientů, kteří podstoupili chirurgické odstranění RPS v období od ledna 2000 do prosince 2008. Cílem chirurgické léčby byla snaha o kompletní odstranění tumoru i za cenu případného odstranění přilehlých orgánů. Pacienti s nálezem pozitivního chirurgického okraje (PSM) a/nebo histologickým nálezem málo diferencovaného nádoru podstoupili adjuvantní chemoterapii i radioterapii. Bylo hodnoceno přežívání bez tumoru a celkové přežívání. Dále byly hodnoceny operační komplikace.

Výsledky:

Medián doby sledování byl 60 (26–128) měsíců. Průměrný věk byl 61 (35–75) let. Medián velikosti tumoru byl 16 (7–45) cm. Chirurgická léčba vedla k remisi 30 (70%) pacientů a recidiva byla zaznamenána u 13 (30%) pacientů. Dvanáct pacientů mělo lokální recidivu a podstoupili novou exstirpaci tumoru a jeden měl primární metastatický rozsev. Všichni pacienti s PSM měli lokální recidivu, průměrná doba do prokázání této recidivy byla 22 měsíců. Celkové přežívání bylo 84% a přežívání bez tumoru bylo 69%. Celkové přežívání u málo diferencovaných tumorů bylo 57% a dobře diferencovaných 96%. Nejzávažnější operační komplikací bylo krvácení, průměrná krevní ztráta byla 500 ml.

Závěry:

Prognóza pacientů s RPS je velmi závažná. Nejdůležitějšími negativními prognostickými faktory byly PSM a málo diferencované nádory. Adjuvantní chemoterapie i radioterapie má pouze omezenou účinnost. Dobře diferencované RPS i velkých rozměrů, pokud byly odstraněny kompletně, měly prognózu výrazně lepší.

43 SEKVENČNÍ LÉČBA METASTATICKÉHO RENÁLNÍHO KARCINOMU

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

¹Urocentrum Praha

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

³KOC FN Motol, Praha

Cíl:

Možnosti léčebného ovlivnění metastatického renálního karcinomu rozšířilo zařazení inhibitorů tyrosinkinázy do klinické praxe. PFS (progression free survival) se pohybuje mezi 6–11 měsíci. Cílem práce je posouzení změny přípravku (sunitinibu za sorafenib) při progresi onemocnění a srovnání výsledků v rámci registru RENIS.

Metody:

Uvádíme soubor pěti pacientů s průměrným věkem 67,1 roku, kteří podstoupili nefrektomii pro renální karcinom. Tři z nemocných jako debulking při generalizaci onemocnění, u dvou nemocných došlo k progresi již dříve zjištěného onemocnění (po 1,5 roce a 4 letech). Čtyři nemocní byli primárně léčeni cytokiny (monoterapie s INF), poslední měl primárně podán sunitinib. Průměrné trvání odpovědi na sunitinib bylo 9,2 měsíce. Pro progresi byla změna přípravku na sorafenib. Pacienti nepodepsali souhlas se sledováním ve znění Helsinské deklarace; jedná se o retrospektivní data.

Výsledky:

Objektivní odpověď jsme na první linii léčby zaznamenali u všech nemocných s průměrným trváním 9,2 měsíce. RR jsme zaznamenali i po změně na II. linii, tedy sorafenib, kde trvání odpovědi dosáhlo 6,2 měsíce. Průměrný PFS v našem souboru byl 15,4 měsíce. Nejzávažnějšími nežádoucími účinky byly GIT obtíže, hypertenze a HF syndrom, u žádného z nemocných nebyla léčba pro nežádoucí účinky přerušena.

Závěry:

Sekvenční léčba je možností, jak prolongovat léčebnou odpověď u nemocných s metastatickým renálním karcinomem. Dostupná data ze světového písemnictví podporují i data z České republiky, z registru Renis, kam bylo v sekvenci zařazeno 127 pacientů. 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 i z dat Renisu je zřejmé, že sekvence zahájená sorafenibem má delší odpověď.

PEDIATRICKÁ UROLOGIE A ANDROLOGIE

čtvrtek 7. října 2010 (11.00–12.45) – Kongresový sál II

45

**PRIMÁRNÝ OBŠTRUKČNÝ
MEGAURETER U DETÍ****Martinčok D.**

Urologické oddelenie FN L. Pasteura, Košice

Cieľ:

V detskej urológii prebieha diskusia o tom, akým spôsobom pristupovať k liečbe obštrukčných megaureterov u detí. V posledných dvoch dekádach sa postupne formovali kritéria liečby primárneho obštrukčného megaureteru u detí.

Metódy:

Autor prezentuje výsledky konzervatívnej a chirurgickej liečby 124 detských pacientov, ktorí boli liečení na Urologickom oddelení FN L. Pasteura v Košiciach.

Výsledky:

Na základe vypracovaných kritérií sme indikovali ku chirurgickej liečbe 55% pacientov, pričom výsledky rekonštrukčných operácií boli uspokojivé.

Záver:

V poslednom období sa postupne korigovali názory na operačnú liečbu primárnych obštrukčných megaureterov v zmysle ústupu indikácií k chirurgickej korekcii. Napriek tomu operačná plastika močovodov má stále nezastupiteľné miesto v terapii tohoto detského ochorenia.

46

**ÚLOHA LAPAROSKOPIE V DIAGNOSTICE
A LÉČBĚ NEHMATNÝCH VARLAT U DĚTÍ****Míka D., Havránek O., Krhut J.**

Urologické oddělení FNsP, Ostrava

Cíl:

Kryptorchismus nalézáme u 3–5% donošených a téměř 30% nedonošených novorozenců. V 1. roce života je nález retinovaného varlete ještě u 1% dětí. Kolem 20% nesestoupilých varlat je nehmavných. Úkolem laparoskopie je lokalizace nehmavného varlete a jeho zhodnocení, orchidopexie (jedno či dvoudobá) a eventuálně orchiektomie, pokud je indikována.

Metody:

Retrospektivně hodnotíme soubor 13 dětí s nehmavným varletem z období let 2005–2009, u nichž byla provedena laparoskopie. Průměrný věk nemocných byl 31 měsíců (7–96 měsíců). Při zákroku jsme použili 5mm břišní porty. Insuflace kapnoperitonea byla provedena z infraumbilikální incize na hodnoty 10–12 torr. Kapnoperitoneum bylo zavedeno v devíti případech pomocí Veressovy jehly, ve čtyřech případech preparační technikou. Pro preparaci v dutině břišní byly zavedeny dva pracovní 5mm břišní porty na kontralaterální straně v hypo- a mezogastriu.

Výsledky:

V šesti případech (46%) jsme našli varle v oblasti vnitřního anulu intraabdominálně, 3× (23%) v oblasti třísla, 2× (15%) slepě končící cévy a ductus deferens, 1× (8%) ektopické varle ve femorálním kanálu a 1× (8%) zcela atrofické varle ve stropu šourku. V osmi případech (62%) jsme provedli orchidopexi jednodobou, z toho v jednom případě jsme disekovali vnitřní spermatické cévy dle Fowlera-Stephense. Ve dvou případech (15%) jsme provedli orchidopexi dvoudobou. U jednoho dítěte (8%) jsme přistoupili k orchiektomii a ve dvou případech (15%) byla stanovena diagnóza anorchie. V jednom případě jsme po výkonu zaznamenali absces v ráně, který byl řešen drenáží a nasazením antibiotik. U ostatních výkonů byl pooperační průběh bez komplikací.

Závěry:

Laparoskopie u nehmavných varlat je bezpečnou a efektivní metodou jak diagnostickou, tak i terapeutickou, a to především u vysokých retencí. Předpokladem pro její bezpečné provedení jsou zkušenosti operátora s laparoskopií u pacientů v dospělém věku.

47 ANDROLOGICKÉ VÝSLEDKY MIKROCHIRURGICKÉ LAPAROSKOPICKÉ VARIKOKÉLEKTOMIE – SROVNÁNÍ S MIKROSKOPICKOU OPERACÍ

Kočvara R.¹, Sedláček J.¹, Dítě Z.¹, Zvěřina J.²,
Zvárová J.³

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

³EuroMISE centrum, Ústav informatiky AV ČR v.v.i.,
Praha

Cíl:

Srovnat výsledky mikrochirurgické operace varikokély provedené pomocí laparoskopického nebo mikroskopického zvětšení.

Metody:

Nemocní s jednostrannou primární varikokélou II.–III. stupně mladší 18 let byli randomizovaně zařazeni k laparoskopické mikrochirurgické operaci (skupina L), nebo k otevřené mikroskopické subingvinální operaci (skupina M). Sledován věk, stadium puberty, velikost varlat, LH, FSH, testosteron a spermioqram, dále sledován průběh operace a pooperační průběh. K závěrečnému hodnocení byli vybráni nemocní s kontrolou minimálně jeden rok po operaci, 57 ve skupině L a 69 ve skupině M.

Výsledky:

Za průměrné 2 roky sledování se klinické, hormonální i spermio-logické parametry nelišily. Hypoplazie varlete přetrvává u 59,4 % nemocných ve skupině L a u 50 % ve skupině M. Délka operace byla u laparoskopické operace v průměru 75 minut, u mikroskopické operace v průměru 110 minut (po modifikaci postupu 99 minut) ($p = 0,0001$), počet přerušných žil byl v průměru: 6, resp. v průměru 13 ($p = 0,0001$), periarteriální venózní síť byla zjištěna u 74 %, resp. 94 % nemocných. Silnou analgezií (většinou jednorázově) vyžadovalo 42 % nemocných ve skupině L, 15 % ve skupině M ($p = 0,00106$). Perzistenci varikokély jsme zaznamenali u 5,8 % (po modifikaci 3,3 %) ve skupině M, u žádného nemocného ve skupině L.

Závěry:

Klinické i andrologické výsledky jsou na základě prospektivní randomizované studie srovnatelné u obou mikrochirurgických postupů. Mikrochirurgická laparoskopická operace je kratší spojená s menším počtem přerušných vén. Je dobrou alternativou mikroskopické subingvinální operace pro lékaře, kteří se orientují na laparoskopickou mikrochirurgii.

48 VÝSLEDKY ENDOSKOPICKÉ LÉČBY VUR PŘI POUŽITÍ DEXTRANOMERU/KYSELINY HYALURONOVÉ

Kuliaček P.^{1,2}, Novák I.¹, Janoušková L.¹, Králová M.²

¹Oddělení dětské urologie, Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

²Oddělení dětské chirurgie a traumatologie LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Suspenze dextranomeru a kyseliny hyaluronové (Dx/HA) se stala v posledních letech široce užívaným implantátem v endoskopické léčbě VUR. Na našem pracovišti používáme Dx/HA několik let. Prezentujeme výsledky u pacientů léčených v letech 2004–2006.

Metody:

Retrospektivní studie 34 pacientů/57 refluxních jednotek, kteří byli léčeni na našem oddělení v průběhu 3 let. Zhodnotili jsme výsledky léčby s odstupem minimálně 3–6 let od aplikace. Nízký stupeň VUR mělo 12 pacientů, střední a vysoký 45 (78,9 %).

Výsledky:

Tricet čtyři pacientů s refluxem VUR bylo endoskopicky léčeno za použití suspenze Dx/HA. U 11 pacientů byl přítomen jednostranný reflux, u 23 byl oboustranný reflux. Po instilaci Dx/HA jsme provedli s odstupem minimálně 6 měsíců mikční cystourethrografií (MCG) a UZ vyšetření ledvin a močových cest. Úplné vymizení refluxu (0 st.) jsme zjistili u 23 (40,3 %), zlepšení refluxu na 1. st. u 11 (19,3 %), zlepšení refluxu na 2.–3. st. u 10 (17,5 %), bez změny stupně refluxu u 13 (22,8 %). 2. instilaci jsme indikovali u sedmi pacientů a u pěti UCNA. Recidivu původně vyléčeného refluxu jsme zjistili u čtyř našich pacientů při delším sledování.

Závěry:

Použití Dx/HA byla úspěšné v léčbě refluxu VUR u 34 pacientů (59,6%) po první injekci suspenze. U refluxu 1. a 2. stupně byla úspěšnost 100 %, 3. stupně – 62,5 %, 4. stupně – 33,3 %. Celkově menší procentu úspěšnosti je dáno větším zastoupením refluxu VUR středního a vysokého stupně v našem souboru, menším množstvím instalovaného materiálu a přítomností sekundárního refluxu u některých našich pacientů. Endoskopická léčba refluxu pomocí instilace Dx/HA se stala významnou alternativou ke konzervativnímu postupu s chemoprophylaxií a v některých případech je schopna nahradit klasickou operační léčbu.

49

INTRAVEZIKÁLNÍ INSTILACE PROPIVERINU V LÉČBĚ DYSFUNKCE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST U DĚTÍ

Dítě Z.¹, Kočvara R.¹, Sedláček J.¹, Hanuš T.¹,
Janů M.²

¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Oddělení přípravy sterilních léčiv, nemocniční
lékárna 1. LF UK a VFN, Praha

Cíl:

Zjistit efekt propiverinu instilovaného intravezikálně intermitentní katetrizací nebo epicystostomií na dysfunkci dolních močových cest (DDMC) u dětí.

Metody:

V letech 2005–2009 bylo léčeno intravezikální instilací propiverinu 14 dětí ve věku 4–18 let. Jedenáct dětí bylo postiženo myelodysplazií, jeden pacient byl léčen pro anorektální atrezii, další dvě děti pro infekci CNS a DDMC po léčbě vaginálního sarkomu. U 11 pacientů (78,6%) byla diagnostikována přetrvávající inkontinence moče, hyperaktivita detruzoru a snížená kapacita močového měchýře. Osm dětí (57,1%) trpělo inkontinencí stolice a dalších šest (42,9%) obstipací. U sedmi dětí předcházela perorální léčba oxybutininem, u dalších pěti pacientů perorálním propiverinem. Dětem byl aplikován při intermitentní katetrizaci nebo epicystostomií intravezikálně propiverin hydrochlorid (0,03 g v 50 ml fyziologického roztoku). Průměrná dávka byla 13 mg (4–15 mg), instilovaná 2× denně. Léčba probíhala 3–23 měsíců. Děti s infekcí močových cest (IMC) byly současně léčeny perorálně podávanými antibiotiky. Kontrolní vyšetření bylo provedeno po třech měsících intravezikální léčby (vývoj obtíží, laboratorní vyšetření, ultrazvuk, urodynamické vyšetření).

Výsledky:

Dvanáct dětí absolvovalo kontrolní vyšetření. Denní inkontinence byla zlepšena u šesti (50,0%) dětí. Noční inkontinence se zlepšila u pěti (41,7%) a zhoršila u jednoho (8,3%) dítěte. Urodynamické parametry se zlepšily u sedmi (58,3%) pacientů. Maximální cystometrická kapacita se zvýšila v průměru z 245,6 ml na 323,9 ml (31,8%). Maximální detruzorový tlak byl snížen v průměru z 38,5 na 33,5 cm H₂O. Zlepšení inkontinence stolice bylo zaznamenáno u tří (25,0%) pacientů. Obstipace se zlepšila u dvou dětí (16,7%). V průběhu léčby nebyly zaznamenány žádné vedlejší účinky (bolest hlavy, porucha salivace, vizu atd.).

Závěry:

Intravezikální instilace propiverinu má podle našich krátkodobých zkušeností dobrý terapeutický efekt bez závažnějších vedlejších účinků.

50

TESTIKULÁRNE POSTIHNUTIE U DETÍ S HEMATOLOGICKÝMI MALIGNITAMI

Molčan J.¹, Puškáčová J.², Slobodníková K.¹,
Lúčanová P.¹, Polák V.¹

¹Klinika pediatrickej urológie DFNSP, Bratislava

²Klinika detskej hematológie a onkológie DFNSP,
Bratislava

Ciel:

Vyhodnotenie údajov testikulárneho postihnutia v súbore pacientov s akútnou lymfoblastovou leukémiou (ALL) a non-Hodgkinovým lymfómom typu B a T (NHL) v období: január 1993 – január 2010.

Metody:

Hodnotíme testikulárne postihnutie a vývoj ochorenia u 9 chlapcov s hematologickými malignitami. 7 chlapcov malo ALL, jeden bol liečený pre Burkittov lymfóm (B-NHL) a jeden pre T-NHL. U chlapcov s ALL išlo o postihnutie testis pri včasnom aj neskorom testikulárnom relapse ALL po období remisie. Štyria mali postihnutie obojstranné, traja jednostranné. U oboch pacientov s NHL bola prítomná jednostranná infiltračia testis základným ochorením už v období stanovenej diagnózy. U šiestich pacientov s ALL bola vykonaná jednostranná orchiektómia, u šiestich s následnou chemoterapiou. U piatich bola vykonaná rádioterapia testis. U jedného pacienta je rádioterapia testis plánovaná po ukončení intenzívnej chemoterapie. U jedného pacienta rodičia ďalšiu liečbu odmietli. Deti s NHL podstúpili chemoterapiu.

Výsledky:

Troja pacienti s ALL sú v remisii, nedošlo k opätovnému testikulárnemu relapsu. Štyria pacienti s ALL zomreli pre progresiu ochorenia (ďalší relaps). Obaja pacienti s NHL sú v remisii, po chemoterapii došlo k úprave nálezu na postihnutom semenníku.

Závěry:

Hematologické malignity u chlapcov môžu byť spojené s nádorovou infiltráciou testis základným ochorením. Preto je nevyhnutné u chlapcov pravidelné vyšetrowanie semenníkov nielen v úvode a v priebehu liečby, ale aj po jej ukončení. Šance na vyliečenie u leukemikov sú najvyššie u pacientov s neskorým izolovaným relapsom. Reprodukčná schopnosť výrazne klesá po kombinovanej terapii. U detí s lymfómom je dobrá kurabilita aj samotnou chemoterapiou.

KARCINOM PROSTATY – DIAGNOSTIKA A PROGNÓZA

pátek 8. října 2010 (9.45–12.00) – Top Congress Hall

**51
HISTOPATOLOGICKÉ HODNOCENÍ
KARCINOMU PROSTATY****Hes O.**

Oddělení speciální diagnostiky ŠPAÚ LF a FN, Plzeň

Gleasonův grade (GG) karcinomu prostaty byl používán beze změn takřka 40 let. Vznikl v době před imunohistochemií. V roce 2005 byla publikována upravená verze (International Society of Urological Pathology) GG. Došlo k přehodnocení jednotlivých gradových kategorií podle soudobých poznatků.

Podle této modifikace Gleasonovo skóre (GS) $1 + 1 = 2$ nemůže být obecně stanovováno, zejména v punkční biopsii. Většina GG 1 jsou ve skutečnosti nenádorové jednotky, jako například adenóza. GG 2 je velmi vzácný, z punkční biopsie navíc nerozpoznatelný. GS 3–4 je tedy ve většině případů nepřesná diagnóza, zejména je-li stanovena z punkční biopsie. V takových případech diagnóza špatně koreluje s gradem a skóre v radikální prostatektomii a navíc je takřka nereprodukovatelná.

Dobře diferencovaný karcinom prostaty, který je rozpoznatelný v punkční biopsii, musí být označován tedy minimálně jako GS 6 a více. Po aplikaci modifikovaného Gleasonova skórovacího systému došlo k významnému, avšak více méně administrativnímu posunu GS směrem k vyšším kategoriím.

**52
IZOLACE MRNA Z TKÁNĚ KARCINOMU
PROSTATY A STANOVENÍ GENOVÉ
EXPRESY SHB A POSTN****Schmidt M.¹, Mareš J.², Veselý Š.¹, Černý M.³, Jarolím L.¹**¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha²Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol, Praha³Přírodovědecká fakulta JČU, České Budějovice**Cíl:**

Izolace mRNA z tkáně karcinomu prostaty (CaP) a stanovení genové exprese Shb a periostinu (POSTN). Denzitometricky měřená genová exprese byla korelována s molekulárně biologickými vlastnostmi CaP a dalšími prognostickými faktory.

Metody:

Do studie bylo dosud zařazeno 45 nemocných s CaP, u kterých byla v letech 2008–2010 provedena izolace mRNA z tkáně nádoru. Materiál byl získán transrektální biopsií prostaty nebo odběrem části nádoru z preparátu po radikální prostatektomii. Přítomnost karcinomu a jeho molekulárně biologická specifikace byla provedena histologickým vyšetřením části vzorku. Ze získaných vzorků byla izolována mRNA a pomocí RT-PCR stanovena semikvantitativní genová exprese Shb a POSTN. Její hodnocení bylo provedeno korelací s expresí provozního genu GAD. Výsledky byly korelovány s patologicko-anatomickým stadiem a gradingem karcinomu. Jako kontrolní skupina byl použit soubor 20 pacientů s benigní hyperplazií prostaty (BHP), u kterých byly vzorky tkáně zpracovány identickým postupem.

Výsledky:

Z dosažených výsledků vyplývá signifikantně nižší relativní genová exprese Shb ve tkáni CaP než v tkáni BHP (průměrná relativní exprese 0,331 vs. 0,575; $p < 0,001$). Při porovnání skupiny lokálně pokročilých a lokalizovaných karcinomů byla detekována nižší relativní exprese Shb u vyššího stadiu (T3, T4) (0,296 vs. 0,346). Relativní exprese POSTN byla v nádorové tkáni nižší než ve tkáni BHP (průměrná relativní exprese 0,357 vs. 0,450). Při porovnání skupiny lokalizovaných a lokálně pokročilých nádorů nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl.

Závěry:

Shb i POSTN jsou potenciálními biomarkery v predikci patologického gradingu, stadiu a prognóze dalšího průběhu onemocnění. Relativní exprese Shb je nižší u karcinomu a klesá při jeho lokálně pokročilé formě. Relativní exprese POSTN bývá nižší v případě karcinomu. Role Shb a POSTN jako prediktorů dalšího průběhu onemocnění musí být vyjasněna a zhodnocena na větším souboru pacientů a při delším sledování.

Projekt je podporován grantem GA UK 200 090.

53

PŘÍTOMNOST PROTILÁTEK PROTI LIDSKÉMU PAPILOMAVIRU 6 U PACIENTŮ S KARCINOMEM PROSTATY KORELUJE S LOKÁLNÍM ROZSAHEM NÁDORU A HODNOTOU GLEASONOVA SKÓRE

Hrbáček J.¹, Hamšíková E.², Tachezy R.², Eis V.³, Brabec M.⁴, Urban M.^{1,5}, Heráček J.^{1,5}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

³Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

⁴Státní zdravotní ústav, Praha

⁵Androgeos, Praha

Cíl:

Etiopatogeneze mnoha lidských maligních nádorů je ovlivněna přímým či nepřímým působením infekčních agens. Cílem práce bylo zjistit, zda existuje korelace mezi výskytem protilátek proti zkoumaným patogenům a lokálním rozsahem karcinomu prostaty či jeho biologickým chováním.

Metody:

V souboru 319 mužů po radikální retropubické prostatektomii s histopatologicky verifikovaným KP bylo 157 (49,2%) lokalizovaných (\leq pT2c) a 162 (50,8%) lokálně pokročilých (\geq pT3a). Průměrný věk pacientů byl 64 let (39–81), průměrná hladina prostatického specifického antigenu (PSA) 9,1 ng/ml (0,8–35,4) a medián Gleasonova skóre 7 (3–9). Séra pacientů jsme vyšetřili metodou ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) na přítomnost protilátek proti cytomegaloviru, viru herpes simplex 1 a 2, lidským papillomavirům (HPV) 6, 11, 16, 18, 31 a 33, *Chlamydia trachomatis* a *Treponema pallidum*, a komplement-fixačním testem na protilátky proti *Neisseria gonorrhoeae*. Zjišťovali jsme rozdíly v lokální pokročilosti nádoru, výši GS a hladině PSA v závislosti na titrech protilátek proti jmenovaným infekčním agens. K porovnání jsme použili dvouvýběrového Wilcoxonova testu.

Výsledky:

Ve srovnání se skupinou s lokalizovaným onemocněním jsme u pacientů s lokálně pokročilým onemocněním našli významně vyšší hladiny protilátek proti HPV6 (1,140 vs. 0,913; $p = 0,0398$). Séropozitivní muži měli vyšší průměrnou hodnotu GS (6,75 vs. 6,45; $p = 0,0305$). Hladiny PSA se mezi skupinami séropozitivních a séronegativních nelišily. Nenalezli jsme žádný vztah mezi přítomností protilátek proti ostatním testovaným patogenům a hodnotou GS ani hladinou PSA.

Závěry:

HPV 6 je všeobecně považován za jeden z neonkogenních typů lidských papillomavirů, který způsobuje především benigní slizniční/kožní léze. Jeho asociací s KP – pokud je nám známo – se dosud žádná studie nezabývala. Naše zjištění je tedy prvním svého druhu. Další výzkum by měl odpovědět na otázku, zda zde statistická významnost reflektuje význam klinický.

Práce podpořena grantem IGA MZ NS9984.

54

MUŽI S BENIGNÍ HYPERPLAZIÍ PROSTATY MAJÍ VYŠŠÍ HLADINY SÉROVÝCH PROTILÁTEK PROTI CYTOMEGALOVIRU A LIDSKÉMU PAPILOMAVIRU 18 NEŽ PACIENTI S KARCINOMEM

Hrbáček J.¹, Hamšíková E.², Tachezy R.², Eis V.³, Brabec M.⁴, Urban M.^{1,5}, Heráček J.^{1,5}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

³Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha

⁴Státní zdravotní ústav, Praha

⁵Androgeos, Praha

Cíl:

Řada lidských maligních nádorů je spojena s přímým či nepřímým působením infekčních agens. Cílem naší práce bylo porovnat titry protilátek proti běžným urogenitálním patogenům u pacientů s karcinodem prostaty (KP) a s benigní hyperplazií prostaty (BPH).

Metody:

Soubor tvořilo 330 mužů po radikální retropubické prostatektomii s histopatologicky verifikovaným lokalizovaným nebo lokálně pokročilým KP a 106 kontrol po otevřené transvezikální prostatektomii bez průkazu maligních struktur v definitivním operačním preparátu. Ve skupině pacientů s KP byl průměrný věk 64 let (39 až 81), průměrná hodnota prostatického specifického antigenu (PSA) 9,01 ng/ml (0,81–35,40), medián Gleasonova skóre 6 (3–9); lokalizovaných onemocnění stadia \leq pT2c bylo 50,9%, lokálně pokročilých \geq pT3a 49,1%. Ve skupině kontrol s BPH byl průměrný věk 72 let (54–87), průměrná hodnota PSA 7,50 ng/ml (0,89–39,00). Přítomnost protilátek proti cytomegaloviru (CMV), viru herpes simplex 1 a 2, lidským papillomavirům (HPV) 6, 11, 16, 18, 31 a 33, *Chlamydia trachomatis* a *Treponema pallidum* jsme stanovili metodou ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), proti *Neisseria gonorrhoeae* komplement-fixačním testem. Průměrné výšky hladin protilátek proti jednotlivým patogenům jsme porovnali pomocí dvouvýběrového Wilcoxonova testu.

Výsledky:

Statisticky významný rozdíl v hladině protilátek jsme našli pouze u protilátek proti CMV ($p = 0,0003$) a HPV 18 ($p = 0,0035$). V obou případech byly vyšší hladiny detekovány ve skupině mužů s BPH než s KP (3,870 vs. 3,154 u CMV; 0,706 vs. 0,617 u HPV 18).

Závěry:

Nepodařilo se prokázat, že by v etiopatogenezi KP sehrálo roli působení některého ze zkoumaných infekčních agens. Naopak, v případě CMV a HPV 18 jsme pozorovali opačnou korelaci. V literatuře se příležitostně podobná zjištění v minulosti objevila, a to i u jiných patogenů. Jedná-li se skutečně o protektivní účinek prodělané infekce, není dosud známo a mělo by se stát předmětem dalšího výzkumu.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9984.

55 OBJEM PROSTATY JE VÝZNAMNÝ FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ VÝSLEDEK BIOPSIE

Grepl M., Kudláčková Š., Študent V.
Urologická klinika LF UP A FN, Olomouc

Cíl:

Cílem práce bylo zjistit vztah objemu, počtu odebraných vzorků a výsledku biopsie prostaty ve vyšetření provedených na naší klinice.

Metody:

K dispozici bylo více než 1500 provedených vyšetření. Hodnoceny byly pouze primobiopsie. Pacienti byli indikováni k biopsii prostaty pro podezření na karcinom při elevaci PSA s ohledem na věkově specifickou hranici, významné velocity PSA (> 0,5 ng/ml/rok) nebo pacienti se suspektním palpačním vyšetření prostaty per rectum. Vždy se jednalo o multiplikovanou biopsii prostaty s určením počtu vzorků pomocí Djavanova Vídeňského nomogramu. Sledované parametry jako objem prostaty, počet odebraných vzorků a záchyt karcinomu prostaty byly srovnávány bez ohledu na indikační kritéria.

Výsledky:

Celkem bylo hodnoceno 745 primobiopsií. Průměrný záchyt karcinomu prostaty byl 31,1%. Skupina byla rozdělena podle celkového objemu prostaty, první do 20 ml, dále po 10 ml až do celkového objemu 100 ml a poslední skupina nad 100 ml. Záchyt karcinomu prostaty v těchto jednotlivých skupinách bez ohledu na celkové PSA postupně klesal ze 45,1% (u pacientů s objemem prostaty do 20 ml) na pouhých 15,9% (u pacientů s objemem prostaty více než 80 ml) při rostoucím počtu vpichů od 8,49 (u pacientů s objemem prostaty do 20 ml) na 13,9 (u pacientů s objemem prostaty nad 80 ml).

Závěry:

Z našich výsledků je zřejmé, že s rostoucím objemem prostaty významně klesá záchyt karcinomu prostaty. Tato skutečnost může být dána vyšším PSA u objemnějších prostat, a tedy chybu při indikaci, ale nelze ani pominout fakt, že v objemnější žláze je zachycení poměrně malého tumoru obtížné. Ani použití Djavanova schématu záchyt karcinomu prostaty u objemnějších prostat dostatečně nekoriguje.

56 PREDIKTIVNÍ LOKALIZACE LOŽISEK ADENOKARCINOMU PROSTATY A RACIONÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY

Zátura F.¹, Bárta J.², Klézl P.², Hrabec M.¹,
Študent V.¹, Novák J.²

¹Fakultní nemocnice, Olomouc

²Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

Cíl:

Biopsie prostaty je v současnosti jedinou metodou potvrzení diagnózy adenokarcinomu prostaty. Je popsáno množství různých technik i bioptických schémat včetně rozsáhlé saturační biopsie, což svědčí o tom, že dosud neexistuje ideální technika biopsie, zejména u počátečních stadií lokalizovaného karcinomu prostaty. Cílem studie je zjistit, zda v prostatě nejsou oblasti, které jsou karcinomem postiženy přednostně, a zda by nebylo možné nalézt postup, kterým by bylo možné při redukci počtu vpichů karcinom zasáhnout častěji

Metody:

S laskavým svolením monitora mezinárodní multicentrické studie PHS02 (AMD, Waterloo), která se týkala výzkumu histoscanningu, jsme využili data histologické analýzy prostat po radikální prostatektomii. Preparáty byly vyšetřeny metodou histotopografie v laboratořích Bostwick, Londýn, kdy jednotlivé řezy celou prostatou (whole mouth section) v transverzální rovině jsou paralelně vzdáleny jen 3 mm a umožňují podrobné vyhodnocení topografie prostaty ve formě „map tumoru“.

Výsledky:

Ze souboru 57 prostat jsme vyhodnotili celkem 741 transverzálních řezů prostatou. Pouze tři ložiska byla zcela mimo periferní zónu (5%), 18 prostat mělo ložisko v periferní zóně + další mimo (32%), ve zbylých 36 žlázách byl karcinom nalezen v periferní zóně (63%), častěji vlevo. Pokud by tedy punkce byla cílena na periferní zónu, mohli jsme zasáhnout ložisko až v 94%.

Závěry:

V našem souboru se primární oblastí postižení prostaty adenokarcinomem stala periferní zóna, kde je zastižitelná naprostá většina ložisek karcinomů. Ve strategii biopsie je vhodné se zaměřit na to, abychom co nejvíce tkáň jsme získali odtud; odběr z adenomu nemá smysl.

57

VYUŽITÍ TKÁŇOVÉ ANALÝZY KE ZLEPŠENÍ DIAGNOSTIKY KARCINOMU PROSTATY U KOMPLIKOVANÝCH NEMOCNÝCH

Záťura F.¹, Bárta J.², Klézl P.², Pernička J.¹, Študent V.¹, Novák J.²

¹Fakultní nemocnice, Olomouc

²Urologické oddělení FN Na Bulovce, Praha

Cíl:

U části nemocných s podezřením na karcinom prostaty při stoupajícím PSA se ani opakovanými punkcemi nemusí prokázat karcinom prostaty. V prográdní multicentrické studii jsme se zaměřili na možnost využití tkáňové matematické analýzy – histoscanningu pro plánování punkční biopsie.

Metody:

Soubor 78 nemocných po 1–3 negativních multiplikovaných biopsiích byl vyšetřen ultrasonograficky transrektální sonografií s vysokým rozlišením, a získaný 3D obraz byl podroben tkáňové analýze metodou histoscanningu (AMD, Waterloo). U 50 nemocných s pozitivním nálezem jsme podle podrobné mapy výskytu heterogenní tkáně provedli cílené biopsie podezřelých míst jehlou TRU-CUT 18G (Bard Magnum), vzorky byly vyšetřeny standardním způsobem.

Výsledky:

Z 50 zařazených nemocných s pozitivním nálezem na histoscanningu 18 nemocných mělo v rebiopsii pozitivní nález adenokarcinomu GS 6–9, 32 nemocných mělo histologický nález negativní. Střední objem léze v tkáňové analýze byl 0,71 cc (IQR: 0,34–9,00) u histologicky pozitivních a 0,10 cc (IQR: 0,00–0,25) u histologicky negativních rebiopsií ($p < 0,0001$). Po jedné negativní biopsii jsme našli tumor u osmi ze 12 pacientů (66 %); ve skupině po dvou neúspěšných biopsiích 8 z 27 (29 %), u tří neúspěšných pak dvě pozitivní rebiopsie z 11 (18 %).

Závěry:

Ani více negativních multiplikovaných punkcí v našem souboru nevyloučilo přítomnost i agresivního adenokarcinomu prostaty. Pomocí metody histoscanningu se nám podařilo cíleně nalézt adenokarcinom prostaty v 36 % pacientů z 50 histoscanningu pozitivních při redukci počtu vpichů.

58

ZOBRAZENÍ KARCINOMU PROSTATY POMOCÍ MR & MR SPEKTROSKOPIE A JEHO KORELACE S POOPERAČNÍMI HISTOTOPOGRAMY

Vik V.¹, Rýznarová Z.², Koukolík F.³, Zachoval R.¹, Vomáčka V.¹

¹Urologické oddělení FTNsP, Praha

²Oddělení MR při ZRIR IKEM, Praha

³Oddělení patologie a molekulární biologie FTNsP, Praha

Cíl:

Porovnání předoperačně provedené MR & MR spektroskopie (MRS) u pacientů indikovaných k radikální chirurgické léčbě pro karcinom prostaty (CaP) s definitivními histotopogramy preparátu. Posouzení vhodnosti této zobrazovací metody k upřesnění předoperačního stagingu.

Metody:

Od října 2009 do května 2010 byli vybráni pacienti před radikální chirurgickou léčbou pro CaP indikováni k MR & MRS pánve, celkem bylo vyšetřeno 24 pacientů. Byl stanoven staging onemocnění a dále schéma popisující, počet, velikost a lokalizaci jednotlivých ložisek CaP v tkáni prostaty. Tyto výsledky byly dále korelovány s definitivním histologickým preparátem. Byla hodnocena shoda ve stanovení stadia a taktéž přesnost topografického schématu.

Výsledky:

Celkem bylo hodnoceno 21 pacientů. U 14 pacientů (67 %) shoda v stanovení klinického a patologického stadia, u pěti (24 %) pacientů došlo k podhodnocení nálezu při MR zobrazení a u dvou (9 %) k nadhodnocení nádorového postižení. Při porovnání topografických map byla shledána absolutní shoda u 14 pacientů (67 %). Prvotní výsledky ukázaly dobrou korelaci mezi klinickým a patologickým stadiem, a to ve shodě s publikovanými daty. Hodnocení shody v počtu, velikosti a lokalizaci jednotlivých ložisek CaP na podkladě porovnání histopatologického popisu s MR & MRS zobrazením se ukázalo podle prvních výsledků velmi obtížné a zatížené velkou chybou. Z tohoto důvodu od června 2010 provádíme korelaci pomocí dvojexpozice, kdy digitalizovaný histopatologický řez celým orgánem promítáme do MR & MRS zobrazení.

Závěry:

Prezentovaná metoda představuje jednu z dalších perspektivních možností upřesnění stagingu u pacientů s CaP.

59

VYUŽITÍ SÉROVÝCH A MOČOVÝCH BIOMARKERŮ V DIAGNOSTICE KARCINOMU PROSTATY

Král M.¹, Jamaspishvili T.², Študent V.¹, Kolář Z.², Bouchal J.²

¹Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

²Laboratoř molekulární patologie LF UP a FN, Olomouc

Cíl:

Hlavní výhodou sérových a močových biomarkerů je jejich neinvazivní charakter a možnost jejich využití v diagnostice a terapii karcinomu prostaty (KP). Zatímco test na PCA3 je již komerčně dostupný, naším cílem bylo vytvořit vlastní metodiku vyšetřování PCA3 a dalších močových markerů (GOLM1, TRPM8, ERG, MSMB, EZH2, AMACR, SPINK1) v rámci multiplexního hodnocení k odlišení maligní a nemaligní příčiny elevace PSA.

Metody:

Na souboru 136 mužů zahrnujícím 65 mužů s karcinomem prostaty a 71 mužů s benigním nálezem na prostatě (BPH, prostatitida) jsme provedli vyšetření PSA a odběr první porce moči po masáži prostaty. Následně byl přidán stabilizátor moči RNA later, byla provedena izolace RNA a reverzní transkripce. Sledovali jsme relativní kvantifikaci poměru PCA3 a PSA a detekci transkriptů dalších genů (viz výše).

Výsledky:

mRNA PCA3 a PSA v moči byly pozitivní u 98 mužů (56 KP, 52 BPH), mRNA PCA3 byla negativní ve 25 případech (6 KP, 19 BPH). Třináct případů bylo pozi-

tivních na přítomnost mRNA PCA3, ale negativní na mRNA PSA, tedy považováno za vysoce zvýšené PCA3 (9 KP a 4 BPH). ROC (receiver operating curve) a AUC (area under curve) analýzy dosáhly hodnot 0,65 a 0,82. Jak PCA3, tak sérové PSA byly signifikantně zvýšené u pacientů s karcinomem prostaty (Mann-Whitney U-test, $p < 0,001$). Obdobně jako v případě komerčně dostupného testu jsme stanovili cut-off PCA3 pro odlišení benigního a maligního nálezu v prostatě. V současné době probíhá závěrečná fáze implementace vyšetřování genů GOLM1, TRPM8, ERG, MSMB, EZH2, AMACR, SPINK1.

Závěry:

Jak hladina sérového PSA, tak PCA3 pozitivně korelovaly s nálezem karcinomu prostaty. Podařilo se nám tak zapojit vyšetřování PCA3 do praxe u pacientů s vyšším rizikem KP a další zlepšení predikce přítomnosti KP očekáváme z multiplexní analýzy genů výše zmíněných.

Práce podpořena grantem NS 9940-4 a MSM 6198959216.

60

POMĚR PSA NADIR A ČASU DO PSA NADIR STANOVENÉHO ULTRASENZITIVNÍM TESTEM JAKO VÝZNAMNÝ PREDIKTOR SELHÁNÍ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Šturcová Kaliská V., Schmidt M.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Hladina prostatického specifického antigenu (PSA) po úspěšné radikální prostatektomii klesá během několika měsíců po operaci na hodnoty nedetekovatelné běžnými metodami. Cílem studie bylo najít souvislost mezi dynamikou poklesu PSA a rizikem relapsu karcinomu prostaty.

Metody:

Do studie bylo zařazeno celkem 306 pacientů s karcinomem prostaty operovaných na našem pracovišti od ledna 2001 do listopadu 2009. Žádný z pacientů neměl v době operace známky diseminace onemocnění a nikdo také nepodstoupil neoadjuvantní hormonální léčbu. Analýza PSA ultrasenzitivní metodou (Immulite third-generation PSA assay – detekční limit 0,003 ng/ml) byla prováděna 14 dní, 1 měsíc, 2 měsíce a 3 měsíce po operaci. Následně pak spolu s klinickou kontrolou každé 3 měsíce. Selhání léčby bylo definováno jako dosažení biochemické recidivy (PSA \geq 0,2 ng/ml) nebo potřeba sekundární terapie.

Výsledky:

Během střední doby sledování 29,8 měsíců (interval 6–90) bylo konstatováno selhání léčby u 87 pacientů (28,4%). Pacienti bez známek recidivy nádoru dosáhli hodnoty PSA nadir signifikantně nižší (0,010 ng/ml \pm 0,011; $p < 0,0001$) a později (5,5 měsíce \pm 5,8; $p < 0,0001$) než pacienti s recidivou onemocnění (0,025 ng/ml \pm 0,025 a 2,5 měsíce \pm 2,5). Poměr těchto parametrů (PSA nadir/čas do PSA nadir) při vypočtené cutt-off hodnotě 0,004 dává pozitivní a negativní prediktivní hodnotu 56 % a 85 %. Pacienti, kteří dosáhli poměru PSA nadir/čas do PSA nadir nad hodnotu 0,004, měli významně (Log-rank test; $p < 0,0001$) nižší pravděpodobnost přežití bez známek recidivy karcinomu prostaty. V Coxově modelu proporcionálních rizik pak poměr PSA nadir/čas do PSA nadir potvrdil, že je významný nezávislý prediktor selhání radikální prostatektomie (HR 7,09, 95 % CI 4,37–11,79, $p < 0,0001$).

Závěry:

Charakter poklesu PSA po radikální prostatektomii sledovaný pomocí ultrasenzitivního testu významně souvisí s prognózou karcinomu prostaty a může pomoci zpřesnit identifikaci pacientů s vysokým rizikem recidivy onemocnění.

61

HODNOTA PŘEDOPERAČNÍHO TESTOSTERONU VE VZTAHU K AGRESIVITĚ A PROGNÓZE KARCINOMU PROSTATY – VÝSLEDKY SLEDOVÁNÍ TŘI ROKY PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Schmidt M., Minářík I., Šturcová Kaliská V.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Několik studií v poslední době poukázalo na možnou spojitost mezi nízkou předoperační sérovou hladinou testosteronu a špatnou prognózou pacientů po radikální prostatektomii (RP). Cílem studie bylo korelovat předoperační hodnotu testosteronu s patologicko-anatomickými charakteristikami karcinomu prostaty a s dlouhodobými výsledky operační léčby.

Metody:

Celkem 75 pacientů s karcinomem prostaty indikovaných k RP bylo začleněno do této prospektivní studie. Všem pacientům byla předoperačně stanovena hladina celkového a volného testosteronu. Odběry proběhly za standardních podmínek, to jest mezi 8. až 10. hodinou ranní. Po RP byli pacienti sledováni pomocí ultrasenzitivního PSA testu v tříměsíčních intervalech. Hodnoceny byly údaje o předoperačním a pooperačním stagingu, gradingu a PSA. Jako selhání léčby bylo považováno dosažení biochemické recidivy (PSA \geq 0,2 ng/ml) nebo potřeba sekundární terapie. Výsledky byly statisticky zpracovány t-testem, jednorozměrovým testem a korelace byla stanovena Spearmanovým rank testem.

Výsledky:

Během střední doby sledování 38,6 měsíců (interval 6–90) od RP bylo konstatováno selhání léčby u 33 pacientů (44 %). Hladina předoperačního testosteronu (14,7 \pm 6,2 ng/ml) a volného testosteronu (17,1 \pm 8,1 ng/ml) se v této skupině nemocných signifikantně nelišila od pacientů dlouhodobě přežívajících bez známek recidivy onemocnění (11,9 \pm 4,2 ng/ml a 14,9 \pm 5,6 ng/ml). Hodnota předoperačního PSA korelovala signifikantně s hladinou celkového ($r = 0,24$, $p = 0,04$) i volného testosteronu ($r = 0,44$, $p = 0,03$). Porovnáním skupin pacientů s předoperační hladinou celkového testosteronu < 8 ng/ml (11 pacientů) a hladinou ≥ 8 ng/ml (64 pacientů) jednorozměrovým testem nebyl prokázán signifikantní rozdíl v hodnotách PSA, Gleasonova skóre a T kategorii.

Závěry:

Výsledky naší studie nepotvrzují vztah nízké hladiny celkového testosteronu s agresivitou a prognózou karcinomu prostaty. Naopak jsme zaznamenali náznak pozitivní korelace mezi celkovým testosteronem a předoperační hladinou PSA.

62 VLIV POZITIVNÍCH OKRAJŮ PREPARÁTU NA PROGNÓZU PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Veselý Š., Jarolím L., Babjuk M., Schmidt M.,
Minárik I., Šturcová Kaliská V.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Pozitivní chirurgické okraje preparátu z radikální prostatektomie se vyskytují až u 40 % operovaných, bývají hodnoceny jako nepříznivá prognostická známka a jejich nálezy může být indikací k adjuvantní léčbě. Existují studie, které upozorňují na možnost příznivé prognózy i bez adjuvantní léčby až u 80 % nemocných. Cílem studie byla klinicko-patologická charakteristika pacientů s pozitivními chirurgickými okraji a zhodnocení dlouhodobého efektu radikální prostatektomie u této podskupiny pacientů.

Metody:

Do studie bylo zařazeno celkem 584 po sobě jdoucích pacientů operovaných na našem pracovišti od ledna 2001 do května 2009. Hodnoceno bylo předoperační PSA, klinická a patologická kategorie T a Gleasonovo skóre, rozsah pozitivních okrajů a hodnota nadír PSA stanovená ultrasenzitivním testem. U dlouhodobě sledovaných pacientů pak i dosažení biochemické recidivy (PSA \geq 0,2 ng/ml) nebo potřeba sekundární terapie. Výsledky byly statisticky zpracovány t-testem a χ^2 -testem.

Výsledky:

Pozitivní okraje byly zaznamenány u 113 (22,8 %) z celkového počtu 584 pacientů po radikální prostatektomii. Pacienti s pozitivními okraji měli lehce vyšší předoperační PSA ($11,0 \pm 9,4$ vs. $9,3 \pm 6,6$) a dosáhli i vyššího PSA nadír ($0,064 \pm 0,222$ vs. $0,059 \pm 0,274$), avšak tyto rozdíly nebyly statisticky významné. Během střední doby sledování 29,3 měsíců (rozmezí 6–90) se u pacientů s pozitivními okraji významně nelišily četnost biochemické recidivy (26,8 % vs. 19,0 %) nebo potřeba sekundární terapie (36,6 % vs. 30,4 %) od pacientů s negativními okraji.

Závěry:

Dle výsledků naší studie představuje přítomnost pozitivního okraje preparátu radikální prostatektomie stále šanci na definitivní vyléčení i bez potřeby následné léčby.

63 RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S HISTOLOGICKÝM NÁLEZEM PT0

Rejchrt M., Jarolím L., Veselý Š., Babjuk M.,
Schmidt M., Šturcová Kaliská V., Minárik I.
Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Histologický nálezy pT0 se vyskytují u nemocných po radikální prostatektomii výjimečně. Cílem studie bylo zhodnocení profilu nemocných, u kterých nebyl karcinom v definitivním preparátu prokázán.

Metody:

Celkem u 543 pacientů operovaných na naší klinice od ledna 2001 do května 2010 pro karcinom prostaty byly retrospektivně hodnoceny předoperační hodnoty PSA, klinická a patologická kategorie T, Gleasonovo skóre z biopsie a definitivního preparátu, objem prostaty, PSA nadír a případná neoadjuvantní hormonální blokáda. Statisticky (Mann-Whitney test, Chi-square test) byly porovnány parametry mezi skupinami s pozitivním a negativním nálezem v patologickém vzorku.

Výsledky:

Z celkového počtu 543 pacientů s kompletními údaji byl histologický nálezy T0 identifikován v 11 (2,0 %) případech, přestože bylo vyšetřeno 15–69 bloček. Tato skupina pacientů měla nižší průměrnou hodnotu předoperačního PSA ($7,5 \pm 3,6$ ng/ml vs. $10,4 \pm 7,7$ ng/ml), avšak tento rozdíl nebyl významný ($p < 0,25$). Ani v dalších parametrech nebyl shledán významný rozdíl mezi oběma skupinami pacientů. Gleasonovo skóre z biopsie 6 bylo u dvou z 11 nemocných, u ostatních bylo nižší, nálezy byly v 1–2 vzorcích. Kategorie cT1a byla u jednoho, cT1b u dvou, cT1c u šesti a kategorie cT2a u jednoho z 11 nemocných. Medián hmotnosti preparátu byl 52 g, u dvou nemocných byl objem prostaty větší (142 a 144 g), čtyři nemocní byli po neoadjuvantní hormonální blokádě.

Závěry:

Nemocní s nálezem pT0 měli ve sledovaném souboru Gleasonovo skóre z biopsie \leq 6, někteří měli nižší hodnotu PSA a větší objem prostaty. Nejspíše díky nízkému počtu pacientů však v této skupině nebyl nalezen v žádném z parametrů významný rozdíl od kontrolní skupiny pacientů s pozitivním histologickým nálezem po radikální prostatektomii.

64

RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE U NEMOCNÝCH S PSA NAD 20 ng/ml

Šturcová Kaliská V., Jarolím L., Babjuk M., Veselý Š.,
Schmidt M., Minárik I., Rejchrt M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Nemocní s hodnotou PSA nad 20 ng/ml mají vysoké riziko selhání radikální prostatektomie v monoterapii. Cílem studie bylo zhodnocení onkologického výsledku radikální prostatektomie u nemocných s vysokou hodnotou PSA.

Metody:

Do studie bylo začleněno celkem 334 pacientů po radikální prostatektomii s kompletními údaji o předoperačním a pooperačním stagingu, gradingu, PSA a s minimální dobou pooperačního sledování 6 měsíců. Pacienti byli rozděleni do skupin s předoperační hodnotou PSA \geq 20 ng/ml (skupina A) nebo PSA pod 20 ng/ml (skupina B). Kontrola PSA po operaci byla prováděna ultrasenzitivním testem za 14 dní, 1 měsíc, 2 měsíce, 3 měsíce a pak ve 3 měsíčních intervalech společně s klinickou kontrolou. Jako selhání léčby bylo považováno dosažení biochemické recidivy (PSA \geq 0,2 ng/ml) nebo potřeba sekundární terapie. Výsledky byly statisticky zpracovány t-testem a χ^2 -testem.

Výsledky:

Do skupiny A bylo zařazeno celkem 23 pacientů a do skupiny B 311 pacientů. Nemocní ze skupiny A dosáhli během střední doby sledování 27,7 měsíců (interval 6–90) signifikantně častěji ($p < 0,001$) biochemické recidivy (60,9%) než pacienti ze skupiny B (17,7%). Procento selhání radikální prostatektomie se také signifikantně ($p < 0,001$) lišilo mezi oběma skupinami (A = 78,3%; B = 32,2%). Podhodnocení stadia s posunem k lokálně pokročilému stadiu v patologickém preparátu se objevilo v 34,8% pacientů skupiny A oproti 19,1% pacientů skupiny B. Tento rozdíl byl signifikantní ($p < 0,01$). Další rozdíl ($p < 0,001$) byl zaznamenán v dosažené hodnotě PSA nadir skupiny A ($0,06 \pm 0,27$) a skupiny B ($0,11 \pm 0,18$).

Závěry:

Výsledky potvrzují, že vysoká předoperační hodnota PSA je spojena s vysokým rizikem selhání radikální prostatektomie.

REKONSTRUKČNÍ UROLOGIE, LAPAROSKOPIE

pátek 8. října 2010 (9.45–12.00) – Kongresový sál II

65 ARTERIO-VENÓZNA FISTULA OBLIČKY S VYTVOŘENÍM PSEUDOANEURYSMY A. RENALIS

Breza J. ml., Málek T., Višváderová T., Slobodník L.,
Javorka V. ml., Breza J. st.

Urologická klinika LF UK a FNŠP, Bratislava,
pracoviště Kramáre, Bratislava

Ciel:

Invazívne terapeutické výkony na obličke (perkutánná chirurgia, resekcia obličky, biopsia) môžu viesť k poraneniu ciev a k vzniku A-V fistuly s následným vytvorením pseudoaneurysmatickej dutiny v parenchýme obličky.

Metódy:

Prezentujú sa skúsenosti s diagnostikou a liečbou A-V fistuly medzi periférnymi vetvičkami a. a v. renalis u 8 pacientov (6 mužov a 2 ženy) vo veku 28–62 rokov. A-V fistula u 7 z nich vznikla po obličku-zachovávačujúcej liečbe lokalizovaného karcinómu a u jedného muža po perkutánnej litotripsii nefrolitiázy. Dominantným príznakom A-V fistuly bola masívna hematúria. Diagnostika A-V fistuly, hlavne ak sa fistula manifestuje masívnou hematúriou, musí byť rýchla a presná. CT, resp. CT angiografiou možno presne určiť lokalizáciu a veľkosť pseudoaneurysmy. Konvenčná renoangiografia je súčasne prvým krokom v aktívnej liečbe A-V fistuly.

Výsledky:

U dvoch pacientov bola pre život ohrozujúcu makrohematúriu potrebná urgentná nefrektómia. U piatich pacientov viedla k uzavretiu fistuly endovaskulárna liečba. Jedna A-V fistula trombotizovala spontánne.

Závery:

A-V fistula medzi vetvičkami a. a v. renalis môže byť príčinou hematúrie po invazívnych liečebných výkonoch postihujúcich obličkový parenchým. Túto možnosť treba brať do úvahy pri diagnostike príčiny pooperačnej hematúrie.

66 STRUKTURA UROLOGICKÝCH TRAUMAT OŠETŘENÝCH VE FN PLZEŇ ZA OBDOBÍ 2005–2010

Strmenská D., Hora M., Klečka J.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Zhodnotit četnost ošetření traumat urologických orgánů a stratifikovat je dle typu.

Metody:

Prospektivně zaznamenávána veškerá traumata urogenitální soustavy ošetřená a řešená na Urologické klinice FN Plzeň za období let 2005–2010.

Výsledky:

Bylo ošetřeno 213 pacientů s traumatem urogenitální soustavy, tj. 1,6 % z celkového počtu hospitalizovaných pacientů za období 2005–2010 (212 z 12 917). Z toho u dvou pacientů se vyskytovalo jak poranění ledvin, tak močového měchýře při polytraumatu. Poranění zevního genitálu se vyskytovalo v 78 případech (36,6 %), močové trubice v 16 (7,5 %), močového měchýře ve 25 (11,7 %), močovodu v 8 případech (3,8 %) a ledvin v 88 (41,3 %). Ve 14 případech (6,6 %) se jednalo o iatrogenní poranění při jiném chirurgickém výkonu, z toho nejčastěji byl poraněn močovod (8). Urologická iatrogenní poranění nebyla součástí sestavy, nebyla hlášena. Při poranění močového měchýře (vyjma iatrogenních poranění) jsme navíc sledovali současný výskyt fraktury pánevního kruhu. Z 19 zranění byla ve 13 případech (68,4 %) přítomna i fraktura pánve. Při traumatech ledvin jsme se zaměřili na četnost operační revize a počet nefrektomií na celkovém počtu poranění ledvin. Konzervativně jsme postupovali u 64 pacientů (72,7 %). Operační revize byla provedena u deseti pacientů (11,4 %), nefrektomie u 14 (15,9 %). Z celkového počtu traumat urogenitální soustavy se největší počet poranění vyskytoval ve věkové skupině od 19 do 30 let, a to 62 (29,1 %).

Závěry:

Na Urologické klinice FN Plzeň bylo ošetřeno široké spektrum poranění urogenitální soustavy. Nejčastěji se vyskytovala poranění ledvin. V rámci léčby poranění ledvin bylo více než ze 2/3 postupováno konzervativně bez nutnosti operační revize, což odpovídá všeobecně doporučeným postupům.

67

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S MINIINVAZIVNÍ NECHIRURGICKOU LÉČBOU TROMBOTICKÉHO UZÁVĚRU RENÁLNÍCH CÉV NÁSLEDKEM TUPÉHO PORANĚNÍ

Kratochvíl P., Šmakal O.

Urologická klinika FN, Olomouc

Cíl:

Izolovaná tupá poranění renálních cév s jejich následným uzávěrem jsou velmi vzácnou diagnózou u tupých poranění břišní oblasti. Naším cílem je zjistit možnosti revaskularizace pomocí intravaskulárních stentů, které jsou v literatuře popisovány.

Metody:

Při tupých poraněních krajiny břišní někdy dochází k poranění intimy cév a následnému nasednutí trombu, který způsobí okluzi renální cévy. Bývají zjištěna v rámci CT vyšetření s kontrastem u pacientů po tupém úderu do krajiny břišní s podezřením na polytrauma. V rámci došetřování pomocí angiografie se nabízí možnost zavedení intravaskulárního stentu s následným zprůchodněním této cévy. Indikace je však velmi limitovaná vzhledem k nutnosti následné antikoagulační léčby. Výkon je tedy možný jen u alespoň relativně izolovaných poranění ledvinného hilu. Revaskularizace musí být provedena do 8 hodin, jinak již ledvinu nelze zachránit. Pokud se nezdaří zprůchodnit cévu při angiografii, pak následuje pokus cévního chirurga o naši bypassu.

Výsledky:

Lékaři naší kliniky se dostali k řešení tří případů, kdy u izolovaných poranění byl pokus o zavedení intravaskulárního stentu. Tento však byl ve všech případech neúspěšný a pacient o ledvinu přišel, a to buď hned během revize, nebo následně pro hypertenzi způsobenou afunkční ledvinou.

Závěry:

Posttraumatická okluze renální artérie se vyskytuje poměrně vzácně, měla by se vyřešit do 8 hodin. Časná diagnostika tohoto uzávěru však většinou vážne. Při pozdější revaskularizaci již je ledvina nenávratně postižena. Angiografické řešení zprůchodnění okluze renální vény je většinou limitováno rizikem zhoršení krvácení z přidružených poranění. Výsledky na našem pracovišti nebyly úspěšné, nicméně je třeba s touto metodou počítat a pokusit se ji zdokonalit.

68

IZOLOVANÉ TRAUMA VENA ILIACA COMMUNIS DEXTRA JAKO PŘÍČINA RETROPERITONEÁLNÍHO KRVÁCENÍ – KAZUISTIKA

Pokorný J.¹, Gürlich R.², Waldauf P.³¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha²Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha³Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Prezentace případu izolovaného poranění vena iliaca communis dextra.

Metody:

Muž ve věku 54 let byl sražen v nočních hodinách autemobilem. Náraz byl veden zprava do oblasti kolenního kloubu. Pacient byl při příjezdu RZP v bezvědomí, na místě zaintubován a předán na oddělení urgentního příjmu traumacentra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Výsledky:

Nemocný byl při příjmu v bezvědomí, napojen na umělou plicní ventilaci, TK 70/40 torr, tachykardie s pravidelnou srdeční akcí 120 pulzů/min. Při fyzikálním vyšetření zjištěny známky poranění měkkých tkání obou koleních kloubů, dále progredující vzednutí a palpační rigidita pravého hypogastria. Vysloveno podezření na hemoperitoneum. Provedeno statimové celotělové nativní CT vyšetření, kde se zobrazil rozsáhlý hematom retroperitoneálně vpravo sahající z malé pánve až k úrovni dolního pólu ledviny. Radiologem vysloveno podezření na rupturu dolního pólu pravé ledviny. Radiologickými metodami nebyly zjištěny známky traumatu dalších orgánů. Pro rychle progredující hypotenzi a narůstající hematoma byl nemocný indikován k operační revizi. K nemocnému byl přivolan urolog, po dohodě s chirurgem přikročeno k revizi. Při předání na sál urgentního příjmu byl nemocný s periferně neměřitelným TK. Při revizi provedena střední laparotomie s nálezem hemoperitonea s progredujícím krvácením z pravého retroperitonea při normálním aspekčním a palpačním nálezu na jednotlivých orgánech. Po odstranění koagul bylo identifikováno poranění pravé společné ilické vény. Chirurgem byla provedena její sutura. Nemocný byl stabilizován na urgentním příjmu, poté předán na JIP chirurgické kliniky a následně dimitován v klinicky dobrém stavu.

Závěry:

Izolované cévní poranění ilických cév způsobené zevními vlivy je v literatuře popisováno velmi raritně. Nejčastější příčinou jejich poranění je iatrogenní manipulace. Náš případ demonstruje nutnost pomyslet na poranění ilických cév při masivním posttraumatickém krvácení do retroperitonea, kdy bývá diagnostický proces často veden urologem.

69 WUNDERLICHOV SYNDRÓM – ZRIEDKAVÁ KOMPLIKÁCIA ANGIOMYOLIPÓMU OBLIČKY

Breza J. ml., Bujdák P., Lederleitnerová J.,
Jankovich M., Wassermann O., Breza J. st.
Urologická klinika LF UK a FNsP, Bratislava,
pracovisko Kramáre, Bratislava

Ciel:

Wunderlichov syndróm je zriedkavá komplikácia, kedy u pacientov s angiomyolipómom dochádza v dôsledku ruptúry nádoru k masívnemu retroperitoneálnemu, niekedy až život ohrozujúcemu krvácaniu. Situácia vyžaduje promptnú a precíznu diagnostiku a razantnú chirurgickú liečbu.

Metódy:

Autori vyšetrili a liečili tri pacientky vo veku 29, 45 a 50 rokov, u ktorých došlo k ruptúre predtým asymptomatického angiomyolipómu. Pacientky sa podrobili USG a CT vyšetreniu a následne transabdominálnej nefrektómii.

Výsledky:

Vo všetkých prípadoch išlo o veľké nádory (18 × 12 × 10 cm, menší 16,5 × 10 × 10 cm), v okolí ktorých bol rozsiahly hematóm. Pri CT vyšetrení sa zistila guľovitá alebo ovoidná, dobre ohraničená lézia. Všetky tri pacientky mali nález angiomyolipómov aj na kontralaterálnej obličke. Diagnóza karcinómu obličky sa vylúčila na základe prítomnosti tuku v nádore. Pacientky sa podrobili nefrektómii cez priečnu laparotómiu v nadbrušku, vždy s celou tukovou kapsulou. Operácie boli náročné a zložité najmä pre krvácaním zmenené operačné pole. V pooperačnom priebehu sme nezaznamenali žiadne komplikácie. Histopatologické vyšetrenie potvrdilo angiomyolipóm obličky.

Záver:

Zriedkavý výskyt Wunderlichovho syndrómu je príčinou toho, že urologické pracoviská nemajú s touto situáciou väčšie skúsenosti. Pacienti musia byť po liečbe opisanej komplikácie dispenzarizovaní a vecne informovaní o svojom stave, najmä kvôli možnosti podobnej komplikácie na kontralaterálnej obličke.

70 AUTOTRANSPLANTACE LEDVINY JAKO MOŽNÉ ŘEŠENÍ DLOUHÉ STRIKTURY MOČOVODU

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

¹Urologické oddělení FNsP, Ostrava

²Chirurgická klinika FNsP, Ostrava

Cíl:

Autotransplantace ledviny je zřídka používanou metodou k řešení dlouhé striktury močovodu. V kazuistice uvádíme případ nemocného léčeného touto technikou.

Metody:

Sedmdesátiletý pacient přijat na naše pracoviště s akutní bolestí v pravé bederní krajině se sonografickým nálezem městnání III. stupně v dutém systému při zavedeném stentu z jiného pracoviště. Vlevo nález afunkční hydronefrotické ledviny, taktéž se zavedeným stentem. Drenáž pravé ledviny zajištěna akutně nefrostomií. Po stabilizaci stavu doplněno CT vyšetření a následně ascendentní pyelografie s ureteroskopií a nálezem dlouhé striktury střední části obou močovodů imponující jako retroperitoneální fibróza. Jako vedlejší nález popisováno aneurysma arteria iliaca communis vpravo velikosti 31 × 19 mm s nástěnným trombem a těsným vztahem k močovodu, s podezřením na možný infekční původ. Po konzultaci s chirurgy přistoupeno k provedení autotransplantace pravé ledviny do levé jámy kyčelní.

Výsledky:

Pooperační průběh bez komplikací, laboratorně stabilizace hladin kreatinémie na hodnoty 117–132 μmol/l. Extrakce stentu z transplantované ledviny 4. měsíc po operaci. Autotransplantát sonograficky bez městnání. Pacient prodělal ataku pyelonefritidy levé afunkční ledviny. Dynamická scintigrafie prokazuje dobrou funkci i perfuzi štěpu se včasnou drenáží a potvrzuje afunkci levé ledviny. Provedena nefrektomie afunkční ledviny z lumbotomického přístupu. Zhojen primárně. Nyní klinicky zcela bez potíží.

Závěry:

Autotransplantace ledviny je efektivní metoda řešení dlouhé striktury močovodu kladoucí vysoké nároky na operační techniku s velmi dobrými výsledky při nekomplikovaném průběhu.

71

FIBROEPITELIÁRNÍ TUMOR – PŘÍČINA AKUTNÍ OBSTRUKCE MOČOVODU

Novák I., Košina J., Giblo V.

Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Seznámení s vzácnou příčinou akutní obstrukce močového fibroepiteliálním tumorem imitující náhlou příhodu břišní.

Metody:

Retrogradně kasuisticky probrána diagnostiky a léčba fibroepiteliárního tumoru pravého močovodu.

Kazuistika: Jedenáctiletý chlapec s projevy náhlé příhody břišní se dostavil k ošetření na spádové dětské chirurgické oddělení. Z plného zdraví se objevily bolesti břicha, nauzea, subfebrilie. Urologicky zcela bez symptomatologie. Chirurgem provedená akutní laparoskopická apendektomie břišní zánět nepotvrdila. Pro trvání potíží doplněna IVU, kde potvrzen ultrazvukový nález expanze v pravém močovodu. Chlapec přeložen na dětské urologické lůžko FN HK. Indikován k endoskopickému výkonu (cystoskopii a ureteroskopii). Potvrzen útvar zejíci z močovodu, ale endoskopicky neodstranitelný. Odebraná klešová biopsie byla bez průkazu malignity. Chlapec indikován k otevřené revizi pravého močovodu. Během operace byl nalezen polyp 70 mm dlouhý. Z ureterotomie vcelku bez zbytku excidován, ponechána pooperační drenáž stentem. Po operaci bez komplikací. Propuštěn 7. pooperační den v dobrém stavu.

Výsledky:

Histologicky diagnostikován benigní fibroepiteliární polyp. Stent z močovodu odstraněn ambulantně 3 měsíce od operace s normálním nálezem na provedené ascendentní pyelografie. Chlapec trvale bez potíží a známecké recidivy tumoru na ambulantní kontrole ultrasonografií po 6 měsících.

Závěry:

Literárně popisovány sporadické případy tohoto onemocnění. Při dostatečné radikalitě ošetření nejsou recidivy uváděny. Naše pozorování tohoto onemocnění ukazuje na možné diagnostické rozpaky u projevů napodobujících akutní příhodu břišní. Jako přínosné a přesné diagnostické metody se ukázaly sonografie a IVU.

72

POSTAVENÍ LAPAROSKOPIE V CHIRURGICKÉ LÉČBĚ UROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Hora M., Stránský P., Eret V., Ůrge T., Klečka J. jr.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Zhodnotit postavení laparoskopie v operační léčbě urologických onemocnění. Laparoskopii provádíme na naší klinice od roku 2003. Naše klinika provádí v podstatě celé spektrum výkonů urologie bez selekce díky neexistenci spádových urologických pracovišť v regionu, takže jsou naše čísla poměrně reprezentativní bez zkreslení specializací jen na určitou problematiku.

Metody:

Zpracována čísla hospitalizovaných a operovaných v letech 2003–2010. U operací poté provedena stratifikace dle typů operačních výkonů. Během let docházelo k postupnému rozvoji laparoskopie, proto jsou jako čísla reprezentativní předkládány hodnoty až z posledních let.

Výsledky:

V roce 2009 hospitalizováno 2639 pacientů, u nichž bylo provedeno 2066 operací (bez ESWL). Laparoskopických výkonů (i konvertované) z nich bylo 163, což znamená 6,2% hospitalizovaných, resp. 7,9% operovaných. Spektrum laparoskopických výkonů bylo následující: 63 nefrektomií, 21 resekcí tumoru ledviny, 24 radikálních prostatektomií, 12 nefroureterektomií, 11 varikokelektomií, 10 adrenalektomií a další méně četné výkony. Pro srovnání bylo ve stejném roce provedeno 380 ureteroskopií, 345 operací pro BPH (PVP 168, TURP 137, plazmakinetická vaporizace 33, otevřená PE 7), výkony na zevním genitálu 328, TURB 300, otevřená nefrektomie 55, otevřená resekce tumoru ledviny 40, otevřená radikální PE 35, otevřená cystektomie 23. V roce 2010 (do 10. 6.) jsou čísla následující: 117 laparoskopií (což by při přepočtu vedlo k nárůstu za celý rok na téměř 270 výkonů) u 1332 hospitalizovaných (8,9%), resp. 1050 operovaných (11,1%). Počet lékařů provádějících samostatně laparoskopické operace je pět z osmi plně kvalifikovaných urologů.

Závěry:

Počet laparoskopických výkonů nestále narůstá co objemu, tak do procentuálního zastoupení v chirurgických metodikách. Laparoskopie je významnou součástí operační léčby v urologii, zaujímá však vedle otevřené a endoskopické operativy poměrně malou část (nyní kolem 11%) z celkového počtu operací.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

73 LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE DIVERTIKLU KALICHU LEDVINY

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

Cíl:

Zhodnotit výsledky laparoskopického způsobu léčby divertiklu kalichu ledviny.

Metody:

Retrospektivně jsme zhodnotili výsledky 15 pacientů, kteří prodělali laparoskopickou resekci divertiklu kalichu ledviny na našem pracovišti. Diagnóza byla stanovena na základě kontrastního RTG vyšetření u symptomatických nemocných. Ve všech případech jsme použili laparoskopický transperitoneální přístup a provedli jsme marsupializaci divertiklu. U čtyř pacientů byla odstraněna litiáza. Místo komunikace divertiklu s kalichem bylo ozřejmeno po injekci tekutiny do dutého systému ledviny předtím zavedeným ureterálním katétre a následně uzavřeno stehem a tkáňovým lepidlem Glubran. Epitel dutiny divertiklu byl zkoagulován argonovou koagulací.

Výsledky:

Průměrný operační čas byl 45 minut (32–55 minut). Nedošlo k žádným pooperačním komplikacím. Pooperačně jsme u 3 pacientů sledovali dočasnou urinózní sekreci z cíleného drénu, která spontánně ustala do 48 hodin. Při minimálně tříměsíčním sonografickém sledování nedošlo k recidivě náplně divertiklu v žádném případě.

Závěry:

Laparoskopická resekce divertiklu kalichu ledviny je technicky jednoduchou, bezpečnou a vysoce účinnou metodou léčby. Její použití je alternativou k léčbě perkutánní či ureteroskopické.

74 ČASNÉ UVOLNĚNÍ HILOVÝCH CÉV PŘI LAPAROSKOPICKÉ RESEKCI NÁDORŮ LEDVIN

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

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Cíl:

Zhodnocení vlivu časného uvolnění hilových cév (anglicky – early unclamping) na dobu ischemie ledviny a na krevní ztráty při laparoskopické resekci (LR) nádorů ledvin.

Metody:

Na našem oddělení podstoupilo od března 2006 do května 2010 LR 76 pacientů, věk 59,8 let (34–75). Šest pacientů bylo operováno ve dvou dobách pro bilaterální nádor (2× oboustranná LR, 4× LR a druhostranná nefrektomie). U dvou pacientů byly resekovány dva nádory jedné ledviny. 2x byla provedena stejnostranná adrenalectomie pro adenom; 64× byla oddělitelnou cévní svorkou uzavírána pouze renální artérie, 2× byla uzavřena i žíla. 2× byl uzavřen komplexní hilus zevní cévní svorkou. Sutura resekční plochy byla prováděna ve dvou vrstvách s aplikací hemostatické sítky, 2× s užitím tkáňového lepidla.

Výsledky:

Úspěšně bylo dokončeno 74 (95%) LR, s průměrným operačním časem 134 minut (80–330). Velikost nádoru byla 26,6 mm (10–60). Histologicky byl nalezen renální karcinom (67), angiomyolipom (4) a benigní cysta (3). Pozitivní chirurgický okraj patolog nikdy nenalezl. Urinózní sekreci měli tři pacienti, z toho 1× v kombinaci s perirenálním hematodem. V jednom případě byla založena dočasná kolostomie pro ischemii colon descendens. Lokální recidiva nádoru nebyla dosud u žádného pacienta zaznamenána. Hilové cévy byly uzavírány 68× (92%), u prvních 22 pacientů nebylo užito techniky časného uvolnění hilových cév (skupina č. 1), u následujících 46 pacientů tato technika užita byla (skupina č. 2). U skupiny č. 1 byla doba ischemie 23,8 minut (10–40), krevní ztráty byly 96 ml (20–400). U skupiny č. 2 klesla doba ischemie na 14,1 minut (8–35), krevní ztráty byly 142 ml (20–600). Krevní transfuze nebyla indikována u žádného pacienta.

Závěry:

Použitím techniky časného uvolnění hilových cév se čas ischemie ledviny v našem souboru výrazně zkrátil, pooperační krevní ztráty sice mírně vzrostly, nebyly však klinicky významné.

75

NOVÁ TECHNIKA KOMPLETNÍ LAPAROSKOPICKÁ NEFROURETEREKTOMIE – TRANSURETRÁLNÍ EXCIZE URETEROVEZIKÁLNÍ JUNKCE A ZAJIŠTĚNÍM POMOCÍ UZAMYKATELNÉHO KLIPU

Hora M., Stránský P., Klečka J. jr., Eret V., Ůrge T.,
Chudáček Z., Hes O.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Nedílnou součástí radikální nefroureterektomie (NUE) se již stala laparoskopická nefrektomie (LNE). Otázka distální ureterektomie (UE) je však stále neuspokojivě řešena. Bezpečnou ale zbytečně invazivní je otevřená ureterektomie. Námí užívané metody méně invazivní ureterektomie (antegrádní miniinvazivní NUE – Hora et al. Urol Int 2008; 83(3): 264–270 – či kompletní laparoskopická NUE (CLNUE) s Ligasure – Hora et al. CEJU 2010; in print) mají řadu nevýhod, proto hledáme optimálnější řešení. Zde prezentujeme jedno z možných řešení.

Metody:

Laparoskopii při NUE jsme zavedli na naší klinice roku 2003 a k dnešku byla užitá u 64 pacientů. U posledních čtyř jsme užili novou metodiku, kterou prezentuje video.

Výsledky:

V litotomické poloze je pomocí Collinsova nože částečně obříznuta ureterovezikální junkce. Podbříškem je zaveden do měchýře port 5 mm. Biopstickými kleštěmi je částečně obříznuté ústí povytaženo a portem

5 mm je na distální ureter nasazen uzamykatelný klip Hem-o-lok velikost ML. Následně je Collinsovým nožem dokončena excize ureteru až do perivezikálního tuku. Následuje v poloze na boku standardní LNE bez přerušení ureteru. Ten je poté pomocí harmonického skalpelu či nástroje Ligasure uvolněn až k měchýři včetně excidované ureterovezikální junkce. Nalezení klipu na ureteru nám verifikuje kompletní provedení UE, jinak by bylo možno užít i pečutí systém Ligasure®. Preparát je poté odstraněn střídavým řezem v podbříšku.

Závěry:

CLNUE transuretrální excizí ureterovezikální junkce a zajištěním pomocí uzamykatelného klipu se nám zatím jeví jako vhodná alternativa laparoskopické NUE. Práci je nutné považovat za pilotní projekt. Její doporučení do rutinní praxe zatím není možné.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620819.

76 LÉČBA MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE POMOCÍ ATOMS (Adjustable Transobturator Male Sling)

Zachoval R., Záleský M., Borovička V., Vik V.
Urologické oddělení FTNsP, Praha

Cíl:

Cílem práce je vyhodnotit účinnost a bezpečnost nové metody léčby mužské stresové inkontinence pomocí ATOMS (Adjustable TransObturator Male Sling).

Metody:

Soubor tvoří pět mužů s klinicky významnou stresovou inkontinencí (tři pacienti v průměru 26 měsíců po radikální prostatektomii, kteří jsou v remisi a neprodělali adjuvantní terapii a dva pacienti v průměru 30 měsíců po suprapubické prostatektomii) refrakterní na konzervativní terapii operovaných pomocí ATOMS. ATOMS je transobturatorně zavedený sling s inflatibilním polštářkem přiloženým na bulbární uretru, jehož náplň lze pomocí speciálního portu v pooperačním období kdykoliv upravovat podle potřeby. Všichni pacienti byli před operací a po dosažení maximální kontinence sledování pomocí 48hodinového mikčnického deníku a pad weight testu, vizuální analogové škály hodnotící kvalitu života vztaženou k inkontinenci (VAS, škála 0–10), urodynamickeho vyšetření, uretrocystografie a flexibilní uretrosystoskopie.

Výsledky:

Při průměrné době sledování 8 měsíců (6–12) došlo k dosažení stavu s maximální kontinencí v průměru po 6 měsících (3–12) od operace s průměrnou náplní 28 ml (15–43) v polštářku. Podle 48hodinového mikčnického deníku a pad wight testu došlo ke zlepšení inkontinence z 50 % na 3 % při vyjádření poměru uniklé moči k celkové diuréze. Podle VAS došlo ke zlepšení kvality života pacientů z 9,1 na 1,1. Maximální cystometrická kapacita detruzoru byla před operací v průměru 290 ml (180–420) a po dosažení maximální kontinence 284 ml (197–444), u žádného pacienta nedošlo po dosažení maximální kontinence ke vzniku hyperaktivity detruzoru. Průměrné postmikční reziduum po dosažení maximální kontinence je 10 ml (0–25). Podle uretrocystografie a flexibilní uretrocystoskopie nedošlo v místě přiložení pásky na uretru k žádným patologickým změnám ve stěně močové trubice.

Závěry:

ATOMS se při krátkodobém sledování pacientů léčených pro stresovou inkontinenci jeví jako metoda s vysokou úspěšností a bezpečností.

77 VÝSLEDKY IMPLANTACÍ UMĚLÉHO SVĚRAČE MOČI U MUŽSKÉ STRESOVÉ INKONTINENCE KOMPLIKOVANÉ STRIKTUROU MEMBRANÓZNÍ URETRY – SKROTÁLNÍ PŘÍSTUP Z JEDNÉ INCIZE

Doležel J., Čapák I., Miklánek D., Šustr M.,
Staník M., Macík D.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Cíl:

1. Prezentace výsledků kazuistického souboru pacientů s provedenou implantací umělého svěrače moči AMS800 pro stresovou močovou inkontinenci a po plastických operacích striktur membranózní uretry (MU) či uretrovezikální anastomózy (UVA).
2. Vyvolání diskuse o systému organizace implantací umělých svěračů moče v České republice.

Metody:

V období od listopadu 2005 do dubna 2010 autor provedl celkem osm implantací umělého svěrače moči AMS800 (od května 2008 do dubna 2010 sedm svěračů) u mužů pro inkontinenci moče typu ISD. Šest pacientů nejméně 12 měsíců před operací mělo provedenu plastiku recidivujících striktur MU či UVA; jeden pomocí skrotálního U laloku, pět přenosem bukálního štěpu (technika prezentována v rámci kongresu ČUS v roce 2008). Všichni pacienti splňovali urodynamická kritéria pro implantaci. U prvního pacienta byla manžeta implantována na hrdlo měchýře po transpozici omentálního laloku na hrdlo měchýře a perineum v I. době. V dětství prodělal distrakční defekt MU při fraktuře pánevního kruhu (PFUDD). Totální inkontinence moči u něj vznikla po transvezikální prostatektomii pro BPH a byla neúspěšně řešena implantací AMS800 na bulbární uretru (eroze manžety). Čtyři byli po radikálních prostatektomiích a tři po otevřených, resp. transuretrálních prostatektomiích.

Výsledky:

Všechny implantace proběhly bez komplikací. Sfinktery byly aktivovány za 8 týdnů po operaci, kontinence obnovena, pacienti po plastikách volně močili. Jeden sfinkter byl za rok explantován pro erozi pumpy po automutilaci pacientem.

Závěry:

1. Implantace AS800 s pomocí transpozice omentálního laloku v terénu po PFUDD a selhání implantace AS800 nebyla dle našich vědomostí dosud publikována.
2. Implantace AS800 po plastikách recidivujících striktur MU bukálními štěpy nebyla dle našich vědomostí dosud publikována.
3. Skrotální přístup zjednodušuje techniku a snižuje invazivitu operace. Dle sdělení distributora není dosud tento způsob dalšími implantačními centry v České republice prováděn.

KARCINOM PROSTATY – LÉČBA

pátek 8. října 2010 (12.00–14.00) – Top Congress Hall

78

**ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ
PROSTATEKTOMIE,
EXTRAPERITONEÁLNÍ PŘÍSTUP,
ONKOLOGICKÉ A FUNKČNÍ VÝSLEDKY
550 OPERACÍ**Kočárek J., Köhler O., Belej K., Kaplan O.,
Chmelík F., Fojtík P., Drlík P., Chmelenský T.,
Kastnerová A.

Urologické oddělení ÚVN, Praha

Cíl:

Zhodnotit výsledky prvních 550 robotických radikálních prostatektomií (dVP) provedených extraperitoneálním přístupem.

Metody:

1. dVP byla v ÚVN provedena v prosinci 2005. Do května 2010 bylo s robotickou asistencí, preperitoneálním přístupem z pěti portů, operováno 550 pacientů s klinicky lokalizovaným karcinomem prostaty. Všichni pacienti byli operováni ve standardní 15° Trendelenburgově poloze. Při operaci byl použit čtyřramenný robotický systém da Vinci Standard (Intuitive Surgical, California, USA). Za celou skupinu byla hodnocena demografická a klinická data, operační čas, intraoperační a pooperační komplikace, pozitivní chirurgické okraje, biochemická recidiva a návrat kontinence. U pacientů, kteří podstoupili některý typ nervy šetřícího výkonu, byla vyhodnocena rychlost návratu a kvalita pooperační erekce.

Výsledky:

Nezaznamenali jsme peroperační úmrtí. Z důvodu poruchy robotického systému jsme provedli tři konverze. Peroperačně jsme 5× ošetřili poranění rekta. Jedenkrát jsme reoperovali z důvodu netěsnosti uretro-vezikální anastomózy. Devíti pacientům bylo nutné podat krevní transfuzi. Průměrný operační čas byl 152 minut. V 17,8 % byl zjištěn pozitivní chirurgický okraj (pT2-3). Při nekomplikovaném průběhu byl permanentní močový katétr odstraněn 10. pooperační den. Při obtížném šití veziko-uretrální anastomózy byl katétr ponechán 3 týdny. 88,3 % pacientů bylo plně kontinentních do 6 měsíců po odstranění katétru. Po nervy šetřícím výkonu mělo kvalitní erekci 42,2 % pacientů do 6 měsíců od operace.

Závěry:

Naše výsledky potvrzují, že dVP je bezpečná a reprodukovatelná metoda. DVP dosahuje srovnatelných onkologických výsledků s jinými technikami radikální prostatektomie. Výhodou dVP pro pacienty je malá krevní ztráta, krátká hospitalizace, velmi krátká doba rekonvalescence, rychlý návrat kontinence a v indikovaných případech, kdy je proveden nervy šetřící výkon, i kvalitní pooperační erekce. Výhodou preperitoneálního přístupu je minimalizace rizika nitrobršních komplikací.

79

**ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ
PROSTATEKTOMIE – POROVNÁNÍ
PRVNÍCH A NÁSLEDNÝCH 100 PACIENTŮ
V CENTRU ROBOTICKÉ CHIRURGIE KZ,
a.s. ÚSTECKÝ KRAJ**Bočan M.¹, Schraml J.¹, Broul M.¹, Peremský Z.¹,
Štrbavý M.¹, Hlavička M.¹, Sticová E.²¹Centrum robotické chirurgie KZ, a.s.,

Ústí nad Labem

²Patologické oddělení MNUL, o.z. KZ, a.s.,

Ústí nad Labem

Cíl:

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

Metody:

Retrospektivní hodnocení souboru 200 pacientů, kteří podstoupili dVP na pracovišti CRCH MNUL od srpna 2008 do května 2009, resp. od května 2009 do listopadu 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 minut, resp. 150 minut, krevní ztráty 210 ml, resp. 236 ml. Byly nutné 4, resp. 0 konverze, 3 resp., 2 operační revize. Průměrná doba hospitalizace byla 5 dní. V krátkém časovém odstupu po odstranění katétru dosáhlo 63 %, resp. 71 % pacientů okamžité kontinence, u 29 %, resp. 24 % pacientů byly nutné 2–3 vložky/den, u 8 %, resp. 5 % pacientů bylo nutné použití více vložek. Pooperační histologické hodnocení bylo pT0 1 %, resp. 1 %, pT2 60 %, resp. 72 %, pT3 39 %, resp. 26 %, pT4 0 %, resp. 1 %. Pozitivní okraje jsme zaznamenali u 26 %, resp. 14 % pacientů.

Závěry:

Se standardizovanou operační technikou a nárůstem počtu výkonů se zkracuje operační doba, snižuje množství komplikací a procento pozitivních okrajů. Robotická operace s dobrou vizualizací operačního pole umožňuje také kvalitní výkonu dalších operátérů.

80 ENDOSKOPICKÁ EXTRAPERITONEÁLNÍ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE – VLASTNÍ VÝSLEDKY

Novák K.¹, Vraný M.², Macek P.¹, Fógel K.¹,
Dvořáček J.¹, Hanuš T.¹

¹Urologická klinika I. LF UK a VFN, Praha

²Chirurgické oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou

Cíl:

Zhodnocení vlastního souboru pacientů s karcinomem prostaty (KP) léčených chirurgicky endoskopickou extraperitoneální radikální prostatektomií (EERP).

Metody:

Operaci jsme prováděli z extraperitoneálního prevezikálního přístupu z pěti portů antegrádně. V indikovaných případech byla součástí operace limitovaná pánevní (obturatorní) lymfadenektomie (OL). Již dříve prezentovaný soubor 36 pacientů (A) byl porovnán v některých ukazatelích se souborem 34 později operovaných pacientů (B).

Výsledky:

Od února 2008 do května 2010 jsme provedli 70 EERP (29 s OL) u pacientů ve věku 52–75 let (průměr 63 let) s PSA 1,76–30,0 (průměr 9,2 ng/ml). Hmotnost prostaty byla 15–102 g (průměr 52 g). Průměrná doba operace byla 243 minut (A – 265 minut, B – 220 minut). Odhadnutá krevní ztráta byla 200–3000 ml (v A – nad 1000 ml 19%, v B nad 1000 ml – 6%), substituce krve byla nutná u sedmi (10%) pacientů (jen A). Žádná operace nebyla konvertována na otevřenou, 1 pacient (1,4%) byl revidován týž den po výkonu pro krvácení. Derivace močovým katétreem byla 6–24 dní (< 10 dní 30%, tj. 43%). Pozdními komplikacemi byly zhnisaný prevezikální hematoma s nutnou revizí a drenáží 3 týdny po výkonu u jednoho, u dvou vezikorektální píštěl zjištěná 5. a 10. den po výkonu a řešená založením dočasné sigmoideostomie. Plné kontinence moči dosáhlo 57 (81%) pacientů, > 1 vložku denně potřebuje osm (11%), jeden pacient byl totálně inkontinentní, o ostatních nejsou údaje k dispozici. Striktura vezikouretrální anastomózy nebyla dosud zjištěna u žádného pacienta. Onkologické výsledky – 25 (36%) pacientům byla navržena adjuvantní léčba: u 17 (24%) šlo o lokálně pokročilý či generalizovaný KP (pT3a – 3, pT3b – 11, pT4 – 1, pT3b N + – 2), dalších šest (8,6%) mělo nádorově pozitivní okraje, u dvou (pT2a, pT2c) zůstala po EERP významná elevace PSA.

Závěry:

EERP je méně invazivní chirurgickou možností léčby KP. Onkologické výsledky jsou ovlivněny indikací, adjuvantní terapie je nutná u 36% pacientů z našeho souboru. Funkční výsledky týkající se kontinence jsou dobré.

81 ROBOTICKY ASISTOVANÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE Z POHLEDU ANESTEZIOLOGA A INTENZIVISTY II

Kokoška V.

Oddělení intenzivní medicíny, ORCHUS, K.Z. a.s.,
Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem

Cíl:

Zhodnocení výsledků druhé stovky roboticky asistovaných prostatektomií (červen až prosinec 2009) z hlediska perioperačních (operace, JIP péče) i pozdních (standardní oddělení, po dimisi) komplikací. Zhodnocení a porovnání nových výsledků se souborem prvních 100 roboticky asistovaných prostatektomií v Masarykově nemocnici Ústí nad Labem (srpen 2008 až prosinec 2009). Zjištění vlivu rostoucí erudice operátorů a naopak rozšiřujícího se počtu participujících anesteziologů.

Metody:

V období červen až prosinec 2009 podána anestezie u 104 pacientů. Hodnoceny byly patientské parametry (věk, přidružená onemocnění, ASA riziko), perioperační období (průběh, délka, komplikace operace, pooperační průběh na JIP). Následně též komplikace na oddělení i pozdní komplikace po dimisi.

Výsledky:

Demografická data obou souborů jsou srovnatelná. Průměrný věk 66 let. Hypertenze, obezita a ICHS opět nejčastější přidružené choroby. Délka operace a krevní ztráty se snížily s narůstající erudicí operátorů. Dvakrát nutná podpora oběhu noradrenalinem. Krevní deriváty podány 3× v dávce 1–2 jednotek. Nejzávažnější časné pooperační komplikace – 1× paralytický ileus, 2× krvácení s nutností revize, 1× rehospitalizace pro dekompenzaci COPD. Pooperační nauzea a vomitus jako nejčastější komplikace redukována na 20%. Jen 9% pacientů na JIP déle než 2 dny. Komplikace do dimise spíše ojedinělé (IMC, protrahovaná urinózní sekrece z drénu). Vážné komplikace po dimisi – urinózní peritonitis a absces v malé pánvi. U dvou pacientů operačně řešena stenóza v anastomóze.

Závěry:

Pozorování opět podpořilo předpoklad, že při respektování patofyziologie změn v Trendelenburgově poloze s kapnoperitoneem a důsledném dodržování anesteziologických kontraindikací laparoskopie snášejí pacienti výkon velmi dobře a anestezii může úspěšně vést běžně erudovaný anesteziolog. Hemodynamické monitorování prospěšné v hraničních stavech. Stejně tak je zřejmý pozitivní vliv zvyšující se erudice operátora. Uvedená péče umožňuje pobyt pacienta na monitorovaném lůžku do 24 hodin a většinou rychlou dimisi.

82

PROTRUZE DORZÁLNÍ VÉNY DO ANASTOMÓZY JAKO MÁLO OBVYKLÁ POZDNÍ KOMPLIKACE RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

Otava Z., Fiala A., Urban M., Grill R., Pokorný J.,
Novotný T., Poch J., Mašková V., El Balouly K.,
Trněná Z.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Upozornit na málo obvyklou možnost iritace a perzistující infekce močových cest, způsobenou protruzí nevstřebatelného šicího materiálu, použitého pro ligaturu dorzální vény při radikální prostatektomii.

Metody:

Vyšetřili jsme pacienta dva roky po radikální prostatektomii s recidivujícími dysurickými potížemi a uroinfekty. Pacient je kontinentní, průtokové parametry při uroflowmetrii a postmikční reziduum byly v mezích normy. Provedli jsme flexibilní cystoskopii s nálezem „vlající“, silonové ligatury na čísle 11. Pacienta jsme indikovali k endoskopickému výkonu v celkové anestezii. Pomocí resektoskopu a laseru jsme provedli dis-cizi ligatury a kleštičkami ji následně extrahovali. Poté jsme provedli běžným způsobem transuretrální resekci reaktivně změněné tkáně v okolí stehu. Výkon proběhl bez komplikací. Pacientovi jsme ponechali několik dní močový katétr.

Výsledky:

Tři týdny po odstranění ligatury a resekcí okolního granulomu potíže pacienta téměř vymizely a stav se dále zlepšuje. Histologicky byly v oblasti anastomózy verifikovány pouze zánětlivé změny typu granulomu z cizích těles.

Závěry:

V případě protražovaných dysurických potíží a recidivujících uroinfekcí po radikální prostatektomii je třeba myslet na možnost cizorodého materiálu v močových cestách i přesto, že pro suturu vlastní anastomózy jsou užívány šicí materiály vstřebatelné. S endoskopickou verifikací by se nemělo váhat, zejména při jinak dobrých průtokových parametrech při uroflowmetrii a malých postmikčních reziduích. Laser umožňuje bezpečné přerušení a následnou extrakci i u pletené nevstřebatelné ligatury.

83

**3D-CRT KARCINOMU PROSTATY –
DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY**

Odrážka K.^{1,2,3}, Doležel M.^{1,3}, Vaňásek J.¹,
Vaculíková M.⁴, Zouhar M.⁵, Šefrová J.⁵, Paluska P.⁵,
Vošmik M.⁵, Kohlová T.⁶, Brodák M.⁷, Navrátil P.⁷,
Morávek P.⁷, Prošvic P.⁸, Hoffmann P.⁹, Hafuda A.⁸

¹Oddělení klinické a radiační onkologie, Multiscan
s.r.o., Pardubická krajská nemocnice a.s., Pardubice
²1. LF UK a 3. LF UK, Praha

³Katedra radiační onkologie IPVZ, Praha

⁴Oddělení klinické onkologie, Oblastní nemocnice
Náchod

⁵Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN,
Hradec Králové

⁶Oddělení nukleární medicíny LF UK a FN,
Hradec Králové

⁷Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

⁸Urologické oddělení Oblastní nemocnice Náchod

⁹Radiologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Analýza dlouhodobé výsledky léčby u pacientů,
kteří podstoupili trojrozměrnou konformní radioterapii
(3D-CRT) pro lokalizovaný karcinom prostaty.

Metody:

V období prosinec 1997 až prosinec 2003 bylo na Klinice
onkologie a radioterapie FN Hradec Králové léčeno
metodou 3D-CRT 331 pacientů. Hodnotitelný soubor
zahrnoval 320 pacientů s karcinomem prostaty T1-3
N0 M0. Dávku 70 Gy obdrželo 229 pacientů (72%)
s tumorem T1-2, eskalovanou dávkou 74 Gy obdrželo
91 pacientů (28%) s tumorem T3. Hormonální léčbu
dostalo 129 pacientů (40%) s T3 nebo objemným
tumorem – 102 neoadjuvantní (LHRH) a 27 adjuvantní
(oboustranná OE). PSA relaps byl definován podle
ASTRO Phoenix doporučení (nadir plus 2 ng/ml).

Výsledky:

Medián sledování celého souboru pacientů je 7,0 roků
(rozmezí 0,2–11,7 roků). Osmileté přežití bez PSA
relapsu u pacientů s nízkým, středním a vysokým rizi-
kem bylo 79%, 53%, respektive 44%. Pacienti s nízkým
rizikem měli významně lepší přežití bez PSA relapsu
než pacienti se středním ($p < 0,01$) a vysokým rizikem
($p < 0,01$). Multivariační analýza ukázala, že významnými
prediktory PSA relapsu byly GS > 6 (RR 1,87) a PSA > 10
(RR 2,72). Osmileté celkové přežití u pacientů s nízkým,
středním a vysokým rizikem bylo 76%, 68%, resp. 63%.
Významné rozdíly v celkovém přežití mezi skupinami
rizika nebyly prokázány (nízké vs. střední $p = 0,35$, nízké
vs. vysoké $p = 0,13$, střední vs. vysoké $p = 0,51$). V multi-
variační analýze byly významnými prediktory celkového
přežití GS > 6 (RR 1,56) a věk > 70 let (RR 1,77).

Závěry:

Dlouhodobé výsledky 3D-CRT jsou dobré a odpovídají
použití léčebné strategie. Potvrdili jsme význam GS jako
mocného prediktoru PSA relapsu a smrti. Očekáváme, že
eskalace dávky nad 75 Gy metodou IMRT, kterou provádíme
od roku 2003, bude mít ještě vyšší kurativní efekt.

84

**KLINICKÝ BENEFIT ESKALACE
DÁVKY PŘI POUŽITÍ TECHNIKY IMRT
U KARCINOMU PROSTATY – SROVNÁNÍ
VÝSLEDKŮ 3D-CRT A IMRT**

Doležel M.^{1,3}, Odrážka K.^{1,2,3}, Vaňásek J.¹, Zouhar M.⁵,
Paluska P.⁵, Vaculíková M.⁴, Šefrová J.⁵,

Mačingová Z.⁵, Jansa J.⁵, Vošmik M.⁵, Kohlová T.⁶,
Brodák M.⁷, Morávek P.⁷, Prošvic P.⁸, Hoffmann P.⁹

¹Oddělení klinické a radiační onkologie, Multiscan
s.r.o., Pardubická krajská nemocnice a.s., Pardubice
²1. LF UK a 3. LF UK, Praha

³Katedra radiační onkologie IPVZ, Praha

⁴Oddělení klinické onkologie, Oblastní nemocnice
Náchod

⁵Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN,
Hradec Králové

⁶Oddělení nukleární medicíny LF UK a FN,
Hradec Králové

⁷Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

⁸Urologické oddělení Oblastní nemocnice Náchod

⁹Radiologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Analýza výsledky léčby u pacientů, kteří podstoupili
eskalaci dávky pomocí IMRT pro lokalizovaný karcinom
prostaty.

Metody:

V období červen 2003 až červen 2007 bylo na Klinice
onkologie a radioterapie FN Hradec Králové léčeno
metodou IMRT 190 pacientů s karcinomem prostata-
ty T1-3 N0 M0. Dávku 78 Gy (konvenční technikou
IMRT) obdrželo 138 pacientů, dávku 82 Gy (techni-
kou IMRT pomocí simultánního integrovaného boostu)
52 pacientů. Hormonální léčbu obdrželi nemocní
s vysokým rizikem (dle NCCN). PSA relaps byl defino-
ván podle ASTRO Phoenix doporučení (nadir plus 2 ng/
ml). Výsledky biochemického relapsu u pacientů léčených
technikou IMRT byly komparovány s výsledky
léčby 320 pacientů léčených metodou 3D-CRT. Dávku
70 Gy obdrželo pomocí konformní radioterapie 229
pacientů, dávku 74 Gy obdrželo 91 pacientů. Hormo-
nální léčbu dostali pacienti s T3 nebo bulky tumorem.

Výsledky:

Medián sledování pacientů léčených technikou IMRT
byl 48 měsíců. Šance pětiletého přežití bez biochemic-
kého relapsu bylo u pacientů s nízkým rizikem 100%,
u pacientů se středním rizikem 93,6% a u pacientů
s vysokým rizikem 82,3%. Pětileté přežití bez PSA relap-
su u pacientů s nízkým, středním a vysokým rizikem
léčených pomocí 3D-CRT bylo 89,4%, 62,4% a 58,2%.
Eskalace dávky pomocí IMRT dosáhla signifikantně
lepší výsledků u pacientů se středním ($p < 0,0005$)
a vysokým rizikem ($p < 0,0005$) ve srovnání s 3D-CRT.
Benefit eskalace dávky u pacientů s nízkým rizikem léče-
ných pomocí IMRT nenabyl statistické významnosti.

Závěry:

Eskalace dávky pomocí techniky radioterapie s modu-
lovanou intenzitou umožňuje dosáhnout lepších
výsledků pětiletého přežití bez biochemického relapsu
při srovnání s konvenčními dávkami pomocí 3D-CRT,
zejména u pacientů se středním a vysokým rizikem.

85

**HISTOLOGICKÝ NÁLEZ PO RT
ADENOKARCINOMU PROSTATY**Plachý J.¹, Ondra D.¹, Večeřa A.²¹Urologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště²Patologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště**Cíl:**

Cíl práce spočívá ve snaze objasnit přínos a význam histologických nálezů po radioterapii adenokarcinomu prostaty.

Metody:

Srovnání dvou kazuistik s literaturou.

Výsledky:

První kazuistika rozebírá případ pacienta po radioterapii v roce 2007 pro adenokarcinom prostaty cT1c N0 M0 GS 5+5 PSA 13,02 ng/ml, pacient v dlouhodobé remisi, nadir PSA 0,01 ng/ml, Bicalutamid vysazen. Pacient přichází v lednu 2010 pro makrohématurii a LUTS, IPSS 23, pro přetrvávající makrohématurii indikována CSK, pro krvácení z prostatické hrany a uretry provedena TURP. Pooperačně bez potíží, v histologickém materiálu nález adenokarcinomu prostaty vykazující postiradiační změny. V diskusi dále rozebrány literární zkušenosti histologických nálezů z biopsie prostaty po radioterapii adenokarcinomu prostaty a porovnání s nálezem u druhého pacienta po TURP po radioterapii prostaty s ohledem na diskrepanci mezi histologií po TURP vs. z biopsie. Rovněž doplněna fotodokumentace s jednotlivými histologickými změnami tkání po radioterapii.

Závěry:

Biopsie prostaty má nejlepší výpovědní hodnotu až za 28 měsíců od ozáření, otázkou zůstává zhodnocení nálezů po endoresekcii předem ozářené prostaty pro karcinom.

86

**KRÁTKODOBÉ VÝSLEDKY ČASNÉ
SALVAGE RADIOTERAPIE PO RADIKÁLNÍ
PROSTATEKTOMII**Jarolím L.¹, Veselý Š.¹, Babjuk M.¹, Malinová B.², Schmidt M.¹, Minárik I.¹, Dušek P.¹, Rejchrt M.¹¹Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha²Radioterapeuticko-onkologické oddělení 2. LF UK a FN Motol, Praha**Cíl:**

Cílem studie bylo zhodnotit efekt časně salvage radioterapie (SRT) indikované po radikální prostatektomii (RP) u nemocných s rostoucí hodnotou PSA dříve, než PSA dosáhla konvenční hodnoty biochemické recidivy.

Metody:

Do prospektivní studie bylo od roku 2007 do 2010 zařazeno 32 nemocných indikovaných k časně salvage radioterapii (SRT). Indikací k SRT byl růst PSA z nadiru nižšího než 0,1 ng/ml a hodnota PSA do jednoho roku po výkonu nižší než 0,2 ng/ml. Nemocným byla aplikována dávka 60 Gy + boost zmenšenými poli na oblast lůžka prostaty do celkové dávky 72–76 Gy. Po radioterapii byla dále monitorována hladina PSA ve tříměsíčních intervalech.

Výsledky:

Nadir PSA po RP se pohyboval mezi 0,003 a 0,049 ng/ml. Interval mezi RP a indikací k SRT byl 9–24 měsíců. Medián hodnoty PSA indikující radioterapii byl 0,108 ng/ml, průměr 0,116 ng/ml (0,054–0,196 ng/ml). U osmi nemocných se radioterapie realizovala po překročení hodnoty 0,2 ng/ml. Aktuální hodnoty PSA před radioterapií byly pak 0,054–0,307 ng/ml, medián 0,144 ng/ml a průměr 0,156 ng/ml. U 31 nemocných po radioterapii pomalu kontinuálně klesaly hodnoty PSA. Za 3 měsíce po radioterapii klesl medián hodnot PSA signifikantně ($p < 0,0001$) z 0,144 ng/ml (0,054–0,307 ng/ml) na 0,044 ng/ml (0,003–0,209 ng/ml). Nemocní radioterapii dobře tolerovali bez vážnějších vedlejších projevů s mírnou přechodnou radiační proktitidou a cystitidou. U jednoho z 32 nemocných pokračovala elevace PSA i po SRT, u devíti z 32 nemocných byl pokles PSA po SRT přechodný a trval 3–15 měsíců a u 23 z 32 nemocných trvá pokles PSA 6–33 měsíců.

Závěry:

Studie prokázala, že časná SRT indikovaná při růstu PSA v hodnotách nižších než 0,2 ng/ml může vést k efektivní objektivní odpovědi trvající až 33 měsíců.

87

FÁZE I/II KLINICKÉ STUDIE IMUNOTERAPIE KARCINOMU PROSTATY POMOCÍ VAKCINACE DENDRITICKÝMI BUŇKAMI – PRVNÍ VÝSLEDKY

Minárik I.¹, Horváth R.², Podrazil M.²,
Hromádková H.², Špišek R.², Dušek P.¹, Jarolím L.¹,
Babjuk M.¹, Bartůňková J.²

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

²Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Stanovení imunologické odpovědi, bezpečnosti a toxicity vakcíny pulzovaných dendritických buněk nádorovou linií karcinomu prostaty na základě hodnocení dynamiky PSA v séru měřeném ultrasenzitivním testem.

Metody:

Do studie bylo zařazeno 15 pacientů s časnou biochemickou recidivou po radikální prostatektomii nebo po salvage radioterapii a 15 pacientů s generalizovaným karcinomem prostaty s nárůstem PSA po selhání druhé linie hormonální terapie. Pomocí leukaferézy byly izolovány periferní mononukleáry. Z nich byly následně *in vitro* kultivovány dendritické buňky (DC), které byly pulzovány apoptotickými nádorovými buňkami linie LNCaP. Následovala maturace DC v přítomnosti poly I:C. Vakcína byla aplikována subkutánně. Celkově bylo aplikováno deset dávek v průběhu 1 roku. Imunologická odpověď byla sledována *in vitro* stanovením specifických cytotoxických T-lymfocytů pomocí průtokového cytometru a *in vivo* stanovením specifických cytotoxických T-lymfocytů v krvi pomocí

ELISpot. Časový vývoj PSA byl sledován pomocí ultrasenzitivního testu.

Výsledky:

In vitro byl prokázán pětinašobný nárůst specifických cytotoxických T-lymfocytů po kokultivaci s připravenými DC. *In vivo* byl naměřen dvojnásobný nárůst cytotoxických T-lymfocytů proti LNCaP a proti PSA. Dosavadní trend hladin PSA vykazuje zpomalení, stabilizaci, v jednom případě dokonce snížení hladiny PSA (z 0,758 na 0,549 ng/ml). Ve skupině s hormonálně refrakterním karcinomem došlo u jednoho pacienta v průběhu vakcinace k významnému snížení hladiny PSA (z 3300 na 86 ng/ml).

Závěry:

Imunoterapie vakcínou z dendritických buněk se jeví jako slibná terapeutická metoda, která by mohla u pacientů s biochemickou recidivou vyléčit reziduální nádorové onemocnění a případně prodloužit přežití. Definitivní hodnocení úspěšnosti studie vyžaduje delší sledování.

VARLATA A OBEČNÁ ONKOLOGIE

88 HODNOTENIE PREŽÍVANIA A ĎALŠÍCH VYBRANÝCH EPIDEMIOLOGICKÝCH PARAMETROV U PACIENTOV S NÁDORMI TESTIS NA SLOVENSKU

Ondruš D.¹, Ondrušová M.², Dušek L.³, Mužík J.³

¹I. onkologická klinika LF UK a OÚSA, Bratislava

²Ústav experimentálnej onkológie SAV, Bratislava

³Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

Cieľ:

Nádory testis sú zriedkavou malignitou, avšak ich medicínska závažnosť spočíva v prudkom náraste hodnôt incidencie v posledných troch desaťročiach. Zlepšenie diagnostiky a liečby sa odraža v poklese hodnôt mortality a v zlepšení prežívania, ktoré sa dostalo na Slovensku na úroveň najvyspelejších krajín sveta.

Metódy:

V celonárodnej retrospektívnej štúdií sa hodnotilo 1851 pacientov, u ktorých sa diagnostikoval nádor testis v rokoch 1993–2002. Analyzovali sa údaje zo zdravotnej dokumentácie a medicínskych dotazníkov, vybrané rizikové faktory, klinické príznaky a objektívne parametre pri klinickom vyšetrení. Hodnotil sa vek pacientov v čase diagnózy, incidencia, 5ročné, resp. 10ročné prežívanie vo vzťahu k histologickému typu nádoru a ku klinickému štádiu ochorenia v dvoch kohortách 1993–1997 a 1998–2002.

Výsledky:

V rokoch 1993–1997 bola priemerná štandardizovaná incidencia (WSR) 6,7/100 000 mužov a v rokoch 1998–2002 7,5/100 000 mužov. Celkovo seminómy predstavovali 44,2%, neseminomatózne, resp. zmiešané germinatívne nádory 49,4%, negerminatívne nádory 2,4% a nádory neurčeného typu 4%. Priemerný vek pacientov so seminómom bol 36 rokov, s neseminomatóznym, resp. zmiešaným nádorom 29 rokov, s negerminómom 52 rokov. V I. klinickom štádiu bolo v čase diagnózy nádoru 51,6% pacientov so seminómom, 44,9% neseminómom, 18,2% negerminatívny nádorom. 5ročné prežitie predstavovalo v rokoch 1993–1997 91,3% (95% CI 87,0%; 94,4%) a v rokoch 1998–2002 už 93,1% (95% CI 89,4%; 95,8%), 10ročné prežívanie predstavovalo 90,6% (95% CI 85,8%; 94,4%).

Záver:

Medzinárodne platná kohortná analýza umožňuje plošné porovnanie prežívania pacientov s nádormi testis v jednotlivých krajinách podľa definovaných kritérií (histologický typ, klinické štádium). Výsledky na Slovensku poukazujú na priaznivý trend v kvalite liečebnej starostlivosti.

89 DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY LÉČBY PACIENTŮ S NÁDORY VARLAT VE FN OSTRAVA – PORUBA

Havránek O.¹, Krhut J.¹, Němec D.¹, Hájek J.², Feltl D.², Dušek L.³

¹Urologické oddělení FN, Ostrava

²Onkologická klinika FN, Ostrava

³Institut biostatistiky a analýz MU, Brno

Cíl:

Prezentovat výsledky léčby pacientů s karcinomy varlat léčených na základě jednotného protokolu podle European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG) ve FN Ostrava – Poruba v letech 2000–2009 a zhodnotit rizikové faktory, které jsou spojeny s vyšší mortalitou.

Metody:

Celkem bylo v uvedeném časovém intervalu léčeno 294 pacientů. Průměrný věk v době diagnózy byl 36 let. Průměrná doba sledování je 37,5 měsíců. Sto čtyřicet jedna pacientů bylo léčeno pro čisté seminomy, u 153 pacientů se jednalo o nádory neseminomové (NSGCT). Devadesát tři pacientů mělo v době diagnózy méně než 30 let, ve skupině 30–44, resp. nad 45 let bylo 152 a 47 pacientů. Vstupní klinické stadium I a II mělo 116 pacientů s čistými seminomy a 109 pacientů s NSGCT. Stadium III mělo 24 pacientů se seminomy a 38 pacientů s NSGCT. Při rozdělení dle vstupního Karnofského indexu (KI) mělo 243 (82,7%) pacientů KI nad 90% a 51 (17,3%) pacientů KI pod 90%

Výsledky:

Celkové přežití bylo 92,9% (n = 273). Zjištěné celkové jednoleté přežití je 95,2%, tříleté 93,5% a pětileté 91,2%. V jednotlivých věkových skupinách přežívá 85 (91,4%), 146 (96,1%) a 41 (87,2%) pacientů. Lepší přežití měli pacienti s čistými seminomy – přežívá 139 (98,6%) pacientů oproti 144 (87,6%) pacientům s NSGCT. Při rozdělení dle klinického stadia bylo přežití pacientů se seminomy stadiu I a II oproti stadiu III 100% vs. 91,7%. U NSGCT pak při vstupním stadiu I a II přežilo 106 (97,8%) pacientů oproti 25 (65,8%) pacientům stadia III. Pacienti s KI nad 90 přežívali v 98,4%, s KI pod 90 pak v 66,7%.

Závěry:

V našem souboru jsme pozorovali lepší přežití u pacientů do 45 roků věku a u pacientů se seminomy. Lepší prognózu měli pacienti s nádory nižších stadií a pacienti s vyšším KI. Lze konstatovat, že výsledky mohou být ovlivněny vyšším zastoupením NSGCT a pacientů s nižším KI u nádorů vyššího stadia, nicméně zejména KI byl v našem souboru shledán jako prognosticky významný faktor sdružený s lepším přežitím pacientů.

90 ZÁCHOVNÉ VÝKONY PŘI TUMORU VARLETE

Šturcová Kaliská V., Hanek P., Schmidt M.,
Rejchrt M., Jarolím L., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Vyhodnocení zachovných výkonů při tumoru varlete.

Metody:

Retrospektivní studie hodnotí zachovné výkony pro tumor varlete u osmi pacientů, kteří byli operováni v letech 2002–2010. Podle Guidelines EAU 2010 je možné provést šetřící výkon u tumoru zajímavějšího méně než 30 % objemu varlete u synchronně nebo metachronně se vyskytujícího tumoru kontralaterálního varlete, nebo v případě solitárního varlete s normální předoperační hladinou testosteronu.

Výsledky:

Diagnóza byla zpřesněna ultrazvukovým vyšetřením, léze byly hypoechogenní a dobře ohraničené. Během revize z tříselného přístupu byl provazec uzavřen cévní svorkou, varle bylo uloženo v roušce mimo operační ránu. Menší ložiska, která nebylo možné spolehlivě palpačně identifikovat, jsme detekovali s použitím peroperační sonografií. Průměrný věk nemocných byl 33,5 roku (24–51 let). Průměrná velikost tumorů byla 11,1 mm (8–15 mm). V sedmi případech šlo o solitární ložisko, jeden z pacientů měl těsně u sebe 2 ložiska – 13 a 6 mm. Definitivní histologie potvrdila 6× seminom, 1× epidermoidní cystu a 1× leydigiom, u všech preparátů byly chirurgické okraje negativní. U tří nemocných byl zachovný výkon prováděn na solitárním varleti po předchozí radikální orchiektomii pro tumor. U jednoho z nich byla původní i následná diagnóza seminom, u jednoho původně embryonální karcinom a následně seminom. Jeden pacient byl po léčbě pro maligní embryom varlete a následně byl odstraněn leydigiom. Nádorové markery byly u všech nemocných v normě a následný staging (RTG plic, CT retroperitonea, PET CT) potvrdil lokalizované onemocnění. Pacienti s potvrzeným tumorem jsou sledováni průměrně 21,8 měsíců (1–84 měsíců). USG vyšetření varlete a odběr markerů absolvují každé 3 měsíce, PET CT po 6 měsících. Lokální recidiva si u jednoho z pacientů vyžádala radikální odstranění solitárního varlete 66 měsíců od zachovného výkonu.

Závěry:

U pečlivě vybraných nemocných jsou výkony šetřící varle alternativou k radikální orchiektomii. Nutností je následná trvalá přísná dispenzarizace.

91 GERMINÁLNÍ TUMORY S EXTRAGONADÁLNÍ LOKALIZACÍ

Brisuda A., Dušek P., Kawaciuk I., Jarolím L.,
Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cíl:

Pět až sedm procent germinálních nádorů je extragonadálního původu. Extragonadální germinální tumory (EGGCT) se často manifestují až v době, kdy tumor dosáhl velkých rozměrů a založil metastázy (40 % u seminomů, resp. 50–76 % u nonseminomů). Vyskytují se nejčastěji u mladých mužů ve věku 20–35 let, ale i v dalších dekádách. Cílem práce je prezentace vlastního souboru nemocných s EGGCT.

Metody:

V průběhu posledních 7 let bylo léčeno deset mužů s EGGCT průměrného věku 36,4 let (18–66). U osmi nemocných byl tumor lokalizován v retroperitoneu (RP), u jednoho v pánvi, jeden nemocný měl seminom prostaty.

Výsledky:

Histologicky se jednalo u šesti nemocných o seminom, jeden nemocný měl embryonální karcinom, jeden yolk sack tumor a jeden nezralý teratom. U jednoho muže s neprůkaznou biopsií a hCG 160 000 mIU/ml nebyl po chemoterapii (CHT) nalezen v exstirpované tkáni vitální nádor. U šesti nemocných byla primárně podána CHT v kombinaci bleomycin, cisplatina a etopozid (BEP), po které následovala chirurgická revize s odstraněním reziduální tkáně. V případě nálezů remanentního nádoru byla podána chemoterapie druhé, eventuálně třetí linie. U jednoho pacienta jsme použili i radioterapii. U čtyř nemocných byl nejdříve odstraněn nádor a pak podána adjuvantní CHT. Bez známké onemocnění s mediánem 44 měsíců (24–84) je devět nemocných. Jeden nemocný absolvoval po chirurgickém odstranění nádoru chemoterapii BEP a pak při pozitivním PET vyšetření ještě chemoterapii druhé linie. Po 30 měsících byl vyšetřen pro lymfadenopatii na krku a v RP, po exstirpaci byl zjištěn folikulární lymfom. Jeden nemocný s retroperitoneálním seminomem zemřel po 20 měsících přes intenzivní léčbu včetně RT a salvage CHT.

Závěry:

Bez známké onemocnění bylo po kombinované chirurgické léčbě a chemoterapii devět z deseti nemocných s EGGCT. Prognóza EGGCT je ve srovnání s testikulární lokalizací nádorů horší.

92

KOSTNÍ POSTIŽENÍ V UROONKOLOGII, LÉČBA BISFOSFONÁTY A JEJICH VLIV NA HLADINU ICTP

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

¹Urocentrum Praha

²Oddělení nukleární medicíny a PET centrum
Nemocnice Na Homolce, Praha

Cíl:

Kostní metastatické postižení s vysokou incidencí provází pokročilá nádorová onemocnění v uroonkologii, především ZN prostaty, ale i ledvin a močového měchýře. Algický syndrom a komplikace kostního postižení významně zhoršují kvalitu života. Standardem v léčbě je podávání bisfosfonátů. Práce hodnotí efekt podání bisfosfonátů, současně i vliv na hladiny ALP a ICTP.

Metody:

Od roku 1995 pacientům s kostním postižením podáváme bisfosfonáty, spolu s Ca²⁺ a vitamínem D. Z bisfosfonátů podáváme klodronát, od roku 2003 zoledronát, nyní podle preference pacienta. Hodnotíme 118 pacientů se ZN prostaty a ledvin. Sledujeme klinický stav včetně QL, stupeň bolesti, laboratorní nálezy, především ALP a ICTP, hodnotíme compliance pacienta a vznik kostních komplikací (SRE). Pacienti nepodepsali souhlas se sledováním ve znění Helsinské deklarace; jedná se o retrospektivní data.

Výsledky:

Medián doby aplikace je 22 měsíců <12;46>. Analgetický efekt jsme zaznamenali u 75 % pacientů v rámci kombinované podpůrné léčby s možnou redukcí dávky analgetik bez rozdílu mezi typem podaného bisfosfonátu. Patologické zlomeniny jsme zaznamenali u šesti nemocných, u čtyř s postižením obratlů, u jednoho s rozvojem plegie. V laboratorních nálezech není hladina ALP signifikantně ovlivněna, hladina ICTP reaguje na aplikaci bisfosfonátů poklesem ($p < 0,05$) v případě dobré odpovědi. Hyperkalcémii jsme nezaznamenali.

Závěry:

Podávání bisfosfonátů je vždy součástí komplexního přístupu, kdy prokazatelně snižují riziko a oddalují vznik kostních komplikací. U maligní osteolýzy není rozdíl mezi jednotlivými přípravky. Z hlediska snížení počtu SRE musí být léčba dlouhodobá (spíše léta), proto je smysluplné nasazovat bisfosfonáty nemocným s předpokládaným dlouhým přežitím. Pokud použijeme bisfosfonáty s předpokladem analgetické léčby nebo léčby hyperkalcémie, nutnost dlouhodobého podávání odpadá. U těchto nemocných pak je možná volba aplikační cesty bisfosfonátu podle preference pacienta.

93

ČASOVÉ A GEOGRAFICKÉ ROZLOŽENÍ NÁDOROVÝCH MULTIPLICIT VYLUČOVACÍCH CEST 1976–2005

Geryk E.¹, Dítě P.¹, Kozel J.², Štampach R.²,
Kubíček P.²

¹Fakultní nemocnice, Brno

²Přírodovědecká fakulta MU, Brno

Cíl:

Porovnat trend vícečetných karcinomů vylučovacích cest u české populace v letech 1976–2005.

Metody:

Do Národního onkologického registru ČR bylo v letech 1959–2007 nahlášeno 149 091 nových onemocnění nádory vylučovacích cest (64,9 % mužů, 35,1 % žen). Z nich bylo 100 337 případů evidováno v letech 1976–2005. Z těchto počtů byl zpracován přehled primárních a následných karcinomů podle jednotlivých dg C64–C68, spojených s výskytem dalších orgánově, topograficky a histologicky odlišných novotvarů s diagnózou C00–D48. Jejich časové a geografické rozložení podle pohlaví bylo doplněno přehledem nejčastějších novotvarů, které u nemocných následovaly po karcinomech vylučovacích cest, nebo jim předcházely.

Výsledky:

Rozbor se týkal 19 203 urologických multiplicit, z nichž 8499 (44,3 %) se vyskytlo u nemocných jako primární a 10 704 (55,7 %) následné karcinomy. Z nich mužů se týkalo 6278 (37 %) primárních a 10 704 (63 %) následných nádorů, žen 2221 (38,3 %) primárních a 3575 (61,7 %) následných nádorů. Vzhledem k počtu všech urologických nádorů evidovaných v registru v letech 1976–2005 bylo 19,9 % onemocnění u mužů a 17,7 % u žen spojeno s výskytem dalších novotvarů. Nejpočetnější byl výskyt v kraji Moravskoslezském, Jihomoravském a v Praze. Nepříznivý byl poměr výskytu synchronních a metachronních nádorů 1 : 2,7 u mužů a 1 : 3,6 u žen.

Závěry:

Ve srovnání se SEER monografií a předchozími výsledky zpracovatelů je předkládán první přehled urologických multiplicit u české populace. Jejich pokračující rozbor dokládá nutnost dostatečně dlouhé doby dispenzarizace a screeningu nejčastějších následných nádorů u onkologicky léčených včetně prevence u zdravé populace s významnými ekonomickými úsporami.

94

ELEKTRONICKÝ FORMULÁŘ »INCIDENCE A LÉČBA ZHOUBNÉHO NOVOTVARU« A MOŽNOSTI JEHO POUŽITÍ

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

Cíl:

Vytvoření elektronické varianty papírového formuláře „Incidence a léčba zhoubného novotvaru“ dle metodiky ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

Metody:

Uvedený formulář byl v elektronickém formátu PDF (portable data format) získán z oficiálních internetových stránek ÚZIS. Pomocí aplikace Adobe Acrobat Pro ve verzi 9.3.2 (výrobce Adobe Systems Inc., USA) byla provedena analýza jednotlivých částí formuláře tak, aby bylo možné definovat jednotlivé zadávané položky. Podprogram aplikace týkající se elektronického formuláře pomohl jeho vytvoření, úpravám, ukládání a definici práv zadávajícího.

Výsledky:

Formulář obsahuje v elektronické formě tři oddělené části. První část je administrativní a obsahuje identifikaci pacienta nebo pacientky. Druhá část se týká diagnostiky a třetí léčby. Vytvořená elektronická verze přináší několik výhod. Je to předdefinování již vyplněných položek podle diagnózy nebo způsobu léčby včetně zadání razítka organizace nebo lékaře a jeho elektronického či klasického podpisu. Dále umožňuje jednotnost v zadávání, elektronickou korespondenci, archivaci jednotlivých formulářů nebo export položek pro statistiku a díky elektronickému zadávání i tisk s vždy čitelnými údaji.

Závěry:

Praktické využití elektronického formuláře je určeno ke zjednodušení zadávání údajů a manipulace s nimi při zachování naprosté identity s jeho papírovou formou.

BHP

pátek 8. října 2010 (12.00–14.00) – Kongresový sál II

95

**PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP
K UROLOGICKÉMU PACIENTOVÍ
S DIAGNÓZOU BPH/LUTS**Hanuš M., Matoušková M., Králová V., Kiacová H.
Urocentrum Praha**Cíl:**

Stanovit, jak závažně ovlivňuje BPH/LUTS kvalitu života nemocných a které stránky životní pohody pacient nejvíce postrádá. Poté naznačit, jak je možné správným psychologickým přístupem zlepšit spolupráci pacienta s lékařem.

Metody:

Shrnuty osobní dlouholeté klinické a ambulantní zkušenosti s velkým počtem pacientů zaměřené na psychologii vedení rozhovoru s nemocným. Dále předloženy výsledky psychologického průzkumu na skupině 239 nemocných s dg BPH/LUTS. K objektivizaci průzkumu byl sestaven ve spolupráci s klinickým psychologem dotazník obsahující 43 otázek, z nichž některé se na stejný problém dotazovaly jinou formou. Pacient dotazník vyplňoval sám. Studie proběhla od 1. února do 30. dubna 2010. Zhodnocení odpovědí prováděl nezávislý psycholog.

Výsledky:

Analýza výsledků prokázala, že nemocní pokládají mikční obtíže jako jistou součást projevů stárnutí a nepovažují je za významnou příčinu negativního ovlivnění kvality života. Mezi největší stesky patřilo snížení libida a erektilní dysfunkce (56,1 %), které nemocní připisovali právě BPH/LUTS, 23,5% uvádělo vyloučení oblíbených aktivit a 11,4% celkové snížení QL. Psychologické problémy se objevovaly mezi 34,7% až 15,9%.

Závěry:

Od první návštěvy psychologicky správně vedená komunikace s pacientem může významně přispět nejen k rychlejšímu stanovení diagnózy, ale i zlepšit oboustrannou spolupráci a pozitivně ovlivnit terapeutickou compliance. Optimální a individuální psychologický přístup k pacientovi je vizitkou i jistým uměním lékařské profese. Je však třeba možné strasti pacienta v obecné rovině znát.

96

**VARIABILITA UROFLOWMETRIE
U ZDRAVÉ POPULACE**Záfura F.¹, Luňáček L.¹, Fabišovský M.², Krhut J.²¹Fakulní nemocnice, Olomouc²Fakulní nemocnice, Ostrava**Cíl:**

Korelační data uroflowmetrických parametrů, jako jsou Bristolský a Liverpoolský nomogram, byla stanovena vyšetřením v urodynamické laboratoři. Výpočetní hodnota tohoto jediného vyšetření ve srovnání se všemi mikcemi za normálního životního režimu během 24 hodin byly sledovány prográdní studií.

Metody:

Soubor 63 zdravých mužů ve věku 18–30 let. Všichni byli vyšetřeni standardní uroflowmetrií v laboratoři, po podrobném poučení obdrželi přenosný automatický uroflowmetr Danflow 4000 (výrobce Medkonsult, Olomouc) a zaznamenali všechny mikce během 24 hodin. Celkem jsme získali 441 protokolů vyšetření.

Výsledky:

Při sledování vztahu Q_{max}, Q_{mean} a V_{ura} bylo shledáno, že ve všech ověřovaných souborech je plně prokázána korelace při konfidenci 95%, neboť v žádném případě konfidenční meze korelačního koeficientu nezasahují do nulové oblasti, navíc pravděpodobnost p neexistence korelace je velmi nízká

Závěry:

Uroflowmetrie je dobře reprodukovatelná metoda, kde je jednoznačně prokázána závislost Q_{max} a Q_{mean} na objemu vymočené moči. U zdravých mužů tento vztah koreluje dobře ve všech vyšetřeních během 24 hodin.

97 RYCHLOST OSVOJENÍ TECHNIKY FOTOSELEKTIVNÍ VAPORIZACE PROSTATY V LÉČBĚ BENIGNÍ HYPERPLAZIE PROSTATY

Záleský M., Zachoval R.
Urologické oddělení FTNšP, Praha

Cíl:

Autoři shrnují výsledky a komplikace fotoselektivní vaporizace prostaty (PVP) v závislosti na délce zkušeností s touto technikou.

Metody:

V průběhu jednoho roku bylo provedeno celkem 62 operací PVP pro benigní hyperplazie prostaty (BHP), z toho deset pacientů bylo indikováno pro močovou retenci. Operace byly provedeny dvěma operátory bez předchozích zkušeností s touto metodou. Průměrný věk pacientů byl 72 let, průměrné PSA 1,97. Průměrné předoperační hodnoty velikosti prostaty, IPSS skóre a Qmax byly 48 ml (26–84 ml), 20 a 9,8 ml/s.

Výsledky:

Průměrná délka trvání operace byla 73 minut. Průměrná délky trvání operace u prvních 30 výkonů byla 81 minut, zatímco u dalších výkonů byla průměrná délky trvání operace 61 minut. Jedinou peroperační komplikací bylo krvácení, které ve čtyřech případech vedlo ke konverzi na transuretrální resekci, z toho ve třech případech byla konverze provedena v průběhu prvních 15 výkonů při velikosti prostaty 65–83 ml. V žádném případě nebylo nutné peroperačně ani pooperačně podávat krevní transfuze. Močová retence po operaci se vyskytla u dvou pacientů, epididymitida u jednoho pacienta. Močová infekce se vyskytla u čtyř pacientů. Z dalších pooperačních komplikací se první měsíc po operaci nejčastěji vyskytovaly polakisurie v 16%, strangurie v 14,5% a intermitentní mírná hematurie bez nutnosti zavedení permanentního katétru v 9,6% případů. Po 3 měsících po operaci přetrvávaly polakisurie ve 3%, strangurie ve 3% a intermitentní mírná hematurie v 1,6% případů. Tři měsíce po operaci byla průměrná hodnota IPSS skóre 7 a průměrná hodnota Qmax byla 19,9 ml/s.

Závěry:

Nejvyšší četnost peroperačních komplikací byla v průběhu prvních 15 výkonů, průměrná délky operace byla vyšší u prvních 30 výkonů. Četnost pooperačních komplikací ani výsledky IPSS a Qmax 3 měsíce po operaci nebyly na osvojených zkušenostech s touto metodou závislé. Fotoselektivní vaporizace prostaty je účinnou a bezpečnou terapií BHP s možností rychlého osvojení této operační techniky.

98 TURis PLAZMAKINETICKÁ VAPORIZACE PROSTATY – PRVNÍ VÝSLEDKY

Pokorný J., Otava Z., Novotný T., Grill R., Poch J., Urban M.

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cíl:

Prezentovat první krátkodobé výsledky léčby BPH transuretrální plazmakinetickou vaporizací prostaty ve fyziologickém roztoku (TUR in saline).

Metody:

Celkově bylo od srpna 2009 do března 2010 operováno na naší klinice 22 pacientů technikou TURis (bipolární hříbkovitá elektroda, zařízení Olympus). Průměrný věk v souboru byl 67,5 let (51–88), průměrný objem žlázy 55 ml (25–80), průměrná předoperační hladina PSA byla 2,6 ng/ml (1,2–8,6). V indikovaných případech byla předoperačně provedena biopsie prostaty. Maximální průtok měřený uroflowmetricky byl v průměru 9,5 ml/s, tři pacienti měli předoperačně zavedený močový katétr. Všichni nemocní dostali profylaktickou dávku antibiotik.

Výsledky:

Doba sledování od operace byla minimálně 75 dnů. Průměrný operační čas byl 45 minut (25–105), peroperačně nebyly zaznamenány žádné komplikace. Peroperační krvácení bylo subjektivně zhodnoceno všemi operátory jako nesrovnatelně nižší než u klasické TURP. U jednoho nemocného se vyskytla masivní hematurie pooperačně s nutností podání opakovaných krevních derivátů. Průměrná doba katetrizace močového měchýře byla 2,3 dne (1–6), v jednom případě bylo nutné opětovné zavedení močového katétru 24 hodin po jeho extrakci pro vyšší postmiktický reziduum, které při následné odložené extrakci spontánně zregredovalo. Všichni léčení v souboru byli plně kontinentní. U jednoho pacienta byla zaznamenána levostranná epididymitida. Zlepšení Q max. bylo v průměru o 4,5 ml/s, u žádného nemocného nebyla nutná následná intervence ani medikamentózní léčba.

Závěry:

I přes limitaci malým počtem nemocných v souboru a krátkou dobou sledování je evidentní, že je TURis plazmakinetická vaporizace prostaty efektivní a bezpečnou alternativou jiných chirurgických metod léčby BPH s velmi krátkou dobou zácivku a provázenou signifikantně nižším procentem komplikací než klasická TURP při srovnatelném funkčním efektu. Pořizovací a provozní náklady metody jsou výrazně nižší než například při použití laserů.

99

VÝSLEDKY PACIENTSKÉ ANKETY NEMOCNÝCH PO FOTOSELEKTIVNÍ VAPORIZACI PROSTATY (PVP)

Klečka J., Běhounek P., Eret V., Stránský P., Ůrge T.,
Hora M.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Cílem práce bylo vyhodnotit výsledky patientské ankety, nemocných po PVP, kteří podstoupili tento miniinvazivní výkon v období let 2007–2008 na 80W KTP Greenlight laseru.

Metody:

Současná léčba pacientů s benigní hyperplazií prostaty se ubírá směrem k miniinvazivním metodikám, které minimalizují krevní ztráty, pooperační komplikace a urychlují návrat pacientů do běžného života. Na toto téma bylo publikováno mnoho prací, které hodnotí tyto metodiky samostatně, či je porovnávají vůči sobě. K dispozici máme však jen málo dat, která dávají prostor pacientům, aby i oni zhodnotili jejich stav po operaci a oni sami ohodnotili přínos nové metodiky pro ně samotné. V našem souboru pacientů jsme obeslali formou dotazníku celkem 250 pacientů, kteří podstoupili fotoselektivní vaporizaci prostaty na Urologické klinice FN v Plzni v období let 2007–2008 na 80W KTP Greenlight laseru. Dotazník obsahoval 15 otázek. Celkem se vrátilo 101 dotazníků, které byly hodnoceny.

Výsledky:

Odpovědi na stěžejní otázky týkající se pooperační bolesti: odpovědělo 67 % pacientů, že bylo zcela bez bolesti, 10 % pacientů mělo slabé bolesti, 19 % středně silné bolesti, žádný z pacientů neměl silné bolesti a 5 % pacientů mělo silné bolesti. Bezprostředně po výkonu pocitovalo 33 % pacientů, že jejich pooperační stonání je komplikované, 67 % pacientů nepozorovalo žádné komplikace. Hodnocení stavu močení po operaci uvedlo 57 % pacientů, že došlo k výraznému zlepšení proudu moče, 33 % že jejich proud moče je lepší a 10 % pacientů cítilo, že nedošlo ke zlepšení mikce. Na velice důležitou otázku, týkající se kvality života po operaci, vnímalo 33 % pacientů, že došlo k výraznému zlepšení, 52 % nemocných mělo lepší kvalitu života, 10 % stejnou a 5 % pacientů uvedlo, že došlo ke zhoršení jejich kvality života.

Závěry:

V našem sledování hodnotilo celkem 90 % oslovených pacientů, že po fotoselektivní vaporizaci prostaty došlo ke zlepšení průtoku moče a u 85 % pacientů došlo ke zlepšení kvality života, což jsou výsledky více než povzbudivé.

ANDROLOGIE

**100
LÉČBA PRIAPISMU NA UROLOGICKÉ
KLINICE FN PLZEŇ V LETECH 2005–2010**Běhounek P., Janda V., Hora M., Toufarová P.,
Klečka J.

Urologická klinika LF UK a FN, Plzeň

Cíl:

Obsahem této práce je zhodnotit soubor pacientů hospitalizovaných pro priapismus na Urologické klinice FN Plzeň v období od 1. ledna 2005 do 11. června 2010.

Metody:

V souboru našich pacientů sledujeme dobu trvání erekce před hospitalizací, typ priapismu a jeho možnou příčinu. Dále se zabýváme léčbou této diagnózy a její následnou prognózou stran zachování erekce

Výsledky:

Náš soubor obsahuje 11 pacientů. U všech pacientů byl diagnostikován low-flow priapismus. U jednoho pacienta byla diagnostika chybná a poté byl na jiném pracovišti správně určen high-flow priapismus. Průměrný věk pacientů je 32,2 let, průměrná doba trvání erekce je 23,1 hodiny (medián 16 hodin) a průměrná doba hospitalizace byla 3,9 dne. Ve čtyřech případech byl priapismus prokazatelně sekundární. V sedmi případech z našeho souboru byl proveden některý z distálních shuntů. U dvou pacientů byla provádnána shuntová operace 2× a u jednoho z nich i po druhé operaci nedošlo k detumescenci a byl dimitován na vlastní přání s rigidní erekcí. Ve dvou případech došlo při konzervativní terapii k ústupu erekce. Jednou odezněla erekce po podání spinální anestezie a u jednoho případu došlo k odeznění erekce po zaléčení primární příčiny (chronická myeloidní leukémie) hydroxyureou. Kvalitní erekce po léčbě je přítomna u čtyř pacientů, u dvou je erekce semirigidní, dva pacienti mají erekci pouze na farmakoterapii a u tří nelze tento parametr hodnotit. U pacientů s nejkratší dobou priapismu setrvala kvalitní erekce i po léčbě.

Závěry:

Z našeho souboru vyplývá, že priapismus je raritní diagnózou. Může mít výrazné následky na sexuální život pacientů. V našem souboru jsme zjistili závislost setrvání kvality erekce po epizodě priapismu na době jeho trvání.

**101
EREKILNÍ DYSFUNKCE U PACIENTŮ
PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII**Čapoun O.¹, Hanuš T.¹, Babjuk M.², Dvořáček J.¹,
Pavlík I.¹, Novák K.¹¹Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha**Cíl:**

Zhodnocení erektilní dysfunkce (ED) po radikální prostatektomii (RP) dotazníkovou metodou.

Metody:

V období únor 2007 až prosinec 2009 podstoupilo celkem 234 pacientů RP pro bioticky verifikovaný karcinom prostaty (KP), z toho 61 laparoskopicky. Mimo obecné předoperační a patologické parametry byly známy i perioperační krevní ztráty, délka výkonu, přítomnost chirurgických komplikací a doba ponechání permanentního katétru. Erektilní funkce byla hodnocena dotazníkem International Index of Erectile Function (IIEF-5) před výkonem a poté 3., 6. a 12. měsíc po výkonu. Vliv jednotlivých parametrů na míru ED byl zkoumán použitím metody Spearmanova korelačního koeficientu, za statisticky významnou byla považována hodnota $p < 0,05$.

Výsledky:

Střední věk pacientů byl 62 let, průměrná PSA 9,64 ng/ml, klinickou klasifikací T1c bylo hodnoceno 122 pacientů (53 %) a GS v biopsii < 7 bylo zaznamenáno ve 169 (73 %) případech. Střední délka trvání výkonu byla 140 minut, průměrné krevní ztráty 1272 ml a střední délka katetrizace po výkonu byla 14 dní. Celkem 198 pacientů vyplnilo celkem 492 dotazníků. Z předoperačních parametrů měl pouze věk statisticky významný vliv na předoperační hodnotu IIEF-5 ($p < 0,001$). Předoperační IIEF-5 < 10 bylo zaznamenáno u 23 % pacientů. Po korekci předoperační hodnoty bylo ve třetím měsíci po operaci IIEF-5 < 10 hodnoceno u 72 %, v šestém měsíci u 71 % a v prvním roce po operaci u 64 % pacientů. Ze sledovaných parametrů byly pouze patologické GS ($p = 0,0184$) a hraničně i pozitivní chirurgické okraje ($p = 0,592$) hodnoceny jako statisticky významné k určení míry ED po radikální prostatektomii. Pouze 22 ze 125 (18 %) pacientů ve 12. pooperačním měsíci užívalo léky na podporu erekce.

Závěry:

Patologické GS a pozitivní chirurgické okraje byly kromě věku určeny jako jediné faktory významně ovlivňující míru ED po RP. Problémem této prospektivní studie je nízká návratnost dotazníků, krátká doba sledování a malé procento pacientů užívajících léky na podporu erekce.

102

LÉČBA VENOGENNÍ EREKTLNÍ DYSFUNKCE SKLEROTIZACÍ VENA DORSALIS PENIS PROFUNDA 96% ETANOLEM

Chocholatý M.¹, Hanek P.¹, Pádr R.², Jarolím L.¹

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

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

Cíl:

Zhodnotit léčbu venogenní erektilní dysfunkce sklerotizací hluboké dorzální žíly penisu 96 % etanolem.

Metody:

V období let 2005 až 2009 jsme provedli sklerotizaci dorzální žíly u 15 nemocných. Průměrný věk byl 36 let (21–61). Podezření na venogenní erektilní dysfunkci byla vyslovena na základě anamnestických údajů, nálezů při Dopplerově ultrazvukovém vyšetření po intrakavernózní aplikaci alprostadilu. Následnou kavernozografií jsme diagnózu potvrdili. V lokální anestezii jsme vypreparovali v. dorsalis penis profunda. Po zavedení kanyly jsme aplikovali 6,5 ml (2,5–10) 96 % etanolu. Erektlní funkce byla ohodnocena IIEF-5 dotazníkem, který nemocní vyplnili před a 1., 6. a 12. měsíc po sklerotizaci.

Výsledky:

Průměrná hodnota IIEF-5 byla 9,5, 17,5, 15,6 a 15,4 před a za 1, 6 a 12 měsíců po sklerotizaci. Zjistili jsme statisticky signifikantní nárůst skóre IIEF-5 za 1, 6 a 12 měsíců po výkonu ve srovnání s IIEF-5 před výkonem ($p < 0,003$). Dvanáct (80 %) a osm (53,5 %) pacientů byl spokojeno s výsledkem sklerotizace za 1 a 12 měsíců po výkonu.

Závěry:

Sklerotizace v. dorsalis penis profunda je jednoduchá a bezpečná metoda v léčbě venogenní erektilní dysfunkce. Více než 50 % nemocných je spokojeno s erektilní funkcí jeden rok po sklerotizaci.

103

ARTERIO-SPONGIÓZNÍ PÍŠTĚL – PŘÍČINA AKUTNÍ MASIVNÍ URETRORHAGIE

Novák I.¹, Louda M.¹, Kuliaček P.², Hak J.³,
Chládková J.³, Lojík P.⁴, Chovanec V.⁴

¹Urologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

²Oddělení dětské chirurgie a traumatologie LF UK a FN, Hradec Králové

³Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové

⁴Radiologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Cíl:

Seznámení s vzácnou příčinou akutního těžkého krvácení z uretry s ošetřením selektivní vazografickou obliterací.

Metody:

Retrogradně uvádíme řešení pouřazového masivního krvácení z arterio-spongiózních zkratů bulbární uretry. Oba pozorované případy vedly k závažnému opakujícímu se krvácení s nutností opakovaných krevních převodů. Na Urologické klinice FN Hradec Králové jsme v posledních 20 letech pozorovali pouze dva takovéto případy. Věk nemocných byl 18 a 14 let. U obou došlo na lůžku v pouřazovém období k násilnému vytržení si permanentního katétru. Pro konzervativně neztišitelné krvácení u staršího nemocného byla akutně provedena otevřená revize, u mladšího pokus o endoskopické ošetření. Po přechodném zlepšení u obou došlo k časně recidivě masivní uretroragie. S ohledem na vyčerpání konzervativní a chirurgické léčby byl u obou indikován vazografický výkon. U obou nemocných prokázal arterio-spongiózní zkrat v oblasti bulbu s extravazací kontrastní látky do lumina uretry. Zkraty byly selektivně oblitérovány. Po výkonu ponechána přechodně cévka.

Výsledky:

Vazografické ošetření bylo u obou úspěšné. U staršího pacienta bylo nutno obliteraci provést opakovaně (2×). Po odstranění cévky byla mikce spontánní, bez známek obstrukce. Uretoragie se již neobjevila. Dva měsíce od výkonu udával starší nemocný lehké projevy erektilní dysfunkce, u mladšího byla erekce plně zachována.

Závěry:

Dle naší zkušenosti lze vzácné, konzervativně, endoskopicky nebo otevřenou operací neošetřitelné cévní poranění bulbu uretry bezpečně řešit vazografickou obliterací.

104

SROVNÁNÍ KVALITY ŽIVOTA PODLE IPSS, AMS A IIEF SKÓRE V PRŮBĚHU HORMONÁLNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY TESTOSTERONEM U MUŽŮ S PRIMÁRNÍM HYPOGONADISMEM

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

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Sanatorium Pronatal, Praha

³Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁴Androgeos, Praha

Cíl:

Cílem práce bylo vyhodnotit kvalitu života u pacientů s hyper- nebo hypogonadotropním hypogonadismem prostřednictvím dotazníků IPSS (International Prostate Symptom Score, AMS (Aging Male Score) a IIEF (International Index Erectile Function) v průběhu dlouhodobé kontinuální hormonální substituční terapie (HST) testosteronem (T).

Metody:

Do souboru jsme v období let 2005–2010 zařadili celkem 23 pacientů (současný věk 22–36 roků) s diagnostikovaným hyper- nebo hypogonadotropním hypogonadismem, průměrná doba sledování byla 3,8 roku (2 měsíce až 5 let). Kontinuální substituční léčbu T jsme prováděli pomocí léků Sustanon 250 i.m. à 3 týdny nebo Nebido i.m. à 3 měsíce. V souboru jsme vyhodnotili kvalitu života podle dotazníku IPSS, AMS a IIEF před začátkem léčby a na konci sledovaného období.

Výsledky:

Průměrné IIEF skóre se zlepšilo v souboru o 15%, nejvíce erektilní a orgasmické skóre (před léčbou/během léčby 13/19; 3/6). Průměrná hodnota IPSS zůstala během sledovaného období bez statisticky signifikantní změny (4/5). Největší zlepšení kvality života jsme zaznamenali v průměrné hodnotě skóre AMS, které při HST pokleslo o 42% (36/21). Nežádoucí účinky terapie byly většinou mírné, u jednoho (4%) pacienta jsme však zaznamenali protrahovanou depresi s nutností hospitalizace na psychiatrii a u dvou (9%) mužů výrazné pocení a návaly.

Závěry:

Práce prezentuje dlouhodobé výsledky komplexní péče o pacienty s poruchou pohlavního vývoje. Dlouhodobé sledování těchto pacientů v mezioborové spolupráci endokrinologa a androloga může přispět k objasnění vlivu substituční léčby T na kvalitu života a vývoj androgen-dependentních orgánů.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9983.

105

FISH SPERMIÍ ZE ZMRAZENÉ TESTIKULÁRNÍ TKÁŇE MUŽŮ S NEOBSTRUKČNÍ AZOOSPERMIÍ – PILOTNÍ STUDIE

Heráček J.^{1,2}, Urban M.^{1,2}, Rubeš J.³, Sobotka V.^{1,4}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Androgeos, Praha

³Výzkumný ústav veterinárního lékařství, Brno

⁴Sanatorium Pronatal, Praha

Cíl:

Cílem práce je pilotní sdělení výsledků analýzy FISH (fluorescenční *in situ* hybridizace) spermií ze zmrazené testikulární tkáně odebrané metodou mikroTESE (testicular sperm extraction).

Metody:

Metodou mikroTESE jsme peroperačně odebrali testikulární tkáň velikosti 3 × 2 × 1 mm u sedmi mužů s neobstrukční azoospermií. Tkáň jsme nanесли na podložní sklíčko a zmrazili na teplotu -86 °C. Vzorky jsme poté hybridizovali s FISH sondami pro chromosomy 13, 15, 16, 18, 21, 22, X a Y.

Výsledky:

Celkem jsme vyhodnotili 2972 spermií, poměr normálních spermií nesoucích chromosom X a Y byl 1 : 1. Frekvence chromosomálně abnormálních spermií byly ve skupině pacientů zvýšené oproti výsledkům vyšetření ejakulovaných spermií normálních zdravých dárců. Celkově byla frekvence spermií disomických pro chromosom 13 zvýšena 2×, pro chromosom 15 1,7×, pro chromosom 16 2×, pro chromosom 18 3×, pro chromosom 21 1,6×. Frekvence disomií XX byla zvýšena 10×; disomií YY 10× a disomií XY 6×. Také frekvence spermií diploidních byly zvýšené: MI diploidie 2×, MII diploidie 10× a celkově 4×. Rozdíly jsou statisticky významné. Pouze disomie chromosomu 22 v souhrnu nevykazovala odchylku od kontrolních hodnot.

Závěry:

Studie je pilotním projektem v České republice. Zjištění, že muži mají zvýšenou frekvenci aneuploidii, a to zejména pohlavních chromosomů, podporuje nutnost genetické analýzy spermií použitých k asistované reprodukci. Doposud byl FISH spermií prováděn pouze na nativním ejakulátu. Analýza spermií FISH metodou ze zmrazeného materiálu je původní metodou, která nebyla ve světovém písemnictví popsána.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9967.

106

SROVNÁNÍ TESE A MIKROTESE U MUŽŮ S NEOBSTRUKČNÍ AZOOSPERMIÍSobotka V.^{1,2}, Kosařová M.², Jelínková L.², Urban M.^{1,3}, Heráček J.^{1,3}¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha²Sanatorium Pronatal, Praha³Androgeos, Praha**Cíl:**

Cílem práce je porovnání dvou metod TESE (testicular sperm extraction) při odběru spermií z varlete u pacientů s neobstrukční azoospermii.

Metody:

Do roku 2004 jsme u infertilních mužů odebírali spermie metodou TESE z periferních částí varlete pomocí jednotlivých incizí a bez možnosti následné genetické analýzy spermií. Od roku 2005 jsme zvolili jiný postup (mikroTESE), při kterém jsme varle incidovali jako „knihu“ a pod optickým zvětšením operačního mikroskopu Zeiss 25× jsme vyhledali dilatované kanálky se spermiemi. Embrya vzniklá po oplození takto získanými zárodečnými buňkami jsme podrobili genetické analýze metodou FISH (fluorescenční *in situ* hybridizace) na chromosomech 13, 18, 21, X, Y a 15, 16, 22 a selektovali geneticky normální embrya ve vyšetřovaných parametrech.

Výsledky:

Od ledna 1996 do dubna 2010 jsme na našem pracovišti provedli celkem 282 výkonů TESE/mikroTESE u pacientů s neobstrukční azoospermii (1996–2004 – 99 výkonů TESE, průměrný věk 33 (20–57) roků, 2005–4/2010 – 193 výkonů mikroTESE, průměrný věk 34 (18–70) roků). Odběr spermií byl stejně úspěšný v obou skupinách (51 %), počet gravidit byl výrazně vyšší při užití spermií odebraných pomocí mikroTESE s následnou genetickou analýzou spermií ve srovnání se spermiemi získanými metodou TESE bez genetické analýzy (60 % vs. 30 %).

Závěry:

Gravidita dosažená v 60 % po mikroTESE je výsledek srovnatelný s předními světovými centry a je plně srovnatelný s výsledky, kterých bylo dosaženo po použití ejakulovaných spermií u zdravých mužů po genetickém screeningu embryí. Vzhledem k výsledkům, rozsahu souboru a dalším možnostem rozšíření sledovaných parametrů (sérové koncentrace hormonů, analýza genetických vad embryí a spermií), pokračuje tým v dalším shromažďování dat a plánuje podrobnou analýzu souboru 300 pacientů.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ NS9967.

107

VLIV HEMODIALÝZY NA REPRODUKČNÍ SCHOPNOST U MUŽŮ S CHRONICKOU RENÁLNÍ INSUFICIENCÍJarabák J.¹, Zachoval R.¹, Viklický O.², Burgelova M.², Sobotka V.³¹Urologické oddělení FTNSP, Praha²Klinika NaT IKEM, Praha³Pronatal, Praha**Cíl:**

Cílem projektu je zhodnotit u mužů do 50 let s chronickou renální insuficiencí rozsah poškození jejich reprodukčních funkcí v závislosti na způsobu její léčby.

Metody:

Dvacet pacientů (1. září 2009 až 31. května 2010), vstupní kritéria – věk do 50 let, chronická renální insuficience, hemodialýza trvajících minimálně 6 měsíců před zahájením našeho vyšetření, zařazení do transplantčního programu. Vylučující kritéria – diagnóza hypogonadismu zjištěná před diagnostikovaním chronické renální insuficience, renální insuficience na podkladě diabetické nefropatie. Pacienti absolvují uroandrogické vyšetření, (anamnéza, vyšetření genitálu, IIEF-5, Heinemannův dotazník androgenní defice, hormonální vyšetření – volného a vázaného testosteronu, SHBG, LH, FSH a prolaktinu) a vyšetření spermioqramu.

Výsledky:

Věkový průměr 37 let, průměrná délka trvání renální insuficience 11 let, průměrná doba hemodialyzační léčby 4,5 roku. Etiologie renální insuficience je heterogenní. Erektální dysfunkce – 18 sexuálně aktivních, průměrné bodové hodnocení IIEF 15b. Výskyt erektilní dysfunkce stoupal s délkou trvání hemodialyzační léčby. Hormonální výsledky – dominuje hyperprolaktinémie – 11 pacientů. Průměrné hodnoty FSH a LH jsou lehce zvýšeny, testosteronu a free frakce jsou v normě. Hodnocení Heinemannova dotazníku vykazuje průměrně 33 bodů. V hodnocení spermioqramu dominovala porucha pohyblivosti spermií – v průměru 35 % a morfologie spermií – v průměru 13% výskyt morfologicky normálních spermií. Počet spermií v ejakulátu byl v průměru 21,7 mil/ml. Žádný se zařazených pacientů dosud neabsolvoval transplantaci ledvin.

Závěry:

Výskyt poruch reprodukčních schopností muže do 50 let v našem souboru je významný, ale ve všech svých složkách (erektilní dysfunkce, hormonální hladiny, porucha spermioqramu) se neblíží hodnotám udávaných v literatuře. Naše výsledky budeme dále precizovat rozšířením souboru a specifikací etiologie a délky renálního selhání.

Projekt podporován IGA MZ ČR 10431-3/2009.

JMENNÝ SEZNAM AUTORŮ**B**

Babjuk M. 218, 219, 220, 221, 223, 226, 227, 232, 233, 235, 247, 248, 249, 261, 262, 264, 270
 Baitler T. 223, 229
 Bárta J. 236, 244, 245
 Bartůňková J. 262
 Běhounek P. 269, 270
 Belej K. 221, 257, 266
 Binek B. 230
 Bittner L. 223, 229
 Bočan M. 234, 257
 Bojnicky M. 231
 Borovička V. 228, 256
 Bouchal J. 246
 Bouchnerová G. 220
 Brabec M. 243
 Breza J. 237
 Breza J. ml. 250, 252
 Breza J. st. 250, 252
 Brisuda A. 220, 221, 223, 264
 Broďák M. 231, 235, 238, 260
 Broul M. 234, 257
 Bujdák P. 252
 Burgelova M. 273

Č

Čapák I. 222, 256
 Čapoun O. 270
 Čermák A. 232
 Černý M. 242

D

Derner M. 234
 Dítě P. 232, 265
 Dítě Z. 240, 241
 Doležal J. 254
 Doležel J. 222, 256
 Doležel M. 260
 Drlík P. 257, 266
 Důbravický J. 237
 Dudková V. 265
 Duskova J. 218
 Dušek 263
 Dušek L. 218, 263
 Dušek P. 219, 221, 235, 238, 261, 262, 264
 Dvořáček J. 225, 258, 270

E

Eis V. 243
 El Balouly K. 223, 229, 259, 272
 Eret V. 234, 236, 237, 253, 255, 269

F

Fabišovský M. 267
 Feltl D. 263
 Ferda J. 234, 237
 Fiala A. 259
 Fiala M. 254

Fógel K. 258
 Fojtík P. 221, 257

G

Geryk E. 232, 265
 Giblo V. 253
 Gomez W. 225
 Grepl M. 244, 254
 Grill R. 223, 224, 229, 259, 268
 Guelly C. 218

H

Hafuda A. 260
 Hájek J. 263
 Hak J. 271
 Hamšíková E. 243
 Hanek P. 235, 264, 271
 Hanuš M. 220, 227, 265, 267
 Hanuš T. 219, 221, 225, 241, 258, 270
 Hartmann I. 254
 Havránek O. 239, 252, 263
 Havránek P. 252
 Heráček J. 223, 243, 272, 273
 Hes O. 234, 237, 242, 255
 Hlavička M. 234, 257
 Hoffmann P. 260
 Holečková P. 237
 Holub L. 231, 235, 238
 Holý P. 228, 229
 Hora M. 234, 236, 237, 250, 253, 255, 269, 270
 Horinek A. 218
 Horváth R. 262
 Hrabec M. 244
 Hrbáček J. 223, 229, 243
 Hromádková H. 262
 Hušek P. 231, 235
 Hyršl L. 237

Ch

Chládková J. 271
 Chmelenský T. 257
 Chmelík F. 257
 Chocholatý M. 232, 233, 271
 Chovanec V. 271
 Chudáček Z. 234, 255

J

Jamaspishvili T. 246
 Janda V. 270
 Jankovich M. 252
 Janoušková L. 240
 Jansa J. 260
 Janů M. 241
 Jarabák J. 273
 Jarolím L. 262
 Jarolím L. 220, 221, 223, 227, 233, 235, 242, 247, 248, 249, 261, 264, 271
 Javorka V. ml. 250

Jelínková D. 227
 Jelínková L. 273
 Jerie J. 226, 227

K

Kaliská V. Š. 220
 Kaplan O. 221, 257, 266
 Kaplán P. 227
 Kastnerová A. 257
 Kašpar M. 236
 Kawaciuk I. 233, 264
 Kiacová H. 267
 Kindlová E. 224
 Klečka J. 234, 236, 237, 250, 269, 270
 Klečka J. jr. 237
 Klečka J. jr. 253, 255
 Klézl P. 236, 244, 245
 Kočárek J. 221, 257, 266
 Kočvara R. 240, 241
 Köhler O. 221, 257, 266
 Kohlová T. 260
 Kokoška V. 258
 Kolář Z. 246
 Koldová L. 224
 Kosařová M. 273
 Košina J. 231, 235, 238, 253
 Kotaška K. 219
 Koukolík F. 245
 Kozel J. 265
 Král M. 246
 Králová M. 240
 Králová V. 265, 267
 Kratochvíl P. 251
 Kreuzberg B. 237
 Krhut J. 229, 239, 252, 263, 267
 Křepelová A. 232
 Kubáčková K. 238
 Kubíček P. 265
 Kudláčková Š. 244
 Kuliaček P. 240, 271

L

Lederleitnerová J. 252
 Lezovic M. 231
 Lojík P. 271
 Louda M. 271
 Louženský G. 226
 Lúčanová P. 241
 Luňáček L. 267

M

Macek P. 225, 258
 Macík D. 222, 256
 Mačingová Z. 260
 Málek T. 250
 Malinová B. 261
 Mandys V. 224
 Marenčák J. 217
 Mareš J. 218, 219, 242
 Martinčok D. 239

Mašková V. 223, 229, 259
 Matoušková M. 220, 227, 238, 265, 267
 Matys O. 224
 Michal M. 237
 Míka D. 239, 252
 Miklánek D. 222, 256
 Minárik I. 226, 227, 247, 248, 249, 261, 262
 Minčík I. 237
 Molčan J. 241
 Morávek P. 260
 Mužik 263

N

Nader N. 225
 Navrátil P. 231, 260
 Němec D. 252, 263
 Nencka P. 228
 Nikodýmova A. 227
 Novák I. 240, 253, 271
 Novák J. 236, 244, 245
 Novák K. 221, 225, 258, 270
 Novotný T. 229
 Novotný T. 223, 259, 268

O

Odrážka K. 260
 Ondra D. 228, 261
 Ondruš D. 263
 Ondrušová M. 263
 Otava Z. 223, 229, 259, 268

P

Pacal M. 222
 Pacík D. 232
 Pacovský J. 231, 235, 238
 Pádr R. 271
 Palascak P. 225
 Paluska P. 260
 Pavlík I. 221, 225, 270
 Pavlosek T. 224
 Peremský Z. 257
 Pernička J. 245
 Pešl M. 219, 221, 225
 Petřík A. 226
 Plachý J. 228, 261
 Plasgura P. 224
 Podrazil M. 262
 Poch J. 223, 224, 229, 259, 268
 Pokorný J. 223, 224, 225, 229, 259, 268
 Polák V. 241
 Prošvic P. 260
 Průša R. 219
 Puškáčová J. 241

R

Rejchrt M. 226, 227, 230, 248, 249, 261, 264
 Richterová R. 236
 Rubeš J. 272
 Rýznarová Z. 245

S

Sachová J. 223, 225
 Sedláček J. 240, 241
 Schmidt M. 221, 226, 227, 230, 233, 235, 242, 247, 248, 249, 261, 264
 Schraml J. 234, 237, 257
 Slobodníková K. 241
 Slobodník L. 250
 Sobotka V. 272, 273
 Soukup V. 218, 219, 221, 225
 Staněk Z. 254
 Staník M. 222, 256
 Starczewski J. 254
 Sticová E. 234, 257
 Stránský P. 234, 236, 237, 253, 255, 269
 Strmenská D. 250
 Svoboda M. 254
 Szakacsova M. 218
 Szakácsová M. 219

Š

Šámal V. 230
 Šefrová J. 260
 Šmakal O. 251, 254
 Šnajderová M. 272
 Špíšek R. 262
 Štampach R. 265
 Štrbavý M. 257
 Študent V. 237, 244, 245, 246, 254
 Šturcová Kaliská V. 247, 248, 249, 264
 Šustr M. 222, 256

T

Tachezy R. 243
 Tintera J. 229
 Toufarová P. 236, 270
 Trněná Z. 229
 Trněná Z. 223, 225, 259

U

Urban M. 223, 224, 225, 229, 243, 259, 268, 272, 273
 Ůrge T. 234, 236, 237, 253, 255, 269

V

Vaculíková M. 260
 Valík D. 222
 Vaňásek J. 260
 Vasovčák P. 232
 Večeřa A. 214, 261
 Veselý Š. 219, 220, 235, 242, 247, 248, 249, 261
 Veškrňa K. 226
 Viklický O. 273
 Vik V. 228, 245, 256
 Višváderová T. 250
 Vít V. 232
 Vomáčka V. 245
 Vošmik M. 260
 Votoček V. 225
 Vrána J. 254
 Vraný M. 258

W

Wassermann O. 252

Z

Zachoval R. 228, 229, 245, 256, 268, 273
 Záleský M. 256, 268
 Zámečník L. 225
 Zátūra F. 244, 245, 267
 Zemková D. 272
 Zouhar M. 260
 Zvara P. 229
 Zvárová J. 240
 Zvěřina J. 240